

平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

循環型の仕組みの構築にむけた円滑な退院・退所や
在宅復帰支援の推進に関する調査研究事業
報告書

平成 31 年 3 月

公益社団法人 日本精神科病院協会
高齢者医療・介護保険委員会

はじめに

日本精神科病院協会高齢者医療・介護保険委員会では平成 28 年度、厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症の症状が進んできた段階における医療・介護のあり方に関する調査研究」を実施した。入院している重度認知症患者（CDR3）、1,004 症例の大規模調査を実施、入院後 3 ヶ月での認知症に伴う心理・行動症状（BPSD）は高い改善率を示し、抗認知症薬投与例数も減少していることが明らかとなった。

認知症医療に取り組む精神科医は適切な薬物療法と多職種チーム連携、環境調整により早期退院を実現していた。

さらに当委員会では平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアのあり方に関する調査研究」を実施した。認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアのあり方には多くの問題が含まれており、終末期の医療やケアをどのように望むかは、本人の自己決定が尊重されなければならない。しかし、本人の意思が確認できない場合は事前に本人が人生の最終段階及びその時の治療に対してどんな考え方を持っていたのかが重要となる。認知症の終末期医療・ケアにおいて本人の意思を尊重するためには、本人と家族等、医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を得られなければならない。また認知症緩和ケアについても今後十分議論する必要があることを結論づけた。

2 年間の調査研究を踏まえて、当委員会では平成 30 年度、厚生労働省老人保健健康増進等事業「循環型の仕組みの構築にむけた円滑な退院・退所や在宅復帰支援の推進に関する調査研究」を受託した。認知症の人のサポートシステムとしての循環型の仕組みの構築のために医療機関・介護施設等から退院・退所した人の転帰や早期かつ円滑な退院・対処に向けた取り組みの大規模実態調査を行った。

以下の事業を実施した。

- (1) 日本精神科病院協会の会員病院 1,205 病院、会員病院の介護関連施設 216 施設に対し、質問紙法による実態調査を行い、その把握と分析を行った。
- (2) 作業部会を発足し、重度認知症患者に対する抗認知症薬の使用方法を含めた包括的な取り組みに関するまとめとフローチャート等を作成した。

結果として 495 病院、認知症入院患者数 24,458 人からの回答を得た。入院理由の 82.0% は BPSD の悪化であり、約半数は自宅からの入院であった。早期退院に向けた取り組みとして、多職種連携・地域連携に加え、認知症クリニカルパスの有用性が示された。その結果、90 日以内に退院した患者は 7 割であった。介護施設等の調査においても、今回、在宅復帰・在宅療養支援の役割が向上していることが明らかになった。

本研究事業では、作業部会にて認知症が進んだ段階における抗認知症薬の適正使用と認知症診療におけるせん妄を検討し、重度認知症患者に対する抗認知症薬の適正使用と減量・中止についての手引きを作成した。多くの医療・介護施設のスタッフの参考になれば幸いである。

大変お忙しい中、調査にご協力いただいた医療機関・介護関連施設の皆様に深く感謝申し上げます。

公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學

〈目次〉

I 事業概要	1
---------------	----------

II 認知症患者の退院(退所)・転帰に関する調査	8
1 調査概要	8
2 会員病院調査	10
(1) 施設調査票	11
(2) 個別調査票(退院患者票)	23
[考察]	40
3 介護保険施設等調査	45
(3) 施設調査票	46
(4) 個別調査票(退所者票)	50
[考察]	63
4 早期退院の取組みにかかる事例分析	67

III 認知症の進んだ段階における抗認知症薬の使用について	70
1 認知症が進んだ段階における抗認知症薬の適正使用	71
2 認知症診療におけるせん妄	76
3 重度認知症患者に対する抗認知症薬の適正使用 (減量と中止のタイミングを考える) アルゴリズム (手順)	85

IV 総括	91
--------------	-----------

資料編	93
i 認知症患者の退院(退所)・転帰に関する調査 調査票	93
ii 認知症クリニカルパス等 (会員病院提供資料)	101

I 事業概要

テーマ番号	14
-------	----

①事業名	循環型の仕組みの構築にむけた円滑な退院・退所や在宅復帰支援の推進に関する調査研究事業
②事業実施目的	認知症の方で医療機関・介護施設等から退院・退所された方の転帰や早期かつ円滑な退院・退所に向けた取り組みの実態調査を実施し、好事例のみならず再入院事例についても収集・分析し、医療機関・介護施設等が参考となる報告書・事例集等を作成し情報提供することを目的とする。また退院・退所後の在宅における薬物の使用方法を含めた包括的な取り組みに関する手引き等を作成し、医療機関等に周知することも併せて目的とする。
③事業概要	有識者、医療関係者で構成される企画委員会・部会を設置し、複数回開催する。 (1) 全国の精神科病院（1,200病院）や介護施設（950施設）などに質問紙法による実態調査を行い、実態の把握と分析を行う。 (2) 部会では先行研究・文献検索等の結果を踏まえ、有識者によるデルファイ法等を用いたエキスパートコンセンサスで退院・退所後の在宅における薬物の使用方法を含めた包括的な取り組みに関する手引き等の作成を行う。 (3) (1) 及び (2) により得られた知見を基に報告書・事例集・手引き等を作成する。
④事業実施予定期間	内示日 から 平成31年3月31日 まで
⑤事業実施予定場所	日精協会館・協力施設（精神科病院、介護保険施設）
⑥事業の効果及び活用方法	①認知症施策推進総合戦略の循環型の仕組みについて、好事例の収集・分析により認知症患者に対する支援システムモデルを提言できる可能性がある。 ②特にBPSDによる入院に関して早期退院に向けた取組の情報提供により、医療機関全体の認知症対応力が向上する可能性がある。 ③再入院等事例に関する情報提供や退院・退所後の在宅における薬物の使用方法を含めた包括的な取り組みに関する手引き等の周知により、各医療機関に注意喚起となる可能性がある。 ④認知症患者の心身の状態に応じた最もふさわしい場所での適切なサービス例について示すことが出来る。

【調査等計画】

調査名	認知症患者の転帰及び早期かつ円滑な退院・退所に向けた取り組みの実態調査（認知症患者の退院(退所)・転帰に関する調査）	
調査対象	調査対象地区等	全国
	調査対象者等	①精神科医療機関 ②介護保険施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型老人保健施設、認知症対応型共同生活介護） ③上記①②に入院・入所されていた認知症患者
	悉皆・抽出の別	（抽出）抽出方法： 施設票：悉皆 個票：抽出（平成29年4月～9月に入院・入所された認知症患者で、退院・退所された順に5名を抽出）
	調査方法	①企画委員会にて先行研究及び関連する文献等を収集し、分析する。 ②企画委員会にて質問紙を作成する。 ③全国の日本精神科病院協会会員病院と関連の介護保険施設に電子メール等による実態調査を実施する。 ④調査結果の分析を施行する。 ⑤④の分析結果より、取り組み例等の追加調査を実施するか検討を行う。
	調査客対数	①精神科医療機関：1205病院 ②介護保険施設：954施設 ③上記①②に入院・入所されていた認知症患者：1医療機関・施設あたり5名程度
調査内容	（主要調査事項及び内容） 施設票：施設概要、BPSDによる入院に関して早期退院に向けた取組状況、退院支援や地域連携の取組状況等 個票：入院・入所前及び退院・退所時の状況、認知症の病状、退院後の医療介護の提供状況等	
調査時期	内示日 から 平成31年3月31日	
調査結果の主要集計項目	施設票：病床数・定員数、平均入院・入所期間、入院・入所患者数、施設基準、BPSDによる入院に関して早期退院に向けた取組事例数、退院支援や地域連携の取組事例数等 個票：入院・入所期間、性別、年齢、入院形態、BPSDの有無、身体合併症の有無、認知症の病状、ADL及びIADL、退院後の医療介護の利用の有無等	

1 事業名

循環型の仕組みの構築にむけた円滑な退院・退所や在宅復帰支援の推進に関する調査研究事業

2 事業の目的

認知症の方で医療機関・介護施設等から退院・退所された方の転帰や早期かつ円滑な退院・退所に向けた取り組みの実態調査を実施し、好事例のみならず再入院事例についても収集・分析し、医療機関・介護施設等が参考となる報告書・事例集等を作成し情報提供することを目的とする。また、退院・退所後の在宅における薬物の使用方法を含めた包括的な取り組みに関する手引き等を作成し、医療機関等に周知することも併せて目的とする。

3 事業の内容

3-1 認知症患者の退院(退所)・転帰に関する調査の実施

企画委員会において、本事業の目的に沿った情報収集をするため、検討委員会において、調査対象、調査方法、調査票(項目)の検討を行い、アンケート調査を実施した。

実査後は、同委員会において、回答票の集計作業管理を行うとともに、結果の確認、分析検討等を行った。また、事業目的に対応した認知症施策等の現状を踏まえた考察のための協議検討を行った。

3-2 退院(退所)後の在宅における薬物使用方法の手引き(仮称)の作成

作業部会において、先行研究・文献検索等の結果を踏まえ、有識者によるデルファイ法等を用いたエキスパートコンセンサスで退院・退所後の在宅における薬物の使用方法を含めた包括的な取り組みに関する手引き等の作成を行った。

次ページに、作業部会における同手引き(仮称)の検討・作成の経過を整理する。なお、作業部会における進捗状況等は、企画委員会において随時の情報共有・意見交換が行われた。

4 実施体制（企画委員会・研究協力者(全体監修)、事務局等の設置)

4-1 企画委員会 委員名簿

氏名	所属	役職
堀井 茂男	日本精神科病院協会 慈圭病院	副会長 理事長・院長
淵野 勝弘	日本精神科病院協会 緑ヶ丘保養園	常務理事 理事長・院長
田口 真源	日本精神科病院協会 大垣病院	理事 理事長・院長
横山 桂	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 横山記念病院	理事 理事長・院長
中川 龍治	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 嬉野温泉病院	委員長 理事長・院長
森 一也	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 さっぽろ香雪病院	委員 理事長・院長
武田 滋利	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 西毛病院	委員 理事長
◎ 吉永 陽子	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 長谷川病院	委員 病院長
玉井 顯	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 敦賀温泉病院	委員 理事長・院長
安藤 琢弥	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 松蔭病院	委員 理事長
佐藤 仁	日本精神科病院協会/高齢者医療・介護委員会 こころの医療センター五色台	委員 理事長・院長
◎ :委員長		〈敬称略〉

研究協力者(全体監修)

氏名	所属	役職
朝田 隆	①東京医科歯科大学 医学部 ②メモリークリニックお茶の水	①特任教授 ②理事長
		〈敬称略〉

4-2 手引き作業部会 委員名簿

氏名	所属	役職
◎ 田口 真源	日本精神科病院協会 大垣病院	理事 理事長・院長
水上 勝義	筑波大学大学院 人間総合科学研究科	教授
木村 真人	日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科	部長・教授
岸 泰宏	日本医科大学武蔵小杉病院精神科	部長
◎ :部会長		〈敬称略〉

研究協力者

氏名	所属	役職
秋下 雅弘	①東京大学医学部附属病院 ②東京大学大学院医学系研究科 加齢医学	①副院長・老年病科科長 ②教授
		〈敬称略〉

4-3 事務局

①事業担当者	事業部	企画調整課	課長	大竹 正道
	事業部	企画調整課		瀬尾 直樹
②経理担当者	総務部	経理課	課長	松本 明子

5 企画委員会および手引き作業部会の実施状況と主な議事

企画委員会では、事業全体の進行に関する検討およびアンケート調査や手引き作業部会の進捗に関する確認等を行った。各回の日程、議題、提出資料について以下の通り整理する。

第1回 企画委員会

日時：平成30年10月12日 10:00～11:30（日精協会館）

議題：(1)平成30年度老人保健健康増進等事業（14番事業）提出書類について
(2)施設調査票、患者個別調査票について
(3)その他

第2回 企画委員会

日時：平成30年11月2日 11:00～12:00（日精協会館）

議題：(1)事前協力呼びかけの結果報告について
(2)報告書の構成と役割分担について
(3)その他

第3回 企画委員会

日時：平成30年11月29日 17:00～18:30（ホテルインターコンチネンタル東京ベイ）

議題：「認知症患者の退院（退所）・転帰に関する調査」速報値報告について

第4回 企画委員会

日時：平成30年12月14日 16:00～17:00（日精協会館）

議題：(1)「認知症患者の退院（退所）・転帰に関する調査」集計結果について
(2)報告書の構成と役割分担について

第5回 企画委員会

日時：平成31年1月24日 17:15～19:15（TKP ガーデンシティ PREMIUM 田町）

議題：(1)認知症患者の退院（退所）・転帰に関する調査」集計結果について
(2)退院・退所後の在宅における薬物の使用方法を含めた包括的な取り組みに関する手引きについて（第2回 作業部会）
(3)報告書分担について

第6回 企画委員会

日時：平成31年2月15日 11:00～12:00（日精協会館）

議題：「認知症患者の退院(退所)・転帰に関する調査」報告書案について

第7回 企画委員会

日時：平成31年3月8日 11:00～12:00（日精協会館）

議題：事業報告書案について

第1回 作業部会 ※第3回企画委員会と同時開催

日時：平成30年11月29日 17:00～18:30（ホテルインターコンチネンタル東京ベイ）

議題：退院・退所後の在宅における薬物の使用方法を含めた包括的な取り組みに関する手引きについて

第2回 作業部会 ※第5回企画委員会と同時開催

日時：平成31年1月24日 17:15～19:15（TKP ガーデンシティ PREMIUM 田町）

議題：退院・退所後の在宅における薬物の使用方法を含めた包括的な取り組みに関する手引きについて

6 事業実施期間

平成30年9月12日（内示日）～平成31年3月31日

Ⅱ 認知症患者の退院(退所)・転帰に関する調査

1 調査概要

【目的】

認知症患者の入院、特に BPSD による入院に関して早期退院に向けた取組、退院支援や地域連携の取組、退院後の医療介護の提供状況、認知症の病状等について実態調査を行い、早期退院や退院後の病状安定に資する取組について把握する。

【調査対象】

(1) 調査対象機関

- ①日本精神科病院協会の会員病院 1,205 医療機関
- ②会員病院の運営する下記介護保険施設のうち、2018 年 10 月実施の事前呼びかけにて協力可の回答のあった施設
 - ・介護老人福祉施設（特養）
 - ・介護老人保健施設（従来型老健）／介護老人保健施設（転換型老健）
 - ・認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）

(2) 調査対象患者・利用者

平成 29 年 4 月 1 日～9 月 30 日の間に入院入所し、調査日時点（平成 30 年 11 月 1 日）で退院退所された患者・利用者

【回答方法】

(1) 調査日

施設調査票：平成 30 年 11 月 1 日（木）現在

個別調査票：各患者・利用者の基本情報、入院入所・退院退所時の状況

(2) 回答期日 平成 30 年 11 月 30 日（金）

(3) 回答者 医療職、介護職、事務職など担当箇所に応じてご回答ください。

(4) 回答先 回答は原則として、調査票のエクセルデータに入力したものを、「電子メール」に添付し日本精神科病院協会あてに返信ください。

E-mail : chousa_k@nisseikyo.or.jp

【お問い合わせ先】

公益社団法人 日本精神科病院協会 事業部

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

TEL : 03-5232-3311（土日、祝日を除く平日 9:00-17:30）

FAX : 03-5232-3309

メールアドレス / chousa_k@nisseikyo.or.jp 担当 : 大竹・瀬尾

※個別調査実施にあたり、各病院・施設に対し調査期間中（11/1～11/30）は以下の書面を加工の上、掲示するよう依頼した。

— 調査実施についてのお知らせ —

患者様へ

月 日～ 日に、院内で「認知症患者の退院・転帰に関する調査」を実施致します。

本調査は、早期退院に向けた取組、退院支援や地域連携の取組、退院後の医療介護の提供状況、認知症の病状等について実態調査を行い、早期退院や退院後の病状安定に資する取組について検討し、情報提供や提言を行うものです。（公社）日本精神科病院協会の会員である全国の精神科病院及び介護保険施設で行われるものです。なお、本調査は、厚生労働省平成30年度老人保健健康増進等事業の研究事業として実施いたします。

調査についてはプライバシーに十分配慮し、個人を特定できる情報は含まれておりません。なお、この調査についてのご質問等がおありの場合は、病院職員にご連絡ください。またご自身の情報を調査対象に含めることにご了承いただけない場合には、病院職員にご連絡ください。その場合においても、皆様の病院サービスご利用について不利益が生じることは、全くございませんのでご安心ください。

担当窓口：〇〇〇〇病院 〇〇〇〇

— 調査実施についてのお知らせ —

利用者様へ

11月 日～ 日に、施設内で「認知症患者の退所・転帰に関する調査」を実施致します。

本調査は、早期退所に向けた取組、退所支援や地域連携の取組、退所後の医療介護の提供状況、認知症の病状等について実態調査を行い、早期退所や退所後の病状安定に資する取組について検討し、情報提供や提言を行うものです。（公社）日本精神科病院協会の会員である全国の精神科病院及び介護保険施設で行われるものです。なお、本調査は、厚生労働省平成30年度老人保健健康増進等事業の研究事業として実施いたします。

調査についてはプライバシーに十分配慮し、個人を特定できる情報は含まれておりません。なお、この調査についてのご質問等がおありの場合は、施設職員にご連絡ください。またご自身の情報を調査対象に含めることにご了承いただけない場合には、施設職員にご連絡ください。その場合においても、皆様の施設サービスご利用について不利益が生じることは、全くございませんのでご安心ください。

担当窓口：〇〇〇〇施設 〇〇〇〇

2 会員病院調査

(1) 施設調査票

- 1-1 標榜診療科
- 1-2 認知症担当医師数
- 1-3 許可病床数・認知症入院患者数
- 1-4 H29/4/1～9/30 の認知症患者
- 1-5 貴施設での取り組みについて（主な回答抜粋）
 - 1-5-1 認知症患者の早期退院に向けた取り組みについて
 - 1-5-2 実際に早期退院につながったケースの要因等について

(2) 個別調査票

- 2-1 基本属性
- 2-2 入院時／退院時の状況
 - 2-2-1 認知症アセスメントの変化
 - 2-2-2 認知症自立度の変化
 - 2-2-3 ADL の変化
 - 2-2-4 IADL の変化
- 2-3 入院前の所在
- 2-4 入院理由
- 2-5 他の医療機関からの紹介
- 2-6 退院理由
- 2-7 退院先所在
- 2-8 再入院
- 2-9 退院後のサービス利用

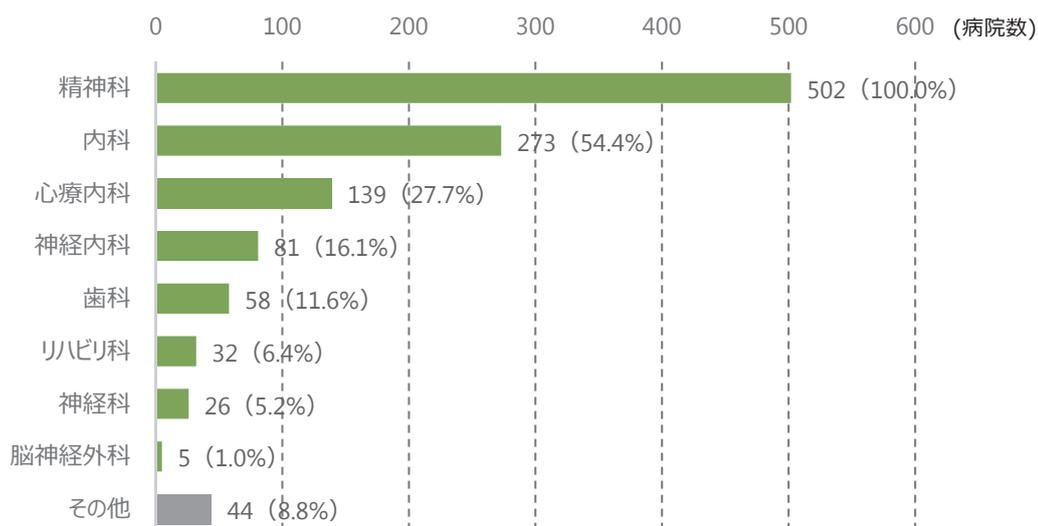
[考察]

(1) 施設調査票

1-1 標榜診療科（有効回答 n502）

標榜診療科は、「精神科」が 502 病院（100.0%）であったほか、「内科」が 273 病院（54.4%）、
「心療内科」が 139 病院（27.7%）、「神経内科」が 81 病院（16.1%）と続いた。

図表 1-1 標榜診療科



1-2 認知症担当医師数（有効回答 n497）

認知症担当医師は、「精神科医」が 480 病院（96.6%）に、合計 2,829.7 人（うち指定医 2,316.2 人）、平均 5.90 人（同 4.85 人）であった。次いで、「内科医」が 232 病院（46.7%）に、合計 352.7 人、平均 1.52 人であった。

図表 1-2 認知症担当医師数

		精神科医	内科医	神経内科医	脳神経外科医	その他
		うち指定医				
N	病院	497	497	497	497	497
認知症担当医の いる病院数	病院	480	232	31	13	58
	%	96.6%	46.7%	6.2%	2.6%	11.7%
認知症担当医の 合計人数 (常勤換算)	人	2,829.7	352.7	34.4	13.9	132.8
認知症担当医の いる病院における 平均人数	人	5.90	1.52	1.11	1.07	2.29

1-3 許可病床数・認知症入院患者数（有効回答 n495）

1-3-1 許可病床数

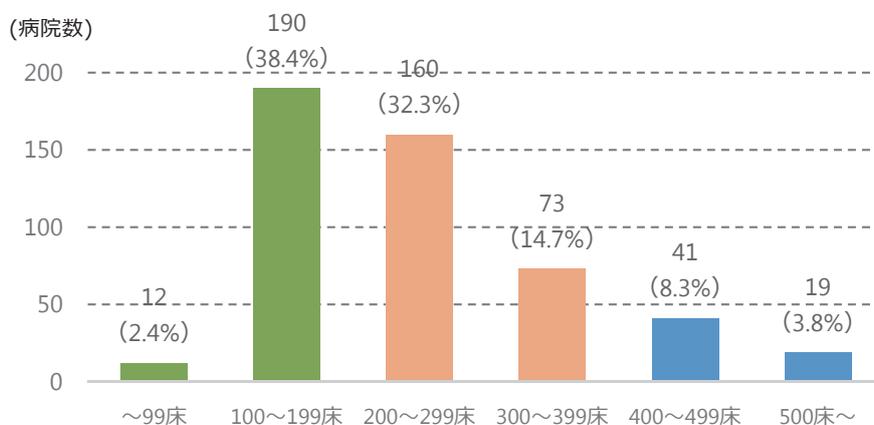
11月1日現在の許可病床数は、全体（495病院）で125,730床、平均254.0床で、「精神病床」が117,985床、平均238.4床とほとんどを占めた。

図表 1-3-1① 許可病床数

	全体	精神	一般		療養		その他
			基本料	基本料以外	医療	介護	
設置病院数	495	491	32	19	51	16	1
		99.2%	6.5%	3.8%	10.3%	3.2%	0.2%
許可病床数	125,730	117,985	2,530	1,548	3,006	627	34
平均許可病床数	254.0	238.4	5.1	3.1	6.1	1.3	0.1

また、病床数階級別では、「100～199床が190病院（38.4%）と最も多く、次いで、「200～299床」が160病院（32.3%）、「300～399床」が73病院（14.7%）の順であった。

図表 1-3-1② 病床数階級別の病院数（全体）



1-3-2 許可病床種類別の認知症入院患者数

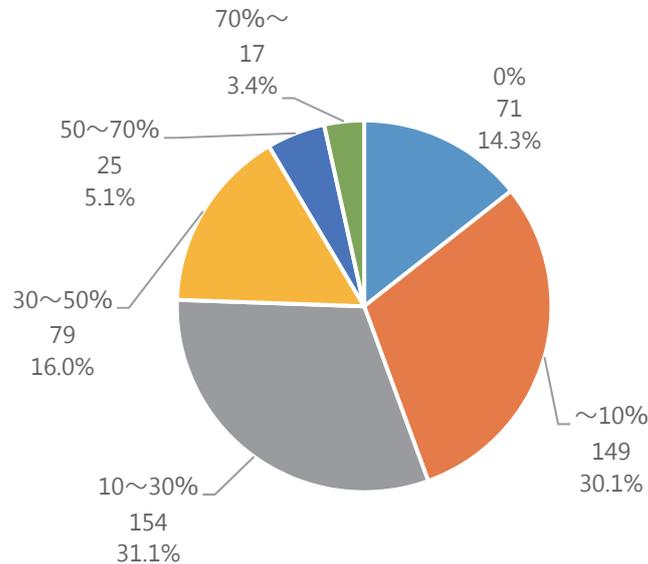
続いて、認知症入院患者の状況は、全体（495病院）で24,458人、1病院あたり平均49.4人であった。認知症入院患者が1人以上いる病院数は424病院（85.7%）で、許可病床に占める認知症入院患者数の割合は19.5%であった。

図表 1-3-2 認知症入院患者数

	全体	精神	一般		療養		その他
			基本料	基本料以外	医療	介護	
認知症入院患者数	24,458	22,793	302	141	742	378	0
平均認知症入院患者数	49.4	46.0	0.6	0.3	1.5	0.8	0.0
設置病院数	495	491	32	19	51	16	1
認知症入院患者がいる病院数	424	420	17	7	32	15	0
病院に占める認知症入院患者が所在する割合	85.7%	85.5%	53.1%	36.8%	62.7%	93.8%	0.0%
平均許可病床数	254.0	238.4	5.1	3.1	6.1	1.3	0.1
病床に占める認知症入院患者の割合	19.5%	19.3%	11.9%	9.1%	24.7%	60.3%	0.0%

認知症入院患者の対病床数の割合は、「10%未満」が 220 病院 (44.4%) (うち、71 病院が 0%)、「10～30%未満」が 154 病院 (31.1%)、「30～50%未満」が 79 病院 (16.0%) であった。

図表 1-3-3 病床数に占める認知症患者比率の構成割合



1-4 H29/4/1～9/30 の認知症患者（有効回答 n506）

平成 29 年 4 月 1 日～同年 9 月 30 日までの認知症入院患者数は 12,464 人で、1 病院あたりの平均は 25.0 人であった。うち、平成 30 年 11 月 1 日までに退院した患者数は 9,126 人（同平均 18.3 人）で、入院患者の 73.2%が最長でも 1 年 7 か月以内に退院していた。

また、退院患者のうち、3 ヶ月以内に同病院に再入院した患者数は 1,272 人（同平均 2.5 人）で、退院患者の 13.9%を占めていた。

図表 1-4① H29/4/1～9/30 の入院患者の状況

	人数合計	平均人数
1-4-1 H29/4/1～9/30 の入院患者数	12,464	25.0
1-4-2 うち、H30/11/1 時点の退院患者数	9,126	18.3
(入院患者に占める退院の割合)	73.2%	
1-4-3 うち、3 ヶ月以内の再入院患者数	1,272	2.5
(退院患者に占める再入院の割合)	13.9%	

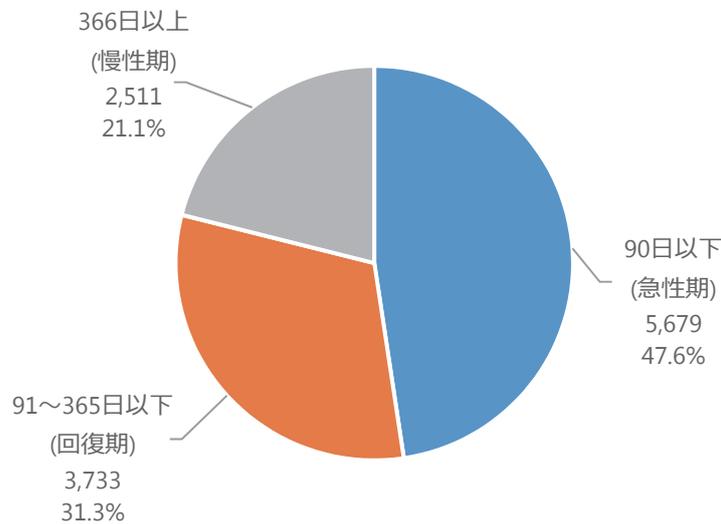
入院期間別の退院患者数をみると、入院期間「30 日以下」の退院患者が 1,943 人と最も多く、次いで、同「61～90 日以下」が 1,903 人、「31～60 日以下」が 1,833 人となっており、累計で、5,679 人（47.6%）が入院期間 90 日以下（約 3 ヶ月以下）の患者であった。また、大きく、入院期間「90 日以下」（急性期）、同「91～365 日以下」（回復期）、同「366 日以上」（慢性期）に区分した構成割合は 47.6%、31.3%、21.1%となった。

また、再入院患者数は、11,923 人中 1,387 人（11.6%）であった。入院期間別では、「30 日以内」の患者の再入院の割合は 19.0%と相対的に高かったが、入院期間 31 日以上では、概ね 11～13%で推移しており、入院期間による特徴的な差異は見られなかった。

図表 1-4② 入院期間別の(退院)患者数・再入院患者数

		退院患者数		累計の退院患者数		再入院患者数	再入院割合	
急性期	5,679 (47.6%)	～30日	1,943	(～30日)	1,943	16.3%	370	19.0%
		31～60日	1,833	(～60日)	3,776	31.7%	251	13.7%
		61～90日	1,903	(～90日)	5,679	47.6%	206	10.8%
回復期	3,733 (31.3%)	91～120日	1,136	(～120日)	6,815	57.2%	126	11.1%
		121～150日	636	(～150日)	7,451	62.5%	79	12.4%
		151～180日	484	(～180日)	7,935	66.6%	53	11.0%
		181～210日	393	(～210日)	8,328	69.8%	54	13.7%
		211～240日	317	(～240日)	8,645	72.5%	41	12.9%
		241～270日	213	(～270日)	8,858	74.3%	29	13.6%
		271～300日	181	(～300日)	9,039	75.8%	21	11.6%
		301～330日	143	(～330日)	9,182	77.0%	18	12.6%
		331～365日	230	(～365日)	9,412	78.9%	18	7.8%
慢性期	2,511 (21.1%)	366日～	2,511	(366～日)	11,923	100.0%	121	4.8%
		11,923				1,387	11.6%	

図表 1-4③ 入院期間別の(退院)患者数

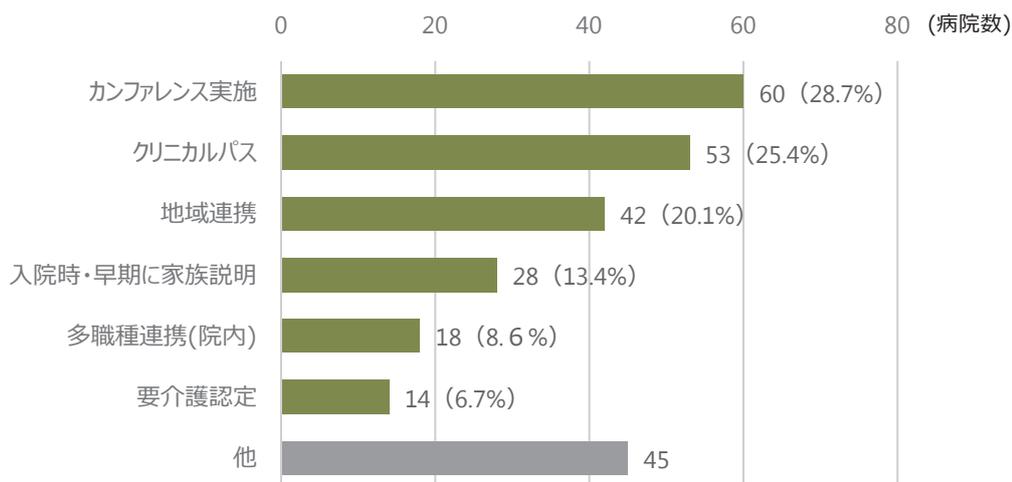


1-5 貴施設での取り組みについて

1-5-1 認知症患者の早期退院に向けた取り組みについて

認知症のある患者の早期退院に向けた取り組みについて、具体的な記述回答が得られた 209 病院のうち、「(院内での)カンファレンス実施」が 60 病院 (28.7%)、「クリニカルパス(の導入・活用)」が 53 病院 (25.4%)、「地域(院外との)連携」が 42 病院 (20.1%) の順となっていた。

図表 1-5-1 認知症患者の早期退院に向けた取り組み



(具体的な回答；主な回答抜粋)

1	近隣の認知症グループホームとの連携
2	せん妄・糖尿病・外傷等合併症のある患者を引き受け、積極的に合併症治療を行っている
3	入院時より、ケアマネ、家族、施設等と連携し早期に家庭や施設に退院できるよう調整している。
4	認知症検査パスの使用、退院施設への紹介
5	担当の医師、看護師、PSW が方向性について定期的に話し合い、症状が落ち着いた時点で早期に調整する。
6	当院の地域特性として、BPSD の激しい患者を介護施設や医療機関から受け入れて、治療後速やかに在宅・施設等へ退院するという体制ができています。入院時に、退院に向けた治療方針を確認し、積極的に地域の社会資源と連携を取っている。
7	カンファレンスによる病気・症状等の把握
8	入院時より退院先の方向付けを行い、退院計画を立てている。
9	入院後 1 ヶ月時点の病状説明を行い、状態が落ち着けばスムーズに地域へ移行できるよう相談、介入している。看護師担当制をとり、他職種や家族、関係機関と密な連携をとるよう努力している
10	地域の社会資源との密な連携
11	入院初期の段階から、主治医、専門職種が連携し具体的な退院プランを作成し、家族等へ説明している。家族の心理教育などを行い、退院後の生活を明確にしている。
12	認知症に関するクリニカルパスを利用しています。
13	認知症治療病棟では、認知症クリニカルパスを利用。認知症治療病棟以外では、高齢者パスを利用。
14	当院では入院は原則として急性期治療病棟に入院します。入院時より家族（及び入所施設職員）に対して、①3 か月以内の入院であること、②自宅退院を考えていない場合は、早めに施設入所を申し込むこと、それに対して PSW（兼退院後生活環境相談員）がサポートすることを説明しています。

15	退院支援委員会の他、退院に向けたカンファレンスを毎月実施している
16	①生活機能回復訓練を実施し、機能の維持向上に努めている。 ②退院支援委員会を定期的に開催し、退院後の生活に向けて情報共有をしている。
17	入院のタイミングから退院に向けた他職種とのケア会議や外部サービスの検討を心掛けている。
18	チーム医療の中でミーティングを持ちながら現状把握をし、ADLの低下予防、症状安定を図りながら目標退院日を設定し介護認定を受け社会資源の活用を提案していく。
19	クリニカルパスの使用。退院促進にむけた定期的な地域移行推進検討委員会の開催。
20	認知症に関するクリニカルパスを使用し、入院から退院に向けた取り組みを行っている。
21	入院患者全員に精神保健福祉士を担当配置して、個別に合った退院促進を行っている。
22	ベッド調整会議にて退院目標を設定・ケアマネジャーとの連携、情報共有・ADL低下予防のため行動制限を最小化にする
23	入院時よりアセスメントを行い、早期にリハビリスタッフ（PT,OT）を含めた他職種でのアプローチを開始している。
24	入院後、1ケ月経過した段階で、ソーシャルワーカー・看護師同席のもと主治医より家族に対し病状説明を実施し、今後の方向性について確認している。
25	認知症クリニカルパスを利用している。週一回スタッフミーティング、月一回家族面談にて病状説明と退院支援の進捗確認。
26	退院支援委員会で病院スタッフと家族とで退院先について話し合う。
27	クリニカルパスの使用、院外の地域事業所などを含めた多職種連携カンファレンスの開催
28	身体合併症治療（IVH、点滴、酸素療法、吸引等の医療処置）および身体リハ、摂食機能訓練（看護師による）を精神科病棟においても提供
29	市、包括支援センターと連絡を取り合い、介護認定から在宅復帰や施設入所について早期に検討している。
30	入院時に推定入院期間を設定し、家族や地域の支援者とも協力し、帰来先の検討、調整をしている。また、介護保険を申請していない方については申請し、介護度が現状とかい離している場合は区分変更を行っている。
31	介護保険の確認と入院時に方向性を決め施設見学・申込等を勧めている
32	主治医・退院相談支援員（精神保健福祉士）・病棟看護師・患者家族で定期面談を行い、退院に向けた支援を行っている。
33	N式老年者用精神状態尺度を用いて治療計画が立てられている
34	薬物療法だけでなく精神状態の安定、認知機能の改善のためケースにより回想法を導入しています。
35	退院支援委員会でケースカンファレンスを行っている。
36	早期退院に繋がるよう目標を定めて生活機能回復訓練等を実施するとともに、退院支援委員会にて継続検討している。
37	認知症に関するクリニカルパスを利用している。全ケースで入院2週間後ICを実施している。NsとPSWにて老健等への施設見学を実施している。
38	入院時、御家族に認知症に関わる事柄を説明し、基本3ヶ月での退院を理解してもらい、帰る場所の確保をして頂いている。
39	入院時契約の際に、ある程度の目安を提示し、今後の方向性をあらかじめ定めておく。入院時に退院の目処をしっかりと決めるよう医師間で共有。他職種での退院支援会議の実施
40	疾患に関係なく、入院患者全員に、入院時に多職種連携にてカンファレンスを実施している。
41	入院時に「3ヶ月以内の退院」となることを伝える。各職種が3ヶ月以内ということ意識して治療・支援にあたる。（「パス」は作っていないが、パスのような感じで）
42	退院支援委員会に院外（地域包括）の方に参加していただく。認知症治療病棟クリニカルパスを利用している

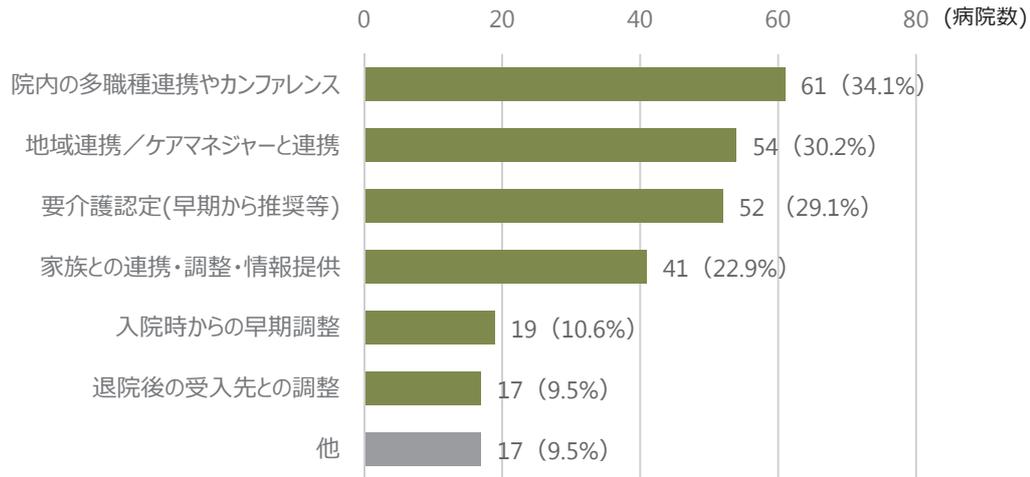
43	地域包括支援センターや居宅介護支援事業所など、院外の関係機関に入院当初より介入いただき、共同して退院支援を行っている。
44	今年度より「認知症家族相談」を開設。短期的入院を受け入れる為のクリニカルパスを策定中。
45	クリニカルパスは使用していないが、入院時より家族と相談の上、退院後の生活環境を設定しそれに向けて取り組んでいる。
46	病棟スタッフ（看護師・PSW）などが聴取を行い、必要に応じて他職種によるカンファレンスをおこなっている。
47	毎週1回定期的に多職種（Ns、PSW、OT、看護助手、クレーク）カンファレンスを行っている。院内の認知症認定看護師を講師とした定期的な勉強会を開催している。
48	介護支援事業所等との退院に向けた会議の複数回開催
49	認知症急性期入院パスを利用し入院時から家族、ケアマネジャーに退院についての話し合いを行い、毎日、担当看護師から各患者の病棟カンファレンスも行っている。
50	認知症クリティカルパス、多職種による定期的なカンファレンス、精神科退院前訪問指導の活用
51	退院支援パスを導入している。パス適用後バリエーションが改善しない場合には、「見える事例検討会」を行っている。
52	入院時より退院予定を立てて、ケアマネ等と早期にカンファレンスを行った。
53	患者本人の状態が良くなりつつある段階より、居宅に向けた介護サービスの導入、調整、施設等の検索、斡旋、早期の介護保険申請、見直しを勧めている
54	利用者の状況を把握、共有し、必要な支援を行った。
55	認知症認定看護師を中心としたケアと入院環境整備・地域連携による退院後の生活を支える体制づくり
56	入院時に入院期間ができるだけ短期になるよう家族等に説明し同意を得て治療を開始している。早期からPSW等の退院支援を開始し、適時カンファレンスを開催している。
57	認知症についてもクリニカルパスを導入し、入院直後から退院に向けた取り組みを医師・看護師はもとよりコメディカルとともに実施している事。
58	認知症パス・施設入所に向けてのパスを利用。退院前カンファレンス、ケア会議の開催。
59	医療保護入院患者退院支援委員会を活用している。
60	早期から介護施設と連携を密に図り相談・カンファレンスを行うことで退院・入院が困難な要因を把握しアプローチを行っている。
61	入院時に「入院診療計画書」を用いて入院期間を最大3か月として説明や同意を得て契約します。合わせて「認知症患者家族パス」を用いて家族やケアマネなどに退院先を確認し目標を共に定めます。また入院時からクリニカルパスを用いています。
62	認知症治療病棟があり、原則3ヶ月以内での退院を目指したパスを多職種で作成。また退院前訪問やOTによる援助法の提案を行っている。
63	介護認定の取得、訪問看護、地域の社会資源の活用、院内外での話し合い
64	初期集中支援チームと連携し、早期の対応
65	専従の作業料法士を配置し、早期【退院・転帰】に向けた支援を実施している。
66	定期的なカンファレンスや退院支援委員会の開催。入院時から退院先について確認。必要に応じて介護認定、他施設への申込みについて案内する。
67	入院時ご家族に精神保健福祉士が退院後の意向を伺いそれに向けての支援を早期に開始している。
68	入院1ヶ月後に多職種によるケア会議
69	退院支援会議を随時おこなっている。
70	定期的な(入院時、入院2週間目、入院1か月目、入院2ヶ月目)多職種(Dr、Ns、PSW、OTR、看護補助者)によるカンファレンスなどを実施している
71	在宅退院見込みの患者に対しては認知症パスを導入している。適宜カンファレンスを行っている。
72	退院支援部署がある。
73	定期的なカンファレンスを実施。医療保護入院者退院支援委員会を実施。

74	認知症リハビリテーションの実施
75	家族、支援者、コメディカルによるカンファレンスを実施している。
76	個別で必要があれば、転院・施設入所等の対応をしている
77	患者様の周辺症状の改善がみられ次第、早期に退院後生活環境相談員より家族等へ入所施設の紹介及び申し込みを案内し退院に向けた取り組みを行う。
78	入院時より家族および介護保険事業者、ケアマネと連携する。病状等家族に教育を行う。退院後の医療サービスを説明する。
79	入院時に長期入院ができない事を説明。介護保健施設の入所申込を早急にしてもらう
80	認知症治療病棟では退院支援部署による退院調整を行っている。
81	精神保健福祉士が中心となり、家族への退院後の施設入所等を検討するのか、家族へ意向を確認し、院内でカンファレンスを行い、早期退院に取り組む
82	受診相談や入院相談の場面で方向性を決定し、在宅復帰ないしは施設入所へと支援。入院に伴い、治療を展開していく一方で、身体面の低下といった課題があることを説明。
83	入院時より家族と今後について話し合い、退院が可能となった時に、速やかに地域へ移行できるよう、可能な限り早くから受け皿を確保している。
84	入院後、1ヶ月時点での評価を行ない、家族を交えて今後の方向性を確認する。
85	施設から来られた患者については再度施設に戻れる状況になるように情報交換を重ね試験外泊を試み、早期退所に取り組んでいる
86	入院時にアセスメントを行い、介護保険の申請状況等を把握する。施設からの入院、または施設への入所が決定した場合、早期から施設と密に連携を行い、情報共有を図る。
87	認知症クリニカルパスの利用、ケア会議の実施、医療保護入院者退院支援委員会の有効活用
88	要介護認定取得を入院早期に行い、入院時に退院後の方向性について治療スタッフで検討する。
89	認知症におけるクリパスを利用し症状改善への取り組みを行っている。地域福祉連携によって、認知症対応型施設との情報交換を行い、対応に向けた症状の緩和を行っている。
90	基本的3ヵ月以内の入院期間の説明を家族に行っている。
91	認知症に関するクリニカルパスの利用、市主体の認知症初期集中支援チームに参加し地域医療との連携を図る。
92	認知症クリニカルパスを運用し、早期からの退院支援を行っている
93	入院療養計画時に退院先及び支援者の役割分担を明確化。社会資源や退院支援に必要な手続き等を支援者全員が理解し、連携・調整がスムーズに行われるよう配慮する。
94	急性期治療病棟で入院を受けることが多いので、定期的に他職種が協働し、カンファレンスを開催し早期退院に向けて取り組んでいる。
95	認知症病棟ではクリニカルパスを使用し、毎月看護スタッフと相談員で話し合いをする場をもっています。
96	カンファレンスの充実を図っています。
97	介護支援専門員との連携を密にして在宅復帰に繋げる。
98	クリニカルパスなど決められたものはないが、定期的に多職種での話し合いを行っている。
99	認知症に関するクリニカルパスの利用、院内の情報共有以外に申込先の施設や在宅サービス・ケアマネへの早期介入、連携。
100	入院時1ヵ月目にカンファレンスを開催し、症状の把握、ご家族の気持ちの確認、方向性を確認している。入院前、インテークでご家族より意向を確認している。

1-5-2 実際に早期退院につながったケースの要因等について

取り組みの中で実際に早期退院につながったケースの要因について、具体的な記述回答が得られた 179 病院のうち、「院内の多職種連携やカンファレンス」が 61 病院 (34.1%)、「地域連携／ケアマネジャーと連携」が 54 病院 (30.2%)、「要介護認定 (早期から推奨等)」が 52 病院 (29.1%) の順となっていた。

図表 1-5-2 早期退院につながったケースの要因等



(具体的な回答；主な回答抜粋)

- 1 合併症は比較的早く治り、早期退院が可能となるが、その後の受け入れ先の選定を入院初期から行わなければ、入院のまま待機することになる。
- 2 施設との調整がうまくいき、患者の状態が安定した時にスムーズに施設に入所できた事例があった。
- 3 スタッフ間で治療や退院支援について話し合った。早めの介護認定の取得や再申請の調整、本人、家族へ施設等の社会資源の紹介を行う事ができた。
- 4 担当看護師以外も入り、他職種で話し合いを重ね、早期の退院が可能となった
- 5 入院間もなくの話し合いで早期に退院可能と判断し介護認定申請行った。同時に併設の介護老人保健施設入所に向け調整し、認定取得後間もなく入所となった。
- 6 早期の介護認定取得と院内在宅関係部署及び、院外関係機関とのケア会議を行い、早期退院に結び付けている。
- 7 退院先が施設となるケースの場合、病院任せにせず家族が相談に出向くよう促した
- 8 主治医、入院病棟 NS、OT、PSW 等により退院プランを話し合い、地域の専門職の介入や介護保険サービスの利活用等を具体的にすることで早期の退院が可能となる。
- 9 ①施設入所待機中、機能の低下を防ぎ、入所につながる。②患者の状態に合わせた介護認定の取得、サービスの提供の準備が迅速にできる。
- 10 介護認定の区分変更等を行い、サービスの見直しや訪問看護の取り入れにより、自宅退院へとつながった。
- 11 介護認定の取得で早期に施設申込、ケアプランの作成等ができた。ケアマネジャー、訪問看護師と連携することで退院後のサービスの導入がスムーズに行われた。
- 12 介護認定 (もしくは再認定) の申請を入院時期早々に行う。行いながらケアマネがいる時に連絡を取りながら施設を具体的に検討していく。
- 13 地域社会資源との連携により治療目標が明確となり、早期退院に繋がっている。

14	入院後すぐにリハビリスタッフが介入したり、日頃から地域とも顔のみえる関係を構築することで、身体機能を維持しながら早期に地域移行が可能となった。
15	退院後にスムーズに施設入所やデイサービス等のサービス利用と結びつき、早期退院に繋がった。
16	病院と患者家族、法人内外の居宅介護支援事業所、訪問看護、訪問診療、市町村担当者も含めた話し合いの結果、早期退院が可能となった
17	未治療・未介入であった患者へ対して、入院と同時に介護申請し、地域包括支援センターや市の関係各所と連携を取り、服薬調整終了と同時に特養への入所が可能となった。
18	多職種で治療・支援の進捗や方向性を共有することで、早期の退院が可能となった。
19	介護認定の取得、訪問看護の導入、院外の地域事業所などを含めた多職種連携カンファレンスの開催
20	身体状況の回復や栄養状態の改善がBPSDの改善にも寄与し、病棟等の治療環境を変えることなく心身両面から対応することで、早期の退院が可能となった。
21	多くの患者が施設退院となるが、介護サービスや施設選定など時間がかかるため、病状が落ち着いてからではなく、入院時より検討を進めることで早期退院が可能になった
22	医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士がカンファレンスに参加し状態把握・方向性の周知などを行い、病棟全体で退院に向けて支援を行ったため早期の退院が可能となった。
23	病院内だけでなく、家族、地域の支援者とも情報共有し、連携することにより、早期退院が可能になった。
24	介護施設からの入院では病院に来てもらい、退院に向けた話し合いを積極的に行った。
25	リウマチ等、身体看護が継続して必要であったため介護老人保健施設入所を検討した。退院後の生活環境を早めに家族と話し合った。
26	入院前の施設や在宅関係者と退院後の問題を共有。面会を勧め、環境調整を行う。
27	早めに施設の申込をして頂いたり、ご家族やケアマネ等と協力して退院後のサービスを整えることが出来た。
28	いずれにしても、ゴールの設定を明確にすることで、必要な関わりを実施し、施設とも連携する事で早期の退院が可能となった。
29	在宅又は施設で日常生活が送れるよう、介護認定の取得及び見直し、精神科看護師のよる訪問看護計画等支援プランを立てることにより早期退院となった。
30	入所型、通所型、訪問型の介護保険サービスと関わりがあるため、リアルタイムな空き状況、ご家族へ好事例情報を提供いただけ、介護保険サービスにつながりやすい。
31	介護認定の取得、訪問看護、その他社会資源を活用することで、早期退院が可能となった。
32	受け入れ施設の要望事項（減薬や薬剤調整して欲しい、夜間帯は眠れるようにして欲しい、車椅子キーパーを外せるようになって欲しいなど）の情報共有をスタッフ全員で行い、その方法を立案・実施した。また、同時にスタッフの関わり工夫や院内での取り組みを施設・家族に伝える事で受け入れを早める事ができた。院内の看護者が積極的に講義に参加することで、現場で適切な看護を提供する事ができ、BPSDの早期改善につながり、退院を早める事ができた。
33	入院前から患者・家族へ病状や治療の経過を説明し、現状を理解した上で必要な手続き等を速やかにおこない、家族・本人・主治医・看護部・PSW等関係職種を含めすべてが共通認識の下での退院調整が可能となり、結果早期の退院調整に繋がるケースが増加している。
34	入院後から家族を含めた早期のケース会議を行い、常に患者の症状把握をチーム全員で情報共有していることが早期の退院につながっている。
35	院内カンファレンスで方向性を決めて、各担当者が役割を確認し実施することで早期退院ができた。
36	介護認定の取得、訪問看護等地域の社会資源を活用できるように院内の多職種で構成したチームと協力し合い、カンファレンスを重ねたことで早期退院を実現した。
37	本人・家族も交え関係する多職種で話しあうので、退院に向けての課題が明確になりやすく、関係者が合意した上で具体的な対策を立てやすい。
38	早期に介護認定及び介護度変更の申請に協力。訪問看護も有効。施設へ精神科の情報提供書（中播・姫路共通）の活用。ケアマネとの連携。

-
- 39 介護認定の取得、ケアマネとの連携、退院後の通所サービス利用の可能性を踏まえた話し合い、家屋訪問の実施による退院後の生活環境・用具の提案調整で早期退院できた。
-
- 40 入院時に意向を伺うことで、ケアマネや施設と連携をとり早期に退院につながることもある。
-
- 41 退院支援会議にケアマネジャーも参加していただくことで、社会資源の利用がスムーズに行え、早期の退院が可能となった。
-
- 42 入院時に介護認定の取得などを確認し、取得されていない患者は介護認定を行う。各施設、グループホーム等と交流があり、空きが出れば、入所可能な患者に入所を検討していただき、早期に退院が出来た。
-
- 43 退院先が見つからずに困る時や、家族の対応が上手く行かない時に、全医師と各部署の代表者が集まるミーティングで話題にして、対応策を話し合っている。
-
- 44 施設との連携により、情報の共有を行う事で体験入所がスムーズに行え、退院前訪問と合わせることで施設スタッフがスムーズに受け入れた事例が数件あり、外来の継続と訪問看護で現在も再入院がなく継続している。
-
- 45 院内各職種や地域包括支援センター等における連携、介護認定の取得、訪問看護ステーションとの連携強化等で早期退院が可能となった。
-
- 46 院内全体の退院支援会議で退院支援状況を確認し、多職種にて支援を検討している。また、院外においても、介護医療連携会議等に参加し、各施設との連携を図っている。
-

(2) 個別調査票（退院患者票）

続いて、退院患者から1回答あたり任意に回答された最大5人の個別調査票を整理する。

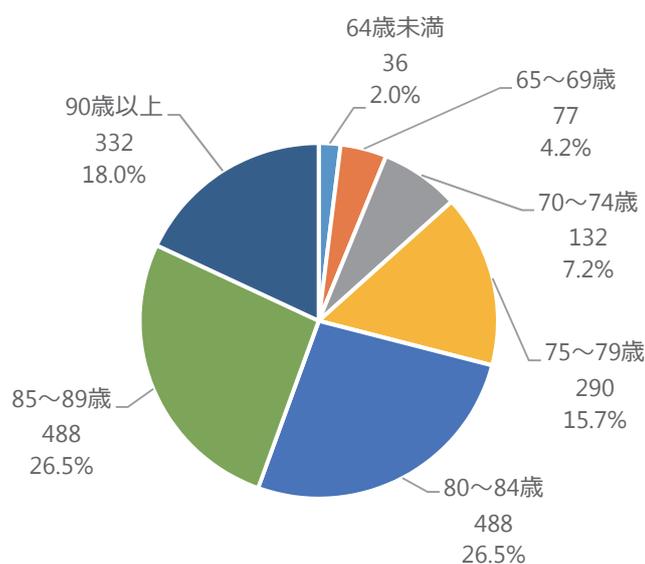
2-1 基本属性

2-1-1 年齢階級（有効回答 n1, 843）

退院患者の年齢階級は、「80～84歳」および「85～89歳」がともに488人（26.5%）と多く、続いて、「90歳以上」が332人（18.0%）、「75～79歳」が290人（15.7%）の順であった。

平均年齢は、82.7歳であった。

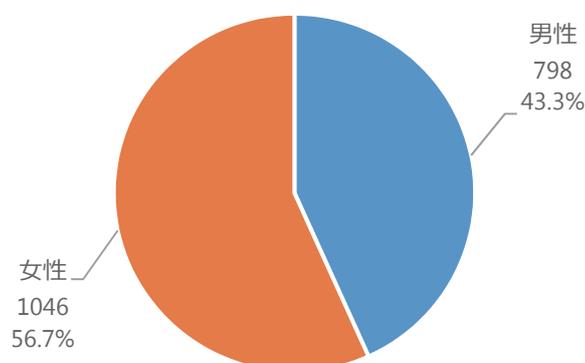
図表 2-1-1 年齢階級



2-1-2 性別（有効回答 n1, 844）

性別は、「男性」が798人（43.3%）、「女性」が1,046人（56.7%）であった。

図表 2-1-2 性別



2-1-3 入院期間（有効回答 n1, 838）

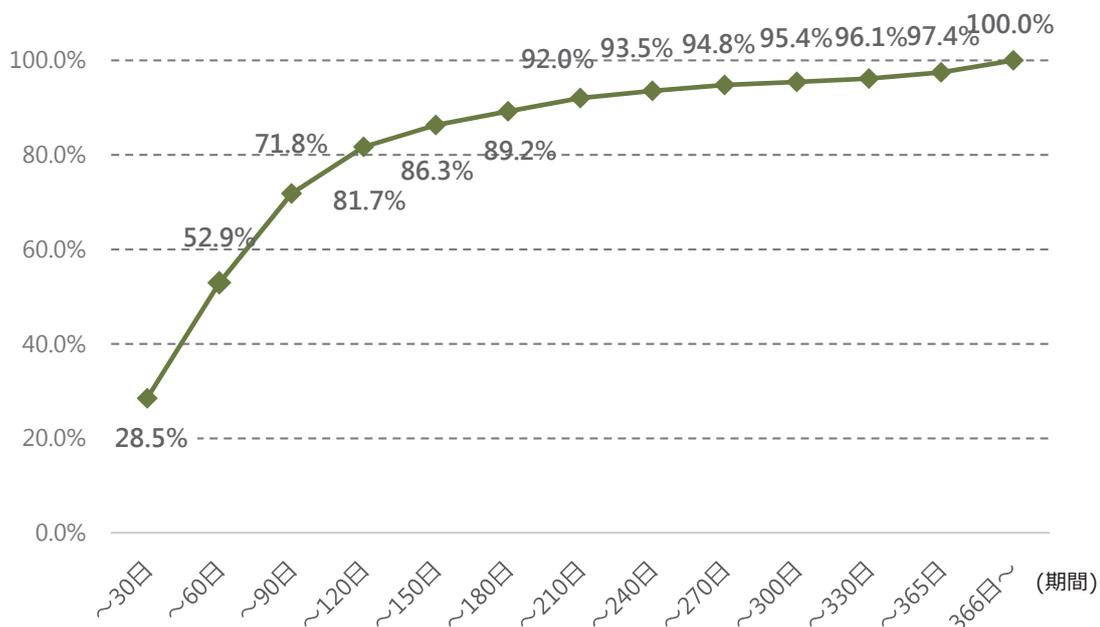
30日刻みの入院期間をみると、「～30日」が524人（28.5%）と最も多く、次いで、「31～60日」が449人（24.4%）、「61～90日」が347人（18.9%）の順となり、以降、入院期間「301～300日」まで漸減していた。90日以内に退院した患者が、全体の7割以上を占めていた。

なお、下段の累積入院期間別の退院患者数の推移では、本調査は“退院順の任意の最大5名まで”を対象としたものである点に注意を要する。

図表 2-1-3① 入院期間別の患者数

入院日数	患者数	構成割合		
～30日	524	28.5%	524	28.5%
31～60日	449	24.4%		
61～90日	347	18.9%	796	43.3%
91～120日	181	9.8%		
121～150日	85	4.6%	320	17.4%
151～180日	54	2.9%		
181～210日	51	2.8%		
211～240日	28	1.5%		
241～270日	23	1.3%		
271～300日	12	0.7%	151	8.2%
301～330日	13	0.7%		
331～365日	24	1.3%		
366日～	47	2.6%	47	2.6%

図表 2-1-3② 入院期間(累計)別の退院患者数の推移



2-1-4 入院料類型（有効回答 n1, 811）

入院時に算定していた入院料の類型について、「精神病棟入院基本料（特別入院基本料を含む）」が 779 人（43.0%）と最も多く、次いで、「認知症治療病棟入院料 1」が 465 人（25.7%）、「精神科急性期治療病棟入院料 1」が 234 人（12.9%）の順であった。

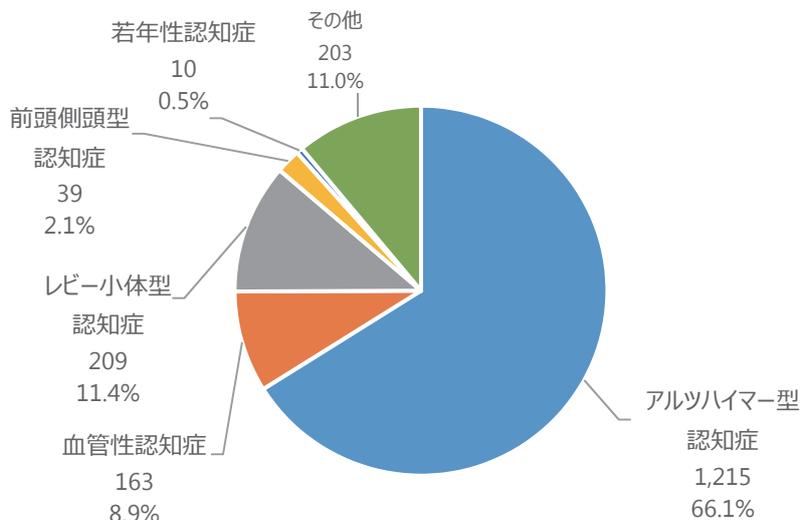
図表 2-1-4 入院料の類型

算定入院料	人数	構成割合
精神科救急入院料 1	111	6.1%
精神科救急入院料 2	2	0.1%
精神科急性期治療病棟入院料 1	234	12.9%
精神科急性期治療病棟入院料 2	17	0.9%
精神療養病棟入院料	135	7.5%
認知症治療病棟入院料 1	465	25.7%
認知症治療病棟入院料 2	10	0.6%
地域移行機能強化病棟入院料	5	0.3%
精神病棟入院基本料（特別入院基本料含む）	779	43.0%
老人性認知症疾患業容病棟（介護保険）	11	0.6%
その他	42	2.3%

2-1-5 診断名（n1, 853）

認知症の診断名について、「アルツハイマー型認知症」が 1,215 人（66.1%）と 3 分の 2 を占め最も多く、次いで、「レビー小体型認知症」が 209 人（11.4%）、「血管性認知症」が 163 人（8.9%）の順であった。

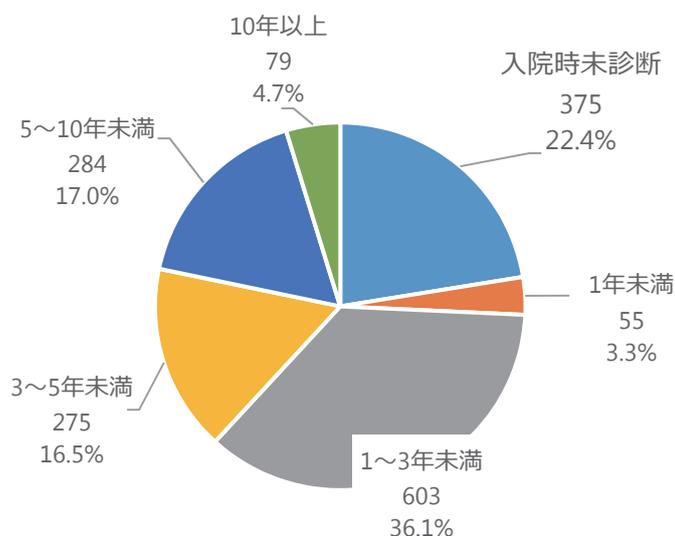
図表 2-1-5 診断名



2-1-6 診断後期間（有効回答 n1,671）

入院時における認知症診断後からの期間について、「1～3年未満」が603人（36.1%）と最も多く、次いで、「入院時未診断」が375人（22.4%）、「5～10年未満」が284人（17.0%）、「3～5年未満」が275人（16.5%）の順であった。

図表 2-1-6 診断後期間



2-1-7 身体合併症（n1,853）

入院時に身体合併症について、1つ以上の病名記載のあった1,413人（76.3%）について、その内訳をみると、「高血圧(症)」が557人（30.3%）と最も多く、以下、「糖尿病」が297人（16.2%）、「心不全」が124人（6.7%）、「がん」が100人（5.4%）の順であった。

なお、1,413人のうち、合併症記載数が「1つ」は498人（35.2%）、「2つ」は435人（30.8%）、「3つ以上」が480人（34.0%）であった。

図表 2-1-7 身体合併症の内訳（主な合併症抜粋）

	合併症	該当患者数	罹患割合
1	高血圧	557	39.4%
2	糖尿病	297	21.0%
3	心不全	124	8.8%
4	がん	100	7.1%
5	脳梗塞	92	6.5%
6	脳梗塞後遺症	74	5.2%
7	狭心症	65	4.6%
8	高脂血症	63	4.5%
9	前立腺肥大(症)	56	4.0%
10	骨折	55	3.9%
11	大腿骨骨折	51	3.6%
12	白内障・緑内障	51	3.6%
13	腎不全	47	3.3%
14	パーキンソン(病)	47	3.3%

2-2 入院前／退院時の状況

2-2-1 認知症アセスメントの比較

入院前および退院時に認知症に関するアセスメントを行った結果を示す。

HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）は、両時点でアセスメント結果記載のあった169人について、入院時は「10点以下」が66人（39.1%）、「11～23点」が95人（56.2%）、「24点以上」が8人（4.7%）、退院時には、「10点以下」が70人（41.4%）、「11～23点」が87人（51.5%）、「24点以上」が12人（7.1%）であった。なお、平均得点は、入院時（n824）は12.3、退院時（n213）は12.7であった。

MMSEは、両時点でアセスメント結果記載のあった72人について、入院時は「10点以下」が16人（22.2%）、「11～21点」が45人（62.5%）、「22点以上」が11人（15.3%）、退院時には、「10点以下」が17人（23.6%）、「11～21点」が44人（61.1%）、「22点以上」が11人（15.3%）であった。なお、平均得点は、入院時（n416）は14.5、退院時（n100）は14.8であった。

図表 2-2-1 認知症アセスメントの比較

①HDS-R（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）（有効回答 n169）

入院時 n824 平均 12.3

退院時 n213 平均 12.7

	入院時		退院時	
	人数	%	人数	%
10 点以下	66	39.1%	70	41.4%
11～23 点以下	95	56.2%	87	51.5%
24 点以上	8	4.7%	12	7.1%

②MMSE（有効回答 n72）

入院時 n416 平均 14.5

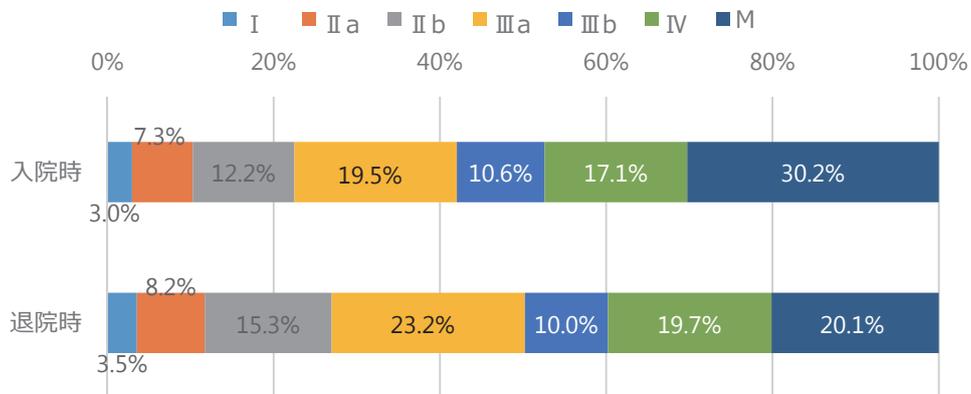
退院時 n100 平均 14.8

	入院時		退院時	
	人数	%	人数	%
10 点以下	16	22.2%	17	23.6%
11～21 点以下	45	62.5%	44	61.1%
22 点以上	11	15.3%	11	15.3%

2-2-2 認知症高齢者の日常生活自立度の比較（有効回答 n1,382）

入院前と退院時における認知症高齢者の日常生活自立度は、両時点でアセスメント結果記載のあった 1,382 人について、入院時はランク「M」が 30.2%であったのが、退院時には 20.1%と約 10 ポイント減少し、一方、ランク「I」～「Ⅲa」の割合がそれぞれ増加していた。

図表 2-2-2 認知症高齢者の日常生活自立度の比較



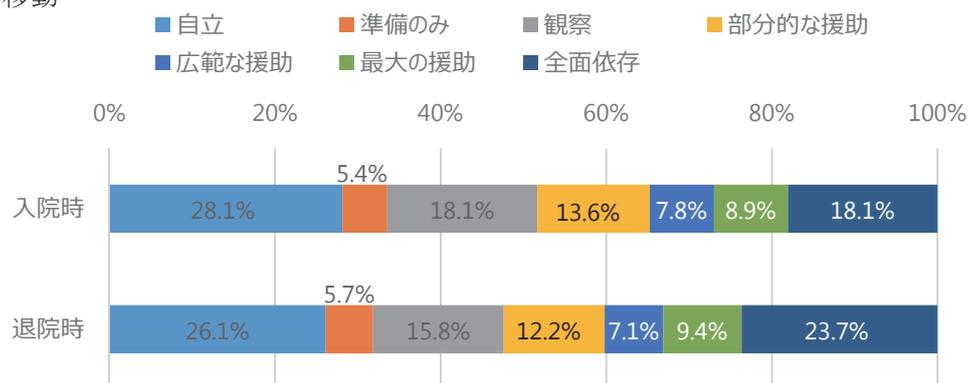
2-2-3 ADL の比較（有効回答 n1,749）

入院患者のADLについて、①移動、②移乗、③食事、④整容、⑤更衣、⑥トイレの使用の各項順に、入院前と退院時それぞれにおける7段階評価について比較を整理する。

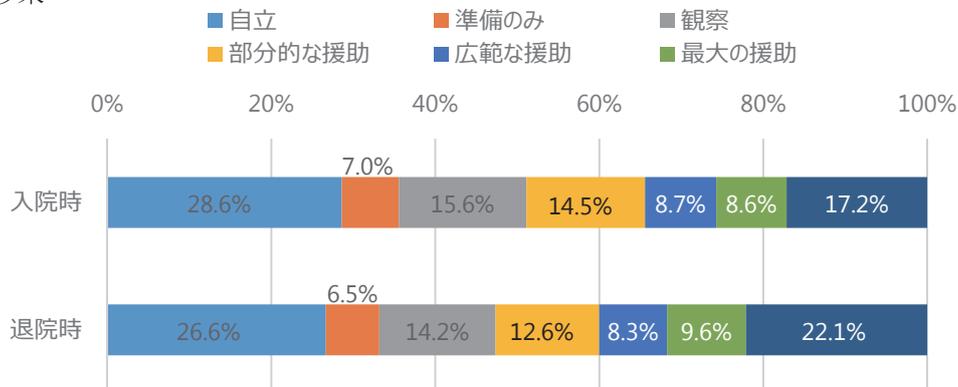
①移動～⑥トイレの使用のそれぞれの構成割合は異なるものの、いずれも「自立」～「観察」までの割合が減少し、「最大の援助」や「全面依存」の割合が増加していた。

図表 2-2-3 ADL の比較

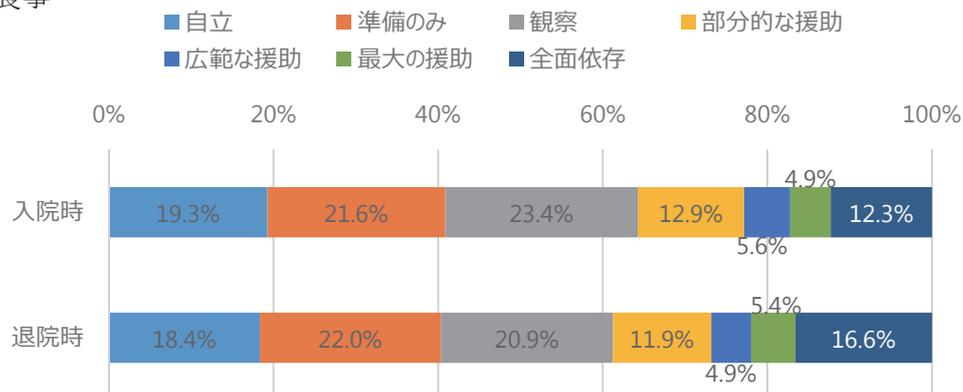
①移動



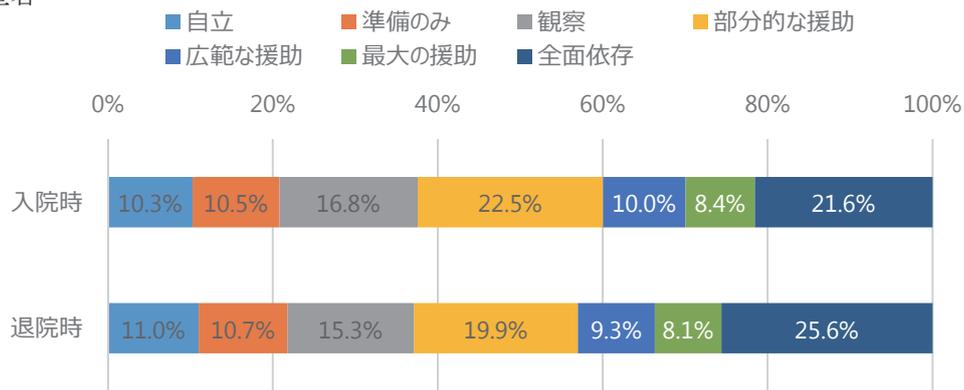
②移乗



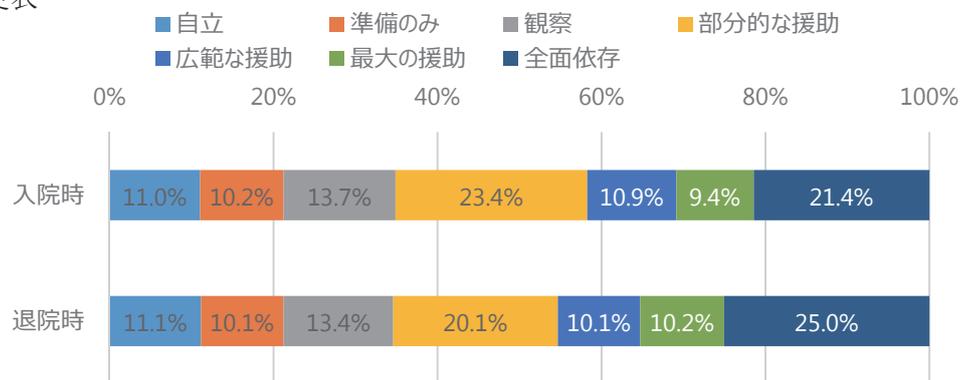
③食事



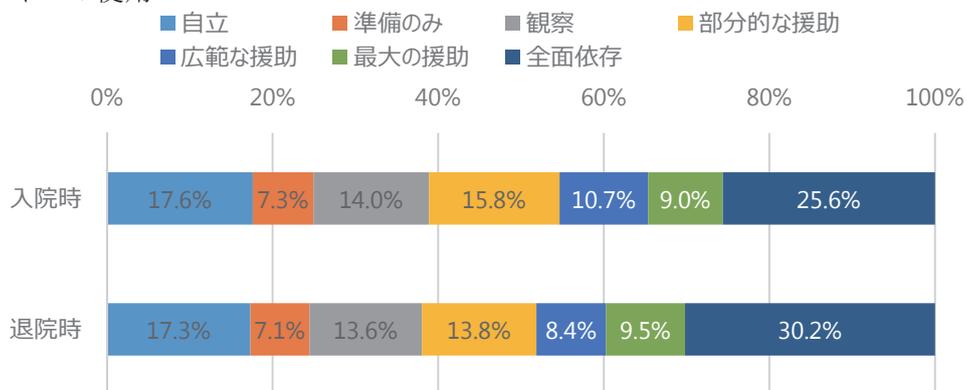
④整容



⑤更衣



⑥トイレの使用



2-2-4 IADL の変化 (有効回答 n1, 749)

続いて、入院患者の IADL について、①食事の用意、②家事一般、③金銭管理、④薬の管理、⑤電話の利用、⑥買い物、⑦交通手段の利用の各項順に、入院前と退院時の 3 段階評価の比較を整理する。

いずれの項目も、入院前と退院時の評価の構成割合に大きな変化は見られず、「問題ない」が微増、「いくらか困難」が微減、「非常に困難」がほぼ不変という結果であった。

図表 2-2-4 IADL の比較

		問題ない	いくらか困難	非常に困難
①食事の用意	入院前	2.7%	13.3%	83.9%
	退院時	3.1%	12.1%	84.8%
②家事一般	入院前	2.9%	15.8%	81.3%
	退院時	3.3%	15.7%	81.0%
③金銭管理	入院前	2.3%	10.9%	86.8%
	退院時	2.7%	10.5%	86.8%
④薬の管理	入院前	2.3%	11.8%	85.8%
	退院時	3.0%	12.3%	84.7%
⑤電話の利用	入院前	6.6%	21.0%	72.4%
	退院時	7.1%	20.0%	73.0%
⑥買い物	入院前	3.0%	15.0%	81.9%
	退院時	3.3%	14.9%	81.9%
⑦交通手段の利用	入院前	2.7%	10.9%	86.4%
	退院時	3.3%	9.9%	86.8%

- ①食事の用意（献立を考える、食材を用意する、料理する、配膳する）
- ②家事一般（食事の片付け、掃除、布団・ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯など）
- ③金銭管理（請求書の支払、貯金の管理、家計の収支勘定）
- ④薬の管理（服用の時間、袋からの取り出し、処方通りの服用）
- ⑤電話の利用（自分で電話をかける、受ける）
- ⑥買い物（食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う）
- ⑦交通手段の利用（バス、電車などの乗り物による移動）

2-3 入院前の所在（有効回答 n1, 831）

入院前の所在（どこから入院に至ったか）について、「自宅」が 889 人（48.6%）と最も多く、次いで、「病院（精神科以外）」が 316 人（17.3%）、「有料老人ホーム」が 114 人（6.2%）、「グループホーム」が 113 人（6.2%）の順であった。

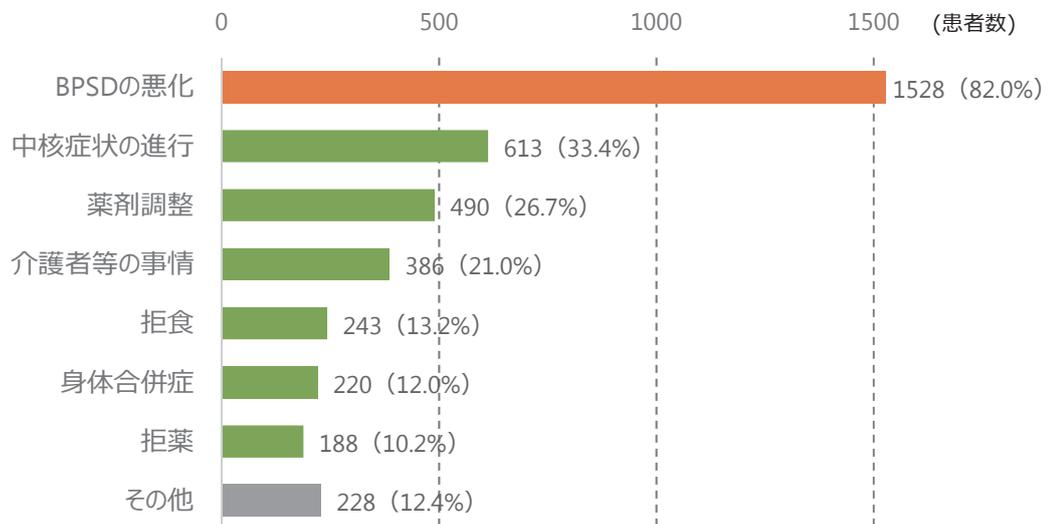
図表 2-3 入院前の所在

入院前の所在	人数	%
自宅	889	48.6%
グループホーム	113	6.2%
病院（精神科）	58	3.2%
病院（精神科以外）	316	17.3%
特別養護老人ホーム	110	6.0%
介護老人保健施設	111	6.1%
養護老人ホーム	41	2.2%
有料老人ホーム	114	6.2%
サービス付高齢者住宅	43	2.3%
その他	36	2.0%

2-4 入院理由（有効回答 n1, 838）

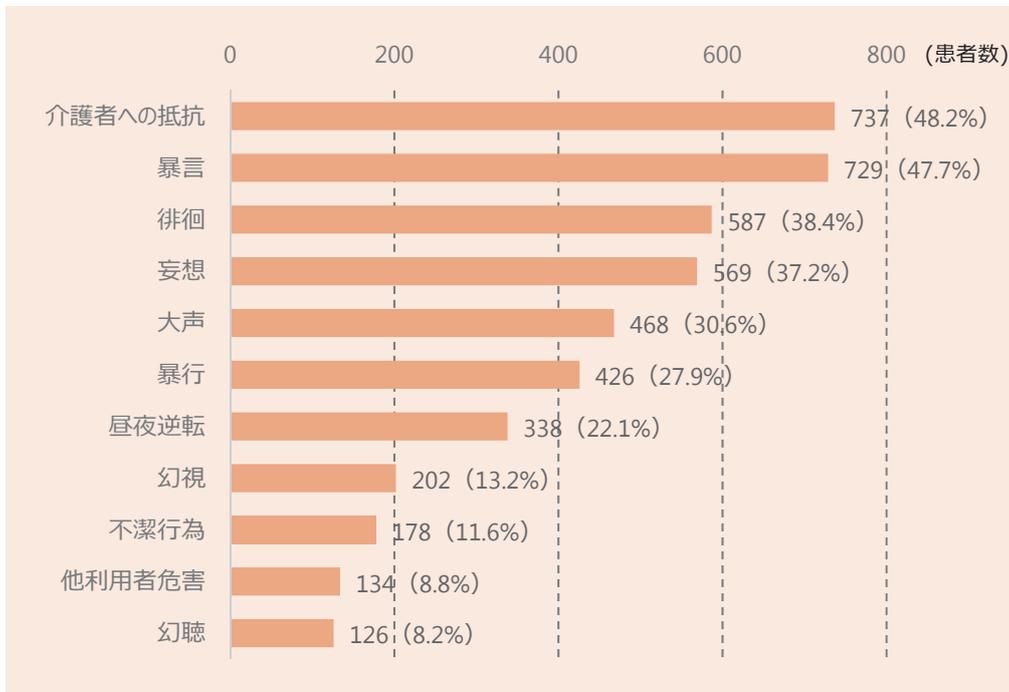
入院理由（複数回答）は、「BPSDの悪化」が1,528人（82.0%）と8割を超え、次いで、「中核症状の進行」が613人（33.4%）、「薬剤調整」が490人（26.7%）、「介護者等の事情」が386人（21.0%）であった。

図表 2-4① 入院理由



BPSD の悪化の詳細（複数回答；n1,528）をみると、「介護者への抵抗」が737人（48.2%）、「暴言」が729人（47.7%）、「徘徊」が587人（38.4%）、「妄想」が569人（37.2%）の順であった。

図表 2-4② 「BPSD の悪化」の詳細

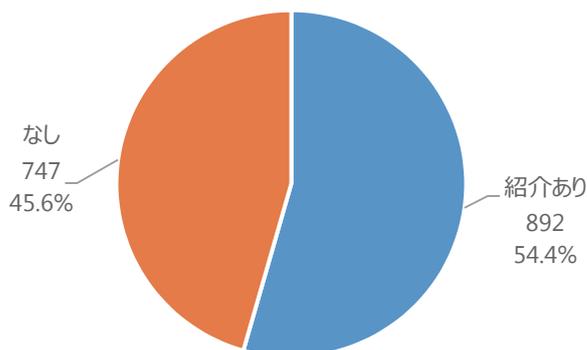


2-5 他の医療機関からの紹介（有効回答 n1,639）

入院にあたって他の医療機関からの紹介の有無について、「紹介あり」が892人（54.4%）、「なし」が747人（45.6%）であった。

「紹介あり」患者の紹介元としては、「かかりつけ医」が614人（68.8%）、「認知症専門医」が46人（5.2%）、「認知症サポート医」が9人（1.0%）、「その他」が210人（23.5%）であった。「その他」の具体的な回答には、一般病院、老健等の施設医師などがあつた。

図表 2-5 他の医療機関からの紹介



具体的な紹介元（有効回答 n879）

紹介元	患者数	割合
かかりつけ医	614	69.9%
認知症サポート医	9	1.0%
認知症専門医	46	5.2%
その他	210	23.9%

2-6 退院先所在（有効回答 n1, 822）

退院先（退院後の所在）について、「自宅」が 436 人（23.9%）と最も多く、次いで、「病院（精神科以外）」が 404 人（22.2%）、「特別養護老人ホーム」が 215 人（11.8%）、「介護老人保健施設」が 197 人（10.8%）の順であった。

「自宅」が最も多い点は変わらないものの、構成割合としては、入院前が 48.6%であったのが、退院先としては 23.6%と、25 ポイント減少していた。また、入院前は 6%程度であった介護保険施設（「特別養護老人ホーム」、「介護老人保健施設」）が、退院先としては 10%超となっている点も特徴的であった。

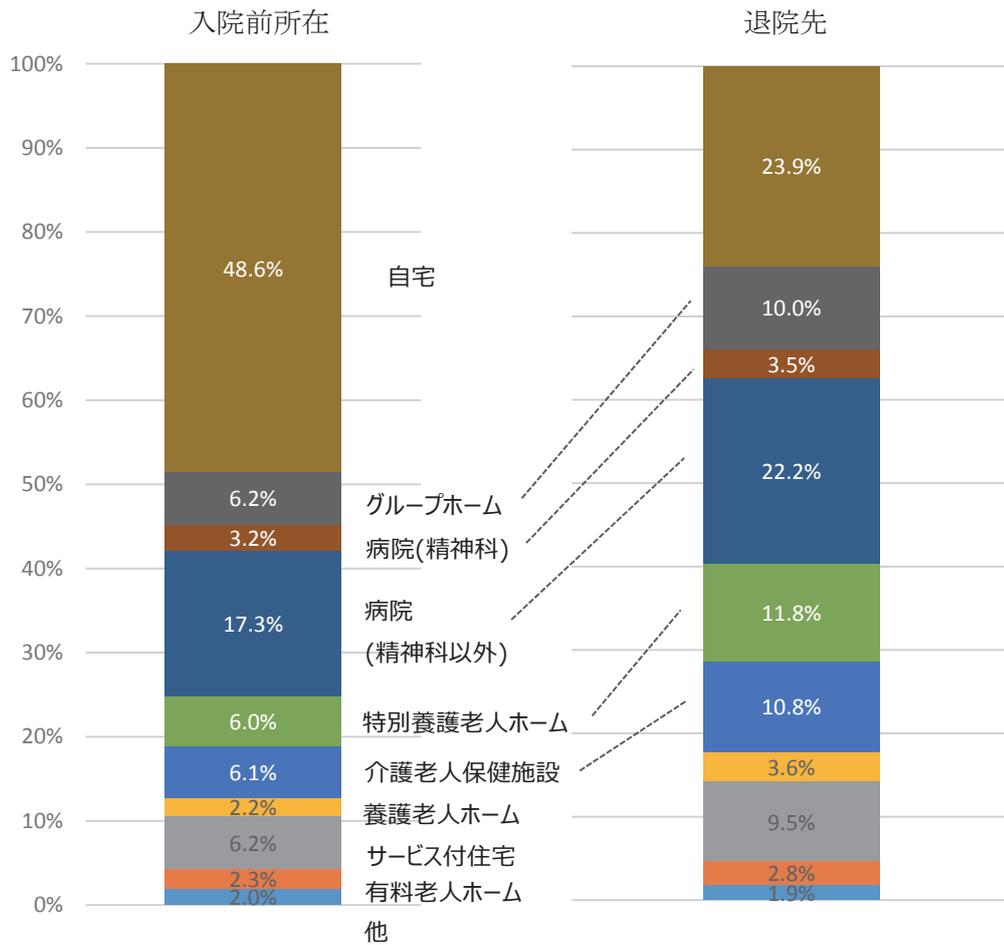
図表 2-6① 退院先（退院後の所在）

退院後の所在	人数	%
自宅	436	23.9%
グループホーム	183	10.0%
病院（精神科）	63	3.5%
病院（精神科以外）	404	22.2%
特別養護老人ホーム	215	11.8%
介護老人保健施設	197	10.8%
養護老人ホーム	65	3.6%
有料老人ホーム	174	9.5%
サービス付高齢者住宅	51	2.8%
その他	34	1.9%

図表 2-6② 入院前所在・退院後(1)

	入院前所在 n1,831		退院先 n1,822	
自宅	889	48.6%	436	23.9%
グループホーム	113	6.2%	183	10.0%
病院(精神科)	58	3.2%	63	3.5%
病院(精神科以外)	316	17.3%	404	22.2%
特別養護老人ホーム	110	6.0%	215	11.8%
介護老人保健施設	111	6.1%	197	10.8%
養護ホーム	41	2.2%	65	3.6%
有料老人ホーム	114	6.2%	174	9.5%
サービス付高齢者住宅	43	2.3%	51	2.8%
その他	36	2.0%	34	1.9%

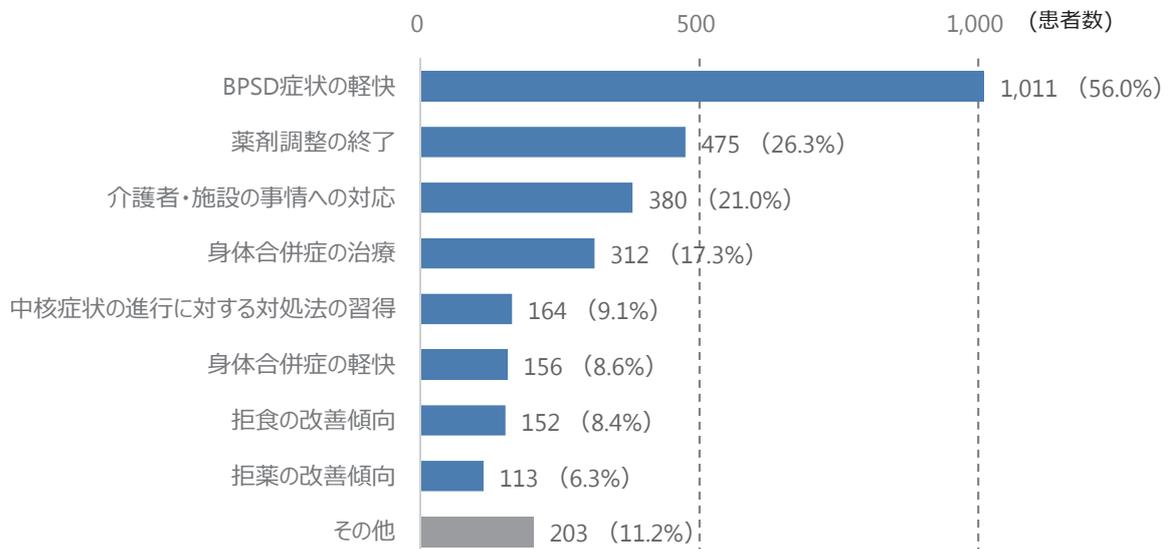
図表 2-6③ 入院前所在・退院後(2)



2-7 退院理由 (有効回答 n1, 806)

退院理由(複数回答)は、「BPSD症状の軽快」が1,011人(56.0%)と過半数となり、次いで、「薬剤調整の終了」が475人(26.3%)、「介護者・施設の事情への対応」が380人(21.0%)、「身体合併症の治療」が312人(17.3%)であった。

図表 2-7 退院理由

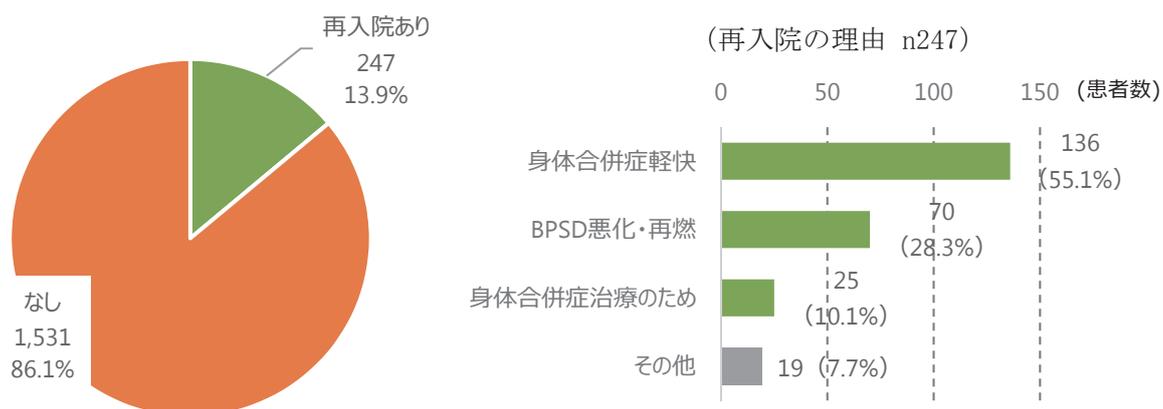


2-8 再入院 (n1, 778)

退院後 3 ヶ月以内の再入院について、「再入院あり」が 247 人 (13.9%)、「なし」が 1,531 人 (86.1%) であった。

再入院の理由 (記述回答) は、「身体合併症軽快」が 136 人 (55.1%) と最も多く、次いで、「BPSD 悪化・再燃」が 70 人 (28.3%)、「身体合併症治療のため」が 25 人 (10.1%) の順であった。

図表 2-8 再入院および再入院の理由



再入院の理由の詳細について、記述の多かった理由別に主なものを抜粋して整理する。

①身体合併症軽快

1	身体合併症治療終了につき当院へ再入院
2	一般科病院での身体合併症精査が完了し、引き続き当院での入院治療継続となったため再入院した。
3	経尿道的膀胱結石砕石術のため転院。施行後の再入院。
4	一般科の治療は終了したが拒食、拒薬があった為。
5	心不全治療目的で他院転院後、急性期の治療が終了し、当院再入院。
6	療養型病院に転院予定だったが、出血性胃潰瘍のため消化器科へ転科、病状安定の為再度精神科へ転科した。
7	がんの診断ではあったが、精神的加療が必要であったため
8	他院で身体合併症のオペをして再入院
9	鼠径ヘルニア OPE のため転院し術後、再入院となる。
10	急性硬膜下血腫の治療を終えたが、妄想やその伴う精神運動興奮がある為、入院となった。
11	保存的加療とアルツハイマー型認知症治療のため
12	骨折治後の転院戻り
13	大腿骨頸部骨折術後、リハビリの指示が入らず不穩等もみられ再入院。

14	誤嚥性肺炎の治療が終わり再入院。
15	胃瘻のチューブ交換が終了し、認知症の入院加療中であった為、帰院
16	身体疾患治療終了するも在宅生活困難な為
17	身体合併症の治療が終了し、再び不穏状態となり暴力行為が出現したため転院となった
18	骨折の処置が終了し、精神科の治療をするため
19	左大腿骨遠位端骨折の治療が終了したため当院へ再入院された。
20	身体疾患増悪にて一般科へ転院。身体状態改善にて再入院となる。
21	胃瘻造設目的にて一般科病院へ転院。造設後に当院再入院となる。
22	手術後の安静保てず、妄想・興奮等不穏状態になり、対応困難とのことで再入院となる。
23	骨折の治療が終了し、引き続き、認知症状の治療が必要だった為。
24	心不全による全身状態悪化の為転院となったが小康状態を得て退院。全身状態は落ち着いたが、昼夜逆転・情動不安定が続いたため再入院。
25	身体合併症治療終了のため、精神科以外の病院から転入院。
26	治療により身体疾患は改善したが、介護抵抗・暴言などの BPSD がひどくなったため
27	意識レベル低下により他病院に転院していたが症状改善のため再入院
28	身体合併症は軽減したが精神症状は継続し、治療の必要があったため
29	眼の治療を終え帰入院（大声、不穏）
30	呼吸状態悪化し一般病院へ救急搬送となるが、状態安定したため3日後当院へ再入院。
31	肺炎を認め一般病院へ転院。2週間後肺炎は軽快したが、易刺激性は継続しており、当院へ転院となった。
32	骨折術後の経過安定し再入院
33	高カリウム血症で転院。急性期を脱し、再入院
34	身体合併症治療後の再入院、BPSD に対する継続治療
35	身体合併症の検査が一旦終了し、認知症治療継続の必要性あり
36	肺炎治療終了も、認知症状の治療及びリハビリが必要
37	転院理由の右肩蜂巣炎が軽快し、認知症への対応が中心となったため
38	転院先より、腎機能低下の治療後受入依頼有。治療継続と管理、環境調整を要するため。
39	右大腿骨頸部骨折術後に対する回復期リハビリ目的

㊦BPSD 悪化・再燃

1	介護抵抗強く、暴言・暴力などが見られ、入居している施設にて対応困難のため再入院となった。
2	不眠、暴言、介護抵抗が再度活発となったため
3	治療は途中であるが点滴の抜去・無断離院等あり、対応困難にて再入院
4	退院後施設での生活の中で職員に対する被毒妄想があり拒薬するようになった為。
5	BPSD の再増悪、介護抵抗
6	老人保健施設スタッフに対し暴力行為があったため
7	転倒、夜間徘徊のため自宅介護が限界
8	BPSD 症状の再燃
9	大腿骨頸部骨折術後、リハビリの指示が入らず不穏等もみられ再入院。

10	他科入院中も BPSD 見られ、術後に再入院。
11	グループホームに戻るも、再び不眠・幻覚に伴う不穏行動が見られた。
12	不潔行為、介護抵抗があり、約 2 週間後に再入院となった。
13	介護抵抗、徘徊、異所排泄があり、約 2 カ月後に再入院となった。
14	退院先の病院で肺炎の治療が終了したが、不眠、不潔行為、嚥下機能低下は変わらず、自宅での生活が困難
15	病状の再燃（幻視・大声）
16	身体合併症の為、他院へ転院。その後症状改善したがせん妄、暴言、暴力がみられ、自宅退院は困難な為、当院へ再入院となった。
17	介護保険サービス利用出来ず、興奮、家を出ていこうとする行為あり、自宅での対応困難となった為。
18	介護保険サービス利用できず、不眠、易怒性亢進、BPSD 悪化した為
19	身体合併症があり「苦しい」と言い、不安が増強し、自分で対処できず不穏になる。実際には身体的な変化はない。
20	施設内での器物破損、騒音、暴言
21	身体合併症の治療が終了し、再び不穏状態となり暴力行為が出現したため転院となった
22	手術後の安静保てず、妄想・興奮等不穏状態になり、対応困難とのことで再入院となる。
23	ベッドからの転落が頻回で、大声も著明で一般病院対応困難。
24	治療により身体疾患は改善したが、介護抵抗・暴言などの BPSD がひどくなったため
25	自宅にも戻って生活していたが、急に不安が高まり手首を切る衝動行為があり、再度入院。
26	BPSD の再燃、介護抵抗
27	退院後は老健に入所したが、体力低下・意識消失等が続いたため
28	服薬自己中断による BPSD 症状の悪化
29	転院するも夜間大声出したりあり再入院となる
30	身体症状改善するも、BPSD 悪化のため
31	外来通院していたが、服薬が不規則となり幻覚・妄想等精神症状が強くなったため、入院して服薬訓練を行う必要があった
32	家族に対しての妄想が顕著となり、見当識障害が見受けられ始めた為。
33	徐々に興奮・徘徊・拒絶が顕著となり、家族が対応不可となった為。
34	被害妄想による独語、食欲低下、排便困難等により、施設での対応困難

④身体合併症治療のため

1	右大腿部再切断術施行のため
2	骨折加療が当院でできるようになったため
3	入所後、誤嚥性肺炎となり再入院。
4	肺炎 心不全増悪
5	慢性腎不全急性増悪
6	腸閉塞となったため
7	イレウス再発
8	胃瘻増設のため

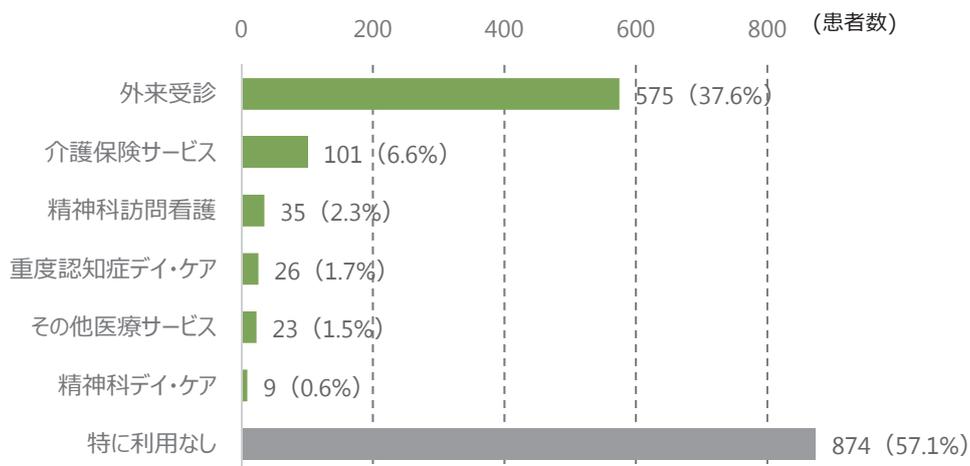
9	摂食異常に伴う、身体合併症（糖尿病）の悪化
10	褥瘡の増悪
11	食事摂取量の低下・腎盂腎炎罹患
12	高齢者であり免疫力が低下しているため肺炎に再発が考えられる
13	自宅で動きが多く、左ひざを痛み、歩行不能の状態になり、単身生活が困難になったため
14	熱発したため
15	イレウスの為、内科へ転入院
16	ペースメーカー交換のための転院

2-9 退院後のサービス利用（有効回答 n1, 531）

退院後（再入院していない場合）のサービス利用について、「（自院の）外来受診」が 575（37.6%）、「介護保険サービス」が 101 人（6.6%）、「精神科訪問看護」が 35 人（2.3%）の順であった。

なお、「特に利用なし」が 874 人（57.1%）と多くなっているが、これには、退院後のサービス利用等の状況を把握していない場合（“自院の” サービスを利用していない）を含むと考えられる。

図表 2-9 退院後のサービス利用



[考察]

◎施設調査票について

日本精神科病院協会会員を対象に認知症患者の退院・転帰に関する調査を行った。このような認知症患者の退院転帰に関する大規模アンケート調査は他に類を見ない。

認知症担当医師数は回答数 497 病院の内 480 病院で精神科医が担当しており、合計人数は 2,829.7 人に及び、そのうち精神保健指定医は 2,316.2 人となった。つづいて内科医、神経内科医、脳神経外科医と続き、多くの会員病院で認知症を担当している医師がいることがわかった。

続いて認知症入院患者数は、全体（495 病院）で 24,458 人おり、これを日精協会員病院数の 1,200 病院に換算すると、約 58,000 人となり多くの認知症患者が入院していることがわかる。

平成 29 年 4 月 1 日～9 月 30 日の入院患者数の合計は 12,464 人であり、うち平成 30 年 11 月 1 日までに退院した患者数は 9,126 人と 73.2%の割合で退院している。また入院期間別の退院患者数をみると、退院患者のうち 47%が入院期間 90 日以下で退院しており、約 3 分の 2 が半年以内に退院していた。この結果から、認知症に長期入院はほとんどなく、必要な治療を終えて退院させていることも分かった。

早期退院に向けた取り組みを具体的に回答が得られた 208 病院のうちでは、「カンファレンス実施」が 60 病院と最も多く、続いて「クリニカルパスの活用」「地域との連携」を挙げる病院が多数あり、他にも「入院時・早期に家族説明」、「(院内)多職種連携」、「要介護認定」が次いで挙げられた。「カンファレンス実施」については多職種で初期の段階から定期的に話し合いの場を持ち、患者の病気・症状等を把握し、方向性を共有している。どの取り組みも共通して言えることは、院内院外関わらず家族も含めて「連携」することに重きをおいて取り組んでいる。

続いて早期退院に繋がった具体的なケースの要因としては、「院内連携・カンファレンス」、「地域・ケアマネとの連携」、「要介護認定」の順に挙げられ、どのケースもそれらを「早い段階から進めること」が強調された。

「認知症患者の早期退院に向けた取り組み」

精神科病院では様々な早期退院に向けて取り組みが施行されていることが明確になったが、考察として病院毎にひとつの特徴に集約して更なる検討を試みた。

回答病院 507 件の内、この設問の自由回答形式に回答があったのは 209 件 41.2%であった。これらの会員病院において、認知症患者の早期退院に向けた取り組みとして重要視されていると考えられる要素を分類してみた。その結果、①多職種会議・ケースカンファレンス・地域連携会議等の院内・院外における多職種カンファレンスによる早期退院のシステムがある ②認知症クリニカルパスを使用している ③入院時から早期に退院支援を行うシステムがある、または退院支援会議を有効活用している ④その他（主に治療・療法的な取り組み）と大きく 4 つのカテゴリ

一に分けることができた。内容的には重複する部分もあるが、1病院当たりいずれかに振り分けて分類した。

以下、分類に従った内訳である。回答病院 209 件を母数とする。

- ①多職種会議・ケースカンファレンス・地域連携会議等の院内・院外における多職種カンファレンスによる早期退院のシステムがある：71 病院で、34.0%であった。
- ②認知症クリニカルパスを使用している：52 病院で、24.9%であった。
- ③入院時から早期に退院支援を行うシステムがある、または退院支援会議を有効活用している：60 病院で、28.7%であった。
- ④その他（主に治療・療法的な取り組み）：26 病院で 12.4%であった。

今回、敢えて分類したが、認知症クリニカルパス、多職種会議、地域連携会議、カンファレンス、ケースカンファレンス、退院支援会議、退院支援の早期取り組みのシステム等をキーワードと捉えれば、①～③の取り組みをしている病院となり、その数は 193 病院で、92.3%となる。当たり前の結果だが、この設問に回答した病院は何らかの早期退院の実績に繋がる取り組みをしていると推察できた。

その中で、予想以上に件数が多かったと思われた認知症クリニカルパスについて、どのようなクリニカルパスを使用して、退院に結び付けているか、調査を行った。認知症クリニカルパスを使用していると回答した 52 病院にクリニカルパスの提供と開示の許諾を依頼した結果、16 病院において承諾がとれたので、そのクリニカルパスを巻末に提示しているのので、参考としていただきたい。また、日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険員会において作成したものも合わせて掲載している。

「実際に早期退院につながったケースの要因等」

要因についても、病院毎にひとつに集約して分類し、更なる検討を試みた。

回答病院 507 件の内、この設問の自由回答形式に回答があったのは 179 病院 35.3%であった。実際に早期退院につながったケースの要因について、分類を試みた。①入院前後に介護認定を取得するよう計画した、または介護施設との密な連携を図ったケース ②院内多職種会議・院外における地域連携会議が効果的だった ③入院直後、場合によっては入院前からの退院支援計画、家族への支援の取り組みや退院支援システムによる効果 ④その他（主に治療・療法的な取り組み）と、やはり 4 つの分類となった。内容的には重複する部分もあるが、1病院当たりいずれかに振り分けて分類した。

以下、分類に従った内訳である。回答病院 179 件を母数とする。

- ①入院前後に介護認定を取得するよう計画または介護施設との密な連携を図ったケース：58 件で 32.4%であった。
- ②院内多職種会議・院外における地域連携会議が効果的だった：75 件で 41.9%であった。
- ③入院直後、場合によっては入院前からの退院支援計画、家族への支援の取り組みや退院支援システムによる効果：34 件で 19.0%であった。
- ④その他（主に治療・療法的な取り組み）：12 件で 6.7%であった。

入院時もしくは入院前から介護保険に関する本人情報を取得し、介護認定受けていない方に速やかに認定を受けてもらうシステムづくりが肝要であるという結果が、上記の考察と比較しても、顕著であると言える。当然のことではあるが、介護系施設に退院する際に要介護度の認定が必要だが、それを確認、申請する仕組みが受け入れる精神科病院になれば、スムーズな退院支援ができないこととなる。入院の際には、BPSD などの治療のために入院するわけで、病状安定がみえていない段階で、家族に介護申請を依頼することは治療関係に微妙な影響を与える可能性もあり、治療がある程度順調に経過してから介護保険の申請手続きを依頼することが自然である。しかし、それでは3ヶ月以内に退院することは困難になると思われる。

そこで重要なことは、多職種によるシステム的な対応である。結果的には①と②③の要素が効果的なシステムとして機能して重要な要因になっていると推測される。

◎個別調査票について

続いて退院患者から1回答当たり任意に回答された最大5人の患者について個別調査票の集計を整理する。

退院患者の年齢階級は有効回答数1,843人のうち「80～84歳」と「85～89歳」がともに488人と多く、続いて「90歳以上」が332人となり、全体の70%ほどが「80歳以上」であることがわかった。また男女比であるが1,844人中女性が1,046人(56.7%)と男性を上回っている。

続いて入院期間をみると、30日以内が1,838人中524人(28.5%)と最も多く、次いで31日～60日が449人(24.4%)、61～90日が347人(18.9%)であり、全体の9割近くが半年以内に退院していることがわかった

診断名については「アルツハイマー型認知症」が66.1%と3分の2を占めており、次いで「レビー小体型認知症」、「血管性認知症」の順であった。また、身体合併症については「高血圧症」が最も多く、次いで「糖尿病」、「心不全」、「がん」、「脳梗塞」の順であり、1,853人中1,413人(76.3%)の患者が入院時何らかの身体合併症がみられて入院している。

入院前/退院時の状況については入院前の自立度やADLをみても、早く退院した場合はADLは落ちることはないが、入院期間が(半年以上)長引くとADLは悪くなる。ただし合併症があり長引いた人も含まれている要因もある。一定程度は軽度期の患者が占め、重症化してからの受け入れに偏重している訳では無いことも窺えた。退院時にはADLが低下する傾向もあるが、BPSDの軽減治癒や薬剤調整などを目的とした入院である以上、ある程度の低下はやむを得ない面もある。退院によるADL低下は認知症の進行性病態を考える上で、ADLが低下していく事は不可避であるが、退院後在宅体制の受け入れにより一旦下がったADLの回復をさせていく事が在宅体制に強く求められることになると思われる。

入院前の所在については自宅が半数で最も多く、入院理由については「BPSDの悪化」が8割を超え、これについての詳細をみると「介護者への抵抗」と「暴言」が多くみられ、次いで「徘徊」、「妄想」が順に挙げられている。入院にあたっての他の医療機関からの詳細の有無は、半数以上が「紹介あり」で、その紹介元は「かかりつけ医」が68.8%である。地域の循環型の仕組みの中で、精神科病院も一次受け入れ機関としての役割を担っており、上記に合わせて、専門医療提供の役割も担っている。

退院先の所在は入院前と比べると自宅が最も多いのが変わらないものの、23.9%と半減し、介護保険施設や居住系施設への退院が多いのは、在宅復帰の目安が退院後の在宅生活を維持できる体制、家族支援の充実が必要であることも示唆された結果であると推察された。退院理由については「BPSD症状の軽快」は過半数となり、次いで「薬剤調整の終了」が挙げられた。

退院後3ヶ月以内の再入院は15%程度あるものの、その理由を見ると身体合併症治療による一般病院等への退院後の再入院というケースが一定数程度を占めていることも窺えた。他方、BPSDの再燃を理由とする再入院もあり、退院患者や家族への継続的な支援や、外来での継続管理

の推進など、在宅体制の充実とともに、精神科病院としての課題も見られた。

厚生労働省は平成 24 年 9 月、オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）を改め、平成 27 年 1 月より新オレンジプランとした。新オレンジプランの一つの課題として、「認知症の容態に応じた適時、適切な医療・介護などの提供」が掲げられている。今回の調査では、適時、適切な医療、介護つまり循環型の調査、分析を行なった。その一つ、再入院についての結果は上記の通りであるが、実際の理由としては、①入院により身体合併症が発見され、総合病院に転院そして治療後の再入院、②入院後に身体合併症（骨折、肺炎など）が新たに発生したり、これまであった身体合併の悪化のため転院そして治療後の再入院、③在宅退院となったが、BPSD の再燃や現状では介護困難のための再入院、④施設に入所、再入所したが BPSD の再燃や現場での介護困難のため再入院などの理由があげられる。今後の課題としては、さらに細かな適時、適所の分析を行い、より適切な循環の仕組みを可視化し検討する必要があると思われた。今後も、認知症の容態に応じた適時、適切な医療・介護などの提供にむけ検討、実現できるよう努力したい。

3 介護保険施設等調査

(3) 施設調査票

3-1 定員数

3-2 H29/4/1～9/30 の（認知症の）入所者

3-3 貴施設での取り組みについて（主な回答抜粋）

3-3-1 認知症の入所者の早期退所に向けた取り組みについて（従来型老健のみ）

3-3-2 実際に早期退所につながったケースの要因等について（従来型老健のみ）

(4) 個別調査票（退所者票）

4-1 基本属性

4-2 入所時／退所時の状況

4-2-1 要介護度の変化

4-2-2 認知症自立度の変化

4-2-3 ADL の変化（従来型老健のみ）

4-2-4 IADL の変化（従来型老健のみ）

4-3 入所前の所在

4-4 入所理由

4-5 退所理由

4-6 退所先所在

4-7 再入所

4-8 退院後のサービス利用

[考察]

(3) 施設調査票

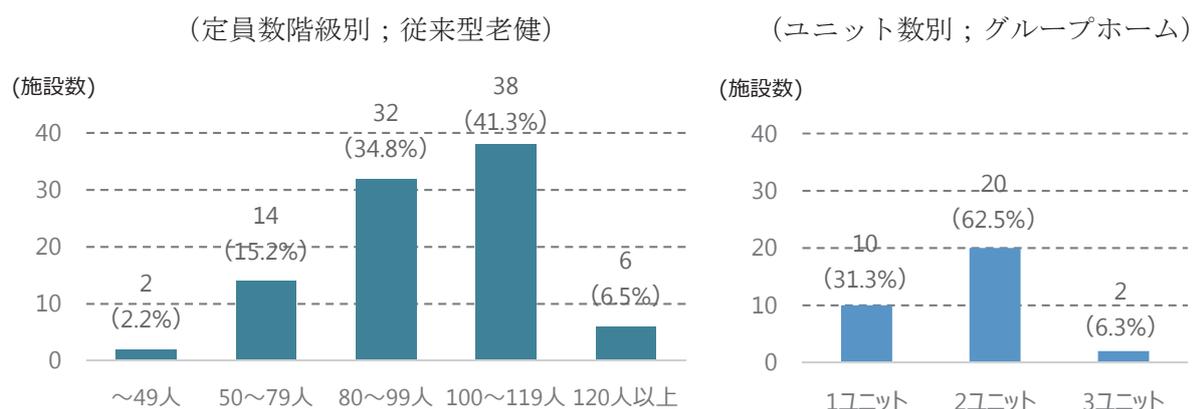
3-1 定員数

各施設の回答施設数および定員数は、「介護老人保健施設(以下、従来型老健)」が 92 施設、8,426 人、「介護老人福祉施設(以下、特別養護老人ホーム)」が 19 施設、1,170 人、「認知症対応型共同生活介護(以下、グループホーム)」が 32 施設、504 人であった。

従来型老健の定員数階級別の施設数は、「100～119 人」が 38 施設 (41.3%) で最も多く、次いで、「80～99 人」が 32 施設 (34.8%)、「50～79 人」が 14 施設 (15.2%) の順であった。グループホームのユニット数別の施設数は、「2 ユニット」が 20 施設 (62.5%)、「1 ユニット」が 10 施設 (31.3%) であった。

図表 3-1 各施設の定員数等

	従来型老健	特別養護老人ホーム	グループホーム
施設数	92	19	32
総定員数	8,426	1,170	504
平均定員数	92.7	61.6	15.8



3-2 H29/4/1～9/30 の認知症入所者

平成 29 年 4 月 1 日～同年 9 月 30 日までの認知症入所者数について、まず、従来型老健では入所者数 3,734 人、1 施設あたりの平均は 41.3 人、うち、平成 30 年 11 月 1 日までの退所者は 2,239 人 (同平均 24.8 人) であった。また、退所後 3 ヶ月以内の再入所者は 673 人で、退所者に占める割合は 30.1% であった。

特別養護老人ホームでは、入所者数 258 人、1 施設あたりの平均は 13.6 人であり、うち、平成 30 年 11 月 1 日までの退所者は 71 人 (同平均 3.7 人) であった。また、退所後 3 ヶ月以内の再入所者はいなかった。グループホームでは、入所者数 124 人、1 施設あたりの平均は 3.9 人であり、うち、平成 30 年 11 月 1 日までの退所者は 23 人 (同平均 0.7 人) であった。また、退所後 3 ヶ月以内の再入所者は 4 人で、退所者に占める割合は 17.4% であった。

図表 3-2 H29/4/1～9/30 の入所者の状況

	従来型老健 (n91)		特別養護老人ホーム (n19)		グループホーム (n32)	
	人数	平均	人数	平均	人数	平均
H29/4/1～9/30 の入所者数	3,734	41.3	258	13.6	124	3.9
うち、H30/11/1 時点の退所者数	2,239	24.8	71	3.7	23	0.7
(入所者に占める退所者の割合)	60.0%		27.5%		18.5%	
うち、3ヶ月以内の再入所者数	673	7.6	0	0.0	4	0.1
(退所者に占める再入所者の割合)	30.1%		0.0%		17.4%	

3-3 貴施設での取り組みについて（主な回答抜粋）

3-3-1 認知症の入所者の早期退所に向けた取り組みについて（従来型老健のみ）

図表 3-3-1 認知症患者の早期退院に向けた取り組み

（具体的な回答；主な回答抜粋）

1	薬物療法とリハビリなどによる機能回復
2	入所時に在宅復帰について面談し、相談員・ケアマネにより定期的に面談を行っている。
3	入所訪問の時点で、退所後の自宅での受け入れ等確認。その上で退所までのプランを立てる。
4	認知症のある方のご家族に対し、認知症の理解と対応をお伝えし、受け入れやすい気持ちと状況を醸成する。
5	認知症棟配置基準になっている認知症実践者研修及びリーダー研修修了者を配置し在宅へ向けたケアプラン作成を行っている。
6	ADL や残存機能が維持できるようなるべく自立支援を心掛け、入所中から居宅のケアマネジャーにも情報を共有し、早期退所に心掛けている。
7	本人の状態を正確に詳細に報告する機会を多く設ける。介護方法の指導や、再入所の件等退所後もフォローアップをしている事を伝え不安の減少に努める。
8	認知症対応型共同生活介護の利用が可能な利用者には早期に紹介することで早期退所につなげている
9	支援相談員は、入所時に退所に向けて本人・家族の意向確認を充分行うこととしている。また、入所後、退所予定先へ入所後訪問を実施している。
10	ご本人・ご家族が安心して在宅生活を送れるようフォロー体制を整える。
11	自宅でも生活が続けていけるように、安全面での物理的環境整備を家族に指導している。
12	認知症短期集中リハビリテーションの導入。在宅復帰に向けた家族との面談。
13	退所後の在宅生活を見据えたケアプラン作成
14	認知症進行防止にくもん学習療法を行っている
15	早期に併設精神科外来に受診を勧めている。その上で、認知症の評価や援助方針を早めに立てる。自宅退所を希望されない場合には、グループホームの相談も行う。
16	認知症状が進行した状態での入所者が多い中、御家族との連携を密に行い、在宅復帰に向けて定期的に話し合いを行っている。

17	認知症リハビリテーションを個別に実施すると共に、御家族に対し在宅サービスについて説明を行う
18	各ユニット（少人数）もしくは個別でのパズルや計算の学習療法、音楽療法、対人交流の仲介など、認知機能低下の抑制及び感情の安定化を図っている。
19	患者にとって心身機能が維持・向上が図れる生活環境を施設側より提供している。（現在機能が高い場所はグループホーム、要介護度が高い場合は特養提案）
20	①行動障害の軽減や対応方法への家族理解を促す。②入所時から在宅復帰施設であることを説明し、終身対応でないことへの理解を促して利用契約している。
21	身体状況に合わせ退所後の生活の場をチャート図で準備し、入所時、入所後1ヶ月、その後3ヶ月毎に患者、家族との面談時に使用し説明。退所先の見学も計画し支援中。
22	入所前の事前情報収集を行い、入所検討会においてケアの仕方を検討する。アセスメントを多方面からしっかり行いプランを立案し、多職種で実践していく。
23	終身施設の空床状況確認、家族への終身施設見学申し込み促し
24	認知症の周辺症状を抑えるために、精神面の安定を図る介護ケア、主治医との連携を行い、薬剤調整等の対応を行う。また、居宅サービス事業者とケアマネへの情報提供をはかり、想起的に在宅生活が調整できるように、支援している。
25	入所相談時点で、在宅復帰施設であることを説明。同時に他施設への申請を促している。
26	入所と同時に特養などの入所申込みを案内する。

3-3-2 実際に早期退所につながったケースの要因等について（従来型老健のみ）

図表 3-3-2 早期退院につながったケースの要因等

（具体的な回答；主な回答抜粋）

1	認知症のご家族に対するご理解と対応について、自信を持たれたご家族が居宅への退所を受け入れられた。
2	法人内に居宅支援事業所があるため、情報を共有しやすく退所後のケアプランの作成もスムーズに行える。
3	決して無理強いをしない事。必要時には本人の状態にあった施設の紹介を行う事。
4	認知症の進行により独居生活が困難になってしまったため、緊急避難的に老健を利用されたが認知症対応型共同生活介護の空きを探し1ヶ月程度で退所となった。
5	OT、PT、介護、看護スタッフがケアマネとともに入所後訪問を実施し、退所予定先の環境調査を行うことで退所に向けて必要な支援の検討ができ、早期退所に繋がっている。
6	通所リハビリテーションやショートステイの提案。
7	ご家族に指導することで認知症の方への理解も深まり、自宅での生活の受け入れがスムーズになった。
8	本人の状態、利用できるサービスの提案等で在宅復帰につなげています。
9	在宅復帰に向けた自宅環境調整。施設で在宅生活を想定した生活活動準備、練習。
10	早期の評価が行えたこと。
11	通所リハ・訪問リハでの在宅支援と在宅サービス事業者との連携
12	ADLの向上、御家族に認知症を知ってもらい、在宅サービスをご利用いただく。
13	介護相談を実施すると共に、在宅サービスや施設のフォローアップに関する説明を行なったことで、家族が在宅介護を前向きに検討し早期在宅復帰に繋がった。
14	利用形態に対するご家族の理解。

-
- 15 リハビリ活動参加により職員や他利用者とのコミュニケーションの中で、精神的にも安定され、在宅復帰につながった。
-
- 16 チャート図は自宅のほか、施設、宅老所、療養医療機関などに分かれ、具体的な施設名も示し、利用者、家族がイメージしやすくしています。退所前の事前見学も有効です。
-
- 17 退所先の環境設定を確認し、同じ環境で生活ができるように配慮する。安心して落ち着ける環境づくりや活動を提供する。退所時に必要な機関と連携し、詳しくケア内容を伝え退所先でも継続できるよう情報提供する。
-
- 18 終身施設と連携を行うことで、スムーズな退所ができている
-
- 19 個々にあったケアを実施した結果、在宅復帰に繋がった。
-

(4) 個別調査票（退所者票）

続いて、1回答あたり任意に回答された最大5人の退所者にかかる個別調査票を整理する。

4-1 基本属性

4-1-1 年齢階級

退所者の年齢階級について、従来型老健では、「90歳以上」が102人（30.1%）と最も多く、続いて、「85～89歳」が93人（27.4%）、「80～84歳」が79人（23.3%）の順であった。

特別養護老人ホームでは「90歳以上」の8人（61.5%）、グループホームでは、「85～89歳」の9人（45.0%）が最も多かった。

図表 4-1-1 年齢階級

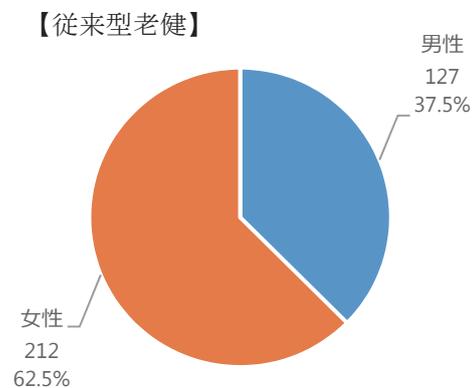
	人数	64歳以下	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90歳以上
老健	339	3	8	13	41	79	93	102
	100.0%	0.9%	2.4%	3.8%	12.1%	23.3%	27.4%	30.1%
特養	13	1	0	0	1	2	1	8
	100.0%	7.7%	0.0%	0.0%	7.7%	15.4%	7.7%	61.5%
GH	20	0	0	0	2	5	9	4
	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.0%	25.0%	45.0%	20.0%

4-1-2 性別

性別は、従来型老健では、「男性」が127人（37.5%）、「女性」が212人（62.5%）であった。特別養護老人ホームでは、「男性」38.5%、「女性」61.5%、グループホームでは、「男性」9.5%、「女性」90.5%であった。

図表 4-1-2 性別

	人数	男性	女性
老健	339	127	212
	100.0%	37.5%	62.5%
特養	13	5	8
	100.0%	38.5%	61.5%
GH	21	2	19
	100.0%	9.5%	90.5%



4-1-3 入所日数

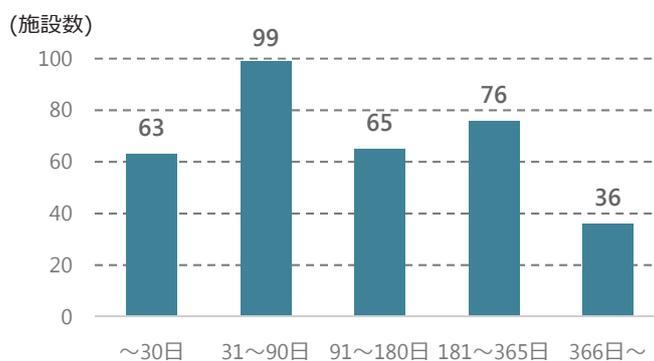
30日刻みの入所日数をみると、従来型老健では、「31～90日以下」が99人（29.2%）と最も多く、次いで、「181～365日以下」が76人（22.4%）、「91～180日以下」が65人（19.2%）の順であった。

特別養護老人ホームでは、「181～365日以下」が6人（46.2%）、グループホームでは、「366日以上」が9人（42.9%）と最も多かった。

図表 4-1-3 入所日数

	人数	30日以下	31～90日以下	91～180日以下	181～365日以下	366日以上
老健	339	63	99	65	76	36
	100.0%	18.6%	29.2%	19.2%	22.4%	10.6%
特養	13	0	2	1	6	4
	100.0%	.0%	15.4%	7.7%	46.2%	30.8%
GH	21	2	2	5	3	9
	100.0%	9.5%	9.5%	23.8%	14.3%	42.9%

【従来型老健】



4-1-4 診断名

認知症の診断名について、従来型老健では、「アルツハイマー型認知症」が205人（60.5%）と約6割を占め最も多く、次いで、「脳血管性認知症」が59人（17.4%）、「レビー小体型認知症」が16人（4.7%）であった。

特別養護老人ホームでは、「アルツハイマー型認知症」が8人（61.5%）、グループホームでは、同じく「アルツハイマー型認知症」が17人（85.0%）と最も多かった。

図表 4-1-4 診断名

	人数	アルツハイマー型 認知症	レビー小体型 認知症	脳血管性 認知症	前頭側頭型 認知症	若年性 認知症	その他
老健	339	205	16	59	6	2	51
	100.0%	60.5%	4.7%	17.4%	1.8%	0.6%	15.0%
特養	13	8	0	1	1	0	3
	100.0%	61.5%	0.0%	7.7%	7.7%	0.0%	23.1%
GH	20	17	1	1	0	0	1
	100.0%	85.0%	5.0%	5.0%	0.0%	0.0%	5.0%

4-1-5 身体合併症

入所時の身体合併症について、従来型老健では、「合併症あり」が306人（90.3%）と約9割で何らかの身体合併症を有している状況であった。306人の具体的な病名としては、「高血圧症・高脂血症」129人（42.2%）、「糖尿病」56人（18.3%）、「心不全・狭心症」54人（17.6%）、「大腿骨骨折・骨折」53人（17.3%）が挙げられていた。

特別養護老人ホームでは、「合併症あり」が11人（84.6%）、グループホームでは18人（85.7%）であった。

図表 4-1-5 診断名

	人数	合併症あり	なし
老健	339	306	33
	100.0%	90.3%	9.7%
特養	13	11	2
	100.0%	84.6%	15.4%
GH	21	18	3
	100.0%	85.7%	14.3%

【従来型老健】

	合併症	該当入所者数	罹患割合
1	高血圧・高脂血症	129	42.2%
2	糖尿病	56	18.3%
3	心不全・狭心症	54	17.6%
4	大腿骨骨折・骨折	53	17.3%
5	がん	17	5.6%

4-2 入所前／退所時の状況

4-2-1 要介護度の比較

入院前および退院時それぞれの要介護度について、従来型老健（n324）では、入所前は「要介護3」が25.3%と最も多く、以降、「要介護2」が22.5%、「要介護4」が19.1%の順であった。退所時には、「要介護3」が23.5%、要介護2、要介護4がいずれも21.6%であった。

特別養護老人ホーム（n13）では、入所前・退所時とも、「要介護4」が最も多く、グループホーム（n20）では、入所前・退所時とも「要介護1」が最も多かった。

図表 4-2-1 要介護度の比較

(入所前)

	人数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
老健	324	2	6	61	73	82	62	38
	100.0%	0.6%	1.9%	18.8%	22.5%	25.3%	19.1%	11.7%
特養	13	0	0	1	0	4	5	3
	100.0%	0.0%	0.0%	7.7%	0.0%	30.8%	38.5%	23.1%
GH	20	1	1	9	4	3	1	0
	100.0%	5.3%	5.3%	47.4%	21.1%	15.8%	5.3%	0.0%

(退所時)

	人数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
老健	324	2	5	47	70	76	70	54
	100.0%	0.6%	1.5%	14.5%	21.6%	23.5%	21.6%	16.7%
特養	13	0	0	0	1	4	6	2
	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%	30.8%	46.2%	15.4%
GH	20	0	2	7	3	3	1	3
	100.0%	0.0%	10.5%	36.8%	15.8%	15.8%	5.3%	15.8%

2-2-2 認知症高齢者の日常生活自立度の比較

入所前と退所時における認知症高齢者の日常生活自立度は、従来型老健では、入所前はランク「Ⅱb」が16.2%であったのが、退所時には11.8%と約5ポイント減少し、一方、ランク「Ⅲb」～「M」の割合がそれぞれ増加していた。

図表 4-2-2 認知症日常生活自立度の比較

(入所前)

	人数	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
老健	297	7	21	48	117	49	41	14
	100.0%	2.4%	7.1%	16.2%	39.4%	16.5%	13.8%	4.7%
特養	12	0	2	3	3	1	1	2
	100.0%	0.0%	16.7%	25.0%	25.0%	8.3%	8.3%	16.7%
GH	19	0	1	8	4	3	2	1
	100.0%	0.0%	5.3%	42.1%	21.1%	15.8%	10.5%	5.3%

(退所時)

	人数	I	II a	II b	III a	III b	IV	M
老健	297	6	16	35	118	52	51	19
	100.0%	2.0%	5.4%	11.8%	39.7%	17.5%	17.2%	6.4%
特養	12	0	2	1	3	1	3	2
	100.0%	0.0%	16.7%	8.3%	25.0%	8.3%	25.0%	16.7%
GH	19	0	1	1	4	1	9	3
	100.0%	0.0%	5.3%	5.3%	21.1%	5.3%	47.4%	15.8%

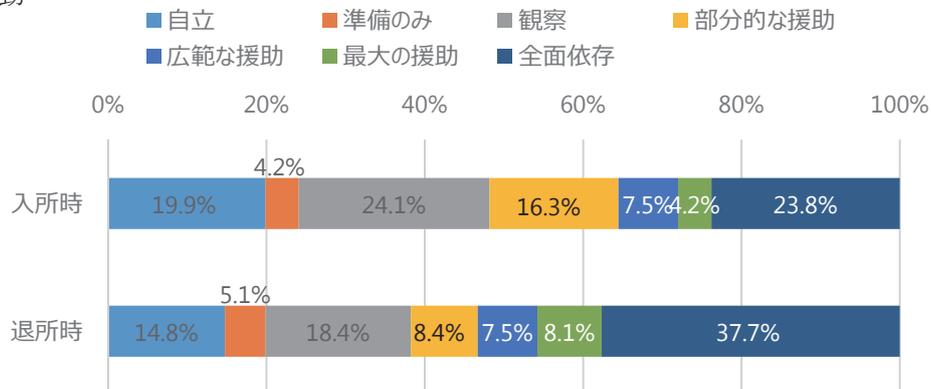
4-2-3 ADL の比較 (従来型老健のみ)

従来型老健の入所者の ADL について、①移動、②移乗、③食事、④整容、⑤更衣、⑥トイレの使用の各項順に、入所前と退所時それぞれにおける 7 段階評価について比較を整理する。

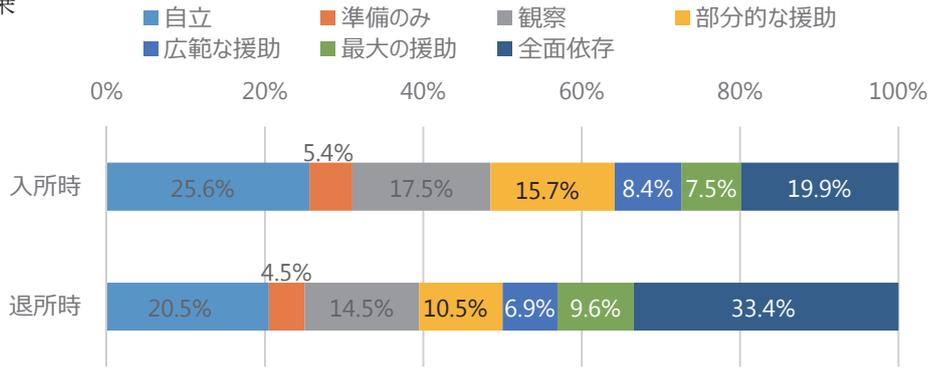
①移動～⑥トイレの使用のそれぞれの構成割合は異なるものの、いずれも「自立」～「観察」までの割合が減少し、「最大の援助」や「全面依存」の割合が増加していた。

図表 4-2-3 ADL の比較

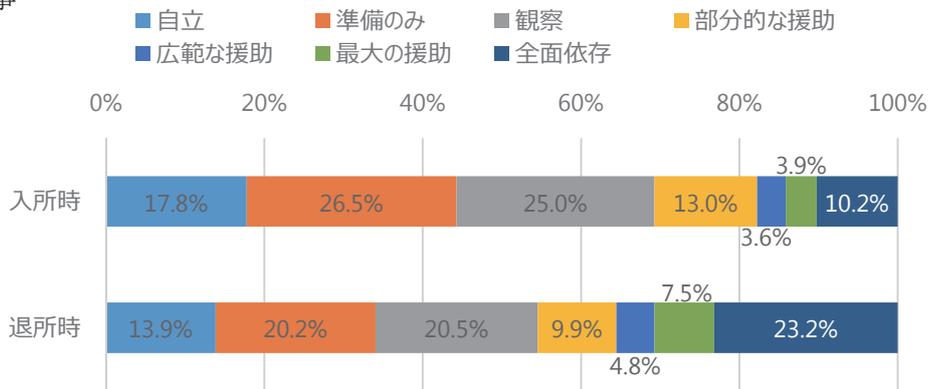
①移動



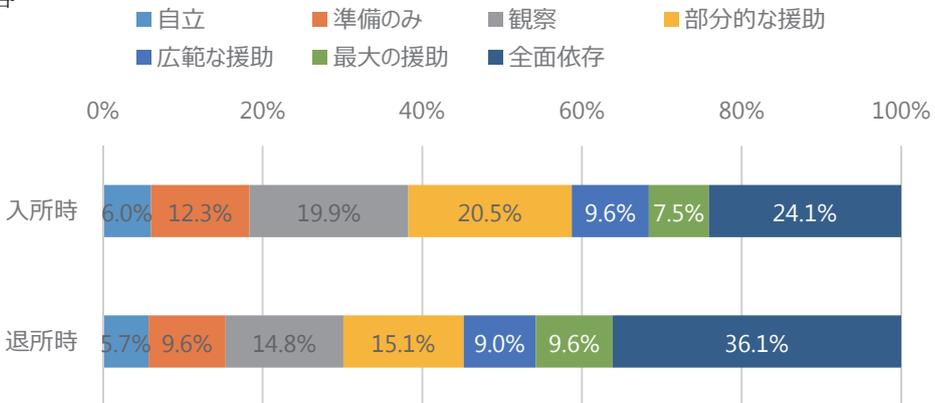
② 移乗



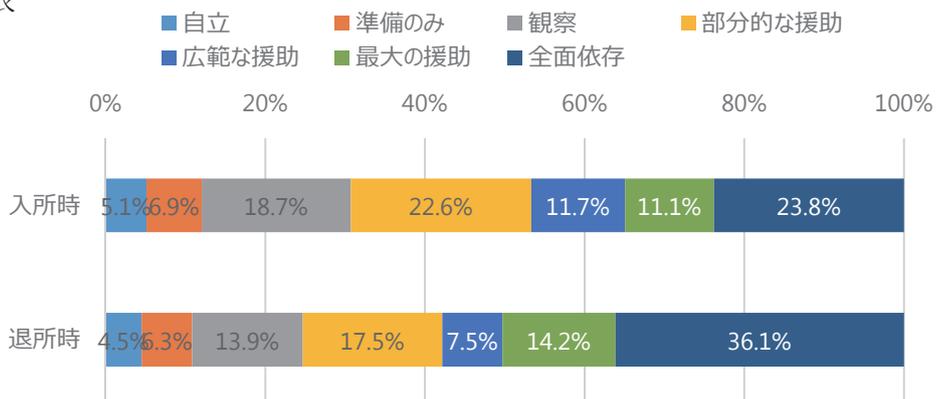
③ 食事



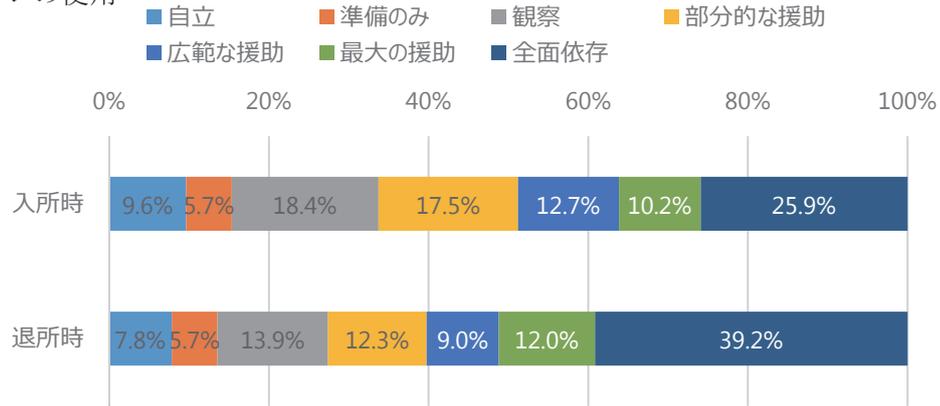
④ 整容



⑤ 更衣



⑥トイレの使用



4-2-4 IADL の変化（従来型老健のみ）

続いて、従来型老健の入所者の IADL について、①食事の用意、②家事一般、③金銭管理、④薬の管理、⑤電話の利用、⑥買い物、⑦交通手段の利用の各項順に、入所前と退所時の 3 段階評価の比較を整理する。

いずれの項目も、入所前と退所時の評価の構成割合に大きな変化は見られず、「問題ない」が不変ないし微減、「非常に困難」が若干増加という結果であった。

図表 4-2-4 IADL の比較

		問題ない	いくらか困難	非常に困難
①食事の用意	入所時	5.1%	6.6%	88.3%
	退所時	5.1%	6.0%	88.9%
②家事一般	入所時	5.1%	10.5%	84.3%
	退所時	5.1%	9.3%	85.5%
③金銭管理	入所時	4.5%	4.5%	91.0%
	退所時	4.5%	3.6%	91.9%
④薬の管理	入所時	4.8%	6.3%	88.9%
	退所時	4.8%	6.0%	89.2%
⑤電話の利用	入所時	6.6%	13.6%	79.8%
	退所時	6.0%	10.2%	83.7%
⑥買い物	入所時	4.5%	9.0%	86.4%
	退所時	4.8%	8.1%	87.0%
⑦交通手段の利用	入所時	4.5%	6.9%	88.6%
	退所時	4.8%	6.0%	89.2%

4-3 入所前の所在

入所前の所在（どこから入所に至ったか）について、従来型老健では、「病院（精神科以外）」が 122 人（36.0%）と最も多く、次いで、「自宅」が 90 人（26.5%）、「病院（精神科）」が 80 人（23.6%）の順であった。

特別養護老人ホームでは、「自宅」、「病院（精神科以外）」がともに 4 人（30.8%）と最も多く、グループホームでは、「自宅」が 11 人（52.4%）と最も多かった。

図表 4-3 入院前の所在

	従来型老健 (n329)		特別養護老人ホーム (n13)		グループホーム (n21)	
自宅	90	26.5%	4	30.8%	11	52.4%
グループホーム	3	0.9%	1	7.7%	0	0.0%
病院（精神科）	80	23.6%	2	15.4%	4	19.0%
病院（精神科以外）	122	36.0%	4	30.8%	2	9.5%
特別養護老人ホーム	5	1.5%	0	0.0%	0	0.0%
介護老人保健施設	9	2.7%	0	0.0%	3	14.3%
養護老人ホーム	2	0.6%	0	0.0%	0	0.0%
有料老人ホーム	6	1.8%	1	7.7%	0	0.0%
サービス付高齢者住宅	3	0.9%	0	0.0%	0	0.0%
その他	9	2.7%	1	7.7%	1	4.8%

4-4 入所理由

入所理由（複数回答）は、従来型老健では、「介護者の事情」が 271 人（82.9%）と 8 割を超え、次いで、「施設に空床（が出た）」が 83 人（25.4%）、「自宅から近い」が 49 人（15.0%）の順であった。

特別養護老人ホームでは、「施設に空床」が 12 人（92.3%）、グループホームでは、「介護者の事情」が 19 人（90.5%）とそれぞれ最も多かった。

図表 4-4 入所理由

	人数	介護者の事情	施設に空床	自宅から近い	経費が高くない	リハビリのため	その他
老健	327	271	83	49	21	19	53
	100.0%	82.9%	25.4%	15.0%	6.4%	5.8%	16.2%
特養	13	10	12	8	5	0	1
	100.0%	76.9%	92.3%	61.5%	38.5%	0.0%	7.7%
GH	21	19	9	5	1	0	2
	100.0%	90.5%	42.9%	23.8%	4.8%	0.0%	9.5%

4-5 退所先（退所後の所在）

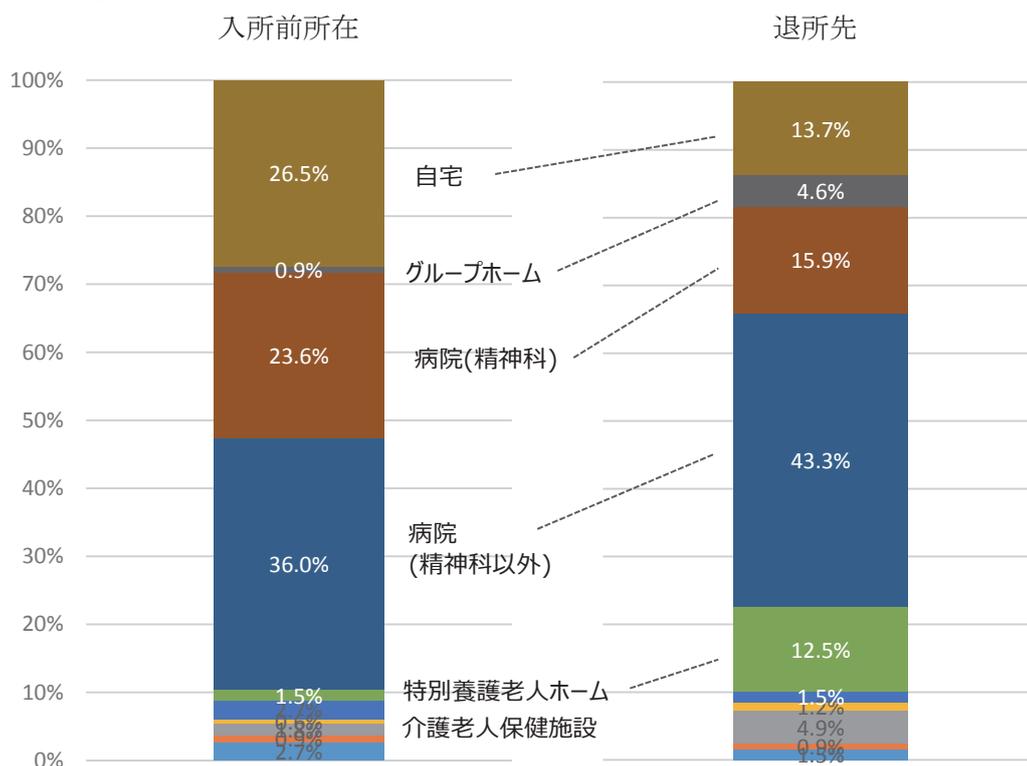
退所先（退所後の所在）について、従来型老健では、「病院（精神科以外）」が142人（43.3%）と最も多く、次いで、「病院（精神科）」が52人（15.9%）、「自宅」が45人（13.7%）、「特別養護老人ホーム」が41人（12.5%）の順であった。自宅への中間施設としての性格に反し、病院を退所先とする割合が約6割に上っていた。

特別養護老人ホームおよびグループホームでは、ともに「病院（精神科以外）」が過半数となり、最も多い退所先となっていた。

図表 4-5 退院先（退院後の所在）

	従来型老健 (n328)		特別養護老人ホーム (n12)		グループホーム (n20)	
自宅	45	13.7%	1	8.3%	1	5.0%
グループホーム	15	4.6%	0	0.0%	0	0.0%
病院（精神科）	52	15.9%	2	16.7%	5	25.0%
病院（精神科以外）	142	43.3%	7	58.3%	11	55.0%
特別養護老人ホーム	41	12.5%	0	0.0%	1	5.0%
介護老人保健施設	5	1.5%	0	0.0%	1	5.0%
養護老人ホーム	4	1.2%	0	0.0%	0	0.0%
有料老人ホーム	16	4.9%	0	0.0%	0	0.0%
サービス付高齢者住宅	3	0.9%	0	0.0%	0	0.0%
その他	5	1.5%	2	16.7%	1	5.0%

【従来型老健】



4-6 退所理由

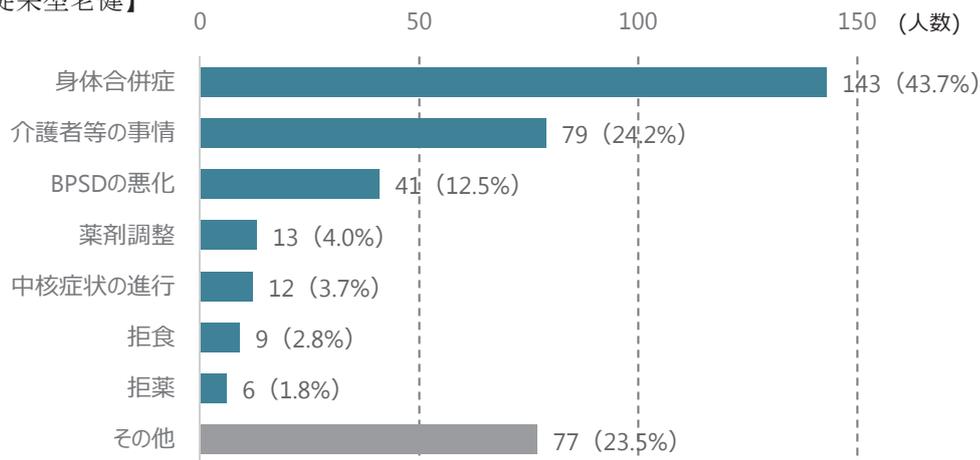
退所理由（複数回答）は、従来型老健では、「身体合併症」が 143 人（43.7%）と最も多く、次いで、「介護者の事情」が 79 人（23.7%）、「BPSD の悪化」が 41 人（12.3%）の順であった。

特別養護老人ホームおよびグループホームでも、いずれも「身体合併症」を退所理由とする場合が 76.9%、57.1%と最も多かった。

図表 4-6 退所理由

	人数	中核症状の進行	BPSD の悪化	拒食	拒薬	身体合併症	薬剤調整	介護者の事情	その他
老健	327	12	41	9	6	143	13	79	77
	100.0%	3.6%	12.3%	2.7%	1.8%	42.9%	3.9%	23.7%	23.1%
特養	13	2	1	2	0	10	0	1	0
	100.0%	15.4%	7.7%	15.4%	0.0%	76.9%	0.0%	7.7%	0.0%
GH	21	4	4	2	3	12	1	2	5
	100.0%	19.0%	19.0%	9.5%	14.3%	57.1%	4.8%	9.5%	23.8%

【従来型老健】



（その他詳細；主な回答抜粋）

- 1 自宅での生活を希望した
- 2 他施設への入所が決まった
- 3 本人・家族の希望
- 4 本人に適した施設への入居
- 5 介護老人福祉施設への入所
- 6 他施設入所が決定的ため
- 7 申請していた特養に空きができたため
- 8 特養へ入所が決定的ため
- 9 本人が病院の定期受診を希望したため
- 10 他施設の空床ができたため
- 11 家族が特養を希望していた
- 12 グループホームへの入居決定により

4-7 再入所

退所後3ヶ月以内の再入所について、従来型老健では、「再入院あり」が71人(21.1%)、「なし」が265人(78.9%)であった。

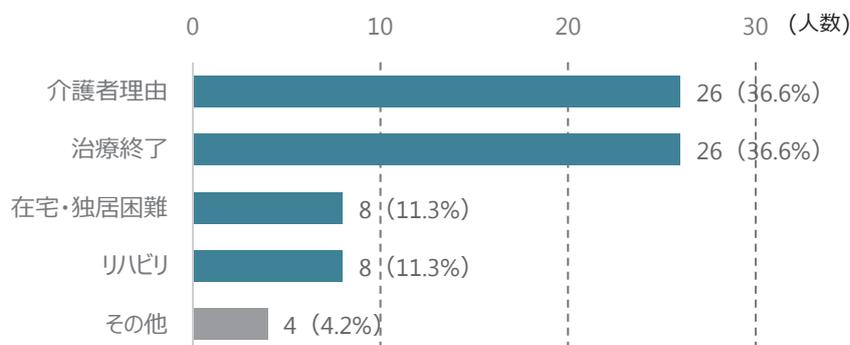
特別養護老人ホームおよびグループホームでは、再入所はほとんど見られなかった(グループホームで1人のみ)。

従来型老健における再入院の理由(記述回答)は、「介護者理由」、「(身体合併症の)治療終了」がともに26人(36.6%)と最も多く、その他、「在宅・独居困難」、「リハビリ」がそれぞれ8人(11.3%)となった。

図表 4-7 再入所および再入所の理由

	人数	再入所あり	なし
老健	336	71	265
	100.0%	21.1%	78.9%
特養	13	0	13
	100.0%	0.0%	100.0%
GH	21	1	20
	100.0%	4.8%	95.2%

【従来型老健】 再入所の理由



再入所の理由の詳細について、記述の多かった理由別に主なものを抜粋して整理する。

①介護者事情

	在宅での介護が困難との家族からの希望により再入所
1	家族が施設での生活を希望した為
2	家族による介護ができないため
3	ADL全般に低下が見られ自宅での介護が困難となったため
4	介護者のレスパイトのため。
5	家族が現在の状況での在宅生活は困難と判断したため
6	長期の在宅生活が困難なため
7	介護者の外出や休養のため
8	自宅での介護負担軽減のため
9	介護者の介護疲れ、レスパイト目的
10	在宅介護中に発熱を認めた為、自宅介護困難の理由で入所
11	介護負担が大きく短期間しか介護できない
12	病状が改善し退院となるが介護負担軽減の為

②治療終了

1	治療により症状が改善したため
2	心不全、肺炎症状軽快したが、在宅介護困難なため。
3	体調不良で当施設を退所して病院に入院。再度、当施設に入所。
4	肺炎治療後の再入所
5	身体合併症が安定したため
6	病状回復と安定の為
7	特養申込中だが、順番が来ないため、症状安定し、再入所となる。
8	退所後、肺炎で入院。ADLが変化したため
9	精神症状安定し、施設での対応可能との主治医の判断から
10	褥瘡部の状態安定し介護老人保健施設の医療で対応可能との主治医の判断
11	身体症状安定し、施設での対応が可能との主治医の判断
12	在宅で誤嚥性肺炎を発病し入院、他病院を経由して当施設に入所。
13	術後経過良好となったため。
14	脳梗塞の治療終了の為、病院を退院となった。

③リハビリ

1	骨折後のリハビリとケア
2	BPSDに対する症状が軽快し、リハビリ目的にて再入所
3	入所後、症状軽快し、リハビリ目的で当施設入所。
4	術後のリハビリ目的
5	入院中、下肢筋力低下がみられ、リハビリ、療養目的にて再入所された
6	骨折治療後のリハビリ、療養目的のため

4-8 退所後のサービス利用（複数回答）

退所後（再入所していない場合）のサービス利用について、いずれの施設でも「特に利用なし」が最も多くなっていた。これは、退所後のサービス利用等の状況を把握していない場合（“自施設の” サービスを利用していない）を含むと考えられる。

図表 4-8 退所後のサービス利用

	人数	デイサービス	ショートステイ	その他	特に利用なし
老健	265	4	8	15	223
	100.0%	1.5%	3.0%	5.7%	84.2%
特養	13	0	0	0	9
	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	69.2%
GH	20	0	0	1	17
	100.0%	0.0%	0.0%	5.0%	85.0%

◎施設調査票について

日精協会員病院が保有する介護保険関連施設は平成 30 年 7 月 1 日時点で介護老人福祉施設が 192 か所、介護老人保健施設（従来型老健）415 か所、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）353 か所となっている。そのため、回答をいただいた会員病院の介護保険関連各施設数が従来型老健 92 か所、介護老人福祉施設 19 か所、グループホーム 32 か所となっている。サンプル数に差があるが、平成 29 年 4 月 1 日～9 月 30 日の間の入所者は従来型老健 3,734 人、特別養護老人ホーム 258 人、グループホーム 124 人であり、平成 30 年 11 月 1 日時点での退所者は従来型老健で 2,239 人と退所理由は後述するが 60.0%の者が約 1 年以内に退所していた。これに対して、特別養護老人ホームでは 71 人（27.5%）グループホームでは 23 人と、従来型老健と比較すると退所者は少なかった。更にこの退所者のうち、3 か月以内に再入所となった方は従来型老健で 673 人（30.1%）、グループホームでは 4 人（17.4%）、特別養護老人ホームでは再入所者はいなかった。再入所の理由について詳細は後述するが、従来型老健においては、平成 27 年の介護報酬改定や平成 29 年の制度改正で介護老人保健施設の役割が在宅復帰・在宅療養支援であることが明確になったことにより、従来型老健が終の棲家としての機能ではなく、在宅復帰に向けた取り組みを本格化させている表れと思われる。認知症のある患者の早期退所に向けた取り組みや、早期退所につながった要因として、入所早期に在宅復帰に向けた本人及び家族（介護者）の意向確認や、認知症に対する啓発活動の記載がみられた。また在宅復帰のための情報として、自宅だけでなく在宅系施設の情報を早期に確認し、それらの施設との連携を図るなども行われていることがみうけられる。また在宅復帰のために、多職種が共同して在宅（自宅だけでなく在宅系施設を含む）訪問をしたり、ケアプランの作成に携わるなどの動きが活発となっていることが自由記載からうかがわれる。

今回対象となった入所者は認知症に罹患している方なので、在宅で生活する上での問題を解決するためのリハビリ（生活リハビリ）を受けることにより ADL の向上を目指すなどの従来の身体機能改善のための理学療法としてのリハビリよりもむしろ、生活機能向上のための作業療法・言語聴覚療法によるリハビリも取り入れられてきていると思われる。

◎個別調査票について

1 回答あたり任意に回答された最大 5 人の退所者（平成 29 年 4 月 1 日から 9 月 30 日の間に対象施設に入所し、平成 30 年 11 月 1 日時点で退所していた方）にかかる個別調査票の集計を検討した。

退所者の基本属性に関しては、従来型老健では 80 歳以上の方が 339 人中 274 人（80.8%）であり、90 歳以上に限定して見ると 339 人中 102 人（30.1%）、特別養護老人ホームでは 80 歳以上が 13 人中 9 人（69.2%）で、90 歳以上は 8 人（61.5%）であった。グループホームにおいては 80 歳以上が 20 人中 18 人（90%）、90 歳以上は 4 人（20%）を占めた。また男女比であるが従来型老健においては、女性の退所者が 339 人中 212 人（62.5%）を占めた。

続いて入所日数をみると従来型老健では 31～90 日以下が 339 人中 99 人（29.2%）で最も多く次いで 181～365 日以下が 339 人中 76 人（22.4%）であった。特別養護老人ホームでは 181～365 日以下が 13 人中 6 人（46.2%）で最も多かったが、特別養護老人ホームの機能を考えると長期入所は当然予想される結果であり、グループホームでも同様であった。

診断名に関しては、3 施設ともアルツハイマー型認知症が最も多く、血管性認知症が次いで多く 3 番目はレビー小体型認知症であった。

身体合併症に関しては 3 施設とも 80%を超える方に身体合併症がみられ、特に従来型老健では 339 人中 306 人 90.3%に身体合併症がみられた。その内容として、高血圧・高脂血症が最も多く次いで糖尿病や心不全、骨折やがんもみられた。

要介護度の比較であるが、従来型老健においては入所前の介護度は要介護 1～5 まで特に偏りは見られなかった。特別養護老人ホームは原則要介護 3 以上の方が入所の対象になるため 1 名以外は要介護度 3 以上であった。グループホームに関しては要介護 1・2 が 65%を占めた。特別養護老人ホームやグループホームに関しては利用者の介護度に傾向がみられるが、従来型老健は介護度による偏りは見られなかった。また、退所時の要介護度の変化は 3 施設ともに入所時と比較しても変化はなかった。

次に認知症高齢者の日常生活自立度に関しては、従来型老健においては入所前よりも退所時の方が悪化傾向が見られている。その要因として、従来型老健においては BPSD の悪化により精神科病院に入院して治療を受けるケースも少なからず存在することや、日常生活自立度に関しては、自立度が悪化しても M のレベルにしなければ環境調整によって在宅系施設でも対応可能なケースもみられるため、このような結果が得られたと考えられた。

続いて従来型老健のみだが入所時から退所時での ADL（①移動 ②移乗 ③食事 ④整容 ⑤更衣 ⑥トイレの使用）を比較した。すべてに ADL に関して退所時の方が低下する傾向がみられた。前述したが、認知症の方の在宅系施設への退所を妨げるのは認知症高齢者の日常生活自立度 M に相当するような BPSD が出現している方であり、ADL の低下は特に退所を妨げる要因とはなっていないと思われた。

同様に従来型老健のみだが IADL（手段的日常生活動作）（①食事の用意 ②家事一般 ③金銭管理 ④薬の管理 ⑤電話の利用 ⑥買い物 ⑦交通手段の利用）に関して入所時と退所時の変化をみた。IADL に関してはほとんどの項目で非常に困難が 8 割以上であり、いくらか困難まで含めるとほとんどの項目で 95%を超え、この傾向は退所時も変化はなかった。

自宅だけでなく在宅系施設まで含めると IADL の改善は ADL 同様、退所には影響を与えないと考えられた。

入所前の所在に関しては従来型老健では精神科以外の病院からが 329 人中 122 人（36.0%）と最も多く、次いで自宅の 90 人（26.5%）、精神科病院の 80 人（23.6%）と続いた。特別養護老人ホームでは、自宅と精神科以外の病院がそれぞれ 13 人中 4 名（30.8%）で最も多く、次いで精神科病院 2 人（15.4%）であった。グループホームでは自宅からが 21 人中 11 人（52.4%）と最も多く、次いで精神科病院 4 人（19.0%）、介護老人保健施設 3 人（14.3%）であった。

入所理由に関しては、従来型老健では「介護者の事情」が 327 人中 271 人（82.9%）と圧倒的に多く、その傾向は特別養護老人ホームやグループホームでも同様だった。特別養護老人ホームでは「空床ができたから」といった空き待ちも多かった。「介護者の事情」に関しては精神科や一般科の病院から退院許可はでも介護力の問題ですぐには自宅での受け入れが困難であるとか、BPSD は落ち着いたが家族（介護者）の理解や環境調整が整っていないなどの様々な内容が含まれていると思われた。特別養護老人ホームに関しては、上記の理由の他、経済的な問題や空床がない（特に自宅に近いところ）などの理由が多かった。グループホームに関しても、BPSD に対応できないなどの介護者の事情が多く、施設が小規模であるため空床がないなどの理由が多くみられた。

退院先（退所後の所在）は従来型老健では、精神科以外の病院が 142 人（43.3%）と最も多く、次いで精神科病院が 52 人（15.9%）、自宅が 45 人（13.7%）、特別養護老人ホームが 41 人（12.5%）であった。精神科以外の病院への退所は、退所理由の項目でもあがっているが「身体合併症によるもの」が多いためと考えられ、精神科病院への退所は BPSD の治療目的と考えられる。また、自宅や特別養護老人ホームへの退所は、状態改善やサービス調整によって在宅介護が可能になり在宅復帰に至ったケースや待機していた特別養護老人ホームへの入所が決まったケースなどが考えられる。また、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅へ退所する方が少なからずみられることは、認知症があっても対応のできる施設が増えてきていることも考えられる。

入院前の所在が自宅 26.5%に対して、退所後は自宅が 13.7%、特別養護老人ホームが 12.5%（入所前 1.5%）、グループホームが 4.6%（入所前 0.9%）であることから考えると、従来型老健の認知症患者で病院に入院を要する方以外の退所先は、自宅への退所可能なものは半分くらいであり、その他は在宅系施設あるいは特別養護老人ホームなど長期療養可能な施設になっていることがうかがえる。

退所理由については 3 施設とも身体合併症が最も多く、従来型老健で 143 人（43.7%）、特別

養護老人ホーム 10 人 (76.9%)、グループホーム 12 人 (57.1%) であった。また、3 施設とも認知症中核症状の悪化、BPSD の悪化が共通していた。また、拒食・拒薬なども退所理由にあがっていることから、医療が必要な状態になった場合に病院に入院するための退所（あるいは施設での看取りが行われたケースもあるかもしれないが）の傾向があると考えられた。また、従来型老健では他の施設とちがって「介護者の事情」が 79 人 (23.7%) と 2 番めに多い理由にあがっていたが、介護者が認知症をどの程度受け入れて介護できるかが退所受け入れの事情に関わっているとも考えられた。また「その他の理由」では特別養護老人ホームへの入所やグループホームへの入所などが理由にあがっていた。

再入所については、従来型老健では「再入所あり」は 71 人 (21.1%)、「なし」265 人 (78.9%) であった。特別養護老人ホームやグループホームでは再入所はほとんど見られなかった。再入所理由としては「介護者理由」が 26 人 (36.6%)、「治療終了」26 人 (36.6%) であり、「介護者の理由」では在宅介護が困難になった、レスパイトが必要などの理由が多く、「治療終了」は、身体合併症や BPSD が改善し病院からの退院の受け入れとしての再入所が主な理由であった。その他、「骨折後のリハビリ」や「入院後の ADL 低下への対応」などが理由にあがっていた。

再入所の理由や退所先の結果から、認知症患者の場合、身体合併症や BPSD など治療のために入院が必要な時期や、症状が安定して自宅等での療養が可能な時期、家族の介護疲れなどへの対応で施設入所が必要なる時期など、いろいろな時期を繰り返していて、それぞれの時期に合わせた対応を行うことが老健施設の役割として示された結果となることが伺えた。

退所後再入所していない場合のサービス利用は、いずれの施設も「特に利用なし」が最も多かったが、自施設以外のサービス利用を把握していない場合も多いと考えられた。

自施設以外の施設利用についても、担当ケアマネジャーとの連携、多施設協働での認知症患者の状態把握やサービス連携を行い、認知症患者がそれぞれの病状や病期に合ったサービスの利用を受けられ、住み慣れた地域や場所での生活が維持できる方法を考えていくことが重要と考えられた。

4 早期退院の取組みにかかる事例分析

認知症患者の早期退院に向けた取組みについての自由形式による回答を P. 16～22 に掲載している。この中で出現頻度の多いキーワードを抽出した結果を図表 1-5-1 に示した。カンファレンスの実施、クリニカルパス、地域連携が上位 3 つであった。同様に実際に早期退院につながったケースの要因についても、自由形式で回答を得た中から出現頻度の多いキーワードを抽出した結果を図 1-5-2 に示した。院内の多職種連携やカンファレンス、地域連携／ケアマネジャーと連携、要介護認定（早期から推奨など）が上位 3 つであった。

会員病院調査、介護保険施設調査のそれぞれの集計分析結果および考察を踏まえて、認知症患者の早期退院を可能とするシステムについて、モデル事例を作成した。

【入院前の準備】

①日頃からの地域連携をおこなっておく

連携先・連携施設：グループホーム、介護老人保健施設、行政、包括支援センター、
介護支援事業所

連携職種・チーム：ケアマネジャー、初期集中支援チーム

②クリニカルパスの整備

【入院時】

③入院時からの退院を見据えたアセスメント

入院時から家族におおよその入院期間などを含めた入院療養計画書の作成と説明

入院治療 病院内における多職種チーム対応

職種：医師（精神科、内科）、歯科医師、看護師、薬剤師、PSW、OT、PT、栄養士、
検査技師

役割：治療部門、リハビリ部門、ソーシャルワーク部門（退院支援相談員）

【以下クリニカルパスに沿って診療】

④各部門による対応

治療部門：治療目標（BPSD）を決定して診断、病状査定、処方・薬剤整理、服薬援助、

精神療法、回想法、集団療法 などで精神症状の軽減を図る

身体合併症管理：処方及び薬剤整理

リハビリ部門：摂食機能訓練（摂食嚥下チームによる誤嚥の査定と予防訓練）、生活機能

回復訓練、ADL 低下の予防

ソーシャルワーク部門：介護保険の確認、介護認定申請、退院先選定

⑤多職種によるカンファレンスの実施

パスによる計画的開催及び病状、状況に応じた臨時開催（退院支援委員会を兼ねることあり）
病状査定、治療成果の確認、バリエーション査定、治療計画、退院後サポート体制の査定と整備。

⑥家族、地域の支援者等への対応

病状説明、対応アドバイス、服薬、栄養、指導
ACP もしくは DNR について説明と同時進行

⑦退院前訪問

【退院後】

⑧通院先との連携

⑨退院後訪問

⑩ケアマネジャーとの介護事業所との連絡

⑪合併症治療転院の場合、再入院受け入れ

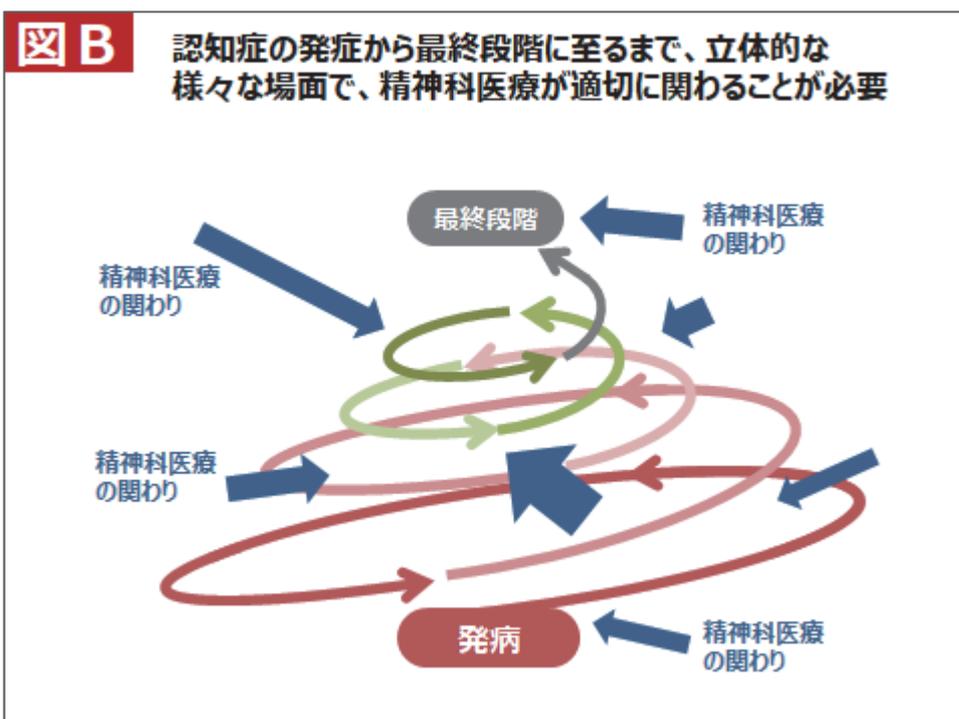
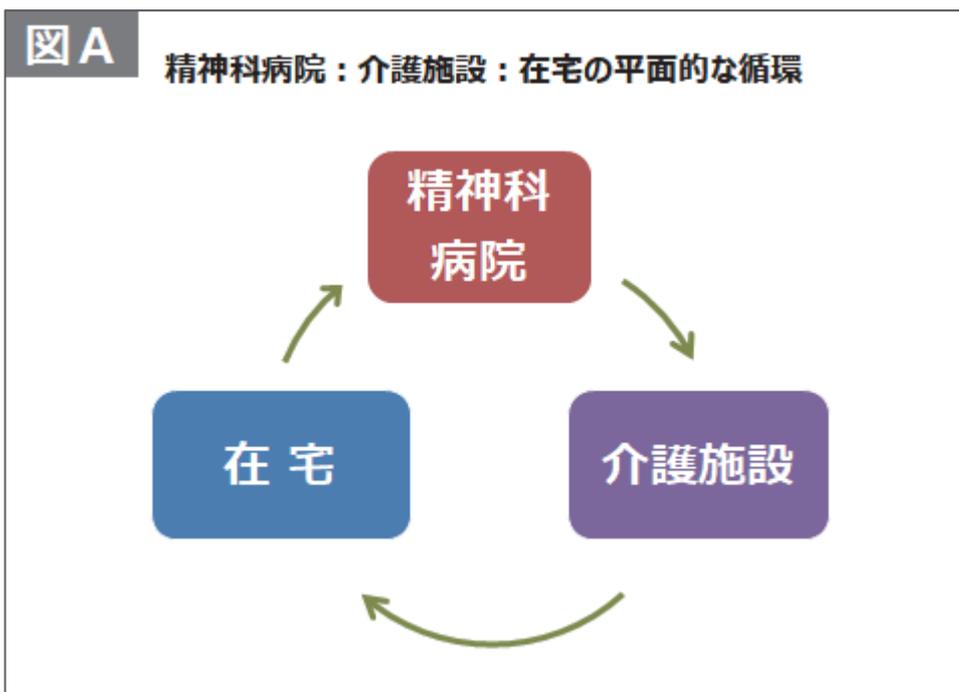
⑫病状進行、再燃の際、再入院アセスメント

循環型の仕組みの構築に向けた円滑な退院を実現させるべく精神科病院における入院加療についてそのシステムをモデル事例として提示した。認知症は現段階では難治進行性疾患である。それ故に医学モデルだけでは対処できず社会モデルでの対応が不可欠である。身体の中にある病気、あるいは故障した部分を正常の状態に近づけようとする医学モデルと障害は身体の外にあるので、社会が変化をして当事者が希望することを実現させようとする社会モデルはどちらか一方のみでアプローチすると、時にそれぞれの仕事に従事する人たちを分断してしまう。医学モデルを学んで資格を有した医療従事者は、認知症を診断したら、治せないのもそれまで、後は社会モデルの場である介護が担うという極端な概念に陥ってしまうことになる。それ故、介護の場＝福祉の充溢がなされていないから患者たちは病院におきざりにされているという声がある。しばしばこの論理に医療従事者そのものもからめ捕られていて、退院できないのは福祉が充実していないからだとか他責的となりすっかり諦めていることすらある。

しかし、今回の調査では、前述した稀有を払拭する結果として多くが短期間での退院を可能とされていた。しかも、身体合併症を抱えた対処困難と想定される場合もこの中には含まれている。治療部分は医学モデルですすめ、入院時から地域への退院を見据えた社会モデルアプローチをすすめるこの両者が融合したモデルを可能にしているのは、それまで、統合失調症をはじめとした長期慢性難治性疾患の患者とともに治療をすすめてきた精神科病院であるからこそ可能であると言える。

早期退院には地域連携がかかせない。入院患者の多くの社会復帰を多職種で後押ししてきた、精神科病院の歴史があるが故と考える。

昨年、認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアの在り方に関する調査研究事業報告書を作成した。認知症を発症してから、終末期までの過程における循環型のしくみとは、施設と病院、あるいは、在宅と病院という図 A のような平面的なしくみではなく、ACP（人生会議）を踏まえた立体的なしくみ図 B である。その中で精神科病院は、固定した立ち位置にいるのではなく、患者あるいは当事者本人の病状、病態、にあわせてあるいは、本人をとりまく環境の変化に合わせて必要な時に必要な対応をいつでもできる立場でいるのが望ましい。そのためには、地域に開かれた病院であることが求められる。



Ⅲ 認知症が進んだ段階における抗認知症薬の適正使用について

本事業内で設置した作業部会では、先行研究・文献検索等の結果を踏まえ、有識者によるエキスパートコンセンサスで退院・退所後の在宅における薬物の使用方法を含めた包括的な取り組みに関する手引き等の作成を試みた。

作業部会委員による「認知症が進んだ段階における抗認知症薬の適正使用」ならびに、「認知症診療におけるせん妄」について検討および作業の結果、今回は前者について「重度認知症患者に対する抗認知症薬の適正使用（減量と中止のタイミングを考える）アルゴリズム（手順）」として作成するに至った。

次頁以降に、その内容を整理する。

1. 認知症が進んだ段階における抗認知症薬の適正使用

I. 本研究の目的

我が国では急速な高齢化に伴い、認知症患者数は急増し、2013年の全国調査から462万人とされている。現在アルツハイマー型認知症の治療薬として、コリンエステラーゼ阻害剤3剤（ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン）とNMDA受容体拮抗薬メマンチンの4剤が使用され、これら抗認知症薬の使用については、ガイドラインに記載されている（日本神経学会、認知症疾患診療ガイドライン）。このなかで重度認知症に対しては、「効果が無かったり、副作用で継続できなくなった場合には投与中止も考慮するが、薬剤の中止により認知機能低下が急速に進行する例があり投与中止の判断は慎重に行う」とされている。しかしながら、重度認知症に対して投与継続や中止の判断が困難な場合が少なくない。フランスにおいて2018年5月にHASがアルツハイマー病に対する非薬物療法による患者ケアを実践するためのガイドライン等を発表したことを受け認知症治療薬4剤の保険償還停止を行った。一方、あまりに拙速であるという批判もある。抗認知症薬の適正使用の観点は重要と考えられる。今回適正使用の観点から抗認知症薬の減量・使用中止を含めた検討のプロセスを参考情報を提供することを目的として提示するものである。

認知症は経過の中で症状が変化するため、常にリスクとベネフィットを考え薬物療法を行うことが求められる。認知症が進んだ段階においても、どのような場合にリスクが大きいと判断し減薬、中止するか、またどのような場合にまだベネフィットが優勢であると判断し継続を選択するかを考える必要がある。

II. リスクとベネフィットを考察する

抗認知症薬の適正使用を考察すると、認知症が著しく進行した段階（嚥下・摂食不能、寝たきり状態など）、認知症薬の効果が疑わしい場合、抗認知症薬の効果が期待されるBPSDがみられない場合は、ベネフィットよりリスクが上回る可能性が考えられ、減量・中止を検討する。認知症の進行についてはMMSE、FAST、ADLなどを参考にしながら臨床的に総合的に判断する。

一方、重度アルツハイマー型認知症（ATD）患者に限らず安全性の確保は重要であることはいままでもない。一宮⁸⁾はドネペジルを5mgから10mgに増量した43例のATD患者について増量後12か月で脱落例が18例（41.9%）あり、そのうち7例（16.3%）が有害事象である消化器症状で脱落したことを報告している。またコリンエステラーゼ阻害剤は洞不全症候群や心ブロックなどの心疾患がある場合は慎重投与となっている。徐脈のある場合、失神が誘発されることもある。またドネペジルはレビー小体型認知症（DLB）にも用いられるが、DLBで高頻度にみられる起立性低血圧がみられる場合も注意が必要である。

メマンチンはコリンエステラーゼ阻害剤と異なり、腎臓排泄型であり、高度腎機能障害、重度尿路感染症、クレアチニンクリアランス 30ml/m 未満である場合は慎重投与となっている。

以上のようにドネペジルによる循環器症状（不整脈・徐脈など）や消化器症状（食思不振・嘔吐など）、メマンチンによる傾眠・ふらつき・腎機能の悪化などのリスク（有害事象）がベネフィット（効果）を上回るとは減量・中止を考慮する状況である。重度認知症患者では自ら身体症状を表現できず有害事象が見逃されることがあり合併症や併存障害は常に念頭に置くべきである。身体的有害事象を中心とした適正使用については 2015 年に発行された「日本老年医学会編、高齢者の安全な薬物療法」⁷⁾ においても記載されている。

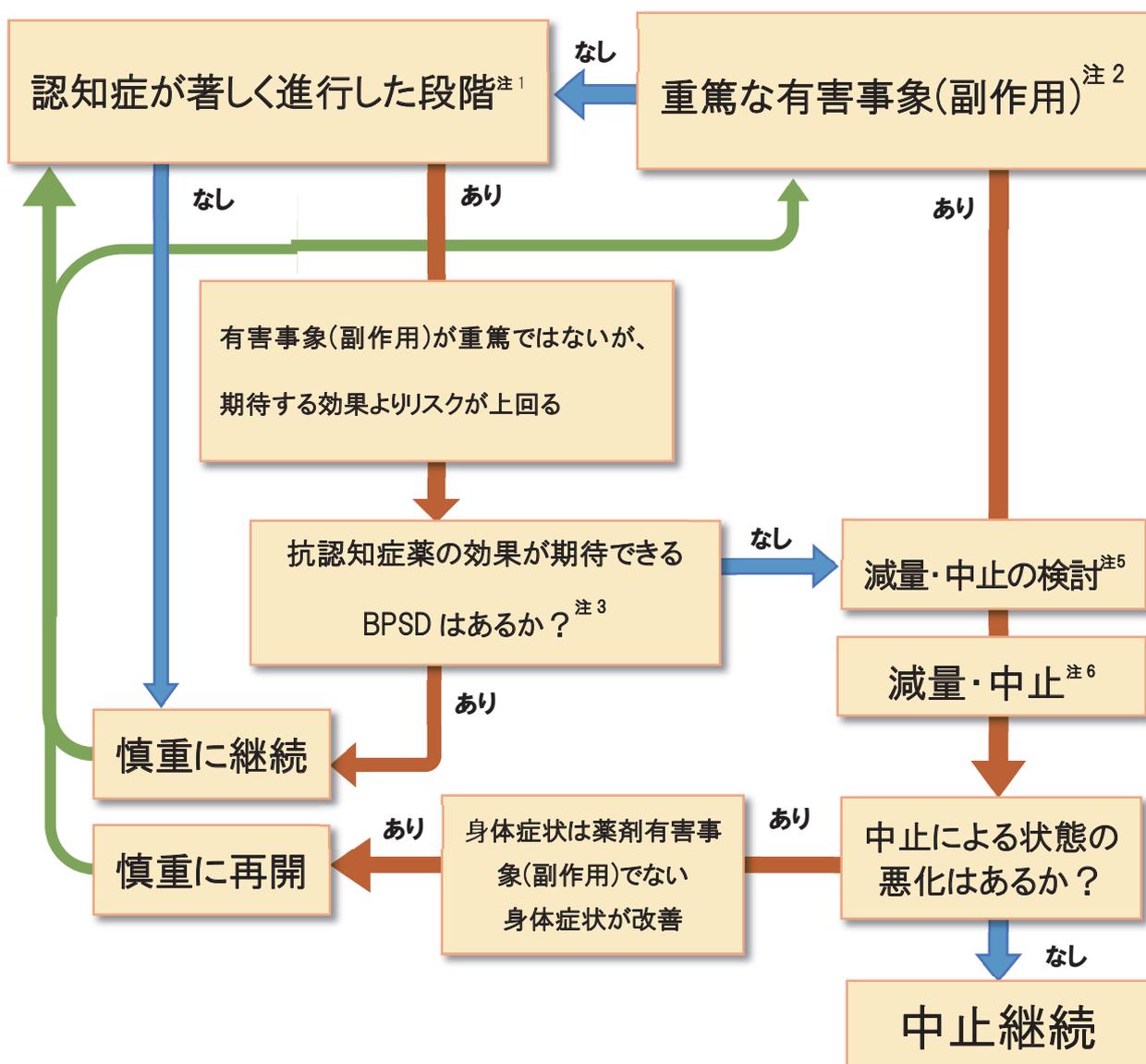
中止を考慮する場合、家族に十分な説明を行い、本人の推定意思も確認しつつ家族の理解を得る必要がある。減量・中止後に症状が悪化した場合、効果が示唆されたとして慎重に再開を検討する。

身体症状が抗認知症薬と関係がないと判断された場合、身体疾患の治療を行い、経過をみながら抗認知症薬を慎重に再開する場合もある。

一方、抗認知症薬が有効と考えられる BPSD の報告もみられ、例え高次脳機能障害や ADL が低下した段階でも BPSD が残存している場合は、慎重に継続を考慮するのも一つである。篠原ら¹⁰⁾ は精神症状を伴わない場合、抗認知症薬の中止により認知機能に差は見られなかったが、幻覚や錯覚の所見を呈した患者で中断により悪化したと報告している。

なお、ガランタミンとリバスチグミンは重度 ATD に対する保険適用はないが、実際は使用中に重度認知症に進行していることも多い。この 2 剤の重度 ATD に対する効果についてはとくに慎重な判断が必要である。またドネペジルはレビー小体型認知症に対する保険適用もある。DLB についても基本的にこのアルゴリズムが適用可能である。

図 重度アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬の使用アルゴリズム



注 1: 認知症が著しく進行した段階とは

- ・摂食・嚥下困難
- ・言語的疎通困難
- ・寝たきり状態
- ・効果は疑わしい
- ・期待する効果よりリスクが上回る

「Ⅲ. 減量・中止を考慮する事態の報告」
を参考(P74)

注 2: 有害事象

■ドネペジル(リバスチグミン、ガランタミン^{注4})

- ・循環器症状(不整脈・徐脈など)
- ・消化器症状(食思不振・嘔吐など)

■メマンチン

- ・傾眠・ふらつき・腎機能の悪化など

注 3: 抗認知症薬の効果が期待できる BPSD

- ・ドネペジル: うつ、不安、アパシー(*)など
- ・メマンチン: 行動障害、攻撃性など

注 4: リバスチグミンとガランタミンの保険適用は軽症、中等症

注 5: 中止を検討する場合、家族に十分な説明を行い、理解を得る。

注 6: 「Ⅳ. 減量・中止の具体的方法」
を参考(P74)

Ⅲ. 減量・中止を考慮する事態の報告

文献的には以下のような場合に減量・中止を考慮すべきであるとしている。

- i. 治療により認知機能、生活機能、行動面が治療前よりも低下した場合⁴⁾
- ii. ターミナルステージ（ねたきり、言語機能や基本的な ADL の著明な低下）²⁾
- iii. FAST6e 以上の緩和ケア患者⁵⁾
- iv. 寝たきりとなり誤嚥が懸念される場合や全介助の状態になった場合⁹⁾
- v. 治療開始 3 ヶ月後に効果が認められない場合、治療継続で得られる利益がみられないと考えられる状態まで認知症が進行した場合

ただし中止の時期を特定するようなエビデンスは乏しいことに留意する³⁾。

Ⅳ. 中止・減量の具体的方法

以下のような手順が提案されている。

- i. 効果がないと考えられる場合、中止の前に 1-3 ヶ月かけて減薬する。その間に状態の悪化がみられた場合、治療を再開⁴⁾。
 - ii. 神経精神症状の出現をモニターしながら 2-4 週かけて ChEI やメマンチンを減薬（幻覚、妄想が以前みられていた患者には特に再燃に注意）²⁾
- ただし、極度に進行した ATD でも抗認知症薬の効果があるという報告もあり^{1)、6)}、減量、中止時の変化を慎重に判定する。

文献

- 1) Adlimoghaddam A et al. CNS Neurosci Ther. 2018;24(10):876-888
- 2) Deardorff WJ, Grossberg GT. Expert Opin Pharmacother. 17:1789-1800, 2016
- 3) Glynn-Servedio BE, Ranola TS. Consult Pharm. 2017;32(9):511-518
- 4) Herrmann N et al, Alzheimers Res Ther. 2013;5(Suppl 1):S5
- 5) Holmes HM et al, Effectiveness of Anti-dementia Drugs in Extremely Severe Alzheimer's Disease: A 12-Week, Multicenter, Randomized, Single-Blind Study. J Am Geriatr Soc. 2008;56(7):1306-1311
- 6) Hong YJ et al, J Alzheimers Dis. 2018;63(3):1035-1044
- 7) 「日本老年医学会編：高齢者の安全な薬物療法, 2015, メジカルビュー, 東京
- 8) 一宮洋介：進行度に応じた増量のタイミングと薬物療法の中断・終了の目安, 薬局, 61(13), 3659-3663, 2010
- 9) 熊谷亮, 井関栄三: 抗認知症薬の投与量の目安と中止のタイミングは, 精神科 14(6), 492-496, 2009

10) 篠原もえ子、山田正仁：増え続ける認知症患者と抗認知症薬の使用ガイダンス、臨床精神薬理 vol. 21(3), 357-361, 2018

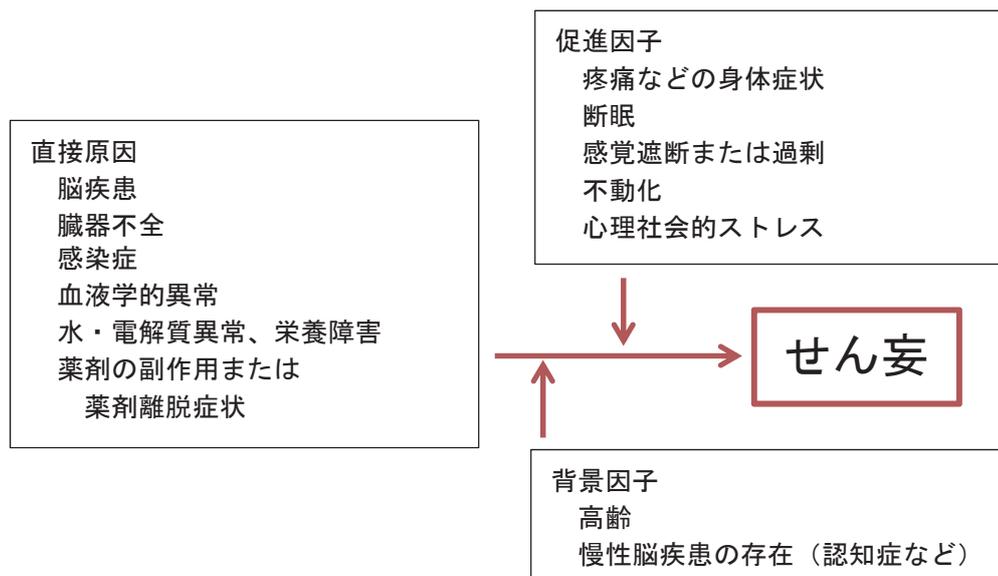
2. 認知症診療におけるせん妄

認知症診療の現場で、せん妄の診断は重要であるが、診断は困難であることが多い。教科書的にはせん妄は注意障害であり、認知症は記憶障害であるため鑑別は可能とされている。しかしながら、症状が重複していることが多く、臨床現場での診断・鑑別は容易ではない。特に、認知症が重症化すると、さらにせん妄診断は困難となる。いつもと違う症状（例：不安焦燥が強い、ふさぎ込んでいる、不眠がみられる、日中の傾眠など）が認められた場合には、せん妄を疑う必要がある。

I. せん妄とは

せん妄は身体疾患や薬剤によりひき起こされる精神・行動の障害である。せん妄患者に遭遇するいはせん妄を疑った場合には、図 i に示すように¹⁾、直接因子、準備因子、促進因子を考えるのが臨床的に有用である。

図 i せん妄の発症¹⁾



直接原因となるのは電解質異常、脱水、感染症などの身体症状ならびに薬剤があげられる。せん妄が発生した場合には、直接因子の検索が必要である。せん妄発症時には、身体的な要因が必ず存在している。なかでも直接因子になりやすい薬剤を表にあげる。どの薬剤でもせん妄の危険性はあるが、アセチルコリン、ドパミン、ノルアドレナリン、GABA などに影響を与える薬剤は特に危険性がある。“血液脳関門を通過しづらい”とされている薬剤であっても、加齢や炎症反応などの影響により血液脳関門の透過性が亢進している可能性があることも留意する。

表 i せん妄を起こす可能性のある薬剤

抗コリン作用をもつ薬剤	抗不整脈薬	GABA作動	その他
アトロピン 三環系抗うつ薬 トリヘキシフェニジル ジフェンヒドラミン 点眼薬（アトロピン） 抗痙攣薬 フェントイン	ジソピラミド リドカイン メキシレチン プロカイナムイド	ベンゾジアゼピン系薬剤 バクロフェン	バルビタール類 ジギタリス製剤 エルゴタミン製剤 リチウム MAO阻害薬 副腎皮質ステロイド薬 ACTH
降圧薬	抗菌薬	免疫抑制薬／抗悪性腫瘍薬	
カプトプリル クロニジン メチルドパ レセルピン	アミノグリコシド系 アムホテリシリンB セフェム系 クロラムフェニコール イソニアジド リファンピシリン スルホンアミド系 テトラサイクリン系 バンコマイシリン メトロニダゾール	プロカルバジン レーアスバラギナーゼ メトレキサート シタラビン ビンクリスチン ビンブラスチン フルオロウラシル ダカルバジン タモキシフェン	
ドパミン作動薬	抗ウイルス薬	非ステロイド性抗炎症	
アマンタジン プロモクリプチン レボドパ	アシクロビル インターフェロン系 ガンシクロビル	イブプロフェン インドメタシン ナプロキセン スリンダ	
β遮断薬	麻薬性鎮痛薬	交感神経刺激薬	
プロプラノロール チモロール	モルヒネ フェンタニル オキシコドン ベンタゾシン	アンフェタミン アミノフィリン テオフィリン エフェドリン コカイン フェニルプロパノールアミン フェニレフリン	
H2受容体拮抗薬			
シメチジン ラニチジン ファモチジン			

〈八田耕太郎．（2013）．せん妄の原因，診断，治療の原則．精神科治療学 28（8），985-990. より〉

準備因子としては、加齢や認知症などがあげられる。促進因子の代表的なものとして、集中治療室などの環境因子や身体拘束があげられる。最近では促進因子の重要性が着目されている。促進因子への働きかけで、せん妄が予防できるという比較的高いエビデンスが揃っている²⁾。ただし、直接原因の寄与度が高いがん終末期などでは効果は減弱するとされている。

II. せん妄の診断は

せん妄の診断のゴールドスタンダードは、下記にあげる DSM-5 によるものである。

表 ii DSM-5 によるせん妄の診断基準

下記 A-E のすべてを満たす場合にせん妄と診断

- A) 注意の障害（すなわち、注意の方向づけ、集中、維持、転換する能力の低下）および意識の障害（環境に対する見当識の低下）
- B) その障害は短期間のうちに出現し（通常数時間～数日）、もととなる注意および意識水準からの変化を示し、さらに1日の経過中で重症度が変動する傾向がある。
- C) さらに認知の障害を伴う（例：記憶欠損、失見当識、言語、視空間認知、知覚）
- D) 基準AおよびCに示す障害は、他の既存の、確定した、または進行中の神経認知障害ではうまく説明されないし、昏睡のような覚醒水準の著しい低下という状況下で起こるものではない。
- E) 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が他の医学的疾患、物質中毒または離脱（すなわち乱用薬物や医薬品によるもの）、または毒物への暴露、または複数の病因による直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある。

簡単にまとめてみると、“せん妄は急性に出現する意識・注意・知覚の障害であり、症状は変動性である”ことが特徴である。また、せん妄は、大きく過活動型、低活動型、混合型に分類される。

表 iii セン妄のサブタイプ³⁾

<p>過活動型せん妄</p> <p>24 時間以内に下記 2 項目以上の症状（せん妄発症前より認める症状ではない）が認められた場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ○運動活動性の量的増加 ○活動性の制御喪失 ○不穏 ○徘徊 <p>低活動型せん妄</p> <p>24 時間以内に下記 2 項目以上の症状（せん妄発症前より認める症状ではない）が認められた場合</p> <p>活動量の低下または行動速度の低下は必須</p> <ul style="list-style-type: none"> ○活動量の低下 ○行動速度の低下 ○状況認識の低下 ○会話量の低下 ○会話速度の低下 ○無気力 ○覚醒の低下/引きこもり <p>混合型</p> <p>24 時間以内に、過活動型ならびに低活動型両方の症状が認められた場合</p>

過活動型は、運動活動性の増加、制御喪失、不穏、徘徊などが特徴である。一方の低活動型では、活動量の低下、行動速度の低下、状況認識の低下、会話量・速度の低下、無気力、覚醒の低下などが特徴であり、うつ病などとの鑑別が临床上問題となることがある。混合型は過活動ならびに低活動の両方の症状が認められる場合に分類する。高齢者では低活動型せん妄が多い。実際には、特に身体的重症例の場合には、過活動型せん妄より、低活動型せん妄の方が多⁴⁾。低活動型せん妄は、せん妄の持続時間が長く、認知症症例に低活動せん妄が合併した場合には、死亡率が高くなることが指摘されている（非認知症症例では、せん妄サブタイプよりも、せん妄重症度が死亡率と相関している）。低活動型せん妄の場合、“手がかからない”ため何もせず経過観察のみされていることがある。せん妄による患者ならびに家族の苦痛をみた研究があるが、その中で過活動型せん妄でも低活動型せん妄でも苦痛に差がないことがわかっている⁵⁾。したがって、“放置”には問題がある。治療においては、低活動性せん妄であっても、過活動型同様に抗精神病薬に反応することもわかっている^{6), 7)}。

臨床現場ではせん妄の発見率は低く、診断・治療が遅れることにより、より複雑な病態となり、

ケアの低下・ケアの複雑性が増す。せん妄を発見し早期に治療開始した症例と比べて、せん妄の治療が遅れた症例では、死亡率・院内感染・肺炎のリスクが高まるとの報告もあり、せん妄の見逃しを減らす工夫が大切である⁸⁾。

III. せん妄のスクリーニングツール

簡便なスクリーニングとして、CAM (Confusion Assessment Method)⁹⁾ が有名である。非常に簡便だが、問題点として感度・特異度が検査者により大きく影響される。たとえば、看護師に対してCAMの一時間のトレーニングを行い、その後にCAMを用いて高齢患者のせん妄診断を行ったところ、感度 23.8%，特異度 97.7% と見逃しが多いことが指摘されている¹⁰⁾。

現在、診断に用いられるスケールで信頼性が高いのが、Delirium Rating Scale, Revised 98 (DRS-R98)である¹¹⁾。日本語版の信頼性も検討されている¹¹⁾。13項目の重症度スコアと、診断用の3項目を加えた合計スコアで評価する。せん妄診断のカットオフ値は、重症度スコアで10点、合計スコアで14.5点である¹¹⁾。日常使用するスケールとして煩雑かもしれないが、せん妄評価において必要な項目が網羅されており、研修医や看護師のせん妄診断のトレーニングに非常に有用である。

認知症症例に特化したせん妄スクリーニングツールは存在していない。

IV. 認知症症例のせん妄診断

非常に困難である。Meagherらは¹²⁾、Wechsler Memory Scale-Revised (WMS-R)における視覚性記憶範囲テストを使用した報告を行っている。このテストで、より高度なタスクが要求される“逆順序”では、認知症・せん妄ともに低下する。しかし、“同順序”では認知症症例では比較的能力は保持されており、せん妄症例では能力低下が著しく鑑別に有用なことが指摘されている。また、よく使用されている時計描画テストでは、せん妄と認知症の鑑別は不能であるとされており、せん妄と認知症の鑑別には視空間機能検査ではなく、視覚的注意機能検査が有用と考えられている。日常臨床で、視覚的注意機能検査をルーティンに行っていくのは現実的ではなく、現況では看護師、介護職員、家族等からの情報（今までとは違う症状）から認知症患者のせん妄を疑っていくしかない。この分野での研究は少なく今後の研究が期待される。

V. 鑑別診断

先にも述べたが、せん妄の診断において鑑別で最も臨床上問題となるのが認知症である。認知症とせん妄は合併していることも多い。さらに、認知症はせん妄の準備因子の一つである。せん妄と認知症の合併は、22%から89%と高率であり（入院症例では高率であり、50%以上）¹³⁾、両者でみられる同様の症状も多い。したがって、鑑別が非常に困難なのが現状である。表に一般的なせん妄と認知症の鑑別を示す。

表 iv 一般的なせん妄と認知症の鑑別

せん妄	認知症
急性の発症	ゆるやかな発症
意識の障害	記憶の障害
症状・重症度は変動性	ゆっくり進行性
可逆性	非可逆性

しかし、プリオン病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症は急性発症のこともあり、認知症のタイプによっては鑑別困難である。アルツハイマー型認知症にみられる日没症候群やレビー小体型認知症では症状の変動がみられ、せん妄との鑑別が難しい。せん妄は一過性で可逆性とされているが、最近では否定されている¹⁴⁾。さらに、認知症症例がせん妄を合併した場合、せん妄の発見は非常に困難となる。せん妄は直接因子（身体症状の変化）が存在しているため発見が重要であり、診断の遅れは予後悪化と関連する。

認知症の行動と心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD）とせん妄の鑑別は困難なことが多い。最も大切に強調される点は、せん妄は BPSD ではない。せん妄の場合には、直接原因が必ず存在しており、身体疾患の検索ならびに薬剤の再検討が必須となる。

VI. てんかんと鑑別

近年の疫学調査によると、てんかんの発病率は 65 歳以上が最も高いことが明らかになっている。高齢初発てんかんの臨床発作は「意識障害を伴う焦点発作」が多いが、自動症が少なく発作の持続が短いため見過ごされやすい。

表 v てんかんと鑑別

意識障害を伴う焦点発作
<ul style="list-style-type: none"> ・自動症が少なく、目立たない、発作の持続が短い ・意識が減損し、動作が停止する発作 ・健忘だけが目立つ発作 ・夢を見ているような発作（既視感、未視感）
発作後症状
<ul style="list-style-type: none"> ・もうろう状態が長く続き、数時間から数日続くこともある ・認知機能障害、抑うつ状態が遷延し、認知症、うつ病と見誤ることがある

また、高齢者てんかんの病因としては、脳血管障害で最も多く高齢初発の 30～50%を占める。アルツハイマー病（AD）でも 8～21%（表参照）に、てんかんと併発するが、AD が進行してからではなく、MCI の時期に発症することが多い¹⁵⁾。

高齢者のてんかんは、発作後もうろう状態や非けいれん性発作重積がせん妄と誤診されたりすることもあり、脳波検査は重要である。

治療としては、従来薬のカルバマゼピン (CBZ)、バルプロ酸 (VPA)、フェニトイン (PHT) は、副作用、薬物相互作用を勘案して少量から漸増使用することが望ましい。

また、新世代抗てんかん薬であるラモトリギン (LTG)、レベチラセタム (LEV)、ペランパネル (PMP)、ラコサミド (LCM) は、相互作用が少なく初期用量でも発作抑制が期待できる場合がある。

表 vi アルツハイマー病のてんかん発作発症率

研究者	手法	対象者数	発作発症率
Hauser (1986)	後向き	81	10%
Mendez (1994)	後向き	446	17%
Volicer (1995)	後向き	128	21%
Romanelli (1990)	前向き 7 年、軽症	44	16%
Amatniek (2006)	前向き 6 年、MMSE \geq 16	236	Probable8%
Scarmeas (2009)	前向き 5 年、MMSE \geq 16	453	Definite2% Probable10%

VII. せん妄の治療

残念ながらせん妄治療の治療に対するエビデンスは不足している。プラセボ対象試験は少ない。ICUにおけるquetiapineのせん妄改善効果についての研究で、quetiapine群でプラセボ群と比較して有意にせん妄改善期間までの期間ならびにせん妄持続期間が短縮できたと報告されている¹⁶⁾。効果が示されてはいるが、対象数が少ない点、評価方法など問題点もある。最近の報告では、ICUにてhaloperidol, ziprasidone (本邦未発売の抗精神病薬)、プラセボのせん妄に対する3群の比較がある¹⁷⁾。結果としては3群で差は認められておらず、抗精神病薬のせん妄に対する有効性が示されていない。抗精神病薬が日常臨床で推奨され使用されることが多いが、現在のところ高いエビデンスがない点は留意しておく必要がある。最近報告されたがん終末期せん妄に対する抗精神病薬 (risperidone, haloperidol) とプラセボ対照試験において、せん妄改善度において抗精神病薬はプラセボに劣り、生存日数も短期化するといった結果が報告されている¹⁸⁾。試験デザインなどから、抗精神病薬の治療効果が過小視されているとの批判もあろうが、抗精神病薬のせん妄への効果を支持する研究が少ない現実を知っておく必要がある。

VIII. せん妄の予防が大切

効果的な治療法がないため、せん妄は予防が大切となる。とくに非薬物療法による予防が重要視されている。有名なものにHELP(Hospital Elder Life Program)によるせん妄予防がある¹⁹⁾。高齢内科患者を対象としたものだが、これは、主に促進因子を補正することによりせん妄を予防しようというものである。表にあげるような方法を高齢患者に行うことで、せん妄御発症率を40%抑制することが可能になると報告されている¹⁹⁾。日常臨床で特に気をつけるのは、身体拘束である。身体拘束を行うことで、せん妄発症リスクは3.2倍上昇する²⁰⁾。

表vii せん妄の非薬物による予防法¹⁹⁾

認知維持	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアを行う人の名前と日常スケジュールを掲示 ・状況の見当職を維持・再建するための会話 ・最近の出来事についての会話 ・回想 ・言葉を使ったゲーム
睡眠補助	<ul style="list-style-type: none"> ・就寝時に暖かい飲み物（ミルクまたはハーブティー） ・リラクゼーションテープまたは音楽 ・背中マッサージ ・病棟の騒音を減らす ・服薬や処置の時刻を調整
運動	<ul style="list-style-type: none"> ・1日3回の歩行または関節可動域拡大訓練 ・身体拘束をできるだけ避ける
視力補正	<ul style="list-style-type: none"> ・眼鏡や拡大鏡を使用 ・大きな文字の本や器具
聴力補正	<ul style="list-style-type: none"> ・補聴器を使用 ・耳垢の清掃 ・必要によりその他のコミュニケーション方法
脱水補正	<ul style="list-style-type: none"> ・早期発見と治療

さまざまな治療現場における促進因子の補正を目的とした非薬物療法によるせん妄予防研究のメタアナリシスにおいて、約50%のせん妄の発症予防があるとされている²⁾。このように非薬物療法によるせん妄予防が研究では効果が確立されているが、臨床ではあまり重要視されていない。この現実に対して、“Know-Do gap”が指摘されている²¹⁾。これは、促進因子への介入が単純なものの組み合わせであり、“やっていないはずがない”“すでに行っている”と（誤って）認識している可能性がある。また、いくつかは時々行っているかもしれないが、系統だって持続性を持って行っていないことが多い。系統だった持続性をもったせん妄予防の非薬物療法的アプローチが必要であるが、多忙な日常診療のなかでの人員確保などが課題となる。

一般的には薬物によるせん妄予防は勧められていない²²⁾。Haloperidolなどの抗精神病薬による予防も効果は確認されていない。新規睡眠導入剤のramelteon²³⁾ならびにsuvorexant²⁴⁾はプラセボと比してせん妄予防効果がある点が示されているが、健康保健上予防投与が認められない点や大規模な追試が必要な点などが今後の課題である。抑肝散のせん妄予防に関しては、症例報告は散見されるがよくデザインされた臨床研究の報告はなく、積極的な使用は勧められない。

IX. せん妄になると何がよくないのか

表に Witlox ら¹⁴⁾のメタアナリシスの結果を示す。

表viii **せん妄の予後**

	危険度	平均追跡期間
死亡	HR 1.95 (95%CI 1.51-2.62)	22.7 ヶ月
施設入所	OR 2.41 (95%CI 1.77-3.29)	14.6 ヶ月
認知症発症	OR 12.52 (95%CI 1.86-84.21)	4.1 年

平均追跡期間がせん妄発症後1年以上経過している点を考慮すると、せん妄の原因となった基礎身体症状は改善している可能性が高い。したがって、せん妄は基礎身体疾患により生じる一過性の精神・行動的障害だけではなく、一旦発症すると、その後の臨床的予後が悪化することが示されている。さらには、今まではせん妄は一過性の精神症状と考えられていたが、認知症発症の独立危険因子であることも示されている。

認知症症例がせん妄になると、非せん妄症例と比べて、年に2倍の速度で認知機能悪化が認められることも示されている^{25, 26)}。したがって、せん妄の予防が重要である。

文献

- 1) 八田耕太郎, 岸泰宏. せん妄の診かた. 東京: 中外医学社; 2012.
- 2) Hsieh TT, Yue J, Oh E, Puella M, Dowal S, Travison T, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA internal medicine*. 2015;175(4):512-20.
- 3) Meagher D, Moran M, Raju B, Leonard M, Donnelly S, Saunders J, et al. A new data-based motor subtype schema for delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008;20(2):185-93.
- 4) Han JH, Zimmerman EE, Cutler N, Schnelle J, Morandi A, Dittus RS, et al. Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Acad Emerg Med*. 2009;16(3):193-200.
- 5) Bruera E, Bush SH, Willey J, Paraskevopoulos T, Li Z, Palmer JL, et al. Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer*. 2009;115(9):2004-12.
- 6) Platt MM, Breitbart W, Smith M, Marotta R, Weisman H, Jacobsen PB. Efficacy of neuroleptics for hypoactive delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1994;6(1):66-7.
- 7) Boettger S, Friedlander M, Breitbart W, Passik S. Aripiprazole and haloperidol in the treatment of delirium. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45(6):477-82.
- 8) Heymann A, Radtke F, Schiemann A, Lutz A, MacGuill M, Wernecke KD, et al. Delayed treatment of delirium increases mortality rate in intensive care unit patients. *J Int Med Res*. 2010;38(5):1584-95.
- 9) Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113(12):941-8.

- 10) Lemiengre J, Nelis T, Joosten E, Braes T, Foreman M, Gastmans C, et al. Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(4):685-9.
- 11) Kato M, Kishi Y, Okuyama T, Trzepacz PT, Hosaka T. Japanese version of the Delirium Rating Scale, Revised-98 (DRS-R98-J): reliability and validity. *Psychosomatics.* 2010;51(5):425-31.
- 12) Meagher DJ, Leonard M, Donnelly S, Conroy M, Saunders J, Trzepacz PT. A comparison of neuropsychiatric and cognitive profiles in delirium, dementia, comorbid delirium-dementia and cognitively intact controls. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry.* 2010;81(8):876-81.
- 13) Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(10):1723-32.
- 14) Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *Jama.* 2010;304(4):443-51.
- 15) Vossel KA, Beagle AJ, Rabinovici GD, Shu H, Lee SE, Naasan G, et al. Seizures and epileptiform activity in the early stages of Alzheimer disease. *JAMA neurology.* 2013;70(9):1158-66.
- 16) Devlin JW, Roberts RJ, Fong JJ, Skrobik Y, Riker RR, Hill NS, et al. Efficacy and safety of quetiapine in critically ill patients with delirium: a prospective, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Critical care medicine.* 2010;38(2):419-27.
- 17) Girard TD, Exline MC, Carson SS, Hough CL, Rock P, Gong MN, et al. Haloperidol and Ziprasidone for Treatment of Delirium in Critical Illness. *N Engl J Med.* 2018;379(26):2506-16.
- 18) Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, Draper B, Caplan GA, Rowett D, et al. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine.* 2017;177(1):34-42.
- 19) Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med.* 1999;340(9):669-76.
- 20) Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet.* 2014;383(9920):911-22.
- 21) Greysen SR. Delirium and the "know-do" gap in acute care for elders. *JAMA internal medicine.* 2015;175(4):521-2.
- 22) 布宮伸, 西信一, 吹田奈津子, 行岡秀和, 植村桜, 三浦幹剛, et al. 日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン. *日本集中治療医学会雑誌.* 2014;21(5):539-79.
- 23) Hatta K, Kishi Y, Wada K, Takeuchi T, Odawara T, Usui C, et al. Preventive Effects of Ramelteon on Delirium: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *JAMA psychiatry.* 2014;71(4):397-403.
- 24) Hatta K, Kishi Y, Wada K, Takeuchi T, Ito S, Kurata A, et al. Preventive Effects of Suvorexant on Delirium: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *J Clin Psychiatry.* 2017.
- 25) Gross AL, Jones RN, Habtemariam DA, Fong TG, Tommet D, Quach L, et al. Delirium and Long-term Cognitive Trajectory Among Persons With Dementia. *Arch Intern Med.* 2012;172(17):1324-31.
- 26) Fong TG, Jones RN, Shi P, Marcantonio ER, Yap L, Rudolph JL, et al. Delirium accelerates cognitive decline in Alzheimer disease. *Neurology.* 2009;72(18):1570-5.

重度認知症患者に対する

抗認知症薬の適正使用

(減量と中止のタイミングを考える)

アルゴリズム(手順)

目次

1. 三大認知症について	
1)アルツハイマー型認知症とは	2
2)レビー小体型認知症とは	3
3)血管性認知症とは	3
2. 認知症の進行段階について	4
3. 重度アルツハイマー型認知症患者に対する抗認知症薬の使用アルゴリズムについて	5
4. 重度アルツハイマー型認知症患者に対する抗認知症薬の使用アルゴリズム(図)	6
5. 諸外国の状況	7
6. 中止を考慮する状況について	8
7. 中止の方法について	8
8. 抗認知症薬の効果と有害事象(副作用)	9
9. 用語解説	10



平成30年度老人保健事業推進費等補助金
循環型の仕組みの構築にむけた円滑な退院・退所や在宅復帰支援の
推進に関する調査研究事業
公益社団法人日本精神科病院協会

1. 三大認知症

1) アルツハイマー型認知症 (ATD) とは

▶原因

ベータたんぱくやタウたんぱくという異常なたんぱく質が脳にたまって神経細胞が死んでしまい、脳が萎縮して（縮んで）しまいます。記憶を担っている海馬という部分から萎縮が始まり、だんだんと脳全体に広がります。

▶主な症状

①認知機能障害

新しく経験したことを記憶できず、すぐに忘れられます。食事をしたこと自体を忘れてしまうのはそのためです。また、日付、昼か夜か、今いる場所、家族の顔などがわからなくなることもあります。さらに判断する力や理解する力が落ちて、食事を作ったり、おつりを計算することができなくなったりします。

②BPSD(行動・心理症状)^(*)

経過中に無為・無関心、妄想、徘徊、抑うつ、興奮や暴力などの症状が現れることがあります。

*：P10 用語解説を参照

2) レビー小体型認知症 (DLB) とは

▶原因

脳の神経細胞の中に「レビー小体」と呼ばれる異常なたんぱく質の塊がみられます。このレビー小体が的大脑に広く現れると、その結果、認知症になります。

▶主な症状

①認知機能障害

注意力がなくなる、ものがゆがんで見えるなどの症状が現れます。レビー小体型認知症では、最初は記憶障害が目立たない場合もあります。

②認知機能の変動

時間帯や日によって、頭がはつきりしていて物事をよく理解したり判断したりできる状態と、ボーンとして極端に理解する力や判断する力が低下している状態が入れ替わり起こります。

③BPSD(行動・心理症状)

【幻視】：実際には見えないものが本人にはありありと見える症状です。

【睡眠時の異常言動】：眠っている間に大声で叫んだり、怒鳴ったり、奇声をあげたり、暴れたりすることがあります。

3) 血管性認知症 (VaD) とは

▶原因

脳の血管が詰まる「脳梗塞」や血管が破れる「脳出血」など脳血管に障害が起きると、その周りの神経細胞がダメージを受けます。脳を水平に輪切りにしたMRIの画像を見ると、障害の跡がわかります。

▶主な症状

①認知機能障害

障害される能力が残っている能力があります(まだら認知症)。意欲や自発性がなくなったりしますが、判断力や記憶は比較的保たれています。

②BPSD(行動・心理症状)

感情の起伏が激しくなったり、突然興奮したり騒いだりする「せん妄」が起きることがあります。

③身体面の症状

脳血管障害によって、手足に麻痺や感覚の障害など神経症状が現れることがあります。ダメージを受けた場所によっては言語障害などが出る場合もあります。

2. アルツハイマー型認知症の進行段階について

認知症の進行	認知症		
	初期 (軽度)	中期 (中等度)	後期 (重度)
正常なレベル			
軽度 認知機能障害状態 (MCI)	 <p>物忘れが多いが自立して生活できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている ● 日常生活動作には問題ない ● 全般的認知機能は軽微問題がない ● 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する ● 認知症ではない 	 <p>誰かの見守りがあれば日常生活は自立</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 徘徊や幻覚、妄想、不潔行為などが現れる ● 着替えや食事、トイレがうまくいなくなる ● ついでさきのこと、忘れる ● 時間や場所などがわからない ● 知っている場所で迷子になる ● 季節にあった服が着られない ● 着替えや入浴をいやがる ● すぐ興奮する 	 <p>日常生活に手助け・介護が必要</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 表情が乏しい ● 尿や便の失禁が増える ● ほほ笑まきり、意思疎通が難しい ● 日常生活全般にいつも介護が必要 ● 話さなくなる ● ご家族の顔、着替え、入浴、食事や排泄の手順などもわからなくなる
本人の様子	<p>認知症の疑い</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 「物を盗まれた」等のトラブルが増える ● 失敗を指摘すると怒り出すことがある ● 忘れやすいことが多い ● 日常生活は自立 ● 約束を忘れる ● 何度も同じことを聞く ● 日付や時間が分からなくなる ● 不安感からイライラ、落ち込みや意欲低下がみられる 	<p>認知症を有するが日常生活は自立</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 介護者自身を助ける必要 	<p>後期 (重度)</p> <p>常に介護が必要</p>
家族の心構え	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 地域行事やボランティアなど社会参加を働きかける ◎ 趣味やレクリエーションを楽しむように働きかける ◎ 家庭内でも役割を持ち、継続できるようにする ◎ いつものように、何かと様子がおかしい、と思ったら早めに地域包括支援センターに相談する (家族の「気づき」がとて大事) 	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 接し方の基本的なコツなどを理解すること ◎ 家族間で介護のことについて話し合う ◎ 相談窓口をみつければよい ◎ 介護で困ったことがあつたら抱え込まず、早めに担当ケアマネジャーや地域包括支援センターに相談する 	<ul style="list-style-type: none"> ◎ 日常生活でできないこと(食事・排泄・清潔を保つなど)が増え、合併症を起しやすくなることを理解する ◎ どのような終末期を迎えたいかを家族間でよく話し合う

3. 重度アルツハイマー型認知症患者に対する抗認知症薬の使用アルゴリズムについて

本アルゴリズム(手順書)は、抗認知症薬を用いた重度アルツハイマー型認知症(ADT)の診療(保険適用は、抗認知症薬のコリンエステラーゼ阻害薬ドネペジルとメマンチン)に対する参考情報を提供するを意図して作成されました。つまり、重度ADT患者に対する抗認知症薬の適切な使用を目指すものであり、使用中止を含めた検討のプロセスを提示するものです。ただし薬剤調整は医師の指示により行われます。医師の指示無く使用を中止したり再開することは控えてください。

認知症が著しく進行した段階(嚥下・摂食不能、寝たさきり状態など)、認知症薬の効果が疑わしい場合、抗認知症薬の効果が期待できないBPSDがみられない場合、期待される効果よりリスクが上回る場合などは減量・中止を検討します。認知症の進行については検査結果(MMSE・FAST*)、日常生活の様子(ADL*)などを参考にしながら臨床的に総合的に判断します。

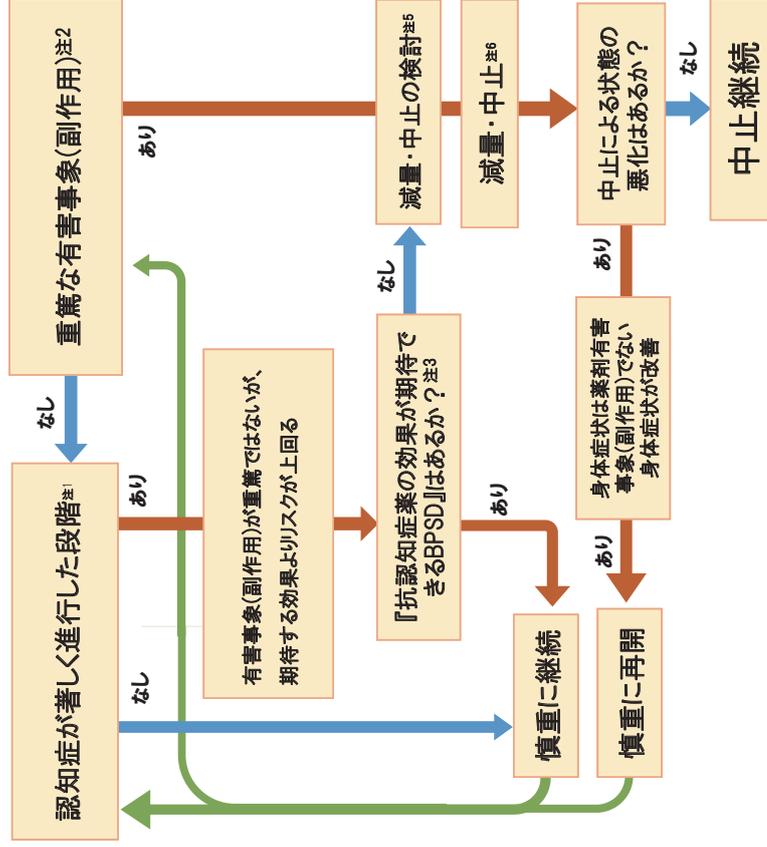
一方、重度ADT患者に対する治療でもっとも重要なことは安全性の確保です。抗認知症薬のドネペジルによる循環器症状(不整脈・徐脈など)や消化器症状(食思不振・嘔吐など)、抗認知症薬のメマンチンによる傾眠・ふらつき・腎機能の悪化などは中止を考慮する有害事象(副作用)となります。身体症状が抗認知症薬と関係がないと判断された場合、身体疾患の治療を行い、経過をみながら抗認知症薬を慎重に再開する場合があります。

中止を考慮する場合、ご家族に十分な説明を行い、本人の予測される思いを考慮しつつ家族の理解を得る必要があります。減量・中止後に症状が悪化した場合、効果が示唆されたとして慎重に再開を検討します。

なお、抗認知症薬のガランタミンとリバスチグミンは重度ADTに対する保険適用ではありませんが、実際は使用中に重度認知症に進行している事も多くあります。この2剤の重度ADTに対する効果についてはとくに慎重な判断が必要です。また抗認知症薬のドネペジル(アリゼプト®のみ)はレビ-小体型認知症(DLB)に対する保険適用もあります。DLB注6)についても基本的にこのアルゴリズムが適用可能です。

* : P10 用語解説を参照
注5 : ADT : アルツハイマー型認知症
注6 : DLB : レビ-小体型認知症

4. 重度アルツハイマー型認知症患者に対する 抗認知症薬の使用アルゴリズム



注1: 認知症が著しく進行した段階とは
 ・摂食・嚥下困難
 ・言語的障害
 ・寝たきり状態
 ・期待する効果よりリスクが上回る
 「認知症が著しく進行した段階」において
 減量・中止を考慮する状況」を参考(P8)

注2: 有害事象
 ■ドネペジル(リバスチグミン、ガランタミン)^{注4}
 ・循環器症状(不整脈・徐脈など)
 ・消化器症状(食思不振・嘔吐など)
 ■メマンチン
 ・傾眠・ふらつき・腎機能の悪化など

注3: 抗認知症薬の効果が期待できるBPSD
 ・ドネペジル: うつ、不安、アパシー(*)など
 ・メマンチン: 行動障害、攻撃性など

注4: リバスチグミンとガランタミンの保険適
 用は軽症、中等症

注5: 中止を検討する場合、家族に十分な
 説明を行い、理解を得る。

注6: 「減量・中止の方法」を参考(P8)

5. 諸外国の状況

▶英国

2011年、NICE (National Institute for Health and Care Excellence) による抗
 認知症薬のガイドラインでは、診断と最初の処方ば専門医(精神科医、神経
 科医)でなければならぬ。

重症度指標にMMSEが紹介され、10点未満を重度(高度)認知症と定めて
 いる。(MMSEだけで重症度を決定しないよう注意喚起もされている)

▶カナダ

GDS (Global Deterioration Scale) で重症認知症を規定している。

GDSの stage7 で抗認知症薬治療の継続を考えるべきだと言われている。

▶アメリカ

FAST (Functional Assessment Staging) で重症度を規定している。FAST7
 で、抗認知症薬治療の継続を考えるべきだと言われている。

▶フランス

2018年6月、抗認知症薬による効果が十分に得られないという事で、医療
 保険の適応外薬品に決定した。

6. 認知症が著しく進行した段階において 減量・中止を考慮する状況

我が国における85歳以上の認知症患者に対する抗認知症薬の処方率は、48%と他の国に比べても高率である。開始した抗認知症薬をいつまで服用し続けるかについては今のところ明らかない指標は存在しないが下記のようなことは目安となるのではないが。

- ▶ターミナルステージ
(ねたきり、言語機能や基本的なADLの著明な低下) ※【1】P11
- ▶継続治療で利益が望めないような段階 (例；GDS7)
- ▶治療により認知機能、生活機能、行動面が治療前よりも低下した場合 ※【2】P11
- ▶FAST6e(*)以上の緩和ケア患者に対してChEI(*)とメマンチン ほともに適切ではない。 ※【3】P11
*：P10・11用語解説を参照
- ▶治療開始3ヶ月後に効果が認められない場合や、治療継続から得られる利益がみられない状態まで認知症が進行した場合、中止もありうる。ただし中止の時期を特定するようなエビデンス(*)は乏しい。
※【4】P11
*：P10用語解説を参照

7. 減量・中止の方法

- ▶効果がないと考えられる場合、中止の前に1-3ヶ月かけて減薬する。その間に状態の悪化がみられた場合、治療を再開 ※【5】P11
- ▶神経精神症状の出現をモニターしながら2-4週かけてChEIやメマンチンを減薬(幻覚、妄想が以前みられていた患者には特に再燃に注意) ※【6】P11
- ▶極度に進行したATDでも抗認知症薬の効果がある(という報告もあり効果を確認しながら減薬) ※【7】、【8】P11

8. 抗認知症薬の効果と有害事象(副作用)

▶概要

現在、アルツハイマー病の治療薬(抗認知症薬)として4種類の薬が認可されています。いずれもアルツハイマー病の中核症状(*)を対象とした対症療法に用いられ、作用機序の違いから2系統に大別されます。

*：P10用語解説を参照

①アセチルコリンエステラーゼ阻害薬

アセチルコリンという知的伝達機能に関わる神経伝達物質が分解されるのを抑えて、認知機能障害の進行にブレーキをかける薬です。

②NMDA受容体拮抗薬

興奮性の神経伝達物質であるグルタミン酸は、過剰になると興奮毒性を示して神経細胞を破壊してしまいます。そのグルタミン酸の量を調節し、神経細胞を保護する薬です。

▶効果と有害事象(副作用)

一般名	ドネペジル	ガラントミン	リバスチグミン	メマンチン
商品名	アリセプトなど*	レミニール*	イクセロン®/バッチ、リバス タツ®/バッチ	メマリ-*
薬理作用	アセチルコリンエステラー ゼ阻害作用	アセチルコリンエステラー ゼ阻害作用	アセチルコリンエステラー ゼ阻害作用	NMDA受容体拮抗作用
作用の特徴	アセチルコリンエステラー ゼを強力に阻害	ニコチン受容体に対する アロステリック(APL)作用	ブチルコリンエステラー ゼも阻害	グルタミン酸の興奮毒性 を抑制
副作用	胃腸障害・徐脈、精神症 状など	胃腸障害・徐脈、精神症 状など	局所皮膚症状、胃腸障害 など	ふらつき、眠気、便秘など

9.用語解説

語句	意味
中核症状	「中核症状」は脳の神経細胞が壊れることによって、直接起こる症状です。記憶障害、判断力障害、実行機能障害、問題の解決能力の障害、見当識障害、失行・失認・失語などです。
BPSD	BPSDは「認知症の行動と心理症状」を表わす英語の「Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia」の頭文字を取ったものです。陽性症状として妄想・幻覚・不安・焦燥・多弁・多動・暴言・暴力徘徊・陰性症状として抑うつ・意欲低下・自発性の低下、その他として作話・不潔行為・食行動の異常などがあります。
アルゴリズム	関連する分野において、問題を解くための手順を定式化した形で表現したものを言います。
アパシー	周囲の事象に対してだけでなく、自分自身の身の回りのことさえ、無気力・無関心になってしまう状態を指します。
エビデンス	医学および保健医療の分野では、ある治療法がある病気・怪我・症状に対して、効果があることを示す証拠や検証結果・臨床結果を指します。
ADL	日常生活動作(ADL)とは、日常生活を送るために最低限必要な日常的な動作で「起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」動作のことです。
ChEI	コリンエステラーゼ阻害薬(cholinesterase Inhibitor: ChEI)
MMSE	ミニメンタルステート検査(Mini Mental State Examination、MMSE)は、認知症の診断用に米国で1975年、フォルスタインらが開発した質問セットです。30点満点の11の質問からなり、見当識、記憶力、計算力、言語的能力、図形的能力などをカバーします。

語句

意味

FAST (Functional Assessment Staging)の分類 FASTは、アルツハイマー型認知症の病状ステージを、生活機能の面から分類した観察式の評価尺度です。ステージ1～7までの7段階に分類されています。

FAST stage	臨床診断	FASTにおける特徴
1.認知機能の障害なし	正常	主観的および客観的機能低下は認められない
2.非常に軽度の認知機能低下	年齢相応	物の置き忘れを訴える。単語困難
3.軽度の認知機能低下	境界状態	熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場に旅行することは困難
4.中等度の認知機能低下	軽度のAD	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障を求す
5.やや高度の認知機能低下	中等度のAD	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもほとんどかなたためずかして設備することが必要なこともある
6.高度の認知機能低下	やや高度のAD	a)不適切な着衣 b)入浴に介助を要する。入浴を嫌がる c)トイレの水を流さなくなる d)尿失禁 e)便失禁
7.非常に高度の認知機能低下	高度のAD	a)最大限約6語に限定された言語機能の低下 b)理解しうる語彙はただ1つの単語となる c)歩行能力の喪失 d)視空間能力の喪失 e)笑う能力の喪失 f)昏迷および昏睡

FAST

引用文献

- 【1】Deardorff WJ,GrossbergGT.Expert Opin rmacother.17;1789-1800, 2016
【2】Herrmann N et al, Alzheimers Res Ther. 2013;5(Suppl 1):S5
【3】Herrmann N et al, Alzheimers Res Ther. 2013;5(Suppl 1):S5
【4】Glynn-Servedio BE, Ranola TS. Consult Pharm. 2017;32(9):511-518
【5】Herrmann N et al, Alzheimers Res Ther. 2013;5(Suppl 1):S5
【6】Deardorff WJ, Grossberg GT.Expert Opin Pharmacother.17;1789–1800, 2016
【7】Hong YJ et al. J Alzheimers Dis. 2018;63(3):1035–1044
【8】Adlimoghaddam A et al. CNS Neurosci Ther. 2018;24(10):876–888

IV 総括

1. 日本精神科病院協会の会員病院 1,205 病院、会員病院の介護関連施設 216 施設に対し、早期退院(所)に向けた取り組み、退院(所)支援や地域連携の取り組み、医療・介護の提供状況、症状等についての実態調査を行った。

1) 医療機関において

- ・75歳以上の認知症の人が、全体の86.7%であり、男性より女性が多かった。
- ・アルツハイマー型認知症が約70%を占めていた。
- ・認知症の診断がついてから今回の入院までの期間は1~3年未満が約36%と多かったが、入院時未診断というケースも約20%あった。また、診断後5~10年未満、あるいは10年以上経て入院してくるケースも約20%みられた。
- ・かかりつけ医からの紹介が約70%であり、自宅からの入院が約50%である。
- ・入院時のHDS-Rの平均は12.3点、MMSEの平均は14.8点であった。入院の最大の理由はBPSDの悪化(82.0%)であり、特に介護者への抵抗、暴言、徘徊、妄想、大声、暴行が多かった。身体疾患では高血圧(39.4%)、糖尿病(21.0%)を合併しているケースが多かった。
- ・入院治療は多職種連携で行われ、家族や地域連携をとりながら早期退院に向けた取り組みが行われていた。薬物療法、非薬物療法(リハビリテーション等)、ケースカンファレンス、定期的な家族との面談、ケアマネジャーや居宅サービス事業者等との調整を行っていた。
- ・特に多くのところでは認知症クリニカルパス(日本精神科病院協会作成あるいは各病院作成等)も使用し、早期退院を実現していた。
- ・入院期間は90日以内で患者の71.8%が退院していた。
- ・BPSDの軽快(56.0%)が最も大きな退院理由であり、次いで薬剤調整の終了(26.3%)、介護者・施設の事情への対応(21.0%)であった。
- ・自宅からの入院が約50%みられたが、早期退院の取り組みにより約24%が自宅、介護施設等(22.6%)へ退院となっていた。循環型の仕組みの構築が少しずつではあるが進んでいるといえる。
- ・発症から3年以上のケースが38.2%あり、年齢も85歳以上が44.5%、中等度から重度の認知症を考えるとADLは多少低下するものと理解できる。しかしIADLは入院前と退院時において大きな変化はなかった。

2) 介護関連施設において

回答を得ることができたのは143施設10,100人であり、従来型の介護老人保健施設(老健)が約40%であった。

- ・85歳以上の入所者が約6割以上であり、女性が多かった。
- ・特別養護老人ホーム(特養)やグループホーム(GH)では、1年以上の入所者は30~40%であるのに対し、従来型老健は1年以上が約10%であった。老健の機能分化は近年進み、早期退所型の老健が増加している。
- ・アルツハイマー型認知症が約7割であり、高齢者が多いこともあり、約85%以上に身体合併症を伴っていた(高血圧症、高脂血症、糖尿病が多い)。
- ・従来型老健、GHでは要介護3が多く、特養では要介護4が多かった。退所時には認知症日常生活自立度の比較ではランクⅢb~Mの割合が増加していた。また、ADLでは援助・全面依存が増加していたがIADLには大きな変化はなかった。
- ・自宅からの入所が52.4%であり最も多い。入所理由も介護者の事情(75%以上)、施設に空床がない(特養92.3%)であった。
- ・退所理由で最も多いのは、どの施設でも身体合併症であった。BPSDの悪化は退所理由としては多いとはいえなかった。退所後の再入所は介護者理由や治療終了によるものであるが少ない。また、退所後の介護サービスは特に利用していないが多かった。しかし、他の施設での介護サービスを利用しているものと考えられる。
- ・老健施設は中間施設、特養・GHは在宅という機能の違いがあり、老健施設における早期退所が進んでいくと思われる。介護事業所、ケアマネジャーとの連携により在宅へとつないでいく事が重要である。認知症の進行に伴った介護サービス利用が適切に行われることが望まれる。

2. 重度認知症患者に対する抗認知症薬の適正使用アルゴリズムを作成

我が国における85歳以上の認知症患者に対する抗認知症薬の処方率は、48%と他の国に比べても高率である。開始した抗認知症薬をいつまで服用し続けるかについてはきちんとしたエビデンスは存在しない。2018年6月、フランスにおいて抗認知症薬が医療保険の適応外薬品に決定した。2019年現在、本邦で使用可能な4種類の抗認知症薬は、アルツハイマー型認知症(AD)の進行抑制を目的とした対症療法薬である。

重度認知症患者に対する抗認知症薬の適正使用と減量・中止についての手引きを作成することにより医療・介護場面において、現在処方されている目的・効果を再確認する一助となることを期待する。

資料編

(1) 認知症患者の退院(退所)・転帰に関する調査 調査票

- 1 会員病院調査票
- 2 介護保険施設調査票

日本精神科病院協会 認知症患者の退院・転帰に関する調査

会員病院用

ご記入・ご返送にあたってのお願い

1. 調査票について

(1) 「基本情報」を以下にご記入下さい。

会員番号	病院名
回答者氏名	職種
TEL:	FAX:
ご連絡先 Email:	

(2) 「施設調査票」
※平成30年11月1日現在の状況についてお答え下さい。

(3) 「個別調査票」
※対象は平成29年4月1日(土)から9月30日(土)までに入院し、
調査日(平成30年11月1日(木))時点で既に退院された認知症が主病名の患者となります。
※対象者が5名以上の場合、退院された順に5例までご記載下さい。
※対象者が5名未満の場合は該当するケースのみで結構です。
※死亡による退院については、対象外となります。

- 該当者あり → 部
- 該当者なし

2. 送付方法及び締切について

(1) 締切: 平成30年11月30日(金)

(2) 送付方法: 上記期日までにメールにてエクセルを添付してご送信下さい。
「循環型の仕組みにむけた円滑な退院・退所や在宅復帰支援の推進に関する調査研究事業」事務局
Mail: chousei_k@nisseikyoo.or.jp

(3) 記入要領

- ・色のついていないセルへの記入、又は選択肢リストより該当するものをお選び下さい。
- ・調査票の一部(年齢や点数等)は自動計算となっております。

3. その他

該当者がいない場合にも「基本情報」「施設調査票」のご返送をお願いします。

日本精神科病院協会 認知症患者の退院・転帰に関する調査

施設調査票

会員番号	病院名
回答者名	職種
TEL:	FAX:
ご連絡先 Email:	

【諸注意】
※平成30年11月1日現在の状況について、お答え下さい。

1. 貴院の標榜している診療科に☐をして下さい。
 1. 精神科 2. 内科 3. 神経内科
 4. 脳神経外科 5. その他 ()

2. 認知症担当の医師数を記載して下さい。(常勤換算でご記載下さい。)

1. 精神科医 名 → (内、精神保健指定医数 名)
2. 内科医 名
3. 神経内科医 名
4. 脳神経外科医 名
5. その他 名

3. 貴院の許可病床数及び、主診断が認知症で入院した患者数をご記入下さい。

	許可病床数	入院している認知症の人数
1 精神科床	床	名
2 一般病床(一般病棟入院基本料)	床	名
3 一般病床(一般病棟入院基本料以外)	床	名
4 療養病床(医療型・介護保険型)	1. 医療型	1. 医療型
	床	2. 介護型
5 その他 (<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 感染症)	床	名
	床	名
病院全体	0	0

日本精神科病院協会 認知症患者の退院・転帰に関する調査

個別調査票		No.1
会員番号	病院名	
回答者名	職種	
ご連絡先	TEL:	FAX:
	Email:	

1.本症例の基本的事項についてお尋ねします。
該当するものに☑および必要事項を記入してください。各選択肢は右を御参照下さい。

1) 年齢	満	歳
2) 性別		
3) 入院日数		日

4) 入院時の病棟で算定されていた入院料の類型をご記載下さい。

- 1.精神科救急入院料1
- 2.精神科救急入院料2
- 3.精神科急性期治療病棟入院料1
- 4.精神科急性期治療病棟入院料2
- 5.精神療養病棟入院料
- 6.認知症治療病棟入院料1
- 7.認知症治療病棟入院料2
- 8.地域移行機能強化病棟入院料
- 9.精神病棟入院基本料(特別入院基本料含む)
- 10.老人性認知症疾患療養病棟(介護保険)
- 11.その他 ()

- 5) 診断名
- 6) 入院時、認知症と診断されてから約何年が経過していましたか。 年

7) 身体合併症病名 (主要なもの、複数記載可)

2.入院時の状況についてお尋ねします。

1) 入院時に実施している認知機能検査の点数等をご記載下さい。

1.HDS-R	点	<input type="checkbox"/> 施行不可
2.MMSE	点	<input type="checkbox"/> 施行不可
3.CDR	CDR	
4.FAST	stage	
5.その他	点	(検査名:)

4.対象患者の入院期間についてお答え下さい(①,②,④については死亡退院は対象外となります)

名
名
名

- ① 平成29年4月1日～9月30日に認知症で入院した患者数A
- ② ①の内、調査日(平成30年11月1日(木))時点で既に退院した患者数
- ③ ②の内、退院後3ヶ月以内に再入院した患者数
- ④ ①で入院した患者全員(A)について、個々の入院期間に当てはまる人数をご記入下さい。

※裏人数をご記入下さい。

基準月	平成29年4月1日～9月30日に入院した患者数A	左記人数の内、3ヶ月以内に再入院した患者数	名	名	名
入院期間	0～30日	名	名	名	名
	31～60日	名	名	名	名
	61～90日	名	名	名	名
	91～120日	名	名	名	名
	121～150日	名	名	名	名
	151～180日	名	名	名	名
	181～210日	名	名	名	名
	211～240日	名	名	名	名
	241～270日	名	名	名	名
	271～300日	名	名	名	名
301～330日	名	名	名	名	
331～365日	名	名	名	名	
366～	日	名	名	名	名
	合計	0	名	0	名

5.貴施設の取り組みについてお尋ねします。

※固有名称を伏せるなど、個人情報に配慮した形で御回答下さい。

- 1) 認知症のある患者について早期退所に向けた取り組みがある場合、ご記載下さい。
例)認知症に関するクリニックバスを利用している等

--

- 2) 1) でご紹介頂いた取り組みで、実際に早期退所につながった要因があればご記載下さい。
例)介護認定の取得、訪問看護、訪問診療等、地域の社会資源を活用できるように院内の治療チームと共同で話し合いを重ね、早期の退院が可能となった。

--

施設調査票 の設問は以上となります。ご協力頂きましてありがとうございました。

5) 退院時に要介護認定を受けていますか。

- 1.はい 2.いいえ

「1.はい」の場合、該当する要介護度を選択してください。

6) 貴院からの退院理由としてあてはまるものに☐をして下さい。(複数選択可)

- 1.中核症状の進行に対する対処法の修得
 2.BPSD/症状の軽快
 3.拒食の改善傾向
 4.拒薬の改善傾向
 5.身体合併症の軽快
 6.薬剤調整の終了
 7.介護者・施設の事情への対応
 8.その他 ()

7) 退院先を選択して下さい。

- 1.自宅 2.アパート・借家 3.グループホーム
 4.病院 → a.精神科 b.精神科以外 5.介護老人福祉施設(特養)
 6.介護老人保健施設(老健) 7.養護老人ホーム 8.有料老人ホーム
 9.サービス付高齢者住宅 10.その他 ()

8) 退院後に3ヶ月以内の再入院はありましたか。

- 1.はい 2.いいえ
・「1.はい」の場合、その理由と予後をご記載下さい。

理由

予後

9) 退院後の貴院の利用状況に☐をして下さい。(複数選択可)

- 1.重度認知症患者デイ・ケア
 2.精神科デイ・ケア
 3.精神科訪問看護
 4.その他の医療保険サービス ()
 5.介護保険サービス ()
 6.外来受診
 7.特に利用はない

の設問は以上となります。ご協力頂きましてありがとうございました。

日本精神科病院協会 認知症患者の退所・転帰に関する調査

介護保険施設用

ご記入・ご返送にあたってのお願い

1. 調査票について

(1) 「基本情報」を以下にご記入下さい。

会員番号	病院名
施設名	施設種別
回答者氏名	職種
ご連絡先 TEL: FAX:	TEL: FAX:
Email:	Email:

(2) 「施設調査票」 部
※平成30年11月1日現在の状況についてお答え下さい。

(3) 「個別調査票」

※対象は認知症のある方で平成29年4月1日(土)から9月30日(土)までに入所し、調査日(平成30年11月1日(木))時点で既に退所された利用者となります。
※対象者が5名以上の場合、退所された順に5例までご記載下さい。
※対象者が5名未満の場合は該当するケースのみで結構です。
※死亡による退所については、対象外となります。

- 該当者あり ⇒
 該当者なし

2. 送付方法及び締切について

- (1) 締切：平成30年11月30日（金）
(2) 送付方法：上記期日までにメールにてエクセルを添付してご送信下さい。
「循環型の仕組みにむけた円滑な退院・退所や在宅復帰支援の推進に関する調査研究事業」事務局
Mail: chousa_k@nisseikyo.or.jp
(3) 記入要領
・色のついているセルへの記入、又は選択肢リストより該当するものをお選び下さい。
・調査票の一部（年齢や点数等）は自動計算となっております。

3. その他

該当者がいない場合にも「基本情報」「施設調査票」のご返送をお願いします。

日本精神科病院協会 認知症患者の退所・転帰に関する調査

施設調査票	
会員番号	病院名
施設名	施設種別
回答者名	職種
ご連絡先 TEL: FAX:	TEL: FAX:
Email:	Email:

【諸注意】
※平成30年11月1日現在の状況について、お答え下さい。

についてお尋ねします。

1. 貴施設の定員数

2. 認知症のある方についてお尋ねします。

貴施設における平成29年4月1日(土)から平成29年9月30日(土)の間の入所者数、その内、調査日(平成30年11月1日(木))時点で既に退所された方の数、および、再入所された方の数を表人数でご記載下さい。

入所者数	名
退所者数	名
再入所者数	名

3. 貴施設の取り組みについてお尋ねします。

※固有名称を伏せるなど、個人情報に配慮した形で御回答下さい。

1) 認知症のある患者について早期退所に向けた取り組みがある場合、ご記載下さい。

2) 1)でご紹介頂いた取り組みで実際に早期退所につながった要因があればご記載下さい。

施設調査票

の設問は以上となります。ご協力頂きましてありがとうございます。

資料編

(2) 認知症クリニカルパス等

- 日本精神科病院協会版
- ① 三陸病院
- ② 宮古山口病院
- ③ 長谷川病院
- ④ のぞみの丘ホスピタル
- ⑤ 桶狭間病院藤田こころケアセンター
- ⑥ 七宝病院
- ⑦ 熊野病院
- ⑧ 姫路北病院
- ⑨ 光の丘病院
- ⑩ ゆうあいホスピタル
- ⑪ 乙金病院
- ⑫ 有働病院
- ⑬ くまもと心療病院
- ⑭ 荒尾こころの郷病院
- ⑮ 奄美病院
- ⑯ もとぶ記念病院

認知症クリニカルパス

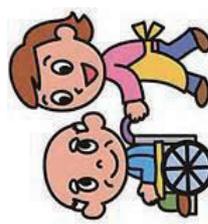
患者氏名	様 (男・女)	(M・T・S) 年 月 日生 (歳)	診断名	
			身体疾患	
			既往歴	

目標	・認知症の病状が安定し、早期に(□在宅・□施設)復帰を目指す ・合併症を予防し、日常生活機能回復及び維持を図る	退院基準	・精査完了 ・BPSDの改善 ・環境調整完了 ・その他
		転院基準	・身体疾患の専門的治療を必要とする場合は、転院していただき治療を継続します。

経過	入院時	入院2週間	入院1か月	入院2か月	入院3ヶ月(退院)
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
達成目標	・どのような状態になったら退院となるか確認(説明・了解)	・今後の方向性を見出し、退院後の行き先を見当づける	・退院後の行き先を見当づける	・方向修正のある場合、再度面談し退院後の行き先を見当づける	
医師	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 入院時の説明 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> 指示書(薬・検査・食事等)	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<input type="checkbox"/> 精神症状評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療評価 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 <input type="checkbox"/> 退院処方
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> 関係機関との連携	<input type="checkbox"/> カンファレンス日程調整	<input type="checkbox"/> 退院先の調整	<input type="checkbox"/> 退院先の調整	<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整
看護介護	<input type="checkbox"/> アナムネ聴取 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 内服薬確認(処方薬・持参薬)と準備 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 看護計画立案 <input type="checkbox"/> 指示内容確認	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 家族指導	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 家族指導	<input type="checkbox"/> 退院サマリー <input type="checkbox"/> 退院時処方箋の確認と準備 <input type="checkbox"/> 退院時指導
心理技術者	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 心理検査
作業療法士 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 情報収集・観察 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 作業療法評価 □目標設定・計画立案 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 作業療法評価 □目標設定・計画立案 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 作業療法最終評価
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック	<input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 栄養計画評価
薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー、副作用の確認 <input type="checkbox"/> 持参薬確認 □薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 退院時・持ち込み薬返却 <input type="checkbox"/> 服薬指導・担当医報告
アウトカム	【検査】	【検査】	【検査】	【検査】	【検査】
バリアンス		<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) □脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) □脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) □脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) □脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)
医師署名					
家族署名	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)
院外の多職種との退院支援					

患者さん・家族用
様(男・女) (M・T・S)

認知症入院クリニックパス

患者氏名	平成 年 月 日	入院時	入院を要する症状(状態)改善期	主治医	担当Ns
		入院時	入院を要する症状(状態)改善期	主治医	担当Ns
		入院時	入院を要する症状(状態)改善期	主治医	担当Ns
診療		<p>【医師】</p> <ul style="list-style-type: none"> □医師が診察して病状と治療方針及び入院形態について説明します。 □レントゲン検査・心電図・血液検査等を行い、異常の早期発見に努めていきます。 ○介護申請されていない場合はお早目にお住まいの市町村窓口で申請手続きを行って下さい。詳しくは精神保健福祉士にお尋ね下さい。 	<ul style="list-style-type: none"> □主治医は、定期的に診察を行い、患者さんの状態を診ながら、薬物療法等の治療を行います。 □治療の目的で外出・外泊を計画します。 ○入院での環境変化は患者様の不安に繋がります。可能な範囲で面会をお願いします。 <p>面会時間 9:00～16:00</p> <ul style="list-style-type: none"> ○施設申し込み、介護保険の申し込み状況を随時ケースワーカーにお知らせ下さい。 ○面談日には病院にお越し下さい。 ○生活リズム、食事、排泄、など日常生活を整え、症状の緩和に努めます。環境調整ながらケアを工夫します。 ○病気や介護の方法について説明します。日程につきましては、後日調整致します。 	<p>退院時</p> <ul style="list-style-type: none"> ○退院療養計画書をお渡しします。 ○退院時のお薬をお渡しします。 ○次回外来受診日をお知らせします。 ○転院時は、紹介状をお渡しします。 	 
ご家族		<ul style="list-style-type: none"> ○病棟オリエンテーションを行います。 ○患者さんの入院前の生活状況を伺います。 			
病院で行うこと		<ul style="list-style-type: none"> ○保護者及び介護度を確認します。 ○患者さんの入院前の生活状況をお伺いします。 ○介護保険の状況について確認させて頂きます。患者さん・ご家族・医師・看護師・医療相談員で入院生活についてや今後の方向性に関しまして、お話し合いを行います。 	<ul style="list-style-type: none"> ○患者さん・ご家族・担当ケアマネ・施設関係者・看護師・精神保健福祉士で退院に向けての話し合いを行います。 		 
相談・援助					

※状況に応じて、予定が変更になる場合がありますので、ご不明な点がありましたら病棟スタッフにお尋ね下さい。

認知症入院クリニックパス

主治医:

担当Ns:

患者氏名:	歳	住所:	合併症:	後見人氏名:
	様(男・女)	□自宅 □GH □施設 □その他		
(M・T・S)	年 月 日 生	□訪問介護 □短期入所生活介護 □その他	□老齢 □遺族 □障害 □その他()	後見人連絡先:
入院前利用サービス:	□認知症の病状が安定し、早期に(□在宅 □施設)復帰を目指す	要介護度:(入院前・要) → 退院時:要) □申請中 □区分変更中 (申請日 年 月 日)	主介護者氏名:	ケアマネージャー(入院時):
目標	・認知症の病状が安定し、早期に(□在宅 □施設)復帰を目指す ・合併症を予防し日常生活機能回復及び維持を図る	退院基準 転院基準	主介護者住所:	

平成 年 月 日	入院時	入院を要する症状(状態)改善期	退院準備期	退院時
経過	年 月 日	~	~	年 月 日
目標	・どのような状態になったら退院となるか確認(説明・了解)	・今後の方向性を見出し、退院後の行き先を検討づける	・方向修正のある場合、再度面談し退院後の行き先を検討づける	
治療	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 家族へ入院目的確認 <input type="checkbox"/> 入院同意書 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書 <input type="checkbox"/> 指示(血液・画像・心理・薬・食事)確認 <input type="checkbox"/> 他受診状況確認 □生活機能回復訓練指示 <input type="checkbox"/> ツ反(判定日 / 時 分 部位:)	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 薬物療法 □精神療法 <input type="checkbox"/> 検査データ確認 身体合併症検査・治療	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 薬物療法 □精神療法 <input type="checkbox"/> 検査データ確認 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 退院日程決定[/ () 時] <input type="checkbox"/> 家族との面談	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 □退院処方(日分) <input type="checkbox"/> 訪問看護指示書[初回訪問 / ()] <input type="checkbox"/> 次回外来受診日[/ () AM・PM]
看護介護	<input type="checkbox"/> アナムネ聴取 □入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 褥瘡、転倒・転落、栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 予防接種の有・無確認 <input type="checkbox"/> 初期計画立案(#1 転倒・#2 褥瘡) <input type="checkbox"/> ご家族より計画へサインを頂く(1週間以内) <input type="checkbox"/> 重要事項説明書へサインを頂く <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練計画書の作成(時間決定)	<input type="checkbox"/> 精神症状身体状況の把握 計画評価修正 <input type="checkbox"/> 家族より看護計画へサインを頂く <input type="checkbox"/> 褥瘡、転倒・転落、栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 服薬管理 □入院サマリー作成 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可)	<input type="checkbox"/> 精神症状身体状況の把握 計画評価修正 <input type="checkbox"/> 家族より看護計画へサインを頂く <input type="checkbox"/> 褥瘡、転倒・転落、栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 服薬管理	<input type="checkbox"/> 看護計画最終評価 <input type="checkbox"/> 退院サマリー <input type="checkbox"/> 退院時処方箋の確認と準備
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 家族支援 <input type="checkbox"/> 受け持ち挨拶(1週間以内) <input type="checkbox"/> 次回面接日の調整	<input type="checkbox"/> 家族との情報交換 <input type="checkbox"/> 認知症の病氣理解と状況説明 <input type="checkbox"/> 次回面接日の調整	<input type="checkbox"/> 家族との情報交換 □家族の思い <input type="checkbox"/> 日常生活の接し方・ケアの仕方の説明 <input type="checkbox"/> 外出・外泊指導	<input type="checkbox"/> 退院後支援者への指導
作業療法	<input type="checkbox"/> 入院時面接(家族状況、経済状況、生活歴 治療歴の確認)本人・家族の今後の希望 <input type="checkbox"/> 介護サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 退院先の確認	<input type="checkbox"/> ご本人・ご家族の退院後の意向 <input type="checkbox"/> 退院先の見通し <input type="checkbox"/> 施設申し込み、在宅サービス状況の確認 <input type="checkbox"/> 社会資源についての説明 <input type="checkbox"/> ケアカンファレンス開催	<input type="checkbox"/> 退院ケア会議の設定 <input type="checkbox"/> 関係機関への連絡・調整 <input type="checkbox"/> 退院在宅→ケア会議開催・退院ケアプラン確認 施設→施設面接設定・情報共有	<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 生活機能訓練 □集団レクリエーション <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 栄養状態チェック <input type="checkbox"/> 栄養管理計画書作成	<input type="checkbox"/> 生活機能訓練 □集団レクリエーション <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 生活機能訓練 □集団レクリエーション <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 栄養計画書評価 <input type="checkbox"/> 服薬指導
薬剤師	<input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	
アウトカム	N-ADL(点) NMスケール(点)			N-ADL(点) NMスケール(点)
バリ		<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) □脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) □脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) □脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)

患者情報		平成31年02月06日 現在	
患者番号	9999990012	かな氏名	いちびょうとう じゅんいち 一病棟 純一
生年月日(年齢)	昭和54年10月10日 (39 歳)	性別	男
病棟・病室	[仮]1病棟 仮病室	主治医	★ドクター

認知症パス (2019/02/05 ~)					
ステージ	認知症パス				
	入院当日～7日目 (2/5～2/11)	2週目(2/12～2/18)	～4週目(2/19～3/4)	～8週目(3/5～4/1)	退院時(4/2)
治療	入院診療計画書	薬物療法	薬物療法	薬物療法	退院療養計画書
	入院形態の説明・同意書	精神療法	精神療法	精神療法	退院時処方
	生活機能回復訓練処方箋	不眠・不穏時の指示	不眠・不穏時の指示	不眠・不穏時の指示	診療情報提供書
	検査指示				外来受診日
	薬物療法				
	精神療法				
	不眠・不穏時の指示				
看護ケア	入院時オリエンテーション	看護計画実施	看護計画実施	合同カンファレンス 患者・家族・Dr・Ns・OT・PT・PSW・介護支援専門員	日常生活・服薬などについて説明
	看護計画の実施・評価 生活機能回復訓練・生活リハビリ・日常生活	看護計画評価	看護計画評価	看護計画実施	退院時看護サマリーの記載
	転倒・転落及び褥瘡・拘縮・疼痛・皮膚疾患アセスメント	介護教室		看護計画評価	
	合同カンファレンス 患者・家族・Dr・Ns・OT・PT・PS			介護教室	

	W・介護支援専門員				
検査					
リハビリ	生活機能回復訓練計画立案導入	生活機能回復訓練	生活機能回復訓練	生活機能回復訓練	訓練記録及び評価を整理
	リハビリテーション実施計画書	リハビリテーションの実施	リハビリテーションの実施	リハビリテーションの実施	
	認知症リハビリテーション計画立案導入	認知症リハビリテーション実施	中間評価	最終評価	
	初回評価				
相談援助	家族及び連絡先確認	各種手続きの相談	各種手続きの相談	各種手続きの相談	相談記録を整理
	家族会の説明	社会資源の紹介や利用の援助	社会資源の紹介や利用の援助	社会資源の紹介や利用の援助	
	入院前の生活状況確認	関係機関との連絡調整	関係機関との連絡調整	関係機関との連絡調整	
	施設申し込み		カンファレンスの日程調整	退院前訪問	
	介護保険申請・更新				

認知症クリパス調査表

患者様 氏名 _____

※ 上段、下段いずれかに記入願います。

① 認知症クリパスを、

入院時に不適応と判断した場合に記入して下さい。

理 由

記入日

平成 年 月 日

主治医サイン _____

② 実施されていた、認知症クリパスが

途中で適応から外れた場合に記入して下さい。

理 由

パスから外れた日

平成 年 月 日

主治医サイン _____

認知症クリパス委員会 2015/11/10

患者様お名前: _____ 主治医: _____ 受け持ち看護師: _____

	入院～1週間	1週間～1ヶ月	1ヶ月～3ヶ月(退院)	退院時
入院患者様	<p>医師の間診があります。</p> <p>入院時検査 作業療法 理学療法</p>	<p>治療 検査 作業療法 理学療法 外出・外泊</p>	<p>治療 検査 作業療法 理学療法</p>	
ご家族	<p>相談員が入院手続き等についてご説明いたします。</p> <p>医師、看護師が患者様の状態についてお聞きします。</p> <p>看護師が入院時オリエンテーションを行います。</p> <p>入院患者様を支える、ご家族へのサポート (ご家族が安心できるようにお話を伺ったりして、サポートさせていただきます)</p>	<p style="text-align: center;">面談</p> <p>入院から3カ月以内の退院を目指します。 その為に、患者様の状態と、退院後について、相談員、医師、看護師等がご家族と話し合いを行います。</p>	<p>退院の準備を進めます。 (ご家族への在宅指導／退院先への見学・決定など)</p>	<p>退院の手続きをします。 お薬をお渡しします。 次回の受診日を確認します。 在宅介護などについて、不安なことはないか再確認します。</p>

説明日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明者: _____

ご本人・家族様サイン: _____

	入院～1週間(/ /)	～1ヶ月(/ /)	～3ヶ月(/ /)	退院時(/ /)
診察	<input type="checkbox"/> 診断() <input type="checkbox"/> 治療目標 ()	<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 治療目標 ()	<input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 治療目標 ()	<input type="checkbox"/> 最終診断 ()
	<input type="checkbox"/> 新患紹介(/ /) <退院の方向性> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 福祉(施設) <問題点・次回までの課題>	<input type="checkbox"/> ショートカンファレンス(/ /) <退院の方向性> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 福祉(施設) <問題点・次回までの課題>	<input type="checkbox"/> ショートカンファレンス(/ /) <退院の方向性> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 福祉(施設) <問題点・次回までの課題>	<input type="checkbox"/> 退院時カンファレンス(/ /) <退院先> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 福祉(施設)
アウトカム	精神症状 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ その他()	精神症状 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ その他()	精神症状 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ その他()	
薬局	問題行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> 攻撃 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 常同行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 その他()	問題行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> 攻撃 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 常同行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 その他()	問題行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> 攻撃 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 常同行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 その他()	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導(本人又は家族)
看護	<input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 相互作用確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理指導(本人又は家族) <input type="checkbox"/> アナムネーゼ聴取 <input type="checkbox"/> 「看護計画」「問題リスト」記入 <input type="checkbox"/> 転倒・転落アセスメント作成(理学療法士と連携) <input type="checkbox"/> 日常生活自立度作成(褥瘡危険因子評価) <input type="checkbox"/> 栄養科との連携 <input type="checkbox"/> 家族へ入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 必要書類(手続き書類・指示箋など)の確認 <input type="checkbox"/> 家族のサポート(在宅・福祉)	<input type="checkbox"/> 看護計画の評価修正 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 外出の計画と調整の有無	<input type="checkbox"/> 看護計画の評価修正 <input type="checkbox"/> 外泊の計画と調整の有無	<input type="checkbox"/> 薬剤管理指導(本人又は家族) <input type="checkbox"/> 在宅介護サービス確認 <input type="checkbox"/> 看護サマリー作成 <input type="checkbox"/> 退院時処方薬の確認 <input type="checkbox"/> 必要書類(手続き書類)の確認
PSW	<インタビュー> <input type="checkbox"/> 生活史 <input type="checkbox"/> 同意者の確認 <input type="checkbox"/> 家族構成の確認 <input type="checkbox"/> 退院先の確認 <input type="checkbox"/> 社会資源手続き状況の確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請状況の確認 <input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> 入院届けの管理(必要時) <input type="checkbox"/> 相談・援助(経済的問題援助、家族問題調整、在宅問題援助など)	<input type="checkbox"/> 退院支援(介護保健サービスや施設などの情報提供、家族や施設との連絡調整)		<input type="checkbox"/> 退院届けの管理(必要時)
作業療法	<input type="checkbox"/> プログラム実施 <input type="checkbox"/> 評価	<input type="checkbox"/> 再評価 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> 計画立案	<input type="checkbox"/> 再評価 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> 計画立案	<input type="checkbox"/> サマリー作成(必要時)
理学療法	<input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折リスクアセスメント <input type="checkbox"/> 心理検査 実施 <input type="checkbox"/> 心理検査 未実施	<input type="checkbox"/> 再評価 <input type="checkbox"/> プログラム実施 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折リスクアセスメント <input type="checkbox"/> 心理検査 実施 <input type="checkbox"/> 心理検査 未実施	<input type="checkbox"/> 再評価 <input type="checkbox"/> プログラム実施 <input type="checkbox"/> 転倒・骨折リスクアセスメント <input type="checkbox"/> 心理検査 実施 <input type="checkbox"/> 心理検査 未実施	<input type="checkbox"/> サマリー作成(必要時)
心理	<input type="checkbox"/> 心理検査 実施 <input type="checkbox"/> 心理検査 未実施	<input type="checkbox"/> 心理検査 実施 <input type="checkbox"/> 心理検査 未実施	<input type="checkbox"/> 心理検査 実施 <input type="checkbox"/> 心理検査 未実施	<input type="checkbox"/> サマリー作成(必要時)

クリニカルパス(認知症)

氏名	(男 女)	年齢	歳	病名	主治医	入院時(年 月 日)	入院1週間(年 月 日)	入院	年月日
達成目標				入院目的と改善後の方向性確認(主治医が実施する、主治医不在の場合は外来医が行う)				今後の方向性を見出し、退院後の行き先を見当づける	
医師				<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 血液、一般検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 画像検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 入院予約 <input type="checkbox"/> 家族への入院目的確認 <input type="checkbox"/> 改善後の方向性確認 <input type="checkbox"/> 急変時の方向性確認 <input type="checkbox"/> 内科的問題・他科治療状況確認 <input type="checkbox"/> 身長・体重測定(外来) <input type="checkbox"/> 血液検査、感染症検査実施 <input type="checkbox"/> 入院予約確認 <input type="checkbox"/> 指示内容確認	<input type="checkbox"/> 本人・家族に入院目的、パスの説明 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> 指示書(薬・検査・食事他) <input type="checkbox"/> 改善後の方向性確認 <input type="checkbox"/> 急変時の方向性確認 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練指示書記載 <input type="checkbox"/> 内科的問題・他科治療状況確認 <input type="checkbox"/> アナムネ聴取(全体像把握) <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション(入院生活の説明) <input type="checkbox"/> 持ち物チェック <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 内服薬確認(処方薬、持参薬)と準備 <input type="checkbox"/> 指示内容確認 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握(バイタル計測) <input type="checkbox"/> 褥創、転倒・転落、栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 面談日調整・確認 <input type="checkbox"/> 看護計画立案	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 行動制限検討 <input type="checkbox"/> 身体合併症経過確認 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出、初期計画見直し <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> OTとの連携			
作業療法士				<input type="checkbox"/> N-ADL(点)・NMスケール(点) <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練目標設定・計画立案	<input type="checkbox"/> N-ADL(点)・NMスケール(点) <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練目標設定・計画立案				
PSW				<input type="checkbox"/> 予診 <input type="checkbox"/> 保護者の確認 <input type="checkbox"/> 社会資源(介護サービスなど)利用状況確認 <input type="checkbox"/> 他科治療状況確認 <input type="checkbox"/> 家族への入院目的確認 <input type="checkbox"/> 入院施設への入院目的確認 <input type="checkbox"/> 入院に関する説明・インテーク作成・病棟案内 <input type="checkbox"/> 経済状況確認 <input type="checkbox"/> 入院予約	<input type="checkbox"/> 初診[入院予約時]から入院までの状況確認 <input type="checkbox"/> 次回他科受診日の確認(月 日) <input type="checkbox"/> 保護者・連帯保証人の確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請状況確認(介護保険証原本確認) <input type="checkbox"/> 退院先意向確認 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> 任意入院 ⇒ 任意入院同意書 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 ⇒ 医療保護入院届(33-1 33-2) ・保護者選任申請[33-2)	<input type="checkbox"/> 退院先意向確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請状況確認 <input type="checkbox"/> 施設申し込み状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅サービス確認			
アウトカム				「検査」HDS-R(点) □FAST(レベル:) 「精神症状」 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 「行動障害」 徘徊 収集 攻撃 暴言 大声 異食 盗食 不潔行為 性的逸脱行為 ()	「検査」HDS-R(点) □FAST(レベル:) 「精神症状」 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 「行動障害」 徘徊 収集 攻撃 暴言 大声 異食 盗食 不潔行為 性的逸脱行為 ()	「精神症状」 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 「行動障害」 徘徊 収集 攻撃 暴言 大声 異食 盗食 不潔行為 性的逸脱行為 ()			
バリエーション				パス継続 治療を追加してパス継続 中断	パス継続 治療を追加してパス継続 中断	パス継続 治療を追加してパス継続 中断		パス継続 治療を追加してパス継続 中断	

クリニカルパス(認知症)

	入院1か月(年 月 日)	入院2か月(年 月 日)	入院3か月(年 月 日)
達成目標	今後の方向性を見出し、退院後の行き先を見当づける	退院時期、退院後の行き先を決定する	退院
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症経過確認 <input type="checkbox"/> 行動制限再検討 <input type="checkbox"/> 家族との面談 (治療経過報告、アウトカムの状況、退院後の方針決定)	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症経過確認 <input type="checkbox"/> 家族との面談 (治療経過報告、アウトカムの状況、退院時期の決定)	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症評価 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(他施設用) <input type="checkbox"/> 退院処方 <input type="checkbox"/> 次回外来の確認 <input type="checkbox"/> 看護計画最終評価 <input type="checkbox"/> FIM評価(点) <input type="checkbox"/> 退・転院院サマリー <input type="checkbox"/> 退院時処方箋の確認と準備 <input type="checkbox"/> 退院時家族指導
看護・介護	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出、計画立案 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 方向性確認(退院後の) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 看護情報提供書作成(他施設用看護サマリー)	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 看護情報提供書作成(他施設用看護サマリー)	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練最終評価 <input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点) <input type="checkbox"/> 退院先確認 <input type="checkbox"/> 介護保険認定状況確認 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> 医療保険入院の場合 ⇒ 医療保護退院届 △在宅の場合 ⇒ 退院時合同カンファレンス ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認 (在宅診療医師・Ns、家族、ケアマネ、訪問看護師、担当医、Ns、OT、他)
作業療法士	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・目標・計画見直し <input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点)	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・目標・計画見直し <input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点)	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練最終評価 <input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMスケール(点)
PSW	<input type="checkbox"/> 退院後の希望施設の申し込み状況確認・調整 <input type="checkbox"/> 介護保険認定状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅の場合 ・ケアマネジャー状況確認 ・社会資源調整、介護サービスなど ・介護者確認 ・在宅介護の環境整備確認	<input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 ・担当医師に書類依頼(診療情報提供書) ・担当看護師にサマリー依頼 <input type="checkbox"/> 介護保険認定状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅の場合 ・社会資源調整介護サービス等 ・介護者確認 ・在宅介護の環境整備確認	<input type="checkbox"/> 退院先確認 <input type="checkbox"/> 介護保険認定状況確認 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> 医療保護入院の場合 ⇒ 医療保護退院届 △在宅の場合 ⇒ 退院時合同カンファレンス ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認 (在宅診療医師・Ns、家族、ケアマネ、訪問看護師、担当医、Ns、OT、他)
アウトカム	「検査」 <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) 「精神症状」 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 「行動障害」 徘徊 収集 攻撃 暴言 大声 異食 盗食 不潔行為 性的逸脱行為 ()	「検査」 <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) 「精神症状」 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 「行動障害」 徘徊 収集 攻撃 暴言 大声 異食 盗食 不潔行為 性的逸脱行為 ()	「検査」 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) 「精神症状」 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 「行動障害」 徘徊 収集 攻撃 暴言 大声 異食 盗食 不潔行為 性的逸脱行為 ()
バリアンス	パス継続 治療を追加してパス継続 中断	パス継続 治療を追加してパス継続 中断	パス継続 治療を追加してパス継続 中断

クリニカルパス(認知症)

氏名 (男 女) 年齢 歳 病名 () 主治医() 入院 年 月 日 入院 11か月() 年 月 日

氏名	入院 6か月() 年 月 日	入院 9か月() 年 月 日	入院 11か月() 年 月 日
達成目標	退院時期、退院後の行き先を決定する	退院時期、退院後の行き先を決定する	退院時期、退院後の行き先を決定する
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 行動制限再検討 <input type="checkbox"/> 身体合併症評価 <input type="checkbox"/> 家族との面談 (治療経過報告、アウトカムの状況、退院時期の決定) <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリー	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 行動制限再検討 <input type="checkbox"/> 身体合併症評価 <input type="checkbox"/> 家族との面談 (治療経過報告、アウトカムの状況、退院時期の決定) <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリー	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 行動制限再検討 <input type="checkbox"/> 身体合併症評価 <input type="checkbox"/> 家族との面談 (治療経過報告、アウトカムの状況、退院時期の決定) <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリー
看護・介護	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリー	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリー	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリー
作業療法士	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・目標・計画見直し <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 計画立案・目標設定 <input type="checkbox"/> N-ADL NMスケール <input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 ・担当医師に書類依頼(診療情報提供書) ・担当看護師にサマリー依頼	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・目標・計画見直し <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 計画立案・目標設定 <input type="checkbox"/> N-ADL NMスケール <input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・目標・計画見直し <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 計画立案・目標設定 <input type="checkbox"/> N-ADL NMスケール <input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認
PSW	<input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス ・日程調整() 月 日) ・参加者調整確認(家族、ケアマネ他) <input type="checkbox"/> 家族面談(医師の面談日に同席する)	<input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス ・日程調整() 月 日) ・参加者調整確認(家族、ケアマネ他) <input type="checkbox"/> 家族面談(医師の面談日に同席する)	<input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス ・日程調整() 月 日) ・参加者調整確認(家族、ケアマネ他) <input type="checkbox"/> 家族面談(医師の面談日に同席する)
アウトカム	「検査」 「検査」□HDS-R() 点) □FAST(レベル:) 「精神症状」 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 「行動障害」 徘徊 収集 攻撃 暴言 大声 異食 盗食 不潔行為 性的逸脱行為 () (高次機能障害) 失語 失認 失行 パス継続 治療を追加してパス継続 中断	「検査」 「検査」□HDS-R() 点) □FAST(レベル:) 「精神症状」 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 「行動障害」 徘徊 収集 攻撃 暴言 大声 異食 盗食 不潔行為 性的逸脱行為 () (高次機能障害) 失語 失認 失行 パス継続 治療を追加してパス継続 中断	「検査」 「検査」□HDS-R() 点) □FAST(レベル:) 「精神症状」 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 「行動障害」 徘徊 収集 攻撃 暴言 大声 異食 盗食 不潔行為 性的逸脱行為 () (高次機能障害) 失語 失認 失行 パス継続 治療を追加してパス継続 中断
バリアンス	パス継続 治療を追加してパス継続 中断	パス継続 治療を追加してパス継続 中断	パス継続 治療を追加してパス継続 中断

クリニカルパス(認知症)

氏名 (男) 年齢 歳 病名 () 主治医() 入院 9 月 日 入院 11 月 日

達成目標	入院 6 月 日	入院 11 月 日
医師	退院時期、退院後の行き先を決定する <input type="checkbox"/> 精神療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 行動制限再検討 <input type="checkbox"/> 身体合併症評価 <input type="checkbox"/> 家族との面談 (治療経過報告、アウトカムの状況、退院時期の決定) <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリ―	退院時期、退院後の行き先を決定する <input type="checkbox"/> 精神療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 行動制限再検討 <input type="checkbox"/> 身体合併症評価 <input type="checkbox"/> 家族との面談 (治療経過報告、アウトカムの状況、退院時期の決定) <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリ―
看護・介護	生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリ―	生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 中間サマリ―
作業療法士	生活機能回復訓練評価・目標・計画見直し <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 計画立案・目標設定 <input type="checkbox"/> N-ADL NMSスケール <input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 ・担当医師に書類依頼(診療情報提供書) ・担当看護師にサマリ―依頼	生活機能回復訓練評価・目標・計画見直し <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 計画立案・目標設定 <input type="checkbox"/> N-ADL NMSスケール <input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 ・担当医師に書類依頼(診療情報提供書) ・担当看護師にサマリ―依頼
PSW	地域連携ケアカンファレンス ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認(家族、ケアマネ他) 家族面談(医師の面談日に同席する)	地域連携ケアカンファレンス ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認(家族、ケアマネ他) 家族面談(医師の面談日に同席する)
アウトカム	「検査」 「検査」□HDS-R(点) □FAST(レベル:) 「精神症状」 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 「行動障害」 徘徊 収集 攻撃 暴言 大声 異食 盗食 不潔行為 性的逸脱行為 () (高次機能障害) 失語 失認 失行 パス継続 治療を追加してパス継続 中断 医師サイン() 家族サイン()	「検査」 「検査」□HDS-R(点) □FAST(レベル:) 「精神症状」 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 「行動障害」 徘徊 収集 攻撃 暴言 大声 異食 盗食 不潔行為 性的逸脱行為 () (高次機能障害) 失語 失認 失行 パス継続 治療を追加してパス継続 中断 医師サイン() 家族サイン()

*入院3か月目のクリパ(面談)が終了したら、以降は3か月毎のクリパ(面談)になります。日ごちは面談日を記入してください。

面談前の週に①このチェック用紙(看護・介護)記入 ②カルテへクリパ評価の看護記録(チェックシートに沿って) ③経過報告書 を記入してください。

クリニカルパス(認知症)

	入院 年月日 () 退院
達成目標	
医師	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症評価 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(他施設用) <input type="checkbox"/> 退院処方 <input type="checkbox"/> 次回外来の確認 <input type="checkbox"/> 看護計画最終評価 <input type="checkbox"/> FIM評価(点) <input type="checkbox"/> 退・転院院サマリー <input type="checkbox"/> 退院時処方箋の確認と準備 <input type="checkbox"/> 退院時家族指導
看護・介護	
作業療法士	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練最終評価 <input type="checkbox"/> N-ADL (点) <input type="checkbox"/> NMSケール(点) <input type="checkbox"/> 退院先確認 <input type="checkbox"/> 介護保険認定状況確認 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> 医療保護入院の場合 ⇒ 医療保護退院届 <input type="checkbox"/> △在宅の場合 ⇒ 退院時合同カンファレンス ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認 (在宅診療医師・Ns、家族、ケアマネ、 訪問看護師、担当医、Ns、OT、他)
PSW	
アウトカム	「検査」 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) 「精神症状」 幻覚 妄想 せん妄 希死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ () 「行動障害」 徘徊 収集 攻撃 暴言 大声 異食 盗食 不潔行為 性的逸脱行為 ()
バリアンス	パス継続 治療を追加してパス継続 中断

認知症急性期入院パス

	入院時	入院1週間	入院2週間	入院1か月	入院2か月	退院
達成目標	どのような状態になったら退院となるか確認	今後の方向性を見いだし、退院後の行き先を見当てる	今後の方向性を見いだし、退院後の行き先を見当てる	退院後の行き先を見当てる	方向修正のある場合、再度面談し退院後の行き先を見当てる	
医師	診察・診断 入院時の説明 入院診療計画書作成 指示書(薬・検査・食事 等)	精神症状の評価 BPSD(有・無) 薬物療法の評価 身体合併症検査・治療	精神症状の評価 BPSD(有・無) 薬物療法の評価 身体合併症検査・治療 家族との面談、カンファレンス参加	精神症状の評価 BPSD(有・無) 薬物療法の評価 身体合併症検査・治療 家族との面談、カンファレンス参加	精神症状の評価 BPSD(有・無) 薬物療法の評価 身体合併症検査・治療 家族との面談、カンファレンス参加	精神症状の評価 薬物療法の評価 身体合併症治療評価 退院療養計画書 退院処方
看護師	アナムネ聴取(全体像把握)	精神症状・身体状況把握(入院中)	精神症状・身体状況把握(入院中)	精神症状・身体状況把握(入院中)	精神症状・身体状況把握(入院中)	看護計画最終評価(退院時)
	入院時オリエンテーション	新たな問題の抽出	新たな問題の抽出	新たな問題の抽出	新たな問題の抽出	退院サマリー
	持ち物チェック	検査データ把握	検査データ把握	検査データ把握	検査データ把握	退院処方の確認と準備
	持参薬確認	服薬による現状評価	服薬による現状再評価	服薬による現状再評価	服薬による現状再評価	
	内服薬確認と準備	看護計画見直し	看護計画見直し	看護計画見直し・方向性確認	看護計画見直し・方向性確認	
	精神症状・身体状況把握(入院時)	転倒・転落アセスメント	転倒・転落アセスメント	転倒・転落アセスメント		
	褥瘡、転倒・転落、栄養アセスメント					
	看護初期計画立案					
	指示内容確認					
	【検査】	【検査】	【検査】	【検査】	【検査】	
アウトカム	HDS-R NPI ADL評価	NPI ADL評価	NPI ADL評価	HDS-R NPI ADL評価	NPI ADL評価	
	入院までの状況確認	退院先確認	退院先の再確認	希望施設先の状況確認	希望施設先の状況確認	家族への書類確認
PSW	他科受診日、付き添いの確認	介護保険申請状況再確認	施設申し込み状況再確認	在宅の場合(ケアマネ状況確認)	在宅の場合(ケアマネ状況確認)	関係機関との連絡調整
	介護保険申請状況確認	施設申し込み状況確認	在宅サービス確認	地域連携ケアカンファレンス(日時、参加者)	地域連携ケアカンファレンス(日時、参加者)	
	経済状況確認	在宅サービス確認	家族面談日の調整(日時、参加者)	家族面談日の調整(日時、参加者)	家族面談日の調整(日時、参加者)	
	関係機関との連携		カンファレンス日程調整(日時、参加者)			
作業療法士	生活機能回復訓練週間個別計画書作成	作業療法評価	作業療法評価、目標設定・計画立案	作業療法評価、目標設定・計画立案	作業療法評価、目標設定・計画立案	作業療法最終評価
栄養士	栄養状態チェック	栄養計画書作成	現状把握	現状把握	現状把握	栄養計画評価
	入院時栄養スクリーニング			BMI、検査データ、食事摂取量チェック		

本人氏名： 様 入院日： 年 月 日

担当医： 担当看護師： 担当ソーシャルワーカー：

年/月/日	入院時	入院後1～2週目	入院後1ヶ月目	入院後2ヶ月目	入院後3ヶ月目（退院）
<p>目安の時期</p>	<p>担当医より入院の目的やこれからの治療の計画について説明を行います。病棟のオリエンテーションを行います。</p> 	<p>担当医は服薬の調整を行います。</p> <p>ご本人の状態や生活について把握し担当職員で共有します。初期のかかり見通しご本人の療養環境を整え症状を軽減します。</p>	<p>ご家族との面談を行います。</p> <p>月 日() : ~</p> <p>医師から治療経過や病状について説明します。今後の方針について、ご本人やご家族と共に相談していきます。</p> <p>生活リズム・食事・排泄・などの日常生活を整え、症状緩和に努めます。また、生活しやすいように環境調整しながらケアを工夫します。</p>	<p>退院先と退院の時期を決定するために、ご本人やご家族と面談を行います。</p> <p>月 日() : ~</p>  <p>退院後に利用する施設職員やケアマネージャーと面談をします。</p> <p>月 日() : ~</p>	<p>退院後の過ごし方について、ご本人やご家族と確認するための最終面談を行います。</p> <p>月 日() : ~</p> <p>[退院先]</p> <p>[退院日] 月 日() :</p> <p>病状や退院後に利用する施設の待機状態に応じて、当院の療養病棟へ転棟します。</p>
<p>退院までの流れ</p>	<p>ご本人 検査や健康チェックを行います。</p>		<p>病棟の活動にご参加ください。退院後の生活について、ご希望をうかがいます。外出・外泊について検討します。</p>		<p>退院後、転棟後の生活における留意点について確認します。</p> <p>退院後の生活を応援する人たちを確認します。</p>
<p>ご家族</p>	<p>入院前の生活や今後の希望について、病院職員からお尋ねします。</p> <p>介護認定などの情報について確認させていただきます。 *介護保険を申請していない場合 介護認定が出るまでに1カ月程度かかります。地域により約1カ月半～2カ月かかる場合もありますので、お早めにお住まい(住民票のある)の市区町村の窓口または福祉事務所などに申請手続きを行ってください(詳しくはソーシャルワーカーにお尋ねください)。</p> <p>初回面談の日程を決めます。</p>		<p>退院先の検討にあたり、ご本人・ご家族の希望をうかがいます。</p> <p>面談時介護や生活などについての質問や不安に思うことがあれば、お伝えください。</p>	<p>外泊などの取り組みを経て、退院先に変更があるか確認します。 [メモ]</p> <p>最終面談の日程を決めます。</p>	
<p>メモ 面談の際に確認しておきたいことなどをご記入ください</p>					

急性期認知症クリニカルパス

患者氏名

様

歳

入院形態()

医療者用

指示日(平成 / /)

指示医署名()

指示受け看護師署名()

受け持ち看護師署名()

日時	経 過	入院前	入院時	入院1~2週間	入院後1ヶ月	入院後2ヶ月	入院後3か月(退院)
患者目標		<input type="checkbox"/> 外来受診ができる	<input type="checkbox"/> 入院環境に適應できる	<input type="checkbox"/> BPSDに対する治療を受ける <input type="checkbox"/> 家族が不安や心配事を相談できる	<input type="checkbox"/> BPSDが軽減する <input type="checkbox"/> 地域にもどる準備ができる	<input type="checkbox"/> 不安なく退院ができる	<input type="checkbox"/> 自宅に退院 <input type="checkbox"/> 施設に退院 <input type="checkbox"/> 療養病棟への転棟
中間アウトカム		<input type="checkbox"/> 家族・施設職員が病棟環境・入院期間、諸手続きについて正確に理解する	<input type="checkbox"/> 患者・家族が病棟環境に慣れる	<input type="checkbox"/> BPSDの出現・増悪の要因が整理される <input type="checkbox"/> 家族が不安や心配事を相談できる	<input type="checkbox"/> 治療により、症状改善 <input type="checkbox"/> 家族の不安を具体化できる	<input type="checkbox"/> 安定した状態を維持・継続できる <input type="checkbox"/> 退院に準備を進める	<input type="checkbox"/> 他職種でアセスメントしたBPSDの要因について退院後の支援者が理解する
医師		<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 入院治療についての説明 <input type="checkbox"/> 家族へ入院目的確認 <input type="checkbox"/> 入院形態に関する説明 <input type="checkbox"/> 入院予約	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 入院時の説明・入院形態の確定 <input type="checkbox"/> 入院療養計画書作成 <input type="checkbox"/> 指示書(薬・食事・自由度・心理検査) <input type="checkbox"/> 服薬指導指示箋書記入 <input type="checkbox"/> 作業療法指示箋書記入	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指示箋 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療の評価 <input type="checkbox"/> 家族との面談 <input type="checkbox"/> 退院報告書 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書・退院計画書 <input type="checkbox"/> 退院処方 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 訪問看護指示箋 <input type="checkbox"/> 次回受診日(/)
精神保健福祉士		<input type="checkbox"/> 入院相談	<input type="checkbox"/> 健康保険区分確認 <input type="checkbox"/> 今後の治療への希望・治療後の方向性確認 <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 家族等の確認 <input type="checkbox"/> キーパーソンの確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請・介護度確認 <input type="checkbox"/> 経済状況・金銭管理の確認	<input type="checkbox"/> 関係機関との連携調整 <input type="checkbox"/> 患者家族との面接 <input type="checkbox"/> 家族への情報提供 <input type="checkbox"/> 社会復帰への環境調整	<input type="checkbox"/> カンファレンス日程調整 <input type="checkbox"/> 社会復帰への環境調整 <input type="checkbox"/> 退院先見通し <input type="checkbox"/> 本人家族との情報共有・提供	<input type="checkbox"/> 関係機関との連携調整 <input type="checkbox"/> 社会復帰への環境調整 <input type="checkbox"/> 退院先在宅→退院前訪問・ケア会議(/) <input type="checkbox"/> 退院先施設→施設面接設定 情報共有	<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> 退院後通院先確認
作業療法士			<input type="checkbox"/> 作業療法指示箋確認 <input type="checkbox"/> 情報収集 <input type="checkbox"/> 初期計画立案	<input type="checkbox"/> 初期計画立案	<input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・プログラム立案	<input type="checkbox"/> 作業療法評価	<input type="checkbox"/> 作業療法評価
臨床心理士		<input type="checkbox"/> 予診 <input type="checkbox"/> 心理検査 MMSE	<input type="checkbox"/> 情報収集・観察 <input type="checkbox"/> 心理的アプローチ	<input type="checkbox"/> 初期計画立案 <input type="checkbox"/> 心理的アプローチ	<input type="checkbox"/> 心理的アプローチ	<input type="checkbox"/> 心理検査 MMSE バウム検査等 <input type="checkbox"/> 心理的アプローチ	<input type="checkbox"/> ケア評価
管理栄養士			<input type="checkbox"/> 情報収集	<input type="checkbox"/> 栄養管理計画立案	<input type="checkbox"/> 現状把握 <input type="checkbox"/> 栄養指導(/)	<input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 栄養計画評価 <input type="checkbox"/> 栄養情報提供書
薬剤師		<input type="checkbox"/> 情報収集 <input type="checkbox"/> 内服薬確認	<input type="checkbox"/> 情報収集 <input type="checkbox"/> 持参薬確認	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 服薬指導
看護師	書類・ケア	<input type="checkbox"/> 入院予約確認 <input type="checkbox"/> 入院目的確認 <input type="checkbox"/> 入院手続き説明 <input type="checkbox"/> 他科治療状況確認 <input type="checkbox"/> 入院時の準備物の説明 <input type="checkbox"/> 入院カルテ作成 <input type="checkbox"/> 入院時書類の準備	<input type="checkbox"/> データベース(全体把握) <input type="checkbox"/> 入院療養計画書説明・同意 <input type="checkbox"/> 各種機能評価 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 指示内容確認 <input type="checkbox"/> 転倒・転落アセスメントスコアシート評価 <input type="checkbox"/> 看護計画初期計画立案 <input type="checkbox"/> 各種書類確認・提出 <input type="checkbox"/> 小遣い管理計画	<input type="checkbox"/> 初期計画評価・修正 <input type="checkbox"/> 栄養管理計画記入 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 転倒・転落リスク管理	<input type="checkbox"/> 看護計画評価修正 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 転倒・転落リスク管理	<input type="checkbox"/> 看護計画評価修正 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 転倒・転落リスク管理 <input type="checkbox"/> 退院前訪問 (入院日～6回まで可)	<input type="checkbox"/> 看護計画評価 <input type="checkbox"/> 退院・転院サマリー記入 <input type="checkbox"/> 各種機能評価・SST評価 <input type="checkbox"/> 退院準備 内服薬・屯用薬 カルテ整理・X-P整理 洗濯代・電話代請求・各種処置伝票提出 私物預かり(授受簿署名)・おやつ返却 タンスの鍵を返却確認 私物品処分時は、依頼書署名をもらう
	教育・指導		<input type="checkbox"/> 入院オリエンテーション <input type="checkbox"/> 入院時クリニカルパス説明 (患者・家族用) <input type="checkbox"/> スタッフ紹介	<input type="checkbox"/> 担当看護師挨拶 入院時1週間までに実施 <input type="checkbox"/> 家族との情報交換 <input type="checkbox"/> 家族の理解度の確認 <input type="checkbox"/> 家族指導 (生活状況・看護ケアの説明)	<input type="checkbox"/> 生活状況・看護ケアの説明 <input type="checkbox"/> 外出・外泊の指導 <input type="checkbox"/> 退院前訪問(/)	<input type="checkbox"/> 生活状況・看護ケアの説明 <input type="checkbox"/> 外出・外泊の指導 <input type="checkbox"/> 退院前訪問(/)	<input type="checkbox"/> 退院指導 <input type="checkbox"/> 訪問看護(/ ・ / W)
検査			<input type="checkbox"/> 入院スクリーニング 血液検査(/) 検尿(/) ECG(/)EEG(/)胸部X-p(/)	<input type="checkbox"/> 再検査	<input type="checkbox"/> 再検査	<input type="checkbox"/> 再検査	<input type="checkbox"/> 血液検査(/)検尿(/)ECG(/)
バリエーション			<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続) ()	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続) ()	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続) ()	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続) ()	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続) ()
医師署名							
担当看護師署名・日時		(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)

急性期認知症入院クリニカルパス

看 護 患者氏名 様

入 院 前			
平成 年 月 日			
アウトカム <input type="checkbox"/> 家族・施設職員が病棟環境・入院期間・諸手続きについて正確に理解する			
<input type="checkbox"/> 身長・体重測定(外来)	身長	cm	
	体重	kg	
<input type="checkbox"/> 血液検査・その他一般検査(外来)	<input type="checkbox"/> 末血	<input type="checkbox"/> 生化	<input type="checkbox"/> 検尿
	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 胸X-P <input type="checkbox"/> 腹X-P <input type="checkbox"/> 頭部CT		
<input type="checkbox"/> 入院予約確認	平成 年 月 日		
	入院病棟()		
<input type="checkbox"/> 病室調整	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 隔離		
<input type="checkbox"/> 要介護状況区分等	認定有効期間	介護認定	サービス利用状況
	年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護	
<input type="checkbox"/> 身体合併症状況			
<input type="checkbox"/> 精神症状	<input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 希死念慮 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 抑うつ その他()		
<input type="checkbox"/> 行動症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収取 <input type="checkbox"/> 攻撃 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 その他()		
<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失行		
<input type="checkbox"/> 現在服用している薬			
<input type="checkbox"/> 各種書類確認	<input type="checkbox"/> 入院時告知(Dr)及び告知文受領書サイン <input type="checkbox"/> 入院時告知カルテ記載 <input type="checkbox"/> 入院申込書兼誓約書サイン <input type="checkbox"/> 入院に際してのお知らせ <input type="checkbox"/> 開放処遇の制限をおこなうに当たってのお知らせ <input type="checkbox"/> 治療方針確認事項記入 【任意入院】 <input type="checkbox"/> 閉鎖病棟入院同意書サイン <input type="checkbox"/> 任意入院同意書サイン 【医療保護入院】医療保護入院同意書		
<input type="checkbox"/> 申し送り事項			

急性期認知症入院クリニカルパス

看

護

患者氏名

様

--

入 院 時	
平成 年 月 日	
アウトカム	<input type="checkbox"/> 患者・家族が病棟環境に慣れる
どのような状態になったら退院となるのか確認	
<input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション	<input type="checkbox"/> 入院案内 <input type="checkbox"/> 患者用クリニカルパス説明 <input type="checkbox"/> 注意事項説明
<input type="checkbox"/> 持ち物チェック	<input type="checkbox"/> 私物預かり・授受簿記載しサインする
<input type="checkbox"/> データベース入力	<input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> バイタルサイン
<input type="checkbox"/> 持参薬確認	<input type="checkbox"/> 種別(内服・外用・点眼) <input type="checkbox"/> 各種数量の確認と薬剤情報との照合 <input type="checkbox"/> 指示の鑑別依頼(薬局へ) <input type="checkbox"/> 内服の有無医師に確認
<input type="checkbox"/> 精神症状 行動障害 身体状況把握	【精神症状】 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 希死念慮 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他()
	【行動障害】 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他()
	【歩行状態】 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 義肢
	麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢(□軽□中□重) <input type="checkbox"/> 左上肢(□軽□中□重) <input type="checkbox"/> 右下肢(□軽□中□重) <input type="checkbox"/> 左下肢(□軽□中□重) <input type="checkbox"/> その他(部位:) 程度(□軽□中□重)
	筋力低下 部位: (□軽□中□重)
	関節拘縮 部位: (□軽□中□重)
	【皮膚疾患】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 症状)
<input type="checkbox"/> 指示内容確認	食事() 栄養補助食品その他()
	【身体拘束】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 部位:上肢・下肢・体幹
	【隔離】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	処置 部位 内容
<input type="checkbox"/> 日常生活自立度把握シート	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント	<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント表記載
<input type="checkbox"/> 褥瘡	【褥瘡】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位: I・II・III・IV) 危険因子 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(褥瘡予防計画立案)
<input type="checkbox"/> 転倒転落対策	転倒転落アセスメント危険度Ⅱ以上 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(転倒転落予防計画立案)
<input type="checkbox"/> 看護初期計画 問題リスト記入	<input type="checkbox"/> 看護初期計画立案 平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> #
	<input type="checkbox"/> #
<input type="checkbox"/> 各種書類確認	<input type="checkbox"/> 入院告知文コピー <input type="checkbox"/> 入院申し込み書コピー
	<input type="checkbox"/> 任意入院同意書
	<input type="checkbox"/> 閉鎖病棟入院同意書コピー
	<input type="checkbox"/> 入院療養計画書 <input type="checkbox"/> 作業療法依頼書提出 <input type="checkbox"/> 心理検査指示箋提出 <input type="checkbox"/> 服薬指導指示書提出
<input type="checkbox"/> 検査確認と準備	<input type="checkbox"/> 入院時スクリーニング(/) <input type="checkbox"/> 検尿 (/) <input type="checkbox"/> 心電図 (/) <input type="checkbox"/> 脳波 (/)
	<input type="checkbox"/> 胸X-P(/) <input type="checkbox"/> 頭部CT(/) <input type="checkbox"/> その他、随時()

急性期認知症入院クリニカルパス

看

護

患者氏名

_____様

入院 1 ~2週間	
平成 年 月 日	
アウトカム <input type="checkbox"/> BPSDの出現・増悪の要因が整理される <input type="checkbox"/> 家族が不安や心配ごとを相談できる	
<input type="checkbox"/> 精神症状と行動障害	【精神症状】 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 希死念慮 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他() 【行動障害】 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 身体状況把握	【身体状況】 嚥下 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 【歩行状態】 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 義肢 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他(部位:) 程度(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) バーセルインデックス 点 バイタリティインデックス 点 筋力低下 部位: (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 関節拘縮 部位: (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 【皮膚疾患】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 症状)
<input type="checkbox"/> 検査確認と準備	<input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 検尿 【再検】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 【再検】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 胸X-P <input type="checkbox"/> 腹部X-P <input type="checkbox"/> 頭部CT 【再検】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他、随時()
<input type="checkbox"/> 服薬管理 服薬による現状評価	【コンプライアンス】 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良(<input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 嚥下不良) 【状態】 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 悪化傾向 <input type="checkbox"/> 副作用
<input type="checkbox"/> 看護計画見直し	<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 変更
<input type="checkbox"/> 看護計画評価	
<input type="checkbox"/> 外出 外泊	外出 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 外泊 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
<input type="checkbox"/> 家族面談 <input type="checkbox"/> 家族指導	面談日時 / : ~ <input type="checkbox"/> 認知症のり理解と介護のポイント <input type="checkbox"/> 身体介護について

急性期認知症入院クリニカルパス

看

護

患者氏名

	様
--	---

入院 1 ヶ月	
平成 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 治療により症状改善 <input type="checkbox"/> 家族の不安を具体化できる	
<input type="checkbox"/> 精神症状 身体状況把握	【精神症状】 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 希死念慮 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他() 【行動障害】 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他() 【身体状況】 嚥下 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 【歩行状態】 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 義肢 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他(部位:) 程度(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) バーセル・インデックス 点 バイタリティインデックス 点 筋力低下 部位: (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 関節拘縮 部位: (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 【皮膚疾患】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 症状)
<input type="checkbox"/> 検査確認と準備	<input type="checkbox"/> 末血 <input type="checkbox"/> 生化 <input type="checkbox"/> 検尿 【再検】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 【再検】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 胸X-P <input type="checkbox"/> 腹部X-P <input type="checkbox"/> 頭部CT 【再検】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他、随時()
<input type="checkbox"/> 服薬管理 服薬による現状評価	【コンプライアンス】 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良(<input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 嚥下不良) 【状態】 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 悪化傾向 <input type="checkbox"/> 副作用
<input type="checkbox"/> 方向性確認	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設適応 <input type="checkbox"/> 転院療養継続 <input type="checkbox"/> 合併症悪化転院
<input type="checkbox"/> 看護計画見直し	<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 変更
<input type="checkbox"/> 看護計画評価	
<input type="checkbox"/> 外出 外泊 <input type="checkbox"/> 退院前訪問	外出 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 外泊 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指示書 <input type="checkbox"/> 退院前訪問日程 / : ~ 訪問者() ()
<input type="checkbox"/> 家族面談 <input type="checkbox"/> 家族指導	面談日時 / : ~ <input type="checkbox"/> 認知症のり理解と介護のポイント <input type="checkbox"/> 身体介護について

急性期認知症入院クリニカルパス

看 護 患者氏名 様

入院 2 ヶ 月	
平成 年 月 日	
アウトカム <input type="checkbox"/> 安定した状況を維持・継続する <input type="checkbox"/> 退院の準備を進める	
<input type="checkbox"/> 精神症状 身体状況把握	<input type="checkbox"/> 【精神症状】 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 希死念慮 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 【行動障害】 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 【身体状況】 嚥下 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	<input type="checkbox"/> 【歩行状態】 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 義肢
	麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左上肢(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 右下肢(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 左下肢(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> その他(部位:) 程度(<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	バーセル・インデックス 点 バイタリティインデックス 点
	筋力低下 部位: (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	関節拘縮 部位: (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> 【皮膚疾患】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 症状)
	<input type="checkbox"/> 検査確認と準備
<input type="checkbox"/> 服薬管理 服薬による現状評価	<input type="checkbox"/> 【コンプライアンス】 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良(<input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 嚥下不良) <input type="checkbox"/> 【状態】 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 悪化傾向 <input type="checkbox"/> 副作用
<input type="checkbox"/> 方向性確認	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設適応 <input type="checkbox"/> 転院療養継続 <input type="checkbox"/> 合併症悪化転院
<input type="checkbox"/> 看護計画見直し	<input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 変更
<input type="checkbox"/> 看護計画評価	(Empty space for evaluation)
<input type="checkbox"/> 外出 外泊	外出 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 外泊 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 退院前訪問日程 / : ~ 訪問者() ()
<input type="checkbox"/> 家族面談 <input type="checkbox"/> 家族指導	面談日時 / : ~ <input type="checkbox"/> 認知症の理解と介護のポイント <input type="checkbox"/> 身体介護について
<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 退院先在宅 ケア会議 / : ~ <input type="checkbox"/> 退院先施設 施設面接 / : ~

認知症クリニカルパス

退院届提出

次回診察確認

患者氏名	様 (男・女)	(M・T・S) 年 月 日生(歳)	診断名
			身体疾患
			既往歴

目標	・ 認知症の病状が安定し、早期に(□在宅 ・ □施設)復帰を目指す。 ・ 合併症を予防し、日常生活機能回復及び維持を図る。	退院基準	・ 精査完了 ・ BPCDの改善 ・ 環境調整完了 ・ その他
		転院基準	・ 身体疾患の専門的治療を必要とする場合は、転院していただき治療を継続します。

経過	入院前	入院時	入院2週間後	入院3週間後	入院1ヶ月	入院2ヶ月	入院3ヶ月(退院)
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
達成目標		・ どのような状態になったら退院となるか確認(説明・了解)	・ 今後の方向性を見出し、退院後の行き先を見当づける。		・ 退院後の行き先を見当づける。	・ 方向修正のある場合、再度面談し退院後の行き先を見当づける。	
医師	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 入院時の基本検査(採血セット) <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 入院目的の確認 症状記載: ()	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 入院時の説明 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> 指示書(薬・検査・食事等) <input type="checkbox"/> 入院時基本検査(医)※入院前にできなかった場合 <input type="checkbox"/> 入院時基本検査(介)※入院前にできなかった場合	<input type="checkbox"/> 入院前作成 <input type="checkbox"/> 入院形態 <input type="checkbox"/> 書面告知 <input type="checkbox"/> ご家族ご意向確認 <input type="checkbox"/> クリニカルパス指示	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談(今後の方向性)	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 退院届作成 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療評価 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 <input type="checkbox"/> 退院処方 <input type="checkbox"/> 次回診察
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 病棟見学 <input type="checkbox"/> 情報収集(申込確認) <input type="checkbox"/> ベッド確認(待機状況) <input type="checkbox"/> インテーク(入院目的、家族構成) <input type="checkbox"/> 主治医確認、連絡調整 <input type="checkbox"/> 病棟確認、連絡調整 <input type="checkbox"/> 入院予約 <input type="checkbox"/> 持ち物説明(大枠) <input type="checkbox"/> ケアプラン(必要時説明) <input type="checkbox"/> ケアプラン調整	<input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> 同意書(Fa) <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 告知文スキャン <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> ケアプラン(介)の時 <input type="checkbox"/> 電子カルテへ情報入力 <input type="checkbox"/> 退院支援委員会の確認	<input type="checkbox"/> カンファレンス日程調整 今後の方向性(Drを基に) <input type="checkbox"/> 退院の可能性 <input type="checkbox"/> 在宅ケアの可否 <input type="checkbox"/> 受入れ施設 <input type="checkbox"/> Faの意向	<input type="checkbox"/> 退院の可能性 <input type="checkbox"/> 在宅ケアの可否 <input type="checkbox"/> 受入れ施設 <input type="checkbox"/> Faの意向	<input type="checkbox"/> 退院先の調整 <input type="checkbox"/> 1ヵ月カンファ調整 今後の方向性(Drを基に) <input type="checkbox"/> 退院の可能性 <input type="checkbox"/> 在宅ケアの可否 <input type="checkbox"/> 受入れ施設 <input type="checkbox"/> Faの意向	<input type="checkbox"/> 退院先の調整 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(要・不要) <input type="checkbox"/> 社会施設の紹介 <input type="checkbox"/> 経済面n <input type="checkbox"/> 環境調整 <input type="checkbox"/> 受入れ施設 <input type="checkbox"/> Faの意向	<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> 情報の提供 <input type="checkbox"/> 次回診察の確認 <input type="checkbox"/> 退院時処方日数の確認
看護介護	<input type="checkbox"/> 病棟見学対応 <input type="checkbox"/> 情報収集(相談用紙、紹介状) <input type="checkbox"/> ベッド準備	<input type="checkbox"/> 情報収集(バイタル、ADL、入院形態) <input type="checkbox"/> 入退時オリエンテーション(持ち物含む) <input type="checkbox"/> 内服薬確認(処方薬・持参薬)と準備 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 看護計画立案 <input type="checkbox"/> 指示内容確認	<input type="checkbox"/> 口腔チェック <input type="checkbox"/> 入院カンファ実施 (パス確認、退院日確認、方向性) <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> 入院カンファ実施	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 検査データの確認 <input type="checkbox"/> ADL自立度の確認	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 1ヵ月カンファ実施	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(要・不要)	<input type="checkbox"/> 退院サマリー <input type="checkbox"/> 退院時処方箋の確認と準備 <input type="checkbox"/> 退院時指導 <input type="checkbox"/> 退院前のカンファレンス調整と実施 <input type="checkbox"/> 退院時処方日数の確認
心理技術者		<input type="checkbox"/> 心理検査(点) <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成	<input type="checkbox"/> 心理検査(点)		<input type="checkbox"/> 心理検査(点)	<input type="checkbox"/> 心理検査(点)	<input type="checkbox"/> 心理検査
作業療法士 言語聴覚士		<input type="checkbox"/> 情報収集・観察 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練 <input type="checkbox"/> 作業療法指示受 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成	<input type="checkbox"/> 作業療法評価、身体機能評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練 <input type="checkbox"/> 目標設定	<input type="checkbox"/> 作業療法評価、身体機能評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練 <input type="checkbox"/> 目標設定	<input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練 <input type="checkbox"/> 目標設定・計画立案	<input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練 <input type="checkbox"/> 目標設定・計画立案	<input type="checkbox"/> 作業療法最終評価
管理栄養士		<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック <input type="checkbox"/> 持参薬確認	<input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 栄養計画評価 <input type="checkbox"/> 退院時・持ち込み薬返却 <input type="checkbox"/> 服薬指導・担当医報告
薬剤師		<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー、副作用の確認 <input type="checkbox"/> 持参薬確認	<input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 退院時・持ち込み薬返却 <input type="checkbox"/> 服薬指導・担当医報告
外来看護師	<input type="checkbox"/> 問診情報等入力	<input type="checkbox"/> 身長、体重測定および電子カルテ入力					
医事課員	<input type="checkbox"/> 費用説明	<input type="checkbox"/> 書面等準備(告知書等) <input type="checkbox"/> 入院届提出(10日以内)					
アウトカム		【検査】 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成	【検査】		【検査】	【検査】	【検査】
パリアンス			<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)		<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続)
医師署名							
家族署名		(続柄:)			(続柄:)		(続柄:)
院外の多職種との退院支援							

評価							
----	--	--	--	--	--	--	--

認知症治療病棟クリニカルパス

患者氏名	様（男・女）		(M・T・S) 年 月 日生(歳)		診断名		
					身体疾患		
					既往歴		
目標	・認知症の病状が安定し、早期に(□在宅・□施設)復帰を目指す ・合併症を予防し、日常生活機能回復及び維持を図る		退院基準	・精査完了・BPSDの改善・環境調整完了・その他			
			転院基準	・身体疾患の専門的治療を必要とする場合は、転院していただき治療を継続します。			
経過	入院前	入院時	入院1週間	入院2週間	入院1か月	入院2か月	入院3か月(退院)
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
達成目標	・入院目的を確認する		・今後の方向性を見だし、退院後の行き先を見当づける		・退院後の行き先を検討づける		・方向修正のある場合、再度面談し退院後の行き先を見当づける
医師	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 家族への入院目的確認 <input type="checkbox"/> 医療保護入院に関する説明 <input type="checkbox"/> 入院予約 □他科治療状況の確認 <input type="checkbox"/> 画像検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 心理検査指示・確認 サイン	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 本人・家族に入院時の説明 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> 医療保護入院の入院届記入 <input type="checkbox"/> 指示書(薬・検査・食事・他) <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練指示書記載 <input type="checkbox"/> 行動制限指示 □次回他科受診日確認 サイン	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 □検査データ確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再検討 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談 サイン	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 □検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再検討 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談 サイン	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 □検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再検討 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 家族との面談 サイン	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 □薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 □検査指示・確認 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 行動制限再検討 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価・指示 <input type="checkbox"/> 退院日決定(月 日) <input type="checkbox"/> 家族との面談 サイン	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療評価 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 <input type="checkbox"/> 退院処方 <input type="checkbox"/> 退院届記入 <input type="checkbox"/> 次回外来の確認 サイン
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 予診 <input type="checkbox"/> 家族の確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請状況確認 <input type="checkbox"/> 他科治療状況確認 <input type="checkbox"/> 家族への入院目的確認 <input type="checkbox"/> 入院に関する説明 <input type="checkbox"/> 入院予約 サイン	<input type="checkbox"/> 初診から入院までの状況確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請状況確認 <input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 退院先確認 <input type="checkbox"/> 施設申し込み状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅サービス確認 <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・Dr・Ns・PSW) <input type="checkbox"/> カンファレンス日程調整(家族面談前に実施) ・参加者(Dr・Ns・PSW・OT等) <input type="checkbox"/> 医療保護入院 (退院後生活環境相談員の説明・選任) <input type="checkbox"/> アナムネ聴取 サイン	<input type="checkbox"/> 介護保険申請状況再確認 サイン	<input type="checkbox"/> 退院先の再確認 <input type="checkbox"/> 施設申し込み状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅サービス確認 サイン	<input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 <input type="checkbox"/> 在宅の場合(ケアマネ状況確認) <input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス(初回) ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認(家族・ケアマネ他) <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・Dr・Ns・PSW) サイン	<input type="checkbox"/> 希望施設先の状況確認 <input type="checkbox"/> 担当医師に書類依頼 <input type="checkbox"/> 看護サマリー依頼 <input type="checkbox"/> 地域連携ケアカンファレンス(退院前) ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認(家族・ケアマネ他) <input type="checkbox"/> 家族面談日の調整(月 日) ・参加者(家族・Dr・Ns・PSW) サイン	<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整 <input type="checkbox"/> 退院時合同カンファレンス(在宅の場合) ・日程調整(月 日) ・参加者調整確認 (在宅診療医師・Ns・家族・ケアマネ・訪問Ns 担当医・Ns・OT・他) □退院不可の場合、家族面談日の調整 サイン
看護師	外来 <input type="checkbox"/> 身長・体重測定 <input type="checkbox"/> 血液検査(認知症セット) <input type="checkbox"/> 入院予約確認 <input type="checkbox"/> 病室調整 <input type="checkbox"/> 頭部画像検査依頼・手配 サイン	<input type="checkbox"/> アナムネ聴取(全体像把握) <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 持ち物チェック □持参薬確認 <input type="checkbox"/> 内服薬確認(処方薬・持参薬)と準備 <input type="checkbox"/> 次回他科受診日の確認(月 日) <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況確認 <input type="checkbox"/> 褥瘡、転倒・転落、栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 看護計画・問題リスト記入(1週間以内) <input type="checkbox"/> 指示内容確認 □検査確認と準備 サイン	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し <input type="checkbox"/> OTとの連携 サイン	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 サイン	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 家族指導 □中間サマリー サイン	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 外出・外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 看護計画見直し・方向性確認 <input type="checkbox"/> 家族指導 □退院前サマリー サイン	<input type="checkbox"/> 看護計画最終評価 <input type="checkbox"/> 退院サマリー <input type="checkbox"/> 退院時処方箋の確認と準備 <input type="checkbox"/> 退院時指導 サイン
心理士	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) □MMSE(点) □CDR <input type="checkbox"/> CCT(立方体描写) <input type="checkbox"/> CDT(時計描画) <input type="checkbox"/> GDS(老年うつ病評価尺度) サイン	<input type="checkbox"/> 心理検査 サイン	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> CDR(入院前・入院時とれていない時) サイン	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) □MMSE(点) <input type="checkbox"/> CCT(立方体描写) <input type="checkbox"/> CDT(時計描画) サイン	<input type="checkbox"/> 心理検査 サイン	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> HDS-R(点) □MMSE(点) □CDR <input type="checkbox"/> CCT(立方体描写) <input type="checkbox"/> CDT(時計描画) サイン	
作業療法士	<input type="checkbox"/> 情報収集・観察 <input type="checkbox"/> OT評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・計画立案 サイン	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練 サイン	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練 サイン	<input type="checkbox"/> 再評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・計画立案 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練 サイン	<input type="checkbox"/> 再評価 <input type="checkbox"/> 目標設定・計画立案 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練 サイン	<input type="checkbox"/> 最終評価 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練 サイン	
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック □BMI(%) サイン	<input type="checkbox"/> 栄養計画書作成 サイン	<input type="checkbox"/> 現状把握 サイン	<input type="checkbox"/> 現状把握 サイン	<input type="checkbox"/> 現状把握 サイン	<input type="checkbox"/> 栄養計画評価 □BMI(%) サイン	
薬剤師	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー、副作用の確認 <input type="checkbox"/> 持参薬確認 □薬剤管理 サイン	<input type="checkbox"/> 薬剤管理 サイン	<input type="checkbox"/> 薬剤管理 サイン	<input type="checkbox"/> 薬剤管理 サイン	<input type="checkbox"/> 薬剤管理 サイン	<input type="checkbox"/> 退院時・持ち込み薬返却 <input type="checkbox"/> 服薬指導・担当医報告 サイン	
アウトカム	【検査】 <input type="checkbox"/> SET-IV <input type="checkbox"/> 胸写 □CT <input type="checkbox"/> 脳波 □EKG <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) <input type="checkbox"/> NPI(点) サイン	【検査】 <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) <input type="checkbox"/> NPI(点) <input type="checkbox"/> FIM評価(点) サイン	【検査】 <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) <input type="checkbox"/> NPI(点) <input type="checkbox"/> FIM評価(点) サイン	【検査】 <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) <input type="checkbox"/> NPI(点) <input type="checkbox"/> FIM評価(点) サイン	【検査】 <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) <input type="checkbox"/> NPI(点) <input type="checkbox"/> FIM評価(点) サイン	【検査】 <input type="checkbox"/> FAST(レベル:) <input type="checkbox"/> NPI(点) <input type="checkbox"/> FIM評価(点) サイン	
バリエーション		<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続) サイン	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続) サイン	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続) サイン	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続) サイン	<input type="checkbox"/> 変動(パス継続) <input type="checkbox"/> 脱落(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してパス継続) サイン	
医師署名							
家族署名	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	

認知症クリニカルパス

患者番号() 氏名() 性別(男・女) 生年月日(年 月 日) 年齢(歳) 病名()
 入院形態(任意 医1 医2) 主治医() 担当看護師() 担当精神保健福祉士()

項目	日付	入院日(H 年 月 日)	1週目(H 年 月 日)	1ヵ月(H 年 月 日)	2ヵ月(H 年 月 日)	3ヶ月(H 年 月 日)
アウトカム				<input type="checkbox"/> 自宅に退院する <input type="checkbox"/> 施設に退院する		
患者の目標		<input type="checkbox"/> 入院環境に適応出来る	<input type="checkbox"/> BPSDに対する治療を受けられる <input type="checkbox"/> 身体、精神を休める事が出来る	<input type="checkbox"/> 生活リズムが整う <input type="checkbox"/> 生活機能訓練に積極的に参加出来る <input type="checkbox"/> BPSDが軽減する <input type="checkbox"/> 地域生活に戻る準備が出来る		
家族の目標		<input type="checkbox"/> 十分に休息をとり、不安や心配ごとを相談出来る。		<input type="checkbox"/> 患者様の精神症状・行動障害の原因を理解できるようになる <input type="checkbox"/> 患者様へ効果的な接し方が出来るようになる <input type="checkbox"/> 退院後の生活について多職種と話し合い退院後の介護について不安を軽減できる <input type="checkbox"/> 具体的な退院後の生活の方向性を決める		
医師	目標	<input type="checkbox"/> 鑑別診断と病状の評価 <input type="checkbox"/> 薬剤調整	<input type="checkbox"/> 薬物治療の対象とするBPSDを明確にし、薬物治療を開始する <input type="checkbox"/> 身体、精神状態の評価 <input type="checkbox"/> 治療方針の再検討	<input type="checkbox"/> BPSDに対する薬物治療の継続 <input type="checkbox"/> 退院後の支援者にBPSDに対する薬物治療について理解してもらう		
	告知	<input type="checkbox"/> 診断と病状説明 <input type="checkbox"/> 入院リスク説明 <input type="checkbox"/> 入院のお知らせ・同意書 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書の作成				
	薬物療法管理	<input type="checkbox"/> 内服処方	<input type="checkbox"/> 治療効果判定	<input type="checkbox"/> 治療効果判定	<input type="checkbox"/> 治療効果判定	<input type="checkbox"/> 治療効果判定
	生活機能回復訓練	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練指示箋				
	鑑別診断	<input type="checkbox"/> X-P <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 脳CT <input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> 身体合併症(皮膚疾患など)	<input type="checkbox"/> 身体状態の評価 <input type="checkbox"/> 精神状態の評価		<input type="checkbox"/> 身体状態の評価 <input type="checkbox"/> 精神状態の評価 <input type="checkbox"/> 必要に応じ家族との面談	<input type="checkbox"/> 精神、身体状態の評価 <input type="checkbox"/> 退院指示・退院処方 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書(自宅・施設へ退院) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(必要時) <input type="checkbox"/> 次回受診日
看護師	目標	<input type="checkbox"/> 入院に伴う環境変化に対する不安の軽減 <input type="checkbox"/> 入院時基礎情報 <input type="checkbox"/> バイタル測定 <input type="checkbox"/> 個人情報 <input type="checkbox"/> 持参薬の確認 <input type="checkbox"/> 購入物の説明 <input type="checkbox"/> 入院生活の説明(患者・家族)	<input type="checkbox"/> BPSDの要因を整理する <input type="checkbox"/> 疾患やBPSDからくるセルフケア不足を知る <input type="checkbox"/> 初期計画評価・修正 <input type="checkbox"/> 栄養管理計画 <input type="checkbox"/> 褥瘡評価 <input type="checkbox"/> 副作用の有無	<input type="checkbox"/> BPSDの軽減につながった効果的なケアを整理する <input type="checkbox"/> 安全・安楽なセルフケア不足の援助を整理する		
	家族支援	<input type="checkbox"/> 入院時パス <input type="checkbox"/> 認知症診断の告知の状況 <input type="checkbox"/> 家族の疾病に対する認識	<input type="checkbox"/> 受持ち挨拶1週間迄に実施 <input type="checkbox"/> 家族との情報交換 <input type="checkbox"/> 家族教室案内・対応の説明 <input type="checkbox"/> 認知症診断の告知や家族の理解の状態	<input type="checkbox"/> 家族との情報交換 <input type="checkbox"/> 家族に認知症対応の説明	<input type="checkbox"/> 家族との情報交換 <input type="checkbox"/> 家族に認知症対応の説明 <input type="checkbox"/> 試験外泊	<input type="checkbox"/> 退院後の対応方法について説明 <input type="checkbox"/> サマリーの作成 <input type="checkbox"/> 看護計画の評価
ケアワーカー		<input type="checkbox"/> 持ち物チェック <input type="checkbox"/> オムツの選択 <input type="checkbox"/> 排泄アセスメント	<input type="checkbox"/> 排泄ケアプランの見直し <input type="checkbox"/> 排泄カンパレンス			
精神保健福祉士		<input type="checkbox"/> 入院案内 <input type="checkbox"/> 社会資源手続きの状況の確認・案内 <input type="checkbox"/> 保護者の確認 <input type="checkbox"/> 情報収集・キーパーソンの確認	<input type="checkbox"/> 関係機関との連携調整 <input type="checkbox"/> 本人・家族の思い傾聴 <input type="checkbox"/> 本人・家族と情報共有			
管理栄養士		<input type="checkbox"/> 栄養アセスメント <input type="checkbox"/> 栄養管理計画書	<input type="checkbox"/> 栄養管理計画書(対象者)			
作業療法士	生活機能回復訓練	<input type="checkbox"/> 患者の精神・身体状態の把握・評価	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練評価 <input type="checkbox"/> 初期計画見直し			
共同		<input type="checkbox"/> 治療目標の設定(各部門別に設定)	<input type="checkbox"/> ケースカンパレンス			

平成 年 月 日

認知症用 クリニカルパス

ID: _____ 患者氏名: _____ 様 (男・女) 生年月日: T・S _____ 年 月 日 (_____ 歳) 病名: _____

入院日(年 月 日) ~ 2週間(/ /)	入院から1ヶ月(/ /)	入院から2ヶ月(/ /)	入院から3ヶ月(/ /)
如: 遇病棟 () : 移棟 有(/ /)・無(/ /)	如: 遇病棟 () : 移棟 有(/ /)・無(/ /)	如: 遇病棟 () : 移棟 有(/ /)・無(/ /)	如: 遇病棟 () : 移棟 有(/ /)・無(/ /)
治療 (Dr) <input type="checkbox"/> 入院形態 (任意・医保・措置・その他) <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> 認知機能の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症 有()・無() <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練の指示 (有・無) <input type="checkbox"/> 患者の同意能力に関する基準チェック <input type="checkbox"/> 家族メンテラ 有(/ /)・無(/ /)	<input type="checkbox"/> 入院形態 (任・医・措・その他) <input type="checkbox"/> 認知機能の再評価 <input type="checkbox"/> 治療方針の再考査 (有・無) <input type="checkbox"/> 身体状態の再評価 (有・無) <input type="checkbox"/> 身体合併症 有()・無() <input type="checkbox"/> 栄養指導の必要性 (有・無) <input type="checkbox"/> 家族メンテラ 有(/ /)・無(/ /)	<input type="checkbox"/> 入院形態 (任・医・措・その他) <input type="checkbox"/> 認知機能の再評価 <input type="checkbox"/> 治療方針の再考査 (有・無) <input type="checkbox"/> 身体状態の再評価 (有・無) <input type="checkbox"/> 身体合併症 有()・無() <input type="checkbox"/> 栄養指導の必要性 (有・無) <input type="checkbox"/> 家族メンテラ 有(/ /)・無(/ /)	<input type="checkbox"/> 入院形態 (任・医・措・その他) <input type="checkbox"/> 認知機能の再評価 <input type="checkbox"/> 治療方針の再考査 (有・無) <input type="checkbox"/> 身体状態の再評価 (有・無) <input type="checkbox"/> 身体合併症 有()・無() <input type="checkbox"/> 栄養指導の必要性 (有・無) <input type="checkbox"/> 家族メンテラ 有(/ /)・無(/ /)
看護・介護 (Ns, CW) <input type="checkbox"/> 情報収集(データベース使用) <input type="checkbox"/> 各種検査施行の確認 <input type="checkbox"/> 持ち物チェック <input type="checkbox"/> 褥瘡危険因子評価 (有・無) <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 転倒・転落アセスメントチェック <input type="checkbox"/> 看護計画立案(暫定含む) <input type="checkbox"/> 転倒・転落チェックシートの説明と同意 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導 有(/ /)・無(/ /) <input type="checkbox"/> 無断離院・危険因子 (有・無) <input type="checkbox"/> 退院に対しての問題点 [記憶障害・BPSD・身体合併症・家族の受け入れ・その他 ()] <input type="checkbox"/> 入院カンファレンス(/ /) (主治医・病棟・外来・コメディカル・本人・家族)	<input type="checkbox"/> 転倒再アセスメント(有・無) <input type="checkbox"/> 看護計画実施 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導 有(/ /)・無(/ /) <input type="checkbox"/> チームカンファレンス [有(/ /)・無(/ /)] (主治医・病棟・コメディカル・本人・家族)	<input type="checkbox"/> 転倒再アセスメント(有・無) <input type="checkbox"/> 看護計画実施 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導 有(/ /)・無(/ /) <input type="checkbox"/> チームカンファレンス [有(/ /)・無(/ /)] (主治医・病棟・コメディカル・本人・家族)	<input type="checkbox"/> 転倒再アセスメント(有・無) <input type="checkbox"/> 看護計画実施 <input type="checkbox"/> 看護計画直し・評価 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導 有(/ /)・無(/ /) <input type="checkbox"/> 退院チームカンファレンス [有(/ /)・無(/ /)] (主治医・病棟・外来・コメディカル・本人・家族)
栄養 <input type="checkbox"/> 栄養評価及び栄養管理計画書	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練の実施 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練の評価・計画立案 【精神科作業療法】(西1・西2・南1・南2・5) ※作業療法のDIP指示後より開始 □作業療法の評価	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練の実施 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練の評価	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練の実施
作業療法(OT) <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練の同意書確認 □長谷川式・MMSEの実施 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練の評価・計画立案 □生活機能回復訓練の実施	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練の実施	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練の実施	<input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練の実施
相談援助(PSW) <input type="checkbox"/> 本人及び家族との面談 <input type="checkbox"/> 退院先の確認 (有:)・無: () <input type="checkbox"/> 入院前の在宅サービス利用状況確認 () <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 () <input type="checkbox"/> 退院支援計画書 (有・無) (有)一説明・交付日: (/ /)	<input type="checkbox"/> 本人及び家族との面談 (有・無) <input type="checkbox"/> 利用できるサービスの検討 (有・無) () <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 () <input type="checkbox"/> 退院支援計画書 (有: / /)・無(/ /)	<input type="checkbox"/> 本人及び家族との面談 (有・無) <input type="checkbox"/> 利用できるサービスの検討 (有・無) () <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 () <input type="checkbox"/> 退院支援計画書 (有: / /)・無(/ /)	<input type="checkbox"/> 本人及び家族との面談 (有・無) <input type="checkbox"/> サービスの利用申請 (有:)・無() <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 () <input type="checkbox"/> 退院支援計画書 (有: / /)・無(/ /) ※6ヶ月以上入院者(西病棟のみ)算定
アウトカム (望ましい成果・目標) (達成できていない状態・問題点)	#	#	#
主治医 印 担当看護師 印 担当OTR 印 担当PSW 印 退院後生活環境相談員 (医療保護入院者) 印	有・無()	有・無()	有・無()
退院日 (年 月 日) 印	病棟係長 印		

入院治療を受けられる患者様及びご家族へ(認知症用)

(本人・家族)

様 (入院日: 年 月 日)



医療法人 洗心会
荒尾こころの郷病院

※おおよその目安を示すもので、患者様の病状により異なります。

	入院後の流れ	退院までの流れ
検査について	<ul style="list-style-type: none"> ○以下の検査があります 採血・採尿・CT・レントゲン・心電図・ツベルクリン反応・心理検査・体重測定 ※症状により時期と間隔に個人差があります。詳しくは受け持ち看護師におたずねください。 	
薬について	<ul style="list-style-type: none"> ○症状に応じて、内服薬があります 	
主治医・看護師・精神保健福祉士の関わりについて	<ul style="list-style-type: none"> ○定期的に主治医の診察があります ○お困りのことは遠慮なく看護師にお話しください ○医療保護入院の方は退院後生活環境相談員が選任されます 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院に向けた面談を定期的に行います ○退院後の療養計画を患者様やご家族の意向を踏まえながら、主治医やスタッフが共同して計画します ○必要に応じて、介護保険申請や施設入所申込み等のご説明を行います ○医療保護入院の方は医療保護入院者退院支援委員会が開催されます
生活機能回復訓練について	<ul style="list-style-type: none"> ○午前・午後にスタッフ・他患者様と一緒にふれあい活動があります (音楽鑑賞、映画鑑賞、ことわざクイズ、風船バレーなど) ○作業療法士の面接後、詳しい内容の説明を行います 	
面会・電話・外出 外泊について	<ul style="list-style-type: none"> ○入院期間中は特別な理由がない限り、面会・電話などの制限はありません ○面会時間は 10:00～20:00 です ○外出・外泊は主治医の許可があれば可能です ご家族とご相談の上、スタッフへおたずねください 	<ul style="list-style-type: none"> ○自宅退院の患者様の場合、退院に向けて試験外泊を行います ○退院前訪問(自宅等)を行います 

入院治療を受けられる患者様及びご家族へ(認知症用)

(カルテ控)

様 (入院日: 年 月 日)



医療法人 洗心会
荒尾こころの郷病院

※おおよその目安を示すもので、患者様の病状により異なります。

	入院後の流れ	退院までの流れ
検査について	<p>○以下の検査があります 採血・採尿・CT・レントゲン・心電図・ツベルクリン反応・心理検査・体重測定</p> <p>※症状により時期と間隔に個人差があります。詳しくは受け持ち看護師におたずねください。</p>	
薬について	<p>○症状に応じて、内服薬があります</p>	
主治医・看護師・精神保健福祉士の関わりについて	<p>○定期的に主治医の診察があります</p> <p>○お困りのことは遠慮なく看護師にお話しください</p> <p>○医療保護入院の方は退院後生活環境相談員が選任されます</p>	<p>○退院に向けた面談を定期的に行います</p> <p>○退院後の療養計画を患者様やご家族の意向を踏まえながら、主治医やスタッフが共同して計画します</p> <p>○必要に応じて、介護保険申請や施設入所申込み等のご説明を行います</p> <p>○医療保護入院の方は医療保護入院者退院支援委員会が開催されます</p>
生活機能回復訓練について	<p>○午前・午後にスタッフ・他患者様と一緒にふれあい活動があります (音楽鑑賞、映画鑑賞、ことわざクイズ、風船バレーなど)</p> <p>○作業療法士の面接後、詳しい内容の説明を行います</p>	
面会・電話・外出 外泊について	<p>○入院期間中は特別な理由がない限り、面会・電話などの制限はありません</p> <p>○面会時間は 10:00～20:00 です</p> <p>○外出・外泊は主治医の許可があれば可能です ご家族とご相談の上、スタッフへおたずねください</p>	<p>○自宅退院の患者様の場合、退院に向けて試験外泊を行います</p> <p>○退院前訪問(自宅等)を行います</p>



(本人・家族)

平成27年6月1日改訂 平成30年10月1日改定

氏名
主治医

受持ち看護師

認知症病棟入院～2ヶ月クリニカルパス

4階西病棟

達成目標	入院当日(/ /)	1週目(/ /)	2週目(/ /)	1ヶ月目(/ /)	2ヶ月目(/ /)	評価日 H 年 月 日
安全な療養環境の提供 治療目標の確認、後継 患者と良い関係を作る オリエンテーション <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ナムネ聴取 <input type="checkbox"/> 受け持ちNs紹介 治療計画指示確認 <input type="checkbox"/> 入院診療計画、説明 <input type="checkbox"/> 処遇確認 <input type="checkbox"/> 薬物治療の把握 <input type="checkbox"/> 入院時処方 <input type="checkbox"/> 待参薬 <input type="checkbox"/> 生活機能回復訓練 <input type="checkbox"/> 生活自立度・構構確認 <input type="checkbox"/> 転倒・転落アセスメントシート <input type="checkbox"/> 検査(採血、胸部X-p、心電図 心理テスト) 看護導入 <input type="checkbox"/> 看護計画作成 <input type="checkbox"/> 看護記録開始 <input type="checkbox"/> 精神科看護度() <input type="checkbox"/> 合併症 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無() <input type="checkbox"/> 栄養状態アセスメント <input type="checkbox"/> 入院前生活 <input type="checkbox"/> 入院時栄養スクリーニングシート 食事内容(普通粥・五分菜・軟菜・特食) 服薬量(大部屋・個室・HCU) 移動(自立・杖・車椅子 形異 自力・介助要) 精神・状態・経過把握 ①認知症 記憶力障害・失見当識・理解・判断力 ②行動異常 徘徊・不潔行為・異食・攻撃的行為 ③情動障害 抑うつ・大声・興奮・不安無様 ④夜間不眠 昼夜逆転・夜間せん妄 ⑤意識障害 せん妄 ⑥妄想 物とられ・被害・その他() ⑦幻覚 幻覚・幻視 ⑧性格変化 易怒性・暴力・暴言・その他() ⑨神経症状 麻痺()失効・失認・失語 セルフケア能力評価一どのようになっているか？ <input type="checkbox"/> セルフケア能力の把握 食事、清潔、更衣、入浴、洗面、整髪、排泄 他者との交流 (対スタッフ、対応者) <input type="checkbox"/> 適度なセルフケア援助が必要 <input type="checkbox"/> 継続的なセルフケア援助が必要 <input type="checkbox"/> 自立に向けてのケア援助が必要 PSWプラン <input type="checkbox"/> 当院との関わり方(面会、TEL、他科受診) <input type="checkbox"/> 介護度の把握 <input type="checkbox"/> 施設入所・施設申請の把握 <input type="checkbox"/> 経済状況 <input type="checkbox"/> 入院・退院について家族の考え方の把握 <input type="checkbox"/> 入院書類 <input type="checkbox"/> 介護保険(書類)確認、提出	・看護問題、看護、介護プランを立てる。 ・退院について、家族の意向を確認する。 精神症状、問題行動の改善への働きかけ ・利用できる社会資源の活用 治療計画の指示把握 <input type="checkbox"/> 面接療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 生活機能訓練 看護経過 <input type="checkbox"/> 看護計画のチェックと評価 <input type="checkbox"/> 生活自立度・構構確認 2週目(/ /) <input type="checkbox"/> 精神科看護度() <input type="checkbox"/> ケースカンファレンス(Dr、PSW、Ns) 病状経過、退院目標、 精神・状態・経過把握 <input type="checkbox"/> 観察計画 ・病状把握 ・身体管理の為に検査データからの観察 ①認知症 記憶力障害・失見当識・理解・判断力 ②行動異常 徘徊・不潔行為・異食・攻撃的行為 ③情動障害 抑うつ・大声・興奮・不安無様 ④夜間不眠 昼夜逆転・夜間せん妄 ⑤意識障害 せん妄 ⑥妄想 物とられ・被害・その他() ⑦幻覚 幻覚・幻視 ⑧性格変化 易怒性・暴力・暴言・その他() ⑨神経症状 麻痺()失効・失認・失語 セルフケア能力評価一どのようになっているか？ <input type="checkbox"/> セルフケア能力の把握 食事、清潔、更衣、入浴、洗面、整髪、排泄 他者との交流 (対スタッフ、対応者) <input type="checkbox"/> 適度なセルフケア援助が必要 <input type="checkbox"/> 継続的なセルフケア援助が必要 <input type="checkbox"/> 自立に向けてのケア援助が必要 PSWプラン <input type="checkbox"/> 書類提出 <input type="checkbox"/> 介護保険(書類)確認、提出	・POS中間サマリー作成 ・問題リストの経過、看護計画のチェック 治療計画の指示把握 <input type="checkbox"/> 面接療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 生活機能訓練 看護経過 <input type="checkbox"/> 看護計画のチェックと評価 <input type="checkbox"/> 生活自立度・構構確認3週目(/ /) <input type="checkbox"/> 精神科看護度() <input type="checkbox"/> 家族面談 精神・状態・経過把握 <input type="checkbox"/> 観察計画 ・病状把握 ・身体管理の為に検査データからの観察 ①認知症 記憶力障害・失見当識・理解・判断力 ②行動異常 徘徊・迷子・不潔行為・異食・攻撃的行為 ③情動障害 抑うつ・大声・興奮・不安無様 ④夜間不眠 昼夜逆転・夜間せん妄 ⑤意識障害 せん妄 ⑥妄想 物とられ・被害・その他() ⑦幻覚 幻覚・幻視 ⑧性格変化 易怒性・暴力・暴言・その他() ⑨神経症状 麻痺()失効・失認・失語 セルフケア能力評価一どのようになっているか？ <input type="checkbox"/> セルフケア能力の把握 食事、清潔、更衣、入浴、洗面、整髪、排泄 他者との交流 (対スタッフ、対応者) <input type="checkbox"/> 適度なセルフケア援助が必要 <input type="checkbox"/> 継続的なセルフケア援助が必要 <input type="checkbox"/> 自立に向けてのケア援助が必要 PSWプラン <input type="checkbox"/> 退院に向けて具体的な作業確認 <input type="checkbox"/> 住居、家族の介護力、経済力 <input type="checkbox"/> 病状把握の要望 <input type="checkbox"/> 介護保険確認、対応 <input type="checkbox"/> 病院、施設等関係機関との連携	・利用できる社会資源の活用 退院時治療計画策定と説明 治療計画の指示把握 <input type="checkbox"/> 面接療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法(退院時処方) 看護経過 <input type="checkbox"/> 看護計画のチェックと評価 <input type="checkbox"/> 退院・転院サマリー作成 <input type="checkbox"/> 生活自立度・構構確認 <input type="checkbox"/> 精神科看護度() 退院看護計画 当事者・家族へ <input type="checkbox"/> 次回受診病院・受診日確認(月 日) <input type="checkbox"/> 外来Dr確認(Dr) PSWプラン <input type="checkbox"/> 退院に向けて具体的な作業確認 <input type="checkbox"/> 病院、施設等関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 退院後の福祉サービス・保健医療サービスの説明 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 身体状態の悪化 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> 家族希望 <input type="checkbox"/> 強制 ・退院先 <input type="checkbox"/> 自宅() 同居() 同居者あり <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 他院() <input type="checkbox"/> 入所施設() <input type="checkbox"/> その他() ・退院先 (当院・その他) <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 2ヶ月経過終了 <input type="checkbox"/> 処遇困難、パス終了理由			

患者氏名	様 (男・女)		(M・T・S)		年 月 日 生 (歳)		診断名	
							身体疾患 既往歴	
目標	退院基準 <input type="checkbox"/> 精査完了 <input type="checkbox"/> BPSDの改善 <input type="checkbox"/> 環境調整完了 <input type="checkbox"/> その他 転院基準 <input type="checkbox"/> 身体疾患の専門的治療を必要とせずの場合は、転院していただき治療を継続します。							
経過	入院時 年 月 日	入院2週間 年 月 日	入院1ヶ月 年 月 日	入院2ヶ月 年 月 日	入院3ヶ月(退院) 年 月 日			
達成目標	・どのような状態になったら退院となるか確認(説明・了解) ・今後の方向性を見出し、退院後の行き先を先を見当づける							
医師	診察・診断 <input type="checkbox"/> 入院時の説明 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> 指示書(薬・検査・食事など) <input type="checkbox"/> 入院期間の説明 <input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> 関係機関との連携 <input type="checkbox"/> 介護保険の説明・確認・申請 <input type="checkbox"/> カンファレンス日程調整							
精神保健福祉士 PSW	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談 <input type="checkbox"/> カンファレンス日程調整・実施 <input type="checkbox"/> 自宅訪問							
看護 介護	<input type="checkbox"/> アナムネ聴取 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 内服薬確認(処方箋・持参薬)の準備 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 受け持ちNS/介護者設定 <input type="checkbox"/> 指示内容確認 <input type="checkbox"/> 心理検査							
心理技術者	<input type="checkbox"/> 情報収集・観察 <input type="checkbox"/> ADL確認 <input type="checkbox"/> 嚥下・摂食の評価 <input type="checkbox"/> 栄養状態チェック							
作業療法士 言語療法士	<input type="checkbox"/> 作業療法計画 <input type="checkbox"/> 長谷川式スケール <input type="checkbox"/> 摂食訓練 <input type="checkbox"/> 退院前訪問 <input type="checkbox"/> 現状把握 <input type="checkbox"/> 栄養計画書作成							
管理栄養士	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー・副作用の確認 <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理							
薬剤師	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体的把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 看護計画の評価・見直し <input type="checkbox"/> 退院前訪問 <input type="checkbox"/> カンファレンス・実施 <input type="checkbox"/> 自宅訪問 <input type="checkbox"/> 看護・介護・計画・実施 <input type="checkbox"/> 心理検査							
成果・結果 検査	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 長谷川式スケール・摂食訓練 <input type="checkbox"/> 退院前訪問 <input type="checkbox"/> 現状把握 <input type="checkbox"/> 薬剤管理							
経過	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談 <input type="checkbox"/> 退院先の調整 <input type="checkbox"/> 家族への連絡 <input type="checkbox"/> 関係機関の確認							
院外の多職種 との退院支援	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体的把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 看護計画の評価 <input type="checkbox"/> 退院前訪問 <input type="checkbox"/> 退院支援委員会 <input type="checkbox"/> 心理検査							

平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

循環型の仕組みの構築にむけた円滑な退院・退所や
在宅復帰支援の推進に関する調査研究事業
報告書

発行日 平成 31 年 3 月

発 行 公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

☎ : 03-5232-3311 📠 : 03-5232-3309

URL : <http://www.nisseikyo.or.jp/>

