

主治医-問22-p	疑惑	2	1.46%	3	1.69%	3	1.06%
主治医-問22-q	運動減退	3	2.06%	3	1.39%	2	0.38%
主治医-問22-r	非協調性	3	1.59%	3	0.98%	3	0.57%
主治医-問22-s	思考内容の異常	3	1.53%	3	1.22%	4	0.85%
主治医-問22-t	感情の鈍麻	2	0.96%	3	0.92%	2	0.63%
主治医-問22-u	高揚気分	2	5.98%	2	4.27%	3	2.80%
主治医-問22-v	精神運動興奮	2	7.63%	2	2.40%	3	3.73%
主治医-問23	精神症状	4	7.97%	2	1.10%	4	3.98%
主治医-問24	能力障害	3	4.93%	3	2.03%	4	1.68%
主治医-問25	病気についての洞察	3	4.93%	2	1.29%	2	0.29%
主治医-問26	薬物療法の必要性	2	1.69%	3	0.78%	2	0.80%
主治医-問27	肺炎	2	0.09%	2	0.05%	2	0.17%
主治医-問27	脱水			2	0.01%	2	0.43%
主治医-問27	せん妄	2	0.00%	2	0.02%	2	0.01%
主治医-問27	尿路感染症			2	0.07%	2	0.10%
主治医-問27	感染症隔離			2	0.15%		
主治医-問27	頻回嘔吐			2	0.05%	2	0.00%
主治医-問27	酸素療法	2	0.23%			2	0.18%
主治医-問27	喀痰吸引						
主治医-問27	人工呼吸器					2	1.21%
主治医-問27	気管切開						
主治医-問27	24時間点滴	2	0.59%			2	0.30%
主治医-問27	中心静脈栄養					2	0.18%
主治医-問27	胃管・胃ろう	2	0.01%			2	0.04%
主治医-問27	頻回血糖検査	2	0.26%	2	0.11%	2	0.18%
主治医-問27	褥創治療					2	0.00%
主治医-問27	創傷治療	2	0.04%	2	0.00%	2	0.06%
主治医-問27	反復出血					2	0.18%
主治医-問27	ドレーン						
主治医-問27	リハビリテーション	2	0.15%			2	0.18%
主治医-問27	末梢循環障害						
主治医-問27	人工透析			2	0.07%		
	ADL区分点数						
	IADL非常に困難の数	2	1.77%	2	0.51%	2	0.24%
	CPS	2	5.84%	2	0.68%	2	0.84%
	医療区分	2	0.79%	2	0.02%	3	1.55%
	BPRS合計	2	2.05%	4	2.50%	4	1.60%
	BPRS陽性症状	2	0.73%	3	2.55%	2	1.09%
	BPRS陰性症状	2	0.62%	3	1.07%	3	0.24%
	BPRS気分	3	1.96%	3	1.81%	3	2.30%
	BPRS躁症状	2	5.99%	3	5.13%	3	2.67%

付 録

患者調査回答用紙、回答用紙記入の手引き
タイムスタディ調査手順、同記入表集計表

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。

事務部門 数字は右詰めでお書き ください。	病院 ID <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	病棟 ID <input style="width: 40px; 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: 40px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 月		
問 2 性別 1~2のうち、該 当する番号を 回答欄に記入	回答欄 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> (1.男性 2.女性)		
問 3 医療費 1~13のうち、 該当する番号 を回答欄に記 入	回答欄 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> (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: 40px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 日		
問 5 入院形態 1~7のうち、該 当する番号を 回答欄に記入	回答欄 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> (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()) *24時間タイムスタディ当日の入院形態をお答えください		
問 6 病棟の種類 1~10のうち、 該当する番号 を回答欄に記 入	回答欄 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> (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) *24時間タイムスタディ当日の入院病棟についてお答えください)		
問 7 今回入院 退院日	回答欄 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 1. タイムスタディ実施月末日 まで入院継続 2. タイムスタディ実施月 (実施月の <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 日) 中に退院		

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
問 8 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	質問	回答欄
	a ベッド上の可動性		
	b 移乗		
	c 食事		
	d トイレの使用		
	e 個人衛生		
			選択肢
			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
問 9 0～2 のうち、該当する番号を回答欄に記入	IADL	質問	回答欄
	a 食事の用意		
	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		
			選択肢
			0. 問題ない 1. いくらか困難 2. 非常に困難
問 10 0～1,0～3 のうち、該当する番号を回答欄に記入	短期記憶		
	a 短期記憶		
	b 認知能力		
	c 伝達能力		
			選択肢
			0. 問題なし 1. 問題あり
			0. 自立 1. いくらか困難 2. 見守り 3. 判断不能
			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
問 11 0～1 のうち、該当する番号を回答欄に記入	自傷行為		
	a 自傷行為		
	b 自殺企図		
			選択肢
			0. なし 1. あり
問 12 0～1 のうち、該当する番号を回答欄に記入	脅し、威嚇		
	a 脅し、威嚇		
	b 実際の暴力		
			選択肢
			0. なし 1. あり
問 13 0～3 のうち、該当する番号を回答欄に記入	一方的・自己中心的		
	a 一方的・自己中心的		
	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		
			選択肢
			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

(裏面へつづく)

質問		有無回答欄	時間・回数回答欄	選択肢	
問 14 有無回答欄に該当する0～1の数字を、時間回答欄に24時間タイムスタディ当日を含む前後3日間の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、合計の時間をご記入ください	
	拘束		合計()時間		
問 15 有無回答欄に該当する0～1の数字を、時間回答欄に5日間タイムスタディ期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
問 16 有無回答欄に該当する0～1の数字を、回数回答欄に5日間タイムスタディ期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 27」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	<input style="width: 100%;" type="text"/>	病棟 ID	<input style="width: 100%;" type="text"/>	患者 ID	<input style="width: 100%;" type="text"/>
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 17	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 18	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 19	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 20	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 21	GAF 評価	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	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 22	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 まとまりのない話		0. ない 1. 時々 2. 毎日		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 23	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 24	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 25	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 26	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 27	<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"> 1. 肺炎に対する治療 2. 脱水に対する治療 3. せん妄に対する治療 4. 尿路感染症に対する治療 5. 感染症の治療の必要性から隔離室での管理 6. 頻回な嘔吐に対する治療 7. 酸素療法 8. 1日8回以上の喀痰吸引 9. 人工呼吸器の使用 10. 気管切開または気管内挿管 11. 24時間点滴 12. 中心静脈栄養 13. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養 14. 頻回な血糖検査を実施 15. 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） 16. 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 17. 消化管等の体内から出血が反復継続している状態 18. ドレーン法または胸腔、もしくは腹腔の洗浄を実施 19. 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） 20. 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 21. 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 		

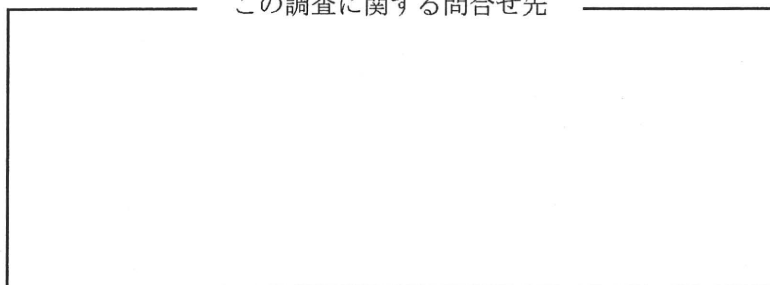
患者調査 回答用紙記入の手引き (1)

事務部門 (問 1～問 7)

お書きになる時の注意

1. 回答は、別紙「患者調査 回答用紙(1)事務」にご記入ください。
2. この手引きが不足した場合は、恐れ入りますがコピーしてご利用ください。
3. 問 1～問 7 について、事務部門の方がご記入ください。
4. 24 時間タイムスタディ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



記入上の注意

- ・患者調査には、この手引き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 1～7）」「看護部門（問 8～16）」「主治医（問 17 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 24 時間タイムスタディ当日の状態について想起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。

【別紙 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・ 3.昭和 ・4.平成)	4 6	年	3	月
問 2	性別	回答欄	[1.男性 2.女性]			
	1～2 のうち、該当する番号を回答欄に記入	1				

<× 悪い例>

問 1	生年月	(1.明治・2.大正・ 3.昭和 ・4.平成)	1 8	年	2	月
問 2	性別	回答欄	[1.男性 2.女性]			
	1～2 のうち、該当する番号を回答欄に記入					
問 3	医療費	回答欄	[1. 協会健康保険(本人) 2. 協会 4. 組合管掌保険(家族) 5. 共済 7. 国民健康保険(本人) 8. 国民 10. 退職者医療保険(家族) 11. 後期 13. 自費]			
	1～13のうち、該当する番号を回答欄に記入	3, 9				

- 記入が薄い、数字が小さい。
- 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 と 8 等)
- 回答欄以外への記入
- 重複回答、または無回答。

【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。

回答は別紙「患者調査 回答用紙(1)事務」にご記入ください。
24時間タイムスタディ当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。

問2 対象者の性別をお答えください。

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。

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 |

問7 対象者がタイムスタディを実施した月の末日までに退院した場合は、退院日を記入してください。

以上で事務部門の質問は終了です。調査にご協力いただきありがとうございました。

回答用紙にご記入の上、記入漏れがないかご確認後、調査総括責任者へお渡しください。

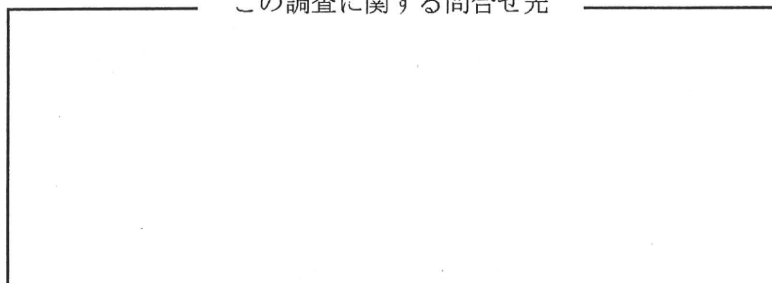
患者調査 回答用紙記入の手引き (2)

看護部門 (問 8～問 16)

お書きになる時の注意

1. 回答は、別紙「患者調査 回答用紙(2)看護」にご記入ください。
2. この手引きが不足した場合は、恐れ入りますがコピーしてご利用ください。
3. 問 8～問 16 について、看護職員の方 (看護師長または準ずる方) がご記入ください。
4. 24 時間タイムスタディ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



記入上の注意

- ・患者調査には、この手引き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 1～7）」「看護部門（問 8～16）」「主治医（問 17 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 24 時間タイムスタディ当日の状態について想起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。

【別紙 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・ 3.昭和 ・4.平成)	4 6	年	3	月
問 2	性別 <small>1～2 のうち、該当する番号を回答欄に記入</small>	回答欄 [1.男性 2.女性]	1			

<× 悪い例>

問 1	生年月	(1.明治・2.大正・ 3.昭和 ・4.平成)	1 8	年	2	月
問 2	性別 <small>1～2 のうち、該当する番号を回答欄に記入</small>	回答欄 [1.男性 2.女性]				
問 3	医療費 <small>1～13のうち、該当する番号を回答欄に記入</small>	回答欄 [1. 協会健康保険(本人) 2. 協会 4. 組合管掌保険(家族) 5. 共済 7. 国民健康保険(本人) 8. 国民 10. 退職者医療保険(家族) 11. 後期 13. 自費]	3, 9	<ul style="list-style-type: none"> ● 記入が薄い、数字が小さい。 ● 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 と 8 等) ● 回答欄以外への記入 ● 重複回答、または無回答。 		

【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。

回答は別紙「患者調査 回答用紙(2)看護」にご記入ください。
24時間タイムスタディ当日の状況をお知らせください。

問8 24時間タイムスタディ当日を含む前後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。

<p>ADL への支援のレベル (※)</p> <p>0. 自立 : 手助け、準備、観察は不要。または1~2回のみ。</p> <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。</p> <p>2. 観察 : 見守り、励まし、誘導が3回以上</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p><参考></p> <pre> graph TD A[ボディタッチは必要か] -- 必要ない --> B[0. 自立 1. 準備のみ 2. 観察] A -- 必要ある --> C[体重を支える必要はあるか] C -- 必要ない --> D[3. 部分的な援助] C -- 必要ある --> E[本動作の半分以上を自力でできているか] E -- できる --> F[4. 広範な援助] E -- できない --> G[少しでも本動作に参加しているか] G -- している --> H[5. 最大の援助] G -- していない --> I[6. 全面依存] </pre>
--	---

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。	0	1	2	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	1	2	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	1	2	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	1	2	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	1	2	3
		4	5	6	6

問9 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	どの程度食事ができるか(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	通常家事をどの程度行えるか(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	請求書の支払をし、貯金残高の管理をし、家計の収支勘定を出来ているか	0	1	2
d. 薬の管理	どのように薬剤を管理できるか(服用の時間、袋からの取り出し、処方通りの服用)(内服薬・外用薬)	0	1	2
e. 電話の利用	どのくらい自分で電話をかけたたり受けたりできるか	0	1	2
f. 買い物	食べ物・衣類など日常に必要なものを自分で支払うことができるか	0	1	2
g. 交通手段の利用	自分で乗り物に乗ることができるか(歩行出来る範囲外における移動、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
2. 非常に困難	ほとんど、あるいはまったく活動に参加できない

問 10 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 意思決定を 認知能力	毎日の日課における判断能力を評価する。		
		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、またはまったく判断できない。
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	具体的な要求に限られる	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 11 5日間タイムスタディ期間の自傷行為・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 12 5日間タイムスタディ期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

問 13 以下の問題行動の 24 時間タイムスタディ当日を含む前後 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. このような行動はなかった
 1. 1日見られた
 2. 2日みられた
 3. 毎日みられた

問 14 24 時間タイムスタディ当日を含む前後 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 15 5 日間タイムスタディ期間の作業療法等の参加時間の合計をご記入下さい。A~f にうまくあてはまらない療法・プログラムがある場合は、その他の()に療法・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 16 5日間タイムスタディ期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 (→過去タイムスタディの期間の5日間の実施回数もお答えください)

以上で看護部門の質問は終了です。調査にご協力いただきありがとうございました。

回答用紙にご記入の上、記入漏れがないかご確認後、調査総括責任者へお渡しください。

患者調査 回答用紙記入の手引き (3)

主治医 (問 17～問 27)

お書きになる時の注意

1. 回答は、別紙「患者調査 回答用紙(3)主治医」にご記入ください。
2. この手引きが不足した場合は、恐れ入りますがコピーしてご利用ください。
3. 問 17～問 27 について、主治医の方がご記入ください。
4. 24 時間タイムスタディ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

記入上の注意

- ・患者調査には、この手引き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 1～7）」「看護部門（問 8～16）」「主治医（問 17 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 24 時間タイムスタディ当日の状態について想起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。

【別紙 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・ 3.昭和 ・4.平成)	4 6	年	3	月
問 2	性別 <small>1～2 のうち、該当する番号を回答欄に記入</small>	回答欄	[1.男性 2.女性]			
		1				

<× 悪い例>

問 1	生年月	(1.明治・2.大正・3.昭和・4.平成)	1 8	年	2	月
問 2	性別 <small>1～2 のうち、該当する番号を回答欄に記入</small>	回答欄	[1.男性 2.女性]			
		□				
問 3	医療費 <small>1～13のうち、該当する番号を回答欄に記入</small>	回答欄	[1. 協会健康保険(本人) 2. 協会 4. 組合管掌保険(家族) 5. 共済 7. 国民健康保険(本人) 8. 国民 10. 退職者医療保険(家族) 11. 後期 13. 自費]			
		3, 9				

- 記入が薄い、数字が小さい。
- 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 と 8 等)
- 回答欄以外への記入
- 重複回答、または無回答。

【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。

回答は別紙「患者調査 回答用紙(3)主治医」にご記入ください。
24時間タイムスタディ当日の状況を記録等から想起してご回答ください。

問 17 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 18 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 19 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 20 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 20 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-E99) | 14. 妊娠, 分娩および産じょく(O00-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) |

