

脳卒中パス、東京都標準版作成に際しての論点メモ (近藤太郎 201006版)

パスに必要なポイントは？

保険での届出は、カレンダー形式の書式のみ（添付資料あり）

■超急性期の流れ見えるパスを

このほか、既に各医療機関や地域などで使用している地域連携クリティカルパスを基に、都としての標準的なパスの作成に着手することも決めた。近藤太郎委員（東京都医師会理事）は、パスに必要な点として、

▽患者・家族や各病期の医師に、全体的な治療の流れが分かる

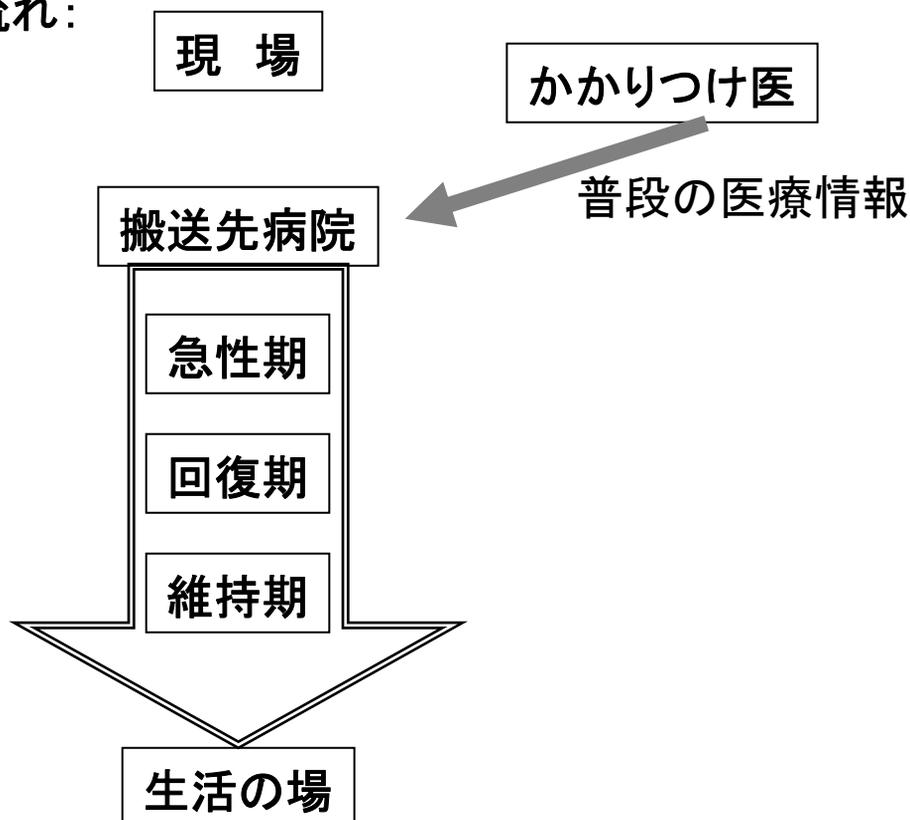
▽治療、看護、介護、家族の情報など、各職種に必要な情報が入っている

▽119番受信時などから超急性期への流れが把握でき、検証にも使える—を指摘。

超急性期への流れを検証することで、脳卒中の後遺症の患者の減少につなげ、将来的に要介護者の数を減らしていくことが重要との認識を示した。

（200731 CBニュースから）

患者さんの流れ：



クリティカルパス

= 必要とされる診療情報提供書等の情報

標準パスの検討

- 東京都標準パスを用意することにより、東京都内すべての脳卒中関連医療機関が参画できる。
- 年3回程度開催する「情報交換のための会合」については、簡略化できる。
- すでに使用されているパスについては、協議会として後追いの認証（標準パスに準ずる）をする。
- 各二次医療圏では、チェック項目が多岐にわたり、様式もさまざまである。

⇒ 東京都標準パスについて小委員会を設置し、検討を行いたい。

標準パスに必要な情報とは？

- 診療報酬では
 - 域連携診療計画書（様式例）（様式12の2） 届出書は様式12
 - 退院・転院基準
 - 日常生活機能評価表（別紙様式10）・・・退院時に計画書に記載する
- 急性期、回復期、維持期それぞれに必要な項目とは？
 - BI：Barthel Index
 - NIHSS：NIH Stroke Scale
 - 高次脳機能障害
 - MMSE
 - 社会的背景
- すでに存在する脳卒中関連の書式（様式）
 - 神経学的検査チャート（別紙様式19）
 - リハビリテーション実施計画書（別紙様式21、21の2、21の3）
 - 廃用症候群に係る届出添付書類（別紙様式22）
 - リハビリテーション総合実施計画書（別紙様式23、23の2）
 - 栄養管理計画書（別紙様式5）
 - 退院支援計画書（別紙様式6）
 - 亜急性期入院医療管理診療計画書（在宅復帰支援に関する事項）（別紙様式7）
 - 診療情報提供書（別紙様式11、12、13）
 - 生活習慣病 療養計画書 初回用（別紙様式9）
 - 生活習慣病 療養計画書 継続用（別紙様式9の2）
- その他として、 退院証明書（別紙様式1）

かかりつけ医 → 搬送先病院 への診療情報提供 書式 (案)

ふりがな

患者氏名 _____ 歳 (男性 女性)

傷病名

| | | | | |
|----|-------|---|---|---|
| 1. | 発症年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 2. | 発症年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 3. | 発症年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 4. | 発症年月日 | 年 | 月 | 日 |

アレルギー

なし

あり (_____)

使用薬剤名、分量等

その他の情報

平成 年 月 日

医療機関名 _____

住 所 _____

電 話 _____

医師名 _____

様式12

地域連携診療計画管理料
地域連携診療計画退院時指導料

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する事項を○で囲むこと。

1 計画管理病院

| | |
|--------------|---------------------|
| 1 計画管理病院について | ・ 連絡先 |
| ・ 保険医療機関の名称 | ・ 担当医師名 |
| ・ 開設者名 | |
| 2 受け入れ病棟について | ・ 一般病棟の平均在院日数 日 |
| ・ 病床数 床 | (※17日以内であること。) |
| ・ 届出入院基本料の区分 | (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) |

2 連携保険医療機関

(1) 大腿骨頸部骨折

| 連携保険医療機関について | | | 地域連携診療計画に係る合同委員会について | | |
|--------------|-----|------------|----------------------|-----|------|
| 保険医療機関の名称 | 連絡先 | 届出入院基本料の区分 | 開催予定日又は開催頻度 | 出席者 | 開催場所 |
| | | | | | |
| 連携保険医療機関件数 件 | | | | | |

(2) 脳卒中

| 連携保険医療機関について | | | 地域連携診療計画に係る合同委員会について | | |
|--------------|-----|------------|----------------------|-----|------|
| 保険医療機関の名称 | 連絡先 | 届出入院基本料の区分 | 開催予定日又は開催頻度 | 出席者 | 開催場所 |
| | | | | | |
| 連携保険医療機関件数 件 | | | | | |

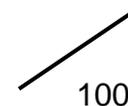
[記載上の注意]

- 1 患者等に交付する地域連携診療計画書の例を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の2を参考にすること。
- 3 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届出ること。
- 4 脳卒中について届け出る場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。

バーセルインデックス(Barthel Index ; 機能的評価)

| | 点数 | 質問内容 | 得点 |
|--------------------|--------------------|---|----|
| 1 食事 | 10 5 0 | 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 全介助 | |
| 2 車椅子から ベッドへの移動 | 15 10 5 0 | 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む) 軽度の部分介助または監視を要する 座ることは可能であるがほぼ全介助 全介助または不可能 | |
| 3 整容 | 5 0 | 自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 部分介助または不可能 | |
| 4 トイレ動作 | 10 5 0 | 自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む) 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 全介助または不可能 | |
| 5 入浴 | 5 0 | 自立 部分介助または不可能 | |
| 6 歩行 | 15 10 5 0 | 45M以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず 45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能 上記以外 | |
| 7 階段昇降 | 10 5 0 | 自立、手すりなどの使用の有無は問わない 介助または監視を要する 不能 | |
| 8 着替え | 10 5 0 | 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 上記以外 | |
| 9 排便コントロール | 10 5 0 | 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外 | |
| 10 排尿コントロール | 10 5 0 | 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外 | |

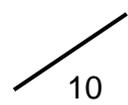
合計得点



意欲の指標(Vitality Index)

| | 点数 | 質問内容 | 得点 |
|--|-------------|--|----|
| 1 起床 (Wake up) | 2 1 0 | いつも定時に起床している 起こさないと起床しないことがある 自分から起床することはない | |
| 2 意思疎通 (Communication) | 2 1 0 | 自分から挨拶する、話し掛ける 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる 反応がない | |
| 3 食事 (Feeding) | 2 1 0 | 自分から進んで食べようとする 促されると食べようとしない 食事に関心がない、全く食べようとしない | |
| 4 排泄 (On and Off Toilet) | 2 1 0 | いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排尿排便を伝える 時々、尿意便意を伝える 排泄に全く関心がない | |
| 5 リハビリ・活動 (Rehabilitation, Activity) | 2 1 0 | 自らリハビリに向かう、リクレーションに積極的に参加することを求める 促されて向かう 拒否、無関心 | |

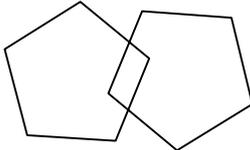
合計得点



(うらもあります)

(登録時)65歳以上の方に、問診による調査を行ってください。(Barthel index, Vitality index, MMSE)

Mini-Mental State Examination (MMSE)

| | 質問内容 | 得点 |
|----------------------|--|----|
| 1 5点 | 今年は何年ですか (1点) 今の季節は何ですか(1点) 今日は何曜日ですか(1点) 今日は何月(1点) 何日(1点)ですか | |
| 2 5点 | ここは何県ですか(1点) ここは何市ですか(1点) ここは何病院ですか(1点) ここは何階ですか(1点) ここは何地方ですか(例 関東地方)(1点) | |
| 3 3点 正答1個につき1点 | 相互に無関係な物品名3個の名前を、検者が一秒間に一個ずつ言い、その後、患者さんに繰り返してもらいます 3例全て言うまで繰り返してもらいます(6回まで) | |
| 4 5点 正答1個につき1点 | 100から順に7を引き答えさせる(5回まで) あるいは「フジノヤマ」を逆唱してもらいます | |
| 5 3点 正答1個につき1点 | 3で示した物品名を再度復唱してもらいます | |
| 6 2点 | (時計を見せながら)これはなんですか (1点) (鉛筆を見せながら)これはなんですか (1点) | |
| 7 1点 | 次の文章を繰り返し言ってもらいます 「みんなで力をあわせて綱を引きます」 | |
| 8 3点 | (3段階の指示を患者さんにしてください) 「右手にこの紙を持ってください」(1点) 「それを半分に折りたたんでください」(1点) 「机の上に置いてください」(1点) | |
| 9 1点 | (次の文章を読んでその指示に従ってもらってください) 「目を閉じてください」 | |
| 10 1点 | (口頭で指示してください) 「何か文章を書いてください」 | |
| 11 1点 | 「下の図形と同じものを書いてください」  | |

合計得点

30

| | | |
|-----|-------|--|
| 対象者 | イニシャル | |
| | ID | |

調査日: 年 月 日 担当

各得点を登録票に転記し、登録票のみご提出ください。この用紙は、お手元で保管願います。

(うらもあります)

NIH Stroke Scale (NIHSS)

- ・リストの順に施行すること。
- ・各検査項目施行直後にその結果を記録する。
- ・逆に行ったり評点を変更してはならない。
- ・各検査の行い方についての指示に従う。
- ・評点は患者がなしたことを反映するのであって、患者ができるだろうと医師が推測したことを反映するのではない。
- ・検査を施行している間に記録すること。
- ・特に指示されている部分以外では、患者を誘導してはならない（すなわち、何度も命令を繰り返すと患者は特別に努力をしてしまう）。
- ・いずれかの項目が実施されなかった場合は、その理由を明白に説明しておく。
- ・全ての実施されなかった項目は研究責任者によって見直され、検者との間で協議することとする。

| |
|--|
| <p>1 a . 意識水準</p> |
| <p>気管内挿管、言語的障壁、あるいは口腔の外傷などによって評価が妨げられたとしても、患者の反応をどれか一つに評価選択すること。痛み刺激を加えられた際に患者が反射的姿勢以外には全く運動を呈さないときのみ3点とする。</p> <p>0：完全に覚醒している、的確に反応する。</p> <p>1：覚醒していないが簡単な刺激で覚醒し、命令に従ったり、答えたり、反応することができる。</p> <p>2：覚醒していなくて、注意を向けさせるには繰り返し刺激する必要があるか、あるいは意識が混濁していて（常同的ではない）運動を生じさせるには強い刺激や痛み刺激が必要である。</p> <p>3：反射的運動や自立的反応だけしかみられないか、あるいは完全に無反応、弛緩状態、無反射状態である。</p> |
| <p>1 b . 意識障害 - 質問</p> |
| <p>今月の月名および年齢を尋ねる。返答は正解でなければならず、近似した答えには点を与えない。失語症または昏迷の患者には2点を与える。気管内挿管、口腔外傷、強度の構音障害、言語的障壁あるいは失語症によらない何らかの問題のために患者が話すことができない場合には1点とする。最初の応答のみを評価することが重要であり、検者は言語的あるいは非言語的な手がかりで患者を助けてはならない。</p> <p>0：両方の質問に正解</p> <p>1：一方の質問に正解</p> <p>2：両方とも不正解</p> |
| <p>1 c . 意識障害 - 従命</p> |
| <p>「目の開閉」を命じ、続いて「手を握る・開く」を命じる。もし手が使えないときは他の1段階命令に置き換えてもよい。実行しようとする明らかな企図がみられるが、筋力低下のために完遂できないときは点を与える。もし患者が命令に反応しないときはパントマイムで示してみせる。外傷、切断または他の身体的障害のある患者には適当な1段階命令に置き換える。最初の企図のみを評価すること。</p> <p>0：両方とも遂行可</p> <p>1：一方だけ遂行可</p> <p>2：両方とも遂行不可</p> |
| <p>2 . 最良の注視</p> |
| <p>水平眼球運動のみ評価する。随意的あるいは反射的（oculocephalic）眼球運動を評価するが caloric test は行わない。共同偏視を有しているが、随意的あるいは反射的にこれを克服できるときは1点とする。単一の末梢性脳神経（Ⅲ、Ⅳ、Ⅵ）麻痺があるときは1点とする。注視は全ての失語症患者で評価可能なはずである。眼外傷、眼帯、病前からの盲、あるいは他の視野視力障害を有する患者は反射的運動あるいは適切な方法で評価する。視線を合わせ、患者の周りを横に動くことで注視麻痺の存在を検知できることがよくある。</p> <p>0：正常</p> <p>1：部分的注視麻痺。注視が一側あるいは両側の眼球で異常であるが、固定した偏視や完全注視麻痺ではないとき。</p> <p>2：「人形の目」手技で克服できない固定した偏視あるいは完全注視麻痺。</p> |

| |
|---|
| 3. 視野 |
| <p>視野（上下 1/4）を対座法で動かしている指あるいは threat で検査する。患者を励ましてもよいが、動いている指の方を適切に向くのならば正常とする。一側眼の盲や単眼の場合は健常側の視野を検査する。1/4 盲を含む明らかな左右差が認められたときのみ 1 点とする。もし全盲であればどのような理由であっても 3 点とする。この時点で両側同時刺激を行い消去現象があれば 1 点とし、その結果は項目 11 の評点に用いる。</p> <p>0：視野欠損なし 1：部分的半盲 2：完全半盲 3：両側性半盲（皮質盲を含む全盲）</p> |
| 4. 顔面麻痺 |
| <p>歯をみせるか笑ってみせる、あるいは目を閉じるように命じるかパントマイムで示す。反応の悪い患者や理解力のない患者では痛み刺激に対する洪面の左右差でみる。顔面外傷、気管内挿管、包帯、あるいは他の身体的障壁のため顔面が隠れているときは、できるだけこれらを取り去って検査する。</p> <p>0：正常な対称的な動き 1：軽度の麻痺（鼻唇溝の平坦化、笑顔の不对称） 2：部分的麻痺（顔面下半分の完全あるいはほぼ完全な麻痺） 3：完全麻痺（顔面上半および下半の動きが全くない）</p> |
| 5 & 6. 上肢および下肢の運動 |
| <p>上下肢を適切な位置に置く：上肢は 90 度（坐位するとき）または 45 度（仰臥位するとき）、下肢は 30 度（必ず仰臥位）。上肢は 10 秒間維持できないとき、下肢は 5 秒間維持できないときに下垂と評価する。失語症患者には声やパントマイムで示すが、痛み刺激は用いない。各肢は順に検査するが最初是非麻痺側から検査する。切断肢や肩あるいは股関節の癒合のときのみ 9 点とし、検者は 9 点とつけた理由を明確に記録しておく。</p> <p>0：下垂なし。90（または 45）度を 10 秒間保持できる。 1：下垂する。90（または 45）度を保持できるが、10 秒以内に下垂してくる。しかしベッドを打つようには落ちない。 2：重力に抗しての動きがみられるが、90（または 45）度の挙上または保持ができない。 3：重力に抗しての動きがみられない。ベッド上に落ちる。 4：全く動きがみられない。 9：切断、関節癒合</p> <hr/> <p>0：下垂なし。30 度を 5 秒間保持できる。 1：下垂する。30 度を保持できるが、5 秒以内に下垂してくる。しかしベッドを打つように落ちることはない。 2：重力に抗して動きがみられる。下肢は落下するが、重力に抗する動きが認められる。 3：重力に抗しての動きがみられない。即座にベッド上に落ちる。 4：全く動きが見られない。 9：切断、関節癒合</p> |
| 7. 運動失調 |
| <p>この項目は一側性の小脳損傷に関する症候を評価するものである。検査は開眼で行う。視野障害がある場合は健常側で検査を行う。指 - 鼻 - 指試験と踵 - 脛試験は両側で行い、運動失調は、筋力低下の存在を割り引いても存在するときのみ有りとして評価する。理解力のない患者、片麻痺の患者では失調は無いと評価する。切断肢や関節癒合のときのみ 9 点とし、検者は 9 点とつけた理由を明確に記録しておく。全盲の場合は伸展位から鼻に触れることで検査する。</p> <p>0：なし 1：1 肢に存在 2：2 肢に存在 9：切断、関節癒合</p> |

| |
|--|
| <p>8．感覚</p> <p>知覚または検査時の pinprick に対する洪面、あるいは意識障害や失語症患者での痛み刺激からの逃避反応により検査する。脳血管障害に帰せられる感覚障害のみを異常と評価し、半側感覚障害を正確に調べるのに必要なできるだけ多くの身体部位（手ではなく前腕、下肢、体幹、顔面）を検査すること。重篤あるいは完全な感覚障害が明白に示された時のみに2点を与える。従って昏迷あるいは失語症患者は恐らく1または0点となる。脳幹部血管障害で両側の感覚障害があるときは2点とする。無反応あるいは四肢麻痺の患者は2点とする。昏睡患者（項目1 a = 3）は2点とする。</p> <p>0：正常。感覚障害なし。</p> <p>1：軽度から中等度の感覚障害。pinprick をあまり鋭くなく感じるか障害側で鈍く感じる。あるいは pinprick に対する表在感覚は障害されているが触られているということは分かる場合。</p> <p>2：重度から完全感覚脱失。触られているということも分からない。</p> |
| <p>9．最良の言語</p> <p>これより前の項目の検査を行っている間に言語理解に関する多くの情報が得られている。絵カードの中で起こっていることを尋ね、呼称カードの中の物の名前を言わせ、文章カードを読ませる。言語理解はここでの反応および前の神経学的検査の際の命令に対する反応から判断する。もし視覚障害によってこの検査ができないときは、手の中に置かれた物品の同定、復唱、発話を命ずる。挿管されている患者は書字するようにする。昏睡患者（項目1 a = 3）は3点とする。昏迷や非協力的患者でも評点をつけなければならないが、患者が完全に無言か、1段階命令に全く応じない場合にのみ3点を与えることとする。</p> <p>0：失語なし。正常</p> <p>1：軽度から中等度の失語。明らかな流暢性・理解力の障害があるが、表出された思考、表出の形に重大な制限を受けていない。しかし、発話や理解の障害のために与えられた材料に関する会話が困難か不可能である。例えば、患者の反応から検者は答えを同定することができる。</p> <p>2：重度の失語。コミュニケーションは全て断片的な表出からなっていて、聞き手に多くの決めつけ、聞きなおし、推測がある。交換される情報の範囲は限定的で、聞き手はコミュニケーションの困難性を感じる。検者は患者の反応から答えを同定することができない。</p> <p>3：無言、全失語。有効な発話や聴覚理解は全く認められない。</p> |
| <p>10．構音障害</p> <p>もし患者が失語症でなかったら、前出のカードの音読や単語の復唱をさせることから適切な発話の例を得なければならない。もし患者が失語症なら、自発語の構音の明瞭さを評価する。挿管、発話を妨げる他の身体的障壁があるときのみ9点とし、検者は9点とつけた理由を明確に記録しておく。患者にこの項目の検査の理由を告げてはならない。</p> <p>0：正常</p> <p>1：軽度から中等度。少なくともいくつかの単語で構音が異常で、悪くとも何らかの困難は伴うものの理解し得る。</p> <p>2：重度。構音異常が強いため、検者が理解不能である。</p> <p>9：挿管または身体的障壁</p> |
| <p>11．消去現象と注意障害（無視）</p> <p>これより前の項目の検査を行っている間に無視を評価するための十分な情報を得られている。もし2点同時刺激を行うことを妨げるような重篤な視覚異常がある場合、体性感覚による2点同時刺激で正常なら評価は正常とする。失語があっても両側に注意を向けているように見える時、評価は正常とする。視空間無視や病態失認の存在は無視の証拠としてよい。無視は存在した時のみ有りとして評価されるので、この項目は検査不能のほずはありえない。</p> <p>0：異常なし</p> <p>1：視覚、触覚、聴覚、視空間、あるいは自己身体に対する不注意、あるいは1つの感覚様式で2点同時刺激に対する消去現象。</p> <p>2：重度の半側不注意あるいは2つ以上の感覚様式に対する半側不注意。一方の手を認識しない、または空間の一侧にしか注意を向けない。</p> |

| NIHSS | 患者名 | 評価日時 | 評価者 |
|--|---|------|-----|
| 1a. 意識水準 | 0: 完全覚醒 1: 簡単な刺激で覚醒 2: 繰り返し刺激、強い刺激で覚醒 3: 完全に無反応 | | |
| 1b. 意識障害 - 質問 (今月の月名及び年齢) | 0: 両方正解 1: 片方正解 2: 両方不正解 | | |
| 1c. 意識障害 - 従命 (開閉眼、「手を握る・開く」) | 0: 両方正解 1: 片方正解 2: 両方不可能 | | |
| 2. 最良の注視 | 0: 正常 1: 部分的注視視野 2: 完全注視麻痺 | | |
| 3. 視野 | 0: 視野欠損なし 1: 部分的半盲 2: 完全半盲 3: 両側性半盲 | | |
| 4. 顔面麻痺 | 0: 正常 1: 軽度の麻痺 2: 部分的麻痺 3: 完全麻痺 | | |
| 5. 上肢の運動 (右) *仰臥位のときは45度右上肢 9: 切断、関節癒合 | 0: 90度*を10秒保持可能 (下垂なし) 1: 90度*を保持できるが、10秒以内に下垂 2: 90度*の挙上または保持ができない。 3: 重力に抗して動かない 4: 全く動きがみられない | | |
| 上肢の運動 (左) *仰臥位のときは45度左上肢 9: 切断、関節癒合 | 0: 90度*を10秒間保持可能 (下垂なし) 1: 90度*を保持できるが、10秒以内に下垂 2: 90度*の挙上または保持ができない。 3: 重力に抗して動かない 4: 全く動きがみられない | | |
| 6. 下肢の運動 (右) 9: 切断、関節癒合 | 0: 30度を5秒間保持できる (下垂なし) 1: 30度を保持できるが、5秒以内に下垂 2: 重力に抗して動きがみられる 3: 重力に抗して動かない 4: 全く動きがみられない | | |
| 下肢の運動 (左) 9: 切断、関節癒合 | 0: 30度を5秒間保持できる (下垂なし) 1: 30度を保持できるが、5秒以内に下垂 2: 重力に抗して動きがみられる 3: 重力に抗して動かない 4: 全く動きがみられない | | |
| 7. 運動失調 9: 切断、関節癒合 | 0: なし 1: 1肢 2: 2肢 | | |
| 8. 感覚 | 0: 障害なし 1: 軽度から中等度 2: 重度から完全 | | |
| 9. 最良の言語 | 0: 失語なし 1: 軽度から中等度 2: 重度の失語 3: 無言、全失語 | | |
| 10. 構音障害 9: 挿管または身体的障壁 | 0: 正常 1: 軽度から中等度 2: 重度 | | |
| 11. 消去現象と注意障害 | 0: 異常なし 1: 視覚、触覚、聴覚、視空間、または自己身体に対する不注意、あるいは1つの感覚様式で2点同時刺激に対する消去現象 2: 重度の半側不注意あるいは2つ以上の感覚様式に対する半側不注意 | | |

ママ

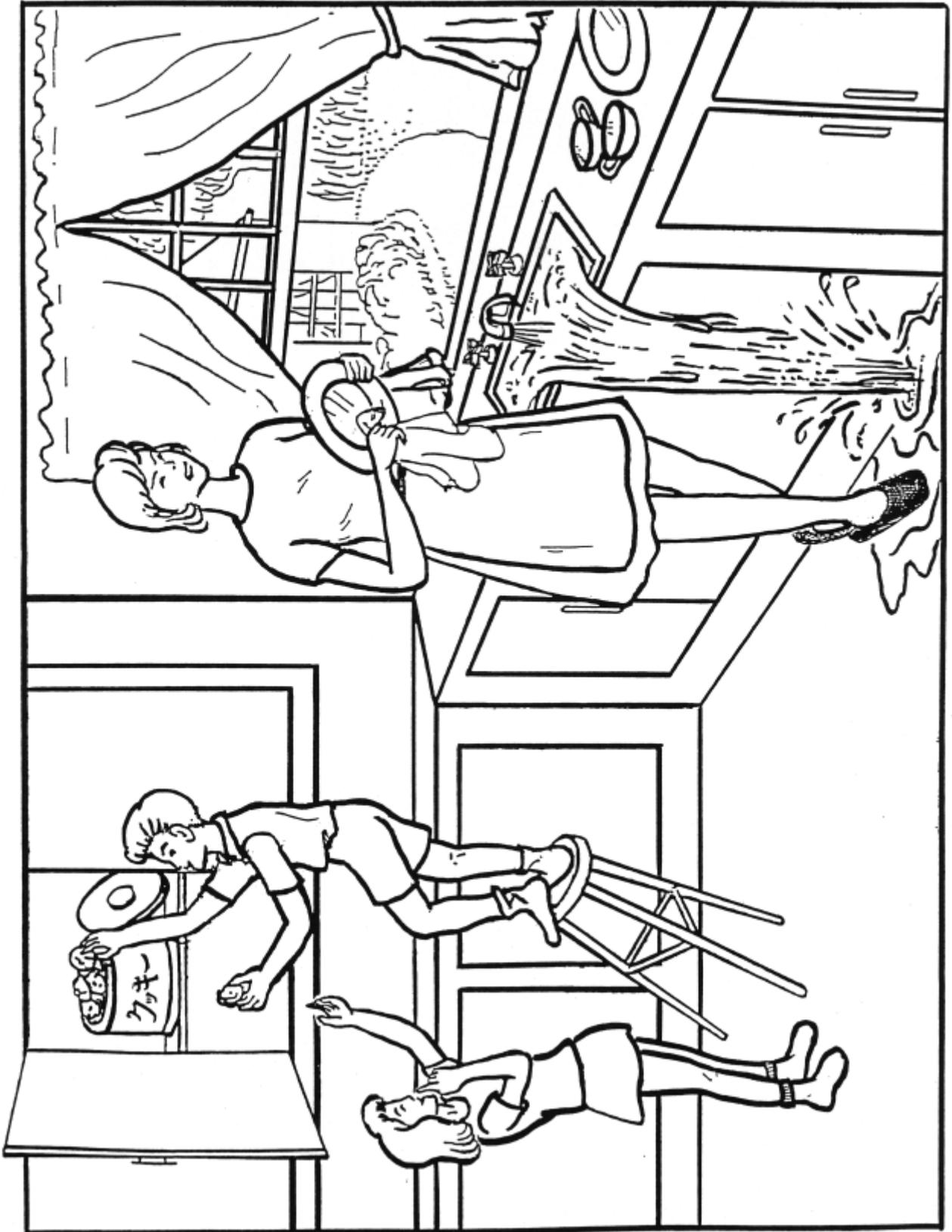
はとぽっぽ

バイバイ

とうきょう

かたつむり

バスケットボール



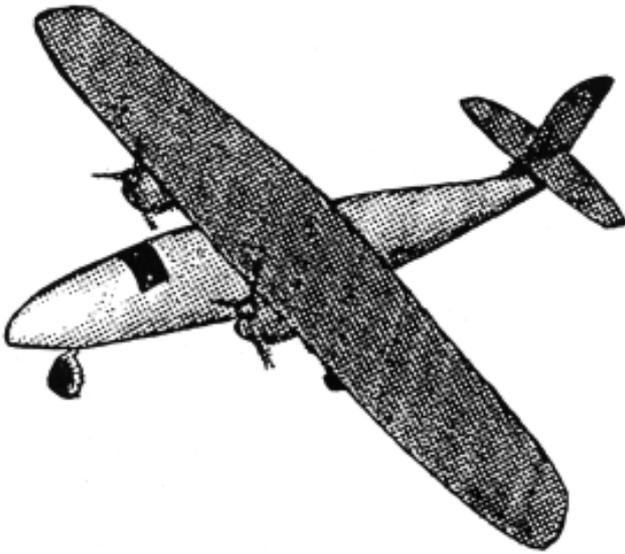
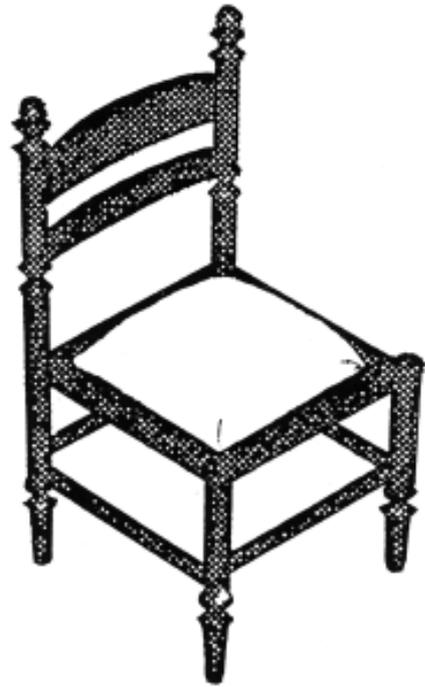
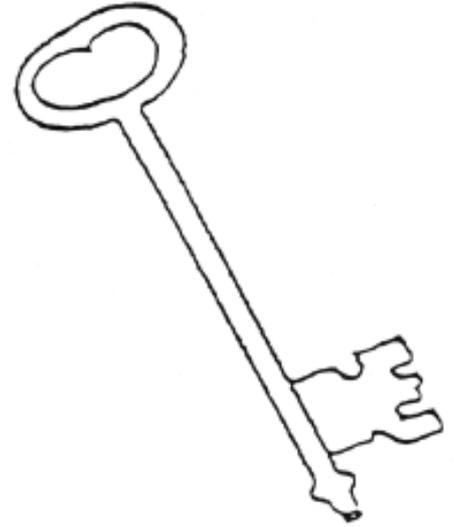
分かっています

地面に落ちる

仕事から家に帰った

食堂のテーブルのそば

昨夜ラジオで話して
いるのを聴きました



Brunnstrom stage

原典 Brunnstrom S: Movement therapy in hemiplegia; A neurophysiological approach.
Harper & Row, New York, 1970.

| ステージ | 上肢・下肢 | 手指 |
|------|------------|-------------|
| I | 動きなし(弛緩麻痺) | 動きなし(弛緩麻痺) |
| II | 連合反応 | わずかに握る |
| III | 共同運動 | 握れるが開けない |
| IV | 分離運動の開始 | 横つまみ・わずかな伸展 |
| V | 個別的な関節運動可能 | 色々なつまみ・伸展可能 |
| VI | 全運動可能 | 全運動可能 |

日本で一番普及している片麻痺の評価法。共同運動などが簡単に評価できる。

[評価法目次に戻る](#)

9901 Shigeru S

(別紙様式 1)

退 院 証 明 書

保険医療機関名称
住所
電話番号
主治医氏名

| | |
|---|----------|
| 患者氏名 | 性別 (男・女) |
| 患者住所 | |
| 電話番号 | |
| 生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳) | |

| |
|---|
| <p>1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院年月日 平成 年 月 日 ・ 退院年月日 平成 年 月 日 |
| <p>2. 当該保険医療機関における入院基本料等 (特定入院料を含む。) の種別及び算定期間 (複数ある場合はそれぞれ記載のこと。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院基本料等の種別 : ・ 算定期間 : 日 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) |
| <p>3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日 (平成 年 月 日現在) |
| <p>4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 傷病名 : |
| <p>5. 転帰 (該当するものに○をつける。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 治癒 ・ 治癒に近い状態 (寛解状態を含む。) ・ その他 |
| <p>6. その他の特記事項</p> |

(別紙様式5)

栄養管理計画書

計画作成日 _____

フリガナ

氏名 _____ 殿 (男・女)

病棟 _____

明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)

担当医師名 _____

入院日； _____

担当管理栄養士名 _____

入院時栄養状態に関するリスク

| |
|--|
| |
|--|

栄養状態の評価と課題

| |
|--|
| |
|--|

栄養管理計画

| | |
|---|--|
| 目標 | |
| | |
| 栄養補給に関する事項 | |
| 栄養補給量 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分 ・ ・ ・ | 栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 食事内容 留意事項 |
| 栄養食事相談に関する事項 | |
| 入院時栄養食事指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 | 実施予定日： 月 日 |
| 栄養食事相談の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 | 実施予定日： 月 日 |
| 退院時の指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 | 実施予定日： 月 日 |
| 備考 | |
| | |
| その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項 | |
| | |
| 栄養状態の再評価の時期 実施予定日： 月 日 | |
| 退院時及び終了時の総合的評価 | |
| | |

(別紙様式6)

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

| | |
|---------------------------------|--------------|
| 病棟(病室) | |
| 病名 (他に考え得る病名) | |
| 患者以外の相談者 | 家族・その他関係者() |
| 退院支援計画を 行う者の氏名 (下記担当者を除く) | |
| 退院に係る問題点、 課題等 | |
| 退院へ向けた目標設 定、支援期間、支援概要 | |
| 予想される退院先 | |
| 退院後に利用が予想さ れる社会福祉サービ ス等 | |

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(退院支援計画担当者)

印

(本人)

(別紙様式 7)

亜急性期入院医療管理診療計画書
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名) _____ 殿

平成 年 月 日

| | |
|------------------|--|
| 病棟 (病室) | |
| 在宅復帰支援担当者名 | |
| 病名 (他に考え得る病名) | |
| 推定される入院期間 | |
| 在宅復帰支援計画 | |

注 1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わりうるものである。

注 2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名)

印

(別紙様式10)

日常生活機能評価表

| 患者の状況 | 得点 | | |
|-----------------------------------|-----------|-----------------|------|
| | 0点 | 1点 | 2点 |
| 床上安静の指示 | なし | あり | |
| どちらかの手を胸元まで持ち上げられる | できる | できない | |
| 寝返り | できる | 何かにつかまればできる | できない |
| 起き上がり | できる | できない | |
| 座位保持 | できる | 支えがあればできる | できない |
| 移乗 | できる | 見守り・一部介助が必要 | できない |
| 移動方法 | 介助を要しない移動 | 介助を要する移動(搬送を含む) | |
| 口腔清潔 | できる | できない | |
| 食事摂取 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 衣服の着脱 | 介助なし | 一部介助 | 全介助 |
| 他者への意思の伝達 | できる | できる時とできない時がある | できない |
| 診療・療養上の指示が通じる | はい | いいえ | |
| 危険行動 | ない | ある | |
| ※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。 | | 合計得点 | 点 |

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名 印

| | |
|--------------|---------------|
| 患者氏名 | |
| 患者住所 | 性別 男 ・ 女 |
| 電話番号 | |
| 生年月日 明・大・昭・平 | 年 月 日 (歳) 職業 |

| |
|------------|
| 傷病名 |
| 紹介目的 |
| 既往歴及び家族歴 |
| 症状経過及び検査結果 |
| 治療経過 |
| 現在の処方 |
| 備 考 |

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

情報提供先市町村

市町村長 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名

| |
|---|
| 患者氏名 |
| 性別 (男 ・ 女) 生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳) 職業 |
| 住所 |
| 電話番号 |

| 診療形態 | 1. 外来 2. 往診 3. 入院 (平成 年 月 日) | 情報提供回数 | 回 |
|----------------|--|------------------------------|---|
| 傷病名 (疑いを含む) | 1. 脳梗塞 (ア.脳血栓 イ.脳塞栓 ウ.不明) 2. 脳出血 3. クモ膜下出血 | | |
| | 4. その他の脳血管障害 | | |
| | 発症年月日 | 平成 年 月 日 | |
| | 受診年月日 | 平成 年 月 日 | |
| | 初発 / 再発 | 1. 初発 2. 再発 (年 月 日 初発) | |
| その他の傷病名 | | | |

寝たきり度 (該当するものに○)

J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。

A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。

B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。

C 寝たきり 2 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。

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)

| | | | |
|----|--------------|----|--------------|
| 移動 | 自立・一部介助・全面介助 | 食事 | 自立・一部介助・全面介助 |
| 排泄 | 自立・一部介助・全面介助 | 入浴 | 自立・一部介助・全面介助 |
| 着替 | 自立・一部介助・全面介助 | 整容 | 自立・一部介助・全面介助 |

痴呆性老人の日常生活自立度 (該当するものに○)

I 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。

II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志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。

III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。

IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。

M 著しい精神症状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。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療 有 ・ 無 訪問看護 有 ・ 無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

- 注意
1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
 2. わかりやすく記入すること。
 3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

(別紙様式13)

平成 年 月 日

介護老人保健施設

殿

医療機関名

住 所

電 話

(F A X.)

医 師 氏 名

印

| | | | |
|--------|------|-------|-------------|
| 患 者 | 氏 名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 月 日生 (歳) |

| | |
|--------|--|
| 病 名 | |
| 現 症 | |
| 所見及び診断 | |

| |
|-------------|
| 今後の診療に関する情報 |
| |

本日の診療内容の要点

(診察日: 年 月 日)

| | |
|------------|-----------|
| 患者氏名 | (男・女) |
| 生年月日;明・大・昭 | 年 月 日 |

| | |
|-----|--------|
| 診療所 | 担当医師氏名 |
| 連絡先 | |

| | |
|--|---|
| 本日の診療について 血圧 (/ mmHg) 体温 発熱 有(°C)・無 脈拍等その他の所見 | 次回受診日時 月 日() 時 分 |
| 毎日の生活での留意事項 | 本日のお薬 |
| 今日の検査 <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図 | 次回に当院で予定している検査等 <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 検尿 結果(月 日頃) <input type="checkbox"/> 血液検査結果 結果(月 日頃) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他() | 他院での診療状況 (他院での指導について記入してください) |
| | 疾病に関する疑問・質問 (先生に聞きたいことがあれば記入下さい) |

(別紙様式16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

| | | |
|---|--|--|
| 患者氏名 | 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) | |
| 患者住所 | 電話 () - | |
| 主たる傷病名 | (1) | (2) (3) |
| 現在の状況 (該当項目に○等) | 病状・治療状態 | |
| | 投与中の薬剤の用量・用法 | 1. 2. 3. 4. 5. 6. |
| | 日常生活自立度 | 寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症の状況 I IIa IIb IIIa IIIb IV M |
| | 要介護認定の状況 | 要支援 要介護 (1 2 3 4 5) |
| 装着・使用医療機器等 | 1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃瘻:サイズ)、日に1回交換 8. 留置カテーテル(サイズ)、日に1回交換 9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定) 10. 気管カニューレ(サイズ) 11. ドレーン(部位:) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他() | |
| 留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項 | | |
| II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他 | | |
| 在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等) | | |
| 緊急時の連絡先 不在時の対応法 | | |
| 特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。) | | |
| 他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有:指定訪問看護ステーション名) | | |

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式 17)

精神訪問看護指示書 (基本療養費Ⅱ)

指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

| | | | |
|--|--------------|---|----------------------------|
| 患者氏名 | | | 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| 患者住所 | 電話 () - | | 施設名 |
| 主たる傷病名 | (1) | (2) | (3) |
| 現在の状況 | 病状・治療状況 | | |
| | 投与中の薬剤の用量・用法 | | |
| | 病識 | | |
| | 日常生活自立度 | 認知症の状況 (I II a II b III a III b IV M) | |
| 治療の目標 | | | |
| 精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項 | | | |
| 1 生活習慣、生活リズムの確立 2 生活技術、家事能力、社会技能等の獲得 3 対人関係の改善 4 社会資源活用の支援 5 その他 | | | |
| 緊急時の連絡先 不在時の対応法 | | | |
| 特記すべき留意事項 | | | |

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X.)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式18)

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

| | |
|--|--|
| | 特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日) 点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日) |
| 患者氏名 | 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| 病状・主訴 | |
| 留意事項及び指示事項(注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。) | |
| 点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等) | |
| 緊急時の連絡先等 | |

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
電 話
(F A X.)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式19)

神経学的検査チャート

年 月 日 時 分

患者氏名

患者ID

患者性別 男 女 年齢

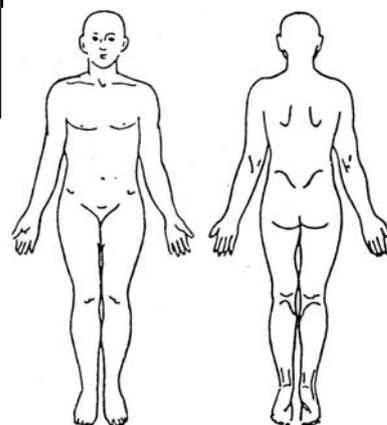
- 1) 精神状態 a) 意識 : 清明、異常 ()
 Japan coma scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)
 Glasgow coma scale (E 1, 2, 3, 4, V 1, 2, 3, 4, 5, M 1, 2, 3, 4, 5, 6 total)
- b) 感情・気分 : 正常、異常 ()
- c) 見当識 : 正常、障害(時間、場所、人)
- d) 検査への協力 : 協力的、非協力的
- e) 計算 : $100 - 7 =$ $93 - 7 =$ $86 - 7 =$
- f) 数字の逆唱 : 286, 3529
- g) 失行 ()、失認 ()
- 2) 言語 正常、失語()、構音障害()、嚙声
- 3) 利き手 右、左
- 4) 脳神経

| | 右 | 左 |
|--------|--|--|
| 視力 | 正、低下 | 正、低下 |
| 視野 | 正、  | 正、  |
| 眼底 | 正常、動脈硬化()度、出血、白斑、うっ血乳頭、乳頭萎縮 | |
| 眼裂 | > = < | |
| 眼瞼下垂 | (-) (+) | (-) (+) |
| 眼球位置 | 正、斜視()、偏視()、突出() | |
| 眼球運動 |  |  |
| 眼振 |  | |
| 複視 | (-) (+) (方向:) | |
| 瞳孔 大きさ | (正、縮、散) mm > = < mm (正、縮、散) | |
| 形 | 正円、不正 | 正円、不正 |
| 対光反射 | 速、鈍、消失 | 速、鈍、消失 |
| 輻湊反射 | 正常、障害 | |
| 角膜反射 | 正常、障害 | 正常、障害 |
| 顔面感覚 | 正常、障害 | 正常、障害 |
| 上部顔面筋 | 正常、麻痺 | 正常、麻痺 |
| 下部顔面筋 | 正常、麻痺 | 正常、麻痺 |
| 味覚 | 正常、障害() | |
| 聴力 | 正常、低下 | 正常、低下 |
| めまい | (-) (+) 回転性・非回転性 () | |
| 耳鳴り | (-) (+) | (-) (+) |
| 軟口蓋 | 正常、麻痺 | 正常、麻痺 |
| 咽頭反射 | (+) (-) | (+) (-) |
| 嚥下 | 正常、障害() | |
| 胸鎖乳突筋 | 正常、麻痺 | 正常、麻痺 |
| 僧帽筋 | 正常、麻痺 | 正常、麻痺 |
| 舌偏位 | (-) (+) (偏位: 右 左) | |
| 舌萎縮 | (-) (+) | (-) (+) |

- 5) 運動
- a) 筋ト一ヌス 上肢(右・左、正常 痙直 固縮 低下) その他()
 下肢(右・左、正常 痙直 固縮 低下)
 - b) 筋萎縮 (-) (+) (部位:)
 - c) 線維束性収縮 (-) (+) (部位:)
 - d) 関節 変形、拘縮 (部位:)
 - e) 不随意運動 (-) (+) (部位: 性質:)
 - f) 筋力 正常、低下、麻痺 (部位: 程度:)

| | | 右 | | | | | 左 | | | | | | 右 | | 左 | | | |
|-------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|-----|-----|-----|-----|
| 頸部屈曲 | C1~6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 上肢バレー | (-) | (+) | (-) | (+) |
| 伸展 | C1~T1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 下肢バレー | (-) | (+) | (-) | (+) |
| 三角筋 | C5,6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | Mingazzini | (-) | (+) | (-) | (+) |
| 上腕二頭筋 | C5,6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 握力 | kg | | kg | |
| 上腕三頭筋 | C6~8 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | |
| 手関節背屈 | C6~8 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | |
| 屈曲 | C6~8,T1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | |
| 母指対立筋 | C8,T1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | |
| 腸腰筋 | L1~4 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | |
| 大腿四頭筋 | L2~4 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | |
| 大腿屈筋群 | L4,5,S1,2 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | |
| 前脛骨筋 | L4,5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | |
| 腓腹筋 | S1,2 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | |

筋萎縮・感覚



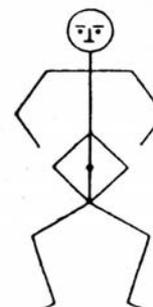
- 6) 感覚
- a) 触覚 正常、障害(部位:)
 - b) 痛覚 正常、障害(部位:)
 - c) 温度覚(温・冷) 正常、障害(部位:)
 - d) 振動覚 正常、障害(部位:)
 - e) 位置覚 正常、障害(部位:)
 - f) その他() 正常、障害(部位:)

7) 反射

| | 右 | | 左 | | | 右 | | 左 | | 他病的反射 | 右 | | 左 | |
|-------|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-----|
| 下顎 | | | | | 膝蓋腱 | | | | | | (-) | (+) | (-) | (+) |
| 上腕二頭筋 | | | | | アキレス腱 | | | | | | (-) | (+) | (-) | (+) |
| 上腕三頭筋 | | | | | 腹壁 上 | | | | | | (-) | (+) | (-) | (+) |
| 腕とう骨筋 | | | | | 下 | | | | | | (-) | (+) | (-) | (+) |
| ホフマン | (-) | (+) | (-) | (+) | バビンスキー | (-) | (+) | (-) | (+) | 膝クローヌ | (-) | (+) | (-) | (+) |
| トレムナー | (-) | (+) | (-) | (+) | チャドック | (-) | (+) | (-) | (+) | 足クローヌ | (-) | (+) | (-) | (+) |

8) 協調運動

| | 右 | | 左 | |
|--------|---|--|-------|-------|
| 指一鼻一指 | | | 正常、拙劣 | 正常、拙劣 |
| かかと一膝 | | | 正常、拙劣 | 正常、拙劣 |
| 測定 | | | 正常、異常 | 正常、拙劣 |
| 反復拮抗運動 | | | 正常、拙劣 | 正常、拙劣 |



- 9) 髄膜刺激症状 項部硬直 (-) (+)、ケルニツヒ徴候 (-) (+)
- 10) 脊柱 正、側弯、前弯、後弯 ラゼーグ徴候 (-) (+)
叩打痛 (-) (+) 運動制限 (-) (+)
- 11) 自律神経症状 排尿機能 正常、異常()、排便機能 正常、異常()
起立性低血圧 (-) (+)、発汗機能 正常、異常()
- 12) 起立、歩行 ロンベルグ徴候 (-) (+)、マン徴候 (-) (+)
歩行 正常、異常()
つぎ足歩行(可能・不可能)、しゃがみ立ち(可能・不可能)

神経学的所見のまとめ

.....

神経学的検査担当医師

署名 _____

(別紙様式21)

リハビリテーション実施計画書

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------|--------|-------------------------------|--|-----------------|------------------|--------|-------------|-------------|--------------|-----------------------------|
| 患者氏名 | 男・女 | | | 年生 () 歳 | 計画評価実施日 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| リハ担当医 | PT | OT | ST | | | | | | | | | |
| 原因疾患(発症・受傷日) | | | | 合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等) | | | | | | | | |
| 評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入) | | | | | | | | | | | | |
| 心身機能・構造 | <input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:) | | | | <input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(□構音障害, □失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧: | | | | | | | |
| | 基本動作 立位保持(装具:) □手放し, □つかまり, □不可 平行棒内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □非実施 訓練室内歩行(装具:) □独立, □一部介助, □非実施 | | | | | | | | | | | |
| 活動 | 自立度 ADL・ASL等 | 日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」 | | | | 訓練時能力:「できる“活動”」 | | | | | | |
| | | 自 立 | 監 視 | 部 介 助 | 全 介 助 | 非 実 施 | 独 立 | 監 視 | 部 介 助 | 全 介 助 | 非 実 施 | |
| | | | | | | 使用用具 杖・装具 | 姿勢・実行場所 介助内容等 | | | | 使用用具 杖・装具 | 姿勢・ 場所(訓練室・病棟等) 介助内容等 |
| | 屋外歩行 | | | | | | | | | | | |
| | 病棟トイレへの歩行 | | | | | | | | | | | |
| | 〃 への車椅子駆動 | | | | | | | | | | | |
| | 車椅子・ベッド間移乗 | | | | | | | | | | | |
| | 椅子座位保持 | | | | | | | | | | | |
| | ベッド起き上がり | | | | | | | | | | | |
| | 排尿(昼) | | | | | | | | | | | |
| 排尿(夜) | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | | | | | | | | | | | | |
| 整容 | | | | | | | | | | | | |
| 更衣 | | | | | | | | | | | | |
| 装具・靴の着脱 | | | | | | | | | | | | |
| 入浴 | | | | | | | | | | | | |
| コミュニケーション | | | | | | | | | | | | |
| 活動度 日中臥床: □無, □有(時間帯:) 理由 () 日中座位: □椅子, □車椅子, □ベッド上, □ギャッチアップ | | | | | | | | | | | | |
| 参加 | 職業 (含:主婦・学生) (職種・業種・仕事内容:) | | | | 社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。) | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 目標 | | | | | 本人の希望 | | | | | | | |
| | | | | | 家族の希望 | | | | | | | |
| 方針 | | | | | リハビリテーション終了の目安・時期 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 本人・家族への説明 | 年 | 月 | 日 | 本人サイン | | 家族サイン | | 説明者サイン | | | | |

(別紙様式21の2)

リハビリテーション実施計画書

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|-------|----------|---|--|----|---|--------------|---------|---|---|---|
| 患者氏名: | | 男・女 | 生年月日(西暦) | | | 年 | 月 | 日 | 計画評価実施日 | 年 | 月 | 日 |
| 主治医 | | リハ担当医 | | PT | | OT | | ST | | | | |
| 診断名、障害名(発症日、手術日、診断日): | | | | 合併症(コントロール状態): | | | | 発症前の活動、社会参加: | | | | |
| 日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 | | | | 認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, V, M | | | | | | | | |

| 評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入) | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|-----------|-----|----------------------|------------|--|--------|--|--|--|--|
| 心身機能・構造 | <input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: | | | | | | <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類) <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> その他: | | | | | |
| | 基本動作 | 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): | | | | | | | | | | |
| 活動 | 活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて) | | | | | | | | | | | |
| | ADL (B. I.) | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 使用用具(杖、装具、介助内容) | 使用用具(杖、装具) | 介助内容 | | | | | |
| | 食事 | 10 | 5 | 0 | | | | | | | | |
| | 移乗 | 15 | 10 ← 監視下 | | | | | | | | | |
| | 座れるが移れない→ | | 5 | 0 | | | | | | | | |
| | 整容 | 5 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | トイレ動作 | 10 | 5 | 0 | | | | | | | | |
| | 入浴 | 5 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 平地歩行 | 15 | 10 ← 歩行器等 | | 歩行: | | | | | | | |
| | 車椅子操作が可能 | | → 5 | 0 | 車椅子: | | | | | | | |
| | 階段 | 10 | 5 | 0 | | | | | | | | |
| | 更衣 | 10 | 5 | 0 | | | | | | | | |
| | 排便管理 | 10 | 5 | 0 | | | | | | | | |
| 排尿管理 | 10 | 5 | 0 | | | | | | | | | |
| 合計(0~100点) | 点 | | | | | | | | | | | |
| コミュニケーション | | | | | | | | | | | | |
| 目標 (1ヶ月後、退院時): | | | | | 本人・家族の希望: | | | | | | | |
| リハビリテーションの治療方針: | | | | | | | | | | | | |
| 目標到達予想時期: | | | | | | | | 説明者署名: | | | | |
| 本人・家族への説明: 年 月 日 | | | | | 説明を受けた人:本人、家族() 署名: | | | | | | | |

(別紙様式21の3)

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日(歳) 要介護度:

| | | |
|----------------------------|--|---|
| 健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等) | 合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等) | 心身機能 □運動機能障害: [] □感覚機能障害: [] □高次脳機能障害: [] □拘縮:(部位) □関節痛:(部位) □その他() [] |
| 参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入) | | |
| 退院先 □自宅 □その他: □退院未定 | | |
| 家庭内役割(家事への参加、等): | | |
| 社会活動: | | |
| 外出(内容・頻度等): | | |
| 余暇活動(内容・頻度等): | | |
| 退院後利用資源: | | |
| 認知症に関する評価 | | |

| 自立・介護状況 | 現在の評価及び目標 | | | | | | | 具体的なアプローチ | | | | | |
|-----------|-----------|----|-----|------|-----|-----|--------------------------------|-----------------|----------|----------|-----------------------------|----------------------------|---------|
| | 項目 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 行わず | 使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など | 介助内容 つたいもたれ等 | 到達 時期 | 重点 項目 | PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等 | その他の従事者が 実施する 内容・頻度等 | 実施上の留意点 |
| 日常生活・社会活動 | トイレへの移動 | | | | | | | | | | | | |
| | 階段昇降 | | | | | | | | | | | | |
| | 屋内移動 | | | | | | | | | | | | |
| | 屋外移動 | | | | | | | | | | | | |
| | 食事 | | | | | | | | | | | | |
| | 排泄(昼) | | | | | | | | | | | | |
| | 排泄(夜) | | | | | | | | | | | | |
| | 整容 | | | | | | | | | | | | |
| | 更衣 | | | | | | | | | | | | |
| | 入浴 | | | | | | | | | | | | |
| | コミュニケーション | | | | | | | | | | | | |
| | 家事 | | | | | | | | | | | | |
| | 外出 | | | | | | | | | | | | |

| 自立・介護状況 | 現在の評価及び目標 | | | | | | | 具体的なアプローチ | | | | | |
|---------|-----------|----|-----|------|-----|-----|--------------------------------|-----------------|----------|----------|-----------------------------|----------------------------|---------|
| | 項目 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 行わず | 使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など | 介助内容 つたいもたれ等 | 到達 時期 | 重点 項目 | PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等 | その他の従事者が 実施する 内容・頻度等 | 実施上の留意点 |
| 起居動作 | 寝返り | | | | | | | | | | | | |
| | 起き上がり | | | | | | | | | | | | |
| | 座位 | | | | | | | | | | | | |
| | 立ち上がり | | | | | | | | | | | | |
| | 立位 | | | | | | | | | | | | |
| 摂食・嚥下 | | | | | | | | | | | | | |

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: (A) 目標 (B) 実行状況 (C) 能力

リハビリテーション実施計画書(2)

| |
|-----------------|
| ご本人の希望 (年 月 日) |
| ご家族の希望 (年 月 日) |

| | |
|----------------|-------------------------------------|
| 生活目標 | その人らしく生活するためのポイント |
| リハビリテーションプログラム | ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい・楽しみの支援に向けての取り組み |

| |
|----------------|
| ご本人に行ってもらいたいこと |
| ご家族にお願いしたいこと |
| 病気との関係で気をつけること |

| |
|-------------------------|
| 前回計画書作成時からの改善・変化等(月 日) |
|-------------------------|

| |
|----|
| 備考 |
|----|

| | |
|-------|--|
| 担当チーム | 担当医: _____ |
| | ●PT・OT・ST: (), (), (), () _____ |
| | ●看護・介護: (), (), (), () _____ |
| | ● _____ (), (), (), () _____ ()内は職種を記入 |

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日
 ご本人サイン: _____ ご家族サイン: _____ 説明者サイン: _____

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な医療・介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

(別紙様式 2 2)

廃用症候群に係る届出添付書類

| | 算定している リハビリテーション料 (該当するものに○) | 脳血管疾患等リハビリテーション料 I ・ II ・ III |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| 1 | 廃用をもたらすに至った 要因 | |
| 2 | 臥床・活動性低下の期間 | |
| 3 | 廃用に陥る前のADL | |
| 4 | 廃用の内容 | |
| 5 | 介入による改善の可能性 | |
| 6 | 改善に要する 見込み期間 | |
| 7 | 前回の評価からの 改善や変化 | |

【記載上の注意】

- 1 「1」の要因については、原因疾患等について記載すること。
- 2 「3」については、「1」の要因が生じる直前のADLについて記載すること。
- 3 「4」については機能障害の種類、ADLの低下の程度等について記載すること。
- 4 「5」については、どの程度までの改善を見込めるかについて記載すること。
- 6 「6」については、「5」で記載した状態までの改善に要する期間の見込みについて記載すること。

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日： 年 月 日

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|-------|----------|---|---|----|-------|-------------|-----------|----|--|
| 患者氏名: | | 男・女 | 生年月日(西暦) | | 年 | 月 | 日(歳) | 利き手 | 右・右(矯正)・左 | | |
| 主治医 | | リハ担当医 | | PT | | OT | | ST | | 看護 | |
| 診断名、障害名(発症日、手術日、診断日): | | | | 合併症(コントロール状態): | | | | リハビリテーション歴: | | | |
| 日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 | | | | 認知症である老人の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, V, M | | | | | | | |

| 評価項目・内容 (コロン()の後ろに具体的内容を記入) | | | | | 短期目標 (___ヶ月後) | 具体的アプローチ | |
|-----------------------------|--|---|---------|-----|-----------------|----------|----------|
| 心身機能・構造 | <input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 見当識障害: <input type="checkbox"/> 記銘力障害: <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害: <input type="checkbox"/> 音声、発話障害(構音、失語): <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> 半側空間無視: <input type="checkbox"/> 注意力障害: <input type="checkbox"/> 構成障害: <input type="checkbox"/> その他: | | | | | | |
| | 基本動作 | 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): | | | | | |
| 活動 | 活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて) | | | | | | |
| | ADL (B, I.) | 自立 | 一部介助 | 全介助 | 使用用具(杖、装具)、介助内容 | 短期目標 | 具体的アプローチ |
| | 食事 | 10 | 5 | 0 | | | |
| | 移乗 | 15 | 10 ←監視下 | | | | |
| | 座れるが移れない→ | | 5 | 0 | | | |
| | 整容 | 5 | 0 | 0 | | | |
| | トイレ動作 | 10 | 5 | 0 | | | |
| | 入浴 | 5 | 0 | 0 | | | |
| | 平地歩行 | 15 | 10←歩行器等 | | 歩行: | | |
| | 車椅子操作が可能 → | | 5 | 0 | 車椅子: | | |
| | 階段 | 10 | 5 | 0 | | | |
| | 更衣 | 10 | 5 | 0 | | | |
| | 排便管理 | 10 | 5 | 0 | | | |
| | 排尿管理 | 10 | 5 | 0 | | | |
| 合計(0~100点) | | | | 点 | | | |
| コミュニケーション | 理解 | | | | | | |
| | 表出 | | | | | | |

| | 評価 | 短期目標 | 具体的アプローチ |
|---------------------------|--|--|----------|
| 参加 | 職業（ <input type="checkbox"/> 無職、 <input type="checkbox"/> 病欠中、 <input type="checkbox"/> 休職中、 <input type="checkbox"/> 発症後退職、 <input type="checkbox"/> 退職予定） 職種・業種・仕事内容： 経済状況： 社会参加（内容、頻度等）： 余暇活動（内容、頻度等）： | 退院先（ <input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 親族宅、 <input type="checkbox"/> 医療機関、 <input type="checkbox"/> その他） 復職（ <input type="checkbox"/> 現職復帰、 <input type="checkbox"/> 転職、 <input type="checkbox"/> 配置転換、 <input type="checkbox"/> 復職不可、 <input type="checkbox"/> その他） 復職時期： 仕事内容： 通勤方法： 家庭内役割： 社会活動： 趣味： | |
| 心理 | 抑うつ： 障害の否認： その他： | | |
| 環境 | 同居家族： 親族関係： 家屋： 家屋周囲： 交通手段： | 自宅改造 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 福祉機器 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 身障手帳、 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> その他： 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： | |
| 第三者の不利 | 発病による家族の変化 社会生活： 健康上の問題の発生： 心理的問題の発生： | 退院後の主介護者 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族構成の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族内役割の変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： 家族の社会活動変化 <input type="checkbox"/> 不要、 <input type="checkbox"/> 要： | |
| 1ヵ月後の目標： | | 本人の希望： | |
| | | 家族の希望： | |
| リハビリテーションの治療方針： | | 外泊訓練計画： | |
| 退院時の目標と見込み時期： | | | |
| 退院後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間） | | | |
| 退院後の社会参加の見込み： | | | 説明者署名： |
| 本人・家族への説明： 年 月 日 | | 説明を受けた人：本人、家族（ ） 署名： | |

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

- 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 老健第102-2号)厚生労働大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
- 認知症である老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
- 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に変えてFIMを用いてもよい。