

令和7年度厚生労働行政推進調査事業補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進事業)

「DPCデータを用いた入院医療の評価・検証及びDPCデータベースの利活用に資する研究」
分担研究報告書

認知症ケア加算の身体拘束低減に関する有用性の検討

研究協力者 宮本 憲一 東京科学大学大学院 医療政策情報学分野 大学院生

研究代表者 伏見 清秀 東京科学大学大学院 医療政策情報学分野 教授

研究協力者 新城 大輔 東京科学大学大学院 医療政策情報学分野 准教授

研究要旨:

○研究目的

本邦では、2016年から認知症ケア加算が導入され、身体拘束の低減や認知症ケアの向上を目的とした医療政策が推進されている。認知症ケア加算は認知症ケアの体制に応じて、1から3までに分類されており、身体拘束が実施された日は加算分の60%が減額される。しかし、これまで認知症ケア加算が、身体拘束やそれに関連する有害事象の低減に有用性を示した研究は殆どなく、認知症ケア加算1から3の施設を比較検討した研究は皆無である。そこで本研究は認知症ケア加算1-3の施設を比較し、認知症ケア加算の有用性を検討することを目的とする。

○研究方法

DPCデータベースで2020年4月1日から2021年3月31日の間に認知症ケア加算を算定された急性期治療の内科疾患の初回入院患者を対象とした。そのため入院契機病名が外傷の患者を除外し、入院期間が31日以上の患者を除外した。記述統計に加え、認知症ケア加算1施設と認知症ケア加算2-3施設で身体拘束の頻度と期間、また身体拘束関連の有害事象(血栓塞栓症、褥瘡、誤嚥性肺炎、消化管出血、尿路感染症、骨折)を比較した。欠損値に関しては多重代入法で補完し、患者因子を共変量とした上で、アウトカムが二値データに関してはロジスティック回帰分析、連続データに関しては重回帰分析を実施し、Odds Ratio (OR)を算出した。また二次的な解析として身体拘束と血栓塞栓症、褥瘡の関係性についてもロジスティック回帰分析で検討した。

○研究結果

対象集団として304248人を抽出した。認知症ケア加算1-3施設の身体拘束期間の平均値はそれぞれ、3.53日、4.05日、4.11日だった。身体拘束のORは0.57 (95%CI:0.54-0.59)で、有害事象に関しては血栓塞栓症、褥瘡、誤嚥性肺炎、消化管出血、尿路感染症、骨折でORがそれぞれ1.55 (95%CI:1.40-1.71)、0.98 (95%CI:0.93-1.03)、1.21 (95%CI:1.15-1.28)、1.14 (95%CI:1.03-1.26)、1.12 (95%CI:1.06-1.18)、1.07 (95%CI:0.96-1.19)であった。

○結論

認知症患者の急性期医療において、認知症ケア加算による財政的インセンティブは身体拘束の使用頻度を減らすのが、その効果は限定的であった。

A. 背景

日本を含む東アジア地域では、認知症や精神疾患患者の約30～40%が入院中に身体拘束を実施されているとされ、これは欧米諸国の約10%と比べて高い頻度である。

日本では2016年に認知症ケア加算が導入され、この認定を受けた施設は認知症患者に対する診療報酬が増額される一方で、身体拘束を行った日は、増額分の60%が減額されることとなった。

日本の急性期病院の60%以上が認知症ケア加算の認定を受けているが、過去に大規模なレジストリーデータを用いて、認知症ケア加算の有用性を検討した研究は殆どない。さらに認知症ケア加算1とそれ以外の施設では認知症ケアの体制に大きな隔たりがあり、これらの施設間における身体拘束の頻度および関連する有害事象を比較検討することは重要と思われる。

そこで本研究では、大規模データベースを用いて、急性期医療における認知症患者の身体拘束に対して、認知症ケア加算の有用性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

研究デザインおよびデータソース

DPC (Diagnosis Procedure Combination) データベースを用いたretrospective observational studyである。DPCは、本邦における急性期医療に導入されている診断(病名)と診療内容から患者のグルーピングを行い、更に医療費の包括支払い制度とリンクする仕組みであり、本研究ではDPC研究班が収集するDPCデータベースを用いた。当該研究班では、1000を超える参加施設から継続的にDPCデータを収集し研究管理している。DPCデータベースは、年齢、性別、病名(主傷病名、医療資源病名、入院時併存症、入院後続発症)、退院時転帰、退院先等

の入退院情報に加え、当該入院期間中に提供されたレセプト請求可能な提供診療情報(手術、処置、投薬、リハビリ等)が含まれている。病名は国際標準であるICD-10に基づき収集されている。なお、本研究の実施について、東京医科歯科大学の倫理委員会にて研究承認を得ている。

対象患者

2020年4月1日から2021年3月31日の間に認知症ケア加算を算定された内科疾患の初回入院患者を対象とした。そのため入院契機病名が外傷の患者を除外し、入院主病名、入院契機病名のいずれかが精神疾患の患者も除外した。また急性期治療の患者に限定するため入院期間が31日以上の患者を除外し、要介護度に欠損値がある患者も除外した。

統計手法

記述統計を用いたほか、アウトカムの解析には二値データに関してはロジスティック回帰モデル、連続データに関しては重回帰モデルを用いた。アウトカム解析の際はBMIの欠損値の頻度が約13%のため、バイアス回避の目的で多重代入法により欠損値を補完した。

アウトカムとして①身体拘束の頻度、平均期間、②身体拘束関連の有害事象(血栓塞栓症、褥瘡、誤嚥性肺炎、消化管出血、尿路感染症、骨折)を設定し、患者因子を投入したうえodds ratio(OR)を算出した。患者因子として、年齢、性別、BMI、チャールソン併存疾患指数、要介護度、認知症ケア加算1を投入した。

データ処理にはMicrosoft SQL Serverを、統計解析にはR statistics version4.5.1 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria)を用いた。p値<0.05(両側)を統計的に有意とみなした。

C. 研究結果

304248人の患者が抽出された。患者特性（年齢、性別、BMI、入院期間、入院主病名）に関しては認知症ケア加算1-3の施設間で、大きな偏りはなかった。

認知症ケア加算1-3の施設での身体拘束の頻度はそれぞれ40.8%、42.2%、42.9%で、身体拘束期間の平均値はそれぞれ、3.53日、4.05日、4.11日だった。身体拘束期間のORは0.57 (95%CI:0.54-0.59)で、有害事象に関しては血栓塞栓症、褥瘡、誤嚥性肺炎、消化管出血、尿路感染症、骨折でORがそれぞれ1.55 (95%CI:1.40-1.71)、0.98 (95%CI:0.93-1.03)、1.21 (95%CI:1.15-1.28)、1.14 (95%CI:1.03-1.26)、1.12 (95%CI:1.06-1.18)、1.07 (95%CI:0.96-1.19)であった（表1）。認知症ケア加算1の施設は認知症ケア加算2-3の施設と比較して身体拘束期間や実施率について低減傾向にあるが、身体拘束関連の有害事象を低下するまでに至らず、その効果は限定的であったと思われる。また身体拘束の低減により骨折の頻度が増加することもなかった。

表 1

認知症ケア加算 1 vs 認知症ケア加算 2-3	OR (95%CI)	P値
身体拘束期間	0.57 (0.54-0.59)	<0.001
身体拘束 1 日以上	0.92 (0.91-0.94)	<0.001
身体拘束 4 日以上	0.88 (0.87-0.90)	<0.001
身体拘束 7 日以上	0.84 (0.82-0.85)	<0.001
身体拘束 14 日以上	0.75 (0.73-0.77)	<0.001
血栓塞栓症	1.55 (1.40-1.71)	<0.001
褥瘡	0.98 (0.93-1.03)	0.49
骨折	1.07 (0.96-1.19)	0.20
誤嚥性肺炎	1.21 (1.15-1.28)	<0.001
消化管出血	1.14 (1.03-1.26)	0.010
尿路感染症	1.12 (1.06-1.18)	<0.001

D. 考察

本研究は、認知症ケア加算という財政的インセンティブの提供が認知症患者に対する身体拘束をある程度減少させた可能性を示唆している。しかしながら、日本の身体拘束率は欧米諸国と比較して依然として高い。これは、日本の医療が、入院治療に大きく依存するために入院ベッド数や在院期間が延長し、結果、医療スタッフのマンパワー不足のため身体拘束に頼らざるを得ないことが原因と考えられる。したがって、日本においてこれまで以上に在宅ケアの利用を促進することが解決策の一つとなるかもしれない。

一方、日本では 2024 年から身体拘束に対する医療政策がさらに強化され、認知症ケア加算の要件が厳格化された上、身体拘束に対する金銭的罰則も強化された。引き続きこれらの政策が身体拘束に及ぼす影響を検証する必要がある。

本研究は、DPC/PDPSデータベースのデータを使用しているため、いくつかの強みがある。まず、多くの施設から包括的にデータが抽出されているため、分析結果は日本の急性期医療において代表性が高いと考えられる。さらに、サンプルサイズが大きいため、分析結果の精度が高い。加えて、認知症ケア加算の情報を用いることで、入院期間中の身体拘束の実施日を正確に把握することが出来た。

一方、本研究の限界については、まず本研究の結果は、認知症ケア加算の導入が身体拘束の低減につながるという直接的なエビデンスを提供するものではないことが挙げられる。しかし、先行研究での認知症ケア加算認定施設での身体拘束実施率と本研究の結果は同程度であったことに加え、本研究は、最も認知症ケアの体制が強化された認知症ケア加算1の有用性に焦点を当てることで、先行研究のエビデンスを補完し

ている。次に、本研究は認知症ケア加算が算定された患者を対象としているため、重度の認知症患者に対象が限定されている。日本では、認知症患者の約40%が重度の認知症であると考えられており、これらの患者では、軽度の認知症患者と比較して身体拘束率が高かった可能性がある。最後に、本研究ではDPC/PDPSデータベースの制約上、個々の患者の詳細な臓器機能データを収集できていない。このため、本研究では臓器機能データの代わりにチャールソン併存疾患指数を共変量として使用した。

E. 結論

認知症患者の急性期医療において、財政的インセンティブは身体拘束の使用頻度を減少させるが、その効果は限定的である。日本におけ

る身体拘束の低減には、医療政策のさらなる推進が必要である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし