

201311012A

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
平成 25 年度 総括・分担研究報告書

認知症のケア及び看護技術に関する研究

(H25-認知症一般-007)

平成 26 年 3 月

研究代表者 筒井 孝子

国立保健医療科学院 統括研究官

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
平成 25 年度 総括・分担研究報告書

認知症のケア及び看護技術に関する研究

（H25・認知症・一般・007）

平成 26 年 3 月

研究代表者 筒井 孝子

国立保健医療科学院 統括研究官

目次

総括研究報告	5	
研究代表者：筒井孝子（国立保健医療科学院統括研究官）		
分担研究報告		
看護必要度評価による認知症入院患者の状態像の検討		
－患者調査データを用いた分析－	12	
研究代表者 筒井孝子	（所属 国立保健医療科学院）	
分担研究者 西川正子	（所属 国立保健医療科学院）	
分担研究者 東野定律	（所属 静岡県立大学経営情報学部）	
研究協力者 大冢賀政昭	（所属 長寿科学振興財団リサーチ・レジデント）	
DASCによる認知症に係わる生活機能障害と介護サービスの利用状況の関連性		26
分担研究者 東野定律	（所属 静岡県立大学経営情報学部）	
研究代表者 筒井孝子	（所属 国立保健医療科学院）	
研究協力者 大冢賀政昭	（所属 長寿科学振興財団リサーチ・レジデント）	
認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴		
－介護保険施設入所高齢者へのタイムスタディ分析をもとに－	43	
研究代表者 筒井孝子	（所属 国立保健医療科学院）	
分担研究者 東野定律	（所属 静岡県立大学経営情報学部）	
分担研究者 田中彰子	（所属 山梨県立大学看護学部）	
研究協力者 大冢賀政昭	（所属 長寿科学振興財団リサーチ・レジデント）	
認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連の検討		108
研究分担者 栗田主一	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）	
研究協力者 宇良千秋	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）	
研究協力者 宮前史子	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）	
研究協力者 新川祐利	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）	
研究協力者 佐久間尚子	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）	
研究協力者 杉山美香	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）	
研究協力者 井藤佳恵	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）	
研究協力者 岡村 毅	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）	
研究協力者 伊集院陸雄	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）	
研究協力者 稲垣宏樹	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）	
研究協力者 岩佐 一	（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）	

研究代表者：筒井孝子（国立保健医療科学院統括研究官）

研究目的：

本研究の目的は、認知症のステージ別に、そのケアや看護技術を明らかにし、この標準化を行うことである。これにあたっては、研究代表者らがすでに開発した認知症の臨床像を総合的に評価するアセスメントツールである DASC（栗田 2012）等を用いて、介護保険施設や医療機関を利用している認知症の方へのケアや看護技術の実態調査を行うこととしている。平成 25 年度は、認知症ケアおよび看護技術の一般化に取り組んできた研究者による委員会を組織し、認知症ケアと看護技術を明らかにするための調査設計を行い、これに基づいた予備的な調査研究を実施することとしていた。

今年度は、①看護必要度評価による認知症入院患者の状態像の検討、②DASC による認知症に係わる生活機能障害と介護サービスの利用状況の関連性、③認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴、④認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連の検討の四つの調査研究を実施した。

研究方法：

①入院医療機関における患者の状態像および認知症の有無、認知症を有する患者の入院時の状態像を明らかにするため、性別、年齢、入院している医療機関の種類（入院基本料）、認知症の有無について、記述統計を行った。また、各種入院基本料別に、入院患者における認知症の有無、看護必要度得点の分析を行った。認知症の有無別の入院基本料別の看護必要度得点の比較に際しては、T 検定を実施した。その後、入院基本料の中から、いわゆる急性期病床と療養病床と考えられる病床を抽出し、この任意に定めた両病床における認知症あり群の入院初日における看護必要度得点パターンの分析を行った。さらに、本研究における認知症ありの定義は、疾病 119 分類（ICD・10 準拠）の疾病コードが記されていた患者とした。

②A 県 B 市にある C 法人より、居宅介護サービス利用者に対する認知症の生活機能障害に係わるアセスメントツールである DASC を実施した調査データを収集した。認知症診断群別の生活機能障害およびこの障害を基にした認知症進行状況の把握し、この進行状況別の介護サービスの利用状況について明らかにすることとした。

③平成 23 年 2 月に研究代表者らが実施しているサービスの質が高く、認知症等に関する診断名、治療内容等を的確に把握している施設（グループホーム及びユニット型介護老人保健施設）の入居者/入所者を対象として実施されたタイムスタディ調査データの二次分析を行った。調査対象となった介護保険施設（ユニット型の介護老人保健施設、認知症対象型グループホーム）に入所する高齢者の基本属性、認知機能・問題行動（CDR）、要介護認定基準時間、提供されたケア時間、ケア内容別ケア時間について記述した上で、これらが認知症の疾患別にどのように異なるかについて分析を行った。

④「東京都町田市の特定期間に在住する高齢者 7,682 名を対象に日本語版 WHO-5 を含む自記式アンケート調査を実施し（第 1 次調査）、同地区の地域在住高齢者 7,682 名より層化無作為抽出された 2,858 名を対象に看護師を含む 2 名の調査員が訪問し、DASC-21 を含む面接聞き取り調査（第 2 次調査）を実施した。

結果及び考察：

①本研究における認知症ありの定義は、疾病 119 分類（ICD-10 準拠）の疾病コードが記されていた患者とした。このため、データ数はかなり限られたものとなったと推察される。本研究で、「急性期」と定義した一般急性期病床では、認知症患者の入院はほとんどなかった。一方、「療養病棟入院基本料」を算定する療養病床には、認知症患者が多く入院していた。また、急性期病床においては、認知症がある患者の方が ADL の介助が多くの場合に必要な患者であることは、B 得点の高さから明らかであろう。一方、療養病床で、認知症の有無によって B 得点には有意差が示されておらず、これは、療養病床には、認知症に罹患していない ADL 介助が多く必要な患者が入院していることを示しているものと考えられた。

さらに、急性期と療養、いずれも認知症がある患者の半数は、A 得点は 0 であり、いずれの処置も発生していない患者であった。だが、急性期・療養ともに「創傷処置」そして、急性期では、点滴やモニターの管理が行われ、療養では気管切開に係わる処置が必要な患者が入院していた。

②研究結果から、認知症確定診断の有無別に score の有意差が示され、DASC はとりわけ認知症の疑い弁別に有効であることが明らかにされた。また、認知症の疑いの有無別に介護サービスの利用状況が異なることが示された。

今後は、より詳細な介護や看護のケアの内容や、これらのケアの内容と認知症の進行度との関係を経年的に分析することによって、認知症の生活機能障害や進行度合いに応じたケアパスを開発するためのエビデンスを収集していく必要があると考えられた。

③認知症の CDR の分析結果から疾患別に有意差が示されたのは、「家庭生活および趣味関心」のみであった。また、認知症疾患とケア時間については、合計ケア時間及び大分類別ケア時間の分析結果からは、詳細不明の認知症へのケア提供時間が長かった（ただし、3 名）。また、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」、その他の認知症（前頭側頭型、レビー小体型）の組み合わせに着目し、認知症疾患別にケア内容別ケア提供時間を分析した結果、有意差は、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」の組み合わせの「清潔・整容」、「BPSD への対応」、「洗濯」のみであり、「脳血管性認知症」のほうが有意にケア時間が長いことが明らかになった。

本研究において、介護保険施設入所者を対象として実施された認知症の鑑別診断および認知症に関わる詳細なアセスメント調査とタイムスタディ調査のデータを結合したデータを分析することによって、認知症疾患と認知機能や BPSD あるいは認知症の重症度、そして、認知症疾患とケア提供時間の関連性についての基礎資料が示された。

④1,341 名に対して訪問調査を実施し、このうち 1,329 名において DASC-21 のすべての項目について評価した（実施率 99.1%）。DASC-21 の Cronbach α は 0.937、主因子法／プロマックス回転による探索的因子分析で 3 因子構造（第 1 因子：身体的 ADL 障害、第 2 因子：手段的 ADL 障害、第 3 因子：認知機能障害）が確認された。DASC-21 は年齢が高

いほど、教育年数が低いほど、得点が高かった。DASC-21 は WHO-5-J とも有意に相関し、DASC-21 が高いほど、WHO-5-J は低かった。この関係は、年齢、教育年数で制御した偏相関分析においても確認された。

結論：

今年度の予備調査の結果、①看護必要度評価による処置と ADL の状況からみた認知症入院患者の状態像、②DASC による認知症に係わる生活機能障害と介護サービスの利用状況の関連性、③認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴、④認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連性についての基礎的な知見が収集された。

今後は引き続き、疾患特有の状態像とケア提供の関連について、在宅や医療機関のデータを踏まえて検討し、これによってエビデンスに基づいたケアや看護技術のあり方について検討を進めていくことを予定している。

A. 研究目的

本研究の目的は、認知症のステージ別に、そのケアや看護技術を明らかにし、この標準化を行うことである。これにあたっては、研究代表者らがすでに開発した認知症の臨床像を総合的に評価するアセスメントツールである DASC（栗田 2012）等を用いて、介護保険施設や医療機関を利用している認知症の方へのケアや看護技術の実態調査を行うこととしている。平成 25 年度は、認知症ケアおよび看護技術の一般化に取り組んできた研究者による委員会を組織し、認知症ケアと看護技術を明らかにするための調査設計を行い、これに基づいた予備的な調査研究を実施することとしていた。

今年度は、1) 看護必要度評価による認知症入院患者の状態像の検討、2) DASC による認知症に係わる生活機能障害と介護サービスの利用状況の関連性、3) 認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴、4) 認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連の検討の四つの調査研究を実施した。

B. 研究方法

1) 看護必要度評価による認知症入院患者の状態像の検討

入院医療機関における患者の状態像および認知症の有無、認知症を有する患者の入院時の状態像を明らかにするため、性別、年齢、入院している医療機関の種類（入院基本料）、認知症の有無について、記述統計を行った。また、各種入院基本料別に、入院患者における認知症の有無、看護必要度得点の分析を行った。認知症の有無別の入院基本料別の看護必要度得点の比較に際しては、T 検定を実施した。その後、入院基本料の中から、いわゆる急性期病床と療養病床と考えられる病床を抽出し、この任意に定めた両病床における認知症あり群の入院初日における看護必要度得点パターンの分析を行った。さらに、本研究における認知症ありの定義は、疾病 119 分類（ICD-10 準拠）の疾病コードが記されていた患者とした。

2) DASC による認知症に係わる生活機能障害と介護サービスの利用状況の関連性

A 県 B 市にある C 法人より、居宅介護サービス利用者に対する認知症の生活機能障

害に係わるアセスメントツールである DASC を実施した調査データを収集した。認知症診断群別の生活機能障害およびこの障害を基にした認知症進行状況の把握し、この進行状況別の介護サービスの利用状況について明らかにすることとした。

3) 認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴

平成 23 年 2 月に研究代表者らが実施した提供しているサービスの質が高く、認知症等に関する診断名、治療内容等を的確に把握している施設(グループホーム及びユニット型介護老人保健施設)の入居者/入所者を対象として実施されたタイムスタディ調査データの二次分析を行った。調査対象となった介護保険施設(ユニット型の介護老人保健施設、認知症対象型グループホーム)に入所する高齢者の基本属性、認知機能・問題行動(CDR)、要介護認定基準時間、提供されたケア時間、ケア内容別ケア時間について記述した上で、これらが認知症の疾患別にどのように異なるかについて分析を行った。

4) 認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連の検討

「東京都町田市の特定地区に在住する高齢者 7,682 名を対象に日本語版 WHO-5 を含む自記式アンケート調査を実施し(第 1 次調査)、同地区の地域在住高齢者 7,682 名より層化無作為抽出された 2,858 名を対象に看護師を含む 2 名の調査員が訪問し、DASC-21 を含む面接聞き取り調査(第 2 次調査)を実施した。

C. 研究結果

1) 看護必要度評価による認知症入院患者

の状態像の検討

認知症の有無別看護必要度得点の状況としては、「一般病棟用重症度・看護必要度」得点を認知症の有無別に分析をすると、全体では、A 得点認知症なし 0.76 点、認知症あり 0.59 点であり、有意差は見られなかった。B 得点では、認知症なし 4.44 点、認知症あり 8.55 点と認知症ありの方が有意に得点が高かった。

また、病床種類別にみると、A 得点は、いずれの病床でも認知症の有無における有意差は見られず、B 得点は、急性期は、認知症なし 2.83 点、認知症あり 5.45 点と有意差が見られ、その他においても認知症なし 7.72 点、認知症あり 11.50 点と有意差が見られた。ただし、「療養」では、認知症なし 9.09 点、認知症あり 9.17 点と有意差が見られなかった。

さらに、2つの病床種類として、「急性期」と「療養」に着目し、認知症あり群における看護必要度の得点のパターンを分析した。A(モニタリング及び処置等)得点は、「1 創傷処置」、「2 血圧測定」、「3 時間尿測定」、「4 呼吸ケア」、「5 点滴ライン同時 3 本以上」、「6 心電図モニター」、「7 シリンジポンプの使用」、「8 輸血や血液製剤の使用」、「9 専門的な治療・処置」の 9 項目となっていた。

A 得点のパターンとして、「急性期」および「療養」で最も多かったのは、いずれの項目も「なし」で「急性期」では、11 名中 6 名(54.5%)、「療養」では 42 名中 24 名(57.1%)が占めていた。

B(患者の状況等)は、「1 寝返り」、「2 起き上がり」、「3 座位保持」、「4 移乗」、「5 口腔清潔」、「6 食事摂取」、「7 衣服の着脱」の 7 項目となっている。A 得点の状況と異なり、B 得点が 0 点の患者は、「急性期」も「療養」も各 1 名のみであった。

「急性期」・「療養」各 4 名となっていた。10 点以上の患者は、「急性期」が 11 名中 2 名 (18.2%) に対し、「療養」は、42 名中 29 名 (57.1%) であった。

2) DASC による認知症に係わる生活機能障害と介護サービスの利用状況の関連性

DASC SCORE の状況は、今回の調査対象においては平均 41.0 点 (標準偏差 16.6) であり、最小 18 点から最大 72 点まで分布していた。認知症ありが疑われる DASC29 点以上は、1057 名 (69.8%) と全体の 7 割近くを占めていた。

DASC SCORE による認知症の疑いの有無別介護サービスの利用状況は、DASC SCORE による認知症の疑いの有無別 (DASC29 点未満 29 点以上) 介護サービスの利用状況をみたところ、訪問介護 (身体介護) 以外に統計的有意差が示され、ディケアでは DASC29 点未満の群が有意にサービス利用が多く、その他のサービスはいずれも DASC 29 点以上の群の方がサービス利用が多かった。

また、認知症の有無 (DASC28 点未満 or DASC29 点以上) を従属変数、介護サービス種類別の利用回数を独立変数とした判別分析 (ステップワイズ法) を実施したところ、四つのサービスが選択され、認知症あり群 (DASC29 点以上) には、認知症通所介護、通所介護、訪問介護 (生活支援) が多く利用され、認知症なし (DASC28 点未満) の利用者には、ディケアが多く利用されることが明らかになった。

3) 認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴

認知症の CDR の分析結果から疾患別に有意差が示されたのは、「家庭生活および趣味関心」のみであった。また、認知症疾患とケア時間については、合計ケア時間及び大

分類別ケア時間の分析結果からは、詳細不明の認知症へのケア提供時間が長かった (ただし、3 名)。また、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」そして、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」、その他の認知症 (前頭側頭型、レビー小体型) の組み合わせに着目し、認知症疾患別にケア内容別ケア提供時間を分析した結果、有意差は、「脳血管性認知症とアルツハイマー型認知症」の組み合わせの「清潔・整容」、「BPSD への対応」、「洗濯」のみであり、「脳血管性認知症」のほうが有意にケア時間が長いことが明らかになった。

本研究において、介護保険施設入所者を対象として実施された認知症の鑑別診断および認知症に関わる詳細なアセスメント調査とタイムスタディ調査のデータを結合したデータを分析することによって、認知症疾患と認知機能や BPSD あるいは認知症の重症度、そして、認知症疾患とケア提供時間の関連性についての基礎資料が示された。

4) 認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連の検討

1,341 名に対して訪問調査を実施し、このうち 1,329 名において DASC-21 のすべての項目について評価した (実施率 99.1%)。DASC-21 の Cronbach α は 0.937、主因子法 / プロマックス回転による探索的因子分析で 3 因子構造 (第 1 因子: 身体的 ADL 障害、第 2 因子: 手段的 ADL 障害、第 3 因子: 認知機能障害) が確認された。DASC-21 は年齢が高いほど、教育年数が低いほど、得点が高かった。DASC-21 は WHO-5-J とも有意に相関し、DASC-21 が高いほど、WHO-5-J は低かった。この関係は、年齢、教育年数で制御した偏相関分析においても確認された。

D. 考察

1) 看護必要度評価による認知症入院患者の状態像の検討

本研究における認知症ありの定義は、疾病 119 分類 (ICD-10 準拠) の疾病コードが記されていた患者とした。このため、データ数はかなり限られたものとなったと推察される。

本研究で、「急性期」と定義した一般急性期病床では、認知症患者の入院はほとんどなかった。一方、「療養病棟入院基本料」を算定する療養病床には、認知症患者が多く入院していた。また、急性期病床においては、認知症がある患者の方が ADL の介助が多く、多くの場面で必要な患者であることは、B 得点の高さから明らかであろう。一方、療養病床で、認知症の有無によって B 得点には有意差が示されておらず、これは、療養病床には、認知症に罹患していない ADL 介助が多く必要な患者が入院していることを示しているものと考えられた。

さらに、急性期と療養、いずれも認知症がある患者の半数は、A 得点は 0 であり、いずれの処置も発生していない患者であった。だが、急性期・療養ともに「創傷処置」そして、急性期では、点滴やモニターの管理が行われ、療養では気管切開に係わる処置が必要な患者が入院していた。

2) DASC による認知症に係わる生活機能障害と介護サービスの利用状況の関連性

研究結果から、認知症確定診断の有無別に score の有意差が示され、DASC はとりわけ認知症の疑い弁別に有効であることが明らかにされた。また、認知症の疑いの有無別に介護サービスの利用状況が異なることが示された。

今後は、より詳細な介護や看護のケアの

内容や、これらのケアの内容と認知症の進行度との関係を経年的に分析することによって、認知症の生活機能障害や進行度合いに応じたケアパスを開発するためのエビデンスを収集していく必要があると考えられた。

3) 認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴

本研究の結果から、認知症確定診断の有無別に score の有意差が示され、DASC はとりわけ認知症の疑い弁別に有効であることが明らかにされた。また、認知症の疑いの有無別に介護サービスの利用状況が異なることが示された。

今後は、より詳細な介護や看護のケアの内容や、これらのケアの内容と認知症の進行度との関係を経年的に分析することによって、認知症の生活機能障害や進行度合いに応じたケアパスを開発するためのエビデンスを収集していく必要があると考えられた。

4) 認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連の検討

本研究は、地域に在住する一般高齢者を対象に、DASC-21 を用いて認知機能と生活機能を調査した最初の研究である。欠損値なく完全に実施できた割合は 99.1%であり、このことは、訓練を受けた専門職であれば、誰でも簡便にこのツールを使用できることを示している。尺度の内的一貫性も十分であり、因子分析の結果からも設計どおりの因子構造が保持されていることがわかる。

本調査では、WHO-5-J との有意な相関が確認されたが、このことは、DASC-21 を用いて専門職によって評価された認知機能や生活機能の低下が、本人の主観的な精神的健康度の低下と関連していることを示すも

のである。認知症の初期に見られる認知機能や生活機能の低下が、高齢者の精神的健康や QOL の低下と深く関連することは臨床的実感とも一致している。

E. 結論

今年度の予備調査の結果、①看護必要度評価による処置と ADL の状況からみた認知症入院患者の状態像、②DASC による認知症に係わる生活機能障害と介護サービスの利用状況の関連性、③認知症疾患別の認知機能や問題行動の状況および提供されるケアの特徴、④認知症高齢者の包括的 QOL 尺度の

認知症高齢者の精神的健康 (Wellbeing) および QOL は、認知症初期の予防的介入のアウトカム指標として重要であり、実用的な指標の開発は急務の課題である。

開発に向けた DASC の妥当性検証と主観的 Wellbeing との関連性についての基礎的な知見が収集された。

次年度以降は、引き続き、疾患特有の状態像とケア提供の関連について、在宅や医療機関のデータを踏まえて検討し、これによってエビデンスに基づいたケアや看護技術のあり方について検討を進めていくことを予定している。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

・筒井孝子. わが国における地域包括ケアシステムの動向と認知症ケア. 第 28 回日本老年精神医学会, 大阪, 2013. 6. 5.

・西川正子, 筒井孝子, 東野定律, 大冢賀政昭. 入院医療機関における処置と患者の状況の検討 (1) - 在院日数別看護必要度得点の推移による分析 - 第 72 回日本公衆衛生学会総会, p264, 三重, 2013. 10. 23-25

・筒井孝子, 東野定律, 大冢賀政昭, 西川正子. 入院医療機関における処置と患者の状況の検討 (2) - 認知症の有無別の看護必要度得点の比較 - 第 72 回日本公衆衛生学会総会, p264, 三重, 2013. 10. 23-25

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

看護必要度評価による認知症入院患者の状態像の検討
－患者調査データを用いた分析－

研究代表者 筒井孝子 （所属 国立保健医療科学院）
分担研究者 西川正子 （所属 国立保健医療科学院）
分担研究者 東野定律 （所属 静岡県立大学経営情報学部）
研究協力者 大塚賀政昭 （所属 長寿科学振興財団リサーチ・レジデント）

研究目的 厚生労働省では「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会の実現」を目指した地域包括ケアシステムを推進しており、こうした「条件さえ整備されれば入院治療を行わなくても良い人」をできる限り地域で暮らせることを目標としている。認知症の方にとっては、住み慣れた環境で過ごすことそのものが認知症の治療上もプラスであるとされており、さらには、在宅で過ごすことができる街づくりという地域包括ケアシステムの目標は限りある医療資源が有効に活用されることにもつながると考えられている。

本研究事業では、認知症患者へのケア及び看護技術を明らかにすることを目的としているが、現行の入院医療体制において、どのような状態像の認知症患者が入院しているかを詳細に把握することは重要でありながら、これまでほとんど明らかにされていない。

そこで、わが国の入院医療機関の入院患者について調査した「平成 24 年度患者調査」のデータを用いて、看護必要度評価による認知症入院患者の状態像を把握するとともに、とりわけ急性期型と療養型の入院医療機関でどのように認知症入院患者の状態像が異なるかを把握することを目的とした。

研究方法 入院医療機関における患者の状態像および認知症の有無、認知症を有する患者の入院時の状態像を明らかにするため、性別、年齢、入院している医療機関の種類（入院基本料）、認知症の有無について、記述統計を行った。

また、各種入院基本料別に、入院患者における認知症の有無、看護必要度得点の分析を行った。認知症の有無別の入院基本料別の看護必要度得点の比較に際しては、T 検定を実施した。その後、入院基本料の中から、いわゆる急性期病床と療養病床と考えられる病床を抽出し、この任意に定めた両病床における認知症あり群の入院初日における看護必要度得点パターン分析を行った。

なお、これら入院基本料については、「入院基本料 7 対 1」、「経過措置 7 対 1」、「入院基本料 10 対 1」、「入院基本料 13 対 1」、「入院基本料 15 対 1」を「急性期」とし、「亜急性期入院医療管理料」を「亜急性期」、「回復期リハビリテーション病棟入院料」を「回復期」、「療養病棟入院基本料」を「療養」、それ以外の「障害者施設等入院基本料」、「特殊疾患病棟入院料」、「有床診療所入院基本料」、「不明」を「その他」と分類している。

さらに、本研究における認知症ありの定義は、疾病 119 分類（ICD-10 準拠）の疾病コー

ドが記されていた患者とした。

研究結果 療養、急性期病床別に分析した結果、認知症ありの患者の割合は、「療養」が 42 名（11.6%）と最も多く、「その他」病床 4 名（2.9%）、「急性期」病床が 11 名（0.9%）、「回復期」病床 1 名（1.6%）であった。

「一般病棟用重症度・看護必要度」得点を認知症の有無別に分析をすると、全体では、A 得点は、認知症なし群では、0.76 点、認知症あり群では 0.59 点であり、有意差は見られなかった。B 得点では、認知症なし群 4.44 点、認知症あり群 8.55 点と認知症あり群の方が有意に得点が高かった。

病床別には、A 得点においては、有意差はなかったが、B 得点は、急性期は、認知症なし 2.83 点、認知症あり 5.45 点と示され有意差があった。その他病床も認知症なし 7.72 点、認知症あり 11.50 点と有意差があった。しかし、「療養」では、認知症なし 9.09 点、認知症あり 9.17 点と有意差はなかった。

考察および結論 本研究における認知症ありの定義は、疾病 119 分類（ICD-10 準拠）の疾病コードが記されていた患者とした。このため、データ数はかなり限られたものとなったと推察される。本研究で、「急性期」と定義した一般急性期病床では、認知症患者の入院はほとんどなかった。一方、「療養病棟入院基本料」を算定する療養病床には、認知症患者が多く入院していた。また、急性期病床においては、認知症がある患者の方が ADL の介助が多くの場合に必要な患者であることは、B 得点の高さから明らかになった。一方、療養病床で、認知症の有無によって B 得点には有意差が示されておらず、これは、療養病床には、認知症に罹患していない ADL 介助が多く必要な患者が入院していることを示しているものと考えられた。さらに、急性期と療養、いずれも認知症がある患者の半数は、A 得点は 0 であり、いずれの処置も発生していない患者であった。だが、急性期・療養ともに「創傷処置」そして、急性期では、点滴やモニターの管理が行われ、療養では気管切開に係わる処置が必要な患者が入院していた。

このような実態を踏まえ、今後は、急性期から慢性期にかけて入院医療機関の機能分化が進む中で、認知症の有無による処置や療養上の世話に係わるケアの特性とこれに必要な看護技術を明らかにし、認知症患者の慢性疾患の急性増悪に対応できるケアを入院医療体制の中でも提供できる体制整備を整えていくことが重要となると考えられた。

A. 研究目的

厚生労働省が発表した「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」では、平成25～29年度の計画として、「1.標準的な認知症ケアパスの作成・普及」「2.早期診断・早期対応」「3..地域での生活を支える医療サービスの構築」「4.地域での生活を支える介護サービスの構築」「5.地域での日常生活・家族の支援の強化」「6.若年性認知症施策の強化」「7.医療・介護サービスを担う人材の育成」という7つの取組の柱を立て、それぞれに具体的な数値目標等を掲げて、推進することとしている。このうち「3.地域での生活を支える医療サービスの構築」では、「精神科病院に入院が必要な状態像の明確化」として、平成24年度以降、調査研究を実施することとされた。

認知症患者は増加してきただけでなく、将来的には更なる増加が見込まれており、それに伴い精神科病院に入院している認知症の人も増加し続けている。しかし、入院する認知症患者の中には、居宅や通所・施設での介護サービス等の支援環境があれば、必ずしも入院治療を行わなくても地域社会で生活できる人が少なからず含まれているのではないかと考えられている。

厚生労働省では「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会の実現」を目指しており、こうした「条件さえ整備されれば入院治療を行わなくても良い人」は、できる限り地域で暮らせることが望ましい。このような人々の退院やこのような人々が入院することなく地域で生活することが実現できれば、認知症の人自身の生活への満足度が向上するだけでなく、住み慣れた環境で過ごすことそのものが認知症の治療上もプラスであるとされており、さらには限りある医療資源が有

効に活用されることにもつながるものと考えられる。

本研究事業においては、認知症患者へのケア及び看護技術を明らかにすることを目的としているが、現行の入院医療体制において、どのような状態像の認知症患者が入院しているかを詳細に把握することは重要である。

そこで、わが国の入院医療機関の入院患者について調査した「平成24年度患者調査」のデータを用いて、看護必要度評価による認知症入院患者の状態像を把握するとともに、とりわけ急性期型と療養型の入院医療機関でどのように認知症入院患者の状態像が異なるかを把握することを目的とした。

B. 研究方法

1) 分析データの作成

厚生労働省保険局医療課が実施した保険医療機関で測定している患者情報を調査した「平成24年度患者調査」のデータから、以下の手順で分析データを作成した。

1. 患者が入院する病床属性および患者情報を結合した延べ分析データを作成（57万件）。

2. 一患者かつ入院初日の患者の状態像を分析するため、入院初日のアセスメントデータのみを抽出（25,629件）。

3. 疾病データがあり、かつ、主傷病、副傷病（最大2つ）のいずれかのうち、疾病119分類（ICD-10 準拠）の疾病コードのうち、「血管性及び詳細不明の認知症」または「その他の精神及び行動の障害」が該当していた患者を抽出した（1,926件）。

4. 認知症に係わる患者を抽出するため、40歳未満の患者データを除外した（1,771件）。

2) 分析方法

分析対象とした患者調査を元にした入院医療機関における患者の状態像および認知症の有無、認知症を有する患者の入院時の状態像を明らかにするため、性別、年齢、入院している医療機関の種類(入院基本料)、認知症の有無について、記述統計を行った。

また、入院基本料を「入院基本料7対1」、「経過措置7対1」、「入院基本料10対1」、「入院基本料13対1」、「入院基本料15対1」を「急性期」とし、「亜急性期入院医療管理料」を「亜急性期」、「回復期リハビリテーション病棟入院料」を「回復期」、「療養病棟入院基本料」を「療養」、それ以外の「障害者施設等入院基本料」、「特殊疾患病棟入院料」、「有床診療所入院基本料」、「不明」を「その他」と分類し、病床種類別の認知症の有無、看護必要度得点の分析を行った。

また、認知症の有無別の病床種類別の看護必要度得点の比較を行った。この比較に際しては、T検定を実施した。

その後、病床種類から、最も多かった急性期と療養に着目し、認知症あり群における看護必要度得点パターンの分析を行い、それぞれの病棟種類において入院初日の認知症患者の状態像の特徴を把握した。

倫理的配慮としては、本研究の実施にあたり、国立保健医療科学院の倫理審査委員会の認証を受けた(NIPH-TRN#12006)。

C. 研究結果

1) 分析対象患者の属性

分析対象となった1,771名の患者の属性は以下の通りである。平均年齢については、73.7歳(標準偏差13.2)であった。性別については、「男性」839名(47.4%)「女性」932名(52.6%)であった。年齢区分については、「80歳以上-90歳未満」が493名

(27.8%)と最も多く、次に多かったのは「70歳以上-80歳未満491名」(27.7%)であった。この「70歳以上-90歳未満」で約半数を占めていた。「60歳以上-70歳未満」342名(19.3%)、「90歳以上」179名(10.1%)、「50歳以上-60歳未満」164名(9.3%)、「40歳以上-50歳未満」102名(5.8%)と続いていた。

入院基本料としては、「入院基本料7対1」686名(38.7%)が最も多く、その後「療養病棟入院基本料」363名(20.5%)、「入院基本料10対1」350名(19.8%)と続いた。

これら3つの入院基本料を取得する病棟に入院していた患者は分析対象となった患者の78.9%を占めていた。

これ以外の入院基本料としては、「経過措置7対1」108名(6.1%)、「障害者施設等入院基本料」89名(5.0%)、「回復期リハビリテーション病棟入院料」62名(3.5%)、「入院基本料13対1」24名(1.4%)、「入院基本料15対1」23名(1.3%)、「亜急性期入院医療管理料」16名(0.9%)、「有床診療所入院基本料」19名(1.1%)、「特殊疾患病棟入院料」12名(0.7%)であった。

認知症の有無については、「認知症なし」1713名(96.7%)、「認知症あり」58名(3.3%)であった。

さらに、今回定義を行った病床種類割合をみると、「急性期」が1191名(67.3%)と最も多く、続いて「療養」363名(20.5%)、「亜急性期」16名(0.9%)、「その他」139名(7.8%)、「回復期」62名(3.5%)となっていた。

病床種類別の認知症ありの割合は、「療養」が42名(11.6%)と最も多く、その後、「その他」4名(2.9%)、「急性期」が11名(0.9%)、「回復期」1名(1.6%)となっていた。

表1 分析対象患者の属性

	平均	標準偏差
年齢	73.7	13.2
	N	%
性別		
男性	839	47.4
女性	932	52.6
合計	1771	100.0
年齢区分		
40歳以上-50歳未満	102	5.8
50歳以上-60歳未満	164	9.3
60歳以上-70歳未満	342	19.3
70歳以上-80歳未満	491	27.7
80歳以上-90歳未満	493	27.8
90歳以上-	179	10.1
合計	1771	100.0
入院基本料		
入院基本料7対1	686	38.7
経過措置7対1	108	6.1
入院基本料10対1	350	19.8
入院基本料13対1	24	1.4
入院基本料15対1	23	1.3
亜急性期入院医療管理料	16	.9
回復期リハビリテーション病棟入院料	62	3.5
障害者施設等入院基本料	89	5.0
特殊疾患病棟入院料	12	.7
療養病棟入院基本料	363	20.5
有床診療所入院基本料	19	1.1
不明	19	1.1
合計	1771	100.0
認知症の有無		
認知症なし	1713	96.7
認知症あり	58	3.3
合計	1771	100.0

表2 病床種類別 認知症の有無

病床種別	全体			認知症の有無			
	N	%	構成割合	認知症あり		認知症なし	
				N	%	N	%
急性期	1191	100.0	67.3	11	0.9	1180	99.1
亜急性期	16	100.0	0.9	0	0.0	16	100.0
回復期	62	100.0	3.5	1	1.6	61	98.4
療養	363	100.0	20.5	42	11.6	321	88.4
その他	139	100.0	7.8	4	2.9	135	97.1
合計	1771	100.0	100.0	58	3.3	1713	96.7

2) 看護必要度得点の状況

「一般病棟用重症度・看護必要度」得点については、A得点平均0.75点（標準偏差1.26）、B得点平均4.58点（標準偏差4.678）であった。

また、病床種類別にみると、A得点は、療養が最も高く0.80点、急性期は0.78点、

その他、0.72点、亜急性期は0.25点、回復期は0.19点であった。

B得点をみると、療養が最も高く9.10点、その他が7.83点、回復期が4.29点、亜急性期は2.94点、急性期は2.86点であった。

表3 病床種類別「一般病棟用重症度・看護必要度」得点

	A得点					B得点				
	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値
全体	1771	0.75	1.260	0	9	1771	4.58	4.678	0	12
病床種別										
急性期	1191	0.78	1.394	0	9	1191	2.86	3.839	0	12
亜急性期	16	0.25	.577	0	2	16	2.94	3.732	0	11
回復期	62	0.19	.474	0	2	62	4.29	3.619	0	12
療養	363	0.80	.957	0	7	363	9.10	3.726	0	12
その他	139	0.72	.940	0	5	139	7.83	4.413	0	12

3) 認知症の有無別看護必要度得点の状況

「一般病棟用重症度・看護必要度」得点を認知症の有無別に分析をすると、全体では、A得点認知症なし0.76点、認知症あり0.59点であり、有意差は見られなかった。

B得点では、認知症なし4.44点、認知症あり8.55点と認知症ありの方が有意に得点が高かった。

また、病床種類別にみると、A得点は、

いずれの病床でも認知症の有無においての有意差は見られず、B得点は、急性期は、認知症なし2.83点、認知症あり5.45点と有意差が見られ、その他においても認知症なし7.72点、認知症あり11.50点と有意差が見られた。

ただし、「療養」では、認知症なし9.09点、認知症あり9.17点と有意差が見られなかった。

表4 認知症の有無別「一般病棟用重症度・看護必要度」得点

			N	平均値	標準偏差	平均値の 標準誤差	P値	
A得点	全体	認知症なし	1713	0.76	1.271	0.031	0.31	
		認知症あり	58	0.59	0.859	0.113		
	急性期	認知症なし	1180	0.78	1.397	0.041	0.91	
		認知症あり	11	0.73	1.009	0.304		
	亜急性期	認知症なし	16	0.25	0.577	0.144	-	
		認知症あり	0	-	-	-		
	回復期	認知症なし	61	0.20	0.477	0.061	0.68	
		認知症あり	1	0.00				
	療養	認知症なし	321	0.83	0.968	0.054	0.14	
		認知症あり	42	0.60	0.857	0.132		
	その他	認知症なし	135	0.73	0.948	0.082	0.31	
		認知症あり	4	0.25	0.500	0.250		
	B得点	全体	認知症なし	1713	4.44	4.645	0.112	0.00 **
			認知症あり	58	8.55	3.849	0.505	
急性期		認知症なし	1180	2.83	3.830	0.111	0.02 *	
		認知症あり	11	5.45	4.156	1.253		
亜急性期		認知症なし	16	2.94	3.732	0.933	-	
		認知症あり	0	-	-	-		
回復期		認知症なし	61	4.28	3.648	0.467	0.85	
		認知症あり	1	5.00	-	-		
療養		認知症なし	321	9.09	3.760	0.210	0.14	
		認知症あり	42	9.17	3.499	0.540		
その他		認知症なし	135	7.72	4.431	0.381	0.00 **	
		認知症あり	4	11.50	0.577	0.289		

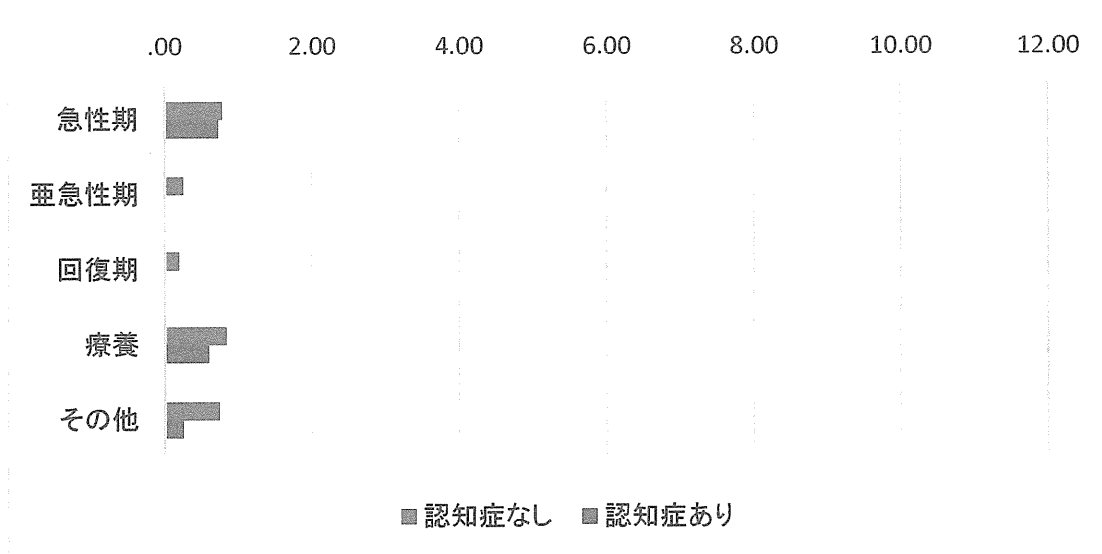


図1 認知症の有無別「一般病棟用重症度・看護必要度」A得点

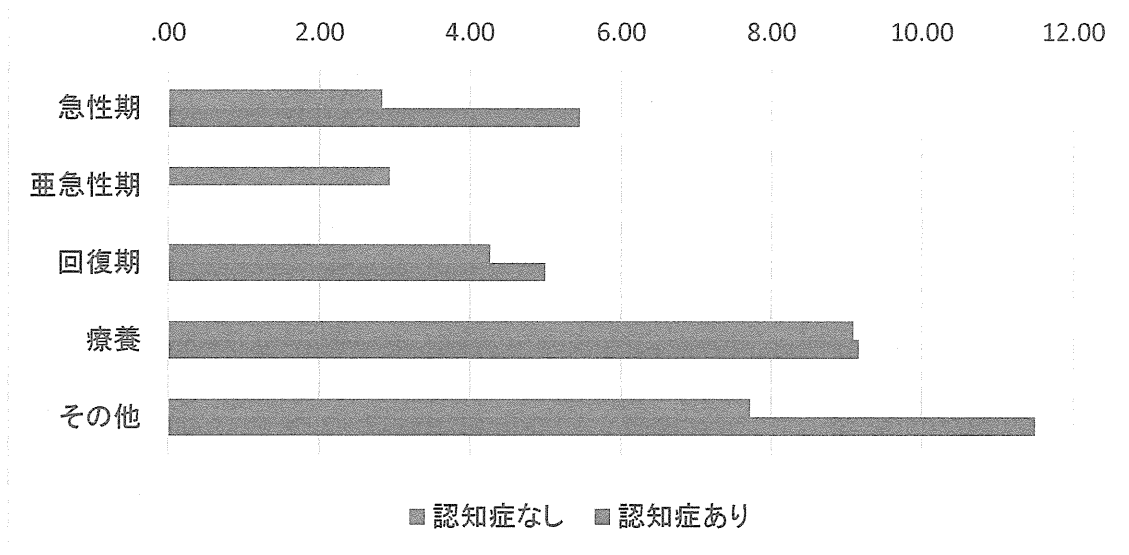


図2 認知症の有無別「一般病棟用重症度・看護必要度」B得点

4) 認知症あり群・「急性期」と「療養」における看護必要度A・B得点のパターン

2つの病床種類として、「急性期」と「療養」に着目し、認知症あり群における看護必要度の得点のパターンを分析した。

A(モニタリング及び処置等)得点は、「1 創傷処置」、「2 血圧測定」、「3 時間尿測定」、「4 呼吸ケア」、「5 点滴ライン同時3本以上」、「6 心電図モニター」、「7 シリンジポンプの使用」、「8 輸血や血液製剤の使用」、「9 専門的な治療・処置」の9項目となっていた。

A得点のパターンとして、「急性期」および「療養」で最も多かったのは、いずれの項目も「なし」で「急性期」では、11名中6名(54.5%)、「療養」では42名中24名(57.1%)が占めていた。

「急性期」では、「その他」の5名につい

ては、「1 創傷処置」のみ、「5 点滴ライン同時3本以上」のみ、「6 心電図モニター」のみ、「2 血圧測定」と「6 心電図モニター」、「2 血圧測定」と「4 呼吸ケア」と「6 心電図モニター」という組み合わせがそれぞれ1名(9.1%)であった。

一方、「療養」では、いずれも「なし」に続いて多かったのは、「4 呼吸ケア」のみで、7名(16.7%)、「1 創傷処置」のみが6名(14.3%)、「4 呼吸ケア」と「1 創傷処置」が2名(4.8%)となっていた。

この他は、「5 点滴ライン同時3本以上」と「6 心電図モニター」、「4 呼吸ケア」と「6 心電図モニター」、「2 血圧測定」と「3 時間尿測定」と「4 呼吸ケア」と「6 心電図モニター」といずれも心電図モニターが必要な患者であり、それぞれ1名(2.4%)となっていた。

表5 認知症あり群・急性期と療養における看護必要度 A 得点のパターン

	急性期		療養		得点
	N	%	N	%	
0-0-0-0-0-0-0-0-0-0	6	54.5	24	57.1	0
0-0-0-0-0-1-0-0-0-0	1	9.1			1
0-0-0-0-1-0-0-0-0-0	1	9.1			1
0-0-0-0-1-1-0-0-0-0			1	2.4	2
0-0-0-1-0-0-0-0-0-0			7	16.7	1
0-0-0-1-0-1-0-0-0-0			1	2.4	2
0-1-0-0-0-1-0-0-0-0	1	9.1			2
0-1-0-1-0-1-0-0-0-0	1	9.1			3
0-1-1-1-0-1-0-0-0-0			1	2.4	4
1-0-0-0-0-0-0-0-0-0	1	9.1	6	14.3	1
1-0-0-1-0-0-0-0-0-0			2	4.8	2
合計	11	100.0	42	100.0	
					1点以下

B (患者の状況等) は、「1 寝返り」、「2 起き上がり」、「3 座位保持」、「4 移乗」、「5 口腔清潔」、「6 食事摂取」、「7 衣服の着脱」の7項目となっている。A得点の状況と異なり、B得点が0点の患者は、「急性期」も「療養」も各1名のみであった。「急性期」・「療養」各4名となっていた。

10点以上の患者は、「急性期」が11名中2名(18.2%)に対し、「療養」は、42名中

29名(57.1%)であった。中でも、すべての項目に介助が必要なものは、「療養」では13名(31.0%)を占め、認知症あり群の患者の中で最も多かった。

次に「療養」で多かったのは、「3 座位保持」のみ「支えがあればできる」でその他は介助が必要な患者が7名(16.7%)であった。その次に多かったのは、「6 食事摂取」のみ自立で3名(7.1%)であった。

表6 認知症あり群・急性期と療養における看護必要度B得点のパターン

	急性期		療養		得点
	N	%	N	%	
0-0-0-0-0-0-0	1	9.1	1	2.4	0
0-0-0-0-0-0-1	1	9.1	1	2.4	1
0-0-0-1-0-0-0	1	9.1	1	2.4	1
0-0-0-1-0-0-1			1	2.4	2
0-0-0-1-1-0-0	1	9.1			2
0-0-0-1-1-1-1			1	2.4	4
0-0-1-1-1-1-1					5
0-0-1-2-0-0-1	1	9.1	1	2.4	5
0-0-1-2-1-2-2			1	2.4	7
1-0-0-1-1-0-1			1	2.4	4
1-0-1-2-1-2-2			1	2.4	9
1-0-2-2-1-2-2			1	2.4	10
1-1-0-0-1-0-2	1	9.1			5
1-1-1-1-0-0-2			1	2.4	6
1-1-1-2-0-1-1			1	2.4	7
1-1-1-2-1-0-2	1	9.1			8
1-1-1-2-1-1-1			1	2.4	8
2-1-0-2-1-1-1			1	2.4	8
2-1-0-2-1-2-2			1	2.4	10
2-1-1-1-1-2-1	1	9.1			9
2-1-1-1-1-2-2			1	2.4	10
2-1-1-2-0-2-2			1	2.4	10
2-1-1-2-1-1-2			1	2.4	10
2-1-1-2-1-2-1			1	2.4	10
2-1-1-2-1-2-2			7	16.7	11
2-1-2-0-1-0-2	1	9.1			8
2-1-2-2-1-0-2	1	9.1	3	7.1	10
2-1-2-2-1-2-2	1	9.1	13	31.0	12
合計	11	100.0	42	100.0	
	2点以下		10点以上		