

れについての説明を行った。

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る。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ヵ月、入院2ヵ月、退院時(入院後約3ヵ月)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。

本研究の対象病棟で導入したパスは、病棟の業務の抜本的な大改革というよりは、今まで行われてきた治療・ケア内容を整理して作成したパスであり、新しく加わった内容は、入院時、入院後1週間、その後退院時まで1ヵ月ごとの看護職によって評価されるN式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)のみである。

3) クリニカルパスの導入過程

痴呆用クリニカルパスは2001年8月よりT病院の老人性痴呆疾患専門病棟へ導入した。家族用クリニカルパスの配布も同時に行なった。導入準備として病棟の看護職、看護助手に対し、病棟婦長がクリニカルパスの勉強会を2001年5月から月1回、計3回行い、クリニカルパスについて、またその使い方についての説明を行なった。痴呆用クリニカルパスを適用する患者は、病棟へ新しく入院してきた痴呆性疾患患者で、同じ病院の他病棟から転棟してきた患者は対象外とした。(再入院者も、転棟でなければ適用した。)また、短期の入院患者や、入院中に他の疾患を合併してパスから外れた者も除外した。

(2) 調査項目

導入前調査と導入後調査で、同じ調査項目を用い、導入後はその他にクリニカルパスの参考程度を尋ねる質問項目4)を調査票の最後に付け加えた。

1) 基本属性

対象者の年齢区分、性別、職種、現在の病棟の勤務年数、職務年数について尋ねた。

2) NIOSH 職業性ストレス調査票

NIOSH 職業性ストレス調査票は、米国国立職業安全保健研究所(National Institute for Occupational Safety and Health :NIOSH)が職業性ストレスモデルに基づき作成したもので、許容範囲内の妥当性と信頼性を持ち、これまでの研究でよく使用されている、複数の尺度等で構成されている。日本語版調査票は、原谷らにより信頼性妥当性が検討されている。また、看護婦対象にNIOSH 職業性ストレス調査票を用いた研究では、労働負荷の変動のストレッサー得点が高い者ほど、抑うつ得点が高く、量的労働負荷、役割曖昧さのストレッサー得点が高い者ほど、職務満足感が低いという結果が報告されている。本研究では日本語版 NIOSH 職業性ストレス調査票のうち、役割曖昧さ、量的労働負荷 a、労働負荷の変動、抑うつ、職務満足感の5尺度を用いた。職務満足感の尺度は全体的な満足感を尋ねる1項目のみを用いた。

役割曖昧さの尺度はRahim (1983)によって作成されたもので、自分の仕事における権限や目標、責任、仕事内容などがどのくらいはつきりしているか、時間が適切に配分されているか等を尋ねる6項目で構成されている。7段階で回答し、点数が高いほど役割曖昧さの認識が高いことを表す。

量的労働負荷 a の尺度は、Caplan (1975)によって作成された、量的労働負荷 (a,b) の尺度の一部で、仕事で非常に速く働かなければならないこと、時間がなくて処理しきれないことなどがどのくらいの頻度で起きるかを尋ねる4項目で構成されている。5段階で回答し、点数が高

いほど量的労働負荷の認識が高いことを表す。

労働負荷の変動の尺度は、Caplan (1975)によって作成されたもので、仕事の負荷や集中度が著しく増えること、考えるスピードが著しく速くなること、どのくらいの頻度で起きるかを尋ねる3項目で構成されている。5段階で回答し、点数が高いほど労働負荷の変動の認識が高いことを表す。

抑うつ の尺度は Radloff が作成した the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) を用いている。CES-D はうつ病の疫学的研究用に開発されたスクリーニング尺度であり、1週間の症状出現日数によって20項目を4段階で評価している。点数が高いほど、うつ の程度が高いことを表す。

全体的な職務満足感の項目は、Caplan (1975)によって作成された職務満足感尺度の中から1項目を用いた。「全体として、自分の仕事にどのくらい満足していると言えますか？」という質問に4段階の満足感の選択肢で尋ね、点数が高いほど、満足感が高いことを示す。

3) 治療・ケアの方針の理解度

独自に作成した1項目「治療・ケアの方法を理解していますか？」に対し、5段階の理解度の選択肢(1. 極めてよく理解している 2. よく理解している 3. 理解している 4. 少し理解している 5. あまり理解していない)で尋ねた。得点は選択肢の数字を反転させて算出し、値が大きい程、理解度が高いことを示す。

4) クリニカルパスの参考程度

独自に作成した質問項目で、導入後調査時に付け加えた。クリニカルパスの導入状況についての質問として、「クリニカルパスをどの程度参考にしていきますか？」に対し、5段階の参考程度の選択肢(1. とても参考にしてている 2. 参考

にしてている 3. 少し参考にしてている 4. あまり参考にしていない 5. 全く参考にしていない)で尋ねた。

(3) 調査方法

調査票は病棟にて婦長を通してスタッフに配布し、無記名で回収した。クリニカルパス導入前調査は2001年の7月下旬、導入後調査は2001年の11月下旬に行った。調査のデザインを図1に示す。

(4) 解析

導入前と導入後の調査票に回答した27名について、調査票のNIOSH職業性ストレス調査票からの5尺度とそれらを構成する項目、治療・ケア方針の理解度の項目を、導入前と導入後の2時点で比較した。比較検定には対応のある2群のWilcoxonの符合付き順位和検定を行った。また一般に看護職は、勤務年数3年目である程度一人前として扱われるため、新人とそれ以外のスタッフとの比較として、現在の病棟の勤務年数2年未満と2年以上の2群に分け、それぞれ導入前後の変化を分析した。また、職種によっても影響や使い方の違いが考えられるため、看護職のみ、看護助手のみに分けて同様の分析を行った。加えて、導入後調査に加えたクリニカルパスを参考にしてている程度を尋ねる質問項目で、1. とても参考にしてている、2. 参考にしてている、3. 少し参考にしてていると回答していた者と、4. あまり参考にしていない、5. 全く参考にしていないと回答していた者の2群に分けて同様の分析を行った。有意水準は5%とした。統計解析にはSPSS for Windows ver. 10.0 Jを使用した。

C. 研究結果 (資料参照)

1. クリニカルパス導入前後での調査項目の比

較

導入前と導入後の調査に回答した 27 名において、クリニカルパス導入前後で有意に変化していた質問項目は、治療・ケアの方針の理解度の 1 項目であった。導入後の方が、治療・ケアの方針の理解度が高いという結果であった。全体的な職務満足感を尋ねる 1 項目も、導入前後で有意な差はないという結果であった。(表 1)。

クリニカルパス導入前と導入後で NIOSH の各尺度得点 [役割曖昧さ、量的負荷 a、労働負荷の変動、抑うつ] の平均値は、わずかに導入後で下がっていたが、統計的な有意差は見られなかった(表 2)。

2. 病棟勤務年数による比較

現在の病棟勤務 2 年未満と 2 年以上の 2 群に分け、導入前後の変化をそれぞれ分析した結果では、ほとんどの項目で有意差は見られなかったが、役割曖昧さ尺度の中の「自分に何を期待されているか正確にわかっている」という 1 項目では、2 年未満群が、導入後に有意に期待されていることの理解度が上がっていたが、2 年以上群では有意な変化が見られなかった(表 3)。

3. 職種 (看護職と看護助手) による比較

看護職のみ、看護助手のみで導入前後の変化を分析した結果では、どの項目も有意差はなかった。

4. クリニカルパスの参考程度の違いによる比較

クリニカルパスを参考に行っている程度を尋ねた質問項目で、参考に行っている群と、参考に行っていない群に分けてそれぞれ導入前後の比較を行ったところ、参考に行っている群では、NIOSH 職業性ストレス調査票の役割曖昧さの尺度得点が導入後に下がる傾向が見られ、参考に行っていない群では、有意な変化は見られなかった(表

4)。

D. 考察

1. 本研究の意義と治療・ケア方針の理解

現在、クリニカルパスを作成する病院は増加しており、効果研究も行われているが、まだその数は少なく、特にスタッフに対する影響をきちんと測定した研究は少ない。本研究はクリニカルパス導入におけるスタッフへの効果を導入前後で調査した初めての研究であり、今後も増えていくと思われるクリニカルパスの導入に先立ち、その影響の測定を試みた研究の意義は大きいと考える。

今回はクリニカルパス導入前と導入後で、役割曖昧さ、量的労働負荷、労働負荷の変動というスタッフの仕事のストレスと、抑うつというストレス反応に、有意な変化は見られなかった。この結果からは、クリニカルパスは仕事上の役割の明確化や、仕事の量の減少、忙しさの変動の減少には影響が見られなかった。しかし、このクリニカルパスの内容は対象病棟で今まで行われてきた仕事内容をもとに作成されたこと、導入前もレベルの高い治療・ケアを行っていた病棟であることから、クリニカルパスによるスタッフの仕事上の大きな変化が表れなかったことは自然なことであるとも考えられる。また導入前後で変化がなかったという結果は、クリニカルパスの導入による仕事量の増加等のスタッフへの悪影響もなかったと言えることができる。また、今回の調査は導入して、約 3 ヶ月後に行ったものであり、期間が短い為、クリニカルパスの効果はまだはっきりと現れていなかったかもしれない。今後のスタッフの変化も見ていく必要がある。

しかし、治療・ケアの方針の理解度が導入後

に有意に上がっていたことは、一つのクリニカルパスの効果として注目できる。クリニカルパスによって退院までの治療・ケアのプログラムが文書化されたことにより、導入前よりもスタッフの理解度が上がったということが考えられる。特に医師の治療方針がクリニカルパスによって見えやすくなることは、他の職種のスタッフの仕事の方向性もはっきりしてくることが予測できる。

2. 現在の病棟における勤務年数によるパスの影響の違い

現在の病棟勤務が2年未満と2年以上のスタッフに分けて分析した結果、2年未満のグループで導入前に比べ導入後の方が、仕事について自分に何を期待されているか正確にわかっている程度が有意に高かったという結果については、新人スタッフはまだ職種の仕事においてどのようなことが期待されているのか、ベテランの人のように把握できておらず、仕事内容の理解というパスの影響を受け易かったと考えられる。勤務年数の長いスタッフは既にある程度のレベルの治療・ケアを行っており、クリニカルパスが導入されても、仕事は特に変化しなかったと考えることができる。しかし、時間による影響はコントロールできない為、時間経過による新人スタッフの成熟も考慮しつつ評価していくべきである。新人スタッフのストレスはベテランのスタッフに比べて大きく、離職率も高い。パスによって期待されていることの理解が促進することは、新人の仕事の効率化を図り、標準的なケアを提供し、また仕事の抜け落ちを防ぐというリスクマネジメントにも、今後役立てていける可能性を持っている。パスは今後新人の教育のツールとして活用していける可能性がある。

3. 職種（看護職と看護助手）による違い

看護職と看護助手の職種ごとに分析した結果は、どちらもクリニカルパス導入前後で有意差は見られなかったが、人数の少なさによる検出力の弱さと、導入期間の短さによる影響も考えられる。今後パスを使用していく上で各職種の仕事内容や仕事量がどう変化していくか、慎重に見ていく必要がある。

4. クリニカルパスの参考程度による違い

クリニカルパスの参考程度による違いで、2群に分けて導入前後の変化を分析した結果は、参考にしている群の方が、パスの導入後に仕事上の役割の曖昧さが減少している傾向が見られ、クリニカルパスはスタッフの役割が曖昧なことによるストレスをいくらか軽減するかもしれない。米国国立職業安全保健研究所（National Institute for Occupational Safety and Health: NIOSH）の心理的障害の予防対策の提言においても、労働条件を改善する職務設計として、仕事の役割と責任は十分に明確にすべきであるとされている。また、役割が明確になる傾向により、仕事の効率化や、他の職種との連携も進む可能性がある。

5. 研究の限界と今後の研究の方向性

本研究のクリニカルパスの導入期間は3ヵ月であり、期間の短さによる影響の薄さは考えられる。今後期間をさらにおき、パスの使い方がどのように変化していくか見ていく必要がある。また、対象が1病棟のみで人数が少なかったことによる検出力の弱さも考えられる。加えて今回はコントロール群を用いておらず、結果は介入の影響によるものか、成熟などの時間的な変化によるものかあるいはその他の様々な環境要因によるものか、慎重に見ていく必要がある。

一般にはクリニカルパスの効果として、外科系疾患などで在院日数の短縮がよく取り上げら

れるが、痴呆は慢性疾患であり、治癒というアウトカムはない。退院の時期は、患者の症状がある程度落ち着き、生活のリズムができ、自宅へ戻る場合は家族の受け入れ状態が整った時、また他施設へ移る場合は、退院先の施設が見つかった時である。また、痴呆には様々な種類があり、高齢者は合併症も多く、一種類のパスではなく、今後は痴呆の種類別または他の疾患のパスも作成していくことが必要になると思われる。

クリニカルパスについて多くの文献では様々な良い影響について挙げられていることが多いが、コントロール群に比べて患者の満足度は低かったと報告する研究もあり、今後は患者に対する影響の客観的な評価を伴わせながら、スタッフへの影響をさらに検証していく必要がある。

病棟のスタッフの仕事量や忙しさ、ストレスには様々な要因が考えられ、それらのすべてを測定していないことは本研究の限界であり、今後、クリニカルパス導入前後の入院患者のADLの状態や、職場の対人葛藤、社会的支援についても考慮したスタッフへの効果研究を行い、さらに影響を研究していく必要がある。また、今回は職業性ストレスに関する調査項目を用いたが、今後スタッフの仕事量や仕事の効率、他職種の連携、などを導入前後で調査し、クリニカルパスのスタッフへの影響を違った視点から検討する必要がある。クリニカルパスは作成の過程においても、様々な職種を巻き込み、いろいろなルールを確立しながら職種間連携が進んでいく。よってクリニカルパスの作成過程から、スタッフに対するクリニカルパスの影響があったことが考えられる。クリニカルパス導入以前の作成過程からの影響を測定する調査デザイン

も今後考慮されるべきである。今後のクリニカルパスの活用の可能性としては、医療・ケアの標準化、仕事の抜け落ちに対するリスクマネジメント、職種間の連携の促進、新人への教育などが期待できる。

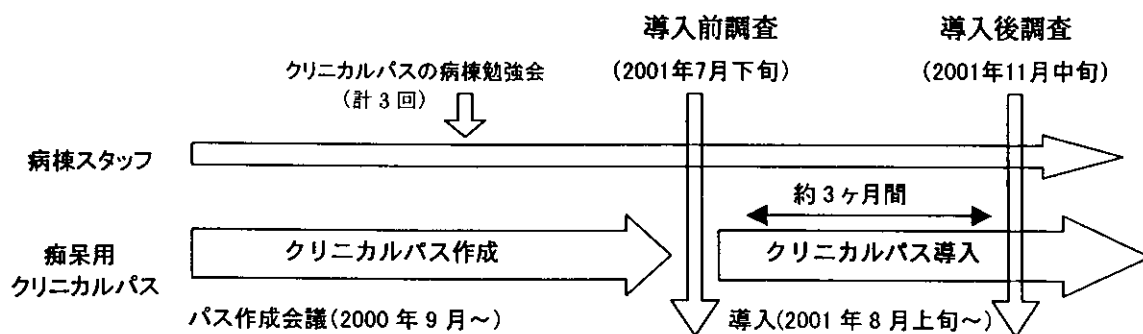
E. 結論

本研究の老人性痴呆疾患専門病棟における3ヵ月間のクリニカルパス導入課程において、スタッフに対する仕事上の大きな影響は見られなかったが、治療・ケアの方針の理解度の促進が示された。また、新人スタッフに対し、仕事で期待されていることへの理解を深める効果が示された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

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



調査集計の概要

	導入前調査	導入後調査
配布人数	31名	32名
回収数	31部	30部
回収率	100%	93.8%

表1 導入前後の治療・ケアの方針の理解度と全体的職務満足感の平均値の比較 (N=27)
(Wilcoxonの順位和検定)

	導入前	導入後	Z値	p値
治療・ケアの方針の理解度	2.81	3.07	-2.33	0.02*
全体的職務満足感	2.33	2.37	-0.28	0.78

*p<0.05

表2 導入前後でのNIOSH尺度得点の平均値の比較 (N=27) (Wilcoxonの順位和検定)

尺度の種類	導入前	導入後	Z値	p値
役割曖昧さ	18.70±4.31	17.71±5.28	-1.41	0.16
量的労働負荷 a	16.48±3.53	16.07±3.29	-0.82	0.42
労働負荷の変動	11.15±2.57	10.98±2.78	-0.26	0.79
抑うつ	17.78±9.99	17.50±11.59	-0.30	0.77

*p<0.05

表3 導入前後での病棟勤務2年未満のスタッフと2年以上のスタッフにおける、仕事で期待されていることの理解度の平均値の比較 (Wilcoxonの順位和検定)

	導入前	導入後	Z値	p値
病棟勤務2年未満(N=13)	4.31	5.00	-2.00	0.046*
病棟勤務2年以上(N=14)	4.86	4.85	-0.30	0.76

*p<0.05

表4 参考にしている程度で2群に分けた時の役割曖昧さ尺度得点の平均値の比較 (Wilcoxonの順位和検定)

	導入前	導入後	Z値	p値
参考にしている ^a (N=11)	19.18±3.49	17.00±4.67	-1.67	0.096 [†]
参考にしていない ^b (N=13)	19.85±3.91	20.01±4.66	-0.16	0.88

^a (1. とても参考にしている+2. 参考にしている+3. 少し参考にしている)

^b (4. あまり参考にしていない+5. 全く参考にしていない)

[†]p<0.1

厚生科学研究費補助金（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—

クリニカルパスによる老人性痴呆疾患治療病棟の改善

—とくに夜間せん妄を生じている老人性痴呆疾患患者への対応について—

分担研究者 高橋正和 医療法人高仁会 戸田病院 理事長

研究要旨：老人性痴呆疾患治療病棟における入院治療の質を向上させる方法のために、クリニカルパス法を利用して、老人性痴呆疾患の診断・治療・介護の流れを再検討した。**研究方法：**同病棟のスタッフ（医師、看護婦、看護助手、臨床心理士、作業療法士、PSW など）による検討グループを結成し、この中で病棟スタッフの良好な連携のもとで、外来受診→入院時→入院後→退院準備→退院までの流れが検討された。対象とする疾患については、これまで治療・介護の技術上問題となってきた「夜間せん妄をともなった老人性痴呆疾患患者」を対象として検討し、その結果をクリニカルパスとしてまとめることとした。また、治療期間については3ヶ月間を目途とするが、予めパス実施期間を3ヶ月間と特定することなく、3ヶ月を経過した後においても、退院まで継続的に観察することとした。**結果：**せん妄を生じている患者に対して作成したパスに基づいて診断・治療・介護を行った。しかし、スタッフ間の連携が不十分であったために、スタッフ全員がパスの進捗状況を把握できるように2種類のパス進行表を作成して周知に努めた。**まとめ：**クリニカルパスの導入によって、各職種間の連携が良好となり、診断・治療・介護の目標や問題点が明らかとなり、それらをスタッフ全員で共有することが可能となった。また、これまで入院後の連携が不十分であった家族に対しては、病状説明や今後の治療方針が明らかとなる中で、家族参加のもとで治療等を行える基盤が整備された。

研究協力者氏名

所属施設名及び職名

森岡 洋
岸ゆかり
斎藤恵子
鮫島 健
伊藤弘人
松原三郎
宮本有紀
松浦彩美

戸田病院 老人性痴呆疾患治療病棟担当医師
戸田病院 老人性痴呆疾患治療病棟婦長
戸田病院 臨床心理士
鮫島病院院長 日本精神科病院協会副会長
国立医療・病院管理研究所主任研究官
松原病院理事長
国立医療・病院管理研究所リサーチレジデント
国立医療・病院管理研究所研究生

A.研究目的

高齢者の増大にともなって痴呆性高齢者についても急速な増加が認められる。とくに痴呆症状だけでなく、精神症状や問題行動（BPSD）をともなう場合には、自宅での介護や一般の高齢者施設での介護が困難となり、痴呆専門医療施設での治療が必要となる。老人性痴呆疾患治療病棟は地域の在宅患者受け入れ施設として大きな役割を果たしているが、実際には、この中での診断・治療・介護の内容や、その手順は各施設ごとに一定していない部分も多い。これまで行われてきた診断・治療・介護の手段の中で有効なものを抽出し、さらに、効率的に行われるように手順を予め決めておき、スタッフによるチーム医療が有効に行われるようにシステムを検討しておく必要がある。

B.研究方法

1. 対象

戸田病院老人性痴呆疾患治療病棟に入院する老人性痴呆患者（血管性痴呆、アルツハイマー型痴呆を問わず）のうち「せん妄を生じたために、家庭や施設・病院で対応が困難となった例」を対象として、クリニカルパス法による検査・治療・介護・家族説明などを実施することとした。

2. 検討方法

同病棟スタッフ（病棟担当医師、看護婦、看護助手、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士）が定期的（1～2週間毎に1回）に集まり、入院前、入院時、それ以降に必要な項目について列挙することから始めた。

3. 対象患者

老人性痴呆疾患患者の中でも、精神症状や問題行動が伴われている症例を中心にパスを実施することになったが、その中では、症例数が最も多いとされてきた「せん妄のために不適応を生じた老人性痴呆患者」を対象とすることが、スタッフ間で合意された。

4. 痴呆用クリニカルパスの開発

上記の検討の中で、各種の問題点が整理され、医学的に有効なものを抽出し、さらに、カンファレンスを繰り返すことで、治療上の問題点や治療目標が明らかとなる。入院前、入院時、入院2週間目、入院後2ヶ月目、退院時（必ずしも3ヶ月目に限らない）の5時点を中心に検討を加えることとなった。

C.研究結果

1. 入院前

患者がまず外来を初診した時点、あるいは、入院が必要であると判断された時点で、

入院に備えた詳細なインテークが必要である。さらに、痴呆の程度や精神症状・問題行動の把握（アセスメント）が必要である。一般的な検査（血液尿検査、心電図、胸部 X 線等）に加えて、頭部 CT（または MRI）と感染症検査（肝炎ウイルス、梅毒、結核、MRSA）も実施されるべきであるとされた。これらの情報は入院と同時に入院医療スタッフに提供される。また、入院前においては、本人と家族に対する説明と病棟の見学のうへ、入院が決定されるべきであるとされた。

2. 入院時

入院時には、入院時診察（患者のバイタルチェックなど身体状況の把握、痴呆症状と精神症状・問題行動のチェック）。ADL については入院時、2 ヶ月目に行われる。医療保護入院の手続き、病棟オリエンテーションなどは極めて重要な部分である。医師は、必要な処方や追加の検査を指示する。

3. 入院 2 週間目

入院前検査の結果や入院時精神症状などのアセスメントが報告される時期に相当する。また、入院後の問題点も明らかとなる時期である。この時期は、病棟内カンファレンス、家族への説明と情報提供、さらに、家族も含めたうへで、目標設定が行われるべき時期でもある。

4. 2 ヶ月目

2 ヶ月目では、当病棟での治療が一定以上に進み、退院の目標が決められる時期である。精神症状などを再度詳細に評価し、退院後の方針が決定される。家族との面談が行われたうへで、施設等の紹介が行われる。

5. 退院時

退院時には、退院後の問題点を改めて確認して、退院時処方が行われ、さらに、通院治療や他の施設への診療情報提供が行われる。家族指導の確認も行われる。

6. 心理学的検査など

入院前から退院に至るまで、経時的に精神症状・問題行動や痴呆の重症度に関する心理検査が行われ、ADL も含めてアセスメントが行われるべきである。必要な項目としては、「ADL 評価」：入院時と 2 ヶ月目、「改訂長谷川式簡易知能評価スケール」：入院前と 2 ヶ月目、「GBS 尺度評価」：入院時と退院時、「NM スケール」：入院前と 2 ヶ月目。

7. その他の項目

入院後、生活機能訓練として作業療法や集団精神療法が行われる。それぞれの専門的な立場からアセスメントが行われ、フィードバックされる。

8. クリニカルパスの作成

別紙の表に示すクリニカルパスがスタッフの検討により作られた。この表は固定的な

ものではなく、今後、必要に応じて改訂が加えられるものでもある。症例としては、前述したように、問題行動として最も多い入院理由となっている「せん妄」をともなう患者を対象とするが、このパス法を用いることで、せん妄からの回復過程の評価が適切に行われるだけでなく、回復を促進するために役立つ要因が明らかになる可能性もある。

9. 実施上の工夫

パスの導入により、スタッフ全員にパスに関わる情報、とくに進捗状況を知らせる必要がある。これを解決するために、進捗状況を知らせるための表を2種類作成した。これによって、その都度、診療録を見なくてもスタッフは進捗状況あるいは、評価漏れを知ることができ、パスの円滑な進行に役立つものと思われた。

D. 考察

1. パス法開発過程の効果

痴呆性高齢者の入院治療では、種々の専門職が連携をとり、チーム医療として行われるべきであるが、これまでは、ややもすると連携が不十分であり、十分に個々の機能を果たせないきらいがあった。パス法開発のために、スタッフがミーティングを繰り返し、その中で、それぞれの役割を再認識し、それぞれの行うアセスメントをフィードバックすることで、新たな連携が生まれた。スタッフは、パスの進捗状況を知るだけでなく、アセスメントから問題点を知り、さらに、治療目標を共有することが可能となった。

2. 家族への情報提供

入院前・入院時の説明が徹底され、さらに、2週間目の家族への情報提供が確実に行われることで、家族を含めた形で治療目標を設定することが可能となった。もちろん、種々の解決すべき問題が残されることが多く、1ヶ月目を中心に、再度、家族との話し合いを持つ必要が今後出てくるかもしれない。いずれにせよ、患者とその家族との連携が一段と進んだことは評価されるべきである。

3. 治療病棟としての機能が高まりつつある。

痴呆疾患による入院は、痴呆そのものの回復が望めないことから、安易に長期入院に陥りがちである。もちろん精神症状・問題行動の回復が進まないために長期療養を余儀なくされる例も少なくない。しかし、症状が一定以上に改善すれば、家庭、あるいは、一般の高齢者施設での処遇が考慮されるべきである。痴呆疾患治療病棟は、精神症状・問題行動をもつ痴呆性高齢者の初期治療の役割を果たすことが重要であり、また、そのニーズもある。このために、一定の目標をもって、できるだけ短期間に当病棟での治療が終了するように努力されるべきである。このような努力が痴呆疾患治療病棟の機能を高めてゆくものと思われる。また、結果として、痴呆性高齢者の地域での介護を可能に

するものであろう。

E. 結論

今回、老人性痴呆疾患治療病棟でのクリニカルパスの導入を行ったが、当院で開発したクリニカルパスの運用は、未だ、緒についたばかりである。これを利用して、パスがもたらす効果（out - come）が明らかになるのは、平成 14 年度での研究にゆだねられている。

しかしながら、パス開発の過程においてさえ、チーム医療の構築が可能となったり、あるいは、種々の評価から治療目標は明確となって共有も可能となったことなど、パス開発の効果は明らかであった。

痴呆性疾患クリニカルパス (せん妄を伴う痴呆のために家庭や施設・病院で対応困難になった人用)

氏名 _____ 年齢 _____ 病名 _____ 入院年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 退院年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

	入院前	入院時	2週間目	2ヶ月目	退院時
医師	<input type="checkbox"/> 初診時診察 <input type="checkbox"/> 血液生化学 <input type="checkbox"/> 胸部MRIまたはCT <input type="checkbox"/> 胸部X P <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 咽喉・鼻腔MRSA <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 治療方針の決定 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> NMSスケール【 _____ 点】 <input type="checkbox"/> せん妄の症状 意識障害 幻視 幻聴 妄想 独語 徘徊 興奮 その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 入院時診察 <input type="checkbox"/> 初診時検査結果の説明 <input type="checkbox"/> 入院治療についての説明 <input type="checkbox"/> 医療保護入院についての説明 <input type="checkbox"/> 家族との退院後の方針についての話し合い <input type="checkbox"/> 入院時指示 <input type="checkbox"/> 生活機能訓練指示表 <input type="checkbox"/> 入院時処方 <input type="checkbox"/> 医療保護入院の入院届	<input type="checkbox"/> 家族に対する病状説明 月 _____ 日 時 _____ より <input type="checkbox"/> せん妄の症状 意識障害 独語 徘徊 幻視 幻聴 妄想 興奮 その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 退院先の決定 <input type="checkbox"/> 紹介状または <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 家族面談 <input type="checkbox"/> NMSスケール【 _____ 点】 <input type="checkbox"/> せん妄の症状 意識障害 独語 徘徊 幻視 幻聴 妄想 興奮 その他 (_____)	<input type="checkbox"/> 退院時処方 <input type="checkbox"/> 退院時要約 <input type="checkbox"/> 退院連絡表 <input type="checkbox"/> 家族に対する退院後のオリエンテーション
P S W	情報収集 <input type="checkbox"/> 入院希望あり <input type="checkbox"/> 身体状況 <input type="checkbox"/> 合併症 <input type="checkbox"/> 居住状況 <input type="checkbox"/> 費用 <input type="checkbox"/> 初診時インテーク 入院準備援助 <input type="checkbox"/> 持ち物説明 <input type="checkbox"/> 家族の希望があれは病棟案内 <input type="checkbox"/> 4-3病棟への検査入院の確認 <input type="checkbox"/> 入院前検査の調整 <input type="checkbox"/> 入院日の決定 <input type="checkbox"/> 入院形態についての説明 <input type="checkbox"/> 医療チームへの情報提供	<input type="checkbox"/> 保護者選任手続き <input type="checkbox"/> 退院後の方向性 <input type="checkbox"/> 介護保険確認	<input type="checkbox"/> 家族への情報提供 <input type="checkbox"/> 医師への情報提供	<input type="checkbox"/> 医師へ退院後の方針確認 <input type="checkbox"/> 家族へ退院先の施設・病院の紹介 <input type="checkbox"/> 退院日の決定 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 医師・家族面談調整 <input type="checkbox"/> 退院後利用できる社会資源についての情報提供	<input type="checkbox"/> 退院後の処遇についての確認
看護	<input type="checkbox"/> 病棟見学	<input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 患者情報チェックリストの記入 <input type="checkbox"/> バイタルサイン・身長・体重の把握 <input type="checkbox"/> 入院時検査の確認 <input type="checkbox"/> 持ち物確認 <input type="checkbox"/> ADL評価【 _____ 点】	<input type="checkbox"/> 看護展開用紙記入	<input type="checkbox"/> 看護展開用紙記入 (見直し査定) <input type="checkbox"/> 中間サマリー記入 <input type="checkbox"/> 施設入所に当たっての検査一式 <input type="checkbox"/> ADL評価【 _____ 点】	<input type="checkbox"/> 看護サマリー記入 <input type="checkbox"/> 退院時談の確認 <input type="checkbox"/> 荷物整理 <input type="checkbox"/> 自宅退院者の次回受診日の確認 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 看護展開用紙記入 (査定)
OT			OT評価 <input type="checkbox"/> 短期目標設定 <input type="checkbox"/> 長期目標設定	<input type="checkbox"/> 再評価 <input type="checkbox"/> 短期目標見直し <input type="checkbox"/> 長期目標見直し	
心理		<input type="checkbox"/> GBS R 度評価 <input type="checkbox"/> 集団精神療法開始 (対象者のみ)		<input type="checkbox"/> 改訂・長谷川式簡易知能評価スケール【 _____ 点】 <input type="checkbox"/> カンフアランス	<input type="checkbox"/> GBS R 度評価 <input type="checkbox"/> 集団精神療法サマリー (対象者のみ)
全体		<input type="checkbox"/> カンフアランス	<input type="checkbox"/> カンフアランス	<input type="checkbox"/> カンフアランス	退院先
結果	紹介元				

サイン【 _____ 】 サイン【 _____ 】 サイン【 _____ 】 サイン【 _____ 】

痴呆性疾患クリニカルパス

氏名	主治医	入院時			2週間後			2ヶ月後			退院時						
		Dr	P	N	OT	CP	Dr	P	N	OT	CP	Dr	P	N	OT	CP	
	Dr	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
	Dr	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
	Dr	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
	Dr	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
	Dr	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
	Dr	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
	Dr	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
	Dr	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日
	Dr	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日

—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—

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

分担研究者 中村英雄 医療法人PIAナカムラ病院 院長・理事長

研究要旨：当院の老人性痴呆疾患治療病棟における治療内容を、さらに向上させるために、これまで種々の病院で試みられてきたクリニカルパス法を、あらたに痴呆疾患治療病棟に導入することとした。**研究方法：**当院には2つの老人性痴呆疾患治療病棟があるが、このうち、問題行動や精神症状がより重度な方の病棟を選び、クリニカルパス法について検討した。まず、クリニカルパス法のもつ意味やその効果について、職員全員を対象として講義を行い、その後、主要な病棟スタッフが定期的に集まり、現在行っている検査・治療・介護などの流れをかき出すことが行われた。さらに、スタッフ間で、問題点や改善すべき点を繰り返し検討してパスを開発した。**結果：**パスの通過ポイントは入院前、入院時、2週間目、1ヶ月目、2ヶ月目、3ヶ月目、退院時の7時点とした。さらに、入退院検討委員会、ケアアセスメント、ケアプラン作成、ケアカンファレンス開催、ケアプランの作成など、介護保険に準ずる検討を取り入れることとした。**まとめ：**パス作成から十分な時間がなく、そのために、実際の患者での適用は未だ進んでいない。しかし、主要なスタッフが参加したもとの、検討が繰り返されたことで、チーム医療が特に改善された。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
吉村朋範	ナカムラ病院 病棟担当医師
栗原夏代	ナカムラ病院 病棟主任
梶川恵美子	ナカムラ病院 PSW
鮫島 健	鮫島病院院長 日本精神科病院協会 副会長
伊藤弘人	国立医療・病院管理研究所 主任研究官
松浦彩美	国立医療・病院管理研究所 研究生
松原三郎	松原病院 理事長
大塚俊男	東京武蔵野病院 院長

A. 研究目的

痴呆性高齢者にともなう精神症状と問題行動は、自宅や各種施設での介護を困難にし、患者本人を危険な状態に陥らせるだけでなく介護する家族やスタッフに極めて大きな負担をもたらす。やむえず入院に至った場合にも、問題行動への対処、抗精神病薬の使用、身体疾患の管理、家族との連携など多くの問題を乗り越える必要がある。痴呆疾患患者の入院治療では、設備基準だけではなく、多くの治療・介護上の工夫が必要である。当院は介護保険制度の施行に合わせて、ケアアセスメント、ケアプランさらにはケアカンファレンスなど、介護療養型医療施設に準じた対応を行ってきた。今回、クリニカルパス開発においては、これらの介護保険で適用される手法を導入することが如何に有効に機能するかについても検討を加えたい。

B. 研究方法

2つある老人性痴呆疾患治療病棟のうち、より重度な痴呆性高齢者を受け入れている痴呆疾患治療病棟を対象とし、その中で、痴呆症状とBPSDの著しい症例を中心にパスを開発することとした。このために、まず、伊藤弘人研究官（国立医療・病院管理研究所）から、クリニカルパスの意味と方法などについて講義をいただいた。対象は職員全員であった。講演終了後から当該病棟のスタッフのみが集まり、現在行われている診断治療の流れの確認から開始した。その後、病棟スタッフは定期的に集まってパスの内容を検討しあった。

C. 結果

1. クリニカルパスの開発

スタッフ間での検討の結果、入院前、入院時、2週間目、1ヶ月目、2ヶ月目、3ヶ月目、退院時の7時点を検討すべき時点とした。その中では各種検査、投薬などが医師によって行われ、それにともなって、看護婦（病棟見学、病棟オリエンテーション、家族への経過説明、日常生活自立度の判定、服薬指導など）、作業療法士（作業療法目標設定、作業プログラム立案、作業療法評価など）、臨床心理士（知的機能検査、集団精神療法など）、PSW（初診時情報収集、入院時諸手続、経済困難への対応、退院のための社会資本の紹介など）、それぞれの職種が責任をもってパスに沿って作業を行う。

2. 介護保険要素の導入

外来受診で入院が必要、あるいは、入院が希望された時には、入退院検討委員会で判断される。入院時には入院診療計画書が作成される。介護の必要性についてはケアアセスメントが行われる。内容は介護保険の訪問調査に準じている。その結果に基づいてケ

アプランが作成されるが、最終的にはケアカンファレンスで決定される。

D. 考察

パスが作成されてから、未だ、十分に時間がないために、実際の患者への適用は開始されたばかりである。しかしながら、職種を超えて病棟スタッフが集まって検討を加えることで、問題点や目標をスタッフ全員が明確にすることができ、また家族との連携も大きく進歩がみられた。

介護保険要素の導入についても、ケアマネージャーの活動を助けるだけでなく、他のスタッフへの正確な情報提供につながっており、有効な手法と言える。

E. 結論

新たにクリニカルパスの手法の導入を痴呆疾患治療病棟において試みた。開始してまもないために、その効果については未だ明らかではないが、スタッフ間の連携、目標設定の明確化、さらには、家族との連携が大きく進歩したものと思われる。

<p><input type="checkbox"/> 診察 検査 <input type="checkbox"/> 「入院時基本検査」 <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 甲狀腺機能検査(S13) VB1 VB12 <input type="checkbox"/> 入院目的の確認</p>	<p><input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 入院形態の確定 <input type="checkbox"/> 医療保護入院者の入院届作成 (入院前に行えなかつたとき) <input type="checkbox"/> 入院時基本検査 <input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 甲狀腺機能検査(S13) VB1 VB12 <input type="checkbox"/> 投薬・注射の指示 <input type="checkbox"/> 「診療検査計画」記載 <input type="checkbox"/> 「生活機能回復訓練及び指導指示書」記載 <input type="checkbox"/> アナムネ聴取 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 <input type="checkbox"/> 入院形態の確認 <input type="checkbox"/> 入院時処方の確認と与薬準備 <input type="checkbox"/> 検査の実施 <input type="checkbox"/> オリエンテーション <input type="checkbox"/> MDSケアラリアメント表初期情報記入 <input type="checkbox"/> 痴呆老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 痴呆老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 聴手エック依頼</p>	<p><input type="checkbox"/> 症状・治療方針の説明 <input type="checkbox"/> 「精神療法指示書」の作成 <input type="checkbox"/> 病状把握 <input type="checkbox"/> 検査データの確認 <input type="checkbox"/> 家族への説明 痴呆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</p>	<p><input type="checkbox"/> 入院後の症状・治療の経過説明 今後の方向検討づけ <input type="checkbox"/> 退院の可能性(有・無) <input type="checkbox"/> 在宅ケアの可否(可・否) <input type="checkbox"/> 受け入れ施設 <input type="checkbox"/> その他の検討</p>	<p>再検討・見直し <input type="checkbox"/> 診療計画 <input type="checkbox"/> 療養方針 <input type="checkbox"/> 「診療検査計画」記載</p>	<p><input type="checkbox"/> 退院時処方 <input type="checkbox"/> 退院時サマリ記載 <input type="checkbox"/> 紹介状作成 退院先 <input type="checkbox"/> 退院時看護サマリ記載 <input type="checkbox"/> 退院時処方薬の確認と準備 <input type="checkbox"/> 服薬指導</p>
<p><input type="checkbox"/> 病棟見学対応 情報収集 <input type="checkbox"/> 相談用紙 <input type="checkbox"/> 紹介状より 《入院前日》準備 <input type="checkbox"/> カルテ <input type="checkbox"/> その他必要書類準備 <input type="checkbox"/> ベッド</p>	<p>「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 <input type="checkbox"/> 病棟カルテ <input type="checkbox"/> 観察より <input type="checkbox"/> インフォームドコンセント</p>	<p><input type="checkbox"/> 集団精神療法開始(対象者のみ) <input type="checkbox"/> 個人精神療法開始(対象者のみ) <input type="checkbox"/> 保護者選任申立経過 確認 <input type="checkbox"/> おむつ使用状況確認(生保)</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>	<p>※担当リハスタップに申し送り <input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 目標 <input type="checkbox"/> プログラム <input type="checkbox"/> 経過 知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>
<p>相談 ・情報収集 <input type="checkbox"/> 入院目的 <input type="checkbox"/> 病状 ・説明 <input type="checkbox"/> 待機状況 見学 入院予約・調整 <input type="checkbox"/> 日程調整 確認・連絡 <input type="checkbox"/> 病棟への連絡 締切 持ち物の説明</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>
<p>退院時サマリ記載 <input type="checkbox"/> 退院時サマリ記載 <input type="checkbox"/> 退院時サマリ記載 <input type="checkbox"/> 退院時サマリ記載</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDS-R 点 <input type="checkbox"/> MMS E 点</p>

老人性痴呆疾患治療病棟用パス

<p>再検討・見直し <input type="checkbox"/> 診療計画 <input type="checkbox"/> 療養方針 <input type="checkbox"/> 「診療検査計画」記載</p>	<p>再検討・見直し <input type="checkbox"/> 診療計画 <input type="checkbox"/> 療養方針 <input type="checkbox"/> 「診療検査計画」記載</p>	<p>再検討・見直し <input type="checkbox"/> 診療計画 <input type="checkbox"/> 療養方針 <input type="checkbox"/> 「診療検査計画」記載</p>	<p>再検討・見直し <input type="checkbox"/> 診療計画 <input type="checkbox"/> 療養方針 <input type="checkbox"/> 「診療検査計画」記載</p>	<p>再検討・見直し <input type="checkbox"/> 診療計画 <input type="checkbox"/> 療養方針 <input type="checkbox"/> 「診療検査計画」記載</p>	<p>再検討・見直し <input type="checkbox"/> 診療計画 <input type="checkbox"/> 療養方針 <input type="checkbox"/> 「診療検査計画」記載</p>
<p>ケアプラン評価・見直し <input type="checkbox"/> 家族への説明 <input type="checkbox"/> 障害老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 痴呆老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 外出・外泊検討 外出(可・不可) 外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族と退院の可能性 (有・無) <input type="checkbox"/> 在宅ケアの可否検討 (可・否)</p>	<p>ケアプラン評価・見直し <input type="checkbox"/> 家族への説明 <input type="checkbox"/> 障害老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 痴呆老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 外出・外泊検討 外出(可・不可) 外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族と退院の可能性 (有・無) <input type="checkbox"/> 在宅ケアの可否検討 (可・否)</p>	<p>ケアプラン評価・見直し <input type="checkbox"/> 家族への説明 <input type="checkbox"/> 障害老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 痴呆老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 外出・外泊検討 外出(可・不可) 外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族と退院の可能性 (有・無) <input type="checkbox"/> 在宅ケアの可否検討 (可・否)</p>	<p>ケアプラン評価・見直し <input type="checkbox"/> 家族への説明 <input type="checkbox"/> 障害老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 痴呆老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 外出・外泊検討 外出(可・不可) 外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族と退院の可能性 (有・無) <input type="checkbox"/> 在宅ケアの可否検討 (可・否)</p>	<p>ケアプラン評価・見直し <input type="checkbox"/> 家族への説明 <input type="checkbox"/> 障害老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 痴呆老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 外出・外泊検討 外出(可・不可) 外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族と退院の可能性 (有・無) <input type="checkbox"/> 在宅ケアの可否検討 (可・否)</p>	<p>ケアプラン評価・見直し <input type="checkbox"/> 家族への説明 <input type="checkbox"/> 障害老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 痴呆老人の日常生活自立度判定 <input type="checkbox"/> 外出・外泊検討 外出(可・不可) 外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 家族と退院の可能性 (有・無) <input type="checkbox"/> 在宅ケアの可否検討 (可・否)</p>
<p>※必要に応じて <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標再設定 <input type="checkbox"/> プログラム再立案</p>	<p>※必要に応じて <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標再設定 <input type="checkbox"/> プログラム再立案</p>	<p>※必要に応じて <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標再設定 <input type="checkbox"/> プログラム再立案</p>	<p>※必要に応じて <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標再設定 <input type="checkbox"/> プログラム再立案</p>	<p>※必要に応じて <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標再設定 <input type="checkbox"/> プログラム再立案</p>	<p>※必要に応じて <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 目標再設定 <input type="checkbox"/> プログラム再立案</p>
<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDSS-R <input type="checkbox"/> MMSE</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDSS-R <input type="checkbox"/> MMSE</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDSS-R <input type="checkbox"/> MMSE</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDSS-R <input type="checkbox"/> MMSE</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDSS-R <input type="checkbox"/> MMSE</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDSS-R <input type="checkbox"/> MMSE</p>
<p>※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</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDSS-R <input type="checkbox"/> MMSE</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDSS-R <input type="checkbox"/> MMSE</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDSS-R <input type="checkbox"/> MMSE</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDSS-R <input type="checkbox"/> MMSE</p>	<p>知的機能検査 <input type="checkbox"/> HDSS-R <input type="checkbox"/> MMSE</p>

患者さま氏名

主治医

病棟