

図-16)病棟種類別、IADL「薬の管理」

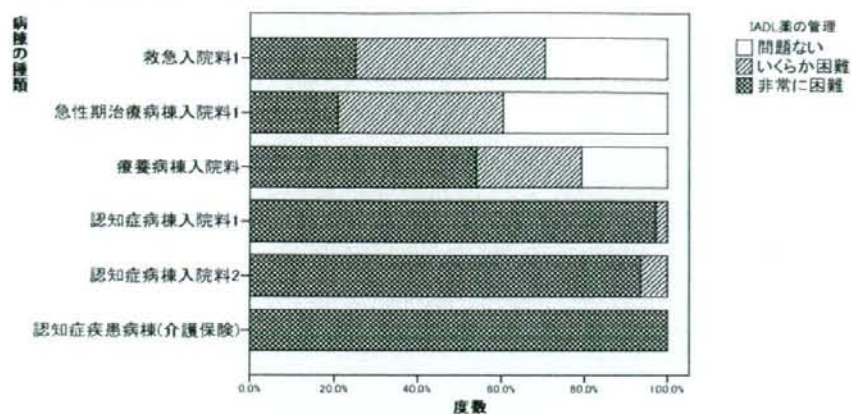


図-17) 病棟種類別、IADL「電話の利用」

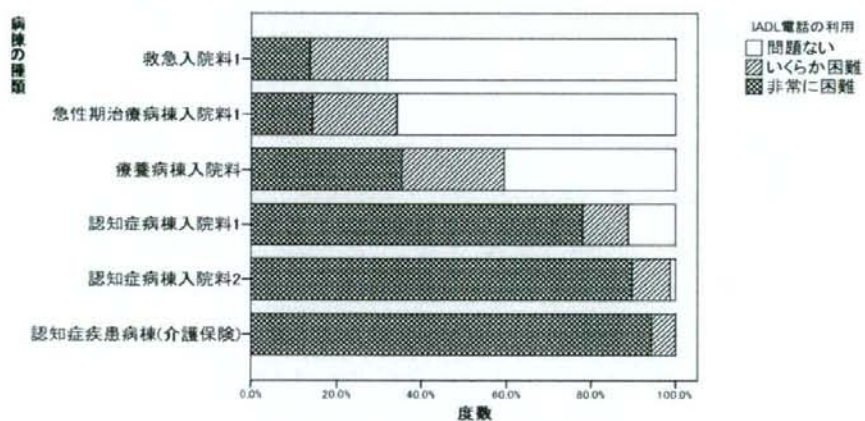


図-18)病棟種類別、IADL「買い物」

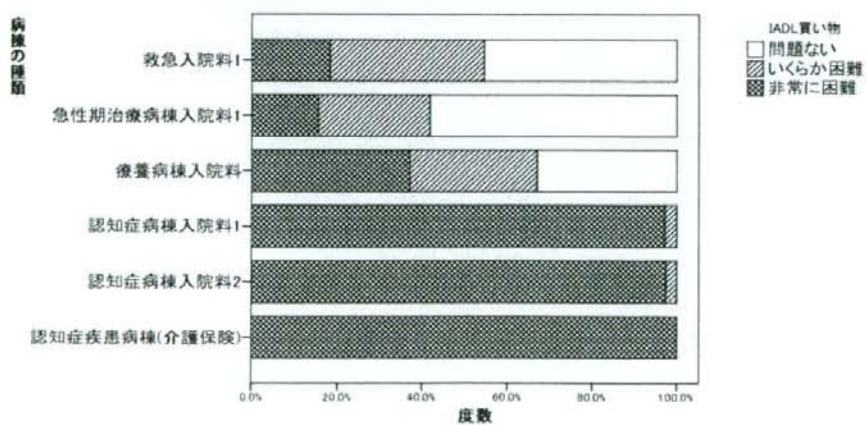
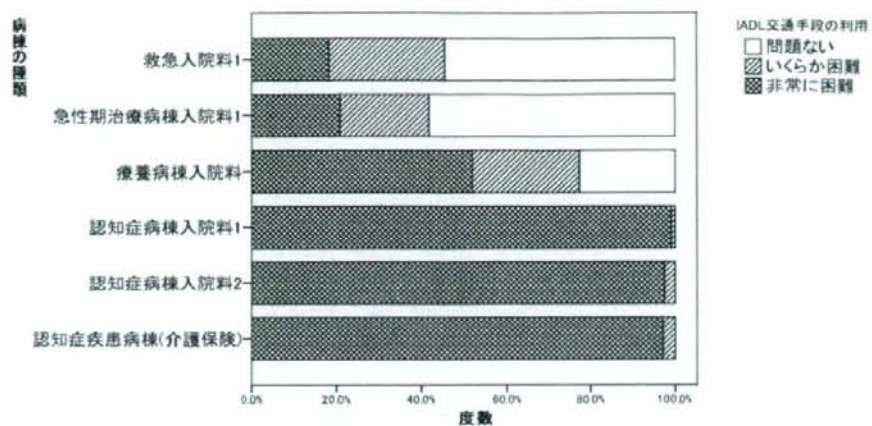


図-19) 病棟種類別、IADL「交通手段の利用」

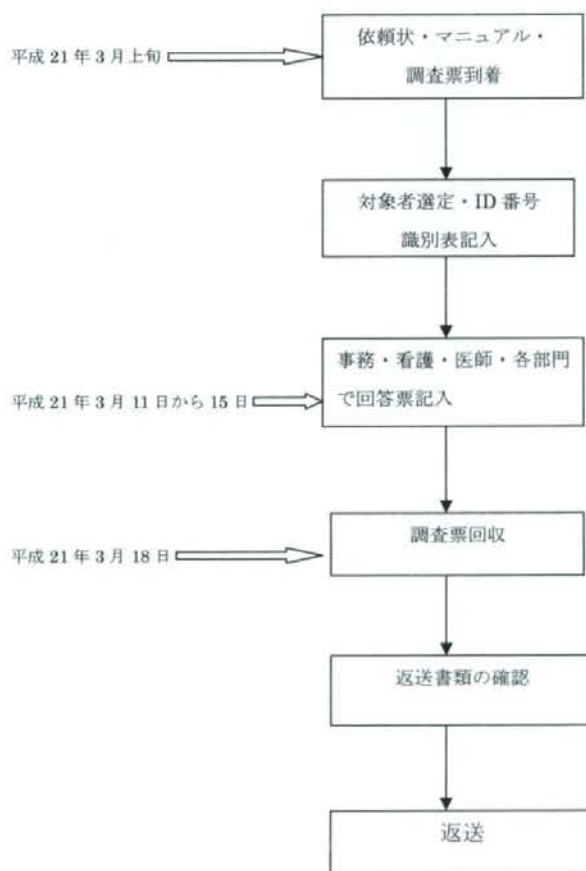


パイロットスタディ

「精神科病院の機能分化のための実態分析と新しい方法論の開発

調査実施マニュアル」

1. 調査の流れ



## 2. 調査実地手順

### ① 研究協力者の先生と調査担当責任者

研究協力者の先生へ

- ・調査票等のとりまとめ作業を行う担当責任者を選定してください。
- ・調査の趣旨を調査に関係する事務部門、看護部門、医師にご説明下さい。

調査担当責任者様へ

- ・調査票一式の到着後、同封書類の確認をお願い致します。
- ・調査対象者について、対象者 ID 番号識別表の記入をお願い致します。
- ・調査票へ ID 番号の記入をお願い致します。
- ・事務部門・看護部門・主治医に調査の趣旨および調査方法の説明、調査の依頼をお願い致します。
- ・調査票(事務部門・看護部門・主治医)を回収し、返送書類の確認、発送をお願い致します。

### ② 調査必要書類の確認

日精協より各医療機関施設へ、調査依頼を発送致します。同封の書類は次の通りです。添付されている「同封書類一覧」に沿って、必要書類がすべて同封されていることをご確認ください。不足の書類がある場合には、事務局までご連絡ください。

- ◆調査実施マニュアル
- ◆病棟調査票
- ◆対象者 ID 番号識別票
- ◆患者調査回答用紙の手引き
- ◆患者調査回答用紙( (1)事務、(2)看護、(3)主治医、(2)看護(調査表検証用)の4種)
- ◆記入者アンケート
- ◆病棟掲示ポスター

### ③ 調査実施病棟の確認

病棟調査票に病院の全病棟を記入して下さい。このうち特定入院料の全病棟が対象になります。

## —特定入院料病棟における患者特性についての調査—

### ④ 調査対象者の選定

平成21年3月9日時点で特定入院料病棟の全病棟に入院されている方の半数の方を対象としてください。その際の選定基準は次の通りです。

**★誕生日の一桁が奇数の入院患者を選んで下さい**

もし、この方法で、人数が各病棟入院患者数の半数より10人以上少ない場合には、以下の基準で選定をし直して下さい。

**★誕生日が奇数の方を選んで下さい**

### ⑤ 対象者 ID 番号識別表の記入

調査担当責任者は、「対象者 ID 識別表」に④で選定された対象者の氏名を記入してください。対応する ID 番号を対象者 ID 番号とし、すべての調査票で使用してください。なお、調査票回答用紙には、患者を特定できるカルテ番号等は一切記入しないようにご注意ください。

対象者 ID 番号を記入する場合には以下の点に注意して下さい。

#### 病院 ID 番号

- |            |                     |
|------------|---------------------|
| 1. 谷野呉山病院  | 6. 桜木病院             |
| 2. 高月病院    | 7. たなか病院            |
| 3. 水間病院    | 8. 東京足立病院           |
| 4. 平川病院    | 9. 国立病院機構下総精神医療センター |
| 5. 旭川圭泉会病院 |                     |

#### 病棟 ID 番号

病棟調査表の左端の欄の番号になります

#### 患者 ID 番号

上記の対象者 ID 識別表の ID 番号になります。なお、1患者1ID番号として、ID 番号の重複が無いように御注意下さい。(たとえば、病棟毎に1からふり直すようなことはしないで下さい)

### ⑥ 調査の実施

1. 調査期間は平成21年3月9日から15日迄となります。
2. 調査の趣旨等を周知するポスターを実施病棟の良く目につくところに掲示してください。
3. 調査担当責任者より事務部門担当者に対して、調査方法を説明していただいた後、次の物をお渡しください。

- ・対象者 ID 番号識別表のコピー → 1部
- ・患者調査票回答用紙の手引き → 1部
- ・患者調査回答用紙 → 調査対象者の人数分

4. 調査担当責任者より各病棟の看護部門調査担当者および主治医それぞれに対して、調査方法を説明していただいた後、以下のものをお渡しください。

- ・対象者 ID 番号識別表のコピー →1部
- ・患者調査回答用紙の手引き →1部（調査対象者の人数分）
- ・患者調査回答用紙 →1部（調査対象者の人数分）
- ・患者調査回答用紙についてのアンケート →1部

「患者調査回答用紙(2)看護」は病棟全体の患者の状態を把握している看護師長またはそれに準ずる方(副看護師長や主任・副主任)が記入して下さい。

「看護調査回答用紙(3)医師」は主治医が記入して下さい。

記入に当たっては、3月11日(水)時点で評価をお願い致します。

5. 対象者 ID 番号と対応する対象の方とお間違えのないように記入ください。
6. 該当者から調査に協力しない旨の意思表示があった場合には、回答用紙の表紙に大きく×をつけて未記入のまま提出してください。

#### ⑦調査票の回収

1. 調査担当責任者は、記入を終えた調査票を回収し、「対象者 ID 識別表」の回収欄にチェックを入れてください。その際、事務部門、看護部門、主治医の回答票と対象者 ID 番号が対応していることをご確認ください。
2. ID 番号別にすべての回答用紙をまとめ、対象患者分を ID 番号准に並べて保管してください。

#### ⑧最終的な回収

1. 調査担当責任者は、⑦で回収した調査票一式について、⑤の対象患者 ID 番号識別表の対象者と一致していることをご確認ください。
2. 調査担当責任者は「調査返送票」に必要事項を記入し、返送物のチェックをしてください。
3. 調査担当責任者は、2で確認した返送物を、調査一式に同封されている佐川急便の封

筒に入れて返送してください。返送用の封筒に貼付されている着払い発送伝票の<ご依頼主>欄に必要事項をご記入ください。

4. 最寄の佐川急便集配センターが不明の場合には、発送伝票の問い合わせ電話番号にお問い合わせください（問い合わせ TEL 03-3799-8666）。

◆返送物◆

- ・ 調査返送票
- ・ 事務部門回答用紙
- ・ 看護部門回答用紙
- ・ 主治医回答用紙
- ・ 患者調査回答用紙についてのアンケート

## —調査表検証用の調査—

上記の④～⑧の調査と並行して、以下の調査をお願い致します。

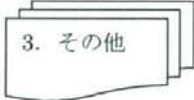
調査表の精度を確認する為に、以下を同時に行います。

1. 2つの病棟を以下に従って選んで下さい。

谷野呉山病院 急性期治療病棟 精神療養病棟の1つ  
高月病院 精神療養病棟の1つ、認知症病棟  
水間病院 精神療養病棟の1つ、認知症病棟の1つ  
平川病院 急性期治療病棟、精神療養病棟の1つ  
旭川圭泉会病院 精神科救急病棟、認知症病棟の1つ  
桜木病院 認知症病棟  
たなか病院 精神療養病棟  
東京足立病院 急性期治療病棟、認知症病棟(介護)

2. 対象となる2病棟の入院患者のうち対象者ID番号が奇数の患者に対して、「患者調査回答用紙(2)看護(調査表検証用)」を記入します。記入する人は、⑥で「患者調査回答用紙(2)看護」を記入する人に準ずる立場の看護師(例、看護師長に対して、副師長や受け持ち看護師)です。それぞれの記入者はお互いに相談したり、お互いの記入結果を見ないようにして別個に評価、記入をして下さい。この点について、各病棟の担当看護師に詳しく説明して下さい。

3. 記入は、3月11日(水)時点での評価をお願い致します。



### 3. その他

#### 1. 調査結果の報告

本調査の報告については、後日、報告書としてまとめ、各協力機関および施設へ送付させていただきます。

#### 2. お問い合わせ

本調査に関するお問い合わせは下記までお願い致します。

(略)



## 患者調査 回答用紙(1) 事務

必ず病院 ID、病棟 ID、患者 ID を他の回答用紙と対応するよう数字でご記入ください。(調査実施マニュアル参照)  
 該当する番号を回答欄にはっきりとご記入ください。  
 年号については、該当するものに○をつけてください。年月日は数字で枠内にはっきりとご記入ください。

<b>事務部門</b>	数字は右詰めでお書きください。	病院 ID <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	病棟 ID <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	患者 ID <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
問 1	生年月	( 1. 明治 ・ 2. 大正 ・ 3. 昭和 ・ 4. 平成 ) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 月		
問 2	性別	回答欄 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 1～2 のうち、該当する番号を回答欄に記入	[ 1. 男性    2. 女性 ]	
問 3	医療費	回答欄 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 1～13 のうち、該当する番号を回答欄に記入	[ 1. 協会健康保険(本人)    2. 協会健康保険(家族)    3. 組合管掌保険(本人) 4. 組合管掌保険(家族)    5. 共済組合保険(本人)    6. 共済組合保険(家族) 7. 国民健康保険(本人)    8. 国民健康保険(家族)    9. 退職者医療保険(本人) 10. 退職者医療保険(家族)    11. 後期高齢者医療保険    12. 生活保護 13. 自費 ]	
問 4	今回入院開始日	( 1. 昭和 ・ 2. 平成 ) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 日		
問 5	入院形態	回答欄 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 1～7 のうち、該当する番号を回答欄に記入	[ 1. 措置入院(緊急措置入院含む)    2. 医療保護入院 3. 任意入院    4. 応急入院 5. 鑑定入院    6. 医療観察法による指定入院 7. その他 ]	
問 6	病棟の種類	回答欄 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 1～10 のうち、該当する番号を回答欄に記入	[ 1. 入院基本料    2. 特別入院基本料    3. 精神科救急入院料 1 4. 精神科救急入院料 2    5. 精神科救急・合併症入院料    6. 精神科急性期治療病棟入院料 1 7. 精神科急性期治療病棟入院料 2    8. 精神療養病棟入院料    9. 認知症病棟入院料 1 10. 認知症病棟入院料 2    11. 認知症病棟(介護保険) ]	

## 患者調査 回答用紙(2) 看護

必ず病院 ID、病棟 ID、患者 ID を他の回答用紙と対応するよう数字でご記入ください。(調査実施マニュアル参照)  
 該当する番号を回答欄にはっきりとご記入ください。

看護部門 数字は右詰めでお書きください。		病院 ID	病棟 ID	患者 ID
質問		回答欄	選択肢	
<b>問 7</b> 0～6 のうち、該当する番号を回答欄に記入	ADLの支援レベル	a ベッド上の可動性		0. 自立 1. 準備のみ 2. 観察 3. 部分的な援助 4. 広範な援助 5. 最大の援助 6. 全面依存
		b 移乗		
		c 食事		
		d トイレの使用		
		e 個人衛生		
<b>問 8</b> 0～2 のうち、該当する番号を回答欄に記入	IADL	a 食事の用意		0. 問題ない 1. いくらか困難 2. 非常に困難
		b 家事一般		
		c 金銭管理		
		d 薬の管理		
		e 電話の利用		
		f 買い物		
		g 交通手段の利用		
<b>問 9</b> 0～1,0～3 のうち、該当する番号を回答欄に記入	a 短期記憶		0. 問題なし    1. 問題あり	
	b 認知能力		0. 自立    1. いくらか困難    2. 見守り    3. 判断不能	
	c 伝達能力		0. 伝えられる    1. いくらか困難    2. 限られる    3. 伝えられない	
<b>問 10</b> 0～1 のうち、該当する番号を回答欄に記入	a 自傷行為		0. なし	
	b 自殺企図		1. あり	
<b>問 11</b> 0～1 のうち、該当する番号を回答欄に記入	a 脅し、威嚇		0. なし	
	b 実際の暴力		1. あり	
<b>問 12</b> 0～3 のうち、該当する番号を回答欄に記入	a 一方的・自己中心的		0. なかった 1. 1日見られた 2. 2日見られた 3. 毎日みられた	
	b 頻回な要求・多訴			
	c 甘え・依存			
	d 器物破損			
	e ケアに対する抵抗			
	f 拒食			
	g 拒薬			
	h 嬌声・怒声			
	i 徘徊			
	j 多飲水			
	k 異食			
	l 放尿・弄便			
	m 性的逸脱行為			

質問		有無回答欄	時間・回数回答欄	選択肢
<b>問 13</b> 有無回答欄に該当する 0~1 の数字を、時間回答欄に過去3日間の処置合計時間をご記入ください。	隔離		合計( )時間	0. なし 1. あり ※ありの場合、処置の時間を合計でご記入ください
	拘束		合計( )時間	
<b>問 14</b> 有無回答欄に該当する 0~1 の数字を、時間回答欄に過去7日間の参加合計時間をご記入ください。	a 精神科作業療法		合計( )分	0. 参加なし 1. 参加あり ※ありの場合、参加時間を合計でご記入ください
	b 入院生活技能訓練療法		合計( )分	
	c 服薬指導		合計( )分	
	d 栄養指導		合計( )分	
	e 理学療法		合計( )分	
	f 入院集団精神療法		合計( )分	
	g その他 ※療法名もご記入ください		合計( )分	療法・プログラム名
	h その他 ※療法名もご記入ください		合計( )分	療法・プログラム名
	i その他 ※療法名もご記入ください		合計( )分	療法・プログラム名
<b>問 15</b> 有無回答欄に該当する 0~1 の数字を、回数回答欄に過去7日間の実施回数をご記入ください。	電気けいれん療法		合計( )回	0. なし 1. あり ※ありの場合、実施回数ご記入ください

## 患者調査 回答用紙(3) 主治医

必ず病院 ID、病棟 ID、患者 ID を他の回答用紙と対応するよう数字でご記入ください。(調査実施マニュアル参照)  
 該当する番号または数値を回答欄にはっきりとご記入ください。  
 「問 26」については、該当する番号に○をつけてください。

主治医 数字は右詰めでお書きください。		病院 ID	病棟 ID	患者 ID		
質問	回答欄	選択肢 (該当するものの番号を一つ回答欄にご記入ください。)				
問 16	入院回数	1. 1回(今回がはじめて) 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回以上				
問 17	処遇	1. 開放処遇(単独外出が認められている) 2. 閉鎖処遇				
問 18	主診断	1. (F00-03) 2. (F04-09) 3. (F10) 4. (F11-19) 5. (F20) 6. (F21-29) 7. (F3) 8. (F4) 9. (F5) 10. (F6) 11. (F7) 12. (F8) 13. (F90-98) 14. (F99) 15. (G40)				
	治療・ケアの内容 や程度に影響する 副診断	1. (F00-03) 2. (F04-09) 3. (F10) 4. (F11-19) 5. (F20) 6. (F21-29) 7. (F3) 8. (F4) 9. (F5) 10. (F6) 11. (F7) 12. (F8) 13. (F90-98) 14. (F99) 15. (G40)				
問 19	身体合併症	1. ある (特別な管理) 2. ある (日常的な管理) 3. ない				
		「1.ある(特別な管理)」と回答の場合、主な身体合併症疾患をひとつ選択してください。 1. (A00-B99) 2. (C00-D48) 3. (D50-D89) 4. (E00-E90) 5. (G00-G99) 6. (H00-H59) 7. (H60-H95) 8. (I00-I99) 9. (J00-J99) 10. (K00-K93) 11. (L00-L99) 12. (M00-M99) 13. (N00-N99) 14. (O00-O99) 15. (P00-P96) 16. (Q00-Q99) 17. (R00-R99) 18. (S00-T98) 19. (V00-Y98) 20. (Z00-Z99)				
問 20	GAF 評価			点		
質問	回答欄	選択肢 (該当するものの番号を一つ回答欄にご記入ください。)		質問	回答欄	選択肢 (該当するものの番号を一つ 回答欄にご記入ください。)
問 21	a 自傷他害の危険性	0. ない 1. 少ない 2. 中程度 3. 高い		l 衝動的な行動	0. 症状なし 1. ごく軽度 2. 軽度 3. 中程度 4. やや高度 5. 高度 6. 非常に高度	
	b 個人衛生	0. 自立 1. 観察・促し 2. 直接介助		m 抑うつ気分		
	c まどまりのない話	0. ない 1. 時々 2. しばしば		n 誇大性		
	d 奇妙な姿勢	0. ない 1. 時々 2. 毎日		o 敵意		
	e 心氣的訴え	0. 症状なし 1. ごく軽度 2. 軽度 3. 中程度 4. やや高度 5. 高度 6. 非常に高度		p 疑惑		
	f 不安			q 運動減退		
	g 感情的引きこもり			r 非協調性		
	h 思考解体			s 思考内容の異常		
	i 幻覚			t 感情の鈍磨		
	j 罪業感			u 高揚気分		
	k 緊張			v 精神運動興奮		

(裏面へつづく)

質問		回答欄	選択肢（該当するものの番号を一つ回答欄にご記入ください。）
問 22	精神症状		1. 精神症状 1      2. 精神症状 2      3. 精神症状 3 4. 精神症状 4      5. 精神症状 5      6. 精神症状 6
問 23	能力障害		1. 能力障害 1      2. 能力障害 2      3. 能力障害 3 4. 能力障害 4      5. 能力障害 5
問 24	病状についての洞察		1. 十分にある      2. 不十分      3. ほとんどない
問 25	薬物療法の必要性		1. 十分に認識している 2. 不十分ではあるが嫌がらずに服薬している 3. 不十分で、服薬を嫌がったり、拒否することがある 4. 処方されていない
問 26	<p>〔1～21のうち、該当する番号に○をつけてください。（複数回答可）〕</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>肺炎に対する治療</li> <li>脱水に対する治療</li> <li>せん妄に対する治療</li> <li>尿路感染症に対する治療</li> <li>感染症の治療の必要性から隔離室での管理</li> <li>頻回な嘔吐に対する治療</li> <li>酸素療法</li> <li>1日8回以上の喀痰吸引</li> <li>人工呼吸器の使用</li> <li>気管切開または気管内挿管</li> <li>24時間点滴</li> <li>中心静脈栄養</li> <li>経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養</li> <li>頻回な血糖検査を実施</li> <li>褥創に対する治療を実施（皮膚層の部分的喪失が認められる場合、または褥創が2か所以上に認められる場合に限る）</li> <li>創傷（手術創や感染創を含む）、皮膚潰瘍または下肢もしくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施</li> <li>消化管等の体内から出血が反復継続している状態</li> <li>ドレーン法または胸腔、もしくは腹腔の洗浄を実施</li> <li>傷病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実施</li> <li>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</li> <li>人工腎臓、持続緩除式血漿濾過、腹膜灌流または血漿交換法を実施</li> </ol>		

# 精神科病院の機能分化のための実態分析と

## 新しい方法論の開発

### 患者調査 回答用紙記入の手引き

#### お書きになる時の注意

1. 回答は、別紙回答用紙にご記入ください。
2. この調査票が不足した場合は、恐れ入りますがコピーしてご利用ください。
3. 問1～6は事務部門の方が、問7～15は看護職員の方が、問16以降は主治医の方がご記入ください。
4. 調査当日の状況をお答えください。

この調査に関する問合せ先

(略)

-平成21年3月-

## 記入上の注意

### 1. 施設調査の回答方法

- ・必ず施設名をご記入ください。
- ・質問票はございません。「施設調査 回答用紙」に直接ご記入ください。

### 2. 患者調査の回答方法

- ・患者調査には、質問票と回答用紙がございます。必ず回答用紙にご回答ください。
- ・質問は「事務部門（問 1～6）」「看護部門（問 7～15）」「主治医（問 16 以降）」に分かれています。それぞれの部門の対象者 ID 番号を必ずご記入の上、対象者 ID 番号が必ず一致するよう、ご注意ください（『対象者 ID 番号識別表』をご利用ください。）
- ・調査は平成 21 年 3 月 11 日を評価日としてお答えください。
- ・対象者 1 人につき回答用紙 3 枚  
「回答用紙(1)/事務部門(片面)」「回答用紙(2)/看護師(両面)」「回答用紙(3)/主治医(両面)」  
となっております。ご回答の際は、各用紙に漏れがないかご確認ください。
- ・回答用紙が不足した場合は、誠に恐れ入りますが用紙をコピーしてご記入ください。

#### <回答用紙記入上の注意点>

- ・必ず病院 ID、病棟 ID、患者 ID を他の回答用紙と対応するよう数字でご記入下さい。（調査実施マニュアル参照）
- ・年号については、該当するものに○をつけてください。

#### <良い例>

問 1	生年月	( 1. 明治 ・ 2. 大正 ・ <b>3. 昭和</b> ・ 4. 平成 )	4 8	年	7	月
問 2	性別	<input type="checkbox"/> 1. 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 女性				
問 3	福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1. 持っていない <input type="checkbox"/> 2. 1 級 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 2 級 <input type="checkbox"/> 4. 3 級				

#### <悪い例>

問 10	初診日	( 昭和 ・ 平成 )	1 8	年	1	月 (頃)	← 記入が薄い、数字が小さい。
問 14	主診断	<input type="checkbox"/> 1.(F00-03) <input checked="" type="checkbox"/> 2.(F04-09) <input type="checkbox"/> 3.(F10) <input type="checkbox"/> 4.(F11-19) <input type="checkbox"/> 8.(F4) <input checked="" type="checkbox"/> 9.(F5) <input type="checkbox"/> 10.(F6) <input type="checkbox"/> 11.(F7) <input type="checkbox"/> 12.(F8)					← 重複回答、または無回答。 ← 数字が枠からはみ出している。 ← 判別しにくい(例: 7 と 1、0 と 6) ← √印が他の回答欄まで及んでいる。

#### <対象者ID番号について>

- ・同封の「対象者 ID 番号識別表」に対象者氏名を記入したものをご利用の上、事務部門回答用紙、看護部門回答用紙、主治医回答用紙の ID 番号にズレのないようご注意ください。
- ・全ての患者調査回答用紙について、ID 番号のご記入漏れのないようお願いいたします。

この頁（問 1～6）は事務部門でご回答下さい。

回答用紙に回答願います。調査日当日(平成 21 年 3 月 11 日)の状況をお知らせください。

問 1 対象者の生年月月をお答えください。

1. 明治・2. 大正・3. 昭和・4. 平成 年 月

問 2 対象者の性別をお答えください。

1. 男性 2. 女性

問 3 対象者の現在の医療費は、次のうちどれですか。当てはまるものを1つ選択してください。

- |                        |                 |
|------------------------|-----------------|
| 1. 協会健康保険（旧政府管掌保険）（本人） | 8. 国民健康保険（家族）   |
| 2. 協会健康保険（旧政府管掌保険）（家族） | 9. 退職者医療保険（本人）  |
| 3. 組合管掌保険（本人）          | 10. 退職者医療保険（家族） |
| 4. 組合管掌保険（家族）          | 11. 後期高齢者医療保険   |
| 5. 共済組合保険（本人）          | 12. 生活保護        |
| 6. 共済組合保険（家族）          | 13. 自費          |
| 7. 国民健康保険（本人）          |                 |

問 4 対象者の今回の入院開始日はいつですか。

1. 昭和・2. 平成 年 月 日

問 5 対象者の現在の入院形態について、次のうち当てはまるものを1つ選択してください。

- |                    |
|--------------------|
| 1. 措置入院（緊急措置入院を含む） |
| 2. 医療保護入院          |
| 3. 任意入院            |
| 4. 応急入院            |
| 5. 鑑定入院            |
| 6. 医療観察法による指定入院    |
| 7. その他（ ）          |

問 6 対象者が現在入院している病棟の種類について、次のうち当てはまるものを1つ選択してください。

- |                                |
|--------------------------------|
| 1. 精神一般病棟 入院基本料（10 対 1～20 対 1） |
| 2. 精神一般病棟 特別入院基本料              |
| 3. 精神科救急入院料 1                  |
| 4. 精神科救急入院料 2                  |
| 5. 精神科救急・合併症入院料                |
| 6. 精神科急性期治療病棟入院料 1             |
| 7. 精神科急性期治療病棟入院料 2             |
| 8. 精神療養病棟入院料                   |
| 9. 認知症病棟入院料 1                  |
| 10. 認知症病棟入院料 2                 |
| 11. 認知症病棟 介護保険適用               |



この頁（問7～15）は、病棟看護師がご回答下さい。（3月11日を評価日として御記入下さい）

問7 過去3日間の、対象者のa～dの日常動作(ADL)それぞれに対する支援のレベル(※)について、以下の基準を参考に、0～6の中から最も近いものを1つ選んでお答え下さい。

ADL への支援のレベル (※)	<参考>
0. 自立 : 手助け、準備、観察は不要。または1～2回のみ。	<p>ポディタッチは必要か</p> <p>→ 必要ない → 0. 自立 1. 準備のみ 2. 観察</p> <p>↓ 必要ある ↓</p> <p>体重を支える必要はあるか</p> <p>→ 必要ない → 3. 部分的な援助</p> <p>↓ 必要ある ↓</p> <p>本動作の半分以上を自力でできているか</p> <p>→ できる → 4. 広範な援助</p> <p>↓ できない ↓</p> <p>少しでも本動作に参加しているか</p> <p>← している → 5. 最大の援助</p> <p>← していない → 6. 全面依存</p>
1. 準備のみ : もの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。	

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、起き上がりたり、ベッド上の身体的位置を調整する。	0 4	1 5	2 6	3
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)。	0 4	1 5	2 6	3
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。	0 4	1 5	2 6	3
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)。	0 4	1 5	2 6	3
e. 個人衛生	髪に櫛をいれられるか。歯磨きができるか。髭そりができるか。化粧ができるか。顔と手を洗い、顔と手を拭けるか(入浴とシャワーをのぞく)。	0 4	1 5	2 6	3

問8 次のIADL(手段的日常生活動作)各項目について、対象者が自分一人で実施する場合(そのような状況になった場合)、どの程度困難かを困難度(※)の0～2から1つ選んでそれぞれお答えください。

a. 食事の用意(献立を考える、材料を用意する、料理する、配膳する)	0 1 2
b. 家事一般(食事の後片付け、掃除、布団・ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯など)	0 1 2
c. 金銭管理(請求書の支払い、貯金の管理、家計の収支勘定)	0 1 2
d. 薬の管理(服用の時間、袋からの取り出し、処方通りの服用)	0 1 2
e. 電話の利用(自分で電話をかけたたり、受けたり)	0 1 2
f. 買い物(食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う)	0 1 2
g. 交通手段の利用(バス・電車などの乗り物による移動)	0 1 2

(※) 困難度  
 0. 問題ない  
 1. いくらか困難(援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる)  
 2. 非常に困難(ほとんど、あるいは全く本人は実施できない)

回答は別紙の回答用紙にご記入ください。質問票が不足の場合は、恐れ入りますがコピーしてご利用ください。

問9 次の各項目に関して、対象者の現在の状態に当てはまる番号を1つ選択してください。

a. 短期記憶	最近のこと(5分程度)を覚えている能力を評価する。(たとえば、終わったばかりの食事の内容を聞いたり、身近にあるものを3つ見せて、一旦しまい、5分後に聞いてみる。等)	
	0	問題なし
	1	問題あり
b. 行 う た め の 認 知 能 力	毎日の日課における判断能力を評価する。	
	0	自立 日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日するべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。
	1	いくらか困難 日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ判断に多少の困難がある。
	2	見守りが必要 判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。
	3	判断できない ほとんどまたは全く判断できない。
c. 自 分 の 意 志 の 伝 達 能 力	自分の要求、意思、考えなどを相手に伝達し、理解させることができる能力を評価する。(方法は会話に限らず、筆談、手話、あるいはその組み合わせでも良い)。	
	0	伝えられる 自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる。
	1	いくらか困難 適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、応対に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに多少、相手の促しを要することもある。
	2	具体的要求に限られる 時々自分の意思を伝えることができるが、基本的な欲求(飲食、睡眠、トイレ等)に限られる。
	3	伝えられない ほとんど伝えられない。または限られた者にのみ理解できるサイン(本人固有の音声あるいはジェスチャー)でしか自分の要求を伝えることができない。

問10 過去7日間の自傷行為・自殺企図についてお答えください。

a. 実際に自傷行為があった。(例:頭を壁にぶつける、リストカット、体の一部を傷つける、等)	0	1
b. 実際に自殺企図があった。(例:過量服薬、首をひもで絞める、飛び降りる、等)	0	1

(※) 頻度 0. なし 1. あり

問11 過去7日間の他害行為についてお答えください。

a. 実際に、他人を脅す行為、あるいは威嚇が認められた。	0	1
b. 実際に、他人に対する暴力があった。:(刃物で刺す、首を絞める、殴る、など他人に対する肉体的害をもたらす)	0	1

(※) 頻度 0. なし 1. あり

回答は別紙の回答用紙にご記入ください。質問票が不足の場合は、恐れ入りますがコピーしてご利用ください。

問12 以下の問題行動の過去3日間の頻度を下記の0～3から1つ選んでそれぞれお答えください。

a. 一方的・自己中心的 (ケア職員に耳を貸さず、一方的に自分の主張を続ける)	0	1	2	3
b. 頻回な要求・多訴 (ケア職員に積極的にかつ繰り返して、様々な要求や訴えをする)	0	1	2	3
c. 甘え・依存 (ナースステーション等に頻回に来てケア職員に話相手など自分に必要以上に関わることを求める)	0	1	2	3
d. 故意に器物を破損したり破損しようとする	0	1	2	3
e. ケアに対する深刻な抵抗(点滴・尿道カテーテルを抜去する等)	0	1	2	3
f. 拒食	0	1	2	3
g. 拒薬	0	1	2	3
h. 嬌声(きょうせい)・怒声 (他の患者の安静を妨げる行為)	0	1	2	3
i. 徘徊	0	1	2	3
j. 多飲水	0	1	2	3
k. 異食	0	1	2	3
l. 放尿・弄便(ろうべん)等の不潔行為	0	1	2	3
m. 性的逸脱行為	0	1	2	3

(※) 頻度 0. このような行動なかった  
1. 1日みられた  
2. 2日みられた  
3. 毎日みられた

問13 過去3日間で行った以下の処置についての有無と、合計時間についてお答えください。

a. 隔離 (12時間以内の隔離も含む)	0	1	( ) 時間
b. 拘束 (時間解除も含む)	0	1	( ) 時間

(※) 頻度 0. なかった 1. あり (→3日間の合計の実施時間もお答えください)

問14 過去7日間の作業療法等の参加時間の合計をご記入下さい。その他の場合、療法・プログラム内容をご記入下さい。

a. 精神科作業療法	0	1	( ) 分
b. 入院生活技能訓練療法	0	1	( ) 分
c. 服薬指導	0	1	( ) 分
d. 栄養指導	0	1	( ) 分
e. 理学療法	0	1	( ) 分
f. 入院集団精神療法	0	1	( ) 分
g. その他 ( )	0	1	( ) 分
h. その他 ( )	0	1	( ) 分
i. その他 ( )	0	1	( ) 分

(※) 頻度 0. 参加なし  
1. あり (時間をお答えください)

問15 過去7日間の電気けいれん療法についてお答えください。

電気けいれん療法	0	1	( ) 回
----------	---	---	-------

(※) 頻度 0. なかった 1. あり (→過去7日間の実施回数もお答えください)

回答は別紙の回答用紙にご記入ください。質問票が不足の場合は、恐れ入りますがコピーしてご利用ください。

この頁（問16～）以降は、主治医の方がご回答下さい。（3月11日を評価日として御記入下さい）

問16 対象者がこれまで他の医療機関も含め、精神科・神経科の病院に入院した回数は合わせて何回になりますか。今回入院も含めて通算回数をお答えください（正確な回数のわからない場合はおおよその回数でお答えください）。

- |                |       |       |       |         |
|----------------|-------|-------|-------|---------|
| 1. 1回(今回がはじめて) | 2. 2回 | 3. 3回 | 4. 4回 | 5. 5回以上 |
|----------------|-------|-------|-------|---------|

問17 対象者の処遇について、次のうちあてはまるものを1つ選択してください。

- |                       |         |
|-----------------------|---------|
| 1. 開放処遇（単独外出が認められている） | 2. 閉鎖処遇 |
|-----------------------|---------|

問18 対象者の疾患分類はICD-10のどれにあたりますか。主診断を1～15の番号から1つ選択してください。また、治療・ケア等の内容や程度に影響する副診断があれば1～15の番号から1つ選択してください。

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. 認知症疾患(F00-03)                 | 9. 生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5)     |
| 2. その他の症状性を含む器質性精神障害(F04-09)     | 10. 成人の人格・行動の障害(F6)              |
| 3. アルコールによる精神・行動の障害(F10)         | 11. 精神遅滞(F7)                     |
| 4. その他の精神作用物質による精神・行動の障害(F11-19) | 12. 心理的発達の障害(F8)                 |
| 5. 統合失調症(F20)                    | 13. 小児期・青年期に発症する行動・情緒の障害(F90-98) |
| 6. その他の精神病性障害(F21-29)            | 14. 特定不能の精神障害(F99)               |
| 7. 気分(感情)障害(F3)                  | 15. てんかん(G40)                    |
| 8. 神経症性・ストレス関連・身体表現性障害(F4)       |                                  |

問19 対象者は、現在、身体合併症がありますか。次の中から1つ選択してください。

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. 特別な管理（入院治療が適当な程度）を要する身体合併症がある  |
| 2. 日常的な管理（外来通院が適当な程度）を要する身体合併症がある |
| 3. ない                             |

→【身体合併症疾患分類】

問19で「1 特別な管理」とご回答の場合、主な身体合併症疾患を1つ右記から1～20の番号でお答えください。

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1. 感染症および寄生虫症(A00-B99)             | 11. 皮膚および皮下組織の疾患(L00-L99)                     |
| 2. 新生物(C00-D48)                    | 12. 筋骨格系および結合組織の疾患(M00-M99)                   |
| 3. 血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害(D50-D89) | 13. 尿路性器系の疾患(N00-N99)                         |
| 4. 内分泌、栄養および代謝疾患(E00-E90)          | 14. 妊娠、分娩および産後(000-O99)                       |
| 5. 神経系の疾患(G00-G99)                 | 15. 周産期に発生した病態(P00-P96)                       |
| 6. 眼および付属器の疾患(H00-H59)             | 16. 先天奇形、変形および染色体異常(Q00-Q99)                  |
| 7. 耳および乳様突起の疾患(H60-H95)            | 17. 症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの(R00-R99) |
| 8. 循環器系の疾患(I00-I99)                | 18. 損傷、中毒およびその他の外因の影響(S00-T98)                |
| 9. 呼吸器系の疾患(J00-J99)                | 19. 傷病および死亡の外因(V00-Y98)                       |
| 10. 消化器系の疾患(K00-K93)               | 20. 健康状態に影響をおよぼす要因および保健サービスの利用(Z00-Z99)       |