

高齢患者における医療の質保証に向けた クリニカルパスの活用

小林美亜

山梨大学大学院総合研究医学域
臨床医学系（病院経営管理部）
医療安全学講座（併任）

山梨大学医学部附属病院 病院長補佐（経営担当）
病院経営管理部 医療情報部



HIGN at NYU Meyers

Home of Geriatric Innovation

Our Mission

Transforming the lives of older people with innovative approaches to healthy aging through research, practice, and policy.

> J Nurs Adm. 2004 Oct;34(10):451-7. doi: 10.1097/00005110-200410000-00005.

Nurses Improving Care to Health System Elders (NICHE): implementation of best practice models

Mathy Mezey ¹, Mia Kobayashi, Sheryl Grossman, Adolfo Firpo, Terry Fulmer, Ethel Mitty

Affiliations + expand
PMID: 15577667 DOI: 10.1097/00005110-200410000-00005

Abstract

Nurses Improving Care to Health System Elders (NICHE) is a comprehensive program that hospitals use to foster system-wide improvements in the care of older patients. The authors report on a survey of 103 NICHE hospitals to determine perceptions of the NICHE program, the adoption of NICHE models and protocols, and the educational outcomes, policy changes, and benchmarks related to care of older patients established by the participating NICHE hospitals.

> J Am Med Dir Assoc. 2004 Jan-Feb;5(1):9-15.

Utilization of nurse practitioners in long-term care: findings and implications of a national survey

Peri Rosenfeld ¹, Mia Kobayashi, Patricia Barber, Mathy Mezey

Affiliations + expand
PMID: 14706123

Abstract

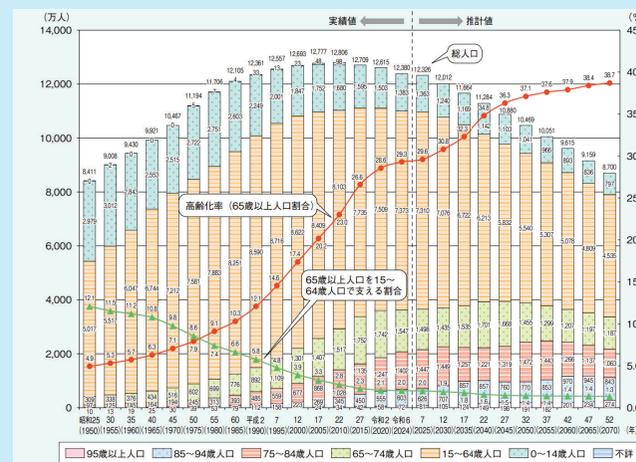
Objectives: The objective of this study was to determine the national practice patterns of nurse practitioners (NPs) providing care in long-term care (LTC) facilities, including the number and characteristics of LTC facilities that use NPs for any portion of care to residents, NP activities, and employment arrangements between NPs, physicians, and facilities.

Hartford Institute for Geriatric Nursing

本日の内容

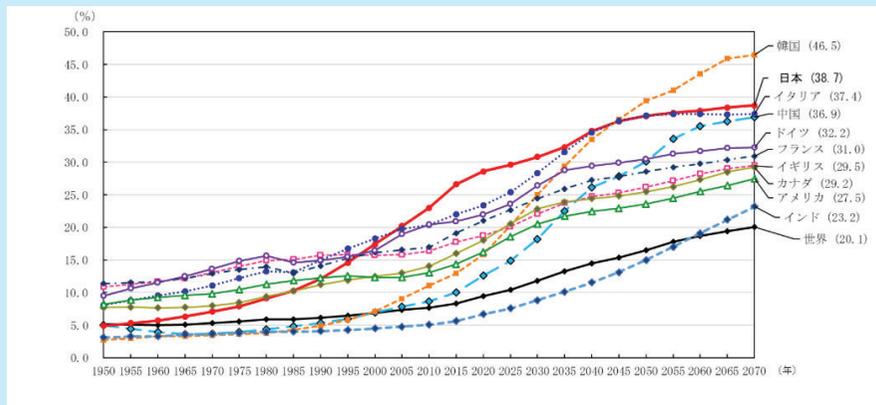
1. 高齢者に活用するクリニカルパス運用における課題
2. 高齢者におけるクリニカルパスに求められる視点

超高齢社会が日本の医療に突きつける課題



- 総人口は減少傾向一方で65歳以上人口は増加を続け、高齢化率は上昇。令和19年（2037年）には、**高齢化率33.3%（3人に1人が65歳以上）**
- 令和25年以降、65歳以上人口は、減少に転じるが、高齢化率はさらに上昇
- 令和52年（2070年）には**高齢化率38.7%（2.6人に1人が65歳以上）**。75歳以上人口は令和52年に25.1%に達し、**4人に1人が75歳以上となる見込み**

主要国における高齢者人口の割合の推移（1950年～2070年）



引用—総務省統計局：統計トピックスNo.138 統計からみた我が国の高齢者—「敬老の日」にちなんで— <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1380.html>

高齢者医療における臨床パスの課題

- 従来の臨床パスは、特定の疾患治療の標準化に主眼が置かれていた。
- しかし、**複数の疾患を抱え、身体機能や認知機能が低下しやすい**、高齢者の入院患者の特性を踏まえた医療とケアの標準化（適正化）や個別性への配慮が重要。

なぜ、高齢者特性を踏まえたパスが必要か？

- 高齢患者は、入院という環境変化そのものが、ADL低下や認知機能障害を引き起こすリスクを高める
- これは、いわゆる入院関連機能障害（Hospitalization-Associated Disability: HAD）として知られ、元の疾患が治癒しても、退院後の生活の質を著しく低下させ、再入院のリスクを高めることが分かっている。

高齢者における疾患のスパイラル — フレイル・ドミノ

- **「フレイル・ドミノ」:**
高齢者が一つの疾患や骨折などをきっかけに、次の疾患を引き起こし、連鎖的に健康が悪化していく現象
- **初発疾患**
例：転倒し、骨折
↓
- **機能低下**
例：歩行困難 → 活動性低下
↓
- **二次的疾患**
例：廃用症候群、サルコペニア
↓
- **さらなる悪化**
例：認知機能低下、要介護状態
↓
- **入院・再入院の増加 → 生活の質低下**



高齢者に対応したクリニカルパスの視点

- 高齢者向けのクリニカルパスには、単に疾患を治すだけでなく、**患者さんが住み慣れた地域で暮らし続けることのできる「生活」を守り、維持・向上させる**という視点が必要。
→「予防的介入」をパスに組み込み、それぞれの専門性を活かした「多職種連携」が必須。
- 医師、看護師、薬剤師、リハビリ専門職、栄養士などが協働し、入院中のあらゆる段階で、ADL、認知機能、栄養状態、転倒リスクなどを継続的に評価し、早期に介入することで、HADの予防と患者さんの社会復帰の支援につなげることが重要。

高齢者におけるクリニカルパスに求められる視点

- ①ADLの維持・低下予防
- ②フレイルの予防・回復支援、ロコモ、サルコペニアの対応
- ③せん妄防止対策、認知機能の低下防止、
認知機能の維持・向上、転倒・転落の防止対策
- ④退院後の生活を見据えた治療・ケアの意思決定
- ⑤ポリファーマシー対策

①高齢者入院患者における ADL低下のリスクとADL維持・向上に向けた対策

入院関連機能障害（HAD）とは

- 高齢者が入院をきっかけに身体機能やADLが低下することをHAD（Hospitalization-Associated Disability）と呼ぶ。
- 肺炎や心不全、悪性腫瘍など、直接的に運動機能に影響を及ぼさない疾患で入院した場合でも発生する可能性がある。
- 主な原因は、入院中の過剰な安静臥床（不動）により、引き起こされる

入院中の安静臥床を原因とする**廃用症候群**

HADの具体例

- 患者像: 独歩で来院した高齢患者。
- 病態: 発熱を主訴に、急性肺炎と診断され緊急入院。
- 入院後の経過: 入院後、安静臥床のうえで1週間、抗菌薬が点滴投与される。肺炎は完全に治癒。
- HADの発症: しかし、入院中の安静臥床により、下肢や体幹の筋力が急速に低下。介助なしでは歩行できなくなる

高齢者の入院治療において、原疾患の治療だけでなく、**機能維持・回復のための早期介入が重要**

ADL低下の主要リスク因子（1）

リスク因子1：入院前の状態

- **認知症やADL低下**がすでにある患者は、長期療養施設へ退院するリスクが**2.8倍**高いと報告されている（東京都健康長寿医療センター：「中等度以上の認知症や日常生活動作が低下した高齢入院患者は長期療養施設へ退院しやすい」）



リスクと対応

- 中等度以上の認知症やADL低下のある高齢入院患者をスクリーニングし、入院前、入院直後から在宅復帰準備を講じることで、長期療養施設への退院を予防できる可能性がある。
- また、病院と長期療養施設との間で、患者に関する情報（処方薬やADLなど）を共有することで、長期療養施設に退院後の有害事象が予防できることが報告されている。

例) DASC-8（認知・生活機能質問票）で、特定した中等度以上の認知症とADL低下のある高齢入院患者に対し、入院時から在宅復帰の準備に向けたプランをパスに組み込み、長期療養施設へ転院することが予想される場合、連携パスに情報を組み込んで共有し、退院直後の有害事象の予防につなげる

DASC-8などによるリスク患者をスクリーニングし、予防策を講じる

認知・生活機能質問票（DASC-8）
 Assessment Sheet for Cognition and Daily Function-8 items (i.e. the Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-8 items)
 (© 日本老年医学会 2018)

記入日 年 月 日

ご本人の氏名: _____ 生年月日: 年 月 日 (歳) 男・女 独居・同居

本人以外の情報提供者氏名: (本人との続柄: _____) 記入者氏名: _____ (職種: _____)

	1点				2点				3点				4点				評価項目	備考欄				
	1. 感じない				2. 少し感じる				3. 感じる				4. とても感じる									
A	もの忘れが多いと感じますか																導入の質問 (評価せず)					
B	1年前と比べて、もの忘れが増えたと感じますか																					
1	物忘れなど、物を置いた場所がわからなくなることがありますか				1. まったくない				2. ときどきある				3. 頻繁にある				4. いつもそうだ				記憶	近時記憶
2	今日が何月何日かわからないときがありますか				1. まったくない				2. ときどきある				3. 頻繁にある				4. いつもそうだ				見当識	時間
3	一人で買い物はできますか				1. 問題なくできる				2. だいたいできる				3. あまりできない				4. まったくできない				手段的ADL	買い物
4	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか				1. 問題なくできる				2. だいたいできる				3. あまりできない				4. まったくできない					
5	貯金の出入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか				1. 問題なくできる				2. だいたいできる				3. あまりできない				4. まったくできない				金銭管理	
6	トイレは一人でできますか				1. 問題なくできる				2. 見守りや声かけを要する				3. 一部介助を要する				4. 全介助を要する				基本的ADL	排泄
7	食事は一人でできますか				1. 問題なくできる				2. 見守りや声かけを要する				3. 一部介助を要する				4. 全介助を要する					
8	家のなかでの移動は一人でできますか				1. 問題なくできる				2. 見守りや声かけを要する				3. 一部介助を要する				4. 全介助を要する				移動	

DASC-8: (1~8項目まで) の合計点 _____ 点/32点

参考: 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c) におけるカテゴリー分類と DASC-8 の合計点の関係
 カテゴリー I (認知機能正常かつ ADL 自立): 10 点以下
 カテゴリー II (軽度認知障害 ~ 軽度認知症または手段的 ADL 低下、基本的 ADL 自立): 11-16 点
 カテゴリー III (中等度以上の認知症または基本的 ADL 低下または多くの併存疾患や機能障害): 17 点以上
 本ツールはスクリーニングツールのため、実際のカテゴリー分類には個別に評価が必要

DASC-8 の評価に基づき、在宅や施設、外来で対応が可能な場合には、入院を避けるためのスクリーニングとして活用



パスの適応基準・除外基準に組み込む

一般臨床や研究において使用する場合は、許可は不要

ADL低下の主要リスク因子（2）

リスク因子2：入院期間

- 入院期間が長いほど、ADL低下のリスクが高まる。
- 入院期間が8日以上になるとADL低下のオッズ比が24.01に達するという報告がある。←入院による活動量の低下や筋力低下が著しくなるため

Hao, Xiaonan, et al. "Risk factors for hospitalization-associated disability among older patients: A systematic review and meta-analysis." Ageing Research Reviews (2024): 102516.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102516>

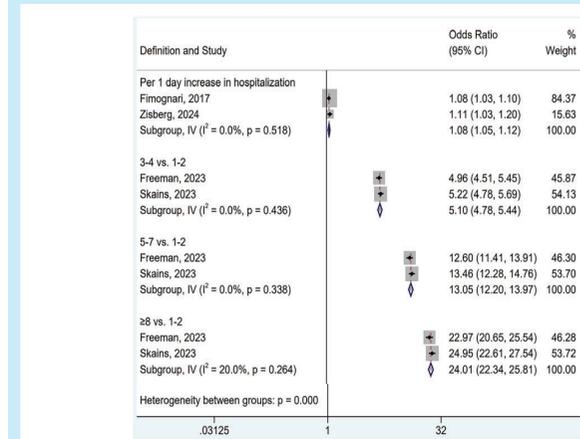


Fig. 6. Forest plots of the associations between length of stay and HAD across different definitions. Abbreviations: HAD: hospitalization-associated disability.

入院関連機能不全（hospitalization-associated disability, HAD）と関連している入院期間

- ・1日増加ごとに:
OR 1.08, 95% CI 1.05–1.12
- ・3-4日:
OR 5.10, 95% CI 4.78–5.44
- ・5-7日:
OR 13.05, 95% CI 12.20–13.79
- ・8日以上:
OR 24.01, 95% CI 22.34–25.81

パスにおけるHAD対策

1. 早期離床と活動の促進:

- 入院初日から、ベッド上での体操や早期離床をパスに組み込む。
- 疾患や患者の状態に応じて、具体的なリハビリテーションの開始時期やアウトカムを設定。

例：「入院1日目：ベッドサイドでの座位訓練」
「入院3日目：病棟内歩行訓練」など

2. 医師、看護師、理学療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカーなどの役割と連携のタイミングを明確に設定

→各職種がHAD予防に協力し、患者の機能維持に一貫して取り組む

パスにおけるHAD対策

3. 評価項目の導入:

- ADL評価（FIMやBIなど）や筋力評価をパスのチェック項目に含める。
- 定期的に評価を行うことで、ADL低下の兆候を早期に発見し、介入を強化するきっかけとする。

4. 退院支援の早期開始:

- 入院直後から退院後の生活を見据えた計画を立て、パスに組み込む。
- 退院先の調整や、自宅での生活指導、介護サービスの導入準備などを早期に行うことで、入院期間の延長を防ぐ。

多職種による役割の明確化と連携

1. 入院時オリエンテーションでのスクリーニング

- 看護師が入院時の問診やオリエンテーションの段階で、HADのリスク評価（既存のリスク評価の項目を組み合わせると、重複評価などを防げる）

2. アセスメント結果の共有と介入計画

- スクリーニングで高リスクと判定された場合、医師、看護師、理学療法士、作業療法士などの多職種間で情報を共有し、早期からの介入計画を立案。

多職種による役割の明確化と連携

3. 介入内容の具体例

- **理学療法士**：入院初日から早期離床プログラムを実施。ベッドサイドでの座位訓練や、可能な範囲での歩行訓練を行う。
- **栄養士**：栄養状態の評価を行い、筋力低下を防ぐための栄養管理を提案。
- **看護師**：安静臥床の必要性を最小限に抑え、ベッド上でのポジショニング変更や、患者さん自身での軽い運動など、理学療法士や作業療法士と連携し、日常生活で行えるリハビリを提供

ADL低下の主要リスク因子（3）

リスク因子 3 入院前のADLが高いこと

良好なADLはHADリスク増加と関連：OR 1.02, 95% CI 1.00-1.03

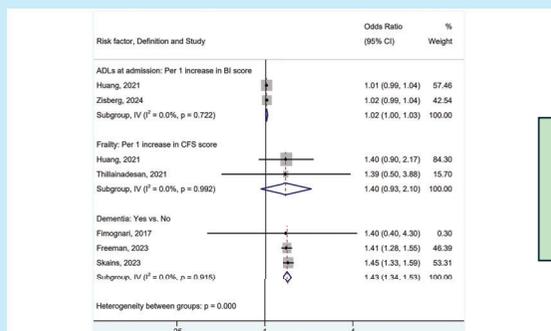


Fig. 5. Forest plots of the associations between ADLs at admission, frailty, dementia and HAD. Abbreviations: ADLs: Activities of daily living; BI: Barthel Index; CFS: Clinical Frailty Scale; HAD: hospitalization-associated disability.

- 「低下する余地」が高いため？
- 入院前は活動的であった人が、入院をきっかけに活動量が急激に低下し、その影響が大きく現れるため、注意が必要。

ADLが高くても早期離床、リハビリは重要→対応の標準化

ADL低下の主要リスク因子（4）

リスク因子 4 疾患の症度と合併症

- COVID-19患者を対象とした研究では、**重症群は、軽・中等症群よりもADL低下率が有意に大きい**ことが示された。
- ICU治療に起因する身体機能の低下や骨格筋量の減少が要因と考えられる。

原著

COVID-19患者におけるADL低下の特徴とリハビリテーションの効果

川道幸司¹ 上岡紗由美² 矢野 歩³ 伊東亮治¹ 佐藤千賀¹
渡邊 彰¹ 大久保忠義² 竹内真弓² 松田淳一³ 阿部聖裕¹

IRYO Vol.77 No.5 (295-301) 2023

追加

【目的】COVID-19患者のADLの特徴とリハビリテーション（リハ）の効果について検討した。【対象と方法】国立病院機構愛媛医療センター（当院）のCOVID-19専用病棟に入院した患者のうち、リハを実施した21名を対象とした。診療記録を後方視的に調査し、年齢・重症度・リハ実施日数・ICU治療の有無・転倒リスクの有無・ADL（罹患前・入院時・退院時）などを調査した。また各時期のADLからADL低下率と改善率を算出した。ADLの指標にはBarthel Indexを用いた。対象を軽・中等症群（10名）と重症群（11名）の2群に分けて検討した。感染対策は院内のマニュアルを遵守し、すべて直接介入によるリハを実施した。【結果】リハ実施患者は259名中21名（8%）であった。重症度の内訳は、軽症：5名（24%）、中等症II：5名（24%）、重症11名（52%）であり、重症群はすべてデルタ株流行期間に入院した患者であった。リハ実施日数は、重症群（中央値：13日）が軽・中等症群（6日）より有意に長かった。全例の入院時ADL（55点）は罹患前（100点）より有意に低く、退院時（85点）は入院時より有意に高かった。重症群のADL低下率は、軽・中等症より有意に大きかった。重症群の45%が転倒リスクを経験していた。【考察】流行株によって、年齢や重症化の程度は異なっていた。罹患前と比較して、入院時のADLは低下しており、その低下率は重症群で大きかった。重症群ではICU治療に起因する身体機能の低下や骨格筋量の減少がADL低下の要因として考えられる。入院中のリハ提供は、ADL改善に有効であった可能性がある。【結論】COVID-19は、しばしばADL低下を合併する疾患であり、多職種によるリハ医療の提供が必要と思われた。

ADL維持・低下予防に向けた クリニカルパスの工夫

◆早期からの離床・リハビリ介入

リハビリ専門職と連携した病棟でも行えるプログラムと実施

◆活動量の見える化・目標設定

- パスに「歩行距離」「離床回数」などの評価指標を組み込む
- 日ごとの到達目標を設定し、患者・家族と共有

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進（再掲）

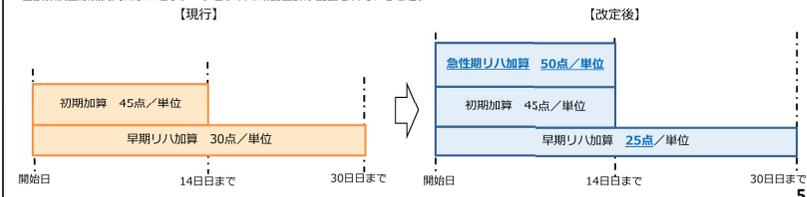
病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

- 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて急性期リハビリテーション加算として新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

（新）急性期リハビリテーション加算 50点（14日目まで）
（改）早期リハビリテーション加算 30点 → 25点（30日目まで）

【急性期リハビリテーション加算の対象患者】 ※入院中の患者に限る。
ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。
イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。
ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。
① 動脈圧測定（動脈ライン） ② シリンジポンプの管理 ③ 中心静脈圧測定（中心静脈ライン） ④ 人工呼吸器の管理
⑤ 輸血や血液製剤の管理 ⑥ 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）
エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

【急性期リハビリテーション加算の施設基準】
当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。



IoTなどを活用したアウトカム見える化

- IoTの利用により「歩行距離・離床回数」を見える化
- パスのアウトカム評価（アセスメント項目の適正値と比較）

- 術後0：離床 ≥1回（端坐位/立位）、歩行距離 0-30m
- 術後1：離床 ≥3回、歩行 ≥100m
- 術後2：離床 ≥5回、歩行 ≥300m
- 内科急性増悪：入院日+1から離床 ≥3回/日・歩行 ≥200m/日 を目標
- 高齢/フレイルは基礎ADL・歩行速度で個別化

アウトカム未達時（バリアンス）の対応の標準化

標準化を図りばらつきを減らす

◆エラーの原因：タスクの行程での一貫性の欠如

- 標準化がなされていないと、エラーの可能性が高くなる。
→標準化がされていないことで、問題が生じていないかどうかを確認

パスを用いて、タスクの標準化を図ることで
属人化やエラー（やり忘れ、やりもれ）の
予防につなげる

標準化

画一的な診療・ケアを設定することを意味しない

■患者の状態に応じて、どのような医療を提供するかについての臨床判断の基準とそれに対応した診療・ケア内容の明確化を図る

■ベストプラクティスと呼ばれる診療・ケア（エビデンス、ガイドライン、専門家のコンセンサスに基づく）を標準として患者に提供*

*ただし、ベストプラクティスを適用できる患者像を明確にしておくこと【適応基準、除外基準の設定】

異常の早期・発見対応 (バリエーションフレームとしての活用)

- バリエーション⇒想定していたタスクや予期していたアウトカムとは異なったことが発生
- パスは、バリエーションフレームの役割を果たす
- 観察項目に、アウトカムの達成状況をみなす基準値の範囲を設定することが必要
- 基準値の範囲を逸脱した場合の対応方法について、標準化が図れる場合には設定し、また教育を行うことが必要

②高齢者入院患者における
フレイル、サルコペニア、ロコモの
予防・回復支援

高齢者医療における新たな脅威

- 「フレイル（虚弱）」、「ロコモ（運動器症候群）」、「サルコペニア（筋肉減少症）」は、入院中のADL（日常生活動作）低下の主要なリスク因子。
- これらの状態は、互いに密接に関連しており、入院を機に急速に悪化し、退院後の生活の質を著しく損ねる可能性がある。



フレイルとは？

- フレイルは、日本老年医学会が2014年に提唱した概念で、「Frailty（虚弱）」の日本語訳。
- 健康な状態と要介護状態の中間に位置。身体的機能や認知機能の低下が見られる状態のことを指すが、適切な治療や予防を行うことで要介護状態に進まずにすむ可能性がある（可逆性）。



フレイルによる患者アウトカムの影響

- **入院期間の延長**：フレイル高齢者は、合併症を起こしやすく、機能回復に時間がかかるため、入院が長期化する傾向がある。
- **ADL（日常生活動作）の低下**：入院中の安静臥床や疾患の影響により、フレイルが進行し、退院時に元のADLレベルに戻れないリスクが高まる。
- **再入院率の増加**：退院後にADLが低下した状態では、転倒や新たな疾患を発症しやすく、短期間で再入院につながる可能性がある。
- **死亡率の増加**：重症化や合併症のリスクが高いことから、フレイル高齢者の入院中の死亡率は非フレイル者に比べて高い。

- Gill, T. M., et al. (2010). The FICSGA (Frailty in older Community-dwelling adults) study: a randomized trial of a home-based intervention to prevent falls in frail community-dwelling older adults.
- Fried, L. P., et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype.
- Salva, A., et al. (2012). The Frailty and dependence in elderly patients (FADE) study: A prospective multicentre study.

サルコペニアとロコモ（フレイルを構成する要素）

- **サルコペニア**：筋肉の減少症。加齢に伴い、筋肉量と筋力・身体機能が低下する病態。特に下肢の筋肉から衰えやすい。
- **ロコモ（ロコモティブシンドローム）**：運動器症候群。骨や関節、筋肉など、運動器の衰えにより、立ったり歩いたりといった移動機能が低下した状態。



3つの概念の関連性

- ①**サルコペニア**: まず、加齢や低栄養、疾患によって筋肉が減少し、筋力が低下。
- ②**ロコモ**: 筋肉の衰え（サルコペニア）が進むと、移動機能が低下し、ロコモの状態に。
- ③**フレイル**: ロコモによって身体活動量がさらに減少し、疲れやすさや体重減少が加わると、フレイルの状態へと移行。

高齢者では、安静臥床が**フレイル・サルコペニア・ロコモ**を進行させ、生活機能の低下を招く。
したがって、これらのリスクに包括的に対応するパスが求められる。

高齢入院患者における「負の連鎖」

- 入院中の安静臥床は、高齢者に複数の問題を引き起こす「負の連鎖」を発生。
- フレイル・サルコペニア・ロコモ: 入院前の潜在的な虚弱状態（フレイル）が、安静臥床による急激な筋肉量減少（サルコペニア）を招き、移動機能の低下（ロコモ）を加速。
- 活動量の低下と褥瘡リスク: 褥瘡は、体重がかかりやすい部位の血流が滞ることで発生。
→活動量が減り、体位交換が不十分になると、褥瘡リスクが急激に高まる。
この連鎖は、患者のADL（日常生活動作）を著しく低下させ、退院後の生活を困難に。

1. 早期スクリーニング

- 入院前、入院時、患者がフレイルやサルコペニア、ロコモのリスクを抱えているかを迅速に評価。予防介入を早期に開始。
- 評価項目:
 - 身体機能: 歩行速度、握力、片足立ち時間
 - 栄養状態: 体重減少の有無、食事摂取量
 - 認知機能: 認知機能の低下の有無
 - ADL: 入院前の自立度

評価が重複しないように、既存の評価を統合し、活用することも一案

ハイリスク群とローリスク群に分け、パスの分岐を行う→対応内容を標準化する

高齢者向けクリニカルパスの分岐例

1) ハイリスク群向けパス（予防的・強化介入）

- フレイル、サルコペニア、ロコモのリスクが高いと判断された患者に適用するパス。原疾患の治療と並行して、機能低下を積極的に予防・回復させることを目的とする。
- 入院日:
 - 入院後24時間以内に、医師、看護師、理学療法士、管理栄養士による**多職種合同カンファレンス**を開催する。
 - 患者個々の状態に合わせた**個別リハビリテーション計画**と**強化栄養管理計画**を策定。
 - 介入内容:
 - リハビリテーション**: 早期離床を徹底し、1日複数回のリハビリテーションを実施する。ベッド上での運動だけでなく、病棟内での歩行訓練、ADL訓練を積極的に行う。
 - 栄養管理**: 食事摂取量を確認。低栄養患者への栄養指導と食事指示
 - 評価とモニタリング:
 - ADL、筋力、栄養状態（体重、アルブミン値など）を毎日または週に複数回評価し、介入効果を検証する。
 - パスの進行状況を定期的に見直し、目標に達しない場合は介入を強化する。

2) ローリスク群向けパス（機能維持・予防）

- スクリーニングでリスクが低いと判断された患者に適用するパス。
- HAD（入院関連機能障害）を未然に防ぐことを目的とする。
- 入院日:**
 - パスに沿った標準的なケアを開始する。
 - 看護師が早期離床を促し、患者が自立してADLを行えるよう支援。
- 介入内容:**
 - リハビリテーション:** 疾患の病態が許す範囲で、ベッド上での体操や自力での離床を推奨する。毎日または隔日での短時間リハビリを実施する。
 - 栄養管理:** 標準的な入院食を提供するが、食事摂取量の低下が見られた場合は速やかに栄養士に情報共有し、食事内容を見直す。
- 評価とモニタリング:**
 - ADL、食事摂取量、転倒リスクなどを定期的にモニタリングする。
 - 何らかの機能低下の兆候が見られた場合は、速やかに**ハイリスク群パスへ移行**させる。

2. 栄養管理

- 入院中の低栄養は、サルコペニアの進行を加速させる。クリニカルパスに、積極的な栄養管理を組み込む。
- 具体的な対応:**
 - 入院初日から栄養スクリーニングを実施する。
 - 食事療法の計画。必要に応じて、栄養補助食品の活用を検討する。
 - 食事が少ない場合は、経静脈栄養や経腸栄養への移行を検討。

褥瘡の他の予防対策と併用

低栄養が褥瘡リスクを高める、褥瘡が低栄養を悪化させる

栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

栄養管理体制の基準の明確化

- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

現行

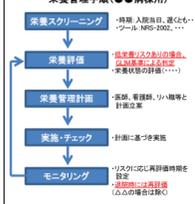
- 【入院基本料等の施設基準等】
5 栄養管理体制の基準
(1) (略)
(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
(3)～(9) (略)

改定後

- 【入院基本料等の施設基準等】
5 栄養管理体制の基準
(1) (略)
(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（**標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等**）を作成すること。
(3)～(9) (略)

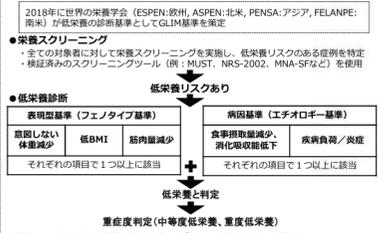
イメージ 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける

栄養管理手順（●●病棟用）



GLIM基準を活用することが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を位置づけなければ差し支えない。

<参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準



栄養管理体制を組み込む

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

（新） **リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）** **120点**



より早期からの切れ目のないリハ（離床）・栄養・口腔の取組

- 疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- 土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- 入棟後早期のリハビリテーションの実施
- 病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入

多職種による評価と計画

- 原則48時間以内の評価と計画作成
- 口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- 定期的カンファレンスによる情報連携

パスに組み込む

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

〔新〕 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

【算定要件】（概要）

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、**患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定**できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、**原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成**すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、**カンファレンスが定期的に開催**されていること。
- 適切な口腔ケアを提供するとともに、**口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す**こと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。**専任の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。**
- 専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に對面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行う**とともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

【施設基準】（概要）

- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、**専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。**
- 当該病棟に**専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- 当該保険医療機関において、一定の要件を満たす**常勤医師が1名以上勤務**していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
 - ア 疾患別リハビリ料が算定された患者のうち、**入棟後3日までに疾患別リハビリ料が算定された患者割合が8割以上**であること。
 - イ **1日1回以上**における**1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上**であること。
 - ウ **退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期がん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満**であること。
 - エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が**2.5%未満**であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーションに係る届出を行っていること。
- 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- B1の測定に関わる職員を対象としたB1の測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

20

3. リハビリテーション

- 安静臥床による廃用症候群を防ぐため、早期からのリハビリテーションをパスに組み込む。
- 具体的な対応：
 - 早期離床**：疾患や病態が許す限り、入院初日からベッドサイドでの座位訓練や離床を促す。
 - 個別化されたプログラム**：理学療法士、作業療法士が個々の身体機能に応じた運動プログラムを提供する。
 - 退院に向けた目標設定**：退院後の生活を見据え、歩行能力やADLの目標を明確に設定する。

4. 多職種連携

- フレイル・サルコペニア・ロコモの予防と回復は、単一の職種では不可能である。
- 多職種連携とにおける協働として、各役割の明確化、連携・調整を図り、標準化する。
- 各職種の役割：
 - 医師**：治療計画と早期リハビリ開始の指示
 - 看護師**：早期離床の介助とADLの評価
 - 管理栄養士**：栄養状態の評価と食事の調整
 - 理学療法士・作業療法士**：身体機能の評価とリハビリテーションの実施

③せん妄防止対策、認知機能の低下防止、認知機能の維持・向上、転倒・転落の防止対策

* MCI (Mild Cognitive Impairment) : 軽度認知障害

わが国における認知症およびMCIの患者数と有病率の将来推計

年	認知症		MCI	
	患者数の推計値 (95%CI) (万人)	有病率 (95%CI)(%)	患者数の推計値 (95%CI) (万人)	有病率 (95%CI)(%)
2022	443.2 (418.0-468.4)	12.3 (11.6-13.0)	558.5 (382.0-735.1)	15.5 (10.6-20.4)
2025	471.6 (443.3-500.0)	12.9 (12.1-13.7)	564.3 (487.0-641.5)	15.4 (13.3-17.6)
2030	523.1 (492.7-553.6)	14.2 (13.3-15.0)	593.1 (516.3-669.9)	16.0 (14.0-18.1)
2035	565.5 (533.5-597.5)	15.0 (14.1-15.8)	607.7 (530.6-684.7)	16.1 (14.1-18.1)
2040	584.2 (551.0-617.3)	14.9 (14.0-15.7)	612.8 (533.4-692.2)	15.6 (13.6-17.6)
2045	579.9 (546.7-613.2)	14.7 (13.9-15.5)	617.0 (536.2-697.9)	15.6 (13.6-17.7)
2050	586.6 (552.8-620.5)	15.1 (14.2-16.0)	631.2 (547.9-714.4)	16.2 (14.1-18.4)
2055	616.0 (580.9-651.0)	16.3 (15.4-17.2)	639.7 (558.0-721.4)	16.9 (14.8-19.1)
2060	645.1 (608.7-681.4)	17.7 (16.7-18.7)	632.2 (551.4-713.0)	17.4 (15.1-19.6)

CI: 信頼区間
 ● 2022年の4地域(久山町、中島町、中山町、海士町)から得られた認知症およびMCI者の性年齢階級別有病率が2025年以降も一定と仮定して推計した。
 ● 2025年以降の性年齢階級別人口分布の推定・国立社会保障・人口問題研究所、日本の将来推計人口・性年齢階級別人口分布・出生中位(死亡中位)推計(https://www.ipss.go.jp/ip-zenkoku/zenkoku2023/np.zenkoku2023.asp)

○認知症の高齢者は、
 2025年には「471.6万人」
 ○団塊ジュニアの世代が65歳以上になる
 2040年には「584.2万人」
 ○2040年には高齢者のおよそ**15%、
 6.7人に1人**が認知症と推計

認知症の中核症状・BPSD
 (行動・心理症状)によるインシデント
 ↓
 防げるインシデントを起こさない、起きて
 しまっても患者への被害を最小限に
 留める対応・ケアが重要

引用：内閣官房 認知症施策推進関係者会議（第2回）資料9 https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ninchisho_kankeisha/dai2/gijisidai.html

せん妄の発症率

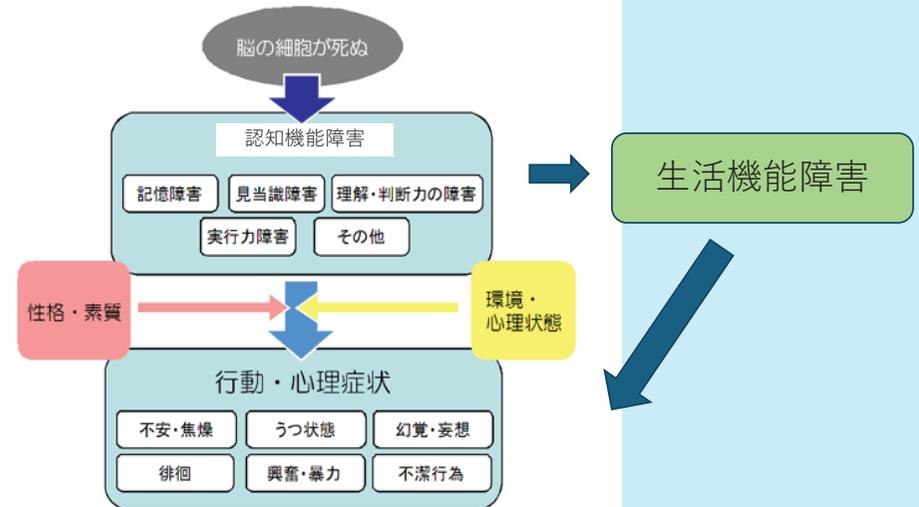
- 一般病院入院患者:10-30% (Siddiqi, N., et al. 2006.)
- 集中治療室 (ICU) 患者:50-80% (Ely, E. W., et al. 2001.)
- 高齢者の術後患者:20-50% (Inouye, S. K., et al. 1996.)
- 緩和ケア患者:最大で85% (Lawlor, P. G., et al. 2000.)

せん妄発症に伴う転倒・転落、ライン抜去などのインシデント
 ↓
 防止できるせん妄に対しては予防し、せん妄の発症率を低減することが重要

医療安全における 認知症やせん妄への対応・ケアの原則

- 認知症の認知機能障害（中核症状）・BPSD（行動・心理症状）やせん妄に対し、予防的な対応を行うことにより、それらの発生リスクや症状の悪化を低減させること
- 認知症の認知機能障害・BPSDやせん妄の発生時に適切に対応することで、インシデントや身体的拘束に可能な限り至らないように予防すること
- 認知症の認知機能障害・BPSDやせん妄の予防・発症に対して、適切な対応・ケアを図り、**対象者の人権を尊重すること**

認知症とは？



認知機能障害

- ・ 記憶： 思い出すことができない。覚えられない。
- ・ 言葉： 言葉の意味がわからない。やりとりができない。
- ・ 理解： 頭にはいらぬ。理解できない。
- ・ 認識： それは何であるかわからない。
- ・ 判断： 良いか悪いのか、していいのかわからないのかの判断をくだせない。
- ・ 注意： 複数のことに注意がむけられない。
- ・ 計画： 計画が立てられない。準備が出来ない。
- ・ 手順： 物事の手順がわからない。
- ・ 使用： 道具やものの使い方がわからない。
- ・ 計算： 計算ができない。
- ・ 時間： 時間・日にち・曜日・季節がわからない。
- ・ 場所： ここがどこなのかわからない。
- ・ 人物： 相手が誰なのかわからない。

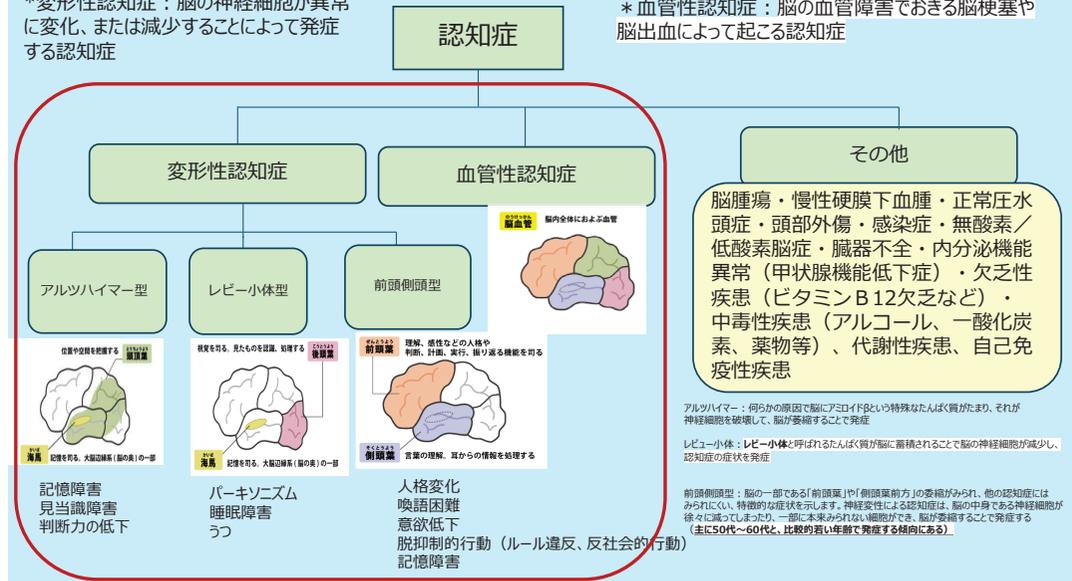
生活機能に
支障をきたす



BPSD
(行動・心理症状)

*変形性認知症：脳の神経細胞が異常に変化、または減少することによって発症する認知症

*血管性認知症：脳の血管障害でおきる脳梗塞や脳出血によって起こる認知症



せん妄とは？

- ・ 加齢や脳梗塞などで**脳の機能が低下**しているところに、炎症や発熱、脱水などの**身体的な負荷や環境の変化、ストレス等**が加わった結果、**脳が機能を維持できなくなり、機能不全に陥った状態**

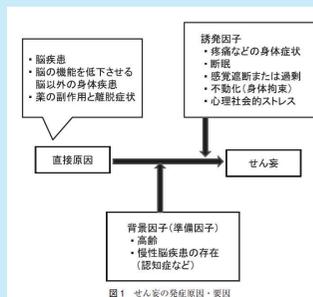


図1 せん妄の発症原因・要因

(日老医誌 2014 ; 51 : 422-427)

過活動型せん妄と低活動型せん妄

	過活動型	低活動型
覚醒度	過度に上昇 強い不眠	低下 日中も傾眠
行動	落ち着きなし 多動、徘徊、暴力	乏しい動き 反応も遅延
会話	多弁 会話がまとまらない	単調で、反応が遅れる ぶつ切り
感情	恐怖、怒り、不安	無表情

訴えてこない = 困ってないとらえがち

* 相互に移行しうる場合もある

低活動型の場合、せん妄と気づかれずに経過し、過活動型に転じたり、長期化し、原疾患の良好な治療経過を妨げる要因になることがある。低活動型せん妄を見逃さないことが大切

過活動型：30% 低活動型：30~40% 活動水準混合型：30%

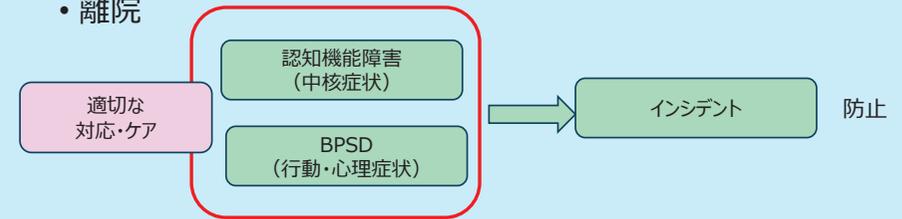
せん妄と認知症の違い

特徴	せん妄	認知症
発症	急激な発症（発症時期を時間単位で特定可能）	緩やかに発症（発症時期特定が困難なことが多い）
日内変動	夕方から夜間に悪化	変動は少ない
症状の持続	多くは、一過性、一時的、数日から数週間（通常は、1週間程度）	通常は、永続的
身体疾患の合併・誘因	約50%は合併。薬剤、アルコールが引き金となることもある。環境要因も大きい	身体疾患（正常圧水頭症など）に起因することもある

- せん妄は典型的には、時として生命にかかわる急性疾患や中毒、慢性疾患の進行に伴って、比較的急激に発症し、しばしば可逆的であるのに対し、認知症は典型的には、脳の神経細胞の変性や脳血管病変によって生じ、発症がより緩徐で、一般に非可逆的
- せん妄と認知症はしばしば合併し、認知症の患者さんはせん妄を引き起こしやすい
- せん妄症状を特徴とした認知症のタイプがあることに留意する必要がある

認知症患者に起こりやすいインシデント

- 転倒・転落
- 誤嚥・誤飲
- ライン類の自己抜去
- 暴言・暴力などによる患者間トラブル
- 徘徊
- 離院



中核症状と「危険行動」のメカニズム

■ 認知症の中核症状による影響

- 見当識障害により
時間・場所・人の理解が困難に
- 「今、なぜ病院にいるのか」が理解できない
→ 環境の変化により強い混乱が生じる

■ その苦痛から「危険な状況」と知覚

- 点滴や抑制によってさらに心身の苦痛が増大

■ “If ⇒ Do” ルールの作動

- 人間は生まれながらに「If (危険) → Do (逃避)」の反応を持つ
- 認知症があっても、この本能的ルールは働く

■ 危険行動の正体は「自己防衛」

- 患者自身の目標：「危険を回避するために自分の身を自分で守る」
- その手段：
 - 暴力をふるう
 - ケアを拒否する
 - 点滴を外す
- これらは本人にとって合理的な「危険回避行動」

■ 対応の視点

- 「病院にいる」「点滴につながれている」状況を“危険ではない”と知覚できない限り、危険行動を止めることは難しい

人間の「痛み」への基本的な反応

■ 痛みによって引き起こされる心と身体の反応

1. 痛みのある部位に注意が集中する → 他のことを考えにくくなる
 2. 思考の柔軟性が低下する → 痛み以外のことに集中できない
 3. 痛みの原因から逃れようとする → 原因を取り除こうと行動する
- ・「この状態を終わらせたい」と強く願う → 将来、同じ痛みを避けるよう学習する

■ 痛みは「防御本能」を促すアラーム

- ・身体と心にとって、「痛み」は危険信号
- ・行動を変化させ、生命を守るための**生存戦略**

苦痛が引き起こす“負のループ”の例

例1：点滴ラインの苦痛	例2：望まない口腔ケア
点滴部の苦痛に気が向き、触れてしまう	歯ブラシが近づくことで、口を閉じて拒否する
苦痛から逃れたいという思いが強くなる	苦痛に囚われ、逃避行動が優先される
点滴を自己抜去する →再挿入 + 身体拘束	暴言や暴力で口腔ケアを拒否する →身体拘束して口腔ケアを実施
苦痛がさらに増し、再度抜去	苦痛が強化され、唾をかける・噛みつく等の行動に

共通点

- ・苦痛が中心となり他のことが考えられなくなる
- ・苦痛からの回避が目的となり自己防衛行動が強化される
- ・身体拘束は苦痛をさらに悪化させ、負のスパイラルに

このようなメカニズムが働いているところで、身体的拘束は、患者安全につながりますか？

痛みと喜びは同じメカニズムで働く

■ 共通する4つの反応プロセス

1. 関係する身体部位に注意が集中する
→ 痛みなら患部、喜びなら快感の部位に気持ちが向く
2. 他のことが考えにくくなる
→ 脳が“その体験”に専念する状態に
3. 原因に近づこうとする or 遠ざかろうとする
→ 喜び：もっと味わいたい
→ 痛み：逃げ出したい
4. その状態を維持したい or 終わらせたいと強く願う
→ 喜び：繰り返したくなる
→ 痛み：避けるように学習する

■ 本質は「行動を強化・抑制するための生体メカニズム」

- ・快：報酬系を刺激 → 近づく行動を強化
- ・不快：防御系を刺激 → 回避行動を強化

苦痛を「心地よさ」へ転換するアプローチ

例1：点滴ラインの対応	例2：口腔ケアの対応
● 刺入部やルートを隠し、視覚刺激を減らす	● 事前に会話やマッサージで関係性を構築
● 低刺激のテープで固定し、痒痒感を防ぐ	● 看護師Aが心地よい刺激と対話に専念
● ラインを長くして引っ張り感を軽減	● 看護師Bが静かにケアに集中する
● アロマ・足浴・手浴・セラピーロボ・動物介在で「心地よさ」を提供 → 点滴が気にならなくなり、「心地よさ」に意識が向く	● ケアを「心地よい体験」として記憶させるよう工夫 → 口腔ケアを受け入れ、自ら協力したくなる

ポイント

- ・感覚の焦点を「苦痛」から「心地よさ」へと転換
- ・心地よい経験が記憶に残ることで、自発的・協力的な行動が促される

メカニズムを考えた対応（環境づくりを含む）やケアが重要

認知症の方がおかれている状況

- 認知症がかなり進んだ人でも自分の物忘れが尋常でないことを自覚している
- 認知症の人は、周囲の人がどんな感情を持って接しているのかも非常によくわかっている
- 認知機能障害（中核症状）のせいで、コミュニケーションや人間関係の維持が難しくなり、家族や友達、近所付き合いが疎遠になる
- 言ってもわからないよねと、会話からはずされ、いつも蚊帳の外におかれる。「家族らと一緒にいても、自分はひとりぼっち」と感じる
- ボケているということを周囲に知られないようにするために、周囲との関係を閉ざす

社会から孤立した環境におかれる⇒チャレンジ行動としてBPSDが現れる

BPSD: 認知症の行動・心理症状

(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

認知症の症状には、物忘れや判断力の低下等、脳機能の低下を直接示す症状である「中核症状」と、「中核症状」に伴って現れる精神・行動面の症状である「周辺症状」に分けられる。「BPSD」は「周辺症状」とほぼ重なる概念である。

【行動症状】

- ・ 暴力
- ・ 暴言
- ・ 徘徊
- ・ 拒絶
- ・ 不潔行為

等

【心理症状】

- ・ 抑うつ
- ・ 不安
- ・ 幻覚
- ・ 妄想
- ・ 睡眠障害

等

問題行動ではなく、チャレンジング行動

- ◎ 視点の転換
 - ・ 問題は**当事者の内側**ではなく、**周囲（環境）側**にある
 - ・ 環境にうまく適応できず、バランスを崩した**結果としての行動**
 - ◎ **国際的な呼び方：「チャレンジング行動」**
 - ・ 海外では、「理解しづらく、関わりにくい行動」を『Challenging Behavior（チャレンジング行動）』と表現
- ・ これは、本人の「問題」ではなく、**ケア者側への問いかけ**である
 - ◎ **本人が訴えている“サイン”**として捉える
- ・ **本人にとって不適切な環境**が原因→ 環境や関わり方の調整が必要
- ・ 「問題行動」を**起こさずにすむ環境づくり**が最も重要

問題行動を
コントロールする



認知症の方の思い・気持ち・
感情・訴えの表出を
コントロール

徘徊には意味がある



認知症の方に
とって幸せでしょうか？

- チャレンジング行動には、動機・意味がある
- チャレンジング行動の裏に横たわる背景、チャレンジング行動の要因を考え、環境調整することが重要

叫んだり、攻撃的になる

→行動の背景にある思い～言葉にならない訴え～

- 自分の気持ちや思いをうまく言葉で伝えられない苛立ち
- 自分の状況を伝えられない苛立ち
- 日頃の不満やストレスが蓄積し、爆発してしまうこと
- 漠然とした不安や辛さのあらわれ
- やり場のない怒りや不安などから、自尊心を守るための自衛的な行動
- 便秘や体調不良を言葉で訴えられず、叫ぶ・攻撃的になることもある

チャレンジング行動の意味を考え、対応・ケアを行うことが患者安全につながる

物盗られ妄想も生じる人の特徴

- 日本では、女性に多く見られる。
→女性は世話側にまわることが多い。世話の役割行動が奪われるとこれまでの目標が達成できなくなる。
- 症状が出るのは、比較的体が動く初期。
→動けるのに、世話をされる。自分で動いてやりたいのにそれができない。



- 物盗られ妄想で盗んだとされるのは、看護、介護をしている時間が長い人が多い。
- 中でも、何でも言いやすい人（お嫁さんや娘さん）の場合が多く見られる。
- ケアを提供する職員が対象になる場合もある。

世話を受けることに対する引け目

目標の追求が上手くいかない

状況を変えて差を縮める

“差が縮小するように上手く調整できない”

『ケアスタッフを犯人に仕立て、ギャップを縮める』

【現在の状況】
「ケアスタッフから介護を受け、人の世話にならないといけない」

【望ましい状態】
「世話にならずに、むしろ人の役に立ちたい」

自尊心を保てない

【現在の状況】
自分がしまった場所がない

【望ましい状態】
盗まれないように自分がしまった場所にある

盗まれたに違いない

* 認知機能の低下により、しまい忘れや他の場所にしまい直したことの選択肢を考えられない

本人の現在の状況と望ましい状態を近づける

ケアする側

ケアされる側

境界をつくらない

してあげる、やってあげるという役割行動をとるようになり、その役割行動を果たすための環境をつくろうとする

される、やってもらうという役割行動が期待され、その環境に適応しようとするが、ありのままの自分が欲する目標を果たせず、バランスが保てなくなる

セルフケアの維持、残存能力の活用に根差したケア

せん妄

せん妄予防の取組の評価

せん妄ハイリスク患者ケア加算の創設

➤ 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子をスクリーニングし、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

【新】せん妄ハイリスク患者ケア加算 100点(入院中1回)

【算定要件】

施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【対象となる入院料】

急性期一般入院基本料	特定集中治療室管理料
特定機能病院入院基本料(一般病棟)	ハイケアユニット入院医療管理料
救命救急入院料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料

【施設基準】

(2) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

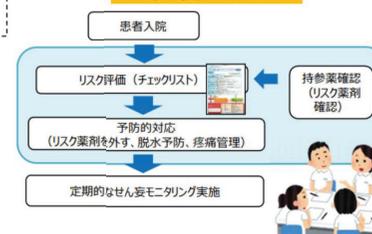
【せん妄のリスク因子の確認】

- 70歳以上
- 脳器質的障害
- 認知症
- アルコール多飲
- せん妄の既往
- リスクとなる薬剤(特にベンゾジアゼピン系薬剤)の使用
- 全身麻酔を要する手術後又はその予定があること

【ハイリスク患者に対する対策】

- 認知機能低下に対する介入
- 脱水の治療・予防
- リスクとなる薬剤の漸減・中止
- 早期離床の取組
- 疼痛管理の強化
- リスクとなる薬剤
- 適切な睡眠管理
- 本人・家族への情報提供

せん妄対策のイメージ



せん妄の原因

◆準備因子 (Predisposing factors)

●脳そのものに機能低下を起こしやすい「土壌」がある状態
例：高齢、認知症、脳血管障害、感覚器障害（視覚・聴覚低下）、慢性疾患、低栄養

◆誘発因子 (Precipitating factors)

●直接せん妄を起こすわけではないが、脳に負荷を与え機能破綻を引き起こすきっかけとなる要因
例：環境変化（入院・ICU）、睡眠障害、薬剤（抗コリン薬・ベンゾジアゼピン）、疼痛、身体的拘束、感覚遮断

◆直接因子 (Direct factors)

●脳に直接的な障害をもたらす、せん妄を引き起こす要因
例：感染症、電解質異常、脱水、低酸素、低血糖・高血糖、臓器不全（肝・腎）

誘発因子への対処

対応可能な直接因子を除去

別紙様式7の3

せん妄ハイリスク患者ケア加算に係るチェックリスト

(患者氏名) _____ 殿
 入院日: 令和 年 月 日
 リスク因子確認日: 令和 年 月 日
 せん妄対策実施日: 令和 年 月 日

1. せん妄のリスク因子の確認
(該当するものにチェック)
- 70歳以上
 - 脳器質的障害
 - 認知症
 - アルコール多飲
 - せん妄の既往
 - リスクとなる薬剤(特にベンゾジアゼピン系薬剤)の使用
 - 全身麻酔を要する手術後又はその予定があること

2. ハイリスク患者に対するせん妄対策
(リスク因子に1項目以上該当する場合は、以下の対応を実施)
- 認知機能低下に対する介入(見当識の維持等)
 - 脱水の治療・予防(適切な補液と水分摂取)
 - リスクとなる薬剤(特にベンゾジアゼピン系薬剤)の漸減・中止
 - 早期離床の取組
 - 疼痛管理の強化(痛みの客観的評価の併用等)
 - 適切な睡眠管理(非薬物的な入眠の促進等)
 - 本人及び家族へのせん妄に関する情報提供

3. 早期発見
せん妄のハイリスク患者については、せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努める。

※1 せん妄のリスク因子の確認は入院前又は入院後3日以内に行う。
 ※2 せん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行う。

せん妄のリスク因子のスクリーニング、対策に係る妥当性について、データを活用して、検証して、PDCAサイクルをまわすことを重要

TABLE 4. CHANGE IN RISK FACTORS OR TARGETED OUTCOMES AT REASSESSMENT, ACCORDING TO STUDY GROUP.*

Risk Factor	INTERVENTION	USUAL CARE	P VALUE
Cognitive impairment			
No. (%) of patients assessed	128	125	
Improved by 2 points	51 (40)	33 (26)	0.04
Same	76 (59)	88 (70)	
Worse by 2 points	1 (1)	4 (3)	
Adjusted orientation score at reassessment	7.2±0.2	6.8±0.2	0.06
Sleep deprivation			
No. (%) of patients assessed	426	426	
Use of sedative drug for sleep during hospital stay	148 (35)	195 (46)	0.001
Immobility			
No. (%) of patients assessed	96	98	
Improved by 2 points	6 (6)	13 (13)	0.06
Same	68 (71)	54 (55)	
Worse by 2 points	22 (23)	31 (32)	
Adjusted Activities of Daily Living score at reassessment	9.7±0.3	9.3±0.3	0.34
Vision impairment			
No. (%) of patients assessed	57	62	
Early vision correction	21 (37)	17 (27)	0.27
Hearing impairment			
No. (%) of patients assessed	120	98	
Improved by 1 point	61 (51)	39 (40)	0.10
Same	37 (31)	44 (45)	
Worse by 1 point	22 (18)	15 (15)	
Adjusted Whisper Test score at reassessment	5.4±0.5	4.2±0.4	0.09
Dehydration			
No. (%) of patients assessed	240	254	
Improved by 5 points	107 (45)	98 (39)	0.40
Same	110 (46)	127 (50)	
Worse by 5 points	23 (9)	29 (11)	
Adjusted ratio of blood urea nitrogen to creatinine at reassessment	20.7±0.5	20.7±0.5	0.22
Total no. of risk factors			
No. (%) of patients assessed	426	426	
Improved (fewer risk factors)	272 (64)	236 (55)	0.02
Same	110 (26)	124 (29)	
Worse (more risk factors)	44 (10)	66 (15)	
Adjusted no. of risk factors per patient at reassessment	1.7±0.1	1.9±0.1	0.001

せん妄予防プロトコルの有効性

◆目的: 認知障害、睡眠不足、不動化、視覚・聴覚障害、脱水といった6つのせん妄危険因子を管理する標準化プロトコルの有効性を検証。

◆結果:

- **せん妄発症率:** 介入群のせん妄発症率は9.9%で、通常ケア群の15.0%と比較して有意に低かった。
- **せん妄の総日数・エピソード数:** 介入群では、せん妄の総日数(105日 vs 161日, p=0.02) および総エピソード数(62 vs 90, p=0.03) が有意に減少した。
- **重症度・再発率:** せん妄の重症度や再発率には有意な差は見られなかった。
- ◆介入の遵守と効果:
 - **全体遵守率:** プロトコルの全体的な遵守率は87%であった。
 - **危険因子の改善:** 入院時に認知障害があった患者では、その程度が有意に改善した。また、全患者で睡眠薬の使用率が有意に低下した。
 - **傾向:** その他の危険因子(不動化、視覚・聴覚障害)でも改善傾向が認められた。

N Engl J Med 1999; 340:669-676
DOI: 10.1056/NEJM199903043400901

せん妄に対する予防戦略

せん妄を誘発するリスク因子の同定



せん妄のリスク因子が同定された場合、除去できる因子であれば可能な限り除去する



せん妄症状を継続的に観察し(せん妄スクリーニングツール)、早期発見・早期対応

分断から統合へ： ECRSを適用した新しいフローの構築

- これまで個別に実施していた「認知症」、「転倒・転落」、「せん妄」、「身体的拘束」のリスク評価とケア対応を、ECRSの原則に基づいて再構築し、統合を実現



- Eliminate (排除) :** 無駄な重複項目や二重入力を徹底的に排除。
- Combine (結合) :** せん妄と転倒・転落のリスクアセスメントの統合
- Rearrange (再配置) :** 患者情報やアセスメントに必要な項目を効率的に、もれなく、だぶりなく収集する手順の見直し
- Simplify (簡素化) :** 一つの画面から必要情報に簡単にアクセスできる仕組みの構築

DXによる解決策：専門性を活かした情報収集の再構築

- 本院では、**ECRSの原則**に基づき、入院前・入院時の情報収集とアセスメントのプロセスをDXで再設計。

Eliminate (排除) : 無駄な重複項目や二重入力を徹底的に排除。

Combine (結合) : せん妄と転倒・転落のリスクアセスメントの統合

Rearrange (再配置) : 患者情報やアセスメントに必要な項目を効率的に、もれなく、だぶりなく収集する手順の見直し

Simplify (簡素化) : 一つの画面から必要情報に簡単にアクセスできる仕組みの構築

Table 1. Risk Factors for Falls That Are Commonly Evaluated in Randomized Trials of Multifactorial Interventions.*

Risk Factor	Odds Ratio for Any Falls (95% CI)	Prevalence Measure	Prevalence in Older Adult Cohorts (%)†	Underlying Impairment Leading to Falls
Balance impairment‡	1.98 (1.60-2.46)	Balance problem (modified Romberg test)¶	Point estimate, 38	Sensory impairment (visual, vestibular, or somatosensory), delayed reaction time, or muscle weakness
Gait problems§	2.06 (1.82-2.33)	Gait speed <0.6 m per second¶	Point estimate, 35‡	Difficulty in negotiating obstacles or ascending or descending stairs†
Visual impairment¶	1.35 (1.18-1.54)	Functional visual impairment¶	Point estimate, 10	Impairments in depth perception or in sensitivity to visual contrasts†
Orthostatic hypotension**	1.50 (1.15-1.97)	Orthostatic hypotension¶	95% CI of prevalence, 17-28	Transient cerebral hypoperfusion leading to lightheadedness and loss of balance or loss of consciousness; may present as falls rather than syncope if the patient is amnesic after regaining consciousness¶
Medication	≥5 Prescription medications¶	Point estimate, 39		Sedation, confusion, orthostatic hypotension, or ataxia¶
Polyparmacy¶	1.75 (1.27-2.41)			
Antipsychotics¶	2.30 (1.24-4.26)			
Antidepressants¶	1.48 (1.24-1.77)			
Benzodiazepines¶	1.49 (1.18-1.86)			
Loop diuretics¶	1.36 (1.17-1.57)			
Environment				Interaction between functional limitations and home environment, with hazards (e.g., trip hazards or poor lighting) acting as a precipitating cause
Physical disability¶	1.56 (1.22-1.99)	Difficulty with any ADL¶	Range of point estimates, 20-27	
Instrumental disability¶	1.46 (1.20-1.77)	Difficulty with any IADL¶	Range of point estimates, 16-18	
Home hazards¶¶	1.15 (0.97-1.36)	a2 Home hazards¶	Point estimate, 91	
Cognitive impairment¶¶	1.32 (1.18-1.49)	Dementia¶	Point estimate, 9	Impairments in executive function (e.g., planning, reasoning, or self-regulation)¶
Depressive symptoms¶¶	1.49 (1.24-1.79)	Depressive disorders¶	95% CI of prevalence, 10-26	Decreased mental processing speed, psychomotor retardation, or loss of confidence leading to avoidance of activity¶

バランス障害
歩行障害
視覚障害
起立性低血圧

薬剤
ポリファーマシー (5剤)
抗精神病薬
抗うつ薬
ベンゾジアゼピン系薬
ループ利尿薬

ADL障害

手段的ADL障害
家庭内の危険因子 (段差、滑りやすい、照明不足)

認知機能低下 認知機能障害

うつ病

せん妄の
リスク因子と
共通

転倒の
リスク要因

実践フロー (Yahgee / CITA 活用例)

① 認知症リスクアセスメントによる対象者抽出:

●認知症ケア加算の対象となる患者を自動的に抽出し、ケアの必要性を迅速に特定。

② 転倒・転落/せん妄アセスメントの統合実施:

●認知症リスクアセスメントにおいて、認知症のリスク該当者は、転倒・転落/せん妄アセスメントの「認知機能のリスク」項目に自動的に情報を反映。

●これにより、二重入力の手間を省き、情報の一貫性を確保しながら、より包括的なリスク評価が可能に。(ECRSの「結合」「簡素化」)

実践フロー (Yahgee / CITA 活用例)

③ 予防的ケア介入とアウトカム評価の実施:

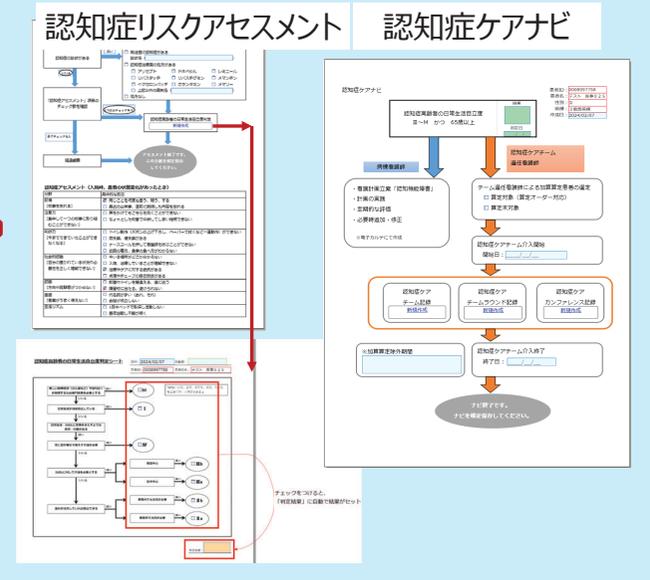
●転倒・転落、せん妄のリスク該当者には、システムが提供する「ナビゲーション機能」を活用。

●ナビゲーションに沿って、日々、ケア介入によるアウトカム評価

④ 身体的拘束アセスメントへの連携:

●転倒・転落、せん妄のリスクがある場合、あるいは実際に発生した場合、身体的拘束の評価・記録を行うナビゲーションを提示。

●これにより、安易な身体的拘束を避けつつ、必要最小限の介入を、多角的な視点から検討・記録できるプロセスが確立。



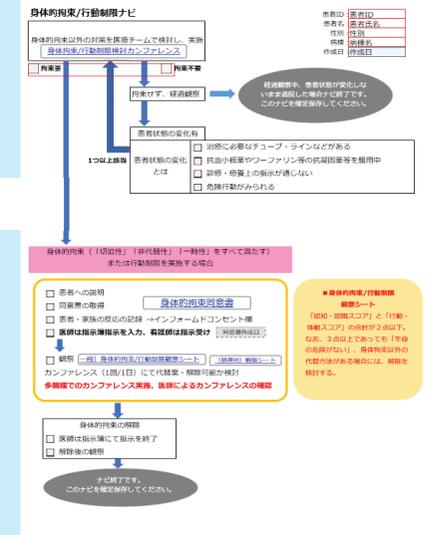
このナビは最前週院のタイミングで終了です。退院時に確定保存してください。

条件を絞って、文書の作成管理、情報取得、二次利用が可能に



転倒・転落、せん妄のリスク有あるいは発生の場合、身体的拘束のナビを走らせる。

身体的拘束ナビ



身体的拘束の最小化の基準を満たしているかどうかを簡単に監査できる仕組みの構築

- 患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない。
- 身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- 身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。
- 身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されている。必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。

The screenshot shows the '身体的拘束/行動制限検討カンファレンス' (Physical Restraint/Action Restriction Discussion Conference) form. It includes a header with '身体的拘束/行動制限ナビ' (Physical Restraint/Action Restriction Navigation) and a table for 'アセスメント' (Assessment). The table has columns for '項目' (Item), 'スコア' (Score), '詳細' (Details), and 'スコア' (Score). The items include '意識・瞳孔反応', '呼吸・心拍', '体温', '水分摂取', '排泄', '皮膚', '栄養', '疼痛', 'せん妄', 'その他'. The scores range from 0 to 5. Below the table, there are checkboxes for '身体的拘束/行動制限' (Physical Restraint/Action Restriction) and '身体的拘束/行動制限' (Physical Restraint/Action Restriction). There is also a section for 'カンファレンス内容' (Conference Content) with a text area for 'カンファレンス内容' (Conference Content) and a section for 'カンファレンス内容' (Conference Content) with checkboxes for '医師' (Physician), '医師補佐' (Physician Assistant), '看護師' (Nurse), '薬剤師' (Pharmacist), 'その他' (Others).

緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない

入力された記録データをもとに、検索条件に応じた患者一覧を抽出し、状況把握を可能に。

一元管理

- 身体的拘束の3つの基準に関する根拠
- 解除基準スコア
- 多職種によるカンファレンス記録

身体的拘束の最小化の基準を満たしているかどうかを簡単に監査できる仕組みの構築

- 患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない。
- 身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。**
- 身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。**
- 身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されている。必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。

身体的拘束/行動制限中記録シート、カンファレンス記録

カンファレンス記録

カンファレンス記録

身体的拘束

行動制限

分子

臨床指標の分子定義に基づき、記録データから「身体的拘束実施有」フラグを自動で付与する仕組みを構築

身体的拘束の最小化の基準を満たしているかどうかを簡単に監査できる仕組みの構築

- 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施する。
 - ア) **身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**する。
 - イ) 身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用する。
 なお、ア) を踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や③に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
 - ウ) 入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行う。

日々の身体的拘束の状況把握が可能

パスごとに集計可能

臨床指標の計測結果を容易に算出

退院患者調査の見直し③

医療の質指標に係る項目の新設

【体制評価指数（医療の質向上に向けた取組）において、データ提出の評価対象となる項目】

項目名	ファイル	見直しの内容
【新】転倒・転落件数（※）	様式1	入棟中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式3	入院中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数（※）	様式1	入棟中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式3	入院中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】d2以上の褥瘡（※）	様式1	入棟時及び退棟時の評価に加え、入棟中の褥瘡の最大深度を入力する。
	様式3	入院中に新規にd2（真皮までの損傷）以上の褥瘡が発生した患者数を入力する。
【新】予防的抗菌薬投与	様式1	全身麻酔を伴う手術の場合に、予防的抗菌薬投与の有無及び時間を入力する。
【新】入院早期の栄養アセスメント	様式1	入院後48時間以内の栄養アセスメントの実施の有無を入力する。
【新】身体的拘束	様式1	身体的拘束の実施日数を入力する。

【新】新規追加項目

（※）様式1又は様式3いずれかの入力で評価する。

41

公表対象に

#	指標名	分子	分母	データソース*
医療安全				
1	入院患者の転倒・転落発生率	入院患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数	SV*
2	入院患者での転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	入院患者に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	SV
3	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓症の予防対策が実施された患者数	分母のうち、肺血栓症の予防対策が実施された患者数	肺血栓症検査実施のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数	DPC
感染管理				
4	血液培養2セット実施率	血液培養オアが1日に2件以上ある日数	血液培養オア日数	DPC
5	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	分母のうち、入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数	広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数	DPC
6	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	分母のうち、手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数	手術室で行った手術件数	SV
ケア				
7	d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡新発患者数	入院患者延べ数	SV
8	65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合	分母のうち、入院3日目までに栄養ケアアセスメントが行われたことがカルテに記載された患者数	65歳以上の退院患者数	SV
9	身体拘束率	分母のうち、物理的身体拘束を実施した患者延べ数	入院患者延べ数	SV

*1: データソースとは、当該指標の計測に必要な診療報酬です（DPC: DPCデータ SV: サービスインデータ）。
*2: SV（サービスインデータ）は、病院別（電子カルテや診療記録など）や病棟別（病棟ごと）のデータを想定しています。サービスインデータ等無い病棟の場合は、病棟別の発生数として当該病棟データと連結ください。

★ 2022年度指標からの変更点

指標名	変更点
身体拘束率	<ul style="list-style-type: none"> ■ 指標名の変更（身体拘束率 → 身体拘束率）。 ■ 身体拘束の適用範囲の緩和 ① 転倒・転落予防のためのセンサーの使用…身体拘束に該当しない ② 四点縛…身体拘束に該当する

<お問い合わせ>
公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 事務局
E-mail: ni_oi@otmihc.or.jp TEL: 03-5217-2326

定義に則って、データを抽出することが必要

身体的拘束の実施率

1) 分母

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	A00030-1 退院年月日	計測対象期間に退院した患者を抽出する。
2	様式1	A00030-1 退院年月日 A00020-1 入院年月日	1の患者の在院日数*の総和を分母とする。 ※在院日数＝退院年月日－入院年月日 なお、在院日数を線形式の「様式(開始日)」「様式(終了日)」を用いて算出してもよい。

2) 分子

手順	使用データ	参照する変数	作業
1	様式1	A00030-2 身体的拘束日数*	分母のうち、身体的拘束日数*の総和を分子とする。

*1 同一日に複数回の身体的拘束及び解除が繰り返されても、1日として日数単位で記入すること。



医療の質可視化プロジェクト400～600床未満（ベンチマーキング）

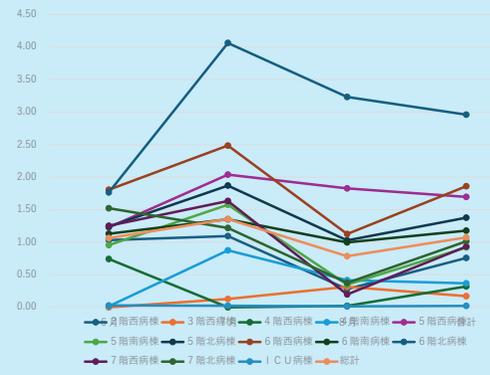


$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{分母のうち、物理的身体拘束を実施した患者延べ数}}{\text{入院患者延べ数}} \times 100$$

例：2025年5月
分子：605/分母：15710 実施率：3.85%

25%値を目標として、取組み実施中

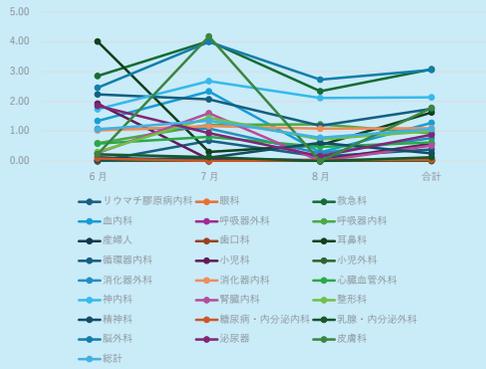
身体的拘束実施率（病棟別）



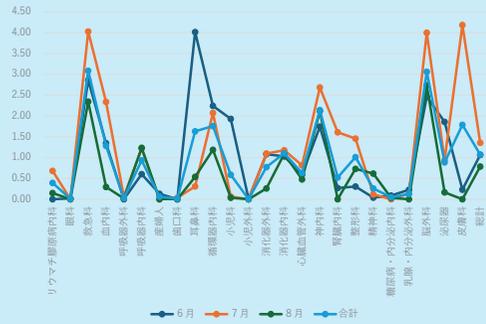
身体的拘束実施率（病棟別）



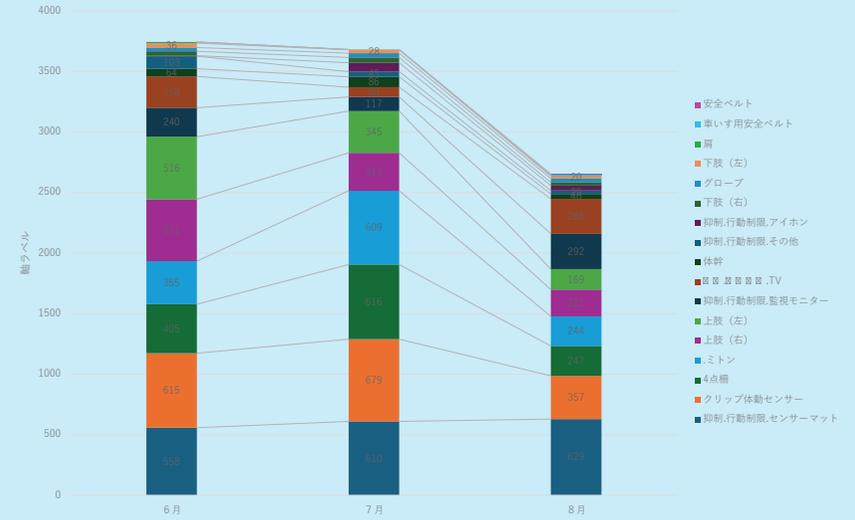
身体的拘束実施率（診療科別）



身体的拘束実施率（診療科別）



身体的拘束・行動制限



退院患者調査の見直し③

医療の質指標に係る項目の新設

【体制評価指数（医療の質向上に向けた取組）において、データ提出の評価対象となる項目】

項目名	ファイル	見直しの内容
【新】転倒・転落件数（※）	様式1	入棟中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式3	入院中に発生した転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】インシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数（※）	様式1	入棟中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
	様式3	入院中に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落の発生件数を入力する。
【新】d2以上の褥瘡（※）	様式1	入棟時及び退棟時の評価に加え、入棟中の褥瘡の最大深度を入力する。
	様式3	入院中に新規にd2（真皮までの損傷）以上の褥瘡が発生した患者数を入力する。
【新】予防的抗感染薬投与	様式1	全身麻酔を伴う手術の場合に、予防的抗感染薬投与の有無及び時間を入力する。
【新】入院早期の栄養アセスメント	様式1	入院後48時間以内の栄養アセスメントの実施の有無を入力する。
【新】身体的拘束	様式1	身体的拘束の実施日数を入力する。

【新】：新規追加項目

（※） 様式1又は様式3いずれかの入力での評価する。

パスにクリティカル
インディケータ
として設定

厚生労働省補助事業
医療の質向上のための体制整備事業

2024年度 医療の質可視化プロジェクト 集計結果報告書

（計測対象期間：2023年10月1日～2024年9月30日）

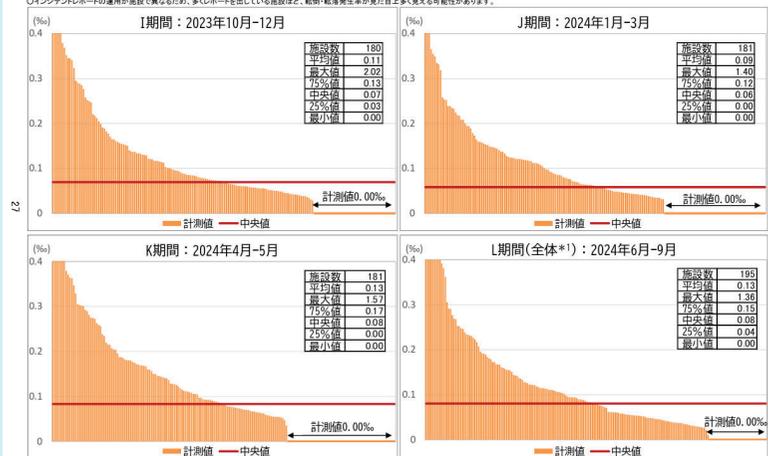
【確定版】

2025年2月28日

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

MSM-02 転倒転落によるインシデント影響度分類レベル 3b以上の発生率[期間別] (病床数200床以上400床未満)

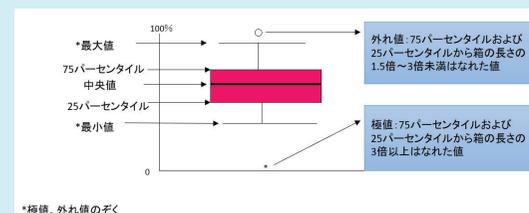
○縦軸は計測値、横軸は各病院を示します。
○赤目標は従来のアウトカム指標のため、患者特性(年齢、性別、重症度、併存疾患等)の影響があります。
○インシデントレポートの運用が徹底できず、多方向を指している施設ほど、転倒転落発生率が見えにくくなる可能性があります。



自施設の立ち位置を確認し、目標値の設定が可能

四分位数を活用した目標値の設定

- データを小さい順に並べて**四等分に区切ったものを四分位数**(しぶんいすう)と呼ぶ
- 四分位数により、自施設の立ち位置を把握し、改善が必要となるかどうかを検討できる



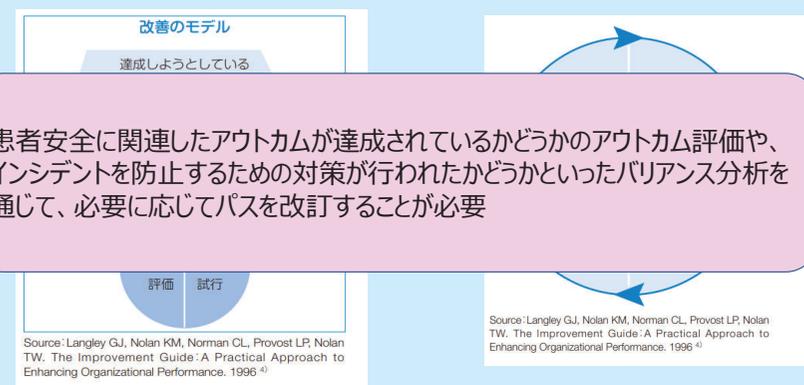
四分位範囲
= 75%値 - 25%値

目標設定をして、PDCAサイクルをまわす

75%値の場合

- 短期目標**: 現在より1ランク下のパーセンタイル値を目指す
例) 75% → 50%へ
- 中期目標**: 全国中央値 (50パーセンタイル) 以下
- 長期目標**: 25パーセンタイル (上位水準) に到達

バリエーション分析、アウトカム評価を通じた患者安全の保証



パスは、医療チームが共同で作った患者の最良の管理だと信ずるところを示した仮説

⑤ポリファーマシー対策

ポリファーマシー

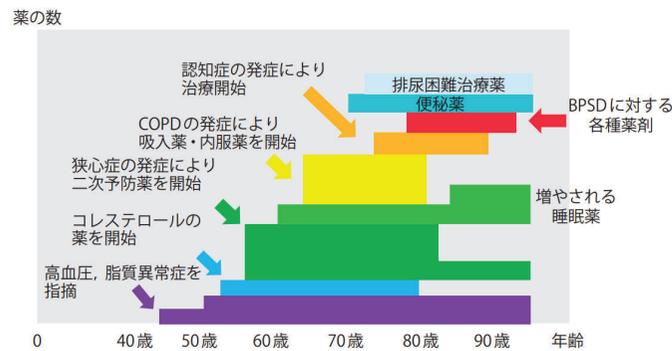


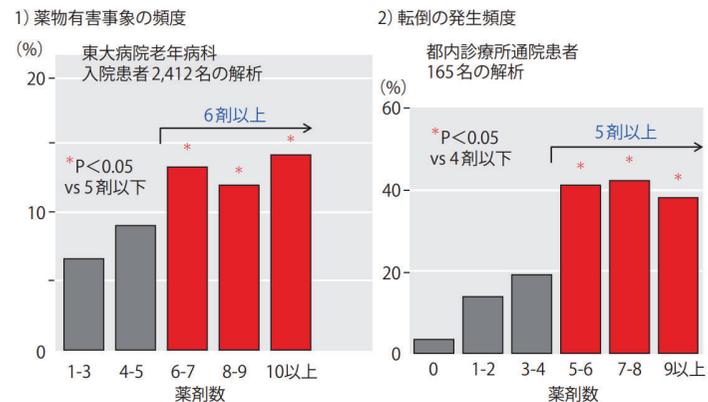
図1 高齢者と薬の数のイメージ

高齢者は慢性疾患を多く有するため、多剤服用になりやすい。

多剤服用は、ポリファーマシーと呼ばれるリスクを増大させ、ADLが低下している高齢患者では、薬物有害事象の増大に注意が必要。

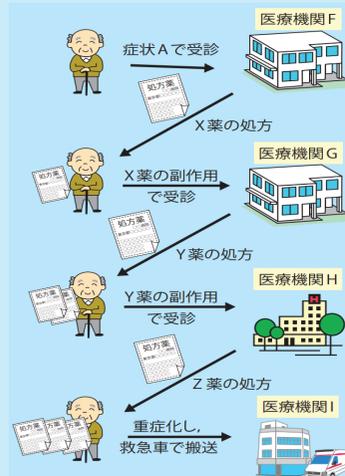
日内会誌 107 : 2437~2443, 2018

ポリファーマシー（多剤服用）のリスク フレイルや有害事象発生



日本老年医学会 日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究研究班編：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015. メジカルビュー社, 東京, 2015.

処方カスケード



LDL (low-density lipoprotein) コレステロール値が上昇する
→スタチンが処方される→副作用の筋肉痛が出現する
→NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory drugs) が処方される
→副作用の浮腫が生じる→ループ利尿薬が処方される
→脱水症を起こす

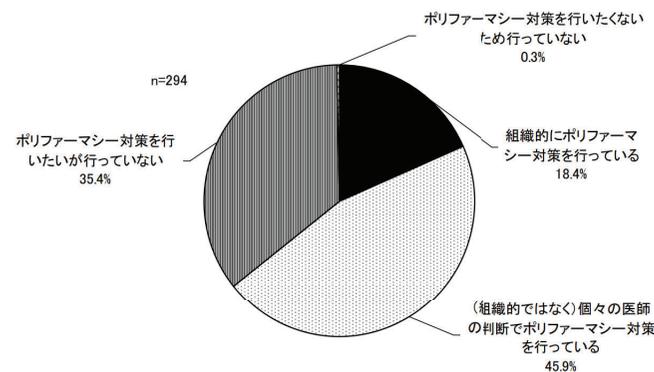
本来必要のないループ利尿薬を処方されたことで、患者は脱水症を発症し、入院を必要とするような危険な状態に

日内会誌 107 : 2437~2443, 2018



現在のポリファーマシー対策については、「（組織的ではなく）個々の医師の判断でポリファーマシー対策を行っている」が最も割合が高く45.9%で、ついで「ポリファーマシー対策を行いたいが行っていない」が35.4%であった。

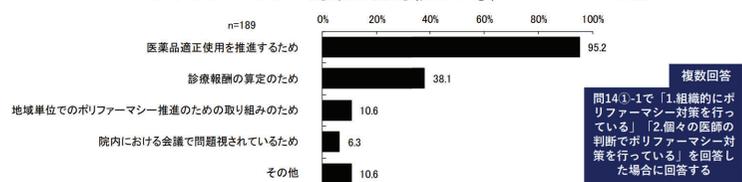
ポリファーマシー対策への取り組み(問14-①)



第2章 病院へのアンケート調査結果 4. ポリファーマシー対策の状況

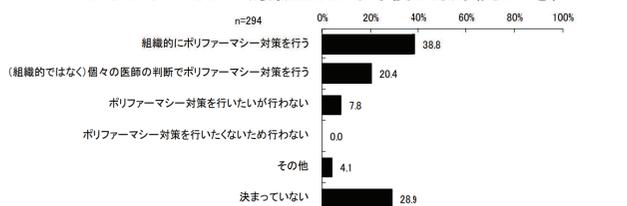
- ポリファーマシー対策の目的については、「医薬品適正使用を推進するため」が最も割合が高く95.2%で、ついで「診療報酬の算定のため」が38.1%であった。

ポリファーマシー対策の目的(問14-②)



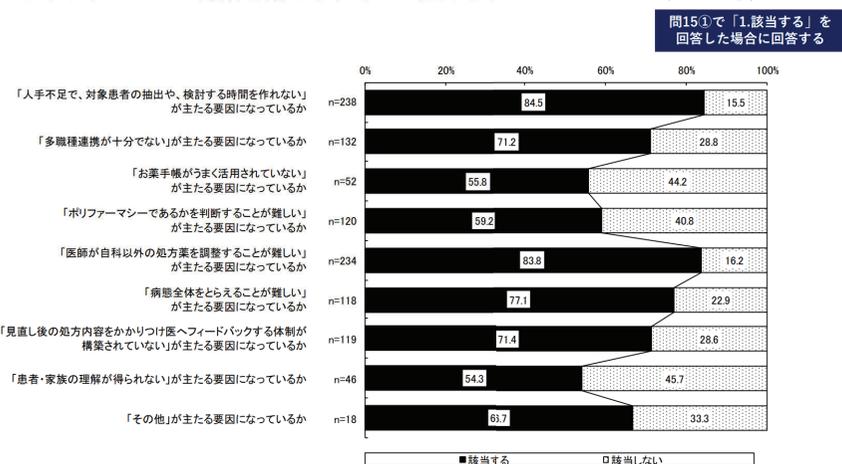
- ポリファーマシー対策にかかる今後の方針については、「組織的にポリファーマシー対策を行う」が最も割合が高く38.8%で、ついで「決まっていない」が28.9%であった。

ポリファーマシー対策にかかる今後の方針(問14-③)



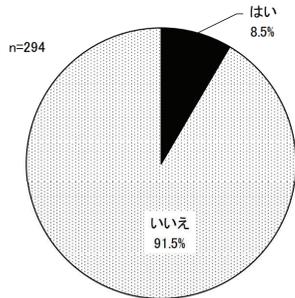
- ポリファーマシー対策を始める・進める際の問題として挙げた事項がポリファーマシー対策を行わない主たる要因になっているものについては、「人手不足で、対象患者の抽出や、検討する時間を作れない」が84.5%で最も割合が高く、ついで「医師が自科以外の処方薬を調整することが難しい」（83.8%）であった。

ポリファーマシー対策を始められない・進められない主たる要因(問15-②)

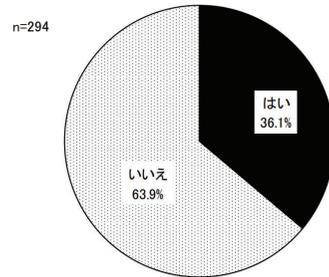


- 多職種で構成されるポリファーマシー対策のためのチームを設置しているかについては、「はい」は8.5%であった。
- 処方見直しに関する情報を共有する目的で多職種連携を行っているかについては、「はい」は36.1%であった。

多職種で構成されるポリファーマシー対策のためのチームの設置があるか(問21)

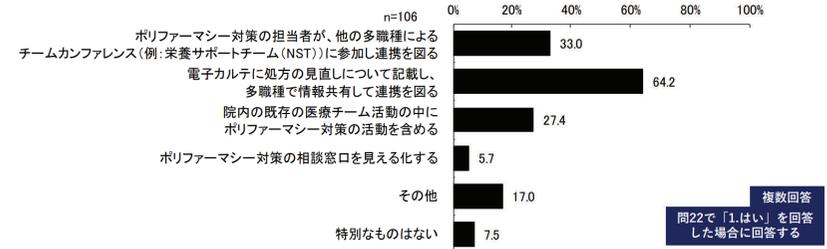


処方見直しに関する情報を共有する目的で、多職種連携を行っているか(問22)



- どのような多職種連携・協働を実施しているかについては、「電子カルテに処方の見直しについて記載し、多職種で情報共有して連携を図る」が最も割合が高く64.2%であった。

どのような多職種連携・協働を実施しているか(問23)

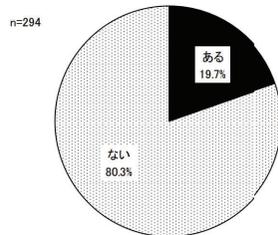


どのような多職種連携・協働を実施しているか(問23-その他)

回答内容
病棟のカンファレンス(入院時、転倒時、退院前など)に多職種が参加するためその場で共有している

- 診療科間で処方意図を共有する仕組みや機会はあるかについては、「ある」が19.7%であった。

院内の診療科間で処方意図を共有する仕組みや機会はあるか(問24-1)



- 「ポリファーマシー対策を効率的に行うための工夫」として、「電子カルテの活用」や「カンファレンスへの参加」などに関する事項があげられた。

ポリファーマシー対策を効率的に行うための工夫(問24-2)

分類	回答内容
電子カルテの活用	処方欄や、電子カルテ上などに情報記載ができる場所があり、院内全職種で閲覧、共有できるようになっている
カンファレンスへの参加	各病棟で診療科ごとにカンファレンスをこなっている。各診療科ごとにコンサルテーションの返事を記載している
医師との対話	薬剤師が仲介して医師に確認、カルテ記載して共有する。医師が他科で相互に確認し、カルテ記載して共有する

薬剤有害事象のスクリーニングをパスに組み込む

表4 薬物有害事象の予防・診断・治療のための注意点

1. 危険因子	<input type="checkbox"/> 多剤服用(6種類以上)、他科・他院からの処方 <input type="checkbox"/> 認知症、視力低下、難聴などコミュニケーション障害 <input type="checkbox"/> 抑うつ、意欲低下、低栄養 <input type="checkbox"/> 腎障害、肝障害(慢性肝炎、肝硬変)
2. 定期モニター	<input type="checkbox"/> 薬剤服用(アドヒアランス)、薬効の確認 <input type="checkbox"/> 一般血液検査: 肝障害、腎障害、白血球減少など <input type="checkbox"/> 薬物血中濃度(必要なもの)
3. 診断	<input type="checkbox"/> 意識障害、食欲低下、低血圧など、すべての新規症状について、まず薬物有害作用を疑う <input type="checkbox"/> 新規薬剤服用に伴う皮疹、呼吸困難では薬物アレルギーを疑う
4. 治療	<input type="checkbox"/> 原因薬剤の中止・減量; 場合によってはすべての薬剤を中止して経過を観察。中止により原病が悪化することがあり注意 <input type="checkbox"/> 薬物療法: 症候が重篤な場合、対症療法として行う 薬剤性胃炎に対しては、予防的投薬も考慮

図1 「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」の使用フローチャート1

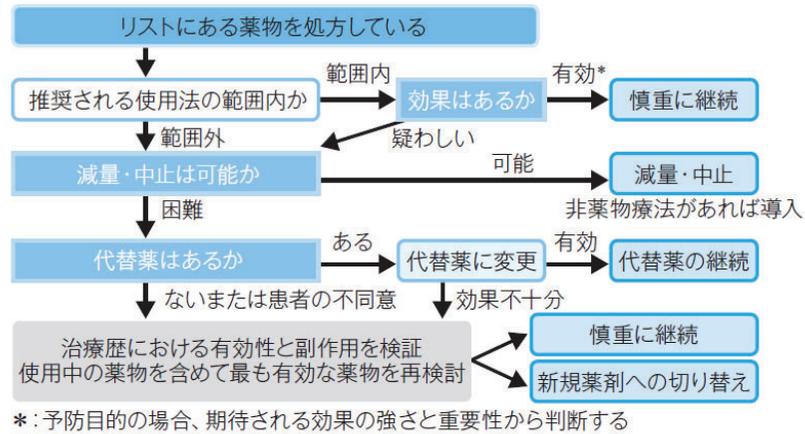


図2 「特に慎重な投与を要する薬物のリスト」の使用フローチャート2

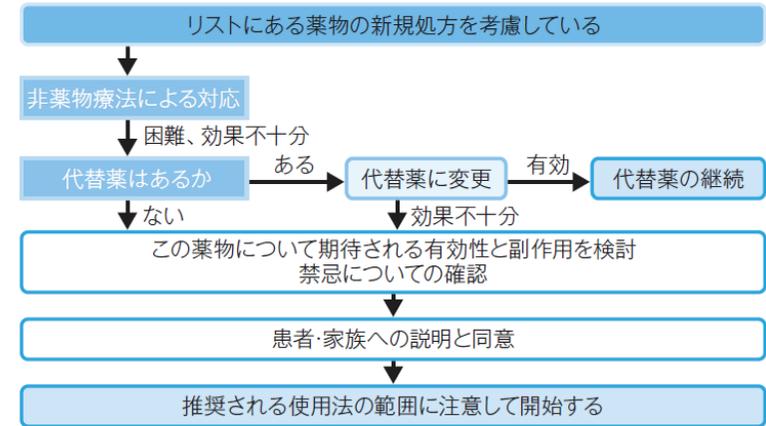
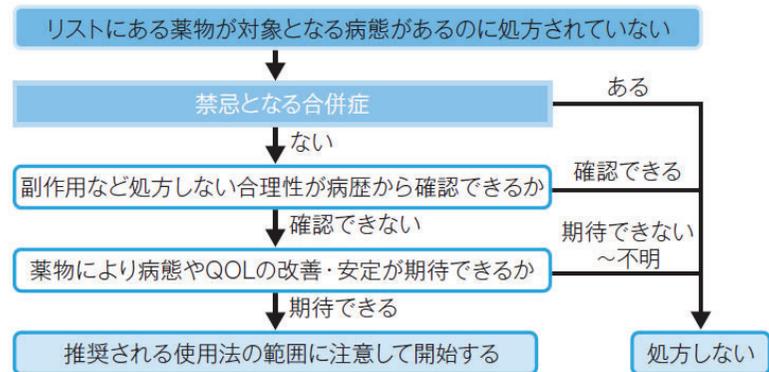
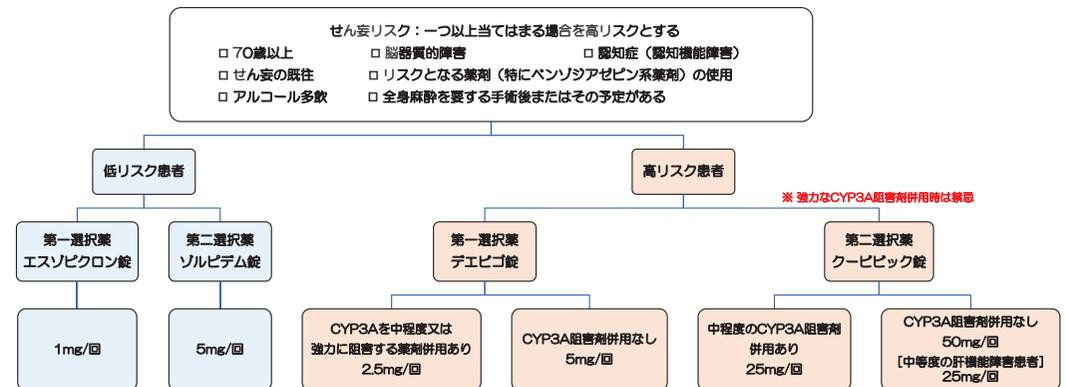


図3 「開始を考慮すべき薬物のリスト」の使用フローチャート



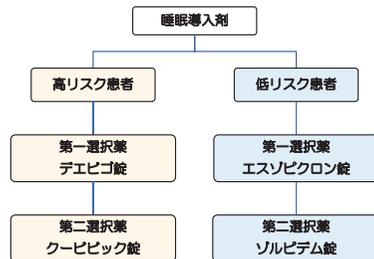
睡眠剤フォーミュラリー案（成人）



参考
 ・高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015（日本老年医学会、2015年）
 ・睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン（日本睡眠学会、2013年）

睡眠剤フォーミュラリー案（成人）

	高リスク患者		低リスク患者	
	第一選択薬	第二選択薬	第一選択薬	第二選択薬
薬品名	デエビゴ錠	クービピック錠	エスゾピクロン錠	ゾルピデム錠
一般名	レンボレキサント	ダリドレキサント	エスゾピクロン	ゾルピデム
規格	2.5mg、5mg	25mg、50mg	1mg	5mg
用法	[成人] 1日1回 5mg [中等度の肝機能障害患者] 1日1回 5mgを超えない [CYP3Aを中程度又は強力に阻害する薬剤と併用時] 1日1回 2.5mg	[成人] 1日1回 50mg 状態に応じて1日1回25mg [中等度の肝機能障害患者] 1日1回 25mg [中等度のCYP3A阻害剤と併用時] 1日1回 25mg ※CYP3Aを強く阻害する薬剤との併用は禁忌	[成人] 1回 1mg	[成人] 1回 5mg



【せん妄リスク】

- ・70歳以上
- ・脳器質的障害
- ・認知症（認知機能障害）
- ・アルコール多飲
- ・せん妄の既往
- ・リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の使用
- ・全身麻酔を要する手術後またはその予定があること

※一つ以上当てはまる場合を高リスクとする

参考

- ・高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015（日本老年医学会、2015年）
- ・睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン（日本睡眠学会、2013年）

おわりに
医療・介護・福祉連携を含めた
パスに求められること

1. 情報共有と連携の基盤となること

●共通ツールの利用：

医療機関、介護施設、訪問サービスなど、多職種が共通の評価シートや情報共有ツールを用いることで、患者・利用者の状態を正確に把握し、一貫したケアを提供できること。

●情報の一元管理：入院中の治療経過、リハビリテーションの進捗、退院後の生活目標などを一つのパスに集約し、関係者がいつでも必要な情報にアクセスできること。

2. 継続的なケアの提供を可能とすること

●スムーズな移行支援：

急性期病院から自宅や介護施設への移行を円滑にし、医療と生活の切れ目のないケアを実現できること。

●目標の共有：

医師、看護師、理学療法士、介護士、ケアマネジャーなど、多職種が共通の目標（例：ADLの維持、転倒予防）を共有し、協力して達成を目指すこと。

3. 個別性の尊重と質の向上につながること

•個別性の配慮：

画一的な内容ではなく、患者・利用者の疾患、身体機能、生活環境、価値観などを考慮した**個別化されたパス**であること。

•アウトカムの評価：

パスの利用が、患者・利用者のQOL（生活の質）向上、ADL維持、再入院率の低下などのアウトカムにどれだけ貢献したかを評価できる仕組みを備えていること。これにより、ケアの質の継続的な改善につながる。

4. 予防的視点を含むこと

•フレイル・ロコモ・サルコペニアの予防：

単に病気の治療だけでなく、高齢者が陥りやすい**フレイル、ロコモ、サルコペニア**の予防を目的とした介入項目を含むこと。これにより、要介護状態への進行を防ぎ、自立した生活の維持を支援できること。

•HAD（病院関連機能低下）の予防：

入院中にADLや認知機能が低下することを防ぐため、早期離床やリハビリテーションの項目を盛り込み、自宅での生活にスムーズに戻れるよう支援できること。

5. 利便性と運用の容易さ

•**簡潔な記載**：多忙な現場でも利用しやすいよう、パスの記載項目や書き方を標準化し、簡潔明瞭、一目で要点が把握できる構成にすること。

•ICTの活用：

紙媒体だけでなく、リアルタイムでの情報共有やデータ分析が可能な体制を構築すること

まとめ

- 高齢患者の医療の質保証には、疾患治療にとどまらず、**生活機能を維持し、社会復帰を支える視点**が不可欠。
- 高齢者のクリニカルパスは、ADL・認知機能・栄養・転倒リスクを守る予防的介入の枠組みであり、多職種連携を可視化する共通言語であり、患者のQOLを未来へとつなぐ橋渡しである。
- 高齢者医療における最大の目標は、「再入院をできる限り防ぎ、自分らしい生活を取り戻すこと」である。

パスは未来への道しるべ — 共に創る質の高い高齢者医療