

表4 障害高齢者のADL自立度の変化

	向上群	低下群
対象者数	93名(20.0%)	66名(14.1%)
年齢(歳)	76.2±12.5	77.6±12.4
理学・作業療法士訪問回数(回)	3.1±1.3	3.1±1.4
評価期間(初回～最終評価までの日数)	175.1±140.1	229.9±167.9

さらに、初回訪問時の自立度ランク別に向上群、低下群を分類したところ、ランクBの向上群の割合(37.9%)が、ランクA・Cの向上群の割合(20.4%・20.3%)に比べて有意に高かった( $p<0.01$ ) (表5)。

表5 障害高齢者のADL自立度の変化(初回評価時の自立度別結果)

	初回評価時 ADL自立度	向上群	低下群
準寝たきり	ランクA(181名)	37名(20.4%)	26名(14.4%)
寝たきり	ランクB(103名)	39名(37.9%)	11名(10.7%)
	ランクC(59名)	12名(20.3%)	3名(5.1%)

#### 4. 考察

先行研究では、障害のある高齢者の日常生活動作自立度(以下、ADL自立度)は在宅で明らかに低下するという報告が多い。

荒川は<sup>1)</sup>、1989～1990年に脳卒中で入院した206名に対して退院後の追跡調査を行った結果、退院3年後にはBarthel indexの評価でも70歳以上の者ではADL自立度が悪化していたと報告している。

また、砂子田は<sup>2)</sup>1989～1991年にリハビリテーション目的で入院した40歳以上の脳卒中患者206名を対象に調査し、退院後2年以降にADL自立度の低下する者の割合が増加し、ADL自立度の低下に大きな影響を与える因子として、発症前社会適応状態が、性別、退院時のADL自立度レベル、家族構成、退院後再発作の有無等を挙げている。

佐直は<sup>3)</sup>、高齢の脳卒中患者の機能的状態は長期的には慢性進行性であるとした対応が必要であるとしている。

このように退院後の機能低下を示す先行研究に対して、Kelly-Hayes<sup>4)</sup>は、脳卒中患者のBarthel indexは発症1年後にはやや低下するが統計的には有意でないと報告している。一方で、Mcginnisは<sup>5)</sup>、入院リハビリテーション治療を受けた後2～5年経過した脳卒中患者を対象としてBarthel indexを用いて調査した結果、機能レベルは低下していたと報告している。

このような先行研究では、障害を有する高齢者のADL自立度は時間の経過と共に低下するということが通説になっている。もちろん長期にわたれば加齢とともにADL自立度が低下することは自明のことであるが、本研究結果より、2年程度の範囲であれば、逆にADL自立度が向上するケースの割合が、低下するケースの割合を上回っていることが明らかになった。

これらの背景には、医療機関で実施される治療、リハビリテーション技術の進歩に加えて、介護保険の実施により大幅に増加した在宅ケアサービスの存在が強く影響しているものと思われる。兵庫県のデータでは、介護保険が開始さ

れる以前（2000年4月）と以後（2002年7月）を比較すると、訪問介護件数は約3.9倍、訪問リハビリテーションは2.2倍、訪問看護は1.6倍となっており、これら、リハビリテーションサービスをはじめ、プロによるケアサービスが在宅に届きやすくなったことや、転倒予防などの介護予防事業が積極的に進められてきたことがADL自立度の向上に寄与していると考えられる。

本研究によって、障害をもつ高齢者のADL自立度が在宅で向上することが分かった。また、我々が先に行った「市民の介護意識に関する調査」では、市民の意識が介護保険実施後「ADLは在宅で向上する」というものが多数をしめるようになったことも分かっている<sup>6)</sup>。

Rimmer は<sup>7)</sup>、障害を有する人に対する健康増進の取り組みが二次的障害予防に効果的であるとしている。

本研究の結果からもその効果の一端をみることができ、今後の高齢者ケアにおいても、ADLの維持・向上に的を絞った方法論の開発が必要であると考えられる。

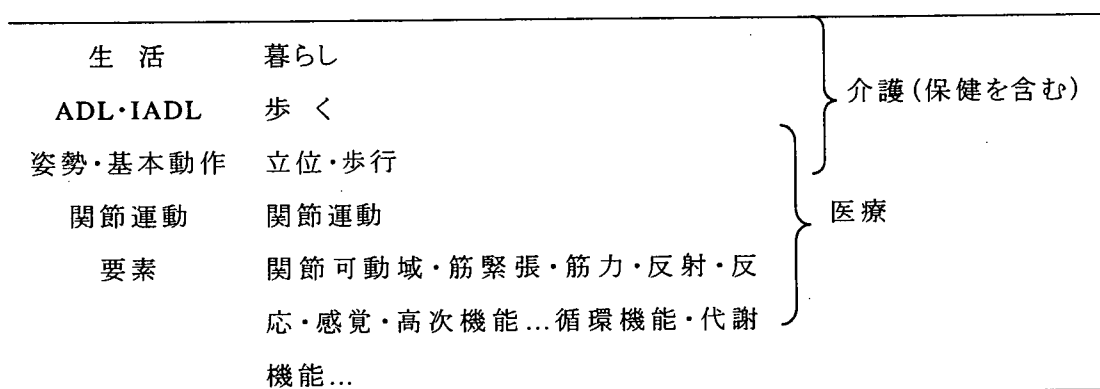


図1 要素還元的に捉えた人の生活

図1は人の暮らしを動作機能の面から要素還元して捉えたものである。

「生活」は「ADL・IADL」を大きな構成要素として成り立ち、「ADL・IADL」は「姿勢・基本動作」によって構成され、「姿勢・基本動作」は「関節運動」によって、「関節運動」はさらに細かな要素によって成り立っているという考えを図示したもので、右に「歩く」という行為を例に示してある。このように生活を要素還元的に捉えることは、各階層での問題点を明らかにして対応策を導くためにリハビリテーションの分野では広く理解されている方法である。

さて、この各階層にある課題を解決するために最も適切な方法論は何かと考えると、右端に示したような介護と医療の役割分担が明らかになってくる。生活場面に近い介護が、生活とADL・IADLに中心的に関わり、細かな要素に対しては医療がその責任を果たすことが効果的であるという考え方である。

我が国では1989年にゴールドプランが実施されるまでは、技術性を持つ介護という発想は希薄で、その大部分が家族による「お世話」に委ねられてきた。すなわち図で示した介護の範疇も医療がその技術性を延長して支えてきたということである。

しかし、介護保険から6年を経過した今は、介護技術者の質・量ともに急激な増加・成長をみて、社会化された専門的な介護が実現されつつある。一方で、未だADL・IADLの維持向上に向けた具体的な技術論が完成されていない時期でもある。

近い将来の超高齢社会に向けて、ADL・IADLを具体的に維持向上せしめる技術論、すなわちケア論の構築が急務であると考えらる。

そこで我々は、ADL・IADLが低下する機序の解明とそれを防ぐ方策の検討、訪問介護サービスを受ける障害高齢者のADL変化の追跡調査などにより、より生活に近い面での介護予防サービスの方向性を検討していきたいと考えている。

#### 参考文献

- 1) 荒川修治：「脳血管障害」，総合臨床，47，77-81，1998
- 2) 砂子田篤：「機能的状態の予後予測」，総合リハ，26，1119-1125，1998
- 3) 佐直信彦：「脳卒中患者の機能低下」，臨床リハ，7，820-823，1998
- 4) Kelly-hayes M . Time course of functional recovery after stroke:the Framingham study.J Neurol Rehab, 3, 65-70, 1989
- 5) Mcginnis GE.Program evaluation of physical medicine and rehabilitation deoartments using self-report Barthel. Arch Phys Med Rehabil,67, 123-125,1986
- 6) Nobuhiko Bishu,Tomoaki Shimada,et al;Changing attitudes to care of disabled older people within a changing health care system in Japan, Bulletin of Health Sciences Kobe, Vol.19
- 7) RimmerJH.Health promotion for people with disabilities:The emerging paradi gm shift From disability prevention to prevention of secondary conditions. Physical Therapy, 5, 495-502, 1999

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの  
在り方に関する実証研究」  
研究報告書

4-2. 認知症への理解を通じて認知症の介護予防とまちづくりを考える

研究協力者 田中志子 医療法人大誠会介護老人保健施設大誠苑施設長

認知症においては、まだまだ一般市民に対して病気であるという認識が浸透していないことが知られている（本間昭：老年社会科学地域住民を対象とした老年期痴呆に対する意識調査 2001；23：340-351）。このため早期発見、早期診断、早期治療が必要といわれながら、認知症者がもともとの認識されていた物忘れに加えて、行動障害といわれる「夜間騒ぐ」「怒りっぽくなる」「徘徊」といった家族が対応困難な状況が見られるようになって初めて外来受診するということが報告されている（神奈川県医師会 平成3年度老人性痴呆疾患対策システム化調査研究事業報告書）。

一方、認知症の介護予防から PDCA スパイラルを考えた場合、どのようなことが検討されるであろうか。現場において困難さを感じることはいくつかあるが、冒頭に述べたように市民や家族に対する認知症の正しい理解と啓発が介護予防の入り口になるように感じている。

認知症ケアに対して「2015年の高齢者介護」（高齢者介護研究会：2003）をきっかけに施設介護現場では認知症に対する研究や教育が盛んになり、介護従事者の意識が変わってきたと思われるが、まだまだ家族を含めた市民に対しては認知症そのものの理解が行き届いていない。

しかし、市民に認知症に対する理解が得られないことで、認知症は恥ずかしいというマイナスのイメージから受診が遅れたり、認知症の方の行動の障害に対して迷惑である、あるいはどのように対処したらよいかわからないという報告もある。

認知症にかかわる専門職として、介護予防につながる専門職のかかわりとマネジメント、多職種協働などについて、沼田市での取り組みを交えながら報告する。

## A. 研究目的

認知症とは、成長に伴い獲得された高次脳機能が、脳の器質的变化により障害され、日常生活に影響を及ぼす状態を言う。一言で言うと、記憶や判断力、実行能力の低下により「生活機能」が低下し、個人の生活や社会とのかかわりが大きく損なわれている状態でもある。ところが認知症は、病気としてまだまだ理解されているとはいえない。しかも認知症は、その疾患特性により自分から受診することが難しく、進行してから家族に伴われて受診している。

認知症の理解が地域に広がると、住民の認知症の介護予防と認知症の人の進行予防や安全安心な暮らしにつながるのではないかという考えから、いくつかの取り組みを行ったので報告する。

## B. 研究方法

### 1) 法人内における認知症の理解

大誠苑は、老人保健施設としては群馬県で最初の認知症専門棟として認可された病床50床を有する合計100床の施設である。認知症専門棟開設当初（平成2年）、県内の各地より重度の認知症患者が入所していた。当時は、まだグループホームの制度などもなく、認知症患者の受け入れ先が非常に限られていたためと思われる。開設時より、認知症の方に対して出来る限りよい状態で過ごしていただけるよう検討してきた。し

かし、認知症の方に対する適切なケア手法は確立されておらず、職員が努力してもなかなか「これぞ認知症ケア」というものが見つけられない状況にあった。

そこで、認知症のある人に対するパーソンセンタードケアの質を改善するための工夫として、法人内研修にディメンシア・ケア・マッピング（以下、DCM）という評価ツールを導入した。

### 2) 行政に対する働きかけ

次に、『認知症になっても「一人の人として、周囲に受け入れられ、尊重されること」を人は求めており、自分らしさや快適さを心理的ニーズとして持っている、このニーズを自分自身では保つことができないため、認知症の症状がすすめばすすむほど介護者の手助けが必要である』ということを行政や地域とも共有し、まちづくりにつながらなければ認知症の受診や、介護予防にはつながらないと考えた。

そこで、当法人で取り入れている認知症の方に対する回想療法や、師勝町（現、北名古屋市）で行われている地域回想法などを、沼田市に紹介する形で市民向け研修などを提案し協働で行った。さらに、厚生労働省の「認知症を知り 地域をつくる10カ年」の一部である認知症サポーター養成研修も、非常に早い段階で沼田市の支援を得て、職能団体である沼田警察署や沼田市民生児童委員協議会などに対して行い、認知

症サポーターを養成した。

### 3) 地域への認知症の啓発

沼田市でも少子・高齢化に伴い高齢化率は年々増加、平成19年4月1日現在では24.7%で、ある行政区では51.1%という高い比率を示している。市内の中心部は空洞化が目立ち、核家族化により若い世代が郊外に家を構えることが多く、平成19年8月1日の一人暮らし高齢者調査では1,474人を数え、その数値も年々増加傾向にある。

行政が認知症啓発を積極的に後押ししてくれたかかわりの一つには、当法人が受託されている「利根沼田地域リハビリテーション広域支援センターうちだ」の取り組みがあると考えている。

群馬県では、各圏域地域リハ広域支援センターが圏域内の市町村と連携して介護予防サポーター養成研修を実施している。当支援センターでは、この研修の「認知症の理解と予防」のカリキュラムで実際に古民具を用い、短時間であるが簡単な回想法を行っている。楽しく回想をした後に「世代を共有している皆さんがぜひ、高齢者の回想法のボランティアとなってください」「地域の昔を地域の子供たちに引き継ぐ地域づくりにも関わってください」といったまちづくりへの思いを投げかけている。

### 4) 沼田市認知症にやさしい地域づくりネットワーク（徘徊SOSネットワーク）

数年前に、近隣の村で認知症高齢者の行

方不明者の死亡例があった。そこで認知症の方の住みやすいまちづくりを官民一体となって考え、認知症徘徊SOSネットワークを作り、認知症の啓発と予防に取り組んだ。

ネットワークを作る際には、民間である当法人と行政、社会福祉協議会の三者で、警察署、消防署はもちろん、老人クラブ、民生児童委員協議会などの団体、コンビニエンスストア協会や美容室、牛乳配達業者や郵便局の方、宅配業者やガソリンスタンドの方など、さまざまな業種に対して協力を要請するため個別訪問した。

## C. 研究結果

### 1) 法人内における認知症の理解

DCM評価により、業務中心の認知症ケアが認知症の人を混乱させ症状を悪化させていることに気づき、認知症の人の個性や生き方に合ったその人らしい生活を支援することが重要であるというパーソンセンタードケアの理念を法人内で共有することが出来た。

### 2) 行政に対する働きかけ

行政は、認知症に理解を示し、行政職員が積極的に認知症キャラバンメイト養成研修を受講するほか、認知症サポーターの養成研修開催や介護予防サポーター養成研修などに力を入れている。

また、当法人主催の認知症にかかわる研修などにも研修場所の提供や行政職員参加

など、非常に良好な協働関係が構築できるようになった。

### 3) 地域への認知症の啓発

沼田市で数回目の認知症サポーター養成研修を行ったときには、この介護予防サポーター養成研修の卒業生から、多数の参加があり、その関心の高さに驚かされた。終了後のアンケートでは、「介護予防サポーター研修の中で認知症のカリキュラムが面白かったから」「もっと深めたいと思ったから」という意見が聞かれた。

### 4) 沼田市認知症にやさしい地域づくりネットワーク（徘徊 SOS ネットワーク）

趣旨を受けて賛同してくれる業種に対してファックス受信を依頼し、沼田警察署から発信される徘徊不明者の情報を受け取ってもらい、協力して行方不明になった認知症の方を探すネットワークを作った。このネットワーク作りの底力となったのが、「利根沼田地域リハビリテーション広域支援センターうちだ」が行った沼田市の介護予防筋トレ事業であった。この介護予防事業を通じて培われた行政や地域リハ広域支援センターとの信頼関係が、認知症にやさしいネットワークへの老人クラブの全面協力につながった。平成 17 年度のネットワーク立ち上げから 2 年が経つが、認知症徘徊 SOS ネットワークは実効的に機能している。

また、認知症にかかわっていることが新聞などに取り上げられ、それを見た家族が

当院へ受診に連れてくるケースがあった。

しかし一方で、認知症徘徊 SOS ネットワークによる発見者の検証を行おうと模擬徘徊をしたところ、週末は協力団体が休みを取っていることが多くネットワークがまだまだ脆弱であることや、模擬徘徊者とすれ違う市民が不信そうにやり過ごすなど、認知症に対する理解と周知がなされているとは言えない状況であった。

### D. 考察および E. 結論

認知症に関わる医療現場での実感として、その疾患特性により自分から受診することが難しいだけでなく、かかりつけ医として早期に認知症を疑った場合でも認知症の検査に結びつけることの難しさを感じている。特に、アルツハイマー病では、病識に乏しいという特徴により、早期に認知機能検査を進めると「私は呆けてはいない、馬鹿にされた」と感じて通常の診療から脱落してしまった事例も経験している。また、多くの患者が家族に伴われて受診しているが、家族に認知症という病気そのものに対する知識と理解がないため、患者に対して怒りや理不尽な思いを抱いて診察室で不満を述べることも多い。

現在は、事前に認知症の家族には、初めに患者からヒアリングをして、その後ゆっくり家族から状況説明を受ける旨を相談員などに説明してもらってから診察を受ける

よう心がけている。

患者が事実ではない病状報告をしても家族は否定せず一緒に聞き、患者をいったん別室で待たせて後、家族に修正をしてもらったり、家族の精神的なケアを行うようにしている。

認知症に対する理解が徐々に得られると、外来で患者が事実と異なることを話しても、家族は笑顔で話を聞くようになるように感じている。

このように、患者・家族に対してもまだまだ認知症の理解と知識が十分であるとは感じられず、私たち専門職はさらに認知症の啓発に力を入れる必要があるだろう。認知症の理解が地域に広がると、住民から認知症の介護予防と認知症の人の進行予防への協力が得られると思われる。

また、まだまだ認知症で初診として来院する患者が重度から中等度であることから、若年層や子供たちまで巻き込んだ啓発が必要であり、啓発が介護予防と認知症にやさしいまちづくりにつながると期待される。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表（論文、学会）

##### 1.論文発表

なし

##### 2.学会発表

田中志子:「利根沼田地域リハビリテーション広域支援センターうちだの認知症予防への積極的な取り組み」, 日本リハビリテーション・ケア合同研究大会 2007 Saitama (於大宮ソニックシティー), 2007.10.26

#### H. 知的所有権

なし



## 第4章 地域包括ケアに向けた取り組み事例と制度改正への示唆

### 研究報告2. 認知症への理解を通じて認知症の介護予防とまちづくりを考える

田中志子(医療法人大誠会介護老人保健施設大誠苑)

#### 1. はじめに

認知症においては、まだまだ一般市民に対して病気であるという認識が浸透していないことが知られている<sup>1)</sup>。このため早期発見、早期診断、早期治療が必要といわれながら、認知症者がもともとの認識されていた物忘れに加えて、行動障害といわれる「夜間騒ぐ」「怒りっぽくなる」「徘徊」といった家族が対応困難な状況が見られるようになって初めて外来受診するということが報告されている<sup>2)</sup>。

一方、認知症の介護予防からPDCAスパイラルを考えた場合、どのようなことが検討されるであろうか。現場において困難さを感じることはいくつかあるが、冒頭に述べたように市民や家族に対する認知症の正しい理解と啓発が介護予防の入り口になるように感じている。

認知症ケアに対して「2015年の高齢者介護」<sup>3)</sup>をきっかけに施設介護現場では認知症に対する研究や教育が盛んになり、介護従事者の意識が変わってきたと思われるが、まだまだ家族を含めた市民に対しては認知症そのものの理解が行き届いていない。

しかし、市民に認知症に対する理解が得られないことで、認知症は恥ずかしいというマイナスのイメージから受診が遅れたり、認知症の方の行動の障害に対して迷惑である、あるいはどのように対処したらよいかわからないという報告もある。

認知症にかかわる専門職として、介護予防につながる専門職のかかわりとマネジメント、多職種協働などについて、沼田市での取り組みを交えながら報告する。

#### 2. 研究方法

##### 1) 法人内における認知症の理解

大誠苑は、老人保健施設としては群馬県で最初の認知症専門棟として認可された病床50床を有する合計100床の施設である。認知症専門棟開設当初(平成2年)、県内の各地より重度の認知症患者が入所していた。当時は、まだグループホームの制度などもなく、認知症患者の受け入れ先が非常に限られていたためと思われる。開設時より、認知症の方に対して出来る限りよい状態で過ごしていただけるよう検討してきた。しかし、認知症の方に対する適切なケア手法は確立されておらず、職員が努力してもなかなか「これぞ認知症ケア」というものが見つけられない状況にあった。

そこで、認知症のある人に対するパーソンセンタードケアの質を改善するための工夫として、法人内研修にディメンシア・ケア・マッピング(以下、DCM)という評価ツールを導入した。

##### 2) 行政に対する働きかけ

次に、『認知症になっても「一人の人として、周囲に受け入れられ、尊重されること」を人は求めており、自分らしさや快適さを心理的ニーズとして持っていて、このニーズを自分自身では保つことができないため、認知症の症状がすすめばすすむほど介護者の手助けが必要であ

る』ということ行政や地域とも共有し、まちづくりにつながらなければ認知症の受診や、介護予防にはつながらないと考えた。

そこで、当法人で取り入れている認知症の方に対する回想療法や、師勝町（現、北名古屋市）で行われている地域回想法などを、沼田市に紹介する形で市民向け研修などを提案し協働で行った。さらに、厚生労働省の「認知症を知り 地域をつくる 10 ヵ年」の一部である認知症サポーター養成研修も、非常に早い段階で沼田市の支援を得て、職能団体である沼田警察署や沼田市民生児童委員協議会などに対して行い、認知症サポーターを養成した（表 1）。

表 1. 沼田市の認知症サポーター研修の参加者数

開催日	対象	参加者数
7/3	沼田市消防団	178 人
7/17	沼田警察署	80 人
8/21	清水町老人クラブ	40 人
9/13	榛名町老人クラブ	40 人
9/19	東倉内町老人クラブ	24 人

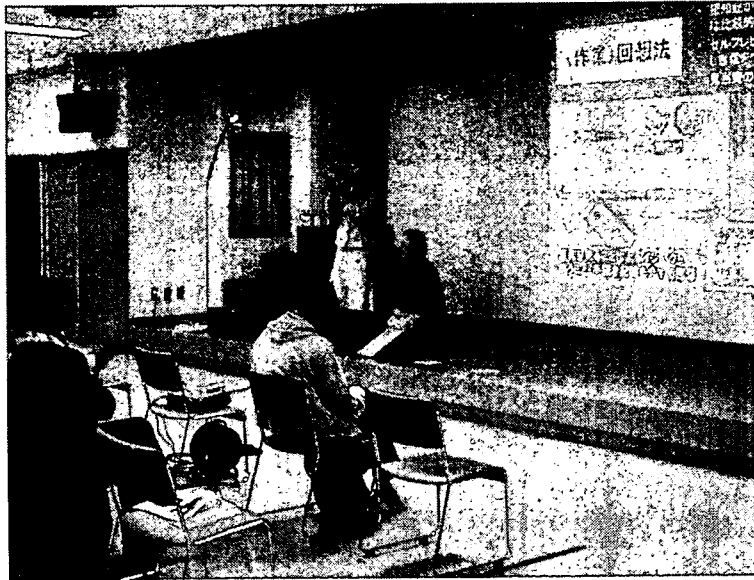
### 3) 地域への認知症の啓発

沼田市でも少子・高齢化に伴い高齢化率は年々増加、平成 19 年 4 月 1 日現在では 24.7%で、ある行政区では 51.1%という高い比率を示している。市内の中心部は空洞化が目立ち、核家族化により若い世代が郊外に家を構えることが多く、平成 19 年 8 月 1 日の一人暮らし高齢者調査では 1,471 人を数え、その数値も年々増加傾向にある。

行政が認知症啓発を積極的に後押ししてくれたかかわりの一つには、当法人が受託されている「利根沼田地域リハビリテーション広域支援センターうちだ」の取り組みがあると考えている。

群馬県では、各圏域地域リハ広域支援センターが圏域内の市町村と連携して介護予防サポーター養成研修を実施している。当支援センターでは、この研修の「認知症の理解と予防」のカリキュラムで実際に古民具を用い、短時間であるが簡単な回想法を行っている。楽しく回想をした後に「世代を共有している皆さんがぜひ、高齢者の回想法のボランティアとなってください」「地域の昔を地域の子供たちに引き継ぐ地域づくりにも関わってください」といったまちづくりへの思いを投げかけている（図 1）。

図 1. 回想法の研修風景



#### 4) 沼田市認知症にやさしい地域づくりネットワーク（徘徊 SOS ネットワーク）

数年前に、近隣の村で認知症高齢者の行方不明者の死亡例があった。そこで認知症の方の住みやすいまちづくりを官民一体となって考え、認知症徘徊 SOS ネットワークを作り、認知症の啓発と予防に取り組んだ。

ネットワークを作る際には、民間である当法人と行政、社会福祉協議会の三者で、警察署、消防署はもちろん、老人クラブ、民生児童委員協議会などの団体、コンビニエンスストア協会や美容室、牛乳配達業者や郵便局の方、宅配業者やガソリンスタンドの方など、さまざまな業種に対して協力を要請するため個別訪問した。

### 3. 研究結果

#### 1) 法人内における認知症の理解

DCM 評価により、業務中心の認知症ケアが認知症の人を混乱させ症状を悪化させていることに気づき、認知症の人の個性や生き方に合ったその人らしい生活を支援することが重要であるというパーソンセンタードケアの理念を法人内で共有することが出来た。

#### 2) 行政に対する働きかけ

行政は、認知症に理解を示し、行政職員が積極的に認知症キャラバンメイト養成研修を受講するほか、認知症サポーターの養成研修開催や介護予防サポーター養成研修などに力を入れている。

また、当法人主催の認知症にかかわる研修などにも研修場所の提供や行政職員参加など、非常に良好な協働関係が構築できるようになった。

#### 3) 地域への認知症の啓発

沼田市で数回目の認知症サポーター養成研修を行ったときには、この介護予防サポーター養

成研修の卒業生から、多数の参加があり、その関心の高さに驚かされた。終了後のアンケートでは、「介護予防サポーター研修の中で認知症のカリキュラムが面白かったから」「もっと深めたいと思ったから」という意見が聞かれた。

#### 4) 沼田市認知症にやさしい地域づくりネットワーク（徘徊 SOS ネットワーク）

趣旨を受けて賛同してくれる業種に対してファックス受信を依頼し、沼田警察署から発信される徘徊不明者の情報を受け取ってもらい、協力して行方不明になった認知症の方を探すネットワークを作った。このネットワーク作りの底力となったのが、「利根沼田地域リハビリテーション広域支援センターうちだ」が行った沼田市の介護予防筋トレ事業であった。この介護予防事業を通じて培われた行政や地域リハ広域支援センターとの信頼関係が、認知症にやさしいネットワークへの老人クラブの全面協力につながった。平成 17 年度のネットワーク立ち上げから 2 年が経つが、認知症徘徊 SOS ネットワークは実効的に機能している。

また、認知症にかかわっていることが新聞などに取り上げられ、それを見た家族が当院へ受診に連れてくるケースがあった。

しかし一方で、認知症徘徊 SOS ネットワークによる発見者の検証を行おうと模擬徘徊をしたところ、週末は協力団体が休みを取っていることが多くネットワークがまだまだ脆弱であることや、模擬徘徊者とすれ違う市民が不信そうにやり過ごすなど、認知症に対する理解と周知がなされているとは言えない状況であった。

#### 4. 考察および結論

認知症に関わる医療現場での実感として、その疾患特性により自分から受診することが難しいだけでなく、かかりつけ医として早期に認知症を疑った場合でも認知症の検査に結びつけることの難しさを感じている。特に、アルツハイマー病では、病識に乏しいという特徴により、早期に認知機能検査を進めると「私は呆けてはいない、馬鹿にされた」と感じて通常の診療から脱落してしまった事例も経験している。また、多くの患者が家族に伴われて受診しているが、家族に認知症という病気そのものに対する知識と理解がないため、患者に対して怒りや理不尽な思いを抱いて診察室で不満を述べることも多い。

現在は、事前に認知症の家族には、初めに患者からヒアリングをして、その後ゆっくり家族から状況説明を受ける旨を相談員などに説明してもらってから診察を受けるよう心がけている。

患者が事実ではない病状報告をしても家族は否定せず一緒に聞き、患者をいったん別室で待たせて後、家族に修正をしてもらったり、家族の精神的なケアを行うようにしている。

認知症に対する理解が徐々に得られると、外来で患者が事実と異なることを話しても、家族は笑顔で話を聞くようになるように感じている。

このように、患者・家族に対してもまだまだ認知症の理解と知識が十分であるとは感じられず、私たち専門職はさらに認知症の啓発に力を入れる必要があるだろう。認知症の理解が地域に広がると、住民から認知症の介護予防と認知症の人の進行予防への協力が得られると思われる。

また、まだまだ認知症で初診として来院する患者が重度から中等度であることから、若年層や子供たちまで巻き込んだ啓発が必要であり、啓発が介護予防と認知症にやさしいまちづくり

につながると期待される。

#### 参考文献

---

- 1) 本間昭：地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査，老年社会科学  
Vol.23, No.3(2001), pp.340-351, 2001
- 2) 神奈川県医師会：「平成3年度老人性痴呆疾患対策システム化調査研究事業報告書」，2002
- 3) 老人保健福祉協会編：「高齢者の尊厳を支える介護」法研，2003

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの  
在り方に関する実証研究」

研究報告書

#### 4-3. 急性期の総合病院 医療相談からの発信

##### ～退院支援からスタートした地域包括ケアへ実践事例報告～

研究協力者 村松智子 焼津市立総合病院地域医療連携室主査（保健師）

急性期の総合病院は、要介護高齢者の入院割合は年々増加し、しかも重度化している。医療相談担当が退院支援の現状や事例分析から、これからの急性期の総合病院の退院支援のあり方をまとめた。

医療相談と病棟の情報交換のツールを「用紙」からパソコンに変更したことで、情報交換が活発になり、診療科の特性に応じたスクリーニング票や退院支援パスを作成する病棟もできた。院内情報誌「しおかぜ」で、介護・福祉サービスや介護予防・地域リハビリテーションを発信し、退院支援カンファレンスを開催することで「患者＝地域で暮らす生活者」としての視点が共有されるようになった。結果的に「追い出された」という苦情が届かなくなった。

患者さんと家族が、安心して家に帰るためには、①信頼のできるかかりつけ医の存在 ②24時間対応・往診可能な開業医の存在 ③レスパイト先の確保が欠かせない。これらがそろって初めて家族は安心して在宅を選ぶ。そこに、看護サマリが有効に活用され、必要に応じ、行政や地域の介入がある。きめ細かな支援のネットワークという言葉に尽きる。

「退院支援」は、病院の平均在院日数の短縮という目的に止まらない。「退院」からみえてきたのは家族・生活及び地域の問題だった。個別事例から地域にあるさまざまな問題と同時に地域の有効な資源（人・もの（サービス）・情報）に出会ってきた。それらがつながり、細かくはりめぐらされてこそ地域包括ケアである

急性期の総合病院の「退院」は医療と介護をつなぎ、多職種多機関が役割を確認し合うチャンスを作る。公立病院は地域包括ケアの重要な役割を積極的に果たすべきである。

## A. 研究目的

急性期の総合病院は、医療制度改革に揺さぶられながらも地域の信頼に応えるためにさまざまな努力をしている。そのひとつが退院支援である。要介護高齢者の入院割合は年々増加し、しかも重度化している。医療相談担当は、個別の退院調整はもちろん、全病棟が同じ視点で支援する病院内のシステムづくりや地域の介護施設や在宅サービス事業所との関係づくりが求められた。退院支援の現状や事例分析から、これからの急性期の総合病院の退院支援のあり方をまとめる。

## B. 研究方法

### 1 退院支援の現状

医療相談と病棟の情報交換のツールを「用紙」からパソコンに変更した。それに伴い、担当相談員と担当看護師の情報のやりとりが活発になった。診療科の特性に応じたスクリーニング票や退院支援パスを作成する病棟もできた。

### 2 事例報告

院内情報誌「しおかぜ」で医療相談が関った事例を報告し、病院の中で、介護・福祉サービスや介護予防・地域リハビリテーションを発信していた。

## C. 研究結果

病棟看護の中に退院支援を位置付けたことにより、相談件数は激増した。病棟看護師は入院時から退院を意識したかわり(情報収集)ができるようになった。またカンファレンスを開催することで「患者=地域で暮らす生活者」としての視点が共有されるようになった。結果的に「追い出された」という患者家族からの苦情が届かなくなった。

## D. 考察

～効果的な退院支援をすすめるポイント～

### 1 医療連携をどうすすめるか

①信頼のできるかかりつけ医の存在 ②24 時間対応・往診可能な開業医の存在 ③レスパイト先の確保、これらがそろって初めて家族は安心し

て在宅を選ぶ。

### 2 看護連携をどうすすめるか

看護上の問題等が大きな負担がなく記載のできる双方向の看護サマリの共通様式と運用ルールを検討する。

### 3 介護福祉保健（行政）との連携

処遇困難事例の連絡・報告は惜しまず行い、困っている実態を共有する。共有できないと問題解決のための話し合いができない。

### 4 地域包括ケアの視点

「退院支援」は、病院の平均在院日数の短縮という目的に止まらない。「退院」からみえてきたのは家族・生活及び地域の問題だった。「とにかく退院さえしてくれればいい」というのは支援ではない。個別事例から地域にあるさまざまな問題と同時に地域の有効な資源（人・もの（サービス）・情報）に出会ってきた。それらがつながり、細かくはりめぐらされてこそその地域包括ケアである

## E. 結論

急性期の総合病院の「退院」は医療と介護をつなぎ、多職種多機関が役割を確認し合うチャンスを作る。公立病院は地域包括ケアの重要な役割を積極的に果たすべきである。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 第4章 地域包括ケアに向けた取り組み事例と制度改正への示唆

### 研究報告3. 急性期の総合病院 医療相談からの発信

#### ～退院支援からスタートした地域包括ケアへの実践事例報告～

村松智子（焼津市立総合病院）

#### 1. はじめに

急性期の総合病院は、今、新しい制度に大きく揺さぶられている。DPC導入に遅れまいと躍起になり、回復期リハビリ病棟の改造に着手し、はたまた地域連携クリニカルパスの加算に望みをつなぎ、いずこの病院も生き残りをかけた戦略に明け暮れているようにみえる。病院の存続のために、できうる限りの策を尽くそうとするのはある面では正しいが、それが「報酬のアップ」に終始するだけでは何ともやるせない。本来、病院はそこに暮らす地域住民の安全と安心を守ることはもちろん、近隣の介護施設や在宅サービス事業者とも信頼関係を築き「老いても障害をもっても住み慣れた地域で暮らす」ことを保障する役割があるはずだ。

当院の地域医療連携室は2001年度の病院機能評価機構の受審をきっかけに、2002年4月に設置され、医療相談はその中に位置付けられた。当時は、年々増加する要介護状態の患者さんが「なかなか退院してくれない」状況が各病棟のあちこちに見られ、退院を支援するシステムが早急に求められていた。その背景には、看取りを含め医療依存度の高い患者、独居・高齢者世帯等家族介護力のない患者、生活保護あるいは極めてそれに近い経済状況の患者等、支える家族もお金もなく、今ある制度だけでは支えきれない患者さんの生活実態があった。

急性期病院の退院は「(退院後の)行き先の相談にのる」というレベルではもう対応しきれない。退院調整看護師がいればいいというものではないように思う。ひとりの患者さんがその人らしく生活できるよう、さまざまな機関と連携して援助する医療～多職種で情報を共有し、サポートする病院内のシステム、そして病院と地域のスタッフがチームとして具体的に生活を支える地域ケア～がますます求められる。

筆者は、医療保険と介護保険、急性期と慢性期の接点(つなぎ目)で、医療相談担当としてさまざまなケースの退院に関わり、「地域包括」という言葉の意味を日々学んでいる。

当院の退院支援の実践事例から、急性期の総合病院の効果的な退院支援のあり方について私見を述べる。

#### 2. 地域概要/焼津市立総合病院(以下、当院)の概要

##### 1) 地域概要

焼津市は県都静岡市に隣接し、JR 静岡駅から西へ12分程度の距離にある。駿河湾に面し、焼津漁港はかつて「東洋一の遠洋漁業のまち」として、またピキニ環礁で死の灰を浴びた第5福竜丸の母港として知られている。隣町大井川町との合併を2008年11月に控え、海のめぐみを受けているという共通項で、地域の活性化を進めている。

##### 2) 高齢化の現状

焼津市の人口は119,943人、高齢者数25,548人(高齢化率:21.3%)、高齢者世帯1,369



世帯、独居高齢者世帯 3,102 世帯である（2007 年 3 月末現在）。この 6 年間で人口は 1,474 人増加したものの、高齢者数は 5,053 人増加しており（24.7%増）、結果として高齢化率は 17.3%から 21.3%に急増している。また、独居高齢者世帯も 1,397 世帯から 3,102 世帯へと急増している。

また、高齢者の急増とともに認定者数も急増し、2001 年 3 月末の 1,012 人が、2007 年 3 月末時点で 3,654 人となっている（増加率：261%）。

### 3) 当院の概要

当院は、「地域の信頼に応えるために、よりよい医療の提供を行います」を基本理念とする 601 床の地域中核病院で、2006 年 4 月～2007 年 3 月間の 1 日平均外来患者数は 1,467 人、1 日平均入院患者数は 517 人、平均在院日数は 15.2 日である。全入院患者の約 1/3 が 75 歳以上、外来患者の 42.7%が 65 歳以上であり、年々高齢者の受診・入院割合が高くなっている。

ちなみに、地域の診療所との連携状況の指標となる紹介率は 34.4%である。

### 4) 地域医療連携室の概要

当院の地域医療連携室は 2002 年 4 月に設置された。現在のスタッフは、室長 1 名（医事課長兼務）・担当係長 1 名（事務）・主査 1 名（筆者）・スタッフ 1 名（社会福祉士）・臨時職員 3 名である。筆者は社会福祉士 2 名（1 名は臨時職員）と共に医療相談を担当している。担当係長と臨時職員 2 名が病診連携を担当し、開業医からの FAX 予約、患者さんからの紹介状予約、高額医療機器利用の予約、糖尿病連携パスの紹介状のやりとり、病院ボランティア、ご意見箱・苦情対応等を行っている。

## 3. 退院支援の現状

2002 年度に地域医療連携室が設置されるまでは、医療相談は医事課会計に属していた。医療費の支払いに関する相談割合が高く、分割払いや後払い・未収金にも直接（担当患者を受け持ち）対応していたが、介護保険制度施行から、申請の相談や主治医の意見書の調整（相談）が増加し、在院日数の短縮（＝経営改善）のための支援体制が必要になった。

2002 年 6 月、大腿骨頸部骨折で入院してくる女性高齢者が増加していた整形外科病棟の師長と、退院支援を目的とした「医療相談指導情報管理システムの開発」をモデル的に進めた。現在、同システムは、病院（病棟）全体に普及している。

### 1) 医療相談指導情報管理システム（パソコンによる情報交換）の活用

それまで病棟と医療相談の連絡は、それぞれの病棟が作成した連絡用紙を利用していたが、記入に時間がかかったり用紙が紛失したりするなど、うまく活用できていなかった。まず、医療相談用紙を統一し、医療相談を病棟担当制にした。病棟の看護師が、「誰に」相談すればよいかを明らかにすることで、主治医・担当看護師・担当相談員がチームとして機能するようになった。その後、情報交換及び情報の共有化の媒体を「用紙」から「パソコン」に変更し、よりタイムリーな情報交換ができるようになった。

表 1. 「医療相談指導情報管理システム」の特徴

- ・病棟からのケース紹介（発信）を基本におくが、地域のケアマネージャーからの情報も病棟看護師に伝えられるよう、双方向で（医療相談からも）新規登録が可能である
- ・リハビリの見学、面談の日時、ケアカンファレンスの日時等を決めやすい
- ・主治医も師長も担当看護師もチーム看護師も同じ情報を確認できる（退院に関わる情報が画面に集約される。過去の相談記録も残る）
- ・日常業務で忙しい時間帯以外（夜勤・休日等）に入力する看護師が多いが、平日日勤帯に電話で連絡し合うことも多い。経過がわかることで緊急対応も可能となっている

## 2) 退院の現状（退院先の状況）

2007年1～6月に退院支援を行った692人の退院状況をみると、「在宅」386人（55.8%）、「転院・施設入所」226人（32.7%）、「相談中の死亡」80人（11.6%）であった。このうち、転院・施設入所者226人の内訳をみると、「リハビリ病院」57人（全体の8.2%）、「介護療養病床」71人（同10.3%）などであった。

ちなみに、医療相談が関わっている要介護状態の患者さんの在宅復帰率は6割に満たない。また、リハビリ病院への転院希望が多く、リハビリテーションに対する家族の期待が大きいことが窺える。

表2に、2004年度以降の退院先の経年的な推移を示す。

表 2. 退院先の経年的な推移

	2004年度	2005年度	2006年度	2007年
在宅	518 (60.4%)	619 (57.8%)	607 (53.6%)	386 (55.8%)
施設入所	73 ( 8.5%)	82 ( 7.7%)	118 (10.4%)	98 (14.2%)
転院(リハビリ病院)	53 ( 6.2%)	90 ( 8.4%)	93 ( 8.2%)	57 ( 8.2%)
転院(介護療養病床)	112 (13.1%)	155 (14.4%)	211 (18.6%)	71 (10.3%)
死亡	101 (11.8%)	125 (11.7%)	103 ( 9.1%)	80 (11.6%)

注. 2007年の数字は、1～6月の集計値。

## 3) 社会的入院の現状

ある1日の医療相談対象者112人の退院後の行き先をみると、「社会的入院<sup>1)</sup>」21人（18.8%）、「施設選択中」10人（8.9%）、「入院前の施設・病院に戻る予定」8人（7.1%）、「急性期患者及び在宅が決定している患者」73人（65.2%）と、相談者の約2割は社会的入院であった。ちなみに、退院後の申し込み先は、「介護療養病床」10人（相談者の8.9%）、「リハビリ病院」8人（同7.1%）、「老人保健施設」3人（同2.7%）であった。

<sup>1)</sup> 退院後に入院（所）を希望する施設に対する申し込みを済ませ、判定会を通過して、現在ベッドを調整中の状態のこと。

4) 退院支援体制

退院支援を担当する相談員は3名(保健師1名・社会福祉士2名)で、一人3~5病棟を担当している。全病棟のパソコンの画面に医療相談指導情報管理のショートカットが設置されており、常時画面で情報交換ができるようになっている。

新規患者は、新規登録画面から(基本的には)病棟看護師が入力している。要介護高齢者の入院割合が高い病棟は、「退院支援」に熱心に関わっており、「脳梗塞退院支援パス」(神経内科病棟)(図1)、「退院支援スクリーニング表」(消化器内科病棟)(表3)を作成し、標準化したプロセスで、医療相談担当とともに退院支援を行っている。

ちなみに、2006年度、神経内科病棟では全脳梗塞入院患者(349人)に対してクリニカルパスを活用している。なお、性・年齢別内訳は、「男性」40.4%、「65歳以上」81.7%、転帰別内訳は「在宅」68.8%、「転院」16.0%、「転科」8.9%、「介護施設」2.0%、「死亡」3.4%、「その他」0.9%であった。また、1ヶ月以内の退院は65.3%、平均在院日数は31.8日であった。

図1. 脳梗塞退院支援用クリニカルパス (神経内科病棟)

(指示・記録用)		脳梗塞(疑)のパス			平成18年 11月更新				
様		男	女	歳	体重	kg	βV[ ] HCV[ ] TP[ ]	医師サイン	担当看護師
月 日 (曜日)		月 日 (曜日)			月 日 (曜日)			月 日 (曜日)	
病 日		①(入院)			②			③	
果糖 他科受診	脳入院時観察項目 麻痺の部位・程度 ( ) 痙攣 無・有( ) 意識レベル( ) 見当識障害 無・有( ) 頭痛 無・有( ) 視野狭窄 無・有( ) アニソコ 無・有( ) 呂律障害 無・有( ) 嚥下障害 無・有( ) 嘔気・嘔吐 無・有( ) めまい 無・有( ) 指折り 可・不可 バレー徴候 無・有( )	バレーの判定方法 0 (バレー陰性) 1 (バレーで回内・落下から10cm以内) 2 (バレーで回内・落下10cm以上) 3 (まったく挙上できない) カタクロットは、心電図を確認後開始する。 スロノンには、残薬しないで使用。 点滴は、ラジカットを先に使用。ラジカットは、30分以内で落とす。 体重測定立位無理な場合、月曜日午前中、つり上げ式で測定。 <input type="checkbox"/> 持参薬続行 <input type="checkbox"/> 持参薬中止( ) ワーファリン使用の場合は、納豆禁食とする。							
内服		リハ依頼			リハカンファ第2, 4週水曜日に開催 開催前日までに、神経内科カンファレンス記録記載し、リハ室へ入室で医師・看護師・リハビリスタッフ・医療相談一次の日のカンファレンスで発表				
リハビリ		バイタル(1)検 Bp(3)検			理学療法依頼 作業療法依頼				
特記指示		SaO2 要・不要 蓄尿 要・不要			嚥下障害食事開始チャート ⇒ 自話療法依頼				
活動と休息		入院時観察項目チェック			嚥下障害食事開始チャート ⇒ 自話療法依頼				
保清		<input type="checkbox"/> 絶対安静(2時間体交) <input type="checkbox"/> ベッドUP( )度(2時間体交) <input type="checkbox"/> 起坐可 <input type="checkbox"/> 立位可 <input type="checkbox"/> トイレ洗面歩行可(車イス可) <input type="checkbox"/> 病棟内自由 <input type="checkbox"/> 自由 清拭(介助・自己)			<input type="checkbox"/> 清拭(介助・自己)			<input type="checkbox"/> 清拭(介助・自己)	
説明・指導		入院時オリエンテーション(Ns) 以下の紙を渡す ①入院診療計画書 ③ご利用していただくもの(4Aファイル内パスの中) ④抗凝固剤使用にあたっての間診票にサインをもらう			必要時医療相談へ連絡・PC入力 一医療相談予約日( ) ケアマネ 有→ケアマネに連絡するよう説明する 無→医療相談へ連絡				
※紹介医の有・無		①麻痺が進行しない。麻痺の進行が見られたら対処を受けられる。 ②転倒・転落しない。転倒・転落に対処がされる。			①②(麻痺が進行しても処置を受けられる) ③麻痺側の拘縮を予防できる ④皮膚、口腔を清潔に保つことが出来る ⑤褥創がない			①②③④⑤	
アウトカム		有・無			有・無			有・無	
バリエーションの有無		有・無			有・無			有・無	
特記事項	* 処置など。	最新の診療計画書の提出(生活自立度BC) 転倒転落アセスメントスコアシート							
異常時	* 症状の変化は、経過記録へ記載。								
オーダー	<input type="checkbox"/> 経口可セット 麻痺の程度2上がったらDrコール 痙攣時 ホリゾン( )A静注 20分空けて2回まで 血栓予防の靴下着用 不要 要→説明書承諾書を医師サインし患者サインをもらう				<input type="checkbox"/> 経口不可セット 麻痺の程度2あがったらDrコール 痙攣時 ホリゾン( )A静注 20分空けて2回まで 血栓予防の靴下着用 不要 要→説明書承諾書を医師サインし患者サインをもらう				

焼津市立総合病院 4A病棟脳梗塞

表 3. 退院支援スクリーニング表

患者氏名： \_\_\_\_\_

入院日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

日

記載日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記載者： \_\_\_\_\_

スクリーニング項目	ハイリスク群	
年齢	<input type="checkbox"/> 65 歳以上	<input type="checkbox"/> 65 歳未満
入院形態・入院状況	<input type="checkbox"/> 緊急入院（初回、再入院） <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内の同一疾患による再入院	<input type="checkbox"/> 予約
入院理由	<input type="checkbox"/> 社会的入院 <input type="checkbox"/> リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 治療・検査
入院時の介護保険状況	<input type="checkbox"/> 介護保険利用者	<input type="checkbox"/> 利用なし
疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸不全 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> その他の疾患 ( )
認知症の状態	<input type="checkbox"/> 高度～非常に高度	<input type="checkbox"/> なし～土 <input type="checkbox"/> 軽度～中程度
精神障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
継続的な医療行為の必要性	<input type="checkbox"/> あり（吸引、経管栄養、ストマ、酸素療法、麻薬使用、食事療法、持続点滴、服薬、注射、リハビリテーション、褥瘡処置、その他）	<input type="checkbox"/> なし
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> C：ほとんど寝たきり <input type="checkbox"/> B：かなりの介助が必要 <input type="checkbox"/> A：一部介助が必要	<input type="checkbox"/> J：ほぼ自立 <input type="checkbox"/> JJ：自立
尿便失禁	<input type="checkbox"/> 終日失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみ
コミュニケーション障害	<input type="checkbox"/> 意思疎通困難（どんな方法・手段を用いても）	<input type="checkbox"/> 意思疎通できる
ADLの低下	<input type="checkbox"/> 入院前より低下（食事、排泄、更衣・整容、清潔）	<input type="checkbox"/> 低下なし
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 同居人あり
家族・介護面の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢 <input type="checkbox"/> 介護者が病弱 <input type="checkbox"/> 知識・技術不足 <input type="checkbox"/> 時間的余裕がない <input type="checkbox"/> 患者との人間関係が悪い <input type="checkbox"/> 介護の専任・代行・協力者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が疲労・役割緊張状態 <input type="checkbox"/> 経済的負担が生じる <input type="checkbox"/> 障害者や乳幼児が同居 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 課題なし
経済面の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 高額医療助成対象 <input type="checkbox"/> 医療費の滞納 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 課題なし
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅から転院・施設への入所希望がある <input type="checkbox"/> 退院後の行き先が無い、無くなりそう、患者・家族間で意見が食い違う <input type="checkbox"/> その他（ )	<input type="checkbox"/> 入院前と同じ (自宅、施設)
社会資源の利用	<input type="checkbox"/> 介護保険申請希望あり <input type="checkbox"/> 介護保険利用申請中	<input type="checkbox"/> 介護保険利用者 <input type="checkbox"/> 介護保険利用なし
備考（退院後に予測される問題や患者・家族の不安、生活面の課題や希望、医療機関としての見解等あれば示す）		
上記4つ以上ハイリスクにチェックがあれば医療相談入力する。 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 入力（ _____ 月 _____ 日入力）		