

が少ないことから、必要性は低いと思われた。Barthel Index に関しては脳卒中と比較して高値で退院時自立している患者の比率が高かつたが、重要な指標の一つであり、必須項目であると思われた。

日常生活機能評価に関しては記載がなく、欠損値となっていた。ただし動作能力の評価をする上では重要な項目であり、今後の項目としては必要であると思われる。

合併症・既往症に関しては、発症後の合併症の有無は無が多かった。合併症・既往症に関しては障害に影響を与える項目であり、陽性頻度は少ないが、必要であると思われた。

認知障害に関しては、MMSE で 21 点以下が入院時 70%以上、退院時 60%であった。脳外傷に対しては非常に重要な項目であり、MMSE は簡単なスクリーニングテストであることから、この項目は高次脳機能障害として、全般的知能検査、記憶障害、見当識障害、失認、行動障害などの項目を付加する必要があると思われた。

片麻痺機能障害に関しては、Modified Ashworth Scale、片麻痺とも陽性所見は少なかった。ただし、脳外傷では局所病巣に伴う片麻痺が伴うこともあり、必要な項目であると思われた。また脳外傷では失調を伴うことが多いため、これに関する評価項目が必要であると思われた。

E. 結論

リハビリテーションに関するデータベースを新たに作成するにあたり、既存の日本リハビリテーション医学会患者リハデータベースに、維持期脳外傷患者のデータを入力し、その問題点について検討する目的で研究を施行した。患者基本情報に関して介護保険申請は脳外傷者では比較的若年での受傷が多く、適

応となる特定疾病に該当しないため必要性は少ないとと思われた。また脳外傷者の医療保険によるリハ継続は少なく、介護保険の適応が厳しい症例が多いことを考えると、自立支援法による制度利用の情報提供が必要であると思われた。認知障害に関しては MMSE で 21 点以下が入院時 70%以上、退院時 60%であった。脳外傷に対してはこの項目を高次脳機能障害として、全般的知能検査、記憶障害、見当識障害、失認、行動障害などの項目を付加する必要があると思われた。

*稿を終えるにあたり、お忙しい中でデータ提出にご協力いただいた神奈川リハビリテーション病院リハビリテーション科の青木重陽先生、横浜市総合リハビリテーションセンターの小林宏高先生に深謝いたします。

F. 文獻

- 菊地尚久：長期にリハビリテーションが必要な救命救急患者に対する急性期リハと退院先に関する問題点、日本臨床救急医学会雑誌 11 : 361-368, 2008
- 近藤克則：リハビリテーションデータベース オーバービュー：症例登録データベースの現状と課題、Journal of Clinical Rehabilitation 19 (4) : 377-382, 2010
- Corrigan JD, Selassie AW, Lineberry LA et al: Comparison of the Traumatic Brain Injury (TBI) Model Systems national dataset to a population-based cohort of TBI hospitalizations. Arch Phys Med Rehabil 88(4):418-26, 2007

(資料)

日本リハビリテーション医学会

リハビリテーション患者データベース平成 22 年度版脳卒中用入力項目

リハビリテーション患者データベース(脳卒中用)

入力マニュアル

(リハ医学会DB ver. 1.40案)

2011.3.20

目次

入力を始める前に	1
I. 判定の基本的な考え方	1
II. 入力項目・入力数値の正確性に関する作業手順	1
III. 入力作業	3
IV. ファイル管理	23
V. データ送信	24
VI. “リハビリテーション患者データベース” のホームページ	24
VII. SIAS (脳卒中機能障害評価法) について	24
VIII. m-Rankin Scale	25
IX. JSS & NIHSS Scale	26
X. 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定の流れ	27
XI. 認知症老人の日常生活自立度判定の流れ	28
XII. Japan Stroke Scale (第 5 版)	29
X III. NIHSS; National Institute of Health Stroke Scale 入力の手引き	32
X IV. “日常生活機能評価”評価の手引き	36
参考文献	43

日本リハビリテーション医学会

入力を始める前に

File Maker Proの種類

File Maker Proには以下の2種類がある。

File Maker Pro ランタイム版：単独実行型のファイル。

File Maker Proは必要ない。

File Maker Proサーバ、またはマルチユーザにてネットワーク利用はできない。

File Maker Pro マルチユーザ対応版：File Maker Pro ver. 8.0以降が必要。

File Maker Proサーバによるネットワーク利用が可能。

File Maker 使用上の注意

- マウスのスクロールボタンで対象レコードが変わるので、入力中にうっかりスクロールしないようにする。
- 入力中、タブで画面を切り替えたり、他のレコードに移動した時点で、データは自動で更新される。したがって最後に「保存」をする必要はない。しかし、そのため「元のデータには戻れない」ので、注意する。ツールバーの「元に戻るボタン」でも1回しか戻れない。
- ファイルの作成やバックアップについては、IV. 参照。

ファイルの保管場所と使い方（マルチユーザ版の場合）

- ファイルサーバにログインする。
- 「リハ医学会DB」フォルダの中に「リハ学会DBv140マルチユーザ版」というファイルがあるが、そのまま開くとパソコンがフリーズするので、デスクトップにコピーしてから開く。
- 終了後はファイルを必ずサーバに戻すこと。この時「同名のファイルがある」という警告が出るので「上書き保存」にする。（デスクトップにファイルが残っていたらゴミ箱に入れる）
- サーバからログアウトする。

I. 判定の基本的な考え方

- 評価項目にはすべて判定基準が取り決められている。しかし、評価項目ごとの基準に特に記述がない場合・判定に迷う場合は、低いあるいは悪い点数を入力する。
- 直接入院か、転院かの判断について
救急救命センターから搬送される場合、救急救命センターで入院せず処置のみの場合は直接入院とする。何故ならリハビリテーションは行われておらず、点滴など内科的治療は継続されるので直接入院とみなすことができるから。

II. 入力項目・入力数値の正確性に関する作業手順

- 各施設で入力作業の責任者を決定する。
- 入力作業の責任者は、リハ環境に関する項目（リハスタッフ数・ベッド数など）は入力者全員で確認のうえで同一の数値を入力すること。

3. 入力作業責任者は、全患者について以下の項目を確認のうえ入力すること。

1) 入力した患者は適切か？

－他疾患の患者が含まれていないか？例：TIA患者や脳卒中以外の患者など

2) 入力した患者の重複はないか？

－同一患者が2度入力されていないか？

3) 入力項目に欠損はないか？

－入力漏れはないか？例：病名、入院期間、FIM/BI記載など

4) 入力項目の数値に外れ値・異常値はないか？

－基準外・常識外の数値はないか？例：年齢786歳、在位日数－17日や1876日など

III. 入力作業

入力画面に従って説明する。

1. ファイルを開く

「リハ学会DBv140」を開き、アカウント名とパスワードに「reha」と入力する。

2. 病院基本情報 (トップ画面 1 病院基本情報)

この部分は、「病院全体の状況」と「病棟の状況」に分かれている。「病院全体の状況」は、すべての参加施設が入力する。必須項目は太枠に囲まれている。

いくつかの末端から入力する場合には、数値を統一する。また、期間を決めて入力する場合には、期間における状況を確認する。

[病院全体の状況]

① スタッフ数には“病院全体のスタッフ数”を入力する。病院全体の医師数などから病院の規模を推定する資料とする。病棟のベッド数には“病院全体”ではなく脳卒中患者を扱う病棟の診療科・病床数を記入する。

「病棟の状況」

② 回復期リハ病棟と非回復期リハ病棟、およびリハ患者が集められている病棟の有無で
入力項目を区別する。

- ・回復期リハ病棟の場合は、病棟所属の専任医師、PT、OT、ST等の数を常勤換算で入力する。
 - ・非回復期リハ病棟、急性期リハ病棟、療養病棟の場合は、入院患者のうち半分以上がリハ処方を受けているリハ患者が集められている病棟（リハ科、内科、神経内科、脳外科、整形外科等）の有無で区別する。

リハ患者が集められている病棟の有無	入力方法
半分以上がリハ患者の病棟あり	<ul style="list-style-type: none"> 「病棟の状況」を入力する 病棟所属の専任医師、PT、OT、ST等の数を常勤換算で入力する
半分以上がリハ患者の病棟なし	<ul style="list-style-type: none"> 「病棟の状況」の入力は不要（病院全体の状況のみ記入）

[病院スタッフ数の入力方法]

- ・PT、OT、STの数を病棟・病院全体で書く、もしくはPT等一人当たりの単位数を書く。
- ・担当リハ医・PT数・OT数・ST数（常勤換算）の欄には、登録患者の診療を担当しているリハ医・PT数・OT数・ST数を常勤に換算（およそ週40時間勤務を1.0とする）した数字を概算でよいので記入する。
- ・このデータの使用目的は、登録されている患者の入院医療に関わっているリハ医・PT数・OT数・ST数の多寡が、リハ医療のアウトカムに影響しているか否かを検討することである。したがって、病院の常勤職員であっても登録患者の入院診療に関わっていなければ、その職員を除いた数字を入力する（例：登録患者が入院している病棟に概ね週の半分勤務している非常勤医師がいる場合は0.5とする。例：回復期リハ病棟の退院患者データを登録している場合、病院の常勤PT[1.0]であっても、回復期リハ病棟以外の内科病棟入院患者のリハや訪問リハにあてている時間が概ね週に2日[16時間]ある場合には、それを差し引いた0.6を入力する）。

[医師の属性の区分]

- ・主治医の診療科、リハ医の有無、リハ専門医の有無、主治医とコンサルタント医を区別する。

3. リハ患者入力 (トップ画面 2 リハ患者入力)

[患者基本情報画面] (オレンジ色)

リハビリテーションデータバンクで共通して入力する項目。

基本情報から右横のタブをクリックすることで以下のように入力画面が切り替わる。

基本情報 → A D L → 日常生活機能評価 → 合併症・既往症 → リハ環境 → 訓練 → メモ。

The screenshot shows two overlapping windows. The main window is 'Patient Basic Information' (患者基本情報) with various input fields for patient details like name, gender, birth date, and address. Below these are tabs for 'ADL' (日常生活機能評価), '日常生活機能評価' (日常生活機能評価), '合併症・既往症' (合併症・既往症), 'リハ環境' (リハ環境), '訓練' (訓練), and 'メモ' (メモ). An arrow points from the '新規' (New) button in the top right of the main window to the '新規' (New) button in the top right of the 'Rehabilitation Patient DB' (リハ患者DB) window. Another arrow points from the '利き手' (Dominant Hand) field in the main window to the '利き手' (Dominant Hand) section in the DB window. The DB window itself has several sections: 'リハ患者DB' (Rehabilitation Patient DB) with a list of patients, 'リハリスト' (Rehabilitation List) with a table of patients, and detailed sections for '登録区分' (Registration Category) and '介護度' (Degree of Care).

- ① 新規のカードを作るにはトップ画面の「2 リハ患者入力メニュー」で開いた画面の一番上にある「新規」をクリックする。
- ② 「登録区分」を「大腿骨頸部骨折」にする。この区分をチェックしないと各DBに入ることができない。
- ③ 「利き手」も入力する。

基本情報 :

The screenshot shows the 'Patient Basic Information' screen of the 'Rehabilitation Patient DB'. The interface includes fields for patient identification (患者ID, 患者名), gender (性別), birth date (生年月日), and contact information (利き手, 電話番号). It also features tabs for 'Inpatient Registration' (脳卒中登録), 'Spine Fracture Registration' (脊髄損傷登録), and 'Spine Head Fracture Registration' (大転骨頭部骨折登録). Below these are sections for 'Admission Type' (入院区分), 'ADL' (日常生活機能評価), 'Comorbidity' (合併症・既往歴), 'Rehab Environment' (リハ環境), and 'Notes' (メモ). A large orange box highlights the 'Patient Basic Information' section, which contains fields for 'Admission Date' (発症/受傷日), 'Treatment Hospital' (発症前居所), 'Discharge Hospital' (退院先), and 'Rehabilitation Doctor' (リハ担当医). Other sections include 'Rehabilitation Status' (リハ状況), 'Rehabilitation Plan' (リハビリテーション計画), and 'Rehabilitation Outcome' (リハビリテーション実施予定施設). Orange arrows numbered ④ through ⑯ point to various required fields throughout the form.

オレンジ色の太枠で囲まれた「必須項目」を入力する。

- ④ 「入院区分」では、手術を含む急性期治療から行った場合は直接を、他の医療機関で急性期治療を受けたのちリハビリテーション目的での転院の場合は、転入院を選択する。
- ⑤ 「発症／受傷日」では、西暦で入力する（例：2008年12月20日の場合、08/12/20あるいは08.12.20）。クリックでカレンダーが出るので、そこから選ぶと簡単。院内発症の場合は、□入院中発症/受傷 のチェックボックスをチェックする。これを怠ると、来院年月日が発症日よりも前になるのでエラーが表示される。
- ⑥ 「来院日」では、直接の場合は外来受診日もしくは救急搬送日を記入する。転入院の場合は入院した日を記入する。
- ⑦ 「発症前居所」は、発症前の生活場所を知るためのものである。自宅の場合は自宅を、施設に入所していた場合などはそれ以外を選択する。必須ではないが、それ以外を選択した場合は、下部分のリストからグループホーム／ケアハウス、老健施設、福祉施設、病院の中から適当なものを選択。
- ⑧ 「退院日」を西暦で入力する（入力方法は上記「発症／受傷日」と同じ）。入院日が入力してあれば、在院日数が自動的に計算される。必須ではないが、回復期リハ病棟利用の場合は、転病棟日を入力する。
- ⑨ 「退院先」では、自宅、自宅以外の在宅、老健施設、福祉施設、転院（リハ）、転院（療養）、転院（急変）、転院（その他）、転科、死亡から選択する。回復期から自院の他科・別の病棟へ移った場合には、転科（療養）、肺炎・再発作による急性期病棟への転棟の場合は転科（急変）、胃瘻作成などの場合は転科（その他）とする。自宅退院だった場合には「自宅退院後のリハ継続計画・自宅退院後リハ実施予定施設・自宅退院

「後リハなしの理由」も入力する。「転科」の場合には、転科者のデータは転科時までよい。

なお、退院前にPT/OT/ST終了したときなどは、終了時を退院時とみなして入力する。

- ⑩ 「主たる入院病棟」では、診療科は、リハ科入院かリハ科入院以外での入院かを選択。

また、種別は一般、亜急性期、回復期、療養の中から適当なものを選択する。いくつか移動している場合には、そのうちの主なものを選択する。主たる入院病棟があり、転病棟があった場合、急性期治療を行った病院ではなく、退院時に入院していた病床の診療科名、病棟名を入力する。自院の回復期リハ病棟より自院の療養病棟に転棟した場合の退院先は、「自宅」ではなく「転病棟」とする。

- ⑪ 身体障害者手帳の有無をチェックする。申請まで行った場合は「有」をチェックする。

また、介護保険申請の有無をチェックする。「有」の場合は、退院時の要介護まで記入する。「無」の場合は、未申請と該当なしを区別する。

- ⑫ 「介護力」について、画面の中の1.～7.の中から適当なものを選択。

- ⑬ 「エラーあり」の画面が示される。必須項目で未入力部分があれば赤で表示される。

なお、ここはスクロールできないので、未入力が多い場合はすべて表示されない。ダブルクリックすると別画面にエラー項目がすべて表示される。

- ⑭ 「患者リスト」が表示される。患者名をクリックすることでその患者の入力画面に移動することができる。

ADL：必須項目以外は「寝たきり度：リハ開始時」を入力する。

- ① ADL タブをクリックすることでこの画面に切り替わる。
- ② 寝たきり度、③ 認知症老人の日常生活自立度、④ Barthel Index、⑤ FIM とクリックすることで各項目の入力画面となる。画面は、「寝たきり度」のものを示す（現在は「リハ開始時」の表現となっている）。
- ⑥ 入院時と退院時を比較する。ここでは主に回復期リハ病棟利用を想定して作成しているので、入院時もしくは転棟時もしくはリハ開始時の状況で構わない。手術などの急性期治療から行っている場合の入院時は、術後のリハ開始時と読み替える。
- ⑦ 経過はこの部分をクリックすることにより追加入力できる。
- ⑧ 「寝たきり度」については、日常生活自立度をチェックする。画面の下側を参照。

ADL画面中の「認知症老人の生活自立度」画面

ADL

患者情報
患者ID [] 患者名 [] 性別 [] 生年月日 [] 0 成・利き手
差別区分 [] 冠車両 [] 天賀伸筋部骨折 [] 骨盤損傷 [] その他

脳卒中登録 大腿骨頭部骨折登録 脊椎損傷登録

基本情報 リハ [] 日常生活機能評価 合併症・既往歴 リハ現場 制限 メモ

選択項目 空気節制人の日常生活自立度 Barthel Index FIN [] は必須入力

評価日	認知症老人の日常生活自立度	
リハ開始時	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 0-1 <input type="radio"/> 0-2a <input type="radio"/> 0-2b <input type="radio"/> 0-3a <input type="radio"/> 0-3b <input type="radio"/> 0-4 <input type="radio"/> 0-M <input type="radio"/> 言語不能	
退院時	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 0-1 <input type="radio"/> 0-2a <input type="radio"/> 0-2b <input type="radio"/> 0-3a <input type="radio"/> 0-3b <input type="radio"/> 0-4 <input type="radio"/> 0-M <input type="radio"/> 言語不能	

備考欄に、ADL患者個別評価の目次となっており、該欄選択欄の右侧に表示されるリハ開始時・退院時等にてはり、該欄評価と並列して表示され、(入院時、退院時)欄に入力します。(小)選択評価欄の該欄を付記下さい。

【参考】該欄の評価項目は以下の通りです。参考として該欄は6つあります。

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。
 II.a. 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。
 II.b. 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。
 III.a. 白巾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。
 III.b. 術側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、常に介護が必要とする。
 V. (楽しい)精神状態や問題行動あるいは廉恥な身体反応がみられ、専門医徴を必要とする。

リハ現場表示
リハ開始時より該欄の情報を表示されます。
差別区分 [] その他
制限 []

⑨

⑨ 「寝たきり度」と同様に画面下側を参考に記入する。

ADL 画面中の Barthel Index の画面

Barthel Index 【退院版】 評価日：2011.03.01 回数：1

患者情報 (ふりがな) 患者名(漢字) 性別： 生年月日： 0 歳

評価結果

評価項目：歩行、移乗、整容、トイレ動作、入浴、四肢歩行、階段昇降、着衣、排便、排尿、食事、コミュニケーション

評価結果詳細

全て既往 全て会員登録 口評価不能

評価項目	評価結果	相談結果	改善点
歩行	0.0 0.0 0.0		
移乗	0.0 0.0 0.0	× 骨盤の筋肉が弱い	
整容	0.0 0.0 0.0		
トイレ動作	0.0 0.0 0.0		
入浴	0.0 0.0 0.0		
四肢歩行	0.0 0.0 0.0		
階段昇降	0.0 0.0 0.0		
着衣	0.0 0.0 0.0		
排便	0.0 0.0 0.0		
排尿	0.0 0.0 0.0		
食事	0.0 0.0 0.0		
コミュニケーション	0.0 0.0 0.0		

- ⑩ Barthel Index では数値を直接入力することはできない。閲覧／登録修正を押して「Barthel Index（リハ開始時）」画面（＊1）を別に開き、その該当項目をクリックして入力する。後で示す FIM 画面が入力してあれば、ここに入力は不要。FIM の入力項目から Barthel Index の予測値を計算し、自動的に入力される。

ADL画面中のFIMの入力画面

ADL

患者情報 (ふりがな) 性別 生年月日 0 歳 利き手
患者ID 患者名 善性区分 ○脳卒中 ○大脳半球脳梗塞 ○骨髄炎 ○その他

脳卒中登録 大脳骨頭部骨折登録 脊髄損傷登録

基本情報 リハID 日常生活機能評価 合併症・既往歴 リハ現場 運営 メモ

認知症度数 認知症老人の日常生活能立度 Barthel Index FIM [] は必須入力

評価日	FIM合計	□評価不能	開閉/登録修正
リハ開始時	<input type="radio"/> 複数不適 <input checked="" type="radio"/> 複数データ <input type="radio"/> 修正済	削除 / 複数登録 / 登録修正	
退院時	<input type="radio"/> 評価不能 <input checked="" type="radio"/> 退院時ADL悪化(1点以上)	開閉/登録修正	

評価日は、(例)2011年03月01日と各項目登録用日付を合わせて、リハ開始時評価用日付に登録されます。リハ開始後、評価日が同一日より複数回登録してしまった場合は、リハ開始時評価用日付に差額が表示されません。
【参考】評価不能の場合は、評価不能用のマークが全て複数選択可能。

リハ記録

リハ記録DB

FIM【退院時】 評価日: 2011.03.01 []

患者情報 (ふりがな) 性別 生年月日 0 歳

【FIM】

全て自立 全て全介助 □評価不能

評価項目	評価値	評価合計
【セルフケア】		
食事	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
整容	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
清拭	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
更衣(上半身)	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
更衣(下半身)	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
トイレ動作	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
【排泄】		
便器管理	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
尿液管理	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
【移動】		
ベッド・車椅子	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
トイレ	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
浴槽・シャワー	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
【コミュニケーション】		
聴覚(聴取・理解)	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
表出(発語・非言語)	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
【社会的認知】		
社会的交際	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
問題解決	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	
取扱	○1 ○6 ○5 ○4 ○3 ○2 ○1	

(11) 数値を直接入力することはできない。閲覧／登録修正を押して「FIM(リハ開始時)」画面 (*2) を別に開き、その該当項目をクリックして入力する。

日常生活機能評価：直接入院では「入院時」「退院時」のみ入力する。

項目	前回全て正常	前回全て基準	入院時全て正常	入院時全て最悪	退院時全て正常	退院時全て適応	評価の手引き
1 床上安静の指示	<input type="checkbox"/> O	○なし / ○あり					
2 手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> O	○できる / ○できない					
3 徒歩	<input type="checkbox"/> O	○できる / ○つかなればできる / ○できない					
4 起き上がり	<input type="checkbox"/> O	○できる / ○できない					
5 座位保持	<input type="checkbox"/> O	○できる / ○支えが効ければできる / ○できない					
6 移乗	<input type="checkbox"/> O	○できる / ○簡易リハビリが必要 / ○できない					
7 移動方法	<input type="checkbox"/> O	○介助を要しない移動（片脚を駆使する移動）（腰痛を含む）					
8 口座清算	<input type="checkbox"/> O	○できる / ○できない					
9 食事併取	<input type="checkbox"/> O	○介助なし / ○介助 / ○介助					
10 衣服の着脱	<input type="checkbox"/> O	○介助なし / ○一部介助 / ○全介助					
11 他人への意志の伝達	<input type="checkbox"/> O	○できる / ○できない					
12 診察・検査上の指示が通じる	<input type="checkbox"/> O	○はい / ○いいえ					
13 位換行動	<input type="checkbox"/> O	○ない / ○ある					
合計							<input type="checkbox"/> ④既往歴リハ病棟入院料算定の対象外

日常生活機能評価 評価の手引き

閉じる

1. 評価者の記入は、院内評議を受けたものが行うこと。なお、院内評議は、該定の部体を終了したものあるいは評議したものが行うべき事であることを記す。

2. 評価票の記入にあたっては、下記の既長疾の判定基準等に従って実施すること。

3. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟に入院した患者と、日常生活機能評価面について、入院時と退院時又は在院時に評価を行うこと。なお当該患者が転院前の病室で地域連携診療計画評価票が専定されている場合については、入院時の日常生活機能評価面について、当該患者の評議面の中に記されている日常生活機能評価面を用いること。

4. 評価は評議と複数に並んで行い、推測は行わないこと。

5. 善手・悪足・コレセト等の器具を使用している場合は、器具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。

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

7. 症状の指名によって、当該動作が制限されている場合は、「できない」又は「介助なし」とする。

この場合は、医師の指示に基づいて行うこと。

8. 当該動作が制限されない場合には、動作を示し、複数した結果を評議すること。

動作の複数をしなかった場合には、直系・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。

9. 日常生活機能評価面に該す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載されること。

† 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】
「(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」という。
「(あり) 床上安静の指示があり、かつ床頭の指示欄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、医師上「床上安静」といふ語句が使用されているとしても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ不可」等、ヘ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載されている場合は「床上安静」。

一方、「ベッド上安静」ながらホーキングルートのみ可等、日常生活上、頭髄骨にて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】の患者では、看護予・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掛する場合があるが、日常生活上「床上安静の指示」があるため「あり」とする。

† 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つていい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、首の下くらいまで定め、「下」とは平臥位から床と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

【選択肢の範囲】
「できる」（いわゆる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。）
「できない」（部位でできなくてても、自分でできる場合は、「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。これが一度でも難解であれば「できない」とする。
「できない」（評議時間内を過ぎて、介助なしにはいずれか一方の手を胸元まで片手を持ち上げられない。）

- 日常生活機能評価は平成20年より新たに加わった評価項目である。
- 入院時（リハ開始時）と退院時をチェックする。点数は自動計算される。
- 他施設で急性期治療を受けている場合、その退院時の項目がわかれれば前医のところにチェックする。

合併症・既往症

合併症・既往症

① 発症後の合併症の有無 (○無 ○有) [有] の場合 → 治療の有無 (○無 ○有) その他の欄に記入

② リハの経過に影響を与えた既往症の有無 (○無 ○有) [有] の場合 → ○骨関節疾患 ○その他 () 入院前よりあるもので、リハ進行の阻害因子となるものがござる場合は、マークをしてください。

その他(特記事項)

- ① [発症後の合併症] 入院後に発症した合併症の有無をチェックする。ここでは肺炎、転倒による外傷、膝痛、腰痛などリハ進行の阻害因子となるものが発生した場合、チェックする。「有」をチェックした場合、→の先の項目もチェックする。また、合併症があった場合は「合併症詳細画面へ」ボタンをクリックし、「合併症」項目も記入する。
- ② [既往症] 入院前よりある既往症の有無をチェックする。入院前よりあるもので、リハ進行の阻害因子となるものがあった場合、チェックする。ここでも「有」にチェックした場合、→の先の項目もチェックする。骨関節疾患の詳しい病名を入れたい場合には、その他の欄に診断名を記入する。

リハ環境

The screenshot shows the 'Rehab Environment' section of a medical software. The main window has tabs for '脳卒中登録' (Stroke Registration), '大脳骨頭部骨折登録' (Cerebral and Craniovertebral Fracture Registration), and '脊髄損傷登録' (Spinal Cord Injury Registration). The registration form includes fields for patient ID, name, gender, birth date, and dominant hand. It also includes sections for '主たる入院病棟の種別' (Type of hospital ward), 'リハ医の関与の仕方' (Role of rehab doctor), 'カンファレンスの実施状況' (Conference implementation status), '非請求分・自主訓練' (Non-billing part/autonomous training), and '一週間以上の訓練中断の有無' (Whether there is a break of more than one week in training). The right side shows a detailed 'リハ患者登録' (Rehab Patient Registration) window with tabs for 'その他' (Other), '名前' (Name), '性別' (Gender), and '三入力' (Three inputs).

- ① [主たる入院病棟の種別] 主に入院していた病棟の種別につき、一般、亜急性期、回復期、療養病棟のいずれかから選択する。
- ② [リハ医の関与の仕方] 主治医（専門医か非専門医か）、コンサルタント医（専門医か非専門医か）、その他のいずれかから選択する。日本リハ医学会認定のリハビリテーション科専門医が主治医の場合は主治医（専門医）を、専門医でないが専らリハ医として仕事をしている医師が主治医の場合は主治医（非専門医）を、主治医は別にいてリハマネジメントのみ行っている場合はコンサルタント医を専門医／非専門医に分けて、それ以外の形態の場合はその他を選択する。
必須ではないが、リハ医の診察・回診の頻度がわかれば、月4回以上、月2回程度、月1回程度、月1回未満の中から適当なものを選択する。
- ③ [カンファレンスの実施状況] 3職種以上が合同して行うカンファレンスの実施状況につき、定期的、定期的+随時、随時のみの中から適当なものを選択。

訓練： PT・OT・ST の訓練終了日も入力。処方がなかった時は「処方なし」にチェックする。「年・月・単位数」も入力する。

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(自己訓練は除く)	合計	は必須入力		
					PT	OT	ST
1月	(2)	(3)	(4)				
2月							
3月							
4月							
5月							
6月							
7月							
8月							
9月							
10月							
11月							
12月							
計							

ここでは、訓練量について保険の請求状況について入力する。

- ① PT、OT、ST それぞれの処方日、訓練初日、訓練終了日を西暦で入力する（例：2008 年 12 月 20 日の場合、08/12/20 もしくは 08.12.20）。入力欄をクリックするとカレンダーが出てくるので、そこから入力すると簡単。PT のみでなく、OT、ST の処方がある場合もあるので、職種ごとに入力する（例：認知症がある場合の ADL 訓練を OT に依頼する。例：嚥下障害がある場合の嚥下訓練を ST に依頼する）。処方されていない場合は、処方なしにチェックする。
- ② 月ごとに保険請求分単位数を入力する（半角数字になっている）。保険請求以上に訓練を行っているならば、上回る分の入力を追加する。上回る分の自由診療で請求している場合は③の自由診療単位数に、請求していない場合は④の非請求分含む単位数に入力する。なお、合計の数字だけでも入力できるようになっている。

メモ

メモ画面は、厳密にはデータベース必須の入力項目ではなく、各施設がデータを整理する際に必要な事項を記入するために設けたものである。

[脳卒中登録画面] (画面全体が水色)

診断・治療： 必須項目を入力するが、高血圧と糖尿病が「有」の場合は、その右の枠内（治療）も入力する。m-Rankin Scale では、参照ボタンクリックで判定基準が出る。脳卒中再発はデフォルトで「無」にチェック済み。

The screenshot shows the 'Brain Stroke Registration' screen with several input fields and a reference dialog.

- ①** Shows the 'Treatment' section where 'High Blood Pressure' and 'Diabetes' are checked, and the corresponding treatment boxes are also checked.
- ②** Points to the 'Recurrent Stroke' checkbox, which is unchecked by default.
- ③** Points to the 'm-Rankin Scale' reference dialog, which displays a table of stroke severity grades from 0 to 6.
- ④** Points to the 'Acute Care' section, which includes fields for 'Initial Condition', 'Admission Time', and 'Discharge Time'.
- ⑤** Points to the 'Recurrent Stroke' checkbox again, which is now checked.
- *1** Points to the 'm-Rankin Scale' reference dialog at the bottom left.
- *2** Points to the 'Cerebral Infarction / Cerebral Hemorrhage Diagnostic Guide' dialog at the bottom right.

- ① 入力項目：必須項目を入力する。
- ② 高血压と糖尿病が「有」の場合は、その右の枠内（治療）も入力する。
- ③ m-Rankin Scale については、「参照」ボタンをクリックすることで判定基準を出すことができる（*1）。
- ④ ボタンをクリックすることにより、脳梗塞・脳出血の診断有力の手引き画面を表示することができる（*2）。
- ⑤ 「脳卒中再発」については、デフォルト画面では「無」にチェック済みになっている。

意識障害：すべて必須項目なので、入力する。

認知障害：入退院時の HDS-R、MMSE のいずれか 1 つは必須なので入力し、評価不能だった場合は□にチェックする。問題がなくて評価しなかった場合は記入しなくてよい。

① 入院時 評価不能 未実施

② 退院時 評価不能 未実施

③ 入院時 評価不能 未実施

④ 退院時 評価不能 未実施

⑤ 入院時 評価不能 未実施

⑥ 退院時 評価不能 未実施

⑦ 入院時 評価不能 未実施

⑧ 退院時 評価不能 未実施

⑨ 入院時 評価不能 未実施

⑩ 退院時 評価不能 未実施

⑪ 入院時 評価不能 未実施

⑫ 退院時 評価不能 未実施

⑬ 入院時 評価不能 未実施

⑭ 退院時 評価不能 未実施

① 入退院時の HDS-R、MMSE のいずれか 1 つは必須なので入力する。評価不能だった場合は□にチェックする。問題がなくて評価しなかった場合は記入しなくてよい。

JSS & NIHSS : 全て入力する。

脳卒中リハ患者DB

患者ID [] 患者名(漢字) [] 性別 [] 生年月日 [] 歳 []

基本情報 A.D.L. 日常生活機能評価 合併症・既往歴 リハ環境 診療 メモ

診断/治療 意識障害 症状観察 JSS NIHSS 片麻痺機能障害 食事・嚥下障害 来院直接(急性期) 入院時場合状況選択

発症日 [] 末期年月日 [] 退院日 [] 退院時(急性期) 入院

入院時: 口評価不能 退院時: 口評価不能

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 入院時全て異常 退院時全て正常 退院時全て異常

【入院時】	【退院時】	※自動入院時のデータを入力	【入院時】	【退院時】
1. 開眼に対する反応 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○		11. 上肢の運動 右 ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○
2. 命令への反応 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○		左 ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○
3. (他) 言語 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○		12. 下肢の運動 右 ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○
音話 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○		左 ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○
運動 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○		13. 運動系 手 ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○
4. 意識レベル ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○		脚 ○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○ ○○ ○○ ○○
5. 失語 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○		14. 足底反射 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○
構音障害 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○		15. 失認 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○
言語障害(総合) ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○		16. 緩慢 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○
6. 嚥孔異常 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○			
7. 注視 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○			
8. 抱持 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○			
9. 離脱 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○			
10. 面面痙攣 ○○ ○○ ○○	○○ ○○ ○○			

JSS NIHSS JSS NIHSS

①

JSS & NIHSS Scale

閉じる

1. 開眼に対する反応 (現在の月令と年令) 0: 両方正解 1: 片方正解 2: 両方不正解
2. 命令への反応 (開閉眼と握手) 0: 両方可能 1: 片方可能 2: 両方不可能
3. Glasgow coma scale
問題 言語 運動
4: 自発的に開眼する 5: 見当識良好 6: 命令に従う
3: 呼びかけにより開眼する 4: 亂暴な会話 5: 痛みに適切に反応
2: 強制的強制により開眼する 3: 不適切な会話 4: 居曲逃走
1: 全く問題なし 2: 理解不能の応答 3: 果然屈曲反応
1: 反応なし 2: 伸展反応 (除筋萎弱)
1: 反応なし

4. 意識レベル 0: 清明 1: 易吉に覺醒し、従命、応答、反応が可能
2: 刺激を繰り返したり、強い刺激により反応 3: 反応なし
5. 失語 0: 正常 1: 略度～中等度の失語 2: 高度の失語 3: 無言、全失語
構音障害 0: 正常 1: 略度～中等度 2: 高度
言語結合 1: 口頭命令で奏を作らせる 2: 時計を見せて「時計」と云える
3: 「カラ」を繰り返し云える 4: 住所、家族の名前が上手に云える
※正確な記述を記入する。

6. 咽孔異常 0: なし 1: 片側の咽孔異常に有り 2: 両側の咽孔異常に有り
7. 注視 0: 正常 1: 部分的注視麻痹 2: 完全注視麻痹
8. 抱持 0: 正常 1: 部分的半盲 2: 完全半盲 3: 両側半盲
9. 無視 0: 等分試験正常 1: 緯分二等分試験で偏無視 (略度～中等度)
2: 偏向に気がつかない、または一側空間を無視した行動をする (高度)
10. 面面痙攣 0: 正常 1: 略度の痙攣 2: 部分的痙攣 3: 完全痙攣
11. 上肢の運動 (仰臥位の時は45度)
右 0: 10秒間90度に保持可能 (動搖なし) 1: 10秒以内に動搖
2: 10秒以内に下がる 3: 重力に抗して動かない 4: 動かない
左 0: 5秒間90度に保持可能 (動搖なし) 1: 5秒以内に動搖
2: 10秒以内に下がる 3: 重力に抗して動かない 4: 動かない
12. 下肢の運動 (仰臥位)
右 0: 5秒間30度に保持可能 (動搖なし) 1: 5秒以内に動搖
2: 5秒以内に下がる 3: 重力に抗して動かない 4: 動かない
左 0: 5秒間30度に保持可能 (動搖なし) 1: 5秒以内に動搖
2: 5秒以内に下がる 3: 重力に抗して動かない 4: 動かない
13. 運動系 (臥位で検査)
手 1: 正常 2: 無指と小指で握を作る 3: そばに置いたコップを持てる
4: 指は動くが物はつかない 5: 全く動かない
腕 1: 正常 2: 手を伸ばして腕を拳上出来る 3: 手を屈曲拳上出来る
4: 手は動くが拳上不可 5: 全く動かない
下肢 1: 正常 2: 膝を伸展して下肢を拳上出来る 3: 自力膝立て可能
4: 動くが膝立て出来ない 5: 全く動かない
14. 足底反射 1: 正常 2: いすれとも云えない 3: 病的反射 (Babinski or Chaddock)陽性

* 1

- ① JSS & NIHSS Scale ボタンをクリックすると、判定基準を表示することができる (* 1)。