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 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」

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　大夛賀政昭　（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の分析を行った。

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 の介助が多くの場面で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されれば、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

	全体			認知症の有無			
				認知症あり		認知症なし	
病床種別	N	%	構成割合	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億点				
	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	

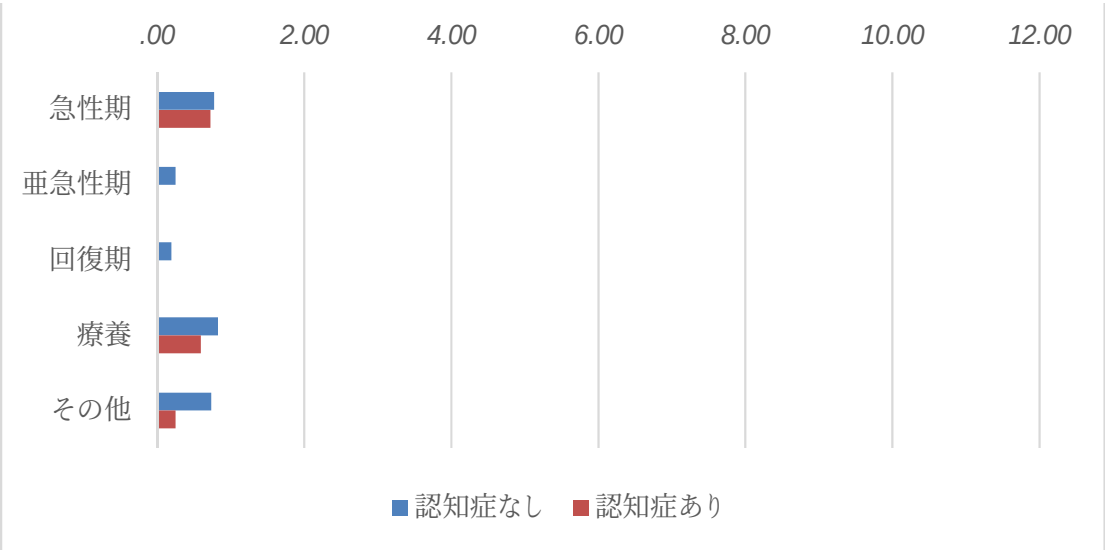

図１　認知症の有無別「一般病棟用重症度・看護必要度」A 得点

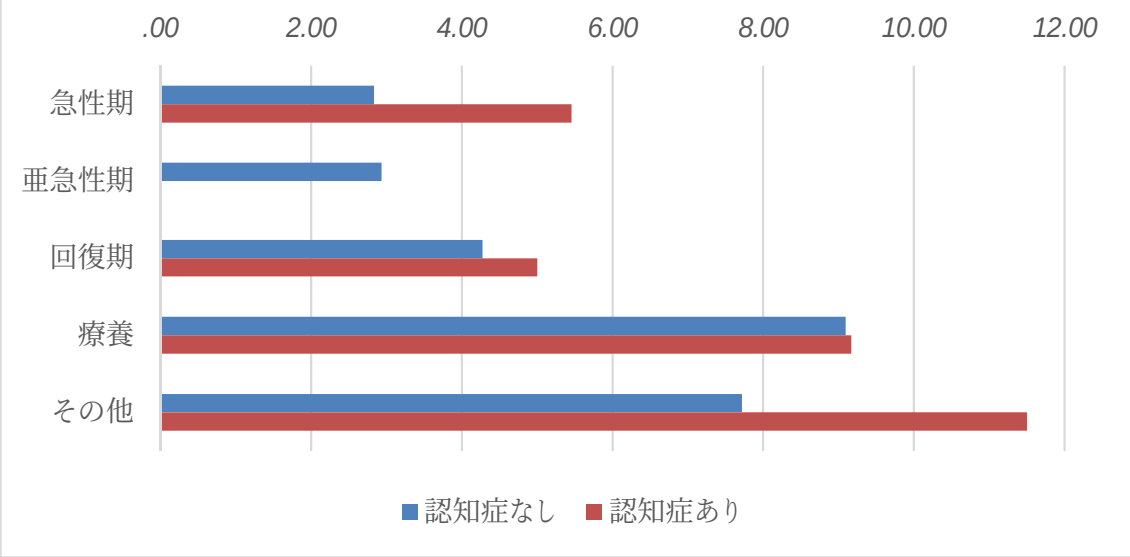

図２　認知症の有無別「一般病棟用重症度・看護必要度」B 得点

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		
	N	%	N	%	得点
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	1	9.1			1
0-0-0-0-1-0-0-0-0	1	9.1			1
0-0-0-0-1-1-0-0-0			1	2.4	2
0-0-0-1-0-0-0-0-0			7	16.7	1
0-0-0-1-0-1-0-0-0			1	2.4	2
0-1-0-0-0-1-0-0-0	1	9.1			2
0-1-0-1-0-1-0-0-0	1	9.1			3
0-1-1-1-0-1-0-0-0			1	2.4	4
1-0-0-0-0-0-0-0-0	1	9.1	6	14.3	1
1-0-0-1-0-0-0-0-0			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		
	N	%	N	%	得点
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	

D．考察

１)認知症患者の病床種類別入院の状況

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。

本研究における認知症ありの定義が、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）の疾病コードが記されていた患者であったため、かなりデータ数限られた中での分析ではあるが、本研究で「急性期」と定義した一般急性期病床（「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」）においては、認知症患者の入院はほとんどなく、むしろ、「療養病棟入院基本料」を算定する療養病床に多く入院していることが明らかとなった。

先行研究で BPSD の既往のある症例は、介護保険施設入所を断られる事例が多いことも報告[1)]されており、このような BPSD を持つ利用者の受け入れは、介護保険施設では難しいと考えられてきた。

さらに、これまでの夜間の増員が必要な利用者の状態を聞いた調査研究において、職員が最も高い割合の項目として「不穏、認知症の重症化」を挙げており、利用者に BPSD の既往があると介護保険施設入所の登録さえもできない状況が報告されている[2)]。

このような状況は、一般急性期入院医療機関でも起こっているものと考えられる。つまり、認知症の症状がある患者は、なんらかの疾病において急性増悪に至ったとしても入院ができない状況になっているものと推察される。

今後、わが国に求められるのは、認知症に付随する BPSD への対処と慢性疾患の急性増悪によって生じる医療処置への対応をできる体制整備であり、これに伴う、看護、介護技術の標準化であると考えられた。

２）認知症の有無別の看護必要度得点の比較

「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、今回の分析データ全体では、A 得点に有意差は見られず、B 得点にのみ有意差が示された。

また、病床種類別にみても、A 得点は、いずれの病床種類にも認知症の有無で有意差が見られなかった。一方で、B 得点は、急性期は、認知症なし 2.83 点、認知症あり 5.45 点と認知症があると ADL の自立度が下がる傾向が見られたが、「療養」や「その他」においては、認知症の有無による得点の有意差は見られず、いずれの患者も多くの療養上の世話が必要な状態であることが示されていた。

さらに、処置に関する A 得点の詳細な状況をみていくと、認知症があり入院している患者の処置に関する状態像として、「急性期」と「療養」ともに、処置が全く発生していない患者が過半数を占めていたが、「急性期」では、「創傷処置」、「点滴ライン同時３本以上」、「心電図モニター」といった処置が必要な患者が入院しており、手術後の創部の処置や点滴による処置、バイタルの管理といった処置がなされていると考えられた。

一方、「療養」では、「呼吸ケア」に係わる医療ニーズを持つ者が 42 名中 11 名

---

1)鷲見幸彦．認知症、運動器疾患等の長寿（老年）医療に関わるネットワーク等社会基盤構築に関する研究．長寿医療研究委託事業統括研究報告書，国立長寿医療センター：2008.
2)立教大学．小規模多機能型ケアにおける専門職連携の在り方に関する研究報告書（平成 21 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業），2010.

（26.2%）おり、これ以外には、創傷処置が 8 名（19.0%）と続いており、褥瘡や気管切開への処置が多いと考えられた。

ADL の状況を示す B 得点の状況をみると、「急性期」では、入院時の状態像として、B 得点が 2 点以下と 10 点以上の 2 極化された状態の患者がいる一方で、「療養」では、10 点以上の患者は、42 名中 29 名（57.1%）であり、中でも、すべての項目に介助が必要なものは、13 名（31.0%）を占めていたことから、認知症がある患者で療養病床に入院してくる患者は、多くの療養上の世話を必要としている患者が多いことが明らかになった。

今回、療養病床に入院していた認知症患者の在宅生活は医療ニーズがある要介護高齢者を受け止める在宅介護サービスが整備されれば可能とも考えられるが、医療処置がある要介護高齢者の介護サービス利用の制約についての報告もなされている。

例えば、医療処置を要する利用者の介護保険サービスの利用の制約の有無を尋ねたところ、医療処置が必要なため通所系サービスを利用できない利用者が「いる」事業所は 32.7%、ショートステイを利用できない利用者が「いる」事業所は 43.6%であった。医療処置が必要なため「施設（特別養護老人ホーム）等への入所」を断念している利用者が「いる」事業所は 23.2%と示されていた[3]。

今後は、今回、明らかになった状態像の高齢患者に必要なケアとその看護、介護技術を明らかにし、これを在宅環境でどのように可能にできるかについても検討していく必要があると考えられた。

[3]財団法人日本訪問看護振興財団．医療的ケアを要する要介護高齢者の介護を担う家族介護者の実態と支援方策に関する調査研究事業報告書（平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業），2012.

E．結論

本研究における認知症ありの定義が、疾病 119 分類（ICD-10 準拠）の疾病コードが記されていた患者であったため、かなりデータ数は限られた中での分析ではあるが、本研究で「急性期」と定義した一般急性期病床においては、認知症患者の入院はほとんどなく、むしろ「療養病棟入院基本料」を算定する療養病床に多く入院していることが明らかとなった。

また、急性期病床においては、認知症がある患者の方が ADL の介助が多く必要な患者であったが、療養病床においては、認知症の有無に係わらず ADL 介助が多く必要な患者が入院していることが明らかとなった。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いずれの処置も発生していない患者であったが、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。

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，大夛賀政昭．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，大夛賀政昭，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

参考資料　一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票

（ 配点 ）

A　モニタリング及び処置等	０点	１点	２点
1　創傷処置	なし	あり	
2　血圧測定	０～４回	５回以上	
3　時間尿測定	なし	あり	
4　呼吸ケア	なし	あり	
5　点滴ライン同時３本以上	なし	あり	
6　心電図モニター	なし	あり	
7　シリンジポンプの使用	なし	あり	
8　輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9　専門的な治療・処置 （① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理）	なし		あり
			A得点

B　患者の状況等	０点	１点	２点
10　寝返り	できる	何かにつかまれば できる	できない
11　起き上がり	できる	できない	
12　座位保持	できる	支えがあれば できる	できない
13　移乗	できる	見守り・ 一部介助が必要	できない
14　口腔清潔	できる	できない	
15　食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
16　衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B得点

注）　一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき行うこと。
Ａについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
Ｂについては、評価日の状況に基づき判断した点数を合計して記載する。

＜一般病棟用の重症度・看護必要度に係る基準＞
モニタリング及び処置等に係る得点（Ａ得点）が２点以上、かつ患者の状況等に係る得点（Ｂ得点）が３点以上。