

当院回復期リハビリテーション病棟の自宅退院と転棟・ 施設入所となった患者の比較調査

かがわ総合リハビリテーション病院 リハビリテーション部 理学療法士

与田大輔 澤田善之 六車晶子

大黒真里子 竹田大輔 川村友理

西病棟スタッフ一同

キーワード：回復期リハビリテーション病棟、自宅退院、介護力

要 旨

当院回復期リハビリテーション病棟入院患者様の自宅復帰の因子の検討を行った。対象は平成20年11月から平成22年3月までに回復期病棟を退院した137名とした。方法は病棟カルテより対象を自宅退院は自宅群、それ以外を非自宅群に分類し比較検討を行った。結果より自宅群と非自宅群では、日常生活機能評価入院時・退院時得点、同居者の有無、脳血管疾患外泊の有無で有意差を認めた。また、退院時に日常生活機能評価10点以上の患者様は自宅退院がかなわなかった。これらから日常生活に介助量が少なく、同居者の十分な介護力が自宅退院への可能性を広げていると考える。

1. はじめに

平成20年11月より38床の回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟）が開設され、1年半が経過した。平成22年1月より回復期リハビリテーションIを取得し自宅復帰に対し一定の効果ができていると考える。しかし自宅復帰がかなわなかった例もあり、その傾向を把握するため、自宅退院が可能であった患者の特徴を把握し、どのような要因が自宅退院に必要なかを検討するため、自宅退院と転棟・転院・施設入所の比較を行った。

2. 対象

平成20年11月から平成22年3月までに当院回復期病棟を退院された137名（男性68名 女性69名）、平均年齢64.2±16.0歳を対象として調査を行った。疾患別の内訳は脳血管障害68名、頭部外傷8名、脊髄疾患8名、廃用症候群4名、運動器疾患49名。自宅復帰率は63%である。

3. 方法

病棟カルテより1)入院時、退院時の日常生活機能評価2)日常生活機能評価の改善度3)性別4)年齢5)同居者の有無6)療法明細別の外泊経験の有無の6項

目について、自宅退院を自宅群、それ以外を非自宅群に分類してそれぞれ比較検討を行った。

統計には年齢はt検定、性別・配偶者・同居者・外泊経験は χ^2 検定、日常生活機能評価はU-検定を用い、それぞれ有意水準を5%未満とした。

4. 結果

日常生活機能評価は入院時・退院時ともに自宅群と非自宅群の間に有意差を認めた（図1）。しかし改善度は有意差を認めなかった（図2）。さらに入院時10点以上の患者様29名のうち、退院時も10点以上あった13名全員が自宅退院はかなわなかった。次に同居者の有無は有意差を認めた。（図3）。療法明細別の外泊の有無は脳血管に有意差を認め、運動器は有意差を認めなかった（図4）。また年齢・性別に有意差を認めなかった（図5）。

5. 考察

日常生活機能評価は入院時、退院時ともに有意差があり、自宅群の入院時平均が3.9点、退院時0.8点、非自宅群平均が7.1点、退院時4点となった。これは入院の時点で介助量の差がみられ介助が少ないほど自宅退院しやすい傾向であった。また非自宅群の

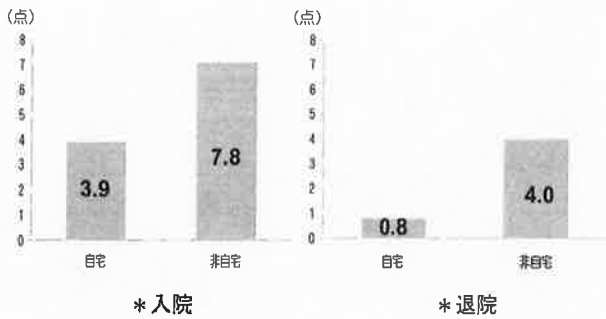


図1 日常生活機能評価 * P < 0.05

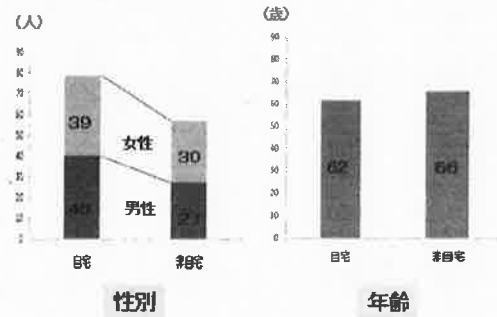


図5 年齢・性別

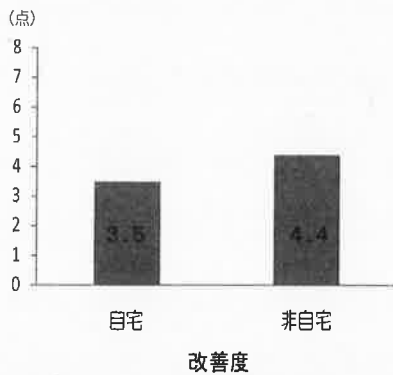


図2 日常生活機能評価

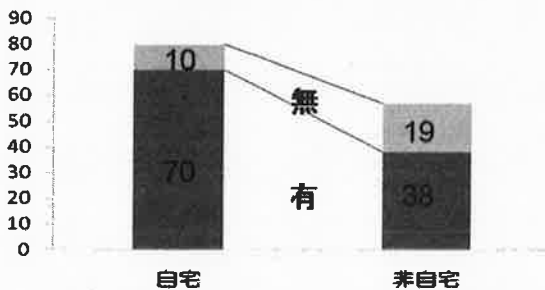


図3 同居者の有無 * P < 0.05

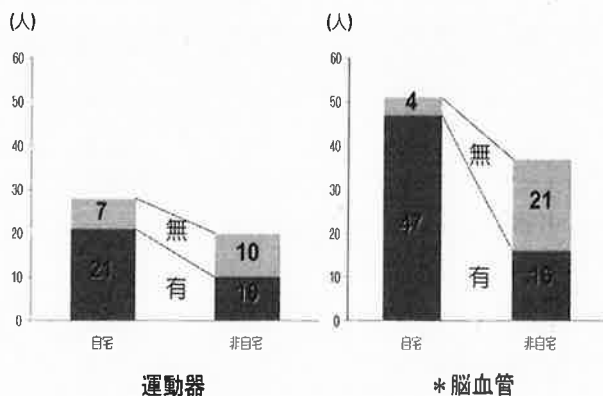


図4 療法明細別 外泊の有無 * P < 0.05

退院時4点を日常生活機能評価の項目で推察すると、生活動作項目の移乗・口腔清潔・衣服の着脱・移乗方法・認知項目のうち、四カ所が考えられ自宅退院に際し、日常の介助が常に必要だと考える。次に自宅退院の退院時、0.8点を推察すると、生活動作項目の衣服の着脱もしくは認知項目一カ所で、非自宅退院と比べ生活動作の介助量が少なく、家庭生活を行う上で問題が少ないと考える。

入院時10点以上の人数は、自宅群10名、非自宅群19名であるが、退院時になると自宅群は0名、非自宅群は13名にとどまっている。非自宅群はまず認知面の低い方が多く脳血管では麻痺が重度なことや、大腿骨頸部骨折で既往の片麻痺が重度であり、そのため日常に介助が常に必要だったことが挙げられる。それに対し自宅群はRAO術後で入院時は臥床時期が長く点数が高いことや、大腿骨頸部骨折で既往の片麻痺・パーキンソン病などが比較的軽度で、手術部の治癒により改善し介助が少なかったと考える。同居者の有無に関しては自宅群・非自宅群に有意差がみられ自宅退院されたのは、同居者有り65%。同居者なし(以下独居者)は31%であった。さらに独居者で日常生活機能評価が退院時1点以上の方は92%が自宅退院できておらず、独居者で介助が必要な方は自宅退院が難しいことが考える。西尾¹⁾は、在宅復帰群の平均同居家族数は2.1人で施設・転院群と比較して明らかに多いと報告しており、本研究では同居人数は算出していないものの一致している。外泊の有無に関しては全体よりも脳血管疾患に特に有意差がみられ、脳血管疾患で自宅退院されたのは外泊の経験があるもののうちの75%であった。

自宅群は非自宅群と比べ日常生活に介助量が少なくそのため外泊を行う際問題が少ないか、もしくは介助が必要な場合であっても、十分な介護力があるため外泊できたと考える。鈴木²⁾は、退院先の決定に際しては身体機能、医学的安定性、ADL能力だけでなく、家庭や施設環境、介護者の有無などの社会的要因もその帰結を左右する。としている。そのため、介護が必要な方が同居者の介護能力に加え住宅環境を整備することで、自宅退院できる可能性が広がると考える。

自宅退院を促すためには、入院初期から身体機能・介護能力さらに住宅環境を評価することで、自宅退院にむけ必要なADLがより具体的になり、それに対してリハスタッフ・病棟スタッフがADL向上にむけてアプローチできると考える。また、職員が同居者への介護指導を行うことで介護への不安を取り除き、外泊が行いやすい状況になる。外泊を行うことで、本人家族が自宅退院に自信を深めることができると考える。その上で退院後家族の無理のない生活を送って頂くために、住宅整備・福祉用具のアドバイスや適切な介護サービスの情報提供の必要があると考える。

参考・引用文献

- 1) 西尾大祐：回復期リハビリテーション病棟における重度脳卒中患者の転帰と特徴．脳卒中 32：86-90, 2010
- 2) 鈴木亨：帰結の予測－機能・ADL・退院先－．総合リハ 35：1023-1029, 2007