

表12 介護で困ったこと（複数回答，n=720）

	() 内%
気が休まらない	429 (59.6)
外出できない	319 (44.3)
目が離せない	279 (38.8)
同じことを何度も聞かされる	201 (27.9)
世話を助けてくれる人がいない	182 (25.3)
興奮をしずめるのが大変	137 (19.0)
自分自身が病弱なこと	112 (15.6)
罪をきせられ責められる	50 (6.9)
暴力をふるわれたり攻撃される	48 (6.7)
特になし	17 (2.4)
その他	98 (13.6)
無回答	12 (1.7)

本問昭：高齢者の施設ケアと在宅ケア 臨床精神医学増刊号，P.249～256，1998，より引用改変

一方、在宅介護のケアに携わる介護士らは、この障害が一時的なものでなく、時期に応じて変化しながら多彩な症状を呈することを常に視点に置くことが重要である。患者と家族の発病以来たどってきた経過を考え、今後発生し得る新たな問題とその対策を家族に説明し、現在取ることができるよりの確なケアを提供すべきである⁷⁻⁹⁾。

7. 痴呆のケアのスタッフ教育

痴呆を知り、痴呆ケアに習熟するためには、高齢者の生理や精神の特性などの基礎的な医学的知識を下に、痴呆の症状、痴呆老人への対応の基本的な考え方、さらには介護保険などの社会保障制度についても理解が求められる¹⁰⁾。しかしこれらの広汎な知識を習得するには、相当の時間と経験を要する。そこで痴呆のケアスタッフの教育に際しては、まず痴呆ケアの基本理念（前述）の教育が重要である。その上で、施設においては実際の痴呆老人のケアに直接触れることから始めるべきと思われる¹¹⁾。個々の課題を学習する前に、まず慣れて課題を抽出することから始めたい。ここで注意すべきは、仮に痴呆性高齢者のBPSDにうまく対処できたとしても、必ずしもそれが理にかなったものであるとは限らないことを知っておくことである。ほかのケアスタッフと緊密に情報交換を行い、個々の対応について、経験者による客観的な評価を受けることが望まれる。症例カンファレンス、あるいはタイムスタディを通して、ほかのスタッフと問題意識を共有することが重要であ

る。こうしたケアの経験の積み重ねから、痴呆ケアやBPSDへの対応について、具体的な方法が導かれることが多い。

一方、痴呆ケアについて系統的に学習することも必要である。痴呆性高齢者の治療・ケアは、チーム医療にて行うべきものであり、医師、看護師、薬剤師などの他職種を交えた勉強会を通して、高齢者の精神活動、認知機能の評価法、基本的なBPSDに対する対応、薬剤の効果・副作用などを習得する。他施設の見学、研修会へ参加、学会などでの発表にも積極的に取り組みたい。痴呆ケアスタッフの教育は、スタッフの意欲を高め、結果的に痴呆老人やその家族の満足度として反映される。

痴呆老人のケアスタッフの教育の方法の一つとして、クリニカルパスの導入は有用である。私たちは、大学病院の一般内科病棟で痴呆患者の診療を行うためのクリニカルパスを作成しこれを検証した¹²⁾。クリニカルパスを作成するために、医師、看護師、薬剤師、臨床心理士が繰り返し討論を行い、チーム医療の土壌が形成された。また痴呆症についてのスタッフの意識が高まり、たいへん有意義な手段であったと思われる。20例の症例でクリニカルパスの検証を行ったが、痴呆老人の症状の観察と評価、また患者・家族との面接・指導の内容、退院後の管理方法についてなど、実際の経験を通して痴呆ケアに対する重要なノウハウを蓄積することができた。

痴呆ケアスタッフの教育は、施設ごとに行われているのが現状と思われるが、今後は全国的な痴呆ケアの標準化が進められる。すなわち厚生労働省の施策の一つとして、高齢者痴呆介護研究研修センターが全国に3ヵ所（宮城県、東京都、愛知県）に開設され、この施設を中心にケアスタッフの教育方法、痴呆介護専門員の養成が進められている。痴呆老人のスタッフ教育について、施設からの情報公開が進めば、痴呆ケアの標準化は加速するものと期待される。

痴呆性高齢者における 介護保険サービスの 効果的な利用法

介護保険制度は2000年4月に施行された新しい社会保障制度であり、その導入にあたっては多くの不安がささやかれ、問題点が議論されたことは記憶に新しい。施行後5年目を迎え、なお制度上の問題点が指摘されているものの、今日の高齢者の医療・福祉の現場にあって、もはや介護保険なしでは考えられないまでに定着している。介護保険により寝たきり高齢者に対する一定の指針が示された今日、次なる重要課題は痴呆性高齢者に対する対策であることは言をまたない。

現在、痴呆性高齢者の療養には、在宅、痴呆対応型共同生活介護（痴呆性高齢者グループホーム）、老人性痴呆疾患治療病棟、介護療養型医療施設、介護老人保健施設、特別養護老人ホームが選択されている。軽度の痴呆性高齢者およびその家族は、はじめ在宅での療養を希望することが多いが、痴呆が進行するに伴い家族の介護負担感は増大する¹⁾。こうした状況が続くと、家族は疲弊し、痴呆性高齢者が在宅療養を継続することが困難となる。痴呆性高齢者をいつまで在宅で介護できるか、またすべきかについては、いまだ一定の見解には至っていない。いずれにしても徘徊や暴力などの問題行動の強い事例では、施設入所が必要であることが現実であろう。介護保険は福祉のビッグバンとして期待され、これまで慢性的に入所者が固定化する傾向にあった特別養護老人ホームでも、入所する高齢者が流動化することが期待されていた。しかし実際に介護保険が始まってみると、痴呆性高齢者では、以前にもまして固定化する傾向にあるとの報告が見られる²⁾。このような状況にあって、痴呆性高齢者グループホームは、痴呆性高齢者が家庭的な雰囲気の中で、しかも専門的な介護サポートを得られる生活の場として、大いに期待されている。

そこで本稿では痴呆性高齢者が医療・介護保険制度の下で利用できるサービスについて紹介すると共に、痴呆性高齢者グループホームの現状と課題を概説したい。

1. 痴呆性高齢者支援のこれまでの経緯

痴呆性高齢者は2000年で約150万人いるものと推計されており、今後も増加することが予想される（20年後には約290万人に達するとされている）。痴呆性高齢者の支援対策としては、1963年に老人福祉法が施行されて以来、さまざまな福祉事業が実施されてきた。特別養護老人ホームに入所する痴呆性高齢者の増加に伴い、1984年には施設内の痴呆性高齢者に対する処遇技術の向上を目的として痴呆性老人処遇技術研修センターが創設された。1989年には、高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）が策定され、痴呆性高齢者の支援のためのサービス向上が図られた。また1994年の新ゴールドプランでは、痴呆性高齢者に対する支援対策の強化・推進を目的に、痴呆性高齢者対策の総合的実施が提唱された。さらに1999年の今後5ヵ年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）では、痴呆性高齢者に対する支援対策が重要な柱の一つに位置付けられた。介護保険制度の施行により、痴呆性高齢者に対するサービスの向上のため、多くの施策が積極的に進められている³⁾。

2. 痴呆性高齢者が利用できる在宅サービス

（1）訪問指導

保健所や市町村の保健師などが、痴呆性高齢者を抱える家族を訪問して、痴呆症に対する正しい知識を指導する。つまり痴呆性高齢者の身体状況の観察や看護ケア、日常生活の相談と助言、家庭における療養方法や介護負担の少ない介護方法などを指導する。また保健、医療、福祉の制度の活用法についての情報提供を行う。

（2）痴呆患者在宅療養指導管理〔医療保険〕

精神症状および行動異常が強い通院中の痴呆性高齢者、またはその看護に当たる者（家族など）に対して、適切な療養・看護方法、BPSDへの対処方法の指導を行う。

（3）重度痴呆患者デイケア〔医療保険〕

精神症状および行動異常が強い通院中の痴呆性高齢者の心身機能の回復、維持を目的として、病院または診療所が実施しているサービスを提供する。

（4）訪問介護（ホームヘルプサービス）〔介護保険〕

訪問介護員が痴呆性高齢者の居宅を訪問して、入浴、排泄、食事などの介護、調理、洗濯、清掃などの家事、生活に関する相談、助言を行う。

（5）通所介護（デイサービス）〔介護保険〕

痴呆性高齢者が老人デイサービスセンターなどに通い、入浴や食事の提供など日常生活

の世話と機能訓練を受ける。また介護や生活についての相談、助言、健康状態の確認などが行われる。

(6) 通所リハビリテーション（デイケア）〔介護保険〕

介護老人保健施設や病院・診療所に痴呆性高齢者が通い、心身の機能回復を目的とし、日常生活を助けるための理学療法・作業療法などの必要なリハビリテーションが行われる。

(7) 短期入所生活介護（ショートステイ）〔介護保険〕

介護老人保健施設や特別養護老人ホームなどに痴呆性高齢者が短期間入所し、その施設で入浴、排泄、食事などの日常生活の世話や機能訓練が行われる。

(8) 短期入所療養介護（ショートステイ）〔介護保険〕

介護老人保健施設や介護療養型医療施設などに痴呆性高齢者を短期間入所し、医療・看護的管理の下で、介護・機能訓練などの必要な医療や日常生活の世話が行われる。

(9) 福祉用具貸与〔介護保険〕

痴呆性高齢者の日常生活の便宜を図るための福祉用具や、機能回復のための福祉用具の貸し出しを行う。徘徊感知機器も含まれる。

(10) 痴呆対応型共同生活介護（痴呆性高齢者グループホーム）〔介護保険〕

少人数による共同生活を営むことが可能な痴呆性高齢者が、5～9名までの共同居住形態において生活する。食事の支度、清掃、洗濯などを介護従事者と共同で行い、家庭的で落ち着いた環境の中で生活を送るための日常生活上の世話を提供する。

3. 痴呆性高齢者が利用できる施設サービス

(1) 老人性痴呆疾患治療病棟〔医療保険〕

精神症状および行動異常が特に著しい重度の痴呆患者に、急性期の療養に重点を置いた集中的な入院加療を行う。

(2) 老人性痴呆疾患療養病棟（介護療養型医療施設）〔介護保険〕

精神症状および行動異常が著しい痴呆患者に入院加療を行う。

(3) 介護老人保健施設〔介護保険〕

痴呆性高齢者に対して看護・医療管理の下で介護、機能訓練などの必要な医療、日常生活の世話をを行う。

(4) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）〔介護保険〕

痴呆性高齢者に対して入浴、排泄、食事などの日常生活の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話をを行う。

(5) 養護老人ホーム

身体上もしくは精神上、環境上の理由および経済的理由で在宅における介護を受けることが困難な痴呆性高齢者に対して、日常生活の世話、機能訓練、健康管理を行う。

4. 痴呆性高齢者を介護している 家族に対するサービス

(1) 徘徊高齢者家族支援サービス事業

徘徊が見られる痴呆性高齢者を介護している家族に対して、痴呆性高齢者が徘徊した場合に、早期に発見できるシステムを活用してその居場所を家族に伝え、事故防止を図る。

(2) 介護予防

軽度の痴呆性高齢者およびその家族に対して、できるだけ介護状態に陥ることなく健康な老後生活を送れるように支援する立場から、痴呆予防・介護教室の開催などを行う。

5. 研修，権利擁護の対策

(1) 臨床医などに対する専門的知識，技術の研修

(2) 痴呆介護研究事業

痴呆介護技術の向上と痴呆介護の専門職員の養成を目的として、介護実務者およびその指導的立場にある者に対して、痴呆性高齢者の介護技術に関する研修を行う。痴呆性高齢者の生活機能や行動の特性、生活機能の維持改善を図るための援助技法に関する研究開発を推進する。その成果を全国の介護の現場に研修を通して還元するため、2000年に高齢者痴呆介護研究研修センターが、全国3ヵ所（宮城県、東京都、愛知県）に開設され、研修がスタートしている⁴⁾。

(3) 成年後見制度

判断能力が十分でない痴呆性高齢者の財産や権利を保護するための制度。痴呆性高齢者本人または配偶者などが家庭裁判所に申し立てを行うことにより、後見人、保佐人、補助人が選任され、財産管理などに関する契約などの法律行為全般を行う。

(4) 地域福祉権利擁護事業

痴呆性高齢者の判断能力が一定程度であるが十分ではないことにより、自己の判断で福祉サービスなどを適切に利用することが困難な者に対して、自立した地域生活が送られるように、日常的な金銭管理や福祉サービスなどの利用援助を生活支援員が行う。実施主体は都道府県に設置されている社会福祉協議会である。

6. 痴呆性高齢者グループホーム

痴呆性高齢者グループホームは、高齢者福祉の先進国であるスウェーデンで1980年代に始まった。最初のグループホームはストックホルム郊外のウップランズブロコミュニティにあるロービイヘムメット（ロービイの老人の家）と呼ばれるものであった。2番目のグループホーム（バルツァゴーデン）では、一軒の家で6～8名の痴呆性老人に対して、24時間体制でのケアが行われた。以降、スウェーデンではグループホームは次々と建てられた⁵⁾。

グループホームでは、痴呆性高齢者がそれぞれに個室を持ち、1つの生活共同体の中で、24時間サービスの温かいケアが得られる。大家族と一緒に生活している雰囲気があり、小さなグループであるほど、一人ひとりが自分の家であるように感じ、不安や心配が少なくなる。内部・外部の環境も痴呆性高齢者が慣れ親しんだように整備すべきである。しかし最も重要なことは、ケアの哲学であり、そのポイントは痴呆性高齢者のみならず、スタッフや家族が、安心と快適さを感じることができるよう、喜びと親密さを組み合わせて世話をすることであるとバルツァゴーデンは指摘している⁵⁾。

1) わが国におけるグループホームの整備状況

社会福祉法人全国社会福祉協議会が実施した痴呆性老人のためのグループホームの在り方に関する調査研究事業では、グループホームは痴呆性老人に対する新しいサービスとして位置付けること、また基本的な性格としては、地域の中で一般の家庭と併存する一つの家庭・住居であると同時に、専門的な介護サービスの提供施設でもあることが提言された。1997年には痴呆性老人対応型老人共同生活援助事業が創設され、グループホームに対する運営費の国庫補助が始まった³⁾。

その整備状況では、2000年3月には痴呆性高齢者向けグループホームは約300カ所にとどまり、絶対的に不足していた。そこでグループホームの整備は今後5カ年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）において重要な施策として位置づけられ、2004年度までに全国で3,200カ所の整備を見込んだ。実際は5,000カ所以上のグループホームが整備されたのである。つまり4～5年で約17倍に増加したことになる。

2) 介護保険制度におけるグループホームの利用

現在の厚生労働省の基準では、グループホームに入居できるのは要介護度1以上に認定された痴呆性高齢者のみである。入居の基準はグループホームの判断に委ねられているが、実際には初期から中期の痴呆症で、身体障害は軽度の高齢者が多いのが現状と思われる。

3) 管理者・スタッフの研修, サービス評価, 情報公開について

グループホームでは専門的ケアの向上のため、管理者および計画作成担当者は、都道府県が実施する痴呆介護実務者研修を受講する義務がある。またグループホームで提供されているサービス内容は、第三者評価を受け⁶⁾、その結果を公表することが義務付けられている。

グループホームの事業者は、運営規定の概要や勤務体制、管理者・スタッフの資格・研修の履修状況、入所者が負担する利用料、住居費、さらにサービス評価などの結果を公表すると共に、都道府県および市町村に対して情報提供しなければならない。一方、都道府県および市町村は、これらのグループホームからの情報を、利用者が活用できるよう、閲覧資料の整備、インターネットでの掲載などの対応を行っている。

以上に述べたように、痴呆性高齢者グループホームとは、家庭的な生活環境で、少人数の痴呆性高齢者が継続的なグループでケアを受けながら、できるだけ自立して生活するためのものである。入居者は、残された残存機能を最大限生かすために必要なケアを受ける。現在、ほかの施設に入所している痴呆性高齢者も今後グループホームに移動していくことも予想され、グループホームは痴呆性高齢者に対する切り札として期待されている。今後、グループホームにはますますの質的な向上が求められる。

生活習慣病を合併した 痴呆性高齢者のクリニカルパス —クリニカルパス導入上の問題点から その実践まで—

わが国におけるクリニカルパスはまだ端尾についたばかりで、医療管理の手法として一般化したとは言い難い現状にある。多くの施設ではインフォームドコンセント、すなわち患者の理解を深めるツールとして患者用のクリニカルパスを準備することになり、ある程度の医療の標準化と、明確な治療目的を設定することが求められている。その必然性から職員用のクリニカルパスがつくられる方向にある。現在、私共の施設で運用されているクリニカルパスとしては短期間でできる簡単な疾患の入院、検査入院が中心である。

一方、痴呆性高齢者は65歳以上人口の約4～7%に及び¹⁾、その多くは痴呆症のみならず、複数の内科的・外科的疾患を併せ持つ。これらの患者が急性疾患のため入院し、せん妄や幻覚、あるいはほかのBPSDを引き起こすと、病棟では問題患者として取り扱っている現場をしばしば目にする。またせん妄や抑鬱を痴呆症と誤認されている症例も時に認められる。これらは「痴呆症は早期発見されれば、その進行を遅延させることが可能な疾患」として認知されつつある今日、医療従事者の理解・準備不足に基づくものと考えられる。

このような痴呆症の医療における立ち遅れは、最近の医療の流れにも起因していると思われる。すなわち、高度先進病院、地域の中核病院、慢性療養型の病院などに、病院の機能自体が細分化され、医療・介護もより高い専門性が求められている。一方で多臓器にわたる疾患を併せ持つ高齢者の認知機能障害や痴呆症は、十分な認知を受けていないといっても過言ではない。これらの問題が解決されるためには、まず高齢者痴呆性疾患に対する医療が標準化される必要があり、その際クリニカルパスの導入は手段として極めて重要なものと思われる。

今回私たちは、一般内科病棟で高齢者痴呆性疾患を診断・治療するためのクリニカルパスを作成した。このパスを実践することで、高齢者痴呆性疾患に対する医療が標準化され、より高い治療効果を得ることが最終目標である。そこで私たちは、①医師、看護師、薬剤師からなるチームが検討を重ね、痴呆性高齢者の鑑別診断、治療を一般内科病棟で行

うためのクリニカルパスを作成した。②作成されたクリニカルパスを導入しバリエーション、アウトカムを収集・分析した。一般に、内科病棟に入院する患者では、痴呆症のみの検査入院はむしろ少なく、ほかの内科疾患を合併しているため同時にそれらの疾患の検査を行う症例が多い。そこで本研究ではパスの汎用性も考慮し、ほかの内科疾患を合併した痴呆性高齢者のためのクリニカルパスを作成した。すなわち、一般内科疾患として、代表的な生活習慣病である高齢者の糖尿病、高血圧、また頻度の高い悪性腫瘍の検索を行えるクリニカルパスを作成した²⁾。本稿では痴呆性高齢者のクリニカルパスを作成するに当たり、どのような問題点が存在し、私たちがどのような対策を講じたか、またその結果まとまったクリニカルパスの実際について紹介したい。

1. 方法と結果

高齢者痴呆性疾患の診断・治療を目的とした患者を対象としたクリニカルパスを作成し、神戸大学附属病院の9階南病棟(51床)にて導入した。同病棟は老年内科(20床)と、消化器内科(21床)、神経内科(10床)から成る混合病棟である。同病棟の入院患者の基礎疾患としては、一般消化器疾患、代謝性疾患、脳血管障害などが中心である。入院患者の年齢は20歳代から90歳代までに及び、平均で 60.8 ± 14.9 歳である。老年内科の患者1人の診療には、研修医1名、指導医2名からなる主治医団が担当する。看護師は9階南病棟で19名で、これに看護助手1名が加わる。看護師の業務は3交代制で、日勤9~10名、準夜勤各3名、深夜勤2名である。また1人の患者を担当看護師1名が受け持つ。

高齢者痴呆性疾患に対応できる病棟システムを構築する上で、以下の問題点が提起された。

- ① 非閉鎖型の病棟構造であり、徘徊する患者の行動を完全に把握できない。
- ② 老年内科病棟で働く医師・看護師の痴呆症に対する不慣れ。チーム医療のための相互コミュニケーションの確立が必要。
- ③ 急性期患者、また看護に手のかかる慢性疾患患者が多く、クリニカルパスにかかわる人員の不足。
- ④ 痴呆性高齢者と非痴呆性入院患者とのトラブル。

これらの問題点を解決するため、以下の対策を講じた。

【対策1】

痴呆性高齢者の入院は、ナースステーションから近い大部屋を原則とした(室内のモニター監視装置あり。なおトイレは4人病室、個室にそれぞれ設備されている)。入院前から徘徊、暴力、暴言のある痴呆患者は対象から除外した。入院中、夜間の不穏やBPSDのため、ほかの入院患者の療養に影響を及ぼすと予想される場合は個室での対応とした。見

当識障害が強く徘徊の可能性のある患者では、行動追跡装置（アクセスコールAC-T、竹中エンジニアリング）を携帯していただき、ナースステーション、非常階段を通過したことが検知できるようにした。また必要に応じて家族や介護者の協力を求める。

〔対策2〕

当初老年内科病棟で働く医師・看護師の痴呆症に対する不慣れがあった。最近の痴呆症に対するキャンペーンと介護保険の浸透により、痴呆症に対する社会の考え方も以前とは様変わりしている。このため高齢者医療に携わる内科医師として、認知障害や痴呆症は重要な対象疾患である。しかし一方で、高齢者痴呆性疾患の診断、治療を実践するためには、神経内科、神経心理、神経放射線、介護保険などの広範囲の知識を必要とし³⁾、これらの技術の習得にはある程度の時間を要する。

痴呆症の原因疾患では、アルツハイマー型老年期痴呆と脳血管性痴呆と合わせると全体の80～90%を占めることは一般的なコンセンサスである^{1,4)}。そこでアルツハイマー型老年期痴呆、脳血管性痴呆症とそのほかの痴呆性疾患を診断・治療できるクリニカルパスが必要である。できるだけ客観的診断マーカーを利用して、鑑別診断できるシステムを考えた。また脳血管性痴呆症の治療においては、動脈硬化性疾患の危険因子をコントロールすることが重要である。ところが最近、これらの脳血管障害の危険因子は、アルツハイマー病の危険因子でもあるとの知見が集積している。このため痴呆性高齢者においては、全身の動脈硬化性病変を精査することが重要である。また痴呆性高齢者では、身体疾患についての訴えもあいまいであったり、時に欠落することも多い。そこで高齢者に多い悪性疾患のスクリーニングのための検査もパスに含めた。

看護師にも同様に痴呆症に対する不慣れが見られた。これまで神戸大学附属病院では老年内科の病床が分散しており、一般内科病棟で痴呆症の精査目的で入院するケースはほとんどなかった。しかし、高齢社会において痴呆症の看護が重要であるとの認識がスタッフ間にあり、クリニカルパスを作成するにあたり、老年内科医師と痴呆症に関する勉強会を月1回のペースで行った。その内容は、高齢者総合機能評価（Comprehensive geriatric assessment）、痴呆症の診断と治療、痴呆性高齢者の入院での問題点などについて討論を行った。勉強会を進める中で、痴呆性疾患の看護に関心を有し、高齢者痴呆性疾患のクリニカルパスの導入に中心となる看護師が明らかになった（スタッフ教育）。

痴呆症の診断、治療においてはチーム医療が必須であり、医師、看護師、薬剤師、神経心理士がその中核を成す。私たちの施設でもチーム医療の組織的な取り組みは、熟成段階にある。多職種を交えての医療コーディネートを中心となって行い得るリーダーシップが老年科医師には求められている。

〔対策3〕

クリニカルパスを遂行する人手不足が予想された。クリニカルパスの作成や導入は現場の努力やスタッフの熱意においてある程度カバーされるが、バリエーションの分析や再作成の過程は作成以上に労力を要する⁵⁾。このためクリニカルパスの対象となる患者は、早期の痴呆性高齢者で、日常生活動作（ADL）ができるだけ自立した患者を選択することとした。また同時に入院する患者は、2名までとし、年間20名程度を目標として、バリエーション、アウトカムを収集する（患者の選別、最小化）。バリエーションの収集・記載に際して繰り返しを避けるため、パスはオーバービュー式（A3サイズ）として、入院記録にまとめることとした。

2. クリニカルパスの概要

痴呆性高齢者の検査入院クリニカルパスは全11日間の入院計画からなる（資料13～15）。本クリニカルパスの目的は、①痴呆症の診断と治療、②患者または家族の教育、③医療と介護との連携——のもとに退院後の生活設計を行うことにある。私たちは本クリニカルパスを実践し、バリエーション、アウトカムを検証した。

入院1日目：医師、看護師が役割を分担し、患者および家族から問診により患者の訴えや、症状の推移、家族の介護の負担度についての情報を収集する。医師は一般内科的診察、神経内科的診察を行い、一般血液検査、心電図、胸腹部レントゲン検査で内科疾患のスクリーニングを行う。採血で行う検査項目を表4に示した。主として治療できる痴呆の除外を目的としている。患者・家族に入院計画を説明する。

看護師は病棟のオリエンテーションを行い、入院中のADL、生活範囲についての情報を得る。薬剤師は入院中の薬剤管理方法（自己管理・一日配薬・一回配薬、内服確認の必要性など）について、本人または家族から情報を得、看護師と相談の上で服薬方法を決定する。

入院2日目：高齢者では複数の疾患を併せ持つことが多く、特に循環器疾患、悪性新生物、運動器疾患について、身体所見を詳細に観察する（API、血圧起立テスト、便潜血、空腹時および食後血糖、血中脂質の検査を行う）。患者とラポールを得た後、医師が高齢者総合機能評価（ミニメンタルステート〈MMS〉、改訂長谷川式簡易知能評価スケール〈HDS-R〉、ADL、鬱、QOL、社会的環境の評価）を行い、療養に関するトータルな問題点を明らかにする。

神経心理士は記憶・認知障害の程度を評価するため心理検査A（WMS-Rや武蔵病院版記憶検査）を行う⁶⁾。また神経心理検査に対する患者のコンプライアンスを評価する。

資料18 生活習慣病を合併した後查入院パス

	入院当日 (/ /)	2日目 (/ /)	3日目 (/ /)	4日目 (/ /)	5日目 (/ /)	6日目 (/ /)	7日目 (/ /)	8日目 (/ /)	9日目 (/ /)	10日目 (/ /)	11日目 (/ /)
主治医 ()	<ul style="list-style-type: none"> 入院中の検査、治療などの説明 入院時治療計画書の記入、配付 家族側との結果説明の日時確定 (月 日 時) アナムネシ取 (家族より) 本人の症状確認 (質問紙等) 胸腹部X線 心電図 頭部画像の確認 (CT/MRI, MRA/SPECT) 採血、採尿、髄液、他検査予約 (頭部画像類/内臓部エコー、内視鏡、脳波、APL、臨床心理等) 必要に応じてリハビリ依頼 服薬指導依頼 	<ul style="list-style-type: none"> 検査確認 高齢者総合技能評価 症状確認 	<ul style="list-style-type: none"> 検査確認 身体疾患の把握 (必要に応じて他科依頼) 症状診断① スタッフミーティング 	<ul style="list-style-type: none"> 検査確認 内服薬再評価 痴呆診断 今後の方針決定 			<ul style="list-style-type: none"> 検査確認 適切な薬物療法開始 介護などの介入状況把握 	<ul style="list-style-type: none"> 検査確認 介入状況把握 	<ul style="list-style-type: none"> 症状把握 結果総括 診断確定 	<ul style="list-style-type: none"> 結果説明 退院処方 退院後計画書 (患者指導) 外来予約 (紹介状) 最終ミーティング 	<ul style="list-style-type: none"> 退院時確認
心理士 ()		<ul style="list-style-type: none"> 心理検査A (記憶検査) 	<ul style="list-style-type: none"> 次回検査の決定 					<ul style="list-style-type: none"> 心理検査B 	<ul style="list-style-type: none"> 心理検査C 結果総括 		
看護師 ()	<ul style="list-style-type: none"> アナムネシ取 介護度check ケアマネジャーからの情報収集 家族面談の日時確認 (月 日 時) 入院時確認 (身長、体重、バイタル等) 本人の症状確認 症状対策 (嚥下/転倒等) 治療計画の作成 (在宅介護等) 	<ul style="list-style-type: none"> 症状確認 	<ul style="list-style-type: none"> 症状把握 患者側面状況の把握 (家庭、社会的等) スタッフミーティング 介護側と面談 (変更日時 /) 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後に向けての対策決定 			<ul style="list-style-type: none"> 症状確認 介護指導 	<ul style="list-style-type: none"> 症状確認 介護指導 ケアマネジャーと打ち合わせ 	<ul style="list-style-type: none"> 症状確認 介護指導 痛楚総括 	<ul style="list-style-type: none"> 介護指導 (生活指導) 最終ミーティング 介護側と面談 	<ul style="list-style-type: none"> 退院時確認
薬剤師 ()	<ul style="list-style-type: none"> 服薬状況確認 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬状況確認 (服薬コンプライアンス) (内服薬組み合わせ) 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬状況確認 スタッフミーティング 				<ul style="list-style-type: none"> 内服薬確認 服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> 内服薬確認 (退院時処方) 服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> 内服薬確認 服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬指導 	
検査 ()	<ul style="list-style-type: none"> レントゲン 心電図 	<ul style="list-style-type: none"> 採血、採尿 JAPI 起立試験 	<ul style="list-style-type: none"> 腹部エコー 胃カメラ 	<ul style="list-style-type: none"> 脳波 頭部画像 (MRI) 			<ul style="list-style-type: none"> 頸動脈エコー 頭部画像 (脳血流シンチ) 	<ul style="list-style-type: none"> 腰椎穿刺 			

資料14 看師のパス

患者氏名 [] 年齢 歳

1日 (日)	2日 (水)	3日 (木)	4日 (金)	5日 (土)	6日 (日)	7日 (月)	8日 (火)	9日 (水)	10日 (木)	11日 (金)	12日 (土)
<p>□anamネーゼ □聴取 *家族面接① 日時決定 (/)</p> <p>□介護度チェック □症状対策 □看師・薬剤 師間で情報交 換を行い、内 服薬管理方法 について後討</p>	<p>□症状確認-1 (DFDL)</p>	<p>□医療スタッフ ミーティング① 13:30~</p>	<p>□家族面接① (/) おられることな ど、家庭での問 題を聴く *内容は「面接の 記録」に記載 *次回家族面接② 日時決定 (/)</p>			<p>□症状確認-2 (DFDL)</p>			<p>□医療スタッフ ミーティング② 13:30~</p> <p>□家族面接② (/) 個別性に応じた内容で *内容は「面接の記録」に記載</p>	<p>□退院時確認 (/)</p>	
<p>初期計画立案 (/) *入院後2日目までに立案 下記の看護診断名参考</p>		<p>中間評価・計画修正 (/) *4日目に中間評価</p>						<p>最終評価 (/) *10日目が11日目に評価</p>			

看護計画の実施/日々の経過記録・パリアンスシートの記載/家族指導 (下記の指導項目参照)

<p>看護診断 (要因の句)</p> <p>□身体外傷のリスク状態 (□失見当識 □混乱)</p> <p>□誤った判断をすること/危険に対する認識不足</p> <p>患者目標 □身体損傷を防止するために適切な対策を用いることができる</p> <p>患者目標 □安全に入院生活を送ることができる</p> <p>□身体損傷のリスク状態 (□脳機能の変調 (痴呆) □危険に対する認識の欠如、□慣れない環境)</p> <p>患者目標 □危険行動が理解でき、安全に入院生活を送ることができる</p> <p>患者目標 □危険因子が理解でき、安全な行動をとることができる</p> <p>□セルフケアの不足 (□疾患に伴う認知障害)</p> <p>患者目標 □自立・部分・全介助により、食事・清潔・排泄・着脱着脱・身繕いができる</p> <p>患者目標 □セルフケア能力が増したことを示す</p> <p>□思考過程の変調 (□進行性痴呆による人格障害を認めること)</p> <p>患者目標 □自分や周りの状況を理解する</p> <p>患者目標 □現実と空想を区別することができる</p> <p>□幻覚、妄想に効果的に対処することができる</p> <p>□現実性見当識を維持できる</p> <p>□記憶の障害 (□中枢神経系の変調)</p> <p>患者目標 □記憶を改善する技法を見つけることができる</p> <p>□コミュニケーションの障害 (□思考過程の変調)</p> <p>患者目標 □コミュニケーションに関する欲求不満が減る</p> <p>患者目標 □理解する能力が増したことを示す</p>	<p>看護診断 (要因の句)</p> <p>□記憶の障害 (□中枢神経系の変調)</p> <p>患者目標 □記憶を改善する技法を見つけることができる</p> <p>患者目標 □コミュニケーションの障害 (□思考過程の変調)</p> <p>患者目標 □理解する能力が増したことを示す</p> <p>□孤独感のリスク状態 (□妄想的な思考)</p> <p>患者目標 □孤独感を持たない方法を話し合うことができる</p> <p>患者目標 □適切な気分転換活動を見いだすことができる</p> <p>□家族機能の変調 (□家族役割の変化あるいはそれに伴うストレス)</p> <p>患者目標 □身体状態が人間関係、役割責任、経済に与える影響</p> <p>患者 (家族) 目標 □看師に対して、または家族相互に感情を言葉で表すことができる</p> <p>□家族がケアに参加できる</p> <p>□家族が相互支援する機能システムを維持できる</p>
---	---

DFDL: 痴呆性老人の日常生活機能評価表

<p>家族指導 (項目の詳細は別紙)</p> <p>*実施予定項目の□にV</p> <p>□ () 内に予定月日を記入</p> <p>□ () 痴呆について</p> <p>□ () 痴呆高齢者への対応について</p> <p>□ () 痴呆に伴うBPSDとその対応について</p> <p>□ () 日常生活の基本動作の介護</p> <p>□ () 介護で注意を要する病的状態</p> <p>□ () 在宅看護の継続の問題点</p> <p>□ () その他</p>
--

資料15 患者用パス

もの忘れ検査入院の皆様へ

今回、当院老年内科における、もの忘れ検査入院の約2週間の予定を簡単ですがご説明致します。

第1週の目的は状態の正確な把握です。そのもの忘れの程度と、介護の状態を判断します。患者さま本人の記憶検査はもとより、他疾患によってもの忘れの状態になっていないか、その原因を探る検査を受けていただきます。

基本的には採血、CT、MRIなどの各種画像検査、心電図、脳波、腹部エコーであり、状況に応じて内視鏡やほかの検査も付け加えます。

さらに、できうるならリハビリや、服薬指導も受けていただきます。

また、介護者の方にもその介護状態や問題点を話し合い、今後の方針を相談させていただきます。

第2週は第1週を踏まえた上での治療と今後に向けての対処を目的としています。

必要に応じた投薬を開始すると同時に、副作用の有無を調べさせていただきます。

投薬の効果は目に見えてすぐには出ませんが、今後の外来治療を通して診させていただくこととなります。

退院後、その状態の在り方や、またその介護の接し方などを相談していきたいと考えております。

何かかわからないことやお悩みのことがありましたら、ご遠慮なくわれわれスタッフにお申し出ください。

神戸大学附属病院 老年内科一同

様 入院時予定計画書 ★随時変更はご連絡致します。

入院当日 (/)	2日目 (/)	3日目 (/)	4日目 (/)
<input type="checkbox"/> 入院中の検査、治療などの説明 <input type="checkbox"/> 本人の症状確認 <input type="checkbox"/> 胸腹部X線 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 服薬状況確認	<input type="checkbox"/> 記憶検査 <input type="checkbox"/> 採血、採尿 <input type="checkbox"/> API	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 胃力メラ	<input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 頭部画像 (MRI)
7日目 (/)	8日目 (/)	9日目 (/)	10日目 (/)
<input type="checkbox"/> 薬物療法開始 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 頭部画像 (脳血流シンチ)	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 腰椎穿刺 <input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 心理検査	<input type="checkbox"/> 結果説明

表4 一般検査項目（痴呆性高齢者）

CBC (WBC, RBC, Hb, Hct, Plt), APTT, PT, Fib
 総蛋白, アルブミン, AST, ALT, γ -GTP, LD, CK, ALP, Cr, BUN, Na, K, Ca, P,
 T-Chol, TG, HDL-C, 血糖, HbA1c, IgG, IgA, IgM, CEA
 葉酸, ビタミンB₁, B₁₂, fT₃, fT₄, TSH
 尿検 (蛋白, 糖, ケトン, 潜血)
 便鮮血

看護師は入院期間を通してバイタルチェックなどの一般的評価に加え、患者の入院中の行動を観察し、入院生活の場面における記憶障害、見当識障害、空間認知障害、判断障害、日常生活活動、精神症状などについて評価する。

入院3日目：医師は腹部エコーを行い腹部疾患のスクリーニングを行い、患者や家族の同意があれば上部消化管内視鏡検査を行う。

医師と看護師は第1回の合同ミーティングにおいてこれまでの患者の情報を共有化し、問題点を整理する。認知機能、日常生活活動、精神症状、入院中の行動、順応性、薬物管理について評価する。また不足した情報を明らかにし、家族指導の日程を決める。

入院4日目：頭部MRIを施行する^(注1)。午後から脳波の検査。第1回の家族教育を行い、痴呆症の可能性、これまでの検査結果について説明を行い、痴呆症に対する家族の考え方を把握する。必要であれば主治医が介護保険の申請を指導する（退院後のリハビリ、家庭環境の整備など）。

入院5～6日目（週末）：患者、家族の希望があれば外泊とする。

入院7日目：午前中に教授回診。午後から頸部エコーにおいて頸動脈の動脈硬化性病変の評価を行う。必要であれば心エコー検査も行う。アポタンパクEのフェノタイピングの血液検査を行う。午後から脳血流シンチ（SPECT：IMP法にて定性検査）を実施する。

入院8日目：慢性あるいは亜急性の髄膜炎や脳炎が痴呆の鑑別診断上問題となる場合に、腰椎穿刺を行い脳脊髄液検査をする（細胞数、蛋白、糖、電解質、IgG index、タウ蛋白Ser¹⁹⁹磷酸化⁷⁾。背臥位にて2時間の安静の後、安静解除とする。午後からは神経心理検査Bを以下の検査バッテリーから選択して行う^(注2)。

入院9日目：午前中に神経心理検査Cを選択し行う^(注2)。

入院10日目：医師は検査所見を整理し鑑別診断を行い、治療方針を決定する。午後から第2回の医師、看護師、薬剤師との合同カンファレンスを行い、入院中の経過を総括し、

薬剤投与、退院後の療養計画、リハビリテーションの利用について具体的な計画を立てる。薬剤師は退院後の内服管理方法について決定する。

入院11日目：医師、看護師は患者、家族に検査結果、診断および療養計画を説明する（第2回患者教育）。家族や患者が痴呆症を受容できるよう、今後の対応のポイントを説明する。薬剤師は服薬指導を行う。退院後のフォローアップ体制を確認して、午後から退院とする。

（注1）頭部MRIおよびSPECTは検査予約が混雑することが多く、入院前に予約しておく。

（注2）神経心理検査は3回行うが、記憶検査（心理検査A）としてWMS-R、武蔵病院版方式を選択する。心理検査B、Cでは患者に応じて以下の検査バッテリーから選択して行う。

WAIS-R, ADAS-J cog, WAB失語症検査, ベントン視覚記銘検査, ウィウイスコンシンカードソーティング検査, Stroop test, Trail making test, レーブン色彩マトリシス検査, 仮名拾いテスト, FABなど。

3. 考察

今回作成したクリニカルパスでは、一般病床で痴呆の診断・治療を行うのみならず、患者または家族に対しての教育、また医療と介護との連携のもとに退院後の療養計画を立案することが可能であった。痴呆症の診断法は、概ねこれまでの方法に準じたものである¹⁾。すなわち、病歴、理学的所見に始まり、神経心理検査、神経放射線学的検査を補助診断とし、さらに必要に応じて脳脊髄液などの生化学的診断マーカーを検索する。これらの最新の診断技術を用いて、より総合的な診断が可能となる。入院期間の制限から神経心理検査は選択して行われる。

生活習慣病としての糖尿病、高血圧などの基本的な検査、および消化器、呼吸器を中心とした悪性腫瘍の検査では、症例に応じて多くのバリエーションが発生した。しかし予定された検査は、概ね入院期間での実行が可能であり、患者や家族の満足度も高かった。逆に、皮膚アレルギーや腰痛、関節痛、発熱などのほかの老年症候群についても入院中に検査してほしいとの希望が多かった。高齢者の生活習慣病は、多彩な臓器合併症を有することが多く、そのような患者には、クリニカルパスは本来対象として難しい。そのため本クリニカルパスの検証では、重症の合併症を有する者は対象としなかった。それでも新たに重要な合併症が発見された症例があり、必然的にクリニカルパスからは脱落となった。

クリニカルパスの形式としては、一般にオーバービュー式、日めくり式、オーバービュー式+日めくり式の3パターンがある。オーバービュー式では内容の拡大を図る上で限界があり、日めくり式では長期間のクリニカルパスを行う際、時系列での理解が困難である。両者を併用すれば、記述欄が増えスタッフの負担となる。いずれの形式にも一長一

短があるものの、本研究ではスタッフの負担の軽減を目的として、単純なオーバービュー式を採用した。パスの適応・除外基準、ケア問題、アウトカム、検査指示、業務・処置のチェックリストの記載が必要である⁵⁾。またバリエーションの収集の主目的は単にデータを集めることではなく、医療の質の向上や効率化、標準化に有用なフィードバックができるかということにある。このためバリエーションの分析は、日々達成すべきアウトカムと、治療プロセスの全体にかかわる在院日数の極端な増加や重大な合併症の発生に分けて考えるべきと考えられた。

言うまでもなく、クリニカルパスの目的は医療の質の向上にあるが、日本における医療の現場では、システム管理やマネジメントの研究が伝統的にあまりなされていない。さらに医療の標準化に対してアレルギーを示す医療従事者も多い。クリニカルパスでは、質の改善へのフィードバックがシステムの中に組み込まれており、バリエーションを収集、解析することで、現在の治療内容、経過、病院のシステムのどこに問題があるのか明確になるのが特徴である。またクリニカルパス作成の過程は、情報の共有化やチーム医療の土台になる部分であり、医療内容として最低限これだけは押さえておこうとする部分や各職種への介入も明確である。クリニカルパスはその意味でチーム医療の土壌となるわけで、私たちは本クリニカルパスの作成の段階から各職種を交えて検討を行った。

クリニカルパス導入上の問題点として、一般に各職種の連携不足、標準化に対する認識不足と誤解、クリニカルパス作成に要する時間、病院の方向性が不明確などが挙げられている⁵⁾。私たちの施設での問題点として、①非閉鎖型の病棟構造、②老年内科病棟で働く医師・看護師の痴呆症に対する不慣れ、③クリニカルパスを遂行する人員の不足——などが重要であった。このため本研究では上記のような対策を試みることで、医師と看護師が協調して痴呆症患者を受け入れる環境が整備された。本クリニカルパスが遂行され、痴呆性高齢者を一般病棟で管理することが実証された。本クリニカルパスの意義は、一般内科疾患を合併した痴呆性高齢者の病棟管理にアウトラインを示したことにある。今後、それぞれの施設の状況に応じて、さらにバリエーション、アウトカムが解析され、クリニカルパスがより進化していくことが期待される。またクリニカルパスが一般化され、痴呆症の専門医のいない病院・施設でも痴呆症患者の適切な管理ができることが望まれる。

2) 高度の脳室周囲白質病変を合併した アルツハイマー病の1例

櫻井 孝 浦上 克哉 横野 浩一

1) はじめに

高齢者痴呆性疾患では、アルツハイマー病と血管性痴呆で全体の8割程度を占めている。高齢者では加齢に加え、高血圧や糖尿病などの長い生活習慣病を背景に脳血管障害が潜在するため、アルツハイマー病でも、実際には脳血管障害がオーバーラップしたものが多いと考えられる。最近、アルツハイマー病と血管性痴呆の境界と類似点について重要な知見が集積されつつある¹⁾。すなわち、これまで独立した機序で高齢者の脳機能を低下させると考えられてきたアルツハイマー病型の病変と血管性病変が、相加的に働くことが示されている。塩酸ドネペジルの使用が一般化した今日でも、アルツハイマー病の治療はなお限られた状況にあり、予防可能な脳血管障害への対応は重要である。

そこでアルツハイマー病と脳血管障害に基づく認知障害、あるいはこれらが合併した症例について正確に診断することが求められている。今回、われわれが経験した、アルツハイマー病と脳血管障害の合併した症例について提示し、診断における問題点を考察したい。

2) 症例呈示

症 例：75歳の女性。右利き。

主 訴：耳鳴り、全身倦怠感。

既往歴：60歳頃より高血圧、高脂血症。現在アムロジピン、プラバスタ

チンナトリウムを内服している。

家族歴：母に高血圧，兄に胃癌。

教育歴：11年。

仕事歴：約15年，自宅で洋裁の先生。

現病歴：2～3年前より次第に不活発となり，得意であった料理に関する関心も低下していた。約1年前からは易疲労感，頭痛，四肢のしびれをしばしば訴え，自ら外出することも減っていた。またこの頃から同じことを何度もくり返し聞くようになったと家族が指摘する。3カ月前に，交通事故を間近で目撃し，そののち動悸，耳鳴りが生じ，不眠を強く訴える。このため近医にてエチゾラム，プロチゾラムの投与を受けていた。これらの訴えは浮動性であり，気分良く快活であることもある。時々，料理の手順を忘れ失敗することがあり，またもの忘れが次第に進行するため神戸大学病院を受診した。セルフケアは自立している。人格の変化，幻覚，被害妄想はみられない。

身体所見：身長：152 cm，体重：57.6 kg (BMI 24.9)。血圧：140/74 mmHg，脈拍：80/分(整)。胸部・腹部にとくに異常なし。

神経学的所見：意識清明，日常会話は普通で言語理解，表出は可能。脳神経系に異常なし。嚥下障害，構音障害なし。筋力の低下を認めず。深部腱反射はやや低下し，病的反射なし。上肢に姿勢時振せん(8～10 Hz)を認めるが，安静時振せんなし。筋トーン正常。小脳系，知覚系に明らかな異常所見なし。Romberg 徴候陰性。歩行障害なし。

検査所見：血球計数には異常なし。梅毒血清反応陰性。腎機能，肝機能にも問題なく，LD および CK が軽度上昇していたが，プラバスタチンナトリウム投与によるものと考えられた。脂質代謝の指標，電解質，甲状腺機能も基準値範囲内。ビタミン B₁，B₁₂，葉酸濃度にも異常なし。脳脊髄液の一般検査も異常なし。IgG index も 0.52 で正常範囲であった。

動脈硬化性病変：心電図で V₁～V₄ に陰性 T が認められ，心エコーで前壁の壁運動低下を認めた。頸動脈エコーでは，内膜中膜複合体の壁肥厚を認めた。高血圧性眼底変化は H₂S_{2,3}。これらの所見から心臓の虚血性病変，動脈硬化，小動脈の高血圧性変化を合併していることが示唆された。

高齢者総合機能評価表：身体機能，ADL，認知機能，うつ傾向，QOL，社会的・経済的サポートの8項目の機能評価を行った²⁾。認知機能はミニメンタルステート(MMS)が24点，長谷川式簡易知能スケール(HDS-R)が22点。ADL，QOLには異常なかったが，GDS-15がやや高値であり，抑うつ傾向が疑われた。