

精神病床における認知症入院患者に関する調査 【患者調査票】(案)

回答用紙に記入願います。

問1 対象者の認知症の診断名をお答え下さい。

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. 脳血管性認知症 | 4. 前頭側頭型認知症 |
| 2. アルツハイマー型認知症 | 5. その他確定診断未定なもの |
| 3. レビー小体型認知症 | |

問2 対象者の生年月・年齢をお答え下さい。

1. 明治・2. 大正・3. 昭和 年 月 現在 歳

問3 対象者の性別をお答え下さい。

1. 男性 2. 女性

問4 対象者の在院日数をお答え下さい。

日

問5 対象者の改定長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）をお答え下さい。

点

問6 対象者の要介護認定をお答え下さい。

- | | |
|---------|---------|
| 1. 申請無し | 6. 要介護2 |
| 2. 非該当 | 7. 要介護3 |
| 3. 要支援1 | 8. 要介護4 |
| 4. 要支援2 | 9. 要介護5 |
| 5. 要介護1 | |

問7 対象者の日常生活自立度をお答え下さい。

- | | |
|-------|--------|
| 1. 自立 | 4. III |
| 2. I | 5. IV |
| 3. II | 6. M |

ランク	評価基準
自立	認知症を有しない。
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 例) たびたび道に迷う、買い物や事務・金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ、服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など1人で留守番ができない 等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。 例) 着替え・食事・排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為 等
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 例) ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 例) せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態 等

問8 対象者の調査時点から過去一ヶ月間の精神症状・異常行動の頻度についてお答え下さい。(回答票の表に○をつけて下さい)

【精神症状・異常行動】

A. 幻覚	K. 不眠
B. 嫉妬妄想	L. 意思の疎通が出来ない
C. 物盗られ妄想	M. 他の患者とのトラブル
D. 被害妄想	N. 他の患者への暴力行為
E. 盗食（他の患者の食事をとる）	O. 医療スタッフへの暴力行為
F. 弄便	P. 自傷行為
G. 異食	Q. 必要な身体的治療への抵抗（点滴、胃瘻チューブなどを引き抜いてしまうなど）
H. 夜間せん妄	R. その他【 】
I. 徘徊	
J. 大声	

【頻度】

1. ほぼ毎日	4. 月に1～2回程度
2. 週に2～3回程度	5. それ以下
3. 週に1回程度	

	1	2	3	4	5
A. 幻覚					
B. 嫉妬妄想					
C. 物盗られ妄想					
D. 被害妄想					
E. 盗食（他の患者の食事をとる）					
F. 弄便					
G. 異食					
H. 夜間せん妄					
I. 徘徊					
J. 大声					
K. 不眠					
L. 意思の疎通が出来ない					
M. 他の患者とのトラブル					
N. 他の患者への暴力行為					
O. 医療スタッフへの暴力行為					
P. 自傷行為					
Q. 必要な身体的治療への抵抗 （点滴、胃瘻チューブなどを引き抜いてしまうなど）					
R. その他【 】					

問 9 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。 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。	フローチャート: <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、起き上がった時、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

問 10 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下さい。

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り、受けた)	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)

問 1 1 対象者は、現在、認知症以外の合併症がありますか。次の中から選択して下さい。

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

→ 【問 1 1 で 1 を選択した方にうかがいます。現在治療中の認知症以外の合併症についてお答え下さい。】

付問 1 1 - 1

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 高血圧症 | 9. てんかん |
| 2. 脳血管疾患 | 10. 気管支喘息 |
| 3. 心疾患 | 11. 骨折 |
| 4. 糖尿病 | 12. 慢性腎機能障害・腎不全 |
| 5. 廃用症候群 | 13. 悪性新生物（がん） |
| 6. 麻痺 | 14. 肺炎（誤嚥性肺炎も含む） |
| 7. 気分障害 | 15. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患 |
| 8. パーキンソン病関連疾患 | 16. その他の疾患【 】 |

-----> 【問 1 1 で 2 を選択した方にうかがいます。現在治療中の認知症以外の合併症についてお答え下さい。】

付問 1 1 - 2

- | | |
|----------------|------------------|
| 1. 高血圧症 | 9. てんかん |
| 2. 脳血管疾患 | 10. 気管支喘息 |
| 3. 心疾患 | 11. 骨折 |
| 4. 糖尿病 | 12. 慢性腎機能障害・腎不全 |
| 5. 廃用症候群 | 13. 悪性新生物（がん） |
| 6. 麻痺 | 14. 肺炎（誤嚥性肺炎も含む） |
| 7. 気分障害 | 15. 肺気腫・慢性閉塞性肺疾患 |
| 8. パーキンソン病関連疾患 | 16. その他の疾患【 】 |

問 1 2 調査日における対象者に行っている身体的管理についてお答え下さい。

- | | |
|---------------|-------------------------|
| 1. インスリン療法 | 9. 人工肛門 |
| 2. 点滴管理 | 10. 24時間持続点滴 |
| 3. 胃瘻・経管栄養管理 | 11. 疼痛コントロール |
| 4. 膀胱留置カテーテル | 12. 中心静脈栄養 |
| 5. 褥瘡管理（Ⅲ度以上） | 13. 気管切開又は気管内挿管 |
| 6. 喀痰吸引 | 14. 人工呼吸器 |
| 7. 酸素療法 | 15. 人工透析 |
| 8. 頻回の血糖検査 | 16. 身体疾患に対する薬物療法（抗がん剤含） |

問 1 3 対象者の過去 1 ヶ月間の他科受診の有無についてお答え下さい。

1. 有り
2. 無し

→ 【問 1 3 で 1 を選択した方にうかがいます。現在受診している診療科目及び 1 ヶ月間の受診頻度についてお答え下さい。】

付問 1 3 - 1

1. 内科	(月 回)	5. 眼科	(月 回)
2. 外科	(月 回)	6. 耳鼻科	(月 回)
3. 整形外科	(月 回)	7. 歯科	(月 回)
4. 皮膚科	(月 回)	8. その他【 】	

問 1 4 対象者の薬物療法・精神科専門療法の程度についてお答え下さい。

【 1 4 - 1 】 過去 1 週間に使用した薬物療法についてお答え下さい。

・ 向精神薬（抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗てんかん薬）について何種類使用しているかお答え下さい。

・ 抗精神病薬（頓服薬を除く）

種類

・ 上記以外の向精神薬（頓服薬を除く）

種類

・ その他精神症状に対する治療薬（漢方薬など）を何種類使用しているかお答え下さい

種類

・ 抗認知症薬（ドネペジルなど）を何種類使用しているかお答え下さい

種類

・ 身体疾患治療薬を何種類使用しているかお答え下さい

種類

・ 上記以外の治療薬（ビタミン剤等）を何種類使用しているかお答え下さい

種類

【 1 4 - 2 】 対象者が過去一ヶ月間に行った精神科専門療法についてお答え下さい。

1. 精神科作業療法	5. 音楽療法、回想療法、その他の精神科リハビリテーション
2. 入院生活技能訓練療法	6. その他【 】
3. 入院集団精神療法	7. 行っていない
4. 入院精神療法	

問 1 5 対象者の現在の診療費等支払方法は、次のうちどれですか。あてはまるものをすべて選択して下さい。なお、介護保険サービス利用者で、医療保険等と公費負担医療を併用している場合は、それらの両方について記入して下さい。

1. 自費診療（保険外併用療法費を含む）	
医療保険等、公費負担医療	
A. 医療保険等	
2. 協会けんぽ（本人）	9. 退職者医療（本人）
3. 協会けんぽ（家族）	10. 退職者医療（家族）
4. 健康保険組合（本人）	11. 後期高齢者医療制度
5. 健康保険組合（家族）	12. 労働災害・公務災害
6. 各種共済組合（本人）	13. 自動車損害賠償保障法
7. 各種共済組合（家族）	14. その他【 】
8. 国民健康保険	
B. 公費負担医療	
15. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	17. 生活保護法（医療扶助）
16. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	18. その他の公費負担によるもの
19. 介護保険（介護扶助を含む）	

問 1 6 対象者の居住地についてお答え下さい。

1. 病院の所在市町村と患者居住地が同じ。
2. 病院の所在市町村と患者居住地が異なる。

問 1 7 対象者の入院前の状況についてお答え下さい。

1. 単身	8. 介護老人保健施設（老健）に入所
2. 配偶者と同居（内縁関係を含む）	9. 介護老人福祉施設（特養）に入所
3. 子または孫と同居	10. グループホームに入所
4. 配偶者及び子または孫と同居	11. その他の介護施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など）に入所
5. その他の親族と同居	12. その他【 】
6. 他の精神病床に入院	
7. 他の病院・診療所（精神科を除く）に入院（自院内の移動を含む）	

問 18 対象者の入院直前の介護サービス、医療、その他の支援の利用状況についてお答え下さい。

A. 介護保険によるサービス	
1. 訪問介護	7. 通所介護
2. 訪問入浴介護	8. 短期入所生活介護
3. 訪問看護	9. 短期入所療養介護
4. 訪問リハビリテーション	10. 小規模多機能型居宅介護
5. 居宅療養管理指導	11. その他【 】
6. 通所リハビリテーション	
B. 医療	
12. 訪問診療	15. 重度認知症デイケア
13. 訪問看護	16. その他【 】
14. 通院医療	
C. その他の支援	
17. 行政機関（保健師等）による訪問指導	22. 年金受給申請
18. 民生委員、近隣の見守り等	23. 成年後見制度等の活用
19. 家族等による経済的支援	24. その他【 】
20. 家族等による介護支援	25. 不明
21. 生活保護受給申請	

問 19 対象者の入院の理由についてお答え下さい。(最も適切な理由を一つ選択して下さい。)

1. 精神症状・異常行動が著明となり、在宅療養や介護施設等での対応が困難となったため
2. 精神科以外の医療施設で身体合併症の治療を行っていたが、精神症状・異常行動が著明となり治療継続ができなくなったため
3. 身体疾患の急性期状態が安定し、精神症状の加療が必要なため
4. 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われるが、適切な施設に空きがなかったため
5. 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われ、適切な施設に空きはあったが、医療介護サービスの対応が困難と言われたため
6. 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療が確保できないため
7. 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅介護サービスが確保できないため
8. 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、家族の介護困難、又は介護者不在のため
9. 上記以外で、本人、家族等が強く希望するため
10. その他【 】

問20 対象者の地域との関わりについてお答え下さい。

1. 地域との密接な関わり合い（身近に気軽に相談できる相手がいるなど）有り
2. 地域との密接な関わり合い（身近に気軽に相談できる相手がいるなど）無し

問 2 1 対象者の自宅での介護者の有無についてお答え下さい。

1. 日中、夜間とも介護ができる人がいない（介護者が病気等により介護できない場合も含む）
2. 夜間のみ、介護ができる人がいる
3. 日中のみ、介護ができる人がいる
4. 日中、夜間とも介護ができる人がいる
5. 不明

【問 2 1 で 2、3、4 を選択した方にうかがいます。介護者の続柄についてお答え下さい。】
付問 2 1 - 1

- | | |
|--------|-----------|
| 1. 配偶者 | 3. 孫 |
| 2. 子 | 4. その他の親族 |

【問 2 1 で 2、3、4 を選択した方にうかがいます。介護者の健康状態についてお答え下さい】
付問 2 1 - 2

- | |
|-----------------------|
| 1. 健康状態に問題なし |
| 2. 持病・障害等有り健康状態に不安がある |
| 3. 不明 |

問 2 2 対象者の身体障害者手帳について、次のうちあてはまるものを 1 つ選択して下さい。

- | | | | |
|--------------|--------|--------|--------|
| 1. 手帳をもっていない | 2. 1 級 | 3. 2 級 | 4. 3 級 |
|--------------|--------|--------|--------|

問 2 3 対象者の精神障害者保健福祉手帳について、次のうちあてはまるものを 1 つ選択して下さい。

- | | | | |
|--------------|--------|--------|--------|
| 1. 手帳をもっていない | 2. 1 級 | 3. 2 級 | 4. 3 級 |
|--------------|--------|--------|--------|

問 2 4 対象者のうち居住先・支援が整った場合の退院の可能性についてあてはまるものを 1 つ選択して下さい。

- | |
|--|
| 1. 現在の状態でも、 <u>居住先・支援が整えば</u> 退院は可能 |
| 2. 状態の改善が見込まれるので、 <u>居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来（6 ヶ月以内）には退院が可能になる</u> |
| 3. 状態の改善が見込まれるので、 <u>居住先・支援が整えば近い将来（6 ヶ月以内）には可能になる</u> |
| 4. 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来（6 ヶ月以内）の退院の可能性はない |

問 2 5 問 2 4 のうち 1 あるいは 3 の回答をした方に質問です。退院できると仮定した時、適切と考えられる「生活・療養の場」についてお答え下さい。

A. 自宅
1. 単身
2. 家族等と同居
B. 施設等利用
3. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
4. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
5. 介護老人保健施設（老健）
6. その他の介護施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など）
7. 障害者自立支援法に基づく施設等利用（ケアホーム、グループホームなど）

問 2 6 問 2 4 のうち 1 あるいは 3 の回答をした方に質問です。退院後に対象者が必要な支援についてお答え下さい。（特に必要なものを 5 つ以内順番にお答え下さい）

A. 日常生活上の世話・訓練	
1. 自宅を訪問して行われる支援（訪問介護、訪問入浴介護など）	
2. 自宅以外の場所に通って行われる支援（通所介護、通所リハビリテーションなど）	
3. 短期入所をして行われる支援（短期入所生活介護、短期入所療養介護など）	
4. 小規模多機能型居宅介護（※）	
5. その他 【 】	
B. 医療	
6. 精神科の定期的な通院	1 0. 重度認知症デイケア通院医療
7. 精神科以外の定期的な通院	1 1. 身体的リハビリテーション
8. 訪問診療	1 2. その他 【 】
9. 訪問看護	
C. その他の支援	
1 3. 行政機関（保健師等）による訪問指導	1 7. 年金受給申請
1 4. 民生委員、近隣の見守り等	1 8. 成年後見制度等の活用
1 5. 経済的支援	1 9. その他 【 】
1 6. 生活保護受給申請	

1 番目に必要	2 番目に必要	3 番目に必要	4 番目に必要	5 番目に必要

（※）小規模多機能型居宅介護：「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供することで、在宅での生活継続を支援する。

問 2 7 問 2 4 のうち 1 あるいは 3 の回答をした方に質問です。仮に退院するとした場合、家族や友人などから得られる支援の程度についてお答え下さい。

1. 支援は得られない
2. 助言・精神的な支援（電話など、物理的にその場その場にいない支援も含む）
3. 週数回の ADL、IADL の支援
4. ほぼ毎日の ADL、IADL の支援
5. 必要であれば 24 時間を通じての ADL、IADL の支援や見守り

→ 【問 2 7 で 2、3、4、5 の回答をした方に質問です。回答した支援が得られれば退院は可能になるかお答え下さい】

付問 2 7 - 1

1. 可能

2. 不可能

問 2 8 問 2 4 のうち 4 の回答をした方に質問です。退院の可能性がない主な理由についてお答え下さい。（主な理由を 1 つ）

1. 自傷行為・自殺企図の危険性が高い
2. 他害行為の危険性が高い
3. 大声をだす可能性が高い
4. 上記 2、3 以外の迷惑行為を起こす可能性が高い
5. 治療・服薬への心理的抵抗が強い
6. 陽性症状（幻覚・妄想）が重度
7. 精神症状・異常行動を伴うため、入院による身体合併症の医療ケアが必要
8. 生命維持が必要な程度の身体合併症を伴う（気管切開・IVH など）
9. 本人の症状は落ち着いているが、家族から退院の了解が得られない
10. 介護が必要だが本人の症状が落ち着かず、介護の支援があったとしても生活が組み立てられない
11. 経済的な理由
12. その他 【 】

問 29 対象者は現在、転院・入所の順番待ちをしているかお答え下さい。

1. 順番待ちをしている
2. 順番待ちはしていない

→【問 29 で 1 を選択した方にうかがいます。どのような施設の順番待ちをしているかお答えください（すべてご回答下さい）。】

付問 29-1

1. 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
2. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
3. 介護老人保健施設（老健）
4. その他の介護施設（有料老人ホーム、軽費老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など）
5. 障害者自立支援法に基づく施設等利用（ケアホーム、グループホームなど）
6. 他の精神科病院
7. 精神科以外の病院
8. その他【 】

→【問 29 で 1 を選択した方にうかがいます。転院・入所の順番待ちの期間についてお答え下さい。】

付問 29-2

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. 3ヶ月未満 | 3. 6ヶ月以上1年未満 |
| 2. 3ヶ月以上6ヶ月未満 | 4. 1年以上 |

→【問 29 で 1 を選択した方にうかがいます。転院・入所の順番待ちの施設・医療機関の予約箇所数についてについてお答え下さい。】

付問 29-3

- | | |
|--------|----------|
| 1. 1箇所 | 4. 4箇所 |
| 2. 2箇所 | 5. 5箇所 |
| 3. 3箇所 | 6. 6箇所以上 |

→【問 29 で 2 を選択した方にうかがいます。順番待ちをしていない理由についてお答え下さい。（主な理由を1つ）】

付問 29-4

1. 自宅への退院を予定しているため順番待ちをしていない
2. 治療すべき症状が改善していない
3. 経済的な理由
4. 精神・身体状態は安定しているが、入所が断られると考えられ順番待ちをしていない
5. その他【 】

精神病床における認知症入院患者に関する調査

【病棟調査票】

回答用紙に記入願います。

問１ 調査対象となる病棟の種類を選択してください。

１．精神病棟入院基本料 看護職員等配置基準 A. １５：１ B. １８：１ C. ２０：１ D. ２５：１	看護補助加算 a. 無し b. 看護補助加算１ c. 看護補助加算２ d. 看護補助加算３	２．精神療養病棟 ３．認知症治療病棟１ ４．認知症治療病棟２
---	---	---

問２ 病院及び調査対象となる病棟について、職員数を記載してください。

１－１． 病院内の医師数	人（ ）人
１－２． その内、病棟の担当医師数	人（ ）人
２－１． 病院内の看護師数	人（ ）人
２－２． その内、病棟配置の看護師数	人（ ）人
３－１． 病院内での精神保健福祉士数	人（ ）人
３－２． その内、病棟専任の精神保健福祉士数	人（ ）人
４－１． 病院内での作業療法士数	人（ ）人
４－２． その内、病棟専任の作業療法士数	人（ ）人
５－１． 病院内での理学療法士数	人（ ）人
５－２． その内、病棟専任の理学療法士数	人（ ）人
６－１． 病院内での言語聴覚士数	人（ ）人
６－２． その内、病棟専任の言語聴覚士数	人（ ）人
７－１． 病院内での臨床心理技術者数	人（ ）人
７－２． その内、病棟専任の臨床心理技術者数	人（ ）人

*（ ）内は非常勤の職員数を記入

*専任：専ら当該病棟内の患者の診療に従事している者

問３ 調査対象となる病棟について、主傷病別の患者数を記載してください。

- 認知症
- 精神作用物質による精神及び行動の障害
- 統合失調症
- 気分障害
- 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
- その他

人
人
人
人
人
人