

平成26年度 病床機能報告

報告様式

記入要領

(病院用)

－ 目 次 －

1	報告の概要	1
2	報告様式への記入の手引き	3
①	基本項目	4
②	施設票	5
③	病棟票	8

1 報告の概要

(1) 報告の目的

本報告は、本年 10 月 1 日より開始される病床機能報告制度に基づき、一般病床・療養病床を有する医療機関から、「病棟単位」を基本として当該病床において担っている医療機能の現状と今後の方向、具体的な報告事項をあわせてご報告いただき、都道府県による地域医療構想の策定、厚生労働省による地域医療構想策定のためのガイドライン作成等に資する資料を得ることを目的としております。

(2) 一般病床・療養病床を有する病院における報告の内容

一般病床・療養病床を有する病院の報告様式は、「①基本項目」、「②施設票」、「③病棟票」で構成されています。各項目の報告内容は、以下のとおりです。すべてご記入のうえ、すべてご提出ください（シートが分かれていますのでご注意ください）。

①基本項目：

- 貴院の地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関名称や、事前に送付する案内文書に記載されている医療機関 ID、都道府県番号・医療機関コード、医療機関住所、本報告のご担当者についてご記入いただきます。
- 本項目の記載は、施設管理者および事務部門の担当者とします。

②施設票：

- 施設全般に関する職員数や基本情報、看取りや救急医療の実施状況、医療機器の台数、退院調整部門の設置状況等をご記入いただきます。
- 本項目の記載は、施設管理者および事務部門の担当者とします。

③病棟票：

- 一般病床・療養病床を有する病棟の基本情報や職員数、入退院患者の状況、具体的な医療の内容等をご記入いただきます。
- 本病棟票における「病棟」の単位は、原則、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の 1 単位をもって病棟として取り扱うものとします（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 2

病院 記入要領

6年3月5日保医発0305第1号)に則る)。ただし、特定入院料(※)を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。

※ 特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、亜急性期入院医療管理料1又は2、地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する場合は除く。

- 本項目の記載は、基本情報や算定する診療報酬等に係る報告項目は事務部門の担当者が行います。(各病棟の入院患者の状態や医療内容に係る報告項目については各病棟の看護師長等がご記入なさってもかまいません。)
- 本項目の記載に当たっては、上記の「基本項目」で記入した「病棟名番号・病棟名」と各病棟票1枚目の「病棟票番号」、「病棟名」が一致するようご注意ください。

(3) 報告様式への記入の進め方

下記の「**2** 報告様式への記入の手引き」をご参照のうえ、各項目をご記入いただき、報告マニュアルのスケジュール、手順に従って報告様式をご提出ください。

本報告の報告マニュアル・報告様式・記入要領は厚生労働省ホームページ上の専用ページ上からダウンロードできます。ご回答をご入力いただいたエクセルファイルは、郵送以外にも、同ページ上のアップロードコーナーからアップロードすることで提出できます。

報告作業などに関してご不明な点などございましたら、下記の疑義照会窓口までご連絡ください。なお、疑義照会内容を正確に把握するため、可能な限り、電子メールによりお問い合わせください。

「平成26年度病床機能報告」事務局(受託先:みずほ情報総研株式会社)
疑義照会窓口

電子メールアドレス: byousyokinou@mizuho-ir.co.jp

FAX(フリーダイヤル): 0120-880-124 [24時間受付]

電話(フリーダイヤル): 0120-110-264 [対応時間:平日9:00~17:00]

2 報告様式への記入の手引き

報告様式の各項目の記入にあたっては、下記の一般事項および各項目の記入の手引きをご参照のうえ、ご記入ください。

一般事項

- ・ 報告内容についてお問合せする場合がありますので、医療機関名、事前に送付する案内文書に記載されている医療機関ID、報告に係るご担当者の氏名および部署名、電話番号、FAX番号、e-mail等について必ずご記入ください。
- ・ 数字を記入する欄が「0」の場合は「0」を必ず記入してください（例えば、報告する患者数が0人の場合は、無記入ではなく必ず「0」と記入してください）。

電子媒体の留意事項

- ・ 電子媒体の報告様式では、記入に不備がある場合に、記入欄の右側にエラーメッセージまたは確認メッセージが表示されます。
- ・ エラーメッセージは、メッセージ冒頭に「●」が表示されます。必須項目が未記入であるか、もしくは記入内容の見直しが必要になりますので、メッセージの内容をご確認のうえ、記入・修正をおこなってください。
- ・ 確認メッセージが出ている場合、記入内容に誤りがないかご確認ください。

紙媒体の留意事項

- ・ 数字を記入する欄には、右詰めでご記入ください。また、複数の桁の欄がある場合、空いている桁には何もご記入いただかなくてかまいません。
- ・ 紙媒体の報告様式に数字を記入する際は、下記の例に従ってください。

<数字記入例>

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

<悪い記入例>

✕ 1にカギをつける ✕ 4の上部が閉じている(9と混同)
✕ 0か6か不明 ✕ 枠から数字がはみ出ている

①「基本項目」 記入の手引き

「基本項目」シートの記入要領

■ 本項目では、貴院の地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関名称や、事前に送付する案内文書に記載されている医療機関ID、都道府県番号・医療機関コード、医療機関住所、本報告のご担当者について、施設管理者および事務部門の担当者をご記入ください。

- | | |
|-------------------|---|
| 1. 貴院名 | 貴院の地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関名称をご記入ください。 |
| 2. ID（通知記載の7桁コード） | 事前に送付する案内文書のうち、貴院の住所が印字されている用紙に記載されている医療機関ID（英数字7桁）をご確認のうえ、ご記入ください。 |
| 3. 都道府県番号・医療機関コード | 貴院において診療報酬明細書を作成する際に記載する都道府県コード（2桁）、医療機関コード（7桁）をご記入ください。 |
| 4. 医療機関住所 | 貴院の所在地の郵便番号、住所をご記入ください。 |
| 5. 報告担当者 | 報告内容についてお問合せする場合がありますので、ご担当者の氏名および部署、電話番号、FAX番号、e-mailについてご記入ください。 |

【休・廃止あるいは無床診療所へ移行している場合、報告対象外の場合】

平成26年7月1日時点で休・廃止している場合、あるいは無床診療所へ移行している場合は、チェックボックスにチェックを入れて、休・廃止あるいは無床診療所へ移行した年月日をご記入ください。
また、これまで一般病床・療養病床を有しておらず、報告対象外の場合は、チェックボックスにチェックを入れてください。
以後の報告項目については、未回答のままご提出ください。

【NDBの枠組みを活用して集計したデータの電子メールでの送付希望】

「具体的な医療の内容に関する項目」の報告は、既存のレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）の枠組みを活用して、病床機能報告制度に必要となる医療の内容に関する項目について、貴院分の集計を行ったデータを平成26年11月21日から12月12日までの期間に貴院においてご確認いただくこととおこないます。

ご確認にあたって、NDBの枠組みを活用して集計したデータについて、電子メールでの送付をご希望される場合には、チェックボックスにチェックを入れてください。

※紙のレセプトによる診療報酬請求をおこなっている対象医療機関は、報告マニュアルに記載のとおり、厚生労働省「平成26年度病床機能報告」事務局の「紙媒体提出希望窓口」までご連絡のうえ、本項目に係る紙の様式を入手してください。ご回答は可能な範囲で構いません。ご記入いただいた様式は平成26年11月14日（金）までに簡易書留等により事務局あて郵送してください。

- | | |
|--------|---|
| 6. 病棟名 | 貴院の一般病床・療養病床を有するすべての入院病棟について、病棟名称を「病棟名No.1」～「病棟名No.30」にご記入ください。 |
|--------|---|

②「施設票」 記入の手引き

「施設票」 シートの記入要領

- 本項目では、施設全般に関する職員数や基本情報、看取りや救急医療の実施状況、医療機器の台数、退院調整部門の設置状況等について、施設管理者および事務部門の担当者がご記入ください。

1. 職員数

常 勤

常勤職員とは、貴院で定められた勤務時間をすべて勤務する者をいいます。ただし、貴院で定めた1週間の勤務時間が32時間未満の場合は、32時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤（常勤換算）として計上します。

非 常 勤

非常勤職員とは、貴院と雇用関係にあつて上記の常勤でない職員をいいます。貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで（小数点第二位を四捨五入）を記入ください。

例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週2日（各日3時間）勤務の看護師が1人と、週3日（各日5時間）勤務の看護師が2人いる場合（所定の勤務時間数を超えて行われた時間外勤務は含みません）

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{(2 \text{日} \times 3 \text{時間} \times 1 \text{人}) + (3 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 2 \text{人})}{40 \text{時間}} = 0.9 \text{人}$$

①施設全体の職員数
[(1)～(9)欄]

平成26年7月1日時点の「施設全体」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご記入ください。

なお、「①施設全体の職員数」は、各病棟票の「病棟部門の職員数」、「②手術室の職員数」、「③外来部門の職員数」、「④その他の部門の職員数」の合計数と一致するようにご記入ください。

②手術室の職員数
[(10)～(18)欄]

平成26年7月1日時点の「手術室」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご記入ください。

③外来部門の職員数
[(19)～(27)欄]

平成26年7月1日時点の「外来部門」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご記入ください。

④その他の部門の
職員数
[(28)～(36)欄]

平成26年7月1日時点の病棟部門、手術室、外来部門以外の「その他の部門」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご記入ください。

「その他の部門」は、例えば、透析室、外来化学療法室、放射線照射外来室、退院調整部門、医事部門、一般病床・療養病床以外の病床（ただし、一般病床・療養病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床に配置されている職員数は病棟票の「病棟部門の職員数」に計上してください）等が該当します。

2. DPC群の種類
[(37)欄]

DPC制度（DPC/PDPS）の対象病院か否か、対象病院である場合にI群～III群のいずれの医療機関群に該当するかについてご記入ください。

3. 在宅関連の届出

①在宅療養支援病院
の届出の有無
[(38)欄]

平成26年7月1日時点における地方厚生（支）局長への在宅療養支援病院の届出の有無をご記入ください。

病院 記入要領

②在宅療養後方支援 病院の届出の有無 〔(39)欄〕

平成26年7月1日時点における地方厚生（支）局長への在宅療養後方支援病院の届出の有無をご記入ください。

4. 看取りの実施状況 〔(40)～(45)欄〕

在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院の届出を行っている場合、平成25年7月1日～平成26年6月30日の1年間の実施状況についてご記入ください。

（特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）平成26年3月5日 保医発0305第2号 様式11の3「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院に係る報告書（新規・7月報告）」における「I. 直近1年間に在宅療養を担当した患者について」と同一の報告内容）

なお、介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者については、「医療機関以外での死亡者数」の「上記（1）のうち、自宅以外での死亡者数」欄へ計上してください。

また、「医療機関での死亡者数」における「連携医療機関」とは、事前に緊急時の受入を届け出ている医療機関（在宅支援連携体制についても含む）を指します。

5. 救急関連の指定・ 告示

①二次救急医療施設 の認定の有無 〔(46)欄〕

平成26年7月1日時点の二次救急医療施設の認定の有無についてご記入ください。

なお、二次救急医療施設とは、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したものをいいます。

②救急告示病院の 告示の有無 〔(47)欄〕

平成26年7月1日時点の救急告示病院の告示の有無についてご記入ください。

なお、救急告示病院とは、「救急病院等を定める省令」（昭和39年2月20日厚生省令第8号）に基づいて都道府県知事が救急病院である旨等を告示したものをいいます。

6. 救急医療の実施 状況

休日

休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日（元日、成人の日、建国記念の日、春分の日、昭和の日、憲法記念日、みどりの日、こどもの日、海の日、敬老の日、秋分の日、体育の日、文化の日、勤労感謝の日、天皇誕生日）、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日を指します。

夜間

夜間とは、午後6時から翌日の午前8時（土曜日の場合は正午以降から翌日の午前8時）までの間を指します。

救急車の受入

救急車の受入とは、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者の受け入れをいいます。

なお、病院間の搬送は対象となりません。ただし、他院にて対応不能であり搬送された場合は計上してください。また、現場からの要請に応じて、ドクターカー、ドクターヘリ、防災ヘリにより出動した場合は計上してください。

病院 記入要領

- ①休日に受診した患者延べ数
[(48)～(49)欄]

平成25年7月1日～平成26年6月30日の1年間の休日に受診した患者延べ数をご記入ください。
また、そのうち、診療後直ちに入院となった患者延べ数についてもあわせてご記入ください。

- ②夜間に受診した患者延べ数
[(50)～(51)欄]

平成25年7月1日～平成26年6月30日の1年間の夜間に受診した患者延べ数をご記入ください。
また、そのうち、診療後直ちに入院となった患者延べ数についてもあわせてご記入ください。
なお、休日の夜間に受診した患者については、夜間に受診した患者延べ数に計上してください。

- ③救急車の受入件数
[(52)欄]

平成25年7月1日～平成26年6月30日の1年間の救急車の受入件数についてご記入ください。

7. 医療機器の台数

- ①CTの台数
[(53)～(56)欄]

平成26年7月1日時点のマルチスライスCT（64列以上、16列以上64列未満、16列未満）、その他のCTの台数について、それぞれご記入ください。

- ②MRIの台数
[(57)～(59)欄]

平成26年7月1日時点の3テスラ以上、1.5テスラ以上3テスラ未満、1.5テスラ未満のMRIの台数について、それぞれご記入ください。

- ③その他の医療機器の台数
[(60)～(66)欄]

平成26年7月1日時点の血管連続撮影装置（デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法を行う装置）、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置の台数について、それぞれご記入ください。

8. 退院調整部門の設置状況

- ①退院調整部門の有無
[(67)欄]

平成26年7月1日時点の退院調整部門の設置の有無についてご記入ください。
なお、退院調整部門とは、関係職種によって退院支援計画の作成、退院先の検討、退院後の必要なサービスの紹介等を行う部門をいいます。

- ②退院調整部門に勤務する職員数
[(68)～(73)欄]

平成26年7月1日時点の退院調整部門に勤務する職種別の職員数について、専従職員・専任職員毎にご記入ください。
なお、専従職員とは、原則として退院調整部門の業務のみに従事している者をいいます。
また、専任職員とは、退院調整部門での業務とその他の部署等での業務を兼務している者をいいます（例：午前の3時間は病棟の看護業務に従事するが、午後の5時間は退院支援室等での業務に従事する者等を指します）。専任（他部署の業務を兼務している）職員数については、前述の常勤換算の算出方法と同様、貴院の1週間の所定労働時間を基本として、常勤換算して小数第一位まで（小数点第二位を四捨五入）を記入ください。
職種別職員数の記入にあたって、看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師をいいます。
また、MSW（メディカルソーシャルワーカー）の職員数については、そのうち社会福祉士の資格を有する者の人数もあわせてご記入ください。

③ 「病棟票」 記入の手引き

「病棟票」 シートの記入要領

- 本項目では、一般病床・療養病床を有する病棟の基本情報や職員数、入退院患者の状況、具体的な医療の内容等について、基本情報や算定する診療報酬等に係る報告項目は事務部門の担当者をご記入ください。（各病棟の入院患者の状態や医療内容に係る調査項目については各病棟の看護師長等をご記入なさってもかまいません。）
- 本病棟票における「病棟」の単位は、原則、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成26年3月5日保医発0305第1号）に則る）。ただし、特定入院料（※）を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。
 - ※ 特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、亜急性期入院医療管理料1又は2、地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する場合は除く。
- 本項目の記載に当たっては、上記の「基本項目」で記入した「病棟名番号・病棟名」と各病棟票1枚目の「病棟票番号」、「病棟名」が一致するようご注意ください。

1. 医療機能

高度急性期機能

高度急性期機能とは、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能をいいます。

急性期機能

急性期機能とは、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能をいいます。

回復期機能

回復期機能とは、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）をいいます。

慢性期機能

慢性期機能とは、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能及び長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能をいいます。

※ 高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例

救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

①2014（平成26）年
7月1日時点の
機能
〔(1)欄〕

平成26年7月1日時点で当該病棟が担う医療機能について、いずれか1つ選択してご記入ください。

病院 記入要領

② 6年が経過した日における病床の機能の予定
〔(2)欄〕

6年が経過した日（平成32年7月1日時点）において当該病棟が担う病床の機能の予定について、いずれか1つ選択してご記入ください。

③ 2025（平成37）年7月1日時点の機能（任意）
〔(3)欄〕

【任意】平成37年7月1日時点で当該病棟が担う予定の医療機能について、いずれか1つ選択してご記入ください。

【6年以内に変更予定がある場合】
〔(4)欄〕

6年が経過した日（平成32年7月1日時点）の病床の機能の予定に向けて、6年以内に変更予定がある場合は、チェックボックスにチェックを入れて、6年以内に変更予定の変更後の機能、その変更予定年月についてご記入ください。

2. 許可病床数・稼働病床数
〔(5)～(8)欄〕

平成26年7月1日時点の当該病棟の許可病床数、平成25年7月1日～平成26年6月30日の稼働病床数について、病床種別毎にご記入ください。

なお、療養病床については、そのうち**医療療養病床数**もあわせてご記入ください。療養病床がすべて介護療養病床の場合は、医療療養病床数は「0床」とご記入ください。

許可病床

許可病床とは、平成26年7月1日時点で医療法の規定に基づき使用許可を受けている病床をいいます。

稼働病床

稼働病床とは、許可病床数から休床の届出をしている病床の他、平成25年7月1日～平成26年6月30日の過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床を除いた病床をいいます。

医療法上の経過措置に該当する病床

医療法上の経過措置に該当する病床とは、平成13年3月1日時点で既に開設許可を受けている一般病床であって、6.3㎡/床（1人部屋）・4.3㎡/床（その他）となっている病床をいいます。

3. 一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料および届出病床数
〔(9)～(17)欄〕

当該病棟の一般病床・療養病床において平成26年7月1日時点で算定している入院基本料・特定入院料をご記入ください。療養病床がすべて介護療養病床の場合は、「54. 療養型介護療養施設サービス費（介護療養病床として使用）」をご記入ください。

また、当該入院料を算定するものとして地方厚生（支）局長に届け出ている病床数をご記入ください。

なお、当該病棟において病室単位で「35. 特殊疾患入院医療管理料」、「39. 小児入院医療管理料4」、「43. 亜急性期入院医療管理料1」、「44. 亜急性期入院医療管理料2」、「47. 地域包括ケア入院医療管理料1」、「48. 地域包括ケア入院医療管理料2」の届出を行っている場合は、該当番号と、上記の病床数のうち当該届出の病床数を再掲であわせてご記入ください。

また、平成26年7月1日以降、現在までに当該病棟の届出内容に変更があった場合は、変更後の入院基本料・特定入院料、病床数についてもご記入ください。平成26年7月1日時点の1病棟単位が平成26年7月1日以降に複数の病棟単位となる場合には、それぞれの変更後の入院基本料・特定入院料、病床数をご記入ください。変更後の病棟単位が3病棟を超える場合、4病棟目以降については病棟票末尾の「その他、ご報告あたっての特記事項【自由記入欄】」にご記入ください。平成26年7月1日以降に当該病棟の病床をすべて休床とした場合には、「55. 診療報酬上の入院料の届出なし」をご記入ください。

病院 記入要領

4. 病棟部門の職員数 [(18)～(26)欄]

当該病棟における平成26年7月1日時点の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご記入ください。

なお、病棟部門の職員とは、専ら当該病棟で業務を行っている（勤務時間の概ね8割以上を当該病棟で勤務する）職員をいいます。

複数の病棟で業務を行い、当該病棟での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合には、外来部門の職員として取り扱うものとします。

常 勤

常勤職員とは、貴院で定められた勤務時間をすべて勤務する者をいいます。ただし、貴院で定めた1週間の勤務時間が32時間未満の場合は、32時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤（常勤換算）として計上します。

非 常 勤

非常勤職員とは、貴院と雇用関係にあつて上記の常勤でない職員をいいます。常勤換算して小数第一位まで（小数点第二位を四捨五入）を記入ください。

例：1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週2日（各日3時間）勤務の看護師が1人と、週3日（各日5時間）勤務の看護師が2人いる場合（所定の勤務時間数を超えて行われた時間外勤務は含みません）

$$\text{非常勤看護師数} = \frac{(2 \text{日} \times 3 \text{時間} \times 1 \text{人}) + (3 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 2 \text{人})}{40 \text{時間}} = 0.9 \text{人}$$

5. 主とする診療科 [(27)欄]

当該病棟で主とする診療科をご記入ください。

なお、主とする診療科とは、当該病棟の5割を超える患者を診る診療科をいいます。いずれの診療科も5割以下の場合は、「45. 複数の診療科で活用」を選択のうえ、当該病棟の患者を多く診ている診療科を最大上位3つまでご記入ください。

6. 入院患者数の状況 [(28)～(33)欄]

平成25年7月1日～平成26年6月30日の1年間の新規入棟患者数、在棟患者延べ数、退棟患者数についてご記入ください。

さらに、新規入棟患者については、そのうち、予定入院の患者、救急医療入院の予定外入院の患者、救急医療入院以外の予定外入院の患者の患者数もあわせてご記入ください。

新規入棟患者

新規入棟患者とは、平成25年7月1日～平成26年6月30日の1年間に当該病棟に新しく入院した患者および他病棟から当該病棟に移動した患者をいいます。入院後の1回目の入棟のみを数え、再入棟は数えません。また、平成25年7月1日以前から入棟していた患者も含まれません。

院内の他病棟からの
転棟患者

新規入棟患者のうち、院内の他病棟からの転棟患者については、予定入院・予定外入院、救急医療入院・救急医療入院以外にかかわらず、「上記①のうち、予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者」欄へ計上してください。

在棟患者

在棟患者は、平成25年7月1日～平成26年6月30日の1年間に毎日24時現在で当該病棟に在棟していた患者をいいます。当該病棟に入院した日に退院又は死亡した患者を含めます。また、他の病棟へ移動した場合、移動した日は当該病棟における入院として延べ数に含めます。

退棟患者

退棟患者とは、平成25年7月1日～平成26年6月30日の1年間に当該病棟から退棟した患者（死亡退院を含む）および他病棟に移動した患者をいいます。入院後の1回目の退棟のみを数え、再退棟は数えません。

病院 記入要領

救急医療入院

救急医療入院とは、次に掲げる状態にある患者に対して、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めたものを指します（A205救急医療管理加算の患者要件と同一）。救急医療入院か否かは、救急医療管理加算の算定の有無に関係なく、患者状態像のみで判断するものとします。

- 01 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- 02 意識障害又は昏睡
- 03 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- 04 急性薬物中毒
- 05 ショック
- 06 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- 07 広範囲熱傷
- 08 外傷、破傷風等で重篤な状態
- 09 緊急手術を必要とする状態
- 10 その他上記要件に準ずるような重篤状態

7. 入棟前の場所・ 退棟先の場所別の 入院患者数の状況 [(34)～(49)欄]

平成26年6月の1か月間の新規入棟患者数、退棟患者数について、入棟前の場所別、退棟先の場所別にご記入ください。

8. 退院後に在宅医療 を必要とする患者 の状況 [(50)～(54)欄]

平成26年6月の1か月間に当該病棟から退院した患者数について、退院後1か月以内の在宅医療の実施予定の状況別にご記入ください。

在宅医療を必要と する患者

在宅医療を必要とする患者とは、以下のいずれかの在宅医療を必要とする患者を指します。

- ・往診：
患家（介護老人保健施設等を含む）の求めにより必要に応じて患家に赴いて診療するもの。
- ・訪問診療：
居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うもの。
- ・医師・歯科医師以外の訪問
居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師以外の者（公的医療保険・公的介護保険の適用範囲内）が訪問して実施されるもの。

9. 分娩件数 [(55)欄]

平成26年6月の1か月間の分娩を行った件数（正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く）についてご記入ください。

なお、双生児の場合、経膈分娩については2件、帝王切開については1件としてください。

病院 記入要領

10. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者の割合

[(56)～(59)欄]

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を測定することが算定の要件となっている入院基本料（注加算含む）・特定入院料・入院基本料等加算の届出をおこなっている場合、平成26年6月の1か月間の評価に用いた評価票の種類をご記入のうえ、平成26年6月の1か月間の在棟患者延べ数について、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて評価を行い、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」、かつ、B患者の状況等に係る得点が「3点以上」である患者の割合をご記入ください。

あわせて、Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」の患者の割合、B患者の状況等に係る得点が「3点以上」の患者の割合についてもご記入ください。

なお、平成26年6月の1か月間の評価に用いた評価票の種類のうち、新項目の評価票とは、平成26年度改定後の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」をいいます。

また、旧項目の評価票とは、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（平成26年厚生労働省 告示第57号、平成26年度改定前）の「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」をいいます。経過措置期間は、平成26年3月31日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料に係る届出を行っている病棟であって、平成26年度改定前の7対1入院基本料の重症度・看護必要度の基準、平均在院日数、看護配置を満たす病棟については、平成26年9月30日までは平成26年度改定後の7対1入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準、自宅等退院患者割合、平均在院日数、看護配置を満たすものとみなす期間をいいます。

（14ページの測定方法を参照）

11. リハビリテーションの状況

リハビリテーションを要する状態にある患者

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟のみ必須でご記入ください。それ以外の病棟においては任意でご記入ください。

リハビリテーションを要する状態にある患者とは、次に掲げる状態にある患者を指します。

- 01 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内。ただし、一般病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、総合入院体制加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料（以下「日数控除対象入院料等」という。）を算定する患者に対して、一日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの2か月の期間から30日を限度として控除する。）又は義肢装着訓練を要する状態（150日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、180日以内）
- 02 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内。ただし、日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、一日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの2か月の期間から30日を限度として控除するものとする。）

病院 記入要領

- 03 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後2か月以内。ただし、日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、一日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの2か月の期間から30日を限度として控除するものとする。）
- 04 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態（損傷後1か月以内。ただし、日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、一日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの1か月の期間から30日を限度として控除するものとする。）
- 05 股関節又は膝関節の置換術後の状態（損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、一日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの1か月の期間から30日を限度として控除するものとする。）

①リハビリテーションを要する状態にある患者の割合
〔(60)欄〕

平成26年6月の1か月間の在棟患者延べ数について、リハビリテーションを要する状態にある患者の割合をご記入ください。

②平均リハ単位数
〔(61)欄〕

平成26年6月の1か月間のリハビリテーションを要する状態にある患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数について、当該患者の在棟患者延べ数で除した1日当たりリハビリテーション提供単位数をご記入ください。

③過去1年間の総退棟患者数
〔(62)～(64)欄〕

平成25年7月1日～平成26年6月30日の1年間の総退棟患者数についてご記入ください。

また、そのうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数、退棟時（転棟時を含む。）の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料2または3の場合には3点以上）改善していた患者数についても、あわせてご記入ください。（26ページの測定方法を参照）

【病棟の再編・見直しにより過去1年間分の報告が困難な場合】

本病棟票の報告内容について、貴院で平成25年7月1日～平成26年6月30日の期間内に病棟の再編・見直しをおこなったことで、過去1年間分の状況を平成26年7月1日時点の病棟単位で報告することが困難な場合は、チェックボックスにチェックを入れて、平成26年7月1日時点の病棟単位で報告可能な過去の期間をご記入ください。

本病棟票における上記の設問のうち、「平成25年7月1日～平成26年6月30日の1年間」の状況を報告する項目では、ご記入の対象期間における状況についてご記入ください。

【その他、ご報告あたっての特記事項】

ご報告にあたって、その他特記事項がございましたら自由記入欄にご記入ください。

重症度、医療・看護必要度の測定方法

○一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法

(基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知)平成26年3月5日保医発0305第1号別添別紙7)

・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

(配点)

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
4 心電図モニターの管理	なし	あり	
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 〔①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬注射薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服・貼付、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理〕	なし		あり
			A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
8 寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
9 起き上がり	できる	できない	
10 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
11 移乗	できる	見守り・一部介助が 必要	できない
12 口腔清潔	できる	できない	
13 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
14 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B得点

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」に基づき行うこと。

Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。

Bについては、評価日の患者の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

<一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準>

モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上。

<地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)>

における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準>

病院 記入要領

モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が1点以上。
＜回復期リハビリテーション病棟入院料1における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に
係る基準＞

モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が1点以上。

・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

アセスメント共通事項

1. 評価の対象

評価の対象は、7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1、看護必要度加算、一般病棟看護必要度評価加算、急性期看護補助体制加算、夜間看護職員配置加算、看護補助加算、を届出ている病棟に入院し、7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、地域包括ケア病棟入院料等若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者とし、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）並びに患者の状況等（B項目）について、毎日評価を行うこと。

ただし、地域包括ケア病棟入院料等及び回復期リハビリテーション料1については、評価はA項目の評価のみとし、地域包括ケア病棟入院料等は毎日、回復期リハビリテーション病棟入院料1は入院時に評価を行う。

2. 評価票の記入者

評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。

3. 評価項目の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項と項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

4. 評価時刻

評価時刻は24時とする。また、退院日については、退院時を評価時刻とする。

5. 評価対象時間

評価対象時間は、0時から24時の24時間である。退院日は、評価退院当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。重複や空白時間を生じさせない。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察が行えない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。

ただし、評価対象日の0時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

6. 評価対象場所

当該病棟内を評価の対象場所とする。手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外で実施された治療・処置・看護や観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、専門的な治療・処置の放射線治療の評価については、当該医療機関内における外部照射のみ、評価の対象場所とする。

7. 評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護師等でなければならない。ただし、A項目の処置の評価において、薬剤の投与が行われている患者であることを評価する場合は、医師が単独で処置を行った後に、当該病棟の看護師等が当該処置を確認し、実施記録を残すことで評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で行った行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても看護師等が実施したものは評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

8. 評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価

病院 記入要領

できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。

第三者が、後日、監査を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要がある。

しかし、項目ごとの記録を残す必要はなく、経過記録の中にモニタリング及び処置等や患者の状態等が記録されており、第三者が見て分かりやすい簡潔な記録であること。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関で正式に承認・保管されているものでなければならず、医師の指示記録と当該病棟の看護師等による記録だけが評価の対象となる。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置

【項目の定義】

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護師等が医師の介助をした場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。

「あり」 創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

【判断に際しての留意点】

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚・粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻・口腔・膣・肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻、ストーマ等の造設から抜糸まで、及び、滲出が見られ処置を必要とする場合は含めるが、瘻孔として確立した状態は含めない。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、VAC療法（陰圧閉鎖療法）、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP 分類Ⅱ度以上又は DESIGN-R 分類 d2 以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入・塗布、ガーゼ・フィルム材等の創傷被覆材の貼付・交換等の処置を実施した場合をいい、診察・観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、VAC療法（陰圧閉鎖療法）は含めない。

病院 記入要領

【参考】

NPUAP 分類 (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) II 度以上
DESIGN-R 分類 (日本褥瘡学会によるもの) d2 以上

2 呼吸ケア (喀痰吸引の場合を除く)

【項目の定義】

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護師等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護師等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
「あり」 呼吸ケアを実施した場合をいう。

【判断に際しての留意点】

喀痰の吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護師等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV (非侵襲的陽圧換気) の実施は含める。なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

3 点滴ライン同時3本以上の管理

【項目の定義】

点滴ライン同時3本以上は、持続的に点滴ライン (ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路) を3本以上同時に使用し、看護師等が管理を行った場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。
「あり」 同時に3本以上の点滴の管理を実施した時間があった場合をいう。

【判断に際しての留意点】

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。
2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクターで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。
スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため、本数に数えない。PCA (自己調節鎮痛法) による点滴ライン (携帯用を含む) は、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

4 心電図モニター管理

【項目の定義】

心電図モニター管理は、持続的に看護師等が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。

病院 記入要領

【選択肢の判断基準】

「なし」 持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。
「あり」 持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

【判断に際しての留意点】

心電図の誘導の種類や心電図の誘導法の種類は問わない。
機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護師等による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合は含まない。ホルター心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

5 シリンジポンプの管理

【項目の定義】

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護師等が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。
「あり」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

【判断に際しての留意点】

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入をシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。
携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護師等が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

6 輸血や血液製剤の管理

【項目の定義】

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護師等が管理した場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 輸血や血液製剤を使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」 輸血や血液製剤を使用状況の管理をした場合をいう。

【判断に際しての留意点】

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

病院 記入要領

7 専門的な治療・処置

【項目の定義】

専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）、④麻薬の内服・貼付・坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の使用、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理のいずれかの処置・治療を実施した場合に評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「なし」 専門的な治療・処置を実施しなかった場合をいう。
「あり」 専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合をいう。

【判断に際しての留意点】

専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的として抗悪性腫瘍の注射剤を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。注射薬の投与方法は、静脈内、動注、皮下注を抗悪性腫瘍剤の使用の対象に含める。

抗悪性腫瘍剤を投与した当日のみを対象に含めるが、休薬中は含めない。

ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられる場合に限り含めるが、目的外に使用された場合は含めない。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【定義】

抗悪性腫瘍剤の内服の管理は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、悪性腫瘍細胞の増殖・転移・再発の抑制、縮小、死滅、又は悪性腫瘍細胞増殖に関わる分子を阻害することを目的とした薬剤を使用した場合で、看護師等による内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

抗悪性腫瘍剤は、殺細胞性抗がん剤、分子標的治療薬、ホルモン療法薬に大別されるが、薬剤の種類は問わない。

内服の管理が発生しており、看護師等による特別な内服管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを抗悪性腫瘍剤の内服の管理の対象に含める。当該病棟の看護師等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察を行っていれば含める。

抗悪性腫瘍剤を内服した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗悪性腫瘍剤として用いられた場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

病院 記入要領

③ 麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）

【定義】

麻薬注射薬の使用（注射剤のみ）は、痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現することを目的として、麻薬注射薬を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。
注射薬の投与の方法は、静脈内、皮下、硬膜外、くも膜下を対象に含める。麻薬を投与した当日のみを麻薬注射薬の使用の対象に含めるが、休薬中は含めない。

④ 麻薬の内服・貼付の管理

【定義】

麻薬の内服・貼付、坐剤の管理は、痛みのある患者に対して、中枢神経系のオピオイド受容体に作用して鎮痛作用を発現する薬剤の内服・貼付、坐剤を使用した場合で、看護師等による内服・貼付、坐剤の管理が実施されていることを評価する項目である。

【留意点】

ここでいう麻薬とは、「麻薬及び向精神薬取締法」により麻薬として規制されており、麻薬処方箋を発行させなければならない薬剤である。
看護師等による麻薬の内服、貼付、もしくは坐剤の管理（肛門又は膣への挿入）が発生しており、看護師等による特別な管理を要する患者に対し、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合にのみ、麻薬の内服、貼付、坐剤の管理の対象に含める。
当該病棟の看護師等により、予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認、及び内服後の副作用の確認をしていなければ含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。
患者が内服、貼付、坐剤の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察をしていなければ含める。
麻薬の内服・貼付、坐剤を使用した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。

⑤ 放射線治療

【定義】

放射線治療は、固形腫瘍、血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、病変部にX線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのDNA分子間の結合破壊（電離作用）により目標病巣を死滅させることを目的とした局所療法を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

照射方法は、外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）を問わない。放射線治療の対象には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器（リニアック）による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を放射線治療に含む。管理入院により、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。
外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない。

⑥ 免疫抑制剤の管理

【定義】

免疫抑制剤の管理は、自己免疫疾患の患者に対する治療、又は、臓器移植を実施した患者に対して拒絶反応防止の目的で免疫抑制剤が使用された場合で、看護師等による注射及び内服の管理が実施されていることを評価する項目である。

病院 記入要領

【留意点】

注射及び内服による免疫抑制剤の投与を免疫抑制剤の管理の対象に含める。

内服については、看護師等による特別な内服管理を要する患者に対し、内服の管理が発生しており、その管理内容に関する計画、実施、評価の記録がある場合のみを免疫抑制剤の内服の管理の対象に含める。

当該病棟の看護師等により予め薬剤の使用に関する指導を実施した上で、内服確認及び内服後の副作用の観察をしていれば含めるが、看護師等が単に与薬のみを実施した場合は含めない。患者が内服の自己管理をしている場合であっても、計画に基づく内服確認、内服後の副作用の観察をしていれば含める。

免疫抑制剤を投与した当日のみを含めるが、休薬中は含めない。

ただし、これらの薬剤が免疫抑制剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。輸血の際に拒絶反応防止の目的で使用された場合や副作用の軽減目的で使用した場合も含めない。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

昇圧剤の使用は、ショック状態、低血圧状態、循環虚脱の患者に対して、血圧を上昇させる目的で昇圧剤を使用した場合に評価する項目である。

【留意点】

昇圧剤の注射薬を使用している場合に限り、昇圧剤の使用の対象に含める。

昇圧剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が昇圧剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）は、不整脈のある患者に対して、不整脈の発生を抑えることを目的として抗不整脈剤の注射薬を使用した場合に評価するものである。

【留意点】

抗不整脈剤の注射薬を使用している場合に限り不整脈剤の使用の対象に含める。

抗不整脈剤を使用した当日のみを評価し、休薬中は含めない。ただし、これらの薬剤が抗不整脈剤として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。精神安定剤等を不整脈の抑制目的として使用した場合も含めない。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【定義】

抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用は、冠動脈疾患、肺血栓塞栓症、脳梗塞、深部静脈血栓症等の静脈・動脈に血栓・塞栓が生じているもしくは生じることが疑われる急性疾患の患者に対して、血栓・塞栓を生じさせないもしくは減少させることを目的として、抗血栓塞栓薬を持続的に点滴した場合に評価する項目である。

【留意点】

手術の有無を問わず、薬剤の種類、量を問わない。持続的に血液凝固阻害薬（ヘパリン、ワルファリン等）、血小板凝固阻害薬（アスピリン等）、血栓溶解薬（アルテプラナーゼ、アボキナーゼ〈ウロキナーゼ〉等）等を投与した場合を抗血栓塞栓薬の持続点滴の対象に含める。

抗血栓塞栓薬の持続点滴は、持続的に投与していた当日のみを評価し、休薬中は含めない。点滴ラインが設置されていても常時ロックされている場合は含めない。ただし、これらの薬剤が抗血栓塞栓薬として用いられる場合に限り含め、目的外に使用された場合は含めない。

病院 記入要領

⑩ ドレナーズの管理

【定義】

ドレナーズの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部や体腔に誘導管（ドレーン）を継続的に留置し、滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留する場合に評価する項目である。

【留意点】

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に留置されている場合にドレナーズの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は、当日に6時間以上留置されていた場合には含める。

胃瘻（PEG）を減圧目的で開放する場合やペンローズドレーン、フィルムドレーン等を使用し誘導する場合であっても定義に従っていれば含める。

体外へ直接誘導する場合のみ評価し、体内で側副路を通す場合は含めない。また、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテル（尿道バルンカテーテル）は含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場合に限り評価できる。VAC療法（陰圧閉鎖療法）は、創部に誘導管（パッドが連結されている場合を含む）を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。

定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合に含めるものであるが、抜去や移動等の目的で、一時的であればクランプしていても良いものとする。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
4. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
5. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。

8 寝返り

【項目の定義】

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

ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

【選択肢の判断基準】

「できる」 何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。

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

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

病院 記入要領

【判断に際しての留意点】

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

9 起き上がり

【項目の定義】

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

【選択肢の判断基準】

「できる」 1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」 介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

【判断に際しての留意点】

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

10 座位保持

【項目の定義】

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

【選択肢の判断基準】

「できる」 支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」 支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」 支えがあつたり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。
ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

【判断に際しての留意点】

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ60度以上を目安とする。

11 移乗

【項目の定義】

移乗が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「ベッドからポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

病院 記入要領

【選択肢の判断基準】

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

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

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

【判断に際しての留意点】

患者が自分では動けず、イーゼースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出しており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。

移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

1 2 口腔清潔

【項目の定義】

口腔内を清潔にするための一連の行為が自分でできるかどうか、あるいは看護師等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。

一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。

口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

【選択肢の判断基準】

「できる」 口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

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

【判断に際しての留意点】

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。

また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

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

1 3 食事摂取

【項目の定義】

食事介助の状況の評価する項目である。

ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。

食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子に座らせる、エプロンをかける等は含まれない。

病院 記入要領

【選択肢の判断基準】

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

「一部介助」 必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に1つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。

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

【判断に際しての留意点】

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

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

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

14 衣服の着脱

【項目の定義】

衣服の着脱を看護師等が介助する状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

【選択肢の判断基準】

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

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

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

【判断に際しての留意点】

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

日常生活機能評価の測定方法

○日常生活機能評価の測定方法

(基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知) 平成 26 年 3 月 5 日 保医発 0305 第 1 号 別添 別紙 21)

・日常生活機能評価票

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

※ 得点が低いほど、生活自立度が高い

・日常生活機能評価の手引き

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うこと。なお、院内研修の指導者は、関係機関、あるいは評価に習熟したものが行う概ね2年以内の指導者研修を受けていることが望ましい。
2. 評価票の記入にあたっては、下記の選択肢の判断基準等に従って実施すること。
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し、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。なお当該患者が転院前の病院で地域連携診療計画評価料が算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について、当該患者の診療計画の中に記されている日常生活機能評価を用いること。
4. 評価は記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。
5. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
6. 評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
7. 医師の指示によって、当該動作が制限されている場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
8. 当該動作が制限されていない場合には、動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
9. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」とする。
10. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、担当の看護師、理学療法士等によって記録されていること。

病院 記入要領

1 床上安静の指示

【項目の定義】

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

【選択肢の判断基準】

「なし」 床上安静の指示がない場合をいう。

「あり」 床上安静の指示がある場合をいう。

【判断に際しての留意点】

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

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

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

2 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

【項目の定義】

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持っていくことができるかどうかを評価する項目である。ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

【選択肢の判断基準】

「できる」 いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。

「できない」 調査時間内を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで片手を持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

【判断に際しての留意点】

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

3 寝返り

【項目の定義】

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

病院 記入要領

【選択肢の判断基準】

「できる」 何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」 ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。
「できない」 介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

【判断に際しての留意点】

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

4 起き上がり

【項目の定義】

起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

【選択肢の判断基準】

「できる」 1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」 介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

【判断に際しての留意点】

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

5 座位保持

【項目の定義】

座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

【選択肢の判断基準】

「できる」 支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」 支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」 支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。ここでいう「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

【判断に際しての留意点】

寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状態にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおおよそ60度以上を目安とする。

病院 記入要領

6 移乗

【項目の定義】

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

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

【選択肢の判断基準】

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

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

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

【判断に際しての留意点】

患者が自分では動けず、イージースライダー等の移乗用具を使用する場合は「できない」となる。車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護師等が介助を行っている場合は、「見守り・一部介助が必要」となる。

医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「できない」とする。移乗が制限されていないにもかかわらず、看護師等が移乗を行わなかった場合は、「できる」とする。

7 移動方法

【項目の定義】

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

【選択肢の判断基準】

「介助を要しない移動」 杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器、歩行器の代わりに点滴スタンド、シルバー車、車椅子等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。

「介助を要する移動（搬送を含む）」 搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

【判断に際しての留意点】

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

8 口腔清潔

【項目の定義】

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

病院 記入要領

【選択肢の判断基準】

「できる」 口腔清潔に関する一連の行為すべてが自分でできる場合をいう。

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

【判断に際しての留意点】

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。ただし、口腔清潔が制限されていないにも関わらず、看護師等が口腔清潔を行わなかった場合は、「できる」とする。

9 食事摂取

【項目の定義】

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

【選択肢の判断基準】

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

「一部介助」 必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。必要に応じたセッティング（食べやすいように配慮する行為）等、食事中に1つでも介助すれば「一部介助」とする。見守りや指示が必要な場合も含まれる。

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

【判断に際しての留意点】

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

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

セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

10 衣服の着脱

【項目の定義】

衣服の着脱を看護師等が介助する状況の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

病院 記入要領

【選択肢の判断基準】

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

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

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

【判断に際しての留意点】

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

1 1 他者への意思の伝達

【項目の定義】

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

【選択肢の判断基準】

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

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

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

【判断に際しての留意点】

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

1 2 診療・療養上の指示が通じる

【項目の定義】

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

【選択肢の判断基準】

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

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

病院 記入要領

【判断に際しての留意点】

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

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

1 3 危険行動

【項目の定義】

患者の危険行動の有無を評価する項目である。ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」及び看護師等が「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」が確認された場合をいう。

【選択肢の判断基準】

「ない」 過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。

「ある」 過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

【判断に際しての留意点】

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

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

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