

20030499

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15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

平成16(2004)年3月

目 次

I. 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	2
遠藤英俊	

II. 分担研究報告書

1. 痴呆性高齢者パス利用時のアルゴリズムの開発に関する研究	8
—特にBPSD対策を中心に—	
遠藤英俊	
(資料) BPSD対応標準治療計画書他	
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	16
難波吉雄	
(資料)	
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に関する研究	21
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クリニカルパスの検証	26
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ためのクリティカルパス作成と評価	28
浦上克哉	
(資料) 痴呆性高齢者が糖尿病のために入院したときのクリニカルパス他	
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	39
梅垣宏行	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	47
---------------------	----

IV. 研究成果の刊行物・別刷	55
-----------------	----

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、合併症の発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患者の入院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正常圧水頭症をはじめ痴呆症の診断・治療のパス、また合併症の治療に関するクリティカルパスを作成し、検討を加えた。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も現状調査を行った。

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標準的な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と、さらにアルゴリズムの作成により、その内容の改善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、正常

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。

遠藤班員は痴呆性高齢者のパス表を作成し、さらにパスの充実と検証を行った。さらに診断から行動・心理症状への対応の充実、退院支援の充実、アウトカム分析を検討し、痴呆性高齢者の入院の総合管理ツールとしての位置づけと機能を付与するために、まずパスを利用するためと同時に問題行動への対応のアルゴリズムの開発を行った。浦上班員は昨年来、痴呆患の病棟での取り扱いの実態調査を行った。対象は鳥取県西部地域の12病院に勤務する看護師660人で、自記式アンケートを依頼し回収は直接研究者宛の郵送で行った。調査項目は、痴呆の判断、痴呆症患者への医療の状況、痴呆症患者の対応で困ること、実際の対応の仕方などである。

「結果」343人より回答があり回収率52%であった。痴呆の有無の判断は、痴呆のスケールを用いるが28.3%で、残りは何となく経験的にであった。困る症状としては、①徘徊、②興奮、③攻撃的であった。十分な医療を受けて退院できているかという質問には、①非常にそう思う3.8%、②まあそう思うが54.2%、③あまりそう思わない

38.4%、④非常にそう思わない3.6%であった。中途退院した理由としては、①徘徊がひどい33例、②安静が保持できない31例、③治療拒否28例であった。治療が完了できた理由としては、①家族・医師の協力59例、②家族の付き添い34例、③経過が良好14例であった。痴呆症の判断に関しては、痴呆スケールを用いて行っているところが少なく、適切に見つけられていないと考えられた。中途退院の理由は、徘徊などにより安静が守れないことや治療拒否であり、問題行動に十分な対応ができていない状況が明らかとなった。入院目的を完了できた例では、家族の負担に負うところが大きいと思われた。そこで本年度は心カテパス、糖尿病パスを作成し、検査、治療を標準化したものを作成し、その有効性を確かめた。

数井班員は目的：痴呆性高齢者の診断、治療および介護者への介護指導を21日間の入院中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、今年度はこれを実際の診療に使用しその効果を明らかにした。方法：2002/8/5から同年8/30までに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)に痴呆の精査加療のために入院した連続例に対しては通常診療(CP不用例)を、同年9/30から同年10/25までに入院した連続例に対してはCPを使用した診療を行ない(CP使用例)、この2群間で比較した。CP使用例においてCP通りに行えなかった診療項目についてはその原因を明らかにした。さらにCPを使用した診療に対しての感想を患者の介護者、担当医、担当看護師から聴取した。

結果：CP使用例は23例、CP不用例

は 20 例であった。平均在院日数は、CP 使用例で 25.3 ± 5.9 日、CP 不使用例で 31.2 ± 6.7 日で CP 使用例では有意に短縮していた ($df=41$, $t=2.7$, $p<0.01$)。また入院中の総保険点数は CP 使用例で 57200.2 ± 10713.1 、CP 不使用例で 65225.5 ± 10322.2 で CP 使用例では有意に低かった ($df=41$, $t=2.5$, $p<0.05$)。CP 使用例において全項目を CP 通り行えた症例はいなかった。全ての症例で心理・画像検査のうちのどれかが予定日より遅れたが、その最も多い理由は「予約が詰まっております」であった。その結果、介護者への病状説明日および退院日も遅れた。また病状説明日までの遅延分を取り戻そうと介護指導の時間が削減された。CP 使用に対する介護者の感想は概して好評であった。しかし医師、看護師には介護指導時間の不足、仕事量の増加、束縛感などの不満があった。この結果をふまえ、本年度は

具体的に正常圧水頭症の精査のためのパス表を作成した。本パス表はタッピングテストなど、手術適応を決める重要な検査をふくみ、その結果をみて判断する課程をパスに入れ込んでおり、臨床の現場の標準化に有用である。

難波班員は特定機能病院における包括医療費制度 (DPC) とパスの関係について検討した。その結果これまでの単純な在院日数の短縮化というより、治療内容にとどまらず医療費もふくめた検討が必要であることを示した。本研究、今後の特性機能病院にとり有用なデータを示した。

梅垣班員は大学病院におけるパス表を作成し、本研究では診断の方法の統一

化、アセスメントの施行、治療のためのアルゴリズムの作成、実際のクリティカルパスの作成を行った。さらに作成したクリティカルパスを実際の現場で使用し、在院日数の短縮、医療費の軽減などアウトカムについてデータを収集、分析し、検証した。すなわちパス利用群 (13.2 ± 2.1 日) と非利用群 (19.2 ± 5.2 日) で在院日数を比較するとパス利用により有意に入院期間を短縮することができた。表 1 にその結果を示した。またそれに伴い入院費用の軽減も検証することができた。尿失禁対策や薬物療法、非薬物療法、家族指導の取り組みも検討し、パス表の中に盛り込むことでさらに充実したパスの作成の充実をはかった。

櫻井班員は痴呆症の診断・治療パス表を作成した。さらに患者用、看護師用、薬剤師用を作成し、10人の患者で医師、看護師、薬剤師によるクリニカルパスを検証した。その結果はもつともバリエーションの多い検査は、腰椎穿刺、API、起立試験であった。頭部 MRI、SPECT は入院前から予約を行うことでバリエーションの原因として重要でなかった。医師、看護師、薬剤師による合同ミーティングはほぼ予定通り行われ、互いの情報交換に有用であった。クリニカルパスは入院日数、保険点数上も効率的である。一般内科病棟では、徘徊などの問題行動に対して、さらに工夫が必要である。入院以前に胸部レントイゲンは検査が必要である。制限の多いクリニカルパスでも、内科的な検査は相当可能である。薬剤の管理では、CDR 0.5~1 の患者でも他者の確認が必要である。

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、痴呆症がある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

H Kazui et al. J of Geronto-psychiatry (in submission)

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

痴呆性高齢者パス利用時のアルゴリズムの開発に関する研究

—特にBPSD対策を中心に—

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ははかり、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。

アルゴリズムとBPSDパス表の作成

痴呆症のパス表を利用するのに、様々の状況での利用が考えられ、確定診断を行い。次のステップにいく場合、診断を行うのにもアルゴリズムの利用がかかせない。アセスメントや診断を行えば、あとはバリエーションが存在するかもしれないが、方針を決定することが可能となる。最初の判断が重要である。意思決定は医師の仕事であるが、パス表さえ確定されておれば、あとはチーム医療である。標準的なケースであれば自動的に医療行為がすすんでいくことになる。しかしその最初の舵取り、または計画どおりいかない場合の判断が重要となる。その指針となるのがアルゴリズムである。

アルゴリズムを用いたパス表の選択

適宜病態や症状にあったパスを利用することになる。図1に痴呆患者の標準的

なパス表を利用するためのアルゴリズムを紹介した。このアルゴリズムは一般病床に痴呆症の疑いのある高齢患者を診た場合に利用する判断の基準を示したものであり、痴呆症の有無、BPSDの有無、せん妄の有無などにより、樹形図に従い判断する。BPSDやせん妄のコントロールができれば問題がないが、そのコントロールが重要であり、看護・介護や薬物療法により対応する必要がある。図2に老年精神医学会が作成したアルツハイマー病の診断のためのアルゴリズムを紹介した。このフローチャートに従い、診断を行うことで、次の治療、生活指導が変わってくる。続いて表1に痴呆性高齢者の入院基準について、その考え方の一例を示す。入院の判断は医師、介護者、社会的状況によっても変わることがある。

現在我々が作成し、完成したパスは検査目的の入院パス、糖尿病、肺炎などの合併症をもつ痴呆患者のパス、外来パスなどである。行動心理症状があれば、対応が困難である。しかしケアの対応、薬物療法によるBPSDのコントロールが重要である。BPSDのコントロールができれば通常のパスの利用が可能となる。表2に痴呆症ケアの工夫、すなわちBPSDへの対応の例を紹介した。しかし一般にはBPSDも頻度が高いものがあり、医師も看護師もなれば、かなりの症状があっても対応が可能である。どうしても困難な場合は専門病院への転院が必要となる。図3には痴呆症への対応をいれたパスの作成を行った。特にBPSDに対するケア、対応の仕方、経験が必要である。次に薬物などの対応の試みが重要である。100%成功するわけではなく、ケースバイケースであることはいうまでもない。こうした対応は標準的なものであり、困難ケースはこの限りではない。

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・プランニング 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, UMEGAKI Hiroyuki, IKARI Hiroyuki, TAJIMA Toshihisa, ENDO Hidetoshi, IGUCHI Akihisa. Dietary restriction of choline reduces hippocampal acetylcholine release in rats: in vivo microdialysis study. *Brain Research Bulletin* 56(6) 593-597, 2001.

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

図1. 痴呆症のパスの選択のためのアルゴリズム

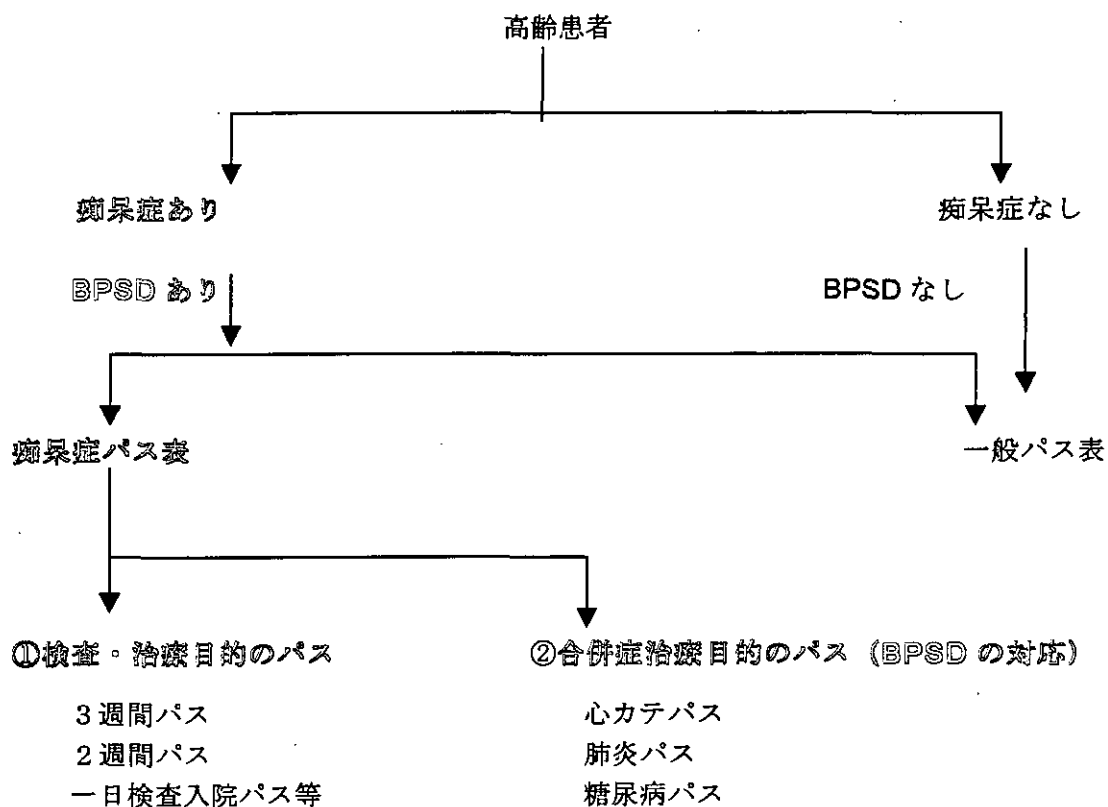


表1. 入院基準の考え方

- 1) 生命の危険がある場合
- 2) 入院して検査・治療したほうが有利な場合
- 3) BPSDが激しく入院加療する必要がある場合
- 4) 肺炎など合併症があり、入院加療する必要がある場合

図2. 痴呆性高齢者の対応を選択する場合のアルゴリズム

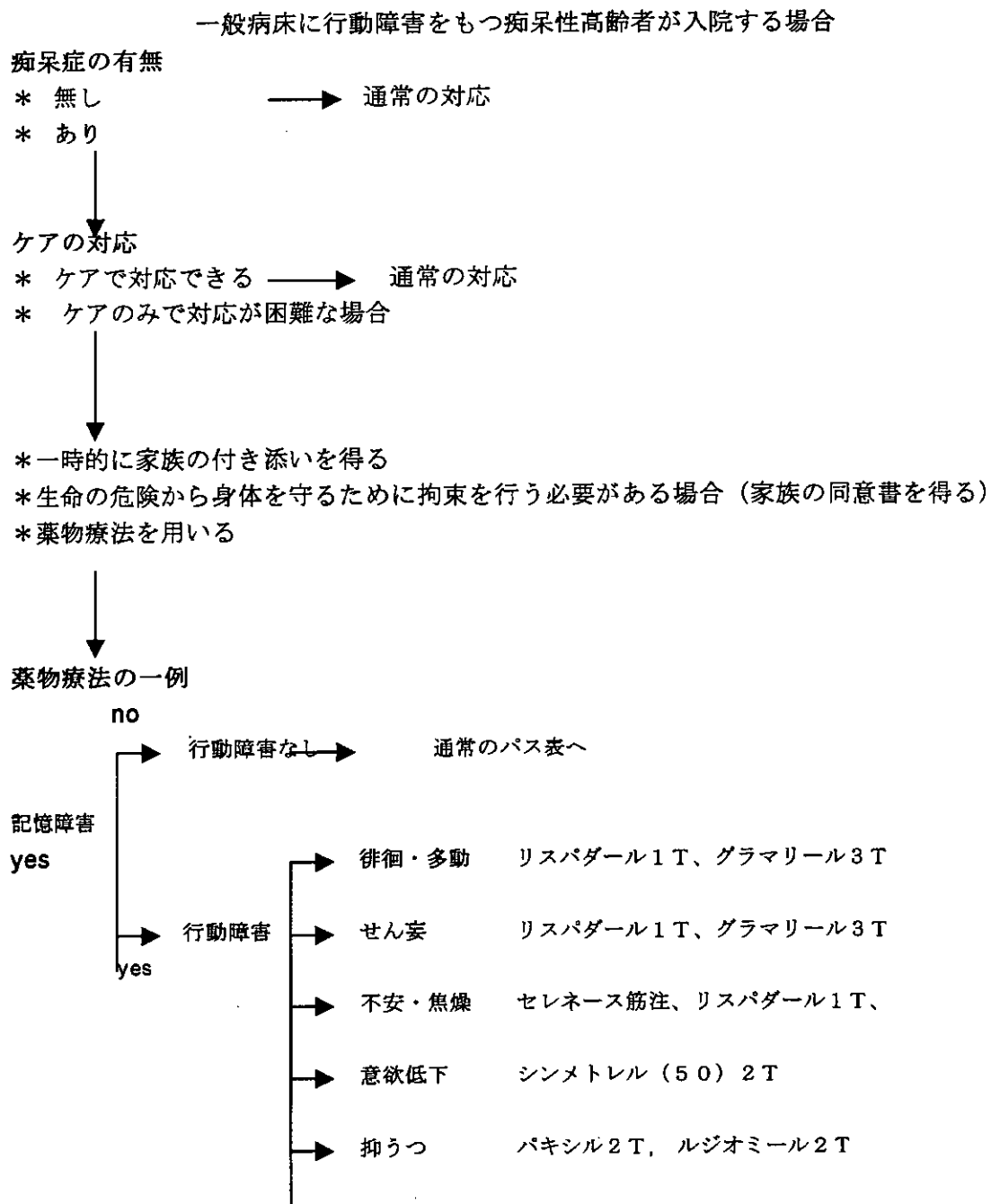


表1. BPSD対応 標準治療計画書 氏名

日付	入院時	2-7日	1ヶ月後(又は退院時)	
観察評価	<input type="checkbox"/> 病名() <input type="checkbox"/> 要介護度 <input type="checkbox"/> 既往歴・生活歴(大切にしているもの) <input type="checkbox"/> 心身の状態 (日常生活自立度判定基準ランク) <input type="checkbox"/> 全身状態の観察 ・身体面 <input type="checkbox"/> 血圧 体温 脈拍 <input type="checkbox"/> 身長 体重 血液型 <input type="checkbox"/> 感染症・皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 歩行・摂食・排泄状態 <input type="checkbox"/> 禁忌 ・精神面 <input type="checkbox"/> 睡眠状態 <input type="checkbox"/> BPSD=危険予防 <input type="checkbox"/> 継続看護の引き継ぎ 利用者、家族の希望要望 <input type="checkbox"/> 移動チェック表 <input type="checkbox"/> 衣類のチェック	診断・治療の開始 <input type="checkbox"/> 看護計画完成(本人、家族への説明) <input type="checkbox"/> 入院時カンファレンス実施 <input type="checkbox"/> 疼痛などの身体症状の有無 <input type="checkbox"/> 痴呆周辺症状の有無(危険予防) <input type="checkbox"/> ADL度・痴呆度・及び特記事項 ↓ <input type="checkbox"/> 家族面接	<input type="checkbox"/> グラマリール3T 3x1 <input type="checkbox"/> リスパダール1T 1x1(夕) <input type="checkbox"/> リスミー1T 1x1(vs) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 本人、家族 <input type="checkbox"/> OT.PT.ST <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 介護担当者 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー
	BPSDあり ① <input type="checkbox"/> 易興奮、暴力行為 (++, +, -) ② <input type="checkbox"/> 徘徊 (++, +, -) ④ <input type="checkbox"/> 不眠 (++, +, -) ⑤ <input type="checkbox"/> 妄想 (++, +, -) ⑦ <input type="checkbox"/> 妄想 (++, +, -) ⑧ <input type="checkbox"/> その他 (++, +, -)	BPSD経過チェック ① <input type="checkbox"/> 易興奮、暴力行為 (++, +, -) ② <input type="checkbox"/> 徘徊 (++, +, -) ③ <input type="checkbox"/> 不眠 (++, +, -) ④ <input type="checkbox"/> 妄想 (++, +, -) ⑤ <input type="checkbox"/> その他 (++, +, -)	退院時カンファレンス 参加者 <input type="checkbox"/> 本人、家族 <input type="checkbox"/> OT.PT.ST <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 介護担当者 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー 退所時評価 <input type="checkbox"/> 退所時処方 <input type="checkbox"/> 退院時指導書 <input type="checkbox"/> 退院時証明書 <input type="checkbox"/> 次回来院時の予約(/) <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> 介護支援専門員との連携 <input type="checkbox"/> 介護サービスの情報提供 <input type="checkbox"/> 介護施設の紹介 <input type="checkbox"/> 介護者の不安などの相談、助言	BPSD経過チェック ① <input type="checkbox"/> 易興奮、暴力行為 (++, +, -) ② <input type="checkbox"/> 徘徊 (++, +, -) ③ <input type="checkbox"/> 不眠 (++, +, -) ④ <input type="checkbox"/> 妄想 (++, +, -) ⑤ <input type="checkbox"/> その他 (++, +, -)
検査	<input type="checkbox"/> 入所時検査(HBS.W氏.MRSA) <input type="checkbox"/> ビタミン欠乏症、甲状腺疾患の有無 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患の有無 <input type="checkbox"/> 循環疾患の有無 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> CT, MRI、脳シンチ <input type="checkbox"/> MMSE, <input type="checkbox"/> パーセルインデックス <input type="checkbox"/> 他科受診		

<p>治療 リハ</p>	<p><input type="checkbox"/>内服薬の確認・薬剤見直し <input type="checkbox"/>リハビリ依頼</p>	<p><input type="checkbox"/>集団作業療法 <input type="checkbox"/>音楽療法</p>	
<p>検討会</p>	<p><input type="checkbox"/>主治医よりスタッフへの治療方針の説明 <input type="checkbox"/>家族へ予想されるリスクの説明 (離院、転倒など)</p>	<p><input type="checkbox"/>小カンファレンス (Dr. NS. CW. SW. OT) <input type="checkbox"/>評価・方針の検討 <input type="checkbox"/>家族のサポート</p>	<p><input type="checkbox"/>家族のサポート</p>
<p>説明 指導 相談</p>	<p><input type="checkbox"/>入所時オリエンテーション <input type="checkbox"/>介護保険の手続きの説明 <input type="checkbox"/>病院のシステムの説明 <input type="checkbox"/>洗濯、面会などの説明</p>		

表2. 痴呆症ケアの工夫 -BPSD への対応-

投薬の工夫

- 1) 点滴は最小減にへらす
- 2) 点滴ルートが見えないように襟元からだす（自己抜去の可能性がある時）
- 3) 持続点滴から筋注へ
- 4) 点滴から内服へ

ケアの工夫

- 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

離院対策の工夫

- 1) アセスメントの重要性
- 2) 出入り、所在の確認
- 3) 見守り時間を多くする、声かけを多くする
- 4) 介護者への連絡、対応の依頼
- 5) 写真を用意しておく
- 6) 連絡網、連絡先の確認
- 7) 徘徊探知機などの利用

せん妄対策の工夫

- 1) BPSD などアセスメントを行う
- 2) 苦痛や不安の除去
- 3) 明るくする
- 4) 気分転換の工夫
- 5) なじみのある環境
- 6) 介護者の協力を要請する
- 7) 最後に薬物療法

不眠への対応

- 1) 昼間可能なかぎり昼寝をしないように刺激する
- 2) 早い時間に寝ないように工夫する
- 3) 短時間作用型の眠剤から使用する
- 4) 徐々に効果をみながら長時間作用型の薬剤に変更する
- 5) 日中の眠気、嚥下障害などの副作用に注意する

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。一方本年度より特定機能病院では、DPC(Diagnosis Related Group)と呼ばれる急性期入院医療の医療費包括評価制度が導入された。本制度の導入により、入院患者の平均在院日数は短縮することが知られている。初年度では痴呆患者の入院数、平均在院日数、診療報酬請求点数に大きな変動は認められなかった。しかし、妄想等痴呆疾患では入院加療期間を延長させる要因も多いことから入院加療を行いにくい場合も想定される。従って、特定機能病院において痴呆性疾患の加療について考える場合、DPC に用いられる診断群分類を精緻化すること、あるいは外来と入院を組み合わせたパスの開発が必要であると思われた。

A. 研究目的

クリニカルパスは、アメリカにおいてメディケアに DRG/PPS(Diagnosis Related Group/Prospective Payment System : 診断群別定額払方式)が導入後、経営の効率化が認められたために急速に広がった。

この DRG/PPS とは、DRG という医療資源の必要度等を考慮した患者特性分類（病名グループ）を用いており、この分類で同一の診断群に含まれる場合は入院期間や治療内容に関わらず、原則として診療報酬が定額となるというものである。わが国においても、1998 年には国立病院や社会保険病院など 10 のモデル病院における急性期入院医療定額払いの試行が行われていたが、さらに 2003 年からは、特定機能病院の入院包括評価導入すなわち、DPC(Diagnosis

Procedure Combination)が導入された。このような状況のなかで、特に特定機能病院においては今後益々クリニカルパスの重要性・必要性が高まることが予想される。

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。介護保険では今後このような痴呆性疾患を、施設での患者のフォローだけではなく、今後在宅にも力を入れることとなっている。このような状況の中で、痴呆性疾患については特定機能病院を含む施設のみならず、在宅における診断、治療が一層重要となると思われる。しかしながら、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。さらに特定機能病院ではDPCの影響から、在院日数について長期化する可能性のある老年痴呆の入院加療についてより効率化あるいは在宅へとシフトさせる必要性も考えられる。

そこで本年は、今後の特定機能病院における老年痴呆のクリティカルパス作成に有用なデータを得る目的から、DPC導入前後での老年痴呆患者の種々のデータについて検討を行った。

B. 研究方法

実際にDPC導入前後の、2002年および2003年に当科に入院したもののうち、7～10月の間に退院し、最も医療費を投資した診断名が老年痴呆（アルツハイマー型）であったものについて検討した。

C. 研究結果

2002年および2003年とも最も医療費を投資した診断名が老年痴呆（アルツハイマー型）であったものの数は、どちらも5名であった。平均在院日数は、 29 ± 12.2 日と 36.6 ± 29.6 日であり、両者に有意な差は認められなかった。平均診療報酬請求点数は、 75730 ± 23764 と 84282 ± 60298 であり、こちらも有意な差は認められなかった。また、2003年において、総診療報酬請求点数に占める出来高点数の割合は、2.7～51.5%であり、症例により様々であった。

2002および2003年をあわせて、在院日

数と診療報酬請求点数の散布図を作成した場合、老年痴呆（アルツハイマー型）では、直線に近似可能な相関が認められた

$(y = 1958.7x + 15759, R^2 = 0.9572, n = 10, p < 0.05)$ 。

また、2002年、2003年と別々に検討した場合、両者とも直線に近似可能な相関が認められた（2002年： $y = 1942.3x + 19403, R^2 = 0.9921, n = 5, p < 0.01$ 、2003年： $y = 1995.9x + 11231, R^2 = 0.9585, n = 5, p < 0.01$ ）。

D. 考察

2003年4月より、特定機能病院にはDPC（診断群分類）による急性期入院医療の包括評価制度が導入された。わが国における本制度の特徴は診断群分類ごとに1日あたりの入院医療費が定額であること、この包括払いと出来高払いが併存すること等、アメリカのDRGとは異なる特徴を有している。一方、包括部分の在院日数では基本的に3段階に分かれており、在院日数が長期化するにつれて減算されることとなっている。そのため、アメリカのDRGと同様に平均在院日数の短縮化にインセンティブを有することとなっている。

本研究では、老年痴呆の入院数、平均在院日数、平均診療報酬請求点数ともDPC導入前後で大きな変化は認められないことが明らかとなった。しかしながら、入院期間は有意ではないが長期化している傾向もあるため、特に痴呆性高齢者は妄想、徘徊といった症状の持つ特徴や合併症の存在等によって特定機能病院への入院がこれまでよりも困難となる可能性も考えられる。また、入院数が同じではあったが、外来にお

いて痴呆性高齢者数が増加していることも想定されるため、痴呆性疾患については外来で加療されている場合も考えられるため、今後はその動向もあわせて検討する必要があると思われる。

一方、在院日数と診療報酬請求点数の散布図を作成した場合、老年痴呆（アルツハイマー型）では、直線に近似可能な相関が認められた。特に、包括評価制度を導入した2003年においても同様な直線に近似可能な相関が認められた点は極めて興味深い。このことは、包括評価導入後も在院日数が長期になるほど、診療報酬請求点数も増加することを意味するからである。さらに、ある検討において、特に保存的治療が主体となる診断群においては、在院日数を短縮しても、材料費等の削減効果が小さい場合は、かえって一件あたりの収入は増加しないこと、さらに入院数を増加させても、その減収が補えないこと等も明らかとなっている。

今回の検討では、総診療報酬請求点数に占める出来高点数の割合は、2.7~51.5%と広い幅でばらつきが存在していた。痴呆性高齢者の場合は、痴呆疾患のみならず、多くの合併症を有していることが多い、そのため、それらの合併症に対しても、何らかの加療が行われていることが考えられるため、今後は症例ごとの病態や診療報酬請求などをあわせて検討する必要があると思われる。このことは、将来的にDPCにおいて、各種疾患における痴呆症の合併例をどのように取り扱うか、あるいは痴呆性疾患をDPCの精緻化においてどのように対処するかといった面での対応が必要となろう。いずれにしても、今後痴呆性高齢者の加療

を考えた場合、入院だけではなく地域医療機関等を含めた外来・在宅との連携やその場合に対応可能なクリティカルパスを開発する必要性が高いと思われた。

E. 結論

特定機能病院において痴呆性疾患の加療について考える場合、DPCに用いられる診断群分類を精緻化すること、あるいは外来と入院を組み合わせたパスの開発が必要であると思われた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Kamegaya H, Osaka T, Kageyama T, Hirano T, Oka J, Miura M, Namba Y, Ricquier D, Shioda S and Inoue S. Fasting increases gene expressions of uncoupling proteins and peroxisome proliferator-activated receptor-gamma in brown adipose tissue of ventromedial hypothalamus-lesioned rats. *Life Sci.* 72:3035-~~3040~~ 3040, 2003.
Kamegaya M, Xue CY, Kageyama H, Suzuki E, Ito R, Namba Y, Osaka T, Kimura S, Inoue S. Effects of a high-sucrose diet on body weight, plasma triglycerides, and stress tolerance. *Nutr Rev.* 61(5 Pt 2):S27-33, 2003.
Kamegaya H, Kamegaya A, Endo Y, Osaka T, Hirano T, Namba Y, Shioda S, Inoue S. Ventromedial