# 平成30年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康增進等事業

# 急性期病院における認知症高齢患者の 退院支援態勢の整備・向上に関する調査 研究事業

結果報告書

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所

平成31(2019)年3月

# 平成30年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康增進等事業

# 急性期病院における認知症高齢患者の 退院支援態勢の整備・向上に関する調査 研究事業

結果報告書

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所

平成31(2019)年3月

# 目 次

I.	研究の概要	1
II.	調査研究組織	3
III.	急性期病院を対象とした定量調査	7
	1. 調査概要	8
	2. 回答病院属性	9
	3. 全体状况	11
	4. ADL の程度、認知症の程度からみた調査結果	16
	1) 概要	20
	2) 認知症退院者の退院時年齢	21
	3) 認知症退院者の入院期間	22
	4) 認知症退院者の入院時の状況	23
	5) 緊急入院の際の状態	
	6) 入院理由となった疾患を治療した診療科	
	7) 入院中に見られた症状	
	8) 入院中の危険行動	
	9) 入院中に行った患者の行動を制限する行為	
	10) 実施していた医療ケア(胃ろう・腸ろう)	
	11) 実施していた医療ケア(経鼻経管栄養) 12) 実施していた医療ケア(中心静脈栄養)	
	12) 美施していた医療ケア(中心静脈未養)	
	13) 美施していた医療ケア(酸素療法)	
	15) 実施していた医療ケア(人工呼吸器)	
	16) 入院中の他科転床	
	17) 他科転床の理由	
	18) 情報の収集状況(要介護認定の有無、介護保険の申請状況)	
	19) 情報の収集状況(退院後の生活に関する患者の希望を患者本人から)	
	20) 情報の収集状況(退院後の生活に関する患者の希望を他の人から)	39
	21) 情報の収集状況(退院後の生活に関する家族の希望)	40
	22) 退院調整について話した専門職	
	23) 入院時点での認知症退院者のキーパーソン	
	24) 退院時点での認知症退院者のキーパーソン	
	25) 退院後の居場所とキーパーソンの居場所の移動時間	
	26) 入院時点と退院時点のキーパーソンは同じか	
	27) 認知症診断の受診	
	28) 退院調整の困難度 5. 退院後の居場所からみた調査結果	
	1) 概要1	
	1) 概要	50
	3) 認知症退院者の入院期間	
	4) 認知症退院者の入院時の状況	
	5) 緊急入院の際の状態	
	6) 入院理由となった疾患を治療した診療科	
	7) 入院中に見られた症状	
	8) 入院中の危険行動	
	9) 入院中に行った患者の行動を制限する行為	58
	10) 実施していた医療ケア(胃ろう・腸ろう)	59
	11) 実施していた医療ケア(経鼻経管栄養)	
	12) 実施していた医療ケア(中心静脈栄養)	
	13) 実施していた医療ケア(末梢点滴)	62

	14) 実施していた医療ケア(酸素療法)	63
	15) 実施していた医療ケア(人工呼吸器)	64
	16) 入院中の他科転床	65
	17) 他科転床の理由	66
	18) 情報の収集状況(要介護認定の有無、介護保険の申請状況)	67
	19) 情報の収集状況(退院後の生活に関する患者の希望を患者本人から)	68
	20) 情報の収集状況(退院後の生活に関する患者の希望を他の人から)	69
	21) 情報の収集状況(退院後の生活に関する家族の希望)	70
	22) 退院調整について話した専門職	71
	23) 入院時点での認知症退院者のキーパーソン	72
	24) 退院時点での認知症退院者のキーパーソン	73
	25) 退院後の居場所とキーパーソンの居場所の移動時間	74
	26) 入院時点と退院時点のキーパーソンは同じか	75
	27) 認知症診断の受診	
	28) 退院調整の困難度	77
IV.	認知症高齢者の退院支援取り組み事例に関する訪問調査	79
V.	提言	103
VI.	資料編	107
	[定量調査]調査票	108
		115
	[定量調査]参考集計	
	[訪問調査]参考資料	

I. 研究の概要

#### 目的

認知症の人が、当人の意思にもとづいてできる限り住み慣れた地域で生活できることを目指すためには、在宅医療・介護の提供体制の充実化は喫緊の課題である。この課題の解決のためには、在宅療養のための医療・介護サービスの提供状況の改善という地域の「受け皿」の充実化だけでなく、入院生活から在宅生活への移行を円滑に行うための急性期病院すなわち「送り先」側の態勢整備も不可欠である。在宅復帰支援の推進を図る上で「受け皿」に比べて焦点化されにくい「送り先」側の課題解決に資することで、住み慣れた自宅等での療養生活の再構築と継続に向けた体制づくりに繋がると考えられる。

高齢認知症患者が、身体疾患の治療を目的とした入院を契機にして、ADLや認知症が悪化し、それまでの生活が継続できなくなる状況がある。「送り先」側、すなわち急性期病院の退院支援において、認知症を有する高齢者に必要なケアが提供できているのか、その実態を把握する必要がある。

本研究事業は、急性期病院に入院する高齢認知症患者の在宅復帰支援態勢の整備・向上を 図るため、退院後の安定的な医療介護提供体制の構築に向けた病院側の取組の現状等を把握 し、療養場所の移行に係る課題の析出と対応策の検討を行うことを目的とした。

#### 調査方法

以下の2つの調査を行った。

1) 急性期病院を対象とした定量調査

全国の300 床以上の急性期病院1,486 か所の退院支援の責任者と担当者を対象に、郵送による質問紙調査を実施する。入院前の生活が継続できる、または継続を阻止する入院中や退院支援の要因は何かを明らかにする。

2) 国内外の認知症高齢者の退院支援の取り組み事例収集の質的調査 国内では、主に地域総括ケア病棟における退院支援の先進的な取り組みを収集し、汎

用可能性を検討する。スコットランドとオーストラリアの退院支援の現状を調査し、提 言に反映させる。

# II. 調查研究組織

#### 委員名簿

事業受託者 東京都健康長寿医療センター研究所

#### 委員

堀内 ふき 佐久大学 学長

湯浅 美千代 順天堂大学 医療看護学研究科 教授

高橋 龍太郎 多摩平の森の病院地域連携型認知症疾患医療センター長

粟田 主一東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長石崎 達郎東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長岩切理歌東京都健康長寿医療センター総合診療科部長

ウェンディー・モイル グリフィス大学看護学部教授 ニック・ハード 株式会社 Aikomi 代表取締役

伊東美緒東京都健康長寿医療センター研究所 研究員平山亮東京都健康長寿医療センター研究所 研究員島田千穂東京都健康長寿医療センター研究所 研究副部長

#### 作業部会委員

岩本利恵 福岡看護大学看護学部 教授

奥田あゆみ JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 地域包括ケア病棟師長

原沢優子 名古屋市立大学看護学部 准教授

樋口幸子 済生会中央病院 副院長

伊東美緒東京都健康長寿医療センター研究所 研究員平山亮東京都健康長寿医療センター研究所 研究員島田千穂東京都健康長寿医療センター研究所 研究副部長

専門家から意見をいただくために、本研究では委員会を実施している。

1) 第1回委員会

メール (2018 年 10 月 16 日配信) にて実施 議事・ご意見の返信依頼

- 研究事業の目的と趣旨について
- 全国の病院対象の調査票の内容について
- 訪問調査インタビューガイドについて
- 2) 第1回作業部会

日時: 2018 年 10 月 18 日 (木) 17: 30~19: 30 議事

- 研究事業の目的と趣旨について
- 全国の病院対象の調査票の内容について
- 訪問調査インタビューガイドについて
- 3) 第2回作業部会

日時:2019年2月8日(金)17:30~19:30 議事

- 調査結果について
- 地域包括ケア病棟師長対象インタビュー経過報告

● 実践者・教育者の立場から、認知症高齢患者の退院支援態勢の今後のあり方に関する議論

#### 4) 第2回委員会

日時:2019年2月18日(月)17:30~19:30 議事

- 調査結果、及び作業部会での議論の報告
- オーストラリアの退院支援の状況について
- 地域包括ケア病棟師長対象インタビュー概要報告
- 実態を踏まえた認知症高齢患者の退院支援態勢の提言内容について議論 (オブザーバー参加:石井伸弥・厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室認知症専門官)

III. 急性期病院を対象とした定量調査

### 1. 調査概要

調査目的

急性期病院から退院した高齢認知症患者の、入院前後のADL及び認知機能による生活状況の変化及び退院後の居場所と、入院中の状況を把握すること

調査対象

全国の 300 床以上の急性期病院 1,486 病院

調査方法

郵送にて以下の2種類の調査票一式を、看護部長宛てに送付。

病院票

病院全体の入退院の実態と退院調整の体制について回答いただく。

② 退院者票

2018年12月4~6日の3日間を基本とした退院患者のうち、認知症の診断を受けた、またはその疑いがあった患者について、退院患者1名ごとに、その患者の退院調整を担当した職員に回答いただく。病院の病床数300床あたり2部を目安に配布したが、用紙をコピーして回答いただいた場合は集計対象とした。

調査実施期間

2018年11月30日(金)~ 2019年1月7日(月)

調査票発送数

病院票:1,486 サンプル

退院者票:6,404 サンプル

有効回答数

病院票:342 サンプル (回収率 約23.0%)

退院者票:899 サンプル

調査主体

東京都健康長寿医療センター研究所

福祉と生活ケア研究チーム

調査機関

株式会社 日本能率協会総合研究所

留意事項

計数について

- ○図表中の「n」は算出の母数(回答者総数)である。
- ○小数点第2位での四捨五入のため、個々の比率の合計が100%にならない場合がある。また、複数回答形式の設問では、比率の合計は概ね100%を超える。
- ○回答率を合算する場合(例えば「知っている計」など)、実数から改めて割合を算出するため、図表中に表記された数値の単純合計と一致しないものもある。

# 2. 回答病院属性

#### ❖ 所在地

	n	%
北海道•東北	50	14.6
首都圏	116	33.9
中部・北陸	48	14.0
近畿	55	16.1
中国·四国	35	10.2
九州・沖縄	38	11.1
無回答	0	0.0
全体	342	100.0

#### ❖ 病床数 (床)

	平均	中央値
一般病床	339.8	335
うちDPC算定病床	250.6	259
療養病床	22.9	0
うち介護療養病床	2.8	0
精神病床	67.4	0
結核病床	2.0	0
感染症病床	2.1	0

#### ❖ 特定機能病院の指定

	n	%
受けている	34	9.9
受けていない	305	89.2
無回答	3	0.9
全体	342	100.0

#### ❖ 届け出している入退院支援加算

	n	%
入退院支援加算1	209	61.1
入退院支援加算2	61	17.8
入退院支援加算3	2	0.6
いずれもなし	57	16.7
無回答	13	3.8
全体	342	100.0

#### ❖ 看護体制 (棟)

	平均	中央値
看護体制(7:1)	14.8	6
看護体制(10:1)	1.2	0
看護体制(13:1)	2.0	0
看護体制(15:1)	3.3	0

#### ❖ 救急受入体制

	n	%
一次救急	7	2.0
二次救急	205	59.9
三次救急	59	17.3
なし	64	18.7
無回答	7	2.0
全体	342	100.0

### ❖ 地域包括ケア病棟の有無

	n	%
ある	114	33.3
ない	221	64.6
無回答	7	2.0
全体	342	100.0

#### ❖ ある場合の病床数(n=120)

	平均	中央値
病床数(床)	48.4	47

#### ❖ 平成30年12月4日~6日退院者数(名)

	平均	中央値
平成30年12月4日~6日退院者数	65.2	59
うち認知症の退院者数	5.8	4
うち診断あり	2.6	2

#### ❖ 回答時点の退院調整部門の職員数(名)

	平均	中央値
退院調整看護師	3.5	3
医療ソーシャルワーカー	4.9	4
その他の職員	2.1	1

### 3. 全体状況

本調査は、300 床以上の大規模病院から退院した患者のうち、認知症がある、もしくは疑いのある、退院調整担当者が関わった患者の入院時から退院までの状況を記述することを目的に実施した。全国 342 病院(回収率 23.0%)から、899 名の退院患者についてのデータを回収した。

回答が得られた病院の3日間の退院患者数は21,062人、うち認知症(医療者が認知症と判断した場合で疑いを含む)のある退院者数は1,781人(全退院者数の8.5%)であった。そのうち認知症の診断のある人は761人(42.7%)であった。ただし、本調査では退院時からさかのぼって調査しており、数値上把握できている数に限定されるため、実際よりも少ない人数になっている可能性がある。

認知症(疑いを含む)のある退院者 899 人のデータを分析した。平均入院日数は 42.2 日で、患者調査 (2014) の 65 歳以上の患者の平均在院日数 41.7 日とほぼ変わらず、75 歳以上の 47.6 日より短かった。今回の調査対象が、300 床以上の大規模病院であったことが反映されていると考えられる。療養病床及び精神科病床のない病院のみの退院者の平均在院日数は 30.6 日、7:1 看護体制の病棟数の割合が中央値以上の病院の退院者の平均在院日数は 24.3 日となっており、認知症の患者が急性期治療のために病院に滞在する平均的な日数は 3~4 週間であることが推察できる。

表1 認知症退院者の入院期間

入院期間	入院期間(日間)					
全体	881	42.2				
【病院票】療養·精神病床	療養病床及び精神科病 床のない病院	575	30.6			
の有無	それ以外の病院	302	64.2			
【病院票】7:1体制/看護体制合	中央値以上	457	24.3			
計(%)[中央値比較]	中央値未満	419	61.6			

入院経路は、緊急入院が 78.8%を占め、うち救急搬送が 60.6%であった。入院理由となった疾患を治療した診療科は、多岐にわたっており、内科系(呼吸器・循環器・消化器除く)14.5%、整形外科 13.9%、循環器内科 12.7%、呼吸器内科 11.2%、消化器内科 11.1%であった。

#### 表 2 認知症退院者の入院時の状況

 #47474E/C[78 H - 7 4]2	<u> </u>	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		
	合計		緊急入 院	無回答
全体	899	187	708	4
土件	100.0	20.8	78.8	0.4
the same and same to the			1	

#### 表 3 緊急入院の際の状態

	合計		救急外来に ウォークイン	定期受診後	無回答
全体	708	429	185	75	19
土神	100.0	60.6	26.1	10.6	2.7

#### 表 4 入院理由となった疾患を治療した診療科

	合計	呼吸器内科	循環 器内 科	消化器内科	神経内科	内科 系そ の他	呼吸 器外 科	循環 器外 科	消化器外科	整形外科	外科 系そ の他	精神科	緩和 ケア	耳鼻科	皮膚科	眼科	リハビ リテー ション	その 他	無回答
全体	899	101	114	100	66	130	5	8	32	125	58	33	1	5	5	8	2	96	10
土浄	100.0	11.2	12.7	11.1	7.3	14.5	0.6	0.9	3.6	13.9	6.5	3.7	0.1	0.6	0.6	0.9	0.2	10.7	1.1

入院中にみられた BPSD 症状は、睡眠障害 25.1%、易怒性 20.4%、拒絶 16.2%、不安 14.8%、無気力 14.6%、暴言暴行 13.2%であった。危険行動とされる行動は、チューブ類 の自己抜去が最も多く 35.6%、転倒が 16.6%であった。その他の回答も 24.0%あり、危険 行動は、多岐にわたっていた。

表 5 入院中に見られた症状

	合計	妄想	幻覚	易怒性	暴言・ 暴行	拒絶	うつ	不安	無気	脱抑制 (感情や 欲求が抑 えられない 状態)	徘徊	睡眠障害	その 他	なし	無回答
   全体	899	110	68	183	119	146	40	133	131	76	112	226	216	17	112
土作	100.0	12.2	7.6	20.4	13.2	16.2	4.4	14.8	14.6	8.5	12.5	25.1	24.0	1.9	12.5

表 6 入院中の危険行動

	台町	治療・検査中 のチューブ類・ 点滴ルート等 の自己抜去		ベッドからの 転落	自傷行為	その他	なし	無回答
全体	899	320	149	89	11	232	40	261
土体	100.0	35.6	16.6	9.9	1.2	25.8	4.4	29.0

身体拘束がされていなかった患者は36.0%のみであり、認知症のある退院患者の6割を超える人が、何らかの身体拘束を受けていた。25.6%がベッド柵でベッドの周囲を囲まれ、23.2%がミトン型の手袋を付けられていた。向精神薬の投与は19.1%、車いすや椅子への固定が17.4%、ベッドへの固定が15.9%の患者に対して行われていた。

表7 入院中に行った患者の行動を制限する行為

	合訂	車いすや椅子 への固定(体 幹や四肢をひ もやY字型拘 束帯等によっ て)	ベッドへの固 定 (体幹や 四肢をひも		ミトン型の手袋を付ける	介護衣(つ なぎ服)を 着せる	行動を落ち 着かせるため の向精神薬 の投与			無回答
全体	899	156	143	230	209	72	172	7	324	48
土14	100.0	17.4	15.9	25.6	23.2	8.0	19.1	0.8	36.0	5.3

退院時に必要な医療的ケアが今回の入院中に開始された患者は、胃ろう・腸ろうが 1.2%、経鼻経管栄養が3.8%、中心静脈栄養が1.4%、末梢点滴が9.0%であった。いずれ も低値であり、認知症患者に対する医療的ケアを開始する急性期病院は、減少傾向にある可 能性を示している。

#### 表8 実施していた医療ケア (胃ろう・腸ろう)

	合計	退院時に	退院時にしてい	無回答	
		入院前からしていた	入院中に始めた	なかった	合四無
全体	899	12	11	817	59
土14	100.0	1.3	1.2	90.9	6.6

#### 表 9 実施していた医療ケア (経鼻経管栄養)

	∆≣∔	退院時に	していた	退院時にしてい	無回答
	合計	入院前からしていた	入院中に始めた	なかった	台山無
全体	899	4	34	803	58
土坪	100.0	0.4	3.8	89.3	6.5

#### 表 10 実施していた医療ケア (中心静脈栄養)

		退院時は	こしていた	退院時にしてい	無回答	
	合計	入院前からしていた	入院中に始めた	なかった	無凹台	
<i><b>♦</b></i> #	899	4	13	818	64	
全体	100.0	0.4	1.4	91.0	7.1	

#### 表 11 実施していた医療ケア (末梢点滴)

	۵≣∔	退院時间	こしていた	退院時にしてい	毎同祭
	合計	入院前からしていた	入院中に始めた	なかった	無回答
全体	899	3	81	788	27
土件	100.0	0.3	9.0	87.7	3.0

入院中に他科転床のあったのは 16.5%で、その理由は療養目的 31.8%、リハビリ目的 27.7%、他の疾患治療目的 18.9%であった。

表 12 入院中の他転床

	合計	あり	なし	無回答
全体	899	148	746	5
土体	100.0	16.5	83.0	0.6

表 13 他科転床の目的

	合計	他の疾 患治療 目的	リハビリ目 的	療養目 的	いずれも あてはま らない	無回答	非該当
全体	148	28	41	47	35	5	751
土144	100.0	18.9	27.7	31.8	23.6	3.4	0.0

退院調整の際に、退院調整部門の職員が話した医療・福祉の専門職は、病院内の医師 (69.2%)、看護師 (52.1%)、リハビリ専門職 (21.7%) であった。また、退院先ではケアマネジャー (42.9%) が最も多かった。

表 14 退院調整について話した専門職(入院先)

	合計	[入院先] 主治医	主治医以		[入院先] その他の看 護師	[入院先] リハビリ専門 職(PT、 OT、ST)	[入院先] その他	無回答
全体	899	622	70	398	468	195	329	43
土妆	100.0	69.2	7.8	44.3	52.1	21.7	36.6	4.8

表 15 退院調整について話した専門職(退院先)

	合計	[退院先] 医師	[退院先] 看護師 (訪問看 護師含 む)	[退院先] ケアマネ ジャー	[退院先] 介護サービス 提供者(ヘ ルパーや訪 問・通所介護 含む)	[退院先] 市役所·保 健所職員	[退院先] その他	無回答
全体	899	70	144	386	171	23	248	202
土Ή	100.0	7.8	16.0	42.9	19.0	2.6	27.6	22.5

退院調整担当者にとって、退院調整困難度の認識は、困難を感じたケースが3割、困難を 感じていなかったケースが5割を占めた。

表 16 退院調整の困難度

	合計	困難だった	やや困難だった	どちらともいえ ない	あまり困難で なかった	困難でなかっ た	無回答
全体	899	68	202	173	284	163	9
土神	100.0	7.6	22.5	19.2	31.6	18.1	1.0

困難計 (困難だった+ やや困難だった) 270 30.0

## 4. ADL の程度、認知症の程度からみた調査結果

ADL の程度、認知症の程度別で結果を確認するために、次のような方法で分類を行った。

#### ❖ ADL の程度別について

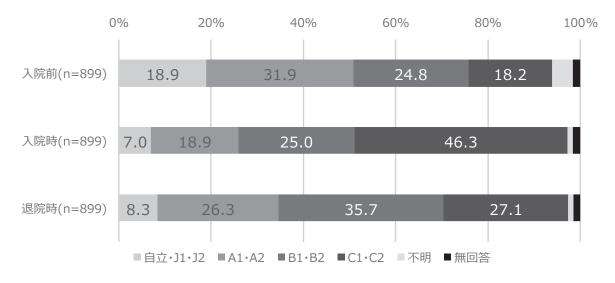
入院前と退院時の「障がい高齢者の日常生活自立度」の結果(表 1)について、「自立・J1・J2」「A1・A2」「B1・B2」「C1・C2」「不明・無回答」に分類した(表 2)。

表1 障がい高齢者の日常生活自立度別結果

障害高齢者の日常生活自立度	入隊	完前	入防	完時	退防	恴時
	n	%	n	%	n	%
自立	31	3.4	9	1.0	8	0.9
J 1 日常生活はほぼ自立、交通機関使って独力で外出可	38	4.2	21	2.3	23	2.6
J 2 日常生活はほぼ自立、隣近所なら独力で外出可	101	11.2	33	3.7	44	4.9
A 1 屋内では概ね自立、介助により外出し、日中はほぼベッドにいない	165	18.4	68	7.6	120	13.3
A 2 屋内では概ね自立、外出頻度少なく要介助、日中も寝たり起きたり	122	13.6	102	11.3	116	12.9
B 1 屋内でも要介助、車椅子に移乗し、食事、排泄等はベッドから離れて	122	13.6	96	10.7	147	16.4
B 2 屋内でも要介助、車椅子に移乗は介助があるときのみ	101	11.2	129	14.3	174	19.4
C 1 1日中ベッドの上、寝返りをうつ、食事・排泄・着替えは要介助	49	5.5	164	18.2	68	7.6
C 2 1日中ベッドの上、寝返りをうたない、食事・排泄・着替えは要介助	115	12.8	252	28.0	176	19.6
不明	40	4.4	10	1.1	10	1.1
無回答	15	1.7	15	1.7	13	1.4
全体	899	100.0	899	100.0	899	100.0

表 2 ADL の程度別結果

ADLの程度	入院	前	入院	完時	退院時		
ADLU/住/支	n	%	n	%	n	%	
自立·J1·J2	170	18.9	63	7.0	75	8.3	
A1.A2	287	31.9	170	18.9	236	26.3	
B1.B2	223	24.8	225	25.0	321	35.7	
C1·C2	164	18.2	416	46.3	244	27.1	
不明	40	4.4	10	1.1	10	1.1	
無回答	15	1.7	15	1.7	13	1.4	
全体	899	100.0	899	100.0	899	100.0	



その後、入院前と退院時の ADL を比較して、「改善」「不変」「悪化」の 3 つに分類した(表 3)。該当人数は表 4、表 5 の通りである。この群を用いて調査結果を述べる(表 6)。

表3 入院前と退院時のADLの程度を用いた分類

			,							
			退院時							
		自立·J1·J2	A1·A2	B1·B2	C1·C2					
	自立・J1・J2	不変	悪化	悪化	悪化					
入院前	A1.A2	改善	不変	悪化	悪化					
7 (1900)	B1 · B2	改善	改善	不変	悪化					
	C1 · C2	改善	改善	改善	不変					

表 4 入院前と退院時の ADL の程度(詳細)を用いた結果

衣4 人	,, =,,,,		退院者のA	の程度は		,	こ用い	,,,,,,,					
		^=I					4.2	D 4	D 2	0.4	6.2	7-00	Arm Carlot
		合計	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	不明	無回答
			_										
	全体	899		23		120	116	147	174	68	176		
		100.0		2.6		13.3		16.4		7.6			
退院者のADL	自立	31		_			3	1	1	1	5	-	1
の程度(入院		100.0						3.2	3.2				
前)	J 1	38		18		7	3	2		0		0	
,		100.0	0.0	47.4			7.9				5.3	0.0	0.0
	J 2	101	0	0	33	17	8	16	16	4	5	2	(
		100.0	0.0	0.0	32.7	16.8	7.9	15.8	15.8	4.0	5.0	2.0	0.0
	A 1	165	0	0	2	81	31	29	14	1	7	0	(
		100.0	0.0	0.0	1.2	49.1	18.8	17.6	8.5	0.6	4.2	0.0	0.0
	A 2	122	0	0	0	0	63	20	24	8	7	0	(
		100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	51.6	16.4	19.7	6.6	5.7	0.0	0.0
	B 1	122	0	0	0	2	4	58	34		11	3	
		100.0	0.0	0.0	0.0	1.6	3.3	47.5	27.9	7.4	9.0	2.5	0.8
	B 2	101	0	0	0	1	0	7	64	14	15	0	(
		100.0		0.0	0.0	1.0	0.0	6.9					0.0
	C 1	49		0	1	1	1	8	3	26			(
		100.0	-	0.0	2.0	2.0	2.0	16.3	6.1	53.1		2.0	0.0
	C 2	115		0.0	0	0	0	1	5	2	107	0	
	C 2	100.0		_	_	0.0	0.0	0.9	4.3	1.7	93.0	_	
	不明	40		0.0	0.0	5	3	5	10	3	9	4	
	בקשיווי	100.0					7.5	12.5					

表 5 入院前と退院時のADLの程度を用いた結果(表 3 に基づき分類後)

3											
		退院者のADLの程度(退院時)									
		合計	自立・J1・	A1.A2	B1.B2	C1·C2	不明	無回答			
			J2								
	全体	899	75	236	321	244	10	13			
		100.0	8.3	26.3	35.7	27.1	1.1	1.4			
退院者のADL	自立·J1·J2	170	71	43	37	17	2	0			
の程度(入院		100.0	41.8	25.3	21.8	10.0	1.2	0.0			
前)	A1.A2	287	2	175	87	23	0	0			
,		100.0	0.7	61.0	30.3	8.0	0.0	0.0			
	B1 • B2	223	0	7	163	49	3	1			
		100.0	0.0	3.1	73.1	22.0	1.3	0.4			
	C1 · C2	164	1	2	17	143	1	0			
		100.0	0.6	1.2	10.4	87.2	0.6	0.0			
	不明	40	1	8	15	12	4	0			
		100.0	2.5	20.0	37.5	30.0	10.0	0.0			

表 6 入院前と退院時の ADL の程度を用いた分類結果

【ADLの程度】入院前退院時比較	n	%
改善	29	3.2
不変	552	61.4
悪化	256	28.5
無回答	62	6.9
全体	899	100.0

#### ❖ 認知症の程度別について

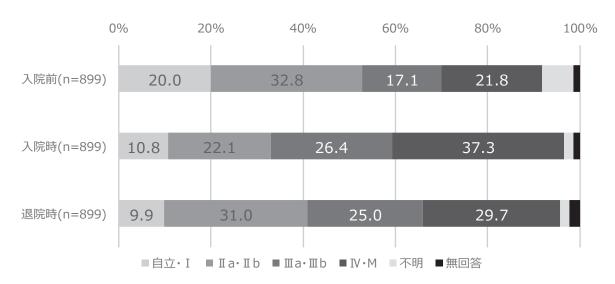
入院前と退院時の日常生活自立度の結果(表 7)について、「自立・Ⅰ」「Ⅱa・Ⅱb」「Ⅲa・Ⅲb」「Ⅳ・M」「不明・無回答」に分類した(表 8)。

表 7 日常生活自立度別結果

口告/		入图	完前	入院	完時	退防	詩
		n	%	n	%	n	%
自立		44	4.9	19	2.1	-	-
I	認知症有するが、家庭内でも社会的にもほぼ自立している	136	15.1	78	8.7	89	9.9
IIa	家庭外での生活や意思疎通に困難あるが、誰かが注意していれば自立可	133	14.8	92	10.2	109	12.1
IIb	家庭内での生活や意思疎通に困難あるが、誰かが注意していれば自立可	162	18.0	107	11.9	170	18.9
III a	主に日中に日常生活や意思疎通の困難があり、介護を要する状態	114	12.7	134	14.9	151	16.8
III b	主に夜間に日常生活や意思疎通の困難があり、介護を要する状態	40	4.4	103	11.5	74	8.2
IV	日常生活や意思疎通の困難が頻繁にあり、常時介護を要する状態	183	20.4	266	29.6	244	27.1
М	著しい症状や重篤な疾患が見られ、専門医療を要する状態	13	1.4	69	7.7	23	2.6
不明		61	6.8	18	2.0	18	2.0
無回答		13	1.4	13	1.4	21	2.3
全体		899	100.0	899	100.0	899	100.0

表 8 認知症の程度別分類

認知症の程度	入院	前	入隊	完時	退院時		
心が近り往友	n	%	n	%	n	%	
自立・I	180	20.0	97	10.8	89	9.9	
II a · II b	295	32.8	199	22.1	279	31.0	
<b>I</b> Ia• <b>I</b> Ib	154	17.1	237	26.4	225	25.0	
IV•M	196	21.8	335	37.3	267	29.7	
不明	61	6.8	18	2.0	18	2.0	
無回答	13	1.4	13	1.4	21	2.3	
全体	899	100.0	899	100.0	899	100.0	



その後、入院前と退院時の自立度を比較して、「改善」「不変」「悪化」の3つに分類した(表9)。該当人数は表10、表11の通りである。この群を用いて調査結果を述べる(表12)。

表 9 入院前と退院時の自立度を用いた分類

		退院時							
		自立・I	Ⅱa·Ⅱb	<b></b> a∙ <b></b> b	IV·M				
	自立・I	不変	悪化	悪化	悪化				
入院前	Ⅱa·Ⅱb	改善	不変	悪化	悪化				
八灰的	<b>I</b> Ia∙ <b>I</b> Ib	改善	改善	不変	悪化				
	IV•M	改善	改善	改善	不変				

表 10 入院前と退院時の自立度(詳細)を用いた結果

			退院者の認	知症の程度	夏(退院時)						
		合計	I	II a	IIb	III a	III b	IV	М	不明	無回答
	全体	899	89	109	170	151	74	244	23	18	
		100.0	9.9	12.1	18.9	16.8	8.2			2.0	2.3
退院者の認知	自立	44		5	8	l				0	1
症の程度(入院		100.0			18.2					0.0	18.2
前)	I	136			20					1	1
,		100.0	52.9				<u>.                                    </u>	8.8	1.5	0.7	0.7
	II a	133		79	_					1	
		100.0	0.0	59.4	ļ						
	II b	162	0	3	98		12			3	
		100.0	0.0	1.9	60.5	16.7				1.9	1.2
	III a	114	0	2	9	78				0	1
		100.0	0.0	1.8	7.9	68.4	9.6	10.5	1.8	0.0	0.0
	III b	40		0	2	7	24			0	1
		100.0	0.0	0.0	5.0	17.5	60.0	17.5	0.0	0.0	0.0
	IV	183	0	0	1	3	6			3	
		100.0	0.0	0.0	0.5	1.6	3.3	91.8			0.5
	M	13	0	0	0	2	0	0			
		100.0	0.0	0.0	0.0	15.4	0.0	0.0	76.9	7.7	0.0
	不明	61	1	3	8	11	11	17	0	9	1
		100.0	1.6	4.9	13.1	18.0	18.0	27.9	0.0	14.8	1.6

表 11 入院前と退院時の自立度を用いた結果(表 9 に基づき分類後)

2 11 / 1/2017	11 八虎前と色虎時の日立反を用いた相木(衣きに塞っき刀頬板)										
			退院者の認	知症の程度	度(退院時)						
		合計	I	Ⅱa·Ⅱb	Ша∙Шb	IV•M	不明	無回答			
	全体	899	89	279	225	267	18	21			
		100.0	9.9	31.0	25.0	29.7	2.0	2.3			
退院者の認知	自立・I	180	86	50	15	19	1	9			
症の程度(入院		100.0	47.8	27.8	8.3	10.6	0.6	5.0			
前)	II a · II b	295	0	203	57	29	4	2			
1337		100.0	0.0	68.8	19.3	9.8	1.4	0.7			
	Ша∙Шb	154	0	13	120	21	0	0			
		100.0	0.0	8.4	77.9	13.6	0.0	0.0			
	IV·M	196	0	1	11	179	4	1			
		100.0	0.0	0.5	5.6	91.3	2.0	0.5			
	不明	61	1	11	22	17	9	1			
		100.0	1.6	18.0	36.1	27.9	14.8	1.6			

表 12 入院前と退院時の自立度を用いた分類結果

【認知症の程度】入院前退院時比較	n	%
改善	25	2.8
不変	588	65.4
悪化	191	21.2
無回答	95	10.6
全体	899	100.0

#### 1) 概要

認知症退院者の ADL (障がい高齢者の日常生活自立度) は、入院前に C1 または C2 だった人が 18.2%であったのに対し、退院時は 27.1%であった (p. 16)。入院前より退院時の ADL が低下した人 (ADL 悪化群) は、28.5%であった (p. 17)。

認知症の程度(日常生活自立度)は、入院前にWまたはMだった人が 21.8%であったのに対し、退院時は 29.7%であった(p.18)。入院前より退院時の認知症の程度が低下した人(認知症悪化群)は、21.2%であった(p.19)。

ADL 悪化群と認知症悪化群の入院状況の特徴は共通しており、高齢である、緊急入院(救急搬送)による入院、治療・検査中のチューブの自己抜去、身体拘束(体幹抑制、ベッド四点柵、ミトン、向精神薬の投与)の割合が高い、他科転床の割合が高いことが把握された。

以上の結果から、入院による機能低下の過程を想定することができる。

高齢で、緊急入院をすることは、意識が混乱し、せん妄のリスクを高める。急性期治療や検査のために付けられるチューブが、患者にとって拒絶の対象となる。ADLや認知症の悪化群の半数は、チューブを抜こうとする行為をしていた。その結果、身体拘束されることになる。ADLや認知症の程度の悪化に伴い、他科転床が必要となり、入院長期化の可能性が高くなる。

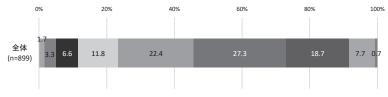
疾病治療のための入院を、機能低下の契機にしないためには、この流れを、いずれかの段階で断ち切る必要がある。

#### 2) 認知症退院者の退院時年齢

- 調査対象となった認知症退院者のうち、85~89歳が27.3%で、最も高い割合である。
- ・ ADL の程度の改善群は、69 歳以下の割合が10.3%で、不変群(4.5%)や悪化群(5.1%)と比較して、69 歳以下の割合が高い。悪化群は、90 歳以上の割合が30.1%で、改善群(10.3%)や不変群(25.0%)と比較して、90 歳以上の割合が高い。
- ・ 認知症の程度の改善群は、69 歳以下の割合が16.0%で、不変群(4.4%)や悪化群(5.2%)と比較して、69 歳以下の割合が高い。

	合計		65~69 歳	l	75~79 歳	80~84 歳	85~89 歳	90~94 歳	95歳以 上	無回答	
全体	899	15	30	59	106	201	245	168	69	6	П
土坪	100.0	1.7	3.3	6.6	11.8	22.4	27.3	18.7	7.7	0.7	П

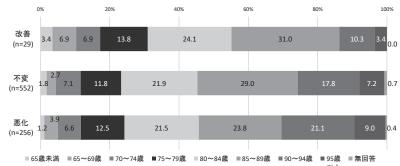
69歳以 下	70代	80代	90歳以 上	
45	165	446	237	
5.0	18.4	49.6	26.4	



■65歳未満 ■65~69歳 ■70~74歳 ■75~79歳 ■80~84歳 ■85~89歳 ■90~94歳 ■95歳 ■無回答

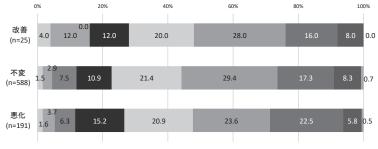
		合計			70~74 歳	75~79 歳	80~84 歳	ı	90~94 歳	95歳 以上	無回答
	改善	29	1	2	2	4	7	9	3	1	0
設問18ADLの程	以吾	100.0	3.4	6.9	6.9	13.8	24.1	31.0	10.3	3.4	0.0
度	不変	552	10	15	39	65	121	160	98	40	4
(入院前退院時		100.0	1.8	2.7	7.1	11.8	21.9	29.0	17.8	7.2	0.7
比較)	悪化	256	3	10	17	32	55	61	54	23	1
	悉16	100.0	1.2	3.9	6.6	12.5	21.5	23.8	21.1	9.0	0.4

69歳以 下	70代	80代	90歳以 上	
3	6	16	4	
10.3	20.7	55.2	13.8	
25	104	281	138	
4.5	18.8	50.9	25.0	
13	49	116	77	
5.1	19.1	45.3	30.1	



		合計	65歳未 満	65~69 歳	70~74 歳	75~79 歳	80~84 歳		90~94 歳	95歳 以上	無回答
	改善	25	1	3	0	3	5	7	4	2	0
設問19認知症の	以善	100.0	4.0	12.0	0.0	12.0	20.0	28.0	16.0	8.0	0.0
程度	不変	588	9	17	44	64	126	173	102	49	4
(入院前退院時		100.0	1.5	2.9	7.5	10.9	21.4	29.4	17.3	8.3	0.7
比較)	悪化	191	3	7	12	29	40	45	43	11	1
	ボル	100.0	1.6	3.7	6.3	15.2	20.9	23.6	22.5	5.8	0.5

69歳以 下	70代	80代	90歳以 上
4	3	12	6
16.0	12.0	48.0	24.0
26	108	299	151
4.4	18.4	50.9	25.7
10	41	85	54
5.2	21.5	44.5	28.3



■ 65歳未満 ■ 65~69歳 ■ 70~74歳 ■ 75~79歳 ■ 80~84歳 ■ 85~89歳 ■ 90~94歳 ■ 95歳 ■ 無回名以上

#### 3) 認知症退院者の入院期間

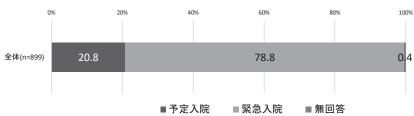
- ・ 調査対象となった認知症患者の平均入院期間は42.2 日、中央値は22日である。
- ・ ADL の程度の不変群は、中央値が19日で、改善群(49日) や悪化群(29日) と比較して、入院期間が短い。
- ・ 認知症の程度の不変群は、中央値が19日で、改善群(30日)や悪化群(34日)と 比較して、入院期間が短い。

	全体	件数	平均値 (日間)	中央値 (日間)
		881	42.2	22.0
設問18ADLの程度	改善	27	55.4	49.0
	不変	544	33.4	19.0
(入院前退院時比較)	悪化	251	52.7	29.0
設問19認知症の程度	改善	25	55.0	30.0
	不変	575	32.3	19.0
(入院前退院時比較)	悪化	189	42.1	34.0

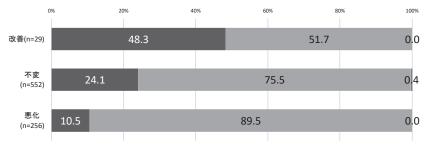
#### 4) 認知症退院者の入院時の状況

- ・ 調査対象となった認知症患者のうち、緊急入院が78.8%であった。
- ADL の程度の悪化群は、緊急入院が89.5%で、改善群(51.7%)、不変群(75.5%) と比較して、緊急入院の割合が高い。
- ・ 認知症の程度の悪化群は、緊急入院が89.0%で、改善群(44.0%)、不変群(77.9%)と比較して、緊急入院の割合が高い。

	合計	予定入 院	緊急入 院	無回答
全体	899	187	708	4
土坪	100.0	20.8	78.8	0.4



		合計	予定入 院	緊急入 院	無回答
	改善	29	14	15	0
	以普	100.0	48.3	51.7	0.0
設問18ADLの程度	不変	552	133	417	2
(入院前退院時比較)		100.0	24.1	75.5	0.4
		256	27	229	0
	悪化	100.0	10.5	89.5	0.0



■予定入院 ■緊急入院 ■無回答

		合計	予定入 院	緊急入 院	無回答
	改善	25	14	11	0
	以告	100.0	56.0	44.0	0.0
設問19認知症の程度	不変	588	129	458	1
(入院前退院時比較)		100.0	21.9	77.9	0.2
	悪化	191	21	170	0
	- 115	100.0	11.0	89.0	0.0

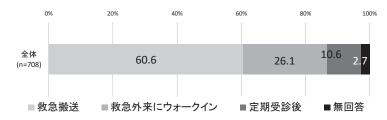


■予定入院 ■緊急入院 ■無回答

## 5) 緊急入院の際の状態

- ・ 調査対象となった認知症患者のうち、救急搬送の割合は60.6%である。
- ADL の程度の悪化群は、救急搬送が71.2%で、改善群(53.3%)や不変群(54.7%)と 比較して、緊急搬送の割合が高い。
- ・ 認知症の程度の悪化群は、救急搬送が 66.5%で、改善群 (54.5%) や不変群 (57.6%) と比較して、救急搬送の割合が高い。

	合計	数	救急外来に ウォークイン	定期受診後	無回答
全体	708	429	185	75	19
土坪	100.0	60.6	26.1	10.6	2.7

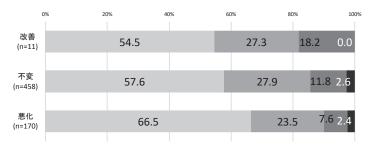


		合計		救急外来に ウォークイン	定期受診後	無回答
	か羊	15	8	6	1	0
	改善	100.0	53.3	40.0	6.7	0.0
設問18ADLの程度	不亦	417	228	127	52	10
(入院前退院時比較)	不変	100.0	54.7	30.5	12.5	2.4
	悪化	229	163	42	16	8
	#±1L	100.0	71.2	18.3	7.0	3.5



■救急搬送 ■救急外来にウォークイン ■定期受診後 ■無回答

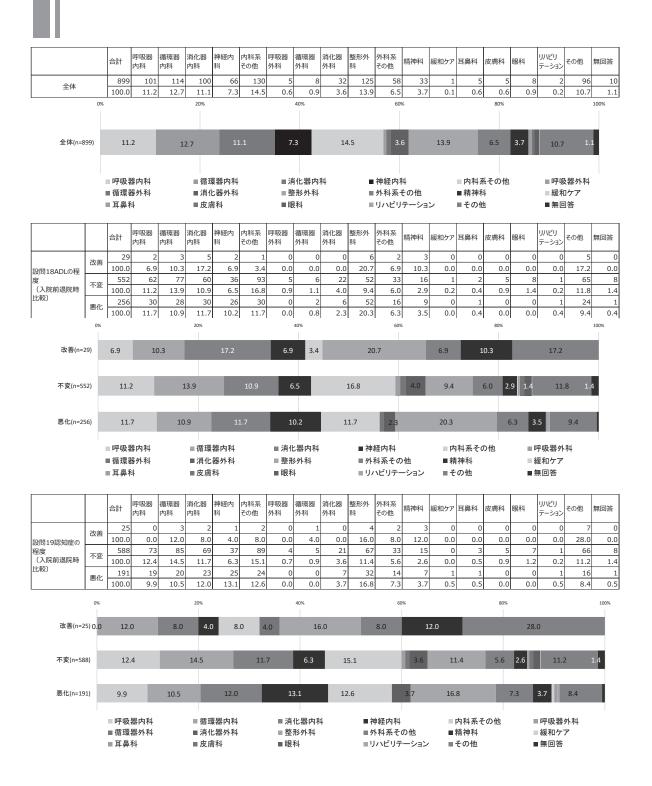
		合計	救急搬送	救急外来に ウォークイン	定期受診後	無回答
	小羊	11	6	3	2	0
	改善	100.0	54.5	27.3	18.2	0.0
設問19認知症の程度	不変	458	264	128	54	12
(入院前退院時比較)	小发	100.0	57.6	27.9	11.8	2.6
	悪化	170	113	40	13	4
	10°10	100.0	66.5	23.5	7.6	2.4



■ 救急搬送 ■ 救急外来にウォークイン ■ 定期受診後 ■ 無回答

#### 6) 入院理由となった疾患を治療した診療科

・ 調査対象となった認知症患者のうち、入院理由となった疾患を治療した診療科の割合は、内科系その他(14.5%)、整形外科(13.9%)、循環器内科(12.7%)の順で、幅広い診療科に渡っていた。



## 7) 入院中に見られた症状

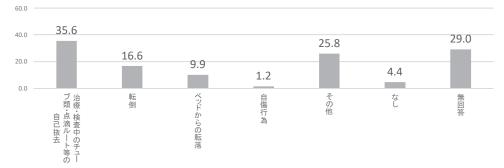
調査対象となった認知症患者のうち、易怒性(20.4%)、睡眠障害(25.1%)で、高 い割合である。

		合計	妄想	幻覚	易怒性	暴言·暴 行	拒絶	うつ		不安	無気力	脱抑制 (感情や 欲求が抑 えられな い状態)	徘徊	睡眠障害	その他	なし	無回答
全体		899	110	68	183	119	146		40	133	131	76	112	226	216	17	112
土件		100.0	12.2	7.6	20.4	13.2	16.2		4.4	14.8	14.6	8.5	12.5	25.1	24.0	1.9	12.5
		合計	妄想	幻覚	易怒性	暴言·暴 行	拒絶	うつ		不安	無気力	脱抑制 (感情や 欲求が抑 えられな い状態)	徘徊	睡眠障害	その他	なし	無回答
	改善	29	4	5	6	4	3		2	5	2	3	4	9	11	0	1
設問18ADLの程度	ux in	100.0	13.8	17.2	20.7	13.8	10.3		6.9	17.2	6.9	10.3	13.8	31.0	37.9	0.0	3.4
設向18ADLの程度 (入院前退院時比	不変	552	60	38	106	65	85		20	82	71	41	71	133	131	12	80
較)	12	100.0	10.9	6.9	19.2	11.8	15.4		3.6	14.9		7.4	12.9	24.1	23.7	2.2	14.5
	悪化	256	37	22	61	37	48		14	39		27	28			3	
	70.10	100.0	14.5	8.6	23.8	14.5	18.8		5.5	15.2	19.1	10.5	10.9	27.3	23.4	1.2	10.5
		合計	妄想	幻覚	易怒性	暴言·暴 行	拒絶	うつ		不安	無気力	脱抑制 (感情や 欲求が抑 えられな い状態)	徘徊	睡眠障害	その他	なし	無回答
	改善	25	4	5	7	5	6		2	7	3	0	4	9	7	0	2
設問19認知症の程	ᇇᆷ	100.0	16.0	20.0	28.0	20.0	24.0		8.0	28.0	12.0	0.0	16.0	36.0	28.0	0.0	8.0
度	不変	588	58	38	103	65	92		24	89	83	44	69	128		10	
(入院前退院時比 較)	12	100.0	9.9	6.5	17.5	11.1	15.6		4.1	15.1	14.1	7.5	11.7	21.8		1.7	
#X <i>)</i>	悪化	191	36	21	54	30	35		10	29		24	27	63		2	16
	,0.10	100.0	18.8	11.0	28.3	15.7	18.3		5.2	15.2	17.8	12.6	14.1	33.0	25.7	1.0	8.4

#### 8) 入院中の危険行動

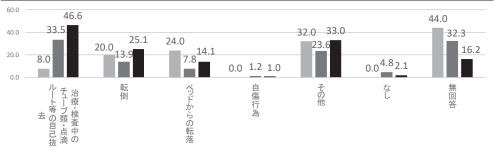
- ・ 調査対象となった認知症患者のうち、チューブの自己抜去が35.6%で、あった。
- ・ ADL の程度の悪化群は、チューブの自己抜去が 46.9%で、改善群 (10.3%) や不変群 (32.1%) と比較して、割合が高い。改善群は、転倒 (34.5%) や、ベッドからの転落 (13.8%) で不変群や悪化群と比較して、割合が高い。
- ・ 認知症の程度の悪化群は、チューブの自己抜去が 46.6%で、改善群 (8.0%) や不変群 (33.5%) と比較して、割合が高い。

	合計	治療・検査中 のチューブ類・ 点滴ルート等 の自己抜去		ベッドからの 転落	自傷行為	その他	なし	無回答
全体	899	320	149	89	11	232	40	261
<b>主</b> 14	100.0	35.6	16.6	9.9	1.2	25.8	4.4	29.0



		合計	治療・検査中のチューブ類・ 点滴ルート等の自己抜去	転倒	ベッドからの 転落	自傷行為	その他	なし	無回答
	改善	29	3	10	4	0	7	2	10
設問18ADLの程	以普	100.0	10.3	34.5	13.8	0.0	24.1	6.9	34.5
度	不変	552	177	71	47	4	145	29	175
(入院前退院時	<b>小</b> 发	100.0	32.1	12.9	8.5	0.7	26.3	5.3	31.7
比較)	悪化	256	120	54	30	4	68	5	56
	老化	100.0	46.9	21.1	11.7	1.6	26.6	2.0	21.9

		合計	治療・検査中 のチューブ類・ 点滴ルート等 の自己抜去	転倒	ベッドからの 転落	自傷行為	その他	なし	無回答
	改善	25	2	5	6	0	8	0	11
設問19認知症の	以普	100.0	8.0	20.0	24.0	0.0	32.0	0.0	44.0
程度	不変	588	197	82	46	7	139	28	190
(入院前退院時	小友	100.0	33.5	13.9	7.8	1.2	23.6	4.8	32.3
比較)	悪化	191	89	48	27	2	63	4	31
	志化	100.0	46.6	25.1	14.1	1.0	33.0	2.1	16.2

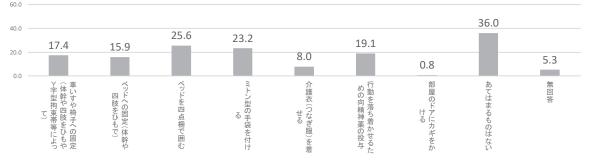


■改善(n=25) ■不変(n=588) ■悪化(n=191)

#### 9) 入院中に行った患者の行動を制限する行為

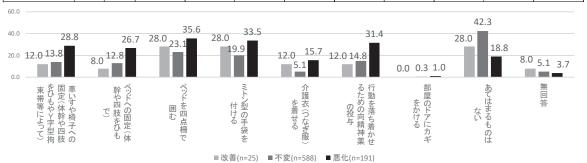
- · 調査対象となった認知症患者のうち、何等かの身体拘束行為をした割合は 64%である。
- ADL の程度の悪化群は、車いすや椅子への固定(27.7%)、ベッドへの固定(23.4%)・四点柵(34.0%)、向精神薬の投与(25.8%)の割合が高い。
- ・ 認知症の程度の悪化群は、車いすや椅子への固定 (28.8%) 、ベッドへの固定 (26.7%) ・四点柵 (35.6%) 、向精神薬の投与 (31.4%) 、手袋の着用 (33.5%) の 割合が高い。ADL の程度の悪化群、認知症の程度の悪化群で身体拘束が多くなっている。

	合計	車いすや椅子 への固定(体 幹や四肢をひ もやY字型拘 束帯等によっ て)	ベッドへの固 定 (体幹や 四肢をひも		ミトン型の手袋を付ける	介護衣 (つ なぎ服) を 着せる	行動を落ち 着かせるため の向精神薬 の投与	部屋のドアに カギをかける		無回答	
<b>△</b> #	899	156	143	230	209	7.	172	7	324	48	3
全体	100.0	17.4	15.9	25.6	23.2	8.	19.1	0.8	36.0	5.3	3



		△≣+	車いすや椅子 への固定(体 幹や四肢をひ もやY字型拘 束帯等によっ て)	定(体幹や		ミトン型の手袋を付ける	介護衣(つなぎ服)を 着せる	行動を落ち 着かせるため の向精神薬 の投与	部屋のドアに カギをかける	あてはまるも のはない	無回答
	改善	29	6	3	7	7	3	5	0	10	2
設問18ADLの程		100.0	20.7	10.3	24.1	24.1	10.3	17.2	0.0	34.5	6.9
度	不変	552	71	71	125	110	31	91	2	227	38
(入院前退院時		100.0	12.9	12.9	22.6	19.9	5.6	16.5	0.4	41.1	6.9
比較)	悪化	256	71	60	87	78	32	66	3	66	5
		100.0	27.7	23.4	34.0	30.5	12.5	25.8	1.2	25.8	2.0

		合計	車いすや椅子 への固定(体 幹や四肢をひ もやY字型拘 束帯等によっ て)	定(体幹や	ベッドを四点柵で囲む	ミトン型の手袋を付ける	かぎ眠)を	行動を落ち 着かせるため の向精神薬 の投与		あてはまるも のはない	無回答
	改善	25	3	2	7	7	3	3	0	7	2
設問19認知症の		100.0	12.0	8.0	28.0	28.0	12.0	12.0	0.0	28.0	8.0
程度	不変	588	81	75	136	117	30	87	2	249	30
(入院前退院時		100.0	13.8	12.8	23.1	19.9	5.1	14.8	0.3	42.3	5.1
比較)	悪化	191	55	51	68	64	30	60	2	36	7
	念化	100.0	28.8	26.7	35.6	33.5	15.7	31.4	1.0	18.8	3.7



#### 10) 実施していた医療ケア(胃ろう・腸ろう)

・ 調査対象となった認知症患者のうち、胃ろう・腸ろうの入院前または入院中の実施 割合は、2.5%である。



#### 11) 実施していた医療ケア(経鼻経管栄養)

・ 調査対象となった認知症患者のうち、経鼻経管栄養の入院前または入院中の実施割合は、4.2%である。



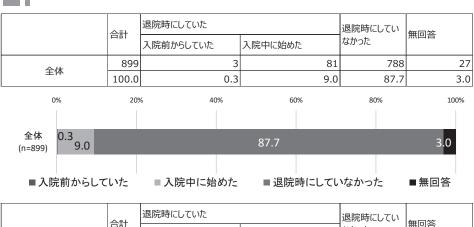
#### 12) 実施していた医療ケア(中心静脈栄養)

・ 調査対象となった認知症患者のうち、中心静脈栄養の入院前または入院中の実施割合は、1.8%である。

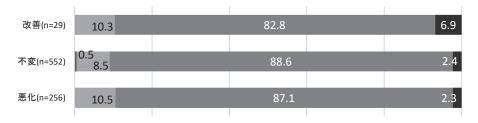


#### 13) 実施していた医療ケア(末梢点滴)

・ 調査対象となった認知症患者のうち、末梢点滴の入院前または入院中の実施割合 は、9.3%である。







■入院前からしていた ■入院中に始めた ■退院時にしていなかった ■無回答

			退院時にしていた	退院時にしてい			
		合計	 入院前からしていた	入院中に始めた		なかった	無回答
	改善	25	0		0	24	1
設問19認知症の	以普	100.0	0.0		0.0	96.0	4.0
程度	不変	588	3		51	519	15
(入院前退院時	小友	100.0	0.5		8.7	88.3	2.6
比較)	悪化	191	0		22	165	4
	悉化	100.0	0.0		11.5	86.4	2.1
0'	%		20% 40%	60	0%	80%	100%
改善(n=25)				96.0			4.0
不変(n=588)	0.5	7		88.3			2.6
悪化(n=191)	11.	5		86.4			2.1

■ 入院前からしていた ■ 入院中に始めた

■退院時にしていなかった

■無回答

## 14) 実施していた医療ケア(酸素療法)

・ 調査対象となった認知症患者のうち、酸素療法の入院前または入院中の実施割合は、5.1%である。



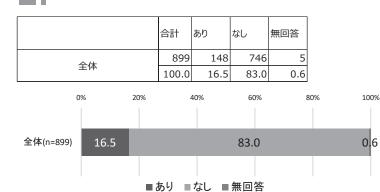
#### 15) 実施していた医療ケア(人工呼吸器)

・ 調査対象となった認知症患者のうち、人工呼吸器の入院前または入院中の実施割合 は、0.4%である。

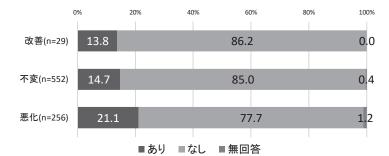


# 16) 入院中の他科転床

- ・ 調査対象となった認知症患者のうち、16.5%が他科転床している。
- ・ ADL の程度の悪化群は、21.1%が他科転床しており、改善群(13.8%)、不変群(14.7%)と比較して、割合が高い。
- ・ 認知症の程度の悪化群は、23.0%が他科転床しており、改善群(12.0%)、不変群(14.3%)と比較して、割合が高い。



		合計	あり	なし	無回答
	改善	29	4	25	0
	以普	100.0	13.8	86.2	0.0
設問18ADLの程度	不変	552	81	469	2
(入院前退院時比較)	个友	100.0	14.7	85.0	0.4
	悪化	256	54	199	3
	恋化	100.0	21.1	77.7	1.2

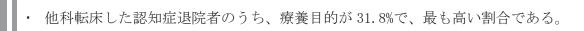


なし 無回答 合計 あり 3 22 25 0 改善 100.0 12.0 88.0 0.0 588 84 500 4 設問19認知症の程度 不変 (入院前退院時比較) 100.0 14.3 0.7 85.0 191 44 146 1 悪化 100.0 23.0 0.5 76.4



■あり ■なし ■無回答

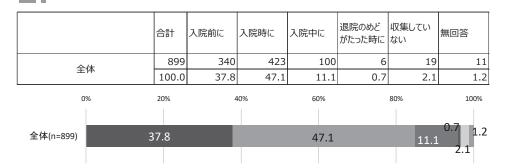
# 17) 他科転床の理由



		合計	他の疾 患治療 目的	リハビリ目 的	療養目的	いずれも あてはま らない	無回答	非該当
全体		148	28	41	47	35	5	751
土件		100.0	18.9	27.7	31.8	23.6	3.4	0.0
		合計	他の疾 患治療 目的	リハビリ目 的	療養目的	いずれも あてはま らない	無回答	非該当
	改善	4	0	1	3	0	1	25
		100.0	0.0	25.0	75.0	0.0	25.0	0.0
設問18ADLの程度	不変	81	13	17	28	22	3	471
(入院前退院時比較)		100.0	16.0	21.0	34.6	27.2	3.7	0.0
		54	14	18	15	11	1	202
	76.10	100.0	25.9	33.3	27.8	20.4	1.9	0.0
		合計	他の疾 患治療 目的	リハビリ目 的	療養目的	いずれも あてはま らない	無回答	非該当
	改善	3	0	2	2	0	0	22
	\$ <u>=</u>	100.0	0.0	66.7	66.7	0.0	0.0	0.0
設問19認知症の程度	不変	84	11	19	28	23	5	504
(入院前退院時比較)	- ^	100.0	13.1	22.6	33.3	27.4	6.0	0.0
	悪化	44	12	15	14	7	0	147
	,5,10	100.0	27.3	34.1	31.8	15.9	0.0	0.0

# 18) 情報の収集状況(要介護認定の有無、介護保険の申請状況)

調査対象となった認知症患者の入院に際して、要介護認定の有無、介護保険の申請 状況の情報を収集した病院は、96.7%である。



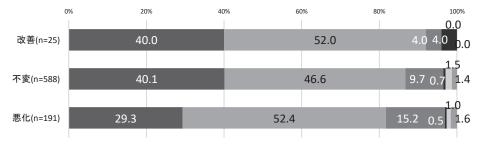
■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答





■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答

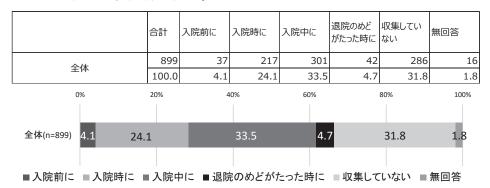
		合計	入院前に	入院時に			収集していない	無回答
	改善	25	10	13	1	1	0	0
	以普	100.0	40.0	52.0	4.0	4.0	0.0	0.0
設問19認知症の程度	不変	588	236	274	57	4	9	8
(入院前退院時比較)	小安	100.0	40.1	46.6	9.7	0.7	1.5	1.4
	悪化	191	56	100	29	1	2	3
	₩16	100.0	29.3	52.4	15.2	0.5	1.0	1.6



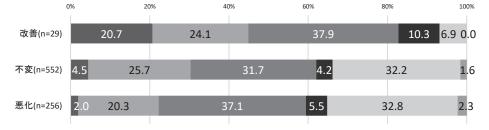
■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答

#### 19) 情報の収集状況(退院後の生活に関する患者の希望を患者本人から)

- ・ 調査対象となった認知症認知症患者の入院に際して、退院後の生活に関する患者の 希望を患者本人から収集した病院は、66.4%である。
- · ADL の程度の悪化群は、患者本人からの収集が 64.9%で、改善群 (93.0%) 、不変群 (66.1%) と比較すると、割合が低い。
- ・ 認知症の程度の悪化群は、患者本人からの収集が 72.3%で、改善群 (76.0%) と比較 すると、割合が低い。

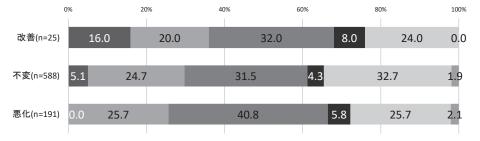


退院のめど 収集してい 合計 入院前に 入院中に 無回答 入院時に がたった時に ない 29 11 改善 100.0 20.7 37.9 10.3 6.9 0.0 24.1 552 175 178 25 142 23 9 設問18ADLの程度 不変 (入院前退院時比較) 100.0 4.5 25.7 31.7 4.2 32.2 1.6 256 95 14 84 6 悪化 100.0 2.0 20.3 37.1 5.5 32.8 2.3



■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答

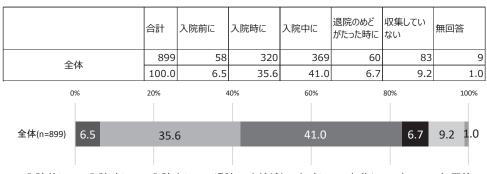
		合計	入院前に	入院時に	V III III I	退院のめど がたった時に	収集してい ない	無回答
	改善	25	4	5	8	2	6	0
	以普	100.0	16.0	20.0	32.0	8.0	24.0	0.0
設問19認知症の程度	不変	588	30	145	185	25	192	11
(入院前退院時比較)	小安	100.0	5.1	24.7	31.5	4.3	32.7	1.9
	悪化	191	0	49	78	11	49	4
	态化	100.0	0.0	25.7	40.8	5.8	25.7	2.1



■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答

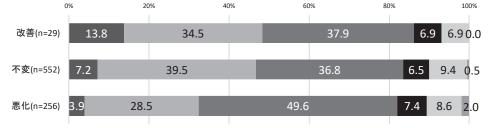
## 20) 情報の収集状況(退院後の生活に関する患者の希望を他の人から)

· 調査対象となった認知症患者の入院に際して、退院後の生活に関する患者の希望を 他の人から収集した病院は、89.8%である。



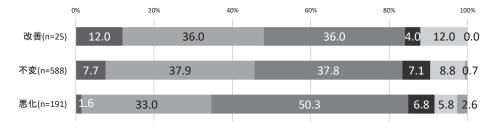
■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答

		合計	入院前に	入院時に	Λ I\- Ш I.	退院のめど がたった時に	収集してい ない	無回答
	改善	29	4	10	11	2	2	0
	以告	100.0	13.8	34.5	37.9	6.9	6.9	0.0
設問18ADLの程度	不変	552	40	218	203	36	52	3
(入院前退院時比較)	个女	100.0	7.2	39.5	36.8	6.5	9.4	0.5
	悪化	256	10	73	127	19	22	5
	态化	100.0	3.9	28.5	49.6	7.4	8.6	2.0



■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答

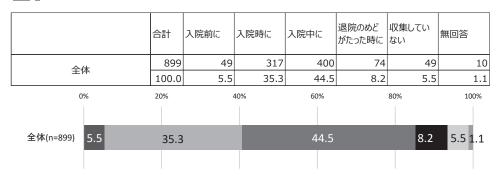
		合計	入院前に	入院時に	λ N= Ш (.	退院のめど がたった時に	収集してい ない	無回答
	改善	25	3	9	9	1	3	0
	WE	100.0	12.0	36.0	36.0	4.0	12.0	0.0
設問19認知症の程度	不変	588	45	223	222	42	52	4
(入院前退院時比較)	17女	100.0	7.7	37.9	37.8	7.1	8.8	0.7
	# //.	191	3	63	96	13	11	5
	悪化	100.0	1.6	33.0	50.3	6.8	5.8	2.6



■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答

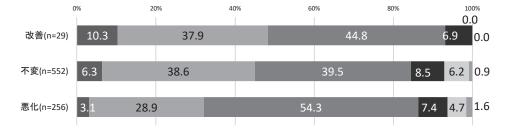
#### 21) 情報の収集状況(退院後の生活に関する家族の希望)

・ 調査対象となった認知症患者の入院に際して、退院後の生活に関する家族の希望を 収集した病院は、93.5%である。



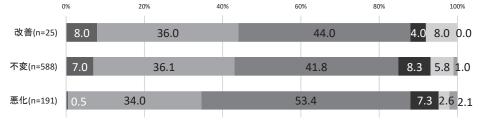
■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答

		合計	入院前に	入院時に	λ № Ш1.	退院のめど がたった時に	収集していない	無回答
	改善	29	3	11	13	2	0	0
	以普	100.0	10.3	37.9	44.8	6.9	0.0	0.0
設問18ADLの程度	不変	552	35	213	218	47	34	5
(入院前退院時比較)	<b>小</b> 友	100.0	6.3	38.6	39.5	8.5	6.2	0.9
	悪化	256	8	74	139	19	12	4
	志16	100.0	3.1	28.9	54.3	7.4	4.7	1.6



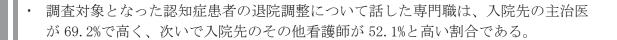
■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答





■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答

# 22) 退院調整について話した専門職



		合計	[入院先] 主治医	[入院先] 主治医以 外の医師	[入院先] 退院調整 看護師	[入院先] その他の看 護師	[入院先]リ バビリ専門 職(PT、 OT、ST)	[入院先] その他	[退院先] 医師		[退院先] ケアマネ ジャー	[退院先]介 護サービス提 供者(ヘル パーや訪問・ 通所介護含 む)	[退院先] 市役所·保 健所職員	[退院先] その他	無回答
全体		899	622	70	398	468	195	329	70	144	386	171	23	248	36
主体		100.0	69.2	7.8	44.3	52.1	21.7	36.6	7.8	16.0	42.9	19.0	2.6	27.6	4.0
		合計	[人院先] 主治医	[入院先] 主治医以 外の医師	[入院先] 退院調整 看護師	[入院先] その他の看 護師	[入院先]リ バビリ専門 職(PT、 OT、ST)	[入院先] その他	[退院先] 医師	[退院先] 看護師 (訪問看 護師含 む)	[退院先] ケアマネ ジャー	[退院先]介 護サービス提 供者(ヘル パーや訪問・ 通所介護含 む)	[退院先] 市役所·保 健所職員	[退院先] その他	無回答
	改善	29	21	2	14	11	7	14	8	6	13	4	0	5	2
設問18ADLの程	WH	100.0	72.4	6.9	48.3	37.9	24.1	48.3	27.6	20.7	44.8	13.8	0.0	17.2	
度	不変	552	361	39	247	292	100	189	35	80	238	108	6	142	27
(入院前退院時	小女	100.0	65.4	7.1	44.7	52.9	18.1	34.2	6.3	14.5	43.1	19.6	1.1	25.7	4.9
比較)	悪化	256	196	26	112	138	77	97	25	45	116	42	15	83	4
	/EV10	100.0	76.6	10.2	43.8	53.9	30.1	37.9	9.8	17.6	45.3	16.4	5.9	32.4	1.6
		合計	[入院先] 主治医	[入院先] 主治医以 外の医師	[入院先] 退院調整 看護師	[入院先] その他の看 護師	[入院先]リ バビリ専門 職(PT、 OT、ST)	[入院先] その他	[退院先] 医師	[退院先] 看護師 (訪問看 護師含 む)	[退院先] ケアマネ ジャー	[退院先]介 護サービス提 供者(ヘル パーや訪問・ 通所介護含 む)	[退院先] 市役所·保 健所職員	[退院先] その他	無回答
	改善	25	16	2	12	10	4	13	4	4	13	3	0	7	1
設問19認知症の	440	100.0	64.0	8.0	48.0	40.0	16.0	52.0	16.0	16.0	52.0	12.0	0.0	28.0	4.0
程度	不変	588	397	41	267	314	116	200	39	91	253	120	10	154	
(入院前退院時 比較)		100.0	67.5	7.0	45.4	53.4	19.7	34.0	6.6	15.5		20.4	1.7	26.2	4.1
TU#X)	悪化	191	146	21	84	106	61	77	22	34	93	30	11	61	3
		100.0	76.4	11.0	44.0	55.5	31.9	40.3	11.5	17.8	48.7	15.7	5.8	31.9	1.6

# 23) 入院時点での認知症退院者のキーパーソン

・ 調査対象となった認知症患者の入院時のキーパーソンは、家族(同居家族+別居家族)が96.3%である。



# 24) 退院時点での認知症退院者のキーパーソン

・ 調査対象となった認知症患者の退院時のキーパーソンは、家族(同居家族+別居家族)が95.1%である。



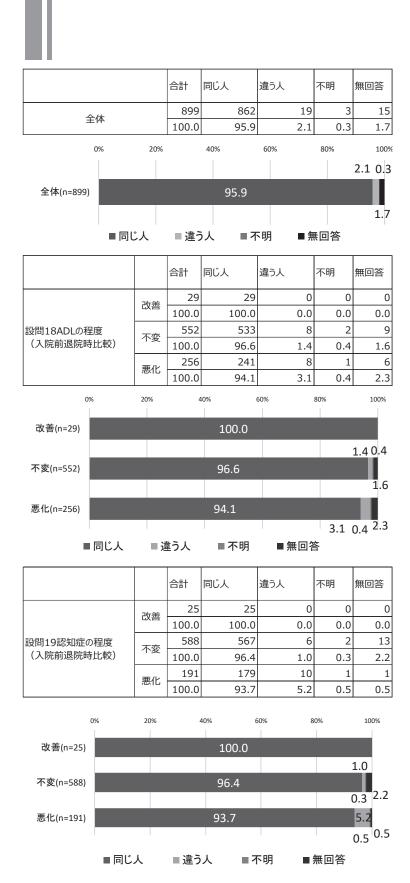
# 25) 退院後の居場所とキーパーソンの居場所の移動時間

・ 調査対象となった認知症患者のうち、退院後の居場所とキーパーソンの居場所の移動時間が、30分以内の割合が33.8%、30分を超える割合が33.2%である。



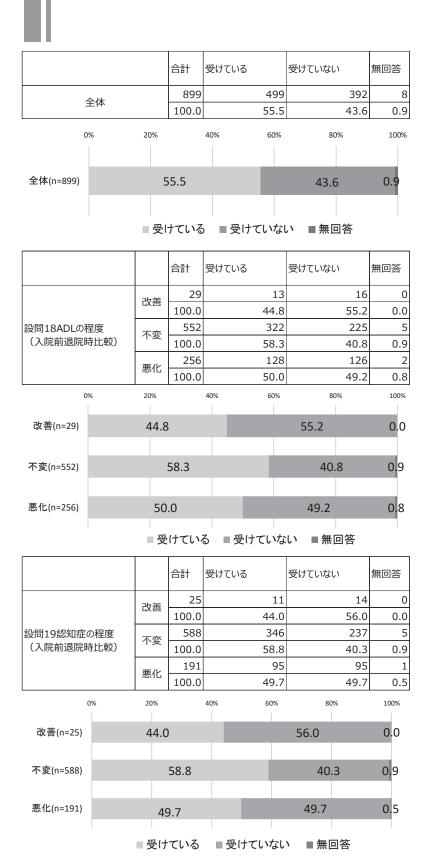
# 26) 入院時点と退院時点のキーパーソンは同じか

・ 調査対象となった認知症患者の退院時のキーパーソンは、同じ人が 95.9%である。



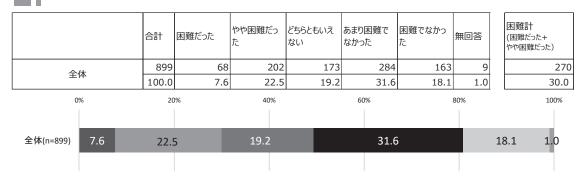
# 27) 認知症診断の受診

・ 調査対象となった認知症患者のうち、55.5%が認知症の診断を受けている。

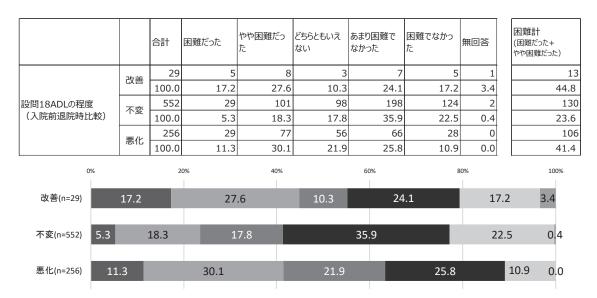


#### 28) 退院調整の困難度

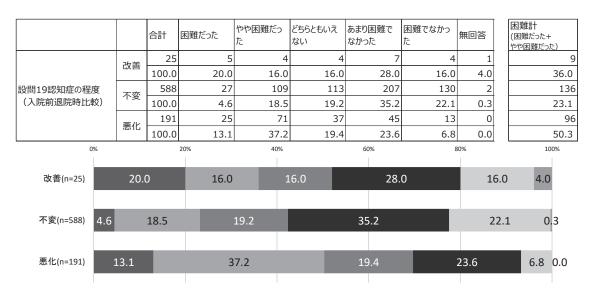
- ・ 調査対象となった認知症患者のうち、退院調整が困難だった割合は30.0%である。
- ・ ADL の程度の不変群は、困難だった割合が 23.6%で、改善群 (44.8%) や悪化群 (41.4%) と比較すると困難であった割合が低い。
- ・ 認知症の程度の悪化群は、困難だった割合が 50.3%で、改善群 (36.0%) や不変群 (23.1%) と比較すると困難であった割合が高い。



■困難だった ■ やや困難だった ■ どちらともいえない ■ あまり困難でなかった ■ 困難でなかった ■ 無回答



■困難だった ■やや困難だった ■どちらともいえない ■あまり困難でなかった ■困難でなかった ■無回答



■困難だった ■ やや困難だった ■ どちらともいえない ■ あまり困難でなかった ■ 困難でなかった ■無回答

# 5. 退院後の居場所からみた調査結果

退院後の居場所別で結果を確認するために、次のような方法で分類を行った。

入院直前と退院後の居場所の結果をそれぞれ「自宅」「施設」「病院」「その他」の 4 つに分類した(表 1、2)。

表1 「認知症退院者」の居場所別詳細結果

	入院	直前	退院後の	)居場所	分類
	n	%	n	%	<i>7</i> 3 7A
自宅(独居)	153	17.0	86	9.6	自宅
自宅(近親者等と同居)	389	43.3	243	27.0	日七
特別養護老人ホーム	74	8.2	74	8.2	
介護老人保健施設	60	6.7	83	9.2	
有料老人ホーム	57	6.3	65	7.2	施設
サービス付き高齢者住宅	22	2.4	20	2.2	
認知症グループホーム	34	3.8	28	3.1	
介護医療院	1	0.1	2	0.2	
医療機関 (一般病院)	37	4.1	81	9.0	病院
医療機関 (療養病院)	19	2.1	95	10.6	7四元
医療機関(回復期病院)	9	1.0	54	6.0	
その他	38	4.2	52	5.8	その他
不明	0	0.0	1	0.1	COTIE
無回答	6	0.7	15	1.7	·
全体	899	100.0	899	100.0	

表 2 「認知症退院者」の居場所結果

	入院	直前	退院後の	D居場所
	n	%	n	%
自宅	542	60.3	329	36.6
施設	247	27.5	270	30.0
病院	66	7.3	232	25.8
その他	38	4.2	53	5.9
無回答	6	0.7	15	1.7
全体	899	100.0	899	100.0

その後、入院直前と退院後の居場所の変化は表3の通り。調査結果は、退院後の居場所を「自宅」「施設」「病院」「その他」に分類し、調査結果を述べる(表4)。

表 3 「認知症退院者」の入院直前と退院後の居場所の変化

入院直前					退院後	
	n	%			n	%
			✓	自宅	92	60.1
自宅(独居)	153	100	$\longrightarrow$	施設	14	9.2
			_	病院	39	25.5
			_▼	自宅	234	60.2
自宅(家族と同居)	389	100	$\longrightarrow$	施設	40	10.3
			•	病院	96	24.7
			<b>_</b>	自宅	0	0.0
施設	247	100	$\longrightarrow$	施設	203	82.2
			_	病院	37	15.0
			✓	自宅	3	4.5
病院	66	100	$\longrightarrow$	施設	8	12.1
			•	病院	55	83.3

表 4 「認知症退院者」の入院直前と退院後の居場所

		合計	退院後の	居場所			
			自宅	施設	病院	その他	無回答
全体		899	329	265	227	63	15
土件		100.0	36.6	29.5	25.3	7.0	1.7
	自宅	542	326	54	135	23	4
	日七	100.0	60.1	10.0	24.9	4.2	0.7
	施設	247	0	203	37	5	2
入院直前まで	<b>川巴市又</b>	100.0	0.0	82.2	15.0	2.0	0.8
の居場所	病院	66	3	8	55	0	0
	が水	100.0	4.5	12.1	83.3	0.0	0.0
	その他		0	0	0	35	3
	CONB	100.0	0.0	0.0	0.0	92.1	7.9

## 1) 概要

入院前に自宅に居住していた人は、認知症の退院者全数の 60.3%であった。独居者は 17.0%を占めていた。施設(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、有料老人ホームなど)居住者は 27.5%、病院に入院していた人が 7.3%であった(p.48)。自宅独居だった人が自宅に戻れた割合は 60.1%で、家族と同居していた人が自宅に戻れた割合は 60.2%と、ほぼ同割合であった。病院への転院は、独居で 25.5%、家族同居で 24.7%、施設転居は独居で 9.2%、家族同居で 10.3%といずれもほぼ同割合であった。入院前に施設入居していた人の 82.2%が退院後も施設入居、入院していた人の 83.3%が退院後も病院に入院していた(p.49)。

急性期治療のための入院を契機にして、自宅での生活が中断される実態が把握された。今後は、急性期病院からの転院後、回復して自宅復帰や施設入居につながるのか、病院で療養となるのか、認知症の人をサポートする循環型地域システムの構築のためには、その後を追跡する実態把握も必要である。

退院後に自宅復帰した人の入院中の状況をみると、退院後の生活の場が施設群や病院群と比較して、予定入院が多く救急搬送が少ない、BPSDのうち易怒性や暴言・暴行が少ない、チューブの自己抜去が少ない、身体拘束(体幹抑制、ベッド四点柵、ミトン、向精神薬の投与)が少ない、医療ケアが必要な状態ではない、他科転床していない、退院時のADLが高い、退院時の認知症の程度が軽い、入院期間が短いという特徴があった。また、地域包括ケア病棟のある病院の退院者は、ない病院の退院者より自宅や施設に復帰する割合が高くなっていた。

入院時は、ADLや認知症の程度が悪化、その後入院前程度まで回復し、自宅復帰という過程が推察できる。自宅復帰のためには、身体・認知機能の回復が重要であることが示された。急性期治療終了後の対応のみならず、身体拘束、医療ケアの選択など治療中の対応の改善が、機能回復を促進し、自宅復帰の可能性を高めることが示唆された。

# 2) 認知症退院者の退院時年齢

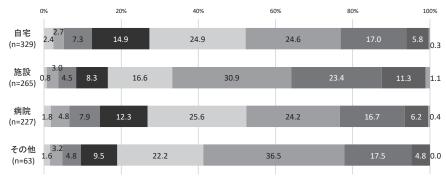
- 調査対象となった認知症退院者のうち、85~89歳が27.3%で、最も高い割合であ る。
- 退院後の居場所が施設群は、90歳以上の割合が34.7%で、自宅群(22.8%)や病院群 (22.9%) と比較して、90歳以上の割合が高い。

	合計		65~69 歳	l	75~79 歳			90~94 歳	95歳以 上	無回答	69歳以 下	70代	80代	90歳以 上
全体	899	15	30	59	106	201	245	168	69	6	45.0	165.0	446.0	237.0
土14	100.0	1.7	3.3	6.6	11.8	22.4	27.3	18.7	7.7	0.7	5.0	18.4	49.6	26.4



■65歳未満 ■65~69歳 ■70~74歳 ■75~79歳 ■80~84歳 ■85~89歳 ■90~94歳 ■95歳以上 ■無回答

		合計	65歳未 満	65~69 歳	70~74 歳	75~79 歳	80~84 歳	85~89 歳	90~94 歳	95歳以 上	無回答	69歳以 下	70代	80代	90歳以 上
	自宅	329	8	9	24	49	82	81	56	19	1	17.0	73.0	163.0	75.0
	日七	100.0	2.4	2.7	7.3	14.9	24.9	24.6	17.0	5.8	0.3	5.2	22.2	49.5	22.8
	施設	265	2	8	12	22	44	82	62	30	3	10.0	34.0	126.0	92.0
退院後の居場所	ルビョ文	100.0	0.8	3.0	4.5	8.3	16.6	30.9	23.4	11.3	1.1	3.8	12.8	47.5	34.7
退院後の占場別	病院	227	4	11	18	28	58	55	38	14	1	15.0	46.0	113.0	52.0
	7円1元	100.0	1.8	4.8	7.9	12.3	25.6	24.2	16.7	6.2	0.4	6.6	20.3	49.8	22.9
	その他	63	1	2	3	6	14	23	11	3	0	3.0	9.0	37.0	14.0
	ての他	100.0	1.6	3.2	4.8	9.5	22.2	36.5	17.5	4.8	0.0	4.8	14.3	58.7	22.2



■ 65歳未満 ■ 65~69歳 ■ 70~74歳 ■ 75~79歳 ■ 80~84歳 ■ 85~89歳 ■ 90~94歳 ■ 95歳以上 ■ 無回答

# 3) 認知症退院者の入院期間

- ・ 調査対象となった認知症退院者の平均入院期間は 42.2 日で、中央値は 22 日であ る。
- ・ 退院後の居場所が自宅群は、中央値が15日で、施設群(25日)や病院群(29日) と比較して、入院期間が短い。

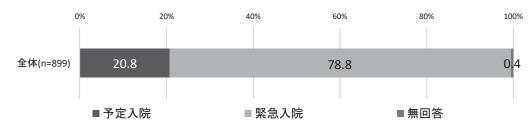
	全体	件数	平均値 (日間)	中央値 (日間)
		881	42.2	22.0
	自宅→自宅	323	30.1	15.0
	自宅→施設	52	142.6	56.0
	自宅→病院	133	37.6	31.0
	施設→自宅	0		
退院後の居場所	施設→施設	198	38.6	20.0
这所很V/占物///	施設→病院	37	46.3	30.0
	病院→自宅	3	52.0	60.0
	病院→施設	8	90.5	76.5
	病院→病院	55	32.1	22.0
	その他	60	45.2	29.0

			全体	件数		平均値 (日間)		中央値 (日間)
					881		42.2	22.0
		自宅			326		30.3	15.0
退院後の居場所(	統	施設			258		61.1	25.0
合)		病院			225		37.7	29.0
		その他			60		45.2	29.0

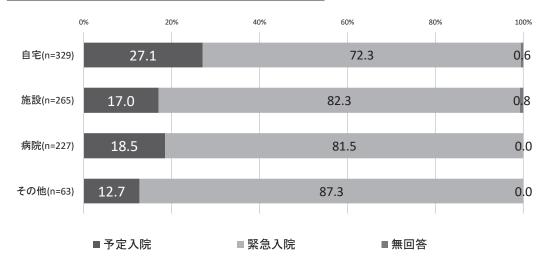
# 4) 認知症退院者の入院時の状況

- ・ 調査対象となった認知症患者のうち、緊急入院が78.8%であった。
- ・ 退院後の居場所が自宅群は、緊急入院が72.3%で、施設群(82.3%)、病院群(81.5%)と比較し、緊急入院の割合が低い。

	合計	予定入院	緊急入院	無回答
全体	899	187	708	4
土体	100.0	20.8	78.8	0.4



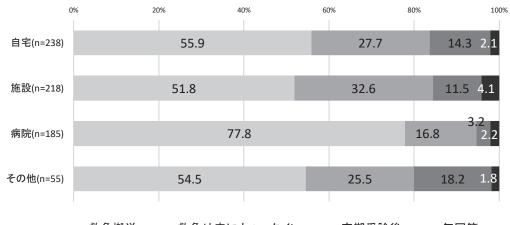
		合計	予定入院	緊急入院	無回答
	自宅	329	89	238	2
	日七	100.0	27.1	72.3	0.6
	施設	265	45	218	2
退院後の居場所	ル心言文	100.0	17.0	82.3	0.8
退稅後の占物门	病院	227	42	185	0
	加州元	100.0	18.5	81.5	0.0
	その他	63	8	55	0
	ての他	100.0	12.7	87.3	0.0



## 5) 緊急入院の際の状態

- ・ 調査対象となった認知症患者のうち、救急搬送の割合は60.6%である。
- ・ 退院後の居場所が病院群は、救急搬送が77.8%で、自宅群(55.9%)や施設群(51.8%)と比較して、救急搬送の割合が高い。

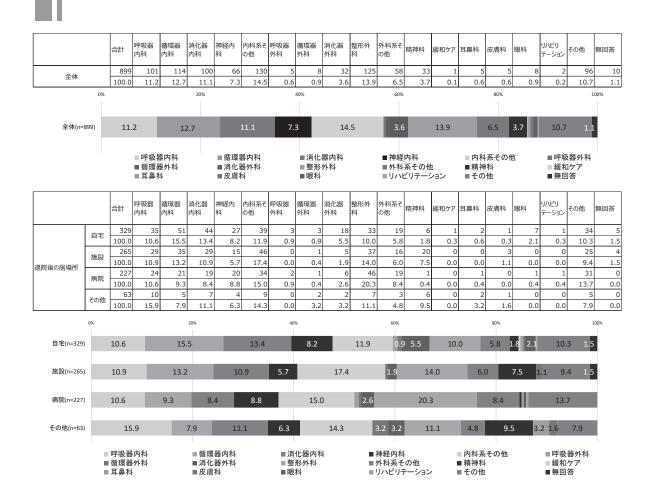




■ 救急搬送 ■ 救急外来にウォークイン ■ 定期受診後 ■ 無回答

#### 6) 入院理由となった疾患を治療した診療科

・ 調査対象となった認知症患者のうち、入院理由となった疾患を治療した診療科での 割合は、内科系その他(14.5%)、整形外科(13.9%)、循環器内科(12.7%)の順 で、幅広い診療科に渡っていた。



# 7) 入院中に見られた症状

・ 調査対象となった認知症患者のうち、易怒性(20.4%)、睡眠障害(25.1%)で、高 い割合である。

自宅復帰した人は、易怒性(17.9%)、暴言・暴行(9.4%)が施設群、病院群と比較して少ない割合であった。

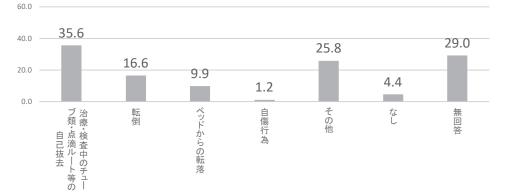
	合計	妄想	幻覚		暴言・ 暴行	拒絶	うつ	不安	無気力	脱抑制 (感情や 欲求が抑 えられない 状態)	徘徊	睡眠障害	その他	無回答
全体	899	110	68	183	119	146	40	133	131	76	112	226	233	112
土14	100.0	12.2	7.6	20.4	13.2	16.2	4.4	14.8	14.6	8.5	12.5	25.1	25.9	12.5

		合計	妄想	幻覚	易怒性	暴言· 暴行	拒絶	うつ	不安	無気力	脱抑制 (感情や 欲求が抑 えられない 状態)	徘徊	睡眠障害	その他	無回答
	自宅	329	34	23	59	31	46	13	50	33	22	58	76	83	43
	日七	100.0	10.3	7.0	17.9	9.4	14.0	4.0	15.2	10.0	6.7	17.6	23.1	25.2	13.1
	施設	265	37	19	58	38	49	16	38	39	22	31	65	63	35
退院後の居場所	川巴市文	100.0	14.0	7.2	21.9	14.3	18.5	6.0	14.3	14.7	8.3	11.7	24.5	23.8	13.2
区(元)及(7)占场(7)	病院	227	27	21	50	37	35	7	33	43	24	17	66	64	30
	利引死	100.0	11.9	9.3	22.0	16.3	15.4	3.1	14.5	18.9	10.6	7.5	29.1	28.2	13.2
	その他	63	10	4	13	11	14	2	9	10	7	4	16	21	3
	COVIE	100.0	15.9	6.3	20.6	17.5	22.2	3.2	14.3	15.9	11.1	6.3	25.4	33.3	4.8

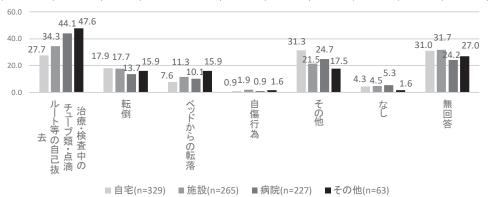
# 8) 入院中の危険行動

- ・ 調査対象となった認知症患者のうち、チューブの自己抜去が35.6%であった。
- ・ 退院後の居場所が病院群は、チューブの自己抜去が 44.1%で、自宅群 (27.7%) や 施設群 (34.4%) と比較して、割合が高い。

	<del>△</del> ≣∔	治療・検査中の チューブ類・点滴 ルート等の自己 抜去	転倒	ベッドから の転落	自傷行為	その他	なし	無回答
全体	899	320	149	89	11	232	40	261
土神	100.0	35.6	16.6	9.9	1.2	25.8	4.4	29.0



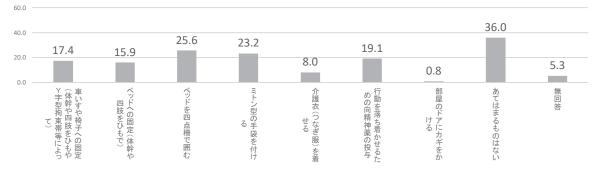
		合計	治療・検査中の チューブ類・点滴 ルート等の自己 抜去	転倒	ベッドから の転落	自傷行為	その他	なし	無回答
	自宅	329	91	59	25	3	103	14	102
	日七	100.0	27.7	17.9	7.6	0.9	31.3	4.3	31.0
	施設	265	91	47	30	5	57	12	84
退院後の	加巴克	100.0	34.3	17.7	11.3	1.9	21.5	4.5	31.7
居場所	病院	227	100	31	23	2	56	12	55
	州州九	100.0	44.1	13.7	10.1	0.9	24.7	5.3	24.2
	その他	63	30	10	10	1	11	1	17
	COMB	100.0	47.6	15.9	15.9	1.6	17.5	1.6	27.0



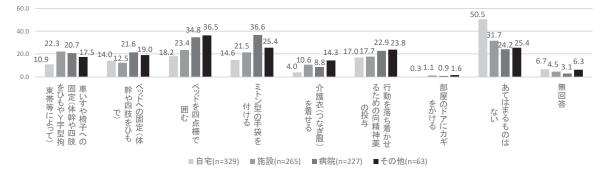
# 9) 入院中に行った患者の行動を制限する行為

- ・ 調査対象となった認知症患者のうち、何等かの身体拘束行為をした割合は 64%である。
- ・ 退院後の居場所が病院群は、ベッドへの固定(21.6%)・四点柵(34.8%)、手袋の 着用(36.6%)、向精神薬の投与(22.9%)の割合が高く、自宅群や施設群と比較し て、身体拘束行為が多くなっている。

	合計	もやY字型拘	ベッドへの固 定 (体幹や		ミトン型の手 袋を付ける	介護衣 (つなぎ服) を 着せる	看かせるにめ	部屋のドアに カギをかける		無回答
<b>△/</b> +	899	156	143	230	209	7	2 172	7	324	48
全体	100.0	17.4	15.9	25.6	23.2	8.	0 19.1	0.8	36.0	5.3

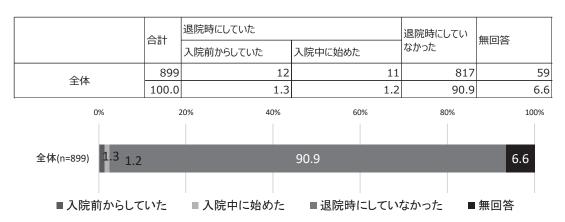


		台計	車いすや椅子 への固定(体 幹や四肢をひ もやY字型拘 束帯等によっ て)	定(体幹や 四肢をひも			11:護衣(つ かぎ眠)を	行動を落ち 着かせるため の向精神薬 の投与	部屋のドアに カギをかける		無回答
	自宅	329	36	46	60	48	13	56	1	166	22
	日七	100.0	10.9	14.0	18.2	14.6	4.0	17.0	0.3	50.5	6.7
	施設	265	59	33	62	57	28	47	3	84	12
退院後の居場所	川巴市文	100.0	22.3	12.5	23.4	21.5	10.6	17.7	1.1	31.7	4.5
医忧疫の占物门	病院	227	47	49	79	83	20	52	2	55	7
	71/317/6	100.0	20.7	21.6	34.8	36.6	8.8	22.9	0.9	24.2	3.1
	その他	63	11	12	23	16	9	15	1	16	4
	COME	100.0	17.5	19.0	36.5	25.4	14.3	23.8	1.6	25.4	6.3

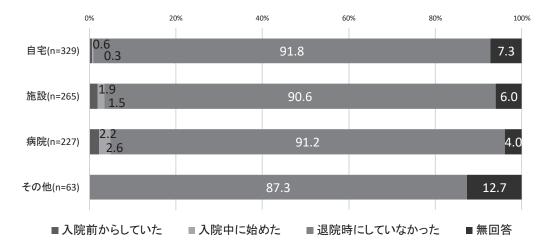


# 10) 実施していた医療ケア(胃ろう・腸ろう)

・ 調査対象となった認知症患者のうち、胃ろう・腸ろうの入院前または入院中の実施 割合は、2.5%である。

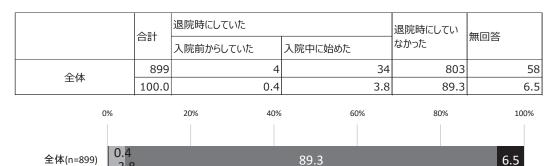


		合計	退院時にしていた		退院時にしてい	<b>年日</b> 答
			入院前からしていた 入院中に始めた		なかった	無回答
	自宅	329	2	1	302	24
	日七	100.0	0.6	0.3	91.8	7.3
	施設	265	5	4	240	16
退院後の居場所		100.0	1.9	1.5	90.6	6.0
退院级0/占场7/1	病院	227	5	6	207	9
		100.0	2.2	2.6	91.2	4.0
	その他	63	0	0	55	8
	その他	100.0	0.0	0.0	87.3	12.7



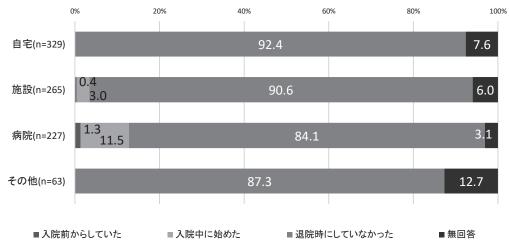
#### 実施していた医療ケア(経鼻経管栄養) 11)

調査対象となった認知症患者のうち、経鼻経管栄養の入院前または入院中の実施割 合は、4.2%である。



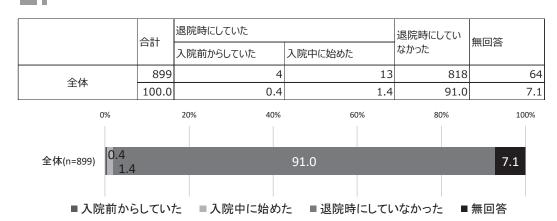


		合計	退院時にしていた		退院時にしてい	無回答
		口可	入院前からしていた	入院中に始めた	なかった	無凹合
	自宅	329	0	0	304	25
	日七	100.0	0.0	0.0	92.4	7.6
	施設	265	1	8	240	16
退院後の居場所		100.0	0.4	3.0	90.6	6.0
区院设0万占物门	病院	227	3	26	191	7
		100.0	1.3	11.5	84.1	3.1
	その他	63	0	0	55	8
		100.0	0.0	0.0	87.3	12.7

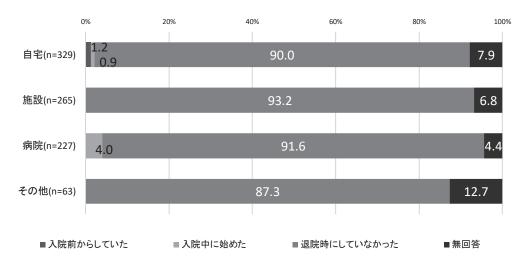


# 12) 実施していた医療ケア(中心静脈栄養)

・ 調査対象となった認知症患者のうち、中心静脈栄養の入院前または入院中の実施割合は、1.8%である。

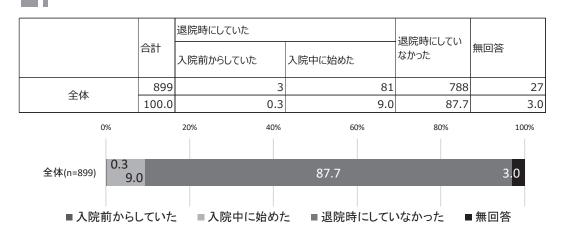


		<b>∨=</b> 1	退院時にしていた		退院時にしてい	4π ⊆ <i>/</i> 25
		合計	入院前からしていた	入院中に始めた	なかった	無回答
	自宅	329	4	3	296	26
	85	100.0	1.2	0.9	90.0	7.9
	施設	265	0	0	247	18
退院後の居場所		100.0	0.0	0.0	93.2	6.8
区院1507占场门	病院	227	0	9	208	10
		100.0	0.0	4.0	91.6	4.4
	その他	63	0	0	55	8
	ての他	100.0	0.0	0.0	87.3	12.7

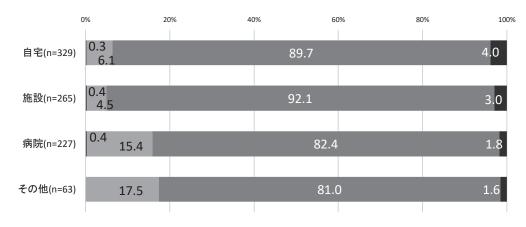


# 13) 実施していた医療ケア(末梢点滴)

・ 調査対象となった認知症患者のうち、末梢点滴の入院前または入院中の実施割合 は、9.3%である。



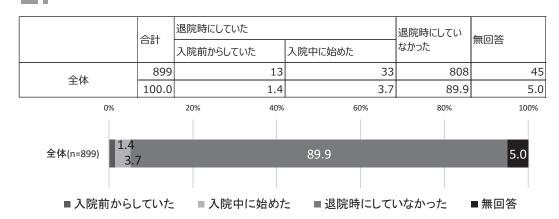
		<b>∨=</b> 1	退院時にしていた		退院時にしてい	<b>一个</b>
		合計	入院前からしていた 入院中に始めた		なかった	無回答
	自宅	329	1	20	295	13
	日七	100.0	0.3	6.1	89.7	4.0
	施設	265	1	12	244	8
退院後の居場所		100.0	0.4	4.5	92.1	3.0
区院1507占场门	病院	227	1	35	187	4
		100.0	0.4	15.4	82.4	1.8
	その他	63	0	11	51	1
	ての他	100.0	0.0	17.5	81.0	1.6



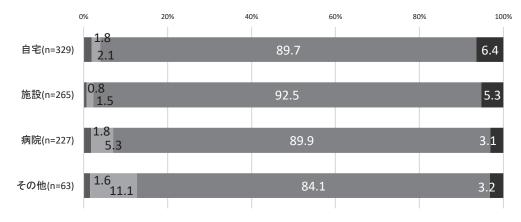
■入院前からしていた ■入院中に始めた ■退院時にしていなかった ■無回答

## 14) 実施していた医療ケア(酸素療法)

・ 調査対象となった認知症患者のうち、酸素療法の入院前または入院中の実施割合 は、5.1%である。







■入院前からしていた ■入院中に始めた ■退院時にしていなかった ■無回答

# 15) 実施していた医療ケア(人工呼吸器)

・ 調査対象となった認知症患者のうち、人工呼吸器の入院前または入院中の実施割合 は、0.4%である。



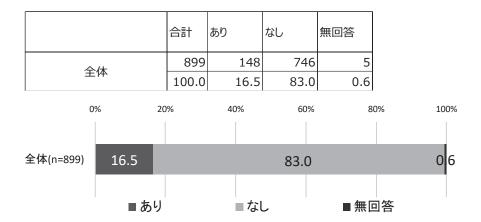


		合計	退院時にしていた		退院時にしてい	無回答
			入院前からしていた 入院中に始めた		なかった	無凹合
	自宅	329	1	0	302	26
	H-E	100.0	0.3	0.0	91.8	7.9
	施設	265	0	0	248	17
退院後の居場所		100.0	0.0	0.0	93.6	6.4
这忧极"为古物门	病院	227	1	2	216	8
		100.0	0.4	0.9	95.2	3.5
	その他	63	0	0	57	6
		100.0	0.0	0.0	90.5	9.5

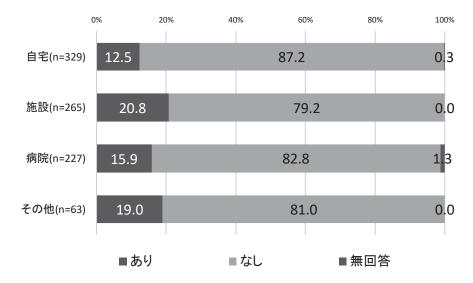


# 16) 入院中の他科転床

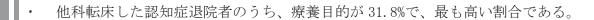
- ・ 調査対象となった認知症患者のうち、16.5%が他科転床している。
- ・ 退院後の居場所が施設群は、20.8%が他科転床しており、自宅群(12.5%)や病院群(15.9%)と比較して、割合が高い。



		合計	あり	なし	無回答
	自宅	329	41	287	1
	日七	100.0	12.5	87.2	0.3
	施設	265	55	210	0
退院後の居場所		100.0	20.8	79.2	0.0
这所1 <b>5</b> 07占场门	病院	227	36	188	3
		100.0	15.9	82.8	1.3
	スの他	63	12	51	0
	その他	100.0	19.0	81.0	0.0



# 17) 他科転床の理由

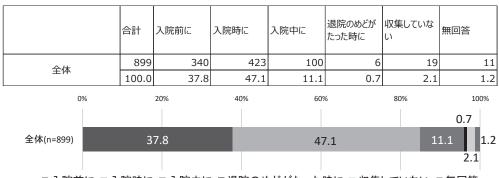


	合計	他の疾 患治療 目的	リハビリ 目的	1,1525 <del>272</del> 1—1	いずれも あてはま らない	無回答
全体	148	28	41	47	35	5
土14	100.0	18.9	27.7	31.8	23.6	3.4

		合計	他の疾 患治療 目的	リハビリ 目的	療養目的	いずれも あてはま らない	無回答
	自宅	41	7	16	7	10	1
	日七	100.0	17.1	39.0	17.1	24.4	2.4
	施設	55	8	16	21	12	2
  退院後の居場所		100.0	14.5	29.1	38.2	21.8	3.6
	\=!\=	36	10	4	12	11	1
	病院	100.0	27.8	11.1	33.3	30.6	2.8
	その他	12	2	3	5	2	1
	CONB	100.0	16.7	25.0	41.7	16.7	8.3

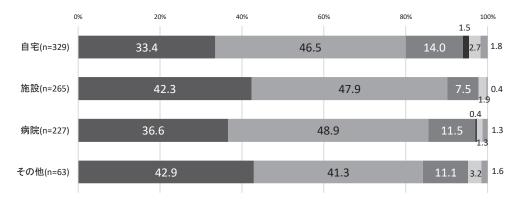
## 18) 情報の収集状況(要介護認定の有無、介護保険の申請状況)

・ 調査対象となった認知症患者の入院に際して、要介護認定の有無、介護保険の申請 状況の情報を収集した病院は、96.7%である。



■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答

		合計	入院前に	入院時に	入院中に		収集していな い	無回答
	自宅	329	110	153	46	5	9	6
	日七	100.0	33.4	46.5	14.0	1.5	2.7	1.8
	施設	265	112	127	20	0	5	1
退院後の居場所		100.0	42.3	47.9	7.5	0.0	1.9	0.4
这所後の占物门	病院	227	83	111	26	1	3	3
	게시간	100.0	36.6	48.9	11.5	0.4	1.3	1.3
	その他	63	27	26	7	0	2	1
	COME	100.0	42.9	41.3	11.1	0.0	3.2	1.6



■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答

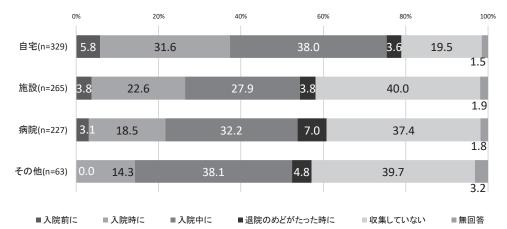
## 19) 情報の収集状況(退院後の生活に関する患者の希望を患者本人から)

- ・ 調査対象となった認知症患者の入院に際して、退院後の生活に関する患者の希望を 患者本人から収集した病院は、66.4%である。
- ・ 退院後の居場所が自宅群は、患者本人からの収集が 79.0%で、施設群 (58.1%) や 病院群 (60.8%) と比較すると、割合が高い。



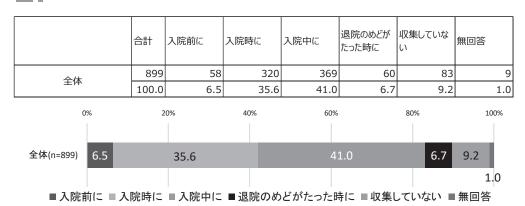


		合計	入院前に	入院時に	入院中に		収集していない	無回答
	自宅	329	19	104	125	12	64	5
	日七	100.0	5.8	31.6	38.0	3.6	19.5	1.5
	施設	265	10	60	74	10	106	5
退院後の居場所		100.0	3.8	22.6	27.9	3.8	40.0	1.9
这所投切占物门	病院	227	7	42	73	16	85	4
	7四元	100.0	3.1	18.5	32.2	7.0	37.4	1.8
	その他	63	0	9	24	3	25	2
	CONB	100.0	0.0	14.3	38.1	4.8	39.7	3.2

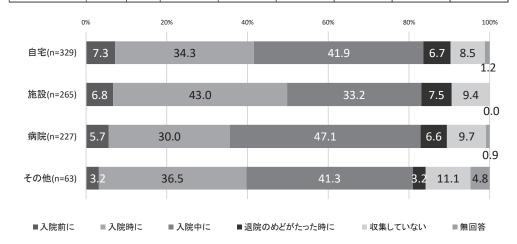


## 20) 情報の収集状況(退院後の生活に関する患者の希望を他の人から)

・ 調査対象となった認知症患者の入院に際して、退院後の生活に関する患者の希望を 他の人から収集した病院は、89.8%である。

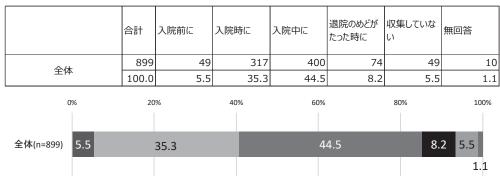






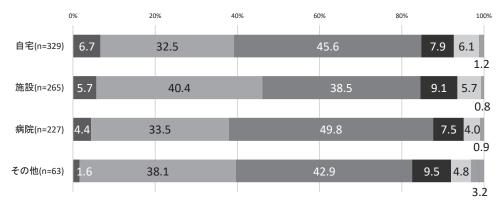
# 21) 情報の収集状況(退院後の生活に関する家族の希望)

・ 調査対象となった認知症患者の入院に際して、退院後の生活に関する家族の希望を 収集した病院は、93.5%である。



■入院前に■入院時に■入院中に■退院のめどがたった時に■収集していない■無回答

		合計	入院前に	入院時に	入院中に		収集していない	無回答
	自宅	329	22	107	150	26	20	4
	日七	100.0	6.7	32.5	45.6	7.9	6.1	1.2
	施設	265	15	107	102	24	15	2
退院後の居場所		100.0	5.7	40.4	38.5	9.1	5.7	0.8
这所後0万分	病院	227	10	76	113	17	9	2
	炯沉	100.0	4.4	33.5	49.8	7.5	4.0	0.9
	その他	63	1	24	27	6	3	2
	この他	100.0	1.6	38.1	42.9	9.5	4.8	3.2



■入院前に ■入院時に ■入院中に ■退院のめどがたった時に ■収集していない ■無回答

# 22) 退院調整について話した専門職

・ 調査対象となった認知症患者の退院調整について話した専門職は、入院先の主治医が 69.2%で高く、次いで入院先のその他看護師が 52.1%と高い割合である。

	1	合計	[入院先] 主治医		[入院先] 退院調整 看護師	[人院元] その他の 看護師	「大院先」 リハビリ専 門職 (PT、 OT、		[退院先] 医師	[退院先] 看護師 (訪問看 護師含 む)	[VENDO)	[退院先]介護サービス提供者(ヘルパーや訪問・通所介護含む)	[退院先] 市役所・ 保健所職 員	[退院先] その他	無回答
全体		899	622	70	398	468	195	329	70	144	386	171	23	248	36
	100.0	69.2	7.8	44.3	52.1	21.7	36.6	7.8	16.0	42.9	19.0	2.6	27.6	4.0	

		合計	[入院先] 主治医	[入院先] 主治医以 外の医師	[入院先] 退院調整 看護師	[人院先] その他の 看護師	「入院元」 リハビリ専 門職 (PT、 OT、	[入院先] その他	[退院先] 医師		[退院先] ケアマネ ジャー	[退院先]介 護サービス提 供者(ヘル パーや訪問・ 通所介護含 む)	[退院先] 市役所・ 保健所職 員	[退院先] その他	無回答
	自宅	329	226	28	148	163	68	97	28	51	163	52	12	30	26
	8-5	100.0	68.7	8.5	45.0	49.5	20.7	29.5	8.5	15.5	49.5	15.8	3.6	9.1	7.9
	施設	265	179	14	106	151	53	107	17	48	123	90	2	78	2
退院後の	川巴市文	100.0	67.5	5.3	40.0	57.0	20.0	40.4	6.4	18.1	46.4	34.0	0.8	29.4	0.8
居場所	病院	227	161	23	106	107	54	99	21	34	61	12	6	112	4
	71/31/75	100.0	70.9	10.1	46.7	47.1	23.8	43.6	9.3	15.0	26.9	5.3	2.6	49.3	1.8
	その他	63	50	5	31	39	18	22	3	9	31	11	3	24	1
	COME	100.0	79.4	7.9	49.2	61.9	28.6	34.9	4.8	14.3	49.2	17.5	4.8	38.1	1.6

## 23) 入院時点での認知症退院者のキーパーソン

・ 調査対象となった認知症患者の入院時のキーパーソンは、家族(同居家族+別居家族)が96.3%である。



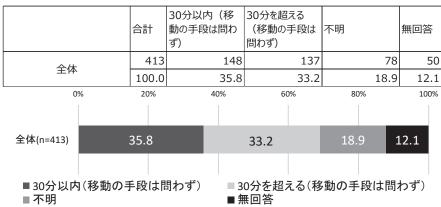
## 24) 退院時点での認知症退院者のキーパーソン

・ 調査対象となった認知症患者の退院時のキーパーソンは、家族(同居家族+別居家族)が95.1%である。

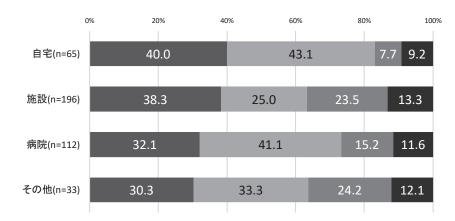


## 25) 退院後の居場所とキーパーソンの居場所の移動時間

・ 調査対象となった認知症患者のうち、退院後の居場所とキーパーソンの居場所の移動時間が、30分以内の割合が35.8%、30分を超える割合が33.2%である。



		合計	30分以内(移動の手段は問わず)	30分を超える (移動の手段は問わず)	不明	無回答
	自宅	65	26	28	5	6
		100.0	40.0	43.1	7.7	9.2
	施設	196	75	49	46	26
退院後の居場所		100.0	38.3	25.0	23.5	13.3
医院设0/占物///	病院	112	36	46	17	13
	7/31/70	100.0	32.1	41.1	15.2	11.6
	その他	33	10	11	8	4
	その他	100.0	30.3	33.3	24.2	12.1



- ■30分以内(移動の手段は問わず)
- ■30分を超える(移動の手段は問わず)

■不明

■無回答

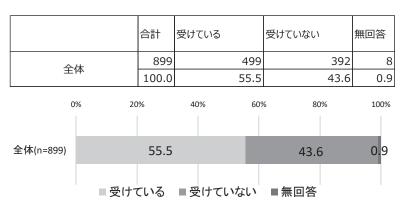
## 26) 入院時点と退院時点のキーパーソンは同じか

・ 調査対象となった認知症患者の退院時のキーパーソンは、同じ人が95.9%である。

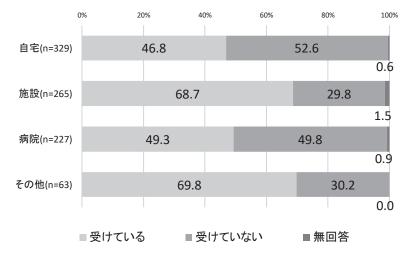


# 27) 認知症診断の受診

・ 調査対象となった認知症患者のうち、55.5%が認知症の診断を受けている。

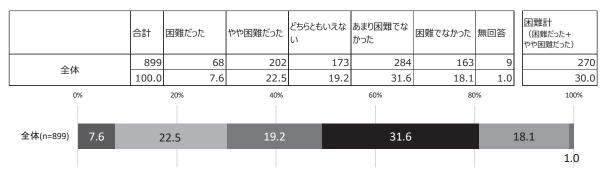


		合計	受けている	受けていない	無回答
	白字	329	154	173	2
	自宅	100.0	46.8	52.6	0.6
	施設	265	182	79	4
退院後の居場所		100.0	68.7	29.8	1.5
返院後の占場所	病院	227	112	113	2
	7/31/76	100.0	49.3	49.8	0.9
	その他	63	44	19	0
	COTIE	100.0	69.8	30.2	0.0



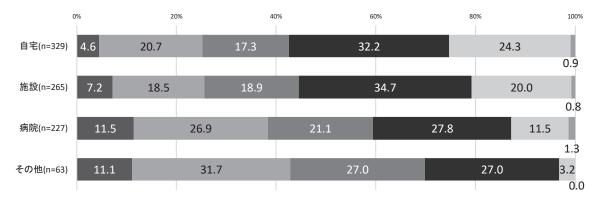
## 28) 退院調整の困難度

- ・ 調査対象となった認知症患者のうち、退院調整が困難だった割合は30.0%である。
- ・ 退院後の居場所が病院群は、困難だった割合が38.3%で、自宅群(25.2%)や施設 群(25.7%)と比較すると困難だった割合が高い。



■困難だった ■やや困難だった ■どちらともいえない ■あまり困難でなかった ■困難でなかった ■無回答

		合計	困難だった	やや困難だった	どちらともいえな い	あまり困難でな かった	困難でなかった	無回答	困難計 (困難だった+ やや困難だった)
	自宅	329	15	68	57	106	80	3	83
	日七	100.0	4.6	20.7	17.3	32.2	24.3	0.9	25.2
	施設	265	19	49	50	92	53	2	68
退院後の居場所		100.0	7.2	18.5	18.9	34.7	20.0	0.8	25.7
这所接0/占物//I	病院	227	26	61	48	63	26	3	87
	714117元	100.0	11.5	26.9	21.1	27.8	11.5	1.3	38.3
	その他	63	7	20	17	17	2	0	27
		100.0	11.1	31.7	27.0	27.0	3.2	0.0	42.9



■困難だった ■ やや困難だった ■ どちらともいえない ■ あまり困難でなかった ■ 困難でなかった ■ 無回答

IV. 認知症高齢者の退院支援 取り組み事例に関する訪問調査

#### 1. 地域包括ケア病棟対象の訪問調査

### 1) 概要

日本における認知症の人の退院支援の実態に関する情報収集として、地域包括ケア病棟が 実施している退院支援の取り組みについて、インタビュー調査を行った。地域包括ケア病棟 は、退院を目的とした病棟だからこそできる実践があり、その実践から、認知症の人の急性 期治療における対応の示唆が得られると考える。

- (1) 急性期治療が終了し、退院して生活者に戻る過程に必要な支援を提供するために、 様々なニーズに対応する
  - 患者の意向を優先しつつ、家族の意向も聞く。医療者も含めて、認識のずれが生じるのは当然という意識で、調整している。時間をかけて、現実的な解決を探る。
  - 急性期病院では、院内からの紹介患者が多く、地域からのレスパイトケアを目的と した入院病床確保は困難な状況がある。

#### (2) 入棟時から退院に向けて目標設定する

- 初対面から退院支援が始まる。情報収集は、急性期病棟から始まる。
- 短期的な目標設定を行うことで、チーム内の意識を退院に向けて統一できる。
- チーム内の多職種で、目標を共有するためには、担当スタッフの思い込みでなく、 その目標を設定した根拠としての患者や家族の言葉が必要である。認知症がある患 者でも、本人がどうしたいのか、に焦点を当てる。
- 本人が自宅で過ごしたくても、家族の受け入れが難しい場合、病棟スタッフに調整 を任せきりにせずに、本人と家族が直面する機会を作る。

#### (3) 退院後の生活を想定したケアを提供する

- 元々住んでいた場所に復帰することを前提とする。
- 入院中の環境を、普段の生活に近づけるため、時計、コップなど普段使用している ものを持ち込んでもらう、家族の写真を飾ってもらうなど、患者の個人的な空間づ くりをしている。
- 日中は、デイルームで過ごして離床時間を確保し、ベッドに介助バーを設置して立 位時間を確保する。寝たきりの人には、ケアの場面で話しかけ、コミュニケーショ ンをとる時間を確保する。
- 自宅環境(間取り、階段の段数、玄関の上がりまちの高さ、浴槽の高さ、ベッドの 有無、自室の階など)に合わせた機能訓練計画を立てる。退院前訪問をして、退院 後の生活についての本人や家族の不安に合わせて、ケア計画を立てる。
- 身体拘束の解除、薬剤処方を見直す

#### (4) 看護スタッフの教育

● 地域包括ケア病棟の看護の専門性を理解できず、退職したり、異動希望を出すスタッフもいる。現在、急性期病棟でも退院支援が求められ、地域包括ケア病棟における看護は、看護の中でも専門性の高いものであることを理解してもらっている。一方、PT や OT などと異なり、地域包括ケア病棟の看護職は、患者の状態把握や医療的技術に関する急性期看護の専門性も期待されている。急性期看護と地域ケアの両

- 方の専門性が求められ、若いスタッフにとっては、難しい職場でもある。
- 単に自宅復帰を目指すという単純な目標設定ではなく、認知症患者も、家族も安心して生活できる環境を探索する過程では、調整は困難であり、経験が求められる。 教育、多職種間の連携、異なる立場からの情報収集が不可欠であり、管理者には、 スタッフの相談にのれる体制づくりが求められる。
- 退院後訪問を行い、病棟でのケアが自宅生活に与える影響を確認する。フィードバックを得ることが、スタッフの学びになる。

## (5) 人生の最期に向けた生活の意向の確認

- 急性期病院から退院する時点では、現状の目標達成に集中しており、それ以降の話をする余裕はない。病院スタッフが対応できなくても、病院内で自由に手に取れる読み物コーナーなどを作って、意識を持ってもらうことはできるかもしれない。
- 何度も繰り返し入院する患者は、その後の状態変化を含めて、人生の最期にどうしたいかという話をすることができる。自宅で受けられるサービスを説明することで、 躊躇していた家族も意向が変わる場合がある。

## 【インタビュー対象病院】

A病院(東京都) 一般病床 520 床、精神病床 30 床、地域包括ケア病棟

B 病院(福岡県) 一般病床 145 床(回復期リハビリテーション病棟 95 床、地域包括ケア 病棟 50 床)

C 病院(福岡県)一般病床 411 床 (急性期病床 246 床、回復期リハビリテーション病棟111 床、地域包括ケア病棟 54 床)、療養病棟 55 床

D病院(神奈川県)一般病床 223 床、地域包括ケア病棟 31 床

E病院(東京都) 一般病床 303 床、地域包括ケア病棟 44 床

#### 2) インタビュー結果詳細

【A病院(東京都)】 一般病床 520 床、精神病床 30 床、地域包括ケア病棟

(1) 認知症の入院患者にとって、地域包括ケア病棟を使うことの意義

#### ■地域包括ケア病棟の概要

平成28年10月に地域包括ケア病棟が設置された。急性期治療後の退院支援を行う。 リハビリテーション科・整形科病棟から地域包括ケア病棟に移行したため、スタッフは リハビリテーションに対する意識が高い。患者の大多数は高齢者であるため、入院を機 にADLが低下するケースが多い。ADLを入院以前の状態まで回復させるのは困難である が、自宅で生活できるレベルまで(3~5m歩けてトイレに移動できるなど)回復させら れるよう、リハビリテーションに力を入れている。

介護申請については、急性期病棟で済ませているので、ADLの回復状況を見ながら、 どのようなサービスが受けられるかを調整している。

在宅医療連携病床も4床あり、地域の依頼を受けて患者を受け入れている。患者家族のレスパイトや、在宅で受けるのが困難な検査、歯の治療などを目的とするケースがある。

#### ■他の病院と異なる点

急性期病棟から転棟する患者を中心に受入れている。地域からショートステイの役割 も求められているが、病院内の患者受け入れを優先させるため、地域からの受け入れの ために病床を空けておくことは難しい。

急性期病院として、平均在院日数は常に念頭に置く必要がある。地域包括ケア病棟は、在院日数が長い患者の「転院待ち」として使われることも多い。病院の医事課や戦略室から地域包括ケア病棟に対して週1回、在院日数が長く、かつ各病棟にて地域包括ケア病棟に移動可能と判断された患者のリストが送付されてくるので、在宅復帰率(施設基準7割)を確認しつつ、医師と相談しながら、転院先を探す長期入院患者を受け入れている。

地域包括ケア病棟での平均在棟日数は、季節にもよるが、3週間以内である。外部の 地域包括ケア施設に転院するケースもあり、足し合わせて60日以内に収める必要がある ので、2週間を目途に退院・転院してもらうことを想定している。

季節的に穏やかで入院患者が少ない時期は、地域で困っている患者の受入れも重要という観点から、医師が外来診察時に地域包括ケア病棟への入院の検討を行っている。地域サービスの調整を目的とした入院、ポリファーマシーで薬剤調整が必要なケースなどがある。

自宅に戻るための支援として、訓練室でのリハビリテーションだけでなく、病棟内リハビリテーション (ベッドサイドでの移譲訓練、立位訓練など) にも理学療法士を中心として力を入れている。土日も含め、看護師が病棟内で一緒に歩いたり、階段昇降を行ったりしている。

自宅での生活を想定したリハビリテーションを行うために、入院時に収集した情報に加え、在宅支援看護師から詳しく自宅環境(間取り、階段の段数、玄関の上がりまちの

高さ、お風呂が跨げるか、ベッドの有無等)を聞き取りし、それに見合ったメニューを 検討して組み入れている。

#### (2) 入院患者の日中の過ごし方

認知症患者が入棟した場合は、できる限り寝たきり状態にしないよう、車椅子でスタッフステーションに連れ出したり、昼ご飯をデイルームで取るように働きかけている。 ADL を上げるためにベッドに介助バーをつけるなどして、立位訓練にも力を入れている。

また、家族からは抑制を外して欲しいと望む声が多く、自宅復帰後の抑制ができないことを念頭に置いて、抑制をできる限り外すよう工夫している。患者の部屋をスタッフステーション近くに移動したり、ベッドの配置場所の工夫や、3点柵にして患者がベッドから降りる位置の想定範囲を狭めて、センサーで対応できるようにしている。個室の場合は自分で降りられる箇所にソファーを置くなどして、けがをしないよう工夫している。

バルーンカテーテルや点滴などのルート類は、転入前の病棟で検討した上で継続されていることが多く、積極的に外すことは行っていない。ただ、バルーンカテーテルについては排泄日誌、経管栄養については言語聴覚士が嚥下の状況を見て調整するなど、外せる可能性は検討している。

### (3) 退院後の生活や人生の最期についての本人の意思の確認

#### ■目標設定

地域包括ケア病棟に転入した時点で、転院か、施設入所か、自宅復帰かの方針は決まっている中で、個別目標を確認している。

退院にあたっての ADL の目標、薬の管理の目標(自己管理の可能性や介助者の有無の確認、多剤服用のケースでは量・種類・回数を再度主治医に確認し、一包化・カレンダーの使用・1 日分ずつのセット化などを検討)、サービス調整、家族の介護習得度の目標を確認する。転院以外のケースでは、家族にどのような状況になったら自宅復帰可能かを確認している。

独居の患者の場合は、転入時にケアマネジャー等地域関係者とも相談している。入院 時に介護申請を行い、認定が下りるまでに時間を要すケースでは、地域包括ケアセンタ ーと連携を取っている。

#### ■本人の意思の確認

心臓外科の患者等、特に不安が強い患者は、退院前に試験外出して、できること、できないことの確認を行うことがある。週1回の退院支援カンファレンスにて、退院支援の進捗状況をスタッフ間で情報共有し、その際、試験外泊、試験外出の相談をしている。

終末期について事前に患者や家族と話すチャンスはなかなか無い。本人や家族が人生 の最期について常日頃から考えていくきっかけとなるよう、書籍や冊子を病院内に置く ことを検討中である。患者や家族の目に触れて、ACP について考えてみたいとリクエストがあった時に、スタッフが戸惑うことなく温かく受け止め、考える際の支援(胃ろうの設置について説明するなど)ができるよう、態勢を整えていきたいと考えている。

### ■退院後の生活の確認

患者が自宅に戻ってからの状況は、ほとんど確認できていない。退院支援看護師による情報に加えて、入院時から患者や家族に踏み込んだ聞き取りを行い、退院前訪問も増やしていくのが理想的だと考えている。

#### (4) 家族との関わり方

#### ■家族の意思決定支援

家族の意思決定の過程には、主に受持ち看護師、主治医、ソーシャルワーカー、在宅支援看護師が退院支援チームとして関わり、日々のカンファレンスでもスタッフ全員に情報共有している。地域関係者がいる場合には、退院前合同カンファレンスで話し合うようにしている。

様々な家族のニーズに対してどのように応えていくかが課題。特に、在宅復帰が厳しいと見込まれる患者について、家族が在宅復帰を望んでいる場合の調整が難しい。医師からの病状説明等を通して家族にも気持ちの変化が出てくるのを待ったり、倫理委員会で話し合ったりしながら、試行錯誤している状況。

<例>吸引すればご飯を食べられる患者。家族は当初から吸引も点滴も嫌だと主張。吸引(4回/日)のみサポートする地域サービスはほぼ無い。24時間看護師がいる施設や吸引ができる施設への転院も費用がかさむなどの理由で渋っている。本人は意思を伝えられない。今後同じようなケースが増加していくと見ている。

#### ■在宅復帰後の介護方法の指導

在宅支援看護師と連携して、経管栄養の手技や、吸引の方法などを指導している。

#### (5) その他

## ■病棟スタッフについて

若い看護師が多い。異動の多い春先に勉強会を行い、地域包括ケア病棟とは何か、医療ソーシャルワーカーはどのような関わり方をしているか、書類の進め方、地域関係者との連携方法(連携する前に必ず本人・家族の確認を取ること)などを指導している。

地域包括ケア病棟には高齢者看護が詰まっていると話すスタッフもいる一方で、入職間もないスタッフの中には、急性期のことが勉強できないと不満を漏らすメンバーもいる。看護師長としては、患者が急性期病棟でも退院支援が求められている時代であり、地域包括ケア病棟で学んだ内容は急性期病棟でも活かせると指導している。

一方、地域包括ケア病棟の看護には、急性期のアセスメントや技術もまた必要である。急性期の病棟経験がないと、急性期看護の考え方が弱く、ADL 向上のみに焦点が当

たりやすくなる。急性期病院に入院した理由はあくまでも疾病治療であり、その後の療養生活を整える役割であることを理解した上で、再度悪化しないよう、退院後の生活の継続を考える視点も退院支援には重要だと指導している。

【 B病院(福岡県)】 一般病床 145 床(回復期リハビリテーション病棟 95 床、地域包括ケア病棟 50 床)

## (1) 認知症の入院患者にとって、地域包括ケア病棟を使うことの意義

#### ■地域包括ケア病棟の概要

地域包括ケア病棟には、回復期リハビリテーション病棟対象外となる患者が入院している。50 床の内、実質 40 床ほどが稼働している状態である。昨年の7月までは一般病棟と地域包括ケア病棟が混合している病棟編成であったため、一般病棟の役割が残っている状況である。

入院対象となるのは、本院をかかりつけとしている患者、近辺の病院からの紹介、レスパイトを目的とするケースなどである。治療が必要な患者も、リハビリテーションを主な目的とする患者も入院するため、総合診療科のような病棟と言える。主病名以外の病気を持っている患者や、状態が不安定な患者もおり、可能な限り各患者に適した治療を施している。地域のバックベッド的な役割を求められているものの、病床コントロールには苦慮しており、レスパイト入院のためのベッド確保は難しくなっている。

認知症患者の認知症レベルは、1レベルが3-4割、高度が6-7割程度である。重度の認知症の患者は、病棟に少ないときで26%、多いときで55%程度であり、問題行動のある患者もいる。

スタッフが一人で考えて退院支援を行うことは難しいため、看護師、コメディカルス タッフを含めたチームカンファレンスで修正している。日勤帯では、パートナー制で対 応しているため、相談しながらケアをしている。

地域包括ケア病棟は、患者:看護師の人数は13:1 で基準を満たせるが、10:1 の人数 比を維持しているので手厚い看護ができている。看護補助者加算もとっており、補助者 も確保できている。介護福祉士も4名いる。

#### ■病院・病棟の認知症患者に対するケア

病院全体で認知症のケアを考えている。ベッド周りをその患者の普段の環境に近付けるため、入院前に使用していた、時計、家族の写真やコップなど馴染みの物を持ってきてもらえるよう、入院時のリーフレットで案内している。そろばんを使用していた患者にはそろばんを使ったプランを立案するなどしている。環境を整えることで看護師にも患者にも良い効果がある。看護師は、目線を患者に合わせるなど、看護の質が変わってきており、家族の中には自分達にできることがあることに喜びを感じている人もいる。

看護スタッフの教育としては、今年よりユマニチュードを毎日院内の教育に取り入れ、院内で約80名が認定の研修を受けている。院内オリジナルの院内認定者には、バッチを授与している。研修の効果としては、患者の反応が良くなり、患者との関係性が良くなった結果、患者に対してのやりがいを感じられるようになったケースがある。

認知症の診断が下りていない場合には、症状が認知症からくるものなのか、せん妄からくるものなのか、病的なものなのかを考える必要があり、元々の患者の性格によってはユマニチュードがうまくいかないこともある。ユマニチュードのみが認知症ケアではないため、うまくいかなければ、週に1度のカンファレンスを実施し、家族の協力も仰ぎつつ、異なる方向からアプローチしている。

## ■地域包括ケア病棟における退院支援

医療面、看護面、介護面について調整しながら、患者・家族の意向に沿うように全患者に退院支援を実施している。病院と地域の中間施設的な役割を果たしている。在宅復帰するケースが多数を占め、退院先は自宅のケース、施設のケース共にある。60日間で退院を支援するのは困難であるものの、やりがいもあるという医療スタッフの声が聞かれている。

ADL が確立していなくても自宅に復帰できているのは、退院支援看護師が多くの社会 資源などを活用してサポートしているためである。本人、家族の強みを考え、引出しを たくさん出すという作業を行っている。

医療者、本人、家族の間の認識のズレは必ずあるということを前提として、入院時からズレを修正していけるように調整して退院支援をスタートさせている。医療スタッフの間にも退院先の予測イメージが異なるなどのズレは生じるが、第三者を混じえ、患者とその意向を中心に据えた話し合いを行うことでズレを埋めていくよう努めている。

平成24年からソーシャルワーカーを中心に退院支援の研修を実施している。1年間毎に各病棟の看護師や介護士などから研修対象者を選んでいる。実際の患者の事例を元にワークを行い、患者の自宅訪問などの実習を行い、実習後に症例発表をしている。以前は、退院支援を嫌って辞職する看護師も多かったが、病院全体に退院支援の考えが浸透してきている。

退院支援については、退院支援看護師よりも病棟スタッフの看護師がアドバイスする 方が望ましいとの認識の元、日勤では、必ず1名は退院支援研修受講済みのスタッフを 配置している。

## (2) 入院患者の日中の過ごし方

具体的な看護としては、それぞれの患者の状況にあわせ、リハビリテーション+歩行訓練などのケアプランを立案している。ベッドから離れる時間を確保できるようプラン作成しているが、車いすに乗車したままスタッフステーションに居続けるような形を避けるべく、離床のみとせず、本人の状態に合わせてできる限り他のメニューを組み合わせている。

プライマリー制を取っており、その日にその患者の状況に応じて看護師が1日のスケジュールを考え、看護計画の中に組入れ実施している。現在の状況も考慮しているが、入院前の生活や生活リズムも取り入れた計画を立案している。看護計画は、ベッドサイドに貼って1日の計画が分かるようにしている。

#### (3) 退院後の生活や人生の最期についての本人の意思の確認

最期をどうするかということは、必ず本人か家族に確認している。日頃のコミュニケーションの中で聞いていく。患者本人が自分で理解できる場合は今の状況を説明し、難しい場合は家族に説明する。年に2、3人は説明しているが、最近増加傾向にある。転院前の病院のサマリーに書いてあることが多く、在宅のケースでは必ず記載があるが、状況が変わると患者や家族の意向にも変化が現れてくるので、再度確認するようにしている。患者の望む場所が、望む医療を提供できるとは限らないので、丁寧に説明をしている。

本人と家族の意向が違う時には本人の意向を優先している。介護施設では受けられず、自宅では受けられるサービスなどの説明を詳しく行っている。医療者側の考えもあるが、基本は元々住んでいた場所に復帰できるようにしている。いかに状況が厳しくても自宅に帰りたいという患者に対しては支援をしている。

< 例>患者は終末期で認知症もあるが、娘がかなり遠方にいる。患者は自宅に帰りたいと言っているが、医療者は無理ではないかと考えており、自宅でも施設でも過ごせるような退院調整を実施してきた。その結果、自宅復帰となる見込みである。多くの社会資源を活用しながら在宅への支援をしている。

## (4) 家族との関わり方

患者本人同様に苦しんでいる家族も多い。帰る先については、患者の意向が優先されるが、家族の意向も聞いていく。本人、家族の意向から選択肢を少しずつ絞っていく調整をしている。初対面から退院調整は始まるので、60日間で退院調整ができるように、スケジュールを本人、家族、施設等と共に考えて、話し合いをしている。

元々の場所に帰れないときは、なぜ帰れないのかという理由を説明し、できることに 目を向けつつ、できないことも自覚し受け止められるよう、自立支援を行っている。 【C病院(福岡県)】 一般病床 411 床(急性期病床 246 床、回復期リハビリテーション病棟 111 床、地域包括ケア病棟 54 床)、療養病棟 55 床

## (1) 認知症の入院患者にとって、地域包括ケア病棟を使うことの意義

#### ■地域包括ケア病棟の概要

回復期病棟の対象疾患が決められているため、回復期病棟の入院対象から除外された疾患の患者が地域包括ケア病棟に入院している。対象疾患を限定することなく、様々な疾患の患者を受け入れている。毎月50名程の患者が入退院をしているが、約2割から3割ほどが比較的軽症な認知症の患者である。リハビリテーション目的で療養病棟から転入する患者や、誤嚥性肺炎などの治療目的で急性期病棟から転入する患者もいる。ベッド調整も行っており、一時入院もある。

入院前から患者への支援は始めており、医師より入院の申し込みがあった時点で、回復期病棟に入院するのか、地域包括病棟に入院するのかを、医師、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士などで会議を実施して決定している。会議は患者に合った病棟を選択するのに大変有効である。

入院から1ヶ月後までに退院の設定をしている。退院期限が迫ってからでは十分な退院支援ができないため、入院時から退院支援をしており、結果60日間以内に退院または転院できている。平均在院日数は30日であり、自宅転帰をしている患者は約6割~7割である。

病棟課長の立場としては、看護師がモチベーションを保って働き続けられることを常に念頭に置いており、地域包括ケア病棟では様々な疾患や認知症のケアを学べることを伝えると共に、ターミナルを迎えるケースがあっても納得がいくよう指導している。

#### ■病院・病棟の認知症患者に対するケア

病院全体としてユマニチュードを 3、4 年前より導入している。病院全体、法人全体で取り組んでおり、法人のビジョンでもある。病院の BSC という目標管理の中に、認知症のケア技術としてのユマニチュードを掲げ、看護師のみでなく他の専門職も取り組んでいる。病院のビジョンに基づき、各病棟が目標を設定し、それを受けて個人個人が目標を設定していることが病院の強みになっていると考えている。

数値として目に見えて職員や患者の変化がはっきりわかる訳ではないが、認知症の患者に対して、同調するなどのスキルを学んだことで、スタッフも患者もストレスを感じにくくなったようである。

このユマニチュードは、病院独自のものであり、病院内の委員会で作成されている。 導入当初は、4つの視点「見る」、「触れる」、「話す」、「立つ」を大切にしていく ことから始めた。一例として「見る」は目線を患者と同じ高さに合わせる、など、簡単 なことから意識するよう促している。

朝の朝礼唱和でもユマニチュードの1つのポイントを全員で言ってから仕事を始めるようにしている。働き方改革により朝の唱和内容の取捨選択が迫られる中でもユマニチュードの唱和は大切にされ、残ってきている。

導入後1、2年経ち、4つの視点が定着したので、次のステップに進み、5つのステップ「出会いの準備」「ケアの準備」「知覚の連結」「感情の固定」「再会の約束」を決めている。

認知症の研修会などにも参加し、勉強会も開いている。学びの勉強会も開催していることで、学びが広がっていると認識している。学習した者が指導者になり、未学習のスタッフに教えている。

## ■地域包括ケア病棟における退院支援

退院支援については、目標を設定することが大切であり、できる限り早い段階で個別の退院許可条件や目標を確認し、リハビリテーションの目標などを設定し、共有している。

入院時に自宅、施設など退院先をどのように考えているのか、どのようなことを目標として入院し、何を目途とするのかなどについて医師の考えを書いてもらい、他職種で共有している。

### (2) 入院患者の日中の過ごし方

日中の患者には、院内デイサービスを行っている。急性期病棟を含め、各病棟から毎日患者1名ずつの合計約10名~12名を対象として選び、回復期療養病棟にて実施している。看護師2名で対応し、季節に合ったプランを立てて1日1回昼前にレクリエーションを実施している。

対象となるのは、夜間不穏や昼夜逆転の症状が出ている認知症患者が多く、且つ移動しやすい患者が優先となるが、リクライニング車椅子で検査やリハビリテーションに移動する際などにその患者がデイサービスを受けることができる状況かを判断して、参加を促す場合もある。患者の離床目的として院内デイサービスを利用していることも多い。退院後の生活を意識して実施している。

また、認知症があるものの、ADL は高い患者の場合は徘徊しているケースがある。身体能力はあるが認識が低い患者に対しては、院内デイサービスだけではなく、病棟でも日中に体を動かすなど看護師が積極的に関わるようにしている。

## (3) 退院後の生活や人生の最期についての本人の意思確認

退院先について、必ず患者本人と家族の意思を確認するようにしている。しっかりと考える時間も用意している。認知症のある患者であっても必ず本人がどうしたいのかを確認している。「自宅に帰りたいのでしょう」などと患者や家族の気持ちを決めつけないようにしている。

家に帰すことが大事なのではなく、「患者は何と言っているか、家族は何と言っているか、他職種は何と言っているか、そこであなたはどう考えるか」を必ずスタッフにも確認するようにしている。スタッフの考えは大切にしていて、考えを発言するよう促している。

後見人を立てるのが非常に難しい患者については、回復期病棟や回復期の病院・施設への転院もある。

<例>在宅から腰椎穿刺目的で検査に来ていた患者が、たまたま癌が見つかり、外科で地域包括病棟に入院となっていた。余命1か月という宣告を受け、自宅に帰るかを確認したところ、高齢の夫婦であり、妻の生活もあるため病院で過ごしたいとの要望が返ってきた。地域包括病棟で緩和ケアの認定看護師などとともに、終末期看護を密に実施することができた。

#### (4) 家族との関わり方

入院後すぐに患者本人と同時に、家族の意向も確認している。患者本人の意向がまず優先されるが、家族がその意思に同意するときもあれば、そうでないときもある。患者本人が自宅転帰を希望していて家族が迷っているケースは、自宅転帰の方法を探りつつ、同時に施設も探すという方法を取っている。自宅で生活するイメージができない家族も多いため、イメージできるように家族の支援をしている。

軽度の認知症であれば、家族が自宅転帰を希望するケースが多く、患者本人が自宅に帰りたいと望む場合は約6割~7割が自宅に帰っている。認知症があってもADLが確立していれば自宅に帰るケースが多い。家族が日中仕事をしている場合は、デイサービスや訪問サービスなどの利用を勧めている。

退院には、家族との調整、在宅支援に対する調整、施設との調整など多くの調整に時間が掛かる。ゴール設定をし、自宅復帰の見通しが立った時点で家族に伝え、準備をしてもらっている。

## 【D病院(神奈川県)】 一般病床 223 床、地域包括ケア病棟 31 床

## (1) 認知症の入院患者にとって、地域包括ケア病棟を使うことの意義

#### ■地域包括ケア病棟の概要

急性期治療を終えた患者が自宅に帰るまでの期間に「患者」から「生活者」に戻るまでの移行期間を支援している病棟である。

病棟開設直後は、ベッド上に寝たきりの状態の患者が多く、本来の設置目的が分からなくなるような混乱した期間があった。看護師の業務には、療養上の世話と、診療の補助という2つの大きな柱があるが、地域包括ケア病棟は前者が主な業務になる。看護師長は、高齢患者の生活支援を行っていく上で「人間の尊厳とは?」という問いに立ち返り、看護スタッフと「看護者の倫理綱領」の読み合わせをしたり、患者がベッドから離れ患者同士が集まって食事がとれる場所としてデイルームを設置した。デイルームで回復する患者の変化を目撃したことにより、看護スタッフに意識や行動の転換が起こったと振り返る。現在は、看護師長主導ではなく、認知症ケア専門士や研修を受けたスタッフが中心となって、離床をはじめとする回復支援を積極的に行っている。さらに、デイルームは、離床と会食の目的を果たすことに加え、患者の情報収集の場としても重要な役割を果たしている。

#### ■他の病院と異なる点

病床数が少ないため、チームナーシングのように患者を2つ以上のグループに分けることを行っていない。なぜならば、全ての看護スタッフが31人の患者を全て把握することにより、訪問看護師・ソーシャルワーカー・地域のケアマネジャーなど病棟外の関係者に対し、誰もがいつでも患者の様子を説明できる利点があるからである。

受け持ち看護師は、イニシアチブを取ってケアの方向性を決めていく役割ではなく、どちらかというと退院時のサマリー作成の責任者としての意味合いが強い。ケアの方向性は、スタッフ全員がディスカッションしながら決めていく。「暗黙の了解はない。」という前提に立ち、患者に対してもスタッフ同士もコミュニケーションを徹底的に取ることを大切にしている。病棟に異動してきたスタッフの中には喋ることに抵抗感を持つ者もいるが、日々の業務を通して納得し行動に移せるようになる。そのため、ケアの目標・方向性は、主にディスカッションを通して共有している。ケアの継続性は、看護計画の充実はさることながら、電子カルテ内の患者毎の伝言メモ機能を利用することで保っている。

#### (2) 入院患者の日中の過ごし方

デイルームを最大限に活用している。夏期は最大 16 人がデイルームで食事を摂る事もあり、食事後にリハビリテーションなどの予定がない 5~6 人の患者は長居して思い思いに過ごしている。しかし、冬期はインフルエンザ予防対策のため、病院の方針としてデイルームの利用が制限されることもあり、高齢患者への理解が求められる。

ベッドサイドは患者の病状や体調に視点が向きやすく、患者の情報を入手するのが困難な環境である可能性がある。しかし、デイルームは、生活空間に近い雰囲気があり患者の情報を入手しやすい環境となっている。特別なレクリエーションやアクティビティを用意しておらず、他にやることが何もない空間にしていることも情報収集の上では功を奏していると思われる。患者が何に興味があるのかを探り、生活の中心だったこと(仕事や趣味など)について聞き取りを行い、それに近い作業を与えてみると記憶が蘇ってくることもある。そして、ケアの手掛かりが見つかることが多いようだ。

<例>BPSD の症状で体幹抑制されていた患者が、生産者として事務の仕事をしていたことを聞き取ることができた。書類を束にして整える作業を任せたところ、集中して作業が行えたと同時に、瞬く間に年齢や住所そして家族構成などを話し始め話もまとまってきた。

BPSD の軽減のためには様々な働きかけが必要と考え、現在デジタルデバイスによる感覚刺激を用いた個別プログラムを提供している。認知症の人が断片的に語る過去の生活に関する情報をよりどころにして、音楽と映像でプログラムを構成し提供する。それまで言語的な問いかけでは引き出せなかった言動が、音楽や映像で刺激されることによって現れ、看護スタッフがその人自身の新たな側面に気づくことにつながっている。今後は、このような情報を家族や退院後に生活する施設職員に提供し、個別的アクティビティやリハビリテーションプログラムに発展されればよいと考えている。

## (3) 退院後の生活や人生の最期についての本人の意思の確認

#### ■退院後の生活の確認

退院後訪問は、患者全員ではなく訪問看護師が介入する患者に対して行い、その際は、受け持ち看護師が同行訪問をしている。できる限り1回目の訪問時に同行するようにしており、サマリーによって伝達済みの患者の情報やケア方法を再度申し送りすることでケアの継続性を強化している。また、退院した患者の様子を観る事は、自らの看護の成果を確認できる機会となっている。

患者の自宅を訪問することは病院に勤める看護師にとってはハードルが高いと思っていた。そのため、同行訪問加算が付くようになった初年度は、「1年間の内に1人最低1回は同行訪問に行く。」という目標を立てた。実際に実施してみると、同行訪問を経験したスタッフは、こぞって退院後訪問に出掛けるようになり、現在では病棟に人手が足りなくなるほどである。

情報を地域に提供するに当たっては、病院の論理・価値観(薬の管理、医療機器の扱い方、今までの治療方法)を壊し、生活者の目線に合わせた形にすることが求められるが、そもそも病院の論理から外れ、退院後の生活支援を見据えたケアを行っている病棟なので、それほど苦労をしていない。

看護師として治療方法や治療過程を把握しておく必要はあるが、当病棟としては、過去よりも今そして未来を見据えることを重視している。退院時のサマリー作成の際は、薬の管理等や医師のサマリーに記載済みの情報は敢えて書かないよう指導し、患者は現在どのような状態にあり、今の課題は何でどのようなことをやっていると調子が安定するかなどを主な内容として記載するように意識付けをしている。

退院前カンファレンスは関係者全員で行っている。

## ■最期についての本人の意思の確認

患者の思いや将来認識までは聞くことができていない。認知機能や身体機能が落ちている患者に対して、入院のタイミングで聞くのは難しいと感じる。現在にフォーカスし、「今、どうしたいか?」を聞き取り、ケアプランを組み立てている。

## (4) 家族との関わり方

家族と患者の意向がくい違うときは、ケアマネジャーと念入りに打ち合わせをして、 折り合えるポイントを探っている。ケアマネジャーは地域に根付いているので、多くの 情報を持っている。

ケアマネジャーと情報共有するにあたって、価値観のズレを感じるケースもある。その場合は、病院のソーシャルワーカーも含めて何度も話し合いを重ねる。少数ではあるものの、方針が二転三転した挙句、ケアマネジャーの意向で事が進んだ結果、すぐに再入院となってしまうケースもあった。

## (1) 認知症の入院患者にとって、地域包括ケア病棟を使うことの意義

#### ■地域包括ケア病棟の概要

急性期で治療を終えた患者が自宅に帰る目的でリハビリテーションなどをしながら退院調整を行う病棟である。同病院の外科病棟の手術後の患者が転棟するパターンと、他施設の急性期治療を終えた患者がリハビリテーション目的や自宅への退院調整目的で転院してくる2パターンがある。

レスパイトの受け入れも行っている。同病院に継続通院している患者や地域のクリニックから相談を受ける。頸部損傷の患者や認知症患者の家族が休みたくなった場合や、認知症患者の家族が入院した場合などに受け入れている。

#### ■病棟における退院調整・情報収集の視点と方法

退院調整がメインとなる病棟なので、入院時から患者の帰る先を意識して患者や家族と関わっている。入院をした日に帰る先をどこにしたいのか、何を目標とするのかについて患者や家族から意識的に話を聞くようにしている。高齢で認知機能が低下している患者や、病気に罹る前までは普通に生活していたけれども入院を機にADLが落ちてしまう患者が多く、自宅に帰れるのかと心配する家族がいる一方で、全く気が付かない家族もいる。

入院して一から情報を取るのではなく、事前に情報提供書が送られてきた時点で患者は元々どのような生活をしていて、現在どのような状態なのかをアセスメントしている。認知機能が低下しているのかどうか、元々家族と同居しているのか独居なのか、キーパーソンは誰(家族、近隣住民)で患者をサポートできる態勢なのか、ケアマネジャーは決まっているのか、介護保険取得済みかどうか、などの情報を収集している。情報が不足している場合は、ソーシャルワーカーを通して、現在入院中の病院のソーシャルワーカーにコンタクトを取り、必要な情報を入手している。前もって患者の状況を把握することにより、問題点を整理し、介入方法を検討でき、その上で、入院時に家族と面談をしながら確認していくという流れができている。

要介護認定や認定区分変更については、申請し、調査し、認定が下りるまでに1ヶ月程掛かり、その間、調整が困難となるため、逆算して動くことが大切である。自宅に改修作業を加える必要があり介護保険を利用しての調整が望ましいながらも未取得のケースや、ADL表などの情報から要支援よりも要介護への区分変更が想定されるケースなどでは、より調整しやすく、安心な退院に繋げるため、介護認定調査までを入院前の施設で済ませてから入院してもらえるよう、事前に依頼している。

退院支援は、様々な方向に目を配り、情報を持っていないと、患者が本当に求めているものや、家族が希望する先に辿り着けないと考えている。自宅に戻ることをゴールとせず、先も見据えた調整を心掛けている。

#### ■退院前・退院後訪問

自宅に帰る患者の退院前・退院後訪問を行っている。自宅の写真を家族に撮影してきてもらい、転倒リスクが高そうな場所、玄関までのアプローチの長さ、段差の数、手すりの有無、玄関の上りまちの高さ、家の中がバリアフリーかどうか、各部屋の段差の有無、お風呂やトイレの状況、手すり設置可能な箇所があるかどうか、などを看護師がPTやOTと共に確認している。自宅訪問の選定基準は特に設けておらず、プライマリー(受持ち看護師)が中心となり、写真などから自宅環境の調整が進んでいないと判断される患者に対して、入院期間を見据えたリハビリテーションの伸び代などを勘案し、自宅に帰るリスクを検討した上で、訪問の提案をしている。

実際の訪問では、患者、家族と共に看護師とPTやOT、可能であれば医師も同行して動線を確認し、手すりを付けるのに相応しい位置、手すりがなくても壁伝いで歩けるのかどうか、シルバーカーを使用して自宅の中を移動できるか、などを確認、検討する。退院前訪問を通して、患者や家族の不安も聞くことができるので、より具体的な調整が実現できている。

退院前訪問を行った患者を対象に、退院後訪問1ヶ月以内を目処に退院後訪問を行っている。病院側が提案し、調整をしてきた事項に関して、調整した効果や改善が必要な点について実際の声を聞き取り、病院内に周知している。

平成30年4月~9月の半年間で退院前訪問を8件、退院後訪問を5件行っている。平成29年は退院前訪問12件、退院後訪問8件であった。

自宅訪問を嫌うケースでは、写真を見ながら、具体的なアドバイス(手すりの設置、 布団からベッドへの切り替え、生活基盤を2階から1階に移すことなどの提案)を行う ようにしている。

#### (2) 入院患者の日中の過ごし方

認知が低下している患者は、スタッフステーションに連れて行き、看護師が頻回に声を掛けたり、患者同士がぬり絵や折り紙をしながら談話できるよう、セッティングしている。午前・午後1時間弱ずつのリハビリテーション時には人と触れ合うものの、その他の時間はベッドで横になりがちになり、認知症も進んでしまうので、できる限り車椅子で離床させ、刺激を与えている。

骨折などで臥床している認知症患者に対しても、清拭をしたり、場面、場面で話し掛けて思いを聴くようにしたり、同室の患者達と歌を歌わせたり、コミュニケーションを図ったりしながら、寝たきりのままにしない工夫をしている。

家族が面会に来たときに話をしている患者も多い。デイルームの運用はできておらず、 ゲームなどのアクティビティは実施できていない。

レビーの患者は症状が激しく、自分の意に沿わないと暴力を振るったり、暴言を吐いたりするが、看護師はそれに対して立ち向かうのではなく、傾聴が大切だと指導している。 患者が怒っている理由がわからないと解決に繋がらない。スタッフが患者にして欲しいことを押し付ける形では患者は納得せず、余計に頑なになっていくので、患者本人の話をよく聴き、なぜ、今、怒っているのか、何をきっかけとしてこのような言動や行動に出ているのかをよく考えるよう指導している。スタッフも患者と接しながら学習し、成長していく。

#### (3) 退院後の生活や人生の最期についての本人の意思の確認

患者と家族の意向にギャップがあり、家族が退院後施設入所を望むケースについて特に苦慮している。患者本人の性格を考慮して当日まで伏せておいて欲しいと望む家族もいるが、何も本人に伝えないままに施設入所する形は避けたいと考えている。日中の看護の中で「一人の自宅に戻るよりもたくさん人がいる施設の方が楽しいのでは?」などと視点を変えるような声掛けをすることもある。特に自宅復帰の気持ちが強い患者に対しては、説明、説得よりも傾聴することを心掛けている。

患者本人の認知機能が下がっていると、施設入所を一度承諾したものの、翌日や次の週には忘れているということもよくある。深く多くを言わないよう心掛け、患者の性格にも留意しつつ家族と相談しながら伝え方を考えている。施設入所を嫌うあまりに荒れてしまったり、暴言が増えてしまったり、認知レベルを悪化させたり、穏やかに生活できなくなったりすることもあるため、患者の気持ちへの寄り添い方に苦慮している。

最終的には、家族から患者本人に話すことが重要だと認識しているため、家族に対して、施設や病棟スタッフに任せきりにすることなく、患者にゆっくりと説明してもらえるよう依頼している。

## (4) 家族との関わり方

仕事を持っていて日中面会に来られない家族が多く、電話連絡が主なコミュニケーション手段となってしまうケースや、週末の面会時のみ直接話ができるというケースが多い。

認知症の患者の大半は自宅に帰りたがるものの、家族は日中一人きりにさせることを心配して施設入所を望むというケースはたくさんあり、頻回に相談を受ける。患者の認知レベルや家族の生活スタイル・状況を考え合わせると施設入所の方向で進めていくことが望ましいケースも多々あり、面会のたびに家族の話を聞くなど、常にすり合わせを行っている。

チームカンファレンス、多職種カンファレンス、週一回の退院調整カンファレンスを通して、ソーシャルワーカー、PT、栄養士など多職種間で情報共有し、患者や家族の思いも聴きながら、どのような形が患者や家族にとってベストなのかを常に検討している。

家族に対して情報提供することにも努めている。「この介護認定であればここまでサービスを受けられる」、「デイサービスを利用すれば患者を日中一人きりにさせないで済む」、「ショートステイを活用することで家族の負担を軽減させられる」、「レスパイト目的での入院も可能」など具体的な提案や事例の紹介をすることで、自宅で暮らせる可能性に繋げられることもある。

## (5) その他

## ■地域包括ケア病棟の看護師長の役割

患者自身が安心して生活できる環境、家族も安心して患者を受け入れ、患者を看ることのできる環境を整えていくためには、スタッフが様々な経験を積んでいく必要があり、そのサポートをするのが看護師長や副師長の役割だと認識している。また、先輩スタッフが後輩スタッフを教育していくことも大切だと考えている。

看護師長としては、スタッフの受持ち患者のケアプランニングについて不足している 点や改善点をアドバイスできるよう、スタッフが相談しやすいスタイルを維持すること に努めている。

## 2. スコットランド及びオーストラリアの状況に関する情報収集

高齢化が進行して認知症の人が増加している状況は、諸外国も同様である。医療介護制度が異なり、単純な比較や導入はできないが、共有できる事象はあり、めざす理念は参考になる。

- 1) スコットランドにおける認知症ケアと退院支援に関する情報収集
- (1) 認知症の人の退院に対する国家戦略

急性期病院の環境を、認知症の人にとって苦痛の少ないものにする

早期退院の推進、入院の回避、極端に長い入院の回避をサポートするために、

- ・病院スタッフには、認知症に特化した訓練とスキル
- ・認知症ケア対策を担うリーダーシップ
- ・ケアの質の向上を意識すること

が必要と指摘されている。

#### (2) スコットランドの病院における認知症ケア

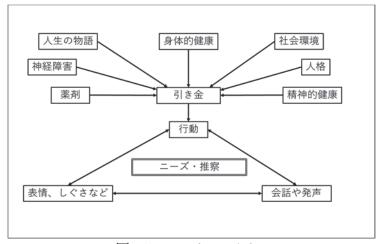
認知症専門ユニット(激しい BPSD がある人の症状緩和、入院中の認知症の人への対応)がある。認知症専門ユニットでは、日中に離床の時間を確保する。アクティビティや外出のプログラムを提供する。

急性期病院では、入院した重度認知症の人が自宅や施設に帰るのは、現状では困難である。そのため、認知症の人の治療が終了しても行き先が決まらないという問題がある。身体状態が改善し、ケアホームに行かなければならないが、その支払いが完了してない場合や、ケアホームのベッドに空きがない場合には退院できない。そのため、理学療法士や作業療法士がいる Intermediate care が始まった。

薬剤に頼らず、環境を調整する(主治医の処方を、他の専門医師が変更することが容易である)方向で対応する。

身体拘束は廃止する方向で進んでいる。転倒の可能性があっても、安全な環境を整える ことに焦点を当てている。

Newcastle Model に基づき、行動観察からアセスメントし、問題解決方法を検討している。



⊠ Newcastle Model

## (3) 急性期病院における CareAction (抜粋)

<入退院の計画と準備>

退院コーディネーターの設置

多職種チームアプローチ

<認知症の人を中心にしたアセスメントとケアプラン>

情報収集のための書式 (Getting to Know Me): もともと何をしていた人なのか、何にアイデンティティを感じているのか

あなたにとって何が重要か(What matters to me trees): 患者の好きなこと、嫌いなこと、ニーズ、目標

<ストレスと苦痛の最小化と適切な対処>

#### (4) 認知症の人にとっての入院の影響

入院を契機にさらに悪化して入院期間が長期化する

食事、清潔保持等において自立できなくなり、睡眠障害が生じる

転倒や骨折による手術の可能性が高まる

せん妄やうつ病のための処方薬が増加する

生活環境を見直すことで、一見入院が必要と考えられた状態が改善する可能性もある

#### (5) 急性期病院の救急外来スタッフに求められること

認知症の患者は、一般の患者以上に不安や苦痛を感じていることに配慮する。

心理的な混乱のために意思疎通が困難な場合があることを前提にして関わる。

慣れない環境にいることによる不安感を理解する。

予定入院の場合は、主介護者などの家族と共に慣れ親しんだ物を準備し、病院到着後は病院の環境や生活に慣れるために時間をかける。入院は心理的な衝撃があることを前提にして、病院スタッフとの新しい関係を構築する。

認知症の患者にとって、救急外来の環境は大きなストレスであることを念頭に置いて、その衝撃を緩和するための患者本人、家族、介護者とのコミュニケーションをとることが重要である。

#### (6) 退院計画

入院時から退院計画を立てる。入院時の状態から考えるのではなく、入院前の状態を 前提にして退院先を検討する。在宅介護サービス再開と共に、家庭訪問を検討する。状 態を審査するような態度ではなく、生活を把握するための機会にする。

## (7) 認知症の人とのコミュニケーション

認知症の人の意思を把握するためのコミュニケーションツールとして、talking mats が開発されている。もともと言語障害やコミュニケーション障害がある子供などを対象 に開発されたが、認知症の人とのコミュニケーションにも活用され、実践が蓄積されている。イラストが描かれたカードを使って、「したいこと」「したくないこと」を伝達する。ケアプランの内容に反映することができる。認知症の人の意思を把握するためには、認知機能の程度に合わせたツールの開発が有用である可能性がある。

## 2) オーストラリアにおける認知症ケアと退院支援に関する情報収集

### (1) 認知症の人にとっての入院することの影響

認知症の人は、入院で悪影響を受けやすい。結果的に、介護者にとっての負担を増大させることにつながるという知識を、介護者に対して教育することが重要である。また、入院を回避するためのスキルを、家族に身につけてもらうことも必要である。初期の認知症の人に対しては、心理社会的な介入によって、自宅で住み続けられるという効力感を高めるアプローチが必要である。

## (2) 入院中の家族とのコミュニケーション支援

介護施設では、家族との関係性が断ち切れないように、コミュニケーションロボットの導入が試みられている。車いすに座った時に視点と同じ高さのところにモニターがあるロボット(Giraffe、VGOなど)で、遠隔からコミュニケーションをとることができる。家族は別の場所にいながら遠隔操作で入居者の傍にロボットを動かし、顔を映しながら、入居者と会話することができる。

現在は、主に介護施設で活用されているが、入院時に病院でも活用することができれば、コミュニケーションが不足しがちな入院中の認知症の人の生活のリズムを作るうえで、有効なツールとなる可能性がある。

## (3) 退院支援におけるチームアプローチ

オーストラリアの施設では、入院した時点で退去扱いになる。したがって、施設に戻る場合は、再度入所できる施設を探す必要がある。そのため、退院はより一層困難になり、入院が長期化しやすい。

自宅に退院する場合、作業療法士が退院前訪問を行う。看護師は、医療的ケアに関する管理を中心に行うため、自宅訪問することはなく、作業療法士が把握した情報を、多職種で共有して計画を立てる。自宅で生活する認知症の人の医療的ケアは、訪問看護師が中心となって行っている。

現在、クイーンランド州では「認知症の人の退院プロセスプロジェクト」を実施している。退院のための家族の話し合いは、できる限り(72時間以内を推奨)早いうちから行い、準備を進める。入院後の状態について、認知症の人の立場で記入する記録を用意し、家族や認知症の人本人が扱えるようにする。入院中の生活を、本人にとってより快適で本人の状態にあった環境整備に役立てる。現在進行中のプロジェクトであり、今後の展開が期待されている。

# V. 提言

提言:認知症の人への急性期治療における対策

量的調査による実態把握、日本の地域包括ケア病棟や海外における取り組みに関する情報 収集を通じて、認知症の人の退院支援の指針として考えられることを提言として整理した。 急性期治療の初期段階で、疾病治療後の状態の悪化を予測し、認知症の人の生活を中断しな い医療提供のあり方を検討した。

### 1)緊急入院の回避

緊急入院は、予期しない環境の変化という点で、認知症の人にとって適応が難しい事態である。したがって、認知症の人の入院理由の上位に上がる肺炎、尿路感染症などの内科的疾患については、地域医療体制の強化によって対応できるようにする必要がある。定期的な訪問診療に加えて、認知症の人の疾患の急性増悪時の集中的な治療を行うことができるよう、訪問看護師の職務範囲の拡大を含め、地域の医師と訪問看護師によるケアチームの構築が求められる。

家族に事前に情報提供することも重要である。入院を契機に ADL や認知症症状は悪化する可能性があることについて明確に伝え、予測される状態に合わせて、救急搬送以外の対応方法を決めておくことが有効と考えられる。そのためには前述の地域における集中治療チームの構築が欠かせない。

認知症の診断の有無にかかわらず、高齢であれば、緊急入院などの急激な環境変化は大きな衝撃となる。入院前の認知機能にかかわらず、入院の影響を重大と考え、回避する体制を検討する必要がある。

### 2) 救急外来での認知症患者ケアのスキルの浸透

救急外来において、認知症の人に配慮した対応が必要である。認知症の患者が、慣れない環境下におかれ、不安や苦痛を感じていることに配慮し、心理的な混乱のために意思疎通が困難な場合があることを前提にして関わることが重要である。

予定入院の場合は、主介護者などの家族と準備し、病院到着後は病院の環境や生活に慣れるために時間をかける。入院は心理的な衝撃があることを前提にして、病院スタッフとの新しい関係を構築する。

現在では診療科に偏りなく、多くの医療スタッフが、認知症の人に関わる可能性がある。 全ての医療スタッフが、認知症の人へのケアに関する教育プログラムを受けられる体制が必要である。

### 3) 身体拘束しないことを前提とした治療選択のための倫理的課題の検討

身体拘束されることは、全ての患者にとって衝撃的な経験であるが、高齢で認知機能の低下がある場合、状況理解が難しいために、その影響はさらに大きくなる。せん妄の原因ともなり、その後の認知機能低下への影響も懸念される。

調査の結果から、チューブの自己抜去が多く、未遂も含めた危険行動の発生を防止する目的で身体拘束が多くなされていることが推察できる。一般的になされているベッドの4点柵も、患者の行動を抑制する方法である。治療の選択においては、認知症の人にとって、治療により得られる益と害のバランスを倫理的に検討する必要があるのではないだろうか。

これは、認知症の人には治療が不要だという主張ではない。認知症があろうとなかろうと、身体拘束などによって本人の尊厳や生活の質を一時的に制約する場合には、治療後に、その制約を上回る本人にとっての益が得られるかどうか、本人や家族と話し合う必要性を、医療者が認識する必要がある。治療のためには身体拘束が不可欠という考え方ではなく、身体拘束してまで必要な治療なのか、身体拘束する期間はどれくらいを想定しているのかを、身体拘束を行う前に問う態度が求められる。

### 4) 治療の必要性を、患者の(推定) 意思に照らして検討

本人の意思は、言語的に表明された文面だけでなく、苦痛様表情や治療を嫌がる態度などにも示されているという視点から本人の意思を推定し、推定した意思を尊重して対応方法を検討することが必要である。患者の推定意思に基づき、治療方法、症状コントロールを選択したり、退院先を検討するという考え方の浸透が望まれる。

退院先の決定には、我が国においては家族の影響が大きい。地域包括ケア病棟では、入棟時点で家族との話し合いを始めるが、急性期治療中の病棟でも、より早いうちに話し合いを始め、本人及び家族と共に目標設定することが有効であると考えられる。退院後の生活状況を想定し、早期にリハビリテーション等の支援を開始することも重要である。

介護する家族は、認知症の人の意思を推定する態度より、介護する責任感から治療を要求したり、治療を優先して身体拘束を希望したりする態度を取りやすい。現状では医療者が、家族よりも認知症の本人の推定意思に基づいた治療の選択ができるような、社会的コンセンサスは不十分である。拒絶を表す行為や表情から推定できる意思を含め、認知症の人の意思を尊重した決定が可能になるには、社会全体に向けた啓発活動が不可欠である。

### 5) 院内の主治医、看護師との情報共有の促進

退院後自宅に帰った群では、本人の希望が確認できていた割合が高くなっていた。自宅に帰れる人は、本人の希望を確認できるレベルにある人、または確認しやすい状況にある人であるとも理解することができるが、本人の希望を中心にすることで、自宅に帰りやすくなる可能性も考えられる。本人の希望を中心に、退院に向けた方向性をチーム内で共有することが重要である。

### 6) 退院先のケアマネジャーとの情報共有の促進

退院先では、約半数がケアマネジャーと情報共有を行っていた。入院中のサマリーでは、 治療に関する内容は医師が、生活に関する情報は看護師が書くという役割分担が必要とな る。退院後の生活を始めるにあたって、ケアマネジャーらが活用できる情報を提供する必要 がある。

#### 7) 本人と家族の認識のずれの調整

本人と家族、そして医療者とは、常に認識のずれが生じるものであることを前提にして、早期に調整を始めることが重要である。基本的には患者の意向(推定意思)に合わせ、そこに家族の意向も合わせながら、目標を細分化して設定し、進行状況を本人及び家族と確認する。本人の入院中の生活を、退院後の生活に合わせて環境整備することは、本人や家族の意向に沿って支援し、希望する退院先での生活につなげる役割を果たす可能性がある。

今後、認知症の人や超高齢者が増加する中、急性期治療のあり方が問われている。治療選択における本人の意思をどう考えるか、QOLの維持と疾病治療とのバランスをどう考えるか、治療を継続することが本人にとって本当に有益なのか、これまで医学的情報に基づく治療選択や家族の意見を優先する中で見逃してきた課題は多い。医療者だけでなく、誰もが考えるべき課題であると考える。

# VI. 資料編

# [定量調査]調査票

病院票

貴院の所在地	(都道府県のみで	結構	です)
		却	洪

都	道
府	県

## 設問1) 貴院の病床数 (病床の種類ごとにお答えください)

一般病床	[	]	床		
			うち DPC 算定病床	[	〕床
療養病床	[	]	床		
			うち介護療養病床	[	] 床
精神病床	[	]	床		
結 核 病 床	[	]	床		
感染症病床	[	]	床		

# 設問2) 貴院は特定機能病院の指定を受けていますか。

1. 受けている 2. 受けていない

# **設問3**) 貴院が届け出をしている入退院支援加算は次のうちどれですか。(当てはまるものに1つだけ ○)

1. 入退院支援加算1	2. 入退院支援加算 2
3. 入退院支援加算3	4. いずれもなし

## **設問4)** 貴院の看護体制 (それぞれに当てはまる病棟の数をお答えください)

7 : 1	[	] 棟	10:	1	[	]棟
13: 1	[	〕棟	15:	1	[	〕棟

## 設問5) 貴院の救急受入体制(当てはまるものに1つだけ○)

## 設問 6 ) 貴院には地域包括ケア病棟がありますか。(当てはまるものに1つだけ○)

※ある場合はその病床数も教えてください。

1. ある → [ ] 床 2. ない
---------------------

# 設問7) 平成30年12月4日~6日の貴院の退院者数と、そのうち「認知症の退院者」数

※「認知症の退院者」には、診断を受けている人だけでなく、その疑いがある人も含みます。

4日~6日の退院者の数(全数)は	[	] 名	<i>こ</i> の退院者が
うち、「認知症の退院者」数は	[	]名	温贮老要办公会。
さらにそのなかで、認知症の <b>診断を受けている</b> 人の数は	[	] 名	」 退院者票の対象と よります

# 設問8)回答時点における貴院の退院調整部門の職員(それぞれに当てはまる人数をお答えください)

退院調整看護師	[	] 名
医療ソーシャルワーカー	[	] 名
その他の職員	[	] 名

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

## 退院者票

※「認知症の退院者」1名につき1枚のご記入をお願いします。

ここでいう「認知症の退院者」は、**認知症の診断を既に受けている人だけでなく、その疑いがあった人も含みます**。

<b>設問1)</b> 「認知症退院者」の退院時の年齢をお答えください。(当	てはまるものに <b>1 つだけ</b> ()
--	-------------------------

1. 65 歳未満 2. 65~69 歳 3. 70~74 歳 4. 75~79 歳 5. 80~84 歳 6. 85~89 歳 7. 90~94 歳 8. 95 歳以上

設問2)「認知症退院者」の入院期間をお答えください。(入院から退院までの滞在日数):

[ ] 日間

# 設問3)「認知症退院者」は、認知症診断を受けていましたか。(当てはまるものに1つだけ○)

1. 受けている 2. 受けていない

# **設問4)**「認知症退院者」の入院中に見られた危険行動をお答えください。(当てはまるものに<u>すべて</u>〇(複数回答可))

1. 治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜 2. 転倒 去 3. ベッドからの転落 4. 自傷行為 5. その他 [具体的 に: ]

# 設問 5)「認知症退院者」の入院中に見られた症状をお答えください。(当てはまるものに<u>すべて</u>○(複数回答可))

 1. 妄想
 2. 幻覚
 3. 易怒性
 4. 暴言・暴行

 5. 拒絶
 6. うつ
 7. 不安
 8. 無気力

 9. 脱抑制 (感情や欲求が抑えられない状態)
 10. 徘徊
 11. 睡眠障害

 12. その他 [具体的に:
 ]

## 設問 6) 「認知症退院者」の入院直前までの居場所をお答えください。(当てはまるものに 1つだけつ)

1. 自宅(独居)2. 自宅(近親者等と同居)3. 特別養護老人ホーム4. 介護医療院5. 介護老人保健施設6. 有料老人ホーム7. サービス付き高齢者住宅8. 認知症グループホーム9. 医療機関(一般病院)10. 医療機関(療養病院)11. 医療機関(回復期病院)12.その他[具体的に:13. 不明

# **設問7)**「認知症退院者」の入院は予定していたものですか。(当てはまるものに1つだけ○)

※ 緊急入院の場合は「救急か、外来受診後か」についてもお答えください。

1. 予定入院	2. 緊急入院	
	→Za. 救急搬送	 2c. 定期受診

設問8) 「認知症退院者」の入院に際して、貴院ではその患者に関する以下の情報を収集しましたか。

(①~④それぞれにつき、当てはまるものに1つだけ○)

1	要介護認定の有無、介護保険の	1. 入院前に 4. 退院のめどがたった時	2. 入院時に 5. 収集していない	3. 入院中に
申請状況		に		
	退院後の生活に関する患者の希望	1. 入院前に	2. 入院時に	3. 入院中に
2	変院後の主点に関する <b>忠省の</b> 布皇を <b>患者本人</b> から	4. 退院のめどがたった時	5. 収集していない	
		ſĊ		
	退院後の生活に関する <b>患者の</b> 希望	1. 入院前に	2. 入院時に	3. 入院中に
③ 退院後の生活に関する <b>患者の</b> 希望を 他の人(家族含む)から		4. 退院のめどがたった時	5. 収集していない	
		ľ		
		1. 入院前に	2. 入院時に	3. 入院中に
4	退院後の生活に関する <b>家族の</b> 希望	4. 退院のめどがたった時	5. 収集していない	
		C		

# **設問9)** 入院時点での「認知症退院者」のキーパーソンをお答えください。(当てはまるものに 1つだけ○)

1. 同居家族[続柄:		]	2. 別居家族[続柄:	]
3. それ以外 [具体的			4. 不明	
に:	]			

### **設問10)**「認知症退院者」が入院する理由となった主な疾患を治療した診療科をお答えください。

(当てはまるものに<u>**1つだけ</u>○)**</u>

1. 呼吸器内科	2. 循環器内科	3. 消化器内科	4. 神経内科	5. 内科系その他
6. 呼吸器外科	7. 循環器外科	8. 消化器外科	9. 整形外科	10. 外科系その他
11. 精神科	12. 緩和ケア	13. 耳鼻科	14. 皮膚科	15. 眼科
16. リハビリテーショ	シ	17. その他 [具体的	勺	
		に:		]

## 設問11) 「認知症退院者」の入院中の他科転床はありましたか。

※ ありの場合は「回数」と「その理由(当てはまるものに**すべて**(複数回答可))」についてもお答え ください。



**設問12)**「認知症退院者」の入院中に、患者の行動を制限する目的で、以下のことを行いましたか。

(当てはまるものにすべて○(複数回答可))

※ 一度でも行った場合は○をつけてください。

- 1. 車いすや椅子への固定(体幹や四肢をひもや Y 字型拘束帯等によって)
- 2. ベッドへの固定(体幹や四肢をひもで)
- 3. ベッドを四点柵で囲む

4. ミトン型の手袋を付ける

- 5. 介護衣(つなぎ服)を着せる
- 6. 行動を落ち着かせるための向精神薬の投与 7. 部屋のドアにカギをかける

8. あてはまるものはない

設問13) 「認知症退院者」の退院調整について直接会うか電話などで話した方をお答えください。

(当てはまるものにすべて○(複数回答可))

貴院職員	1. 主治医 3. 退院調整看護師 5. リハビリ専門職 (PT、OT、ST)	<ol> <li>主治医以外の医師</li> <li>その他の看護師</li> <li>その他[具体的に:</li> </ol>
·····································	7. 医師	8. 看護師(訪問看護師含む)
退院 先	9. ケアマネジャー	10. 介護サービス提供者(ヘルパーや訪問・通所介護含む)
<b>等</b>	11. 市役所·保健所職員	12. その他 [具体的に: ]

### 設問14) 「認知症退院者」の退院後の居場所は、入院前と同じですか。

施設の種類が同じでも、施設自体が異なる場合は「2.違うところ」を選んでください。

(当てはまるものに**1つだけ**○)

1. 同じところ	2. 違うとこ	<u>3</u>			
	<b>\</b>	※ 違う場合	合は下から当てはまる	ものに	<u>1 つだけ</u> ○
1. 自宅(独居)		2. 自宅(	近親者等と同居)		3. 特別養護老人ホーム
4. 介護医療医院		5. 介護老	人保健施設		6. 有料老人ホーム
7. サービス付き高齢者住宅	}	8. 認知症	グループホーム		9. 医療機関(一般病院)
10. 医療機関(療養病院	)	11. 医療	幾関(回復期病院)		
12. その他 [具体的に:				]	13. 不明

<b>設問15)</b> 「認知症退院者」の退院時点での キーパーソンをお答えください。 (当てはまるものに <u>1つだけ</u> ○)	※ <b>キーパーソンが同居家族<u>以外</u>の場合</b> 患者の退院後の居場所と、 退院時点でのキーパーソンの居場所の移動時間
1. 同居家族 [続柄:]	をお答えください。(当てはまるものに <b>1つだけ</b> 〇)
2. 別居家族[続柄:	1. 30 分以内 (移動の手段は問わず)
3. それ以外 [具体的に: ]	2. 30 分を超える (移動の手段は問わず)
4. 不明	3. 不明

**設問16)**「認知症退院者」の退院時点でのキーパーソンは、入院時のキーパーソン(設問 9)と同じ人ですか。

(当てはまるものに**1つだけ**○)

1. 同じ人	 2. 違う人	3. 不明	

**設問17**) 退院時に「認知症退院者」に対して実施していた医療ケアをお答えください。

※「していた」場合は**いつから**か、「していなかった」場合は**一度もしたことがないのか、入院中に中止したのか**についてもお答えください。

①胃ろう・腸ろう	1. 退院時にしていた ■	1a. 入院前からしていた	1b. 入院中に始めた
	2. 退院時にしていなかった ■	2a. 一度もしたことがない	2b. 入院中に中止した
②経鼻経管栄	1. 退院時にしていた ■	1a. 入院前からしていた	1b. 入院中に始めた
養	2. 退院時にしていなかった ■	2a. 一度もしたことがない	2b. 入院中に中止した
③中心静脈栄	1. 退院時にしていた ■	1a. 入院前からしていた	1b. 入院中に始めた
養	2. 退院時にしていなかった ■	2a. 一度もしたことがない	2b. 入院中に中止した
④末梢点滴	1. 退院時にしていた ■	1a. 入院前からしていた	1b. 入院中に始めた
	2. 退院時にしていなかった ■	2a. 一度もしたことがない	2b. 入院中に中止した
⑤酸素療法	1. 退院時にしていた ■	1a. 入院前からしていた	1b. 入院中に始めた
	2. 退院時にしていなかった ■	2a. 一度もしたことがない	2b. 入院中に中止した
⑥人工呼吸器	1. 退院時にしていた ■	1a. 入院前からしていた	1b. 入院中に始めた
	2. 退院時にしていなかった ■	2a. 一度もしたことがない	2b. 入院中に中止した

設問1	8) 「認知症退院者」の「障がい高齢者の日常生活自立度」はどのような状況でしたか。 右の <b>入院前・入院時・退院時</b> ごとにお答えください。	<b>入院前</b> 当てはまるも のに 1 つだけ	<b>入院時</b> 当てはまるも のに 1 つだけ	退院時 当てはまるも のに 1 つだけ ○
自立		自立	自立	自立
J 1	日常生活はほぼ自立、交通機関使って独力で外出可	J 1	J 1	J 1
J 2	日常生活はほぼ自立、隣近所なら独力で外出可	J 2	J 2	J 2
A 1	屋内では概ね自立、介助により外出し、日中はほぼベッドにいない	A 1	A 1	A 1
A 2	屋内では概ね自立、外出頻度少なく要介助、日中も寝たり起きたり	A 2	A 2	A 2
B 1	屋内でも要介助、車椅子に移乗し、食事、排泄等はベッドから離れて	B 1	B 1	B 1
B 2	屋内でも要介助、車椅子に移乗は介助があるときのみ	B 2	B 2	B 2
C 1	1日中ベッドの上、寝返りをうつ、食事・排泄・着替えは要介助	C 1	C 1	C 1
C 2	1日中ベッドの上、寝返りをうたない、食事・排泄・着替えは要介助	C 2	C 2	C 2
不明		不明	不明	不明

設問 1	<ul><li>9)「認知症退院者」の「日常生活自立度」はどのような状況でしたか。</li><li>右の入院前・入院時・退院時ごとにお答えください。</li></ul>	<b>入院前</b> 当てはまるも のに 1 つだけ	入院時 当てはまるも のに報告書 1つだけ○	退院時 当てはまるも のに 1 つだけ
自立		自立	自立	
I	認知症有するが、家庭内でも社会的にもほぼ自立している	I	I	I
II a	家庭外での生活や意思疎通に困難あるが、誰かが注意していれば自	II a	II a	II a
	立可			
II b	家庭内での生活や意思疎通に困難あるが、誰かが注意していれば自	II b	II b	II b
	立可			
III a	主に日中に日常生活や意思疎通の困難があり、介護を要する状態	III a	III a	III a
III b	主に夜間に日常生活や意思疎通の困難があり、介護を要する状態	III b	III b	III b
IV	日常生活や意思疎通の困難が頻繁にあり、常時介護を要する状態	IV	IV	IV
М	著しい症状や重篤な疾患が見られ、専門医療を要する状態	М	М	М
不明		不明	不明	不明

設問20)総合的に見て、この「認知症退院者」の退院調整はどれくらい困難だと思いましたか。

(主観で構いません; 当てはまるものに1つだけ())

1. 困難だった 2. やや困難だった 3. どちらともいえない 4. あまり困難でなかっ 5. 困難でなかっ た

**設問21**) 最後に、この調査票を回答してくださった方(あなた)の職種について教えてください。

(当てはまるものに**1つだけ**○)

1. 看護職 2. 福祉職 3. その他 [具体的に: ]

# [定量調査]その他一覧

入院中に見られた症状その他一覧

		設問19認知症	退院後の	入院中に見られた症状_その他
		の程度(入院前	居場所	
	退院時比較)	退院時比較)		
1	不変	不変	-	落ち着きのない様子
2	悪化	不変	自宅	失見当識、記銘力障害
	不変	不変	病院	傾眠傾向
4	不変	不変	施設	家に帰る(酸素)はいらんとチューブをはずす
5	不変	不変	自宅	短期記憶障害
6	不変	不変	自宅	不穏
	不変	不変	病院	健忘
	悪化	悪化	その他	オムツをいじってしまう
	悪化	悪化	その他	大声を出す
	不変	不変	施設	独言
	不変	不変	自宅	興奮
	不変	不変	施設	帰宅願望
	不変	不変	自宅	せん妄?
	不変	悪化	自宅	ナースコールを押さず歩きだしてしまう
	不変	不変	その他	拒食
	<u>不変</u> 不変	不变	自宅	病室がわからず戻れない
		不変	施設	帰宅願望     見当識障害
	不変	- 悪ル	自宅	20-24-1-1
	悪化	悪化	自宅	指示など伝えたことをすぐ忘れる
	不変	不変	施設	独語
	悪化	悪化	病院	日時や場所わからない。自分の年もわからない。説明してもすぐ忘れる
	不変	悪化	自宅	低活動
	不変	不変	自宅	自分の頭を叩く、便を触る、大声
	不変	悪化	病院	脱衣、オムツつつき
	悪化	不変	施設	帰宅欲求
	悪化	不変	施設	異物誤飲
	悪化	悪化	病院	独語
	不変	悪化	自宅	そわそわしている、帰宅願望
29	悪化	改善	病院	活動性の低下
30	改善	不変	自宅	大声
31	-	-	自宅	頻回なナースコール。同じ内容。説明しても理解できず。
32	悪化	-	病院	記憶障害
33		不変	病院	オムツに手を入れ便をこねる
34	不変	不変	病院	短期記憶障害
	悪化	不変	病院	トイレ以外での排尿、排泄
				食事介助中に毒が入っていると途中で食事拒否する時があった。(内服を拒否する為食事に
36	不変	-	病院	まぜてのんでいただいていた為)
27	悪化	不亦	病院	体動激しい
		不変		
	不変	不変	病院	日中、夜間と息子の名前を呼ぶ
39		- ボル	施設	脱衣
	悪化	悪化	その他	無視する
	不変	不変	病院	物忘れ
	悪化	不変	施設	独語、全裸になる
	不変	不変	その他	ナースコールがおせない
	不変	不変	自宅	内服したかどうか忘れていたこと
	不変	-	施設	夜間独語
	不変	不変	病院	ナースコール説明をしても理解できない
	悪化	悪化	その他	安静が保持できない。尿意頻回
	悪化	悪化	その他	せん妄
49	不変	不変	自宅	物忘れ
50	悪化	不変	病院	短期記憶障害
51	悪化	悪化	病院	独語、鼻歌、安静が保てない
	不変	不変	病院	落ちつかない
	不変	不変	病院	ストマ部をさわって便が漏れる。
	改善	改善	施設	時々独語、大声
	不変	不変	施設	症状出現なし
	不変	不変	自宅	部屋の位置が解らなくなる
	不変	不変	自宅	歩行状態が安定していないがナースコールを押さずに1人で歩行しようとする
	不変	不変	自宅	場所がわからなくなる。治療を忘れる
	<u>不変</u> 不変	不変	自宅	場がかりからない。心療を忘れる
	<u>不妥</u> 改善	不変	病院	使忘症状    ナースコールの使用ができず、突発的に行動をしていた。 (センサーマット使用)
60				

			VD 84 /// -	
			退院後の	入院中に見られた症状_その他
		の程度(入院前	居場所	
		退院時比較)		
	悪化	不変	自宅	点滴抜針
	悪化	悪化	病院	オムツはずし
	不変	不変	自宅	脱衣
64	不変	不変	施設	どこにいるかわからないことがあった。
	悪化	不変	病院	見当識障害
66	不変	不変	施設	拒薬
67	不変	悪化	自宅	帰宅欲求
68	不変	不変	自宅	つじつまのあわない会話
69	悪化	不変	自宅	物忘れ(安静の理解など乏しい)
70	不変	不変	施設	帰宅願望強く退院準備をされる、昼夜逆転(夜間せん妄)
	不変	悪化	自宅	身をのりだして動き出そうとした
	悪化	悪化	施設	夜間大声を出す
	改善	-	その他	短期記憶障害
	不変	不変	病院	見当識障害
75		-	病院	独語
	不変	不変	施設	大声を出す
	不変	<u>不多</u> 不変	施設	物忘れ
	悪化	<u>不多</u> 不変	病院	大きな声でさけぶ
	不変			場所が分からなくなる
		悪化	自宅	
_	不変	不変	施設	大声を出す
	不変	- 	病院	独語
	不変	悪化	その他	失見当識 日本別的は、1年日以上である。(本年) は
	悪化	悪化	その他	易刺激性、失見当、言動のまとまらなさ、衝動性
	不変	悪化	施設	ひとつひとつ確認しないとわからなくなっちゃうとくり返し話されていた。
	不変	悪化	病院	大声
	不変	不変	病院	認知機能の変動、失語、拘縮、無動(レビー小体型のため)
87	不変	不変	自宅	感情失禁、理解できない、受入れられない
88	不変	不変	-	短期記憶なし
	悪化	悪化	自宅	安静指示が守れない
90	不変	不変	自宅	娘の名前を大きく叫ぶ
	不変	不変	施設	時々お母さーんと叫ぶが会話が成立する事もある
92	不変	不変	自宅	見当識障害(場所・日付がわからない)
93	不変	不変	施設	見当識障害
94	不変	悪化	自宅	帰宅願望、清潔ケア拒否
95	悪化	不変	施設	振せん
96	悪化	不変	施設	理解力不足、意図のはっきりしない行動
97	悪化	悪化	病院	せん妄
	悪化	不変	病院	幻視 (入院当初)
	不変	不変	施設	幻視
100		-	自宅	新しいことが覚えられない
101		不変	自宅	決められた事が守れない。血糖値測定に来ない
102		<u> 交</u> - 不変	施設	指示が入らない
	悪化	不変	病院	帰宅願望
104		<u> </u>	自宅	トイレの拒否のみ時々みられた
105		-	病院	不穏
106		悪化	施設	不眠
107		悪化	自宅	帰宅願望・不眠
108		不変	施設	落ち着きなくゴソゴソされている
		<u> </u>	施設	(各つ自さなペコノコノでイドじいる)  失見当識
109		以普		
110		- 不亦	自宅	頻尿 見当識不良
111		不変	施設	
112		- -	施設	見当職障害、放尿
113		不変	施設	建忘
	悪化	不変	施設	食意不振
115		不変	自宅	脱衣、部屋が分からなくなる。帰宅願望頻回に訴える、失禁
	悪化	悪化	その他	起き上がろうとしたり、服を何度も脱いだりする
117		<u>-</u>	その他	発作
118		不変	施設	場所日時がわからない
119		-	病院	失見当識
120	不変	悪化	自宅	もの忘れ

	≣ΛΕΙΙΟΛΟΙ Φ	設問19認知症	退院後の	入院中に見られた症状 その他
		の程度(入院前	店場川	
		退院時比較)	中心	Xh≡ā
121		不変	病院	独語
122		不変	自宅	記銘力低下
123		不変	自宅	せん妄
124		不変	施設	見当識障害
125		悪化	病院	見当識障害
126		不変	その他	ケアの拒否
127		不変	その他	辻褄の合わない言動
128		悪化	病院	ベッドから下りようとする
129		悪化	自宅	大声でさけぶ
130		改善	施設	ナースなくトイレに行こうとした
131	不変	不変	病院	感情失禁
132	不変	不変	自宅	食事の残りを床頭台の引き出しにしまう。退院日の連絡を間違った日付で家族へ連絡する。短期記憶障害
133	悪化	-	施設	もの忘れ
134		悪化	病院	独語
135		不変	施設	昼夜逆転、夜間の大声
136		悪化	自宅	せん妄夜間に混乱されることがあった。
137		改善	病院	短期記憶障害
138		不変	自宅	短期記憶障害
139		不変	自宅	対抗に原性性
140		不変	<u>日七</u> 自宅	ヒル女  病室に戻ってこれないことが1度あった。
141		不変	病院	
141			自宅	物忘れ
		不変		·
143		不変	病院	そわそわ、落ちつかない
144		不変	施設	帰宅願望
145		不変	施設	帰宅願望
146	个変	悪化	自宅	不潔行為、放尿   True Charles   Indian   I
147		悪化	自宅	トイレ分からなくなる。床に排尿。帰宅しようと歩きまわりエレベータのる。離院しようとする。酸素ボンベふりまわす(興奮)。息子さんを殴る
148		不変	自宅	環境かわり、トイレへ行こうとして難かしかった
149		不変	自宅	入院自体分からなくなる。叫ぶ。トイレの場所が分からなくなる。
150		不変	自宅	自分の病室がわからなくなる。裸足で歩く。
151		不変	病院	短期記憶の低下
152		不変	病院	判断力の低下
153	不変	不変	自宅	自分の病室が分からなくなる
154		不変	施設	見当識障害
155	悪化	悪化	自宅	人が近くにいないと声出して人を呼ぶ。
156	不変	不変	施設	症状は落ちついてました。
157		不変	施設	帰室要求
158		不変	施設	発語なし
159		不変	施設	発語なし
	悪化	-	その他	独語、大声、奇声
161		不変	その他	内服がきちんと服用できない
162		不変	病院	大声
163		不変	施設	物忘れがひどい、同じことをくり返す
164		不変	自宅	せん妄症状/注意障害
165		不変	病院	せん妄症状
166		-	病院	せん妄
167		_	施設	状況理解せず行動している
168		<u>-</u> 不変	自宅	理解力の低下、認識力の低下
169		不変	病院	注解がない、  に  は  は  は  は  は  は  は  は  は  は  は  は  は
170		悪化	病院	摂食障害
171		不変	自宅	食事摂取量のムラがあった
172		悪化		良事扱収重のAフがのつに せん妄
			自宅	
173		悪化	病院	ベッド上で体動が激しい(静止できない)
	悪化	悪化	その他	見当識障害
175		- -	自宅	不穏、見当識障害
176		不変	自宅	インスリン自己注射・血糖測定の手技、できないことがある(以前はできていた)
177		-	施設	独語
178		-	病院	帰宅欲求
179		不変	自宅	興奮
180	不変	不変	施設	拒食·拒薬

	T		I	
		設問19認知症	退院後の	入院中に見られた症状_その他
		の程度(入院前	居場所	
	,, ,	退院時比較)		
181	悪化	悪化	病院	アパシー
182	不変	不変	自宅	単独での行動・歩行
183	不変	不変	施設	大声
	不変	不変	施設	ナースコール押さず、1人でトイレへ行こうとする。
185	不変	不変	施設	1~11該当せず、わりと穏やかな性格、物忘れはあり
186	悪化	悪化	病院	短期記憶障害
187	不変	不変	施設	見当識障害
188	-	-	病院	M – Tをさわる様子
189	不変	不変	施設	健忘
190	不変	不変	施設	特になし。意思疎通困難のみ
191	改善	不変	自宅	独語
192	悪化	悪化	病院	自発性に乏しい。意思疎通困難
193	不変	不変	病院	独語
194	不変	不変	その他	体調悪く眠っていた
195	-	-	病院	もの忘れ
196	不変	不変	自宅	迷い部屋へ戻れない
197	悪化	悪化	その他	食思不振
198	不変	不変	その他	食思不振
199	不変	-	自宅	食欲不振
200	悪化	不変	病院	せん妄
201	改善	改善	自宅	失行、失認
202	-	不変	自宅	独語
203	-	-	自宅	夜間放尿
204	不変	不変	施設	独語・オムツをはずして捨てる
205	悪化	悪化	施設	終始独語あり
206	悪化	不変	施設	大声で叫ぶ
207	不変	不変	病院	食欲低下
208	不変	悪化	自宅	O P後、安静度制限守れない
209	悪化	不変	自宅	落ち着きのなさ、点滴を忘れる、病室に戻れない、場所が分からなくなる(失禁)、説明された
	·			検査を覚えていない
_	悪化	悪化	自宅	道にまよう
211		不変	自宅	食思低下
	不変	不変	施設	コード類をみると触れておちつきがなくなる。
213	悪化	不変	病院	食思不振

# 入院中に見られた危険行動一覧

	程度(入院前	設問19認知症 の程度(入院前 退院時比較)		入院中の危険行動_その他
1	 不変	不変	_	ホルター心電図の除去
	不変	悪化	その他	PTGBO挿入のため家族が24時間付き添っていたため危険行為はなかった
	不変	不変	施設	常に点滴ルートを触わっていたので包帯で固定するなど工夫をしていた。
$\overline{}$	不変	不変	自宅	ナースコールを押すように説明しても押さずに1人で動こうとする
5		-	自宅	術後創部に触る
6	悪化	悪化	自宅	声を荒げる
7	不変	不変	自宅	指示通じない
8	悪化	悪化	自宅	徘徊
9	不変	悪化	病院	立位、坐位バランス不良にて転倒リスクあり
	悪化	悪化	その他	降りれるADLではないのにベッドから降りようとしていた。
	不変	不変	施設	徘徊
	不変	不変	自宅	徘徊、おちつかない
	不変	悪化	病院	ベッド柵をのりこえようとした
	悪化	悪化	自宅	車イスから立ち上がろうとする
	不変	不変	自宅	スタッフを叩く、ひっかく等
	悪化	悪化	病院	骨折し歩けないが歩こうとする。同じ質問を何度も繰り返す。
$\overline{}$	不変	悪化	自宅	右不全麻痺があるがNSコールせず歩き出す
	不変	不変	病院	看護師をつねる
	悪化	改善	病院	歩行不安定
	不変	改善	病院	
	不変	不変	自宅	ベット柵を乗り越えようとする
	不変	不変	自宅	ナースコールを押すことが出来ず、1人で移動してしまう。
	悪化	不変	病院	安静が守れずBedがらおりようとする
	不変	- 不亦	自宅	術后1時間で眼帯をはずしていた 徘徊
	不変	不変	自宅	好他
	不変 不変	不変	自宅 施設	必要時(多行時)にノースコールを押さない。  安静指示だが歩こうとしていた。
	不変	不変	病院	女師治示にかずことしていた。
	悪化	悪化	病院	安想
	不変	不変	病院	暴言、暴力、脱走
	悪化	不変	施設	参与、
	不変	不変	自宅	ベッドから降りようとする(ふらつきあり)
	不変	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	病院	暴言
	不変	不変	自宅	同質門を繰り返す。排便を看護師が確認後も出ていない、ご飯摂取後も食べていないとの言動あり。
35	不変	不変	自宅	内服したかどうか忘れていた
	悪化	悪化	自宅	#かし、一人でトイレへ
	不変	悪化	施設	オムツはずし、柵はずし
	不変	不変	自宅	Nと認知できず
	悪化	不変	自宅	チューブ、ルート類を触わる。クレンメ、三活触わる。
	不変	不変	施設	寝たきり
	不変	不変	病院	ナースコールを押せない
	悪化	悪化	その他	不穏
$\overline{}$	悪化	悪化	その他	柵を外す。安静の保持困難
44	悪化	不変	自宅	危険行動は特になし
	不変	-	施設	転倒、転落に至っていないがベッドから起き上がる行為あり。
46	-	-	施設	大声を出す
	不変	不変	自宅	夜間せん妄
$\overline{}$	悪化	悪化	病院	安静が守れず突然起き上がる
	不変	不変	施設	以前入院時あったが今回はない
	不変	不変	自宅	ナースコールを押さずふらつきながら歩行する
	不変	不変	自宅	Ns、リハビリ技師が近よると怒ったりあばれたりしたこともあった。
	悪化	-	病院	ベッドからのずれ下がり
53		-	施設	暴力
	不変	不変	自宅	つばをはく
	不変	不変	自宅	車イスバックで動き出す
	改善	不変	病院	下肢筋力が低下していたが、独歩で廊下に出てきたり、転倒の危険性があった。
	悪化	悪化	病院	オムツはずし、難聴もあり、コミュニケーションがとれない
	悪化	-	病院	ベッド柵に足をかける
	不変	不変	自宅	皮膚疾患、掻破予防
60	不変	不変	病院	胃チューブに手をのばす、吸引チューブを引っぱる

	=0.0040404	=0.00 4 0 = 0 + 0.00	12 時火 6	그 마나는 이 건 마시 (그리는 그 이 사는
				入院中の危険行動_その他
		の程度(入院前	居場所	
	退院時比較)	退院時比較)		
61	不変	不変	自宅	易怒性
62	不変	不変	施設	ナースコール協力得られなく、センサーマットを使用。
63	悪化	不変	病院	1 人で動こうとする
64	不変	不変	施設	オムツいじり、異食の行為
	不変	不変	施設	暴言、徘徊
	不変	不変	施設	皮膚をひっかくため
	不変	悪化	施設	呼ぶ
	不変	改善	病院	創部をさわる
				離棟
	不変	不変	自宅	
	不変	悪化	自宅	チューブ類をひっぱる
	不変	不変	自宅	部屋の迷い
	不変	不変	自宅	部屋迷い
	不変	不変	病院	看護師をたたく(大声でどなる)
74		-	自宅	無断離棟
	不変	-	自宅	時々興奮したり、室内をウロウロしたりしていた。時々失禁もあり。
76	悪化	悪化	施設	オムツ外し、放尿
77	不変	不変	病院	見当識障害
78	不変	不変	-	ベッド柵を外す
	悪化	悪化	自宅	下肢の負荷が守れなかった
	不変	悪化	病院	大声、奇声
	悪化	悪化	病院	離棟、暴力行為
	不変	不変	自宅	(トイレ歩行見守りなので) ナースコールする場面でしてくれなかった。
		悪化	自宅	ナースコールを押すのを忘れてしまう
	不変	悪化	施設	
	不変			頻尿、便秘
	不変	悪化	その他	昼夜逆転
	悪化	悪化	自宅	イスをけったり車イスを持ち上げようとした
	不変	悪化	病院	夜間の大声。歩き回る。昼夜逆転
	不変	不変	自宅	治療やケアの受け入れができない。時間を要する
	不変	不変	-	術后酸素マスク外し、術后ガーゼ外し
90	悪化	悪化	自宅	安静指示が守れない
91	不変	不変	自宅	ナースコールの使用困難あり、自己にて動こうとする。
92	不変	不変	自宅	部屋がわからない
93	不変	不変	自宅	ふらふら一人で歩く
	悪化	悪化	病院	安静が守れず徘徊
	悪化	悪化	施設	ナースコールできない
	不変	不変	自宅	病棟がわからず迷子になる
	不変	不変	施設	異食、アルコール綿など
_	悪化	不変	病院	必要時Nsコールにて知らせないことある
	不変		病院	転倒リスクがあった
		不变		
100		不変	自宅	
101		- 	施設	大声
102		不変	施設	車いすを押して歩く
_	不変	不変	自宅	洗面所で排泄行為
104		不変	自宅	徘徊
105		不変	自宅	手術当日の離床
	改善	不変	施設	暴力行為
107		不変	施設	意思疎通困難
108	不変	-	自宅	薬ののみ忘れ
109	不変	不変	自宅	自己判断で内服薬調整、中止
110		不変	施設	早朝に起床し帰ろうとする
	悪化	不変	自宅	服薬拒否
112	-	不変	施設	全身掻爬する
113		不変	自宅	ソワソワと落ちつきなく動き回る
	不変	不変	自宅	急に怒り出す
	悪化	悪化	病院	<b>徘徊</b>
	悪化	悪化	その他	排他 排他
	悪化	改善	施設	からつきがあるがベッドや車イスで立ち上がる
118		不変 不変	施設 自宅	おちてはいませんがおちそうでした…。 安静指示にかかわらずベッドの上に立ちあがってしまう。
110				
119	不変 不変	不変	自宅	モニター外し、頻回

			heat //	
				入院中の危険行動_その他
	程度(入院前	の程度(入院前	居場所	
	退院時比較)	退院時比較)		
121	不変	-	病院	徘徊
122	不変	不変	自宅	ベッド柵につかまり起上がろうとする。
123	不変	不変	施設	看護師の指示した行動がとれない
	悪化	悪化	施設	安静度の説明をしても忘れてしまう。飲水制限を忘れてしまう。
_	悪化	悪化	自宅	ふらつきながら単独での歩行。
	不変	悪化	病院	オムツ外し
	悪化	不変	施設	・食事に関して意欲低下・見守りが必要だが、一人で歩いてしまう
	不変	悪化	自宅	くすりのみ忘れ、排泄したことを忘れてしまう。
		-	t	不穏、トイレとの往復
	不変	不変	病院	
130	不変	不変	自宅	プースコールの協力得られず
131	不変	悪化	自宅	食事を食べてるが食事がきてない、誰かが毎日食べているなど言動が続いていた→食事について毎回
122	悪化	不変	施設	コールあり  点滴ルートを口にくわえる。 オムツの中に手を入れる。
	不变	不変	自宅	尿道バルーンを引っぱる
	不変	不変	自宅	せん妄・不穏
_	悪化	悪化	病院	夜間大声でさけぶ
	不変	不変	自宅	離棟自宅へ帰宅
137	不変	悪化	自宅	せん妄
138	改善	改善	施設	病棟外に何もいわず 1 人でいった
139	改善	改善	自宅	大声、せん妄
	改善	改善	施設	失見当識
	不変	不変	自宅	点滴ルートが気になりさわる
	不変	悪化	施設	指示が入らない
				ベッド上での激しい自己体動、ベッド上で四つん這いとなる、ベット柵に足をかける、ナースコール押せ
143	悪化	悪化	病院	ない、オムツ外し
1/1/	不変	悪化	自宅	・同じようなことを何度も大きな声で話される・ナースコールを押される、ベットから転落しそうになる
	不変	不変	病院	徘徊
	不変	改善	病院	危険回避ができない
	悪化	不変	施設	安静指示守れない
	悪化	悪化	病院	安静守れない。
149		-	病院	日付が言えない
	不変	不変	施設	指示も守れず 1 人で歩いてしまう
	悪化	不変	病院	指示が入らずおきあがるベッド柵を外す
152	不変	不変	施設	点滴施行中、点滴棒を忘れて移動しようとする。
153	不変	不変	病院	指示が入らない
154	悪化	悪化	自宅	無動
	不変	不変	自宅	危険行動ではないが、声出し。
156	不変	不変	自宅	物忘れ
	悪化	悪化	病院	ベット柵から足を投げ出す。
	悪化	不変	783876	興奮状態
		不変	施設	
	不変			1 人で動くところびそうだが理解できず 1 人で動く
	不変	不変	施設	帰宅願望。 危険行動はないが点適ついたまま気にせず歩こうとする
	不変	不変	施設	立ち上がり
	不変	悪化	自宅	公視
	不変	不変	施設	体調不良の訴えがない
	不変	悪化	自宅	看護師へ暴行。モニター外す。
165	不変	不変	自宅	酸素、モニター外して端座位になっていた(床に尿あり)
166	不変	不変	自宅	ゴミ箱へ便をしている。
	不変	不変	病院	ベッド柵を外す
	不変	不変	自宅	離棟
	不変	不変	施設	独語
	不変	不変	病院	食膳をひっくり返す。 P V ルートをひっぱる。 ベッド上で起き上がろうとする(座位保持はできない)
	悪化	悪化	施設	創部を触る(保護ガーゼをはがす行為)
	悪化	悪化	自宅	対のではない。 (休暖カーでではから1) (本度カーでではから1) (本度カーででではなから1) (本度カーででではから1) (本度カーでではから1) (本度カーでではから1) (本度カーでではから1) (本度カーでではから1) (本度カーでではから1) (本度カーでではから1) (本度カーでではから1) (本度・1) (
		.œ.In		激しい体動
	悪化	- - 75	その他	
	悪化	不変	自宅	ルートに気配りできず動いてしまう。落ちつかず動きが増えて危険
	悪化	不変	施設	ベッド上での立ち上がり
	悪化	不変	-	オムツいじり
	不変	悪化	自宅	徘徊
178	不変	不変	その他	内服が確実にできない
179	不変	不変	自宅	安静指示が守れない→体位制限
180	不変	不変	病院	チューブ類をひっぱる。

	設問18ADLの	設問19認知症	退院後の	入院中の危険行動での他
	程度(入院前	の程度(入院前		
	退院時比較)	退院時比較)		
181	悪化	悪化	自宅	場所がわからない
_	悪化	-	病院	ベットから落ちかけた
$\overline{}$	悪化	悪化	施設	急な起き上がり、動きだし
	不変	不変	病院	夜間、点滴外し、ベッドサイドに立っている。
	悪化	悪化	病院	声だし
	不変	不変	自宅	ナースコールを押さず立ち上がりBedよりはなれる
	不変	不変	病院	大声を出す
	悪化	悪化	病院	大声でさけぶ
	不変	不変	自宅	叫ぶ
-	不変	悪化	自宅	せん妄
	悪化	悪化	病院	骨折しているがベッドから一人降りようとされる。
	悪化	悪化	その他	ベッド上安静守れず歩く
	改善	不変	自宅	頻繁にナースコールを押し自制できない。
	悪化	不変	自宅	インスリン注射の拒否。血糖測定の拒否
	不変	不変	自宅	安静が守れない
	悪化	悪化	自宅	ベッド柵の間から立ち上がる、心電図モニターのコートを引っぱる
	不変	不変	病院	不潔行為
_	不変	不変	自宅	暴口行為
_	不変	不変	施設	ナースコールせずに起きあがろうとする
	不変	不変	施設	大声で職員を呼びつける。バルンカテーテルを折り曲げる。
201	-	不変	自宅	安静守れず、起きだしてしまうなど、意思疎通困難さと落ちつかない行動。
	悪化	悪化	自宅	離院
	不変	不変	施設	虚言、盗癖
204		-	施設	スタッフへの暴力行為
_	不変	不変	その他	1~3予想したが実際はなく予防できた。
$\overline{}$	悪化	-	自宅	おむつはずし
	悪化	_	自宅	ルートいじり、創いじり
_	不変	不変	自宅	転倒リスクあり見守り、内服忘れ
_	不変	不変	施設	オムツいじり
_	不変	-	自宅	帰宅願望発言
_	不変	不変	施設	暴力行為
	不変	不変	施設	家族への暴力
	悪化	不変	病院	安静が守れない
	不変	不変	施設	チューブを触る、1人で起きあがる
	不変	悪化	施設	床をはう
_	悪化	不変	施設	バルンを引っ張る
-	不変	不変	施設	辻褄のあわない会話
218		不変	病院	経管栄養のチューブまで手が動いている
_	悪化	不変	自宅	徘徊ルートを気にする
	不変	不変	自宅	帰宅しようとしていた
_	不変	不変	施設	35便
	悪化	悪化	自宅	安静が守れない
	悪化	悪化	自宅	指示が守れない
	不変	不変	その他	せん妄、幻聴
	不変	不変	自宅	徘徊
226		不変	自宅	転倒予防のため。トイレ誘導のため。Ns Call依頼も自分で歩き出す。
227		-	自宅	ふらふらするのでナースコール指導しナースコールおさず自分でいってしまう。(歩行時つきそうこと伝える
	悪化	不変	病院	誤えん
	,0,10	1.22	71:3170	DV GV

# [定量調査]参考集計

			設問12入院中								
		合計	車いすや椅子 への固定(体 幹や四肢をひ もやY字型拘 束帯等によっ て)	定(体幹や四		ミトン型の手 袋を付ける			部屋のドアに カギをかける		無回答
	全体	899	156	143	230	209	72	172	7	324	48
	主14	100.0	17. 4	15. 9	25. 6	23. 2	8. 0	19. 1	0.8	36.0	5. 3
	治療・検査中の チューブ類・点滴	320	80	85	103	143	42	80	3	58	6
	ルート等の自己抜 去	100.0	25. 0	26. 6	32. 2	44. 7	13. 1	25. 0	0.9	18. 1	1. 9
	転倒	149	38	25	43	28	13	31	2	53	5
		100.0	25. 5	16.8	28. 9	18.8	8. 7	20.8	1.3	35. 6	3. 4
	ベッドからの転落	89	26	24	38	25	11	26	2	22	1
設問4 入院中の危険		100.0	29. 2	27. 0	42.7	28. 1	12.4	29. 2	2. 2	24.7	1. 1
行動	自傷行為	11	3	2	1	3	0	3	0	4	1
	日間刊初	100.0	27. 3	18. 2	9. 1	27. 3	0.0	27.3	0.0	36. 4	9. 1
	その他	232	51	39	62	47	29	59	4	80	9
	-C V/TE	100.0	22. 0	16.8	26. 7	20. 3	12.5	25. 4	1.7	34.5	3. 9
	なし	40	3	2	5	4	0	10	0	23	1
	/s U	100.0	7. 5	5. 0	12. 5	10.0	0.0	25. 0	0.0	57. 5	2. 5

			20.00 to 3 00 4.1	-/= h # */ o	(-4) + 4:100 L =	X- W					
			設問12入院中に							T	
			車いすや椅子					行動を落ち着			無回答
	全体 困難だった やや困難だった どちらともいえた い あまり困難でな		への固定(体	定(体幹や四	柵で囲む	袋を付ける	ぎ服)を着せ	かせるための	カギをかける	のはない	
			幹や四肢をひ	肢をひもで)			る	向精神薬の投			
		合計	もやY字型拘					与			
			東帯等によっ								
			て)								
		899	156	143	230	209	72	172	7	324	46
	全体	899	150	143					- 1	324	
		100.0	17. 4	15. 9	25. 6	23. 2	8. 0	19. 1	0.8	36.0	5. 3
	田継だった	68	21	15	20	19	15	26	1	16	3
	四天社だった	100.0	30. 9	22. 1	29. 4	27. 9	22.1	38. 2	1.5	23. 5	4. 4
	めめ回##ゼーキ	202	48	41	61	62	27	45	2	52	4
	- (一区) 発出/こう/こ	100.0	23. 8	20.3	30. 2	30. 7	13. 4	22. 3	1.0	25. 7	2.0
設問20	どちらともいえな	173	26	26	46	36	13	34	3	66	ę
退院調整の困 難度	<i>V</i> '	100.0	15. 0	15.0	26. 6	20.8	7.5	19.7	1.7	38. 2	5. 2
		284	42	41	66	65	14	51	0	105	24
	かった	100.0	14.8	14. 4	23. 2	22. 9	4.9	18. 0	0.0	37.0	8. 5
	困難でなかった	163	19	20	35	26	3	15	1	80	7
	四大匠 くっよがっかん	100.0	11. 7	12.3	21. 5	16. 0	1.8	9. 2	0.6	49. 1	4. 3

				定中に見ら												
		合計	妄想	幻覚	易怒性	暴言・暴 行	拒絶	うつ	不安		脱抑制 (感情や 欲求が抑 えられな い状態)	徘徊	睡眠障害	その他	なし	無回答
	全体	899	110	68	183	119	146	40	133	131	76	112	226	216	17	112
	-LIT	100.0	12. 2	7. 6	20.4	13. 2	16. 2	4. 4	14.8	14. 6	8.5	12.5	25. 1	24. 0	1.9	12. 5
	妄想	110	110	28	40	23	30	5	16	10	17	21	37	15	0	0
	X 10-	100.0	100.0	25. 5	36. 4	20. 9	27. 3	4. 5	14.5	9. 1	15. 5	19. 1	33. 6	13.6	0.0	0.0
	幻覚	68	28	68	22	14	19	4	12	7	9	9	30	12	0	0
		100.0	41. 2	100.0	32. 4	20. 6	27. 9	5. 9	17.6	10.3	13. 2	13. 2	44. 1	17. 6	0.0	0.0
	易怒性	183	40	22	183	80	73	10	20	11	28	26	59	24	0	0
	9072712	100.0	21. 9	12. 0	100.0	43. 7	39. 9	5. 5	10.9	6.0	15.3	14. 2	32. 2	13. 1	0.0	0.0
	暴言・暴行	119	23	14	80	119	50	8	11	7	25	22	46	13	0	0
	* 1	100.0	19. 3	11.8	67. 2	100.0	42. 0	6. 7	9. 2	5. 9	21.0	18. 5	38. 7	10.9	0.0	0.0
	拒絶 うつ	146	30	19	73	50	146	9	26	25	21	20	36	20	0	0
		100.0	20. 5	13. 0	50.0	34. 2	100.0	6. 2	17.8	17. 1	14. 4	13. 7	24. 7	13. 7	0.0	0.0
		40	5	4	10	8	9	40	13	15	4	4	17	3	0	0
設問5		100.0	12. 5	10.0	25.0	20. 0	22. 5	100.0	32. 5	37. 5	10.0	10.0	42. 5	7. 5	0.0	0.0
入院中に	不安	133	16	12	20	11	26	13	133	17	18	17	36	20	0	0
見られた 症状	- ^	100.0	12. 0	9. 0	15. 0	8. 3	19. 5	9.8	100.0	12.8	13. 5	12.8	27. 1	15.0	0.0	0.0
7115-17	無気力	131	10	7	11	7	25	15	17	131	8	5	24	14	0	0
		100.0	7. 6	5. 3	8.4	5. 3	19. 1	11.5	13.0	100.0	6.1	3.8	18. 3	10.7	0.0	0.0
	脱抑制(感情や欲 求が抑えられない	76	17	9	28	25	21	4	18	8	76	14	24	12	0	0
	状態)	100.0	22. 4	11. 8	36.8	32. 9	27. 6	5. 3	23.7	10.5	100.0	18. 4	31.6	15.8	0.0	0.0
	徘徊	112	21	9	26	22	20	4	17	5	14	112	37	20	0	0
		100.0	18.8	8.0	23. 2	19.6	17. 9	3. 6	15. 2	4.5	12.5	100.0	33. 0	17.9	0.0	0.0
	睡眠障害	226	37	30	59	46	36	17	36	24	24	37	226	46	0	0
		100.0	16. 4	13. 3	26. 1	20. 4	15. 9	7. 5	15. 9	10.6	10.6	16. 4	100.0	20.4	0.0	0.0
	その他	216	15			13	20	3	20	14	12	20	46	216	0	0
		100.0	6. 9	5. 6	11.1	6. 0	9. 3	1.4	9. 3	6. 5	5. 6	9.3	21. 3	100.0	0.0	0.0
	なし	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	0
		100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0

		合計	設問6入院直前	までの居場所			
			自宅	施設	病院	その他	無回答
	全体	899	542	247	66	38	6
	主件	100.0	60. 3	27. 5	7. 3	4. 2	0.7
	改善	29	17	4	7	1	0
設問18ADLの	以普	100.0	58. 6	13.8	24. 1	3. 4	0.0
程度(入院前	<b>不亦</b>	552	304	180	44	19	5
退院時比較)	小发	100.0	55. 1	32. 6	8.0	3. 4	0.9
赵阮时比敦)	悪化	256	185	47	10	13	1
	老化	100.0	72. 3	18. 4	3. 9	5. 1	0.4
	改善	25	14	4	6	0	1
設問19認知症		100.0	56. 0	16.0	24. 0	0.0	4.0
の程度(入院	不変	588	325	197	39	23	4
前退院時比	个发	100.0	55. 3	33. 5	6. 6	3. 9	0.7
較)	悪化	191	149	21	10	10	1
	芯化	100.0	78. 0	11.0	5. 2	5. 2	0.5

		合計	設問14-2退院往	後の居場所			
		百亩	自宅	施設	病院	その他	無回答
	全体	899	329	270	232	53	15
	土件	100.0	36. 6	30.0	25. 8	5. 9	1. 7
	改善	29	14	7	6	1	1
設問18ADLの	以普	100.0	48. 3	24. 1	20. 7	3. 4	3. 4
程度(入院前	<b>不亦</b>	552	229	188	102	25	8
退院時比較)	个友	100.0	41. 5	34. 1	18. 5	4. 5	1.4
区院时比较/	亜ル	256	69	58	106	19	4
	悪化	100.0	27.0	22. 7	41. 4	7. 4	1.6
	改善	25	10	7	7	0	1
設問19認知症		100.0	40.0	28. 0	28. 0	0.0	4.0
の程度(入院	不変	588	232	202	120	24	10
前退院時比	小友	100.0	39. 5	34. 4	20. 4	4. 1	1. 7
較)	悪化	191	58	37	75	18	3
	心化	100.0	30. 4	19. 4	39. 3	9. 4	1.6

			設問14-	-2退院後の	居場所												
		合計	自宅(注居)	独自宅(近親者等と 同居)	特別養護老人ホーム		介護老人 保健施設	ホーム	サービス 付き高齢 者住宅		医療機関 (一般病 院)		医療機関 (回復期 病院)		不明	無回答	非該当
	全体	343		2 16	5 15	2	39	22	6	11	66	81	49	31	1	2	556
		100.0	0.	6 4.7	4.4	0.6	11.4	6.4	1.7	3. 2	19. 2	23.6	14. 3	9.0	0.3	0.6	
	自宅(独居)	68		2 6	5 1	0	7	4	0	2	15	13	11	7	0	0	85
院直前ま での居場		100.0	2.	9 8.8	1.5	0.0	10. 3	5. 9	0.0	2. 9	22. 1	19. 1	16. 2	10. 3	0.0	0.0	
所	自宅(近親者等)	160		0 7	7 3	1	22	6	4	5	30	36	29	15	1	1	229
	と同居)	100.0	0.	0 4.4	1.9	0.6	13. 8	3.8	2. 5	3. 1	18. 8	22. 5	18. 1	9. 4	0.6	0.6	
	特別養護老人	15		0 (	) 4	0	0	0	0	0	2	7	1	1	0	0	59
	ホーム	100.0	0.	0 0.0	26.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	13. 3	46. 7	6.7	6.7	0.0	0.0	
	介護医療院	1		0 (	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		100.0	0.	0 0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	介護老人保健施 設 有料老人ホーム	16		0 (	1	0	3	0	0	0	2	9	0	1	0	0	44
		100.0	0.	0 0.0	6.3	0.0	18.8	0.0	0.0	0.0	12. 5	56. 3	0.0	6.3	0.0	0.0	
	有料老人ホーム	14		0 (	) 2	0	0	5	0	0	4	1	1	1	0	0	43
		100.0	0.	0 0.0	14.3	0.0	0.0	35. 7	0.0	0.0	28. 6	7. 1	7. 1	7. 1	0.0	0.0	
	サービス付き高 齢者住宅	8		0 (	0	0	0	2	0	1	0	2	2	1	0	0	14
		100.0	0.	0 0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	12. 5	0.0	25. 0	25. 0	12. 5	0.0	0.0	
	認知症グループ ホーム	16		0 (	1	0	2	3	0	2	2	4	0	1	0	1	18
		100.0	0.	0 0.0	6.3	0.0	12. 5	18.8	0.0	12. 5	12. 5	25. 0	0.0	6. 3	0.0	6.3	
	医療機関(一般 病院)	22		0 3	1	0	2	0	2	0	8	4	2	0	0	0	15
		100.0	0.	0 13.6	4.5	0.0	9. 1	0.0	9. 1	0.0	36. 4	18. 2	9. 1	0.0	0.0	0.0	
	医療機関 (療養 病院)	5		0 (	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	14
		100.0	0.	0 0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	80.0	20.0	0.0	0.0	0.0	
	医療機関(回復 期病院)	4		0 (	) 1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	5
	.,	100.0	0.	0 0.0	25.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25. 0	0.0	0.0	0.0	
	その他	14		0 (	1	0	3	0	0	-	3	_	1	4	0	0	24
		100.0	0.	0 0.0	7.1	0.0	21.4	0.0	0.0	7. 1	21. 4	7.1	7.1	28. 6	0.0	0.0	
	不明	0		0 (	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0.0	0.	0 0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	

# [訪問調査]参考資料

<資料1> インタビュー要約

スコットランド 認知症専門ユニット NHS Associate Improvement Advisor

Stephen Lisgow 氏

### 【認知症専門ユニットの目的】

スコットランドには、NHS が運営する 92 の認知症専門ユニットがある。認知症専門ユニットは重度の認知症の人のためのものである。Lisgow 氏は、このうち 4 つの特殊なユニットの運営に関わっている。この 4 つは精神科病院にあり、2 つの役割がある。一つは、急性期認知症病棟と呼ばれる、一般病院や精神科病院に入院する重度の認知症の人や、攻撃的な行動など激しい症状がある人にかかわる役割である。もう一つは、入院する認知症の人へのプログラムを提供することである。認知症専門ユニットで働く職員はすべて NHS が雇用しており、看護師、医師、作業療法士、理学療法士などがいる。病棟のサイズには幅があり、患者は 13~30 人である。現在は、一つの病棟に最大 30 人であるが、スコットランド政府は、15 人前後に縮小するよう求めている。

認知症が重度であれば、自宅や施設に退院することは難しい。

### 【入院中のプログラム】

①アセスメント

内服薬の調整

身体状態・精神状態、認知機能、ニーズに関するアセスメント (作業療法士、理学療法士、 看護師)

栄養状態のアセスメント(栄養士)

家族介護者支援(心理士):多くの家族介護者は、入院に対して強いストレス、罪悪感を 抱いている。

- ②認知症症状への対応: Newcastle Model (図1) をベースにした対応を行っている。もともとは Challenging behavior と呼んでいたが、今は stress and distress と呼んでいる。 Newcastle Model では心理学的アプローチを用いて、ストレスを減らすことを目指しており、 ABC チャートを患者に使っている。モニターは 2 週間ほど行い、行動を観察し、ストレスを軽減する対応を検討する。
- ③トラブルなどの記録:トラブルの前と後の様子を記録する。形式に合わせて2週間記録する。それをもとに、どのように対応するとストレスを減らすことができるかを検討する。ユニットによってうまく機能しているところと、そうでないところがある。

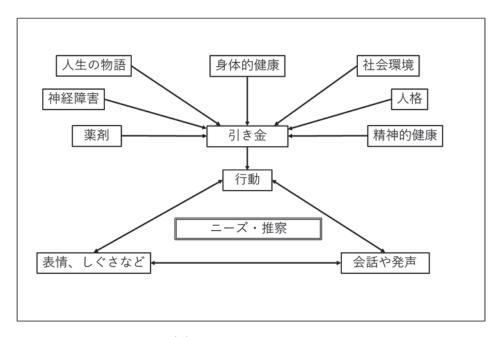


図 1 Newcastle Model

Stephen 氏は現在、Strathbeg と Aberdeen という場所で、これらのアプローチを試みている。スタッフが書いたチャートを見て、正しい書き方ができているかを確認する。可能であれば、インシデント前後の 2 週間の記録が適切な内容であり、フォローアップができているかを一緒に検討する。看護師がどのように New Castle Model を使ってトレーニングをしているかも確認している。New Castle Model はスコットランドの認知症専門ユニットでは非常に重要であるからである。

④身体機能への対応:困難な場合が多いが、Stress and distressの考え方を用いて、かれらのQOLの改善を図る。ストレスを減らし、薬剤を減らす。患者が不安定であれば薬剤をまず調整する。薬剤が多いので、できるだけ薬剤に頼らず環境を調整する。静かなところに移動したり、異なるアクティビティを提案したり、だれかと一緒にいることを試みる。もし環境調整で症状を改善できれば、我々のアプローチが成功したことになる。薬剤を減らし、攻撃的行動を減らし、もしかすると転倒が減る可能性もある。また、1対1で観察する必要がなくなる。1対1の観察とは、患者が非常に不安定である場合に、24時間の観察をすることになっている。この観察を行う場合には、別の看護師を確保する必要があり、1日か2日、その患者のそば、もしくは少し離れて特別な観察を行う。しかしこれにはコストもかかる。もしも1対1観察を減らせれば、コストを減らすこともできる。成人の精神疾患治療においてもこれは重要な課題となっている。精神科病院では、統合失調症、うつ、不安などの患者に対して、1対1観察を行ってきたが、その体制を変えようとしている。観察するのは、症状ではなく、共に話す、座る、音楽、リラクゼーションなどのアクティビティを通した多専門的アプローチによる取り組みにしたいと考えている。その患者をただ座ってみているだけではない。

我々は、リラクゼーション音楽に、より一層取り組まねばならない。自分が作業療法士として仕事をしている時、観察を担当する看護師(1対1対応を行う看護師)はただ見て記録するだけだったけれども、改善してゆく様子を測定するような観察方法に変えていきたい。

転倒予防のために、グラスゴーのユニットでは、Big Six という理学療法を行っている。 それは、基本的には椅子に座ってのエクササイズであるが、そこでは病棟で園芸療法なども 取り入れている。スタッフとともに外にでかけることができる。難しいのは、長い間座って 過ごすと、より機能が低下することである。

Strathbeg というところでは、理学療法を用いたアクティビティにより、機能低下を予防し、薬剤を減らすこともできた。毎週、内服薬を記録し、患者は病棟内を自由に歩くことができ、その様子を観察して記録している。病棟のドアは鍵がかかっているが、内部は歩くことができる。

## 【身体拘束についての考え方】

身体拘束は、ほとんど使わない。グラスゴーのユニットでは、管理者が身体拘束を廃止しようとしており、転倒の可能性はあるが安全な環境を整えることに焦点をあてて取り組んでいる。身体拘束は人権侵害であると考えられるが、転倒を予防しようとすれば、時として必要な場合もある。だからこそ、身体拘束のあり方はリーダーシップにもよるだろう。しかしながら、身体拘束は歩く能力を奪うし、彼らの自由も奪う。環境を整えて自由に歩けるようにする対応は、あえてリスクをとることを受け入れる考え方ともいえる。

Stephen 氏が関わっているユニットではほとんど身体拘束を行っていないが、現在、よく転倒する患者がおり、柵をもって歩くようにスタッフがいつもそばで観察していなければならない。スタッフがいつもついて歩くよりも、あまりにも危険すぎるときには座っておいてもらうほうがよい場合もある。

### 【薬剤についての考え方】

GP が処方するが、薬剤のコンサルタントや、専門の精神科医が薬を変えることもできる 主治医の処方を、他の専門の医師が変更するのは困難ではない。

認知症専門ユニットでは、ほとんどの人がケアホームに退院するが、一般の病院では、ほとんどが自宅に帰るため、退院時に薬剤変更の情報がGPに行くし、精神科看護師が、自宅における薬剤調整の必要性も含めたモニタリングのために訪問することもよくある。

ベンゾジアゼピンなどの薬剤については減薬する方針である。医療スタッフは、薬剤の危険性を認識しているので、薬剤を使用することへのためらいが生じている。その代わりに別の非薬物的なアプローチが注目されている。精神科医は薬剤の危険性があるからこそ、認知症治療薬は非常に小さい分量で処方している。超高齢者が長期的に認知症治療薬を飲み続けることはないと思う。

### 【認知症の人の一般病院への入院】

認知症があっても、身体の健康問題があれば、入院はありうる。転倒が一番の入院の理由となっている。肺炎や、関節炎もある。状況によって、予定された入院と、緊急入院がある。認知症専門ユニットにいる人が、転倒などの深刻な事故にあった場合、一般病院に行って手術することがある。

課題としては、一般病院や救急病院では、スタッフが認知症のトレーニングを受けておらず対応に困っている。そのため急性期精神科チームやメンタルヘルスチームから、リエゾンスタッフを、対応に困っている病院に派遣することもある。

急性期病院は身体疾患への対応がメインであるが、今では4分の1の患者が認知症を患っている状況である。

急性期病院の認知症患者のケアを改善するために10 care action (<資料2-1>~<資料2-3>)というものがある。1番目はリーダーシップであり、3番目はプランと準備である。これは国家戦略であり、急性期病院の認知症ケアについてのフレームワークをまとめている。

Aberdeen の急性期病院では4つの病棟があり、Aberdeen の地域では、専門認知症看護コンサルタントを設置する予定で、スタッフのサポートを行う。急性期病院のスタッフが受ける Dementia Champion というプログラム (6 か月のコース) がある。現在数百人がこのトレーニングを終えている。

### 【これからの改善について】

Model for improvement を用いて、改善すべき分野を明確にする。そして試行することを繰り返す。改善の様子を把握するための "Run Chart"を開発していて、その一つとしてすべての患者が自分のことを知ってもらうための書類がある。過去の生活などの小さな情報がとても重要である。しかし、調査によると患者の 70%しかこの書類を作成していない。このように、提案していることがどれくらい実施されているかを調査している。 "Run Chart"は一週間ごとに記録するが、病棟やスタッフの状況によっては、ときに月ごとになることもある。

チャートなどのデータは必要であるが、リーダーシップとその質がより重要である。リーダーシップも含む、質の改善のための原則を病院に広げようとしているところである。

#### 【退院計画】

退院計画はとても重要である。

認知症の人は、急性期病院からケアホームに行くことのほうが多く、家に帰るのは難しい。治療によりある病態が改善したとしても、病院に長くいればいるほど、身体機能は低下し、要介護状態になる。

病院の退院支援チームは、入院した時から、理学療法士や作業療法士が専門的に情報を収集し、退院について検討する。すべての人がこのような対応を受けられるわけではないけれども、ほぼ全病院に退院支援チームができたところである。

本人に判断能力がないと見做される場合は、特別な書類があり、代理決定者が決定を支援することができる。代理決定者を指定する書類を書いていない人は、家族のメンバーが決定する。現在、多くの人が代理決定者を決めているが、もしも決めておらず家族がいない場合には、後見人制度が用いられる。

たとえ認知症があったとしても、患者に判断能力があると認められた場合には、患者の決定が重視される。認知症などによって判断能力がない場合は、"Adults with incapacity act"という法的フレームワークがあり、そこで代理決定者や後見人制度のことが定められている。

医師は、患者が病院にいる理由を理解しているか、なにが起こっているかを理解しているか、もしくは治療を理解して希望しないとか、情報を保持できるかなどを把握しようとして

いる。医師が、患者に判断能力があるかを見極めている。しかし、状況はその時によって変化するため、その見極めは難しい。

そうしたバックグラウンドだけではなく、経済状況や適切な福祉サービス利用について把握しなければならない。財産によって、その人にあった支払いをすることになっているため、お金を持っている患者の場合には、ケアに対して支払いが生じることもある。

### 【長期入院の課題】

ベッドブロッキングの問題がある。身体状態が改善し、ケアホームに行かなければならないが、その支払いが完了してない場合や、ケアホームのベッドに空きがない場合には退院できない。そのため、Intermediate care というものが始まった。NHS が支払うケアホームのようなものである。理学療法士や作業療法士がおり、急性期病院ではないが、専門的なケアを受けることができる。急性期病院は認知症の人に適する場所ではないため、Intermediate care は、認知症の人に適する場所といえる。

### 【退院が遅れる理由】

約18%の人が、自宅療養の環境が整わず、退院できないでいる。

約10%が後見人の決定を待っている。この決定には時間がかかる。

約45%は、サポートやリハビリが必要な状況。

在宅ではすばらしいケアパッケージがあるが、急性期病院に入院するとそれが止まってしまう。退院する際には、再度申請し、時間がかかり、担当者が変わるなど課題が多い。

後見人制度を利用する人が増え、41%増えた。ソーシャルワーカーが後見人制度を申請するケースが増え、すべての手続きが終わるには時間がかかる。

### 【認知症専門ユニットでの過ごし方】

食事のあとにベッドで過ごすことはほとんどない。

いくつかのユニットでは、必要であれば患者さんの部屋に鍵をかけてベッドに戻れないようにすることもある(常時臥床しようとする人の場合のみ)。日常の様々なケアのときに、スタッフが積極的に会話を増やすよう伝えているし、それはすべて治療の一貫である。日常の動作やコミュニケーションを積極的に行ってもらいつつ、それを観察して記録に残す。趣味的な活動を増やし、座っていたとしても、なにかをする機会を増やしている。しかし、こうした日常的な小さな出来事を記録するのはまだできていない。しかしそれらの活動が患者のwell-beingの一部であることを理解しており、我々は決して患者を部屋にい続けることはさせない。

Ayr 地域には、とてもよいユニットがある。歩ける患者をタクシーで博物館に連れていくこともある。数名のスタッフが数名の患者を連れていく。しっかり歩行できる患者のみに限定される。これらは特別なことではあるが、日常的に庭などの外に連れていく。また、子供を病院に招待することもある。

Balmoreでは、介護者や親族や子供を連れてくるイベントがあり、音楽を楽しんだり、一緒に種を植えたり、お茶を飲んだりする。男性エリア、女性エリアを設置し、時には部屋に帰って過ごすこともある。リラックスするために一人の時間も必要である。しかしアクティビティの量は、まだ改善の余地がある。Strathbegでは、アクテイビティボードを作成し、壁にはるようになった。患者の作品や写真を毎日飾り、親族がそれを知ることができる。アクティビティが多すぎると興奮することもあるため、その量のコントロールが必要であるし、より個別化するために1対1の対応が必要がある。患者それぞれの部屋にアクティビティボックスを設置し、その中に患者が好きな物を入れている。専門職や家族が、その患者が何が好きか、できるかを考えてその箱に道具を入れて、1対1のアクティビティを短い時間で実施できるかを検討している。グループアクティビティも併用しつつ、個別ケアを提唱している。

ボランティアを活用しているところもあるが、やめてしまうことが多いので、心理学の学生を招いているところもある。

### 【認知症が進行した人の選択を支える】

現在の状況を改善するために、Experience-based co-design model を用いている。

病院のスタッフにインタビューおよび日常の様子を観察する。あるユニットでは1日かけて行った。職員同士が観察しあい、記録に残し、議論した。例えば、朝の5時か6時に起きてくる患者に対して、朝食まで時間があるので、スナックの用意をしてあげようなどと検討された。また、スタッフと患者の間にとても暖かい会話がなされていることを皆で理解することができた。一方で、身体的な環境がよくないこともあることがわかった。例えば、夏は4時から明るくなるなど、明るさの調整が必要であることが明確になった。

認知症の本人とのコミュニケーションが難しい場合には、家族介護者にもインタビューをして、介護者の経験を聞いた。同時に、その本人の観察も行う。Talking mat

(https://www.talkingmats.com/) というコミュニケーション支援デジタルツールを使って、言葉に頼らないコミュニケーションを図る努力をしている。方法としては、スタッフ、家族、本人から情報を得たあとで、スタッフと家族が一緒に話し合う。その中で、インタビューや観察情報の中から、改善すべきテーマを選んだ。

Aberdeenでは、スタッフがストレスを感じていて疲れているという意見があり、それを改善したところ、離職率が下がり、スタッフが増えた。

様々なユニットから出てきた意見では、アクティビティを増やす、介護者のための情報、ケアプランの改善、チームのトレーニングの改善、環境調整などの課題がでた。環境調整の中では、食器の音が減るように食器を変えるなどの取り組みにつながった。

### 【死を迎える場所】

多くの人が自宅で死を迎えたいと思っているが、環境による。すでに病院に入院している場合には、在宅に戻ることもありうる。癌の場合、癌の専門看護師が在宅訪問して支援しているが、認知症の人に関しては対応できていない。

変化してはいるが、死や死について語ることへの偏見はいまだにある。多くの人が死についてどう語っていいのかが分からない。

癌について、20~30年前は語りにくいものであったが、現在は癌や、癌になった時に最期の生活をどうするかを語るようになっている。認知症の場合にも、よりよく死を迎えることについて語るための支援が必要である。

軽い肺炎や熱で、本人が病院に行きたくないという場合、本人の意思が尊重される。

しかし、非常に厳しい状況である場合には、Mental Health Act に基づき、強制的に病院に連れていくことはありうる。例えば、家族に状況を確認し、在宅でできることをすべて試したが、徘徊などで家族が疲弊している場合には病院にいくことを選択する場合もある。

### <資料2-1>

Identifying critical success factors for improved outcomes for people with dementia and their carers in acute care

A focus on NHS Grampian p. 20-p. 22

# 【Care Action 3】Plan and prepare for admission and discharge(入退院の計画と準備)

退院が72時間を超えて遅れた人々は、より早く自宅に戻った人々よりも予後が悪いというエビデンスがある。従って、退院の遅延を減らすことは、健康とソーシャルケアの国家優先事項である。

### <調整された退院計画とフォローアップ>

# ■複雑な退院時に家族やコミュニティチームと連絡を取り、タイムリーな退院を促進する 退院コーディネーター

2012 年、DOME は、病棟内外の移動が認知症の人とその介護者のトラウマとなることを認めた。苦情のデータを評価したところ、退院の過程に関する苦情の割合が高いことが明らかになった。その結果、DOME の病棟に退院コーディネーターの役割が導入された。この看護師の役割は、病棟に勤務するスタッフにとって非常に貴重であることが分かっており、現在ではチームに不可欠な存在として認識されている。

退院コーディネーターは、退院の取り決めが明確に伝達され、家族がその過程に全面的に関わっていることを確実にするための重要な窓口として、入院時に患者とその家族及び介護者と連絡を取り合う。コーディネーターは、介護者の支援役を果たし、多職種チームの他のメンバーと連絡を取って、必要に応じてサービスを案内したり照会したりする。彼らは、適切なサービスと設備が退院に確実に間に合うように、地域のソーシャルワーカーや機関と緊密に連携する。この献身的な役割が存在することで、病棟の看護スタッフは、日々の看護業務に集中することができるのである(図 13)。

Figure 13: Discharge Coordinators





「X線の後、彼女は一晩 ARI の 304 病棟に入院しました。私たちは、彼女が自宅でより多くのケアを受けられるようにするため、できる限り早く自宅へと退院できるよう、とても熱心に連絡を取り合いました。

既にパラマウントケアチームが自宅で母をよくサポートしてくれていたのは幸いでしたが、私たちにはより多くのサポートが必要でした。看護師で退院コーディネーターのシェリアが準備をよく助けてくれていたことがわかりました。彼女は陽気でもあり、私と母との付き合いにおいて温かさとユーモアを見せてくれました。OT や薬剤師

を含むチームの他のメンバーもとても助けになりました。母は再び家にいます。ありがとう。」

- Feedback from patient's relative from www.careopinion.org.uk

### ■複雑な退院の退院後フォローアップ

その部門は、入院時から退院を計画し、退院支援のための多職種アプローチを取っている。 the Older Adult Mental Health Liaison team (高齢者メンタルヘルス連絡チーム) は、退院時の複雑なニーズを考慮して、地域機関と共に入院と退院を支援するのに不可欠な役割を果たし、ケアプランが確実に行われるようにしている。その部門は、自宅にいる患者や家族にアドバイスやサポートを提供する Community Link Team も利用している。

### ■退院プロセスのレビューと、改善のための品質向上アプローチ

地理的理由とスタッフの使いやすさにより退院支援サービスが制限される可能性があることが認識されているため、その部門は品質向上のための協力を通じて内部的に退院プロセスを改善する努力を行っている。これには、多職種チームが共同で設計した退院チェックリストの開発が含まれている(図 14)。



Figure 14: Twitter image of team developing discharge checklist

### ■多職種チームによる入院時からの退院計画

薬局のサービスは、退院支援に不可欠な役割を果たしており、退院プロセスに多くの改善をもたらしている。

- ・退院通知書の「入院による変更」セクションで、薬の変更が全て強調表示されていること を確認する。これは、GP 手術のためだけでなく、自身の薬を管理する患者や介護者にも 価値のあるサポートになる。
- ・Medicine Administration Record (MAR 薬品管理記録) チャートで患者を識別し、投薬の変更が電子退院通知書と Emergency Care Summary (ECS 緊急治療サマリー) で強調表示されていることを確認する。

・午前中の多職種ミーティング前に、退院が全て薬局に明示されるように、病棟スタッフと連携を取り、午後1時までに確実に全ての薬を薬局からリクエストできるようにする。このシステムが導入される前の50~70%とは対照的に、退院の95%がミーティング前に通知されるようになった。

これらの変更は、プライマリケアチーム、患者、介護者のコミュニケーションと安全性の向上に繋がっている。

### <資料2-2>

Identifying critical success factors for improved outcomes for people with dementia and their carers in acute care

A focus on NHS Grampian p. 23-p. 28

# [Care Action 4] Develop and embed person-centred assessment and care planning (パーソンセンタードケアのアセスメントとケアプランニングの開発・実施)

パーソンセンタードケアは、健康とソーシャルケアの専門家が、サービスを利用する人々 と連携することによって提供され、個人のニーズや彼らにとって重要なものに合わせて調整 される。個人は情報に基づいた意思決定を効果的に行い、自分自身の健康とケアに関与する ことができる。個別化し、調整したケアを確実に行うことは、人々が選択し、自身の健康を 管理し、できる限り独立して生活することを可能にする。

### <ケアプランニングへの情報提供となるパーソンセンタードアプローチと文書の使用>

DOME のスタッフは、認知症の人の肯定的な結果を達成する成功例の多くは、認知症の診 断に焦点を当てることではなく、パーソンセンタードケアに重点を置くことによるものだと 感じている。パーソンセンタードケアを促進するためのツールやアプローチは数多くあり、 その多くは、個人にとって重要なことや、望み・好みなどの要素を特定するために質の高い 会話をサポートする。DOME のスタッフは、パーソンセンタードケアのアセスメントとケア プランニング、特にGTKM (Getting to Know Me) 文書の使用に関するケア改善について 様々な取り組みを行っている。この部門は、コンプライアンスを追跡するための文書とデー タの使用を改善することを目的として PDSA サイクルを使用している (図 15)。

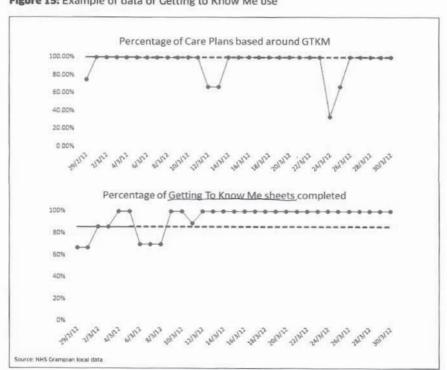


Figure 15: Example of data of Getting to Know Me use

コンプライアンスは、特に初めの内は、時間と人員配置レベル、それを記入する担当者、 患者と家族の参加、ツールの仕組みの理解などの要因によって変動することがわかる。コン プライアンスは現在、データの分析やチームの議論を通じて向上している。

スタッフは、GTKM 文書は、パーソンセンタードケアの提供を改善させる非常に貴重なコミュニケーションツールであると報告している。

### ■Getting to Know Me の例

病棟に入院したある患者は、非常に不安定な状態にあり、助けを借りずに歩くと、他の患者のテーブルや物や看護師の書類を動かしてしまっていた。GTKM が完成した時、スタッフはその患者が以前銀行員であったことを知った。スタッフは紙幣を調達し、ナースステーションに一緒に座るよう勧めた。患者はそこで幸せそうにお金を分類して数え、メモを取っていた。患者は出世し、看護師長の部屋を自分の仕事をするために使った。病棟でも、患者は安全で満足した状態を維持した。患者は、病棟にいる時でも安全で満たされたままでいられるその Senior Charge Nurses office を自分の仕事をするために使った。その患者の家族は、愛する人がいかに落ち着いたかに驚いた。

病棟に入院したある患者は、英語が話せず、その家族も少しの英語しか話せなかったため、GTKM は言葉によるコミュニケーションの壁を崩すために使われた。チームとして患者の言語で患者と会話できるように、この患者の GTKM には役に立つ日常の言葉が書き留められた。それらはスタッフが発音しやすいように書かれていた。我々はチームとして GTKM からこの患者の文化とニーズについて学んだ。

ある患者は別の地域から非常に強い不安と恐怖感を抱いた状態で入院した。その患者は認知症を患っており、運動機能障害のために以前の病棟で身体拘束を受けており、非常に不安定だった。GTKM がなかったため、我々は家族に GTKM を完成させるよう頼み、その理由を愛する人にしてあげたいと思う方法で確実にケアが与えられるようにするためだと説明した。その患者は大家族の長であり、管理して決定を下すのが好きだった。認知力が低下していたため、その患者は家族が彼らの知らせで自分の情報を更新していることに必ずしも気づかず、しばしば怒っていた。GTKM を完成させた後、スタッフと家族は、起こったことを本に書き日付を加えることによって、患者の情報を最新の状態に保つことにした。これにより、患者は、彼女自身のことを依然として家族の長であり、家族が正しい決定を下すのを助ける存在だと感じ続けられるようになった。家族も、彼らの愛する人が不安や恐れを感じにくくなり、病棟内の新しい家族の一員であるのを楽しんでいることについて幸せに感じるようになった。

理学療法スタッフは、Getting to Know Me 文書と Playlist for Life の両方に対する意識を高めるための非常に斬新な方法を思いついた。全ての理学療法スタッフは、彼ら自身の GTKM 文書と Playlist for Lifeを完成するよう求められた。これらはスタッフのクリスマスランチに組み込まれ、そこでプレイリストが再生され、GTKM 文書の情報がクイズの一部として使用された(図16)。

**Figure 16:** Physiotherapy Getting to Know Me Documents



### ■アセスメントとケアプランニングプロセスの見直し・改善のための品質改善手法

この部門がパーソンセンタードケアを向上させるために用いているもう1つのイニシアチブは、「あなたにとって何が重要か」という会話を患者とその介護者との間で交わすことである。これは「あなたにとって何が問題か」から「あなたにとって何が重要か」の文化へと発展しつつある変化の一部である。各ベッドサイドのホワイトボードと What Matters to Me Trees は、「あなたにとって何が重要か」という会話からの大切な情報を記録し、全てのスタッフが患者の好きなこと、嫌いなこと、ニーズ、目標をより理解できるようにするために導入された(図 17、18)。

データのコレクションは、実際の使用に組み込まれるまで、コンプライアンスを監視しサポートするために用いられた(図 19)。

Figure 17: Ward 306 bedside board

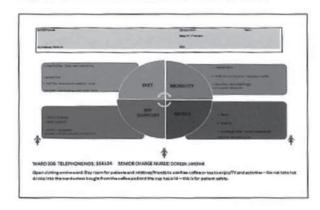


Figure 18: What Matters to Me Tree

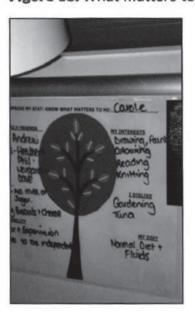
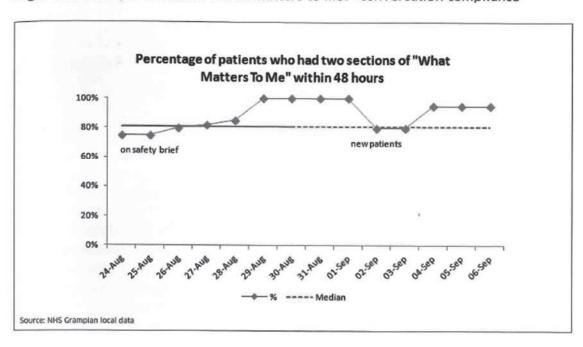


Figure 19: Example of data of "What Matters to Me?" conversation compliance



理学療法士と作業療法士は、パーソンセンタードケアを促進する多職種チーム内のコミュニケーションを改善するために PDSA サイクルを使用してデータを収集した。Trakcare システムを使用して、彼らは患者の治療計画や進捗状況に関する情報と退院計画についての情報を毎日更新した。これにより、チームの他のメンバーは、パーソンセンタードケアを遂行するために情報に素早くアクセスでき、重複や遅延を避けることができた。PDSA サイクルからのデータを以下に示す(図 20)。

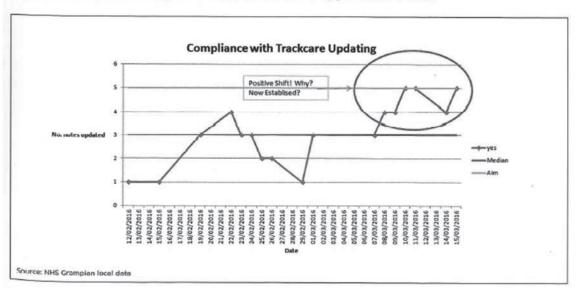


Figure 20: Physiotherapy and Occupational Therapy Trakcare data

# ■共有ノートの使用を含むケアプランニングのための多職種アプローチ

ユニット内の薬剤師もまた、サポートサービスや介護者支援など患者の全ての社会的状況をレビューすることでパーソンセンタードケアに取り組んでいる。患者の社会的状況をレビューに組み入れることで、薬剤師は、処方される薬のタイミングと形式に影響を与える可能性のある患者の家庭生活様式をより理解することができる。特に患者が薬の服用に介助を必要とする場合には、朝食と昼食とティータイムの1日3回薬が処方されるが、その他の時間に薬が処方されると問題が発生するだろう。これらの事情は今日では考慮に入れられているが、以前は焦点になっていなかったかもしれない。

成功した改善案の1つは、多職種チーム間のコミュニケーションを改善し、時間を節約し、不要な重複を回避することにより、パーソンセンタードケアの改善を促進した共有ノートの使用である。多職種の情報全てが確実に手近にあることは、患者や家族とのコミュニケーションの改善を促進した。

「これはしばしば、効率的で安全な退院計画に繋がり、患者、家族、介護者に彼らの健康状態とその選択肢についてより一貫性のあるメッセージを与えました。」 - Dr Roy Soiza, Consultant Physician

「共有ノートは、患者に何が起こっているかを見つけることをはるかに容易にしました。以前は、看護メモ、作業療法メモ、理学療法メモから情報を見つけるのが大変でしたが、今では全てに簡単にアクセスできます。私は共有ノートがチームのコミュニケーションを大きく改善したと感じています。」

- Dr Catherine Butchart, Consultant Physician

# <資料2-3>

Identifying critical success factors for improved outcomes for people with dementia and their carers in acute care

A focus on NHS Grampian p. 40-p. 41

# 【Care Action 9】Minimise and respond appropriately to stress and distress (ストレスと苦痛の最小化と適切な対処)

認知症の人のストレスや苦痛の原因には、生物学的、心理的、社会的、環境的要因を含む様々な要因がある。抗精神病薬を使用したストレスと苦痛の管理から、可能な限り非薬理学的な手段を用いた予防と管理へと移行してきた。これは不適切な向精神薬の使用を減らすことを約束するスコットランドの国家認知症戦略のコミットメント 12 と 13 に反映されている。

# <個人を中心とする意義深い治療活動>

この出版物に取り上げられている取り組みの多くは、間違いなくストレスや苦痛を最小限に抑えて対処するのに役立つ。チームは、装飾の改善、騒音レベルの管理、明るくわかりやすい標識のある病棟、患者とその親近者が病棟から離れる時間を持てるようにするための静かな場所など、環境への様々な改善をサポートし、導入した。

# ■パーソンセンタードケア - 患者とその介護者を知ること

病院スタッフの間で人員を有意義に配置し従事させようとする試みと同様に、Getting to Know Me 文書と What Matters to Me を使用することは全て、ストレスや苦痛を最小限に抑えるのに役立った。

「一日中いつでも短期または長期にわたってできる、小さな個人的な活動を導入することが、急性期病棟で苦しんでいる患者の改善にそれほどまでに大きな影響を与えるとは思いませんでした。」

- Emma Davidson, Band 3 Senior HCSW-Ward304

人を中心とした訪問の採用とは、家族、友人、介護者がいかなる時でも、特に、個人的な介護が必要な時や食事の時など、患者のストレスや苦痛のリスクが高い時にも訪問できることを意味する。

# ■意義深い治療活動

作業療法部では、彼らが理学療法スタッフと一緒に働く病棟で、毎週2回のアクティブリカバリセッションを開発した。セッションには、認知刺激療法(CST)、回想、記憶、オリエンテーション治療活動が含まれている。彼らは、セッションの後、患者が「より活力があり、指向性があり、満たされている」と報告している。

# <認知症の人のストレスと苦痛に対処する具体的な知識とスキル>

スタッフのための専門的な認知症トレーニングへの投資は、ストレスと苦痛を予防し、最小限に抑え、対処するための知識とスキルを彼らに与えた。

彼らはまた、認知症専門の支援的な基盤からも恩恵を受けている。地元のAlzheimer Scotland Dementia Nurse Consultant と同様に、患者がストレスや苦痛を含む複雑なメンタルヘルスの問題を抱えている場合は、病棟からの紹介を受ける the Older Adult Mental Health Liaison team (高齢者メンタルヘルス連絡チーム) によってサポートされている。

the Older Adult Mental Health Liaison team は、抗精神病薬を処方されている患者数を減らしたり、専門施設に転院させようとする。彼らはまた、認知症の診断を支援し、Adults with Incapacity (無能力の問題を持つ成人) に助言を与え、移行を支援するだろう。

ある病棟は、ある女性を the Older Adult Mental Health Liaison team に紹介しました。この女性は別の病院の精神病棟に移動する必要があるように見えました。チームの支援を受けて、病棟スタッフは DOME で彼女の複雑なニーズを満たすことができ、喜んでいました。

ある女性は人生の終わりに近づいていました。彼女は自分の犬たちが一緒にいないことにとても苦しんでいました。スタッフは病棟で犬たちが彼女を訪問するよう手配しました。彼女は叫びました。「私の友がここにいるのを見て!」彼女は数日後に亡くなりました。

# <資料2-4>

# 【Focus on dementia work in hospitals】病院における認知症にフォーカスした取り組み

# ■Focus on Dementia: 国家改善プログラム

Focus on Dementia とは、スコットランドにおける認知症のための国家改善プログラムであり、Healthcare Improvement Scotland's Improvement Hub (ihub) 内に基盤を置いている。我々は、ケアとサポートの質を改善していくために、健康とソーシャルケアの連合、認知症患者、介護者の全国組織と連携している。この事業の全ては、スコットランドの2017~2020年の認知症戦略の実施を支えており、将来的な方針と実践を知らせるものである。

# ■スコットランドの国家認知症戦略

スコットランドの第3次認知症戦略(2017年発表)は、認知症患者とその家族と介護者へのサービスや成果の改善に関する過去10年間の国の進展を元に立てられている。この戦略の公約7は、スコットランドの全域で、病院や急性期ケアの改善支援に注力する。

「私たちは急性期ケアと専門 NHS ケアにおいて、認知症の人のためのサービスを改善するために国家行動計画を実行し続けます。退院の遅延、回避できる入院、不適切に長い入院期間に対する活動の連携を強化します。」

# ■急性期ケア改善の支援

認知症の人が入院した時に、我々は急性期ケアの改善をサポートする事に注力する。入院が短ければ、彼らは自宅や家庭的な居場所に戻ることができ、より快適に長く生きられるようになるからである。

# 65 歳以上の認知症の人は、病院のベッドの推定25%を占めている。

認知症の人は、併発する病気や、転倒、骨折、感染症などの認知症の二次的な合併症のために、認知症のない人よりも入院する可能性が高い。彼らは入院すると、入院期間が長くなる傾向があり、転倒、褥瘡、感染症などの悪い結果に陥り、介護施設へと退院していく可能性が高くなる。

- Alzheimer's Society

# ■ケーススタディ

我々は、急性期病院における認知症ケアを改善するものを理解するために NHS Grampian と連携している。共に働くことにより、いくつかの重要な学習ポイント(以下を含む)が特定されてきている。

- ・病院でケアを提供するスタッフは、認知症に特化した訓練とスキルが必要である。
- ・認知症のトップを任命し、病院スタッフ内でリーダーシップを養うことが重要である。
- ・日々の実践の一環として、品質向上を意識することが重要である。

## <資料2-5>

Best practice in dementia care: A learning programme for emergency care staff Study materials p. 14-p. 17

Part 3: Assessment and support for the person with dementia, their family and carers

# 【Support from admission to discharge】入院から退院までの支援

介護者や近親者は、認知症の人を非常によく知っており、医療スタッフにとって極めて重要な情報源になる可能性がある。救急科に来た認知症の人がトイレに行く必要があったり、 痛みや不安を感じているというような微妙な兆候をスタッフが察知するのを期待することはできない。

家族や介護者が介護の計画、実施、評価に関わっている場合、彼らはその人の介護の特定の側面について援助を提供できる。認知症の人の生活習慣、食事、彼らの興味を知ることは、彼らの病院への順応を助けるのに非常に重要になる場合がある。入院時に家族や介護者の話に耳を傾ける時間を取ることは、認知症の人のニーズとその近親者や介護者のニーズ、両方について貴重な見通しをもたらしてくれるかもしれない。

認知症の人全員に近親の介護者がいる訳ではない。彼らの主たる介護者は在宅介護サービスのスタッフかもしれない。彼らもまた、医療スタッフが認知症の人を支え、信頼を得るのに役立つ貴重な情報を持っている。

# Exercise 3.7

救急科において、介護者や家族が提供してくれそうな認知症の人の支援の助けと なる情報の種類を考えてください。あなたのアイデアを以下に書いてください。

入院はしばしばトラウマ的であり、長く滞在すればするほど、その人が自宅に戻る可能性は低くなる。代わりに、彼らは介護施設に入居する傾向が高くなる。そのため、認知症の人は入院から退院までに適切なサポートを受けることが重要である。救急科で働く医療スタッフは、その人のケアに重要な役割を果たしており、認知症の人を入院させるという決断が軽視されることは決してない。

あなたは救急科チームの一員として、認知症の人が到着時に出会う最初の人間の一人かも しれない。彼らは救急科に到着した時に感情的な苦痛を感じているかもしれない(例えば、 不安になったり、落ち込んでいるかもしれない)。 その状態は、混乱や機嫌の悪さを増幅 したり、スタッフとの意思疎通の妨げとなる可能性がある。

その人が病院に到着したときに経験する可能性のある感情的な変化をスタッフが気付くことは非常に重要である。当然のことながら、彼らは自宅を出て慣れない環境に身を置くことについて喪失感や不安感を抱いているかもしれない。

認知症の人が計画的なケアや治療のために入院する予定の場合は、主な介護者や近親者と共に事前に手配する必要がある。到着時には、病院の環境や日常生活に慣れるために十分な時間が与えられるべきである。移行のトラウマを減らすには、既存の関係をできる限り緊密に保ちながら、新しい関係を医療スタッフと共に構築することが重要である。この種の前向きな計画は救急科の中では不可能だが、スタッフは、ケアに関わる他のサービスのスタッフとコミュニケーションを取る際に、その患者の継続性を維持することの重要性を強調すべきである。

## <KEY POINT>

認知症の人の話を聞くのに時間をかけることは、救急科にいる期間の最優先事項である。 全てのスタッフと、患者、その家族、介護者との間の良好なコミュニケーションが大切であ る。これは救急科に通うことによるトラウマと、長く続くケア、両方を最小限に抑える助け になるだろう。

#### Exercise 3.8

認知症の人やその家族、介護者が救急科に到着したときに、あなたは彼らをどのように支援しますか。

救急科に通うほとんどの患者は入院することはできない:継続的なケアや治療を受けているのは3人の内1人だけである。救急科にいる間に患者が適切なケアを受けられるようにするのは困難な場合がある。患者とその介護者に共感を示し、安心させ、彼らが安全安心を感じられるように手助けすることは、優れたケアの重要な要素である。

認知症などの認知障害を持つ高齢者を退院させることは複雑なプロセスであり、多くの要因を考慮に入れることが必要である。看護師と医療スタッフは、救急科からの安全な退院を詳細に計画する必要がある。

救急科でのアセスメント後に退院している場合は、一般開業医またはその他のプライマリケアサービスを介して適切なフォローアップが行われているのを確認することを勧める。救急科のスタッフが、最近の行動の変化、食事の摂取量、運動機能、コミュニケーションの変化と共に、認知症や認知機能障害の診断の詳細を記録することは非常に重要である。その後、これらは個人のケアプランで考慮に入れることができる。

# Exercise 3.9

- 1. 認知症の人を救急科から退院させるときに考慮すべき重要な要素は何ですか。
- 2. 認知障害の有無にかかわらず、高齢者の安全な退院を確保するために、あなたの部署はどのような安全な仕組みを導入していますか。

認知症の人のためのいかなる移行もトラウマになる可能性があり、彼らは正しいサポートを与えられる必要がある。退院時には、地域の精神科看護師 (CPN) や他の専門家の支援を受ける人もいる。どのような状況であっても、病院から在宅への移行のトラウマを減らすために、CPN や在宅介護スタッフとの関係など、あらゆる関係をできる限り維持することが重要である。このようなトラウマ的な時期には、馴染みのないメンバーの追加などの変更は、その人にとって有害になる可能性がある。

#### <KEY POINT>

認知症患者を救急科から退院させるときには、自宅に戻るか介護施設に入居するかどうか、慎重な計画が必要である。その人の安全は最優先事項である。我々の目には理想的には見えないとしても、人々が自宅で対処できるシステムをしばしば持っていることを覚えておくこともまた重要である。彼らにとって入院は、必ずしも最も為になるとは限らない。

- 介護者は退院日を事前に通知する必要がある。
- ・必要に応じて他の機関へ紹介すべきである。
- ・既存の介護パッケージがある場合は、退院後もこれが所定位置にあることを確認する。

# <資料2-6>

【Focus on personalized music to support people living with dementia】 認知症を患っている人を支えるパーソナライズされた音楽へのフォーカス

#### ■序論

Focus on Dementia は、Specialist Dementia Unit や地域社会で認知症と共に生きる人の経験を改善する一連の治療的介入の一環として、パーソナライズされた音楽を支援するために、Playlist for Life (英国の音楽と認知症の慈善団体)と協力している。

# この取組みの成果として

- ・スコットランドの10のSpecialist Dementia Unitが公式な「Playlist for Life Establishments」になった。そして
- ・Playlist for Life の特別なトレーニングセッションが、診断後サポート医のために開発されている。

認知症の人々の幸福と経験を向上させるために、現在この研究に関わり Playlist for Life を組み入れる適切な機会を特定し続けているスタッフから肯定的なフィードバックが寄せられている。

### ■Specialist Dementia Units

スコットランドの10の Specialist Dementia Unitが、公式な Playlist for Life Establishment になるチャンスを掴んだ。全てのNHS機関は、Playlist for Life を使用するための認定トレーニングを受ける申請をすることができた。各ユニットは、Playlist for Life を使用した経験に基づいてケーススタディを作成した。スタッフは、認知症の人々が歌や踊りにどのように関わったか、コミュニケーションがどのように改善されたか、そして場合によっては薬物の使用がどのように減少したかの例を挙げた。

ケーススタディを通じて、Playlist for Life が一部の認知症の人に良い影響を与えたことは明らかだった。スタッフはまた、何人かの人はより落ち着いて、アイコンタクトが増えたと報告した。認知症の人々の中には、Playlist for Life に関与しない人がいることに注意することもまた重要である。Playlist for Life は、認知症の人々への治療的介入のほんの1つに過ぎず、個人にとって重要なことに基づいて個別のアプローチを取ることの重要性が、個別サポートの鍵である。

# ■Playlist for Lifeと診断後サポート

Playlist for Life の特別なトレーニングセッションは、Focus on Dementia & Playlist for Life および診断後サポート医によって開発された。これは、1日のワークショップを通じて、診断後サポート医 16名に届けられた。ワークショップは、認知症の人やその家族が個人的なプレイリストを作成し、個人的な計画を立てることの価値を理解する助けとなるような実践的な情報を実践者が提供できるよう調整された。ワークショップは、Playlist for Life が実践者のコースをさらに適応させることを可能にするための改善案と共に、参加者から肯定的なフィードバックを受けた。

### ■次のステップ

このワークに参加した機関では、一連の治療的介入の一環として Playlist for Life を使用し続けている。Focus on Dementia は、認知症の人々への積極的な関与のためにセッションに参加した Playlist for Life チームとスタッフに感謝したい。

# Specialist Dementia Unit内で働いているスタッフが「Playlist for Life Establishment」賞を受賞

「Playlist for Life は、Healthcare Improvement Scotland と提携して仕事をする機会があることを嬉しく思います。彼らの支援を受けて、私たちは2017年にスコットランドの多くのNHS 委員会に3つの認定トレーニングを提供しました。続いて合同授賞式が行われ、10の機関がPlaylist for Life Establishmentsとして登録されました。これを成功させるには、Healthcare Improvement Scotlandとのパートナーシップが不可欠でした。Focus on Dementia チームの全ての助けと支援に感謝します。このプロジェクトに参加したSpecialist Dementia Unit は現在、プレイリストをケアに統合しており、認知症を患っている人々のウェルビーイングを改善するのを助けています。」

- Playlist for Life

# <資料2-7>

10 Helpful hints for when a person with dementia has to go to hospital p.7-p.9

# 1. Avoiding hospital admission

我々の病院についての考え方は時を経て変わった。我々の祖父母にとって高価だったものは今や普通のサービスと見なされている。病院はかつて、とても多くの人々が亡くなったために恐ろしい場所として見られていたが、現在では、命を救う望ましい場所と見られている。人々は病院がまるで優れていて有効性のスケールが上がっているかのように、時としてGPに診てもらいに行くよりも優先して病院に行く。

認知症の人にとって、真実以上のことはあり得ない。彼らは病院の外にいることができればはるかに望ましい。もちろん自宅で管理することができない股関節骨折のような事故はあるが、認知症でフレイルの状態にある高齢者の多くにとって、病院に入院することは滑りやすい斜面の頂点にいることを意味する。彼らは自宅では完璧に管理されていたかもしれない。しかし、彼らは入院中に体調が悪くなり、二度と家に帰ることができなくなる可能性がある。認知症を患っている場合、同じ身体的疾患のある同世代の認知症ではない患者よりも入院期間が長くなることを研究が示している。通常、病院は認知症をさらに悪化させるので、入院期間の長期化は避けられず、不運である。

自分で食事をしていた人は、病院では様々な理由で十分な食事を摂れない可能性がある。 自分の衛生状態を管理していた人々は、病院の複雑さや混乱を計り知れず、濡らしたり、清 潔に保てなくなったりする可能性がある。幸せで、家で静かに暮らし、夜間に眠り、日中は 娯楽をしていた人は、病院では夜の喧騒から起こされたままにされ、昼間はまったく退屈 し、日光さえ見なくなるかもしれない。数日後、彼らは騒ぐようになり、いらいらするよう になり、鎮静薬が与えられるかもしれない。それ以降、転倒や骨折を起こして手術が増える のは珍しいことではなく、長い入院期間の間に診断未確定のうつ病やせん妄を患って全ての スキルが失われていき、時にはスタッフに放っておかれて、未治療、早期死亡に繋がること もある。

この小冊子のヒントは病院にいることに関する内容である。入院を完全に避けられる良い研究エビデンスがある。自宅環境を適応させ、いくつかのライフスタイルの変更を採用することが大きな違いを生じさせる。入院の最も一般的な理由は、転倒または尿路感染症であることに注意してほしい。認知症の人が健康であるためには、食事療法、日光を浴びること、家の中での十分な採光、適切な履き物と床材の選択、社交活動への参加、そして運動の組み合わせが必要である。さらに、尿路感染を避けるためにはたくさんの水分を確実に飲むようにすることである。

包括的な認知症ワンストップガイドに加えて、我々の仲間のリスクを減らすのに役立つであろうアドバイス「介護者のための 10 の役に立つヒント」と「自宅での認知症デザインの10 の役に立つヒント」がある。

研究によると、認知症の人は入院した後に転倒などの有害事象を起こす可能性が高くなる。

「私の夫は、彼自身の意思で脇部屋にいて、ベッドから出ようとし続けていました。彼は認知症のために足が不安定で、混乱し、不安がっていました。彼らは彼が失禁するのを心配していました。「カテーテルを入れないでください。カテーテルを引き抜いてけがをするだけです。私は彼と一緒に夜を過ごすつもりです。」でも、彼らは私を家に帰しました。私が泊まることは許されませんでした。その夜、

彼はカテーテルを引き抜き、彼らが彼を封じ込めるためにベッドの上に置いたベビーベッドを乗り越えて床に落ちました。」(未亡人)

緊急対応チームや専門看護師を置く多くの病院は、患者を入院させることが良いという誤った考えを克服することに挑戦しており、それは関心を持ち続けるべき重大な課題である。 あなたはあなたの関係者から目を背けないようにし、彼らに注意深く耳を傾け、必要ならば彼らのために声を上げる必要がある。

## <資料2-8>

10 Helpful hints for when a person with dementia has to go to hospital p.57-p.59

# 10. Going home

それが終わりというような経験を定義するものは何もなく、入院の終わりはひどいものかもしれないし、素晴らしいものかもしれない。退院についての公式ガイダンスは、人々を以前の環境に戻すことを目的とすべきだと強調している。フレイルの高齢者は、自宅で生活が管理できるかどうかを確認するために、作業療法士と一時帰宅することがある。認知症を罹っているときは、たとえ「家庭訪問」のようなものでさえもストレスを感じる可能性があり、許された短い時間内では自信や能力があるようには見えないかもしれない。

患者が入院してすぐに退院の計画を立てることは、病院にとって最善の試みである。目標は、彼らの医療上の問題を解決した上で彼らを自宅に戻す(または介護施設から来た場合はその介護施設に戻す)ことである。病院スタッフは、認知症の高齢者が自宅から入院して病気で乱れているのを見て、最初から、介護施設に相応しい状態になるだろうと仮定するかもしれない。高齢者の目標はこの仮定によって決定され、固定される。

公平にみて、家族は、「次は何?」、「仮にそうなったら?」などの話し合いを遅らせる 傾向がある。フレイルの状態になったときや決断を下す能力を失ったときに、我々のうち何 人がわが子達と会話を持つだろうか。延命治療や積極的治療を行ってほしいだろうか。自宅 に帰りたいと思うだろうか。我々は、家族としてどの程度のリスクに耐えられるのだろう か。

入院してすぐに患者の退院先について家族で会話を始めるのは、決して早過ぎるということはない。残念なことに、認知症の人々は、3ヶ月以上入院すると衰弱する可能性がある。これは、単に我々があらかじめ体制を整えておらず、その後に何が起こるかを計画していないためである。在宅介護サービスを確認する日は、患者の退院準備が整ったと説明された日ではなく、患者が入院する日である。1年前や5年前にそのことについて考え、彼らと話し合ったのなら、さらに良い。

「家庭訪問」は、退院先決定の重要な部分になるかもしれない。それは、退院前に、合格しなければならない試験のようなものである。受けることができるのは一度だけであり、それに備えて猛勉強することはできない。審査員は、入院前の状態と同程度に混沌としている人と一緒に住んだことがないため、期待水準を高く持っている。実際にあなたは、あなたの妻が20年前に亡くなって以来、混沌としていたが、実害はなかった。でも、彼らはそれを好まない。あなたが自宅で安全だと、彼らに言ってほしいのなら、あなたはそれ以上のことをする必要があるだろう。

「作業療法士が休暇に入り、もう数週間帰宅が延期されることになったので、私は今すぐ母を家に連れて帰ると彼らに話しました。看護師は、OT テストを受けないまま彼女を退院させると、ソーシャルワーク部門が彼女へのサービス提供を拒むのではないかと言いました。それは彼女が家で助けを何も得られないことを意味しました。彼は帰宅させてくれようとしましたが、母は、私と一緒に家に帰ることを怖がるようになってしまいました。」(息子)

そして時々、「家庭訪問」はそれ自体が非常にトラウマ的であることがわかる。

「父は、作業療法士が使用する小さなバンに同乗してアパートへと向かい、そこで お茶を一杯作ることを試みました。彼はあまり具合がよくありませんでしたし、異 なる作業フレームを持っていたので、そのお茶を作る過程で彼自身を汚してしまいました。父が幸せな時間を過ごせたであろうアパートに戻ったことは一度もないので、それはとても悲しい思い出です。父はそれより以前にその作業療法士に会ったことがありませんでした。父が自宅での生活が可能かどうかのアセスメントに「失 敗」した、と私たちは言われました。」(息子)

時には、あなたの予想より前にあなたの愛する人は自宅に到着するだろう。腹を立てないでほしい。彼らが家にいることを純粋に喜び、コミュニティサービスの中には病院のスピードに追いつかないものもあるという事実に備えてもらいたい。

「私たちはその日、病院の訪問時間に間に合わせるように買い物をし、マチネに写真を見に行き、お茶を数杯飲んでいました。私たちが外出している間に、母が救急車で帰宅したことを発見するためだけに…。」(娘)

時には、彼らが家に帰る準備ができているとき、病院のシステムから出るのに長い時間が かかり、状態が悪化するように見えるかもしれない。

「私の母が最後に退院したとき、彼らは彼女に服を着させて、彼女のかばんを持たせて病棟の端に座らせました。彼女のベッドは掃除され、他の誰かが入院しました。彼女は薬が病院の薬局から届けられるのを5時間待ちました。病気の人々や細菌と共に、5時間ずっと椅子に座っていました。5時間。

そのため、彼女が出てきた時、私は薬を入手するより先にまず彼女を家に連れて帰り、病院に戻ってきて薬を待ちました。スタッフは彼女に薬の説明をすることになっていたので困っていましたが、私は私の口から彼女に説明する、と 10 分置きにスタッフに伝えたため、ようやく彼らは私に薬を渡し、私は病院を後にしました。誤解しないでください。彼らは彼女の命を救ってくれましたし、私は彼らが大好きです。彼らは認知症についての手がかりを持っていないだけです。」(娘)

# ■編集・発行

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 福祉と生活ケア研究チーム

〒173-0015

東京都板橋区栄町 35-2

TEL:03-3964-3241 FAX:03-3579-4776