

# 厚生労働科学研究研究費補助金

## 効果的医療技術の確立推進臨床研究事業

### 一般病床における痴呆性高齢者のクリティカルパスの 作成に関する研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 遠 藤 英 俊

国立療養所中部病院・長寿医療研究センター

平成15（2003）年3月

## 目 次

I. 総括研究報告	
一般病床における痴呆性高齢者のクリティカルパスの作成に関する研究 ……	1
遠藤英俊	
II. 分担研究報告	
1. 痴呆性高齢者の1泊入院による精査目的の作成に関する研究 ……	3
遠藤英俊	
2. 在宅における痴呆性高齢者のクリティカルパス作成に関する研究 ……	10
難波吉雄	
3. 短期入院による痴呆性高齢者の診断・治療のためのクリニカルパスの 有用性の研究 ……	14
数井裕光	
4. 一般内科病棟で行う高齢者痴呆性疾患に対するチーム医療と クリニカルパスの実施 ……	25
櫻井 孝	
5. 痴呆専門医のいない一般病床における痴呆性高齢者医療の実態把握 ……	32
浦上克哉	
6. 高齢者の認知機能低下、痴呆症の診断評価から在宅支援を行うための クリニカルパスの作成および実施 ……	38
梅垣宏行	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ……	43
IV. 研究成果の刊行物・印刷 ……	47

## I. 総括研究報告書

厚生科学研究費補助金  
効果的医療技術の確立推進臨床研究事業  
(総括) 研究報告書

一般病床における痴呆性高齢者のクリティカルパスの作成に関する研究

主任研究者 遠 藤 英 俊 国立療養所中部病院内科医長

**研究要旨** 痴呆性高齢者の増加に伴い、合併症やその他緊急を要する場合に一般病床をもつ医療機関に痴呆性高齢者が増加してきていることはいうまでもない。しかし痴呆症の専門医がいない場合には入院診療が困難な場合がある。そこでこの問題を解決するために痴呆症の診断・治療のパス、また合併症の治療に関するパスを作成した。さらに作成したパスを用いてそのバリエーションの分析、パスの在院日数などのアウトカムについて検証した。今後は入院中の行動心理症状にいかに対応するかが課題である。本研究では特に問題行動対策、診断・治療法、退院支援、合併症対策などについて検討した。さらに一般病床における痴呆性高齢者への看護師の対応や問題点について現状調査を行った。

**A. 研究目的**

超高齢社会において、痴呆性高齢者の克服は急務の課題である。本研究はこうした痴呆性高齢者は一般病床に入院する際に必要なガイドラインを前提に種々のパス法の作成を図った。さらに今年度は作成したパスならびにバリエーションの検証を行うことを目的とした。

**B. 研究方法**

班全体として研究手法の統一をはかる必要があり、班会議で情報の共有化を行

った。一般病院での痴呆患者の取り扱いに関する調査研究を行った。さらに外来のパスを作成し、実際の患者振り分けのためのアルゴリズムの作成、さらには糖尿病との関係における研究、痴呆性高齢者の診断・治療目的のパスの作成、尿失禁を治療・指導しながら早期の自宅退院を支援するパスなど種々のパスの作成に取り組んだ。具体的には分担報告を参照されたい。

### C. 研究結果

具体的には痴呆症の診断・治療計画のために必要なアルゴリズムの作成、外来パス、痴呆症の合併症の治療としても肺炎パス、糖尿病のパス、心カテパス、診断・治療を目的としたパス、さらには退院支援や尿失禁の治療やトレーニングを目的としたパスの作成を行った。これらをもとにその実証分析を行ったところ、種々の成果を得た。

浦上らによる一般病院での痴呆症の入院治療の現状分析は入院の治療目的が達成できたのは家族の協力、薬剤の投与方法の検討、抑制などにより、途中で退院となったのは徘徊、暴力などの問題行動、さらにはコミュニケーションの困難であり、対照的であった。痴呆症の診断治療パスとしては外来パス、1日パス、11日パス、21日パスを作成した。さらには尿失禁の訓練をいれたパス、退院支援をいれたパスなどの目的にあわせたパスの作成を行った。さらにそのパスのアウトカムについて分析したところ、在院日数は有意に短縮し、医療費も医療保険点数で一日あたりは高いが、総額では有意に医療費の削減し、また介護者の調査ではパスを用いた場合の理解度がまし、満足度が改善することが示された。

### D. 考察

本研究は応用可能なパスの作成を検討した。これまでの一般病床での対応は、入院に際して介護者のつきそいを依頼することが一般的であり、痴呆症あるあために入院の意義や必要性がわからない場合でも生命を守り、必要な医療を提供することが重要である場合にこうした対応

をしてきたが、さらに昼夜逆転やせん妄に対応して治療やケアを提供するための方法をパスにおいて提示した。さらには専門医がいない病院でも可能な簡易な診断、治療のガイドラインをめざして、パスを作成した。今後は作成したパスを用いてさらにバリエーションの検討を行い、有用性についてもあらゆる場面を想定して対策がとれるよう検討していく。

### E. 結論

痴呆症高齢者が入院する際に必要なアルゴリズムの作成、パス表の作成を行った。さらに作成されたパスの検証を行い、在院日数の短縮、医療経済効果、患者 y 満足度について明らかにした。本研究は痴呆患者に対する一般病床での環境、ケアについて非常に価値ある成果を得たといえる。さらに本研究を推進し、一般病院の医師、看護師に情報公開し、普及をはかる必要がある。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

準備中

#### 2. 学会発表

日本医療マネジメント学会、一般病床における痴呆性高齢者のクリティカルパスの作成に関する研究。2002

### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## Ⅱ．分担研究報告書

厚生科学研究費補助金  
効果的医療技術の確立推進臨床研究事業  
(分担) 研究報告書

痴呆性高齢者の1泊入院による精査目的のパスの作成に関する研究

主任研究者 遠 藤 英 俊 国立療養所中部病院内科医長

**研究要旨** 一般病床における痴呆性高齢者においてその記憶障害や見当識障害に基づく問題行動があるために治療が困難である場合がみられる。そこで一般病床でも利用可能な痴呆症の1泊入院のクリティカルパスの作成を行った。その結果データに基づいて作成されたパスにもかかわらず、実際にはバリエーションが多く見られ、さらに検討が必要であることが示唆された。またアルゴリズムの充実もはかり、より簡便で充実アルゴリズムを作成した。

**A. 研究目的**

痴呆性高齢者の短期間で診断目的のフルコースのパスを作成することを目的に研究を行った。しかしパスを利用する前にどんなパスを利用するのかを明示する必要があり、このアルゴリズムの検討を行うこととした。また作成したパスのバリエーションについても検討を加えた。こうした研究により、より利用価値の高いパスの作成をめざした。

**B. 研究方法**

最初に一般病床で痴呆性高齢者が入院時に直面する課題を検討し、そこからアルゴリズムの作成を行い。次に痴呆性高齢者のアルツハイマー病の精査目的のパスの作成を行い、その検証を行った。

(倫理面への配慮)

パスは入院時の臨床に必要な技術や検査、診療方法であり、本人に説明し、同意のもとに利用されるものであり、データの解析にあたっては無記名で行った。

**C. 研究結果**

まずはアルゴリズムを作成した。これにより、初期診断からはじまり、どのパスが利用できるか指針となるものを作成した。つまり入院時の評価を行い、痴呆の有無、問題行動の有無、疾患別パスという順にアルゴリズムが分岐していき、必要なパスを選択するチャートを作成した。

次に作成された1泊入院の診断目的のパスはこれまでのデータにもとづき、検査、診断、チーム医療、計画的検査

機能することが実証されたが、精査目的の PET, SPECT, MRI, CT ルンバー検査、高次機能検査、診察など多種類あり、2 日間でこなすのは時間的に非常にタイトであることがわかった。また医療サイドは各種検査の予約が事前に行う必要があり、調整が大変であり、検査の説明もわかりやすいが、コンパクトなため、急ぎ足になった。

#### D. 考察

高齢者用のパスは入院期間の短縮、医療費の削減、チーム医療の推進、インフォームドコンセントの推進など利用価値が高いといわれている。しかし実際には慢性期のパス、高齢者用パス、さらには痴呆性高齢者のパスはその症状の特殊性から作成が困難であり、最も難しいパスの一つであると考えられている。そこで本研究では個々の疾患に着目することにし、そこに派生する症状や問題点をパスの付け足していく方法をとった。その結果暫定的ではあるが、パスの作成に成功したが、実際には症状の対応、合併症、家族の受け入れの要因などによりスムーズにパスが利用できる場合は約 50%であった。

#### E. 結論

本研究は痴呆性高齢者の検査入院パスの作成を行った。作成されたパスはほぼバリエーションなく遂行できた。しかしパスの課題としては検査予約を事前に行う必要があり、さらに時間的にタイトなため、看護師がほぼつききり検査の準備、検査、安静の保持など支援ならびにケアを行う必要があり、高齢者のパスの困難さを示していた。しかしスタッフ、介護者にとり、計画的な診療コースの設定は意義があり、さらに進めていく必要性を認めた。今後はさらに実証し、精度の高いものにし、むしろ積極的に介入し、パスを一般病床で進めていく必要がある。

#### F. 健康危機情報 なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

(1) 遠藤英俊 新しい回想法  
Japanese Journal of Molecular Psychiatry(分子精神医学)vol.3 2003, 71-76

(2) 遠藤英俊、三浦久幸、谷向知、植村和正、21 世紀における在宅医療・在宅介護―特集：21 世紀における高齢者疾患への展望―、Geriatric Medicine (老年医学)、(株)ライフ・サイエンス、39, (1):21-24, 2001, 1.

(3) 遠藤英俊、三浦久幸、谷向知、介護保険と痴呆症、からだの科学、日本評論社、218, 90-93, 2001, 5.

(4) 遠藤英俊、介護保険の改訂への提言―特集：介護保険制度の現状―老年精神医学雑誌 (株)ワールド・ランニング 12, 492-495, 2001, 5.

(5) 遠藤英俊、道具としての痴呆診断スケール～各職種の共通言語としての活用―特集 2：痴呆診断スケールだけでは見えない―、痴呆介護、日総研、2, 2, 52-56, 2001, 6.

(6) 遠藤英俊、鳥羽研二、櫻井孝、井口昭久、介護保険の 1 年を振り返る、(株)ライフ・サイエンス、39(7):1121-1132, 2001, 7.

(7) Waner Zhu, Hiroyuki Umegaki, Tadashi Shinkai, Shinobu Kurotani, Yusuke Suzuki, Hidetoshi Endo, and Akihisa Iguchi, Different glial reaction to hippocampal stab wounds in young adult and aged rats, Journal of Gerontology: BIOLOGICAL



SCIENCES vol.58,2,117-122,2003.

(8) NAKAMUR Akira, SUZUKI Yusuke, U  
MEGAKI Hiroyuki, IKARI Hiroyuki, T  
AJIMA Toshihisa, ENDO Hidetoshi, I  
GUCHI Akihisa. Dietary restrictio  
n of choline reduces hippocampal a  
cetylcholine release in rats: in v  
ivo microdialysis study. Brain Res  
earch Bulletin 56(6) 593-597, 200  
1.

## 2. 学会発表

- (1) I 一般病床における痴呆性高齢者のクリティカルパスの作成に関する研究、医療マネジメント学会、2002、京都、
- (2) 遠藤英俊他、映像を用いた痴呆性高齢者への介入研究、痴呆ケア学会、2001. 四日市

H. 知的所有権の出願・登録状況  
なし

## 痴呆性高齢者のアルゴリズム

一般病床に行動障害をもつ痴呆性高齢者が入院する場合

痴呆症の有無

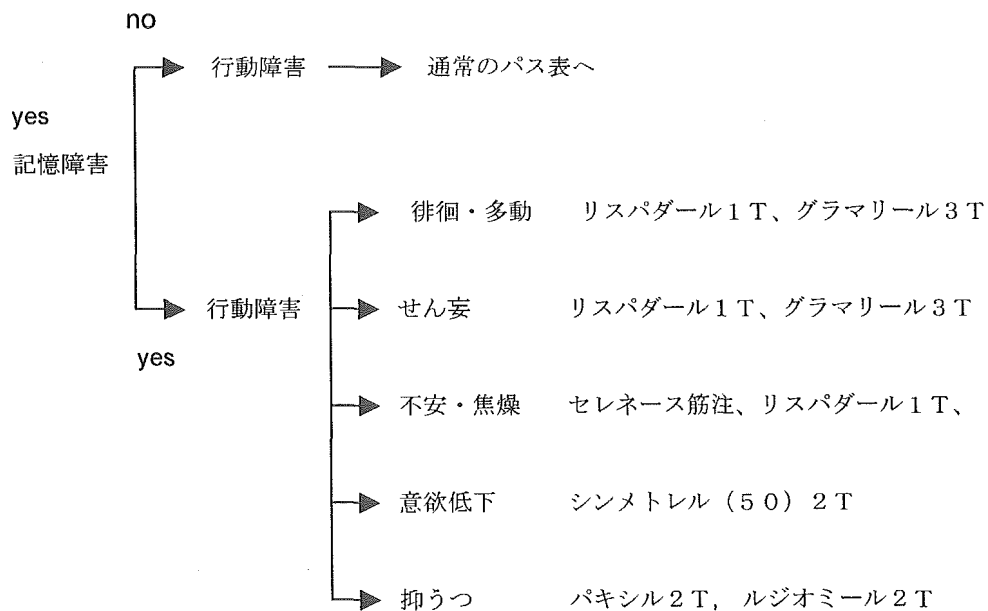
- \* 無し → 通常の対応
- \* あり

ケアの対応

- \* ケアで対応できる → 通常の対応
- \* ケアのみで対応が困難な場合

- \* 一時的に家族の付き添いを得る
- \* 生命の危険から身体を守るために拘束を行う必要がある場合（家族の同意書を得る）
- \* 薬物療法を用いる

薬物療法の一例



## 医療・看護においての対応

### 投薬の工夫

- \* 点滴は最小減にへらす
- \* 点滴ルートが見えないように襟元から出す
- \* 持続点滴から筋注へ
- \* 点滴から内服へ

### ケアでの対応

- 1) 見守りを多くする
- 2) 転倒・骨折に注意する
- 3) 誤薬・異食に注意する
- 4) 治療法を選択する
- 5) 血管確保・ルートの自己抜去に注意する

# 物忘れ・パス表 (1泊入院)

患者様 氏名

様

	/ ( ) 第1日	/ ( ) 第2日
予 定	9:15 入院手続き	6:30 起床 <input type="checkbox"/> 採血,検尿、検便 7:00 食事
	<input type="checkbox"/> 9:30 MRI	<input type="checkbox"/> 9:20 CT
	<input type="checkbox"/> 現病歴聴取	<input type="checkbox"/> 10:00 神経内科診察
	<input type="checkbox"/> バイタルチェック,	<input type="checkbox"/> 11:00 神経心理検査
	<input type="checkbox"/> 胸部X P、心電図	<input type="checkbox"/> 12:00 昼食
	<input type="checkbox"/> 11:00 神経内科診察	<input type="checkbox"/> 13:00 SPECT
	12:00 昼食絶食	<input type="checkbox"/> 14:00 面談
	<input type="checkbox"/> 13:30 PET	15:00 退院
	16:00	
	<input type="checkbox"/> 髄液検査	
	18:00 夕食	
	21:30 就寝	
	内 服	
検 査 内 容	画像診断 PET、MRI 神経心理検査 MMSE, HDS-R, ADAS等 髄液検査 βアミロイド、タウ蛋白	血液検査 甲状腺機能 ビタミンB12 葉酸 アポリポ蛋白 画像診断 CT,SPECT
処 置		
そ の 他		

# 物忘れ・パス表（患者様用）

患者様 氏名

様

	／ ( ) 第1日	／ ( ) 第2日	
予 定	<input type="checkbox"/> 9:15 入院の手続き（印鑑が必要です） <input type="checkbox"/> 9:30 MRI（検査室に移動します） <input type="checkbox"/> 内科診察 <input type="checkbox"/> 現病歴聴取 <input type="checkbox"/> バイタルチェック（血圧、体温を測定します） <input type="checkbox"/> レントゲン、心電図をとります 11:00 <input type="checkbox"/> 神経内科診察を行います 12:00 昼食絶食 13:00 検査室に移動します <input type="checkbox"/> 13:30 PET 検査後 安静が必要です  <input type="checkbox"/> 16:00 髄液検査を行います しばらく安静が必要です。 18:00 夕食 21:30 就寝 ゆっくりお休みください 眠れない時は看護師にご連絡ください	6:30 起床  7:00 朝食  <input type="checkbox"/> 9:00 CT（検査室に移動します） <input type="checkbox"/> 10:00 神経内科診察（病室にて） <input type="checkbox"/> 11:00 神経心理検査（心理検査にて）  12:00 昼食 <input type="checkbox"/> 13:00 SPECT（検査室に移動します） <input type="checkbox"/> 14:00 面談 <input type="checkbox"/> 15:00 退院 <input type="checkbox"/> ナースステーションで退院許可書を受け取ります <input type="checkbox"/> 受けつけで清算をお願いします <input type="checkbox"/> 支払い証明をナースステーションにもお持ちください <input type="checkbox"/> 退院証明書などをお渡しします	
	内 服		
	検 査 内 容	画像診断 PET 神経心理検査 MMSE, HDS-R, ADAS等  髄液検査 βアミロイド、タウ蛋白	血液検査 甲状腺機能 ビタミンB12 葉酸 アポリポ蛋白 画像診断 CT, MRI, SPECT
	処 置		
	そ の 他		

在宅における痴呆性高齢者のクリティカルパス作成に関する研究

分担研究者 難波吉雄 東京大学大学院医学系研究科 講師

研究要旨 人口の急激な高齢化に伴い老年痴呆の患者数も増加し、150 万人に達するのではないかと予測もなされている。このような状況の中で、老年痴呆患者を効率よくケアしていくためには、入院のみならずその他の場面においても利用可能なクリティカルパスが必要である。これまで、本研究によって、外来におけるクリティカルパスについて報告した。本年は、在宅におけるクリティカルパスについて検討を行った。外来、入院、在宅とそれぞれの時期に応じてクリティカルパスを確立することは、患者の ADL を保ち、無駄のないケアを行う上で重要である。今後は、初診から在宅サービス受領まで効率よく実施可能となるよう、各時期におけるクリティカルパスの連続性について検討が必要であると思われる。

分担研究者 難波吉雄

東京大学大学院医学系研究科 講師

A. 研究目的

平成12年4月から開始された介護保険法においては高齢者で長期ケアを必要とする要介護者を在宅や施設での介護を提供する新しいシステムを保険という枠組みで創設した。また、医療を取り巻く環境の変化により入院期間の短縮等も認められ、これら医療環境の変化と介護保険導入が相まって在宅ケアの重要性が以前にも増して認識されるようになった。

一方精神疾患の中でも老年痴呆は人口の高齢化に伴いその数が増加してきており、150 万人にも達すると推測がなされており、社会的にも問題となっている。先述した介護保険においてもその対象となる主要な疾患の1つとして認識されている。この老年

痴呆は徘徊や精神興奮、妄想といったいわゆる精神症状のため、一般内科病棟への入院は他の高齢者が発症する疾患に比べて困難な場合が多い。さらに退院後も医療面のみならず福祉、あるいは社会的な面との関連も多大に有しているため、病院の外来で診断、治療し、様々な方面の方々と連携を取りながら経過を観察していくことも多い。これとは別に近年老年痴呆に対して抗痴呆薬による薬物療法が可能となり、そのため痴呆の早期診断・早期治療の重要性も指摘されている。また、その後の在宅治療においても外来同様、効率的な医療・福祉の提供が必要である。昨年度は、本研究において、老年痴呆の早期診断に資する外来における痴呆性高齢者のクリティカルパスについて報告を行った。そこで、本年は、入院、外来の他、在宅におけるクリティカルパス構築することを目的として検討を行った。

## B. 研究方法

実際に当科物忘れ外来を受診し、老年痴呆の診断がなされ、その後在宅介護を受ける場合の、在宅におけるサービス受領等に関する標準的な流れについて調査、検討した。

## C. 研究結果

実際の診断から在宅ケアまでの流れを以下に示す。

- ・ 老年痴呆と診断、薬物療法開始
- ・ 要介護認定、ケアプラン作成
- ・ 介護サービス提供
- ・ 薬物療法の評価
- ・ 介護サービスの妥当性検討
- ・ 痴呆以外の疾患の管理
- ・ 痴呆の進行度評価

これらの項目について評価を行いながら在宅介護サービスを受けている者は、最長3年（外来開始より継続中）であり、また途中で施設介護にサービス内容を変更した者は、約10%であった。

## D. 考察

上述した流れの中で、スムーズな在宅介護サービスを受領するためには、何点かのクリアすべき点が存在することが明らかとなった。

- ・ 家人による介護の有無

よりよい在宅介護サービスを受領するためには、家人による介護の有無は重要であった。また、家人の同居の有無（同居している方が、また常に要介護者が一人とならない環境であることがより望ましい）、

疾患についての理解度も併せて重要な点であった。また、診断までの間では十分に疾患特性について、家人が十分に理解できなかった場合でも、在宅期間における教育が有用であった。

- ・ 介護サービス提供者と患者・患者家族とのコミュニケーション

実際に患者およびその家族が必要としている介護サービスと実際に提供されている介護サービスが一致することが望ましい。しかし、サービス内容に関する要望について、患者家族から介護サービス提供者に直接、また正確にその要望が伝えられることが重要であった。

- ・ 医療機関と介護サービス提供者間のコミュニケーション

痴呆の程度、本人の生活歴、合併症の有無とその程度等、介護サービスを提供する場合に必要な情報を医療機関は有している。しかしながら、これらの情報が、通常のコミュニケーションでは十分に共有することは困難であった。特に痴呆の程度については、長谷川式やMMSEの得点だけではなく、見当識、計算力、再生・再認、短期記憶などの内容についても情報を共有することが、介護サービスを提供する上においても重要であることが多かった。また、介護サービス内容については、直接医療機関に連絡される場合は少なく、外来において家族を通じてその情報がもたらされる場合がほとんどであった。

以上のことから、在宅におけるクリティカルパスについて検討を行う場合、パス全体像の他、医療機関と介護サービス提供者が両方で共有するパス、医療機関と患者・患者家族間で共有できるパスが必要で

あると思われる。

これまでの報告では、在宅におけるクリニカルパスは、大腿骨頭置換術、糖尿病などの疾患で、その有用性が報告されている。これは、在院期間の短縮のみならず、リハビリの目標等の情報発信、共有といった点での有用性が評価されたものである。一方老年痴呆では、その病態の特性から治療目標を設定し、種々の期間を短縮するといった通常のクリティカルパスで行われている目標の設定が行いにくい。したがって、通常とは異なる、例えば患者家族の介護サービスに対する満足度といった点で評価する必要があるだろう。

#### E. 結論

外来、入院在宅においては、それぞれ時期に応じたクリティカルパスが必要である。また、今後それらの連携についても検討する必要があると思われる。

#### F. 研究発表

##### 論文発表

Xue CY, Kageyama H, Kobayashi A, Osaka T, Namba Y, Kimura S, Inoue S. Different origin of hypertriglyceridemia induced by a high-fat and a high-sucrose diet in ventrolateral hypothalamic-lesioned obese and normal rats. *Int J Obes Relat Metab Disord* 25:434-438, 2001.

山嶋哲盛、吉田真奈美、熊橋一彦、松井三枝、越野好文、東間正人、長澤達也、植木彰、大塚美恵子、青木省三、伊室伸哉、森則夫、武井教使、星野良一、三辺義雄、難波吉雄、難波真弓、吉良潤一、大八木保政、原岡襄、秋元治朗、三浦伸義、木村慎吾、松下正明：「アーバンス（RBANS）」

神経心理テストによる高次脳機能評価。脳神経 54: 463-471、2002

Kageyama A, Hirano T, Kageyama H, Osaka T, Namba Y, Tsuji M, Adachi M, Inoue S. Distinct role of adiposity and insulin resistance in glucose intolerance: studies in ventromedial hypothalamic-lesioned obese rats. *Metabolism*. 51:716-723、2002.



	チェック1	チェック2	チェック3	チェック4	チェック5
痴呆	痴呆の程度、特徴	痴呆の進行度			全体像評価
合併症	合併症の有無	合併症ケアの必要性			全体像評価
望まれる介護サービス	医療機関側の希望 家族の希望	家族の満足度	介護サービス変更等調整		全体像評価
必要なりハビリ	痴呆あるいはその他 疾患				全体像評価
受領介護サービス	要介護度確認 要介護サービス確認				全体像評価
その他	(注) チェックを行う時間的経過はそれぞれの症例により異なる 上記事項は、共有すべき情報の内容				

## 短期入院による痴呆性高齢者の診断・治療のためのクリニカルパスの有用性の研究

分担研究者 数井裕光 大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 助手

研究要旨 前年度に作成した短期入院による痴呆性高齢者の診断・治療のためのクリニカルパスを実際に臨床場面で使用し、使用前の診療と比較した。

研究協力者 橋本衛、松本圭司、中野葉子、山村周平、長岡研太郎、森悦朗

兵庫県立姫路循環器病センター高齢者脳機能治療室

### A. 研究目的

痴呆性高齢者の診断、治療、および介護体制の構築と家族教育という一連の作業を短期間の入院中に効率的におこなうためのクリニカルパス(CP)を前年度に作成したが、今年度はこの CP を実際の臨床場面で使用し、在院日数、保険点数などを使用前の診療と比較した。加えて CP 通りに診療が進まなかった患者の割合を明らかにするとともに、その原因も明らかにした。さらに CP を使用した診療についての感想を担当医、担当看護師、介護者からアンケートを用いて聴取した。

### B. 研究方法

#### 1. クリニカルパスの概要

兵庫県立高齢者脳機能研究センター（兵庫脳研）で痴呆性高齢者の診療をおこなっている精神科医、神経内科医、放射線科医、看護師、臨床心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーからのアンケート調査、および兵庫脳研の入院・外来患者デ

ータベースおよびカルテを用いて、痴呆の原因疾患別に特徴的な病歴、臨床症状や経過、神経心理学的所見、神経学的所見、生理検査所見、画像所見、血液生化学的所見を抽出して得られた情報を元に 3 週間の入院期間で終了する痴呆の診断、治療、介護体制の構築のためのクリニカルパスを作成した。その概要は、まず、外来初診では主訴と病歴聴取、Mini Mental State Examination (MMSE) を用いた認知機能のスクリーニング検査を行うとともに、簡易神経学的診察を行う。そして痴呆疾患が疑われた場合には、その旨と入院精査の必要性を患者及び介護者に説明し、入院予約をする。この時点で介護保険制度下の要介護度の認定審査の申請をしておく、入院中に予定される介護者も含めた介護体制の構築の話し合いの頃には要介護度の認定が終了しており、介護計画の策定が容易になるためそのように介護者に依頼する。入院日には患者の様子を良く知っている介護者にも来院していただく。介護者は主治医から入院生活前の家庭生活における生活活動動作の状況と精神症状についての情報が聴取される。その後、介護者はソーシャルワーカーの面接を受ける。ここではソーシャルワーカーが家族構成や生活状況、経済状況などにつ

いての情報を聴取するとともに現在の介護制度や介護サービスについてその概要を説明する。また患者の居住地付近の介護サービスセンターなどの事業所の一覧表も介護者に手渡す。入院翌日に心電図、胸部レントゲン検査、血液・尿検査を施行し、入院後8日以内に、認知機能検査、脳波検査、頭部MRI、頭部SPECT検査の中から必要な検査を施行する。心理知能検査の主なものは、全般的な認知機能の把握のためのAlzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)、記憶検査であるWechsler Memory Scale-Revised (WMS-R)、知能検査であるWechsler Adult Intelligent Scale-Revised (WAIS-R)などである。入院当初7日は、毎日、病棟生活場面での認知機能障害、日常生活活動、精神症状などの観察を看護師が行い、これらの状態を把握する。この間、主治医は適宜、神経心理学的診察、神経学的診察、精神医学的診察をおこなう。入院後8日目に介護者および患者に診察および検査の結果、診断、認知機能障害・身体機能障害・精神症状・日常生活活動の障害・行動異常それぞれの種類と重症度、今後の予想される経過、治療法、望まれる介護法などの説明をおこなう。そして介護者の意向、方針なども考慮に入れ、当該患者の治療法、介護法を具体的に検討、決定する。残りの2週間の入院期間で痴呆そのものや周辺症状に対する薬物治療を実践する。また決定した介護体制の構築のために必要な行動を家族にとってもらう。例えば在宅介護であれば、在宅支援サービス業者の選定や具体的な介護計画の策定、老人保健施設

などへの入所介護であれば、施設との契約などの諸手続きをとってもらう。一方、看護師は病棟生活で認められた障害に対して有効な非薬物的対応法をスタッフ会議を通して検討し、これを家族に指導する。そして面会時および外泊中に実際にこれらの対応法を家族に実践させ、退院時までに習得することを目標とする。そして約3週間の入院を終了する。

## 2. 症例

CPに可能な限り従って診療を行う患者（CP使用例）およびCPを使用せずに従来の入院診療をおこなう対照患者（CP不使用例）ともに目標症例を20例から25例と設定した。この研究開始時点での兵庫県立姫路循環器病センター高齢者脳機能治療室（高脳室）における1週間の入院患者数が平均6例であったため、CP不使用例は2002年8月5日月曜日から同年8月30日金曜日までの4週間に、高脳室に痴呆の精査加療のために入院する連続例とし、CP使用例は、2002年9月30日月曜日から同年10月25日金曜日までの4週間に高脳室に上記の目的で入院する連続例とした。CP不使用例のデータの収集をCP使用例の前に行ったのはCP使用の影響がCP不使用例の診療におよぶことを避けるためである。またそれぞれのデータ収集の開始日の間隔を2ヶ月空けたのは、CP不使用例のデータ収集が全て終了した後にCP使用例のデータ収集を開始するためである。

## 3. 方法

CP不使用例に対しては、従来の入院診療をおこなった。一方、

CP 使用例に対しては CP に従って診療するよう主治医および看護師をはじめとする職員に周知徹底し意思統一をおこなった。ただし、主治医が CP に従って診療することによって患者が不利益を被ると判断した場合には CP に従わなくても良いこととした。この判断は主治医に任せた。ただし CP 通りに診療が進まなかった場合には、そのようなことがどのような診療項目でどのような理由でおこったか、そしてその時におこった主治医の対処法を明らかにした。これらの情報を整理して聴取するためにバリエーションシートを作成し、診療中に主治医に必要事項を記載するよう求めた。さらに CP 使用例に対しては、CP を用いたことに対する感想をアンケート用紙を用いて、退院時に患者の主介護者、主治医、担当看護師から聴取した。

#### 4. 解析

CP 使用例と CP 不使用例の間で、在院日数、入院中の総保険点数を比較した。69 歳以下の患者では 70 歳以上の患者よりも入院基本料が高いため、69 歳以下の患者では、一般病棟入院基本料 1 (I 群) と老人一般病棟入院基本料 1 (I 群) の差、すなわち 14 日までの入院日については 1 日につき 30 点を、15 日以上 30 日以下の入院日については 20 点を減じて総保険点数を計算した。また CP 使用例と CP 不使用例の間で在院日数に差が認められた場合には、入院中のどのような診療項目で差が生じたために在院日数に差が生じたかを明らかにした。さらに在院日数の延長に影響する因子を明らかにするために、CP 使用例と CP 不使用例別々

に、在院日数と診断、性別、身体合併症の有無、発症年齢、罹病期間、MMSE で測定された認知機能障害の重篤さ、退院後の処遇（在宅介護か施設入所介護か、あるいは入院か）、主介護者の有無、その続柄、年齢、介助介護者の有無、同居者の有無、介護保険の認定審査の申請の時期、入院前の介護認定の有無や介護サービスの利用の有無との関連を検討した。

#### (倫理面への配慮)

本研究は痴呆患者の臨床データを扱うため、個人情報秘匿には厳重な管理を行うとともに、解析はデータを匿名化した後におこなった。

### C. 研究結果

#### 1. CP 使用の効果

CP 不使用例は 22 例、CP 使用例は 23 例であった。CP 使用例は入院中に身体疾患等のために転科を要した症例はいなかったが、CP 不使用例のうち 2 例は高脳室での入院中一時的に脳神経外科への転科を要した。1 例はてんかん重積発作の治療のため、もう 1 例は水頭症のシャント術を施行するためであった。これら 2 例は入院期間が長くなるとともに総保険点数が高くなっていったため、対照患者としては不適切と考え、解析から除外した。その結果、解析の対象となった患者は、CP 使用例 23 例（男/女：7/16、平均年齢：72.7±9.5、MMSE：20.1±5.4）、CP 不使用例 20 例（男/女：8/12、平均年齢：77.6±6.0、MMSE：20.6±5.3）となった。CP 使用例の診断は、アルツハイマー病 12 例、軽