

た。MDS-AC の評価から、入院時において 17%の患者に暴言等の問題行動があり、普段から患者をよく知っている担当のケアマネジャーや看護師からの情報は有用であると考えられた。しかしながら、本留意書を「あまり役立たなかった」と回答した看護師が 4 割おり、その最大の理由としては「情報の欲しいときに活用できない」「患者さんの状態が把握できたところに用紙が届く」のように情報の遅延が指摘され、より迅速な提供が課題として残された。

一方、記載を行ったケアマネジャーや看護師にとっては、1 件 30 分から 1 時間程度の時間を要しており、それなりの負担を感じていた。しかし、「ケアの連続性のためには必要な内容だし、情報を提供するの当然」「書いた情報が十分活用されるなら、けっして無駄なことではない」と前向きにとらえていた。したがって評価内容を「すぐには見えにくい、わかりにくい部分（例：介護者の状況）」により焦点をおいて、負担を軽減するのも一つの方法といえよう。

#### （４）退院後ケアの留意書について

受け取った患者・家族のアンケート調査結果によれば、「今後も退院するときに欲しいか」という設問に対し、「はい」（64.4%）、「どちらかといえば、はい」（25.0%）のように、ほぼ全ての患者・家族において有用性が評価されていた。特に、書面で受け取れる点と、用紙の説明を医師や看護師から受けられる点を、利点としてあげていた。説明内容の中では、「退院後に服用する薬の説明」を理解したかどうかは、「どちらかといえば、いいえ」または「いいえ」と回答した者が合計で 18.5%もおり、他の「治療内容」や「生活の留意点」に比較すると、評価が低かった。患者・家族が不満に感じた点からみて、患者に情報提供する上で重要なことは、「専門用語ではなく一般用語」「字を読みやすく」「患者の生活に沿って具体的に留意点を書く」であることが明らかとなった。今後は、こうした点を心がけることで、より患者・家族の満足度を高め連携に生かされることが示唆された。

記載を行った病院看護師は、「患者・家族のために記載するのでわかりやすく、記入できた」と評価しており、医師からの記入があることで、医師と看護師の共同作業による書面になることを肯定的に評価していた。

記載を行った医師からは、「次回の入院時にも活用したい」、記載欄については「分量として適切」という意見があり、患者・家族への「退院後ケアの留意書」の説明を 7 割が行っていたので、今回の連携に対して医師の関与が十分に行われ、書式が活用されたと評価できる。

コピーを送付された居宅介護支援事業所のケアマネジャーは、非常に有用性を評価していた。通常は、利用者の入院経過や退院時の状態に関する情報は、家族から間接的に聞かか、「退院時看護要約（通称：退院サマリー）」を家族を通じて病院に依頼し入手しており、今回のように病院から直接情報を受け取れることを感謝していた。書式の内容としては、医師からの具体的な記述があることを利点とするケアマネジャーが多く、その他、疾患名が書かれていること、薬の内容があること、についても評価していた。一方、普段から定式化したサマリー（医師用、看護師用）を受け取っていた施設の看護師からは、通常用の紙で十分対応できると感じており、今回の「退院後ケアの留意書」の利点はあまり認識されなかった。

## 2) 連携に重要なポイント

### (1) 入院前の状態への理解

入院時点における介護認定のレベルという基本情報を病棟看護師が確認していなかった患者が1割以上おり、入院前の状態を十分考慮した治療計画がたてられていなかった患者が存在することが示唆された。急性期疾患で入院する場合は、病気の治療に焦点があたる。先行研究が指摘するように、病棟看護師の特性として、目の前の患者像をその場の状態のみでとらえてしまう傾向があるので、「今回の入院で必要になった点」と「入院前から発生している点」を整理することが重要であろう。

こうした観点から、MDS-AC を用いて入院前の定常状態をアセスメントすることによって、退院時の目標を看護計画に反映させることの重要性を実感できた意義は大きい。病棟看護師自身の視点を広げることが、切れ目のないケアを実現するためには不可欠であろう。なお、医師にとっても、入院前の定常状態を病棟看護師の作成した「サマリーシート」から把握することは有用と評価されたが、医師への周知が不十分であったことが今後の課題として残された。

一方、「入院前ケアの留意書」の記載を行ったケアマネジャーが肯定的に捉えた理由は、時間を要しても病院との有用な情報の交換を切望していることにある。先行研究によれば、ケアマネジャーの6割は病院からの退院ケースで困った経験をもち、7割は病院の対応に不満をもった経験を持っており、自分達を医療機関が活用するために、入院時の看護記録にケアマネジャーの連絡先を記入することから始めてほしいと考えている。現状における病棟看護師の7割が、訪問看護師との連携をとれていないと考え、その理由の2割が「訪問看護師への連絡方法がわからない」という別の報告もあるので、まずは情報交換のための連絡先の把握を行うことが重要であろう。

### (2) 連携先のニーズに対応した情報提供の必要性

病院から連携先の在宅や施設の看護師に情報を提供する際は、退院時看護要約が一般に用いられることが多いが、その内容は必ずしも有益ではないと指摘されており、その1つの理由は、同要約が病棟看護師の関心事に留まっていることにある。本研究では「退院後ケアの留意書」の主たる対象者を患者・家族にすることによって、分かりやすい言葉で、実際のケアに役立つように工夫し、またケアマネジャーにとっては看護診断名よりも医師の診断名が有用である点、処方内容や血糖値等の検査値が重要である点等を考慮した。その結果、病棟看護師は「患者・家族向けにわかりやすく記入できた」と実感しており、受け取った患者・家族の理解も高かった。

退院時看護要約のもう1つの問題点は、医師が関与していないことであり、こうした観点から「退院後ケアの留意書」には、医師の記載欄(医師としての留意事項)を設けた。主治医が患者・家族に向けて自ら記載した内容は、たとえ短くても退院後の生活に関与する家族や連携する諸機関にとって非常に有用性が高いと考えられる。病棟看護師は、医師との共同作業で同用紙を作成することに対して肯定的に評価しており、医師からも「今回の入院時にも活用したい」という指摘があった。医師の負担を考慮する必要はあるが、医師の関与が不可欠である点が改めて示唆された。

### 3) 今後の課題

今回の連携方式には、関係者それぞれより概ね肯定的な評価を得ることができた。患者・家族に焦点をおいた書類の作成と関係職種による共有は、連携に有効な手段であることが確認された。

MDS-AC を用いてアセスメントした内容は入院中のケアに活用され、有用性が明らかとなった。MDS-AC は、既に普及している施設版の MDS、および在宅版の MDS-HC と基本項目を共有しているので、MDS 方式を利用することによって、ケアの提供場所に関わらず、同じ状態が、同じアセスメント項目により、同じ基準で評価され、ケアの連続性を保つうえで有効である。

本研究で開発した連携方式が改善・普及すれば、急性期病院では患者の悪化前の定常状態を踏まえた入院時点からのケアが可能となり、また居宅介護支援事業所および療養病床・介護保険施設では、退院時点からのケアを円滑に継続することができる。さらに、退院した時点で「退院後ケアの留意書」を受け取ることによって、患者と家族介護者のケアへの主体的な参加も可能となり、切れ目のないケアが実現する環境が整備されるであろう。

今後の課題は、患者のニーズに沿った、より焦点を絞ったスクリーニング方法の開発と、それに対応した書式の改善、および連携方式を普及するうえでの、病院にとってのインセンティブ（経済的な動機付け）を設けることであろう。また情報システムを構築するうえで、個人情報保護を担保する必要がある。

要介護者のための  
連携マニュアル（試案）

## 要介護者のための連携マニュアル（試案）

### ■目次■

・ 手順書	84
-------	----

#### 用いる書式と記入要綱

・ 入院前ケアの留意書の記入要綱	85
・ 入院前ケアの留意書	86
・ 患者アセスメント表の記入要綱	87
・ 患者アセスメント表	89
・ サマリーシート	97
・ 退院後ケアの留意書の記入要綱	99
・ 退院後ケアの留意書	100

# 手順書

## 入院時

### 対象患者の特定（要介護認定の確認）

要介護認定を受けている、あるいは退院時に要介護認定を受ける可能性が高い患者  
\* 他院・他施設からの転院・転所した患者も含める



### 該当する患者は「入院前ケアの留意書」の作成依頼と入手

\* 該当患者：介護サービス利用者、施設・病院からの転院者  
\* 在宅の場合は担当ケアマネジャーへ、施設は担当者へ作成を依頼し、FAX 等で受け取る



### 「患者アセスメント表（入院前・入院時の状態について）」の記入

\* 記入方法は別紙の記入要綱を参照する



### 「サマリーシート」の作成と医師への提出

\* 入院後 48 時間以内に入院時のアセスメントを完了し、サマリーシートを記入して医師へ提出する  
\* 医師は、サマリーシートを看護師から受取り、診療録に保管し、治療計画に役立てる

## 退院時

退院の目途がついた時点より順次作業を行い、退院日までに全ての業務が終了されるようにする

### 「患者アセスメント表（退院時の状態について）」の記入完了

\* 退院時までに全ての項目のアセスメントを完成し、その時点の日付を記入する



### 「退院後ケアの留意書」の作成と医師への記入依頼

\* 「退院後ケアの留意書」を作成し、医師への確認と留意事項の記入の依頼を行う  
\* 医師は、「退院後ケアの留意書」の内容を確認し、「医師として留意事項」の記載と署名を行う



### 「退院後ケアの留意書」を患者・家族に渡し、説明

\* 医師および看護師は、「退院後ケアの留意書」を患者・家族に渡して説明する



### 「退院後ケアの留意書」のコピーを送付（事業所・施設・在宅主治医へ）

\* ケアマネジャーや施設には FAX で送付する  
\* 在宅主治医への同書のコピーは封筒に入れ、患者・家族から渡してもらうよう依頼する

## 入院前ケアの留意書の記入要綱

この要介護高齢者の入院時の状態ではなく、入院する前の定常状態における日常生活に関する情報を伝え、入院後のケアに役立てることがこの用紙の目的です。利用者に行っているケアと把握している情報を簡潔に記入し、ご提出くださいますよう、お願いします。

### 1. 記入手順

\*病院からの依頼を受けてから 48 時間以内に、在宅・施設での様子を記した「入院前ケアの留意書」を記載し、在宅の場合はケアプランの「週間サービス計画表」のコピーと一緒に、病院に FAX でご提出ください。

\*訪問看護を利用している場合は、必要に応じて訪問看護ステーションにご相談のうえ、記載してください。

### 2. 記入欄の内容

#### 【コミュニケーション上の留意点や認知症状の対応方法】

- \* 日々の介護で、聞く・見る・話す際に工夫していること
- \* 具体的な認知症の症状と、そのときの対応方法（特に問題行動について）

#### 【ADL・IADL 介護ケア】

- \* 排泄・食事など ADL は、何をどこまで介助しているのか
- \* 日中と夜間で異なること
- \* これまでの在宅・施設とは異なる病院という環境で、特に注意が必要な点など

#### 【疾患の管理と医療的ケア】

- \* 既往歴・疾患名・服薬内容・医療処置・看護ケア内容、順守状況などを記入する
- \* 必要に応じて訪問看護師に問い合わせて記入する。

#### 【介護者の状況】

- \* 主介護者（誰）：取り組む姿勢、健康状態、今回の入院について
- \* その他の家族の者：近隣に居住するか、関係は良好か、など。

# 入院前ケアの留意書

事業者名： \_\_\_\_\_

記入者氏名： \_\_\_\_\_

看護師・居宅介護支援専門員

利用者 \_\_\_\_\_ 様 について、以下の情報を提供いたしますのでよろしくお願いいたします。

【介護保険の認定レベル】	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
【かかりつけ医・主治医】	連絡先：
【コミュニケーション上の留意点や認知症状の対応方法】	
【ADL・IADL介護ケア】	
【疾患の管理と医療的ケア】	
【介護者の状況】	

記入日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



# 患者アセスメント表の記入要綱

## 患者アセスメント表とは

- MDS (Minimum Data Set) と呼ばれる要介護の高齢者をアセスメントするツールで、急性期ケア (Acute Care) 向けに開発されたものを、日本語へ翻訳したものです。

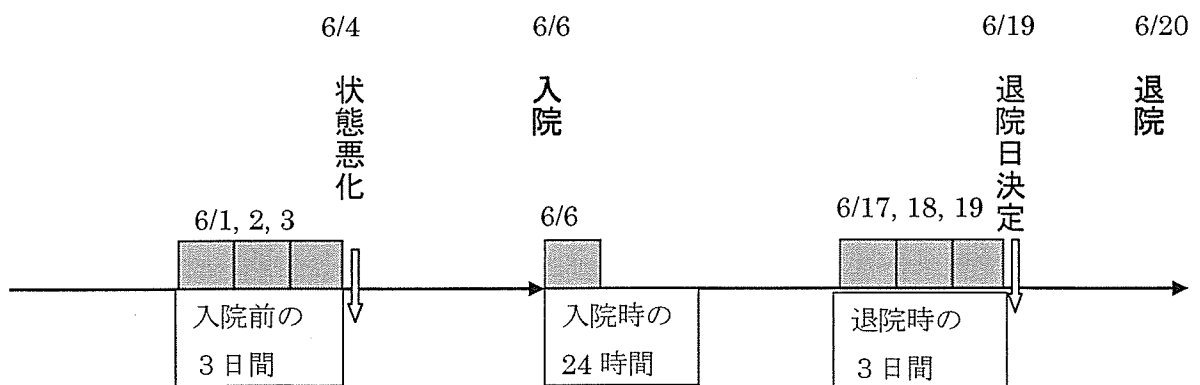
## 記入手順

- まず、入院時の評価を行い、それに基づいて「サマリーシート」を記入し医師に提出してください。ただし、「ADL 改善の可能性」は入院前の状態の評価が必要ですので、可能であれば行ってください。
- 入院前の評価は、サマリーシートを医師に提出した後に行ってもけっこうです。
- 退院時の評価は、退院日が決定したら、行ってください。

## 3時点での定義

- 「入院前」とは、今回入院の契機となった傷病により状態が悪化する前の過去3日の状態を言います。入院前の定常状態については、ご本人やご家族に確認したり、ケアマネジャーに尋ねたり、依頼して「入院前ケアの留意書」を入手できればそれを参考にして、記入してください。
- 「入院時」とは、入院した時点から24時間以内の状態について、アセスメントしてください。
- 「退院時」とは、退院日が決まった時点から過去3日間の状態について、アセスメントしてください。

例1：2日前から熱発し、肺炎で入院（入院日6/6）し、6/20に退院した場合



例2：予約入院でPEGを造設する場合（入院日6/6）は、状態の悪化はないので、入院直前の状態が「入院前」であり、評価する3日間は、6/3, 4, 5となります。

## 記入にあたっての注意

- 患者の観察と患者本人・家族・ケアマネジャー・介護施設職員等からの聞き取りをしてください。情報源によって内容が異なれば、専門職として総合的に判断してください。
- 選択肢は点線で囲まれており、その中からあてはまる番号を記載し、記入漏れのないようにしてください。
- 番号記入欄×印がついているものは、その時点での評価は不要です。
- 選択肢は問題がないほうが若い番号（問題なし=0）になっています。
- 選択肢は観察期間（入院前および退院時であれば3日間、入院時であれば入院後24時間）内のケアや症状等の頻度と程度で書かれています。頻度して「2回なのか3回なのか」という数値が示されていますが、これは、観察を標準化させるための目安としてとらえてください。

例：看護師（Ns.）と患者（Pt.）の「F 1. 転倒」に関する会話

Ns：最近転んでしまったことがありますか？

Pt：転びそうになったことはあるけど・・・

Ns：でも、大丈夫だったんですか？床に転がることはなかったんですね？

Pt：あわてて傍の下駄箱に手をかけて、大丈夫だったんだ。

Ns：実際に転んでしまったことはありますか？

Pt：あー・・・そうだね。ふーん・・・。5月の連休に1回、道でうつ伏せに倒れてしまったんだ。恥ずかしかったねえ、あのときは。

Ns：そうですか・・・。

．．．．．  
．

5月の連休は過去3ヶ月（90日間）に該当すると考え、選択肢は「1. 過去30日間は転倒していないが、31～90日間の間には転倒した」となる。
--

氏名〔 〕

# 患者アセスメント表

提出時はコピーして黒く塗りつぶしてください。

## 入院時基本情報

整理番号	病院番号	<input type="text"/>	性別	1. 男    2. 女
生年月日	M/T/S 年 月 日 ( 歳)		入院日	月 日
傷病名	[主傷病名]	[副傷病名 1]	[副傷病名 2]	
入院経路	1. 予約入院    2. 救急車で入院    3. その他 (1, 2 以外)			
(1. 予約入院のみ) 予定行為	1. 胃ろう・PEG の造設    2. IVH 挿入    3. その他 ( )			
要介護認定	1. 受けていない    2. 受けている → 要支援・要介護 ( )			
入院前の場所	1. 自宅    2. 特別養護老人ホーム 3. 介護老人保健施設    4. 医療療養病床— (自院・他院) 5. 介護療養病床— (自院・他院)    6. その他 ( )			
(1. 自宅の場合のみ) 居宅介護サービスの利用	1. 訪問看護を利用していた 2. 訪問看護以外のサービスを利用していた 3. まったく利用していない			
(1. 自宅の場合のみ) 最近 1 ヶ月の診察回数 (外来・往診)	( ) 回くらい    うち、緊急・予約外の外来受診は ( ) 回			
最近 1 年間の入院回数 (他院含む)	( ) 回くらい    うち、直近の退院月 (H ) 年 ( ) 月 ( ) 日			

## 退院時基本情報

退院日	月 日
要介護度	1. 入院時と変更なし    2. 新規または変更の申請中
退院後の場所	1. 自宅    2. 特別養護老人ホーム 3. 介護老人保健施設    4. 医療療養病床— (自院・他院) 5. 介護療養病床— (自院・他院)    6. その他 ( )
(1. 自宅の場合のみ) 居宅介護サービスの利用予定	1. 訪問看護を利用 2. 訪問看護以外のサービスを利用 3. まったく利用しない

# A 認知機能

## 1. 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がある
- 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、危険になることがあるので、そのような時は声かけ・見守りが必要である
- 3. 中等度の障害：判断力が一貫して弱く、危険であり、声かけ・見守りが必要である
- 4. 重度の障害：ほとんど、または全く判断できない
- 5. 判断できる意識がない（0にとぶ）

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. 記想起憶/能力

- 0. 記憶に問題なし
- 1. 記憶に問題あり

a. 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

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. 手続き記憶：段取りを踏んで行うべきことを声かけがなくても初めから手順を踏んでほとんどすべてできる

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. 状況記憶：よく会う介護者の顔と名前を知っており、かついつも行く場所（病室、食堂、活動ルーム、診察室）の所在も知っている

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. 思考・意識の混乱

【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. みられた、通常の状態と異なる

a. 注意がそらされやすい（集中力がない、話がそれるなど）

入院前	入院時	退院時
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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、思考の脈絡がないなど）

入院前	入院時	退院時
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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）

入院前	入院時	退院時
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. 患者の定常状態からの急激な変化の有無

例：落ち着かない、無気力状態、覚醒が難しい、場所の見当識の変化

- 0. なし
- 1. あり

入院前	入院時	退院時
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B コミュニケーションと視覚

入院前 入院時 退院時

### 1. 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: 言葉を思い出したり、考えをまとめるのに多少の困難があるが、時間をかければ助けはほとんど必要ない
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で、たいてい助けを必要とする
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

入院前 入院時 退院時

### 2. 他者を理解できる(理解力)

言葉を理解できるか(もし使用していれば、補聴器を用いた状態)

0. 理解できる: 明解な理解力がある
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できる
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
3. 時々理解できる: 単純で直接的なコミュニケーションのやりとりは適切にできる
4. ほとんどまたは全く理解できない

入院前 入院時 退院時

### 3. 聴覚

聴力(もし使用していれば、聴覚補助用具を用いた状態)

0. 十分に聞こえる: 通常の会話、テレビ、電話
1. わずかな障害: 小さな声や2メートル以上離れた場合は、聞こえない
2. 中程度の障害: 通常の会話を聞き取るのに困難があり、よく聞こえるような静かな環境でないと聞こえない
3. 重度の障害: あらゆる状況で困難があり、大きな声でゆっくり話しかけなければならない
4. 全く聞こえない

### 4. 視覚

視力(適切な明るさのもとで、もし使用していれば、眼鏡等を用いた状態)

0. 十分に見える: 新聞・本の細字も含めて細かい部分まで見える
1. わずかな障害: 大きな活字は見えるが、新聞・本の普通字は見えない
2. 中程度の障害: 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
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
4. 全く見えない

入院前 入院時 退院時

## C 気分の状態の訴え

### 1. 気分の状態の訴え

入院前・退院時は過去3日間の状態、入院時は過去24時間の状態について質問をする。

0. なかった
1. そのように感じる以前にはあった
2. はい、そのように感じた
8. 患者は返答できない状況だった

質問: あなたは以下のことをどのくらい感じましたか

- a. 普段楽しんでいることに興味や喜びがわからない  入院前  入院時  退院時
- b. 不安である、落ち着かない、心配である  入院前  入院時  退院時
- c. 悲しい、落ち込んでいる、希望がない  入院前  入院時  退院時

### 2. 問題行動

入院前・退院時は過去3日間の状態、入院時は過去24時間の状態における問題行動(暴言、暴行、社会的に不適切な行為、破壊行為、公衆の面前での不適切な性的行為や露出行為)

0. なし
1. あり

入院前 入院時 退院時

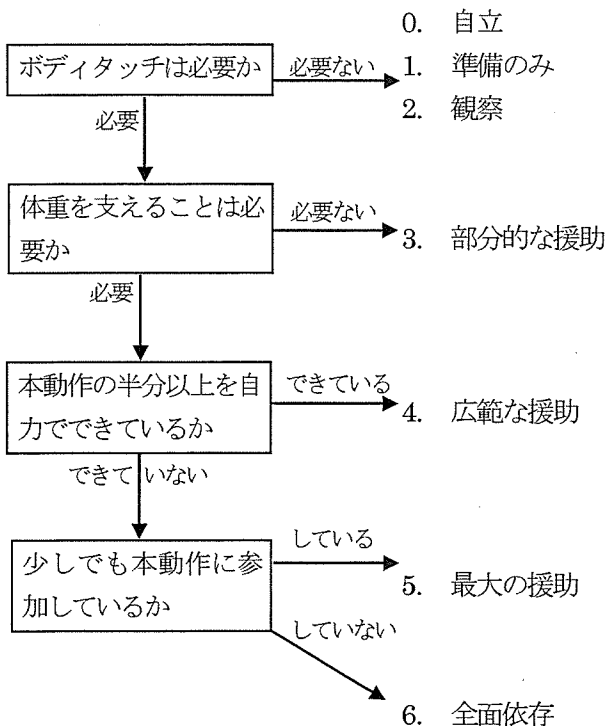
# D 身体機能

## 1. ADLの自立度

過去24時間にみられた動作について、すべての状況を考慮して評価する。

- 0. 自立：手助け、準備、観察は不要。1～2回のみ
- 1. 準備のみ：物や用具を患者・入所者の手の届く範囲に置くまで
- 2. 観察：見守り、励まし、誘導が3回以上、あるいは、1回以上の観察と身体援助1～2回との組み合わせ（観察と身体援助合わせて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・それ以上の援助1～2回との組み合わせ（身体援助が3回以上）
- 4. 広範な援助：一人の介助者による体重を支える援助を3回以上
- 5. 最大の援助：二人の介助者による体重を支える援助を3回以上
- 6. 全面依存：すべての面で他者が全面援助した
- 8. 本動作は1回もなかった（能力にかかわらない）

### 《参考》



### a 入浴

どのように入浴やシャワー浴、全身清拭をするか（背中と髪は含まない）。浴槽やシャワー室への移乗と身体それぞれの部分（腕、大腿、膝下、胸部、腹部、陰部）をどう洗うかを含む

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### b. 整容

髪をとくす、歯をみがく、ひげを剃る、化粧する、顔や手を洗い、拭く（入浴、シャワーを除く）

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### c. 歩行

同じ階での歩行

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### d. トイレまでの移動

トイレの便器(ポータブルトイレも含む)までの移動

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### e. トイレの使用

どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器や尿器を含む）を使用するか；トイレ使用後や失禁後の後始末、パットやオムツの交換や、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整えること（便器への移乗は含まない）

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### f. ベッド上の可動性

横になった状態間での移動—寝返りをうったり、ベッド上の身体の位置を調整する

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### g. 食事

どのように食べたり、飲んだりするか（上手い下手は問わない）。経管栄養や高カロリー栄養など経口以外の摂取方法も含む

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. 移動・歩行

### a. 基本的な移動方法

- 0. 独歩、介助なし
- 1. 歩行、介助あり一例：つえ、歩行器、4点つえ、車椅子を押す
- 2. 車椅子、スクーター
- 3. ベッド上

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### b. 歩行距離

入院前の過去3日間で、座ることなく一度にどのくらい歩いたか

- 0. 歩かなかった
- 1. 5メートル未満
- 2. 50メートル未満
- 3. 100メートル未満
- 4. 100メートル以上
- 5. 1キロメートルかそれ以上

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### c. 自力の車椅子移動

入院前・退院時は過去3日間または入院時は入院後24時間以内の期間において、一度にどのくらい移動できるか（電動車いすの自立操作を含む）

- 0. 車いすは他者が押した
- 1. 5メートル未満
- 2. 50メートル未満
- 3. 100メートル未満
- 4. 100メートル以上
- 8. 車椅子は使用していない

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. 活動レベル（入院前の過去3日間の状態）

### a. 活動時間

運動／身体的な活動をした時間

- 0. なし
- 1. 1時間未満
- 2. 1-2時間
- 3. 3-4時間
- 4. 4時間以上

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### b. 活動頻度

家や住んでいる建物の外へ出た頻度（外に出た時間が短くてもよい）

- 0. 毎日
- 1. 1~2日
- 2. その3日間はしなかったが、普段はする
- 3. 外出しなかった

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## 4. 安静指示

医学的理由でベッド上安静である

- 0. いいえ
- 1. はい

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. IADLの自立度（入院前の状態のみ）

入院前は、自宅や地域での普段の活動状態であり、入院するきっかけとなった問題の発症前 3 日間を評価する。

0. 自立：手助け、準備、観察は不要。1～2回のみ
1. 準備のみ
  2. 観察：見守り・誘導
  3. 限定的な援助：場合によっては援助
  4. 広範な援助：一連の動作に援助を要するが、50%かそれ以上を自分で行う
  5. 最大の援助：一連の動作に援助を要し、自分で行うのは50%未満
  6. 全面依存：すべての面で他者が全面援助
  8. 本動作は1回もなかった（能力にかかわらない）

### a. 食事の用意

献立を考える、料理する、材料を用意する、配膳するなど

入院前

### b. 家事一般

食事の後片付け、掃除、整理整頓、洗濯など

入院前

### c. 金銭管理

支払い、家計の収支勘定、請求書の確認など

入院前

### d. 薬の管理

服用の時間を思い出す、袋から取り出す、処方どおりの量を服用する、注射をする、軟膏を塗るなど

入院前

### e. 電話の利用

電話をかけたたり、受ける（数字を大きくしたり、音の拡大装置を使ってもよい）

入院前

### f. 階段

一続きの階段の上り下り（12～14段程度）

入院前

### g. 買物

食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う

入院前

### h. 交通手段の利用

交通手段の利用（切符を買い、正しい行き先へ行ける）、または自分で運転する（家からの出入り、乗り降りを含む）

入院前

## E 排泄

### 1. 尿の排泄

0. 自立：カテーテルや採尿用具を使用せず、完全にコントロール
1. カテーテルや採尿用具を使用してコントロールできている
  2. ごくまれだが、失禁がある：過去 3 日間/入院後 24 時間は失禁がなかったが、それ以前に失禁したことがある
  3. 時々失禁：毎日ではないが、ある（この選択肢は、入院時は使用せず）
  4. 頻回に失禁：毎日失禁があるが、時にコントロールできる
  5. 失禁状態
  8. 排尿なし：過去 3 日間/入院後 24 時間で排尿なし

入院前 入院時 退院時

### 2. 採尿器具の使用（オムツ、尿漏れパンツは含まず）

0. 使用していない
1. コンドーム式カテーテル
  2. 尿道カテーテル
  3. 膀胱瘻、腎瘻、尿管瘻

入院前 入院時 退院時

### 3. 便の排泄

0. 自立：完全にコントロール
1. 自立・ストーマ使用：ストーマが造設され便がもれていない
  2. ごくまれだが、失禁がある：過去 3 日間/入院後 24 時間は失禁がなかったが、それ以前に失禁したことがある
  3. 時々失禁：毎日ではないが、ある（この選択肢は、入院時は使用せず）
  4. 頻回に失禁：毎日失禁があるが、時にコントロールできる
  5. 失禁状態
  8. 排便なし：過去 3 日間/入院後 24 時間で排便なし

入院前 入院時 退院時

### 4. オムツ・尿漏れパンツの使用

0. なし 1. あり

入院前 入院時 退院時



## F 健康状態

### 1. 転倒（入院時のみ）

0. 過去90日間、転倒していない  
 1. 過去30日間は転倒していないが、31～90日の間には転倒した  
 2. 過去30日間に、1回転倒した  
 3. 過去30日間に、複数回転倒した

入院前	入院時	退院時
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### 2. バランス及び消化器系の問題点の有無

0. なし                      1. あり

a. バランス：支援なしでの座位からの立ち上がりが難しいまたは不可能

入院前	入院時	退院時
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. バランス：立位で反対側を向くように方向転換するのが難しいまたは不可能

入院前	入院時	退院時
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. 消化器系：嘔気

入院前	入院時	退院時
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. 呼吸困難（息切れ）

0. 症状なし  
 1. 安静時にないが、中程度の活動時にはある  
 2. 安静時にないが、通常の活動時にはある  
 3. 安静時にある

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. 疲労

普段の日常生活を行うことができないほどの疲労—  
 例；ADL, IADLの活動

0. 疲労がない  
 1. 活力は減ったが、日常の活動は行える  
 2. 活力が減ったために、日常の活動をやり遂げられない  
 3. 活力が減ったために、一部の日常の活動を開始できない  
 4. 活力が減ったために、すべての日常の活動を開始できない

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. 痛み

[本人に痛みの頻度と程度について確認しなければならない。観察し、本人と接している人に尋ねる]

a. 痛みの訴えや様子（しかめ面、歯をくいしばる、うめく、触ると引っ込める、その他痛みを思わせる非言語的な表現）のみられた頻度

0. 痛みはない  
 1. あったが、過去3日間（入院前・退院時）・過去24時間（入院時）はなかった  
 2. あった

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. 痛みの程度（最も痛いときについて）

0. 痛みはなかった  
 1. 軽度あった  
 2. 中程度あった  
 3. 重度あった  
 4. 堪えがたい痛みとなるときもあった

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. 痛みの持続性

0. 痛みはなかった  
 1. 過去3日間・入院時24時間で1回だけあった  
 2. 間歇的にあった  
 3. いつもあった

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## G 栄養状態

### 1. 身長と体重

a. 身長

 (cm)

b. 体重

 (kg)

### 2. 栄養上の問題点

0. なし

1. あり

過去 30 日間で 5% 以上ないし過去 180 日間で 10% 以上の体重の減少

入院前	入院時	退院時
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### 3. 栄養摂取方法

0. 正常—すべての食べ物を飲み込む
1. 制約下で自立—限られたものだけを摂取する、食事変更の必要性はわからないこともある
2. 固形物の食事変更が必要（きざみ食等）
3. 液体の食事変更が必要（とろみをつけるなど）
4. 流動食またはとろみをつけた液体しか飲み込めない
5. 経口摂取と経管栄養 / 経静脈栄養の混合
6. 経鼻経管栄養のみ
7. PEG 栄養のみ
8. 中心静脈栄養を含む経静脈栄養のみ
9. 栄養摂取なし

入院前	入院時	退院時
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## H 皮膚

### 1. 褥瘡（最もひどい褥瘡について）

0. なし
1. 皮膚の発赤が持続している箇所がある
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. 判定不能（壊死性の痂皮が覆っている）

入院前	入院時	退院時
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. 褥瘡の既往

0. なし

1. あり

入院前	入院時	退院時
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## I 家族介護者

患者が在宅から入院した場合にのみ評価する

### 1. 在宅への退院に前向きな介護者の存在

0. なし

1. あり

入院前	入院時	退院時
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

退院時を含めて全ての記入が完了した日 ( ) 月 ( ) 日

記入者氏名 ( )

## 患者アセスメント表：入院時 サマリーシート

### 患者属性

氏名	( )		
年齢	( )才	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
入院日		記入日	

### 精神面

認知機能障害の疑い あり なし  
 下記のいずれかに該当した場合「あり」

- ・ A1 認知能力：1-5（障害あり）
- ・ A2-a 短期記憶：1-2（障害あり）
- ・ A3-c 精神機能の日内変動：1-2（あり）
- ・ B1 伝達能力：1-4（障害あり）

せん妄 あり なし

- ・ A4 定常状態からの急激な変化：1(あり)  
かつ、下記のいずれかに該当した場合
- ・ A3-a 注意力の散漫：1-2（あり）
- ・ A3-b 脈絡のない会話：1-2（あり）
- ・ A3-c 精神機能の日内変動：1-2（あり）

うつ・不安の程度（0-6：数が大きいほど重い）

- ・ うつ・不安=(C1-a)+(C1-b)+(C1-c)  
 ＊ただし回答に「8」が1つでもあれば合計せず、□に×をつける

### 身体面

過去90日間の転倒 あり なし

転倒の危険性 あり なし

過去90日間に転倒「あり」、または下記のいずれか2つ以上に該当した場合

- ・ F2-a：1（座位から立位が困難）
- ・ F2-b：1（立位の方向転換が困難）
- ・ A1 認知能力：2-4（軽度以上の障害あり）
- ・ A3-a 注意力の散漫：1-2（あり）
- ・ B4 視覚：2-4（新聞の見出しが見えない）

### (つづき) 身体面

痛み あり なし

褥創（0-5）

0. なし    1. 発赤    2. びらん    3. 潰瘍  
 4. 筋・骨組織の露出    5. 判定不能

褥創の危険性 あり なし

下記のいずれかに該当した場合

- ・ D1-f ベッド上の可動性：3-6（要身体援助）、8（動作なし）
  - ・ E1 尿排泄：4-5（ほぼ毎日失禁）
  - ・ E3 便排泄：4-5（ほぼ毎日失禁）
  - ・ H2 褥瘡の既往：1（あり）

栄養上の問題点 あり なし

### 生活面

在宅への退院に前向きな介護者 あり なし

ADL改善の可能性 あり なし

\*本項目は、入院前の状態の評価が必要なため難しい場合は、医師に提出後に追記

下記のすべてに該当した場合

- ・ ADL 得点：D-b(整容)、c(歩行)、e(トイレの使用)、f(ベッド上の可動性)、g(食事)の合計が2以上
  - ・ B2 理解力：0-2（言い直せば理解できる）
  - ・ 入院時と入院前のADL得点の差が2以上

記入者氏名 \_\_\_\_\_

## 患者アセスメント表：項目一覧

### 入院時基本情報

入院前の場所

要介護認定

居宅介護サービスの利用

#### A 認知機能

1. 日常の意志決定を行うための認知能力
2. 記想起憶/能力
3. 思考・意識の混乱

#### B コミュニケーションと視覚

1. 自分を理解させることができる（伝達能力）
2. 他者を理解できる（理解力）
3. 視覚
4. 聴覚

#### C 気分の状態の訴え

1. 気分の状態の訴え
2. 問題行動

#### D 身体機能

1. ADLの自立度
2. 移動・歩行
3. 活動レベル（入院前の過去3日間の状態）
4. 安静指示
5. IADLの自立度（入院前の状態のみ）

#### E 排泄

1. 尿の排泄
2. 採尿器具の使用
3. 便の排泄
4. オムツ・尿漏れパンツの使用

#### F 健康状態

1. 転倒
2. バランス及び消化器系の問題点の有無
3. 呼吸困難（息切れ）
4. 疲労
5. 痛み

#### G 栄養状態

1. 身長と体重
2. 栄養上の問題点
3. 栄養摂取方法

#### H 皮膚

1. 褥瘡（最もひどい褥瘡について）
2. 褥瘡の既往

#### I 家族介護者

1. 在宅への退院に前向きな介護者