

## 第5部 考察



## 1. 回答者の特性について

本調査は、2013年11月現在に登録されている CNS 55名、CN 345名、計 400名を調査母集団とした。回答率は、CNS 72.7%、CN 20.6%と両者には大きな開きが認められ、CN の回答率が低かった。

この背景には、調査票の配布方法が影響していると推測される。調査の方法は、本委員会委員のうち、各団体に属する委員が各団体との連絡をとる役割を担い、調査の依頼、調査票の配布、回答の呼びかけ、および回答期間の延長について各団体の担当者と連絡をとりあい、各団体を經由して調査対象者である CNS、CN 個人の電子メールに配信する方法をとった。各団体に個人の電子メールが登録されている割合は CNS 100%、CN 約 50%と報告を受けているが、勤務機関の異動や退職・休職等により、把握できない者も多いとのことであり、CN の方が母数も多く、この傾向が強かった。本学会から調査対象者個人へ直接アクセスする方法をとることは困難であったため、回収率の差は、各団体で組織的に情報が把握されているか否かを反映しているものと考えられた。

このことから、CNS の回答に関しては本調査結果は母集団の特性を示していると考えられたが、CN に関しては、調査の依頼状自体が手元に届いていない者が相当数あるのではないかと考えられ、回答が母集団の特性を完全に示しているか慎重に解釈する必要がある。

回答者の看護師経験年数は平均 17 年 5 か月と十分な経験年数であったが、CNS あるいは CN としての経験年数は 3～4 年が最も多く、比較的最近活動を始めた者が多いといえる。

また、雇用形態は常勤が 97.3%を占め、勤務場所は 57.7%が病棟に配属され最も多かった。職位についてはスタッフ 47.8%、主任・副師長相当職 31.5%、師長相当職 15.3%の順で多く、勤務の仕方は病棟配属や外来配属、教育・管理業務、院内フリーなど職位に応じて多様であった。本結果は、これら多様な職位、多様な勤務形態による認知症者へのチーム医療の実態を収集したものであると考えられる。

## 2. 医療機関の特性について

回答者の所属機関は平成 24 年度医療施設調査と比較すると、国立病院に属する者が 5.4%と若干多く、医療法人 30.6%は全国の割合と比較すると約 1/2 であった。回答者の 12.6%は医療機関以外の機関(施設等)に所属していた。

医療機関の種類では、一般病院 40.5%、精神科病院 7.2%ともに全国と比較して割合が低かった。7 対 1 入院基本料を取得している医療機関は 78%と多く、1 病棟/ユニットあたりの病床数は約 57 床、医療機関の病棟単位数は約 13 病棟が平均像であった。医療機関全体の病床数は約 430 床と、CNS、CN を配置している医療機関の病床数の規模は比較的大きいといえる。

## 3. 看護体制の特性について

看護師が受け持つ日勤帯の受け持ち患者数は平均 7～8 人であったが、夜勤帯の受け持ち患者数は 23.4 人と多くなっていた。看護体制は、固定チームナーシング体制を 48.3%が採用していたが、非固定チームナーシング 7.6%、プライマリナーシング(受け持ち制)27.1%、モジュール型看護方式 3.4%、機能別看護方式 9.3%、パートナー型看護 3.4%、小チーム共同型 0.8%などもあり、各機関や病棟でチームのあり方の工夫がなされていた。

## 4. 認知症をもつ入院患者へのチーム医療の現状について

認知症、あるいは未診断であるが認知機能が低下している入院患者数(FAST 分類で軽度認知症～重度認知症)は、各病棟/ユニットで平均約 17 人であった。これは 1 病棟/ユニットあたりの平均病床数約 57 床のうち 29.8%と推計され、約 3 割の入院患者に認知症または認知機能低下があることが新たに判明した。

これらの患者のうち、何らかの行動心理兆候(BPSD)を発症した者は 10.8 人(63.5%)、せん妄を発症した者は 2 名(11.8%)と非常に高い割合であることが明示された(以上：次頁図参照)。

BPSD の具体的兆候は、焦燥、不穏状態、攻撃性(暴行・暴言)、叫声、拒絶、ケアへの抵抗、活動障害(徘徊、

異常行動、無目的な行動、不適切な行動)、食行動の異常(異食、過食、拒食)、妄想(ものとり妄想、被害妄想、嫉妬妄想など)、幻覚(幻視、幻聴など)、誤認(ここは自分の家でないなど)、感情面の障害(抑うつ、不安、興奮、アパシーなど)が挙げられ、多彩な内容であった。これらの兆候のある入院患者が複数あることから、対応には、困難を伴っていると考えられた。

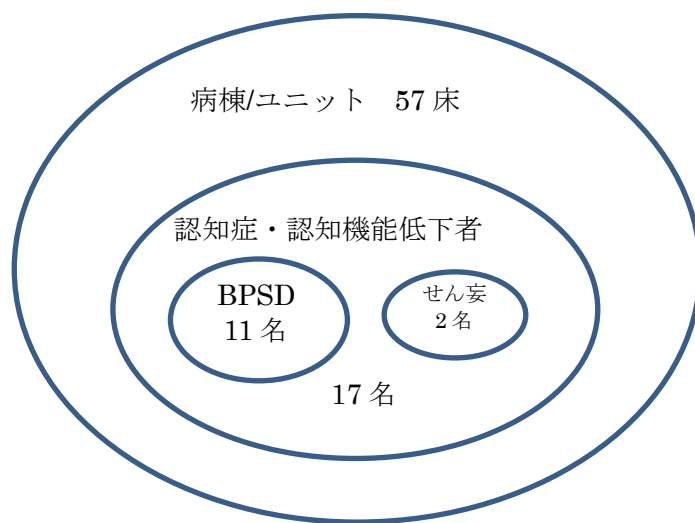


図 病棟/ユニットにおける認知症・認知機能低下が認められる患者数の平均と症状別内訳

## 5. 認知症をもつ入院患者に関する診療報酬算定状況について

認知症関連の診療報酬の算定状況は、栄養サポートなどのチーム医療といった認知症患者に特有でない項目の算定はなかったが、表に示した認知症患者に報酬化されている項目は、算定している医療機関が少なく、要件の厳しさが背景にあると考えられた。

具体的に診療報酬請求で平成 26 年 2 月の 1 ヶ月間に算定されたチーム医療の状況を見ると、【A233-2】栄養サポートチーム加算、【A242】呼吸ケアチーム加算、【A236】褥瘡ハイリスク患者ケア加算、【A234-2】感染防止対策加算、【早期リハビリテーション加算】、【H001】脳血管疾患等リハビリテーション料、【H002】運動器リハビリテーション料、【H003】呼吸器リハビリテーション料、【H003-2】リハビリテーション総合計画評価料、【H004】摂食機能療法、【A233】栄養管理実施加算【I015】などでは 20～60%程度の医療機関で算定が行われていた。

一方、重度認知症患者デイ・ケア料、【A104 に加算】重度認知症加算、【A314】認知症治療病棟入院料、【238】認知症治療病棟退院調整加算は 3～4%の医療機関しか算定しておらず、算定しているものも精神科のみである。これらは表内の網掛部分に示すように、算定のための施設基準が精神病棟であることなど、制度上の制約によるものである。認知症関連の診療報酬は重度認知症患者デイ・ケア料、認知症治療病棟入院料 1、認知症治療病棟退院調整加算などであるが、ともに算定機関は 2 施設前後であった。このことは、最も多かった感染防止対策加算の 67 機関(83.8%)と比べると、現行の診療報酬制度では極めて算定要件が厳しいといえる。一般病院入院患者における評価できる仕組みが望まれる。

表 認知症関連の診療報酬と算定のための施設基準、対象患者および、算定点数

診療報酬名	主な施設基準等	対象患者	算定点数	備考
【230-4】精神科リエゾンチーム加算	①専任の <b>精神科医</b> (5年以上) ②専任の常勤看護師(CNSまたはCNかつ精神科等の経験5年以上) ③専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士、常勤臨床心理技術者のいずれか(精神医療、3年以上)	・せん妄や抑うつを有する者 ・精神疾患を有する者 ・自殺企図で入院した者	200点(週1回)	
【1015】重度認知症患者デイケア料	① <b>精神科医師</b> 1人 ②作業療法士 1人 ③看護師 1人 ④精神科病棟勤務経験のある看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者のいずれか1人以上において、1人当たり1日6時間以上行う。(夜間ケアはこれに引き続き2時間)	・「認知症高齢者の日常生活判定基準」においてランクMに該当する者	1,040点(1日) 早期加算 50点 夜間ケア 100点	早期加算、夜間ケアともに起算日より1年以内
【A104に加算】重度認知症加算 (【A103精神科病棟入院基本料】に加算)	①当該病棟が医療法に規定される <b>精神科病棟</b> であること。 ②看護職員の数に常時当該病棟の入院患者数が25またはその端数を増すごとに1以上であること。 など	・重度認知症の状態にあり日常生活を送る上で介助が必要な状態の者(「認知症高齢者の日常生活判定基準」においてランクMに該当する。ただし、JCSでⅡ-3以上または、GCS8点以上の者は除く)	10対1 1,271点 13対1 946点 15対1 824点 など	A104は2014年9月30日で廃止 当該加算は【A103精神科病棟入院基本料】に加算となった
【A238-8】地域連携認知症支援加算	【A314】を算定する病棟に転院させ、当該転院の日から60日以内に再び当該機関に入院した場合の初日に加算する。	【A101】または、【A109】を算定する医療機関に入院している患者に認知症に対する短期的かつ集中的な治療を行う場合。	1,500点 (再入院初日)	【A101】療養病棟入院基本料 【A109】有床診療所療養病床入院基本料
【A238-9】地域連携認知症集中治療加算	【A101】を算定する病棟または、【A109】を算定する病床から転院してきた患者に対し、必要な診療を行い、診療情報を文書により提供した上で、転院の日から60日以内に他の医療機関へ転院させた場合の退院時に加算する。	【A314】を算定する医療機関が認知症患者に対する認知症の短期的かつ集中的な治療を行う場合。	1,500点(退院時)	【A101】療養病棟入院基本料 【A109】有床診療所療養病床入院基本料
【A314】認知症治療病棟入院料 1. 認知症治療病棟入院料 1 イ 30日以内の期間 ロ 31日以上60日以内の期間 ハ 61日以上 2. 認知症治療病棟入院料 2 イ 30日以内の期間 ロ 31日以上60日以内の期間 ハ 61日以上	① <b>精神科医</b> および、認知症治療病棟専従の作業療法士がそれぞれ1人以上勤務している。 ②当該病棟に勤務する看護職員の最小必要数の半数以上は精神科病棟勤務経験を有する看護職員である。 ③当該病棟に勤務する看護補助者の最小必要数の半数以上は精神科病棟勤務経験を有する看護補助者である。 ④当該機関に専従する精神保健福祉士または臨床心理技術者が1人以上勤務している。 など	精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者に急性期に重点を置いた集中的な治療を行う場合	認知症治療病棟入院料 1 イ 1,809点 ロ 1,501点 ハ 1,203点 認知症治療病棟入院料 2 イ 1,316点 ロ 1,111点 ハ 987点	
【238】認知症治療病棟退院調整加算 (【A314】認知症治療病棟入院料の退院調整加算)	【A314】認知症治療病棟入院料と同じ	【A314】を受けている患者が当該病棟に6月以上入院している場合について、退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合に算定する。	300点(退院時)	同名の診療報酬は以前より存在しないため、【A314】「認知症治療病棟入院料」の「退院調整加算」に関する部分に読み換えた。

## 6. 認知症をもつ入院患者に関するチーム医療の内容

2014年2月のある一日に行った認知症をもつ入院患者に行った具体的なチーム医療の内容には、BPSD、身体拘束、向精神薬などの薬物療法、転倒・転落などのケアであった。これらはともに頻度の高い認知症看護に関連した項目でもある。したがって、病棟での認知症患者数の増加やBPSD発症などの現状に応じて看護師や介護士の増加を配慮した柔軟な体制への取り組みの必要性が考えられる。

多職種チーム活動には、高齢者チームのような高齢者に対象を絞ったチームだけでなく、リエゾンチーム、栄養サポートチーム(NST)、退院調整チームのように対象は幅広いものの、高齢者が問題を抱えやすい事象を扱うチームも複数含まれていた。

具体的な介入方法には、非医療的ケアでBPSDが改善したケースもあったが、看護師と多職種のカンファレンスで検討した非医療的ケアと医療的ケアを組み合わせたチームによるケアが多かった。最も多かった介入は、不眠や徘徊等への介入であり、精神科用薬に頼るのではなく、本人の調整をしながら生活リズムを整えたり「見守り」を重点的に行うことで、認知症高齢者の症状が改善していった。

以上から、BPSDへの対応は、多職種から構成される既存のチームを活用しながら、非医療的ケアと医療的ケアを総合的に提供することで、改善への効果が上げられると考えられる。

認知症患者は、その病態により、身体状態が悪化していることを見逃したり、BPSDによる摂食の乱れから

生じる健康障害が重篤化する可能性がある。これらの健康障害は老年症候群と相まって急変対応を求められる場合も少なくない。急変時には、抑制下での治療も実施されるが、高齢者にとって、原疾患の治療はもとより、長期臥床による老年症候群の増悪を防止することを最大限考慮しなければならない。そのためには、多職種チームによる総合的なケア力が重要になると考える。

また、医療機関分類別分析では、医療機関分類Ⅰ(高度先進医療群)が軽度から中等度認知症、Ⅲ(長期療養医療群)がより重度の認知症の患者層が入院していることが明らかとなった。せん妄を例にとると、軽度～中等度の認知症患者へのチームによるケアが多く、これは、高度先進医療群と一般的な医療群に特徴的な介入であり、治療や入院に伴うせん妄の発症に認知症症状が絡んでいるため、より高度なケアが必要になっているため、チームでの介入が多くなっていると考えられる。

今回の調査から、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士等、様々な職種がADLや認知機能低下を予防するためのケア提供が実施されていた。認知症入院患者の医療を円滑かつ効果的に行うためには、チーム医療は欠かせず、その体制のさらなる強化と、状況に応じた柔軟なチーム作りが必要である。

## 7. 総括

今回対象となったCNS、またはCNが勤務していた医療機関の種類は、高度医療機関、一般病院、精神科・療養病床にわたり、多様な勤務形態により勤務していた。

入院患者のうち、約3割に認知症、または認知機能低下が認められ、うち半数以上がBPSDを発症していることが明示された。一人の看護師が7～8名の患者を日勤帯で受け持っていることから、うち約2名の患者に認知症、または認知機能低下がある状況である。これらの認知症患者の対応には、ルーティンワークを行う受け持ち看護師以外の人員による個別の対応が必要とされている。そのため、患者の状態に応じて、各勤務シフトの単位で看護師の人員を増加できる柔軟な看護体制をとれるようにすることが必要である。

また、認知症、あるいは認知機能低下をもつ高齢患者が新規に入院した際には、BPSDやせん妄の発症に対して、予防的な対応と、体制がとれるよう、看護師の人員配置を手厚くできる体制と、それに伴う診療報酬評価をはかることが必要であると考えられる。

入院認知症高齢者へのチーム医療の課題には、患者にとって一番身近な存在である看護師がチーム医療のコーディネイト機能をより発揮できるようにしていくことが必要で、認知症入院患者のBPSD発症時などにすみやかに専門職チームをつくり、チームを牽引していくことが求められる。直ちに医師、看護師、薬剤師、作業療法士、介護職員等によるチームをつくり、一人一人の患者に柔軟に対応できるような体制を作ることが求められる。それに対する診療報酬化が不可欠であると考えられる。

チーム医療の効果としては、認知症患者の症状の消失・軽減・改善や、患者の生活が整い、状態が改善すること、患者に統一したケアを提供できること、家族にも安心感を与えられ、患者一家族間の関係性が再構築できる点が本調査から挙げられた。これらのことから、必要な時機に必要な看護師、とりわけ卓越した高齢者看護の実践力をもつ看護師を手厚く配置し、チームを牽引していくことが必要である。