

201317002A

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野）

全国リハビリテーション患者データベースを用いた
維持期障害者に対する効果的な社会復帰支援に関する研究

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 菊地尚久

平成 26（2014）年 3 月

目 次

I. 総括研究報告	1
1. リハビリテーションデータベースに基づく全国通所型自立訓練施設における訓練効果：脳卒中 菊地尚久 ----- 1 資料：リハDB 入力用チェックリスト【脳卒中転入院用】	
2. リハビリテーションデータベースに基づく全国通所型自立訓練施設における訓練効果：脊髄損傷 菊地尚久 ----- 11 資料：リハDB 入力用チェックリスト【外傷性脊髄損傷用】	
3. 脳卒中患者における全国通所型自立訓練施設と入所型自立訓練施設データとの比較 菊地尚久 ----- 19	
II. 分担研究報告	26
4. 訪問リハビリテーションデータベースに関する研究 菊地尚久, 赤居正美, 生駒一憲, 佐浦隆一 ----- 26 資料：リハDB 入力用チェックリスト【訪問リハビリテーション入力用】	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	34
IV. 研究成果の刊行物・別刷	35

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金

(「全国リハビリテーション患者データベースを用いた維持期障害者に対する
効果的な社会復帰支援に関する研究」研究事業)

総括研究報告書

リハビリテーションデータベースに基づく全国通所型自立訓練施設における訓練効果:脳卒中

研究代表者 菊地 尚久 (横浜市立大学学術院医学群リハビリテーション科准教授)

研究要旨

通所型自立訓練施設での脳卒中患者に対する効果を明らかにするために、リハビリテーションデータベースを用いて身体機能、麻痺レベル、精神機能、ADL の評価を行い、入所時と退所時で比較検討を行うとともに退所後の転帰を調査した。対象者は 38 名であった。Modified Rankin Scale, Brunnstrom Stage, HDS-R, 認知症老人日常生活自立度では通所開始時と調査時の差は認めず、身体機能、麻痺レベル、精神機能に関しては改善を認めず、ADL に関しては Barthel Index の総点で 88.2 点から 88.4 点と有意差を認めなかった。これは麻痺が中等度から軽度の比率が高かったこと、高次脳機能障害が主体である比率が高かったことに起因するものと思われた。通所後転帰に関しては在宅が 31.5%、就労継続 B が 16.3%であった。本結果から通所訓練では身体機能、ADL に関する維持効果、社会生活のレベルアップに対する効果が期待できるものと思われた。

A. 研究目的

本研究の目的はリハ医療を受けた患者に対して、維持期での障害状況、生活環境を基に、その後の社会復帰に対する自立訓練事業の実態調査を行い、どのような支援をどの程度の期間実施することが適切であるかを分析し、障害者の自立生活を支援するサービスに関して、サービス内容、利用期間等を提示し、適切な施設利用を検討するために行うものである。維持期の障害者が就労・地域活動など社会復帰への移行を図ることは障害者自身の QOL を上げるだけでなく、社会全体の障害者にかかるコストを下げ、就労に伴う社会還元

にとって重要であるが、これに関する包括的研究は本邦では少ない。自立支援法や介護保険制度による福祉制度利用は都市部と郊外、あるいは各地方による格差があるのは否めないため、全国的な調査が必要である。またこの研究は福祉施設側からの評価だけでその後の社会活動の予測を行うことは不可能で、急性期医療・リハおよび回復期リハがどのように行われて維持期に至ったかの縦断的な医学的および社会的評価が基礎データとして必須である¹⁾。日本リハビリテーション医学会では平成 21 年度から全国でのリハ医療全般に関わるデータベースを構築し、これに関わる調査研究を進めてきた²⁾。このデータベース

から障害者の身体機能・高次脳機能・ADLの医学的な評価と経過、退院後の生活状況を総合的に把握することが可能で、維持期においてどのような障害が残存し、社会復帰に対して必要な訓練が何かを判断できる。

本研究は急性期・回復期に評価したデータベースを発展させて、在宅での福祉制度利用の種類・期間についての実態調査を全国規模で施行し、その後の就労状況および地域での活動状況に関して調査を行い、福祉制度利用、特に自立訓練事業の内容・期間と社会復帰の関係をモデル化することを目標としている。

その中で本調査では全国通所型自立訓練施設に通所した脳卒中者に対して、リハデータベースに基づいた評価を行い、通所者の特徴と訓練効果を検討する目的で研究を行った。

B. 研究方法

2011年度調査依頼を行った通所型自立訓練施設のうち、視覚障害単独型施設を除く49施設にリハデータベースの記入を依頼した。

依頼した施設のうち8施設から記入了承の回答があった。これらの施設に対して、リハデータベースのチェックリストを郵送し、自立訓練施設でのデータ入力を依頼した。調査期間は2013年9月から2014年1月までの4か月間とし、通所開始時のデータと、調査時でのデータを入力し、訓練効果と退院後転帰について検討した。依頼した施設のうち有効なデータの送付が得られたのは全8施設で、総計38例であった。

調査項目は基本データとして性別、調査時年齢、通所開始までの経路（回復期病院から直接か、在宅生活後か）、発症時居所、紹介元、急性期・回復期病院でのリハ施行の有無とし、脳卒中関連項目として脳卒中既往歴、高血圧の有無、糖尿病の有無、抗凝固療法の有無、

診断名、訓 modified-Rankin Scale（以下 mRS と省略）³⁾ とし、生活背景とし退所先、介護保険申請の有無、一旦退院してから入所した例の退院時のリハ実施計画、退所後の介護力、既往歴・合併症として合併症の有無、合併症治療の有無、既往症の有無と内容、入所時の訓練状況として入所中のリハビリテーション医関与、一週間以上の訓練中断の有無、心理療法施行の有無、装具使用の有無、患者の精神機能として入所時 HDS-R、調査時 HDS-R、生活自立度として調査終了時の日常生活自立度⁴⁾、調査開始時および終了時の認知症老人日常生活自立度、脳卒中の障害側、失語症の有無、半側空間失認の有無、入所時および調査終了時のBrunnstrom Stage（以下 BS と省略）、ADLとして調査開始時および終了時の Barthel Index の総点および細項目、FIM の総点および細項目、痙縮評価として調査時の modified Ashworth Scale（以下 MAS と省略）である。

C. 研究結果

性別は男性29例、女性9例で男性が76%であった。調査開始時年齢は24～53歳、平均年齢は43.7±14.2歳であった。基本的に65歳未満が通所対象となるため、一般的な脳卒中者よりかなり若い年齢層となった。

入所経路（回復期病院から直接か、在宅生活後か）は、記載があった32例中、病院からの直接通所は0例、在宅生活後が32例で、全例一旦在宅生活を続けてからの通所であった。発症時居所は、記載があった35例中、自宅が28例73.7%、自宅以外が10例26.3%であった。紹介元は記載があった35例中、病院が21例55.2%、施設が8例21.1%、その他が9例23.7%であった。急性期・回復期病院でのリハ施行の有無は記載

があった 35 例中、有が 33 例 94.3%，中絶ありが 1 例 2.6%，無が 1 例 2.6% で、ほぼ全例が急性期・回復期リハビリテーションを施行していた。

脳卒中既往歴は、なしが 32 例 91.4%，1 回が 2 例 5.2%，2 回以上が 1 例 2.6% で、約 8% が再発例であった。高血圧の有無は、なしが 8 例 21.1%，高血圧治療中が 27 例 78.9% で年齢層と比較して治療例が高率であった。糖尿病の有無は、なしが 33 例 92.2%，食事療法が 1 例 2.6%，経口薬治療が 2 例 5.2%，インスリン治療が 0 例であった。発症時抗凝固療法の有無は、なしが 28 例 73.7%，抗凝固療法ありが 6 例 15.8%，抗血小板療法ありが 2 例 5.2%，両方が 1 例 2.6% で、約 20% は治療を行っていた。診断名はラクナ梗塞が 3 例，アテローム血栓性脳梗塞が 1 例，心原性脳塞栓が 2 例，脳梗塞（その他・不明）が 22 例，脳出血（高血圧性）が 5 例，脳出血（その他・不明）が 6 例，くも膜下出血が 1 例であった。

mRS は通所開始時では、0 が 0 例，1 が 3 例 7.9%，2 が 33 例 86.9%，3 が 2 例 5.3%，4 が 0 例であった。調査時では 0 が 0 例，1 が 4 例 10.5%，2 が 32 例 84.2%，3 が 2 例 5.3%，4 が 0 例で、退所時まで改善しているのは 1 例のみであった（表 1）。

表 1 Modified Rankin Scale の推移

(χ^2 検定：n. s.)

	通所開始時 (n=38)	調査時 (n=38)
0	0%	0%
1	7.9%	10.5%
2	86.2%	84.2%
3	5.3%	5.3%
4	0%	0%

介護保険申請の有無は、有が 28 例 73.7%，

未申請が 5 例 13.2%，対象外が 5 例 13.2% であった。一旦退院してから入所した例の退院後のリハ実施計画は、記載があった 32 例中、医療保険が 10 例，介護保険が 18 例，障害者自立支援制度が 1 例，無が 7 例であった。退所後の介護力は、記載があった 32 例中 15 例 46.8% が介護力ほとんどなし，4 例 10.5% が常時介護に専念できる者 1 人分に相当，13 例 40.6% がその中間であった。

合併症の有無は、記載があった 32 例中合併症なしが 24 例 73.7%，ありが 8 例 26.3% であった。合併症治療の有無は 4 例中、なしが 1 例，ありが 3 例であった。既往症の有無は記載があった 32 例中なしが 33 例 92.2%，ありが 9 例 7.8% であった。内容は骨関節疾患が 10 例，糖尿病が 3 例などとなっていた。

入所中のリハビリテーション医の関与は、記載があった 32 例中リハビリテーション科専門医関与が 10 例，非専門医が 22 例であった。装具使用の有無は、記載があった 32 例中ありが 22 例 68.8%，なしが 12 例 31.2% で、約 70% の症例で装具が装着されていた。

通所開始時 HDS-R は記載があったのは 20 例で、平均 28.7 ± 10.2 点，20 点以下は 1 例 2% であった。調査時の HDS-R は記載があったのは 33 例で、平均 28.6 ± 8.6 点，20 点以下は 2 例 5.2% であった（表 2）。

表 2 HDS-R の推移

(Wilcoxon 符合和検定：n. s.)

	平均	20 点以下
通所開始時	28.7 ± 10.2	2.0%
調査時	28.6 ± 8.6	5.2%

調査時の日常生活自立度は、記載があった 32 例中正常が 4 例 10.5%，J1 が 6 例 18.8%，J2 が 12 例 37.5%，A1 が 10 例 31.3%，A2 以下が 0 例であった。認知症老人日常生活

活自立度は通所開始時記載があった20例中、正常が19例95%、Iが1例5%、IIa以下は0例であった。これに対して調査時は開始時記載があった32例中、正常が30例94.8%、Iが2例5.2%、IIa以下が0例で、訓練前後での統計学的有意差は認めなかった(表3)。

表3 認知症老人の日常生活自立度の推移
(χ^2 検定:n.s.)

	通所開始時	調査時
正常	95%	94.8%
I	5%	5.2%
II a	0%	0%
II b	0%	0%
III a	0%	0%

脳卒中の障害側は右が18例47.4%、左が16例42.1%、両側が0例、麻痺なしが4例10.5%であった。失語症の有無はなしが36例、ありが2例であった。半側空間失認の有無は、なしが36例94.8%、ありが2例5.2%であった。通所開始時のBSは、記載があった36例中、上肢はIが0例、IIが2例5.6%、IIIが12例33.3%、IVが12例33.3%、Vが11例30.6%、VIが1例2.8%、下肢はIが0例、IIが2例5.6%、IIIが12例33.3%、IVが14例38.9%、Vが10例27.8%、VIが0例、手指はIが0例、IIが2例5.6%、IIIが12例33.3%、IVが10例27.8%、Vが10例27.8%、VIが2例5.6%であった。調査時のBSは記載があった36例中、上肢はIが0例、IIが2例5.6%、IIIが10例27.8%、IVが14例38.9%、Vが11例30.6%、VIが1例2.8%、下肢はIが0例、IIが2例5.6%、IIIが10例27.8%、IVが14例38.9%、Vが10例27.8%、VIが0例、手指はIが0例、IIが2例5.6%、IIIが10例27.8%、IVが11例30.6%、Vが11例30.6%、VIが2

例5.6%であった。(表4)。

表4 Brunnstrom Stageの推移

上肢 (χ^2 検定:n.s.)

	通所開始時	調査時
I	0%	0%
II	5.6%	5.6%
III	33.3%	27.8%
IV	33.3%	38.9%
V	30.6%	30.6%
VI	2.8%	2.8%

下肢 (χ^2 検定:n.s.)

	通所開始時	調査時
I	0%	0%
II	5.6%	5.6%
III	33.3%	33.3%
IV	38.9%	38.9%
V	27.8%	27.8%
VI	0%	0%

手指 (χ^2 検定:n.s.)

	通所開始時	調査時
I	0%	0%
II	5.6%	5.6%
III	33.3%	27.8%
IV	27.8%	30.6%
V	27.8%	30.6%
VI	5.6%	5.8%

通所開始時のBarthel Indexは記載があったものが38例で総点は平均88.2±14.7点で、項目別では食事が9.8点、移乗が14.4点、整容が4.7点、トイレ動作が9.3点、入浴が3.2点、平地歩行が12.1点、階段が5.9点、更衣が8.8点、排便管理が9.9点、排尿管理が9.9点、調査時のBarthel Indexの総点は平均88.4±13.8点で、項目別では食事が9.8点、移乗が14.4点、整容が4.

7点, トイレ動作が9.3点, 入浴が3.2点, 平地歩行が12.4点, 階段が5.9点, 更衣が8.9点, 排便管理が9.9点, 排尿管理が9.9点であった。このうち有意に改善を認めた項目はなかった(表5)。

表5 Barthel Indexの推移
(Wilcoxon符合和検定:n.s.)

	調査開始時	調査時
総点	88.2	88.4
食事	9.8	9.8
移乗*	14.4	14.4
整容	4.7	4.7
トイレ動作	9.3	9.3
入浴	3.2	3.2
平地歩行	12.1	12.4
階段	5.9	6.7
更衣	8.8	8.9
排便管理	9.9	9.9
排尿管理	9.9	9.9

MASは記載された30例中,0が6例20%,1が5例16.7%,1+が10例33.3%,2が9例30%,3が0例であった。

退所後の転帰は,記載があった38例中在宅が17例44.7%,一般就労が2例5.3%,就労移行支援が4例10.5%,就労継続Aが1例2.6%就労継続Bが14例36.8%であった。

D. 考察

脳卒中患者においては回復期リハ病棟を退院し,自宅復帰する際には介助量が軽減し,社会資源を活用した上で自宅での生活が自立すれば,とりあえず退院時のゴールは達成したことになる⁵⁾。しかしながら就労年齢にあ

る脳卒中患者においては,最終的に復職,再就労がゴールとして期待できる場合には,回復期リハ病棟を退院した後も社会生活自立に向けたリハビリテーションが必要となる。そのため今回通所型生活訓練施設での脳卒中患者での訓練効果について研究を施行した。

Modified Rankin Scaleは通所開始時と調査時での変化はなく,これが身体機能全般の大まかな指標と考えると維持期の脳卒中患者であるため,訓練による身体機能の向上は困難であるといえる。また同様にBrunnstrom stageも通所開始時と調査時の変化は上肢,下肢,手指ともみられなかった。精神機能に関してはHDS-R,認知症老人日常生活自立度とも通所開始時,調査時の変化はみられなかった。またADLに関する項目もBarthel Indexでは通所開始時と調査時の変化はみられなかった。

以上の結果から維持期で在宅生活を行える患者においては,自立訓練施設に通所することにより,身体機能,ADLを高めることはできなかったが維持を行えていることは示された。また今回の対象はもともと身体機能,ADLの能力が高く,社会生活自立に向けたステップとして通所を行っており,外出機会の増加など社会生活自立に対する効果を示しているものとも思われる。

今後の課題としては,調査数をもう少し増加させ,施設ごとの差異を明らかにすること,屋外移動能力の指標として持久力に対する評価を加えることなどが必要と思われ,今後これらの課題を達成できるように研究を進めていきたいと考えている。

E. 結論

通所型自立訓練施設での脳卒中患者に対する訓練効果を明らかにするために,リハビリ

テーションデータベースを用いて身体機能、麻痺レベル、精神機能、ADL の評価を行い、入所時と退所時で比較検討し、退所後転帰に関する調査を行った。身体機能、麻痺レベル、精神機能、ADL に関しては改善効果がなかったが、機能を維持できる効果は示され、これに伴い社会生活のレベルアップに対する効果が期待できるものと思われた。

F. 文献

- 1) 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。
- 2) 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。
- 3) Oliver R-A, et al：Mapping the Modified Rankin Scale (Mrs) Measurement into the Generic EuroQol (EQ-5D) Health Outcome. Med Decis Mak 30：351-354,2011。
- 4) 中西範幸，高林弘の，檜村裕美ほか：「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」と支障度との関連性についての一考察。老人医学 60:895-899，2010。
- 5) 小林一成：ゴール設定に必要な予後予測。脳卒中。総合リハ 38：613-621，2010。

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

【基本情報】

入院区分	<input type="checkbox"/> 直接(急性期)入院 <input type="checkbox"/> 胃瘻造設後の転入院 <input type="checkbox"/> その他の転入院			
発症前居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外		発症日	年 月 日
来院年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 発症後入院 <input type="checkbox"/> 入院中発症 <input type="checkbox"/> その他	退院日	年 月 日
紹介元	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他		前院でのリハ実施有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 中断あり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
脳卒中既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上 <input type="checkbox"/> 不明			
脳卒中家族歴	<input type="checkbox"/> 脳卒中なし <input type="checkbox"/> 脳卒中あり <input type="checkbox"/> 脳卒中とSAHあり <input type="checkbox"/> SAHのみあり <input type="checkbox"/> 不明			
心房細動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一過性 <input type="checkbox"/> 持続性 <input type="checkbox"/> 不明			
高血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧治療中 <input type="checkbox"/> 高血圧不規則治療 <input type="checkbox"/> 高血圧未治療 <input type="checkbox"/> 不明			
糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病未治療 <input type="checkbox"/> 糖尿病食事療法 <input type="checkbox"/> 糖尿病不規則治療 <input type="checkbox"/> 糖尿病経口薬治療 <input type="checkbox"/> 糖尿病インスリン治療 <input type="checkbox"/> 不明			
抗凝固療法等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抗凝固療法あり <input type="checkbox"/> 抗血小板療法あり <input type="checkbox"/> 抗凝固+抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 不明			
確定診断名	<input type="checkbox"/> ラクナ梗塞 <input type="checkbox"/> アテローム血栓性梗塞 <input type="checkbox"/> 心原性脳塞栓 <input type="checkbox"/> 脳梗塞(その他・不明) <input type="checkbox"/> 脳出血(高血圧性) <input type="checkbox"/> 脳出血(その他・不明) <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明			
m-Rankin Scale	発症前() 入院時() 退院時()	Grade 0:全く症状がない Grade 1:症状はあるが特に問題となる障害はない(通常の日常生活および活動は可能) Grade 2:軽度の障害(以前の活動は障害されているが、介助なしに自分のことが出来る) Grade 3:中等度の障害(何らかの介助を必要とするが介助なしに歩行可能) Grade 4:比較的高度の障害(歩行や日常生活に介助が必要) Grade 5:高度の障害(ベッド上生活、失禁、常に看護や注意必要) Grade 6:死亡		
主たる入院病棟	診療科: <input type="checkbox"/> リハ科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 脳卒中科 <input type="checkbox"/> その他 種別: <input type="checkbox"/> 一般1 <input type="checkbox"/> 一般2 <input type="checkbox"/> 一般3 <input type="checkbox"/> 一般4 <input type="checkbox"/> 一般5 <input type="checkbox"/> 亜急性期 <input type="checkbox"/> 回復期1 <input type="checkbox"/> 回復期2 <input type="checkbox"/> 療養			
退院先 (終了時転帰)	<input type="checkbox"/> 自宅(親族宅含む) <input type="checkbox"/> 自宅以外の在宅(グループ・ケアハウスなど) <input type="checkbox"/> 老健施設 <input type="checkbox"/> 福祉施設(特養ホーム、養護ホームなど) <input type="checkbox"/> 転院(リハ) <input type="checkbox"/> 転院(療養) <input type="checkbox"/> 転院(急変) <input type="checkbox"/> 転院(胃瘻造設) <input type="checkbox"/> 転院(その他) <input type="checkbox"/> 転棟転科(療養) <input type="checkbox"/> 転棟転科(急変) <input type="checkbox"/> 転棟転科(胃瘻造設) <input type="checkbox"/> 転棟転科(その他) <input type="checkbox"/> リハ終了 <input type="checkbox"/> 死亡			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(未申請) <input type="checkbox"/> 無(対象外)		介護保険申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(未申請) <input type="checkbox"/> 無(対象外)
自宅退院後の リハ実施計画	<input type="checkbox"/> 有 医療保険 <input type="checkbox"/> 有 介護保険 <input type="checkbox"/> 有 障害者自立支援制度 <input type="checkbox"/> 有 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		※退院先が「自宅(親族宅含む)」の場合必須入力	
自宅退院後の リハ実施予定施設	<input type="checkbox"/> 自施設外来 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 他施設外来		※自宅退院後のリハ実施予定施設が「有」の場合、必須入力	
自主退院後の リハなしの理由	<input type="checkbox"/> リハ資源の不足 <input type="checkbox"/> 本人拒否 <input type="checkbox"/> 家族拒否 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明		※自宅退院後のリハ実施予定施設が「無」の場合、必須入力	
介護力	<input type="checkbox"/> 1.介護力ほとんどなし <input type="checkbox"/> 1と3の間 <input type="checkbox"/> 3.常時、介護に専念できる者1人分に相当 <input type="checkbox"/> 3と5の間 <input type="checkbox"/> 常時、介護に専念できる者2人以上に相当 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 ※家族や友人などによる介護力(ヘルパーなど専門職の介護力は含めない)			
保険請求上の疾患別リハビリテーションの請求疾患名	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 心大血管 <input type="checkbox"/> 呼吸器			

【合併症/既往症】

発症後の合併症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合 → 治療の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 脳卒中再発 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
リハの経過に影響を与えた既往症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合 → <input type="checkbox"/> 骨関節疾患 <input type="checkbox"/> その他()

【リハ環境】

リハ医の関与の仕方	<input type="checkbox"/> 主治医(専門医) <input type="checkbox"/> 主治医(非専門医) <input type="checkbox"/> コンサルタント医(リハ専門医) <input type="checkbox"/> コンサルタント医(その他リハ医) <input type="checkbox"/> その他			
カンファレンスの実施状況	<input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 定期的+随時 <input type="checkbox"/> 随時のみ (3職種以上)			
非請求分・自主訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 「あり」の場合の単位数 → ()			
一週間以上訓練中断:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	心理療法処方:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
MSWの関わり:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	装具の処方:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	

【意識・認知障害】 入院時評価不能 退院時評価不能

JCS	入院時() 退院時()	GCS	入院時 E() V() M() 退院時 E() V() M()
0:正常 I 柎 刺激なしに覚醒 1:今ひとつはつきりせず 2:時人場所がわからず(見当識障害) 3:自分の名前、生年月日がいえない III 柎 刺激しても覚醒せず 100:痛刺激で少し払いのける 200:痛刺激で少し手足を動かしたり顔をしかめる 300:痛刺激に反応せず		II 柎 刺激にて覚醒 10:呼びかけで容易に開眼 20:大声または体の揺さぶりで開眼 30:痛み・刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すとかろうじて開眼 E 開眼 4:自発的に開眼 3:呼びかけにより開眼 2:刺激痛で開眼 1:全く開眼せず V 言語 5:見当識良好 4:混乱した会話 3:不適切な言葉 2:理解不能の反応 1:反応なし M 運動 6:命令に従う 5:疼痛に適切に反応 4:屈曲逃避 3:異常屈曲反応 2:伸展反応(除脳姿勢) 1:反応なし	
HDS-R	入院時() <input type="checkbox"/> 評価不能 退院時() <input type="checkbox"/> 評価不能	MMSE	入院時() <input type="checkbox"/> 評価不能 退院時() <input type="checkbox"/> 評価不能

※HDS-RあるいはMMSEのいずれか1つは必須入力

【ADL】 退院時ADL悪化

日常生活自立度	退院時: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 評価不能														
	J1:何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で交通機関を利用して外出する J2:何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で隣近所へなら外出する A1:屋内での生活は概ね自立しており、介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する A2:屋内での生活は概ね自立しているが、外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている B1:屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つできる 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッド上から離れて行う B2:屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる介助により車椅子に移乗する C1:1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要するが、自力で寝返りをうつ C2:1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要し、自力で寝返りもつない														
認知症老人の日常生活自立度	リハ開始時: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 評価不能														
	退院時: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 評価不能														
Barthel Index	リハ開始時 <input type="checkbox"/> 評価不能					退院時 <input type="checkbox"/> 評価不能					【保険請求訓練数】				
	食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	処方日	訓練初日	処方なし	保険請求分単位数計	自由診療分単位数計	非請求分含む単位数計		
移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5									
整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0									
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0									
入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0									
平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5									
階段	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0									
更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0									
排便管理	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0									
排尿管理	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0									
FIM	<input type="checkbox"/> 評価不能					<input type="checkbox"/> 評価不能					PT				
	食事	()	()	()	()	()	()	OT							
	整容	()	()	()	()	()	()	ST							
	清拭	()	()	()	()	()	()								
	更衣(上半身)	()	()	()	()	()	()	※BI、FIMのいずれか一方は必須入力							
	更衣(下半身)	()	()	()	()	()	()	※脳卒中、大腿骨頸部骨折患者は、 単位数計は「必須入力」							
	トイレ動作	()	()	()	()	()	()	※単位数は「20分を1単位とする」							
	排尿管理	()	()	()	()	()	()								
	排便管理	()	()	()	()	()	()								
	ベッド、車椅子	()	()	()	()	()	()								
	トイレ	()	()	()	()	()	()								
	浴槽、シャワー	()	()	()	()	()	()								
	歩行、車椅子	()	()	()	()	()	()								
	階段	()	()	()	()	()	()								
	理解	()	()	()	()	()	()								
表出	()	()	()	()	()	()									
社会的交流	()	()	()	()	()	()									
問題解決	()	()	()	()	()	()									
記憶	()	()	()	()	()	()									

リハDB入力用チェックリスト【脳卒中転入院用】

患者ID ()

No.3

【日常生活機能評価】

※回復期の場合、必須入力

患者の状況	前院(他病棟)	入院(転棟)時	退院時	評価内容
1.床上安静の指示	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	0:なし 1:あり
2.手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	0:できる 1:できない
3.寝返り	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	0:できる 1:何かに捕まればできる 2:できない
4.起き上がり	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	0:できる 1:できない
5.座位保持	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	0:できる 1:支えがあればできる 2:できない
6.移乗	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 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.口腔清潔	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	0:できる 1:できない
9.食事摂取	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助
10.衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助
11.他者への意志の伝達	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	0:はい 1:いいえ
13.危険行動	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	0:ない 1:ある
合計				<input type="checkbox"/> 回復期リハ病棟入院料算定の対象外

【片麻痺機能障害.1】

Modified Ashworth scale	<input type="checkbox"/> 筋緊張に増加なし <input type="checkbox"/> 軽度の筋緊張の増加あり。屈伸にて、引っかかりと消失、あるいは可動域終わりに若干の抵抗あり。 <input type="checkbox"/> 軽度の筋緊張あり。引っかかりが明らかで可動域の1/2以下の範囲で若干の抵抗がある。 <input type="checkbox"/> 筋緊張の増加がほぼ全可動域を通して認められるが、容易に動かすことができる。 <input type="checkbox"/> かなりの筋緊張の増加があり、他動運動は困難である。 <input type="checkbox"/> 固まっていて、屈曲あるいは伸展ができない。			
障害側	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 左右 <input type="checkbox"/> 麻痺なし <input type="checkbox"/> 評価不能			
肩手症候群の有無と病期	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	失語の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
失行の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	半側無視の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	
使用Scale	<input type="checkbox"/> 片麻痺12グレード <input type="checkbox"/> Brunnstrom <input type="checkbox"/> SIAS <input type="checkbox"/> Fugl-Meyer assessment ※障害がある場合、必須入力			
片麻痺 12グレード	【上肢】	入院時:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 未実施
		退院時:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 未実施
	【下肢】	入院時:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 未実施
		退院時:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 未実施
Brunnstrom stage	【上肢】	入院時:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 未実施
		退院時:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 未実施
	【下肢】	入院時:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 未実施
		退院時:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 未実施
	【手指】	入院時:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 未実施
		退院時:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 未実施

※障害があり、「使用Scale:」で指定したスケールは必須入力

【片麻痺機能障害.2】

※障害があり、「使用Scale:」で指定したスケールは必須入力

		入院時					退院時											
SIAS	運動機能	膝・ロテスト	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5				
		手指テスト	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1A	<input type="checkbox"/> 1B	<input type="checkbox"/> 1C	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1A	<input type="checkbox"/> 1B	<input type="checkbox"/> 1C	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
		股関節屈曲テスト	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5				
		膝関節伸展テスト	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5				
		足パットテスト	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5				
	筋緊張	腱反射(上肢)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1A	<input type="checkbox"/> 1B	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1A	<input type="checkbox"/> 1B	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3						
		腱反射(下肢)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1A	<input type="checkbox"/> 1B	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1A	<input type="checkbox"/> 1B	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3						
		筋緊張(上肢)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1A	<input type="checkbox"/> 1B	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1A	<input type="checkbox"/> 1B	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3						
		筋緊張(下肢)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1A	<input type="checkbox"/> 1B	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1A	<input type="checkbox"/> 1B	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3						
	感覚機能	触覚(上肢)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3								
		触覚(下肢)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3								
		位置覚(上肢)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3								
		位置覚(下肢)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3								
	関節可動域	上肢(肩)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3								
		下肢(足)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3								
		疼痛	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3								
	体幹機能	腹筋力	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3								
		垂直性	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3								
		視空間認知スコア	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3								
		言語機能	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3								
非麻痺側機能	大腿四頭筋力	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3									
	握力	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3									
		[1.運動機能とバランス]	得点	入院時	退院時													
Fugl-Meyer Assessment	上肢	A.肩/肘/前腕				*1* 0:反射なし 2:反射あり *2* 0:不可 1:部分的 2:可能 *3* 肩retraction/挙上/外転/外旋肘屈曲/前腕外転 *4* 肩内転内旋/肘伸展/前腕回内 *5* 0:不可 1:部分的 2:可能 で1には細かな基準付 *6* 手を腰に/肩屈曲90度まで/肘直角で前腕回内外 *7* 肩外転90度まで/肩屈曲180度まで/肘伸展で前腕回内外 *8* stage IVが満点の時のみ採点; 0:3反射中2反射が高度亢進 1:1つの反射が高度亢進または2反射が亢進 0:3反射とも高度亢進ではなく、亢進も1反射まで *9* 肩0度肘0度前腕回内位で手関節背屈15度保持 同じく手関節背屈掌屈繰り返せるか 肩多少外転屈肘肘伸展前腕回内位で手関節背屈15度保持 同じく手関節背屈掌屈繰り返せるか 手関節の文回しが可能か *10* 集団屈曲/集団伸展/MP伸展IP屈曲で把持/母指内転つまみ 鉛筆母指指示指鉛尖ピンチ/円筒母指指示掌側つまみ/球つまみ *11* 振戦(0:著明 1:少し 2:なし) 測定障害(0:著明または非系統的 1:少しまたは系統的 0:なし) 5往復速度(0:健側より6秒以上遅い 1:2-5秒遅い 2:2秒未満) *12 股屈曲/膝屈曲/足背屈 *13 股伸展内転/膝伸展/足底屈 *14 膝屈曲90度以上/足背屈 *15 0:不可能 1:ある程度または介助量大きい 2:可能; 項目ごとに詳細規定あり *16 支持なし座位/非麻痺側のパラシュート反応/麻痺側のパラシュート反応/ 支持立位/支持なし立位/非麻痺側立位 *17 0:感覚脱失 1:感覚鈍麻/異常 2:正常 *18 腕/手掌/脚/足底 *19 0:感覚脱失 1:左右差あるが3/4はわかる 2:左右差なし *20 肩/肘/手関節/手指/股/膝/足関節/足趾 *21 肩屈曲/外転/外旋/内旋; 肘屈曲/伸展; 前腕回内/回外; 手関節掌屈/背屈; 手指屈曲/伸展; 股屈曲/外転/外旋/内旋; 膝屈曲/伸展; 足関節背屈/底屈:												
		I.反射(屈筋系/伸筋系の2項目) * 1	0,2,4															
		II.共同運動 * 2																
		a.屈筋共同運動6要素 * 3	0-12															
		b.伸筋共同運動3要素 * 4	0-6															
		III.屈筋/伸筋共同運動の混合3動作 * 5 * 6	0-6															
		IV.共同運動を脱した3動作 * 5 * 7	0-6															
		V.正常反射 * 8	0-2															
		B.手関節5動作 * 5 * 9	0-10															
		C.手指7動作 * 5 * 10	0-14															
D.協調運動/スピード(指鼻試験の3要素) * 11	0-6																	
下肢	E.股/膝/足関節																	
	I.反射(屈筋系/伸筋系の2項目) * 1	0,2,4																
	II.共同運動(臥位) * 2																	
	a.屈筋共同運動3要素 * 12	0-6																
	b.伸筋共同運動4要素 * 13	0-8																
	III.座位2動作 * 5 * 14	0-4																
	IV.立位2動作 * 5 * 14	0-4																
V.正常反射 * 8	0-2																	
F.協調運動/スピード(踵膝試験の3要素) * 11	0-6																	
G.バランス7動作 * 15 * 16	0-14																	
		[2.感覚]																
H.感覚	a.触覚4ヶ所 * 17 * 18	0-8																
	b.位置覚8ヶ所 * 19 * 20	0-16																
		[3.他動的関節可動域/関節痛]																
J.他動的関節可動域/関節痛 * 21	a.可動域22ヶ所	0-44																
	b.運動時関節痛22ヶ所 * 23	0-44																

MEMO

厚生労働科学研究費補助金

(「全国リハビリテーション患者データベースを用いた維持期障害者に対する

効果的な社会復帰支援に関する研究」研究事業)

総括研究報告書

リハビリテーションデータベースに基づく全国通所型自立訓練施設における訓練効果：脊髄損傷

研究代表者 菊地 尚久（横浜市立大学学術院医学群リハビリテーション科准教授）

研究要旨

通所型自立訓練施設での脊髄損傷患者に対する訓練効果を明らかにするために、リハビリテーションデータベースを用いて麻痺レベル、ASIA 機能スケール、四肢筋力、ADL の評価を行い、入所時と退所時で比較検討を行った。対象は全国の通所型自立訓練施設 3 施設で、対象者は 5 例であった。麻痺レベル、ASIA 機能スケール、四肢筋力、ADL とも入所時と退所時の差は認めず、これは維持期障害者の特徴に起因すると思われた。本結果から通所訓練では身体機能、ADL に関する維持効果、社会生活のレベルアップに対する効果は期待できるものと思われた。

A. 研究目的

本研究の目的はリハ医療を受けた患者に対して、維持期での障害状況、生活環境を基に、その後の社会復帰に対する自立訓練事業の実態調査を行い、どのような支援をどの程度の期間実施することが適切であるかを分析し、障害者の自立生活を支援するサービスに関して、サービス内容、利用期間等を提示し、適切な施設利用を検討するために行うものである。維持期の障害者が就労・地域活動など社会復帰への移行を図ることは障害者自身のQOLを上げるだけでなく、社会全体の障害者にかかるコストを下げ、就労に伴う社会還元にとって重要であるが、これに関する包括的研究は本邦では少ない。自立支援法や介護保険制度による福祉制度利用は都市部と郊外、あるいは各地方による格差があるのは否めな

いため、全国的な調査が必要である。またこの研究は福祉施設側からの評価だけでその後の社会活動の予測を行うことは不可能で、急性期医療・リハおよび回復期リハがどのように行われて維持期に至ったかの縦断的な医学的および社会的評価が基礎データとして必須である¹⁾。日本リハビリテーション医学会では平成 21 年度から全国でのリハ医療全般に関わるデータベースを構築し、これに関わる調査研究を進めてきた²⁾。このデータベースから障害者の身体機能・高次脳機能・ADL の医学的な評価と経過、退院後の生活状況を総合的に把握することが可能で、維持期においてどのような障害が残存し、社会復帰に対して必要な訓練が何かを判断できる。

本研究は急性期・回復期に評価したデータベースを発展させて、在宅での福祉制度利用の種類・期間についての実態調査を全国規模

で施行し、その後の就労状況および地域での活動状況に関して調査を行い、福祉制度利用、特に自立訓練事業の内容・期間と社会復帰の関係をモデル化することを目標としている。

その中で本調査では全国通所型自立訓練施設に入所した脊髄損傷者に対して、リハデータベースに基づいた評価を行い、通所者の特徴と訓練効果を検討する目的で研究を行った。

B. 研究方法

2011 年度調査依頼を行った通所型自立訓練施設 79 施設のうち、視覚障害単独型施設を除く 49 施設にリハデータベースの記入を依頼した。

依頼した施設のうち 3 施設から記入了承の回答があった。これらの施設に対して、リハデータベースのチェックリストを郵送し、自立訓練施設でのデータ入力を依頼した。調査期間は 2013 年 9 月から 2014 年 1 月までの 5 か月間とし、通所開始時データと調査時でのデータを入力し、訓練効果について検討した。依頼した施設のうち有効なデータの送付が得られたのは 3 施設 5 症例であった。

調査項目は基本データとして性別、入所区分、入所棟の診療科、介護保険申請の有無、生活背景として自宅退院後のリハ実施計画、介護力、保険、受傷時職業、学歴、同居人、結婚歴、運転免許証、受給可能な年金、身体要件として受傷原因、骨傷の有無、残存機能レベル、痙縮、尿路感染症の有無、排尿方法、排便方法、退院時能力評価、退院後転帰、個々の筋力として各レベルでのMMT評価、ASIAの入所時運動スコア、退所時運動スコア、入所時感覚スコア、退所時感覚スコア、入所時 ASIA impairment scale、退所時 ASIA impairment scale、ADL 評価として Barthel Index での総点と細項目である。

C. 研究結果

性別は男性 5 例、女性 0 例であった。調査開始時年齢は 25～55 歳、平均年齢は 41.6 歳であった。

入所区分は全例入院施設から一旦在宅生活を経てからの通所で、入院時の診療科は、リハビリテーション科が 3 例、その他が 2 例であった。介護保険申請の有無は、有が 2 例、未申請が 1 例、対象外の年齢が 2 例であった。

退所後のリハ実施計画は記載があった 5 例中 3 例が医療保険、2 例が介護保険によるリハビリテーションを施行していた。介護力は介護力ほとんどなしが 1 例、常時介護に専念できる者 1 人分に相当が 2 例、その中間が 2 例であった。

保険利用に関しては、労働災害が 2 例、健康保険が 3 例であった。受傷時職業は学生、無職が 2 例、技能労働が 1 例となっていた。学歴は高校卒業が 2 例、大学卒業が 3 例であった。同居人は家族ありが 4 例、単身が 1 例となっていた。結婚歴は未婚が 4 例、既婚が 1 例であった。運転免許証はありが 4 例、なしが 1 例であった。受給可能な年金は厚生年金および共済年金は 2 例、国民年金は 3 例であった。

受傷原因は交通事故が 4 例、墜落が 1 例であった。脊椎骨傷の有無はありが 4 例、なしが 1 例であった。

残存機能レベルは C7 が 2 例、Th10 が 1 例、Th12 が 1 例、L1 が 1 例であった。痙縮の有無は、なしが 2 例、有が 3 例であった。尿路感染症の有無はなしが 4 例、ありが 1 例であった。

排尿方法は、自排が 2 例、自己導尿が 2 例、その他が 1 例であった。排便方法は自排が 2 例、直腸への薬物使用が 2 例、その他が 1 例

であった。

退所時能力評価は、社会的自立が2例、家庭内自立が3例であった。退所後転帰は職業復帰が2例、在宅復帰が3例であった。

個々の筋力として各レベルでのMMT評価は、表1に示すように頸髄レベル、腰仙髄レベルとも通所開始時と調査時の変化は認めなかった(表1)。

表1 MMTの推移 (n=5)

頸髄		
	通所開始時	調査時
C5右	P:0 F:0 G:0 N:5	P:0 F:0 G:0 N:5
C5左	P:0 F:0 G:0 N:5	P:0 F:0 G:0 N:5
C6右	P:0 F:0 G:0 N:5	P:0 F:0 G:0 N:5
C6左	P:0 F:0 G:0 N:5	P:0 F:0 G:0 N:5
C7右	P:2 F:0 G:0 N:3	P:2 F:0 G:0 N:3
C7左	P:2 F:0 G:0 N:3	P:2 F:0 G:0 N:3
C8右	P:2 F:0 G:0 N:3	P:2 F:0 G:0 N:3
C8左	P:2 F:0 G:0 N:3	P:0 F:0 G:0 N:3
Th1右	P:2 F:0 G:0 N:3	P:2 F:0 G:0 N:3
Th1左	P:2 F:0 G:0 N:3	P:2 F:0 G:0 N:3

腰仙髄

	通所開始時	調査時
L2右	Z:1 T:1 F:2 G:1	Z:2 T:0 F:2 G:1
L2左	Z:1 T:1 F:2 G:1	Z:2 T:0 F:2 G:1
L3右	Z:1 T:1 F:2 G:1	Z:2 T:0 F:2 G:1
L3左	Z:1 T:1 F:2 G:1	Z:2 T:0 F:2 G:1
L4右	Z:1 T:1 F:2 G:1	Z:2 T:0 F:2 G:1
L4左	Z:1 T:1 F:2 G:1	Z:2 T:0 F:2 G:1
L5右	Z:1 T:1 F:2 G:1	Z:2 T:0 F:2 G:1
L5左	Z:1 T:1 F:2 G:1	Z:2 T:0 F:2 G:1
S1右	Z:1 T:1 F:2 G:1	Z:2 T:0 F:2 G:1
S1左	Z:1 T:1 F:2 G:1	Z:2 T:0 F:2 G:1

通所開始時運動スコアは2例に記載があり、

入所時2例が47点、1例が86点で、調査時も変化がなかった。通所開始時感覚スコアは2例に記載があり、43点と81点で、退所時も点数に変化はなかった。

入所時ASIA機能スケールはA1例、B1例、C3例、D0例、退所時ASIA機能スケールはA1例、B1例、C3例、D0例0で改善を認めなかった(表2)。

表2 ASIA impairment scaleの推移 (n=5)

	通所開始時	調査時
A	1	1
B	1	1
C	3	3
D	0	0

Barthel Indexでの総点では通所開始時が中央値70点(45点~90点)で、退所時も中央値は70点(45点~90点)で、改善は認めなかった(表3)。

表3 Barthel Indexの推移 (n=5)

症例	通所開始時	調査時
1	45	50
2	50	55
3	70	70
4*	75	75
5*	90	90

また細項目でも改善した項目は少なく、トイレ動作と更衣動作が各1名で部分介助から自立になっていた。

D. 考察

就労年齢にある脊髄損傷患者においては、頸髄損傷と腰仙髄損傷では最終的なゴールは

大きく異なるが、復職、再就労がゴールとして期待できる場合には、入院でのリハビリテーションが終了した後も社会生活自立に向けたリハビリテーションが必要となる³⁾。そのため今回通所型生活訓練施設での脊髄損傷患者における訓練効果について研究を施行した。

身体機能の指標としては、MMTにおいて頸髄レベル、腰仙髄レベルとも改善を認めなかった。またASIA機能スケールでも改善を認めなかった。スコア別でも運動スコア、感覚スコアとも改善しておらず、訓練効果は麻痺を改善させるのではなく、残存機能を強化するものと推測された。

ADLに関してはBarthel Indexにおいて、入所時と退所時で改善を認めた症例が2例あった。細項目も含めて考えると下肢機能が重要となる移動能力よりも更衣、トイレ動作など、訓練により、代償も含めた動作で改善が見込める項目での改善を認め、自立訓練施設での訓練効果と考えられた。

課題としては、通所を利用する脊髄損傷患者が各施設で非常に少なかったことで、経年的に調査を続けることにより、多数のデータを集積し、さらに分析を続けたいと考えている。またデータベースに関しては昨年度同様リハビリテーションデータベースが医療面に偏りが大きい印象があり、今後維持期障害者に用いるにあたり、福祉面の項目を増やすな

どの工夫が必要と考えられた。

E. 結論

通所型自立訓練施設での脊髄損傷患者に対する訓練効果を明らかにするために、リハビリテーションデータベースを用いて麻痺レベル、ASIA機能レベル、四肢筋力、ADLの評価を行い、入所時と退所時で比較検討を行った。麻痺レベル、ASIA機能レベル、MMT、ADLに関しても大きな変化は認めなかったが、機能維持効果は示され、社会生活のレベルアップに対する効果は期待できるものと思われた。

F. 文献

- 1) 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．
- 2) 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．
- 3) 大塚庸次：身体障害者更生施設から社会的リハビリテーションについて考える．神奈川県総合リハビリテーションセンター紀要 22：5-10，2010．

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

【基本情報】

入院区分	<input type="checkbox"/> 直接(急性期)入院 <input type="checkbox"/> 胃瘻造設後の転入院 <input type="checkbox"/> その他の転入院			
発症前居所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 自宅以外	発症日	
来院年月日	<input type="checkbox"/> 発症後入院 <input type="checkbox"/> 入院中発症 <input type="checkbox"/> その他			退院日
主たる入院病棟	診療科: <input type="checkbox"/> リハ科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 脳卒中科 <input type="checkbox"/> その他 種別: <input type="checkbox"/> 一般1 <input type="checkbox"/> 一般2 <input type="checkbox"/> 一般3 <input type="checkbox"/> 一般4 <input type="checkbox"/> 一般5 <input type="checkbox"/> 亜急性期 <input type="checkbox"/> 回復期1 <input type="checkbox"/> 回復期2 <input type="checkbox"/> 療養			
退院先 (終了時転帰)	<input type="checkbox"/> 自宅(親族宅含む) <input type="checkbox"/> 自宅以外の在宅(グループ・ケアハウスなど) <input type="checkbox"/> 老健施設 <input type="checkbox"/> 福祉施設(特養ホーム、養護ホームなど) <input type="checkbox"/> 転院(リハ) <input type="checkbox"/> 転院(療養) <input type="checkbox"/> 転院(急変) <input type="checkbox"/> 転院(胃瘻造設) <input type="checkbox"/> 転院(その他) <input type="checkbox"/> 転棟転科(療養) <input type="checkbox"/> 転棟転科(急変) <input type="checkbox"/> 転棟転科(胃瘻造設) <input type="checkbox"/> 転棟転科(その他) <input type="checkbox"/> リハ終了 <input type="checkbox"/> 死亡			
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(未申請) <input type="checkbox"/> 無(対象外)		介護保険申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(未申請) <input type="checkbox"/> 無(対象外)
自宅退院後の リハ実施計画	<input type="checkbox"/> 有 医療保険 <input type="checkbox"/> 有 介護保険 <input type="checkbox"/> 有 障害者自立支援制度 <input type="checkbox"/> 有 不詳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		※退院先が「自宅(親族宅含む)」の場合必須入力	
自宅退院後の リハ実施予定施設	<input type="checkbox"/> 自施設外来 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 他施設外来		※自宅退院後のリハ実施予定施設が「有」の場合、必須入力	
自主退院後の リハなしの理由	<input type="checkbox"/> リハ資源の不足 <input type="checkbox"/> 本人拒否 <input type="checkbox"/> 家族拒否 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明		※自宅退院後のリハ実施予定施設が「無」の場合、必須入力	
介護力	<input type="checkbox"/> 1.介護力ほとんどなし <input type="checkbox"/> 1と3の間 <input type="checkbox"/> 3.常時、介護に専念できる者1人分に相当 <input type="checkbox"/> 3と5の間 <input type="checkbox"/> 常時、介護に専念できる者2人以上に相当 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明 ※家族や友人などによる介護力(ヘルパーなど専門職の介護力は含めない)			
保険請求上の疾患別リハビリテーションの請求疾患名	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 心大血管 <input type="checkbox"/> 呼吸器			

【脊髄損傷基本情報】

区分	<input checked="" type="checkbox"/> 外傷性脊髄損傷 <input type="checkbox"/> 非外傷性脊髄障害			
保険	<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 労災以外		当施設でのリハ開始日	
受傷時の職業	<input type="checkbox"/> 農林漁業 <input type="checkbox"/> 商工 <input type="checkbox"/> 自由業 <input type="checkbox"/> 管理経営 <input type="checkbox"/> 専門技術 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 建築土木 <input type="checkbox"/> その他の技能労働 <input type="checkbox"/> 販売サービス <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明			
学歴	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 小学校卒業 <input type="checkbox"/> 中学校卒業 <input type="checkbox"/> 高校卒業 <input type="checkbox"/> 大学卒業 <input type="checkbox"/> 大学以上			
同居人	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> なし	結婚歴	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> その他	運転 免許証
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	受給可能な年金	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 厚生または共済 <input type="checkbox"/> 年金なし <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 不明
受傷原因	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 起立歩行時の転倒 <input type="checkbox"/> 下敷落下物 <input type="checkbox"/> 自殺企図 <input type="checkbox"/> その他 (※交通事故: <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 4輪車 <input type="checkbox"/> 2輪車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> その他) (※スポーツ: <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 水泳 <input type="checkbox"/> スキーorスノーボード <input type="checkbox"/> 体操 <input type="checkbox"/> ラグビー <input type="checkbox"/> 柔道 <input type="checkbox"/> その他)			
骨傷	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし	OPLL・OYL の合併症	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> OYL <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> OPLL <input type="checkbox"/> OPLL+OYL	骨髄手術
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし	※脊椎手術が「あり」の場合、必須入力		
輸血	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	機能 レベル	<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T5 <input type="checkbox"/> T9 <input type="checkbox"/> L1 <input type="checkbox"/> L5 <input type="checkbox"/> S4 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> C6 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T6 <input type="checkbox"/> T10 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C7 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T7 <input type="checkbox"/> T11 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C8 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T8 <input type="checkbox"/> T12 <input type="checkbox"/> L4 <input type="checkbox"/> S3	合併損傷
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 不明			

【合併症】(※脊髄損傷が原因となって発症した合併症について入力)

痙縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	自立神経過反射	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	異所性骨化	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
深部静脈血栓症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	呼吸器感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	尿路感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
尿路結石	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	肺塞栓	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	肝障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
麻痺性イレウス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	麻痺域の痛み・しびれ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 入院中なし <input type="checkbox"/> 入院時存在手術あり <input type="checkbox"/> 入院時存在手術なし <input type="checkbox"/> 入院後発生 <input type="checkbox"/> 不明				
褥瘡部位	<input type="checkbox"/> 仙骨 <input type="checkbox"/> 座骨 <input type="checkbox"/> 大転子 <input type="checkbox"/> 尾骨 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明				
その他					

【依存症】(※受傷前より存在したものについて入力)

高血圧	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	心疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	脳卒中	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	肝疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	肺疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
腎疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	その他			

排尿方法	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 手圧押打 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 他者による導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明				
排便方法	<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 腹圧 <input type="checkbox"/> 腹部マッサージ <input type="checkbox"/> 直腸への指刺激または摘便 <input type="checkbox"/> 直腸への薬物使用(座薬、浣腸等) <input type="checkbox"/> 洗腸 <input type="checkbox"/> 盲腸ポート <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明				
排使用経口薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	排使用座薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 座薬と浣腸 <input type="checkbox"/> 不明		
人工呼吸器の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	退院時の能力評価	<input type="checkbox"/> 社会的自立 <input type="checkbox"/> 家庭内自立 <input type="checkbox"/> 家庭内要介助 <input type="checkbox"/> 施設内自立 <input type="checkbox"/> 施設内要介助 <input type="checkbox"/> 不明		
転帰	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 職業復帰 <input type="checkbox"/> 家庭復帰 <input type="checkbox"/> 復学 <input type="checkbox"/> 職業リハ施設入所 <input type="checkbox"/> 労災作業所入所 <input type="checkbox"/> 受産所またはそれに準じた施設入所 <input type="checkbox"/> 身体障害者療護施設 <input type="checkbox"/> 労災ケアプラザ <input type="checkbox"/> 一般の介護保険施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 身体障害者更正援護施設 <input type="checkbox"/> その他の社会福祉施設 <input type="checkbox"/> 院内他科転科し、入院継続 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他				

【機能評価】

筋力評価	入院時		退院時	
	R	L	R	L
C5: 肘屈折				
C6: 手背屈折				
C7: 肘伸筋				
C8: 手指屈筋				
T1: 手指外転筋				
L2: 股屈筋				
L3: 膝伸筋				
L4: 足背屈筋				
L5: 足趾背屈筋				
S1: 足底屈筋				
motor score				

感覚評価	入院時	退院時
感覚(max:112)		
触覚(max:112)		
ASIA impairment scale	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 不明

【合併症/既往症】

発症後の合併症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	「有」の場合 → 治療の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
リハの経過に影響を与えた既往症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	「有」の場合 →	<input type="checkbox"/> 骨関節疾患 <input type="checkbox"/> その他()

【リハ環境】

主治医の診療科	<input type="checkbox"/> リハ科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> その他		
リハ医の関与の仕方	<input type="checkbox"/> 主治医(リハ専門医) <input type="checkbox"/> コンサルタント医(リハ専門医) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 主治医(非専門医) <input type="checkbox"/> コンサルタント医(その他リハ医)		
カンファレンスの実施状況(3職種以上)	<input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 定期的+随時 <input type="checkbox"/> 随時のみ (3職種以上)		
非請求分・自主訓練	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 → 「あり」の場合の単位数:		
一週間以上の訓練中断	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
MSWの関わりの有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
心理療法処方の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
装具の処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		

【ADL】 退院時ADL悪化

日常生活自立度	退院時 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 評価不能																																																									
	J1:何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で交通機関を利用して外出する J2:何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で隣近所へなら外出する A1:屋内での生活は概ね自立しており、介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する A2:屋内での生活は概ね自立しているが、外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている B1:屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッド上から離れて行う B2:屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる介助により車椅子に移乗する C1:1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要するが、自力で寝返りをうつ C2:1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要し、自力で寝返りもうたない																																																									
認知症老人の日常生活自立度	リハ開始時 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 評価不能 退院時 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 評価不能																																																									
	I :何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 IIa :家庭外で日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。 IIb :家庭内でも日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。 IIIa :日中を中心として日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。 IIIb :夜間を中心として日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。 IV :日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 M :著しい精神状態や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。																																																									
Barthel Index	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">リハ開始時</td> <td style="text-align: center;">退院時</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 評価不能</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 評価不能</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">食事</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">移乗</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">整容</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">トイレ動作</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">入浴</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">平地歩行</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">階段</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">更衣</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">排便管理</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">排尿管理</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0</td> </tr> </table>		リハ開始時	退院時		<input type="checkbox"/> 評価不能	<input type="checkbox"/> 評価不能	食事	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	移乗	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	整容	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	入浴	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	平地歩行	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	階段	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	更衣	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	排便管理	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	排尿管理	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	※BI、FIMのいずれか一方は必須入力																				
		リハ開始時	退院時																																																							
	<input type="checkbox"/> 評価不能	<input type="checkbox"/> 評価不能																																																								
食事	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0																																																								
移乗	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0																																																								
整容	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0																																																								
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0																																																								
入浴	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0																																																								
平地歩行	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0																																																								
階段	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0																																																								
更衣	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0																																																								
排便管理	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0																																																								
排尿管理	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0																																																								
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 評価不能</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 評価不能</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">食事</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">整容</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">清拭</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">更衣(上半身)</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">更衣(下半身)</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">トイレ動作</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">排尿管理</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">排便管理</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">ベッド、車椅子</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">トイレ</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">浴槽、シャワー</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">歩行、車椅子</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">階段</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">理解</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">表出</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">社会的交流</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">問題解決</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">記憶</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 評価不能	<input type="checkbox"/> 評価不能	食事	()	()	整容	()	()	清拭	()	()	更衣(上半身)	()	()	更衣(下半身)	()	()	トイレ動作	()	()	排尿管理	()	()	排便管理	()	()	ベッド、車椅子	()	()	トイレ	()	()	浴槽、シャワー	()	()	歩行、車椅子	()	()	階段	()	()	理解	()	()	表出	()	()	社会的交流	()	()	問題解決	()	()	記憶	()	()	※脳卒中、大腿骨頸部骨折患者は、 単位数計は「必須入力」 ※単位数は「20分を1単位とする」
	<input type="checkbox"/> 評価不能	<input type="checkbox"/> 評価不能																																																								
食事	()	()																																																								
整容	()	()																																																								
清拭	()	()																																																								
更衣(上半身)	()	()																																																								
更衣(下半身)	()	()																																																								
トイレ動作	()	()																																																								
排尿管理	()	()																																																								
排便管理	()	()																																																								
ベッド、車椅子	()	()																																																								
トイレ	()	()																																																								
浴槽、シャワー	()	()																																																								
歩行、車椅子	()	()																																																								
階段	()	()																																																								
理解	()	()																																																								
表出	()	()																																																								
社会的交流	()	()																																																								
問題解決	()	()																																																								
記憶	()	()																																																								

【保険請求訓練数】

	処方日	訓練初日	処方なし	保険請求分単位数計	自由診療分 単位数計	非請求分含む 単位数計 (自主・自己訓練は除く)
PT			<input type="checkbox"/>			
OT			<input type="checkbox"/>			
ST			<input type="checkbox"/>			

【日常生活機能評価】

※回復期の場合、必須入力

患者の状況	前院(他病棟)	入院(転棟)時	退院時	評価内容
1.床上安静の指示	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	0:なし 1:あり
2.手を胸元まで持ち上げられる	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	0:できる 1:できない
3.寝返り	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	0:できる 1:何かに捕まればできる 2:できない
4.起き上がり	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	0:できる 1:できない
5.座位保持	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	0:できる 1:支えがあればできる 2:できない
6.移乗	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 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.口腔清潔	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	0:できる 1:できない
9.食事摂取	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助
10.衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	0:介助なし 1:一部介助 2:全介助
11.他者への意志の伝達	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	0:はい 1:いいえ
13.危険行動	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	0:ない 1:ある
合計				<input type="checkbox"/> 回復期リハ病棟入院料算定の対象外

MEMO