

厚生労働科学研究費補助金
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 14 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 鮫 島 健

平成 15 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
II. 分担研究報告		
1. 老人性痴呆疾患専門病棟におけるクリニカルパス導 入に関する研究	大塚 俊男	4
(資料) 平成 14 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 痴呆用クリニカルパス・ご家族用クリニカルパス		
2. 担当医制の老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニ カルパス導入に関する研究	森村 安史	14
3. 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	16
(資料) 平成 14 年度 老人性痴呆疾患治療病棟用パス実施者について 老人性痴呆疾患治療病棟用クリニカルパス		
4. 老人性痴呆疾患治療病棟用クリニカルパス導入の試 み	松原 三郎	30
(資料) 老人性痴呆疾患治療病棟用パス		
5. 新病棟開設時の老人性痴呆疾患治療病棟におけるク リニカルパス導入に関する研究	田口 真源	34
(資料) 痴呆疾患治療用クリニカルパス 入院診療計画書・治療計画報告書・スタッフミーティング		

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 社団法人日本精神科病院協会副会長

研究要旨：平成14年度においては、石川、岐阜、兵庫の精神科の3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、その導入を試みた。また、平成13年度より開発、導入を試みた3病院が継続してクリニカルパスの実施を進めた。**方法**：各病院の老人性痴呆疾患専門病棟における痴呆クリニカルパスの開発・導入を進めた。石川、岐阜、兵庫の精神科の3病院の老人性痴呆疾患専門病棟において、各病院の病棟スタッフと日本精神科病院協会高齢者対策委員のクリニカルパス研究会のメンバー等で、パス作成会議を開き、その後病棟スタッフが中心となり、クリニカルパスを開発した。現在、その施行を行っている。さらに一番初めに痴呆クリニカルパスを導入し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、病棟スタッフに対する調査と、入院患者の特徴についての調査を行った。**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が開発され、各病院の老人性痴呆疾患専門病棟の特徴を表したものととなった。**まとめ**：本研究結果より、クリニカルパスの導入によって、その作成過程から多職種間のコミュニケーションが進み、各職種の業務内容を言葉にすることで、連携が促進されたと言える。また、定期的に家族への面談等を行うことにより、インフォームドコンセントが促された。今後は他の診療録と共に記録の簡略化を図り、病棟の入院患者に適した使いやすいクリニカルパスへの改変していき、効果についても客観的に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

河崎 建人	水間病院院長
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 真源	大垣病院院長
覚前 淳	七宝病院院長
森村 安史	大村病院院長
中村 英雄	ナカムラ病院院長
三根 浩一郎	新船小屋病院院長
淵野 勝弘	緑ヶ丘保養園園長
伊藤 弘人	国立保健医療科学院室長
松浦 彩美	東京大学大学院医学系 研究科博士課程

A. 研究目的

本研究の目的は、老人性痴呆疾患専門病棟におけるクリニカルパスの開発・導入を試みることにより、老人性痴呆疾患専門病棟における入院医療の質をさらに高めていくことである。

B. 研究方法

平成14年度には、あらたに石川、兵庫、岐阜（開始順）の精神科の3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、その導入を試みた。各クリニカルパスは各病院の病棟スタッフと日本精神科病院協会高齢者対策委員会のクリニカルパス研究会のメンバー等で、クリニカルパス作成会議を開き、開発を進めた。石川の精神科の1病院の老人性痴呆疾患専門病棟において、平成14年6月よりクリニカルパスを作成し、導入を試みた。さらに平成14年11月より兵庫の精神科の1病院において痴呆用クリニカルパスを作成し、その試行を開始した。岐阜の精神科の1病院においては、平成14年より作成を開始し、現在その施行を進めている。また、昨年度よりクリニカルパスを導入し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、クリニカルパス導入前と導入後に病棟スタッフに対する調査と、入院患者の特徴に関する調査を行った。

C. 研究結果

平成14年度は3病院で老人性痴呆疾患専門病棟の痴呆用クリニカルパスが開発され、各病院の老人性痴呆疾患専門病棟の特徴を表したものとなった。長期入院患者が多い病棟では、クリニカルパスの時間軸の後半を3ヶ月毎という継続した欄にし、定期的に入院患者のチェックを行うようなパスにした。既に3ヶ月という入院期間を定めた医療を提供していた東京の1病院の痴呆疾患専門病棟では、スタッフは業務上でパスの必要性をあまり感じていなかったり、記録の手間からパスへのチェックがされないという状況が見られた。スタッフへの調査からは、主観的に、導入によって治療・ケア方針への理解がより深まった、新人スタッフは仕事で自分に期待されていることへの理解がより深まったという結果が得られた。その他の病院において、

クリニカルパスを作成、導入した結果、他職種間のコミュニケーションが進み、家族に対する関わりが増えたという報告がいくつかの病院で見られた。クリニカルパスは、作成する過程において、様々な職種が仕事の内容を言葉にすることで、他の職種の仕事内容への理解が深まるという影響があった。導入する際には、診療録にし、他の記録と連動させるなど、記録の手間を省く工夫がないと、スタッフの仕事の負担が増え、使われなくなる傾向があった。また、対象患者を限定したパスよりも、より多くの痴呆患者を対象としたパス（長期入院患者用の3ヶ月毎のパスなど）の方が、よりスタッフによって使われる回数が多く、導入の際に軌道に乗りやすい傾向が見られた。

D. 考察

老人性痴呆疾患治療病棟は、痴呆に伴う行動障害や精神症状が著しい場合の第一次受け入れ施設として重要な役割をもっている。日本精神科病院協会会員27病院を対象として行った調査結果では、老人性痴呆疾患専門病棟が痴呆の初期診断、精神症状の治療、身体合併症治療などの面で重要な機能を果たしていることを示していた。他方、現状の配置人員基準が低すぎることで、初期診断のための報酬がないこと、さらには、身体合併症治療に対する報酬もないことから、十分な機能が果たせない状況も示された。これらの機能をさらに効率的に向上させるために、パス法の施行を本研究の対象となった3病院において進めてきた。

本研究結果より、クリニカルパスの導入によって、その作成過程から多職種間のコミュニケーションが進み、各職種の業務内容を言葉にす

ることで、連携が促進されたと言える。また、定期的に家族への面談等を行うことにより、インフォームドコンセントが促された。対象となった各病院より様々な影響が報告されたが、今後さらにクリニカルパスの導入を進めるにあたっては、実際のクリニカルパスの効果について検証していく必要がある。また、作成したクリニカルパスが現在行われている患者の治療・ケア内容に合っているか、定期的に継続して検討していくことが重要である。老人性痴呆疾患専門病棟の入院患者に適した、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。本研究の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は、全国でもまだ数が少なく、今後新たにクリニカルパス導入を進めるにあたり、参考資料として活用できる。

E. 結論

老人性痴呆疾患専門病棟における痴呆クリニカルパスの作成・導入によって、職種間の連携と家族へのインフォームドコンセントが促進された。今後も継続的にパスを検討し、入院医療の質をさらに向上させる一つのツールとして役立てられるよう、その影響についても客観的に評価を行っていく必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

松浦彩美他「老人性痴呆疾患専門病棟におけるクリニカルパス導入のスタッフへの影響」
病院管理 2003年 Vol.40 No.1 35-43

2. 学会発表

松原三郎他「パス法を利用した老人性痴呆疾患治療病棟の機能分析と改善」(発表予定) 第99回 日本精神神経学会総会 2003年

伊藤 弘人「医療制度改革とクリニカルパス」
平成14年度 東大シンポジウム

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

－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に関する研究

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
協力研究者 久保 文子 財団法人精神医学研究所 東京武蔵野病院病棟師長

研究要旨：平成13年度より当院の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を導入し、病棟スタッフに対する調査や、入院患者の特徴を調べる調査を行ってきた。導入から1年の実施状況とパスの影響などについて病棟スタッフの意見を聞き、今後の方向性を検討した。**研究方法：**平成12年9月より都内にある精神科1病院の重度痴呆入院治療料の老人性痴呆疾患専門病棟（1病棟）において痴呆用クリニカルパスの作成を開始し、平成13年8月より導入を行った。対象者は対象病棟の新規入院患者とした。また、同時に作成した家族用クリニカルパスを、入院時に家族へ配布し入院の流れの説明を行なった。さらに病棟スタッフへの影響を調べる目的で、導入前と導入約3ヵ月後にスタッフへのアンケートを行った。入院患者の特徴に関する調査は、平成13年7月より対象病棟を退院した患者について行い、患者の属性、転帰、入院日数、痴呆の程度等についてまとめた（今回は平成14年3月～平成15年2月の期間に退院した患者、合計117名についての結果である）また、病棟の勉強会にて、調査等を行なった外部のパスコーディネーターが、13年度のパスの調査結果等をスタッフにフィードバックし、パスに対する意見などを聞き取った。**結果：**当院において現在行なわれている治療・ケア内容を言葉にした痴呆用クリニカルパスが開発できた。スタッフへの調査では、導入前に比べて治療・ケア方針の主観的な理解度が高くなっていった。入院患者に対する調査では、様々な合併症を持つ患者が多く、それらを考慮したパスを作成していくことが考慮された。スタッフからの意見では、新人スタッフではパスを業務の流れの把握に用いている者もいたが、診療録として使われていないため、全体的に記録する機会が少ないとの意見が多かった。**まとめ：**当院の痴呆用クリニカルパスの影響として、スタッフの治療・ケア方針に対する理解が促進された。今後パスがスタッフに定着していくには、定期的に検討を行い、確実に記録していくために、パスを診療録に入れるなど、記録の簡略化を図るなどの工夫が必要である。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

鮫島 健	日本精神科病院協会副会長
松原 三郎	松原病院院長
伊藤 弘人	国立保健科学院室長
松浦 彩美	東京大学大学院医学系 研究科博士課程

A. 研究目的

当院の老人性痴呆疾患専門病棟に痴呆用クリニカルパスを導入し、導入による影響を評価することで、今後の方向性を検討する。

B. 研究方法

1. 対象

本研究のクリニカルパスを施行した対象者は、平成13年8月以降の対象病棟への新規入院患者である。また、本報告書でまとめた入院患者の特徴に関する調査の対象者は、平成14年3月～平成15年2月の間、対象病棟を退院した全患者合計117名である。(同じ病院内の他病棟へ転棟した者は除く。平成13年7月～平成14年2月の間の退院患者については、平成13年度の報告書に結果をまとめている。)

さらに、痴呆用クリニカルパス導入前と導入約3ヵ月後に行なったスタッフへの調査については、調査時に対象病棟に勤務していた看護師、精神科ソーシャルワーカー、作業療法士、看護助手(導入前31名、導入後32名)であり、両方の調査に回答した27名を分析の対象とした。(詳細については平成13年度報告書にまとめている。)

<倫理面への配慮>

本調査は事前に対象病院の倫理委員会から許可を受けて行った。調査は無記名とし、患者のデータは本人が特定されないように集計・分析を行った。

2. 調査内容

本報告書でまとめた入院患者の特徴についての調査内容は、平成13年度の調査と同様に、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、痴呆の種類、退院時の合併症等について、患者のカルテよりデータを集計した。調査は対象病棟にて研究協力者の一人が、倫理面を配慮しつつ情報を収集した。

平成13年度に行われた病棟スタッフに対す

る調査については、基本属性(年齢区分、性別、職種、現在の病棟の勤務年数、職務年数)と、NIOSH職業性ストレス調査票より役割曖昧さ、量的労働負荷、労働負荷の変動、抑うつ の尺度、そして独自に作成した治療・ケア方針の理解度などの質問項目を、病棟スタッフに対し2時点で尋ねた。アンケートは無記名で行い、個人情報 が漏れないように配慮して外部のパスコーディネーターが回収・分析を行った。

また、平成14年9月に行なわれた病棟でのクリニカルパスの勉強会にて、導入から関わっていた外部のパスコーディネーターが、前年度のクリニカルパスの導入状況、病棟スタッフに対するクリニカルパスについてのアンケート結果、入院患者の特徴と退院患者の家族へのアンケート結果等を、病棟の看護師・看護助手にフィードバックし、実際に使ってみての感想や意見などを聞き取ってまとめた。

3. 分析方法

入院患者の特徴に関する調査の分析方法は、単純集計を行い、平均値等を算出した。

病棟スタッフへの調査の分析については、導入前と導入後の2時点の比較に、対応のある2群のWilcoxonの符号付き順位和検定を行なった。また、職種別の比較や、勤務年数2年未満と2年以上の2群に分け、新人とそれ以外のスタッフとの比較を行った。

4. 痴呆用クリニカルパスの導入状況

対象病棟において平成12年9月より痴呆用クリニカルパスの作成を開始し、平成13年8月より施行を試みた。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され、痴呆性疾患患者の初診時から退院までの各職種の仕事内容が1枚の用紙

に一覧できるようになっている。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。また、このパスを家族用に簡略化した家族用パスを作成し、入院時のオリエンテーション時に家族へ配布し、入院の流れについての説明を行っている。

C. 研究結果（資料参照）

クリニカルパス導入前と導入約3ヶ月後における病棟スタッフへの調査結果は、ほとんどの調査項目で2時点における統計的に有意な差はなかったが、治療・ケアの方針の主観的な理解度を尋ねる項目では、導入後の方が有意に理解度が高かった。また、現在の職種での勤務年数2年未満のグループでは、NIOSH職業性ストレス調査票の役割曖昧さ尺度の「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、導入後に期待されていることの理解度が有意に上がっていたが、勤務年数2年以上のグループでは、有意な変化はなかった。職種による分析では、職種間の各調査項目の有意差はなかった。

入院患者の特徴に関する調査の結果は、調査平成14年3月～平成15年2月の間に対象病棟を退院した患者の基本属性として、平均年齢は80.1（±7.5）歳で80歳以上の患者が55.6%であり、性別は男性42.7%、女性57.3%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57.3%、次いで配偶者と二人暮らしが20.5%、独居が17.1%であった。入院経路は家庭からが70.1%と最も多く、と老人保健施設からが9.4%、一般病院（他科）からが6.8%、特別養護老人ホームが4.3%、療養型病床群からは3.4%、その

他は2.6%であった。退院先は家庭が29.9%で最も多く、次いで老人保健施設が28.2%、療養型病床群が21.4%、特別養護老人ホームが6.8%、精神科の病院が4.3%、一般病院（他科）が2.6%、その他は4%であった。平均在院日数は111.8（±62.1）日であり、初診時のHDS-R平均得点は7.9（±5.7）点であった。入院回数については、初回が71.8%、2回目が14.5%、3回目が4.3%、4回以上が7.7%であった。痴呆の種類はアルツハイマー型痴呆が64.1%と最も多く、血管性痴呆は7.7%、混合性痴呆は6.0%その他の原因疾患による痴呆は16.2%であった。

調査のフィードバックを行った病棟の勉強会では、新しく入ってきたスタッフなどに、クリニカルパスがあると業務の流れが把握しやすいという意見があったが、すでに行われている業務をパスにしてあるので見る機会が少なく、診療録としてパスが用いられていないため、記録する機会も少ないという意見が多かった。また、医師は記載しなければならない書類が多いため、パスまで記録できていなかった。

D. 考察

病棟スタッフに対する調査結果から、クリニカルパスの約3ヶ月間の導入によって、仕事上のストレスの減少には影響がなかったが、治療・ケアの方針の主観的な理解度が有意に上がったことは、パスの1つの重要な効果と言える。また、新人スタッフに対する影響から、パスは新人教育のツールとして活用できる可能性がある。今回のスタッフに対する調査の限界として、3ヶ月後という導入期間の短さによる影響の薄さが考えられるため、今後調査をするにあたっては、導入後ある程度の期間をおいて調査することが望まれる。スタッフの主観的な評価と共

に、業務量の客観的な評価や、パスの導入によって入院患者にどのような変化があったかについても評価していく必要がある。

平成 14 年度の入院患者の特徴を調べた調査では、家庭から入院し、家庭または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、合併している身体疾患の内訳は脳血管性障害、高血圧、心疾患、肺疾患、糖尿病、大腿骨頸部骨折などが多く、その他多岐にわたる様々な疾患が挙がり、高齢者の合併症の多さが表れていた。クリニカルパスの導入を今後進めるにあたって、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、痴呆クリニカルパスに対し付加的に使用する、身体疾患別のクリニカルパスを作成していく必要がある。また、平成 13 年度と比べ、入院患者の特徴は痴呆の程度や合併症の種類などに関していくらか変化してきており、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ためには、病棟スタッフによるパスの話し合いを定期的に行い、より使いやすいパスに改訂していくことが重要である。また、クリニカルパスに確実に記録をしていくにはクリニカルパスを診療録にいれ、他の記録用紙と共に、記録の簡略化をはかるべきである。

E. 結論

本研究の痴呆用クリニカルパスの導入によって、スタッフの仕事上のストレスに対する影響は見られなかったが、治療・ケアの方針の理解度が促進され、パスを新人スタッフの教育のツールとしての活用できる可能性が示された。今後入院患者の特徴に適したクリニカルパスを進めていくためには、スタッフで定期的にパスに

ついて検討すると共に、パスがスタッフに定着していくための記録の簡略化などの工夫が必要である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

松浦彩美他「老人性痴呆疾患専門病棟におけるクリニカルパス導入のスタッフへの影響」
病院管理 2003 年 Vol.40 No.1 35-43

資料：平成14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 80.1 (±7.5) 歳

	65歳未満	65歳以上 80歳未満	80歳以上
人数(名)	5	47	65
(%)	4.3	40.1	55.6

2. 性別

	男性	女性
人数(名)	50	67
(%)	42.7	57.3

3. 婚姻状況

	婚姻	死別	離婚	別居	未婚	欠損値
人数(名)	48	55	1	2	9	2
(%)	41.0	47.0	0.9	1.7	7.7	1.7

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	欠損値
人数(名)	20	24	67	5	1
(%)	17.1	20.5	57.3	4.3	0.9

(その他の内訳：高齢者住宅、特別養護老人ホームなど)

5. 入院形態

	任意入院	医療保護入院	欠損値
人数(名)	7	107	3
(%)	6.0	91.5	2.6

6. 対象病棟への入院回数 平均 1.6(±1.4)回

	1回	2回	3回	4回以上	欠損値
人数(名)	84	17	5	9	2
(%)	71.8	14.5	4.3	7.7	1.7

7. 医療保険

	国民健康 保険	社会保険	生活保護	その他	欠損値
人数(名)	86	17	7	6	1
(%)	73.5	14.5	6.0	5.1	0.9

(その他の内訳：障害者、退職者本人、東京都、福祉など・・・)

老人保険適用の有無

	有	無	欠損値
人数(名)	99	16	2
(%)	84.6	13.7	1.7

8. 入所経路

	家庭	病院 (精神 科)	一般病 院(他 科)	療養型 病床群	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	その他	欠損値
人数(名)	82	0	8	4	5	11	3	4
(%)	70.1	0	6.8	3.4	4.3	9.4	2.6	3.4

(その他の入院先：ショートステイ 1名、有料高齢者住宅 1名、有料老人ホーム 1名)

9. 退院先

	家庭	病院 (精神 科)	一般病 院(他 科)	療養型 病床群	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	その他	欠損値
人数(名)	35	5	3	25	8	33	4	4
(%)	29.9	4.3	2.6	21.4	6.8	28.2	3.4	3.4

(その他の退院先：グループホーム 2名、有料高齢者住宅 1名、有料老人ホーム 1名)

10. 平均在院日数 111.8 (±62.1) 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)	5	14	25	38	18	16
(%)	4.3	12.0	21.4	32.5	15.4	13.7

11. 初診時の平均HDS-R得点 7.9 (±5.7) 点

	18点未満	18点以上	欠損値
人数(名)	68	3	46
(%)	58	2.7	39.3

12. 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	混合性痴呆	その他
人数(名)	76	9	7	18
(%)	65.0	7.7	6.0	15.4

その他の原因疾患の内訳 (%は全ケースにおける%を示す)

	老人性痴呆	レビー小体病	老年期精神病	前頭葉型
人数(名)	7	2	2	4
(%)	6.0	1.7	1.7	3.4

(他に、パーキンソンに基づく痴呆 1名、器質性精神病 1名、妄想性障害 1名)

13. 身体疾患 (3名以上いた疾患。既往を含む。)

	脳血 管性 障害	高血 圧	心疾 患	肺疾 患	糖尿 病	骨折	胃潰 瘍	骨粗 鬆症	前立 腺肥 大	悪性 腫瘍	胆石	肝 炎
人数(名)	29	25	13	11	10	6	6	5	4	4	4	3

痴呆用パス <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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 (閉鎖病棟、入院形態、保護者等) <input type="checkbox"/> ⑥費用説明 <input type="checkbox"/> ⑦入院予約 <ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・診察 検査 (梅セット) 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 : <input type="text"/> CDR : <input type="text"/>
検査	梅セット <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"/>	<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 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"/>
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 : <input type="text"/>		
薬物			
福祉	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 _____

患者氏名 _____

担当医 _____

担当 Ns _____

	<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)>	7914
PSW	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) <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 面談 (面談日:) 参加者: PSW, 家族, 医師, Ns. <位置づけ> 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 </div>	(診療情報提供書の送付) <input type="checkbox"/> 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"/> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 面談(必要時) 参加者: PSW, 家族, 医師, Ns. <位置づけ> 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 </div>	自宅退院の場合 退院時療養計画書記載 <input type="checkbox"/> 退院時サマリー記入 <input type="checkbox"/> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 退院日: </div>	
医師	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) <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> FAST: CDR: </div>	精神科治療 身体合併症検査・治療	最終診断 <input type="checkbox"/> 評価(HDS-R) <input type="checkbox"/> 退院届記入 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書記入 <input type="checkbox"/> 持参薬処方 <input type="checkbox"/> 退院時サマリー記入 <input type="checkbox"/> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> FAST: CDR: </div>	
検査	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"/>	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"/>		
看護	面談 「看護中間サマリー」記入 <input type="checkbox"/> 看護計画の見直し査定 <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 (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"/> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> N-ADL 評価点: </div>	<看護の位置づけ> 「看護中間サマリー」記入 <input type="checkbox"/> 身体的問題の再チェック <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> [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] ① 自宅退院 <input type="checkbox"/> 在宅介護に向けて具体的に組み込む ② 転院 <input type="checkbox"/> 紹介先を見学し転院先決定 ③在宅 or 転院 <input type="checkbox"/> 在宅に踏み切れない問題は何か →問題を具体的にしてい ・転院先見学 家族のサポート (家族の生活にあわせた実践)	在宅介護について再確認 <input type="checkbox"/> 福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護者の不安等 <input type="checkbox"/> 次回の外来日の確認 <input type="checkbox"/> 「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"/> 家族のサポート <input type="checkbox"/> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> N-ADL 評価点: </div>	
OT	作業療法再評価 <input type="checkbox"/>	作業療法再評価 <input type="checkbox"/>	作業療法最終評価 <input type="checkbox"/>	
心理			<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> HDS-R 得点: </div>	
薬物				
7914	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 _____

様 担当医 担当看護師

	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	<p>医師の問診があります</p> <p>入院時検査</p>	<p>治療</p> <p>体に他の病気があるか検査・治療します</p> <p>作業療法</p>	<p>治療</p> <p>心電図、脳波検査、尿の検査をします</p> <p>胸とおなかのレントゲンを撮ります</p> <p>作業療法</p>	<p>治療</p> <p>1ヶ月目と同じ検査をします</p> <p>作業療法</p>	<p>退院日:</p>
ご家族	<p>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</p> <p>医師、看護師が患者さまの状態についてお聞きします</p> <p>看護師が入院時オリエンテーションを行いません</p>	<p>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。)</p>	<p>面談 (面談日:)</p> <p>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、看護師が、ご家族と話し合います。</p>	<p>面談</p> <p>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。</p> <p>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)</p>	<p>退院の手続きをします</p> <p>お薬をお渡しします</p> <p>次回の退院日を確認します</p> <p>在宅介護などについて、不安なことはありませんか再確認します</p>

－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－

担当医制の老人性痴呆疾患治療病棟における クリニカルパス導入に関する研究

分担研究者 大村病院理事長 森村 安史
協力研究者 大村病院医師 久保田康愛

研究要旨：当院が平成 12 年より開設している老人性痴呆疾患治療病棟において、医療業務の標準化を進めるために、痴呆疾患に対するクリニカルパスを作成し、導入することを試みた。

研究方法：平成 14 年 10 月より、クリニカルパスの導入を前提としたミーティングを開いた後、11 月に外部からの講師を招き、講義を設けた。その後、入院患者の現状を検討しつつ、クリニカルパスの作成を進めた。**結果：**当病棟では、6 ヶ月以上の入院期間を経た患者が 75% を占めていた。また、身体自立度、痴呆の状況においても、重度の患者が多数を占めていた。治療方針の決定については、外来から入院、退院後も担当医が一貫して行うという形式をとっているため、担当医の意向に一任されていた。このため、当病棟に関わる職種から代表者を選び、その中で検討を重ね、クリニカルパスを試作した。試案を平成 14 年 12 月以降の新規入院患者を対象として導入した。作成過程の中で、職種毎に現在まで行ってきた業務内容を整理することが可能となり、各職種間のコミュニケーションのはかり方や患者への対応における課題が浮かび上がってきた。

まとめ：クリニカルパスの導入を試みることで、他職種間および患者・家族とのコミュニケーションの改善につながることを期待される。今後も、試案に対する検討を重ねて病棟全体の業務内容を検討していく必要がある。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
鮫島 健	日本精神科病院協会副会長
松原 三郎	松原病院院長
大塚 俊男	東京武蔵野病院院長
田口 真源	大垣病院院長
伊藤 弘人	国立保健医療科学院室長
松浦 彩美	東京大学大学院医学系 研究科博士課程

A. 研究目的

当院の老人性痴呆疾患治療病棟において、医療業務の標準化を進めるために、痴呆疾患患者を対象とするクリニカルパスを作成し、導入を試みた。

B. 研究方法

平成 14 年 10 月より、クリニカルパスの導入

を前提としたミーティングを開いた後、11月に外部からクリニカルパスコーディネーターを招き、病院の全スタッフを対象とした講義を設けた。その後、老人性痴呆疾患治療病棟に関わる各職種の代表者と外部コーディネーターでクリニカルパス検討会を行った。当病棟の現状にそくしたパスを作成するため、平成12年病棟開設後の、患者の転帰と各職種の担当内容を再検討した後、入院期間を考慮したパスの作成を進めた。

C. 研究結果

当病棟では、6ヶ月以上の入院期間を経た患者が75%を占めていた。また、身体自立度は、見守りの下で、自ら移動できる患者が60%、移動に関して介助が必要な患者が40%を占めていた。痴呆の状況においても、日常生活にすでに支障をきたし、気分の変動が大きく攻撃的になるなどの問題行動を伴う患者が90%以上を占めていた。また、個々のケースを検討すると、家族の協力が十分に得られない、退院後に利用できる社会資源との連携が確立していないなど、入院日数が長期化する原因が浮かび上がってきた。クリニカルパス導入に当たって、当病棟に関わる職種から代表者を選び、その中で検討を重ね、試案を平成14年12月以降の新規入院患者を対象として、5名に導入した。また、入院に際して家族用パスも作成し、インフォームドコンセントの促進を図った。

D. 考察

検討過程の中で、職種毎に現在まで行ってきた業務内容を整理することが可能となり、各職種間のコミュニケーションのはかり方や各職種が担うべき業務内容における課題が浮かび上が

ってきた。

当院では、入院前から入院中・退院後の治療方針の決定については、担当医が一貫して行うという形式をとっているため、担当医の意向に一任されている。そのため、クリニカルパスを導入するにあたり、医師が中心となって検討を進める形となったが、検討過程の中で、各職種が担うべき業務内容がより一層明確となった。病棟スタッフの反応は様々であるが、クリニカルパスの導入を試みることで、今後、病棟内スタッフのコミュニケーション、病棟内スタッフと患者家族との交流の改善につながることを期待される。

E. 結論

クリニカルパスの導入によって、担当医に任されていた治療の流れを明確にし、コメディカルとの連携をはかることができた。今後、さらに職種間での連携を促進するためにも、どの職種も使いやすい記録方式への工夫や、入院患者の特徴に適したパスに改訂していく必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

－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
協力研究者 木下久美子 医療法人 PIA ナカムラ病院 病棟科長
協力研究者 梶川美穂子 医療法人 PIA ナカムラ病院 相談指導室主任

研究要旨：当院の2つの老人性痴呆疾患治療病棟において、治療内容をさらに向上させるためにクリニカルパスの導入を試み、導入後の患者、家族、スタッフに対する影響を評価した。**研究方**
法：当院の2つの老人性痴呆疾患治療病棟（A病棟・B病棟）において、平成13年12月に痴呆患者用クリニカルパスを作成した。クリニカルパスの時間軸は、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時点で、長期入院患者用には入院3ヶ月目の後に、3ヶ月毎という欄が続くパスを作成した。平成14年1月17日よりA病棟において、平成14年6月にB病棟においてクリニカルパスの施行を開始した。パスの対象者は、老人性痴呆疾患治療病棟2病棟（A病棟・B病棟）への新規入院者全員とした。**結果：**当院の老人性痴呆疾患治療病棟用パスが作成でき、クリニカルパスの導入の効果として、スタッフ間の連携が強化された。また、漫然と行われつつあったケアが、退院に向けたケアへと変化し、家族との面接回数が増え、家族の満足度が高くなった。また職員に対しても、家族の思いを聞くことが職員のモチベーションを高めたり、パスによってスタッフと家族のコミュニケーションが促進した。パスにはマイナスの影響もあり、パスの導入によって病棟スタッフの業務量は増加し、家族と定期的に面接を行う難しさも報告された。今後はスタッフの負担を減らし、記録の簡略化やさらなる業務内容の整理などの工夫を検討していく必要がある。クリニカルパスの実施は、負担はあるがプラスの効果が高いとの報告があり、今後も継続して実施を進めて行く方針である。**まとめ：**当院の2つの老人性痴呆疾患治療病棟におけるクリニカルパスの導入によって、職種間の連携が強化し、職員と家族のコミュニケーションが促進された。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
鮫島 健	日本精神科病院協会副会長
松原 三郎	松原病院院長
大塚 俊男	東京武蔵野病院院長
森村 安史	大村病院理事長
田口 真源	大垣病院院長
伊藤 弘人	国立保健医療科学院室長
松浦 彩美	東京大学大学院医学系 研究科博士課程

A. 研究目的

当院の2つの老人性痴呆疾患治療病棟において、クリニカルパスを導入することで、入院医療の内容をさらに向上させること。

B. 研究方法

当院の2つの老人性痴呆疾患治療病棟（A病棟・B病棟）において、平成13年12月に職員全員を対象としたクリニカルパスの講義を催し、その後2つの病棟の各職種が代表者が集まり、痴呆疾患患者用クリニカルパスを作成した。当初は2つの病棟のうち、問題行動や精神症状がより重度な方の病棟（A病棟）を選び、痴呆に伴う行動障害や精神症状の著しい症例を中心にパスを開発することにした。当院は介護保険制度の施行に合わせて、MDSを用いたケアアセスメント、ケアプランさらにはケアカンファレンスなどが行われ、介護療養型医療施設に準じた対応を行っており、クリニカルパスにもそれらの内容が定期的に組み込まれている。スタッフの間で検討した結果、クリニカルパスの時間軸は、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時点で、長期入院患者用には入院3ヶ月目の後に、3ヶ月毎という欄が続くパスを作成した。

作成されたパスは、平成14年1月17日よりA病棟において施行を開始し、平成14年1月下旬よりパス実施予定表やチェック表の利用開始した。さらに、平成14年6月にもう一つの老人性痴呆疾患治療病棟（B病棟）においても同じクリニカルパスの施行を開始した。パスの対象者について、始めは痴呆症状とBPSDの著しい入院患者を対象にしていたが、患者の対象者をしぼりこむのは難しく、原則、老人性痴呆疾患治療病棟2病棟（A病棟・B病棟）への新規入院者全員とした。

平成14年9月9日にクリニカルパス検討会議を実施し、今までのパスの評価と今後の方針について検討した。また、平成14年10月16日にはクリニカルパスの表を更新し、平成14年11月にSWの定期面接表を更新した。最初に作成したパス

から変更した点は、入院1ヶ月のNsの欄にある家族への経過報告を、常に必要に応じて行っているため取り除いたこと、また、入院2週間目にケアプランアセスメントが終了し、ケアプランを作成するので、ご家族の意見を反映させるため、患者の状態も落ち着いてくる入院2週間目に家族面接を実施するようにしたこと等である。

C. 研究結果（資料参照）

当院の老人性痴呆疾患治療病棟用パスが作成でき、クリニカルパスの作成・導入過程から様々な影響が見られた。平成14年1月から平成15年1月までにクリニカルパスを実施した患者は、A病棟22名、B病棟17名であった。実施の終了者はA病棟6名、B病棟5名、継続者はA病棟22名、B病棟17名であった。実施者の転帰、入院時とパス終了時の痴呆の程度（HDS-R、MMSE得点）、日常生活自立度、などについては表にまとめ、報告書の資料として最後に記載した。全体的に、パス実施者の痴呆の程度に関しては、入院時と退院時であまり変化がなかったが、日常生活自立度（ADL）に関しては、入院時よりも退院時の方が少し上がっていた。

クリニカルパスの導入によるプラスの効果としては、「家族の反応が良く、ご家族が定期的に来院されるため、きめ細かな病状説明ができる」、「ご家族が定期的に来院されるため、連絡が密になり、必要な援助や保護者の確認なども間違いなく行うことができる（ソーシャルワーカー）」、「長期療養型の病院ということもあり、あまり積極的に退院の働きかけを行っていなかったが、クリニカルパスを行うことで、目を向けるようになった。退院の話や外出・外泊の協力のお願ひもし易い。（話し合いを繰り返す上でご家族と一緒に考えることができる。）」、「他職種が関わっているため、

それぞれのスタッフの勉強になる。」、「3ヵ月毎にケアプランを見直すため、クリニカルパスの内容が役に立つ。(→MDSとの連動)」などがスタッフから報告された。また、クリニカルパスの導入によるマイナスの効果としては、「各職種が参加して面接を行っており、業務量が増加している。(新規入院が多い病棟では特に業務量が増加している。）」、「ご家族の都合などで面接を行う時間に偏りがあり、一部の職員しか関われない。」などが報告された。

D. 考察

クリニカルパスを導入した効果としては、まずスタッフ間の相互理解(他職種の理解・コミュニケーション)が深まり、連携が強化されたと言える。問題点や目標をスタッフ間で明確にし、共有することが出来たのは、今回のクリニカルパスの重要な効果であった。また、パスの導入によって、業務内容を整理し、病棟にて漫然と行われつつあったケアが、退院に向けたケアへと変化してきたことも病棟で感じられる一つの変化であった。さらに、ご家族との面接を他職種で定期的実施することでご家族の満足度が高くなったことは注目すべき点である。これに関しては、家族の声として、「色々な職員がケアをしてくれているのが分かった。」「患者をすごく大切にしてくれているのが分かった。」「色々な職員が説明してくれるので患者の様子がよく分かる」等が聞かれ、家族の面会回数が増えることでインフォームドコンセントが促進し、家族に対しても良い影響を与えていたと言える。また、職員に対しても、家族の思いを聞くことが、職員のモチベーションを高めたり、病棟科長や主任だけでなく、一般職員も家族と話す機会が増えているなどの影響があった。家族との対話が増えることで、患者の行動障害の原

因が判明し、対応策がスムーズに立てられたということもあり、パスがスタッフと家族のコミュニケーションを促進し、患者の理解にも役立っていたと言える。

パスにはマイナスの影響もあり、パスの導入によって病棟スタッフの業務量は増加し、家族と定期的に面接を行う難しさも報告された。このようなマイナス面に対しては、スタッフの負担を減らし、業務がよりスムーズに行えるように、記録の簡略化やさらなる業務内容の整理などの工夫を検討していく必要がある。しかし、スタッフからはクリニカルパスの実施は、負担はあるがプラスの効果が高いとの報告があり、今後も継続して実施を進めて行く方針である。

今回はパス実施者の痴呆の程度や日常生活自立度についてスタッフが評価を行い、入院時からパス終了時までの変化を見た。痴呆はしだいに進行していく病気であるので、入院治療によって痴呆の程度の改善は見られなかったが、日常生活自立度は少し改善されていることがわかった。今後は痴呆の症状の評価なども加え、パスの使用と共に、患者の状態の変化についての評価を行っていくことが望まれる。痴呆の入院患者は退院先がなかなか決まらず、入院が長期となる場合も多いが、パスなどを用いて定期的に患者の状態をチェックしていくことは、慢性期ケアの質の向上に役立つと思われる。

E. 結論

当院の2つの老人性痴呆疾患治療病棟において、クリニカルパスを作成・導入することにより、職種間の連携が強化し、家族の面会回数が増え、職員と家族のコミュニケーションが促進された。

F. 健康危険情報 なし