1. HELP の日本での実践応用

本田美和子

Key words : delirium, prevention, Hospital Elder Life Program

(日老医誌 2013; 50: 641-643)

はじめに

高齢化がかつてない速度で進行する日本において、急性期病院では高齢入院患者の割合が増加している。高齢患者は若年者に比べ、複数の疾患を持っていることが多く、看護のニーズがより高く、家族のサポートが得にくく、自宅への退院が困難となることも多い。さらに、入院中に起こるせん妄は、医療現場において大きな問題となっている。

せん妄はまた、「まだ十分に診断されていない疾患」でもある。とりわけ低活動型 (hypoactive delirium) は見逃されやすい。ハーバード大学の Sharon Inouye 教授が1994年に発表した Confusion Assessment Method: CAM は、1) 急性の発症と症状の動揺、2) 注意力の欠如、3) 思考の錯乱、4) 意識レベルの変化の4つの項目のうち、1)+2)+3)もしくは1)+2)+4)を満たすことでせん妄を診断する、感度・特異度ともに高い評価法である¹⁾(図1)。

せん妄が高齢入院患者に与える影響について長年研究を進めている Inouye は、自身の研究成果を実際の臨床に役立てるものとして、せん妄の予防プログラムを開発した。Hospital Elder Life Program (HELP) は、2000年に初めての論文が発表されて以降、全米、欧州、アジアの各国で導入されている。

Hospital Elder Life Program とは

Hospital Elder Life Program (HELP) は、以下の9つの基本プログラムから成り立つ。

- 1) 毎日ベッドサイドにボランティアを派遣し、ごく

普通の世間話を行ったり、患者の要望を伺って実行する。医療行為は行わない。

- 2) 適度な刺激のある毎日の活動を行う
- 3) 適度な運動療法を行う
- 4) 薬に頼らない睡眠プロトコルを実施する
- 5) 視覚・聴覚の評価を行う
- 6) 食事のアシスト (直接の食事介助は行わない)
- 7) 高齢者ケア専門チームの関与
- 8) 介護者への教育を行う
- 9) 地域との連携を図る

HELP の対象者

HELP の対象は、口頭でのコミュニケーションをとることが可能な、せん妄発症のリスクの高い患者である。

HELP の運営者

HELP の運営は、HELP コーディネーターおよび

1 急性の発症と症状の動揺

数時間から数日前の普段の様子と比べて、急に起きていますか

2 注意力の欠如

すぐに気がそれたり、会話の経過を追うことができないなど注意力を保つことに問題がありますか

3 思考の錯乱

とりとめなく関係のないことを話し続ける、不明瞭または論理的でない考え、話題を予想できないような形で変えるなど、患者の思考は一貫性がない

4 意識レベルの変化

1+2+3、または1+2+4があれば、せん妄と診断する

図1 せん妄診断のための Confusion Assessment Method: CAM

Inouye SK. Am J Med 97: 278-288, 1994

The key factors for implementation of Hospital Elder Life Program into Japanese hospitals

Miwako Honda: 国立病院機構東京医療センター
honda-1@umin.ac.jp

図2 ピッツバーグ大学での HELP の効果

Rubin, F. et al. JAGS 2011; 59: 359-365

HELP 看護師によって行う。HELP コーディネーターは必ずしも看護師でなくともよく、ボランティアスタッフの採用、スケジュール調整を行う。HELP 看護師は入院した患者の身体的評価、認知機能の評価等を行い、プログラムへの参加の可否を判断する。老年医学に理解のある医師の存在はもちろん重要であり、実際のプログラム運営にあたり、様々なバックアップを行う。

HELP ボランティア

学生、社会人、主婦、退職者など、良好なコミュニケーションを患者と取れるものであれば誰でもボランティアに応募することができる。HELP コーディネーターは個人と面談を行い、またトレーニングの様子を観察することによってボランティアとして適任であるかどうかを判断する。

HELP のスケジュール

HELP では、1日3シフト、少なくとも15分ずつのベッドサイド訪問を基本スケジュールとするが、各サイトの状況に応じて加減可能である。たとえば、朝のみ、夕のみなどの訪問でもよく、対応可能なボランティアの人数に応じて調整する。

HELP 導入にあたって

HELP を始めるにあたって何を準備すべきか、誰と相談すべきか、病院管理者との面談時に用意すべき資料は何か、など具体的かつ詳細なマニュアルが作成されており、これは Hospital Elder Life Program のウェブサイト (<http://www.hospitalelderlifeprogram.org/>) から無料でダウンロードできる。このほかマニュアルには前述の9の基本プログラムに関する詳細な指示、ボランティアの募集・養成・継続的な活動、効果を判定するためのデータベースづくりなどが含まれる。現在日本語版

HELP マニュアルを同ウェブサイトからダウンロードできるよう準備中である。

HELP の効果

現在 HELP を導入している施設は80を超えるが、その効果が次々と発表されている。認知機能・ADLの低下が有意に少なくなった²⁾、せん妄の減少および睡眠薬使用の減少が見られた²⁾、医療費の削減およびせん妄の減少がみられた³⁾等が挙げられるが、今回のパネルディスカッションの基調講演を行ったピッツバーグ大学シャディサイド病院のFred Rubin教授の研究では、HELP導入によって高齢入院患者のせん妄は41%から18%へ減少し、入院期間は2.15日短縮し、せん妄予防によって節約できた医療費が年間203万1,440ドル(約2億36万円)であることが報告された⁴⁾(図2)。

HELP を始めるために必要なこと

HELP の導入に際してもっとも重要なことは、強いリーダーシップを持つリーダーの存在である。医療機関に新たな取り組みを導入する際には、多職種の連携が不可欠であり、そのグループを率いるリーダーは病院管理者、病棟担当者、事務担当者などと良好なコミュニケーションを図りながらプログラムの導入を進める。HELP マニュアルにはその方法について詳述されているが、実際は現状に即した弾力的な運用が必要となることが多い。今回日本初の HELP 導入を行った、尼崎生協病院および西淀病院の報告は今後プログラム導入を考慮する医療機関にとって参考になると考える。

基本的な進め方としては

- 1) 入院患者のせん妄について、困っていることを病院全体で共有する
- 2) せん妄の診断について学び、自施設での頻度について調査を行う
- 3) せん妄に関連する医療費、薬剤費、入院日数などについて明らかにし、病院管理者と協議する
- 4) ボランティアをベッドサイドに派遣することに関する院内のコンセンサスを得る
- 5) ボランティアの募集・採用・教育
- 6) プログラム開始後の問題点の指摘と対策などが挙げられる。

とりわけ HELP コーディネーターに対する周囲のサポートは重要である。

また、プログラム継続のためには

- 1) 強いリーダーシップを持続させること
- 2) HELP マニュアルの柔軟な運用

3) 長期的な経済面の支援
などの重要性が指摘されている⁵⁾。

HELP サイトのネットワーク

現在, HELP を実施している医療機関の担当者は, ネットワークを作り互いに情報交換を行っている。とりわけ, メーリングリストでは活発な意見交換がなされており, このリストには HELP を導入していない医療機関も参加可能である。

Hospital Elder Life Program のウェブサイト (<http://www.hospitalelderlifeprogram.org/>) よりメーリングリストに登録できる。

また, 実績のある HELP サイトはプログラム拠点施設として他の施設への教育, 相談援助を行っている。日本においては筆者が担当しており, 具体的な質問・援助に応じている。

認知機能の低下した高齢者への コミュニケーション

最後に, せん妄を起こすリスクの高い, 認知機能の低下した高齢者へのコミュニケーションとして注目されているフランスのケアメソッドを紹介する。

Humanitude はフランスで 34 年前に始められたケアメソッドである。ケアの対象となる相手を「人間」としてとらえる哲学的なアプローチを重視するこのメソッドは, 1) 見る 2) 触れる 3) 話す 4) 立つことの援助を行うの 4 つの要素から成り立ち, 150 を超える具体的

なテクニックを含む。日本へ初めて紹介された 2012 年以降, 日常ケアに困難を生じている認知症患者に対して実施され効果が上がっている。

最 後 に

高齢化が急速に進む日本の医療現場で, せん妄は本人, 家族, 医療従事者, 社会にそれぞれに大きな影響を与える疾患であり, その対策は急務である。せん妄に対する最高の対処は予防であり, Hospital Elder Life Program はこの目的に資すると考える。

文 献

- 1) Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI: Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine* 1990; 113: 941-948.
- 2) Inouye SK, Bogardus ST Jr, Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM Jr: The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Hospital Elder Life Program. J Am Geriatr Soc* 2000; 48 (12): 1697-1706.
- 3) Caplan GA, Harper EL: Recruitment of volunteers to improve vitality in the elderly: the REVIVE study. *Intern Med J* 2007; 37 (2): 95-100.
- 4) Rubin FH, Neal K, Fenlon K, Hassan S, Inouye SK: Sustainability and scalability of the hospital elder life program at a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59 (2): 359-365.
- 5) Bradley EH, Webster TR, Baker D, Schlesinger M, Inouye SK: After adoption: sustaining the innovation. A case study of disseminating the hospital elder life program. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53 (9): 1455-1461.