

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 殿 男 女 病棟 _____ 計画作成日 _____
 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) 記入医師名 _____
 記入看護師名 _____

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他()) 褥瘡発生日 _____
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

<日常生活自立度の低い入院患者>

危険因子の評価	日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
	・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)	できる	できない			
・病的骨突出	なし	あり				「あり」もしくは 「できない」が1 つ以上の場合、 看護計画を立案し 実施する
・関節拘縮	なし	あり				
・栄養状態低下	なし	あり				
・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)	なし	あり				
・浮腫(局所以外の部位)	なし	あり				

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者>

褥瘡の状態の評価 (DESIGNIR)	深さ	(0)なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(U)深さ判定が不能の場合	合計点
	滲出液	(0)なし	(1)少量:毎日の交換を要しない	(3)中等量:1日1回の交換	(6)多量:1日2回以上の交換				
	大きさ(cm ²) 長径×長径に直行する最大径	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上	
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり (創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(3)局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭)	(9)全身的影響あり (発熱など)				
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
	壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり	(6)硬く厚い密着した壊死組織あり					
	ポケット(cm ²) (ポケットの長径×長径に直行する最大径)＝潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満	(12)16以上36未満	(24)36以上			

看護計画	留意する項目	計画の内容		
	圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上		
		イス上		
	スキンケア			
	栄養状態改善			
リハビリテーション				

[記載上の注意]

- 日常生活自立度の判定に当たっては「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

平均在院日数の算定方法

- 1 入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算定は、次の式による。

①に掲げる数

②に掲げる数

① 当該病棟における直近3か月間の在院患者延日数

② (当該病棟における当該3か月間の新入棟患者数+当該病棟における当該3か月間の新退棟患者数) / 2

なお、小数点以下は切り上げる。

- 2 上記算定式において、在院患者とは、毎日24時現在当該病棟に在院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。なお、患者が当該病棟から他の病棟へ移動したときは、当該移動した日は当該病棟における入院日として在院患者延日数に含める。

- 3 上記算定式において、新入棟患者数とは、当該3か月間に新たに当該病棟に入院した患者の数(以下「新入院患者」という。)及び他の病棟から当該病棟に移動した患者数の合計をいうが、当該入院における1回目の当該病棟への入棟のみを数え、再入棟は数えない。

また、病棟種別の異なる病棟が2つ以上ある場合において、当該2以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、1回目の入棟のみを新入棟患者として数える。

当該3か月以前から当該病棟に入院していた患者は、新入棟患者数には算入しない。

当該病院を退院後、当該病棟に再入院した患者は、新入院患者として取り扱う。

- 4 上記算定式において、新退棟患者数とは、当該3か月間に当該病棟から退院(死亡を含む。)した患者数と当該病棟から他の病棟に移動した患者数をいう。ただし、当該入院における1回目の当該病棟からの退棟のみを数え、再退棟は数えないこととする。

病棟種別の異なる病棟が2以上ある場合において、当該2以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、1回目の退棟のみを新退棟患者として数えるものとする。

- 5 「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者は1の①及び②から除く。

- 6 短期滞在手術等基本料3を算定した患者であって6日以降も入院する場合は、①及び②に含めるものとし、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

- 7 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入院基本料及び10対1入院基本料を算定する病棟に90日を超えて入院する患者について療養病棟入院基本料1の例により算定を行うことを地方厚生(支)局長へ届け出た病棟については、平成27年9月30日までの間、出来高により算定する病室を指定する場合は、当該病室に入院する患者についても平均在院日数の計算対象から除外する。

看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）

1 一般病棟の場合

【 1病棟（1看護単位）入院患者数40人で一般病棟入院基本料の10対1入院基本料の届出を行う場合 】

- 1勤務帯8時間、1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たり必要となる看護職員の数が12人以上であること。
- 当該届出区分において、月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員（看護師及び准看護師をいう）の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護師の比率が70%以上であること。
- 当該病棟が交代制の勤務形態であること。
- 夜間勤務の看護職員配置については、看護師1人を含む2人以上であること。
- 当該病棟の平均在院日数が21日以内であること。

(1) 看護職員配置の算出方法

- ① 各勤務帯に従事している看護職員の1人当たりの受け持ち患者数が10人以内であること。
 $(40人 \times 1 / 10) \times 3 =$ 当該病棟に1日当たり12人（小数点以下切り上げ）以上の看護職員が勤務していること。

- ② 月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護師の比率が70%を満たすこと。

当該病棟の月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員の数が12人の場合、実際に勤務する月平均1日当たりの看護師は8.4人以上であること。

$$12人 \times 70\% = 8.4人$$

(2) 看護職員1人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

- 各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護職員1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の従事者数}}$$

※ 夜勤専従者及び夜勤16時間以下の看護職員を除く

- ① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：16時から翌朝8時まで（16時間）

- ② 夜勤時間と従事者数：2人以上の看護職員が配置されている。

16時～24時30分（看護師3人、計3人）

0時～8時30分（看護師2人、准看護師1人 計3人）

- ③ 1月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：23人（8人+11人+4人）

8人×72時間 = 576時間 (a)

11人×64時間 = 704時間 (b)

4人×40時間 = 160時間 (c)

※ 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（24時から24時30分）は

申し送った従事者の夜勤時間には含めない。

④ 月延夜勤時間数：1,440時間 ((a)～(c)の合計)

⑤ 月平均夜勤時間数:72時間以下である。

$$1,440\text{時間} \div 23\text{人} = 62.6\text{時間} \text{ (小数点2位以下切り捨て)}$$

2 療養病棟の場合

【 1病棟（1看護単位）入院患者数40人で療養病棟入院基本料2の届出を行う場合 】

- 1勤務帯8時間、1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たり必要となる看護職員の数が5人以上であって、かつ、看護補助業務を行う看護補助者の数が5人以上であること。
- 当該届出区分において、月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護師の比率が20%以上であること。
- 当該病棟が交代制の勤務形態であること。
- 夜間勤務の看護職員配置については、看護職員1人と看護補助者1人の計2人以上であってもよい。

(1) 看護要員配置の算出方法

- ① 各勤務帯に従事している看護職員の1人当たりの受け持ち患者数が25人以内であること。
(40人×1/25)×3=当該病棟に1日当たり5人(小数点以下切り上げ)以上の看護職員が勤務していること。
- ② 月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護師の比率が20%を満たすこと。
当該病棟の月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員の数が5人の場合、実際に勤務する月平均1日当たりの看護師は1人以上であること。
 $5\text{人} \times 20\% = 1\text{人}$
- ③ 1日に従事している看護補助者の1人当たりの受け持ち患者数が25人以内であること。
(40人×1/25)×3 = 5人(小数点以下切り上げ)

(2) 看護要員1人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

- 各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護要員1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。
 - ① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：17時から翌朝9時まで（16時間）
 - ② 夜勤時間と従事者数：2人以上の看護要員が配置されている。

17時～23時30分	(准看護師1人、看護補助者1人 計2人)
23時～9時30分	(看護師1人、看護補助者1人 計2人)
7時～12時(夜勤は7時～9時)	(准看護師1人 看護補助者1人 計2人)
17時～9時	(夜勤専従者1人、月64時間勤務)

③ 1月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：18人(2人+7人+8人+1人)

$$2\text{人} \times 72\text{時間} = 144\text{時間} \text{ (a)}$$

$$7\text{人} \times 68\text{時間} = 476\text{時間} \text{ (b)}$$

$$8\text{人} \times 54\text{時間} = 432\text{時間} \text{ (c)}$$

$$1\text{人} \times 28\text{時間} = 28\text{時間} \text{ (d)}$$

※ 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間(23時から23時30分)は

申し送った従事者の夜勤時間には含めない。
※ 夜間専従者及び夜勤16時間以下の者を除く。

④ 月延夜勤時間数：1,080時間((a)～(d)の合計)

⑤ 月平均夜勤時間数：72時間以下である。

$$1,080\text{時間} \div 18\text{人} = 60.0\text{時間} \text{ (小数点2位以下切り捨て)}$$

入院基本料に係る看護記録

入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の1単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。ただし、その様式、名称等は各保険医療機関が適当とする方法で差し支えない。

1 患者の個人記録

(1) 経過記録

個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。

ただし、病状安定期においては診療録の温度表等に状態の記載欄を設け、その要点を記録する程度でもよい。

(2) 看護計画に関する記録

個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録するもの。

なお、重症度、医療・看護必要度に係る評価を行う入院料を算定する病棟の患者については、モニタリング及び処置等、あるいは、患者の状態等の項目の評価に関する根拠等について、(1)、(2)またはその他診療録等のいずれかに記録すること。

2 看護業務の計画に関する記録

(1) 看護業務の管理に関する記録

患者の移動、特別な問題を持つ患者の状態及び特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務状況並びに勤務交代に際して申し送る必要のある事項等を各勤務帯ごとに記録するもの。

(2) 看護業務の計画に関する記録

看護要員の勤務計画及び業務分担並びに看護師、准看護師の受け持ち患者割当等について看護チームごとに掲げておくもの。看護職員を適正に配置するための患者の状態に関する評価の記録。

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(地域包括ケア病棟病棟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>

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。

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（地域包括ケア病棟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。

1. 評価票の記入は、院内研修を受けたものを行うこと。なお、院内研修は、所定の研修を修了したもの、あるいは評価に習熟したものを行う研修であることが望ましい。なお、研修は直近の研修とし、院内での研修担当者は、概ね3年以内の関係機関による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、7対1入院基本料、10対1入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料1（評価はA項目のみに限る。）、一般病棟看護必要度評価加算又は急性期看護補助体制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並びに患者の状況等の日常生活動作の自立度について、回復期リハビリテーション病棟入院料1は入院時、その他は毎日評価を行うこと。
4. 評価は24時間（前日の評価後から本日の評価時刻まで）の記録と観察に基づいて行い、推測は行わないこと。ただし、入院日等で24時間の記録と観察が行えない患者の場合であっても測定対象となり、当該病棟に入院（入室）した時点から評価時刻までの記録と観察を行い評価票に記載すること。
5. 評価時間は一定の時刻で行うこと。ただし、調査当日の定刻から翌日の定刻時刻の間で、患者が入院し退院となる場合、或いは入院患者が退院する場合は、評価票のすべての項目について、退院時刻までの評価を行い、その日の評価とすることができる。
6. 手術室や透析室、X線撮影室等、当該病棟以外での評価は含めない。

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の処置があり、看護師等が医師の介助をした場合場合、あるいは看護師等が自ら処置を実施した場合に、かつその記録があることを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を実施しなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。
「あり」
創傷処置のいずれかを実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

ここでいう創傷とは、皮膚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。褥瘡はNPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN分類d2以上のものをいう。ガーゼ、フィルム材等の創傷被覆材の交換等を伴わない観察のみの行為は創傷処置に含まない。縫合部の処置、縫合固定を伴うカテーテルの挿入部並びにカテーテル抜去後の縫合は創傷処置となる。但し、眼科手術後の点眼等及び排泄物の処理に関するストーマ処置は、ここでいう創傷処置には含まない。また、気管切開口、胃瘻、ストーマ等、造設から抜糸もしくは滲出が見られなくなるまでの間の創傷に対する処置は含まれるが、瘻孔として確立した状態での洗浄等の処置は創傷処置に含まない。
なお、看護師等が介助、あるいは処置を実施し、創傷の観察・処置内容は、各定義及び留意点に基づいて判断等について記録したもののみ評価すること。
(参考)

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

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。

【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

~~項目の定義~~

~~— 血圧測定は、過去24時間を実施した血圧の測定回数、かつその測定値の記録があることを評価する項目である。~~

~~選択肢の判断基準~~

~~— 過去24時間に当該病棟で測定され、記録された血圧測定値の数で判断する。~~

~~判断に際しての留意点~~

~~— この場合の血圧測定の方法は、測定の部位や血圧計の種類（水銀式血圧計、電子血圧計、自動血圧計等）や聴診・触診等の手法の違いは問わない。
— 血圧の持続モニターを行っている場合、あるいは自動血圧測定装置で血圧を測定している場合は、測定値を観察して記録に残っている回数で評価する。記録は、看護記録・体温表・フローシート等のいずれかに記入してあればよい。
— また、手術室や透析室、X線撮影室等、当該治療室以外で測定したものや、患者自身で測定したものは、合計回数に含めない。~~

3 時間尿測定

~~項目の定義~~

~~— 時間尿測定は、1時間以内の尿量測定を実施した場合、かつその記録があることを評価する項目である。すなわち、尿量測定値の記録から1時間以内に次の尿量測定値の記録がある場合を1回とし、過去2-4時間で3回以上ある場合を評価する。~~

~~選択肢の判断基準~~

~~「なし」
1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回未満の場合、又は各測定値の記録がない場合のいずれかに該当する場合をいう。
「あり」
1時間以内に実施された尿量測定の回数が3回以上の場合、かつ各測定値の記録がある場合をいう。~~

~~判断に際しての留意点~~

~~— 記録されているもので評価するため、測定しても記録に残していなければ「なし」とする。記録の書式は問わない。~~

2-4 呼吸ケア（喀痰吸引の場合を除く）

項目の定義

呼吸ケアは、人工呼吸器管理、酸素吸入、気道内吸引、口腔内吸引、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーピ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を実施した場合、かつその記録があることを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、~~あるいはその記録がない場合をいう。~~
「あり」
呼吸ケアを1回以上実施した場合、~~かつその記録がある場合をいう。~~

判断に際しての留意点

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(マスク法、経鼻法、酸素テントを実施使用)を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、患者は「あり」とする。エアウェイ挿入、ネブライザー吸入、呼吸訓練は呼吸ケアには含めない。時間の長さや回数の条件はない。

3-5 点滴ライン同時3本以上

項目の定義

点滴ライン同時3本以上は、持続的同時に3本以上の点滴ライン(ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シヤント、硬膜外、動脈、皮下に対するへの点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路)を3本以上同時持続的に使用した場合、かつその記録があることを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」

同時に3本以上の点滴を実施しなかったが実施されなかった場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」

同時に3本以上の点滴をが実施した時間があつたされた場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

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。定義にある点滴ラインが同時に3本以上あれば「あり」とする。

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

ヘパリンロックをしているライン等から、シリンジと延長チューブを用い、手動で静脈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記録の書式は問わないが、医師による指示と看護師等の実施記録が必要である。

4-6 心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターは、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、かつその記録があることを評価する項目である。

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していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施したしている場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

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には含まない。ホルター「なし」となる。心電図は定義に従い、看護師等による持続的な評価モニターの装着時間や記録がある場合に限り含めるの書式、回数は問わない。

5.7 シリンジポンプの管理使用

項目の定義

シリンジポンプの使用は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、△の静脈注射・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、かつその記録があることを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△の静脈注射・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を使用していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して△の静脈注射・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を使用している場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、△の静脈注射・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。

6.8 輸血や血液製剤の管理使用

項目の定義

輸血や血液製剤の使用は、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実施した場合に、かつその記録があることを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していない場合、あるいはその記録がない場合をいう。

「あり」
輸血や血液製剤を使用 状況の管理をしたしている場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての留意点

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。

7.9 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、②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、④放射線治療、⑥④免疫抑制剤の使用、⑦⑤昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧、⑥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、⑦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、かつその記録があることを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、又はその記録がない場合を言う。

「あり」
専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合、かつその記録がある場合をいう。

判断に際しての注意点

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、悪性腫瘍や生存を、細胞増殖に関わる分子分裂に必要な核酸や蛋白の合成を阻害することにより直接的に、又は免疫機構等を目的と介して間接的に阻害して抗悪性腫瘍細胞の注射剤死滅を使用した場合に評価する項目はかる薬である。作用機序や由来から、1) アルキル化薬、2) 代謝拮抗薬、3) 抗腫瘍性抗生物質、4) 植物アルカロイド、5) ホルモン、6) その他（インターフェロン製剤含む）に分類される。

【留意点】

—固形腫瘍、血液系腫瘍を含み、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、薬剤を投与されている患者の種類は問わない。

注射薬管理を評価する。投与の投与方法は、静脈内、動注、皮下注を抗悪性腫瘍剤、体腔、局所への使用の対象に含める。

投与がある。内服、外用は含まない。—抗悪性腫瘍剤を投与した当日のみを対象に含めるが評価し、休業中は含めない。

ただし評価しない。臨床試験を含む。但し、これらの薬剤があくまでも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限る。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【定義】

抗悪性腫瘍剤の内服は、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。

③ 麻薬注射薬の使用 (注射剤のみ)

【定義】

麻薬注射薬は、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薬剤である。「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、麻薬注射薬処方箋を使用した場合に評価する項目発行させなければならない薬剤である。

【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。

注射薬の麻薬の注射薬を使用している場合に限り評価する。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、休薬中は含めないへの投与がある。内服、外用は含まない。

④ 麻薬の内服・貼付・坐剤の管理

【定義】

麻薬の内服・貼付・坐剤の使用は、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、休業中は含めない。

⑤④ 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根絶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。外部照射と内部照射(腔内照射、小線源治療)がある。

【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。放射線治療の対象放射線治療には、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。

外部照射の場合は照射日のみを評価する。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とする。

【参考】

(1) 放射線外部照射

—直線加速器装置(リニアック)からX線、電子線等を体表、体内の腫瘍等に向けて照射する方法。コバルト60のγ線を使う方法もある。ガンマナイフも含まれる。

(2) 密封小線源照射

—放射線同位元素を病巣部に直接刺入又は挿入して照射を行う。内部照射であるが、治療室内で終了する方法と一定期間隔離する方法がある。組織内照射法と腔内照射法がある。遠隔式後充填法(RALS)も腔内照射の一つである。

(3) 非密封小線源照射

—放射線同位元素を投与し、体内から照射する内部照射である。退出基準に達するまで、放射線治療病室での管理が必要なことがある。

(4) 定位放射線照射

—高線量の放射線を多方向から標的に向かって正確に照射する。外部照射の一つである。

⑥④ 免疫抑制剤の管理使用

【定義】

免疫抑制剤の使用は、自己免疫疾患の患者に対する治療、又は、と臓器移植を実施した患者に対して時の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。主な免疫抑制薬は、(1)代謝拮抗薬、(2)カルシニューリン阻害薬、(3)生物学的製剤、(4)副腎皮質ホルモンに分類される。

【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。

評価する。（ただし、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。

を除く）免疫抑制剤を投与した当日のみを含めるが評価し、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評価しない。また、外用は含まない。

【参考】

(1)代謝拮抗薬

プリン拮抗薬

~~アザチオプリン、ミゾリビン、ミコフェノール酸モフェチル、レフルノミド~~

葉酸拮抗薬

~~メトトレキサート~~

(2)カルシニューリン阻害薬

~~シクロスポリン、タクロリムス~~

(3)生物学的製剤

~~ムロモナブ=CD3、バシリキシマブ~~

(4)副腎皮質ホルモン

~~プレドニゾロン~~

⑦⑤ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

昇圧剤は、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証圧剤を使用した場合に評価する項目である場合に血圧を上昇させる薬剤であり、交感神経β刺激作用による心拍出量の増大や、α刺激作用による全末梢抵抗の増加により昇圧作用を示す注射剤である。~~塩酸ドパミン、塩酸ドブタミン、エピネフリン、ノルエピネフリン、塩酸イソプロテノール。~~

【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、休薬中とする。内服は含めない。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含まない。

⑧④ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

【定義】

抗不整脈剤は、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に対して電気生理学的特性からそれぞれNa⁺チャンネル抑制作用、交感神経β受容体遮断作用、K⁺チャンネル抑制作用、Ca²⁺拮抗作用を有する薬に分類される注射剤である。

【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、休薬中とする。内服は含めない。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含まない。

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。

⑩ ⑦ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部で手術創や体腔に誘導管（ドレーン）を継続的に留置し、置いて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し、持続的に除去する場合に評価する項目である方法をいう。閉鎖式、開放式の違いは問わない。経尿道的な膀胱留置カテーテル（尿道バルンカテーテル）は含まない。

【留意点】

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に定義に基づく下記のドレーンが留置されている場合にドレナージ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時間以上評価する。但し、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。

- (1) 脳・脊椎：脳室、脳槽、脊椎ドレーン等
- (2) 胸腔内：胸腔、心嚢、前縦隔ドレーン等

- ~~-(3) 腹腔内：横隔膜下、肝下面、ウインスロー孔、ダグラス窩、後腹膜ドレーン等~~
- ~~-(4) 肝・胆・膵：PTCD、PTGBD、ENBD、胆管、膵管チューブ等~~
- ~~-(5) 腎・尿管：腎盂、尿管カテーテル等~~
- ~~-(6) 消化管：経鼻胃管、イレウス管等~~
- ~~-(7) 創部：創部ドレーン~~

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。
- ~~6. 「B 患者の状況等」に係る患者の状態については、担当の看護師によって記録されていること。~~

~~8-1-0~~ 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。

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。

~~9-1-1~~ 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。

10-1-2 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。

11-1-3 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、イーゼ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。

1.2.1.4 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もかかわらず、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。

1.3.1.5 食事摂取

項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。

ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等

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

選択肢の判断基準

「介助なし」

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

「一部介助」

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。

1416 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。

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や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。

医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き

「医療区分・ADL区分に係る評価票」の記入に当たっては、各項目の「項目の定義」に該当するか否かを判定すること。また、各項目の評価の単位については、「評価の単位」及び「留意点」に従うこと。

なお、「該当する」と判定した場合には、診療録にその根拠を記載すること。ただし、判定以降に患者の状態等の変化がない場合には、診療録に記載しなくても良いが、状態等の変化が見られた場合には診療録にその根拠を記載すること。

I. 算定期間に限りがある区分

(1) 【医療区分3(別表第五の二)】

1. 24時間持続して点滴を実施している状態

項目の定義

24時間持続して点滴を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう24時間持続して点滴を実施している状態とは、経口摂取が困難な場合、循環動態が不安定な場合又は電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められる場合に限るものとする。(初日を含む。)

また、連続した7日間を超えて24時間持続して点滴を行った場合は、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

(2) 【医療区分2(別表第五の三)】

2. 尿路感染症に対する治療を実施している状態

項目の定義

尿沈渣で細菌尿が確認された場合、もしくは白血球尿(>10/HPF)であって、尿路感染症に対する治療を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

連続する14日間を限度とし、15日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

3. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

項目の定義

傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

実施されるリハビリテーションは、医科点数表上のリハビリテーションの部に規定されるものであること。リハビリテーションについては、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

4. 脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療を行っている場合に限る。
尿量減少、体重減少、BUN/Cre比の上昇等が認められ、脱水に対する治療を実施している状態。
連続した7日間を超えて脱水に対する治療を行った場合は、8日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

5. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

項目の定義

消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう消化管等の体内からの出血が反復継続している状態とは、例えば、黒色便、コーヒー残渣様嘔吐、喀血、痔核を除く持続性の便潜血が認められる状態をいう。出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。

6. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態(1日に複数回の嘔吐がある場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療が行われている場合に限る。
嘔吐のあった日から3日間は、本項目に該当する。

7. せん妄に対する治療を実施している状態

項目の定義

せん妄に対する治療を実施している状態(せん妄の症状に対応する治療を行っている場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

「せん妄の兆候」は、以下の6項目のうち「この7日間は通常の状態と異なる」に該当する項目が1つ以上ある場合、本項目に該当するものとする。

- a. 注意がそらされやすい
- b. 周囲の環境に関する認識が変化する
- c. 支離滅裂な会話が時々ある
- d. 落ち着きがない
- e. 無気力
- f. 認知能力が1日の中で変動する

7日間を限度とし、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

8. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

項目の定義

経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

発熱又は嘔吐に対する治療を行っている場合に限る。
連続する7日間を限度とし、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

9. 頻回の血糖検査を実施している状態

項目の定義

頻回の血糖検査を実施している状態(1日3回以上の血糖検査が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。

II. 算定期間に限りがない区分

(1) 【医療区分3(別表第五の二)】

10. スモン

項目の定義

スモン(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

11. 省略

12. 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

項目の定義

循環動態および呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態

評価の単位

1日毎

留意点

少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。（初日を含む。）
動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。

13. 中心静脈栄養を実施している状態

項目の定義

中心静脈栄養を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。

14. 人工呼吸器を使用している状態

項目の定義

人工呼吸器を使用している状態

評価の単位

1日毎

留意点

診療報酬の算定方法の別表第一第二章第9部の「J045 人工呼吸」の「3 5時間を超えた場合(1日につき)」を算定している場合に限る。

15. ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

項目の定義

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

胸腔または腹腔のドレーン又は洗浄を実施しているものに限る。

16. 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

投薬、処置等、発熱に対する治療が行われている場合に限る。

17. 酸素療法を実施している状態

項目の定義

酸素療法を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が 90%以下となる状態であって、酸素療法下では動脈血酸素飽和度に応じて酸素投与量を適切に調整している状態
なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること

18. 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

項目の定義

感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

感染症に対する治療又は管理が行われている期間に限る。

(2) 医療区分2(別表第五の三)

19. 筋ジストロフィー症

項目の定義

筋ジストロフィー症に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

—

20. 多発性硬化症

項目の定義

多発性硬化症(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

21. 筋萎縮性側索硬化症

項目の定義

筋萎縮性側索硬化症(特定疾患治療研究事業実施要綱に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

22. パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))

項目の定義

パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。また、パーキンソン症候群は含まない。

23. その他の難病(スモン、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))を除く。)

項目の定義

その他の難病(特定疾患治療研究事業実施要綱に定める疾患を対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

—

留意点

その他の難病とは、スモン、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患以外の疾患で、「特定疾患治療研究事業実施要綱」に定める疾患を指す。また、必ずしも特定疾患医療受給者証の交付を受けている必要はない。

24. 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

項目の定義

脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

評価の単位

—

留意点

頸椎損傷の場合に限り該当するものとする。

25. 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

項目の定義

慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

評価の単位

—

留意点

—

26. 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

項目の定義

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

評価の単位

月1回

留意点

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法について、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

27, 28 省略

29. 悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

項目の定義

悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

ここでいう医療用麻薬等とは、WHO's pain ladder に定められる第2段階以上のものをいう。

30. 肺炎に対する治療を実施している状態

項目の定義

肺炎に対し画像診断及び血液検査を行い、肺野に明らかな浸潤影を認め、血液検査上炎症所見を伴い、治療が必要な状態

評価の単位

1日毎

留意点

—

31. 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)

項目の定義

褥瘡に対する治療を実施している状態(以下の分類にて第2度以上に該当する場合若しくは褥瘡が2カ所以上に認められる状態に限る。)

- 第1度:皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)
- 第2度:皮膚層の部分的喪失:びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
- 第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
- 第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

評価の単位

1日毎

留意点

部位、大きさ、深度等の褥瘡の程度について診療録に記載し、それぞれについての治療計画を立て治療を実施している場合に該当するものとする。

ただし、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取り扱いを行う場合については、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者または家族の求めに応じて説明を行うこと。

32. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

項目の定義

末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態(以下の分類にて第2度以上に該当する場合に限る。)

- 第1度:皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)
- 第2度:皮膚層の部分的喪失:びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
- 第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
- 第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

評価の単位

1日毎

留意点

—

33. うつ症状に対する治療を実施している状態

項目の定義

うつ症状に対する治療を実施している状態(うつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、「診療報酬の算定方法」別表第一第二章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

「うつ症状」は、以下の7項目のそれぞれについて、うつ症状が初めてみられた日以降において、3日間のうち毎日観察された場合を2点、1日又は2日観察された場合を1点として評価を行う。

- a. 否定的な言葉を言った
- b. 自分や他者に対する継続した怒り
- c. 現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した
- d. 健康上の不満を繰り返した
- e. たびたび不安、心配事を訴えた
- f. 悲しみ、苦悩、心配した表情
- g. 何回も泣いたり涙もろい

本評価によって、3日間における7項目の合計が4点以上であり、かつ、うつ症状に対する治療が行われている場合に限る。

なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

34. 他者に対する暴行が毎日認められる状態

項目の定義

他者に対する暴行が毎日認められる状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう他者に対する暴行が毎日認められる状態とは、例えば、他者を打つ、押す、ひっかく等が認められる状態をいう。なお、医師又は看護師の合計2名以上(ただし、少なくとも1名は医師であることとする)により「他者に対する暴行が毎日認められる」との判断の一致がある場合に限る。

なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

35. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

項目の定義

1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう1日8回以上の喀痰吸引とは、夜間を含め3時間に1回程度の喀痰吸引を行っていることをいう。

36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)

項目の定義

気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)

評価の単位

1日毎

留意点

—

37. 創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

項目の定義

創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態(1日2回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

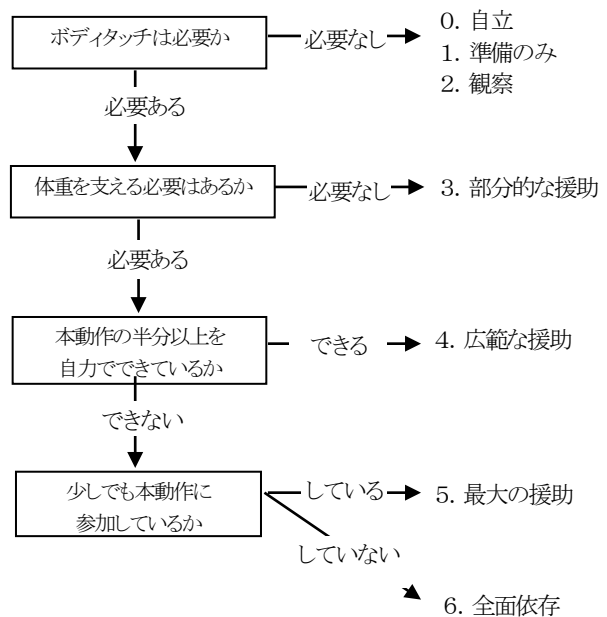
—

III. ADL区分

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目(a.～d.)に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

項目	内容	支援のレベル
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったたり、ベッド上の身体の位置を調整する	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか (浴槽や便座への移乗は除く)	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか。 (上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。 排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	
(合計点)		

0 自立 :手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
1 準備のみ :物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが3回以上
2 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上
3 部分的な援助 :動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を3回以上
4 広範な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を3回以上
5 最大の援助 :動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を3回以上
6 全面依存 :まる3日間すべての面で他者が全面援助した(および本動作は一度もなかった場合)



別紙10

褥瘡 治療・ケアの確認リスト

入院日 (__年__月__日)	患者氏名 (_____) (__才)	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
評価日 (__年__月__日)	評価日の医療区分 (____)	評価日のADL区分 (____)	
記載者サイン (<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者		サイン _____)	

(1) 褥瘡の状態 (部位毎に記載)

- 1 部位 (_____) 大きさ (_____) 数 (_____) ステージ* (_____)
- 2 部位 (_____) 大きさ (_____) 数 (_____) ステージ* (_____)
- 3 部位 (_____) 大きさ (_____) 数 (_____) ステージ* (_____)

(2) 圧迫・ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上法、車椅子姿勢保持等) の実施
あり (具体策: _____) なし

(3) スキンケアの実施 あり (具体策: _____) なし

(4) 栄養治療の実施 あり (具体策: _____) なし

(5) リハビリテーションの実施 あり (_____ 単位/日) なし

(6) 次回評価予定日 (__年 __月 __日)

* 以下は、前月から引き続き褥瘡を生じている場合のみ記載

(7) 褥瘡の状態の変化 (当月評価日時点での比較)

改善した 悪化した どちらともいえない

(8) 前月よりも「悪化した」又は「どちらともいえない」場合の今後の対応策
(_____)

※褥瘡のステージ

- 第1度: 皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない (皮膚の損傷はない)
- 第2度: 皮膚層の部分的喪失: びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
- 第3度: 皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
- 第4度: 皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

尿路感染症 治療・ケアの確認リスト

入院日（__年__月__日） 患者氏名（_____）（__才）男性 女性
評価日（__年__月__日） 評価日の医療区分（__） 評価日のADL区分（__）
記載者サイン（医師 看護師 看護補助者 サイン_____）

（1）診断名

- 急性膀胱炎
急性腎盂腎炎
慢性膀胱炎
慢性腎盂腎炎
その他（_____）

（2）診断時の患者の排尿状況

- カテーテルあり（膀胱留置カテーテル 膀胱瘻又は腎瘻）
おむつあり
上記のいずれもなし

（3）診断時の症状（__月__日）

- ①自覚症状 排尿時痛 残尿感 腎部の自発痛
その他（_____）
- ②バイタルサイン：血圧（____/____） 脈拍（_____）
呼吸数（_____） 体温（_____）
- ③検査値等
- ア）血液検査：（__月__日）： 主な所見（_____）
- イ）尿検査：（__月__日） 主な所見（_____）
- ウ）尿グラム染色：（__月__日）主な所見（_____）
- エ）尿培養：（__月__日）
- オ）起炎菌：大腸菌 緑膿菌 腸球菌 セラチア菌
その他（_____）

（4）実施した治療・ケア

- ①抗生剤の投与：薬剤名（_____）を（__月__日）から（__）日間
②水分補給：経口（_____ml/日） 点滴（_____ml/日）

身体抑制 治療・ケアの確認リスト

入院日（__年__月__日）	患者氏名（_____）	（__才）	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
評価日（__年__月__日）	評価日の医療区分（__）	評価日のADL区分（__）		
記載者サイン（ <input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 看護補助者	サイン_____	

（1）実施した身体抑制の行為（該当するものすべてにチェック）

- 四肢の抑制
- 体幹部の抑制
- ベッドを柵（サイドレール）で囲む
- 介護衣（つなぎ服）の着用
- 車いすや椅子から立ち上がれないようにする
（抑制のための腰ベルトや立ち上がれない椅子の使用）
- ミトンの着用（手指の機能抑制）
- 自分の意志で開けることのできない居室等への隔離

（2）身体抑制の実施に係る3つの要件（切迫性・非代替性・一時性）

- ①要件への該当状況 あり なし
- ②該当状況に関する記録 あり なし

（3）本人および家族に対する説明

- ① 説明の方法 文書のみ
- 口頭のみ
- 文書と口頭の両方

② 説明の内容（該当するものすべてにチェック）

- 実施した身体抑制の行為
- 目的（_____）
- 理由（_____）
- 抑制の時間帯および時間（時間帯：_____）
（抑制時間：_____）
- 実施する期間（概ね _____日間を予定）

認知症である老人の日常生活自立度判定基準（抜粋）

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスがめだつ等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応答や訪問者との応対など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成5年10月26日老健第135号） 厚生省老人保健福祉局長通知

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（抜粋）

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 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 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	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 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	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 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

※判定に当たっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日 老健第102-2号） 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知

超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準

以下の各項目に規定する状態が6か月以上継続する場合^{※1}に、それぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能：座位まで	
2. 判定スコア	(スコア)
(1) レスピレーター管理 ^{※2}	=10
(2) 気管内挿管, 気管切開	= 8
(3) 鼻咽頭エアウェイ	= 5
(4) O ₂ 吸入又は SpO ₂ 90%以下の状態が10%以上	= 5
(5) 1回/時間以上の頻回の吸引	= 8
6回/日以上以上の頻回の吸引	= 3
(6) ネブライザー 6回/日以上または継続使用	= 3
(7) IVH	=10
(8) 経口摂取（全介助） ^{※3}	= 3
経管（経鼻・胃ろう含む） ^{※3}	= 5
(9) 腸ろう・腸管栄養 ^{※3}	= 8
持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）	= 3
(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、 発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上	= 3
(11) 継続する透析（腹膜灌流を含む）	=10
(12) 定期導尿（3回/日以上） ^{※4}	= 5
(13) 人工肛門	= 5
(14) 体位交換 6回/日以上	= 3

〈判定〉

1の運動機能が座位までであり、かつ、2の判定スコアの合計が25点以上の場合を超重症児（者）、10点以上25点未満である場合を準超重症児（者）とする。

^{※1} 新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が1か月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生についてはその後の状態が6か月以上継続する場合とする。

^{※2} 毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシ・NIPPV・CPAPなどは、レスピレーター管理に含む。

^{※3} (8) (9) は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

^{※4} 人工膀胱を含む