

# 急性期病院における後期高齢入院患者の 自宅外退院の要因

山下 香苗

キーワード：後期高齢患者 自宅外退院、DPC データ、重症度、医療・看護必要度

## 1. はじめに

### 1-1. 背景

我が国の高齢化率は、急速に進んでおり、全国で 65 歳以上の人口は 2040 年を超えるまで、75 歳以上の人口は 2050 年を超えるまで増加することが推測されている<sup>4)</sup>。2020（令和 2）年の患者調査では、65 歳以上が 74.7%を占め<sup>6)</sup>、外来患者数は、2025 年頃、入院患者は 2040 年頃に最も多くなる。

また、年齢階級別受療率は、65 歳以上が最も多く、高齢者の医療需要が今後も増加することが予想される<sup>9)</sup>。生産年齢人口が減少していく中、人口構成の変化や医療及び介護需要の動向は地域ごとに異なるため、地域の実情に応じた医療・介護のありようを検討する必要性がある。

このような中、国は、2014 年に「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律」を定め、地域包括ケアシステムの構築を通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進してきた。

また、診療報酬では、2008 年、長期療養者・後期高齢者に対する「退院調整加算」が新設され、退院調整部門の設置がその要件となった。その後、2010 年には、「介護支援連携指導料」が新設され、入院中から退院後の生活に必要なサービスを患者・家族、介護支援専門員とともにケアプランを作成することが要件となった。2016 年には、「退院支援加算」に名称が変更され、関連施設との連携を図ることが求められることとなった。2018 年には、「入退院支援加算」と改称されるとともに、在宅と病院の間で高齢者のケアニーズに合ったサービスを途切れなく、かつ効率的に提供できるような体制

を整えられてきた。

これらの流れは、高齢者が病院から退院し、自宅での療養や生活を継続できることは、安心できる生活の保障と QOL (Quality of Life) 維持には欠かせない。しかし、高齢者は、基礎疾患をはじめとするさまざまな併存症を抱えていることが多く、身体機能も低下していく。このような高齢者が、急性期の症状を呈し治療のため入院した場合、その後の経過や家族背景によって自宅退院困難事例となるケースも少なくない。

今回、調査の対象とした A 医療センターは、B 府内にある主に急性期医療を提供する公的病院である。平均在院日数は、約 12.0 日 (2021 年) であり、全国における一般病床の平均在院日数 16.1 日と比較して短い、DPC 入院期間Ⅱを超える入院患者が存在する。2021 年の B 府の高齢化率は、27.7%で、2045 年には 36.2%今後も増加傾向にあり、また、介護認定率が高く、全国でも最高位にある<sup>5)</sup>。

A 医療センターには、入院する患者のうち高齢者の割合が多く、その要介護度が高いと推測される。高齢者の入退院支援が困難とされる場合がある中で、A 医療センターが急性期機能を維持するためにも退院時の患者状態をデータで予測・把握する効率的な病棟運用を行う必要がある。

A 医療センターに入院する後期高齢患者の現状や退院時の状況を概観・分析し、入退院支援における病棟での後期高齢患者へのケアや病棟運営の在り方を見出すことは、急性期医療を提供する A 医療センターにとって意義があると考えられる。

## 1-2. 高齢患者の退院に影響する要因に関する先行研究

急性期病院における退院を長期化させる要因として、緊急入院であることや認知症・薬剤管理の低下、介護者の不在 (中利ら 2014)<sup>12)</sup>といわれ、高齢患者がスムーズに自宅に退院するためには、本人の日常生活能力の維持が必要である。小松らの (2022) は、高齢内科疾患患者における日常生活活動能力に与える影響には入院中のリハビリテーション開始時期が重その因子であると明らかであると述べており<sup>7)</sup>、後期高齢患者が自宅に退院できるためには、一定レベルの日常生活能力が必要であることがわかる。

そのほかの高齢者の退院に影響する要因に関しては、疾患や領域別に研究されているものとして、三木 (2022) らは、心不全の高齢患者では、治療に安静が求められる期間があるため、高齢患者の活動に影響することが懸念されるとし、入院前の介護度や膀胱留置カテーテルの挿入の有無、移動や排泄動作の自立ができていくかであり、安静度や端座位の可能かどうかや身体抑制の有無は自宅退院の要因とされなかったと報告している<sup>14)</sup>。

また野田ら（2022）は、誤嚥性肺炎の高齢患者の自宅外退院となる要因としてADLが低下し介助が必要となった場合に、より関連があり、入院早期から理学療法士の介入によって、ADLの維持と改善に努めることを求めている。さらに、中心静脈栄養管理が必要な状態や循環、呼吸管理と合わせて褥瘡の処置が必要となった場合は、自宅外退院になる影響が強くなることが明らかとなっていた<sup>13)</sup>。

先行研究においては、高齢者が誤嚥性肺炎を患った場合には、在院日数が長期化することが問題とされてきたが、小原ら（2022）が行った入院経路別で調査では、介護施設から入院した場合は、比較的、速やかに退院することができていた。これは、介護施設からの入院では、施設が入院時から退院体制を準備されていることが多く、患者の受け入れを速やかに対応できる<sup>1)</sup>ことが推察された。このため、そのほかの入院経路であっても入院早期からの退院先での調整が行えるような連携の在り方が示唆されていた。

森脇ら（2022）による脳梗塞の患者への調査では、身体能力の低下が退院決定の要因となるが、高齢者の場合は、喀痰吸引や栄養管理さらに注射を伴う処置や呼吸管理などの医療処置があることで自宅外退院となっていることが明らかとなっていた<sup>17)</sup>。

医療依存度が高くなれば、在宅におけるサービスの新たな導入なそれに伴う関連施設などとの調整が必要となる。また、医療処置を家族が担うこととなれば、家族の負担が増えることで自宅への受け入れが困難となることが示唆されていた。このように、退院時の支援が必要となる要因に関する先行文献があり、それぞれ重要な指摘を得ることが出来る内容であった。

だが、後期高齢患者が自宅退院できる要件として、入院時の日常生活能力をいかに維持できたかに着目し、さらに、自宅外となった高齢者の退院時の身体的状態に焦点を当てたものは見当たらなかった。

### 1-3. 研究目的

A病院における後期高齢患者の退院支援の在り方の改善点を見出すことにより、自宅から入院した後期高齢患者の退院時の状態から自宅外退院となった要因を明らかにすることを目的とする。

## 2. 研究の対象と方法

### 2-1. 対象

2022年1月1日から2022年12月31日までの1年間で、A医療センターのうちD病棟およびE病棟の2病棟から退院した患者1779名を対象とした。実際に退院した2229名から調査期間に満たないため集計ができない、入退院を繰り返す患者413名、死亡退院となった37名は対象から除外した。(図1)

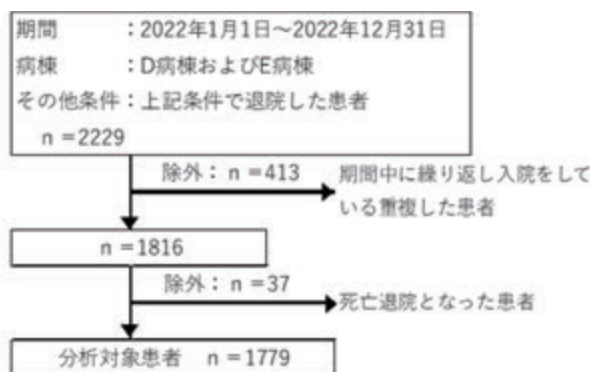


図1. 分析対象として患者の条件

### 2-2. 研究方法

診療録およびA医療センター診療情報管理室よりDPC情報を後方視的に収集した。調査項目は、様式1より患者の年齢、性別、主な診療目的、入院病名、併存疾患名とその数、入院経路、救急車による搬送の有無、救急医療の有無、手術の有無、入院時の低栄養状態の有無、退院時の低栄養状態の有無、認知症の有無、介護認定状況、退院先を収集した。

また、対象者の日々の生活状況と入院中のその変化を把握する観点から、DPCデータHファイルである重症度、医療・看護必要度データよりA項目およびB項目を収集した。

### 2-3. データ分析方法

対象者の基本属性と入退院経路別の患者の状況と割合については記述統計を行った。対象者のうち自宅から入院となった後期高齢患者が自宅外退院となった要因を把握するため重回帰分析を行った。関連する要因のうち、重症度、医療、看護必要度のB項目の入院時・退院前日の得点とその変化量、併存疾患の有無による得点とその変化量の各々の平均値についてt検定を行った。検定にはMicrosoft Excel 2019®を用い、有意

水準を5%とした。

さらに、自宅から入院し自宅外退院となった後期高齢患者については、重症度、医療・看護必要度のA・B項目に関して、その一部を抽出し、その点数の変化とともに退院時のB項目の各点数と入院時の患者の背景を個別に確認した。

## 2-3. 倫理的配慮

データの取り扱いにおいて、研究対象者を特定できる情報は削除し、研究用番号を付与した。また、研究対象者と研究用番号を結びつける対応表のファイルをパスワード管理し、インターネットに接続しないパソコンのみで取り扱った。研究の公表にあたっては、対象者が特定されないよう匿名性の保持に努めた。

さらに、A医療センターのホームページ上に「情報公開文章」を掲載し、研究対象者の意思によって拒否できる権利を保障した。

本研究実施にあたっては、兵庫県立大学大学院に設置されている倫理審査委員会の承認（承認番号：2023-17）を得た。また、A医療センターにおける看護研究倫理審査の承認（承認番号：2023-N6）を得た。

## 3. 分析結果

### 3-1. 対象の概要

#### 3-1-1. A医療センターについて

A医療センターは、B府内C市に位置する公的病院である。稼働病床数は865床（うちICU6床、CCU6床、SCU6床、TCU18床を含む）で一般病棟14棟、回復期リハビリ病棟2棟、そのほか小児病棟、産科病棟などで構成されている。一般病棟は7対1看護体制で入院基本料を算定している。

また、C市内南部を二次医療圏として、救急搬送を含む救急診療科受け入れ件数約1500件（3次救急を含む）、年間手術件数は約5557件、紹介率102.8%、初診率9.5%、年間平均病床稼働率は75.7%（いずれも2022年実績）である。急性期医療を担うとともに高度専門医療を提供するため36診療科を有し、院内で多領域の診療科と連携し複雑化する患者の診断・治療にあたっている。

その他、がん診療連携、地域医療支援、難病医療の拠点病院としその役割を果たし、医療の継続性のための地域医療連携センターを設置し地域関連施設との連携強化を図っている。

### 3-1-2. 対象の2病棟について

今回、A医療センター内のD病棟とE病棟の2病棟を対象とした。D病棟は主に消化器内科の患者を受け入れる46床の病棟で、年度平均の病床稼働率86.7%（2022年）。E病棟は、主に耳鼻咽喉・頭頸部外科、救急診療科の患者を受け入れる45床の病棟で、年度平均の病床稼働率88.1%（2022年）である。

### 3-1-3. 対象者の属性

対象患者は、1779名であった。年齢階層別の比較では、39歳以下は159名（8.94%）であるのに対し、75歳以上は728名（40.92%）と年齢階層が上がるにつれて患者の人数割合が増加していることがわかった。また、救急搬送で来院する患者は、39歳以下は58名（3.26%）が75歳以上では158名（8.88%）であった。自宅から入院では39歳以下は147名（8.26%）が75歳以上では667名（37.49%）と時に救急医療が必要とし入院するものの割合も年齢が上昇とともに増加していた（表1）。

表1. 対象者の属性

	～39歳	40～60歳	60～74歳	75歳以上
人数 n (%)	159 (8.94)	336 (18.89)	556 (31.25)	728 (40.92)
救急医療のあり n (%)	58 (3.26)	98 (5.51)	154 (8.66)	324 (18.21)
救急搬送のあり n (%)	26 (1.46)	52 (2.92)	68 (3.82)	158 (8.88)
自宅からの入院 n (%)	147 (8.26)	313 (17.59)	531 (29.85)	667 (37.49)

### 3-2. 自宅から入院し自宅外退院となった患者の年齢階層別にみた要因

表2は、自宅から入院した患者1658人（93.2%）のうち、自宅外退院となった患者115人（6.9%）を対象とした。年齢階層毎にみた自宅外退院となる割合は、39歳以下は2名（1.36%）であるが、75歳以上は70名（11.72%）と年齢が上がるごとに上昇していることがわかった（表2）。

表2. 自宅から入院した患者が自宅外退院となった患者数とその割合

	～39歳	40～59歳	60～74歳	75歳以上
人数 n (%)	2 (1.36)	10 (3.19)	33 (6.66)	70 (11.72)



同様にどの年齢階層においても、緊急入院である割合が高く、また、患者の半数は救急搬送されていた。さらに、救急入院であった患者と入院中に手術を受けた患者は1名を除いて同じ患者であった。75歳以上で入院中に廃用症候群の診断を受けた患者は31.43%であった（表3）。

表3. 自宅から入院した患者が自宅外退院となった患者の各項目の割合

		～39歳 n = 2	40～59歳 n = 10	60～74歳 n = 33	75歳以上 n = 70
入院時	緊急入院 n (%)	2 (100.00)	8 (80.00)	30 (90.90)	63 (90.00)
	救急搬送の有無 n (%)	2 (100.00)	6 (60.00)	17 (51.15)	40 (57.14)
	低栄養状態あり n (%)	1 (50.00)	2 (20.00)	11 (33.33)	28 (40.00)
	嚥下障害あり n (%)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
	認知機能低下あり n (%)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (6.06)	29 (41.14)
	介護認定あり n (%)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (9.09)	3 (4.28)
入院中	手術あり n (%)	1 (50.00)	6 (60.00)	17 (51.15)	40 (57.14)
	認知症診断 n (%)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.03)	2 (2.86)
	廃用性症候群診断 n (%)	1 (50.00)	2 (20.00)	7 (21.21)	22 (31.43)
	うつ病（状態）の診断	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.03)	1 (1.43)
	せん妄あり n (%)	1 (50.00)	0 (0.00)	1 (3.03)	2 (2.86)
	退院時	治癒・軽快 n (%)	2 (100.0)	5 (50.0)	23 (69.7)
退院時	低栄養状態あり n (%)	0 (0.00)	1 (10.00)	11 (33.33)	22 (31.43)
	嚥下障害あり n (%)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

年齢層別に自宅から入院した患者の退院先をみた結果では、60歳以上より施設の選択をされており、75歳以上後期高齢患者では、自宅外での退院先として、転院が67名（10.04%）、施設が3名（0.45%）であることがわかった（図2）。

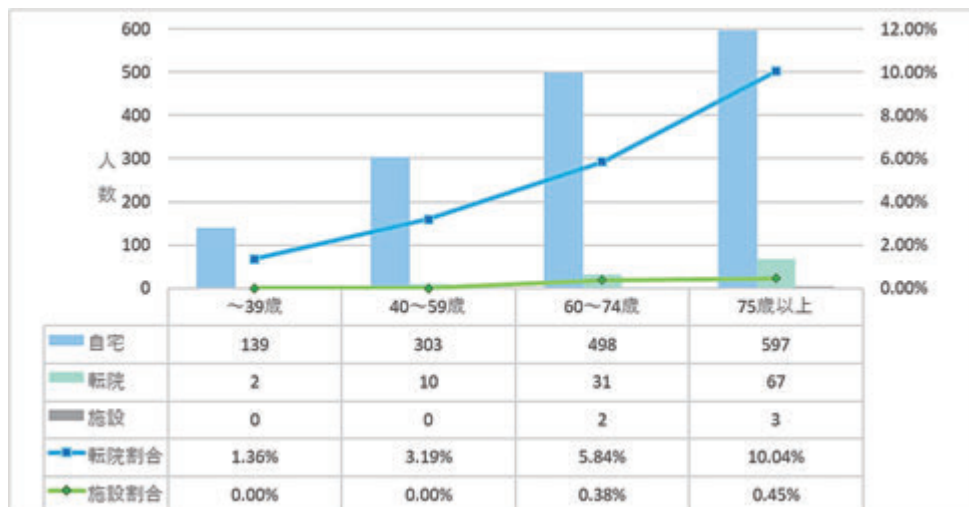


図 2. 入院経路が自宅からであった患者の退院先

### 3-3. 後期高齢患者が自宅外退院となった要因

自宅から入院した後期高齢患者が自宅外退院となった関連要因を検討するために、自宅外退院を目的変数とし、救急医療の有無、入退院時の B 項目の各得点、前回入院の有無、認知症の有無、介護度申請の有無（要介護度）、低栄養の有無（退院時）を説明変数として重回帰分析を行った（表 4）。

決定係数が  $R^2 = .245$  と R 値が低いため、有意な差のある 3 つの説明変数にし、再度、重回帰分析したところ、決定係数  $R^2 = .320$  と上がった。さらに 有意な差のある説明変数の各々の項目の相関係数の確認をし、相関係数が  $r = .302$  と高く見られた低栄養の有無と緊急医療のうち、低栄養の有無と目的変数の退院先とで重回帰分析を行った結果 R 値が上がらなかったため、説明変数同士に共線性がないことが確認でき、このことから決定係数は、 $R^2 = .245$  であるが、今回このモデルを採用した。救急医療の有無、退院時の B 項目の得点、前回入院の有無、退院時の低栄養状態が  $p < 0.05$  となっており、その有無によって有意な差が得られていた。



表 4. 自宅外退院となった後期高齢患者に影響を及ぼしている要因（回帰分析）

	推定値	標準誤差	t 値	P 値	95%信頼区間	
					下限 95%	上限 95%
救急医療の有無	0.100	0.026	3.852	0.000	0.049	0.151
B項目（入院時）	0.009	0.005	1.905	0.057	0.000	0.019
B項目（退院前日）	0.033	0.004	7.850	0.000	0.025	0.042
前回入院の有無	-0.090	0.024	-3.811	0.000	-0.137	-0.044
認知機能低下の有無	-0.003	0.025	-0.130	0.896	-0.052	0.045
要介護度	-0.057	0.038	-1.514	0.130	-0.131	0.017
低栄養の有無（退院時）	0.124	0.037	3.323	0.001	0.051	0.198
観測値	667					
自由度調整済み決定係数	0.2456					
F統計量	0.0000					
自由度（7.0）						

### 3-4. 後期高齢患者の B 項目得点の変化

B 項目の得点が、年齢階層や入経路や退院先によって影響を受けているかを検討するために、各々の B 項目得点の平均値を比較した。

退院時の得点については、退院日では、評価をしない場合があるため、退院前日の数値を用いた。まず、入院経路を問わず全体の得点を確認した。入院時の B 項目は、40～59 歳 (1.943)、60～74 歳 (2.311)、75 歳以上 (3.389)、退院時では、40～59 歳 (1.211)、60～74 歳 (1.447)、75 歳以上 (3.096) であった。入院から退院での変化量では、40～59 歳 (1)、60～74 歳 (2.311)、75 歳以上 (3.389)、年齢階層が上がるにつれて点数が増加していた (図 3)。

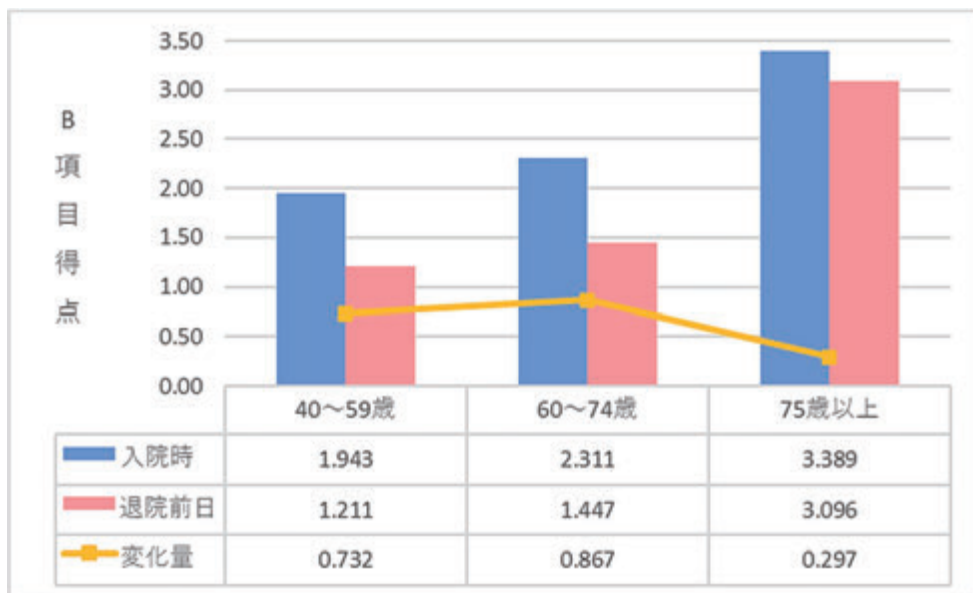


図 3. 年齢階層別の B 項目得点の変化とその比較

次に、入院経路別に各年齢別で B 得点の平均値を比較した。まず入院時の B 項目の得点は、自宅から入院し自宅へ退院した患者では、40～59 歳 (1.54)、60～74 歳 (1.91)、75 歳以上 (2.848) であるのに対し自宅から入院し自宅外退院となった患者では、40～59 歳 (4.90)、60～74 歳 (5.30)、75 歳以上 (5.61) であった。

退院前日の B 項目得点は、自宅から入院し自宅へ退院した患者では、40～59 歳 (0.90)、60～74 歳 (1.08)、75 歳以上 (2.48) であるのに対し自宅から入院し自宅外退院となった患者では、40～59 歳 (3.60)、60～74 歳 (5.21)、75 歳以上 (6.07) であった。

いずれの場合も、入退院の経路に関わらず、得点が増加していた。変化量に関して、自宅から入院し自宅外となった 75 歳以上の後期高齢患者では、変化量が  $-0.46$  とマイナスに転じており、入院中の ADL は低下していた。(表 5)。

表 5. 各年齢階層別 B 項目得点の入退院の平均値比較

	75歳以上			60～74歳			40～59歳		
	入院時	退院前日	変化量	入院時	退院前日	変化量	入院時	退院前日	変化量
自宅→自宅	2.85	2.48	0.38	1.91	1.08	0.84	1.54	0.90	0.64
自宅→自宅外	5.61	6.07	-0.46	5.30	5.21	0.09	4.90	3.60	1.30
自宅外→自宅外	6.57	6.91	-0.34	7.10	6.50	0.60	8.00	8.00	0.00

入院時・退院時の B 項目得点の平均値を比較し、75 歳以上の後期高齢患者の入退院経路別とその下の年齢階層である 60～74 歳とで各々の平均値について t 検定を行った。その結果、75 歳以上の年齢階層の自宅退院と自宅外退院との B 項目の得点が、入院時  $t(86) = 8.54$ 、 $p < .05$  退院前日  $t(78) = 8.93$ 、 $p < .05$  となり、退院先による有意差があった (表 6)。年齢階層の 60～74 歳との間には、入院退院時の B 項目の得点には有意な差はなかった。

表 6. 入院時・退院前日の B 項目得点の比較

	後期高齢患者の入院時		後期高齢患者の退院前日		自宅外退院患者の入院時		自宅外退院患者の退院前日	
	自宅退院	自宅外退院	自宅退院	自宅外退院	60～74歳	75歳以上	60～74歳	75歳以上
平均	2.8476	5.6143	2.4765	6.0714	5.6143	5.3030	6.0714	5.2121
分散	6.4750	6.5882	5.6583	10.6760	6.5882	7.3428	10.6760	11.7348
n	597	70	596	70	70	33	70	33
自由度	86.0000		78.0000		60.0000		60.0000	
t 値	-8.5398		-8.9314		0.5532		1.2055	
p 値	0.0000		0.0000		0.5822		0.2327	

今回の対象患者のうち、この入院で治療を必要とする主病名以外に併存疾患を有している患者は、対象者 1779 名のうち 1605 名 (90.21%) であった。

75 歳以上の後期高齢患者では、688 名 (94.50%) であった。そのうち入院経路が自宅でありながら自宅外退院となった後期高齢患者 70 名のうち、69 名 (98.57%) が併存疾患を有していた。

併存疾患の有無が、B 項目得点に影響しているかどうかを検討するため、自宅退院の場合の B 項目得点 (表 7) 自宅外退院の場合の B 項目得点 (表 8) の各々の項目の平均値を確認した。

表 7. 75 歳以上 併存疾患の数の違いによる B 項目平均点数比較 (退院先: 自宅)

	入院時	退院前日	変化量
併存疾患なし (n=37)	2.132	2.289	-0.158
併存疾患1つ (n=76)	1.870	1.948	-0.078
併存疾患2つ以上 (n=481)	3.060	2.564	0.496

表 8. 75 歳以上 併存疾患の数の違いによる B 項目平均点数比較（退院先：自宅外）

	入院時	退院前日	変化量
併存疾患なし(n=1)	7.000	9.000	-2.000
併存疾患1つ(n=2)	7.000	6.500	0.500
併存疾患2つ(n=67)	5.552	6.015	-0.463

併存疾患の 2 つ以上ある患者の変化量は、自宅外退院である場合にマイナスに転じていることから、自宅退院と自宅外退院との変化量の平均値に差を確認するために t 検定を行った（表 9）。

その結果、両条件の B 項目の変化量の平均値に有意な差がみられた（ $t(79) = 2.12$ 、 $p < .05$ ）。

表 9. 併存疾患 2 つ以上ある後期高齢患者 B 項目の比較

	B項目変化量	
	自宅→自宅	自宅→自宅外
平均	0.496	-0.463
分散	8.687	12.495
n	482	67
自由度	79.000	
t 値	2.120	
p 値	0.037	

## 4. 考察

### 4-1. 後期高齢患者が自宅外退院に関する問題

#### 4-1-1. 在院日数の制限

今回の調査対象は、高度救命救急センターを有する急性期病院の患者である。表3より対象患者の75歳以上の後期高齢患者の約57%が救急搬送であり、また、ほとんどが予定外入院で緊急医療を必要としていた。

普段は、高齢者の多くを診療所の医師や訪問診療医が診療を行っている。この場合、症状が悪化し、急変した場合、診療所や訪問診療での医療に限界があるため、救急搬送することになる（長谷川 2020）<sup>15)</sup>。救急搬送で来院となった場合、診察に当たる医療スタッフは、患者の情報が限られた中で診察を行わなければならない。そして、同じく看護師も緊急入院を受ける時は、患者がもともと有している能力や療養生活への情報が乏しい中でケアにあたるために、緊急入院となった後期高齢患者への最適なケア提供は遅れる可能性がある。

今回の対象の自宅外退院となった後期高齢患者70名のうち、69名（98.57%）が、複数の疾患を抱えた状態（以下、Multimorbidity）であった。Multimorbidity患者は、生理的な身体機能の低下から予備力や回復力の低下などの問題が生じている<sup>3)</sup>。さらに、一般的な病気の徴候に当てはまらない場合も多く診断を困難にさせている。

急性期病院は、在院日数によって診療報酬に大きな影響があるため、対応できる期間に限りがある。現在の急性期（一般1）病床の平均在院日数は、13日である。この結果、複雑な身体症状を呈するMultimorbidityの高齢患者が急性期病院でケアを完結させることは困難となっているため、入院早期から速やかに最適なケアが提供できる体制を整備することが必要となっている。

#### 4-1-2. 後期高齢患者の入院後の身体的変化

重症度、医療・看護必要度は、入院患者に提供されるべき看護の必要量を推定するマネジメントツールである。そのうちのB項目は、患者の生活機能を営むに必要な身体状態を示す項目で構成されており、入院中のB項目の得点の変化によって、患者のADLを把握することができる。年齢によるB項目の得点は、表6に示されたように有意差は見られなかったものの、年齢が上がるほど入院時のB項目の得点が高くなる傾向にあった。

また、後期高齢患者は、入院時から退院時にかけてのB項目得点の変化量が図3に示すように0.297と乏しい。表5で後期高齢者が自宅外退院となった場合のB項目得

点が退院時に上昇しており、さらに、表9では、2つ以上の併存症を有する多疾患併存状態ある場合、自宅退院となった後期高齢患者と比してB項目の得点が明らかに上昇していた。表3では、自宅外退院となった後期高齢患者の約31.4%が、入院中に廃用症候群と診断されていた。

以上の結果からは、入院中に身体状態の低下を認め、入院前の身体状態に戻りにくいという問題を抱えていたと考えられる。

自宅外退院となった後期高齢患者の約90%は緊急医療を必要とする状態であった。今回の対象においては、表3に示したように、約50%以上が救急搬送で、かつ手術を必要としていた。

手術を受けた場合、認知症高齢患者も認知症でない高齢者であっても、身体行動抑制に伴い精神機能（意欲）の低下を認めることが明らかにされ（片山ら2019）<sup>2)</sup>、今回の調査対象となった後期高齢患者においても、入院中に認知機能や精神機能の低下という問題を有していたことが推察される。

自宅外退院となった後期高齢患者の場合も、B項目の得点が高いことに加え、表3に示されたよう、低栄養状態（40%）や、認知症機能の低下（約41.1%）がみられた。

フレイルとは、高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念<sup>20)</sup>とされている。今回の対象となった後期高齢患者においてもフレイルを有した患者が含まれていたと予想される。

## 5. 後期高齢患者の入院中に必要となるケアのあり方

### 5-1. 早期のケアプラン作成

Multimorbidityにある高齢者は、診断、治療に時間がかかる場合もあり、入院期間が延長の要因の一つになりうる。入院期間が延びると、後期高齢者の身体状態に影響するため、入院早期から身体状態悪化を予防するケアが必要である。山口(2018)<sup>19)</sup>が、急性期病院ではフレイルを有する高齢入院患者は多く（中略）運動機能、精神心理面、口腔機能、社会参加といった多面的な評価や介入が必要であると述べているように、病棟看護師には、疾患や症状の経過だけでないケアの視点が求められる。

重症度、医療・看護必要度B項目の評価は、入院すると必ず行われる。時間が限られる緊急入院時は、もともとの生活状況や患者の身体状態などの情報が少ない。また、ほ



かの指標による評価も困難であるため、緊急入院時の患者の身体状態把握には、B項目得点による把握がしやすい。

この入院時に評価した B 項目得点と Multimorbidity 状態の後期高齢者であることは、入院時の検査結果と合わせて自宅外退院となる可能性を予測する因子となると考えられる。しかし、現在、B項目の得点は評価するものの活用までには至っていない。

そこで、本研究では自宅外退院の平均値を基準として予測因子とし、身体機能の悪化を予防するためのケアプランが必要と考えた。

### 5-1-1. リハビリテーションとの連携

患者のケア実践には、多職種とその専門性を合わせた協働が必要である。今回の調査における B 項目得点からは、自宅外退院となった後期高齢患者で、ADL は低下していた。すでに専従理学療法士の実践が必要性の相談などの実践が ADL 低下予防の効果があることが明らかにされており（篠原ら 2019）<sup>9)</sup>、近藤ら（2020）<sup>7)</sup>によっても、高齢患者へのリハビリテーション導入の必要性が述べられている。ケアプランの立案には、リハビリテーション部門からの早期介入が重要である。

### 5-1-2. 認知症高齢者への対応

自宅外退院となっている後期高齢患者の約 41.1%に認知機能の低下がみられていた。急性期病院における認知症高齢者の看護の現状として、情報把握の困難さや認知症看護への知識不足から適切に患者と家族に対応できていないこと、身体拘束が容認されてしまうことや、治療上の課題解決において本人不在の対応となっていることが明らかとされている（正木 2017）<sup>15)</sup>。

認知症の診断はなくとも、入院環境などのストレスがフレイルを助長するような状況にあって、入院中の後期高齢患者の認知機能は一時的な低下が予測される。しかし、認知機能は高齢者が自宅療養するための能力の一つである、入院環境が認知機能の低下に影響を与えないよう、少なくとも、看護師には、認知症の知識やケア技術を持つことが必要である。認知症看護に関わる知識と技術を系統的に学べるセミナーの企画、実施することが考えられる

## 5-2. 後期高齢患者を地域につなぐための急性期病院における看護師の役割

Multimorbidity にある高齢患者は、再び症状の悪化に伴い緊急入院を必要とする可能性が高い。地域包括ケアシステム構築の中で、急性期病院は、地域の関連施設との連

携は、後期高齢患者が急性期治療を終えた後にスムーズに元の生活にもどるための支援が重要である。病院には、同じ施設内に様々な専門職が在籍している。後期高齢患者が入院すれば、急性期治療が奏功するよう協働を進めているが、地域との連携における急性期病院の役割として、入院によりさまざまな身体機能が低下した後期高齢患者が、可能な限りその身体機能を回復させて退院できるように支援することと、その情報共有を強化することと考える。それを実践するためには、院内の多職種協働を考える必要がある。

看護師は、患者のケアを充実させるための多職種協働においては、その調整の役割を担う。まず、看護師間において考えると、患者の状態をより正確に把握するため、ADL の評価となる B 項目評価の精度を上げるよう監査制度の頻度を増やす。

次に、自宅外退院の予測因子をもとに、ケアプランを立てるが、その際は、より専門的知識や技術をもった看護師（専門看護師や認定看護師）に相談し、より個別的なプランと介入方法の検討・実施を行う。しかし、専門看護師、認定看護師は、その専門性は、細分化し領域毎に異なり、活動方法も専従や専任、病棟配置などさまざまで、一部のスタッフには患者の状態に見合った相談対象を選択できない可能性がある。そのため、専門看護師・認定看護師は、能動的に緊急入院した後期高齢患者の予測因子を把握する役割を持つ必要がある。

相談を受けなくても対象の患者のもとにいき、プランを立案する。プランを立案すれば、その病棟の定例カンファレンスで病棟看護師にプラン共有、必要に応じて教育を行う。病棟に配置されていない看護職以外の専門職については、B 項目の評価においてはリハビリテーションと、検査内容によって、栄養士や薬剤師との連携を図る必要があるが、予測因子のスクリーニングツールを作成し活用することが考えられる。この予測因子のスクリーニングは入院後 24 時間以内に行い、カルテ記録に残しこれを他の専門職が随時確認する。必要な患者には、すぐにカンファレンスを行うとともに、直接、患者への介入について、各々のプランに対する役割を明確にする。

地域との連携には、後期高齢患者の情報の共有が必須である。しかし、急性期病院において、緊急入院してきた患者の情報収集は困難なことも少なくない。特に、高齢者は独居であることが多く、家族が近くにいながらもその協力が得られにくかったりする。また、老々介護であることから家族機能が脆弱であるケースも認められる。このため、刻々と身体機能が低下する中での療養生活をどのように営んでいるのかを把握しづらいこともある。

地域から送られてくる情報をみると、介護現場でとらえる情報やケアのバリエーシ

ョンと医療現場のそれとの違いがあり、理解しづらい状況となることも少なくない。おそらく、介護現場でも病院からの情報の差を感じている可能性は高いことから、後期高齢患者を支える地域の関連施設のスタッフとの情報共有や、その方法を検討するにあたっては、共有のツールの作成が必要と考える。

## 謝辞

本稿をまとめるにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究所 筒井孝子教授、小山秀夫特任教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授に熱心かつ丁寧にご指導賜り、深く感謝申し上げます。また、兵庫県立大学大学院社会科学研究所専門職課程の医療・介護マネジメントコースでご教授いただきました教員、講師の先生、そして同期の皆様方には多くのご支援と温かく励まして頂きましたことを重ねて御礼申し上げます。最後になりますが、多大なご支援を頂きました職場のみなさまと家族にこの場を借りて心より感謝申し上げます。

## 引用文献（引用ホームページを含む）

- [1]小原仁 本野勝巳(2022)「高齢者誤嚥性肺炎患者における入退院経路と在院日数の定量分析：複数施設のDPCデータを用いた探索的研究」『診療情報管理』第34巻2号
- [2]片山喜久美 陶山啓子(2019)「急性期病院で手術を受ける認知症高齢者の生活機能の変化に関連する要因」『愛媛大学看護研究雑誌』第1巻、33-44
- [3]公益財団法人長寿科学振興財団 健康長寿ネット 高齢者の身体的特徴  
<https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/kenkou-undou/shintaiteki-tokucho.html> (令和5年8月16日アクセス)
- [4]厚生労働省 医療介護総合確保の推進について  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000115628.pdf> (令和5年6月7日アクセス)
- [5]厚生労働省 医療介護総合確保促進法に基づく令和3年度大阪府地域医療介護総合確保計画  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000199985\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000199985_00005.html)  
(令和5年6月7日アクセス)
- [6]厚生労働省 令和2年患者調査の概況  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/index.html>

(令和5年6月7日)

- [7]小松琢磨(2022)「高齢内科疾患患者における日常生活能力が自宅外の可否への与える影響」『The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine』59巻2号、209-216
- [8]近藤圭太 山北喜久 玉井宏明 岡崎誉(2020)「緊急入院した超高齢者に対する早期リハビリテーションの効果 —当院救命救急センター救急車搬送患者での検討—」『日本臨床救急医学会誌』第23巻、735-40
- [9]財務省 財政制度など審議会 資料1-2 急性期医療提供体制 医療がもたらす「医療の質」と「医療費」への影響  
[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia20211011/07.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20211011/07.pdf)(令和5年8月16日アクセス)
- [10]篠原智行 土田奈生子 山根達也 新藤香那子 大谷知浩 石井大祐(2019)「入院中の日常生活動作能力低下の原因分析 —ADL維持向上等体制加算算定病棟におけるコホート研究—」『理学療法科学』第34巻5号、645-651。
- [11]内閣府 令和4年度版高齢社会白書(全体版)  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/04pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/04pdf_index.html)  
(令和5年6月8日アクセス)
- [12]中利美保 東野紗綾佳 西田知子 西島道子 山田しのぶ 井上裕美子(2014)「急性期病院において入院を長期化させる要因の検討」『愛仁会医学研究誌』第46巻、7-9。
- [13]野田京花 森脇睦子 額賀みのり 佐々木美樹 山内和志 林田賢史 緒方泰子(2022)「自宅から入院した高齢患者の自宅外退院する要因の検討：誤嚥性肺炎を例に」『日本医療・病院管理学会誌』第59巻3号、35-45。
- [14]三枝貴子 船木泉佳 三河明恵 新小倉美緒(2021)「高齢心不全患者のスムーズな自宅退院の要因を探る」『第51回日本看護学会論文集 急性期看護・慢性期看護』157-160。
- [15]長谷川 浩(2020)「高齢者の救急診療トピックス 1. 高齢者の救急医療について」『日本老年学会誌』第57巻2号。
- [16]正木治恵 北川公子 湯浅美千代 百瀬千代 山田律子 堀内ふき(2017)「急性期病院において認知症高齢者を擁護する日本老年看護学会の立場表明 2016の作成過程」『老年看護学』第22号1巻、5-9。

- [17]森脇睦子 額賀みのり 野田京花 佐々木美樹 林田賢史 緒方泰子(2022)「脳梗塞で自宅から入院した高齢患者における、自宅外退院に影響する要因の検討—DPCデータを用いた後方視的分析—」『日本医療マネジメント学会雑誌』第23巻3号、136-143。
- [18]山口 晃樹(2018)「急性期病院におけるフレイルを有する高齢入院患者の特徴」『日本老年医学会誌』第55号、124—130。
- [19]日本老年医学会(2014)「フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント」。

### 参考文献

- [1]上村久子(2020)『重症度、医療・看護必要度データ分析の活用・改善』日総研出版。
- [2]嶋森好子 筒井孝子(2018)『看護必要度データから始まる臨床看護マネジメント—医療機関における患者評価と体制の整備—』サイオ出版。
- [3]筒井孝子(2020)『看護必要度 第8版』日本看護協会出版会。
- [4]筒井孝子(2019)『地域包括ケアシステムの深化 integrated care 理論を用いたチェンジマネジメント』中央法規。

## 参考資料

### 資料 1. 自宅から入院し自宅外退院となった後期高齢患者 重症度、医療・看護必要度

#### A項目およびB項目得点の推移（一部抜粋）

【凡例】 ■ A項目（一般） ■ B項目（ハイケア） —■— B項目

入院時の状況	A項目およびB項目得点	退院時のB項目別の得点
介護認定状況		寝返り
なし		移乗
併存疾患の有無		口腔清潔
あり		食事摂取
2つ以上の多疾患併存		衣服着脱
あり		診療・看護上の指示が通じる
認知機能の低下		危険行動
なし		0
栄養状態の低下		1
なし		1
救急搬送		2
あり		2
介護認定状況		寝返り
なし		移乗
他疾患併存の有無		口腔清潔
あり		食事摂取
2つ以上の多疾患併存		衣服着脱
あり		診療・看護上の指示が通じる
認知機能の低下		危険行動
なし		0
栄養状態の低下		0
なし		0
救急搬送		0
あり		0
介護認定状況		寝返り
なし		移乗
他疾患併存の有無		口腔清潔
あり		食事摂取
2つ以上の多疾患併存		衣服着脱
あり		診療・看護上の指示が通じる
認知機能の低下		危険行動
なし		2
栄養状態の低下		2
あり		2
救急搬送		2
あり		2
介護認定状況		寝返り
なし		移乗
他疾患併存の有無		口腔清潔
あり		食事摂取
2つ以上の多疾患併存		衣服着脱
あり		診療・看護上の指示が通じる
認知機能の低下		危険行動
あり		0
栄養状態の低下		1
なし		1
救急搬送		2
なし		2
介護認定状況		寝返り
なし		移乗
他疾患併存の有無		口腔清潔
あり		食事摂取
2つ以上の多疾患併存		衣服着脱
あり		診療・看護上の指示が通じる
認知機能の低下		危険行動
あり		0
栄養状態の低下		0
あり		0
救急搬送		0
あり		0



患者6	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	2	
	なし				移乗	2	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存	あり			食事摂取	2	
	認知機能の低下	あり			衣服着脱	2	
	栄養状態の低下	あり			診療・療養上の指示が通じる	1	
救急搬送	あり			危険行動	0		
患者7	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	2	
	なし				移乗	0	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存	あり			食事摂取	2	
	認知機能の低下	なし			衣服着脱	2	
	栄養状態の低下	あり			診療・療養上の指示が通じる	1	
救急搬送	なし			危険行動	0		
患者8	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	0	
	なし				移乗	0	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	0	
	2つ以上の多疾患併存	あり			食事摂取	0	
	認知機能の低下	なし			衣服着脱	0	
	栄養状態の低下	なし			診療・療養上の指示が通じる	0	
救急搬送	なし			危険行動	0		
患者9	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	1	
	なし				移乗	2	
	他疾患併存有無	なし			口腔清潔	0	
	2つ以上の多疾患併存	あり			食事摂取	1	
	認知機能の低下	なし			衣服着脱	0	
	栄養状態の低下	あり			診療・療養上の指示が通じる	1	
救急搬送	あり			危険行動	0		
患者10	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	1	
	なし				移乗	2	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存	あり			食事摂取	2	
	認知機能の低下	あり			衣服着脱	2	
	栄養状態の低下	あり			診療・療養上の指示が通じる	0	
救急搬送	あり			危険行動	0		
患者11	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	2	
	なし				移乗	0	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存	あり			食事摂取	0	
	認知機能の低下	なし			衣服着脱	2	
	栄養状態の低下	あり			診療・療養上の指示が通じる	0	
救急搬送	あり			危険行動	0		

患者12	介護認定状況		寝返り	1	
	なし		移乗	1	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	1
	認知機能の低下		なし	衣服着脱	1
	栄養状態の低下		あり	診療・療養上の指示が通じる	0
救急搬送	あり	危険行動	0		
患者13	介護認定状況		寝返り	0	
	なし		移乗	0	
	他疾患併存有無		なし	口腔清潔	0
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	0
	認知機能の低下		なし	衣服着脱	0
	栄養状態の低下		あり	診療・療養上の指示が通じる	0
救急搬送	なし	危険行動	0		
患者14	介護認定状況		寝返り	1	
	なし		移乗	1	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	0
	認知機能の低下		あり	衣服着脱	2
	栄養状態の低下		なし	診療・療養上の指示が通じる	0
救急搬送	あり	危険行動	0		
患者15	介護認定状況		寝返り	1	
	なし		移乗	1	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	0
	認知機能の低下		なし	衣服着脱	2
	栄養状態の低下		なし	診療・療養上の指示が通じる	0
救急搬送	あり	危険行動	0		
患者16	介護認定状況		寝返り	1	
	なし		移乗	2	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	1
	認知機能の低下		なし	衣服着脱	2
	栄養状態の低下		あり	診療・療養上の指示が通じる	0
救急搬送	なし	危険行動	0		
患者17	介護認定状況		寝返り	2	
	なし		移乗	0	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	2
	認知機能の低下		なし	衣服着脱	2
	栄養状態の低下		あり	診療・療養上の指示が通じる	0
救急搬送	なし	危険行動	0		

患者18	介護認定状況		寝返り	2	
	なし		移乗	2	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	1
	認知機能の低下		なし	衣服着脱	1
	栄養状態の低下		あり	診療・療養上の指示が通じる	1
	救急搬送		あり	危険行動	0
患者19	介護認定状況		寝返り	2	
	なし		移乗	0	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	2
	認知機能の低下		なし	衣服着脱	2
	栄養状態の低下		あり	診療・療養上の指示が通じる	0
	救急搬送		あり	危険行動	0
患者20	介護認定状況		寝返り	1	
	なし		移乗	0	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	0
	認知機能の低下		あり	衣服着脱	2
	栄養状態の低下		なし	診療・療養上の指示が通じる	0
	救急搬送		あり	危険行動	0
患者21	介護認定状況		寝返り	0	
	なし		移乗	0	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	1
	認知機能の低下		あり	衣服着脱	1
	栄養状態の低下		なし	診療・療養上の指示が通じる	0
	救急搬送		なし	危険行動	0
患者22	介護認定状況		寝返り	2	
	なし		移乗	2	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	1
	認知機能の低下		あり	衣服着脱	2
	栄養状態の低下		なし	診療・療養上の指示が通じる	0
	救急搬送		あり	危険行動	0
患者23	介護認定状況		寝返り	1	
	なし		移乗	1	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	1
	認知機能の低下		あり	衣服着脱	2
	栄養状態の低下		なし	診療・療養上の指示が通じる	0
	救急搬送		あり	危険行動	0

患者 24	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	1	
	なし				移乗	0	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存	あり			食事摂取	1	
	認知機能の低下	なし			衣服着脱	1	
	栄養状態の低下	あり			診療・療養上の指示が通じる	0	
	救急搬送	あり			危険行動	0	
患者 25	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	2	
	なし				移乗	1	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存	あり			食事摂取	1	
	認知機能の低下	なし			衣服着脱	0	
	栄養状態の低下	なし			診療・療養上の指示が通じる	0	
	救急搬送	あり			危険行動	1	
患者 26	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	1	
	なし				移乗	1	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	0	
	2つ以上の多疾患併存	あり			食事摂取	1	
	認知機能の低下	あり			衣服着脱	1	
	栄養状態の低下	なし			診療・療養上の指示が通じる	0	
	救急搬送	なし			危険行動	1	
患者 27	介護認定状況	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0			寝返り	0	
	なし				移乗	0	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存	あり			食事摂取	0	
	認知機能の低下	なし			衣服着脱	0	
	栄養状態の低下	あり			診療・療養上の指示が通じる	0	
	救急搬送	あり			危険行動	1	
患者 28	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	2	
	なし				移乗	2	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存	あり			食事摂取	2	
	認知機能の低下	なし			衣服着脱	2	
	栄養状態の低下	あり			診療・療養上の指示が通じる	1	
	救急搬送	なし			危険行動	0	
患者 29	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	2	
	なし				移乗	2	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存	あり			食事摂取	2	
	認知機能の低下	あり			衣服着脱	2	
	栄養状態の低下	あり			診療・療養上の指示が通じる	1	
	救急搬送	あり			危険行動	2	

患者 30	介護認定状況		寝返り	2	
	なし		移乗	2	
	他疾患併存有無		なし	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		なし	食事摂取	0
	認知機能の低下		なし	衣服着脱	0
	栄養状態の低下		なし	診療・療養上の指示が通じる	0
救急搬送	なし	危険行動	0		
患者 31	介護認定状況		寝返り	1	
	なし		移乗	1	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	0
	認知機能の低下		あり	衣服着脱	2
	栄養状態の低下		なし	診療・療養上の指示が通じる	1
救急搬送	なし	危険行動	0		
患者 32	介護認定状況		寝返り	2	
	なし		移乗	2	
	他疾患併存有無		なし	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	2
	認知機能の低下		なし	衣服着脱	2
	栄養状態の低下		なし	診療・療養上の指示が通じる	0
救急搬送	なし	危険行動	0		
患者 33	介護認定状況		寝返り	1	
	なし		移乗	2	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	2
	認知機能の低下		なし	衣服着脱	2
	栄養状態の低下		あり	診療・療養上の指示が通じる	0
救急搬送	なし	危険行動	0		
患者 34	介護認定状況		寝返り	2	
	なし		移乗	2	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	1
	認知機能の低下		なし	衣服着脱	1
	栄養状態の低下		なし	診療・療養上の指示が通じる	0
救急搬送	なし	危険行動	0		
患者 35	介護認定状況		寝返り	1	
	なし		移乗	1	
	他疾患併存有無		あり	口腔清潔	1
	2つ以上の多疾患併存		あり	食事摂取	1
	認知機能の低下		なし	衣服着脱	1
	栄養状態の低下		なし	診療・療養上の指示が通じる	0
救急搬送	あり	危険行動	0		

患者 36	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	0	
	なし				移乗	1	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	0	
	2つ以上の多疾患併存認知機能の低下	あり			食事摂取	2	
	栄養状態の低下	なし			衣服着脱	0	
	救急搬送	なし			診療・療養上の指示が通じる	0	
		なし			危険行動	0	
患者 37	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	2	
	なし				移乗	2	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存認知機能の低下	あり			食事摂取	2	
	栄養状態の低下	あり			衣服着脱	2	
	救急搬送	なし			診療・療養上の指示が通じる	1	
		なし			危険行動	0	
患者 38	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	1	
	なし				移乗	0	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存認知機能の低下	あり			食事摂取	2	
	栄養状態の低下	なし			衣服着脱	0	
	救急搬送	なし			診療・療養上の指示が通じる	0	
		なし			危険行動	0	
患者 39	介護認定状況	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0			寝返り	1	
	なし				移乗	2	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存認知機能の低下	あり			食事摂取	1	
	栄養状態の低下	あり			衣服着脱	1	
	救急搬送	あり			診療・療養上の指示が通じる	0	
		なし			危険行動	0	
患者 40	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	0	
	なし				移乗	1	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存認知機能の低下	あり			食事摂取	1	
	栄養状態の低下	なし			衣服着脱	0	
	救急搬送	なし			診療・療養上の指示が通じる	0	
		なし			危険行動	0	
患者 41	介護認定状況	10 8 6 4 2 0			寝返り	1	
	なし				移乗	1	
	他疾患併存有無	あり			口腔清潔	1	
	2つ以上の多疾患併存認知機能の低下	あり			食事摂取	1	
	栄養状態の低下	なし			衣服着脱	1	
	救急搬送	あり			診療・療養上の指示が通じる	0	
		なし			危険行動	0	



患者42	介護認定状況	なし			寝返り	0
	他疾患併存有無	あり			移乗	1
	2つ以上の多疾患併存認知機能の低下	あり			口腔清潔	1
	栄養状態の低下	なし			食事摂取	2
	救急搬送	あり			衣服着脱	2
					診療・療養上の指示が通じる	0
					危険行動	0
患者43	介護認定状況	なし			寝返り	1
	他疾患併存有無	あり			移乗	1
	2つ以上の多疾患併存認知機能の低下	あり			口腔清潔	1
	栄養状態の低下	なし			食事摂取	1
	救急搬送	あり			衣服着脱	2
					診療・療養上の指示が通じる	1
					危険行動	0
患者44	介護認定状況	なし			寝返り	2
	他疾患併存有無	あり			移乗	0
	2つ以上の多疾患併存認知機能の低下	あり			口腔清潔	1
	栄養状態の低下	あり			食事摂取	1
	救急搬送	あり			衣服着脱	1
					診療・療養上の指示が通じる	0
					危険行動	0
患者45	介護認定状況	なし			寝返り	1
	他疾患併存有無	あり			移乗	1
	2つ以上の多疾患併存認知機能の低下	あり			口腔清潔	1
	栄養状態の低下	なし			食事摂取	0
	救急搬送	あり			衣服着脱	1
					診療・療養上の指示が通じる	0
					危険行動	0
患者46	介護認定状況	なし			寝返り	0
	他疾患併存有無	あり			移乗	0
	2つ以上の多疾患併存認知機能の低下	あり			口腔清潔	0
	栄養状態の低下	なし			食事摂取	0
	救急搬送	なし			衣服着脱	0
					診療・療養上の指示が通じる	0
					危険行動	0
患者47	介護認定状況	なし			寝返り	1
	他疾患併存有無	なし			移乗	2
	2つ以上の多疾患併存認知機能の低下	あり			口腔清潔	2
	栄養状態の低下	なし			食事摂取	2
	救急搬送	あり			衣服着脱	2
					診療・療養上の指示が通じる	1
					危険行動	0

患者 48	介護認定状況	なし			寝返り	2
	他疾患併存有無	なし	あり		移乗	2
	2つ以上の多疾患併存	なし	あり		口腔清潔	1
	認知機能の低下	なし	あり		食事摂取	2
	栄養状態の低下	なし	あり		衣服着脱	1
	救急搬送	あり	なし		診療・療養上の指示が通じる	0
危険行動	あり	なし	危険行動	0		
患者 49	介護認定状況	あり			寝返り	2
	他疾患併存有無	あり	あり		移乗	2
	2つ以上の多疾患併存	あり	あり		口腔清潔	1
	認知機能の低下	なし	あり		食事摂取	2
	栄養状態の低下	あり	あり		衣服着脱	2
	救急搬送	あり	あり		診療・療養上の指示が通じる	1
危険行動	あり	あり	危険行動	2		
患者 50	介護認定状況	なし			寝返り	0
	他疾患併存有無	あり	あり		移乗	0
	2つ以上の多疾患併存	あり	あり		口腔清潔	1
	認知機能の低下	なし	あり		食事摂取	0
	栄養状態の低下	なし	あり		衣服着脱	0
	救急搬送	なし	なし		診療・療養上の指示が通じる	0
危険行動	なし	なし	危険行動	0		
患者 51	介護認定状況	要介護 1			寝返り	1
	他疾患併存有無	あり	あり		移乗	1
	2つ以上の多疾患併存	あり	あり		口腔清潔	1
	認知機能の低下	あり	あり		食事摂取	1
	栄養状態の低下	なし	あり		衣服着脱	1
	救急搬送	あり	あり		診療・療養上の指示が通じる	0
危険行動	あり	あり	危険行動	0		