

研究タイトル： 「認知症ケアユニット (認知症ケア専用病床)の効果についての研究」

代表研究者： 多胡 雅毅 (佐賀大学医学部附属病院 准教授)

1. 研究の背景と目的

我が国の総人口に占める 65 歳以上の人口は 2020 年には 3,617 万人 (総人口の 28.7%)、75 歳以上の人口は 1,871 万人 (同 14.9%)となった。また一般病棟の入院患者のうち 2 割が認知症を有しており、94%の病院が認知症患者に診療対応が困難と感じている。特に認知症患者に対する急性期診療では、せん妄の出現や周辺症状の増悪への対応等で看護面での時間的、物理的、精神的負担が大きく、他の患者への治療や看護ケア等にも支障がでる危険性もあるため、特に急性期病院において本課題を解決していくことは非常に重要である。

祐愛会織田病院が位置する佐賀県南部医療圏は、人口 15.5 万人、65 歳以上 30.5%、75 歳以上 16.9%と高齢化率が高い地域であり、織田病院への高齢者の救急搬送数や入院数はこの 10 年で倍増している。織田病院は、精神科を含まない 11 診療科、病床 111 床を有する急性期 2 次医療機関であり、年間 3,200 名以上が入院し、病床利用率 99%、在院日数 12 日前後である。同院では高齢認知症患者に対するケアを充実する取り組みとして、Dementia Care Unit (DCU、認知症ケア専用病床)を 2014 年より運用している。認知症認定看護師の看護師長、看護師 (日勤 2 名、夜勤 1 名)、臨床心理士、MSW、PT、看護学生等を配置し、さらに専用スペースと二つの病室 (8 床)を完全にユニット化し 24 時間対応の体制を敷き、認知症ケア加算 1 の算定を行っている。具体的には、医療は一般病床と同様に行い、静かで明るい自宅に近い環境で、ユマニチュードの知識を持った多職種スタッフがゆとりを持った認知症ケアを行う。この取り組みにより、看護師が「他の業務の傍らで車椅子に拘束された認知症患者を見守る」という光景がなくなり、看護師の精神的負担軽減や体幹抑制施行数の激減 (2016 年度の試行患者数は病院全体で 3 名のみ)につながっている。

本研究では、DCU 介入により患者にどのような影響を及ぼしたかを明らかとすることを目的とする。

2. 対象と方法

調査期間: 2020/4/1 から 2021/3/31

調査対象 (組入基準): 祐愛会織田病院の内科に入院した、75 歳以上で入院時の認知度 (認知症高齢者の日常生活自立度)が IIIa 以上 (IIIa、IIIb、IV、M)の患者。

除外基準: ターミナル患者、意思疎通が図れず見当識障害がある患者、患者または家族の同意が得られないもの、入院期間が 24 時間未満、検査目的入院

DCU 入室基準: 75 歳以上で入院時の認知度が IIIa 以上の患者について、以下の基準

A→B→C の順で入室者を決定する。

基準 A: Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD、昼夜逆転、興奮、徘徊、ルート抜去、帰宅願望)、過去の入院で重度のせん妄の既往がある

基準 B: 認知症と診断されておらず治療を受けていない患者が、不穏・せん妄のため密な見守りが必要となった、低活動のためにリハビリが進まない、ABC dementia scale (ABC-DS)が重度である

基準 C: DCU 病床を一般病床として使用する (前提基準に該当する必要はない)

DCU 退室基準

当該患者が BPSD を 4 日間連続して認めず、入室基準に該当する他の患者が一般病棟に入院している場合、入室時 ABC-DS の高い、BPSD が少ない症例の順に退出を決定

収集項目

- ・入院時: 患者 ID、患者年齢、患者性別、主治医、入院前居住地、入院日、入院種別、qSOFA、入院前の寝たきり度、介護度、認知度、ABC-DS、Barthel Index (BI)、Mini Mental State Examination (MMSE)、以前の DCU 入室歴、抗精神病薬の内服、抗認知症薬の内服、ベンゾジアゼピン系睡眠薬の内服
- ・DCU 入室時: DCU 入室理由、寝たきり度、認知度、ABC-DS、BI、MMSE、qSOFA
- ・DCU 退室時: 寝たきり度、認知度、ABC-DS、BI、MMSE、qSOFA
- ・退院時: 寝たきり度、認知度、BI、退院日、DCU 入室の有無、DCU 在室日数、退院先、予期せぬ抗精神病薬投与、在院日数、入院主病名、看護必要度
- ・退院 28 日後: 寝たきり度、認知度、再入院の有無

解析方法

全患者の背景を記述し、さらに DCU 入室群と DCU 非入室群の 2 群に分け、入院時、退院時、退院 28 日後の各データを探索的に比較した。DCU 入室群内での DCU 入退室時のデータを、各群内・群間の入院時、退院時、退院後 28 日後のデータを探索的に比較した。

連続変数は中央値 (四分位)で記述し 2 群間の比較には Mann-Whitney U test、同群での時系列比較には Wilcoxon 符号付順位検定を用いて解析した。区分変数は実数 (%)で表記し、chi-square test を用いて解析した。評価項目の改善は、ある時点の評価がそれ以前の評価と比較して、一つ以上ランクが改善したものと定義した。有意水準は $p < 0.05$ とし、探索的解析については、検定の多重性は考慮しないこととした。

倫理的配慮

本研究は祐愛会織田病院倫理委員会で承認を得て実施した (承認番号: 20191203 号)。全ての患者について、本人または家族に書面を用いて説明を行い研究参加への同意を得た。

3. 結果

研究開始時に期間を 1 年間としていたが、COVID-19 流行が原因で DCU の病床運用が中止されたため、2020/4/1 から 10/19 に入院した患者を対象とした。その結果、77 人が本研究の対象となり、うち 41 名が DCU に入室した。全体の年齢の中央値は 91 歳 (四分位: 87-94)、男性は 31.2%、BI の中央値は 10 (四分位: 0-50)、MMSE の中央値は 0 (四分位: 0-11)であつ

た。入院時背景の比較では、DCU 群の GCS が有意に高く (14 vs. 12)、寝たきり度に有意差を認めた。また 12 名 (15.6%) が入院中に死亡したが、死亡を含めた退院時転帰は、2 群間に差を認めなかった。

DCU 入室群における寝たきり度と認知度の入院時、退院時、退院 28 日後の比較では、退院時と退院 28 日後に寝たきり度と認知度が有意に変化していた (寝たきり度 A が増加、C が減少、認知度 II、IIIb が増加、IIIa が減少)。一方で、DCU 非入室群は入院時と退院時の比較で寝たきり度と認知度に差を認めず、入院時と退院 28 日後の比較で寝たきり度が有意に変化していた (J、A、B が増加し、C が減少)。

DCU 入退室時の比較では、退室時に認知度が有意に変化し (認知度 II が増加、III、IV が減少)、BI と ABC-DS が有意に改善していた (Table 1)。

DCU 入室群と非入室群の比較では、DCU 入室群は非入室群と比較して退院時に寝たきり度が有意に改善し、BI が有意に高かったが (Table 2)、退院 28 日後の寝たきり度、認知度、再入院率には差を認めなかった。

Table 1. DCU 入室群の入退室時の比較

	入室時 N=41	退室時 N=40	<i>p</i>
寝たきり度			
J1+J2	0 (0)	0 (0)	
A1+A2	5 (12.2)	10 (25.0)	0.208
B1+B2	18 (43.9)	16 (40.0)	
C1+C2	17 (41.5)	14 (35.0)	
認知度			
正常+I	0 (0)	0 (0)	
IIa+IIb	0 (0)	5 (12.5)	
IIIa	32 (78.0)	29 (72.5)	0.043
IIIb	5 (12.2)	3 (7.5)	
IV	3 (7.3)	2 (5)	
M	1 (2.4)	1 (2.5)	
BI	20 (0-50)	35 (5-50)	0.043
MMSE	3 (0-11)	2 (0-12)	0.483
ABC-DS	51 (41-70)	53 (44-71)	0.013
ドメイン A	23 (11-32)	20 (13-35)	0.343
ドメイン B	23 (19-27)	26 (21-27)	0.014
ドメイン C	8 (6-13)	10 (6-13)	0.035

Table 2. 退院時の 2 群間の比較

	DCU 入室群 N=36	DCU 非入室群 N=29	<i>p</i>
寝たきり度			
J1+J2	NA	NA	
A1+A2	10 (26.3)	3 (9.1)	0.052
B1+B2	17 (44.7)	9 (27.3)	
C1+C2	11 (28.9)	21 (63.6)	
寝たきり度改善	20 (55.6)	9 (31.0)	
認知度			
IIa+IIb	5 (13.9)	5 (17.2)	
IIIa	25 (69.4)	19 (65.5)	0.840
IIIb	3 (8.3)	2 (6.9)	
IV	2 (5.6)	3 (10.3)	
M	1 (2.8)	0 (0)	
認知度改善	8 (22.2)	8 (27.6)	0.605
BI	35 (10-55)	5 (0-45)	0.041

4. 考察

内科疾患で入院した高齢患者の 21.6% で退院時に ADL が低下し、その後もその状態が長く持続するとされている。本研究では DCU 入室群は非入室群と比較して、ADL の評価尺度が有意に改善した。寝たきり度は非入室群では退院後 28 日後まで差がなかったが、入室群では退室時には BI が改善し、退院時にすでに寝たきり度の改善が見られていた。入院患者には早期にリハビリテーション介入をする方が、ADL の改善効果が高いとされている。DCU

には PT が常駐し、早期にリハビリテーション介入が可能であるため、その効果が現れているものと考えられる。また DCU 介入によって退院 28 日後にも ADL が改善した状態が保たれていた。寝たきり度 C の在宅療養患者は急性期疾患での入院リスクが高いとされ、DCU 介入が在宅療養の継続につながる可能性がある。

認知症患者は入院による環境の変化によって認知症の症状が増悪することがある。しかし、本研究の DCU 入室群では認知機能の評価尺度が有意に改善した。退院時には入室群、非入室群に差はなかったものの、入室群のみで経時的な推移をみると退室後に認知度と ABC-DS が改善し、退院 28 日後も認知度が良い状態が持続していた。織田病院では DCU への入室の有無を問わず全ての認知症患者に対し、ユマニチュード、リアリティ・オリエンテーション法 (RO 法) などの認知症ケアを実践しているが、それらに長けた多職種スタッフが DCU 入室者を担当することが多かった。また、日中はなるべく離床させ、リハビリスタッフと共に病院内の庭園に行ったり、病室ではカーテンを開け日光を感じさせる光療法を全ての認知症患者に実施している。これに加え、DCU では一般病棟とは異なる、自宅や介護施設に近い非常に明るい環境を提供している。これらのことが、認知症患者の BPSD の改善に関係している可能性がある。一般病棟でせん妄を呈した患者が、DCU への入室直後に改善するといったことも実際に経験している。本研究で BPSD や認知機能に関係するドメイン B・C が DCU 退室時に改善したことは、DCU 介入が BPSD を抑制し認知機能を改善させることを示唆している。さらに、退院 28 日後も認知機能が良い状態を長く保つことで、結果的に在宅療養における QOL を向上させることにつながる。一方で DCU 退室時に MMSE の改善を認めなかった。その理由としては、本研究では認知度 IIIa 以上の患者が 87.5% を占めており、患者本人の協力を得て実施する必要がある MMSE での評価が困難であり、他者が評価する認知度と ABC-DS が改善した可能性が考えられる。

本研究は単施設研究であり 75 歳以上の比較的重度の認知症患者を対象としており、全ての認知症患者に DCU 介入が有効かどうかは不明である。また実際の病床運用で患者を組み入れておりセレクションバイアスが存在する可能性がある。時勢により組み入れ患者数が減少した結果、交絡因子を調整できておらず本研究の結果が DCU 介入の結果であると断ずることは困難である。

5. 結論

整備された環境での集中的な認知症ケアによる DCU 介入は、急性期病院の認知症入院患者の認知機能と ADL を改善させる可能性が示唆された。