

Authors/Theme	Objectives/Contents(sample,method,intervention)	Results/Conclusions
1. Eriksson M, et al:Early or late bath during the first stage of labour :a randomized study of 200women, Miwifery13(3),1997	To determine whether an early bath affected the progress of labour and the use of analgesia when compared with a late bath during the first stage of labour.	A bath during the first stage of labour should preferably be used after a cervical dilatation of 5cm to avoid prolonged labour, and increased use of oxytocin and epidural analgesia.
2. Schmidt I, et al:The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing home, J Am Geriatr Soc46(1),1998	To evaluate the impact of regular multidisciplinary team interventions on the quantity and quality of psychotropic drug prescribing in Swedish nursing homes./ 33nursing homes/ RCT	Baseline results show extensive psychotropic drug prescribing,with the most commonly prescribed drugs being hypnotics, anxiolytics, and antipsychotics.After 12 months of team meeting in the experimental homes,there was a significant decrease in the prescribing of psychotics, benzodiazepine hypnotics, and antidepressants.
3. Schmidt IK, et al:Physician and staff assessments of drug interventions and outcome in Swedish nursing homes,Ann Pharmacother32(1),1998	To describe the type and frequency of drug related problems discussed in regular team meetings conducted in 15 Swedish nursing homes and report physician and staff assessments of these interventions and residents' outcomes./ 15 Swedish nursing homes/ RCT	Unclear indication and problematic choice of drugs were the most common drug-related problems discussed.in 19% of the situations,therapy changes were reported to have had a beneficial effect on the residents' clinical status: in 47% of the situations,staff reported no observable outcome from changes,suggesting that the changes had been appropriate.Medical staff claimed in the follow-up survey that their knowledge about drug therapy had increased.
4. High dose proton pump inhibitor response as an initial strategy for a clinical diagnosis of gastro-oesophageal reflux disease(GERD).Swedish multi-centre group in primary health care.Fam Pract17(5),2000.	To evaluate the outcome of a symptom-based strategy in the management of GERD patients in primary care. Patients in general practice with main symptoms of at least moderate heartburn or regurgitation were given omeprazole 20mg b.i.d. openly for 7days(first phase).Responders with later relapse were randomized to double-blind treatment with omeprazole 20mg o.m. or placebo for 2weeks(second phase).	Of the 362/371 recruited patients who were evaluated in the first phase,79% were responders. A total of 174/179 patients with a relapse were assessed in the second phase, and 74 and 28% in the omeprazole and placebo group, respectively, were defined as responders(p<0.001).

Authors/Theme	Objectives/Contents(sample,method,intervention)	Results/Conclusions
5. Troeng T, et al:Are in-hospital deaths and long stay markers for errors in surgery? Qual Assur Health Care2(2),1990.	To test the feasibility of using system for classification of surgical errors and of in-hospital deaths and long hospital stay as markers for errors in surgery we reviewed the hospital records of 273 patients with 285 admissions.	During the one year study period there were in all 3767 patients admitted for surgical care. From these we selected the 131 who died in the department during the year, the 100 who had the longest stay(greater than 33 days) and the 91 patients were referred to the departments of internal medicine, infectious diseases or orthopedic surgery. Errors were classified as error of omission or commission, in diagnosis or in therapy. Possible or definitive errors were found in the care of 23% of the patients who died and in 10% of the ones with a long hospital stay. Only 3% of patients referred to other departments experienced errors. It is concluded, that "in-hospital death" and "long hospital stay" can be used as markers to identify errors in surgery.
6. Stromberg L, et al:Prospective payment systems and hip fracture treatment costs. Acta Orthop Scand68(1),1997.	To study the health care consumption and costs after a hip fracture in 1060 and 1178 elderly patients admitted from their own home before and after the implementation of a prospective payment system in Stockholm. By using a detailed patient-related accounting system and separating cost for surgery and "hotel" cost, we could compare costs indifferent types of rehabilitation.	After the change in reimbursement system, the orthopedic stay was almost halves from 20 to 12 days. This was achieved by earlier and increased discharge to geriatric wards, where bed-day consumption doubled(107%), so that the total cost actually increased 12%. This is not readily apparent from the official health care statistics, which depict a more favorable development, as diagnosis-related registration for a large part of the geriatric care is no longer included. In contrast, a rehabilitation program in one of the acute hospitals, emphasizing continuity in the postoperative phase, reduced the total cost for treatment and rehabilitation by 12%. A prospective reimbursement aiming at reducing the costs of acute care does not necessarily result in overall savings.
7. Salander P, et al:Pathways from symptoms to medical care: a descriptive study of symptom development and obstacles to early diagnosis in brain tumour patients.Fam Pract16(2),1999.	A consecutive sample of 28 patients with malignant gliomas and their spouses were interviewed about symptom development, help-seeking and experiences of medical care. The cumulative development of their symptoms was described and factors acting as obstacles to medical care were identified.	Most spouses witnessed months of global dysfunction preceding the symptom leading to physician consultation. The patients factors "less alien symptoms" "personality change" and "avoidance"; the spouse factors "spouse's passivity" and "spouse's successive adaptation"; and the physician factors "reasonable alternative diagnosis""physicians' inflexibility" and "physician's personal values" were identified as obstacles on the pathways to appropriate medical care.

Authors/Theme	Objectives/Contents(sample,method,intervention)	Results/Conclusions
8. Aberg-Wistedt A, et al:Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia.Psychiatr Serv46(12),1995.	Two-year outcome of patients with schizophrenic disorders who were assigned to an intensive, team-based case psychiatric services were assessed. The case management model featured increased staff contact time with patients, rehabilitation plans based on patients' expresses needs, and patients' attendance at team meeting where their rehabilitation plan was discussed./ 40patients/ RCT	Patients in the case management group had significantly fewer emergency visits compared with the two years before the study, and their relatives reported significantly reduced burden of case associated with relationships with psychiatric services over the two-year period. The size of patients' social networks increased for the case management group and decreased for the control group.
9. Fagerberg B, et al:Effect of acute stroke unit care integrated with care continuum versus conventional treatment: A randomized 1-year study of elderly patients: the Goteborg 70+ Stroke Study.Strok51(11),2000.	To compare the effect of conventional treatment with the effect of acute stroke unit care integrated with geriatric stroke unit care continuum./ 249 patients(70+)/ RCT	One hundred two patients(61%) in the stroke unit and 49 patients(59%) in the general ward group were alive and at home after 1 year. There were no significant difference in daily life activities or QOL. In patients with concomitant cardiac disease, there was a reduction in death or institutional care after 3 months in the stroke unit group compared with the group receiving conventional care. This effect did not remain after 1 year. Patients seeking care after 24 hours often had mild stroke and lived alone.
10. Halgesen F, et al:Follow-up of prostate cancer patients by on-demand contacts with a specialist nurse: A randomized study. Scand J Urol Nephrol34(1),2000	To evaluate medical safety, patient satisfaction and resource utilization in an on-demand follow-up by a specialist nurse compares with traditional follow-up by a urologist./ totally 400 patients/ RCT	Medical safety, measured as complication frequency and lag time from symptoms to intervention, during the first 3years of the observation period, was similar in the nurse group and urologist group. The analysis of accessibility and the HAD scale showed no significant differences between the groups. The mean outpatient cost(excluding pharmaceutical costs) per patient was lower in the nurse group compared to the urologist group, especially among patients without metastases at inclusion(37% lower cost).

Authors/Theme	Objectives/Contents(sample,method,intervention)	Results/Conclusions
11. Løkk CT, et al: Impact of management change and an intervention program on health care personnel. Psychother Psychosom 69, 2000.	To assess the impact of management change on psychosocial parameters of health care personnel and the effects, if any, of a structured intervention program.	There were no significant changes in the psychosocial parameters of the C ward personnel. In the I-ward, however, there was a significant increase in work demand as well as in positive feelings about work, as compared to the C-ward at the 30-week follow-up. There was also significantly better work comfort in the I-ward.
12. Johanson B, et al: Intensified primary cancer care: a randomized study of home care nurse contacts. J Adv Nurs 30(5), 1999.	To evaluate the effects of intensified primary care on cancer patients' home care nurse contacts, and to study if patients' use of home care services 6 months after diagnosis can be predicted. About 90% of intensified primary care patients reported such contacts, compared to 26% of control patients.	Routines like those implemented through intensified primary care may be an effective strategy to increase the accessibility and continuity of care, especially for elderly people and for patients with a need for long-term contacts.
13. Lundborg CS, et al: Influencing prescribing for urinary tract infection and asthma in primary care in Sweden: a randomized controlled trial of an interactive educational intervention. J Clin Epidemiol 52(8), 1999.	To evaluate effects on prescribing for urinary tract infection (UTI) and asthma, of an education with messages based on national guidelines, aimed at improving prescribing in primary care in Sweden. / UTI: 18 groups 104 GPs, asthma: 18 groups 100 GPs / RCT	Prescribing of first choice UTI drugs increased in the intervention arm from 52% to 70% and remained constant in the control arm ($p < 0.001$). The proportion of patients receiving an inhaled corticosteroid increases insignificantly in both study arms. The educational model can be used to improve prescribing.
14. Hellenius ML, et al: Four years experience of a cardiovascular opportunistic screening and prevention programme in the primary health care in Sollentuna, Sweden. Scand J Prim Health Care 17, 1999.	To study the feasibility of a cardiovascular prevention program. Advice and treatment to reduce identified cardiovascular risk factors. Individually designed follow-up. / 51000 inhabitants / RCT	During 4 years 5622 persons, of whom 4655 (83%) were in the age group 20-60 years, participated in the programme. The prevalences of risk factors as smoking, overweight, hypertension, hypercholesterolaemia and hypertriglyceridaemia were high. At follow-up investigations, mean S-cholesterol levels were reduced by 7% among men and 10% among women. S-triglycerides were reduced by 24% and 42%, respectively. Diastolic blood pressures were reduced in men from 95 to 90 mmHg and in women from 94 to 88 mmHg.

Authors/Theme	Objectives/Contents(sample,method,intervention)	Results/Conclusions
15. Ekman I, et al: Feasibility of a nurse-monitored, outpatient-care program for elderly with moderate-to-severe, chronic heart failure. Eur Heart J 19(8), 1998.	To evaluate the feasibility of a nurse-monitored, outpatient-care program for elderly patients previously hospitalized with chronic heart failure. / 1541 patients/ RCT	Eighty-nine per cent of all the hospitalized patients were 65 years old. Of these, 69% were treated in the medical wards which were screened. The study criteria were met by 158 patients. No visits to the nurse occurred in 23 cases among the 79 patients randomized to the structured-care group (29%) mainly on account of death or fatigue. The numbers of hospitalizations and hospital days did not differ between the structured-care and the usual-care groups.
16. Serafen AL, et al: Health outcomes of post-hospital in-home team care: Health outcomes of post-hospital in-home team care: secondary analysis of a Swedish trial. J Am Geriatr Soc 43(3), 1995.	To Determine patient and treatment-related factors predictive of health outcome. Hospital inpatients stable for discharge from acute care, having at least one chronic condition, and dependent in 1 to 5 Katz activities of daily life (ADLs) were included. / team: 150 patients, usual care: 99 patients/ RCT	Multiple medical, social, behavioral, and functional factors were associated with outcomes. Primary cardiac disease, number of prescription drugs, alcohol abstinence, and baseline mental status all impacted 6-month survival. Controlling for other factors, team care improved the likelihood of ambulation independent of personal assistance at follow-up ($P=0.027$), treating an estimated 10 patients per 1 benefiting. Further, rehabilitative in-home team care neutralized mortality and functional risk factors apparent in usual care.
17. Yomson Y, et al: The costs and effects of two different lipid intervention programmes in primary health care. J Intern Med 237(1), 1995.	To compare the costs and effects of two different intervention strategies for the nonpharmacological treatment of hypercholesterolaemia. / low-intensity: 35 patients, medium-intensity: 41 patients/ RCT	Because the effect of the two intervention programmes did not differ, the low-effectiveness point of view. If only one-third of the population in Stockholm country with cholesterol level > 6.5 mmol L ⁻¹ are discovered by the primary health care system, and follow the treatment advice, the net saving in the low-intensity model compared to the current guidelines here presented as the moderate-intensity model, would be SEK 93 million.

Authors/Theme	Objectives/Contents(sample,method,intervention)	Results/Conclusions
<p>18. Gotherstrom C, et al:Testing a modified Swedish version of the Rush Medicus Nursing Process Quality Monitoring Instrument in short term care.Int J Qual Health Care6(1),1994.</p>	<p>A modified Swedish version of the Rush Medicus Nursing Process Quality Monitoring Instrument(RMI-MSV) has been tested within surgical, medical and orthopedic units in a country hospital./ 3units: 20patients and five registered nurses in each unit, were carried out with an interval of 6 months.</p>	<p>The experimental(E) units tended to show greater improvements than the control(C) units concerning most of the six main objectives included in the instrument. However, the objective dealing with documentation was the only one presenting a statistically significant greater improvement in E units compares with C units. The effects obtained supported the evidence for validity of the RMI-MSV. The RMI-MSV was found to be sensitive to changes and appropriate for quality assessment.</p>
<p>19 . Melin AL, et al:Perceived functional health of frail elderly in an primary home care programme and correlation of self-perception with objective measurements. Scand J Soc Med21(4), 1993.</p>	<p>To examine the effects of a primary home care intervention programme on self-assessed functional health, and the correlation of self-perception with objective measures in frail elderly. Elderly patients about to be discharged from an acute hospital, at risk for institutionalization, were randomly assigned to physician-led primary home care or to standard care.</p>	<p>From study entry to follow-up, the scores for personal activities of daily living were social contacts in the team subjects($p=0.03$). No significances between team and control groups were found for self-rated functions from study entry to follow-up, except for a tentatively statistical significance in self-related physical health in favour of the team subjects. Positive correlations were recorded between all self-rated and objectively rated functions, but they were stronger at follow-up. Physical health and social contacts were overrated, whereas indoor ambulation and social activities were underrated compared to objective measures at at follow-up. Personal activities of daily living, were overrated at study entry, but showed substantial agreement at follow-up. Within demographic subgroups patients over 80 showed a stronger correlation between self-rated and objectively measures social functions after six months than younger patients.</p>

Authors/Theme	Objectives/Contents(sample,method,intervention)	Results/Conclusions
20. Unden AL, et al:Positive effects of increased nurse support for male patients after acute myocardial infarction.Qual Life Res2(2),1993.	The effect of increased nurse support on patients below 70 years of age attending an out-patient clinic following acute myocardial infarction was evaluated. / 56 patients/RCT	Increased nurse support had positive effects on psychosocial variables such as depressive feeling, excepted quality of life in the future, and satisfaction with contact with the staff. Patients in the intervention group showed a decrease in depressive feeling during the 8weeks follow-up period, whereas there was an increase for the control group. . .
21 . Melin AL, et al: The cost-effectiveness of rehabilitation in the home: as study of Swedish elderly.Am Pulic Health83(3),1993.	To investigate whether care of elderly and disabled patients could be more cost-effective after a short-term hospital stay, we examined the impact of a primary home care intervention program on functional status, use and costs of care after 6 months./ team:110 patients, control:73 patients / RCT	Team patients demonstrated better instrumental activities of daily living and outdoor walking and significantly fewer iagnoses and drug at 6 months. They used less inpatient and more outpatient care compared with the control patients. Significant cost reductions were found in the team group.
22. Melin AL, et al:Efficacy of the rehabilitation of elderly primary health care patients after short-stay hospital treatment.Med Care31(11),1992.	To evaluate the impact of a primary home care intervention program on patient outcomes after selected patients were discharged from a short-stay hospital./ 249 patients/RCT	At 6-months follow-up, significant improvement in instrumental activities of daily living($p=0.04$) and outdoor walking($p=0.03$), and medical condition was found in the primary care intervention group compared with the controls and less utilization of long-stay hospital facilities was displayed in the team patients($p<0.001$) than in the controles.

病院について…

一番最後に、当院に入院された時のことについて、最も当てはまるものの□にチェックをして下さい。

当院に入院をされました患者さま、ご本人さまにご記入いただけますよう、よろしく申し上げます。

ご協力お願いいたします。

1) 入院は緊急の入院でしたか？あるいは前は前もって予定されていたか？

- 緊急の入院であった
- 前もって予定されていた入院であった

入院について…

2) 入院の手続きはわかりやすくまどまどまっていますか？

- とても分かりづらかった
- だいたい分かりやすかった
- とても分かりやすかった

3) 入院時に病室に案内されるまでに、必要以上に長く待たされたと思いますか？

- とてもそう思う
- いくらかそう思う
- いいえ

4) 病室に行くまでに待たされた場合、その理由について病院側から説明はありましたか？

- はい
- いいえ
- 待たされなかった

5) 病室に案内をしたスタッフの応対はいかがでしたか？

- 悪かった
- 普通
- 良かった
- とても良かった

医師について…

6) 入院中に、あなたを担当したのは1人の医師でしたか？

- はい
- いいえ
- 分からない

7) あなたが医師に質問があるときには、医師からわかりやすい説明がありましたか？

- いつもあった
- 時々あった
- なかった
- 聞きたいことは特になかった

8) あなたの入院中の状態や処置について心配・不安があったときには、それらについて、医師はあなたと話し合いをしましたか？

- しました
- 少ししました
- いいえ
- 不安・心配はなかった

9) 入院中の医師の処置に対して信頼・信用をしていましたか？

- いつもしていた
- だいたいしていた
- していません

10) 医師があなたの前で、あなたを無視して誰かと話をすることがありましたか？

- いつもあった
- 時々あった
- いいえ

11) 医師の応対はいかがでしたか？

- 悪かった
- 普通
- 良かった
- とても良かった
- 非常に良かった

17) ナースの対応はいかがでしたか？

- 悪かった
- 普通
- 良かった
- とても良かった
- 非常に良かった

18) ナースはいつでも対応してくれましたか？

- してくれなかった
- あまりしてくれなかった
- してくれた
- ほとんどいつもしてくれた
- いつでもしてくれた

病院スタッフは…

19) 医師やナースに、同じ内容のことを聞いたのに、それぞれからまったく違ったことを言われたことがありますか？

- よくあった
- 時々あった
- なかった

20) 治療に関してあなたの意見・考えを十分に伝えることができましたか？

- 全て伝えた
- 多少は伝えた
- いいえ

21) ご家族やその他のあなたの親しい人などが医師と話しあったりする機会は十分ありましたか？

- 十分あった
- 多少あった
- なかった
- 家族も友人も自分の入院と関わっていないなかった
- 家族が話したくなかった もしくは 話す必要がなかった

12) 医師はいつでも対応してくれましたか？

- してくれなかった
- あまりしてくれなかった
- してくれた
- ほとんどいつもしてくれた
- いつでもしてくれた

ナースは…

13) あなたがナースに聞きたい質問があるときには、ナースからわかりやすい説明がありましたか？

- いつもあった
- 時々あった
- なかった
- 特に聞きたいことはなかった

14) あなたの入院中の状態や処置について心配・不安があったときには、それらについて、ナースはあなたと話し合いをしましたか？

- しました
- 少ししました
- いいえ
- 不安・心配はなかった

15) 入院中のナースの処置・ケアに対して信頼・信用をしていましたか？

- いつもしていた
- だいたいしていた
- していません

16) ナースがあなたの前で、あなたを無視して誰かと話をすることがありましたか？

- いつもあった
- 時々あった
- いいえ

- 27) 予定されていた検査、処置は予定時間通りに行われましたか？
- いつも行なわれた
 - だいたい行なわれた
 - いいえ
 - 検査、処置は行なわなかった

- 28) 病院にいる間、あなたは尊重され、尊厳を守られた応対を受けたと感じられますか？
- いつも受けていたと思う
 - だいたい受けていたと思う
 - いいえ

痛みについて…

- 29) 入院中、痛みを感じたことはありますか？
- はい
 - いいえ (質問35からお答えください)

- 30) 痛みは げげしいものでしたか？あるいはなんとかがまんできるくらい痛み、もしくは軽い痛みでしたか？
- はげしい痛み
 - なんとか我慢できるくらい痛み
 - 軽い痛み

- 31) 鎮痛薬を要求しましたか？
- はい
 - いいえ (質問35からお答えください)

- 32) 鎮痛薬を要求してから、実際に与えられるまでにいくつものどれくらい時間がかかりましたか？
- 0分/すぐ
 - 1~5分
 - 6~10分
 - 11~15分
 - 16~30分
 - 30分以上
 - 一匹も鎮痛薬は使われなかった

- 22) あなたの状態や治療について、ご家族やその他のあなたの親しい人に医療者からどれくらい情報提供・説明がありましたか？

- 少なかった
- ちょうどよい
- 多すぎた
- 家族も友人も自分の入院と関わっていなかった
- 家族が情報提供・説明を要さなかった

- 23) 心配事などについて話をすることができている病院スタッフはいましたか？
- はい
 - なんとか見つけた
 - いいえ
 - 話したくなかった/心配事はなかった

- 24) あなたがトイレに行くときに援助が必要な場合には、トイレに間に合うよう援助を受けられましたか？
- いつも受けられた
 - だいたい受けられた
 - いいえ
 - 援助は必要なかった

- 25) ナースコールを押してから、あなたが必要とした援助を受けるまでにいくつものどれくらい時間がかかりましたか？
- 0分/すぐ
 - 1~5分
 - 6~10分
 - 11~15分
 - 16~30分
 - 30分以上
 - ナースコールを押さなかった
 - 一度も援助を受けなかった

- 26) 医師あるいはナースから、わかりやすく検査結果について説明がありましたか？
- わかりやすい説明を受けた
 - だいたい説明を受けた
 - いいえ
 - 検査は行わなかった

- 39) 手術結果について、わかりやすい説明がありましたか？
- あった
 - だいたいあった
 - いいえ
 - 配偶者、その他の人に説明があった

退院について…

- 40) ご自宅に戻られてから服用する薬について、あなたが理解できるように病院のスタッフから説明がありましたか？
- あった
 - だいたいあった
 - なかった
 - 説明の必要はなかった
 - 家に戻ってから飲む薬はなかった

- 41) ご自宅に戻られてから、注意を要する薬の副作用についての説明がありましたか？
- あった
 - だいたいあった
 - なかった
 - 説明の必要はなかった
 - 家に戻ってから飲む薬はなかった

- 42) ご自宅に戻られてから、注意を要する病気・手術に関連した危険兆候・症状についての説明がありましたか？
- あった
 - だいたいあった
 - なかった

- 43) 仕事に復帰する、車を運転するといった日常の活動について、いつから再開できるかという話がありましたか？
- あった
 - だいたいあった
 - なかった

- 33) あなたの痛みを軽減するために病院のスタッフはできるだけ限りのことをしたと思いますか？
- 思う
 - だいたい思う
 - 思わない

34) 全体的に、鎮痛薬をどれくらい使ってもらえましたか？

- 痛みを抑えるのに十分でなかった
- 痛みをおさえるのにちょうどよい量であった
- 多すぎた

外科医は…

- 35) 病院で手術を受けましたか？
- はい
 - いいえ (質問 40 からお答えください)
 - わからない (質問 40 からお答えください)

36) 外科医はわかりやすく手術に伴うリスク (危険性) と利点について説明をしましたか？

- すべてした
- だいたいした
- いいえ
- 配偶者、その他の人に説明した
- 説明を受ける必要はなかった

37) 手術に関するあなたの質問に、外科医あるいはその他の担当医師はあなたが理解できるようにお答えしましたか？

- すべてした
- だいたいした
- いいえ
- 質問はなかった

38) 手術後の状態について、医師あるいはナースから正確に説明がありましたか？

- あった
- だいたいあった
- いいえ

44) 医師あるいはナースから、ご家族やその他のあなたの親しい人に、あなたの回復に必要な情報や説明がありましたか？

- あった
- だいたいあった
- なかった
- 家族も友人も自分の入院に関わっていなかった
- 家族が情報提供・説明を要さなかった

45) 病院にいる間、入院費用の支払い方法について心配・不安がありましたか？

- とても心配した
- 多少心配した
- 心配しなかった

46) 入院費用の支払い方法について、病院スタッフから必要な援助が受けられましたか？

- あった
- いくらかあった
- いいえ
- 援助は要さなかった

全体的な印象について…

47) 医師とナースが、うまく協力して働いていたと思われませんか？

- 思わない
- 普通だった
- 協力していたと思う
- よく協力していたと思う
- とても良かったと思う

48) 全体的に、病院で受けたケアについてどう思われますか？

- 悪かった
- 普通
- 良かった
- とても良かった
- 素晴らしいかった

49) あなたの友人・ご家族にこちらの病院を薦めるでしょうか？

- 絶対薦める
- たぶん薦める
- 薦めない

次の質問は、患者さま皆様にお伺いしているものです。
あなた自身のことについて少しお聞かせください。

背景について…

50) 全体として、あなたの現在の健康状態はいかがですか？

- 悪い
- 普通
- よい
- とてもよい
- 最高

51) 過去一ヶ月の間に、何日間くらい、病気や怪我などのために一日中あるいは1日の一部をベッドで過ごしましたか（自宅・病院すべてを含めて）？

_____日間

52) 済生会中央病院での入院も含めて、過去六カ月の間に何回程病院に入院されましたか？

- 今回のみ
 2回
 3回以上

53) 一番最後に当院に入院をされたときの詳しい入院期間をお教え下さい。
約 _____ 日間もしくは _____ ケ月間

54) そのときの退院時期は、ご自分の病気の状態などから考えて、妥当であったと思いますか？

はい・いいえ (どちらかに○をして下さい)

いいえ とお答えの方にお聞きます。

- 1) 退院時期は早すぎたと思われませんか？あるいは遅すぎたと思われませんか？
早すぎた・遅すぎた (どちらかに○をして下さい)。
2) そう思われる理由をお教え下さい。

55) 医療費健康保険はどちらに入られていますか？

- 国民健康保険
 社会保険
 高齢者保険
 その他の保険
 自費
 わからない

56) 何年生まれでしょうか？

明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 年
西暦 _____ 年 _____ 年

55) あなたは…

女性・男性

56) 最終学歴についてお尋ねします。

- A) 中学校卒業
B) 高等学校卒業
C) 専門学校、専修学校、短期大学卒業
D) 大学卒業
E) 大学院卒業

57) 結婚状況 (未婚・既婚・離婚・離婚その他) についてお尋ねします。

- A) 既婚
B) 同棲
C) 離婚
D) 別居
E) 未婚

アンケートへのご協力ありがとうございます。

なお、今後、調査班の方からお電話でさらにお話を伺わせていただくことがありましたら、お受けしていただけますでしょうか？

はい・いいえ

可能な方は、お電話番号と都合の良い時間帯、曜日等をご記入下さい。

お電話番号 _____

都合の良い時間帯、曜日等 _____

股関節機能判定基準

ID: 氏名: 年 月 日 (評価日)

疼痛	右 左		可動域		歩行能力		日常生活動作			
	右	左	右	左			寝具	困難	不能	
股関節に関する 訴訴が全くない	40	40	屈曲 伸展		長距離歩行、速歩が可能、歩姿は正 常、	20	腰かけ	4	2	0
不定愁訴(違和感、疲労 感)があるが、痛みはな い	35	35	外転 内転		長距離歩行、速歩は可能であるが、 軽度のは行を伴うことがある。	18	立ち仕事(家事 を含む 注1)	4	2	0
歩行時痛みはない(ただ し歩行開始時あるいは 長時間歩行後疼痛を伴 うことがある)	30	30	点数 注)	屈曲 外転	杖なしで、約20分または2km歩行 可能である。は行がある。日常生活 の屋内活動にはほとんど支障がな い。	15	しやがみこ み、立ち上がり 注2)	4	2	0
自発痛はない、歩行時 疼痛はあるが、短時間 の休息で消退する。	20	20			杖なしで、10-15分程度、あるいは 約500m歩行可能であるが、それ以 上の場合1本杖が必要である。は行 がある。	10	階段の昇り降 り 注3)	4	2	0
自発痛はときどきあ る。歩行時疼痛がある が、休息により軽快す る。	10	10			屋内活動はできるが、屋外活動は困 難である。屋外では2本杖を必要と する。	5	車、バスなどの 乗り降り	4	2	0
持続的に自発痛または 夜間痛がある。	0	0			ほとんど歩行不能 具体的表現	0				
具体的表現										

右	左

総合評価

病名: 治療法: 手術日: 年月日 表記方法:

右、左 疼痛+可動域

両側の機能 歩行能力+日常生活動作

カテゴリー: A: 片側 B: 片側 C: 多関節罹患

股関節機能判定基準の記入要領

疼痛について

- ① 左右別々に記入する。
- ② 40点は現行法と異なり、全く正常な股関節を対象とするので注意を要する。
- ③ 記載に際しては欄外に「具体的表現」の項があるので、ここに患者の表現をできるだけ記入する。

可動域について

- ① 左右別々に記入する。
- ② 関節運動の範囲は他動による可動域とする。外転は膝蓋骨正面中間位とする。
- ③ 屈曲、外転ともに10°刻みで評価し、屈曲は10°に1点、外転は10°に2点を与える。拘縮がある場合にはその角度を差し引いて点数を算出する

屈曲(評価点)	外転(評価点)
10° →1点	0° 以下→0点 1° 以上→2点
90° →9点	10° 以上→4点 20° 以上→6点
120° →12点	30° 以上→8点

*拘縮のない場合

(例)屈曲 100°、伸展 0° } の場合 →10点 } 計 16点
外転 20° } →6点 }

*拘縮のある場合

(例)屈曲拘縮 20°、外転拘縮 5° で屈曲 100°、外転 20° 可能な場合
屈曲 100° - 20° = 80° →8点 } 計 12点
外転 20° - 5° = 15° →4点 }

歩行能力について

- ① 20点、18点の項に表記される「速歩」とは「小走り」と理解する。これと同様の動作はすべて速歩とする。
- ② 内容に関しては欄外の具体的表現の所に記入する。

日常生活動作について

- ① 立ち仕事、しゃがみこみ・立ち上がり、階段の昇り降りについては脚注に準じて困難を判断する。
- ② 車、バスなどの乗り降りについては本人の訴えで判断する。

カテゴリーについて

- ① カテゴリーA は片側股関節罹患例
- ② カテゴリーB は両側股関節罹患例
カテゴリーA, B ともに股関節以外に歩行能力や日常生活動作に障害をもたらす疾患がないものである。
- ③ カテゴリーC は多関節罹患例など、RA などの多関節罹患のほか、脊椎、膝、足関節など、股関節以外に歩行能力や日常生活動作に障害をもたらす疾患を有するものである。したがって片側股関節罹患に子のような状態が加わった例も含まれる。

表記法について

両側機能と片側機能に分けられる項目で得点をそれぞれ記載して見られるようにした。

右、左	:	疼痛と可動域の合計	とし、満点は	60、60	となる。
両側の機能		歩行能力と日常動作の合計		40	

たとえば、人工股関節置換術の両側例(あるいはカテゴリーB)で、左のみ手術が試行された場合、評価点が 35, 48 であったなら、カテゴリーB で左術前××点が術後 76 点になった、という表現になる。