

FileMakerPro

脳卒中地域連携パス

- K-STREAM版 -

【 v300仕様変更内容 】

< 2013. August >

【v300仕様変更内容】

- 各病期別入力画面～レイアウト変更対応 【P2～P7】
- 『日常生活機能評価』詳細入力対応 【P8】
 - ・「日常生活機能評価」入力画面追加(急性期/回復期/維持期/自宅・居宅系/有床クリニック入院)
 - ・「日常生活機能評価」印刷帳票追加(急性期/回復期/維持期/自宅・居宅系/有床クリニック入院)
- 『食機能連携ユニットパス』対応 【P9】
 - ・「食機能連携ユニットパス」入力画面追加(急性期/回復期/維持期)
 - ・「食機能連携ユニットパス」印刷帳票追加
- 『K-PLUS(虚血性脳卒中レジストリ)』対応 【P10】
 - ・「K-PLUS(虚血性脳卒中レジストリ)」入力画面追加(急性期)
- 『必須入力項目アシスト』機能の追加 【P11】
 - ・各病期別に必須入力項目を設定。
 - ・各病期別入力ページにて、現レコードの未入力項目数の状況(未入力項目数)をリアルタイム表示。
 - ・各病期別入力ページにて、必須入力項目が未入力(空欄)の場合、項目横に▲マークを表示および上部メッセージエリアに、項目名称を表示し入力を促す。
 - ・各病期別入力ページにて、「未入力データ抽出」ボタンを配置。
これにより、現在登録データ内において必須項目に未入力のあるレコードを自動抽出。
- 『データ書出/取込』仕様変更 【P12～P17】
 - ・「提出データ書出」機能追加(従来の“病期別”書出を1ボタンに統一)
 - ・「督促データ取込」機能追加(必須項目に未入力があった場合、回収者より再入力の督促対応)
 - ・「日常生活機能評価書出/取込」機能追加(病期別に日常生活機能評価の詳細項目の書出/取込)
 - ・「食機能連携ユニットパス書出/取込」機能追加(病期別に食機能連携ユニットパス項目の書出/取込)
 - ・「K-PLUS(虚血性脳卒中レジストリ)書出/取込」機能追加(K-PLUS項目の書出/取込)
- 『データ督促』機能の追加 【P17】
 - ・回収データにおいて、必須入力項目に未入力がある場合、データ提出者に再入力を督促する。
 - ・必須入力項目に対しての未入力レコード検索/抽出機能追加
 - ・督促用テキストファイルの書出/取込機能追加
 - ・督促データ(必須項目に未入力のあるレコード)専用入力画面追加
- 『管理者メニュー』の追加(※データ回収者のみ使用メニュー)
 - ・「回収データ取込」機能追加(各施設からの回収データの取込処理)
 - ・「督促データ書出」機能追加(回収データに未入力項目があった場合、施設に対して督促データを書出)
- その他
 - ・各病期別入力/印刷レイアウトに新規項目(フィールド)追加
 - ・既存項目の配置及び名称等の変更
 - ・項目に対しての「参照ボタン」追加(参照用画面追加)

【急性期～入力画面】

※青字/青枠項目は必須入力項目を示し、未入力時に上部“未入力項目数”にカウント表示されます。

脳卒中地域連携パスK-STREAM版v300

合計 (未ソート)

レイアウト: INPUT_急性期 表示方法の切り替え: プレビュー

登録データ一覧

患者情報 患者名: 生年月日: 歳 性別: 第 回目入院

急性期入院ID: (マイファンク) 地域連携診療加算請求 急性期入院: 未入力
急性期入院日: 回復期入院: 未入力
維持期・ケック: 未入力データ抽出

『地域連携診療加算請求』が未入力です。

急性期 回復期リハ 維持期/老健 自宅・居宅系 有床クリニック入院

病名: 転帰
主治医: 自宅 (親族宅含む)
発症日: 回復期リハ病院
急性期10: 療養型病床群
入院日: 老人保健施設
退院日: 居宅系施設
在院日数: 有床クリニック

ADL 発症前 退院時
mRS
JCS

回復期のリハを選択して下さい
A 軽度リハコース (mRS1~3: 1-2ヵ月)
B 標準リハコース (mRS4: 2-3ヵ月)
C 重度リハコース (mRS5: 3-5ヵ月)

【診断・急性期治療】

脳梗塞
ラクナ梗塞
アテローム血栓症
心原性脳塞栓症
TIA
t-PA
その他の脳梗塞

脳出血
硬膜下出血
硬膜上出血
小脳出血
脳幹出血
尾状核出血
その他の脳出血

くも膜下出血
脳動脈瘤
AVM
その他の原因

【まだ治療中の合併症】

【かかりつけ医】

【胃瘻】
作成日: タイプ: サイズ: Fr 作成病院:

以下は地域連携パスの項目です。

リハの継続 意識障害あり 食事感染 嚥下障害あり (経口, 経管, 経口+経管)

治療の継続 抗凝固薬 (有/無) 抗血小板薬 (有/無) 糖尿病管理 (有/無) 脂質異常症 (有/無) 降圧薬管理 (有/無) 尿酸管理 (有/無) 腎臓管理 (有/無) 気管切開あり 褥瘡管理あり

在宅準備 介護保険 (有/無) 転院依頼日

【食機能連携ユニットパス】 入力画面へ 未入力項目数

【K-PLUS (虚血性脳卒中レジストリ)】 入力画面へ 登録基準 未入力項目数

[未入力項目数]

※7ページ参照

[未入力データ抽出]

※7ページ参照

[日常生活機能評価]

※8ページ参照

[食機能連携

ユニットパス]

※9ページ参照

[K-PLUS(虚血性

脳卒中レジストリ)]

※10ページ参照

【回復期リハ～入力画面】

※青字/青枠項目は必須入力項目を示し、未入力時に上部「未入力項目数」にカウント表示されます。

[未入力項目数]

※7ページ参照

[未入力データ抽出]

※7ページ参照

[日常生活機能評価]

※8ページ参照

[食機能連携

ユニットパス]

※9ページ参照

【維持期リハ・老健～入力画面】

※青字/青枠項目は必須入力項目を示し、未入力時に上部「未入力項目数」にカウント表示されます。

患者情報 患者名: 生年月日: 歳 性別: 【第 回目入院】

急性期病院ID: (ハイフンなし) 地域連携診療加算請求 急性期病院: 未入力項目数
急性期病院入院日: 回復期病院: 未入力データ抽出
維持期・クリニック:

『地域連携診療加算請求』が未入力です。

急性期 回復期リハ 維持期リハ・老健 自宅・居宅系 有床クリニック入院

【療養型病院・老健.1】 () 急性期病院: から転院
【療養型病院・老健.2】 () 回復期病院: から転院

	病院1	病院2
主治医		
維持期ID		
入院日		
退院日		
在院日数		

【ケアコース・ADL】 ※日付は日常生活機能評価以外の項目の評価日を表示。

ADL	月	入院時	1カ月	2カ月	3カ月	4カ月	5カ月	6カ月	ケア提出時	退院時
*ケアコース										
bケアコース										
日常生活自立度 (※なまり度)										
日常生活機能評価										
要介護度										
BI										
FIM										
JCS										

【入院中の重大な合併症 (※ ロ(チェック)を入力して下さい。】

脳卒中再発 (脳梗塞 脳出血 その他)

肺炎

その他 ()

以下は地域連携パスの項目です。

維持期	抗凝固薬 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	ワルファリン 退院時のPT-INR ()	ダビガトラン ()	リバーロキサパン ()
		アピキササン ()	エドキサパン ()	
退院時	抗血小板 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ()	脂質異常症 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ()	糖尿病管理 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ()	降圧薬管理 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ()
	<input type="checkbox"/> 喫煙あり ()	<input type="checkbox"/> 水腫症管理あり ()		

【食機能連携ユニットパス】 入力画面へ 未入力項目数

[未入力項目数]

※7ページ参照

[未入力データ抽出]

※7ページ参照

[日常生活機能評価]

※8ページ参照

[食機能連携

ユニットパス]

※9ページ参照

【 自宅・居宅系～入力画面 】

※青字/青枠項目は必須入力項目を示し、未入力時に上部“未入力項目数”にカウント表示されます。

脳卒中地域連携パスK-STREAM版v300

レコード: 0 合計 (未ソート)

レイアウト: INPUT_在宅 表示方法の切り替え: [] プレビュー

脳卒中地域連携ノート [削除] [全て表示] [検索] [新規] [ソフト・パス印刷] [メニューへ]

登録ユーザー一覧

患者情報 患者名: 生年月日: 歳 性別: 【第 回目入院】

急性期病院ID: (ハイファンなし) 地域連携診療加算請求 急性期病院: 未入力
回復期病院: 未入力データ抽出
急性期病院入院日: 維持期・クリニック: 未入力データ抽出

『かかりつけ医』が未入力です。(必須入力項目)

急性期 [回復期] [維持期] [老健] [自宅・居宅系] [有床クリニック入院]

自宅/居宅系: 自宅 居宅系 < 居宅系施設: >

かかりつけ医: < 在宅支援クリニック >

かかりつけ医ID: < >

[転録]

急性期病院へ転院 < 病院: > < 原因: >

死亡 < 日付: > < 原因: >

[入院中の重大な合併症 (* (チェック)を入力して下さい。)]

脳卒中再発 < 脳梗塞 脳出血 その他 >

肺炎 < >

その他 < >

訪問診療 訪問リハ 気管切開 TPN管理 経管栄養

訪問看護 訪問介護 褥瘡 胃瘻

[ADL] ※ 日付は日常生活機能評価以外の項目の評価日を表示。

月	未入院日	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	最終評価
参照	m-RS							
※ 02	日常生活自立度 (たまり度)							
詳細入力	在宅医療							
	通院							
	入院 (老健へ)							
	転院 (急性期へ)							

※「自宅・居宅系」「有床クリニック入院」共通

[未入力項目数]

※7ページ参照

[未入力データ抽出]

※7ページ参照

[日常生活機能評価]

※8ページ参照

【有床クリニック入院～入力画面】

※青字/青枠項目は必須入力項目を示し、未入力時に上部「未入力項目数」にカウント表示されます。

脳卒中地域連携パスK-STREAM版v300

患者情報 患者名: 生年月日: 歳 性別: 【第 回目入院】

急性期病院ID: (ハイファンなし) 地域連携診療加算請求 急性期病院: 未入力
回復期病院: 未入力
急性期病院入院日: 維持期・クリック: 未入力

【施設名】が未入力です。(必須入力項目)

急性期 回復期リハ 維持期ホ・老健 自宅・居宅系 有床クリニック入院

施設名: (急性期病院以外)
主治医:
入院ID: (有床クリニックID)
入院日: (有床クリニック入院日)
退院日:
在院日数:

【転帰】
○急性期病院へ転院 (病院:) (原因:)
○死亡 (日付:) (原因:)
○自宅・居宅へ

【入院中の重大な合併症 (※ ロ(チェック)を入力して下さい)】
□脳卒中再発 (○脳梗塞 ○脳出血 ○その他)
□肺炎
□その他 ()

【ADL】 ※日付は日常生活機能評価以外の項目の評価日を示す。

月	来院日	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	最終評価
参照	m-RS							
日常生活自立度 (病状より算出)								
在宅医療								
通院								
入院 (老健へ)								
転院 (急性期へ)								

[未入力項目数]

※7ページ参照

[未入力データ抽出]

※7ページ参照

[日常生活機能評価]

※8ページ参照

【各病期別入力画面～共通機能】

- 以下の内容は、各病期別（急性期/回復期/維持期/老健/自宅/居宅系/有床クリニック入院）画面で共通のオペレーションとなります。

[未入力項目名称表示]

- ・必須入力項目に未入力がある項目名を表示

[未入力項目数]

- ・現在表示レコード(表示画面)の必須入力項目に未入力がある場合、その項目数を表示

[必須入力未入力マーク]

- ・必須入力項目が未入力時にマーク表示（入力されると自動で消去）

※「自宅・居宅系」「有床クリニック入院」の画面では表示機能はありません。

未入力データ検索

未入力データの検索を行います。
検索対象となる条件を選択して下さい。

キャンセル

現在対象

全レコード

[未入力データ抽出]

- ・クリックすると、上ダイアログを表示し、必須入力項目に未入力のあるレコードを抽出します。（現在対象レコードとします。）

- 現在対象 … 現在対象となっているレコードより検索
- 全レコード … 全レコードを対象として検索

【日常生活機能評価～詳細入力】

●日常生活機能評価は、各病期別（急性期/回復期リハ/維持期リハ・老健/自宅・居宅系・有床クリニック入院）に別画面で詳細を入力することが出来ます。
 （※各画面の『日常生活機能評価』項目横の“詳細入力”ボタンをクリック）

【急性期】

入力 日常生活機能評価表【急性期】

日常生活機能評価表【急性期】

病院名
 患者名
 性別
 生年月日
 年齢
 急性期入院日※
 急性期入院日※

※これらを入力すると他日他施設とのデータ連結ができます。

患者の状況	点数	評価内容
1 床上安静の指示	0 0 1	0なし 1あり
2 手支軸元まで持ち上げられる	0 0 1	0できる 1できない
3 寝返り	0 0 1 0 2	0できる 1何かにつかまればできる 2できない
4 起き上がり	0 0 1	0できる 1できない
5 座位保持	0 0 1 0 2	0できる 1支えがあればできる 2できない
6 移乗	0 0 1 0 2	0できる 1見守り一部介助が必要 2できない
7 移動方法	0 0 1	0介助を要しない移動 1介助を要する移動(搬送を含む)
8 口腔嚥下	0 0 1	0できる 1できない
9 食事摂取	0 0 1 0 2	0介助なし 1一部介助 2全介助
10 衣服の着脱	0 0 1 0 2	0介助なし 1一部介助 2全介助
11 他者への意思の伝達	0 0 1 0 2	0介助なし 1できる時とできない時がある 2できない
12 診療・療養上の指示が通じる	0 0 1	0はい 1いいえ
13 危険行動	0 0 1	0ない 1ある
合計	0 1	

【日常生活機能評価】

・各病期別に日常生活機能評価の詳細を入力
 入力データは、個別にデータ書出、印刷が可能。

【回復期リハ】

入力 日常生活機能評価表【回復期リハ】

日常生活機能評価表【回復期リハ】

病院名
 患者名
 性別
 生年月日
 年齢
 急性期入院日※
 急性期入院日※

※これらを入力すると他日他施設とのデータ連結ができます。

患者の状況	入院時								最終評価
	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	
1 床上安静の指示	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0なし 1あり
2 手支軸元まで持ち上げられる	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0できる 1できない
3 寝返り	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0できる 1何かにつかまればできる 2できない
4 起き上がり	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0できる 1できない
5 座位保持	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0できる 1支えがあればできる 2できない
6 移乗	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0できる 1見守り一部介助が必要 2できない
7 移動方法	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0介助を要しない移動 1介助を要する移動(搬送を含む)
8 口腔嚥下	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0できる 1できない
9 食事摂取	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0介助なし 1一部介助 2全介助
10 衣服の着脱	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0介助なし 1一部介助 2全介助
11 他者への意思の伝達	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0介助なし 1できる時とできない時がある 2できない
12 診療・療養上の指示が通じる	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0はい 1いいえ
13 危険行動	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0ない 1ある
合計	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	

【維持期リハ・老健】

入力 日常生活機能評価表【維持期老健】

日常生活機能評価表【維持期老健】

病院名
 患者名
 性別
 生年月日
 年齢
 急性期入院日※
 急性期入院日※

※これらを入力すると他日他施設とのデータ連結ができます。

患者の状況	入院時								最終評価
	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	
1 床上安静の指示	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0なし 1あり
2 手支軸元まで持ち上げられる	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0できる 1できない
3 寝返り	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0できる 1何かにつかまればできる 2できない
4 起き上がり	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0できる 1できない
5 座位保持	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0できる 1支えがあればできる 2できない
6 移乗	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0できる 1見守り一部介助が必要 2できない
7 移動方法	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0介助を要しない移動 1介助を要する移動(搬送を含む)
8 口腔嚥下	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0できる 1できない
9 食事摂取	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0介助なし 1一部介助 2全介助
10 衣服の着脱	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0介助なし 1一部介助 2全介助
11 他者への意思の伝達	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0介助なし 1できる時とできない時がある 2できない
12 診療・療養上の指示が通じる	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0はい 1いいえ
13 危険行動	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0ない 1ある
合計	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	

【自宅・居宅系】

入力 日常生活機能評価表【自宅居宅系】

日常生活機能評価表【自宅居宅系】

かかりつけ医療機関
 患者名
 性別
 生年月日
 年齢
 急性期入院日※
 急性期入院日※

※これらを入力すると他日他施設とのデータ連結ができます。

患者の状況	来院日	12月							最終評価
	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	
1 床上安静の指示	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0なし 1あり
2 手支軸元まで持ち上げられる	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0できる 1できない
3 寝返り	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0できる 1何かにつかまればできる 2できない
4 起き上がり	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0できる 1できない
5 座位保持	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0できる 1支えがあればできる 2できない
6 移乗	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0できる 1見守り一部介助が必要 2できない
7 移動方法	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0介助を要しない移動 1介助を要する移動(搬送を含む)
8 口腔嚥下	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0できる 1できない
9 食事摂取	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0介助なし 1一部介助 2全介助
10 衣服の着脱	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0介助なし 1一部介助 2全介助
11 他者への意思の伝達	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0介助なし 1できる時とできない時がある 2できない
12 診療・療養上の指示が通じる	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0はい 1いいえ
13 危険行動	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0ない 1ある
合計	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	

【有床クリニック入院】

入力 日常生活機能評価表【有床クリニック入院】

日常生活機能評価表【有床クリニック入院】

施設名
 患者名
 性別
 生年月日
 年齢
 急性期入院日※
 急性期入院日※

※これらを入力すると他日他施設とのデータ連結ができます。

患者の状況	来院日	12月							最終評価
	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	
1 床上安静の指示	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0なし 1あり
2 手支軸元まで持ち上げられる	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0できる 1できない
3 寝返り	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0できる 1何かにつかまればできる 2できない
4 起き上がり	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0できる 1できない
5 座位保持	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0できる 1支えがあればできる 2できない
6 移乗	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0できる 1見守り一部介助が必要 2できない
7 移動方法	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0介助を要しない移動 1介助を要する移動(搬送を含む)
8 口腔嚥下	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0できる 1できない
9 食事摂取	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0介助なし 1一部介助 2全介助
10 衣服の着脱	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0介助なし 1一部介助 2全介助
11 他者への意思の伝達	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0 0 1 0 2	0介助なし 1できる時とできない時がある 2できない
12 診療・療養上の指示が通じる	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0はい 1いいえ
13 危険行動	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0 0 1	0ない 1ある
合計	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	

【食機能連携ユニットパス】

- 食機能関連ユニットパスは、指定病期（急性期/回復期/維持期/老健）に別画面で詳細を入力することが出来ます。
（※各画面下部の『食機能連携ユニットパス』項目の“入力画面へ”ボタンをクリック）

【急性期】

【食機能連携ユニットパス】

- ・各病期別に食機能連携ユニットパスを入力
入力データは、個別にデータ書出、印刷が可能。

「未入力チェック」ボタンをクリックすると、未入力のある必須項目を▲マークで表し、その項目数を上部に表示。

▲マークは、入力後、再度「未入力チェック」ボタンをクリックしなければ消去されません。

【回復期/リハ】

【維持期/リハ・老健】

【 K-PILUS(虚血性脳卒中レジストリ) 】

- K-PLUS (虚血性脳卒中レジストリ) は、急性期のみ別画面で詳細を入力することが出来ます。
(※各画面下部の『K-PLUS (虚血性脳卒中レジストリ)』項目の“入力画面へ”ボタンをクリック)

[K-PLUS(虚血性脳卒中レジストリ)]

- ・急性期ページのみK-PLUS データを入力。
入力データは、個別にデータ書出が可能。
(※印刷機能なし)

「未入力チェック」ボタンをクリックすると、未入力のある必須項目を▲マークで表し、その項目数を上部に表示。

▲マークは、入力後、再度「未入力チェック」ボタンをクリックしなければ消去されません。

※但し、以下の4項目は、急性期画面での必須項目の為、入力されるまで▲マークが表示されます。

- ・「病院名」
- ・「発症前のm-RS」
- ・「退院日」
- ・「転帰」

【病期別必須入力項目】

- 以下項目が、各病期別画面での必須入力項目となります。
(必須入力項目は、入力画面では青字/青枠で表記されています。)

【急性期】

- ① 地域連携診療加算請求 [急性期病院]
- ② 病院名
- ③ 発症日
- ④ 退院日
- ⑤ 転帰
- ⑥ mRS (発症前)
- ⑦ mRS (退院時)
- ⑧ 日常生活機能評価 (退院時)
- ⑨ JCS (退院時)
- ⑩ 回復期のリハコース
- ⑪ 診断結果 [脳梗塞/脳出血/くも膜下出血]

【回復期リハ】

- ① 地域連携診療加算請求 [回復期病院]
- ② 病院 1
- ③ 急性期病院から転院 (急性期病院名)
- ④ 回復期 I D (病院 1)
- ⑤ 入院日 (病院 1)
- ⑥ 退院日 (病院 1)
- ⑦ 転帰 (転帰orエンドポイント)
- ⑧ ADLコース [A / B / C]
- ⑨ BI (入院時) + FIM (入院時)
- ⑩ BI (退院時) + FIM (退院時)
- ⑪ 日常生活機能評価 (退院時)
- ⑫ JCS (入院時)
- ⑬ JCS (退院時)
- ⑭ ケアコース [a / b]

【維持期リハ・老健】

- ① 地域連携診療加算請求 [維持期・クリニック]
- ② 療養型病院・老健 1
- ③ 維持期 I D (病院 1)
- ④ 入院日 (病院 1)
- ⑤ 退院日 (病院 1)
- ⑥ 転帰 (転帰orエンドポイント)

【自宅・居宅系】

- ① かかりつけ医 (在宅支援クリニック)
- ② かかりつけ医 I D
- ③ 転帰 (エンドポイント)
- ④ 来院日 ADL [mRS/日常生活自立度/日常生活機能評価]

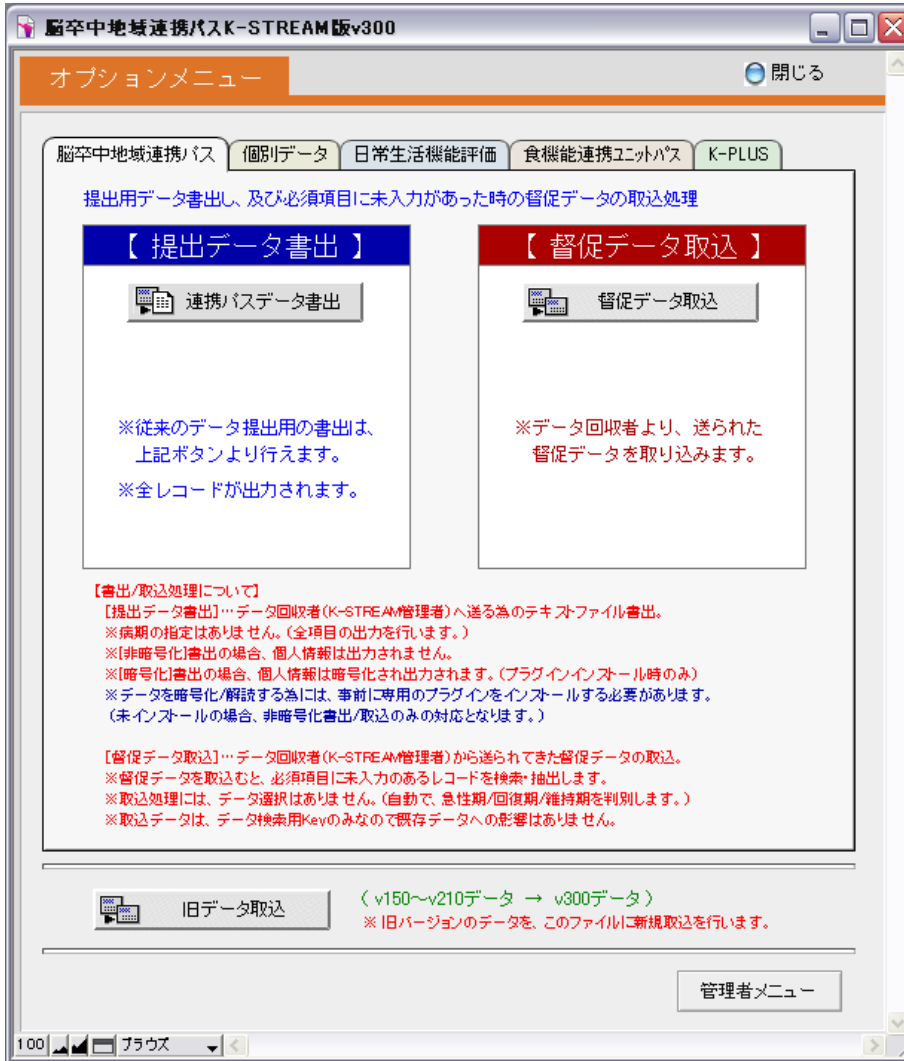
【有床クリニック入院】

- ① 施設名 (急性期病院以外)
- ② 入院 I D (有床クリニック I D)
- ③ 入院日 (有床クリニック入院日)
- ④ 退院日
- ⑤ 転帰 (転帰orエンドポイント)
- ⑥ 来院日 ADL [mRS/日常生活自立度/日常生活機能評価]

※上記必須入力項目は、各病期別画面で未入力時にカウントされ画面上部に表示されます。

【オプションメニュー（脳卒中地域連携パス）】

- 『脳卒中地域連携パス』に関するテキストファイルデータの書出/取込を行います。
（※書出ファイルは全てTAB形式による出力となります。）



【提出データ書出】

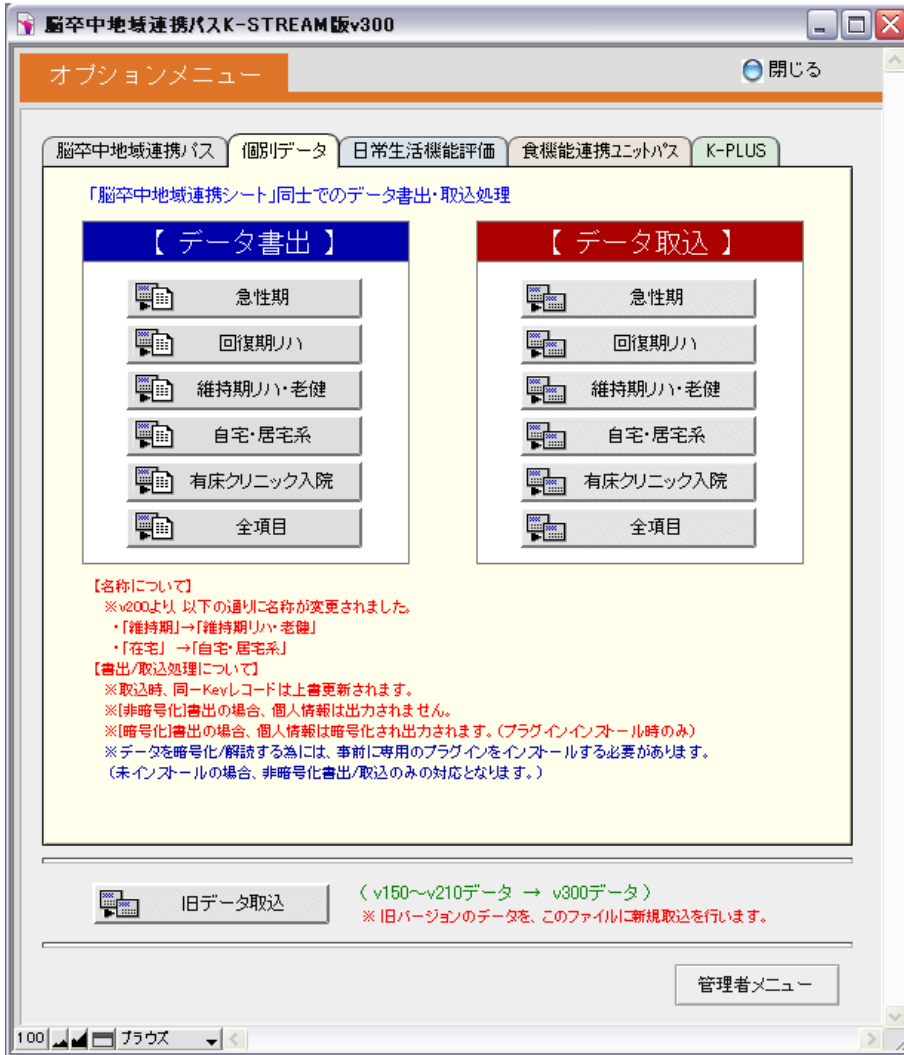
- 連携パスデータ書出 … 回収者へ渡す為の提出用テキストデータの書出処理。
前バージョンまでは、「個別データ書出」より行われていたが
今バージョンより、病期に関係なく本処理に統一。

【督促データ取込】

- 督促データ取込 … 回収者から送られた、必須入力項目の未入力に対しての
督促データ取込処理。
※督促データ入力については、17ページ参照

【 オプションメニュー（個別データ） 】

- 『脳卒中地域連携パス』データを病期別にテキストファイルデータの書出/取込を行います。
(※書出ファイルは全てTAB形式による出力となります。)



【データ書出】

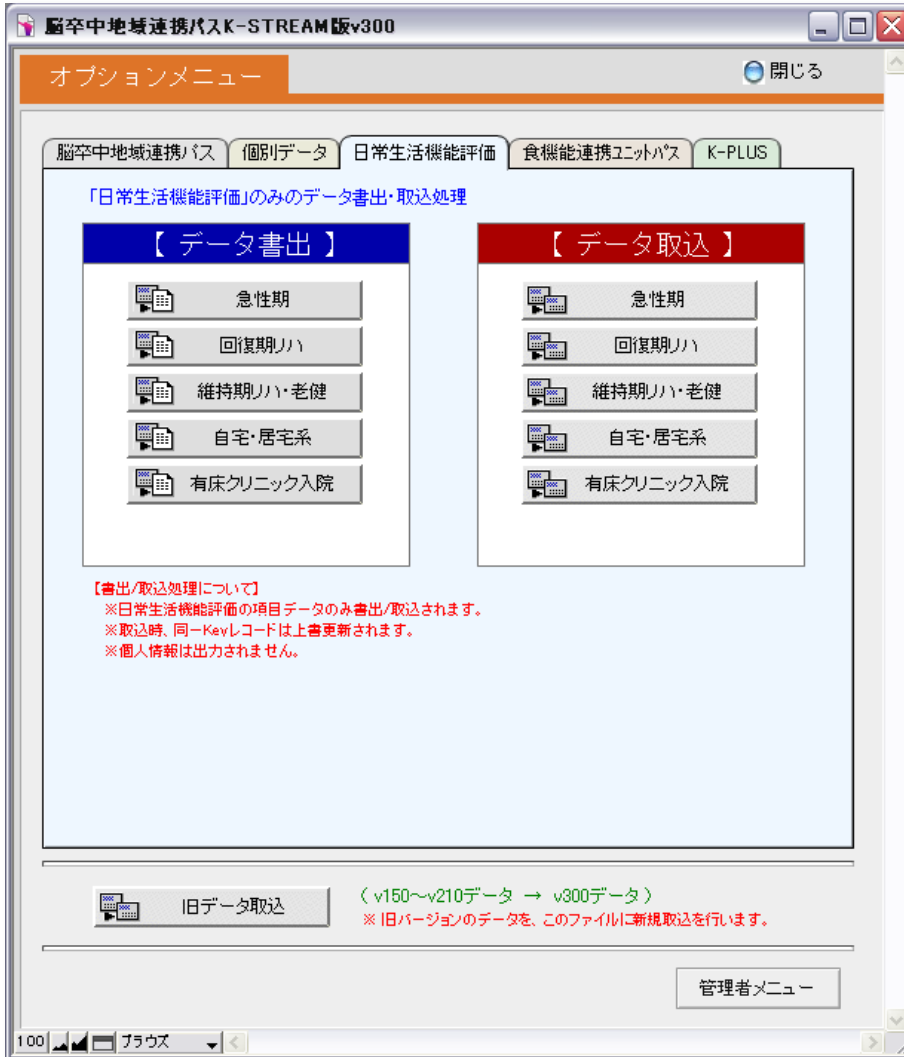
- 急性期 … 『急性期』データのみをテキストデータ書出。
- 回復期リハ … 『回復期リハ』データのみをテキストデータ書出。
- 維持期リハ・老健 … 『維持期リハ・老健』データのみをテキストデータ書出。
- 自宅・居宅系 … 『自宅・居宅系』データのみをテキストデータ書出。
- 有床クリニック入院 … 『有床クリニック入院』データのみをテキストデータ書出。
- 全項目 … 全項目のデータをテキストデータ書出。

【データ取込】

- 急性期 … 『急性期』ボタンより書出しされたテキストデータの取込。
- 回復期リハ … 『回復期リハ』ボタンより書出しされたテキストデータの取込。
- 維持期リハ・老健 … 『維持期リハ・老健』ボタンより書出しされたテキストデータの取込。
- 自宅・居宅系 … 『自宅・居宅系』ボタンより書出しされたテキストデータの取込。
- 有床クリニック入院 … 『有床クリニック入院』書出しされたテキストデータの取込。
- 全項目 … 『全項目』ボタンより書出しされたテキストデータの取込。

【 オプションメニュー(日常生活機能評価) 】

- 『日常生活機能評価』に関するテキストファイルデータの書出/取込を行います。
(※書出ファイルは全てTAB形式による出力となります。)



【データ書出】

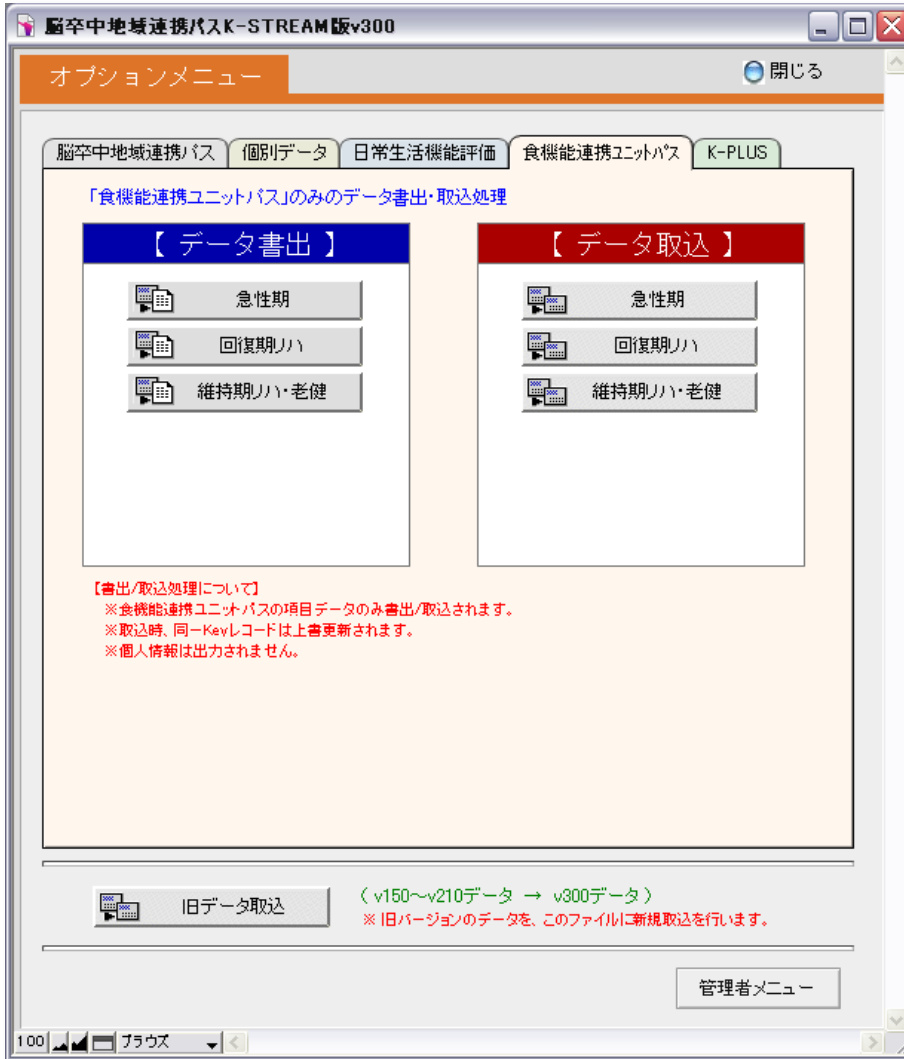
- 急性期 … 『急性期』の日常生活機能評価データ書出。
- 回復期リハ … 『回復期リハ』の日常生活機能評価データ書出。
- 維持期リハ・老健 … 『維持期リハ・老健』の日常生活機能評価データ書出。
- 自宅・居宅系 … 『自宅・居宅系』の日常生活機能評価データ書出。
- 有床クリニック入院 … 『有床クリニック入院』の日常生活機能評価データ書出。

【データ取込】

- 急性期 … 『急性期』の日常生活機能評価データ取込。
- 回復期リハ … 『回復期リハ』の日常生活機能評価データ取込。
- 維持期リハ・老健 … 『維持期リハ・老健』の日常生活機能評価データ取込。
- 自宅・居宅系 … 『自宅・居宅系』の日常生活機能評価データ取込。
- 有床クリニック入院 … 『有床クリニック入院』の日常生活機能評価データ取込。

【オプションメニュー（食機能連携ユニットパス）】

- 『食機能連携ユニットパス』に関するテキストファイルデータの書出/取込を行います。
（※書出ファイルは全てTAB形式による出力となります。）



【データ書出】

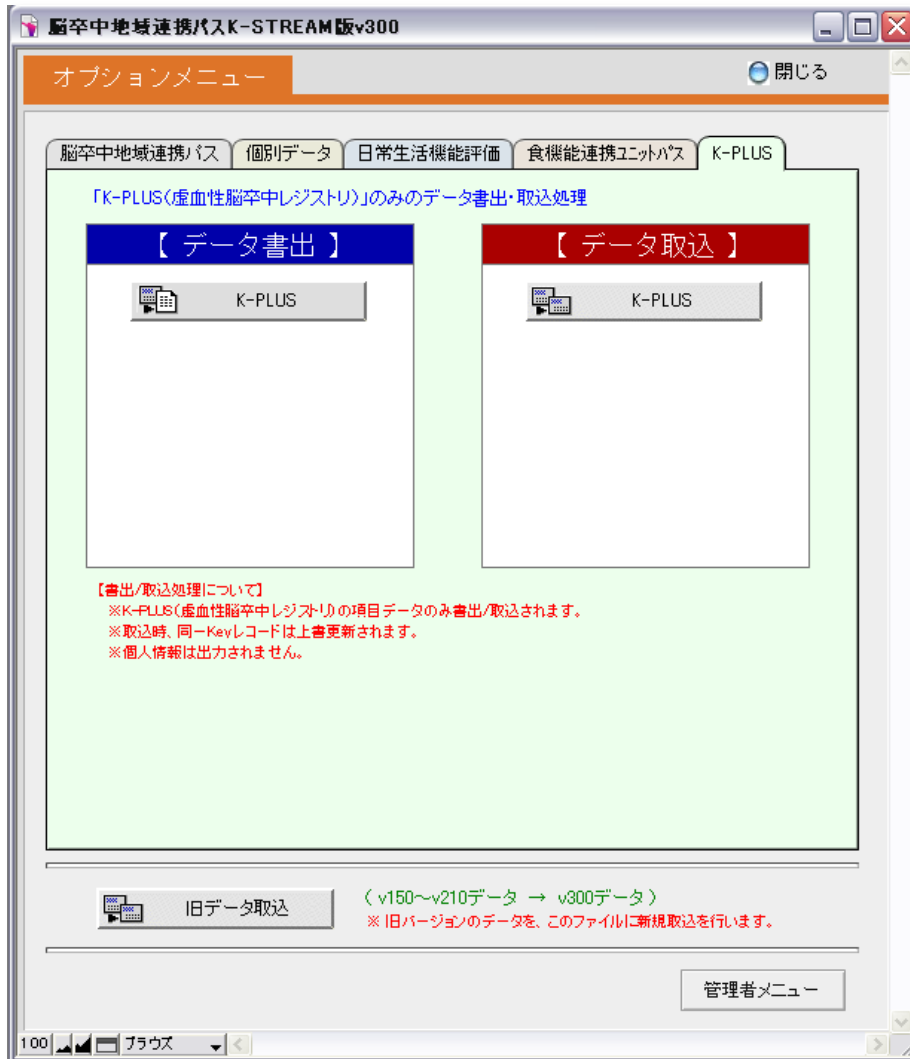
- 急性期 … 『急性期』の食機能連携ユニットパスデータ書出。
- 回復期リハ … 『回復期リハ』の食機能連携ユニットパスデータ書出。
- 維持期リハ・老健 … 『維持期リハ・老健』の食機能連携ユニットパスデータ書出。

【データ取込】

- 急性期 … 『急性期』の食機能連携ユニットパスデータ取込。
- 回復期リハ … 『回復期リハ』の食機能連携ユニットパスデータ取込。
- 維持期リハ・老健 … 『維持期リハ・老健』の食機能連携ユニットパスデータ取込。

【 オプションメニュー (K-PLUS[虚血性脳卒中レジストリ]) 】

- 『K-PLUS(虚血性脳卒中レジストリ)』に関するテキストファイルデータの書出/取込を行います。
(※書出ファイルは全てTAB形式による出力となります。)



【データ書出】

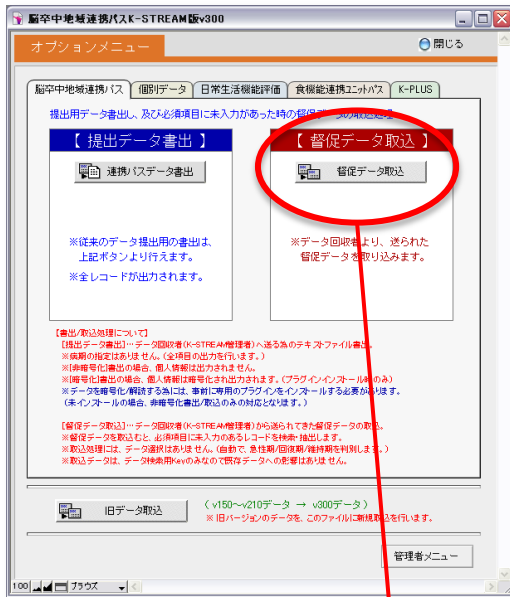
- K-PLUS … K-PLUS(虚血性脳卒中レジストリ)データ書出。

【データ取込】

- K-PLUS … K-PLUS(虚血性脳卒中レジストリ)データ取込。

【督促データ取込/書出し処理(データ提供者)】

- 提出データに必須入力項目に対して未入力があった場合、回収者より再入力をお願いする為に督促データが送られます。その場合、以下の手順で再入力を行います。
(この作業では、『必須項目』のみ入力対象とします。)



【作業手順】

- ①オプションメニューの「脳卒中地域連携パス」より「督促データ取込」を選択
- ②ファイル選択ダイアログより、送られてきたテキストファイルを選択。
- ③ファイル取込を完了すると、必須項目に未入力のあるレコードを抽出し、専用入力画面を表示。
- ④未入力項目にデータを入力。
(未入力項目は、▲マークで表記)
- ⑤全項目を入力後、「データ提出(再提出)」ボタンを押し、書出ファイルを回収者へ送信。

No	必須項目名	入力値
1	病院名	
2	発症日	2008/02/01
3	退院日	2009/06/02
4	転帰	<input type="radio"/> 自宅(親族宅含む) <input type="radio"/> 療養型病床群 <input type="radio"/> 居宅系施設 <input checked="" type="radio"/> 在宅介護施設 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 回復期リハ病院 <input type="radio"/> 老人保健施設 <input checked="" type="radio"/> 有床クリニック
5	回復期リハコース	A 軽障リハコース (mRS1~3: 1-2ヵ月) B 標準リハコース (mRS4: 2-3ヵ月) C 重障リハコース (mRS5: 3-5ヵ月)
6	mRS	死後前:
7	mRS	退院時:
8	日常生活機能評価	退院時: 13
9	JCS	退院時:
10	診断・急性期治療	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input checked="" type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血

[未入力レコード件数]

[メニューへ]

・メインメニュー画面へ戻ります
※メインメニューへ戻るとこの画面を表示する為には再度、督促データの取込作業を行わなければなりません。

[未入力項目数]

・現在表示レコードの未入力項目数を表示

[データ提出(再提出)]

・テキストファイルの書出

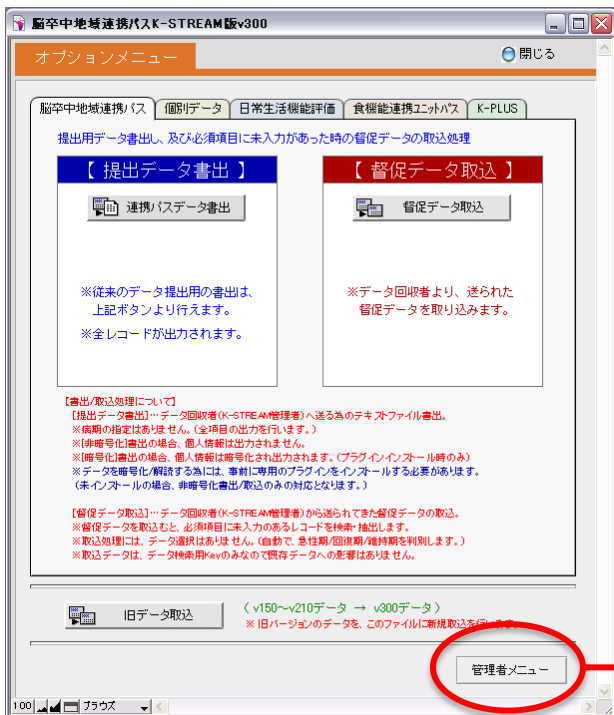
[必須入力未入力マーク]

・未入力項目にマーク表示
(入力されると自動で消去)

※督促データ入力画面は、自動で「急性期」「回復期リハ」「維持期リハ・老健」に切り替わります。
 ※督促データ取込処理自体は、実データに影響ありません。(特定レコードの検索/抽出作業のみです。)
 ※督促データ取込処理は、特定レコードの検索/抽出作業を行う為、空ファイルで行ってもデータ表示されません。

【 管理者メニュー 】

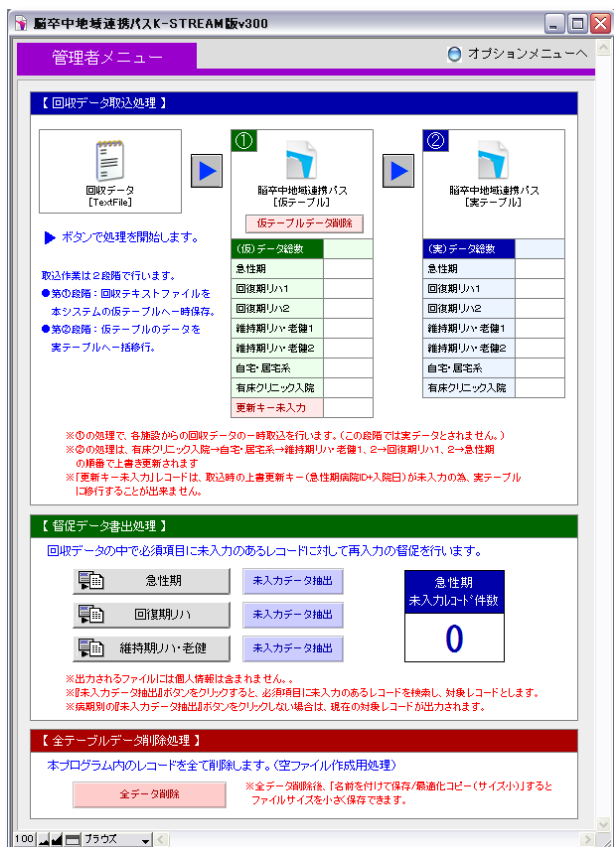
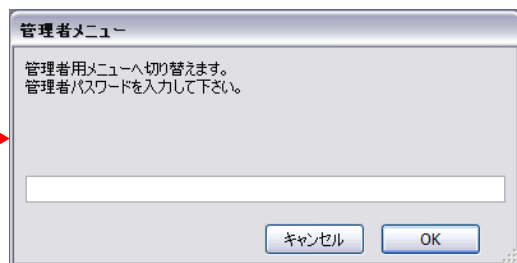
- オプションメニュー下の「管理者メニュー」ボタンで管理者専用画面へ移動します。



管理者メニューは、一般の利用者が必要としない機能を集約した画面となります。

「管理者」とは、データ回収者を意味し、「利用者」とは、データ提供者を意味します。

管理者パスワードを入力します。

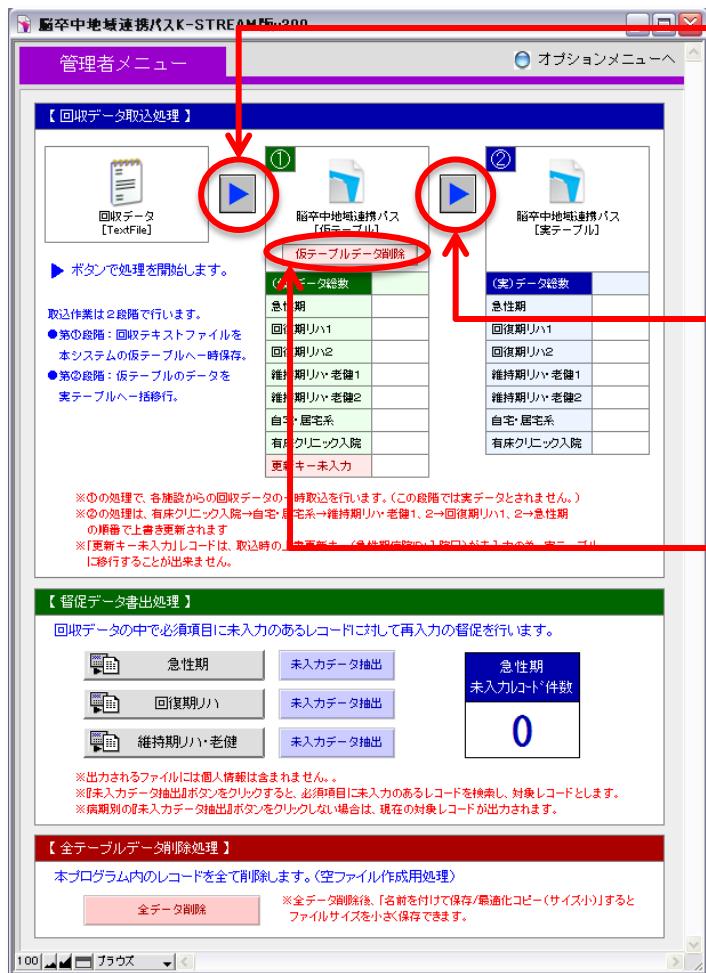


管理者メニューでは、以下の2つの処理が行えます。

- 回収データ取込処理
 - ・各施設より送られてきたテキストファイルデータを本システムに取り込みます。
- 督促データ書出処理
 - ・回収データの必須項目に未入力が多い場合、その施設に対して督促データを書出、再入力を依頼します。

【管理者メニュー（回収データ取込処理）】

- 各施設より回収されたテキストデータの取込処理を行います。



[テキストデータ取込 (TextFile→仮テーブル)]
 ・各施設から送られてきたテキストファイルデータを本システムへ取り込みます。

※この時、取込先は一時保存用のテーブルに格納される為、参照することは出来ません。また、実データにも影響しません。

[取込データ移行 (仮テーブル→実テーブル)]
 ・仮テーブルに保存されているデータを実テーブルへ移行します。

※移行処理の仕様については、以下の通りとなります。

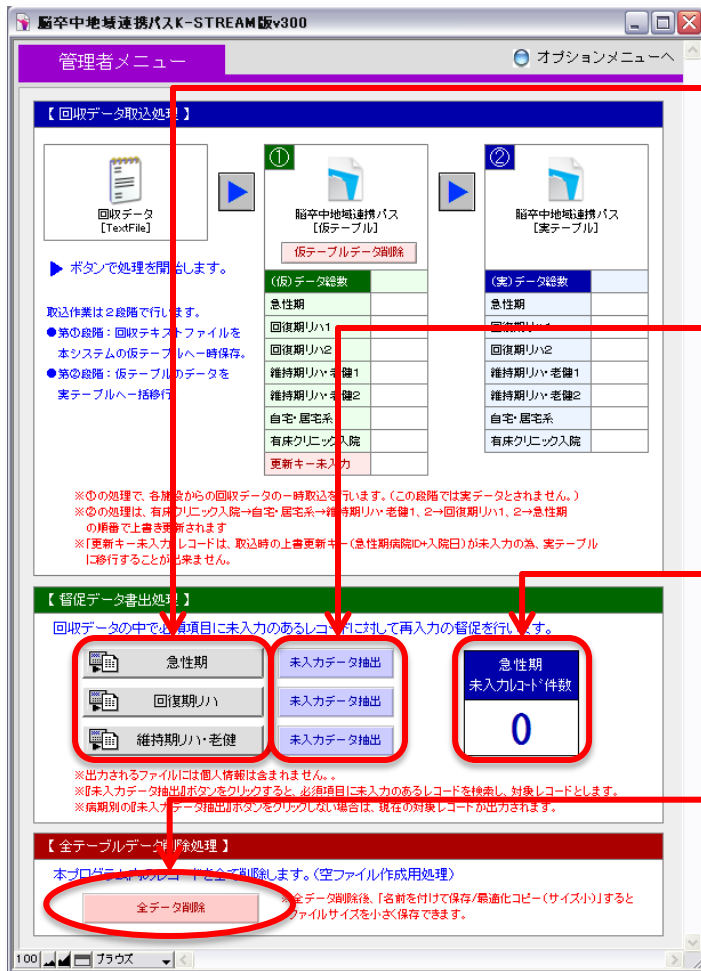
[仮テーブルデータ削除]
 ・仮テーブル内のデータをクリア (全件削除) します。

【処理仕様（処理の流れ）】

- 回収データを仮テーブルへ取込（脳卒中地域連携パスファイル内のデータ一時保存用の仮テーブル）
 - ・施設関係なく、取込んだデータを仮テーブル（一時保存用）へ“新規レコード”として取込・保存。（※旧データ書出の「全項目」の取込可能）
- データのチェック（病期別の確認）
 - ・取込データが以下のどの病期に属するデータかをチェックし、件数を表示。（以下の条件で病期を自動で判断）（※「急性期」と「回復期1」両方入っていた場合、それぞれカウントします。）
 - (1)急性期 : 「病院名」が空白でない
 - (2)回復期1 : 「病院1」が空白でない
 - (3)回復期2 : 「病院2」が空白でない
 - (4)維持期1 : 「療養型病院・老健1」が空白でない
 - (5)維持期2 : 「療養型病院・老健2」が空白でない
 - (6)自宅・居宅系 : 「かかりつけ医」が空白でない
 - (7)有床クリニック入院 : 「施設名」が空白でない
- 仮テーブルから実テーブルへ移行（データ取込）
 - ・前処理の条件で検索・抽出し、以下の順序で実テーブルへデータ移行（同一患者レコードは“上書き更新”を行う。）
 - (1)有床クリニック入院（「有床クリニック入院」+「自宅・居宅系」+「維持期(1,2)」+「回復期(1,2)」+「急性期」）
 - (2)自宅・居宅系（「自宅・居宅系」+「維持期(1,2)」+「回復期(1,2)」+「急性期」）
 - (3)維持期1（「維持期(1,2)」+「回復期(1,2)」+「急性期」）
 - (4)維持期2（「維持期(2)」+「回復期(1,2)」+「急性期」）
 - (5)回復期1（「回復期(1,2)」+「急性期」）
 - (6)回復期2（「回復期(2)」+「急性期」）
 - (7)急性期（「急性期」のみ）

【管理者メニュー（督促データ書出処理）】

- 必須項目に未入力があったデータを抽出し、送付施設に対して督促データを書出します。



[督促データ書出ボタン]

- ・病期別に督促データの書出を行います。書出し処理は、現在対象レコードに対して出力します。事前に未入力データの抽出を行っておいて下さい。

[未入力データ抽出ボタン]

- ・病期別に必須項目に未入力のあるレコードを検索し、抽出します。(対象レコード化) そのレコード件数を右に表示します。

[検索件数表示]

- ・病期別の検索結果の該当件数を表示

[全データ削除]

- ・システム内データ(患者データ)全件を削除します。(※空ファイル作成用処理)

[処理仕様（処理の流れ）]

1. 病期別データ入力画面または上記管理者メニュー画面にて、必須項目に未入力のあるレコードを検索・抽出。(現在対象レコード化しておく)
2. 督促データの書出
指定病期の督促データを書出します。
(※出力ファイルには、送付先施設で未入力レコード検索用キー（患者ID+急性期病院入院日）の書出を行います。)