

■委員会報告

老年看護政策検討委員会活動報告 (1)

認知症ケア加算2算定申請をした病院の看護管理者からみた認知症看護研修の効果

【老年看護政策検討委員会】

北川公子¹⁾, 酒井郁子²⁾, 深堀浩樹³⁾, 森山祐美⁴⁾, 石川容子⁵⁾, 亀井智子⁶⁾, 山川みやえ⁷⁾, 金盛琢也⁶⁾, 正木治恵²⁾, 堀内ふき⁸⁾

【キーワード】認知症ケア加算2, 看護管理者, 認知症看護研修

老年看護学, 22(2):97-102(2018)

I. はじめに

高齢化の延伸に伴い, 近年, 身体疾患の治療のために急性期病院を受療する認知症患者が増えている。2013年に日本老年看護学会が行った調査では, 一般病院等において, 日勤帯で1人の看護師が受け持つ6~7人の患者のうち, 1~2人は認知症患者であることを明らかにした(日本老年看護学会, 2014)。しかし, 介護保険施設に比べて, 一般病院等では, 治療優先のもとに, 十分な対応策が検討されないまま身体拘束や薬物による鎮静が行われることが危惧されている。この背景には医療施設で身体合併症の治療を受ける認知症患者へのケアに関する知識技術の不足およびチームアプローチの未成熟があると考えられる。

このような現状に対して, 2016年度の診療報酬改正において, 身体疾患を有する認知症患者へのケアを積極的に評価する認知症ケア加算が新設された。この加算は,

認知症ケア加算1と2の2種類があり, 精神病棟や小児科病棟, 産科病棟を除く一般病床のうち, 要件を満たした病棟を単位として申請するものである。認知症ケア加算1は, 専門医や認知症看護認定看護師, 老人看護専門看護師等を含む認知症ケアチームを組織することが要件とされるため, いまのところ急増は見込めない。

一方, 認知症ケア加算2は, 認知症ケアに関するマニュアル整備のほか, 厚生労働省の指定を受けた認知症看護研修(以下, 研修)を修了した看護師を病棟に複数名配置することが要件となっている。以上の背景から2016年5月以降, 本学会をはじめ諸団体による研修が都市部を中心に実施された。認知症看護研修は, 「認知症の原因疾患と病態・治療」「入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術」「コミュニケーション方法および療養環境の調整方法」「行動・心理症状(BPSD), せん妄の予防と対応法」「認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援」を含む, 9時間以上の講義・演習と内容を規定されている。

本研究の目的は, この研修に看護師を派遣し, 認知症ケア加算2の算定を届出た病院を対象に質問紙調査を行うことで, 届出病院の特徴, ならびに研修効果を明らかにし, 研修の課題を検討することである。

II. 方法

1. 調査対象

全国8か所の厚生局のホームページに, 2016年11月中旬に次公開された「届出受理医療機関名簿」において,

- 1) Kimiko Kitagawa: 共立女子大学看護学部 (Kyoritsu Women's University Department of Nursing)
- 2) Ikuko Sakai, Harue Masaki: 千葉大学大学院看護学研究科 (Chiba University Graduate School of Nursing)
- 3) Hiroki Fukahori: 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 (Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Health Care Sciences)
- 4) Yumi Moriyama: 製鉄記念広畑病院 (Steel Memorial Hirohata Hospital)
- 5) Yoko Ishikawa: 和光病院 (Wako Hospital)
- 6) Tomoko Kamei, Takuya Kanamori: 聖路加国際大学大学院看護学研究科 (St. Luke's International University Graduate School of Nursing)
- 7) Miyae Yamakawa: 大阪大学大学院医学系研究科 (Osaka University Graduate School of Medicine)
- 8) Fuki Horiuchi: 佐久大学 (Saku University)

「認知症ケア加算」の届出が記載されていた病院 1,469 か所のうち、ケア加算 2 の算定を申請した病院の看護部長ならびにそれに準ずる立場の者を調査対象とした。

2. 調査方法

郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。調査期間は 2017 年 1 月 16 日～3 月末日までであった。

調査内容は、①病院の概要、②研修への派遣状況、③届出準備と届出の状況、④研修の効果と要望である。それぞれ具体的な調査項目は以下のとおりであった。

①病院の概要：所在地、開設者、病院の種類、病院の規模（病床数）、認知症患者数の最も多い病棟の標準的な認知症患者数と当該病棟の病床数

②研修への派遣状況：派遣した研修先と派遣人数

③届出準備と届出の状況：届出準備段階での困難 10 項目の有無

④研修の効果と要望：研修の目的や内容を参考に設定した 16 の項目に対して、看護管理者の立場から、「効果あり」から「効果なし」の 4 段階リッカートによる評価を求めた。また今後充実を希望する研修内容を最大 3 項目自由記載で求めた。

3. 分析方法

単純集計およびクロス集計によって、数量的に回答状況の特徴を把握した。一部の分析では、病院の種類や規模別に検討した。最も認知症患者数の多い病棟の標準的な認知症患者数については、回答されている認知症患者数を当該病棟の病床数で割って、一病棟あたりの認知症患者の割合（以下、認知症患者率）を算出した。

また、研修効果の調査項目 16 項目については因子分析（主因子法）を行った。その結果、『修了者の認知症ケア実践』『認知症ケアへの組織的対応』『認知症ケアに関する学びの共有』『身体拘束への対応』と命名できる 4 因子を抽出し（累積寄与率 61.0%）、この 4 因子を元に結果を整理した。

一方、充実を求める研修内容の自由記載は、類似項目を整理し、そのうえで件数を求めた。

4. 倫理的配慮

質問紙は無記名であり、そのほか回答者の所属先の名称や住所に関する質問事項をいっさい含まないことにより、匿名性を確保した。

本研究は、共立女子大学研究倫理審査委員会の承認を

表 1 認知症ケア加算 2 算定申請病院の概要

		病院数 (%) N = 508
所在地	北海道・東北	77 (15.2)
	関東	113 (22.2)
	中部	75 (14.8)
	近畿	90 (17.7)
	中国	53 (10.4)
	四国	32 (6.3)
開設者	九州・沖縄	68 (13.4)
	国・公的機関、社会保険関係団体	73 (14.4)
	医療法人	338 (66.5)
	その他の法人・会社等	63 (12.4)
	個人、その他	34 (6.7)
種類	特定機能病院	4 (0.8)
	地域医療支援病院	58 (11.4)
	療養病床のある一般病院	210 (41.3)
	療養病床のない一般病院	236 (46.5)
規模	20～49 床	22 (4.3)
	50～99 床	111 (21.9)
	100～199 床	213 (41.9)
	200～299 床	86 (16.9)
	300～399 床	42 (8.3)
	400～499 床	21 (4.1)
	500 床以上	13 (2.6)

得たうえで実施した。承認番号は KWU-IRBA#1611 である。

III. 結果

1. 届出病院の概要および病院に入院する認知症患者数

調査期間内に 544 件の返信があった。回収率は 37.0% である。このうち、病院の所在地、開設者、病院の種類と規模の 4 項目に記入漏れのない 508 件の回答を分析に用いた。

認知症ケア加算 2 の算定を届出た病院の概要は表 1 のとおりである。所在地は関東地方 (22.2%) が多く、開設者は医療法人 (66.5%) が多かった。病院の種類では「療養病床のある一般病院」と「療養病床のない一般病院」がおおの 40% 以上を占めた。また、病院規模では 100～199 床が最も多く 41.9%、次いで 50～99 床の 21.9% であった。

認知症患者数の回答は 393 施設から得られ、1 施設あたり、最小は 1 人、最大は 70 人、最頻値 10 人、平均 21.6 人 (SD14.78) であった。認知症患者率は最小 3%、最大 100%、平均 39.1% であった。

認知症患者率を病院種類と規模別にみたものが表 2 である。いずれの種類、規模ともに、おおむね 70% の病

表2 病院の種類別にみた代表病棟における認知症患者率

病院の属性		19%以下 N = 94	20～49% N = 166	50%以上 N = 133	計 N = 393
種類	特定機能病院	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	3 (100.0)
	地域医療支援病院	17 (37.0)	22 (47.8)	7 (15.2)	46 (100.0)
	療養病床のある一般病院	24 (14.4)	62 (37.1)	81 (48.5)	167 (100.0)
	療養病床のない一般病院	52 (29.4)	81 (45.8)	44 (24.9)	177 (100.0)
規模	99床以下	31 (31.3)	40 (40.0)	28 (28.3)	99 (100.0)
	100～199床	32 (19.5)	75 (45.7)	57 (34.8)	164 (100.0)
	200床以上	31 (23.8)	51 (39.2)	48 (36.9)	130 (100.0)

表3 各病院が看護師を派遣した指定研修先（複数回答）

研修名	病院数 (%) N = 508
日本看護協会による研修	408 (80.3)
全日本病院協会「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」	177 (34.8)
都道府県および指定都市「看護職員認知症対応力向上研修」	167 (32.9)
日本慢性期医療協会「看護師のための認知症ケア講座」	141 (27.8)
日本精神科看護協会「認知症の理解とケア」	74 (14.6)
日本老年看護学会「認知症看護対応力向上研修」	36 (7.1)
東京都による「東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ」	19 (3.7)
独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）「認知症看護研修」	13 (2.6)
社会福祉法人恩賜財団済生会による研修	12 (2.4)

表4 病院規模別にみた認知ケア加算2の算定を届出するための準備段階での困難

	困難ありの合計 N = 508	99床以下 N = 133	100～199床 N = 213	200床以上 N = 162	p値
届出に必要なマニュアルを作成すること	284 (55.9)	86 (64.7)	115 (54.0)	83 (51.2)	.053
認知症ケアに対する病棟看護の志気を高めること	256 (50.4)	72 (54.1)	107 (50.2)	77 (47.5)	.528
研修受講希望者数に見合う研修会先を確保すること	240 (47.2)	51 (38.3)	107 (50.2)	82 (50.6)	.057
病棟看護師等を対象とした認知症ケア研修会・事例検討会の開催を準備すること	186 (36.6)	61 (45.9)	67 (31.5)	58 (35.8)	.025
身体的拘束の廃止を進めていく病院内の協力体制を構築すること	151 (29.7)	36 (27.1)	73 (34.3)	42 (25.9)	.159
病棟に2人以上の研修修了者を配置する見通しをつけること	148 (29.1)	23 (17.3)	64 (30.0)	61 (37.7)	.001
マニュアル作成や院内研修会の企画運営方法に関する相談先を得ること	108 (21.3)	25 (18.8)	42 (19.7)	41 (25.3)	.306
医師の理解を得ること	102 (20.1)	23 (17.3)	48 (22.5)	31 (19.1)	.464
予定した人数の研修受講希望者を募ること	89 (17.5)	25 (18.8)	38 (17.8)	26 (16.0)	.816
事務部門の理解を得ること	37 (7.3)	13 (9.8)	15 (7.0)	9 (5.6)	.376

注) カッコ内はNに対する割合

院が認知症患者率20%以上であった。

2. 認知症看護研修への派遣状況と派遣者数

認知症看護研修への派遣者総数は5,278人、施設当たり平均派遣人数は10.56人 (SD10.36)、99床以下の病院では平均5.2人 (SD3.11)、100～199床では平均8.8人 (SD4.82)、200床以上では16.8人 (SD15.25)であった。

各研修への看護師の派遣状況は表3のとおりであり、分析対象の80.3%が日本看護協会の研修を利用していた。

3. 認知ケア加算2の算定を届出するための準備段階における困難

認知ケア加算2の算定を届出するための準備段階での困難を、病院規模別に集計したものが表4である。困難ありの回答割合は、全体では「届出に必要なマニュアルを作成すること55.9%」「認知症ケアに対する病棟看護の志気を高めること50.4%」「研修受講希望者数に見合う研修会先を確保すること47.2%」の3項目が高かった。

病院規模別でみると、「病棟に2人以上の研修修了者を配置する見通しをつけること」では200床以上の病院

表5 認知症看護研修による効果

項 目		効果あり	ややあり	あまりない・効果なし	計
修了者自身	修了者の認知症ケアに対する意欲や態度の向上	196 (39.0)	271 (54.0)	35 (7.0)	502 (100.0)
	修了者の認知症ケアに対する知識の深まり	232 (46.1)	253 (50.3)	18 (3.6)	503 (100.0)
	修了者の認知症患者に対する実践活動の充実	79 (15.8)	293 (58.7)	127 (25.4)	499 (100.0)
	修了者によるリーダーシップの発揮	75 (15.0)	256 (51.2)	169 (33.8)	500 (100.0)
	修了者による病棟看護師へのコンサルテーション（相談）の実施	34 (6.9)	168 (33.9)	293 (59.2)	495 (100.0)
組織的 取り組み	病棟看護師の認知症ケアに対する取り組みの変容	68 (13.6)	285 (57.0)	147 (29.4)	500 (100.0)
	看護計画書の充実	125 (25.1)	298 (59.7)	76 (15.2)	499 (100.0)
	認知症ケアに関するカンファレンスの充実	83 (16.6)	278 (55.5)	140 (27.9)	501 (100.0)
	認知症ケアに関する連携やチームづくり	89 (17.9)	192 (38.6)	217 (43.6)	498 (100.0)
	病棟でのBPSDの把握状況の向上	52 (10.6)	234 (47.7)	205 (41.8)	491 (100.0)
学びの 共有	伝達講習会等による、病棟全体での学びの共有	130 (26.1)	274 (54.9)	95 (19.0)	499 (100.0)
	伝達講習会等による、病院全体での学びの共有	83 (16.7)	218 (43.8)	197 (39.6)	498 (100.0)
	病棟看護師等を対象とした認知症ケア研修会・事例検討会の開催	122 (24.5)	192 (38.6)	184 (36.9)	498 (100.0)
拘束への 対応	身体的拘束の実施基準に関するマニュアルづくり	211 (42.6)	185 (37.4)	99 (20.0)	495 (100.0)
	鎮静を目的とした薬物の適正使用に関するマニュアルづくり	136 (27.5)	150 (30.4)	208 (42.1)	494 (100.0)
	病棟での身体拘束数の減少	76 (15.3)	202 (40.6)	206 (44.1)	497 (100.0)

で困難ありと回答した割合が有意に高く、「病棟看護師等を対象とした認知症ケア研修会・事例検討会の開催を準備すること」では、99床以下の病院の困難ありの回答割合が有意に高かった。

4. 研修の効果と要望

1) 研修の効果

研修効果を表5に示した。『修了者自身』への効果5項目のうち、「あまりない・効果なし」と回答したものの割合は「修了者の認知症ケアに対する意欲や態度の向上7.0%」「修了者の認知症ケアに対する知識の深まり3.6%」と極めて少なく、研修修了者個人への効果がある程度推測された。一方「修了者による病棟看護師へのコンサルテーション（相談）の実施59.2%」は「あまりない・効果なし」が過半数であった。

次に、『組織的取り組み』では、「病棟看護師の認知症ケアに対する取り組みの変容」「看護計画書の充実」「認知症ケアに関するカンファレンスの充実」の3項目において、「ややあり」と「効果あり」併せて70～80%となり、一定の波及効果を認めた。しかし、「認知症ケアに関する連携やチームづくり」「病棟でのBPSDの把握状況の向上」では、「あまりない・効果なし」が40%を超え効果の認識がなされていなかった。

『学びの共有』のうち、「病棟全体での学びの共有」では「効果あり」「ややあり」を併せて80%だが、病院全体になると低減した。

『拘束への対応』では、「身体的拘束の実施基準に関す

るマニュアルづくり」の効果が高く、「効果あり」「ややあり」を併せて80%であった。しかし、「鎮静を目的とした薬物の適正使用に関するマニュアルづくり」や「病棟での身体拘束数の減少」への効果では、「あまりない・効果なし」が4割を超えていた。

全体的に、「効果あり」と回答した割合は、「修了者の認知症ケアに対する知識の深まり」「身体拘束の実施基準に関するマニュアルづくり」の2項目で40%を超えたものの、他の項目は30%以下であった。

2) 充実を希望する研修の内容

充実を希望する内容の自由記載は全部で756件あった。これを共通性に着目して分類した結果を表6に示した。

研修内容は、認知症の病態やアセスメント、ケア方法などの「認知症ケアや老年看護の基本が知りたい」、行動・心理症状の理解と対応や身体拘束を減らす取り組みなど「認知症患者の回復を促すケアが知りたい」、カンファレンスやチームケア、事例検討会など「認知症ケアを効果的に展開したい」、認知症ケア加算をはじめ制度等に関する「認知症関連の政策が現場にどう影響するか知りたい」の大きく4つに分けられた。

このうち希望件数の多かった中項目の上位3位は、認知症のアセスメントとケア（133件）、認知症の病態、症状、診断、治療（92件）、行動・心理症状の予防と対応（75件）であり、現在の研修に網羅されている内容であった。

表6 内容の充実を望む研修内容

大項目	中項目	件数 N = 756
認知症ケアや老年看護の基本が知りたい	①認知症の病態, 症状, 診断, 治療	92
	②認知症のアセスメントとケア	133
	③認知症の人とのコミュニケーション	16
	④老年看護の概要	19
認知症患者の回復を促すケアが知りたい	①認知症ケアの倫理と意思決定支援	31
	②身体拘束を減らす・しない看護実践	54
	③行動・心理症状の予防と対応	75
	④せん妄の理解と予防・対応	43
	⑤薬物療法	36
	⑥非薬物療法	24
	⑦医療安全, 事故防止	9
	⑧環境調整	7
	⑨退院支援	13
	⑩家族支援	20
	⑪その他のケア (ターミナルケア, 夜間のケア, 院内デイ)	11
認知症ケアを効果的に展開したい	①看護計画の充実をはかる方法	17
	②カンファレンスや事例検討会の開催・運営	23
	③チームづくり, チームケア, チーム医療の推進	17
	④多職種連携と地域包括ケア	20
	⑤リーダーシップ	4
	⑥職員研修, フォローアップ研修	20
	⑦実践事例・すぐれた実践の紹介	16
	⑧各種マニュアルの作り方	10
	⑨急性期 (病院) での対応	16
認知症関連の政策が現場にどう影響するか知りたい	①認知症ケア加算, 診療報酬とは	19
	②認知症サポーター養成講座とは	5
	③政策・制度, サービス資源	6

IV. 考 察

1. 認知症ケア加算2新設初年度における算定病院の特徴

2016年10月, 日本看護協会は全国8,469か所(当時)の病院の看護部長等を回答者とした病院看護実態調査を実施し, 2016年度診療報酬改正後の対応についても調査を行った。その結果, 有効回答3,549件のうち認知症ケア加算1の算定が185件(5.2%), ケア加算2が681件(19.2%), 算定なしが2,621件(73.9%)であり, 算定をしていない理由として「要件を満たしていない」が1,913件(未算定の73.0%)であることを報告した(日本看護協会医療政策部, 2017)。これを受けて, 同協会はより多くの病院がケア加算2の算定要件にかなうよう, 2017年度は都道府県ごとに複数回にわたる, オンデマンド等による認知症看護研修を展開している。そのため, 本調査を行った診療報酬改正初年度の状況と2年目の今年度では, 研修の開催状況は大きく変わっている。

本調査の分析対象となった認知症ケア加算2算定を届出した病院の概要を, 2015年の医療施設調査(厚生労働省)

と比較すると, 全国的な所在地の分布に大きな違いはなく, 医療法人の占める割合(全国67.7%に対して本調査66.5%), また療養病床のある一般病院の割合(全国45.3%に対して本調査41.3%)にも大きな違いはなかった。

そのなかで, 99床以下の規模の病院が全国36.2%に対して本調査26.2%と少なく, 100~199床が全国32.7%に対して本調査41.9%と多かった。100~199床の病院は, 他の病院規模に比べて認知症患者率20%以上の病院の比率がやや高いことによる, 従来からの認知症看護に対するニーズの高さが関係している可能性がある。一方の99床以下の病院では, もともと職員数が少なく研修に出すゆとりがないということのほか, 算定準備の段階でのマニュアルの整備や事例検討の開催が困難であったとする割合が, 規模の大きな病院に比べて多い傾向であることがわかった。

今年度の研修事業の拡充により, 本調査で示された, 規模の大きな病院における, 複数の研修修了者を配置する見通しへの困難さは大きく改善するものと予測され, 研修機会の増加は小規模病院にとっても加算算定を容易

にするとと思われる。また、時間を経過するほどに情報が行き渡り、マニュアル整備の困難さも低減すると思われる。しかし、小規模病院での研修会や事例検討会を軌道に乗せ、効果的に運用していくのは容易ではない。院内での地道な検討会に加え、地域の関連機関と連携して研修会や事例検討会をもつことで、自機関以外の人材や情報と接触する機会を手に入れる方策を考えたい。

2. 認知症看護研修の課題

研修修了者個人の認知症ケアに対する知識や意欲・態度には、高い研修効果が示された。しかし、その実践への反映、リーダーシップやコンサルテーションなどのより高度な実践能力、組織的取組みへの発展に対する効果の評価は病院看護部長に認識されにくい傾向にあった。具体的に『拘束への対応』では、「身体的拘束の実施基準に関するマニュアルづくり」には効果ありとの回答が多かったが、身体拘束数の低減に結びついていないという評価であった。マニュアルを共有し、チームで実践に移し、話し合いながら進めるというサイクルに到達できない病院が多かったといえる。知識やマニュアル整備が不必要な身体拘束の解除という行動に落とし込まれるためには、病院の医療安全体制など組織の改革が必要と考えられ、ある一定の期間を要すると考えられた。

一方、充実を望む研修内容に対しては、認知症の病態の理解とアセスメント、ならびにケアに対するニーズが特に顕著であった。これは、内容の充実というより、もっと多くの看護職員にこのような機会を与えたいという管理者の意見ともとらえることができる。

一般病院での認知症ケアの質向上に対してこの研修をより効果的に展開するには、1つに、研修修了者を病棟に最低2人で終えるのではなく、毎年、少しずつ修了者を増やす構想を看護管理者がもち、病棟全体の価値共有を進め、組織的展開を行いやすくする方策、もう1つは、組織への波及を修了者個人にゆだねるのではなく、それをきっかけに看護部門がリーダーシップをとってチームづくり、運営指針を定め、組織的展開へと発展させる方策が考えられる。

なお、本調査は算定の届出もしくは算定の認可後から数か月の範囲内での調査であり、効果を十分に見極めるには時間が足りない部分もあったことを研究の限界とし

て押さえておきたい。

V. 結 語

本研究は、認知症ケア加算2の算定申請病院の特徴ならびに研修効果を分析し、認知症看護研修の課題を明らかにすることを目的に、2016年11月現在で算定を届出した病院1,469か所の看護管理者を回答者とした質問紙調査を行った。有効回答508件の分析の結果、以下の点が明らかとなった。

(1) 全国データと比べて、508病院の地域的分布や開設者、種類には大きな違いはなかったが、99床以下の病院がやや少なく、100～199床規模の病院がやや多かった。

(2) 規模の小さな病院では、「届出に必要なマニュアルを作成すること」や「病棟看護師等を対象とした認知症ケア研修会・事例検討会の開催を準備すること」への困難ありの割合が、規模の大きな病院では、「研修受講希望者数に見合う研修会先を確保すること」や「病棟に2人以上の研修修了者を配置する見直しをつけること」への困難ありの回答が多く、異なる特徴を認めた。

(3) 研修修了者の認知症ケアに対する知識、意欲や態度への効果を認める回答の割合が多い一方、コンサルテーションの向上、チームづくり、BPSDの把握、鎮静に関するマニュアルづくりや身体拘束数の低減では、研修効果を十分に認めないとする回答が多かった。

以上から、小規模病院において認知症ケア加算算定を目指すことおよび算定後の院内での展開方策の検討、ならびに病棟規模によらず、認知症ケアの組織的取組みを推進する方略の検討の必要性が示唆された。

【利益相反】

本研究に関して開示すべき利益相反はない。

【文献】

- 日本看護協会医療政策部(2017)：2016年病院看護実態調査、日本看護協会調査研究報告、No.91、14-15。
日本老年看護学会(2014)：老人看護専門看護師および認知症看護認定看護師を対象とした「入院認知症高齢者へのチーム医療」の実態調査報告書。