鳥取県西部地区

鳥取県西部地区脳卒中地域連携診療計画書
運用マニュアル

2025年３月　Ver2.0

2016年12月　Ver1.1

2011年４月　Ver1.0

改訂のポイント

・３ヶ月目のmRSの入力項目を追加しました。

お　願　い

・脳卒中地域連携診療計画書を急性期病院へ返信してください。

公益社団法人　鳥取県西部医師会

鳥取県西部地区脳卒中地域連携パス推進委員会

鳥取県西部地区脳卒中地域連携診療計画書運用マニュアル

2025年３月　Ver 2.0

目　　次

１．目　　的 …… 1

２．参画施設 …… 1

３．脳卒中地域連携診療計画書

　脳卒中地域連携診療計画書　１枚目 …… 2

　脳卒中地域連携診療計画書　２枚目 …… 3

４．脳卒中地域連携診療計画書の流れ …… 4

５．運用の実際

　計画管理（急性期）病院 …… 5

　回復期・維持期病院 …… 5

　かかりつけ医療機関 …… 6

６．定期的な地域連携診療計画の評価と見直しについて …… 7

７．地域連携診療計画加算にかかる施設基準 …… 7

８．資　　料 …… 9

　１．mRS評価表 …… 9

　２．評価方法について …… 10

　　６ヶ月後の維持期状況連絡票 …… 19

※mRS（modified Rankin Scale）

１．目　　的

１）脳卒中地域連携診療計画（書）を策定・運用し、計画管理（急性期）病院と連携する医療機関との病々・病診連携を強化していくこと。

２）脳卒中患者の在宅生活（元の生活）復帰を目標とし、脳卒中地域連携診療計画の運用のもとに医療機関、介護施設、多職種が機能と役割を分担しつつ、緊密な連携により、再発予防に努める中で、そのことを効果的に達成する。

３）循環器病対策基本法に基づき、循環器病の予防、早期発見と早期治療、再発予防等を推進するために鳥取県循環器病対策推進計画が策定されている。施策効果の検証、医療政策やケアモデルを改善するために脳卒中発症３ヶ月後のmRSなどを含めた臨床データを収集する。

２．参画施設

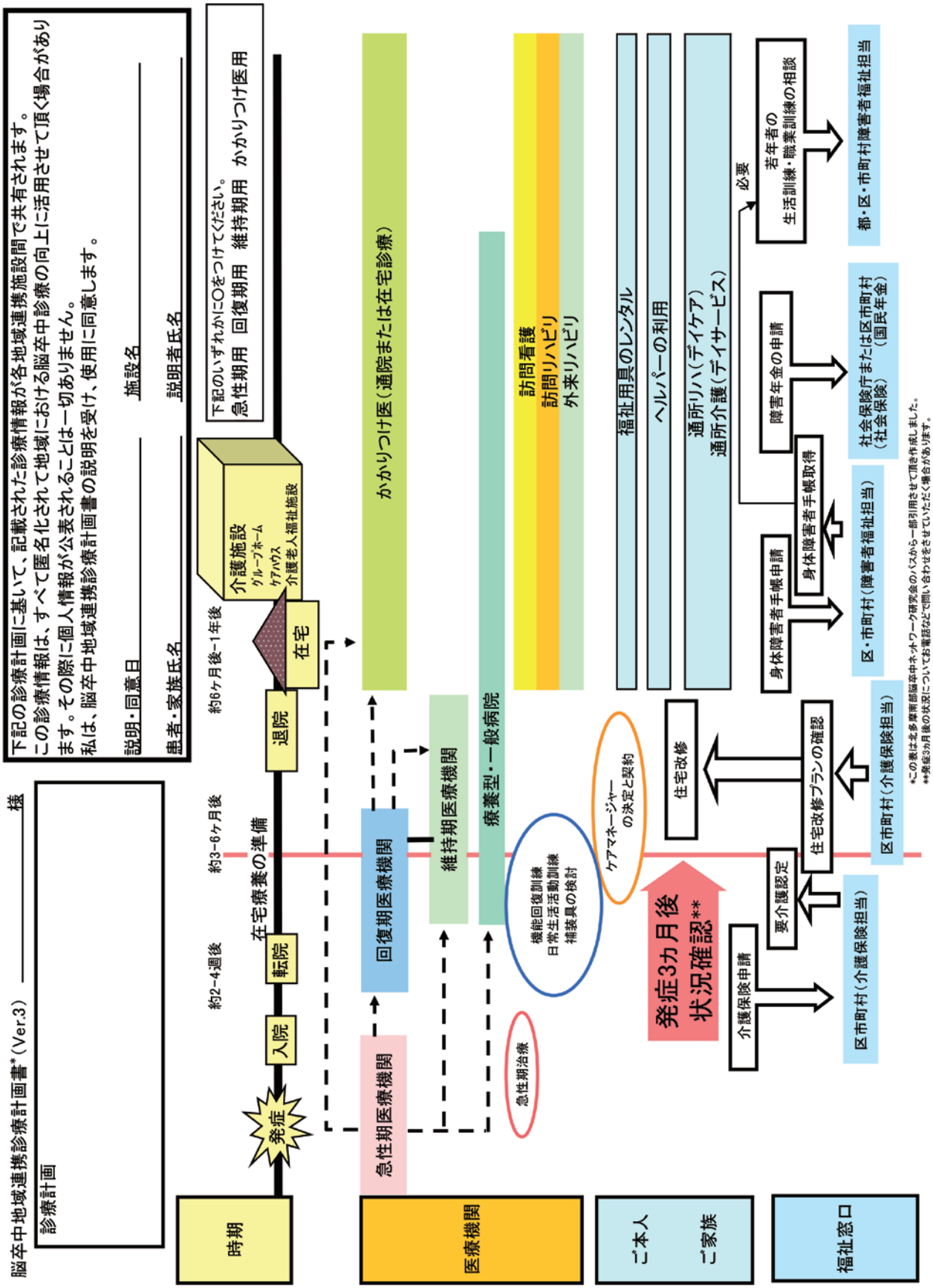
鳥取県西部および島根県東部地域の連携する医療介護福祉機関

３．脳卒中地域連携診療計画書

１）脳卒中地域連携診療計画書　１枚目（Ver. 3）（Ｐ２に掲載）

２）脳卒中地域連携診療計画書　２枚目（Ｐ３に掲載）

脳卒中地域連携診療計画書　１枚目



脳卒中地域連携診療計画書　2枚目

鳥取県脳卒中地域連携パス　急性期病院 ＿＿　回復期・維持期 ＿＿　かかりつけ医 ＿＿

ふりがな
患者氏名 ＿＿ 性別 ＿＿　生年月日 ＿＿　急性期患者ID ＿＿

発症日 ＿＿
急性期入院日 ＿＿
手術日 ＿＿
リハ開始日 ＿＿
急性期退院日 ＿＿

回復期入院日 ＿＿
回復期退院日 ＿＿
回復期退院先 ＿＿
かかりつけ医受診日 ＿＿

診断名　□脳梗塞　□脳内出血　□くも膜下出血　□TIA　□その他　脳卒中 初・再発 ○初発 ○再発　治療 □保存的 □tPA □手術 □血栓回収(手術) □その他

病巣部位　□左 □両側 □ACA □PCA □放線冠 □視床 □橋 □小脳　感染症 □HBV □MRSA □梅毒
□右 □多発性 □MCA □皮質下 □被殻 □中脳 □延髄 □その他　□HCV □MDRP □その他

障害名　□左片麻痺 □失語症 □嚥下障害 □失調　合併症 □高血圧 □糖尿病 □高脂血症 □神経因性膀胱 □その他　脳卒中再発予防の指導 ○無 ○有
□右片麻痺 □構音障害 □高次脳機能障害 □その他　□狭心症 □心房細動 □誤嚥性肺炎 □陳旧性心筋梗塞　説明を受けた方 ＿＿

	急性期	回復期・維持期入院時	回復期・維持期退院時
栄養投与経路	□経口 □胃瘻 □中心静脈栄養 □経鼻胃管 □末梢静脈栄養	□経口 □胃瘻 □中心静脈栄養 □経鼻胃管 □末梢静脈栄養	□経口 □胃瘻 □中心静脈栄養 □経鼻胃管 □末梢静脈栄養
栄養カロリー	＿kcal/日	＿kcal/日	＿kcal/日
嚥下障害食	□ペースト □キザミ □一口大 □水分トロミ	□ペースト □キザミ □一口大 □水分トロミ	□ペースト □キザミ □一口大 □水分トロミ
膀胱カテーテル	○常時留置 ○間欠導尿 ○ナイトバルーン ○不要	○常時留置 ○間欠導尿 ○ナイトバルーン ○不要	○常時留置 ○間欠導尿 ○ナイトバルーン ○不要
呼吸管理	気管切開 ○無 ○有　酸素投与 ○無 ○有 喀痰吸引 ○無 ○有 ＿＿ 回/日	気管切開 ○無 ○有　酸素投与 ○無 ○有 喀痰吸引 ○無 ○有 ＿＿ 回/日	気管切開 ○無 ○有　酸素投与 ○無 ○有 喀痰吸引 ○無 ○有 ＿＿ 回/日
褥瘡	○無 ○有　部位 ＿＿	○無 ○有　部位 ＿＿	○無 ○有　部位 ＿＿
昼夜逆転/徘徊	○有 ○時々あり ○なし　○有 ○時々あり ○なし	○有 ○時々あり ○なし　○有 ○時々あり ○なし	○有 ○時々あり ○なし　○有 ○時々あり ○なし
抑制	○常時必要 ○日中必要 ○夜間必要 ○不要	○常時必要 ○日中必要 ○夜間必要 ○不要	○常時必要 ○日中必要 ○夜間必要 ○不要
抑制種類	□ミトン □体幹抑制 □車椅子シートベルト □センサー	□ミトン □体幹抑制 □車椅子シートベルト □センサー	□ミトン □体幹抑制 □車椅子シートベルト □センサー
転倒	○たびたびあり ○まれにあり ○なし	○たびたびあり ○まれにあり ○なし	○たびたびあり ○まれにあり ○なし
NIHSS	入院時 ＿＿ 申込時 ＿＿ 退院時 ＿＿	入院時 ＿＿	退院時 ＿＿
JCS	入院時 ＿＿ 申込時 ＿＿ 退院時 ＿＿		
mRS	退院時 ＿＿		発症3ヶ月後(　　) mRS：（退院時が発症3ヶ月未満の場合, 退院時mRS：　）

基本動作	リハ開始日	回復期・維持期 入院日	回復期・維持期 退院日
寝返り			
起き上がり			
端座位			
立ち上がり			
立位			
	＿点	＿点	＿点

	回復期・維持期 入院時	回復期・維持期 退院時
Brunnstrom stage	上肢 ＿ 手指 ＿ 下肢 ＿	上肢 ＿ 手指 ＿ 下肢 ＿
STEF	右 左	右 左
握力	右 左	右 左
MMSE		
高次脳機能障害		

転院退院基準
- 全身状態が安定し重篤な合併症がない ＿＿
- 身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が ＿＿
- 在宅環境整備、社会資源活用の必要性が ＿＿
- 将来 ＿＿ が予測される

目標の日常生活動作能力の獲得ができた

社会的背景
- 患者職業 ＿＿
- 経済状況 ○問題なし ○問題あり ＿＿
- 同居家族 ＿＿　主介護者 ＿＿
- 介護者情報 □問題なし □高齢 □病弱 □仕事あり □育児介護等で多忙
- 家屋 ○戸建 ○マンション ○アパート ○公営住宅 ○その他
- 階数 ＿階 エレベーター ○無 ○有 ＿＿
- 介護保険 ○未申請 ○要支援1 ○要介護1 ○要介護3 ○要介護5 ○申請中 ○要支援2 ○要介護2 ○要介護4

診療計画
- ○自宅退院　外来 ＿＿
- ○転院先(　　) 種類：○回復期リハ ○療養型 ○一般病院 ○その他(　)
- ○施設先(　　) 種類：○老人保健施設 ○老人ホーム ○グループホーム ○その他(　)

退院後フォロー
- 急性期 ○要 ○不要 ＿年＿月
- 回復期 ○要 ○不要 ＿年＿月

福祉サービス利用予定 ○あり ○なし
- □通所介護 ＿＿ 回/月
- □訪問看護 ＿＿ 回/月
- □訪問リハ ＿＿ 回/月
- □福祉用具 □電動ベッド □車椅子 □その他
- □配食サービス
- □通所リハ ＿＿ 回/月
- □訪問介護 ＿＿ 回/月
- □入浴サービス
- □その他

リハビリテーション継続 ○あり ○なし
- □通院リハ(PT, OT, ST) ＿＿ 回/月
- □通所リハ ＿＿ 回/月
- □訪問リハ ＿＿ 回/月
- □市町村の福祉センター ＿＿ 回/月
- □自主(家族介助)訓練
- □その他

備考 ＿＿

Barthel Index

	リハ開始日	回復期・維持期 入院日	回復期・維持期 退院日
食事			
移乗			
整容			
トイレ動作			
入浴			
歩行			
階段			
着替			
排便			
排尿			
	＿0＿点	＿点	＿点

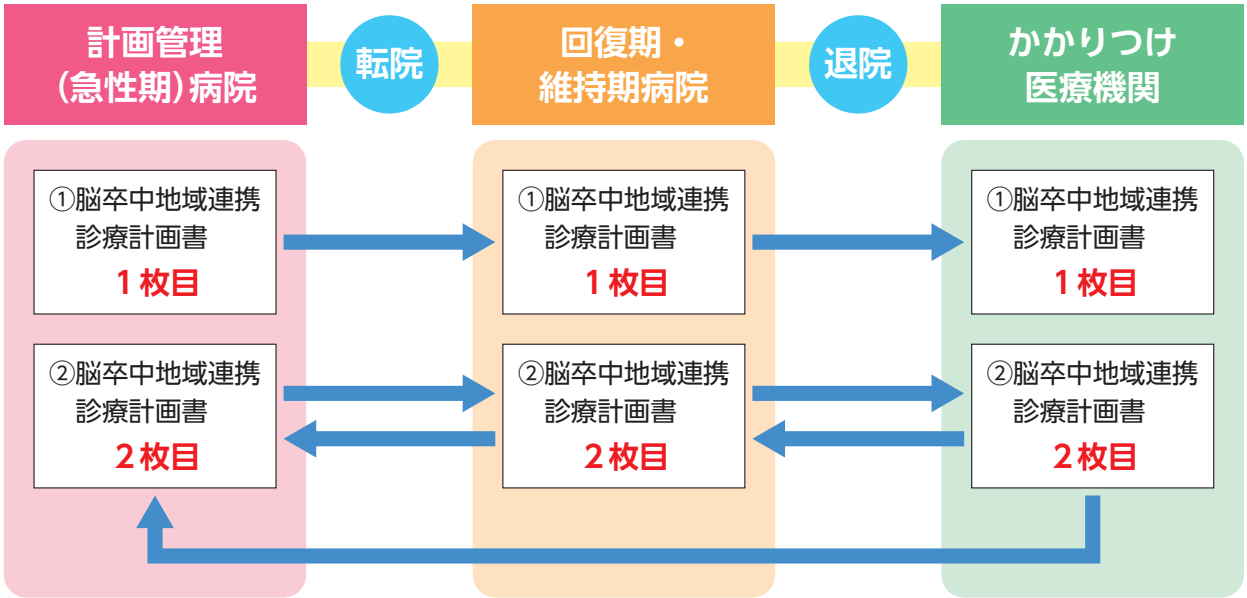
日常生活機能指標

	リハ開始日	急性期退院日	回復期・維持期 入院日	回復期・維持期 退院日	かかりつけ医受診日
床上安静指示					
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる					
寝返り					
起き上がり					
座位保持					
移乗					
移動方法					
口腔清潔					
食事摂取					
衣服着脱					
他者への意思伝達					
診療療養上の指示が通じる					
危険行動					
	＿点	＿点	＿点	＿点	＿点

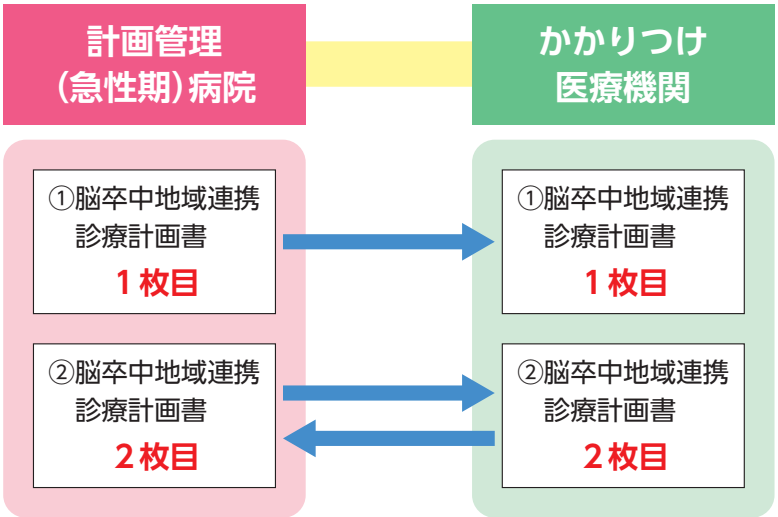
急性期 記載者名 ＿＿　回復期・維持期 記載者名 ＿＿

4．脳卒中地域連携診療計画書の流れ

図Ⅰ）連携（回復期・維持期）病院を経由してかかりつけ医に紹介された場合



図Ⅱ）計画管理（急性期）病院から直接かかりつけ医に紹介された場合



５．運用の実際

〈計画管理（急性期）病院〉

１．地域連携診療計画書は、手術の有無などの治療方法や退院時転帰に関係なく、脳卒中で入院した全症例を対象とする。

２．主治医の了解のもとで、計画管理（急性期）病院入院時（７日以内）に、患者または家族に対して、地域連携診療計画書１枚目（患者用）を提示して、当地域における脳卒中診療の全体像を説明の上、診療計画について署名にて同意を得る。また写しを患者家族に渡す。

３．主治医は、地域連携診療計画書（２枚目）の計画管理（急性期）病院記入項目を入力する。**発症より３ヶ月経過した場合は、mRSを入力する（退院時が３ヶ月未満である場合は退院時）。**

４．地域連携診療管理料加算の可否を確認し、退院証明書に明記する。

５．退院・転院時に、地域連携診療計画書１枚目（患者署名済みのもの）の写し、２枚目（計画管理（急性期）病院記入欄入力済み）を患者・家族に渡す。

６．直接退院した後に発症より３ヶ月経過した場合は、計画管理病院より連絡しmRSを入力する。

〈回復期・維持期病院〉

入院時

１．計画管理（急性期）病院からの退院証明書、地域連携診療計画書を受け取る。

２．入院時評価を実施し、地域連携診療計画書２枚目の所定の欄に記入する。

入院中

１．主治医は入院中に発症後３ヶ月を経過した場合，発症３ヶ月後のmRSを入力する（発症３ヶ月未満で退院した場合は，転院時のmRSを入力する）。

退院時

Ⅰ）自宅退院（かかりつけ医が外来診療する場合）

１．退院時評価を実施し、地域連携診療計画書２枚目の回復期リハビリテーション病院・維持期病院記入欄に必要事項を記入する。

２．地域連携診療計画に基づいた退院後の療養計画を説明し、療養計画書を文書で患者または患者家族に提供する。

３．記入後の地域連携診療計画書２枚目を２部コピーし、原本は診療録へ保存する。１部を計画管理（急性期）病院の地域連携担当へ退院後速やかに郵送する。もう１部は地域連携診療計画書１枚目（患者署名済み）の写しとともに在宅担当医へ患者・家族を通じて渡す（又は郵送する）。

Ⅱ）自宅退院（退院後も継続して連携病院で外来診療を継続する場合）

１．地域連携診療計画書２枚目の回復期リハビリテーション病院・維持期病院記入欄に必

要事項を記入する。

2．地域連携診療計画に基づいた退院後の療養計画を説明し、療養計画書を文書で患者または患者家族に提供する。

3．記入後の地域連携診療計画書２枚目を１部コピーし、原本は診療録へ保存する。写しを退院後速やかに計画管理（急性期）病院の地域連携担当へ郵送する。

4．**かかりつけ医記入部分に必要事項を入力し、計画管理（急性期）病院の地域連携担当に郵送する。**

5．連携病院退院後、発症から３ヶ月経過した場合、連携病院が３ヶ月後のmRSを入力する。

Ⅲ）施設入所時

1．地域連携診療計画書２枚目の回復期リハビリテーション病院・維持期病院記入欄に必要事項を記入する。

2．地域連携診療計画に基づいた退院後の療養計画を説明し、療養計画書を文書で患者または患者家族に提供する。

3．記入後の地域連携診療計画書２枚目を２部コピーし、原本は診療録へ保存する。写しを計画管理（急性期）病院の地域連携担当へ退院後速やかに郵送する。もう１部は地域連携診療計画書１枚目（患者署名済み）の写しとともに入所先へ郵送する。

4．施設入所後に、発症から３ヶ月経過した場合、入所施設がmRSを入力する。

Ⅳ）計画管理（急性期）病院への転院時

1．連携病院へ転院後、合併症の発生や状態の急変を認めたために、計画管理（急性期）病院へ転院し、再度連携病院へ再入院した場合は、可能な限り同じ地域連携診療計画書で運用し、経緯については地域連携診療計画書備考欄に記入する。

〈かかりつけ医療機関〉

Ⅰ）連携（回復期・維持期）病院を経由してかかりつけ医に紹介された場合　図Ⅰ（P４）

1．初回受診時連携病院から地域連携診療計画書を受け取る。

2．地域連携診療計画書については、１枚目（患者用、計画管理（急性期）病院で署名の入ったもの）、２枚目（計画管理（急性期）病院記入欄、回復期・維持期病院記入欄に必要項目が記入されているもの）を確認する。

3．計画管理（急性期）病院及び連携（回復期・維持期）病院へのフォローアップ受診の必要の有無を地域連携診療計画書２枚目の該当欄により確認する。

4．**初回受診時に日常生活機能評価の評価項目について評価を行い、地域連携診療計画書２枚目のかかりつけ医記入欄（診察日と日常生活機能評価）に記入し、２部コピーし、１部を計画管理（急性期）病院へ、もう一部を紹介元の連携（回復期・維持期）病院に郵送する。記入後の地域連携計画書は１枚目、２枚目ともに診療録に保存する。**

5．連携病院退院後、発症より３ヶ月経過した場合、かかりつけ医がmRSを入力する。

Ⅱ）計画管理（急性期）病院から直接かかりつけ医に紹介された場合　図Ⅱ（P４）

１．初回受診時計画管理（急性期）病院から地域連携診療計画書の受け取りを確認する。

２．地域連携診療計画書については、１枚目（患者用、計画管理（急性期）病院で署名の入ったもの）、２枚目（計画管理（急性期）病院記入欄に必要項目が記入されているもの）を確認する。

３．計画管理（急性期）病院へのフォローアップ受診の必要の有無を地域連携診療計画書２枚目の該当欄により確認する。

４．初回受診時に日常生活機能評価の評価項目について評価を行い、地域連携診療計画書２枚目のかかりつけ医記入欄（診察日と日常生活機能評価）に記入し、１部コピーし、１部を計画管理（急性期）病院へ郵送する。記入後の地域連携計画書は１枚目、２枚目ともに診療録に保存する。

５．計画管理病院退院後、発症より３ヶ月経過した場合、かかりつけ医がmRSを入力する。

６．定期的な地域連携診療計画の評価と見直しについて

１）鳥取大学医学部附属病院および山陰労災病院で開催日時・場所を協議のうえ、連携する病院・施設との連絡会（「地域連携パス運用連絡会」）を定期的に開催し、地域連携診療計画の評価と見直し、運用方法等について検討する。

注）地域連携パス連絡会に参加の病院・施設には「出席証明書」が交付されます。

２）検討対象は、計画管理（急性期）病院ならびに回復期リハビリテーション病院、維持期病院、かかりつけ医（連携病院）、介護施設までの診療内容を記した地域連携診療計画書等である。

３）検討・修正された地域連携診療計画関連資料ならびに検討議事録は、事務担当がメールまたは郵送で配付する。

７．地域連携診療計画加算にかかる施設基準

○計画管理（急性期）病院

地域連携診療計画加算（入退院支援加算の加算）の算定が厚生局に受理された医療機関である。

（１）あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携機関等と共有。

（２）連携機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年３回以上面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しを適切に実施。

（３）入退院支援加算に係る施設基準の届出。

○連携施設（かかりつけ医）

地域連携診療計画加算（診療情報提供料Ⅰの加算）の算定が厚生局に受理された医療機関である。

（１）あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携計画が作成され、連携保険医療機関等と共有。

（２）連携保険医療機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年３回以上面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しを適切に実施。

※かかりつけ医は、地域連携診療計画加算にかかる届出が無い場合でも、脳卒中地域連携パスに可能な限り参加し、西部圏域におけるシームレスな医療連携にご協力ください。

8．資　　料

1．mRS 評価表

modified Rankin Scale（mRS）とは、脳卒中を発症した患者の生活自立度を判定する評価尺度になります。

脳卒中患者の社会的不利益と行動の制限について、Grade 0（無症状）から Grade 6（死亡）の７段階で観察及び聴取から客観的に評価できる指標となっています。

mRS 評価表

Modified Rankin Scale		参考にすべき点
0	まったく症候がない	自覚症状および他覚徴候がともにない状態である
1	症候はあっても明らかな障害はない： 日常の勤めや活動は行える	自覚症状および他覚徴候はあるが、発症以前から行っていた仕事や活動に制限はない状態である
2	軽度の障害： 発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える	発症以前から行っていた仕事や活動に制限はあるが、日常生活は自立している状態である
3	中等度の障害： 何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える	買い物や公共交通機関を利用した外出などには介助を必要とするが、通常歩行、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助を必要としない状態である
4	中等度から重度の障害： 歩行や身体的要求には介助が必要である	通常歩行、食事、身だしなみの維持、トイレなどには介助を必要とするが、持続的な介護は必要としない状態である
5	重度の障害： 寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする	常に誰かの介助を必要とする状態である
6	死亡	

２．評価方法について

BI; Barthel Index

ADL(Activities of daily living;日常生活動作)の評価法の一つで、以下の表の通り、10 項目にわたって全介助・部分介助・自立の度合いに応じて評価する。

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
／100

日常生活機能評価表

日常生活機能評価評価の手引きより抜粋（厚生労働省HPより）

・評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。

・評価は記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。

・義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。

・評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。

・医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。

・当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。

・日常生活機能評価に係る患者の状態については、担当の看護師、理学療法士等によって記録されていること。

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

1　床上安静の指示

項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」
床上安静の指示がない、あるいは指示の記録がない場合をいう。
「あり」
床上安静の指示があり、かつ医師の指示書にこの記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。

一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。

「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

2　どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持っていくことができるかどうかを評価する項目である。

ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。この行為を促す指示に従えなくても、いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられることが一度でも観察できれば「できる」とする。
「できない」
調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで片手を持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

判断に際しての留意点

関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かせないことから「できない」と判断する。上肢の安静・抑制・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。調査時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

3　寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『寝返り』とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに向きを変える動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。

「何かにつかまればできる」

ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。

「できない」

介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護師等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護師等が行っている場合は「できない」となる。

4　起き上がり

項目の定義

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。

ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」

１人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。

「できない」

介助なしでは１人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

5　座位保持

項目の定義

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。

「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」
支えなしで座位が保持できる場合をいう。

「支えがあればできる」
支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。

「できない」
支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

判断に際しての留意点

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状況にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。

ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ 60 度以上を目安とする。

6　移乗

項目の定義

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「できる」
介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が自分でできる場合も含む。

「見守り・一部介助が必要」
直接介助をする必要はないが事故等がないように見守る場合、あるいは自分では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。ストレッチャーへの移動の際に、患者が自力で少しずつ移動できる場合、看護師等が危険のないように付き添う場合も「見守り・一部介助が必要」となる。

「できない」
自分では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

7　移動方法

項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」
杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。
「介助を要する移動（搬送を含む）」
車椅子等、搬送車（ストレッチャー等）等を使用して、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

8　口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
ここでいう『口腔清潔』とは、口腔内を清潔にする一連の行為である。一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「できる」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。
「できない」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

ただし、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

9　食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」

介助・見守りなしに自分で食事が摂取できる場合をいう。箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、介助は発生しないので「介助なし」とする。

「一部介助」

食卓で、小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等、何らかの介助が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に１つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。見守りは、食事を半分摂取するまで見守った場合をいう。

「全介助」

自分では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事は、種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護師等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して１人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。

家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護師等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

１０　衣服の着脱

項目の定義

衣服の着脱を看護師等が介助する状況を評価する項目である。衣服は、パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助なしに自分で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合も含む。

「一部介助」
衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護師等がズボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護師等が手を出して介助はしていないが、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」
衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護師等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。また、通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

１１　他者への意思の伝達

項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。
背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。

「できる時とできない時がある」
患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護師等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

「できない」
どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

１２　診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、理解でき実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、適切な行動が常に行われている場合、あるいは指示通りではい行動の記録がない場合をいう。

「いいえ」
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が１回でもみられた場合、かつ指示通りでない行動の記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であること、及びその指示が適切な時刻に行われた状態で評価されることを前提とする。

医師の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や、自分なりの解釈を行い結果的に、療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。少しでも反応があやふやであったり、何回も同様のことを言ってきたり、看護師等の指示と違う行動をするようであれば、「いいえ」と判断する。

１３　危険行動への対応

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為及び看護師等がこれらの行為に至る可能性があると判断した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去１週間以内に危険行動がなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「ある」
過去１週間以内に危険行動があった場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

患者の危険行動にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の評価を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動の有無を評価するものではない。

認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。

なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。

６ヶ月後の維持期状況連絡票

＊本人の基本状況について（該当箇所に〇印を記入）　　パスＩＤ　（　　）

氏　名	様（ 男 ・ 女 ）	主介護者	
		担当ケアマネージャー	
生年月日	明・大・昭・平　年　月　日生　（　歳）	連絡先	電話
要介護度		≪家族構成≫	
診断名			
発症日	年　月　日		
障害名			
合併疾患			
現在の生活場所	自宅 ・ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ・ 介護老人保健施設 ・ 養護老人ホーム 軽費老人ホーム ・ グループホーム ・ 有料老人ホーム ・ 介護療養型医療施設		
急性期病院名		連絡先	
回復期病院名		連絡先	
かかりつけ医		連絡先	
		通院回数（　回／　）	
利用中のサービス	ケアマネジメント ・ 訪問介護（ヘルパー） ・ 訪問入浴介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問リハ 福祉用具 ・ 居宅療養管理指導 ・ 通所介護(デイサービス) 通所リハビリテーション（デイケア） ・ ショートステイ		
関係者	市 町 村 ・ 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業者（ケアマネージャー） 病院の相談員 ・ 病院のＰＴ ・ 病院のＯＴ ・ 病院のＳＴ ・ その他（　）		

＊現在の本人の状況について（該当箇所に〇印を記入）

移動	屋内	自立 ・ 見守り ・ 杖（１点杖・４点杖） ・ 歩行器 ・ 車いす
	屋外	自立 ・ 見守り ・ 杖（１点杖・４点杖） ・ 歩行器 ・ 車いす
立ち上がり	自立 ・ 見守り ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ 不可能	
立位保持	自立 ・ つかまり立ち ・ 介助での立位 ・ 不可能	
座位保持	自立 ・ 背もたれのあるいすなら可能 ・ ふらつきがあるが何とか可能（見守り） ・ 不可能	
食事	自立 ・ 見守り ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ 形態等（　）	
入浴	自立 ・ 見守り ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ 不可能 ・ 入浴サービスを利用	
排泄	日中	自立 ・ 見守り ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ 不可能 ・ オムツ使用
		リハビリパンツ使用 ・ ポータブルトイレ使用 ・ 尿器使用
	夜間	自立 ・ 見守り ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ 不可能 ・ オムツ使用
		リハビリパンツ使用 ・ ポータブルトイレ使用 ・ 尿器使用
更衣	自立 ・ 見守り ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ 不可能	
外出	自立 ・ 見守り ・ 部分介助 ・ 全介助 ・ 不可能	
うつ症状	自覚症状（ 頭痛 ・ めまい ・ 不眠 ・ 倦怠感 ・ 食欲減退または増進 ）	
	毎日の生活に充実感がない（ はい ・ いいえ ）	
	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった （ はい ・ いいえ ）	
	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする（ はい ・ いいえ ）	
認知症症状	症状なし ・ 生活に支障は来たさないが症状あり ・ 生活に支障を来たす症状あり	
	※詳細状況の記載：	
急性期・回復期へのお願い（どちらかに〇印記入）	※現在のご本人の状況から、急性期・回復期でもっと取組んで欲しかった内容について記載 （例：生活リハの中で、自宅での生活を視野に入れて食事動作等を取り入れていただきたい等）	
本人・家族の困りごと	■本人	■家族

BI;Barthel Index

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	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
	5	部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）	
	0	全介助	
2 車椅子から	15	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）	
ベッドへの移動	10	軽度の部分介助または監視を要する	
	5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
	0	全介助または不可能	
3 整容	5	自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り）	
	0	部分介助または不可能	
4 トイレ動作	10	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）	
	5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
	0	全介助または不可能	
5 入浴	5	自立	
	0	部分介助または不可能	
6 歩行	15	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	
	10	45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
	5	歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能	
	0	上記以外	
7 階段昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
	5	介助または監視を要する	
	0	不能	
8 着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	
	5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
	0	上記以外	
9 排便ｺﾝﾄﾛｰﾙ	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	
	5	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	
	0	上記以外	
10 排尿ｺﾝﾄﾛｰﾙ	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
	5	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	
	0	上記以外	

合計得点
／100

ADL（Activities of daily living；日常生活動作）の評価法の一つで、以下の表の通り、10項目にわたって全介助・部分介助・自立の度合いに応じて評価する。

患者・家族 同意有　　年　　月　　日

（氏名：　　）（代理者名：　　）

【回復期：記載日　　年　　月　　日　記載者（　　）

【維持期：記載日　　年　　月　　日　記載者（　　）