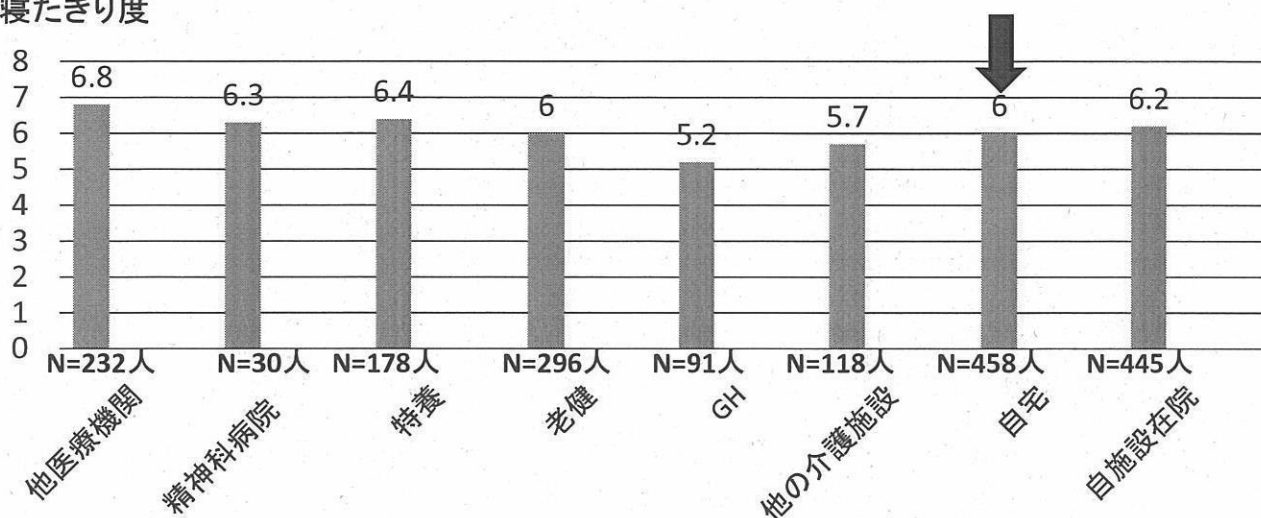


臨床個人票の回答から読み取る  
**27「特に力を入れた」退院支援の結果**  
 退院先別の患者特性に差異があるか？  
 日常生活の自立度(寝たきり度)

主治医意見書中の「日常生活の自立度」の障害高齢者の日常生活自立度を数値として寝たきり度(点数:1-9)とし、患者の平均値を退院先別に算出した。

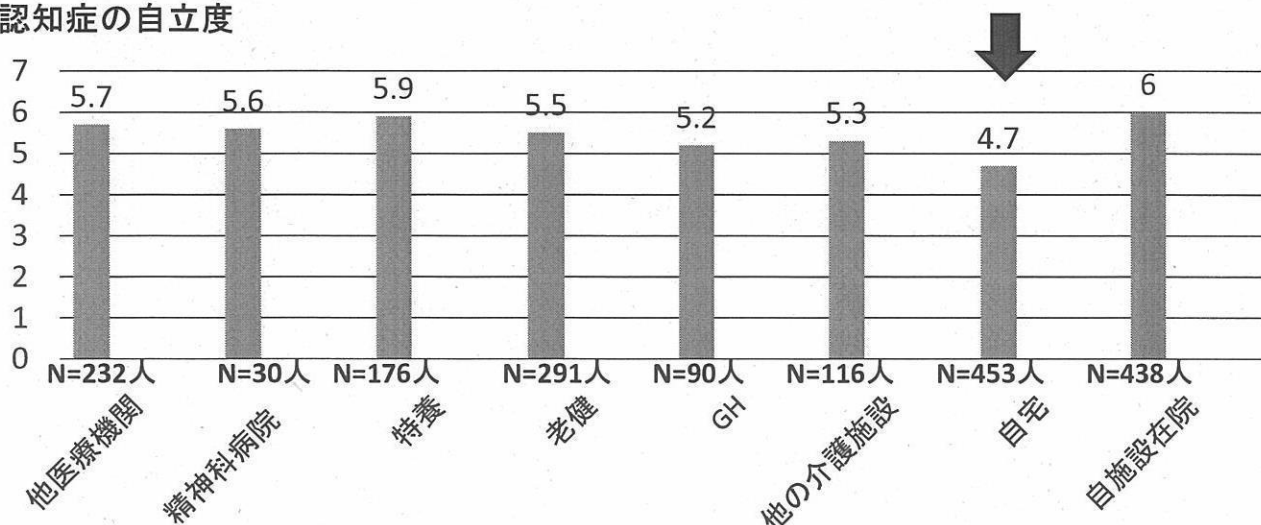
寝たきり度



臨床個人票の回答から読み取る  
**28「特に力を入れた」退院支援の結果**  
 退院先別の患者特性に差異があるか？  
 認知症の自立度

主治医意見書中の「日常生活の自立度」の認知症高齢者の日常生活自立度化して認知症の自立度(点数:1-8)とし、患者の平均値を退院先別に算出した。

認知症の自立度

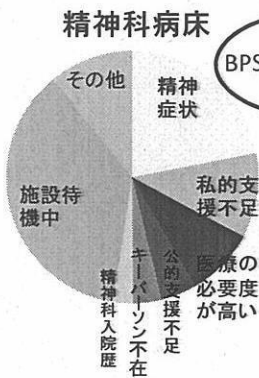


臨床個人票の回答から読み取る  
**29病院種別の退院支援状況**

「特に力を入れた」退院支援にもかかわらず、なお在院の理由  
 (複数回答)



	感染症	精神症状 行動異常	精神科 入院歴	医療の必 要 度が高い	キーパー ソン不在	公的支援 不足	私的支援 不足	施設入所 待機中	その他
精神科病床	0人	95人	11人	38人	20人	16人	47人	159人	47人
(認知症病棟)	0人	59人	39人	27人	15人	8人	7人	98人	31人
一般病床	1人	3人	0人	24人	4人	2人	18人	17人	11人
療養病床	0人	5人	0人	16人	2人	6人	22人	40人	7人



施設入所待機中を除くと...

	1位	2位	3位
精神	BPSD	私的支援不足	医療の必要性
療養	私的支援不足	医療の必要性	公的支援不足
一般	医療の必要性	私的支援不足	キーパーソン不在

## 30まとめと考察(入退院の経路)

- 精神病床への入院患者:「自宅から」が最多 (42%)

推測される背景: 症状が重くなって在宅介護が限界に達した末、入院にいたるケースが多い

- 精神病床からの退院患者:「他の医療機関へ」が最多 (36%)

- 介護施設から精神病床への(からの)入退院者:

老健が最多 (老健→精神 9% 精神→老健 14%)

推測される背景: 老健: 初期の通院治療を経ずに、症状が重くなってから入院するケースが多い

- 老健は終身ではないため、特養に比べ、入所が容易
- 老健入所後に特養待ち、老健めぐり(老健→老健)などが発生?

- 療養病床では、入院者の約半数程度が、自施設在院者と死亡退院者であると推測される

# 31まとめと考察（地域毎の差異）

平均在院日数、入退院の流れ、患者特性  
→各病院による差異が大きい

## 仮説： 地域毎の差異が大きい？

地域の高齢化率、医療・介護施設介護サービスの整備・稼働状況、家族構成、コミュニティの力 などに左右される可能性があるのではないかと

# 32まとめと考察（患者特性）

## ◆ 病院種別に明確な患者特性がみられた

精神病床： 約半数が、認知症自立度（1から8まで）の7と8（IVとM）  
BPSDの重い患者が多い

（認知症病棟との差異： 入退院の流れはほぼ精神病床全体と同じ。認知症のレベルはやや高め。自由回答で、作業療法、レクリエーション、非薬物療法等の実施、徘徊できる廊下など認知症に特化した工夫についての記載がみられた。家族とのコミュニケーションや院内デイケアなど在宅復帰に向けた取り組みがみられた。

急性期の精神科では、認知症患者に特化できず、苦慮しているとの記載が複数みられた。合併症治療には、受け入れ病院がなく、苦労している。）

- ・寝たきり度  
療養病床＞一般病床＞精神病床
- ・認知症自立度  
精神病床＞療養病床＞一般病床
- ・医療依存度  
療養病床＞一般病床＞精神病床

### 33 自由回答より抜粋

**認知症ケアは「人」が必要です。**

**「人」が関わることで症状が改善することがよくあります。**

### 34 自由回答より抜粋 — 提言 —

**認知症は経過とともに進行する。**

**認知症に特化し、フルステージに対応できる  
医療施設を作る。**

**終末期の延命治療について、社会全体での  
議論し、老いや死を受け入れる。**