

短 報

## 介護老人保健施設における在宅復帰の条件検討 —予備的研究—

### A Preliminary Study of the Factors Associated with Return Home from Long-Term Health Care Facility

嶋野 広一<sup>1)</sup> 長尾 徹<sup>2)</sup> 花房 謙一<sup>3)</sup> 福澤 優<sup>4)</sup>

**要 約**：介護老人保健施設の役割は高齢者の自立支援、在宅復帰促進である。しかし、現状では介護保健施設利用者の平均在所日数は増加傾向にある。さらに、利用者の在宅復帰の割合は、介護保険施行当初に比べ減少している。介護老人保健施設利用者の日常生活活動が低下、認知症にともなうBPSDなどの問題行動が顕著になると、介護者の在宅受け入れが困難になるという研究もある。在宅復帰には様々な条件が予測されるが、今回は要介護度、障害者老人の日常生活自立度判定基準（以下、自立度）、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（以下、認知度）を、医療機関へ移行した利用者 と在宅へ退所した利用者を比較することで、在宅復帰に必要な条件を推察することを目的として検証した。対象は大阪府内の介護老人保健施設に入所していた利用者98名（年齢 $86.2 \pm 8.3$ 歳）の内、医療機関（52名、年齢 $86.8 \pm 9.2$ 歳）または在宅（26名、年齢 $83.7 \pm 8.3$ 歳）へ退所した78名（年齢 $85.8 \pm 8.9$ 歳）とし、対象者の年齢、要介護度、自立度、認知度、入所期間をそれぞれ比較した。結果は医療機関と在宅への退所において要介護度、自立度、認知度は有意水準0.1%未満の差がみられ、在宅へ退所した利用者の方が、要介護度、認知度は低く、自立度は高かった。在宅復帰に関して、自立度は、身辺動作については概ね自立していることと、介助により外出し、日中はベッドからほとんど離れて生活することができる状態、認知度は何らかの認知症を有するが日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している状態が条件として必要であると予測される。

**キーワード**：介護老人保健施設、在宅復帰、要介護度、自立度、認知度

#### はじめに

高齢化問題を背景に在宅での介護力不足や止むを得ぬ住宅事情のため、病院に入院する必要

もない多くの高齢者が、「社会的入院」という名目で長期間病院に入院するなどにより老人医療費が膨大化し、将来の医療財政破綻が懸念されていた<sup>1)</sup>。このような社会的問題を解消する為に2000年より介護保険が施行された。従来の高齢者介護の概念であった「家での介護」から社会全体で介護し、高齢者が自分らしく暮らし、家族の経済・体力・心の負担を軽減するために「みんなで支え合う」という概念に変化し

Koichi Shimano

E-mail : shimanok@kawasakigakuen.ac.jp

- 1) 大阪河崎リハビリテーション大学  
リハビリテーション学部 作業療法学専攻
- 2) 神戸大学大学院 保健学研究科
- 3) 市立吹田市民病院 リハビリテーション科
- 4) 西記念ポートアイランドリハビリテーション病院

た<sup>2)</sup>。高齢者介護を支える介護保険サービスには入所サービスの1つとして介護老人保健施設（以下、老健）が存在し、その主な機能は介護を必要とする高齢者の自立を支援し、在宅復帰を促すことであった<sup>3)</sup>。

しかし、介護保険施行時から現在に至るまで老健入所利用者は増加の傾向だが、介護保険の理念である「在宅復帰」に関しては介護保険施行当初に比べて減少し、平均在所日数は増加傾向にある<sup>4)</sup>。

奥野ら<sup>5)</sup>は老健入所中の介護者に対して、在宅受け入れに影響する要因を調査した。老健入

所者の活動時間を「1週間」の行動の平均時間から算出し、認知症の問題行動はDBDスケール（Dementia Behavior Disturbance Scale）を用いて分析した。その結果、利用者の日常生活活動が低下し、認知症の問題行動が顕著になると、介護者の在宅受け入れが困難になると述べている。

そこで本研究では、要介護度<sup>6)</sup>、自立度<sup>6)</sup>、認知度<sup>6)</sup>などの情報をもとに、医療機関へ移行した利用者とは在宅へ退所した利用者を比較することで、在宅復帰に必要な条件を推察することを目的として検証した。

表1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準<sup>6)</sup>と統計処理に用いた評点

ランク		判断基準	評点
生活自立	J	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	
		1 交通機関等を利用して外出する	8
		2 隣近所へなら外出する	7
準寝たきり	A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出できない	
		1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する	6
		2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	5
寝たきり	B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ	
		1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う	4
		2 介助により車椅子に移乗する	3
	C	日中ベッドで過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する	
		1 自力で寝返りをうつ	2
		2 自力では寝返りもうてない	1

※自立 9

表2 認知症老人の日常生活自立度判定基準<sup>6)</sup>と統計処理に用いた評点

ランク	判断基準	見られる症状・行動例	評点
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している		2
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる		3
IIa	家庭外で上記IIの症状がみられる	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでにできたことにミスが目立つ等	4
IIb	家庭内でも上記IIの症状がみられる	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	5
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする		6
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態がみられる	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる。物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	7
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態がみられる	ランクIIIaに同じ	8
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	ランクIIIに同じ	9
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体症状が見られ、専門医療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	10

※無 1

## 対象と方法

対象は大阪府内の老健（1施設）に入所していた利用者98名（年齢86.2±8.3歳）の内、医療機関（52名、年齢86.9歳±9.2歳）へ移行、または在宅（26名、年齢83.7歳±7.9歳）へ退所した78名（年齢85.8歳±8.9歳）とした。介護老人福祉施設への退所および死亡、その他の利用者20名は、入所時から福祉施設入所待ちなど明らかに退所先が決まっており、今回の研究目的である「在宅復帰」という目標から外れる為に対象から除外した。調査項目は年齢、要介護度、自立度（表1）、認知度（表2）、入所期間とした。

統計処理を行う為、自立度は自立＝9、J1＝8、J2＝7、A1＝6、A2＝5、B1＝4、B2＝3、C1＝2、C2＝1とし、認知度は無＝1、I＝2、II＝3、II a＝4、II b＝5、III＝6、III a＝7、III b＝8、IV＝9、M＝10に対応させた。

年齢、要介護度、自立度、認知度、入所期間のデータはいずれも正規分布に一致しなかったため群間比較をマンホイットニーのu検定にて実施した。統計処理にはSPSS Statistics Basic Version 23 For Windows を使用し、有意水準を5%未満とした。

なおこの研究は厚生労働省の疫学研究に関する倫理指針（2002年6月17日公布）に従うこととし、大阪河崎リハビリテーション大学の倫理審査の承認済（承認番号：OKRU26-A219）の予備的研究である。

## 結果

医療機関へ移行した利用者と、在宅へ退所した利用者と比較したところ、要介護度、自立度、認知度について有意水準0.1%未満にて有意差がみられ、在宅へ退所した利用者は医療機関へ移行した利用者と比べて、要介護度、認知度は低く、自立度は高いということが分かった。なお、年齢と入所期間については差がなかった（表3）。

## 考察

今回は医療機関へ移行した利用者と在宅へ退所した利用者の要介護度、自立度、認知度や入所期間には明らかな違いがあると予測し検証した。

医療機関へ移行した利用者と在宅へ退所した利用者と比較したところ、要介護度、自立度、認知度において差がみられ（ $p<0.001$ ）、医療機関へ退所した利用者と比べて、在宅へ退所した利用者の方が要介護度、認知度においては低く、自立度については高いということ、つまり、より自立した能力を有していたということが考えられる。

医療機関に移行した利用者の自立度中央値（四分位範囲）は3（2-4）で自立度Bレベル（表1）であった。これは、屋内では日常生活に介助を必要とし、もっぱら車椅子を使用しての生活と考えられる。認知度中央値（四分位範囲）は6（4-7）で認知度Ⅲレベル（表2）であった。これは、日常生活に支障を来すような認知症の症状や意志疎通の困難さが見られる状態であ

表3 医療機関へ退所した利用者と在宅へ退所した利用者の状況

	年齢（歳）	要介護度	自立度	認知度	入所期間（日）
医療機関（n=52）	86.9 ± 9.2	4(3-5)	3(2-4)	7(4-7)	325.1 ± 394.9
在宅（n=26）	83.7 ± 7.9	2(2-3)	6(4-6)	2(2-4)	94.3 ± 146.8
差	ns	p<0.001	p<0.001	p<0.001	ns

※要介護度、自立度、認知度については中央値（四分位範囲）を記載

る。

対して、在宅に退所した利用者の自立度中央値(四分位範囲)は6(4-6)で自立度Aレベル(表1)であった。屋内での日常生活は概ね自立しているが、介助により外出し、日中はベッドからほとんど離れて生活する。また、認知度中央値(四分位範囲)は2(2-4)であり、認知度Iレベル(表2)を意味する。これは、何らかの認知症を有するが日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している状態である。

つまり、在宅復帰できるかどうかについて、まず医療機関へ移行しなければならないような疾病を有する状態ではないことが前提となるが、そうではない場合、自立度は、身辺動作については概ね自立していること、介助により外出し、日中はベッドからほとんど離れて生活することができる。認知度は何らかの認知症を有するが日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している状態が条件として必要であると予測される。

在宅復帰に関して、九津見ら<sup>7)</sup>は在宅退所と在宅外退所の2群に分け、年齢、要介護度、自立度、認知度、BI合計、入所期間を比較し、認知度と入所期間に差が認められた( $p<0.01$ )と述べている。今回の研究では九津見ら<sup>7)</sup>の研究における認知度の結果を支持することとなった。但し、今回の研究は1施設のための調査であり、施設固有の特徴でもある可能性があり、一般化して解釈することは困難である。よって今後は他施設での調査も必要と考えられる。

重森ら<sup>8)</sup>はコミュニティにおける通所リハビリ利用者、老健入所者およびその他の高齢者の運動機能の相違を明らかにすることを目的とした調査を行い、老健入所者の運動機能が有意に低いと述べている。さらに奥野ら<sup>9)</sup>は施設での臥床傾向が続くと廃用症候群により心身機能が低下し、施設内での日常生活活動も低下するとも述べている。これら諸家の報告からも読み取れる

ように、施設内での日常生活活動の能力が高いほど良好な転帰が期待できることは本研究においても確認できた。

入所期間について今回は差が認められなかった。以前は老健退所の際に「在宅」か「施設」といった二者択一的な選択しかなかったが、近年は選択肢が増えつつある。短期間で退所した場合であっても、在宅では在宅介護サービスの利用などで家族の負担を軽減したり、認知症(対応型)グループホーム、サービス付高齢者専用住宅、ケアハウス、有料老人ホームなどの新しいサービスを活用することで入所期間を短縮することが可能であろう。

#### 謝辞

本研究において調査に協力いただいた介護老人保健施設の管理者および職員に感謝いたします。

#### [引用文献]

- 1) 住居広士：我が国の高齢者医療・介護の行方を決めるものは医療環境の動向である(Con)(介護福祉の動向から). 日本老年医学会雑誌 2006,43(6):730-733.
- 2) 関英一：介護保険制度. 日本老年医学会雑誌 2001,38(2):128-130.
- 3) 井藤英喜：老年医学の教育・診療・研究と介護保険. 日本老年医学会雑誌 2004,41(3):292-293.
- 4) 汐田梢、五島真一、種子永聡、小山敬子：学校形式の介護老人保健施設における入所者の意欲向上と身体的改善. 日本老年医学会雑誌 2014,51(4):369-374.
- 5) 奥野純子、戸村成男、柳久子：介護老人保健施設在り所者の家庭復帰へ影響する要因～介護者の在宅受け入れへの意向に影響する要因より～. 日本老年医学会雑誌 2006,43(1):108-116.
- 6) 厚生労働省老健局老人保健課 要介護認定関係法令通知集. 2004.

- 7) 九津見雅美、岡村ひとみ、高田晴美、中村香奈、西本美香、原本広子、杉浦圭子、三上洋：介護老人保健施設入所者の退所先とその関連要因の検討. ジェントロジー ニューホライズン 2005,17(1):95-102.
- 8) 重森健太、日下隆一、大城昌平、濱辺淳一：高齢者の運動機能評価の特徴－コミュニティにおける比較から－. 理学療法科学 2006,21(3):221-225.
- 9) 奥野純子、徳力格尔、西嶋尚彦、久野譜也：「閉じこもり」高齢者の体力と生活機能および精神健康度との関連. 体力科学 2003,52:237-248.