

# 急性期病院入院中の認知症患者の現状と転帰の実態

浅見千代美\*      大西 文恵      森田美恵子  
西田 佳世\*\*

## 要 旨

本調査は、急性期病院入院中の認知症患者の現状とその転帰の実態を把握することを目的とした。調査は、診断群分類 (Diagnosis Procedure Combination; DPC) 包括評価データ (以下 DPC データ) を用い、2014 年 8 月 1 日～31 日に当院を退院した認知症患者を抽出後、診療録の記載事項から必要な項目のデータを収集・集計した。調査期間中の退院患者 1,204 名中 (産科・小児科を除く) 76 名が認知症で、平均年齢は 84.2 歳、平均在院日数は 19.7 日であった。家庭からの入院が 46 名、その内 36 名 (78%) が家庭に戻ることができていた。入院により日常生活動作 (Activities of Daily Living: 以下 ADL) 低下をきたした患者数は少なく、退院時は入院時より移乗、歩行、排便/排尿管理において全介助の割合が減少していた。

急性期病院において、認知症患者が安全に安心して入院生活を送り、必要な治療が終了後、できるだけ早期にもとの場所に退院できるようにするための支援として、入院中に認知症に伴う精神行動障害 (behavioral and psychological symptoms of dementia: 以下 BPSD) を起こさず、ADL が低下せず、認知症が悪化しない関わりが必要であることが示唆された。

## はじめに

2015 年 1 月に厚生労働省が公表した全国の認知症患者数の推計によると、10 年後の 2025 年

には現在の 1.5 倍の 700 万人を超えるといわれている<sup>1)</sup>。この結果を受け、国は「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」ことを基本に据え、認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) を策定した。しかし、認知症患者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるには、その人自身の力はもちろん、その人を取り巻く環境をいかに整えることができるかが重要な鍵となる。

認知症患者が入院した場合、治療がスムーズに進まない、退院先が決まらない、自宅に介護者がいない、介護者も病気である等の理由により、スムーズに退院計画が進まず、自宅生活への移行が困難なことが多い。このような場合、自宅から入院してきた認知症患者は自宅に戻れず、病院や施設で療養を続けることが少なくな

い。

今回、急性期病院における認知症患者の入院とその転帰に関する実態を調査し、今後の退院支援の在り方について検討した。

## 方 法

### 1. 調査期間と対象

調査期間は、2014 年 8 月 1 日～31 日の 1 か月とした。

調査対象は、2014 年 8 月 1 日～31 日の 1 か月間に急性期病院である当院を退院した 1,204 名の患者 (産科・小児科を除く) のうち、認知症患者 76 名と

\*松山赤十字病院

\*\*愛媛県立医療技術大学

した。

### 2. 調査方法

当院のDPCデータより調査期間内に退院した認知症患者を抽出し、調査対象である認知症患者の診療録から、それぞれの日常生活自立度判定基準、転帰、入院時と退院時のADLの変化（ADLは9項目を調査）、BPSDの有無、抗認知症薬の使用の有無、精神科受診歴の有無、かかりつけ医の有無、介護保険申請の有無と要介護度、同居家族の有無、入院時および退院時の療養先を調査した。さらに、入院中の変化は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準およびADL(10項目：食事、移乗、整容、排泄、入浴、歩行、階段歩行、更衣、排便管理、排尿管理)を入院時と退院時に調査し、比較した。入院中の状態は、入院形態、転倒の有無、チューブ類抜去の有無、身体拘束の有無、リハビリテーション科受診の有無を調査した。これらの結果を単純集計し、分析した。

### 3. 倫理的配慮

データの閲覧および取り扱いについては、目的外使用やデータ漏洩が生じないように配慮するとともに、個人情報保護等、倫理的配慮に十分留意し、松山赤十字病院看護部倫理審査委員会の承認を得て実施した。また、調査結果の公表についても同委員会の承認を得た。

## 結 果

調査期間内1か月間に当院を退院した認知症患者は76名、平均年齢は84.2±7.3歳（年齢範囲：63歳～96歳）、平均在院日数は19.7日であった。

入院中にBPSDがみられた者は35名(46.1%)、抗認知症薬を使用していた者は27名(35.5%)であった。かかりつけ医がある者は68名(89.5%)、精神科の受診歴がある者は8名(10.5%)であった。認知症患者74名中61名(82.4%)は介護保険申請ができていたが13名(17.6%)は未申請であり、1名は65歳未満、1名は不明であった。介護申請ができていた61名のうち、要介護3、4、5を合わせると31名(50.8%)にのぼり、認知症を有する入院患者の約半数を介護度が高い患者が占めていた(Fig. 1)。

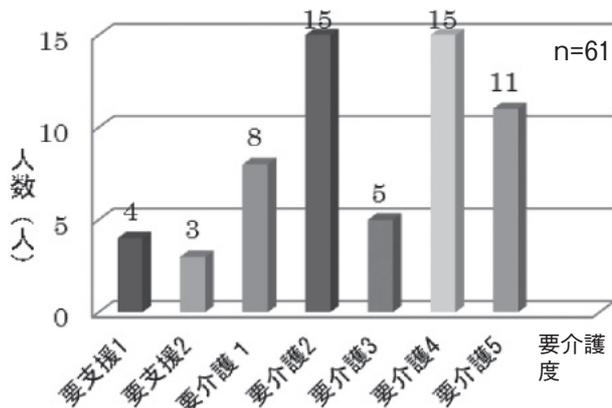


Fig. 1 対象者の要介護度

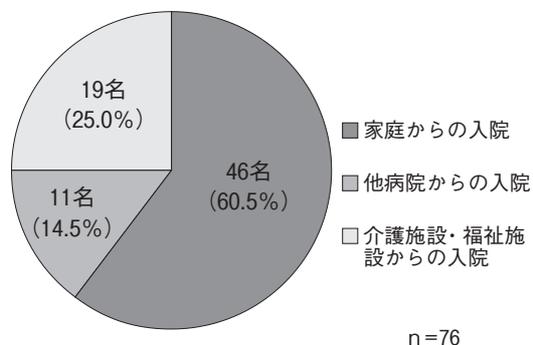


Fig. 2 入院前の療養先

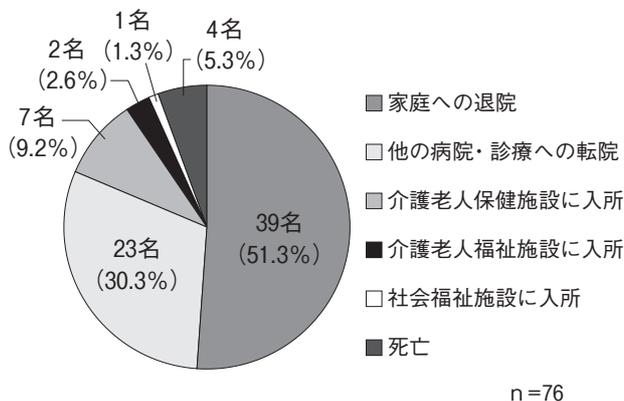


Fig. 3 退院時の療養先

同居家族の有無ではありが41名(53.9%)、なしが35名で、うち独居が11名(14.5%)、施設入所中が24名(31.6%)であった。

自宅からの入院が46名(60.5%)、その内の約8割にあたる36名が自宅に戻ることができていた(Fig. 2, Fig. 3)。

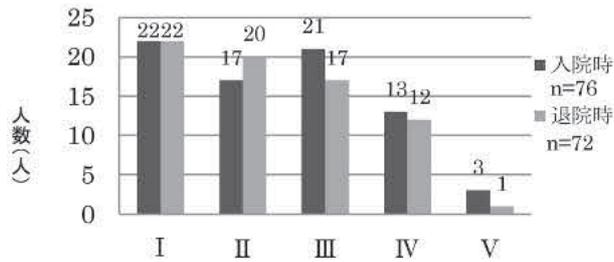


Fig. 4 入院時と退院時の認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の変化

重症度の変化は、II→III、III→IV各1名の悪化、軽減（III→II 4名、IV→III 1名）の5名を除き認めなかった（Fig. 4）。入院中のADLの変化は、入院時のADLスコアに比べ退院時ADLスコアにおいて全介助が減っている項目（Table 1に\*印で示す）は、10項目中、移乗、歩行、排便管理、排尿管理の4項目であった（Table 1）。

Table 1 入院時と退院時のADLの状態

※入院時(n=76)、退院時(n=72)

項目	ADLの状態				数値は人数を示す	
	自立	一部介助	全介助	不明		
食事	入院時	19	36	15	6	
	退院時	19	40	11	2	
移乗*		自立	軽介助	高度の介助	座位バランス困難	不明
	入院時	13	24	21	13	5
退院時	11	39	15	6	1	
整容		自立	一部および全介助	不明		
	入院時	21	54	1		
退院時	15	57	0			
排泄		自立	軽介助	全介助	不明	
	入院時	15	22	36	3	
退院時	15	24	31	2		
入浴		自立	一部および全介助	不明		
	入院時	12	62	2		
退院時	9	63	0			
歩行*		平地自立	一人介助	車椅子自立	全介助	不明
	入院時	13	13	4	33	13
退院時	14	13	5	27	13	
階段歩行		階段自立	一部介助	全介助	不明	
	入院時	10	6	18	42	
退院時	8	11	15	38		
更衣		自立	一部介助	全介助	不明	
	入院時	10	6	17	43	
退院時	14	31	27	0		
排便管理*		自立	時々失敗	失禁	不明	
	入院時	26	11	34	5	
退院時	29	15	28	0		
排尿管理*		自立	時々失敗	失禁	不明	
	入院時	25	12	34	5	
退院時	28	15	28	1		

Table 2 入院中の状況 (n=76)

項目	状況	
	緊急入院	予定入院
入院形態	52名(68.4%)	24名(31.6%)
転倒の有無	転倒あり 10名(13.2%)	転倒なし 66名(86.8%)
チューブ類抜去の有無	抜去あり 14名(18.4%)	抜去なし 52名(81.6%)
身体拘束の有無	抑制あり 42名(55.3%)	抑制なし 34名(44.7%)
リハビリ受診の有無	受診あり 44名(57.9%)	受診なし 32名(42.1%)

入院中の状況では、緊急入院が52名(68.4%)と約7割を占めた。入院中に転倒した認知症患者は10名(13.2%)、チューブ類の抜去が14名(18.4%)にあり、42名(55.3%)に身体拘束が行われていた。44名(57.9%)がリハビリテーション科を受診していた(Table 2)。

## 考 察

当院の非認知症患者の平均在院日数が、同年同月で13.8日であったことと比較すると、認知症患者の在院日数は19.7日と長く、約半数にBPSDを認めた。在院日数が長くなる理由としては、認知症患者は環境の急激な変化や入院・治療に伴う苦痛や辛さが、不穏や攻撃などの多彩なBPSDとして現れることがあり、入院の長期化へ繋がる可能性が考えられる。BPSDは、認知症の中核症状である認知機能障害以上に患者のQOL(Quality of life)を低下させ、介護者の負担を増大させることが知られている<sup>2)</sup>。多くの認知症患者では、自分が感じていることを言語で理路整然と表現することが難しいため、欲求は満たされにくく、その欲求は不安定な感情として表現されやすい<sup>3)</sup>。環境の急激な変化は認知症に悪影響を与えるため、看護師の予測した対応が重要であり、BPSDに繋がるような身体疾患の合併や薬剤の影響はないか等を丁寧にアセスメントすることが求められる。また、BPSDを来した場合は、早期に症状が改善するように、精神科医師との連携が重要である。

また、認知症高齢者は、身体拘束を含む不適切処遇や虐待を受ける割合が高いという報告がある<sup>4)</sup>。身体拘束の範囲について、厚生労働省では「身体拘束ゼロへの手引き」の中で身体拘束の対象となる具体的な行為11項目を示している。認知症というだけで必要以上に不適切な身体拘束を実施した場合に

は、そのことがADL低下に繋がってしまう可能性も考えられる。身体拘束は、どのような対象、どのような場であっても、生命または身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除いて行ってはならない行為である。身体拘束は、やむを得ない場合であってもそれは一時的でなければ虐待に繋がり、患者の尊厳を損なう重大な行為であることを看護師ひとりひとりが意識し、高い倫理観をもって認知症患者の看護を展開する必要があることを常に意識できるような環境作りが求められる。今後もどのようにすれば不必要な身体拘束を回避できるか、最小限に留めることができるか、緊急やむを得ない場合に限ることができているかを含めた視点で看護が展開できるようなスタッフ教育に取り組んでいく必要がある。

今回の調査では、認知症患者の半数以上(55.3%)が入院中に身体拘束による行動制限を受けていたが、当院では、身体拘束の中に転倒転落を防止するための足元・離床センサーも含めているため、身体拘束の実施率が高くなったと思われる。調査前に予想していた以上に、入院中のADL低下はなかった。これに関しては、不必要な身体拘束は行っていなかったこと、早期より積極的なリハビリの実施、入院の理由となった身体疾患の回復の影響が考えられた。

## おわりに

認知症患者は、環境の急激な変化により入院中にBPSDを起こすことで、入院が長期化し、ADLが低下し、退院後の受け入れ先が少なくなり、元の療養場所に戻れない可能性がある。そこで、認知症患者が急性期病院に入院した際、ADLを現状のレベルから落とすことなく、身体疾患の可能な限りの回復を目指し、元の生活の場に速やかに戻すことを医療チームで共通認識

とする必要がある。治療が終了すれば早期にもとの場所に退院するために、入院中に認知症が悪化せず、BPSDを起こすことがない看護の提供が必要であると考え、入院中にBPSDが起きないようにするための予防的介入の検討や精神科医師との連携の必要性が示唆された。

本研究は、第16回日本認知症ケア学会大会において発表した内容を加筆修正したものである。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～資料2，  
[http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaikakuishinshitsu/02\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaikakuishinshitsu/02_1.pdf) (2015.10.22).
- 2) 橋本 衛：アルツハイマー病のBPSD-DLBとの比較 - 老年精神医学会雑誌 **24**：79-86, 2013.
- 3) 得居みのり：がん緩和ケアに応用できる認知症患者の体験の理解. 緩和ケア **25**：285-288, 2015.
- 4) 高崎絹子編著：「身体拘束ゼロ」を創る 患者・利用者のアドボカシー確立のための知識と技術. 中央法規出版, 東京, 193, 2004.

## The current state and the outcome of dementia patients in the acute hospital

Chiyomi ASAMI\*, fumie ONISHI, Mieko MORITA and Kayo NISHIDA\*\*

\*Matsuyama Red Cross Hospital

\*\*Ehime Prefectural Medical Technology University

The aim of this research is to grasp the current state and the outcome of dementia patients in the acute hospital, which creates useful material for discharge support.

We employed a cooperative survey data of diagnosis, procedure combination classification and comprehensive assessment. We selected dementia patients from all discharged patients during August 2014 and then extracted the necessary data and analyzed it. We found that there were 76 dementia patients out of 1204 discharged patients (excluding patients from obstetrics and pediatrics) during this particular period.

Their average age was 84.2 years and average length of hospital stay was 19.7 days. 36 patients (78%) out of 46 inpatients were able to return to their homes.

Few patients saw lowered-ADL (activities of daily life). Most of the patients maintained their ADL level even during the hospital stay. At the time of discharge the patients needed less assistance for transfer, walking and bowel/urine management than during their hospitalization. We should offer assistance so that dementia patients can lead a safe and secured life at the acute hospital and leave as soon as possible after the necessary treatment.

Results indicate that the patients should not exhibit BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) during their stay, maintain the present level of ADL and be well-cared for so as not to worsen their dementia.