

脳卒中リハDB入力用チェックリスト【転入院用】

No. 1

患者情報	患者ID	患者名	性別	生年月日
		(かな) (漢字)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(M · T · S · H · 西暦) 年 月 日

【基本情報】

入院区分	<input type="checkbox"/> 直接(急性期)入院 <input checked="" type="checkbox"/> 転入院		担当医師	
リハ担当医	1. 2. 3.			
発症日	※西暦 年 月 日	来院年月日	年 月 日	
紹介元	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他	前院でのリハ実施	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
発症型	<input type="checkbox"/> 突発完成 <input type="checkbox"/> 急性発症 <input type="checkbox"/> 睡眠時発症 <input type="checkbox"/> 階段状進行性 <input type="checkbox"/>			
心房細動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一過性 <input type="checkbox"/> 持続性 <input type="checkbox"/> 不明			
高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧治療中 <input type="checkbox"/> 高血圧不規則治療 <input type="checkbox"/> 高血圧未治療 <input type="checkbox"/> 不明			
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病未治療 <input type="checkbox"/> 糖尿病食事療法 <input type="checkbox"/> 糖尿病不規則治療 <input type="checkbox"/> 糖尿病経口薬治療 <input type="checkbox"/> 糖尿病インスリン治療 <input type="checkbox"/> 不明			
抗凝固療法等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抗凝固療法あり <input type="checkbox"/> 抗血小板療法あり <input type="checkbox"/> 抗凝固+抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 不明			
脳卒中既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上 <input type="checkbox"/> 不明			
脳卒中家族歴	<input type="checkbox"/> 脳卒中なし <input type="checkbox"/> 脳卒中あり <input type="checkbox"/> 脳卒中とSAHあり <input type="checkbox"/> SAHのみあり <input type="checkbox"/> 不明			
退院日	年 月 日			
確定脳卒中 病型分類	<input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性塞栓 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> 脳出血(高血圧性) <input type="checkbox"/> 脳出血(その他) <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> 脳出血(AVMより) <input type="checkbox"/> 脳梗塞(その他) <input type="checkbox"/> 未破裂脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 未破裂AVM <input type="checkbox"/> 無症候性脳血管病変 <input type="checkbox"/> 高血圧性脳症 <input type="checkbox"/> 脳血管性痴呆			
Rankin-R	発症前 () 入院時 () 退院時 ()	Grade 0: 全く症状がない Grade 1: 症状はあるが特に問題となる障害はない(通常の日常生活および活動は可能) Grade 2: 軽度の障害(以前の活動は障害されているが、介助なしに自分のことが出来る) Grade 3: 中等度の障害(何らかの介助を必要とするが介助なしに歩行可能) Grade 4: 比較的高度の障害(歩行や日常生活に介助が必要) Grade 5: 高度の障害(ベッド上生活、失禁、常に看護や注意必要) Grade 6: 死亡		
主たる入院病棟	診療科: <input type="checkbox"/> リハ科 <input type="checkbox"/> リハ科以外 種別: <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 亜急性期 <input type="checkbox"/> 回復期 <input type="checkbox"/> 療養			

【意識・認知障害】

JCS	入院時 () 退院時 ()	GCS	E () V () M () 入院時 () () () 退院時 () () ()
-----	--------------------	-----	---

【麻痺】

麻痺側	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 左右 <input type="checkbox"/> 右>左 <input type="checkbox"/> 右<左 <input type="checkbox"/> 将来実施 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 適応外
-----	--

【Brunnsstrom Stage】

上肢	入院時 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> 未実施 退院時 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> 未実施	I 動きなし(弛緩麻痺) II 連合反応 III 共同運動 IV 分離運動の開始 V 個別的な関節運動可能 VI 全運動可能
下肢	入院時 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> 未実施 退院時 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> 未実施	
手指	入院時 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> 未実施 退院時 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> 未実施	I 動きなし(弛緩麻痺) II わずかに握る III 握れるが開かない IV 横つまみ・わずかな伸展 V 色々なつまみ・伸展可能 VI 全運動可能

【ADL】

日常生活自立度	入院時	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	Rankin ()
	退院時	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	Rankin ()
J1: 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で交通機関を利用して外出する J2: 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で隣近所へなら外出する A1: 屋内での生活は概ね自立しており、介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する A2: 屋内での生活は概ね自立しているが、外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている B1: 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つできる 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッド上から離れて行う B2: 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つできる介助により車椅子に移乗する C1: 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要するが、自力で寝返りをうつ C2: 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要し、自力で寝返りもつけない			
認知症老人の日常生活自立度	入院時	正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	
	退院時	正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	
I : 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 IIa : 家庭外で日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。 IIb : 家庭内でも日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。 IIIa : 日中を中心として日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。 IIIb : 夜間を中心として日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。 IV : 日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 M : 著しい精神状態や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。			
Barthel Index	食事	入院時	退院時
	移乗	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	整容	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
	入浴	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	平地歩行	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
	階段	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	更衣	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	排便管理	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
	排尿管理	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
FIM	食事	()	()
	整容	()	()
	清拭	()	()
	更衣 (上半身)	()	()
	更衣 (下半身)	()	()
	トイレ動作	()	()
	排尿管理	()	()
	排便管理	()	()
	ベッド、車椅子	()	()
	トイレ	()	()
	浴槽、シャワー	()	()
	歩行、車椅子	()	()
	階段	()	()
	理解	()	()
	表出	()	()
社会的交流	()	()	
問題解決	()	()	
記憶	()	()	

【合併症】

発症前の合併症の有無 無 有 「有」の場合→治療の有無 無 有

【リハ環境】

入院病棟の診療科	<input type="checkbox"/> リハ科 <input type="checkbox"/> リハ科以外
入院病棟の種別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 亜急性期 <input type="checkbox"/> 回復期 <input type="checkbox"/> 療養
リハ医の関与の仕方	<input type="checkbox"/> 主治医(専門医) <input type="checkbox"/> 主治医(非専門医) <input type="checkbox"/> コンサルタント医 <input type="checkbox"/> その他
カンファレンスの実施状況(3職種以上)	<input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 定期的+随時 <input type="checkbox"/> 随時のみ

【保険請求訓練数】

	処方日/訓練初日	年	月	保険請求分 単位数	自由診療分 単位数	非請求分含む (自主・自己訓練は除く)
PT	処方日 ()					
	訓練初日 ()					
OT	処方日 ()					
	訓練初日 ()					
ST	処方日 ()					
	訓練初日 ()					

【保険請求訓練数】

二週間以上訓練中断	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	病棟ADL加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
自主・自己訓練実施	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	土曜日の訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
日曜日の訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	祝日の訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
モーニング訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	イブニング訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
病棟スタッフ訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	心理療法処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
MSWの関わり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	装具の処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

【退院時・介護力情報】

※処置目的の転院(2週間以内)は、1入院とみなす。

退院先 自宅 自宅以外の在宅 老健施設 福祉施設 転院 転科 死亡

身体障害者手帳の有無 有 無

介護保険申請の有無 有 無(未申請) 無(対象外)

介護力 1. 介護力ほとんどなし 1と3の間 3. 常時、介護に専念できる者1人分に相当

※家族や友人などによる介護力 3と5の間 常時、介護に専念できる者2人以上に相当

(ヘルパーなど専門職の介護力は含めない) その他 不明

基本情報 / 診断・病歴 / 画像診断 / 治療 退院時入力 退院後追跡 は必須入力

患者 ID () ふりがな ()
 脳卒中発症日 () 患者名 () 男 女
 主治医 () 生年月日 (M T S 西暦)
 リハ担当医 ()

直接(急性期)入院 転入院 ※以下については、直接(急性期)入院の場合の情報を入力してください。

来院年月日			
来院方法	自力来院 (バス、運転他) 介助来院 (自家用車等) 救急車 院内発症 その他 ()	脳卒中発症時間帯	安静時 活動時 就眠中 不明
発症型	突発完成 急性発症 睡眠時発症 階段状進行性 不明	脳卒中既往歴	なし 1回 1回以上 不明
心房細動	なし 一過性 持続性 不明	脳卒中家族歴	なし あり 不明 脳卒中と SAH あり SAH のみあり
高血圧	なし 治療中 不規則治療 未治療 不明		
糖尿病	なし 未治療 食事療法 不規則治療 経口薬治療 インスリン治療 不明	入院時血圧	/
抗凝固療法等	なし 抗凝固療法あり 抗凝固+抗血小板療法 不明		
画像診断検査日			
脳梗塞	責任病巣なし テント上穿通枝梗塞 テント上皮質枝梗塞 テント下梗塞 テント上下梗塞	責任病巣サイズ	なし 小梗塞 中梗塞 多発中 小梗塞 大 不明
脳出血	被殻出血 視床出血 皮質下出血 尾状殻出血 小脳出血 脳幹出血 その他	責任病巣サイズ	なし 小 中 大 不明
脳浮腫	なし 軽度 中程度 高度 不明		
急性期治療内容 (脳梗塞)	キサランポン カタクロット ノバスタン スロンノン ラジカット ヘパリン持続点滴 UK6 万 U UK30-42 万 U 高張液点滴 低分子デキストラン点滴 一般治療のみ 低分子ヘパリン t-PA 点滴静注 UK 選択動注 t-PA 選択動注 高圧酸素療法 その他 ()		
急性期治療内容 (脳出血)	高張液点滴 一般治療のみ 急性硬膜下血腫除去術 脳動脈瘤クリッピング術 その他 ()		

基本情報 / 診断・病歴 / 画像診断 治療 / 退院時入力 退院後追跡 は必須入力

退院日			
確定脳卒中病型分類	ラクナ梗塞 アテローム血栓性梗塞 アテローム血栓性塞栓 心原性脳塞栓 TIA 脳出血(高血圧性) 脳出血(その他) くも膜下出血 脳出血(AVM より) 脳梗塞(その他) 未破裂脳動脈瘤 未破裂AVM 無症候性脳血管病変 高血圧性脳症 脳血管性痴呆 その他()		
Rankin Scale-R	発症前	1 2 3 4 5 6	Rankin Scale-R Grade 0: 全く症状がない Grade 1: 症状はあるが特に問題となる障害はない (通常の日常生活および活動が可能) Grade 2: 軽度の障害 (以前の活動が障害されているが 介助なしに自分のことが出来る) Grade 3: 中等度の障害 (何らかの介助を必要とするが介助なしに歩行可能) Grade 4: 比較的高度の障害 (歩行や日常生活に介助が必要) Grade 5: 高度の障害 (ベッド上生活、失禁、常に看護や注意必要) Grade 6: 死亡
	入院時	1 2 3 4 5 6	
	退院時	1 2 3 4 5 6	
主たる入院病棟	診療科	リハ科 リハ科以外	
	種別	一般 亜急性期 回復期 療養	
	転病棟日		

基本情報 / 診断・病歴 / 画像診断 / 治療

退院時入力

退院後追跡

は必須入力

患者 ID () ふりがな ()
 脳卒中発症日 () 患者名 () 男 女
 主治医 () 生年月日 (M T S 西暦)
 リハ担当医 ()

直接(急性期)入院

転入院

※以下については、転入院の場合の情報を入力してください。

来院年月日		紹介元 (病院 施設 その他)	
		紹介元名称	
発症型	突発完成 急性発症 睡眠時発症 階段状進行性 不明	脳卒中既往歴	なし 1回 1回以上 不明
心房細動	なし 一過性 持続性 不明	脳卒中家族歴	なし あり 不明 脳卒中と SAH あり SAH のみあり
高血圧	なし 治療中 不規則治療 未治療 不明		
糖尿病	なし 未治療 食事療法 不規則治療 経口薬治療 インスリン治療 不明	入院時血圧	/
抗凝固療法等	なし 抗凝固療法あり 抗凝固+抗血小板療法 不明		
画像診断検査日			
脳梗塞	責任病巣なし テント上穿通枝梗塞 テント上皮質枝梗塞 テント下梗塞 テント上下梗塞	責任病巣サイズ	なし 小梗塞 中梗塞 多発中 小梗塞 大 不明
脳出血	被殻出血 視床出血 皮質下出血 尾状殻出血 小脳出血 脳幹出血 その他	責任病巣サイズ	なし 小 中 大 不明
脳浮腫	なし 軽度 中程度 高度 不明		
急性期治療内容 (脳梗塞)	キサラン カタクロット ノバスタン スロンノン ラジカット ヘパリン持続点滴 UK6万U UK30-42万U 高張液点滴 低分子デキストラン点滴 一般治療のみ 低分子ヘパリン t-PA 点滴静注 UK 選択動注 t-PA 選択動注 高圧酸素療法 その他 ()		
急性期治療内容 (脳出血)	高張液点滴 一般治療のみ 急性硬膜下血腫除去術 脳動脈瘤クリッピング術 その他 ()		
前院でのリハ実施	有 無 不明	リハビリ開始時期	入院日 (3、7、14、21、28) 日以内 29 日以後 軽症のためせず 他の理由でせず

基本情報 / 診断・病歴 / 画像診断

治療 / 退院時入力

退院後追跡

は必須入力

退院日		
確定脳卒中病型分類	ラクナ梗塞 アテローム血栓性梗塞 アテローム血栓性塞栓 心原性脳塞栓 TIA 脳出血(高血圧性) 脳出血(その他) くも膜下出血 脳出血(AVMより) 脳梗塞(その他) 未破裂脳動脈瘤 未破裂AVM 無症候性脳血管病変 高血圧性脳症 脳血管性痴呆 その他()	
Rankin Scale-R	発症前	1 2 3 4 5 6
	入院時	1 2 3 4 5 6
	退院時	1 2 3 4 5 6
主たる入院病棟	診療科	リハ科 リハ科以外
	種別	一般 亜急性期 回復期 療養
	転病棟日	
		Rankin Scale-R Grade 0:全く症状がない Grade 1:症状はあるが特に問題となる障害はない (通常の日常生活および活動が可能) Grade 2:軽度の障害 (以前の活動が障害されているが、 介助なしに自分のことが出来る) Grade 3:中等度の障害 (何らかの介助を必要とするが介助なしに歩行可能) Grade 4:比較的高度の障害 (歩行や日常生活に介助が必要) Grade 5:高度の障害 (ベッド上生活、失禁、常に看護や注意が必要) Grade 6:死亡

麻痺側 利き手 ※自院入院時のデータを入力してください。 JSS & NIHSS Scale

この画面に入力するとJSSとNIHSSが自動的に評価されます。 入院時全て正常 入院時全て最悪 退院時全て正常 退院時全て最悪

※急性期の場合は必須入力

	【入院時】	【退院時】		【入院時】	【退院時】
1 質問に対する反応	00 01 02	00 01 02	10 上肢の運動	右 00 02 04 01 03	00 02 04 01 03
2 命令への反応	00 01 02	00 01 02		左 00 02 04 01 03	00 02 04 01 03
3 GCS 閉眼	01 02 03 04	01 02 03 04	11 下肢の運動	右 00 02 04 01 03	00 02 04 01 03
言語	01 03 05 02 04	01 03 05 02 04		左 00 02 04 01 03	00 02 04 01 03
運動	01 03 05 02 04 06	01 03 05 02 04 06	12 運動系	手 01 03 05 02 04	01 03 05 02 04
4 失語	00 01 02 03	00 01 02 03		腕 01 03 05 02 04	01 03 05 02 04
言語障害(総合)	00 02 04 01 03	00 02 04 01 03		下肢 01 03 05 02 04	01 03 05 02 04
5 瞳孔異常	00 01 02	00 01 02	13 足底反射	01 02 03	01 02 03
6 注視	00 01 02	00 01 02	14 感覚	00 01 02	00 01 02
7 視野	00 01 02 03	00 01 02 03			
8 無視	00 01 02	00 01 02			
9 顔面麻痺	00 01 02 03	00 01 02 03			

12 グレード	入院時 日付 ()	1か月後 日付 ()	2か月後 日付 ()	退院時 日付 ()
上肢				
下肢				
手指				

臨床的病態重症度分類: 入院時 退院時

- I. 誤嚥なし
 - 7: 正常範囲: 臨床的に問題なし
 - 6: 軽度問題: 主観的問題を含め何らかの軽度の問題がある
 - 5: 口腔問題: 誤嚥はないが、主として口腔期障害により摂食に問題がある
- II. 誤嚥あり
 - 4: 機会誤嚥: 時々誤嚥する、もしくは咽頭残留が著名で臨床上誤嚥が疑われる
 - 3: 水分誤嚥: 水分は誤嚥するが、工夫した食物は誤嚥しない
 - 2: 食物誤嚥: あらゆるものを誤嚥し嚥下できないが、呼吸状態は安定
 - 1: 唾液誤嚥: 唾液を含めてすべてを誤嚥し、呼吸状態が不良、あるいは、嚥下反射が全く惹起されず、呼吸状態が不良

嚥下障害グレード 入院時 退院時 フローチャートより入力

- I. 正常
- II. 軽症
 - 10: 正常の摂食嚥下能力
 - 9: 常食の経口摂取可能、臨床観察と指導を要する
 - 8: 特別嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取
 - 7: 嚥下可能で、3食とも経口摂取
- III. 中等症(経口と補助栄養)
 - 6: 3食経口摂取プラス補助的栄養
 - 5: 一部(1~2食)経口摂取は可能
 - 4: 楽しみとしての摂食は可能
- IV. 重症(経口不可)
 - 3: 条件が整えば誤嚥が減り、摂食訓練が可能
 - 2: 基礎的嚥下訓練のみの適応あり
 - 1: 嚥下困難または不良、嚥下訓練適応なし

		入院時					退院時										
運動機能	膝・口テスト	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5				
	手指テスト	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1A	<input type="radio"/> 1B	<input type="radio"/> 1C	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1A	<input type="radio"/> 1B	<input type="radio"/> 1C	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
	股関節屈曲テスト	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5				
	膝関節伸展テスト	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5				
	足パットテスト	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5				
筋緊張	腱反射	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1A	<input type="radio"/> 1B	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1A	<input type="radio"/> 1B	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3						
	筋緊張	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1A	<input type="radio"/> 1B	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1A	<input type="radio"/> 1B	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3						
感覚機能	触覚	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3								
	位置覚	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3								
関節可動域	上肢(肩)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3								
	下肢(足)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3								
疼痛		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3								
体幹機能	腹筋力	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3								
	垂直性	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3								
視空間認知スコア		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3								
言語機能		<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3								
非麻痺側機能	大腿四頭筋力	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3								
	握力	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3								

寝たきり度 認知症老人の日常生活自立度 Barthel Index FIM は必須入力

評価日	日常生活自立度	Rankin
入院時	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2	<input type="radio"/> 複製データ <input type="radio"/> 修正済 <input type="radio"/> 削除 <input type="radio"/> 複製
退院時	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2	<input type="text"/>

寝たきり度 認知症老人の日常生活自立度 Barthel Index FIM は必須入力

評価日	認知症老人の日常生活自立度
入院時	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V <input type="radio"/> M
	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V <input type="radio"/> M
	<input type="radio"/> 複製データ <input type="radio"/> 修正済 <input type="radio"/> 削除 <input type="radio"/> 複製
退院時	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V <input type="radio"/> M

寝たきり度 認知症老人の日常生活自立度 Barthel Index FIM は必須入力

入院時			退院時		
食事	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0		食事	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0	
移乗	<input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 10 10:監視下 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0 5:座れるが移れない		移乗	<input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 10 10:監視下 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0 5:座れるが移れない	
整容	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0		整容	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0	
トイレ動作	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0		トイレ動作	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0	
入浴	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0		入浴	<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 0	
平地歩行	<input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 10 10:歩行器等 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0 5:車椅子操作が可能		平地歩行	<input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 10 10:歩行器等 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0 5:車椅子操作が可能	
階段	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0		階段	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0	
更衣	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0		更衣	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0	
排便管理	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0		排便管理	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0	
排尿管理	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0		排尿管理	<input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 0	
合計			合計		
コミュニケーション	理解		コミュニケーション	理解	
	表出			表出	

入院時

【セルフケア】									
食事	07	06	05	04	03	02	01		
整容	07	06	05	04	03	02	01		
清拭	07	06	05	04	03	02	01		
更衣(上半身)	07	06	05	04	03	02	01		
更衣(下半身)	07	06	05	04	03	02	01		
トイレ動作	07	06	05	04	03	02	01		
【排泄】									
排尿管理	07	06	05	04	03	02	01		
排便管理	07	06	05	04	03	02	01		
【移乗】									
ベッド、車椅子	07	06	05	04	03	02	01		
トイレ	07	06	05	04	03	02	01		
浴槽、シャワー	07	06	05	04	03	02	01		
【移動】									
歩行、車椅子	07	06	05	04	03	02	01	屋内歩行:	
								屋外歩行:	
								車椅子駆動:	
階段	07	06	05	04	03	02	01		
【コミュニケーション】									
理解(聴覚、視覚)	07	06	05	04	03	02	01		
表出(言語、非言語)	07	06	05	04	03	02	01		
【社会的認知】									
社会的交流	07	06	05	04	03	02	01		
問題解決	07	06	05	04	03	02	01		
記憶	07	06	05	04	03	02	01		

退院時

【セルフケア】									
食事	07	06	05	04	03	02	01		
整容	07	06	05	04	03	02	01		
清拭	07	06	05	04	03	02	01		
更衣(上半身)	07	06	05	04	03	02	01		
更衣(下半身)	07	06	05	04	03	02	01		
トイレ動作	07	06	05	04	03	02	01		
【排泄】									
排尿管理	07	06	05	04	03	02	01		
排便管理	07	06	05	04	03	02	01		
【移乗】									
ベッド、車椅子	07	06	05	04	03	02	01		
トイレ	07	06	05	04	03	02	01		
浴槽、シャワー	07	06	05	04	03	02	01		
【移動】									
歩行、車椅子	07	06	05	04	03	02	01	屋内歩行:	
								屋外歩行:	
								車椅子駆動:	
階段	07	06	05	04	03	02	01		
【コミュニケーション】									
理解(聴覚、視覚)	07	06	05	04	03	02	01		
表出(言語、非言語)	07	06	05	04	03	02	01		
【社会的認知】									
社会的交流	07	06	05	04	03	02	01		
問題解決	07	06	05	04	03	02	01		
記憶	07	06	05	04	03	02	01		

基本情報	意識・認知障害	機能障害	ADL	合併症	リハ環境	訓練数・退院時・介護力情報	メモ			
合併症 発症前の合併症の有無 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 治療の有無 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> は必須入力										
肩手症候群 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 治療 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → ステロイド服用 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 _____ mg/日										
星状神経節ブロック <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 _____ 回/週										
転倒 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 骨折 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 部位 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>上肢</td></tr><tr><td>体幹</td></tr><tr><td>下肢</td></tr></table> 手術 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有								上肢	体幹	下肢
上肢										
体幹										
下肢										
嚥下障害 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 誤嚥性肺炎 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 嚥下訓練指導実施 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 胃瘻 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有										
排尿障害 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 尿路感染症 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 治療 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有										
うつ状態 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 治療 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 抗鬱剤投与 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 種類 _____										
褥瘡 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 感染 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 深部静脈血栓症 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 肺塞栓症 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有										
痙攣 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 治療 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 抗痙攣剤投与 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 種類 _____										
消化管出血 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 治療 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 「有」の場合 → 抗潰瘍剤投与 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有										
その他 _____										

基本情報	意識・認知障害	機能障害	ADL	合併症	リハ環境	訓練数・退院時・介護力情報	メモ
リハ環境 <input type="checkbox"/> は必須入力							

入院病棟の診療科	リハ科 リハ科以外		
入院病棟の種別	一般 亜急性期 回復期 療養		
リハ医の関与の仕方	主治医（専門医） 主治医（非専門医） コンサルタント医 その他	リハ医の診察・回診	月に4回以上 月に2回程度 月に1回程度 月に1回未満
カンファレンスの実施状況（3職種以上）	定期的 定期的+随時 随時のみ	カンファレンスの実施回数	月に4回以上 月に2回程度 月に1回程度 月に1回未満

	処方日/訓練初日	年	月	保険請求分 単位数	自由診療分 単位数	非請求分含む 単位数(自主・ 自己訓練は除く)	合計
PT	処方日 :						
	訓練初日 :						
OT	処方日 :						
	訓練初日 :						
ST	処方日 :						
	訓練初日 :						

訓練

- | | | | |
|---------------|--|-------------|--|
| 二週間以上の訓練中断の有無 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 | モーニング訓練の有無 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |
| 病棟ADL加算の有無 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 | イブニング訓練の有無 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |
| 自主・自己訓練実施の有無 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 | 病棟スタッフ訓練の有無 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |
| 土曜日の訓練実施の有無 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 | 心理療法処方の有無 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |
| 日曜日の訓練実施の有無 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 | NSWの関わりの有無 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |
| 祝日の訓練実施の有無 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 | 装具の処方の有無 | <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 |

退院先	自宅 自宅以外の住宅（グループホーム、ケアハウスなど） 老健施設 福祉施設（特養ホーム、養護ホームなど） 転院 転科 死亡
-----	--

- 身体障害者手帳の有無 有 無 「有」の場合 → 級
- 介護保険申請の有無 有 無(未申請) 無(対象外) 「有」の場合 ↓
- 退院時の要介護度 自立(非該当) 要介護1 要介護3 要介護5
要支援1・2 要介護2 要介護4 不詳
- 退院前訪問の有無 有 無 退院時カンファレンスの有無 有 無
- 住宅改修の実施の有無 有 無 退院時ケアプラン作成の有無 有 無

介護力情報

介護力：家族や友人などによる介護力（ヘルパーなど専門職の介護力は含めない）

- 1. 介護力ほとんどなし
- 2. 1と3の間
- 3. 常時、介護に専念できる者1人分に相当
- 4. 3と5の間
- 5. 常時、介護に専念できる者2人以上に相当
- 6. その他
- 7. 不明

その他の内容

リハビリテーション患者データベース登録データ

使用についての同意書

本同意書は、平成 19-21 年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「リハビリテーション患者データベース(DB)の開発」(H19-長寿-一般-028)が開発した「脳卒中リハビリテーション患者データベース(DB)」に登録されているデータの一部または分析内容を、対外的な発表に使用して頂くための同意書です。

1. 院外で発表する前に、発表予定内容について、研究班会議に参加して発表します。そこで、指摘された点について修正を加えてから、対外的に発表を行うことに同意します。
2. 研究発表要旨を厚生労働科学研究費補助金の報告書、および DB のウェブサイト・パンフレットなどに掲載することに同意します。
3. 厚生労働科学研究費補助金の研究班の研究協力者になることに同意します。
4. 分析対象としたデータの絞込みの方法と過程を、研究班によって示されたフローチャートのひな形に準じた形で明示することに同意します。
5. 発表の謝辞の中で、厚生労働科学研究費補助金を受けた研究であることを、明示することに同意します。

上記の 5 項目のすべての条件を満たすことに同意します。

平成 年 月 日

医療機関名

ご署名

印

使用許諾同意書

本使用許諾同意書（以下「同意書」といいます）は、厚生労働省「リハビリテーション患者データバンク（DB）の開発」主任研究者、近藤克則（以下「近藤班」といいます）が制作した「脳卒中リハ患者データバンク（DB）」を使用させていただくためのものです。下記の事項に同意され、署名をして頂く必要があります。

第1条（権利義務譲渡等の禁止）

1. 本ソフトウェア「脳卒中リハ患者DB」の知的財産権は「近藤班」が所有し法律によって保護されております。よって、「近藤班」の承諾無しに、第三者へ権利及び義務の一部または全部を譲渡及び販売してはいけません。
2. 本ソフトウェア「脳卒中リハ患者DB」を独自に修正したい場合は、勝手に改造を行わないで、改善意見を寄せて下さい。その理由は、二つあります。第1に、多施設から提出されるデータ構造の一貫性を保証すること、第2にDBの改善意見を集約し、より使いやすいDBにするため、です。修正する前に必ず「近藤班」の承諾を得て下さい。

第2条（保証及び損害賠償について）

1. 本ソフトウェア「脳卒中リハ患者DB」は、「近藤班」が研究協力者に無償にて提供（瑕疵を問わない条件にて提供）しております。従いまして、動作保証及び、何らかの損害が発生した場合におかれましても、「近藤班」は責任を負いません。

厚生労働省「リハビリテーション患者データバンク（DB）の開発」
主任研究者 近藤克則 殿

※上記の内容に同意いたします。

平成 年 月 日
医療機関名

（研究協力医師）ご署名

印

業者に委託される場合には、下記にも署名をお願いします

平成 年 月 日
受託業者名

（受託責任者）ご署名

印

[トップページ](#) - [データベースとは](#) - [ご協力をお願い](#) - [Q&A](#) - [ダウンロード](#)

問い合わせ先

- 質問・問い合わせ・ご協力くださる方は、以下のメールアドレスまでご連絡ください。

rehadb-admin@umin.ac.jp

Copyright (C) 2007 リハビリテーション患者データベース(DB)
URL: <http://rehadb.umin.jp>

[トップページに戻る](#)

リハ患者DB_書庫(限定ページ)

今後のスケジュール

- [3/1-3/10: 1-2月分データ提出\(データ入力謝金支払いのための締め切り\)](#)
- [3/22: 2007年度第4回研究班会議\(日本福祉大学名古屋キャンパス\)](#)

リハ患者DBソフトウェア

- [Ver.2.5における変更点\(MS-Word\)](#)

リハ医学会会員番号

- [分担研究者の会員番号リスト](#)

リハ患者DB紹介用資料

- [リハビリテーション患者データバンク\(DB\)紹介パンフレット\(PDF: 2007年6月\)](#)
- [大規模データベースとデータバンク. 総合リハ36\(1\): 23-27. \(PDF\)](#)
- [リハ患者DBの開発経過とご協力をお願い\(MS-PPT\)](#)
- [DB開発基本計画2007\(MS-PPT\)](#)
- [リハ学会2007i近藤 データバンク開発と今後の課題\(MS-PPT\)](#)
- [リハ患者DB開発071201\(MS-PPT\)](#)
- [脳卒中リハDBの概要とお願い20071203\(MS-PPT\)](#)
- [厚生労働省への報告\(継続課題\)リハDB\(MS-PPT\)](#)

事務的資料

- [データ入力謝金・システム構築費用負担に関する内規\(MS-Word\)](#)
- [データ入力謝金請求用「業務支払依頼書」\(MS-Word\)](#)
- [旅費・謝金・配分金についてのメモ\(PDF: 2007年12月\)](#)

研究班会議議事録

- [2007年度第3回研究班会議\(12月1日\) 議事録\(MS-Word: 2007年12月\)](#)

Copyright (C) 2007 リハビリテーション患者データベース(DB)
URL: <http://rehadb.umin.jp>

平成 19-21 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

リハビリテーション患者データベース（DB）の開発（H19-長寿-一般-028）

第 1 回研究班会議（6/30）タイムスケジュール

ワーキング・グループ（WG）	
10:00-11:30	脳卒中リハビリテーション患者 DB-WG
関連組織への説明懇談会	
11:30-12:30	リハビリテーション関連組織（日本リハビリテーション医学会，日本リハビリテーション医学会，日本リハビリテーション病院・施設協会，全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会，PT・OT・ST 協会など）のオブザーバー参加者への説明懇談会（昼食）
研究班全体会	
12:30-	開会－第一回研究班全体会のねらい
12:40-13:10 (質疑 13:20 まで)	「厚生行政の立場からの本研究課題への期待」 厚労省老健局総務課課長補佐 田中央吾先生
13:20-13:50 (質疑 14:00 まで)	「アメリカ UDSMR の到達点と日本への示唆」 関西医科大学リハビリテーション科教授 吉田清和先生
＜休 憩＞	
14:10-14:40 (質疑 14:50 まで)	「脳卒中（急性期）DB の到達点と脳卒中リハ患者 DB との連結による研究の可能性」 島根大学医学部附属病院長 小林祥泰先生
14:50-15:20 (質疑 15:30 まで)	「DPC 研究とリハビリテーション DB」 産業医科大学公衆衛生学教授 松田晋哉先生
＜休 憩＞	
15:40-16:10 (質疑 16:20 まで)	「リハビリテーション DB の開発研究の 2007 年基本計画」 主任研究者 日本福祉大学教授 近藤克則
16:20-16:40	全体討論
16:40-17:00	各 WG 打ち合わせ

会場：東京八重洲ホール 4F 411 会議室

所在地：東京都中央区日本橋 3 丁目 4 番 13 号 新第一ビル

TEL：03-3201-3631 FAX：03-3274-5111

平成19-21年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
 リハビリテーション患者データバンク（DB）の開発（H19-長寿-一般-028）

第1回研究会議（6月30日） 参加者名簿

氏名	所属	備考
近藤克則	日本福祉大学	主任研究者
伊勢真樹	倉敷中央病院	研究推進委員
山口 明	喜平リハビリテーションクリニック	研究推進委員
山鹿真紀夫	熊本リハビリテーション病院	研究推進委員， 日本リハ病院・施設協会理事
宮井一郎	森之宮病院	研究推進委員， 全国回復期リハ病棟連絡協議会副会長
大串 幹	熊本大学医学部付属病院	分担研究者
鴨下 博	多摩北部医療センター	分担研究者
小林祥泰	島根大学医学部付属病院	分担研究者
寺崎修司	熊本赤十字病院	分担研究者
豊田章宏	中国労災病院	分担研究者
西村尚志	森山病院リハセンター	分担研究者
吉田清和	関西医科大学	分担研究者
大塚 功	相澤病院	
小島健一	日本福祉大学	
城ヶ野晃久	熊本リハビリテーション病院	
白石成明	日本福祉大学	
菅 俊光	関西医科大学	
田中央吾	厚生労働省老健局老人保健課	
西村一志	やわたメディカルセンター	
西村 崇	弘前脳卒中センター	
橋本英樹	東京大学	
松田晋哉	産業医科大学	
門 祐輔	京都民医連第二中央病院	
小野田英也	神奈川リハビリテーション病院	日本理学療法士協会
澤田雄二	札幌医科大学	日本作業療法士協会
園田 茂	藤田保健衛生大学	日本リハビリテーション医学会 診療ガイドライン委員長
田中宏太佳	中部労災病院	日本リハ医学会社会保険等委員長
矢守麻奈	大阪河崎リハビリテーション大学	日本言語聴覚士協会
埴淵知哉	日本福祉大学	
渋谷幸弘	サンフュージョンシステムズ	
岡田利佳	サンフュージョンシステムズ	
大仲功一	茨城県立大学	
柳原幸治	東京都リハビリテーション病院	

議 事 録

2007. 6. 30

会場：東京八重州ホール

I ワーキンググループ (10:00~11:30)

1. リハビリテーション関連組織への申し入れとその後の状況
 - データベース改訂に向けて関連職種と合意形成をはかりながら進める。
 - もうし入れたすべての関連組織から本日、オブザーバー参加を得た。
2. 改訂に向けての内容 (必須項目削減)
 - 必須項目 (約 100 項目) を一画面に収まる程度にする方向 (別紙参照)
 - 推進委員会では、7 月にも Ver3.0 にする方向で話していた
 - が、上記との絡みで、関連組織との協議した後の方が better か?
 - FIM か BI どちらを採用するか? 著作権の問題など考慮して検討する。
 - サンフュージョンから改定案画面の説明
3. 入力支援ツール
 - 入力支援用に画面をプリントしたメモ用紙が必要との意見があり作成した。
 - あいまい項目の判断などについてまとめたマニュアルを作成した。
 - 削除項目については検討課題
 - 連絡窓口や入力の責任者が必要。
4. 入力協力者への支援策について
 - 入力謝金ルール：所要時間から見て 1 例 1000 円程度でどうか?
 - 100 例で 10 万円, 2000 例で 200 万円
 - 電子カルテや各病院オリジナルなデータベースからのデータ変換支援ソフトの開発
 - ファイルメーカープロのマルチユーザー版導入病院への支援 (必要費用の何割?, 上限も必要でしょう)
 - アメリカの UDS の経験では費用を出すのみでなく、入力が少なければ病院機能評価で成績が落ちるなどのペナルティ的なものがあると入力のモチベーションがあがるか。
 - 謝金が不足しないように上限を設ける形で合意。どのように上限を設けるかは検討
5. 独自入力画面作成申し込みについて
 - 例えば、社会保険等委員会のモニター病院用に、入力画面設計支援
 - 大口&関連組織についてはこちらで全額負担(額にもよるが上記 4 の入力謝金も?)
 - 申し込みルールを作る必要あり? 個別対応で OK? 申し出があったら検討?
 - これまで既に DB が走っている組織と入力画面のすり合わせをする
 - 関連組織と話を始めることで合意