

管理」、「着替え」や「排せつ」の自立度に関わる ADL 能力は 6 カ月間であっても、すべてにおいて悪化する傾向が示されていた。

これは調査対象の平均年齢が 80.9 歳であり、認知症がいわゆる脳の老化であることから鑑みれば、相当の結果であったともいえよう。

また、DASC の調査項目である「生年月日に関する記憶（長期記憶）」や「家庭外の IADL（買い物、乗り物、金銭管理）」、「食事の準備」、「入浴」の悪化が顕著に示されない限り、在宅で生活することが可能となっていることを示したともいえ、とくに重要な知見といえる。

さらに、本調査の経時的調査の対象となった高齢者は認知症の診断がなされていたのは、約 2 割であった。調査ときに用いた DASC のスコア (DASC-18) からは、23 点以上が MCI レベルの認知症である蓋然性が高いとされており¹⁴、今回の調査対象の〇%は軽度の認知症であろうと予想される。

このことは、換言すれば、本研究で妥当性の検証をしている DASC によって、認知症の発症を早期に発見できたともいえ、今後は、これらのデイサービス利用者で DASC のスコア (DASC-18) 23 点以上あるいは DASC-21 で 31 点以上であった者に対しては、段階的に医師への受診を勧奨するということが、すでに調査対象施設においては、検討されており、今回の研究結果は、臨床的にも大きな貢献ができた。

2) 調査期間や属性ごとの変化の状況

2 か月ごとの DASC スコアの経年的な変化からは、2 か月では「変化なし」の割合が高いものの、4 か月程度で悪化や改善の状況が顕著となることがわかった。

通所サービスでは、一般的に個別的なケアというよりは、集団的なレクリエーションやリハビリテーションといったケアが実施されている¹⁵。

このことは、通所型デイサービスの利用者の入れ替えを考慮すると、介護職員が個々の利用者の特性やその一定期間での変化を考慮して、サービス提供していくことの難しさを示している。職員が悪化の前兆を把握し、介入をする時期を誤らないためには、定期的な調査を実施し、生活機能の変化を随時、把握しておくことが必要であることが推察された。

とくに、DASC スコアの経時的な変化と要介護度との関連性が今回の分析結果からは示されており、要介護 1 以上では、有意に DASC スコアは上昇しており、これは悪化を示しているものと推察された。

一方で要支援 2 の利用者は、有意に DASC スコアは減少しており、改善と解釈できる変化が示されていた。これは、要介護度が低い高齢者においては、こういった通所サービスの利用により、生活機能を維持し、さらに改善へと進行する可能性があることを示しているものと推察された。

本研究で用いた DASC は、認知症に係わる生活機能障害に関するアセスメントで

¹⁴ 粟田圭一. 老人保健健康増進等事業「地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業」平成 23 年度研究報告書.

¹⁵ 内田陽子. (2003). 在宅ケア機関別にみた顧客のサービス利用と費用・ケア実施・アウトカムの特徴. 日本看護管理学雑誌, 7(1), 17-26.

あるが、これを経時的に実施していくことで、早期介入が可能であり、改善する可能性がある高齢者をスクリーニングできる仕組みを創ることを今後は市町村に設置される認知症初期集中支援チーム等を活用しながら検討すべきであることを示している¹⁶。

介護サービス事業者は、利用者に対して今回の研究で用いた DASC 等によるアセスメントを経時的に実施し、その変動をモニタリングしていくことが、地域で高齢者の生活を継続させていくためには有効であると考えられた。

E. 結論

本研究では、2 か月ごとに 4 回調査した DASC によるアセスメントの経年的データを用いて、認知症に係わる生活機能障害の経年変化の状況を詳細に把握した。その結

果、認知症に係わる生活機能障害の経時的変化、そして変化の時期や属性別の変化の傾向に関する知見が得られた。この変化に介護サービスの利用状況等がどのように影響を与えたかについては引き続き分析をする必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

筒井孝子, 東野定律, 大冨賀政昭. 居宅介護サービス利用者の認知症診断群別の生活機能障害及びサービスの利用状況の検討. 第 73 回日本公衆衛生学会総会, p474, 栃木, 2014.11.5-7

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

¹⁶ 「認知症初期集中支援チーム」の設置は、平成 27 年度全国で実施が予定され、平成 30 年度までには完了することが「認

知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」に示されている。

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 26 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」

急性期病床における認知症有無別による看護職員が提供するケア内容の特徴

分担研究者	大冢賀政昭	(所属 国立保健医療科学院)
研究代表者	筒井孝子	(所属 兵庫県立大学大学院経営研究科)
研究分担者	嶋森好子	(所属 東京都看護協会会長)
研究協力者	東野定律	(所属 静岡県立大学経営情報学部)

研究目的 これまでの認知症高齢者へのケアは、主に認知症特有の精神症状や行動障害である BPSD (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia) への対処方法に関心が払われながら、多くの臨床事例が蓄積されてきた。しかし、この BPSD への対応は、その多くが臨機応変の対処行動となることが多いことから、これらを活用するにあたっては、介護側の高い応用能力が必要とされるといえよう。これから、認知症高齢者は急激に増加することが予想されており、このような高い応用能力をもった介護職員の確保は極めて困難と考えられる。以上のことを鑑みると、今後、認知症の疾患別、進行別の各過程で起こる可能性が高い BPSD の発現と、これへのケアを標準化することは喫緊の課題といえる。そして、一定の研修によって、これらの標準化されたケアを提供できる職員を養成していくことが求められている。これまで認知症の進行状況や疾患別の BPSD の発現については検討されてきたものの、その発現の姿が多様であることから、対処方法を標準化し、体系化するまでには至っていない (厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム 2012)。昨年度は、提供している看護や介護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/入所者に介護サービスを提供していた介護職員を対象に、介護内容についてのタイムスタディ調査を実施し、どのような利用者に、どのような介護サービスが提供されていたかを示すデータを入手した。本年度は、これらデータに加え、DPCⅡ群病院に入院していた患者で、その主疾患や認知症疾患の有無、疾患の進行状況を把握した上でタイムスタディ調査を実施し、これらの患者に提供されていたケアを明らかにした。

研究方法 本研究では、他計式 1 分間タイムスタディを実施できる急性期の医療機関 1 施設において、認知症と非認知症の患者に提供されているケア時間及びケア内容についてデータを収集し、非認知症患者と認知症や BPSD を発症している患者のケア時間やケア内容の違いについて分析した。

研究結果 認知症の有無別に提供されていたケア時間に有意な差はなかったが、38 のケア内容のうち排泄、食事、体位変換、整容といった 4 つの代表的なケア内容は認知症がある方に長い時間が提供されていた。また看護師が提供していたケアは療養上の世話が 8 割以上

を占めており、専門的看護はわずか全業務時間のわずか4.3%であった。さらに、看護補助者と比較し、提供時間が有意に長かったケアの内容としては、薬物の扱いや患者に対する教育的指導だけであり、看護師と看護補助者が行うケアに大きな差異はなかった。

考察および結論 これら研究の結果からは、急性期病院で看護師が認知症患者に特別に提供している看護や看護技術はほとんどなく、看護補助者と同様のケアが提供されていた。このことは、今後の入院医療においては、看護師だけで患者らの療養上の世話や専門的看護を提供していくことを検討するのではなく、看護補助者との役割分担を明確にし、看護補助者が提供する介護サービスを前提とした、ケアミックスのあり方をさらに検討していく必要があると考えられた。

A. 研究目的

認知症高齢者への看護や介護サービスの提供にあたって認知症特有の精神症状や行動障害である BPSD (Behavioral Psychological Symptoms of Dementia) は長年にわたって、臨床家にとって大きな課題であり続けている。しかし、これまでは認知症に係わる看護技術に関する知見の報告は多数あるものの¹⁷⁻²¹、これらの具体的な看護技術やケアの内容を認知症の進行状況や疾患別に体系づけるといった試みは、ほとんど示されていない。今後は、これまでのような認知症の BPSD への対処的な方法だけでなく、認知症の進行状況や疾患別に、その過程において必要なケア²²を明らかにし、これに基づいた看護や介護サービス提供体制を整備していく必要がある。そして、一定の研修によって、これらの標準化されたケアを提供できる職員を養成していくことが

求められている。これまで認知症の進行状況や疾患別の BPSD の発現については検討されてきたものの、その発現の姿が多様であることから、対処方法を標準化し、体系化するまでには至っていない²³。

このため、昨年度は、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。

そして、今年度は、認知症の高齢患者が急性増悪によって入院する可能性が高いとされる急性期医療機関において、認知症高齢患者に対して、どの様な看護技術が提供されていたかを明らかにするために、看護師や看護補助者に対して、1 分間タイムスタ

17 加藤哲也:攻撃的態度を示す老人性痴呆疾患患者の看護問題的行動を受容・理解して、日本精神科看護学会誌, 45(1) 84-87, 2002.

18 鍋島麗子:俳佞や他の患者への迷惑行動で目の離せないアノレツハイマー病患者の看護症状の沈静化を目指して、日本精神科看護学会誌, 49(1), 130-131, 2006.

19 河村充洋, 渡部治子, 梶村礼子他:認知症における問題行動の要因とその対応 DBDS からみる前頭葉優位型アルツハイマー病患者に対する効果的な対応と援助, 日本精神科看護学会誌, 49(2), 444-448, 2006.

20 増田恵津子, 堀内真一路:痴呆性高齢者の問題行動に対する看護行動理解への試み, 日本精神科看護学会誌, 46(1), 279-282, 2003.

21 鈴木和代, 前崎正江:認知症高齢者の役

割意識に基づいた行動障害への援助, 日本精神科看護学会誌, 48(2), 347-351, 2005.

22 なお、本研究で使っている「ケア」については、看護師や介護福祉士等の看護補助者が提供しているサービス全般を指し、1989 年から筒井によって開発されてきた看護・介護領域で唯一、標準化されてきたケアコード (T.C.C.) によって示される 389 種類のケア内容を指すものとする。T Tsutsui, S Higashino. Development of Tsutsui Total Care Code: revealing the nature and quantity of care services provided in Japan Fields of nursing care, long-term care, and care services for children, Review of Administration and Informatics 2011;24(1):23-49.

23 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」平成 24 年 6 月 18 日
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>

ディ調査を実施し、これらの患者へ提供されていた看護・介護サービスとして提供されるケア時間データを収集した。なお、本研究で扱う「ケア」については、看護師や看護補助者が提供しているサービス全般を指し、1997年から開発されてきた看護・介護領域で唯一、標準化されてきたケアコード (T.C.C.) によって示される 389 種類のケア内容を指すものとする。

B. 研究方法

1) 調査対象

他計式 1 分間タイムスタディを実施できる急性期医療を提供している医療機関とし

て DPC 対象病院 II 群で 7 対 1 入院基本料を算定していた医療機関を対象として調査を実施した。認知症と非認知症の患者に提供されていた看護及び介護サービスの時間等についてのデータを収集した。調査対象となった患者は最も医療資源を投入していたとされる DPC²⁴による傷病名が脳梗塞、心不全、股関節大腿近位骨折、肺炎 - のいずれかに該当していた患者である。これらの患者をさらに CDR²⁵の調査結果を用いて認知症患者と非認知症患者に区分した。なお、CDR については、当該病院の医師らが診断を行った。

表 1 調査対象者

傷病名: 脳梗塞 合計患者数: 4名	患者数の割当	認知症あり	認知症なし
	75歳以上	1名	1名
	65歳以上75歳未満	1名	1名

傷病名: 心不全 合計患者数: 4名	患者数の割当	認知症あり	認知症なし
	75歳以上	1名	1名
	65歳以上75歳未満	1名	1名

傷病名: 股関節大腿近位骨折 合計患者数: 4名	患者数の割当	認知症あり	認知症なし
	75歳以上	1名	1名
	65歳以上75歳未満	1名	1名

傷病名: 肺炎 合計患者数: 6名	患者数の割当	認知症あり	認知症なし
	75歳以上	1名	1名
	65歳以上75歳未満	1名	1名
	65歳未満	1名	1名

²⁴ DPC とは、DPC (Diagnostic Procedure Combination) と呼ばれる一日当たり疾患別定額払いであり、諸外国で言うすなわち DRG / PPS に対応し、2003 年 4 月から日本で、特定機能病院 82 病院に導入された。14 桁のコードで構成されている。このうち最初の 6 桁は、入院期間中に「医療資源を最も投入した傷病名」に基づく分類コードで、これは ICD 10 (国際疾病分類第 10 版) に対応しており、「基本 DPC」と呼ばれる。そのうち上位 2 桁が主要診断群 (Major Diagnostic Category ; MDC) で (MDC は当初 16 種類でしたが、2008 年度から細分化され 18 種類に増

えている)。

²⁵ CDR (Clinical Dementia Rating) とは、認知症の重症度を評価するための方法であり、記憶、見当識、判断力と問題解決、社会適応、家族状況及び趣味、介護状況の 6 項目について、患者の診察や周囲の人からの情報で評価する。それらを総合して健康 (CDR0)、認知症の疑い

(CDR0.5)、軽度認知症 (CDR1)、中等度認知症 (CDR2)、高度認知症 (CDR3) のいずれかに評価する。杉下和行& 杉下守弘 (2010) 認知症評価における認知機能テストの問題点 . 医学のあゆみ, 235(6), 633-637.

2) 分析方法

①データの加工について

タイムスタディデータは、在宅タイムスタディ用 T.C.C.によってコード化処理を行い、看護・介護サービスをケアコードによっ

て表現できるようにした。昨年度の報告書の結果と比較できるよう中分類のカテゴリ²⁶を用いて、集計を行い、ケア提供時間およびケア発生割合²⁷を算出した。

表 2 T.C.C.のケアコード数²⁸

	ケア内容	中分類
療養上の世話	189	20
専門的看護	78	16
リハビリテーション	72	11
ケアシステム関連	32	10
在宅ケア関連	18	8
総ケアコード数	389	65

②分析方法

調査対象病院の入院患者の基本属性、性別、年齢、認知症の有無、疾病区分を記述分析した。

その際、調査対象患者一人あたりに提供されたケア時間および調査対象職員一人あたりが提供したケア時間をそれぞれ分析し、5つのT.C.C.大分類（療養上の世話、専門的看護、リハビリテーション、ケアシステム関連、在宅ケア関連）ごとのケ

ア時間も同時に算出した。

また、これらの患者へ提供されていたケア時間については、認知症の有無によって異なるかを分析し、さらに職員が提供したケア時間については看護師と看護補助者による看護や介護サービス提供時間の差異についても比較した。これら属性によるケア時間の差の比較に際しては、対応のないサンプルのT検定を行った。

²⁶ T.C.C.は、「療養上の世話」、「専門的看護」、「リハビリテーション」、「ケアシステム関連」、「在宅ケア関連」の5つの大分類、65の中分類、389のケアコードから成り立っている。

²⁷ 本分担研究報告書における「ケア発生割合」は、「タイムスタディ調査の対象となった者のうち、ケアが発生していた者の割合」と定義している。この割合は、調査対象となる医療機関において、入院患者の全体のう

ちどの程度の人数にケアが発生していたかを示す割合であることから、そのケアが普遍的に提供されるケアか否かを弁別する指標として有用である。

²⁸ T Tsutsui, S Higashino. Development of Tsutsui Total Care Code: revealing the nature and quantity of care services provided in Japan Fields of nursing care, long-term care, and care services for children ,Review of Administration and Informatics 2011;24(1):23-49.

(倫理面への配慮)

本研究で扱った調査については、国立保健医療科学院に設置される研究倫理審査委

員会の承認を得てから調査が実施された
(審査番号 NIPH-TRN#12008)。

C. 研究結果

1) 調査対象となった患者および職員の基本属性

調査対象となった患者 11 名の属性の分析を行った。

年齢は、平均 74.7 歳、標準偏差 8.7 であった。性別は、男性 8 名 (72.7%)、女性 3 名 (27.3%) であった。年齢区分は、「60-70 歳以下」が 1 名 (9.1%)、「71-80 歳以下」が 4 名 (36.4%)、「81 歳以上」が 6 名 (54.5%) であった。

認知症の有無については、「なし」5 名

(45.5%)、「あり」6 名 (54.5%) であった。

疾病区分は、「脳梗塞」4 名 (36.4%)、「心不全」3 名 (27.3%)、「大腿部骨折」3 名 (27.3%)、「肺炎」1 名 (9.1%) であった。

調査対象となった職員の 61 名の基本属性は、経験年数は平均 2.9 年 (標準偏差 3.6) であった。職種は、「看護職」33 名 (54.1%)、「看護補助者」9 名 (14.8%)、「理学療法士」5 名 (8.2%)、「言語聴覚士」2 名 (3.3%)、「医師」7 名 (11.5%) であった。なお、これらの雇用状況については、常勤が 53 名 (88.5%)、非常勤 2 名 (3.3%) であった。

表 4 調査対象となった患者および職員の基本属性

	平均	範囲		平均	範囲
年齢	74.7(±8.7)	60-80	経験年数	2.9(±3.6)	0.1-16.0
	N	%		N	%
性別			性別		
男性	8	72.7	男性	12	19.7
女性	3	27.3	女性	44	72.1
年齢区分			不明	5	8.2
60-70	1	9.1	職業区分		
71-80	4	36.4	看護職	33	54.1
81-	6	54.5	看護補助者	9	14.8
認知症の有無			理学療法士	5	8.2
なし	5	45.5	言語聴覚士	2	3.3
あり	6	54.5	医師	7	11.5
疾病区分			不明	5	8.2
脳梗塞	4	36.4	雇用状況		
心不全	3	27.3	常勤	53	88.5
大腿部骨折	3	27.3	非常勤	2	3.3
肺炎	1	9.1	不明	5	8.2

2) 患者に提供された看護・介護サービスとしてのケア時間

①平均提供時間

患者に提供された看護や介護サービスの合計時間は、平均 98.8 分 (標準偏差 99.0) であった。ケアコードの中で最もおおまか

な分類である大分類(療養上の世話、専門的看護、リハビリテーション、在宅ケア関連)別にケア提供時間をみてみると、その平均値は、療養上の世話が 83.8 分 (84.8%) を占め、続いて、ケアシステム関連 5.4 分 (5.5%)、リハビリテーション 5.2 分 (5.3%)、専門的看護 4.2 分 (4.2%) と続いていた (表 5)。

表 5 患者に提供されていたケア内容 (大分類) 別平均時間

	平均値 (分)	構成割合 (%)	標準偏差	最小値	最大値	N
合計ケア時間	98.8	100.0	99.0	45.3	389.3	11
ケア内容別ケア時間						
療養上の世話	83.8	84.8	89.5	31.8	346.3	11
専門的看護	4.2	4.2	2.9	0.7	10.6	11
リハビリテーション	5.2	5.3	4.1	0.0	10.7	11
ケアシステム関連	5.4	5.5	8.4	0.3	29.9	11
在宅ケア関連	0.2	0.2	0.4	0.0	1.5	11

②認知症有無別平均提供時間

患者の認知症疾患の有無別に、平均提供時間を比較した結果、合計ケア時間、大分類別時間のいずれも有意差はなかった (表 6)。

ケアの中分類別認知症の有無別に有意差が見られたのは、38 種類のケア内容のうち、5 種類であった。認知症あり群に有意に長く提供されていたケアの内容は、排尿排便維持や回復に係わる介助、おむつ介助といった内容を含む「排泄」、食事動作・栄養・水分摂取への援助 (朝・昼・夕)、

食間食・分割食の介助、治療的栄養・水分補給の介助などの内容を含む「食事・栄養・補液」、体位変換・良肢位の維持の介助、起居の援助といった内容を含む「起居と体位変換」、洗面・洗髪・整容・沐浴の介助、口腔や体の清潔維持の介助、入浴時の移乗介助、洗身介助といった内容を含む「清潔・整容」の 4 種類であった。

逆に認知症なし群が長かったのは、入浴時の脱衣所から浴室へや排泄時の病室からトイレへの移動の見守り・介助を含む内容の「移動 (施設内)」であった (表 7)。

表 6 患者に提供されていたケア時間 (認知症の有無別)

	認知症あり(N=6)			認知症なし(N=5)			P値
	平均値 (分)	構成割合 (%)	標準偏差	平均値 (分)	構成割合 (%)	標準偏差	
合計ケア時間	138.4	100.0	124.3	51.3	100.0	4.2	
ケア内容別ケア時間							
療養上の世話	119.2	86.1	112.5	41.3	80.5	7.4	
専門的看護	4.8	3.5	3.3	3.5	6.7	2.5	
リハビリテーション	5.7	4.1	3.5	4.6	9.0	5.1	
ケアシステム関連	8.6	6.2	10.6	1.6	3.0	1.2	
在宅ケア関連	0.0	0.0	0.0	0.3	0.7	0.7	

**P<0.01, *P<0.05

表7 認知症の有無別中分類別提供時間の比較

	認知症あり(N=6)			認知症なし(N=5)			差	P値
	平均値	標準偏差	%	平均値	標準偏差	%		
1 その他の見守り	36.6	89.3	50.0	0.7	0.8	80.0	35.9	
2 コミュニケーション	14.5	4.6	100.0	15.2	4.8	100.0	-0.6	
3 排泄	11.5	5.3	100.0	2.0	2.3	100.0	9.4 **	
4 食事・栄養・補液	10.8	8.2	100.0	1.7	0.7	100.0	9.1 **	
5 巡視・観察・測定	10.3	6.9	100.0	4.2	1.4	100.0	6.1	
6 起居と体位変換	10.0	5.5	100.0	0.9	2.0	40.0	9.0 **	
7 清潔・整容	5.8	3.2	100.0	2.5	1.1	100.0	3.4 **	
8 ケア関連会議・記録	4.9	9.0	83.3	0.3	0.6	60.0	4.6	
9 移乗	4.5	2.8	100.0	1.7	2.4	60.0	2.8	
10 更衣	3.6	2.8	100.0	0.9	1.2	80.0	2.7	
11 寝具・リネン	3.5	1.8	100.0	0.4	0.3	80.0	3.1	
12 連絡・報告・情報収集	3.5	2.4	100.0	1.1	1.2	80.0	2.4	
13 運動器系機能の訓練	3.4	2.6	83.3	0.4	0.8	20.0	3.1	
14 環境	2.7	1.1	100.0	2.2	0.8	100.0	0.5	
15 移動（施設内）	1.4	1.0	100.0	6.9	2.4	100.0	-5.5 **	
16 薬物療法	1.3	0.6	100.0	1.8	1.3	100.0	-0.4	
17 検査・採取・治療等	1.2	1.3	100.0	1.0	1.3	80.0	0.2	
18 問題行動	1.2	1.6	66.7	0.0	0.1	20.0	1.1	
19 感染予防	1.0	2.3	33.3	0.0	0.0	—	1.0	
20 運動（身体）機能の維持・促進	1.0	1.7	33.3	0.4	0.6	—	0.6	
21 生活基本動作の拡大	0.9	1.0	83.3	2.8	3.0	80.0	-1.9	
22 教育	0.9	0.8	83.3	1.1	0.7	80.0	-0.2	
23 運動器系機能の評価	0.8	1.6	83.3	0.0	0.0	40.0	0.8	
24 治療・処置呼吸器系	0.6	1.2	66.7	0.0	0.0	—	0.6	
25 皮膚	0.4	0.7	33.3	0.3	0.7	40.0	0.1	
26 作業療法	0.3	0.8	16.7	0.0	0.0	—	0.3	
27 職員の行動	0.2	0.5	16.7	0.0	0.0	—	0.2	
28 入院・入所者の物品管理	0.2	0.3	50.0	0.1	0.1	40.0	0.1	
29 言語療法	0.2	0.4	16.7	0.6	1.4	20.0	-0.5	
30 循環器系	0.1	0.2	16.7	0.4	0.5	—	-0.2	
31 物理療法	0.1	0.2	33.3	0.8	1.8	40.0	-0.7	
32 腎・泌尿器系	0.1	0.2	16.7	0.0	0.0	—	0.1	
33 設備・備品の保守・管理	0.1	0.1	33.3	0.0	0.0	20.0	0.0	
34 洗濯	0.0	0.0	16.7	0.1	0.2	20.0	-0.1	
35 食事・栄養・補液	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0	—	0.0	
36 送迎（移送サービス）	0.0	0.0	0.0	0.3	0.7	0.0	-0.3	
37 その他	0.0	0.0	0.0	0.2	0.4	0.0	-0.2	
38 入退院・外出	0.0	0.0	0.0	0.0	0.04	20.0	-0.02	

**P<0.01, *P<0.05

3) 職員が提供したケア時間

職員が提供したケア時間の平均は 178.1 分 (標準偏差 175.0) であった。大分類別のケア内容によると、療養上の世話が 151.0 分 (84.8%) と患者に提供されたケア時間と

同様に全時間の 8 割以上を占めていた。続いて、ケアシステム関連が 9.8 分 (5.5%)、リハビリテーションが 9.4 分 (5.3%)、専門的看護が 7.6 分 (4.2%) と続いていた (表 8)。

表 8 職員が提供したケア時間

	平均値 (分)	構成割合 (%)	標準偏差	最小値	最大値	N
合計ケア時間	178.1	100.0	175.3	2.0	856.0	61
ケア内容別ケア時間						
療養上の世話	151.1	84.8	150.6	2.0	806.0	61
専門的看護	7.6	4.2	10.1	0.0	50.0	61
リハビリテーション	9.4	5.3	17.2	0.0	67.0	61
ケアシステム関連	9.8	5.5	22.7	0.0	149.0	61
在宅ケア関連	0.3	0.2	1.2	0.0	8.0	61

また、看護職と看護補助職の提供していたケア時間を比較した結果、合計時間、5 つの大分類別で示されたおおまかなケア内容別ケア時間のいずれの内容に関しても有意差はなかった (表 9)。

さらに中分類別ケアにおいて、看護職と看護補助職の間に有意差があったのは、38 種類のうち、3 種類のみで、これらのうち看護職の方が看護補助者より長く提供していたケア内容は、与薬 (経口薬・坐薬)、注射、輸液・輸血、薬品管理といった内容を含む「薬物療法」、食事、服薬、尿路感

染・褥創予防などに関する助言・指導、術後の指導、教育、手術前指導・オリエンテーション (栄養指導、調理指導を含む)、患者や家族に対する看護計画に基づくケアに関する指導 (食事・水分摂取、排泄、入浴、健康管理、環境等)、教育・心理的支援を含む「教育」の 2 種類であった。

逆に看護補助職の方が長く提供していたケア内容は、温・冷あん法、冷・温湿布、湯タンポ、氷嚢・氷枕の準備・実施・後始末を含む「循環器系」であった (表 10)。

表 9 職員が提供したケア時間 (看護職と看護補助職の比較)

	看護職 (N=33)			看護補助者 (N=9)			P値
	平均値 (分)	構成割合 (%)	標準偏差	平均値 (分)	構成割合 (%)	標準偏差	
合計ケア時間	212.7	100.0	204.5	199.9	100.0	91.4	
ケア内容別ケア時間							
療養上の世話	183.2	86.2	175.9	179.6	89.8	92.3	
専門的看護	9.2	4.3	9.8	5.9	2.9	5.1	
リハビリテーション	5.7	2.7	13.2	7.3	3.7	12.3	
ケアシステム関連	14.3	6.7	29.7	6.9	3.4	8.5	
在宅ケア関連	0.2	0.1	0.9	0.2	0.1	0.7	

**P<0.01、*P<0.05

表 10 職員が提供したケア内容別ケア時間（看護職と看護補助職の比較）

	看護職(N=33)			看護補助職(N=9)			差	P値
	平均値	標準偏差	%	平均値	標準偏差	%		
1 その他の見守り	76.9	106.2	63.6	63.3	90.2	77.8	13.6	
2 コミュニケーション	29.5	29.7	97.0	26.9	11.4	100.0	2.6	
3 巡視・観察・測定	20.8	28.6	93.9	6.4	6.1	100.0	14.3	
4 ケア関連会議・記録	19.5	36.0	42.4	4.7	5.5	33.3	14.8	
5 排泄	19.5	15.6	90.9	15.2	5.6	100.0	4.3	
6 食事・栄養・補液	16.8	18.5	90.9	14.8	12.5	100.0	2.0	
7 運動器系機能の訓練	15.0	15.3	18.2			0.0	15.0	
8 起居と体位変換	14.9	14.2	87.9	14.6	9.6	100.0	0.3	
9 清潔・整容	10.8	11.7	72.7	13.2	11.2	100.0	-2.5	
10 作業療法	10.0	2.8	6.1			0.0	10.0	
11 移乗	9.3	7.1	66.7	8.6	5.8	100.0	0.7	
12 物理療法	9.0	8.5	6.1	15.0		11.1	-6.0	
13 移動（施設内）	8.4	9.5	81.8	9.0	6.1	100.0	-0.6	
14 連絡・報告、情報収集	8.4	9.7	63.6	6.7	5.0	77.8	1.7	
15 その他	8.0		3.0			0.0	8.0	
16 感染予防	7.5	6.3	18.2	3.5	0.7	22.2	4.0	
17 更衣	6.9	6.7	63.6	7.7	6.0	100.0	-0.8	
18 生活基本動作の拡大	6.8	7.2	24.2	13.7	10.1	33.3	-6.9	
19 薬物療法	6.4	5.0	66.7	1.8	0.8	66.7	4.5	**
20 運動器系機能の評価	6.0		3.0			0.0	6.0	
21 寝具・リネン	5.8	6.9	81.8	5.0	2.3	77.8	0.8	
22 教育	5.7	4.9	36.4	1.3	0.5	44.4	4.4	**
23 環境	5.1	6.1	81.8	6.2	3.8	100.0	-1.1	
24 治療・処置呼吸器系	5.0	5.4	18.2	1.0		11.1	4.0	
25 職員の行動	4.3	2.9	9.1			0.0	4.3	
26 検査・採取・治療等	4.3	6.6	48.5	1.5	0.7	22.2	2.8	
27 問題行動	3.6	3.1	33.3	3.3	1.5	33.3	0.3	
28 皮膚	3.5	3.5	6.1	6.0	7.1	22.2	-2.5	
29 送迎（移送サービス）	3.5	2.1	6.1	2.0		11.1	1.5	
30 入院・入所者の物品管理	3.0	1.4	12.1	1.0		11.1	2.0	
31 運動（身体）機能の維持・促進	2.4	2.6	15.2	13.0		11.1	-10.6	
32 循環器系	2.0	1.1	18.2	6.5	2.1	22.2	-4.5	**
33 洗濯	1.7	1.2	9.1	1.0		11.1	0.7	
34 設備・備品の保守・管理	1.0	0.0	6.1	1.0		11.1	0.0	
35 入退院・外出	1.0		3.0			0.0	1.0	
36 食事・栄養・補液	1.0		3.0			0.0	1.0	
37 言語療法			0.0	10.0		11.1	-10.0	
38 腎・泌尿器系			0.0	6.0		11.1	-6.0	

**P<0.01、*P<0.05

D. 考察

1) 急性期入院医療機関における患者の認知症の有無とケア時間の関係

グループホームや介護保険施設において、認知症の有無別にケア内容が異なるかに関

しては、本研究だけでなく、これまでに、いくつかの報告がなされている^{29,30)}。これらの研究では、介護保険制度で認知症を判断する基準となっている認知症日常生活自立度を用いて、そのレベルがⅢ以上と示され

²⁹ 東野定律, 筒井孝子, 大野賀政昭. 認知症対応型グループホーム入所高齢者のBPSD等の状態と提供されるケア内容の関連に関する研究. 介護経営 2010;5(1):15-25.

³⁰ 大野賀政昭, 筒井孝子, 東野定律, 西川正子, 筒井澄栄. 小規模多機能型居宅介護におけるケア提供実態の検討. 第72回日本公衆衛生学会総会, p434, 三重, 2013.10.23-25

た高齢者とⅢ未満の高齢者間での比較がされているが、これらの分析からは、認知症自立度別には提供されていたケアに関する時間には有意差がなかったことが示されている。つまり、認知症自立度判定によるレベルによる提供時間の長さには有意な関連性がないことを示してきたといえる。ただし、先行研究においては、BPSDの発生別には、例えば、「落ち着きが無い」、「目が離せない」というBPSDを発現していた高齢者の平均ケア時間は、これらの行動がなかった高齢者よりも有意に長いという結果が示されていた³¹⁾。

本研究では、認知症自立度判定ではなく、認知症の判定の精度をあげるため、医師による診断やCDRの情報によって、認知症の有無を弁別し、その提供時間に有意な差があるかを検討したが、これまでの研究と同様、提供時間には有意差はなかった。

また、本研究では、これまでの先行研究で示されてきたBPSDの有無別の分析は実施しなかったが、中分類のケア内容別に提供時間を比較した結果、「排泄」、「食事・栄養・補液」、「起居と体位変換」、「清潔・整容」という療養上の世話について、認知症あり群の方がケア時間が長いことが示されていた。

これは、DPCⅡ群で7対1入院基本料を算定している急性期病院のデータであることを鑑みると、増加している高齢患者において急性増悪状態でかつ、認知症を併発す

る患者という医療も介護サービスも必要とする患者が増加していることを示している。

これらの患者の増加に対して、看護師が対応するという体制では十分なケアを行えなくなっている可能性があり、今回は看護補助者と看護師とのケアの提供の新たな在り方を検討すべきと考えられる。例えば、入院基本料において、こうした療養上の世話への対応として、看護師でなく看護補助者加算の在り方の見直しといった診療報酬上の再配分についても議論すべきとも考えられた。

一方で、先行研究でBPSDの既往のある症例は、精神科以外の一般急性期医療機関や介護保険施設への入院・入所を断られる事例が多いことも報告されており、とりわけ、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」を挙げている³¹⁾。

この結果、BPSDを持つ高齢患者は医療機関や介護保険施設では難しいとされ³²⁾、受け入れ先がないことから、精神病院に入院しているという実態が報告されている³³⁾が、そこでのケアの実態については、十分に明らかにされていない状況にある。

本報告書では、認知症に対する具体的な配慮の視点を加味した具体的な介護技術項目の検討を行っており、今後入院医療機関でこうしたBPSDを有する高齢患者を受け

31) 村田麻起子. 介護保険施設サービスにおけるチームマネジメントとその課題. 佛教大学大学院社会福祉学研究科篇 2013;41:63-80

32) 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.

33) 平成25年度老人保健健康増進等事業「行動・心理症状等が増悪した認知症の人の在宅支援のあり方に関する調査研究事業(富士通総研)」報告書

入れるためには、具体的なケア提供場面における認知症に由来する見当識障害への配慮、転倒・転落防止といったセーフティマネジメントや各ケア提供における確認行為といったことを可視化し、研修を徹底していく必要があるだろう。

すでに、こういった内容は、現在、認知症患者の受け入れが多いとされる精神科病棟では実施されていることが示されており、例えば、認知症高齢者を対象にした研究 9 編をレビューした片丸らの研究³⁴においては、精神科看護における認知症高齢者の BPSD への対応の要素が抽出されている。この要素は、1)なじみの関係をつくる、2)安定した場所の確保、3)BPSD の背後にある要因をアセスメントする、4)自尊心を守る関わり、5)コミュニケーションの工夫、6)介入のタイミングを見計らう、7)セーフティマネジメント、8)非薬物療法への参加を奨める。の 8 つとされているが、これらの要素に基づいて具体的な介護技術を標準化し、体系化することが求められている。

今後、介護技術項目のデータ分析と今回収集したタイムスタディ調査データを合わせて分析をすることによって、これらの臨床知を支持するエビデンス(いつ、どのようなケアが、どのような状態の高齢者に提供され、その結果どのようなようになったのか)を収集し、先に示したように、認知症ケアに看護技術や介護の在り方を標準する必要があると考えられた。

2) 急性期病院における看護師の提供した

ケア時間の特徴

看護職と看護補助職のケア時間を比較したところ、合計ケア時間、ケア内容別ケア時間のいずれにも有意差はなく、中分類別の提供されたケアに関する分析結果からは、看護職と看護補助職の提供時間に有意差があったのは、38 種類のケアのうち、わずかに 3 種類であった。

看護職の方が長かったケア内容は、与薬(経口薬・坐薬)、注射、輸液・輸血、薬品管理といった内容を含む「薬物療法」、食事、服薬、尿路感染・褥創予防などに関する助言・指導、術後の指導、教育、手術前指導・オリエンテーション(栄養指導、調理指導を含む)、患者や家族に対する看護計画に基づくケアに関する指導(食事・水分摂取、排泄、入浴、健康管理、環境等)、教育・心理的支援を含む「教育」の 2 種類であった。これは看護補助者と比較すると、薬物の扱いや患者に対する教育的指導のみ看護職が長く提供しているケアであるということを示していると考えられた。

看護補助職の方が長かったケア内容は、「循環器系」であったが、より詳細な項目でみると「温・冷あん法、冷・温湿布、湯タンポ、氷嚢・氷枕の準備・実施・後始末」といったものであり、これらの介護を提供していた。

これらの結果からは、急性期病院で看護師が認知症患者に特別に提供している看護や看護技術はほとんどなく、看護補助者と同様のケアが提供されていた。

³⁴ 片丸美恵, 宮島直子, & 村上新治. (2008). 精神科看護における認知症高齢者の BPSD への対応と課題: 「問題行動」

をキーワードとしたケーススタディの文献検討から. 看護総合科学研究会誌, 11(1), 3-13.

このことは、今後の入院医療においては、看護師だけで患者らの療養上の世話や専門的看護を提供していくことを検討するのではなく、看護補助者との役割分担を明確にし、看護補助者が提供する介護サービスを前提とした、ケアミックスのあり方をさらに検討していく必要があると考えられた。

E. 結論

認知症高齢者に対し、入院医療機関でどのような看護技術が提供されているかを明らかにするために、急性期病院で認知症を有する患者がいる病棟でタイムスタディ調査を実施し、これら患者へ提供されていたケアを明らかにした。

この結果から、急性期病院においては、認知症の有無によっては提供時間には有意な差がなく、また、これを提供していた看護師と看護補助者の提供内容やその技術にも有意な差は薬物管理や患者指導に関する以外はないことが示された。

以上の結果からは現在、急性期病院で認知症患者のケアについての標準化や定型化が十分でないため、看護師らの役割が明確

にされていないことが示唆されている。

看護師と看護補助者あるいは、他の職種との業務の新たな在り方を検討するためには、時間帯別の分析やさらに具体的な看護や介護技術項目の提供との関連性の分析していくことが必要と考えられた。

これらの分析を継続することで、入院医療機関や介護保険機関における認知症患者に対して提供するケアのエビデンスから具体的な対応方策を示し、この内容を周知することで、これらの機関における認知症状を有する患者への対応に際して、より有用な看護が検討されることになるものと考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考資料. 調査票

(調票 01) 病院概況調査票

(調票 02) 患者アセスメント票

(調票 03) タイムスタディ調査票 表紙

(調票 03) タイムスタディ調査票 記録用紙

(調票 04) 突発事象調査票

(調票 05) 患者調査票

病院概況調査票

病院ID	
------	--

病院名			
記入者氏名		部署・役職	
電話番号		FAX番号	

I 病院全体の基本情報

1. 開設者（平成25年2月1日時点）				《該当番号》
01 国立（独立行政法人を含む）	02 公立	03 公的	04 社会保険関係	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
05 医療法人	06 個人	07 その他の法人		

2. 承認等の状況（平成25年2月1日時点）				《該当箇所全てに○》
<input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院		<input type="checkbox"/> 病院群輪番制病院		
<input type="checkbox"/> 地域医療支援病院		<input type="checkbox"/> 高度救命救急センター		
<input type="checkbox"/> 地域連携診療計画管理病院		<input type="checkbox"/> 救命救急センター		
<input type="checkbox"/> がん診療連携拠点病院		<input type="checkbox"/> 二次救急医療機関		
<input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター		<input type="checkbox"/> 小児救急医療拠点病院		
<input type="checkbox"/> 災害拠点病院		<input type="checkbox"/> 小児救命救急センター		

3. 許可病床数（平成25年2月1日時点）					
一般病床	床	医療療養病床	床	介護療養病床	床
精神科病床	床	結核病床	床	感染症病床	床
合計	床				

4. 延べ入院患者数（平成25年1月の1か月間）					
一般病床	人	医療療養病床	人	介護療養病床	人
精神科病床	人	結核病床	人	感染症病床	人

5. 平均在院日数（平成24年11月～平成25年1月の3か月間）					
一般病床	日	医療療養病床	日	介護療養病床	日

6. 全身麻酔手術の件数 ※静脈麻酔は除く（平成25年1月の1か月間）	件
-------------------------------------	---

7. 職員数（平成25年2月1日時点）							
医師	常勤	人	非常勤	人	看護師	常勤	人
歯科医師	常勤	人	非常勤	人	准看護師	常勤	人
薬剤師	常勤	人	非常勤	人	看護補助者	常勤	人

8. 新人看護職員のプリセプターシップ（直近の事業年(度)）		《該当番号》
01 プリセプターシップあり	02 プリセプターシップなし	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

9. 夜間管理看護師長の配置（平成25年2月1日時点）		《該当番号》
01 配置あり	02 配置なし	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

II DPC算定対象病床の基本情報

10. 管理票(様式01)で病棟IDを割当てた一般病棟数	病棟
------------------------------	----

11. DPC算定対象病床の状況 (①~③:平成25年2月1日時点、④と⑤:平成24年11月~平成25年1月の3か月間)							
病棟ID	①DPC算定 対象病床数	②DPC算定 対象患者数	③病棟配置の看護職員数		④平均在院日数	⑤重症度・看護必要度の平均得点	
			専従	専任		A項目	B項目
01	床	人	人	人	日	点	点
02	床	人	人	人	日	点	点
03	床	人	人	人	日	点	点
04	床	人	人	人	日	点	点
05	床	人	人	人	日	点	点
06	床	人	人	人	日	点	点
07	床	人	人	人	日	点	点
08	床	人	人	人	日	点	点
09	床	人	人	人	日	点	点
10	床	人	人	人	日	点	点
11	床	人	人	人	日	点	点
12	床	人	人	人	日	点	点
13	床	人	人	人	日	点	点
14	床	人	人	人	日	点	点
15	床	人	人	人	日	点	点
16	床	人	人	人	日	点	点
17	床	人	人	人	日	点	点
18	床	人	人	人	日	点	点
19	床	人	人	人	日	点	点
20	床	人	人	人	日	点	点
21	床	人	人	人	日	点	点
22	床	人	人	人	日	点	点
23	床	人	人	人	日	点	点
24	床	人	人	人	日	点	点
25	床	人	人	人	日	点	点
26	床	人	人	人	日	点	点
27	床	人	人	人	日	点	点
28	床	人	人	人	日	点	点
29	床	人	人	人	日	点	点
30	床	人	人	人	日	点	点

急性期病床でのタイムスタディ調査

(調票02)

患者アセスメント票				病院ID	病棟ID	患者ID	実施日	月	日			
性別	生年月日	西暦	年	月	日	入院年月日	西暦	年	月	日	疾患コード	疾患名
01安定期である／02安定期ではない				精神科病院・精神科病棟への転院・転棟の必要性:01必要性がある／02必要性はない				DPCコード				

※「合計」≥35 の場合が「認知症あり」に該当します。

■ 一般病棟用の重症度・看護必要度

A モニタリング及び処置等	
1 創傷処置	点
2 血圧測定	点
3 時間尿測定	点
4 呼吸ケア	点
5 点滴ライン同時3本以上	点
6 心電図モニター	点
7 シリンジポンプの使用	点
8 輸血や血液製剤の使用	点
9 専門的な治療・処置	点
B 患者の状況等	
10 寝返り	点
11 起き上がり	点
12 座位保持	点
13 移乗	点
14 口腔清潔	点
15 食事摂取	点
16 衣服の着脱	点

■ 認知症アセスメント DASC-20

		合計(以下の選択肢番号を足しあげたもの)	
1 もの忘れが多いと感じますか。	: 01感じない／02少し感じる／03感じる／04とても感じる		
2 一年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか。	: 01感じない／02少し感じる／03感じる／04とても感じる		
3 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	: 01まったくない／02ときどきある／03頻繁にある／04いつもそうだ		
4 五分前に聞いた話を思い出せないことがありますか。	: 01まったくない／02ときどきある／03頻繁にある／04いつもそうだ		
5 自分の生年月日がわからなくなることがありますか。	: 01まったくない／02ときどきある／03頻繁にある／04いつもそうだ		
6 今日が何月何日かわからないことがありますか。	: 01まったくない／02ときどきある／03頻繁にある／04いつもそうだ		
7 自分のいる場所がどこかわからなくなることがありますか。	: 01まったくない／02ときどきある／03頻繁にある／04いつもそうだ		
8 道に迷って家に帰ってこれなくなることがありますか。	: 01まったくない／02ときどきある／03頻繁にある／04いつもそうだ		
9 電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	: 01問題なくできる／02だいたいできる／03あまりできない／04できない		
10 一日の計画を自分で立てることができますか。	: 01問題なくできる／02だいたいできる／03あまりできない／04できない		
11 季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか。	: 01問題なくできる／02だいたいできる／03あまりできない／04できない		
12 一人で買い物はできますか。	: 01問題なくできる／02だいたいできる／03あまりできない／04できない		
13 バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	: 01問題なくできる／02だいたいできる／03あまりできない／04できない		
14 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	: 01問題なくできる／02だいたいできる／03あまりできない／04できない		
15 電話をかけることができますか。	: 01問題なくできる／02だいたいできる／03あまりできない／04できない		
16 自分で食事の準備はできますか。	: 01問題なくできる／02だいたいできる／03あまりできない／04できない		
17 自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか。	: 01問題なくできる／02だいたいできる／03あまりできない／04できない		
18 入浴は一人でできますか。	: 01問題なくできる／02見守りや声がけを要する／03一部介助を要する／04全介助を要する		
19 着替えは一人でできますか。	: 01問題なくできる／02見守りや声がけを要する／03一部介助を要する／04全介助を要する		
20 トイレは一人でできますか。	: 01問題なくできる／02見守りや声がけを要する／03一部介助を要する／04全介助を要する		

タイムスタディ調査票 とりまとめ表紙

病院 I D

病棟 I D

病院名

患者 I D

調査日 月 日 : ~ :

調査員氏名

※以下、該当する箇所の口欄に、チェック"レ"を入れてください。

- タイムスタディ 1日目(24時間)
- タイムスタディ 2日目(24時間)

※以下、該当する箇所の口欄に、チェック"レ"を入れてください。

- 他計式(調査中はケアに携わず、専ら観察・記録を行う)
- 自計式(ケアに携わるもの自らが、調査票への記録を行う)

(注)自計式は、深夜帯もしくは消灯後の準夜勤帯に限り可とします。

備考:
