

老人専門医療の臨床指標 Q&A

	質 問	回 答
経口摂取支援率	経口摂取支援率を「認知機能低下で食べる動作が出来ない」「摂食障害と嚥下障害」に分けてはどうでしょうか。	経口摂取支援率については摂食と嚥下を分けずに考えています。細かく分けていくと他の部分も細分化し、煩雑になってしまうことにも配慮しています。
	S Tを行っていない患者についても「摂食機能訓練」を行っていれば評価の対象としてよいのでしょうか。	摂食機能訓練は摂食を目的とした治療やケアに該当します。含めて結構です。
	医療療養病床ではTPNやPEGの患者が多く入院しているため、経口摂取支援率では病床の特性や看護必要度が正確に評価されないのではないのでしょうか。	たとえTPNやPEGの患者さんであったとしても、経口摂取に向けたケアに努めている病棟もあります。重度の方が多く入院されている病棟の評価になることをご理解下さい。
	摂食機能療法の算定期間が過ぎた患者に対しても、摂食機能療法と同様の対応を行っていれば「摂食を目的とした治療やケア」に含めてよいのでしょうか。	評価の対象は「摂食嚥下を目的とした治療やケアが必要であると判断された患者」ですので、改善の見込みが無く特別な治療やケアが不要であると判断された患者は含まれません。
リハビリテーション実施率	リハビリテーション実施率の分子は、リハビリテーション実施数をPT、OT、STそれぞれでカウントしてもよいのでしょうか。	リハビリテーション実施率の分子は、1人の患者にPT、OT、STが1日に重複して行ってもカウントは1人となります。例えば、測定日の3日間1人の患者に1日目PT、OT、ST、2日目PT、3日目PT、OTを行ったとしても、延べ患者数は3人となります。重複カウントされないようお願いします。
有熱回避率	一般状態が安定している介護病棟では、1ヶ月間で評価した方が結果として高く評価されるのですが、3日間とした理由があればお聞きしたいと思います。	測定日を連続する3日間にした理由は、1ヶ月間調べるのが煩雑なため、労作を少なくし、かつ、結果が極端に変わることのないように考えました。各指標とも継続しやすいように考えております。

	質 問	回 答
身体抑制回避率	臨床指標マニュアルのなかに身体抑制の具体的な基準が明記されていると記入しやすいと思う。	<p>身体抑制の基準は、介護保険での基準に準じます。（以下参照）</p> <p>介護保険指定基準においては、当該入所者(利用者)または他の入所者(利用者)等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者(利用者)の行動を制限する行為を行ってはならない。身体拘束が認められるのは、「切迫性」「非代替性」「一時性」の三要件をすべて満たし、かつその要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されているケースに限られる。身体拘束禁止の対象となる具体的な行為には次のようなものがあげられる。</p> <p>①徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。</p> <p>②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。</p> <p>③自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。</p> <p>④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。</p> <p>⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。</p> <p>⑥車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。</p> <p>⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。</p> <p>⑧脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。</p> <p>⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。</p> <p>⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。</p> <p>⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。</p>
	コールマット（センサーマット）は、身体抑制に入るのでしょうか。	コールマット（センサーマット）は身体抑制と考えなくてよいと思います。
新規褥瘡発生回避率	褥瘡の予防を評価するには、単に新規褥瘡発生回避率の高低だけでなく、褥瘡の保有率と比較して考える必要はないのでしょうか。	新規褥瘡の発生が抑えられている病棟であれば、褥瘡治癒率も高いと推測されます。保有率は入院患者の持ち込みにより左右される内容であり、指標には適していないと思います。
転倒転落防止率	転倒と転落には違いがあるのでしょうか。	<p>転倒とは自分の意思に反して床にひっくり返ったり、滑ったりして足底部以外の身体の一部が触れた場合、手をついてしまった場合などもこれには含まれます。一方転落は階段、台、自転車、ベッド、車椅子などから転げ落ちることを言います。しかし、実際には椅子や便器から立ち上がった時にふらふらとして転倒したのか、椅子や便器からそのまま転げ落ちたのか区別が難しい場合があります。欧米ではFall“転倒”という言葉にはここで言う転倒と転落が含まれています。</p> <p>いろいろな文献を見ても、転倒転落として、初めから転倒・転落を扱っているものと、転倒として表題に出ていても、内容には何時の間にか、転倒や転落と書かれている。などがあり、まちまちです。実際に両者の定義をはっきりさせていないのが実情です。</p> <p>ここでは評価の基準①の様に定義されているので、当然、いわゆる転倒と転落を一緒に取り扱っています。欧米のFallに匹敵し、比較するのに便利と思います。</p>

	質 問	回 答
退院前カンファレンス開催率	ショートステイやレスパイトケアといった短期利用の場合は、退院時サマリー等による書面での情報交換をもってカンファレンスと評価することはできないでしょうか。利用期間が短いため、なかなかカンファレンスの開催には至りません。	ショートステイやレスパイトケア等の入院形式は在宅生活継続中の利用と解釈できるため、分母、分子から除外して下さい。
	系列の特養に退院した患者について個別での情報交換や退院前カンファレンスが開催されていても、「本人または家族が参加している必要がある」との評価基準があるため、0名になりました。同じ退院であっても自宅の場合と特養への退院では、退院までのプロセスに違いがあるように思います。退院にあたり、退院先へ情報提供が十分に出来ているかが連携に関しての問題であるのなら、評価基準の検討が必要になると思います。	「退院した後も、安心して自宅や施設での生活を送る」ためには、入院治療を担当したスタッフと退院後の生活を支えるスタッフが、本人・家族と顔を合わせて今後の生活について話し合う機会が必要と考えています。単なる情報伝達が目的ではないので、ご理解下さい。
	夜間緊急転院のため退院時カンファレンスを開催することができなかった患者がいます。	夜間緊急転院は療養目的外の転院と考えられるため、分母となる退院患者数から除外して下さい。
安心感のある 自宅退院率	介護保険療養病床からの自宅退院はほとんどなく、0名になります。	「自宅退院があるから良い病院」「ないから悪い」という評価をしているのではありません。ただ、「自宅退院」の時に、期日ではばってそそくさと退院させるのではなく、退院後のイメージをもって、しっかりと準備を整えて退院できる事を評価しています。いろいろな機能を持った病院が地域を支えていると思います。自病院の特徴を考慮してデータをご判断ください。
	自宅退院後の状況については、集計困難な項目であると思います。他院ではどのように、退院後の追跡を行っているのでしょうか。	自宅退院後の状況は、MSWが電話で確認している場合や、担当病棟の看護師から電話で確認しているところがあります。退院後、困っている点はないかなど、在宅支援サービスの一環として、確認する内容を統一するようにしているところもあるようです。ケアマネと協力しているところもあります。
その他	指標ごとに分母が異なるため、回答の際、とても混乱しました。	現状のまま継続します。間違いやすいところがあると思いますが、正確な統計で評価していきますので、ご協力お願いします。