

6. 退院後のサービス利用状況

退院後、在宅サービスを利用している 31 人について、退院後 1 ヶ月の状態を、それぞれ訪問看護ステーション又は在宅介護支援事業所にフォローアップの調査を依頼し、29 人分（17 事業所）を回収した。その内訳は、6 ヶ所の訪問看護ステーションから 11 人分、11 ヶ所の居宅介護支援事業所から 18 人分である。

(1) 受診状況

退院後 1 ヶ月以内に外来受診をしたのは 22 人(75.9%)で、受診日数は平均 2.1 日、在宅医療(往診または訪問診療)を受けたのは 5 人で平均 3.4 日となっている。

表 29 退院後 1 ヶ月の受診状況

	対象 人数	外来受診			在宅医療		
		人数	日数	平均日数	人数	日数	平均日数
訪問看護ステーション (6カ所)	11人	4人	8日	2.0日	4人	7日	1.8日
	100.0%	36.4%			36.4%		
居宅介護支援事業所 (11カ所)	18人	18人	39日	2.2日	1人	10日	10.0日
	100.0%	100.0%			5.6%		
合 計	29人	22人	47日	2.1日	5人	17日	3.4日
	100.0%	75.9%			17.2%		

(2) 在宅サービスの利用状況

訪問看護を受けたのは 12 人で、平均 7.5 日(医療訪問 2 人、6.5 日、介護訪問 11 人、7.0 日)となっている。

また、介護保険サービスを受けたのが 22 人(75.9%)で、訪問看護が 10 人、福祉用具貸与 6 人、通所リハビリテーション 5 人などとなっており、介護給付費は平均 50,717 円となっている。一方、救急外来の受診は 1 人、再入院は 2 人(6.9%)で、同一傷病によるものが 1 人となっている。

なお、急性期病院再入院患者数の実績は、平成 17 年 4 月から 6 月の 3 ヶ月間で 837 人の退院に対して 48 人(5.7%)となっている。今回の研究では在宅に退院した患者数が充分ではなく、再入院率の変化まで分析することが出来なかった。

表 30 在宅サービスの利用

対象 人数	訪問看護			訪問 介護	訪問入浴 介護	訪問 看護	訪問 リハ	通所 介護	通所 リハ	短期 療養	福祉用具	
	医療 保険	看護 保険	貸与								購入費 支給	
29人	12人	2人	11人	10人	3人	11人	1人	2人	5人	1人	6人	1人
100.0%	41.4%	6.9%	37.9%	34.5%	10.3%	37.9%	3.4%	6.9%	17.2%	3.4%	20.7%	3.4%

表 31 在宅サービスの利用種類数と平均金額

	人数	平均金額(円)
1種類	11人	39,860
2種類	4人	24,824
3種類	6人	52,965
4種類	1人	204,332
平均	22人	50,717

第Ⅲ章 MDS-AC の試用結果

1. 調査概要

(1) 目的

アセスメントが連携マニュアルの中心となるため、MDS-AC（急性期患者の状態を把握するための体系的なアセスメント表、Minimum Data Set-Acute Care）をモデル的に実施し、利用可能性を検討することを目的とする。また、アセスメントを実施することが、退院時の目標を設定するうえで家族と合意がしやすくなるかについても検証する。

(2) 調査期間

平成 18 年 2 月 21 日（火）～3 月 24 日（金）

(3) 対象

調査期間中に入院する 65 歳以上

(4) 実施者

病棟看護師

(5) MDS-AC の項目

【基本情報】

- 入院時 入院日、傷病名、要介護度、世帯構成、家族による介護の期待、入院前の状況（経路）、過去 1 年間の入院回数
- 退院時 退院日、退院の理由、退院後の予定、要介護度

【状態の変化】

認知、コミュニケーション・聴覚、行動、身体機能、失禁、健康状態、口腔・栄養状態、皮膚の状態、家族の支援体制等について、①入院前の定常状態、②入院直後の状態（入院 24 時間以内）、③退院時の状態を記入する。

(6) MDS-AC の利用理由

MDS-AC のアセスメント項目のほとんどは、在宅において介護保険のケアプラン作成手法である MDS-HC の項目、及び医療療養病床において包括評価の分類に分類するための項目と同じであり、情報を共有するうえで有用である。

2. 試用結果

(1) 対象者

調査期間中に、入退院した対象者は9人であった。

表 32 対象者

	性別	年齢	主傷病名	要介護度	
				入院時	→ 退院時
1	男	86	急性気管支炎	要介護1	要介護1
2	女	85	急性気管支炎	認定なし	認定なし
3	女	71	糖尿病	認定なし	認定なし
4	女	66	急性気管支炎	認定なし	認定なし
5	女	71	急性腸炎	認定なし	認定なし
6	男	71	甲状腺機能亢進症	認定なし	認定なし
7	女	70	急性胃腸炎	認定なし	認定なし
8	女	87	大腸癌（術後）	要介護1	—
9	女	92	糖尿病	要介護3	要介護3

(2) 記入状況

① 記入内容

【基本情報】

- ・入院前の状況（経路）の記載がないものが、2件あった。
- ・退院時の要介護度について、「入院中変化なし」を付ける項目がなかったため、欄外に「変更なし」と記載されていた。
- ・その他は、すべて記入されていた。

【状態の変化】

- ・記入できていない項目はなかった。

② 所要時間

- ・1人あたり平均30分程度が必要であった。
- ・慣れるにしたがって、アセスメントの視点が理解でき判断が容易になったことで、所要時間の短縮が図られた。ただし、認知症の度合いや家族の関わり状況等により、本人または家族の回答が曖昧な場合には、時間を要した。

3. 病棟看護師による評価

病棟看護師に、MDS-AC の試用について自由記入によるアンケートで伺ったところ、次のような意見を得た。

【良かった点】

- ・同じ視点（同じ項目）に基づいて、病院からの情報が在宅機関へ行くことはよいと思う。
- ・病歴取りでは見えなかった情報を得ることができた。
- ・患者情報の参考となった。

【今後の課題等】

- ・項目が多い。
- ・言葉が難しく、理解するのに時間がかかった。そのため、家族に説明するにも時間を要した。
- ・対象が 65 歳以上であったが、ADL の低下や認知症など全くなく、介護保険の申請をしていない患者も多かった。これらの者に対しては、当てはまらない項目が多かった。
- ・男性の場合は、動ける者であっても家庭内の仕事をしない方がほとんどであるため、IADL（食事の用意、家事一般）を付ける際の判断がむずかしかった。
- ・MDS-AC による情報が、直接ケアに繋がったケースはなかった。
- ・入院前の定常状態については、本人または家族から情報を得た。本人が理解し話せる場合、居家族が患者の状態について十分に理解している場合には、スムーズに把握することができた。しかし、関係の薄い家族の場合には、把握が困難であった。

第IV章 今後の課題

1. 連携マニュアルの作成に向けて

今年度の調査研究より、急性期病院において以下のようなことが把握できた。

- (1) 高齢の入院患者、特に在宅サービスを利用している要介護高齢者については、入院前の定常状態を把握することは有用であり、ケアへの更なる活用が期待できることが分かった。
- (2) 病棟看護師と在宅のケアスタッフが連携の中心になっているので、患者や家族の説明と受け止め方の情報は大切であるが、実際には十分把握されていないのが現状である。
- (3) 入院前に在宅サービスを利用していた患者のほとんどは退院後も引き続き利用していたが、入院前に利用していなかった患者については退院後に利用することは少なく、これらの患者の中にはカテーテル使用、褥瘡などの医療ニーズが高いと推測される患者が含まれていた。

以上から、連携マニュアルは以下の内容を網羅するように作成する。

- ① 要支援・要介護高齢者が急性期病院に入院した時の体系的なアセスメントの方法
- ② 入院前の定常状態を在宅ケア機関等から入手する有効な方法
- ③ 入院直後の状態を院内でのケアにフィードバックする方法
- ④ 退院時の状況から退院後の生活で留意すべき点を押さえる方法

2. 今後の課題

今年度の調査研究より、次年度において検討されるべき課題は、以下のように整理される。

(1) 対象者の選定

これまで、調査対象者を65歳以上の入院患者としてきたが、要支援・要介護認定を受けていない者、または認定を受ける必要がないと判断される者については、退院後に在宅サービスを受けることはなかった。

そこで、次年度においては、65歳以上で、入院時点で介護保険の認定を受けている患者、または、65歳以上で、入院時点で介護保険の認定を受ける必要性が高いと判断された患者を調査対象とする。

(2) 入院前の定常状態の把握

入院前の定常状態を把握することは有用であるが、家族からの説明だけでは正確な把握が困難という病棟看護師の意見もあった。一方、患者が入院前に在宅サービスを利用していた場合には、在宅機関が患者の入院前の定常状態についての情報を持っており、訪問看護師・介護支援専門員が、患者の在宅における情報を補完することが求められる。また、介護保険施設から転院する場合も同様である。

そこで、訪問看護師・介護支援専門員、および介護保険施設の看護師に「入院前ケアの留意書」の作成を可能な限り求め、その有用性を検証することが必要である。

「入院前ケアの留意書」には、以下の項目を記載することが考えられる。

- ・利用しているサービスの概要・定常時の処方やケアの内容
 - ・サービス利用中の本人・家族の対応
 - ・本人・家族の治療・ケアに対する理解
 - ・注意すべき検査結果
 - ・介護保険の認定情報
 - ・入院後の留意点
- 等

(3) 医師の関与

入院中の主治医と在宅の主治医の連携を強化することはかねてからの課題であり、急性期病院と在宅機関の連携の強化による切れ目のないケアの確立には、入院中の主治医の関与が不可欠である。そこで、病棟看護師が、入院前の定常状態および入院時の状態を入院

後数日以内にサマリー化して医師に提出し、入院中の治療目標に反映させることが求められる。さらに、入院の主治医は、病棟看護師が「退院後ケアの留意書」に記載した内容を点検し、留意事項を加筆することにより、在宅の主治医に対して、患者・家族、在宅機関、介護保険施設と共有した情報を構築することが可能と考えられる。

(4) 退院後の適切なケアの提供

入院前に在宅サービスを利用していなかった患者は75人で、退院後サービスを利用したのは2人とどまっている。しかし、これらの患者の中には、入院前に介護認定を受けている患者が18人、そのうち在宅からの入院が16人であった。そのため、患者が退院後も適切なケアを受けられるよう、退院時に、病棟看護師・医師から患者・家族、訪問看護師・介護支援専門員、在宅の主治医に、患者の退院後のケアに必要な情報を提供することが必要である。

そこで、病棟看護師・医師が共同で「退院後ケアの留意書」を作成し、その有用性を検証することが必要である。

「退院後ケアの留意書」には、以下の項目を記載することが考えられる。

- ・入院時・入院中の主な問題リストとその転帰
 - ・退院、転院・転所後のケアの留意点
 - ・本人・家族の入院治療に対する意向
 - ・退院後に留意すべき主な検査結果
 - ・退院時処方の内容
 - ・退院時の介護保険の認定レベル
 - ・医師としての留意事項
- 等

資 料

患者調査票

ID番号		性別	1. 男 2. 女
生年月日	明・大・昭	年 月 日	(歳)

A. 基本情報（入院時に記入）		記入日	平成 17 年 月 日
A 1. 入院日	平成 年 月 日		
A 2. 主傷病名			
A 3. 要介護度	1. 認定なし 2. 要支援 3. 要介護 1 4. 要介護 2 5. 要介護 3 6. 要介護 4 7. 要介護 5	<input type="checkbox"/>	
A 4. 世帯構成	1. 単身 2. 高齢世帯 3. 子供等と同居 4. その他の世帯 ()	<input type="checkbox"/>	
A 5. 家族による介護（入院時）	1. 期待できる 2. 困難である 3. できない 4. 必要ない	<input type="checkbox"/>	
A 6. 入院前の状況（経路）	1. 他の病院から転院 2. 介護保険施設から転所（介護療養型医療施設を含む） 3. 在宅で訪問看護サービスを利用 4. 在宅で訪問看護は受けていないが他の介護保険居宅サービスを利用 5. 上記以外（サービス利用なしを含む）	<input type="checkbox"/>	
A 7. 過去 1 年間の入院回数	当院 <input type="checkbox"/> 回 他院 <input type="checkbox"/> 回		

B. 入院前から退院時までの状況 (1)、(2) は入院時、(3) は退院時にそれぞれ記入

	選択項目	(1) 入院前 の定常 状態	(2) 入院 24 時間 以内	(3) 退院時
B 1. 移動方法	1. 担送 2. 護送 3. 独歩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 2. 問題行動の有無	1. あり 2. なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 3. 尿失禁の有無	0. 完全にコントロールできる：カテーテルや瘻を使用していない 1. カテーテルや瘻を使用して、尿もれがない 2. 通常は失禁しない：週 1 回以下 3. 時々失禁する：週 2 回以上だが、毎日ではない : 24 時間以内に 1～2 回 4. しばしば失禁する：毎日失禁する傾向にあるが、いくらコントロールが保たれている（例えば日中だけなど） 5. 失禁状態；膀胱のコントロール不十分・毎日頻回に失禁 6. 膀胱から尿の排泄がなかった（(2) のみの選択項目）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	選択項目	(1) 入院前 の定常 状態	(2) 入院 24時間 以内	(3) 退院時
B 4. 褥瘡の有無	0. なし 1. 皮膚の発赤が持続しているところがある 2. 皮膚層の部分的喪失：びらん 3. 深い潰瘍がある 4. 筋・骨組織が露出している 5. 壊疽組織となっている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 5. せん妄の有無	0. なかった 1. 最近始まったのではない 2. 症状が新たに始まったり、悪化したりした	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 6. 留置カテーテルの使用	1. あり 2. なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 7. 瘻の管理 (PEG含む)	1. あり 2. なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 8. 身体抑制	1. あり 2. なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. 入院後に発生した状況（入院中に記入）

C 1. 転倒の有無	C 2. 肺炎の有無	C 3. 尿路感染症の有無
1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし

D. 退院時の状況（退院時に記入）

※調査期間中に退院した場合に記入

D 1. 退院日	平成 17 年 月 日		
D 2. 退院の理由	1. 病状の改善 2. ADLの改善 3. 状態の安定 4. 本人の意向 5. 家族の意向 6. 他の病院へ転院 7. 上記以外	具体的に <div style="border: 1px dashed black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>
D 3. 退院後の予定	1. 他の病院へ転院 2. 介護保険施設へ転所（介護療養型医療施設を含む） 3. 在宅で訪問看護サービスを利用 4. 在宅で訪問看護は受けていないが他の介護保険居宅サービスを利用 5. 上記以外（サービス利用なしを含む）		<input type="checkbox"/>
D 4. 要介護度	1. 認定なし 2. 要支援 3. 要介護 1 4. 要介護 2 5. 要介護 3 6. 要介護 4 7. 要介護 5	<input type="checkbox"/>	
D 5. 家族による介護(退院時)	1. 期待できる 2. 困難である 3. できない 4. 必要ない		<input type="checkbox"/>

E. 記入者

入院時 記入者名	(職種)	退院時 記入者名	(職種)
-------------	-------	-------------	-------

※該当する方に○をつけてください。

退院後調査票 <訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所>

ID番号		事業所名		記入者名	
------	--	------	--	------	--

退院後1ヵ月間の医療・介護の状況

(1) 外来受診の有無（歯科は除く）

※複数の病院・診療所へ通院した場合は延べ日数を記入

1. あり
2. なし

①病院への 通院日数	日	②診療所への 通院日数	日
---------------	---	----------------	---

(2) 在宅医療の有無

※該当する内容に日数を記入（該当しなければ「0」を記入）

1. あり
2. なし

①往診	日	②訪問診療	日
③その他	日		

(3) 訪問看護の利用の有無

※該当する内容に日数を記入（該当しなければ「0」を記入）

1. あり
2. なし

①医療保険に よる訪問看護	日	②介護保険に よる訪問看護	日
------------------	---	------------------	---

(4) 介護給付の有無

1. あり
2. なし

①サービス 種類 (該当する ものに○)	1. 訪問介護（ホームヘルプ）	8. 短期入所療養介護
	2. 訪問入浴介護	9. 福祉用具の貸与
	3. 訪問看護	10. 福祉用具購入費の支給
	4. 訪問リハビリテーション	11. 住宅改修費の支給
	5. 通所介護（デイサービス）	12. 居宅療養管理指導
	6. 通所リハ（デイケア）	13. その他
	7. 短期入所生活介護	()
②介護給付費	円 / 1ヵ月	

(5) 救急外来受診の有無

1. あり
2. なし

救急外来受診件数	回 / 1ヵ月
----------	---------

(6) 入院の有無

1. あり
2. なし

①入院回数	回	③延べ 入院期間	日間
②同一傷病によ る入院の有無		あり	なし

看護添書

転院先

病院・施設御中

氏名

様

【入院期間】 H 年 月 日 ~ H 年 月 日

【診断名】	【転院・退院の理由】
【入院中の経過】	
【問題リスト】	
【経過／結果】	【今後の方針・ムンテラ】 (在宅療養に関する家族・本人の受け止め方)
【継続ケア】	
【検査結果】 ※特に注意すべき事項を記載	【処方薬】 ※退院時、当初の処方から変更となっている場合に記載
【その他】	【介護保険情報】 ※変更があった場合に記載 ・新規 ・更新 ・変更 ・介護度 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> (認定日)

退院患者に係る在宅サービス機関等との 医療連携に関するアンケート

記入者 _____ 病院 氏名 _____

問1 患者が病状悪化により入院する際、入院前のADLや認知状態等、病状以外の定常状態を知ることとは必要だと思いますか。また、その理由はどのようなことですか。

1. 必要 2. 患者によっては必要 3. あまり必要ではない

〔必要な理由〕 1. 退院時の目安にするため
(複数回答) 2. 退院にむけたリハビリやケアの目的や内容を検討するため
3. その他 (_____)

問2 退院後在宅サービスを受ける予定の患者について、入院中に在宅サービス機関との情報交換をどの程度行っていますか。

1. ほぼ全員に行っている 2. 患者によって行っている 3. ほとんど行っていない

〔行っている理由〕 1. 退院後、スムーズにサービスにつなげるため
(複数回答) 2. 入院中の状態変化に適切に対応するため
3. その他 (_____)

問3 あなたの病院には、退院後在宅サービスを受ける患者について、介護支援専門員等へ連絡する手順のマニュアル(渡すべき書類の種類、連絡する時期などの決まり)はありますか。

1. ある 2. ない

問4 あなたは、退院後在宅サービスを受ける患者について、介護支援専門員等への連絡を適切に行えていると思いますか。

1. 思う 2. あまり思わない

〔思わない理由〕 1. 連絡内容が決まっていない
(複数回答) 2. 連絡時期が決まっていない
3. 連絡方法が決まっていない(電話や書類など伝達方法がバラバラ)
4. 患者が退院後に、介護支援専門員等からの問い合わせが多い
5. その他 (_____)

問5 在宅サービス機関との連携において、感じている課題があれば自由に記入してください。

(_____)

【個別アンケート】

訪問看護師・ケアマネジャー

サービス利用者(退院患者)に係る
医療機関との連携に関するアンケート

利用者(退院患者) ID (氏名 様) について

1. 上記利用者(退院患者)様が 病院から退院された際に、病棟看護師から提供された看護添書の内容についてお伺いいたします。
2. ご記入が終わりましたら、利用者(退院患者)様のIDを残し、氏名は黒インクで消してください。
3. 事業所アンケートとともに返信用封筒に入れて、返送してください。(切手不要)

記入者: 氏名 (職種:)

問1 病院看護師から送られた看護添書の内容について、それぞれ当てはまる番号を下記から選び、記入してください。

1. 診断名		2. 退院の理由	
3. 入院中の経過		4. 看護診断・問題リスト	
5. 入院中の治療内容		6. 入院中の検査と結果	
7. 退院時処方薬の内容		8. 患者・家族への説明内容	
9. 今後の治療方針		10. 急変時の対応方法	
11. 身体機能や認知機能		12. 使用している器具類	
13. 介護保険認定情報			

【評価について】

1. 内容が的確であり役に立った
2. 内容が抽象的であり、役に立たなかった
3. 内容が直近の情報ではなかったため、役に立たなかった
4. 情報としては不要な内容であった
5. 記載がほとんどなかった

問2(1) 問3の1~13の情報の中から、当該利用者(退院患者)様に居宅でサービスを提供する上で、最も役に立ったと思う上位3つに○をつけてください。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----

(2) 上記以外で、医療機関から積極的に提供してほしいと思う情報がありましたら記入してください。

- 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____

ご協力ありがとうございました。
事業所ごとに集約し、返信用封筒に入れて返送してください。

【事業所用アンケート】

訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所への

サービス利用者(退院患者)に係る

医療機関との連携に関するアンケート

※記入にあたっては、施設所長などの責任者の方に記入していただきますよう、よろしくお願いいたします。

施設名： _____

問1 平成17年9～11月（3カ月間）において、貴機関のサービスを利用した実利用者は何人ですか。

人

問2 平成17年9～11月（3カ月間）において、すべての病院から退院して貴機関のサービスを利用した実利用者は何人ですか。

人

問3 急性期病院との連携において、日頃から課題に感じていることがあれば、ご自由に記入してください。

※ご協力ありがとうございました※

**個別アンケートとともに集約し、
返信用封筒に入れて返送してください。**

平成 17 年度版 患者アセスメント表

ID 番号			
性別	1. 男	2. 女	
生年月日	明・大・昭	年	月 日 (歳)

【A3～A6は、あてはまる番号に○】

A. 基本情報（入院時に記入）

記入日 平成 18 年 月 日

A1. 入院日	平成 年 月 日		
A2. 傷病名	[主傷病名]	[副傷病名1]	[副傷病名2]
A3. 要介護度	1. 認定を受けていない 要介護度 2. 認定を受けている → []		
A4. 世帯構成	1. 単身 2. 高齢世帯 3. 子供等と同居 4. その他の世帯 ()		
A5. 家族による介護（入院時）	1. 期待できる 2. 困難である 3. できない 4. 必要ない		
A6. 入院前の状況（経路）	1. 他の病院から転院 2. 介護保険施設から転所（介護療養型医療施設を含む） 3. 在宅で訪問看護サービスを利用 4. 在宅で訪問看護は受けていないが他の介護保険居宅サービスを利用 5. 上記以外（サービス利用なしを含む）		
A7. 過去1年間の入院回数	当院 <input type="text"/> 回	他院 <input type="text"/> 回	

【以下のB～Iの項目は、入院前の定常状態、入院24時間以内、退院時の3時点について、それぞれ該当する番号を選び、に記入する】

B. 認知

	選択項目	(1) 入院前 の定常 状態	(2) 入院 24時間 以内	(3) 退院時
B1. 日常の意志決定を行うための認知能力	毎日の日課（いつ起きたり、食事をするか、どの服をきたり、どんなことをするのか）における判断 0. 自立：判断は一貫性があり、合理的で、安全である 1. 限定的な自立：新しい事態に直面した時にのみいくらかの困難 2. 軽度の障害：特別な状況において、判断力が鈍くなったり、危険な判断をすることがあるので、そのような時は注意が必要である 3. 中等度の障害：常に判断力が弱く、危険であり、注意が必要である 4. 重度の障害：判断できないか、まれにしか判断できない 5. 判断できる意識がない（Fにとぶ）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	選択項目	(1) 入院前 の定常 状態	(2) 入院 24時間 以内	(3) 退院時
B2. 記憶/想起能力	習ったことや知っていることを思い出せるか 0. はい、問題なし 1. いいえ、問題あり 短期記憶：5分前のことを思い出せる、またはそのようにみえる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3. 混乱した思考・意識 【正確にアセスメントするためには、この間の患者の行動を直接知っている職員や家族との話し合いが必要である】	0. このようなことはなかった 1. みられたが、最近始まったのではない 2. 過去24時間にみられ、それは通常の状態と異なる（新たに始まった、悪化した、数週間前とは違うなど） a. 注意がそらされやすい（集中力がない、話がそれるなど） b. 支離滅裂な会話が時々ある（話していることが無意味である、見当違い、話題がとぶ、思考が散漫など） c. 精神機能が1日の中で変動する（時々良かったり、悪かったり、行動があったり、なかったりするなど） d. 普段の精神状態からの急性の変化がある（落ちつきがなくなった、無気力、なかなか起きてこない、周囲に対する認識が変化するなど）			入院時 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

C. コミュニケーション・聴覚

	選択項目	(1) 入院前 の定常 状態	(2) 入院 24時間 以内	(3) 退院時
C1. 自分を理解させることができる（伝達能力）	どんな方法を用いて表現してもよい（言語、非言語） 0. 理解させることができる：容易に考えを表現できる 1. 通常は理解させることができる：十分に時間が与えられていないと、言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難。本人の考えを引き出す必要はない 2. しばしば理解させることができる：言葉を思い出したり、考えをまとめるのが困難。本人の考えを引き出す必要がある 3. 時々理解させることができる：具体的な要求に限られる 4. ほとんどまたは全く理解させることができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	選択項目	(1) 入院前 の定常 状態	(2) 入院 24時間 以内	(3) 退院時
C2. 他者を理解できる (理解力)	<p>言葉を理解できるか (必要時補聴器を用いて)</p> <p>0. 理解できる：明解な理解力がある</p> <p>1. 通常は理解できる：伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、会話の大部分を理解している。ほとんど、あるいはまったく言い直す必要はない。</p> <p>2. しばしば理解できる：伝えようとする内容や目的の一部を理解できないことがあるが、言い直すことで、しばしば会話を理解できる</p> <p>3. 時々理解できる：単純で直接的なコミュニケーションには適切に反応する</p> <p>4. ほとんどまたは全く理解できない</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3. 視力	<p>適切な明るさのもとでの視力、もし使用していれば、眼鏡等を用いて</p> <p>0. 十分：新聞・本の細字も含めて細かい部分まで見える</p> <p>1. 障害：大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない</p> <p>2. 中度障害：視力が限られている。新聞の見出しは見えないが、物を識別できる</p> <p>3. 重度障害：物を識別することは難しいが、目で動体を追っているようである</p> <p>4. 最重度障害：見えない、あるいは明暗、色、形を識別できるだけ、目は動体を追わない</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4. 聴覚	<p>もし使用していれば、補聴用具等用いて</p> <p>0. 十分に聞こえる：通常の会話、テレビ、電話</p> <p>1. 静かな場所でない時にはわずかながら障害がある</p> <p>2. 特別な状況でないと聞こえない：はっきりとした話しかたをする必要がある</p> <p>3. 重度に障害：実質的に聞こえない</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>