

200/0293

厚生科学研究研究費補助金

長寿科学総合研究事業

老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカルパス  
を利用した痴呆性高齢者治療の検討に関する研究

平成13年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 鮫 島 健

平成14年4月

## 目 次

### I. 総括研究報告

老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカルパスを 利用した痴呆性高齢者治療の検討	鮫島 健	1
--	------	---

(資料) 痴呆用パス (案) (東京武蔵野病院痴呆性疾患治療病棟 brief 版)

### II. 分担研究報告

1. 老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカルパス 導入と入院患者の特徴 に関する研究	大塚 俊男	5
(資料) 平成13年度 老人性痴呆疾患専門病棟の入院患者に関する調査結果		
2. 老人性痴呆疾患専門病棟におけるクリニカルパス 導入過程のスタッフへの影響に関する研究	伊藤 弘人・松浦 彩美	16
(資料) 平成13年度 痴呆用クリニカルパスに関するスタッフへの調査結果		
3. クリニカルパスによる老人性痴呆疾患治療病棟の改善	高橋 正和	26
(資料) 痴呆性疾患クリニカルパス		
4. 当院老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカル パスの効果	中村 英雄	34
(資料) 老人性痴呆疾患治療病棟用パス		
5. 老人性痴呆疾患治療病棟における治療の現状に関 する実態調査	森村 安史	39
6. 老人性痴呆疾患治療病棟における治療の現状に関 する実態調査	松原 三郎	41

(資料) 老人性痴呆疾患治療病棟ならびに療養病棟における患者状況調査

調査用紙1・調査用紙2・協力病院一覧

厚生省科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

総括研究報告書

老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカルパスを利用した痴呆性高齢者治療の検討

主任研究者 鮫島 健 鮫島病院院長 社団法人日本精神病院協会副会長

研究要旨：東京、埼玉、広島にある精神科の3つの病院の老人性痴呆疾患専門病棟において、それぞれの痴呆用クリニカルパスを開発し、その施行を試みた結果を報告する。研究方法：各病院の病棟スタッフとパス作成コーディネーター等でクリニカルパス作成会議を数回開き、開発を進めた。初めに東京の精神科の1病院において作成・試行し、後に埼玉と広島の精神科の各病院において作成した。結果：3病院の老人性痴呆疾患専門病棟の痴呆用クリニカルパスを作成できた。痴呆用クリニカルパスの内容や形式等は、各病院の老人性痴呆疾患専門病棟の特徴にあった独自のものとなっていた。1病院では、導入前と導入後約3ヶ月の調査において、病棟スタッフに対する影響が見られた。まとめ：本研究結果は、老人性痴呆疾患専門病棟における痴呆疾患のクリニカルパス施行の試みを報告する数少ない資料であり、今後のクリニカルパス導入の進め方の参考資料となる。今後はさらに病棟の患者に適したクリニカルパスへ改良を進め、実際の効果についても検証してゆく必要がある。

分担協力者氏名 所属施設名及び職名

高橋 正和	戸田病院院長
中村 英雄	ナカムラ病院院長
松原 三郎	松原病院院長
稲庭 千弥子	今村病院院長
蓮江 郁夫	埼玉県済生会鴻巣病院院長
久保田 巖	八千代病院院長
大塚 俊男	東京武蔵野病院院長
田口 眞源	大垣病院院長
野島 精二	北津島病院院長
森村 安史	大村病院院長
三根 浩一郎	新船小屋病院院長
田川 安浩	田川療養所所長
洲野 勝弘	緑ヶ丘保養園園長
伊藤 弘人	国立医療・病院管理研究所主任研究官

医療におけるクリニカルパスの役割には年々関心が高まっており、現在様々な疾患に対するクリニカルパスが全国の病院施設等で作成、施行されてきている。今回、高齢者医療の質改善の為の一事業として、老人性痴呆疾患専門病棟におけるクリニカルパス導入を試みた。本研究の目的は老人性痴呆疾患専門病棟における痴呆用クリニカルパスの影響を調査し、効率のよい質の高い医療の内容を明らかにしていくこと、そしてこれからの高齢者医療における老人性痴呆疾患専門病棟の役割を明らかにすることである。

A. 研究目的

## B. 研究方法

研究方法は、東京、埼玉、広島にある精神科の3つの病院の老人性痴呆疾患専門病棟において、それぞれの痴呆用クリニカルパスを開発し、その施行を試みた。各クリニカルパスは各病院の病棟スタッフとパス作成コーディネーター等でクリニカルパス作成会議を数回開き、開発を進めた。初めに入院患者の在院期間が約3ヶ月である東京の精神科の1病院の老人性痴呆疾患専門病棟において、平成12年9月頃よりクリニカルパスを作成し、平成13年8月より導入を試みた。後に平成13年7月より埼玉の精神科の1病院において痴呆用クリニカルパスを作成し、平成13年11月よりその試行を開始した。広島の精神科の1病院においては、平成14年1月より作成を開始し、現在その作成を進めている。東京の精神科の1病院の老人性痴呆疾患専門病棟ではクリニカルパスについて導入前と導入後に病棟スタッフに調査を行った。

## C. 研究結果と考察

3病院の老人性痴呆疾患専門病棟の痴呆用クリニカルパスが作成できた。痴呆用クリニカルパスの内容や形式等は、各病院の老人性痴呆疾患専門病棟の特徴にあった独自のものとなっていた。

初年度の本研究結果については、今後さらに検討を進める課題も少なくない。今後クリニカルパスの導入をさらに進めるにあたって、実際のクリニカルパスの効果を検証してゆくことは重要であり、さらに患者や家族、医療スタッフに対するクリニカルパスの効果に関する調査を進めてゆく必要がある。また、今回作成したクリニカルパスが現在行われているの患者の治療・ケア内容に合っているか、継続して検討し

ていくことは不可欠であり、そのようなスタッフの話し合いの場を作ることも大切である。また、老人性痴呆疾患専門病棟の入院患者は高齢で合併症を持つ者も多いため、今後はよくある合併症に対するクリニカルパスの作成等も考慮し、病棟において使い易いクリニカルパスへ改訂することを目指して行きたい。

## D. 結論

本研究結果は、老人性痴呆疾患専門病棟における痴呆疾患のクリニカルパス施行の試みを報告する数少ない資料であり、今後のクリニカルパス導入の進め方の参考資料となる。今後はさらに病棟の患者に適したクリニカルパスへの改良を進め、効果について継続して検証してゆく必要がある。

## E. 健康危険情報

なし

痴呆用パス (案) <東京武蔵野病院痴呆性疾患治療病棟 brief 版>

職種	<初診> 年 月 日	<入院時> 年 月 日	<入院後1週間> 年 月 日	
PSW	① 電話相談 確認 ・入院希望 <input type="checkbox"/> ・身体状況 <input type="checkbox"/> ・合併症 <input type="checkbox"/> ・居住状況 <input type="checkbox"/> 説明 ・入院期間 <input type="checkbox"/> ・待機期間 <input type="checkbox"/> ・費用 <input type="checkbox"/> ② 専門外来予約 「予約票」記載 <input type="checkbox"/> ③ 専門外来初診 予診 入院希望再確認 ④ 再診 ・病棟案内 <input type="checkbox"/> ⑤ 入院説明 <input type="checkbox"/> (閉鎖病棟、入院形態、保護者等) ⑥ 費用説明 <input type="checkbox"/> ⑦ 入院予約 ・家族連絡/日程調整/手続き/持物説明 ・病棟ホワイトボード記入 <input type="checkbox"/> ・主治医の調整 <input type="checkbox"/> ・「予約票」記載 <input type="checkbox"/>	入院カルテ準備 <input type="checkbox"/> 入院時のお知らせ、告知確認書準備 (外来カルテにはさんでおく) <input type="checkbox"/> 入院手続き 入院証&同意書、家族へのお知らせ、委託代行書の説明(保護者選任申し立てについての説明) <input type="checkbox"/> 入院カルテ表紙記載 <input type="checkbox"/> 医療保護入院の入院届記入 <input type="checkbox"/> 「痴呆性老人精神科専門病棟入院対象者調査票」記入 <input type="checkbox"/> 「ソーシャルワーク入院時基礎データ」 <input type="checkbox"/> 「ソーシャルワーク計画」記載 <input type="checkbox"/>		
医師	・ 診察 検査 (術セット) 施行 <input type="checkbox"/>	現病歴聴取 <input type="checkbox"/> 入院時問題点の同定 <input type="checkbox"/> 入院時の治療方針(治療計画)立案 <input type="checkbox"/> 診断確定 <input type="checkbox"/> 【入院時検査一式】施行 <input type="checkbox"/> 「指示」記入 <input type="checkbox"/> 服薬指示 <input type="checkbox"/> 「医療保護入院者の入院届」 <input type="checkbox"/> 「入院診療計画書」 <input type="checkbox"/> 「痴呆性老人精神科専門病棟入院対象者調査票」 <input type="checkbox"/>	精神科治療 身体合併症検査・治療 介護保険の申請必要時 ・「かかりつけ医の意見書」記入 <input type="checkbox"/> ・障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> ・痴呆性老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> FAST : CDR :	
検査	術セット <input type="checkbox"/>	【入院時検査一式】 <input type="checkbox"/>		
看護		<看護の位置づけ> ・入院時看護問題の把握 「入院時看護問題」記入 <input type="checkbox"/> 「看護データ」記入 <input type="checkbox"/> 「看護計画」「問題リスト」記入 <input type="checkbox"/> 精神症状、身体状況把握 <input type="checkbox"/> 24時間生活サイクル把握 <input type="checkbox"/> 家族へ入院時オリエンテーション施行 家族のサポート(在宅・福祉) <input type="checkbox"/> N-ADL 評価点 :	<看護の位置づけ> ・観察期間 看護計画の見直し査定 <input type="checkbox"/> 「看護中間サマリー」記入 <input type="checkbox"/> OTとの連携 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状の再評価 フローシート記入 <input type="checkbox"/> 家族のサポート(在宅・福祉) <input type="checkbox"/> N-ADL 評価点 :	
OT		家族からの情報収集 (「作業療法アンケート」) <input type="checkbox"/>	作業療法評価 <input type="checkbox"/> 作業療法目標の設定 <input type="checkbox"/> 作業療法計画の立案 <input type="checkbox"/>	
心理	知能検査「Tスクリーニング心理検査」 <input type="checkbox"/> HDS-R 得点 :			
薬物				
アトカム	BPSD : 1=軽度 2=中程度 3=重度 (精神症状) 幻覚 妄想 せん妄 興奮 不眠 不安 抑うつ (問題行動) 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 常同行為	BPSD : 1=軽度 2=中程度 3=重度 (精神症状) 幻覚 妄想 せん妄 興奮 不眠 不安 抑うつ (問題行動) 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 常同行為	BPSD : 1=軽度 2=中程度 3=重度 (精神症状) 幻覚 妄想 せん妄 興奮 不眠 不安 抑うつ (問題行動) 徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 常同行為	

サイン \_\_\_\_\_

サイン \_\_\_\_\_

サイン \_\_\_\_\_

	<入院後1ヶ月> 年 月 日	<入院後2ヶ月> 年 月 日	<退院時(入院後約3ヶ月)>	ﾌｯﾄｶｶ
PSW	<p>面談 ・自宅退院困難な場合 →病院、施設の状況説明 ・退院後の受け入れ状況 (PSW, 家族)</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>面談 (面談日: )</p> <p>参加者: PSW, 家族, 医師, Ns.</p> <p>&lt;位置づけ&gt;</p> <p>今後の方向性を出し, 退院後の患者の行き先を見当づける</p> </div>	<p>(診療情報提供書の送付) <input type="checkbox"/></p> <p>転院日の調整 (必要書類、持参薬の確認、主治医、担当 Ns への報告、医事課担当者への連絡) <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>面談(必要時)</p> <p>参加者: PSW, 家族, 医師, Ns.</p> <p>&lt;位置づけ&gt;</p> <p>初回面談からの方向修正のある場合、再度面談し、退院後の患者の行き先を見当づける</p> </div>	<p>自宅退院の場合 退院時療養計画書記載 <input type="checkbox"/></p> <p>退院時サマリー記入 <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>退院日:</p> </div>	
医師	<p>面談 ・病状および治療状況の説明 (検査所見, 精神症状, 薬, 治療)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>FAST:</p> <p>CDR:</p> </div>	<p>精神科治療 身体合併症検査・治療</p>	<p>最終診断 <input type="checkbox"/></p> <p>評価(HDS-R) <input type="checkbox"/></p> <p>退院届記入 <input type="checkbox"/></p> <p>退院療養計画書記入 <input type="checkbox"/></p> <p>持参薬処方 <input type="checkbox"/></p> <p>退院時サマリー記入 <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>FAST:</p> <p>CDR:</p> </div>	
検査	<p>心電図, 脳波 精神科スクリーニング (血液・尿) 胸腹部X線 (随時) <input type="checkbox"/></p>	<p>心電図, 脳波 精神科スクリーニング (血液・尿) 胸腹部X線 (随時) <input type="checkbox"/></p>		
看護	<p>面談</p> <p>「看護中間サマリー」記入 <input type="checkbox"/></p> <p>看護計画の見直し査定 <input type="checkbox"/></p> <p>検査データ把握 <input type="checkbox"/></p> <p>服薬管理・服薬による現状の再評価 フローシート記入 <input type="checkbox"/></p> <p>家族のサポート (今後の方向性について 家族がどう思っているかを査定) <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>N-ADL 評価点:</p> </div>	<p>&lt;看護の位置づけ&gt;</p> <p>「看護中間サマリー」記入 <input type="checkbox"/></p> <p>身体的問題のリチェック <input type="checkbox"/></p> <p>家族指導 <input type="checkbox"/></p> <p>[排泄, 食事, 入浴, 口腔ケア, 更衣, 服薬, 事故防止, 対応の仕方, 日内リズム, etc]</p> <p>① 自宅退院 <input type="checkbox"/></p> <p>在宅介護に向けて具体的に取り組む <input type="checkbox"/></p> <p>② 転院 <input type="checkbox"/></p> <p>紹介先を見学し転院先決定 <input type="checkbox"/></p> <p>③ 在宅 or 転院 <input type="checkbox"/></p> <p>在宅に踏み切れない問題は何か →問題を具体的にしていく ・転院先見学 家族のサポート (家族の生活にあわせた実践)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>N-ADL 評価点:</p> </div>	<p>在宅介護について再確認 <input type="checkbox"/></p> <p>福祉サービス <input type="checkbox"/></p> <p>介護者の不安等 <input type="checkbox"/></p> <p>次回の外来日の確認 <input type="checkbox"/></p> <p>「看護転棟サマリー」/「看護サマリー(転院用)」/「看護退院サマリー」記入 <input type="checkbox"/></p> <p>家族のサポート <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>N-ADL 評価点:</p> </div>	
OT	<p>作業療法再評価 <input type="checkbox"/></p>	<p>作業療法再評価 <input type="checkbox"/></p>	<p>作業療法最終評価 <input type="checkbox"/></p>	
心理			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>HDS-R 得点:</p> </div>	
薬物				
ﾌｯﾄｶｶ	<p>BPSD: 1=軽度 2=中程度 3=重度 (精神症状)</p> <p>幻覚 妄想 せん妄 興奮 不眠 不安 抑うつ</p> <p>(問題行動)</p> <p>徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 常同行為</p>	<p>BPSD: 1=軽度 2=中程度 3=重度 (精神症状)</p> <p>幻覚 妄想 せん妄 興奮 不眠 不安 抑うつ</p> <p>(問題行動)</p> <p>徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 常同行為</p>	<p>BPSD: 1=軽度 2=中程度 3=重度 (精神症状)</p> <p>幻覚 妄想 せん妄 興奮 不眠 不安 抑うつ</p> <p>(問題行動)</p> <p>徘徊 収集 攻撃 大声 異食 不潔行為 常同行為</p>	

厚生省科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

－老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカルパスを利用した痴呆性高齢者治療の  
検討－

老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカルパス導入と入院患者の特徴  
に関する研究（案）

分担研究者 大塚 俊男 財団法人精神医学研究所 東京武蔵野病院院長

**研究要旨：**老人性痴呆疾患治療病棟において痴呆用クリニカルパス導入し、その効果の測定の前調査として、導入前の入院患者の特徴を明らかにする為、入院患者の退院時に患者の属性、入院期間、疾患等について調査を行った。**研究方法：**本調査の対象者は、平成13年7月から平成14年2月までに都内にある精神科の1病院の重度痴呆入院治療料の老人性痴呆疾患治療病棟（1病棟）を退院した患者合計84名である。調査内容は、患者の属性、入院経路、退院先、在院日数、初診時の改訂版長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）得点、そして記憶、認知、行動障害の有無、痴呆の種類、身体疾患の有無等についてデータを集計した。**結果：**入院患者の特徴として平均年齢は79.8歳、性別は女性が57.1%、これまでの生活形態は家族と同居していた人が62.8%だった。入院経路は家庭からが71.6%、退院先は老人保健施設が38.5%で最も多かった。平均在院日数は11.8日であり、初診時のHDS-R平均得点は6.3点、記憶、認知障害は80%以上の患者に見られ、行動障害は約40%以上に見られた。痴呆の種類はアルツハイマー型痴呆が72.7%と最も多く、血管性痴呆は12.1%、混合性痴呆は7.6%その他の原因疾患による痴呆は7.6%であった。身体疾患については40.9%に何らかの身体疾患が存在し、そのうち70.4%が積極的な治療を要するものであった。**まとめ：**クリニカルパス導入前の入院患者の特徴として、家庭から入院し、老人保健施設へ退院する患者が多く、痴呆の種類はアルツハイマー型痴呆が多く、治療を要する身体疾患をもつ者が約4割いることが明らかになった。このような入院患者の特徴に適したクリニカルパスの導入を進めてゆくことが今後の課題である。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

鮫島 健	日本精神病院協会副会長
松原 三郎	松原病院院長
久保 文子	東京武蔵野病院老人性痴呆 疾患専門病棟婦長
伊藤 弘人	国立医療・病院管理研究所 主任研究官
宮本 有紀	国立医療・病院管理研究所 リサーチレジデント
松浦 彩美	国立医療・病院管理研究所 研究生

A. 研究目的

都内にある精神科の1病院の老人性痴呆疾患治療病棟において、平成14年8月より痴呆用クリニカルパス導入した。今後より患者に適した内容のクリニカルパスに改良していく為、そしてクリニカルパスの効果を測定する調査を行う為、主に導入前の入院患者について前調査を行い、

対象病棟の入院患者の特徴を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 対象

本調査の対象者は、平成 13 年 7 月から平成 14 年 2 月までに都内板橋区にある精神科の 1 病院の重度痴呆入院治療料の老人性痴呆疾患治療病棟(1 病棟)を退院した患者合計 84 名である。

### 2. 調査内容

調査内容は、患者の属性、入院経路、退院先、在院日数、初診時の改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)得点について、患者のカルテよりデータを集計した。また、入院患者の記憶、認知、行動障害の有無、痴呆の種類、身体疾患の有無等について、患者の退院時に、病棟の婦長に調査票の記入を依頼した。

### 3. 分析方法

分析方法は、単純集計を行い、平均値等を算出した。

### 4. 痴呆用クリニカルパスの開発

対象病棟において 2000 年 9 月より、病棟の医師(院長)、婦長、PSW とパス作成コーディネーター等でパス作成会議を 6 回程開き、病院外での会議も数回重ね、痴呆用クリニカルパスの開発を進めた。

本研究のクリニカルパスは、痴呆性疾患患者の初診時から退院までの各職種ごとの仕事内容を 1 枚の用紙に一覧できるように作成したものであり、職種は PSW、医師、看護、OT、心理の欄に分かれている。患者の初診時、入院時、入院 1 週間、入院 1 ヶ月、入院 2 ヶ月、退院時(入院後約 3 ヶ月)を時間軸の区切りとし、職種ごとの仕事内容がチェックリストとなっている。この痴呆用クリニカルパスは、対象病棟で今ま

で行われてきた治療・ケア内容を整理して作成した(資料参照)。また、医療者用クリニカルパスをわかりやすく家族用に簡略化した、家族用クリニカルパスを作成し、患者のプライマリナースが、入院時のオリエンテーションでそれを用いて、患者の家族に入院の流れについての説明を行った。

## C. 研究結果(資料参照)

入院患者の基本属性は平均年齢は 79.8(±7.4)歳で 80 歳以上の患者が 58%であり、性別は男性 40.7%女性 59.3%であった。これまでの生活形態は家族と同居していた人が 62.8%、次いで配偶者と二人暮らしが 21.8%、独居が 14.1%であった。入院経路は家庭からが 71.6%と最も多く、一般病院(他科)からと老人保健施設からが共に 9.9%、精神科の病院、特別養護老人ホームからが共に 3.7%、療養型病床群からは 1.2%であった。また、このうち、対象病院の他の病棟からの転棟者は 25 名であった。退院先は老人保健施設が 38.5%で最も多く、次いで家庭が 24.4%、療養型病床群が 17.9%、特別養護老人ホームが 7.7%、精神科の病院、一般病院(他科)が共に 3.8%であった。平均在院日数は 111.8(±52.7)日であり、初診時の HDS-R 平均得点は 6.3(±6.3)点であった。入院回数については、初回が 64.8%、2 回目が 26.8%、3 回目が 5.6%、4 回以上が 2.8%であった。入院患者において記憶障害は 97.0%に見られ、認知障害として失語は 80.3%、失行は 86.4%、失認は 83.3%、実行機能の障害は 93.8%に見られた。徘徊のような著しい行動の障害は 39.4%に見られていた。痴呆の種類はアルツハイマー型痴呆が 72.7%と最も多く、血管性痴呆は 12.1%、混合性痴呆は 7.6%その他の原因疾患による痴呆



は7.6%であった。身体疾患については40.9%に何らかの身体疾患が存在し、そのうち70.4%が積極的な治療を要するものであった。

#### D. 考察

クリニカルパス導入前の入院患者の特徴として、家庭から入院し、老人保健施設へ退院する患者が多く、痴呆の種類はアルツハイマー型痴呆が多かった。また、治療を要する身体疾患をもつ者が約4割いることが今回の調査で明らかになった。身体疾患の内訳は大腿骨頸部骨折が最も多く、その他様々な疾患が挙がっており、高齢者の合併症の多さを示している。クリニカルパスの導入を進めるにあたって、個々の患者にあった治療・ケアを効率よく行う為に、これらの身体疾患への治療・ケアを考慮したクリニカルパスを作成していくことが望まれる。改良の方法としては、痴呆クリニカルパスの他に、身体疾患別のクリニカルパスを作成する、あるいは痴呆クリニカルパスをこれらの身体疾患への治療内容も組み込めるようにしてゆく必要がある。また、対象病棟への入院が2回目以上の者も35.2%と多く、在宅介護に戻り、しばらくして再び入院するという施設の利用の仕方をしている患者・家族も少なくない。このような入院患者の特徴に適したクリニカルパスの導入を進めてゆくことが今後の課題である。また、クリニカルパス導入後の入院患者についてのデータも集計し、導入前と導入後の入院患者の退院時の特徴の比較を行ってゆく予定である。

#### E. 結論

クリニカルパス導入前の入院患者の特徴として、家庭から入院し、老人保健施設へ退院する患者が多く、痴呆の種類はアルツハイマー

型痴呆が多く、治療を要する身体疾患をもつ者が約4割いることが明らかになった。このような入院患者の特徴に適したクリニカルパスの導入を進めてゆくことが今後の課題である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

## 資料：平成13年度 老人性痴呆疾患専門病棟の 入院患者に関する調査結果

### 入院患者の概要

1. 平均年齢 79.8 (±7.4) 歳

	65歳未満	65歳以上 80歳未満	80歳以上
人数(名)	4	30	57
(%)	4.9	37.1	58.0

2. 性別

	男性	女性
人数(名)	33	48
(%)	40.7	59.3

3. 婚姻状況

	婚姻	死別	離婚	別居	未婚
人数(名)	46	30	3	0	1
(%)	57.5	37.5	3.8	0.0	1.3

4. これまでの生活形態

	独居	配偶者と 二人暮らし	家族と同居	その他
人数(名)	11	17	49	1
(%)	14.1	21.8	62.8	1.3

5. 入院形態

	任意入院	医療保護入院
人数(名)	7	63
(%)	10.0	90.0

6. 対象病棟への入院回数

	1回	2回	3回	4回以上
人数(名)	46	19	4	2
(%)	64.8	26.8	5.6	2.8

7. 医療保険

	国民健康 保険	社会保険	生活保護	自費	その他
人数(名)	64	8	6	0	2
(%)	80.0	10.0	7.5	0.0	2.5

老人保険適用の有無

	有	無
人数(名)	63	9
(%)	87.5	12.5

8. 入所経路

	家庭	病院 (精神 科)	一般病 院(他 科)	介護力 強化病 院	療養型 病床群	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	その他
人数(名)	58	3	8	0	1	3	8	0
(%)	71.6	3.7	9.9	0.0	1.2	3.7	9.9	0.0

9. 退院先

	家庭	病院 (精神 科)	一般病 院(他 科)	介護力 強化病 院	療養型 病床群	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	その他
人数(名)	19	3	3	0	14	6	30	3
(%)	24.4	3.8	3.8	0.0	17.9	7.7	38.5	3.8

10. 平均在院日数 111.8 (±52.7) 日

	1ヶ月未 満	1ヶ月以 上2ヶ月 未満	2ヶ月以 上3ヶ月 未満	3ヶ月以 上4ヶ月 未満	4ヶ月以 上5ヶ月 未満	5ヶ月以 上
人数(名)	3	6	19	28	12	12
(%)	3.8	7.5	23.7	35	15	15

11. 初診時の平均 HDS-R 得点 6.3 (±6.3) 点

	18点未満	18点以上
人数(名)	77	3
(%)	96.3	3.7

12. 記憶障害

	あり	なし
人数(名)	64	2
(%)	97.0	3.0

13. 認知障害

a. 失語(言語の障害)

	あり	なし
人数(名)	53	13
(%)	80.3	19.7

- b. 失行（運動機能が損なわれていないにも関わらず動作を遂行する能力に障害がある状態）

	あり	なし
人数(名)	57	9
(%)	86.4	13.6

- c. 失認（感覚機能が損なわれていないにも関わらず対象を認識または同定できないこと）

	あり	なし
人数(名)	55	11
(%)	83.3	16.7

- d. 実行機能の障害（計画を立てる、順序立てる、抽象化する機能の障害）

	あり	なし
人数(名)	61	4
(%)	93.8	6.2

#### 14. 行動の障害

	あり	なし
人数(名)	26	40
(%)	39.4	60.6

#### 15. 痴呆の発症年齢

	65歳未満	65歳以上
人数(名)	5	61
(%)	7.6	92.4

#### 16. 痴呆の原因になっている疾患

	アルツハイマー型痴呆	血管性痴呆 (多発梗塞性痴呆)	混合性痴呆	その他
人数(名)	48	8	5	5
(%)	72.7	12.1	7.6	7.6

その他の痴呆の原因疾患の内訳

	前頭葉型	ピック病	レビー小体病	老人性精神障害
人数(名)	2	1	1	1
(%)	40.0	20.0	20.0	20.0

17. 身体疾患の有無

	あり	なし
人数(名)	27	39
(%)	40.9	59.1

具体的な身体疾患名の内訳

	骨折	排尿障害	脳血管性障害	心疾患	パーキンソン病	糖尿病	悪性腫瘍	多発性硬化症	肺炎	痙攣	片麻痺	血液疾患
人数(名)	8	2	4	2	2	2	2	1	1	1	1	1

18. その身体疾患に対して積極的な治療を要するか

	要する	要しない
人数(名)	19	8
(%)	70.4	29.6

	入院時	入院後1週間	入院後1ヶ月	入院後2ヶ月	退院時 (入院後約3ヶ月)
入院患者さま	医師の問診があります 入院時検査	治療 体に他の病気があ るか検査・治療 します	治療 心電図、脳波 血液、尿の検査を します 胸とおなかのレント ゲンを撮ります	治療 1ヶ月目と同じ検査 をします	退院日： <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>
ご家族	ソーシャルワーカー が入院手続き等につ いてご説明いたしま す 医師、看護婦(士)が 患者さまの状態につ いてお聞きします 看護婦(士)が入院時 オリエンテーション を行いません	入院患者さまを支え る、ご家族の方へのサ ポート (ご家族の方々が安 心できるようにお話 を伺ったりして、サポ ートさせて頂きま す。)	面談 (面談日： ) 患者さまの状態 と、今後(退院 後)について、 ソーシャルワー カー、医師、看 護婦(士)が、 ご家族と話し合 います。	面談 必要ならばも う一度面談を し、退院先につ いてご家族と 話し合います。 退院の準備を進めま す (ご家族への在宅指 導/転院先の見学・決 定など)	退院の手続きをし ます お薬をお渡ししま す 次回の退院日を確認 します 在宅介護などにつ いて、不安なことは か再確認します

患者さまのお名前

様

担当医

担当看護婦(士)



	入院前	入院時	2週間	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月(毎)	退院時
Dr.	診察 「入院時基本検査」及び頭部CT、甲狀腺機能検査(S13)、V B12 入院目的の確認 入院治療に関する説明	診察・診断 入院前状態の確認 医師採血入院者の入院届作成 入院時基本検査 頭部CT、甲狀腺V B12 (入院前に行ななかつたとき) 投薬・注射の指示 「診療検査計画」記載 「生活機能回復訓練及び指導指示書」記載	症状・治療方針の説明 「精神療育計画」の作成	(新たな問題があれば)家族への経過報告	入院後の症状・治療の経過説明 今後の方向性について <input type="checkbox"/> 退院の可能性 <input type="checkbox"/> 在宅ケアの可否 <input type="checkbox"/> 受け入れ施設 <input type="checkbox"/> その他の検討	診療計画、療養方針の再検討・見直し 「診療検査計画」記載	退院時処方 退院時サマリー記載 紹介状作成
Ns	病歴学的対応 情報収集(看護用紙、紹介状より) (入院前日) カルテ及び必要書類準備 ベッド準備	アナムネシク 情報収集 <input type="checkbox"/> バイタル <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> 身長・体重 <input type="checkbox"/> 持ち物 入院前状態の確認 入院時処方の確認と与薬準備 検査の実施 オリエンテーション MDS ケアアラセメント表初期確認 障害老人の日常生活自立度判定 痴呆老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 嚥下エック依頼	病状把握 検査データの確認 家族への説明 障害老人の日常生活自立度判定 痴呆老人の日常生活自立度判定			ケアプラン評価・見直し 家族への説明 障害老人の日常生活自立度判定 痴呆老人の日常生活自立度判定 外出・外泊検討 家族と退院の可能性・在宅ケアの可否検討	退院時看護サマリー記載 退院時処方薬の確認と準備 服薬の指導
OT		「生活機能回復訓練及び指導指示書」により作業療法開始 情報収集(病棟カルテ、観察より) インフォームドコンセント	集団精神療法開始(対象者のみ) 個人精神療法開始(対象者のみ)	作業療法評価報告 目標設定 プログラム立案		※必要に応じて 作業療法評価 目標再設定 プログラム再立案	※担当リハスタッフに申し送り <input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 目標 <input type="checkbox"/> プログラム <input type="checkbox"/> 経過
CP		知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> MMSE		知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> MMSE		知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> MMSE	知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R <input type="checkbox"/> MMSE
PSW	相談 ・情報収集 <input type="checkbox"/> 入院目的 <input type="checkbox"/> 身体状況 <input type="checkbox"/> 転倒状況 <input type="checkbox"/> 家族構成 ・説明 <input type="checkbox"/> 待機状況 <input type="checkbox"/> 費用 <input type="checkbox"/> 見学 入院予約調整 <input type="checkbox"/> 日程調整 <input type="checkbox"/> 主治医確認・連絡 <input type="checkbox"/> 病棟への連絡 <input type="checkbox"/> 持ち物の説明	精神科入院手続き・任意入院 <input type="checkbox"/> 同意書 ・医療機関入院 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 入院届 <input type="checkbox"/> 保護者選任申立て 入院時チェック <input type="checkbox"/> 疾患名 <input type="checkbox"/> 保険証類 <input type="checkbox"/> 制度利用 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 台帳記入 <input type="checkbox"/> 患者アンケート <input type="checkbox"/> 今後の方向性 (生保) <input type="checkbox"/> 要否意見書 <input type="checkbox"/> 福祉事務所連絡	保護者選任申立経過確認 おむつ使用状況確認(生保)		面接 <input type="checkbox"/> 家族への情報提供 <input type="checkbox"/> 障害困難 <input type="checkbox"/> 退院後の受入 <input type="checkbox"/> 環境調整 <input type="checkbox"/> その他の問題	※必要に応じて 面接 <input type="checkbox"/> 家族への情報提供 <input type="checkbox"/> 障害困難 <input type="checkbox"/> 退院後の受入 <input type="checkbox"/> 環境調整 <input type="checkbox"/> その他の問題	《在宅》 社会資源の紹介 居宅介護支援事業所への情報提供 介護 介護
	入院時看護委員会 (Dr. Ns. PSW)	「入院時看護計画」作成 (Dr. Ns. OT, CP, PSW等)	ケアアラセメント完了 ケアカンファレンス ケアプラン作成 (Dr. Ns. OT, CP, PSW等)	ケアカンファレンス ケアプランの変更 (Dr. Ns. OT, CP, PSW等)		ケアカンファレンス ※必要に応じて 再アセスメントケアプラン作成 (Dr. Ns. OT, CP, PSW等)	

厚生省科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

協力研究報告書

－老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカルパスを利用した痴呆性高齢者治療の検討－

老人性痴呆疾患専門病棟におけるクリニカルパス導入過程のスタッフへの影響に関する研究

協力研究者 松浦 彩美 国立医療・病院管理研究所 研究生  
分担研究者 伊藤 弘人 国立医療・病院管理研究所 主任研究官

**研究要旨：**老人性痴呆疾患専門病棟において痴呆用クリニカルパスを開発し、その導入過程でスタッフにどのような影響があるのか明らかにする為に、導入前と導入後にスタッフへの調査を行い、2時点の比較をした。**研究方法：**都内の精神科のT病院の老人性痴呆疾患専門病棟において、痴呆用クリニカルパスを作成し、導入直前と導入3ヵ月後の2時点で同じ調査項目を用い、病棟のスタッフに対し調査を行った。調査内容は、基本属性と独自に作成した治療・ケアの方針の理解度に関する項目、NIOSH職業性ストレス調査票から役割曖昧さ、量的労働負荷、労働負荷の変動、抑うつ、職務満足度の5尺度である。**結果：**2時点の調査の両方に回答した27人のスタッフについて分析したところ、クリニカルパスの導入前後でNIOSHの各尺度には有意な変化が見られなかったが、治療・ケアの方針の理解では、導入後の理解度が有意に上がっていた。また、現在の病棟での勤務年数が2年未満の新人スタッフでは、仕事で期待されていることについての理解が深まっている人が導入後に多かった。また導入後の調査でクリニカルパスを参考にしていると回答していた人は、役割曖昧さの尺度得点が導入後に下がっている傾向が見られた。**まとめ：**本研究の結果から、導入期間の短さや時間経過によるスタッフの成熟等の限界はあるが、痴呆用クリニカルパスの影響として治療・ケアの方針の理解度が上昇し、スタッフの仕事量、忙しさ、ストレスに対しては特に影響を与えず、新人スタッフに対しては、仕事内容を把握する教育のツールとして活用できる可能性が示された。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

鮫島 健	社団法人日本精神病院協会 副会長
大塚 俊男	東京武蔵野病院院長
久保 文子	東京武蔵野病院老人性痴呆疾患治療病棟婦長
松原 三郎	松原病院院長
伊藤 弘人	国立医療・病院管理研究所 主任研究官
宮本 有紀	国立医療・病院管理研究所 リサーチレジデント

A. 研究目的

近年、医療の質改善のツールとしてクリニカルパスに注目が集まっている。現在米国では多くの病院で様々な疾患別のクリニカルパスが使用されており、わが国でもクリニカルパスを導

入する病院は増加している。

クリニカルパスには様々な名称があるが、ここではクリニカルパスという名称で統一する。クリニカルパスとは、特定の病気や症状を伴う患者に対する、介入、ケア活動、そして期待される結果の、最適な順序とタイミングが略述された多職種間のケアプランである。クリティカルパス法(CPM)はもともと製油産業や化学産業において用いられていた、複雑な仕事内容と時間を管理するプロジェクト管理の手法であり、医療ケアに用いられるようになったのは、米国でメディケアという医療保険制度にDRG

(Diagnosis Related Group) /PPS (Prospective Payment System)という診断群別包括払い方式が導入されたことがきっかけである。はじめは

「DRGが決めている入院期間内で標準的な結果を得る為に、患者に対して最も関われる医師および看護婦が行うべき手順と時間のリスト」だったが、次第に医療の質と生産性の向上を目指す管理手法として認識されるようになった。

クリニカルパスの作成・導入は看護職が中心となり、業務改善として進められることも多く、わが国の看護職者の間でもクリニカルパスに対する関心や期待は高い。これは看護職の職場環境によるストレスの高さや離職率の高さと関係していると思われる。看護職は病棟スタッフの半分以上を占めるが、その職場環境とストレス、燃え尽き等の関係については近年多く研究が行われ、高い職業性ストレスが報告されている。痴呆疾患患者をケアする看護職のストレスについては、まだ研究が少ないが、痴呆患者の攻撃的行動が看護者のストレスの高さと関係している等の報告があり、痴呆患者をケアする医療スタッフのストレスは比較的高いと予測される。クリニカルパスの導入により、業務改善が進み、

仕事の効率化が進めば、看護者の仕事の負荷やストレスも軽減するかもしれない。

クリニカルパス導入の成果については文献等でいろいろと述べられているが、須古らは1. インフォームドコンセントの充実 2. チーム医療の前進(病棟業務への参加) 3. 業務改善(標準化、均質化、無駄の排除、記録減) 4. 職員の活性化(専門職としての自覚) 5. 患者・家族の治療への参加意欲の芽生え 6. 在院日数の短縮 7. 連携医療・病院施設の役割の再認識 8. 職員の意識改革(情報の共有、公開、患者満足度)を挙げている。米国の今までのクリニカルパスの効果研究は、心疾患の外科系の患者を対象としたものが多く、在院日数の短縮、コストの削減が報告されている。精神科では他の科に比べてクリニカルパスの使用が少なく、研究も少ない。精神科のパスについての研究では、老人・精神科患者を対象としたBultemaら(1996)の研究があり、在院日数の短縮、コストの削減が報告されているが、統計的な有意差は示されていない。痴呆性疾患に対するクリニカルパスもいくつかの病院で作成されてきているが、その効果を評価した研究はまだあまり行なわれていない。クリニカルパスの医療スタッフに対する効果を客観的に測定した研究は現在あまり見られないが、職務満足度を測定したところ増加が見られたという1報告がある。わが国でも医師や看護職に対し、クリニカルパス導入後に行ったアンケートの報告はいくつかあるが、導入前と比較した研究は報告されていない。

本研究の老人性痴呆疾患専門病棟においても、医療の質の向上、標準化、効率化、チーム医療の推進、などを目的としてクリニカルパスを導入した。以上のようなクリニカルパス導入による医療スタッフに対しての影響は、実際にどう

であるかを調査し、客観的に分析していくことは、クリニカルパスの今後の活用の可能性を明らかにしていくと考える。本研究の目的は、クリニカルパス導入による医療スタッフ側の変化に焦点を当て、老人性痴呆疾患専門病棟において痴呆用クリニカルパスを導入し、導入によるスタッフへの影響を導入前後のスタッフへの調査によって評価することである。

## B. 研究方法

### 1. 対象

調査の対象者は、対象病棟に調査時に勤務していた医療スタッフ〔看護婦(士)、准看護婦(士)、看護助手、作業療法士(OT)、精神科ソーシャルワーカー(PSW)]であり、導入前調査時31名、導入後調査時32名であった。回収率は導入前調査100%、導入後調査93.8%で、両方の調査に回答した者は27名であり、この27名を調査の対象とした。看護職には、准看護婦(士)が2名いたが、看護婦(士)と全く同じ仕事内容であったため、分析では看護職として扱った。職種は看護職16名、看護助手10名、作業療法士1名で、性別は女性19名、男性8名であった。年齢区分ごとでは、21歳~25歳10名、26歳~30歳5名、31歳~35歳4名、41歳~45歳2名、46歳~50歳4名、51歳~55歳2名となっていた。

### 2. 方法

#### (1) クリニカルパス

##### 1) 病院の概要

本研究の調査は、都内の精神科のT病院の重度痴呆患者入院治療科の老人性痴呆疾患専門病棟において行った。病棟の病床数は50床であり、看護基準は3:1、看護補助者の基準は6:1である。在院期間は約3ヶ月の患者が多く、2001

年7月から11月までの退院患者の平均在院日数は、111.60日であった。平成12年度の入院患者の退院先は病院28%、老人保健施設28%、自宅25%、老人ホーム6%であった。クリニカルパス導入から、導入後調査時までのクリニカルパス適用患者は36名で、そのうち退院した患者は3名だった。クリニカルパスを適用した患者は全てICD10によりF00~F05の痴呆性疾患の診断がなされていた。導入前調査を行った時点の全入院患者の初診時の長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)平均得点は6.60、導入後調査を行った時点の入院患者の初診時HDS-R平均得点は、5.24であった。対象病棟のプライマリーナースは、看護助手とペアを組んで担当患者のケアを行い、看護助手もペアのプライマリーナースと共に、医療処置以外の患者のケア全般を行っていた。

##### 2) 痴呆用クリニカルパスの開発

T病院の老人性痴呆疾患専門病棟において、2000年9月より、病棟の医師(院長)、婦長、PSWとパス作成コーディネーター等でパス作成会議を開き、コーディネーターが、現在病棟で行われている治療・ケア内容を、職種ごとに病棟スタッフから聴取した。著者はコーディネーターの一人としてクリニカルパスの開発に携わった。コーディネーターはスタッフから聴取した内容を整理してクリニカルパスにまとめ、次の会議でそれを基に、さらにスタッフと内容を詰めていくという作業を繰り返した。病院での6回程のパス作成会議の他に、病院外での会議も数回開き、開発を進めた。また、医療者用クリニカルパスをわかりやすく家族用に簡略化した、家族用クリニカルパスを作成し、患者のプライマリーナースが、入院時のオリエンテーションでそれを用いて、患者の家族に入院の流