

追補1) 地域生活期リハシート記載マニュアル

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート		発行施設 ①					
リハシート【生活維持期作成用】		記入日 ②					
リハビリテーション基本情報		記入者 <input type="checkbox"/> PT ③ <input type="checkbox"/> ST (④)					
患者名(イニシャル可)	⑤	生年月日	⑥				
リハ開始日	⑧	リハ頻度	⑨				
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	ID	⑦				
診断名・既往歴	1) ⑪	発症日	⑫				
2) ⑬	3) ⑬	4)					
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input checked="" type="checkbox"/> ⑭ ⑮ <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						
禁忌・配慮事項	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他⑮						
評価項目	1. 身体機能	運動障害 ⑯ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 麻痺 () <input type="checkbox"/> 失調 () <input type="checkbox"/> その他 ()) 筋力低下 ⑰ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (上肢 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) 下肢 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) <input type="checkbox"/> 左 体幹 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度) 感覚障害 ⑱ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 痛み ⑲ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 関節可動域 ⑳ 限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 呼吸循環機 ㉑ 障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 嚥下障害 ㉒ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
	2. コミュニケーション	コミュニケーション ㉓ 障害 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他 ())					
	3. 高次脳機能・精神機能	認知症 ㉔ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 不明 その他 ㉕ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 問題行動 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 (<input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> うつ症状 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	4. 寝返り <input type="checkbox"/> 不可	道具 ㉖ ⑲ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 柵 <input type="checkbox"/> その他) 介助量 ㉗ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	5. 起き上がり <input type="checkbox"/> 不可	道具 ㉘ ⑲ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 柵 <input type="checkbox"/> その他) 介助量 ㉙ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	6. 座位 <input type="checkbox"/> 不可	道具 ㉚ ⑳ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 柵 <input type="checkbox"/> 背もたれ <input type="checkbox"/> クッション等 <input type="checkbox"/> その他) 介助量 ㉛ ㉑ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助 連続保持時間 ㉜ ㉑ <input type="checkbox"/> 1分～ <input type="checkbox"/> 5分～ <input type="checkbox"/> 10分～ <input type="checkbox"/> 30分～ <input type="checkbox"/> 1時間～ <input type="checkbox"/> 保持困難					
	7. 立ち上がり <input type="checkbox"/> 不可	道具 ㉝ ㉑ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 座面・肘掛を押し) 介助量 ㉞ ㉑ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助 回数/30秒 ㉟ ㉑ () 回					
	8. 立位 <input type="checkbox"/> 不可	道具 ㉠ ㉑ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他) 介助量 ㉡ ㉑ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助 連続保持時間 ㉢ ㉑ <input type="checkbox"/> ～60秒 () 秒 <input type="checkbox"/> それ以上					
	9. 移動 <input type="checkbox"/> 不可	歩行補助具 ㉣ ㉑ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 屋内装具 <input type="checkbox"/> 屋外装具) <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 介助者 ㉤ ㉑ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 介助量 ㉥ ㉑ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 軽介助 <input type="checkbox"/> 中等度介助 <input type="checkbox"/> 重度介助 <input type="checkbox"/> 全介助 連続移動距離 ㉦ ㉑ <input type="checkbox"/> 移動不可 <input type="checkbox"/> ～1m <input type="checkbox"/> ～3m <input type="checkbox"/> ～5m <input type="checkbox"/> ～10m <input type="checkbox"/> それ以上 () m) [] 上記に要する時間 ㉧ ㉑ 分 秒 ()					
	10. TUG	㉨ ㉑ 右回り 分 秒 左回り 分 秒					
	11. 生活範囲	移動範囲 ㉩ ㉑ <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外					
	12. 寝たきり度ランク	㉪ ㉑ <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					
セルフケア	FIM	点数	福祉用具・介助方法等	FIM	点数	福祉用具・介助方法等	
	食事・スプーン			移動	歩行		
	整容				車イス		
	入浴(洗い動作)				階段		
	更衣(上半身)			小計			
	更衣(下半身)			コミュニケーション	理解(聴覚・視覚)		
	トイレ動作				発出(音声・非音声)		
小計			小計				
排泄	排尿			社会認識	社会的交流		
	排便				問題解決		
	小計				記憶		
移乗	ヘッド・イス・車イス			小計			
	トイレ			FIM合計			
	浴槽・シャワー			※FIM採点方法(目安) 7: 自立 0: 修正自立 5: 見守り 4: 軽介助 (75%自立) 3: 中介助 (50%自立) 2: 重介助 (25%自立) 1: 全介助			
	小計						
特記事項(意欲・栄養状態・家屋状況・福祉用具・介護力・コミュニケーション方法、[ADLなど・・・])							

★はじめに★

- ・回復期病院を退院後、概ね3か月毎、もしくは著しく状態の変化が見られた場合に再評価をお願いします。
- ・状態変化があまり見られない方に関しては6か月～1年を目安に再評価を行ってください。
- ・原本は患者様（利用者様）にお渡しし、必要に応じてコピーを各施設にて保管して下さい。
- ・地域生活期パスシート（以下：本シート）がお手元に回ってこない場合は担当ケアマネ、もしくは回復期病院に問い合わせてください。
- ・本シートにおける疑問点、問題点、ご希望等ございましたら、谷津居宅サービスセンターの医療連携委員までご連絡いただければ幸いです。
- ・多職種の方々、利用者御本人様、利用者御家族様も見る書類となりますので、可能な限り分かりやすく記入するようご配慮をお願いします。

基本情報

①発行施設

- ・本シートを作成した施設名を記入して下さい。

②評価日

- ・本シートの評価日を記載して下さい。

③測定者

- ・測定、記載を行った職種にチェックを入れて下さい。
- ・多職種にて行った場合はそれぞれの職種に入れます。

④測定評価を行った者の氏名を記載して下さい。

- ・多人数にて行った場合は、連名記載して下さい。

⑤患者名（イニシャル可）

- ・利用者様の氏名を記載します。
- ・発行施設の方針等によりフルネーム記載を禁止している場合はイニシャルでも結構です。

⑥生年月日

- ・利用者様の生年月日を記載します。
- ・個人情報などの関係により不具合がある場合は空白でも結構です。

⑦ID

- ・発行施設にて利用者様がID管理されている場合は記載して下さい。
- ・管理されていない場合は空欄で構いません。

⑧リハ開始日

- ・発行施設でのリハビリ開始日を記載して下さい。
- ・改めて開始日を設定した方が望ましいと思われる場合にはリセットし記載して下さい。

（例）・途中一旦リハビリが中止となり、医師の指示にて再開された場合

- ・主疾患が変更となった場合。（大腿骨頸部骨折⇒脳梗塞 など）

⑨リハ頻度

- ・1週間でやっているリハビリの時間数を記載して下さい。

- ・多職種が介入している場合はそれぞれの1週間の時間数、多施設が介入している場合はパス作成施設が実施している1週間の時間数を記載して下さい。

⑩性別

- ・利用者様の性別にチェックを入れて下さい。

⑪診断名・既往歴

- ・主疾患の病名を記載して下さい。

⑫発症日

- ・主疾患の発症日を記載して下さい。

⑬既往歴を記載し、分かる範囲での発症年月日を（ ）で記載して下さい。

(例)・糖尿病(H10頃)

・右大腿骨頸部骨折(H20,10,11) など

- ・既往歴が書ききれない場合は最下欄「特記事項」に記載して下さい。

⑭要介護度

- ・利用者様の要介護度にチェックを入れて下さい。

⑮禁忌・配慮事項

- ・禁忌・配慮事項で当てはまる項目全てにチェックを入れて下さい。

- ・当てはまる項目が無い場合は「その他」にチェックを入れた後、（ ）内に記載して下さい。

- ・書き切れない場合には最下欄「特記事項」に記載して下さい。

(例)・BP150以下、HR130以下

・てんかん発作あり

・右THA後。股：屈曲、内転、内旋禁 など

【評価項目】

- ・各評価項目は「している動作」を記入して下さい。

- ・訓練時のみや、通院時のみ行っている場合は「特記事項」に記載して下さい。

1-身体機能

⑯運動障害

- ・無い場合には「なし」にチェックを入れてください。

- ・麻痺が見られる場合は、「麻痺」にチェックを入れ、（ ）内に「麻痺側」、「麻痺の種類」を簡潔に記入してください。

- ・麻痺の詳細な評価(BRST-Stage、SIAS-mなど)に関しては書ききれないようであれば、最下欄特記事項に記載して下さい。

- ・失調が見られる場合は「失調」にチェックを入れ、（ ）内に「左右上下肢どこに症状が見られるのか」、「程度」等に関して記入して下さい。

- ・それ以外の運動障害が見られる場合は「その他」にチェックを入れ（ ）内に具体的な内容を記載してください。

- ・書ききれない場合や、該当項目がない場合は最下欄の特記事項に記載してください。

⑰筋力低下

- 左右どちらに筋力低下があるのかをチェックし、上下肢・体幹それぞれの筋力にチェックを入れて下さい。
- 筋力低下「軽度」「中度」「重度」の判定基準に関しては、身体障害者手帳測定に合わせ
 - 軽度：MMT 4 《身障測定（○）》
 - 中度：MMT 3 《身障測定（△）》
 - 重度：MMT 1or2 《身障測定（×）》を基準に判定して下さい。
- 両側に筋力低下が見られる場合は、左右共にチェックを入れチェックを入れて下さい。
- 評価が困難な場合は、粗大筋力もしくは動作の中で評価を行い記載し、最下欄の特記事項に判断理由を記載してください。

⑱感覚障害

- 無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- 感覚障害が見られる場合は「あり」にチェックを入れ、（ ）内に「左右どちらのどの部位に症状が見られるのか」、「表在なのか深部なのか」などを記載してください。
- 評価困難な場合は「不明」にチェックを入れ、（ ）内に評価困難理由の記載をして下さい。

⑲痛み

- 無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- 痛みの訴えがある場合には「あり」にチェックを入れ、（ ）内に「いつ」、「どの部位に」、「どのような痛み（原因が判明していればその旨）」分かる範囲で記載して下さい。
- 評価困難な場合は「不明」にチェックを入れ、（ ）内に評価困難理由の記載をして下さい。
- 発語は見られないが、表情などの変化により痛みを訴える場合は、「あり」にチェックを入れ、その旨（ ）内に記載して下さい。
- VAS や Face Scale 等の評価を使用した場合は、使用したスケールと、結果を（ ）に記載して下さい。

⑳関節可動域

- 無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- 関節可動域制限がある場合は、「あり」にチェックを入れ、（ ）内に「左右」、「関節名」、「角度」の記載をして下さい。
- 関節可動域制限が複数の関節にみられる場合は最下欄に記載、もしくは別紙評価用紙を添付して下さい。

㉑呼吸循環機能障害

- 無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- 呼吸循環機能障害がある場合「あり」にチェックを入れ、（ ）内に具体的内容を記載して下さい。
 - （例）• 呼吸機能障害の場合：平均 SpO₂、呼吸数、過呼吸の有無、睡眠時無呼吸症候群の有無など
 - 循環機能障害の場合：平均 BP、不整脈の有無・頻度、平均 HR、むくみ、チアノーゼの有無など

㉒嚥下障害

- 嚥下障害が無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。

- ・嚥下障害がある場合「あり」にチェックを入れ、() 内に具体的内容、評価結果などの記載をしてください。

(例)・食事形態、トロミの量、水飲みテストの結果など。

2-コミュニケーション

②3 コミュニケーション障害

- ・コミュニケーション障害が無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・コミュニケーション障害がある場合「あり」にチェックを入れ、それぞれ該当する項目にチェックを入れて下さい。
- ・該当する項目が無い場合には「その他」にチェックを入れ() 内に具体的内容を記載して下さい。

3-高次脳機能・精神障害

②4 認知症

- ・意識状態の低下などにより判断が困難な場合は「不明」にチェックを入れて下さい。
- ・認知症が無い場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・認知症がある場合「あり」にチェックを入れ、() 内に認知症状の具体的な内容を記載して下さい。
- ・神経心理学検査（HDSR、MMSE など）を用いて評価した場合は、別紙評価用紙を添付、もしくは最下欄「特記事項」に使用スケール、点数を記載して下さい。

②5 その他

- ・高次脳機能障害・精神機能障害が見られない場合は「無し」にチェックを入れて下さい。
- ・その他の高次脳機能障害、精神機能障害が見られる場合は該当項目にチェックを入れてください。
- ・該当項目が無い場合は「その他」にチェックを入れ、() 内に症状を記載して下さい。

4-寝返り

- ・介助しても寝返りが困難な場合は「不可」にチェックを入れて下さい。
- ・不可の場合、小項目（「道具」、「介助量」）に関しては空白で結構です。

②6 道具

- ・道具を使用せず寝返りを行える場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・道具を使用している場合は「あり」にチェックを入れ、該当する道具全てにチェックをして下さい。
- ・該当する道具が無い場合は「その他」にチェックを入れ() 内に使用している道具を記載して下さい。

②7 介助量

- ・該当する項目全てにチェックを入れてください。

5-起き上がり

- ・起き上がりが介助しても困難な場合は「不可」にチェックを入れて下さい。
- ・不可の場合小項目（「道具」「介助量」）に関しては空白で結構です。

⑳ 道具

- 道具を使用せず起き上がりが行える場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- 道具を使用している場合は「あり」にチェックを入れ、該当する道具全てにチェックをして下さい。
- 該当する道具が無い場合は「その他」にチェックを入れ（ ）内に使用している道具を記載して下さい。

㉑ 介助量

- 該当する項目全てにチェックを入れてください。

6-座位

- 車椅子座位ではなく、端坐位で評価して下さい。
- 道具の使用や介助しても座位が困難な場合は「不可」にチェックを入れて下さい。
※リスクの面や股関節などの関節拘縮などがあり、そもそも座位がとれない場合などを指します。
- 不可の場合、小項目（「道具」「介助量」「連続保持時間」）に関しては空白で結構です。
※不可の理由を特記事項に記載して下さい。

㉒ 道具

- 道具を使用せず座位が行える場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- 道具を使用している場合は「あり」にチェックを入れ、該当する道具全てにチェックをして下さい。
- 該当する項目が無い場合は「その他」にチェックを入れ（ ）内に使用している道具を記載して下さい。

㉓ 介助量

- 該当する項目全てにチェックを入れてください。

㉔ 連続保持時間

- 上記の「道具」、「介助」を要した状態で、どの程度座位保持が可能かをあてはまる項目にチェックを入れてください。
- 座位が1分未満の場合は「保持困難」にチェックを入れてください。

7-立ち上がり

- 介助や道具を使用しても立ち上がりが困難な場合は「不可」にチェックを入れて下さい。
- 不可の場合、小項目（「道具」「介助量」「回数/30秒」）に関しては空白で結構です。
※不可の理由を特記事項に記載して下さい。

㉕ 道具

- 道具を使用せず立ち上がりが行える場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- 道具を使用している場合は「あり」にチェックを入れ、該当する道具全てにチェックをして下さい。
- 該当する項目が無い場合は「その他」にチェックを入れ（ ）内に使用している道具を記載して下さい。

㉖ 介助量

- 該当する項目全てにチェックを入れてください。

③⑤回数/30秒

- ・腕を体の前で組んだ状態で30秒間で何回立ち上げられるかを測定し記載して下さい。
- ・実施困難な場合は「0回」と記載して下さい。
- ・使用器具の種類（車椅子、ベット）、高さ等の記載は「環境」欄に記載して下さい。
- ・測定方法に関しては、下記測定方法を参照。
- ・定期的に評価する際、同じ環境設定で行って下さい。

8-立位

- ・介助や道具を使用しても立位保持が困難な場合は「不可」にチェックを入れて下さい。
- ・不可の場合、小項目（「道具」「介助量」「連続保持時間」）に関しては空白で結構です。
※不可の理由を特記事項に記載して下さい。

③⑥道具

- ・道具を使用せず立位が行える場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・道具を使用している場合は「あり」にチェックを入れ、該当する道具全てにチェックをして下さい。
- ・該当する項目が無い場合は「その他」にチェックを入れ（ ）内に使用している道具を記載して下さい。

③⑦介助量

- ・該当する項目全てにチェックを入れてください。

③⑧連続保持時間

- ・上記の「道具」、「介助」を最大限利用した状態でどの程度座立位保持が可能かをあてはまる項目にチェックを入れてください。
- ・保持時間が60秒未満の場合は、「～60秒」にチェックを入れ（ ）内に時間を記入してください。
- ・60秒以上立位保持が可能な場合は「それ以上」にチェックを入れて下さい。

9-移動

- ・車椅子や歩行補助具、介助などを利用して移動が困難な場合は「不可」にチェックを入れて下さい。
- ・不可の場合、小項目（「歩行補助具」「介助者」「介助量」「連続移動距離」「上記の要する時間」）に関しては空白で結構です。
※不可の理由を特記事項に記載して下さい。
- ・日常生活の中で最も利用頻度の高い移乗手段の項目にチェックを入れて下さい。
- ・該当する項目がない場合（電動車椅子、ストレッチャーなど）は「その他」にチェックを入れ（ ）内に使用している道具を記載して下さい。
- ・「車椅子」、「その他」にチェックが入った場合、「③⑨歩行補助具」は空欄で結構です。
- ・歩行の場合は、屋内歩行で評価します。屋外歩行の記載は、特記事項に記載して下さい。

③⑨歩行補助具

- ・歩行補助具を使用せず移動が行える場合には「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・車椅子、ストレッチャーなどを使用し、歩行以外の手段で移動する場合は空白で結構です。
- ・歩行補助具を使用している場合は「あり」にチェックを入れ、該当する歩行補助具全てにチ

ェックをして下さい。

- ・家具や壁を伝い歩きしている場合は「手すり」にチェックを入れ、最下欄の「特記事項」に記載をしてください。
- ・TPOによって歩行補助具を使い分けている場合は最下欄「特記事項」に記載をしてください。

④⑩介助者

- ・自立した移動が可能な場合は「なし」にチェックを入れて下さい。
- ・介助者が必要な場合は「あり」にチェックを入れ、() 内に誰が介助を行っているのかを記載して下さい。
- ・普段の移動手段であれば、訓練時のみ歩行を行っている人は「車椅子」になります。

④⑪介助量

- ・該当する項目にチェックを入れて下さい。

④⑫連続移動距離

- ・歩行補助具、介助を利用して最大連続歩行距離を測定します。
- ・該当する項目にチェックを入れて下さい。
- ・10m以上歩行可能な場合は「それ以上」にチェックを入れ() 内に最大歩行距離を記載して下さい。
- ・外出、買い物等においても歩行可能であり、距離の測定が困難な場合はおおよその距離を記載して下さい。

④⑬上記に要する時間

- ・④⑫で可能な歩行距離にかかる時間を記載して下さい。
- ・10m以上歩行可能な為、おおよその距離を記載した場合は、() 内におおよその連続歩行可能時間を記載して下さい。

10-TUG

④⑭TUG

- ・TUGの測定時間を記載して下さい。
- ・在宅など測定困難な場合は空白で結構です。
※TUG (Time Up Go Test)
- ・測定方法に関しては、下記測定方法を参照。

11-生活範囲

④⑮移動範囲

- ・日常生活において移動している範囲にチェックを入れて下さい。
- ・歩行補助具を使用している歩行、介助者付きでの歩行、車椅子での移動など移動手段は問わず、移動している範囲を選択して下さい。
- ・屋外移動の場合は、特記事項に方法などを記載して下さい。

12-寝たきり度ランク

④⑯寝たきり度ランク

- ・当てはまる項目にチェックを入れて下さい。

- ・具体的な評価内容に関しては、(表 1)、留意事項を参照にしてください。

FIM

- ・実際に『している ADL』を記載して下さい。
- ・詳細は福祉用具・介助方法等の欄に記載して下さい。

④移動

- ・歩行か車椅子、階段の2項目の合計を出して下さい。
- ・歩行と車イスを併用されている場合は、それぞれの点数を記載し、小計は各項目に分けて記載して下さい。
(例) 道路状況により、車椅子と歩行を分けて使用し自立されている。

参考資料 1 : CS-30 測定方法

《30秒椅子立ち上がりテスト》

- ・測定は30秒間で何回立ち上がれるかを測定する。

準備 :

ストップウォッチ、肘掛けの無い高さの昇降運動用踏み台、もしくは椅子

測定の手順 :

- ① 椅子の中央部より少し前方に座り、両足は肩幅に開き(両膝は握りこぶしひとつ分程度)足底を床に着け、踵を少し引く。
- ② 両手は胸の前で腕組みして胸につける。
- ③ 用意、「始め」の合図でその人の体幹および両膝が最大限に伸びる姿勢まで立ち上がり、腕を組んだまま素早く座位姿勢に戻る。
- ④ 測定は1回とし、5~10回の練習を行う。

測定上の注意・配慮

- ① 開始時座位姿勢では、床から座面までの高さと同様に膝の高さが同じになるように設定をする。
- ② 立ち上がってしまい、立ち上がった時点もしくは座る途中で30秒に達した場合は1回にカウントする。
- ③ 立ち上がった姿勢については、体幹および膝がその人の最大限に伸びる姿勢に達していない場合は合計の回数からその回数を減らす。(変形性関節疾患の場合は最大伸展位まで伸びていけば可)
- ④ 測定が困難な場合は途中で中止する。
- ⑤ 座る動作に勢いがあると、椅子が動きやすいので固定性のある椅子の準備をする。また、バランスを崩し後方へ倒れる場合があるので壁際に椅子を設置するなどの工夫が必要である。

参考資料 2 : TUG 測定方法

準備 :

ストップウォッチ、椅子、コーン(目標物)

測定方法 :

- ① 開始肢位は背もたれに軽くもたれ掛け、手は大腿部の上に置いた姿勢とします。その際、両足が床につくように配慮します。
- ② 椅子から立ち上がり、3m先の目印を回って、再び椅子に座るまでの時間を測定します。0m地点は椅子の前脚とし、3m地点はコーンの中心とします。
- ③ 測定者の掛け声に従い、一連の動作を「右回り」と「左回り」を各1回ずつ（計2回）行ってもらいます。順番はどちらからでも構いませんので、利用者様の行いやすい方から行ってください。
- ④ 測定者は対象者の身体の一部が動き出す時からお尻が接地するまでの時間を測定します。厳密な規定ではなく、立ってから座るまでとご理解ください。
- ⑤ コーンの回り方は対象者の自由とします。
- ⑥ 日常生活において歩行補助具を使用している場合には、そのままご使用ください。
- ⑦ 椅子については、オリジナルは肘かけタイプですが、肘掛けが無くても構いません。

(表 1：障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）)

	ランク	判定基準
生活自立	J	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外出する J1:交通機関などを利用して外出する J2:隣近所へなら外出する
準寝たきり	A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない A1: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:外出の頻度が少なく、日中も寝たきり起きたりの生活をしている
寝たきり	B	屋内殿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 B1:車椅子の移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う B2:介助により車椅子に移乗する
	C	一日中ベッドの上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する C1:自分で寝返りをうつ C2:自分では寝返りもうたない

【留意事項】

《朝昼夜などの時間帯や体調等によって能力の程度が異なる場合》

一定期間（調査日よりおおむね過去一週間）の状況において、より頻回にみられる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況などについて、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

《ランク J》

何らかの身体的障害などを有するが、日常生活はほぼ自立（介助なし）し、一人で外出する者が該当する。なお“障害等”とは、疾病や障害及びそれらの後遺症あるいは老衰により生じた身体機能の低下をいう。

J-1 はバス、電車などの公共交通機関を利用して積極的にまた、かなり遠くまで外出する場合が該当する。

J-2 は隣近所への買い物や老人会等への参加等、町内の距離程度の範囲までなら外出する場合が該当する。

《ランク A》

「準寝たきり」に分類され、「寝たきり予備軍」ともいうべきグループであり、いわゆる house-bound に相当する。屋内での日常生活活動のうち食事、排泄、着替に関してはおおむね自分で行き、留守番などをするが、近所に外出するときは介護者の援助を必要とする場合が該当する。

なお“ベッドから離れている”とは“離床”のことであり、布団使用の場合も含まれるが、ベッドの使用は本人にとっても介護者にとっても有用であり普及が図られているところでもあるので、奨励の意味からベッドという表現を使用した。

A-1 は寝たり起きたりはしているものの食事、排泄、着替時はもとより、その他の日中時間帯もベッドから離れている時間が長く、介護者がいればその介助のもと、比較的多く外出する場合が該当する。

A-2 は日中時間帯、寝たきりの状態にはあるもののベッドから離れている時間の方が長い、介護者がいてもまれにしか外出しない場合が該当する。

《ランク B》

「寝たきり」に分類されるグループであり、いわゆる chair-bound に相当する。B-1 と B-2 とは座位を保つことを自力で行うか介助を必要とするかどうかで区分する。日常生活活動のうち、食事、排泄、着替のいずれかにおいては、部分的に介護者の援助を必要とし、一日の大半をベッドの上で過ごす場合が該当する。排泄に関しては、夜間のみ“オムツ”を付ける場合は、介助を要する者とはみなさない。なお、“車椅子”は一般の椅子や、ポータブルトイレなどで読み替えても差し支えない。

B-1 は介助なしに車椅子に移乗し食事も排泄もベッドから離れて行う場合が該当する。

B-2 は介助の元、車椅子に移乗し、食事または排泄に関しても、介護者の援助を必要とする。

《ランク C》

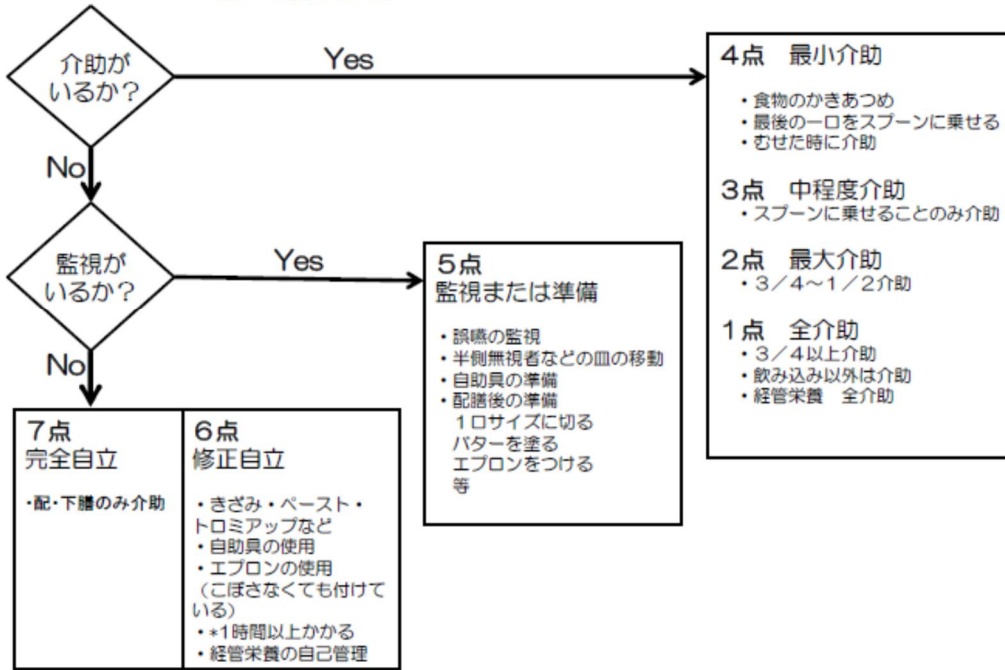
ランク B と同様、「寝たきり」に分類されるが、ランク B より障害の程度が重い者のグループであり、いわゆる bed-bound に相当する。日常生活活動の食事、排泄、着替のいずれにおいても介護者の援助を全面的に必要とし、1 日中ベッドの上で過ごす。

C-1 はベッドの上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち体位を変える場合が該当する。

C-2 は自力で寝返りをうつこともなく、ベッド上で常時臥床している場合が該当する。

食事動作

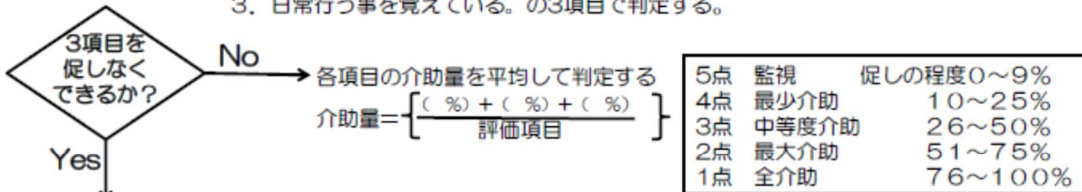
食べ物を口へ運ぶ動作が主。咀嚼・嚥下についても評価。
配・下膳は除く。



記憶

日常生活を行うときの認知と記憶に関連した技能

1. 他人の依頼を実行する。
2. 良く出会う人を認識する。
3. 日常行う事を覚えている。の3項目で判定する。



7点 完全自立 手がかり、繰り返し、助言なく記憶している。	6点 修正自立 • わすかに困難。 • 補助具 (日課について書かれたメモリーノート等) を使用する。
---	--

※注意事項

- 促しとは、手がかり、繰り返し、助言のこと。
- 失語症により支持を理解できない場合、3つのジェスチャーを依頼して評価する。本当に評価できない場合は2. 3. の2項目で評価する。

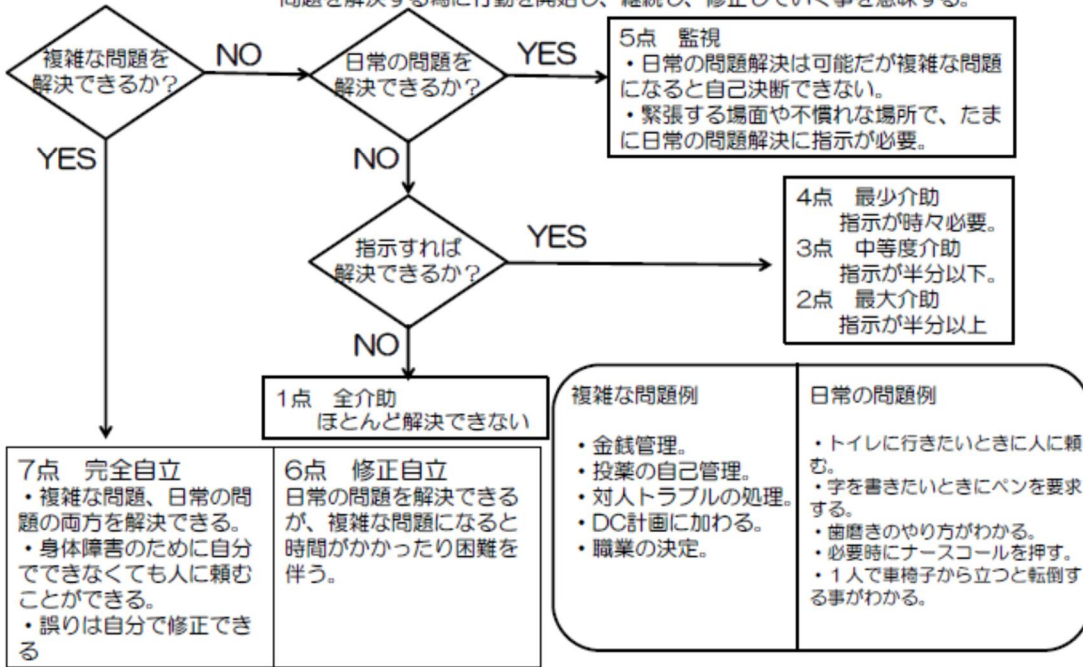
	1. 他人の依頼 (3段階の無関係な指示) を実行する。 「ブレーキを止めて」 「手を挙げて」 「左を見て」など	2. 良く出会う人を認識する。	3. 日常行う事を覚えている。
0%	1回の指示で実行できる	ほぼ認識できる。	ほぼ、覚えている。
25%	2回繰り返せば実行できる	時々、認識できない。	時々、忘れている。
50%	2段階の指示を実行できる	半分以上、認識できる	半分以上、覚えている。
75%	1段階の指示を実行できる	半分以上、認識できない。	半分以上、忘れている。
100%	ほとんど実行できない	ほとんど認識できない。	ほとんど忘れている。

問題解決

日常生活の問題解決に関連した技能。

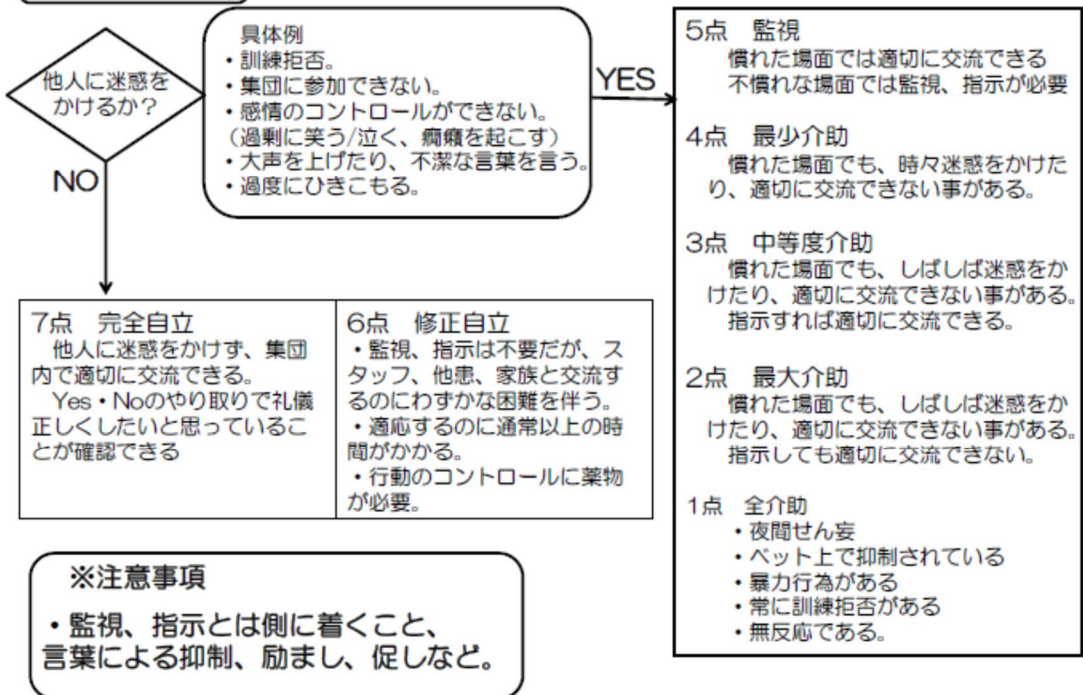
金銭的、社会的、個人的な出来事に関して、合理的かつ安全にタイミング良く決断する

問題を解決する為に行動を開始し、継続し、修正していく事を意味する。



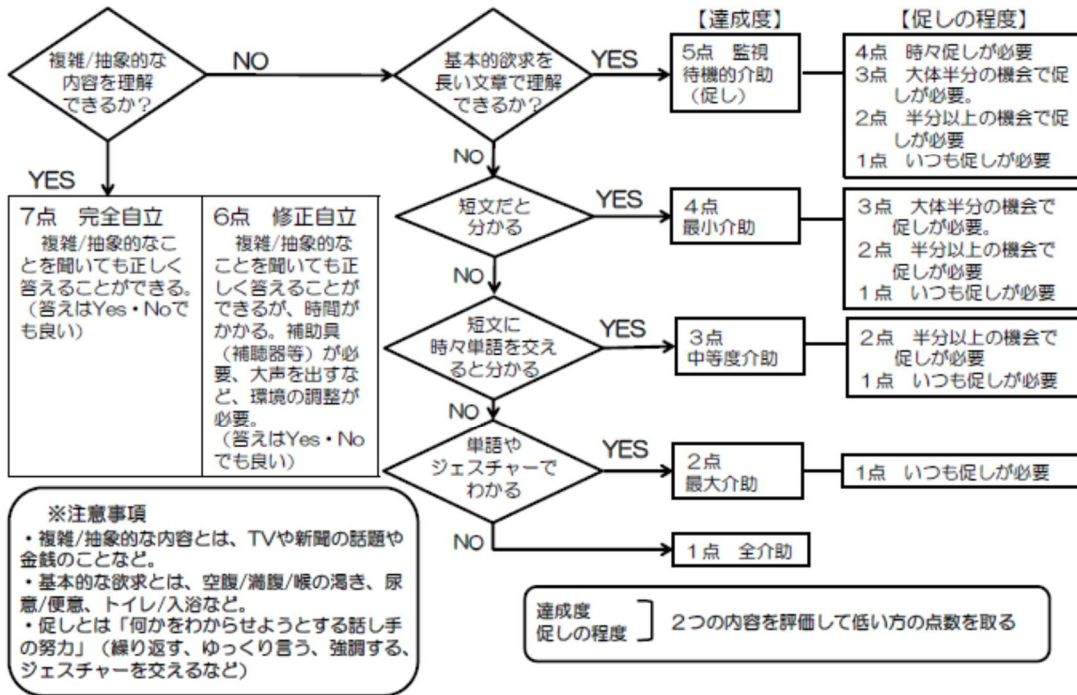
社会的交流

病棟及び訓練室で、他人に迷惑をかけずに適切に交流できるかを採点する。



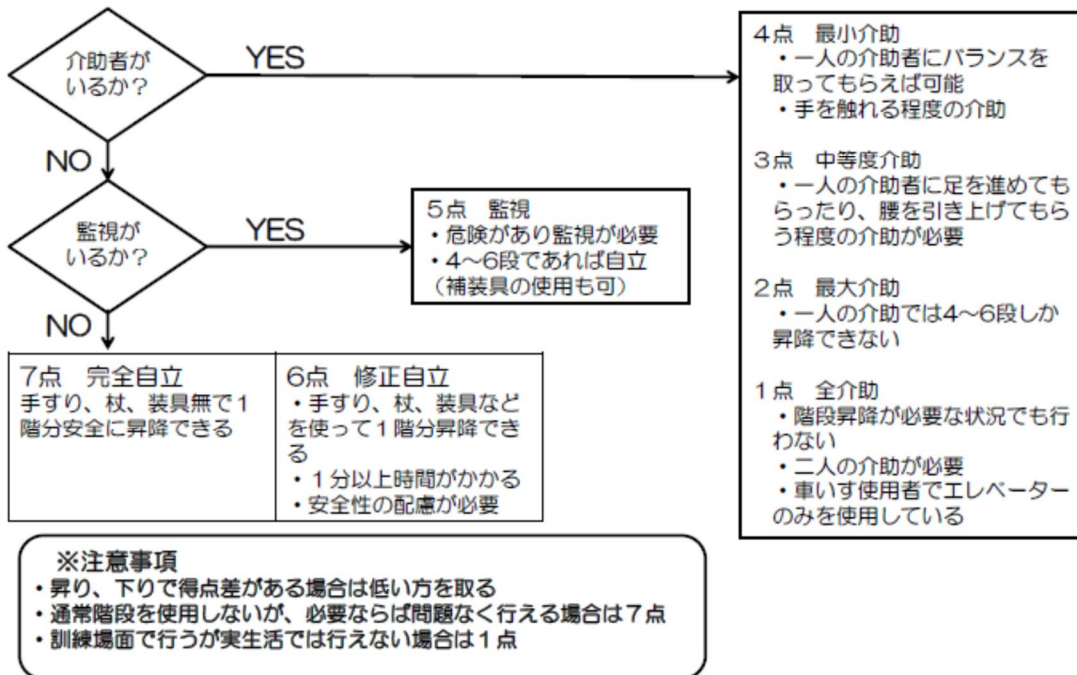
理解

聴覚・視覚によるコミュニケーションの理解。
文字、サイン言語、ジェスチャーなども含まれる

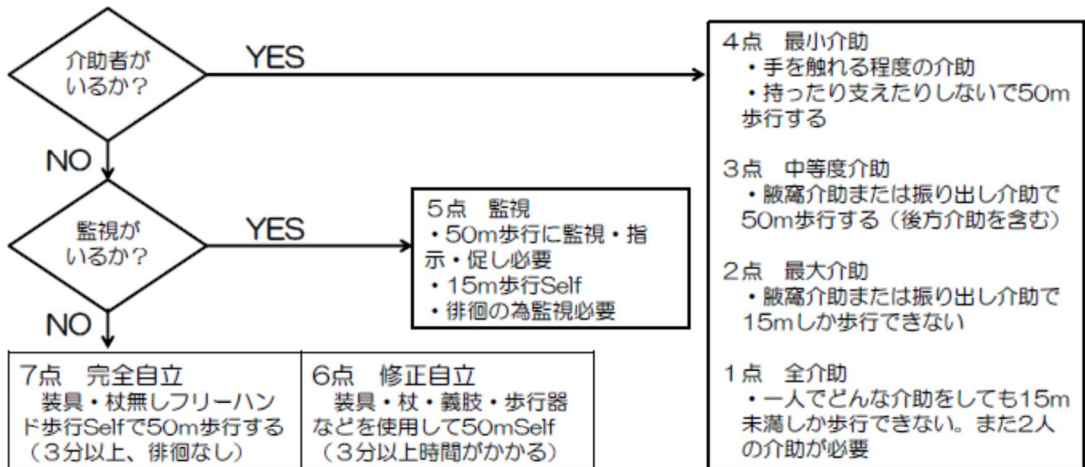


階段

階段を1階分(12~14段)昇降する

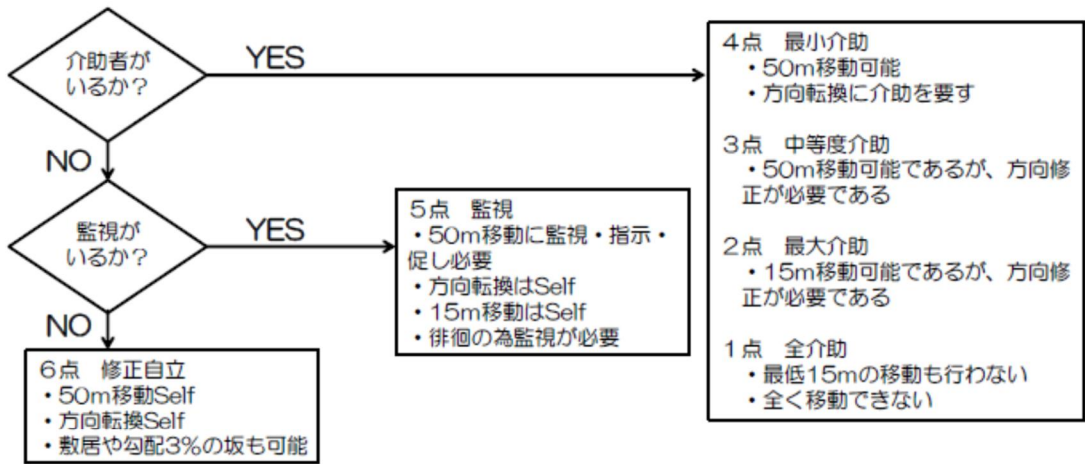


移動 歩行



※注意事項
 ・退院時の主な移動手段を想定して入院時に採点しておく
 ・退院時の移動手段が不明瞭な場合、様々な手段で評価しておく
 （例：四つ這い、電動車いす・・・）

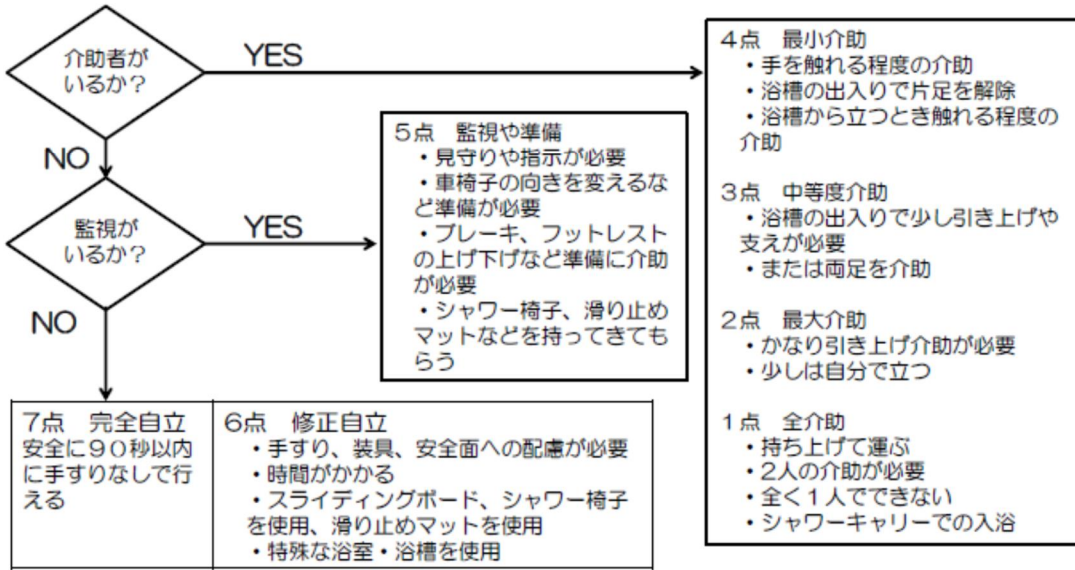
移動 車椅子



移乗

浴槽・シャワー

浴槽またはシャワー室への出入り、浴槽かシャワーをチェック

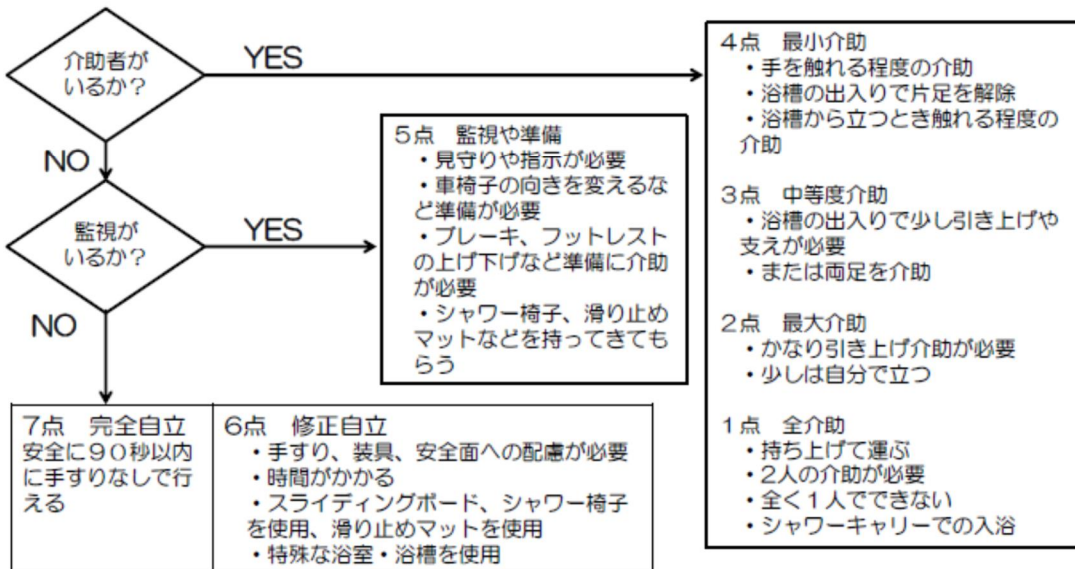
**※注意事項**

- ・清拭の場合は1点
- ・シャワー浴のみの場合、先体椅子への移乗を評価

移乗

浴槽・シャワー

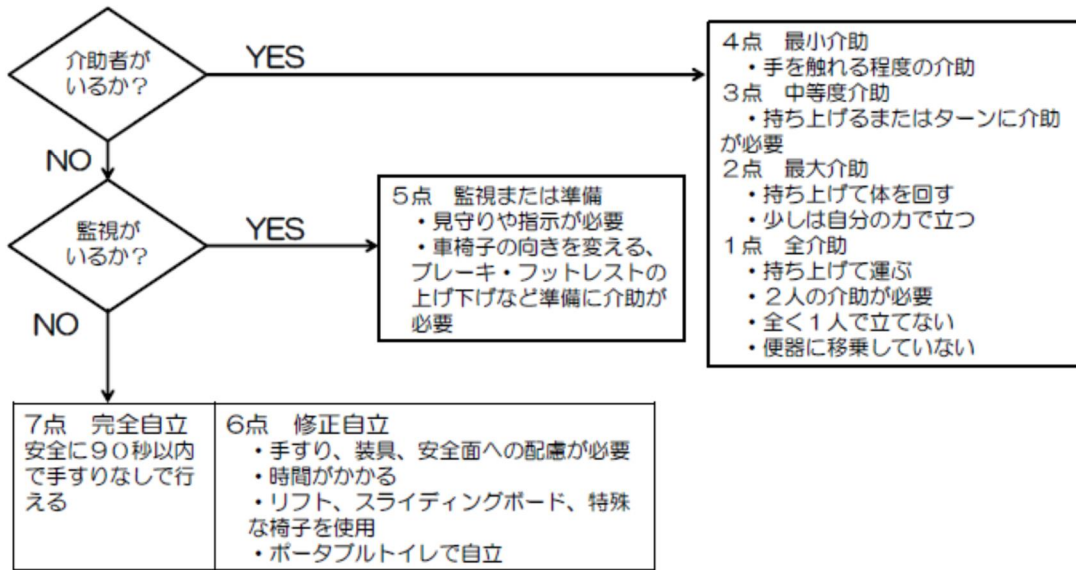
浴槽またはシャワー室への出入り、浴槽かシャワーをチェック

**※注意事項**

- ・清拭の場合は1点
- ・シャワー浴のみの場合、先体椅子への移乗を評価

移乗

トイレ
便器への乗り移りおよび便器から離れる事

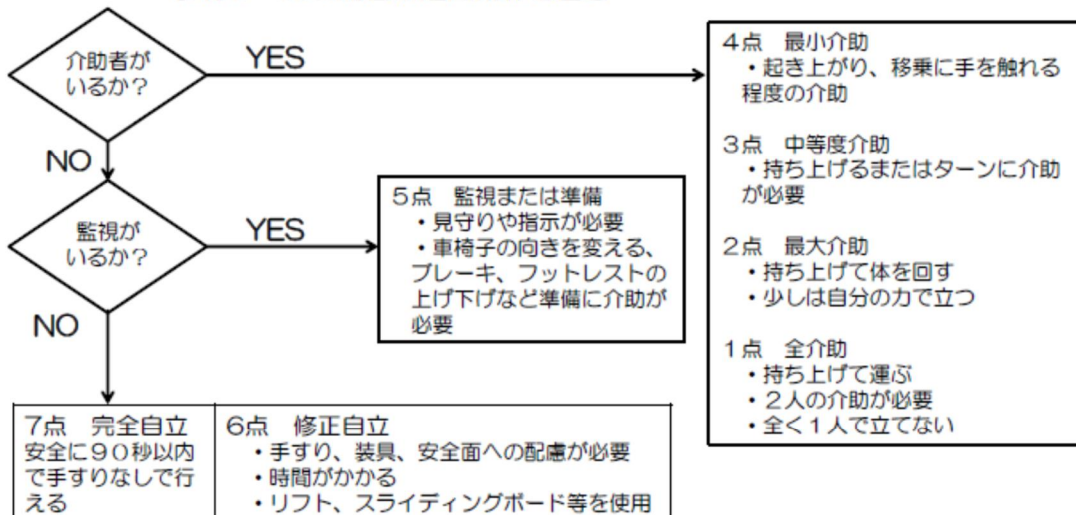


※注意事項

- ・ブレーキ、フットレストの操作を含む
- ・服の上げ下げは含まない

移乗

ベッド・車椅子
ベッド、椅子、車椅子の間でのすべての段階を含む
歩行レベルの場合は起立動作を含む



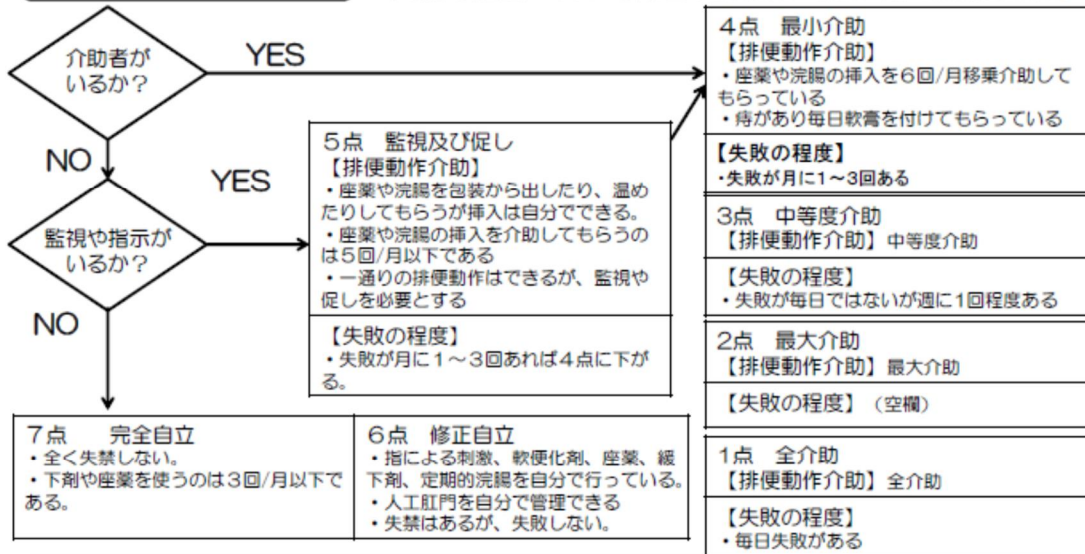
※注意事項

- ・起き上がり動作を含む
- ・起き上がりが全介助で乗り移りが自立の場合は3点
- ・ベッド⇒車椅子、車椅子⇒ベッドの低い方を取る

排便コントロール

排便動作介助

失敗の程度 2つの内容を評価して低い方の点数を採用



※注意事項

排便動作とは：・適切な時に括約筋を緩める事

排便の失敗とは：・排尿同様、衣服やシーツを汚してしまう事

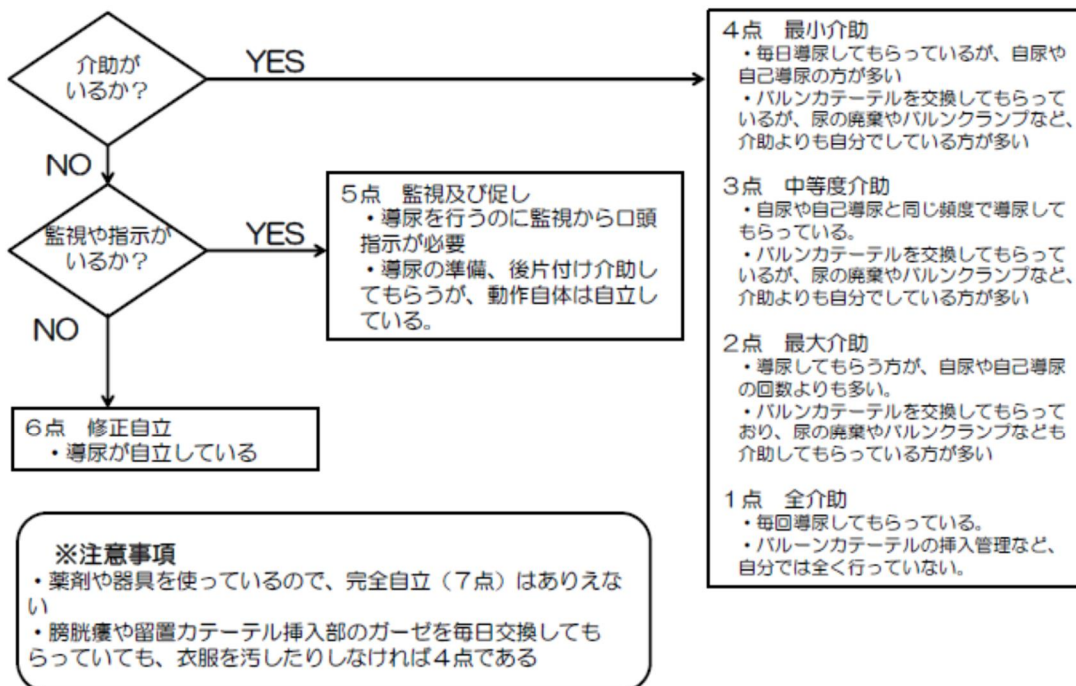
・便失禁とは自分で括約筋を緩めようとしないうちの排便をさすので、失禁してもオムツに留まっていれば失敗したことにならない。

・後始末に介助がいる場合を失敗とする（オムツ交換なども）

介助量について・道具を使って排便している場合、その介助量を測る（座薬、浣腸、排便など）

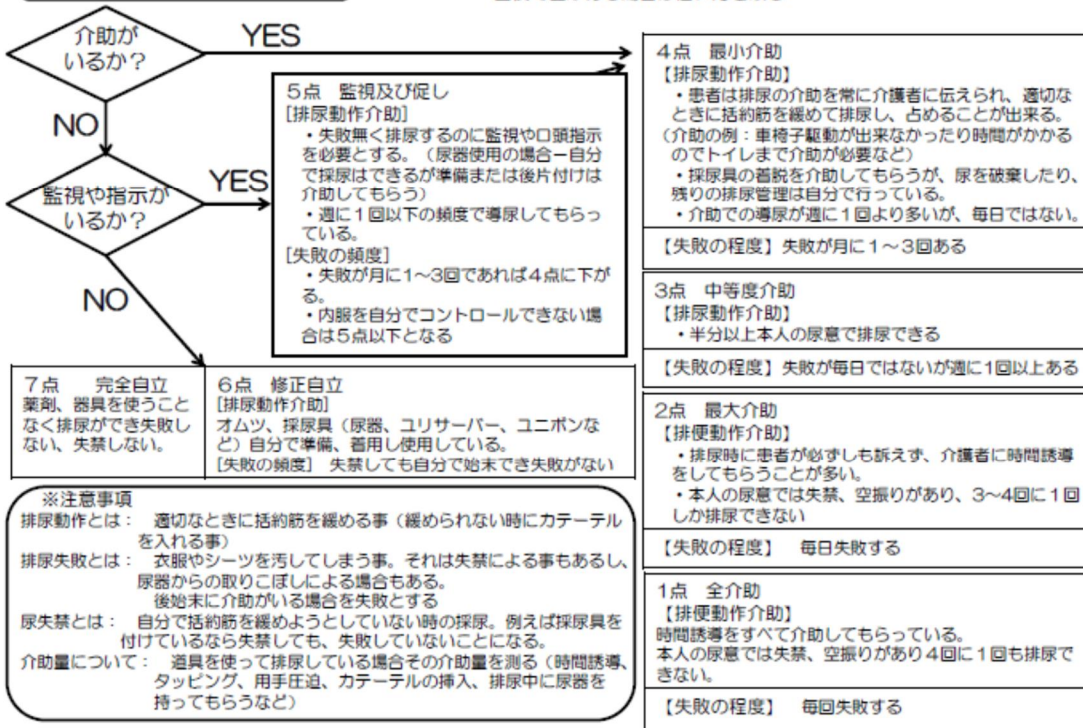
排尿コントロール

導尿、カテーテル留置の場合



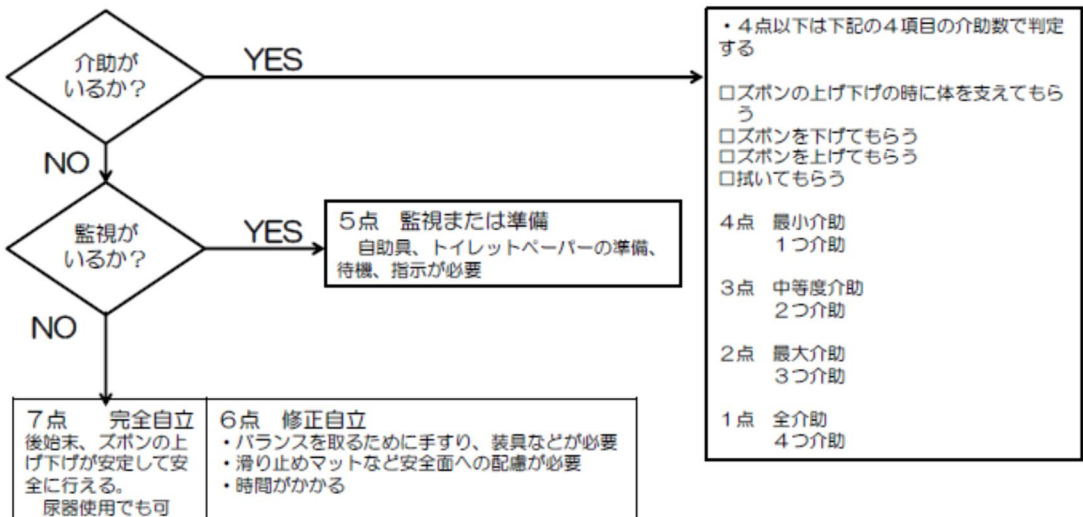
排尿コントロール

【排尿動作介助】
【失敗の程度】：2つの内容を評価して低い方の点数を採用
昼夜で差がある場合は低い方を取る

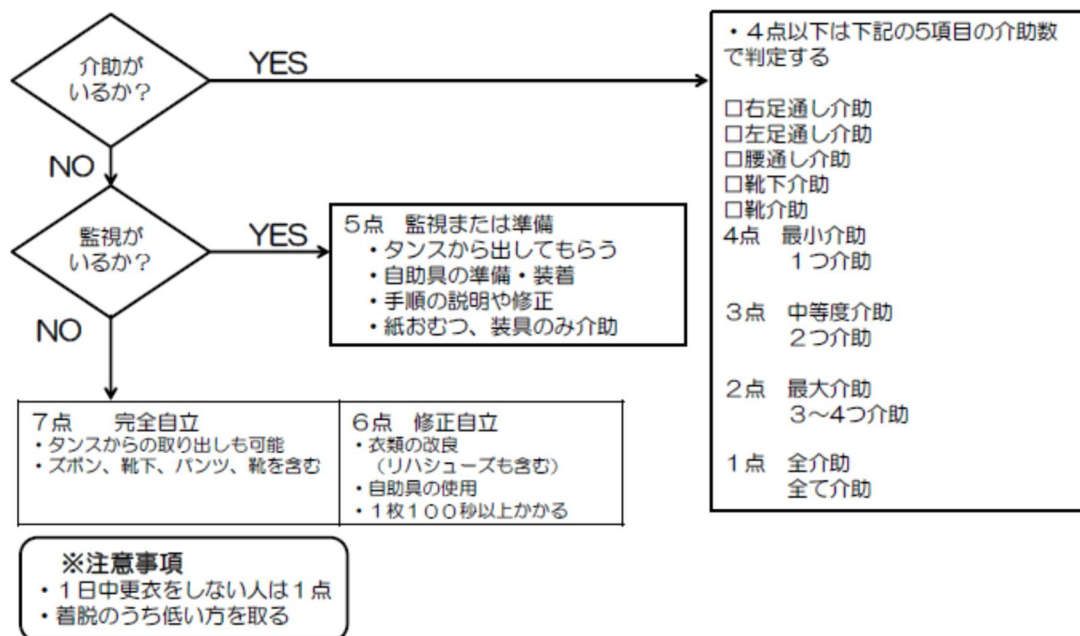


トイレ動作

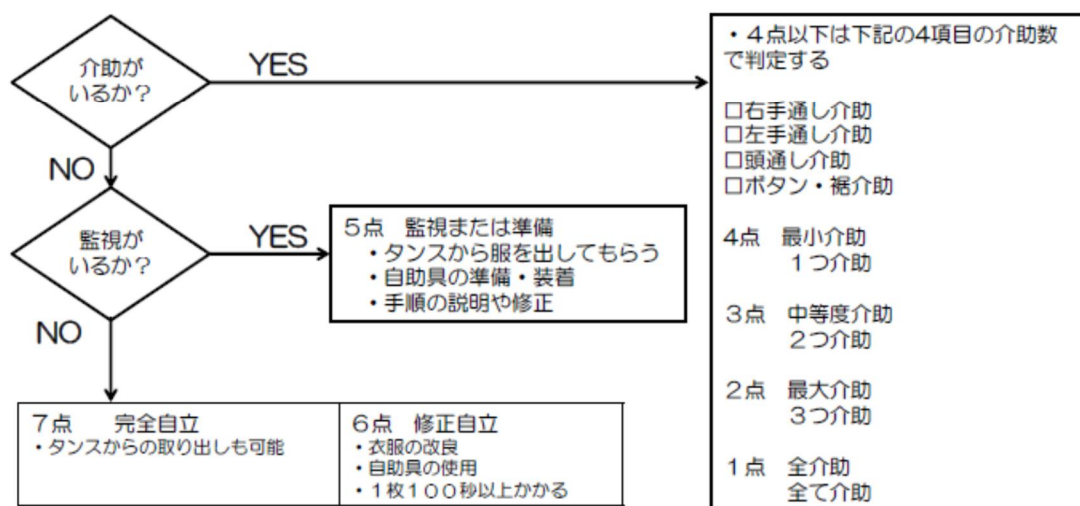
会陰部の清拭と衣服の上げ下げ



更衣動作（下） 普段着用している服を評価。義肢・装具の着用も含む。

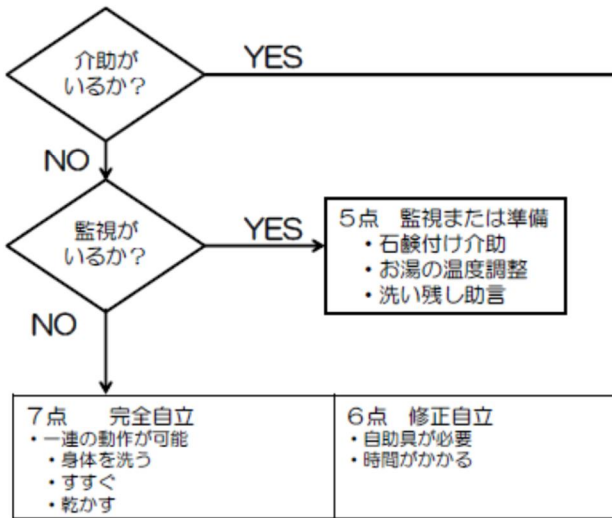


更衣動作（上） 普段着用している服を評価。義肢・装具の着用も含む。



清拭

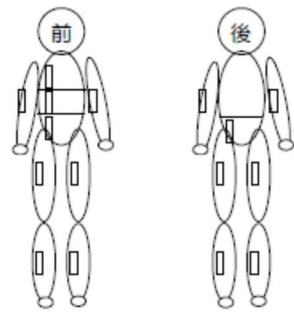
身体を洗い、それを乾かす動作
シャワー浴・ベッド浴でもよい



- | | |
|---|--------------------------------------|
| 7点 完全自立
・一連の動作が可能
・身体を洗う
・すすぐ
・乾かす | 6点 修正自立
・自助具が必要
・時間がかかる |
|---|--------------------------------------|

※注意事項
・洗髪、背中は含まない

・4点以下は下記の10項目の介助数で判定する



- 4点 最小介助**
 - ・8~9か所洗える
 - ・お湯掛け・足洗い介助
- 3点 中等度介助**
 - ・5~7か所洗える
 - ・全てが洗えるが乾かせない
- 2点 最大介助**
 - ・3~4か所洗える
 - ・一連の動作が半分以上介助
- 1点 全介助**
 - ・自分では何もしない
 - ・すべて不十分

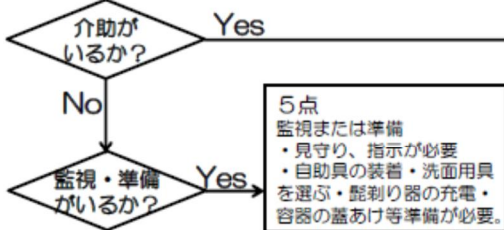
整容

男性：整髪・洗顔・口腔ケア・髭剃り・手洗い
女性：整髪・洗顔・口腔ケア・手洗い・化粧

等、普段行っていることを基準とする

各項目の介助量を平均して判定する

$$\text{介助量} = \left[\frac{(\%) + (\%) + (\%) + (\%) + (\%)}{\text{評価項目}} \right]$$



- | | |
|----------|----------|
| 4点 最少介助 | 介助量25%未満 |
| 3点 中等度介助 | 25~49% |
| 2点 最大介助 | 50~74% |
| 1点 全介助 | 75%以上 |

介助量	整髪	洗顔	口腔ケア	手洗い	化粧	髭剃り
0%	自立・監視または準備のみ					
25% 最小介助	(例) 後ろのみ介助		(例) ゆすいでもらう	(例) 石鹸を付けてもらう		(例) エラの部分だけ剃ってもらう
50% 中等度介助	(例) 頭髪の半分を介助	(例) 顔の半分を介助	(例) 片側の奥だけ磨いてもらう	(例) 指の間を洗ってもらう		(例) 半分の範囲を剃ってもらう
75% 最大介助			(例) 前歯以外磨いてもらう			
100% 全介助	全介助					

※注意事項
・行う必要のない項目は評価しない