

# 回復期リハビリテーション病棟における 重度認知症患者の転帰先に影響する因子の検討 -家族介護力に着目して-

木村 優斗\*・村上 正和\*\*

## Factors Affected Discharge Destination with Severely Dementia Patients in Convalescent Ward -Focusing on Family Caregiving Capability-

Kimura Yuto\*, Masakazu Murakami\*\*

**要約** 回復期リハビリテーション病棟に入院した重度認知症患者を対象に、自宅復帰の可否に影響する因子を検討した。対象は当院回復期リハビリテーション病棟に入院し、入棟時の Mini-Mental Examination が 10 点以下であり、入院前自宅で生活を送っていた 23 例である。対象者を自宅復帰した群と自宅復帰しなかった群の 2 群に分類し、患者属性、入退院時の心身機能、家族の介護力を比較した。群間比較では在宅介護スコアに有意差が認められた。在宅介護スコアの下位項目について有意差は認められなかったが、「公的年金以外の収入の有無」「屋内移動の介助の有無」「介護者の介護意欲」に有意傾向を認めた。重度認知症患者の転帰先には、患者の因子、介護者の因子、介護環境など複合的な要因が関与している可能性がある。

**Keywords:** 認知症;回復期リハビリテーション病棟;在宅介護スコア

### 1. 緒言

我が国では高齢者人口の増大に伴い、認知症高齢者の人口が増加している。内閣府の「平成 29 年版高齢社会白書」によると、2012 年時点で 65 歳以上の認知症高齢者は 7 人に 1 人(有病率 15.0%)であったのに対し、2025 年には約 5 人に 1 人になる<sup>1)</sup>とされている。また、回復期リハビリテーション病棟(以下、回リハ病棟)患者の 32.6%<sup>2)</sup>が認知症高齢者であるとも言われており、当院回リハ病棟においても認知症高齢者を担当する機会を多く経験する。回リハ病棟の役割として、回復期リハビリテーション病棟協会では在宅、地域への復帰を目指し、多職種で患者主体の具体的な調整・支援をすること<sup>3)</sup>としている。以上より認知症高齢者においても在宅復帰を目指した支援が求められていると言える。

脳卒中疾患患者や整形疾患患者の転帰先に影響を与える因子について検討した先行研究では、日常生活活動(Activities of Daily Living ; 以下、ADL)の自立度に着目し

た報告<sup>4,9)</sup>が多く、その関連が示されている。その他にも家族の介護力、特に同居する家族の人数が転帰先に影響を与える因子として取り上げられている<sup>10,11)</sup>。一方、認知症高齢者を対象とした転帰先に影響を与える因子について高橋ら<sup>12)</sup>は、在宅へ退院した例は在宅以外に退院した例と比較して、ADL の自立度が入院時ともに良好であり、また、年齢が若く、入院期間が短かったと報告している。また Hashimoto ら<sup>13)</sup>は認知症高齢者の在宅への退院の要因として認知機能が比較的保たれていることを挙げている。重度の認知症高齢者では非認知症患者や軽度認知症患者と比較すると ADL 動作の改善が乏しいことから<sup>14)</sup>、非認知症患者以上に家族の介護力が転帰先の決定に重要と考える。しかし、重度の認知症高齢者のみを対象として ADL の自立度や家族の介護力の側面から転帰先に影響を与える因子について検討した報告は我々が探索した中では見当たらない。重度の認知症を有していても在宅復帰を希望される家族も多いため、転帰先に影響を与える因子が明らかとなれば、在宅復帰の可能性や在宅復帰に向けた関わりを入院早期から検討できると考える。本研究の目的は重度認知症患者を対象に、家族の介護力に着目して転帰先に影響を与える因子を検討することである。

### 2. 対象と方法

#### 2-1 倫理的配慮

2022 年 3 月 11 日受付, 2022 年 11 月 4 日受理

\*社会医療法人 仁生会 西堀病院

リハビリテーション課

Social medical corporation Jinseikai Nishibori Hospital

\*\*日本医療大学 保健医療学部 リハビリテーション学科  
作業療法学専攻

Japan Healthcare University Faculty of Health Sciences

Department of Rehabilitation Division of Occupational

Therapy

本研究は所属機関における倫理審査委員会の承認(倫承-71, 2021=6)を得たうえで実施したものである。対象者には入院時に家族から書面にて説明と同意を得た。

## 2-2 対象

本研究は後ろ向き調査である。対象は当院回リハ病棟に入院した患者のうち、Perneckzky ら<sup>15)</sup>の先行研究に基づいて、入院時の Mini-Mental State Examination(以下、MMSE)が10点以下の重度認知症患者とした。このうち入院前から自宅以外で生活していた例、失語症を呈していた例、意識障害を呈していた例、急性増悪により退院した例を除外した23名とした。対象者の内訳は男性4名、女性19名、平均年齢85.5歳±8.0歳であり、脳血管疾患患者が9名、運動器疾患患者が14名であった。認知症の診断は、アルツハイマー型認知症が18名、脳血管性認知症が5名であった。

## 3. 評価項目

患者属性として①転帰先(自宅か否か)、②年齢、③在院日数、④ADLの指標として退院時の機能的自立評価法(Functional Independence Measure; 以下、FIM)、⑤行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; 以下、BPSD)の指標として退院時の Neuropsychiatric Inventory-Brief Questionnaire From(以下、NPI-Q)の重症度(a)、と介護負担度(b)、⑥家族の介護力の指標として在宅介護スコアを用いた。FIMは運動項目(FIM-Motor; 以下、退院時 mFIM)、と認知項目(FIM-Cognitive; 以下、退院時 cFIM)、合計得点(Total FIM; 以下、退院時 tFIM)に分けて集計した。①～③はカルテから情報収集を行い、④～⑥は担当の作業療法士、理学療法士が評価を行った。

### 3-1 FIM

FIMは対象者の「しているADL」がどの程度自立して行われているかを日常生活の観察により測定する評価法である。運動項目13項目と認知項目5項目の計18項目からなる。運動項目はセルフケア:食事、整容、清拭(入浴)、更衣(上半身)、更衣(下半身)、トイレ動作、排泄コントロール:排尿管理、排便管理、移乗:ベッド・椅子・車椅子、トイレ、浴槽・シャワー、移動:歩行・車椅子、階段の4つに大別され、認知項目はコミュニケーション:理解、表出、社会的認知:社会的交流、問題解決、記憶の2つに大別される。FIMの18項目は、すべて7(自立)～1点(全介助)の7段階であり、合計18点～126点で採点する。また、mFIMの得点範囲は13点～91点、cFIMの得点範囲は5点～35点であり、それぞれ点数が高いほど、ADLの自立度が高い

ことを意味している<sup>16)</sup>。

### 3-2 NPI-Q

BPSDの測定には、日常場面で神経精神徴候とその負担を簡潔に把握するために Daniel Kaufer<sup>17)</sup>によって開発され、日本語版が作成された日本語版 NPI-Q<sup>18)</sup>を使用した。NPI-QはBPSDの主要な12項目(幻覚、妄想、興奮、うつ、不安、多幸、アパシー・無関心、脱抑制、易刺激性、異常行動、睡眠異常、食行動異常)が反映されている。精神症状の有無と、存在する場合の重症度、負担度を評価する。重症度(a)は1～3の3段階で評価し、介護負担度(b)は0～5の6段階で評価され、それぞれ点数高いほど重症度、介護負担度の程度が高いことを示している。また、評価の目安となる具体的な認知症の人の行動例が記載されていることから評価がしやすいという特徴を持つ。日本語版 NPI-Qは原著版と同等の信頼性・妥当性を有していることが確認されている<sup>18)</sup>。

### 3-3 在宅介護スコア

在宅介護スコアは介護者の健康状態、介護条件、介護意欲と環境に加えて患者自身のADLを含めた身体・心理状態、闘病意欲についての16項目(介護者は0「病弱」・1「健康」、介護者の専念0「不可能」・1「可能」、介護を代われる者は0「いない」・1「いる」、公的年金以外の収入0「なし」・1「あり」、患者の病室0「なし」・1「あり」、住宅0「借家」・1「自宅」、食事0「介助」・1「自立」、排便0「介助」・1「自立」、更衣0「介助」・1「自立」、屋内移動0「介助」・1「自立」、入浴0「介助」・1「自立」、意思疎通障害0「あり」・1「なし」、異常行動0「あり」・2「なし」、医療措置0「あり」・1「なし」、介護者の介護意欲0「不良」・2「普通」・4「良好」、患者の闘病意欲0「不良」・1「普通」・2「良好」)を点数化し、合計スコアで介護力の評価する。合計21点満点中10点以下の場合、在宅介護が困難であるとされ、地域介護力が必要とされる<sup>19)</sup>。

## 4. 統計解析

転帰先別に対象者を2群に分け、各評価項目を Mann-Whitney U 検定を用いて比較した。次に、在宅介護スコアの下位項目について  $\chi^2$  検定を用いて比較した。有意水準は5%とし、10%を有意傾向とした。統計処理ソフトには、SPSS22.0を使用した。

## 5. 結果

### 5-1. 群間比較

2群間の患者属性、および評価結果の比較を表1に示す。23名のうち、自宅退院した対象者(以下、自宅群)は10名

であり、自宅以外に退院した対象者(以下、施設群)は13名であった。2群間で有意差の認められた項目は在宅介護スコア( $P=0.002$ )であった。入院時MMSEには有意差は認められなかった( $P=0.927$ )。

## 5-2. 在宅介護スコアの下位項目の比較

2群間の在宅介護スコアの下位項目の比較を表2に示す。2群間の比較では16項目の全てで有意差は認められず、「公的年金以外の収入の有無( $P=0.068$ )」「屋内移動の介助の有無( $P=0.068$ )」「介護者の介護意欲( $P=0.093$ )」の3項目に有意傾向を認めた。

表1 自宅群と施設群の患者属性および評価結果の比較

	自宅群(n=10)	施設群(n=13)	Pvalue
年齢(歳)	86.5(82.3-90.5)	89.0(85.0-92.0)	0.738
在院日数(日)	82.5(63.8-88.5)	85.0(77.0-126.0)	0.446
入院時MMSE(点)	6.5(2.3-9.0)	6.0(4.0-8.0)	0.927
退院時mFIM(点)	44.0(23.0-62.8)	28.0(14.0-37.0)	0.101
退院時cFIM(点)	18.0(16.3-20.8)	14.0(12.0-20.0)	0.313
退院時tFIM(点)	62.0(40.3-83.0)	42.0(27.0-62.0)	0.131
在宅介護スコア(点)	10.5(9.0-11.0)	7.0(4.0-9.0)	0.002
退院時NPI-Q(a)(点)	8.0(6.3-12.0)	7.0(6.0-13.0)	0.784
退院時NPI-Q(b)(点)	6.5(3.0-7.0)	5.0(1.0-10.0)	0.784

※中央値(1/4 四分位数-3/4 四分位数)

※Mann-Whitney U 検定

表2 自宅群と施設群の在宅介護スコアの下位項目の比較

	自宅群(n=10)	施設群(n=13)	Pvalue
介護者の健康状態(名)	病弱：2, 健康：10	病弱：4, 健康：9	0.660
介護者の専念の可否(名)	不可能：5, 可能：5	不可能：11, 可能：2	0.169
介護を代わられる者の有無(名)	いない：6, いる：4	いない：12, いる：1	0.127
公的年金以外の収入の有無(名)	なし：7, あり：3	なし：13, あり：0	0.068
患者の病室の有無(名)	なし：1, あり：9	なし：1, あり：12	1.000
住宅(名)	借家：2, 自宅：8	借家：1, 自宅：12	0.560
食事の介助の有無(名)	介助：4, 自立：6	介助：7, 自立：6	0.680
排便の介助の有無(名)	介助：8, 自立：2	介助：12, 自立：1	0.560
着衣の介助の有無(名)	介助：8, 自立：2	介助：13, 自立：0	0.178
屋内移動の介助の有無(名)	介助：7, 自立：3	介助：13, 自立：0	0.068
入浴の介助の有無(名)	介助：10, 自立：0	介助：13, 自立：0	1.000
意思疎通障害の有無(名)	あり：8, なし：2	あり：8, なし：5	0.405
異常行動の有無(名)	あり：5, なし：5	あり：7, なし：6	1.000
医療処置の有無(名)	あり：2, なし：8	あり：7, なし：6	0.197
介護者の介護意欲(名)	不良：0, 普通：7, 良好：3	不良：4, 普通：8, 良好：1	0.093
患者の闘病意欲(名)	不良：6, 普通：3, 良好：1	不良：9, 普通：4, 良好：0	0.503

※ $\chi^2$  検定

## 6. 考察

本研究では、重度認知症患者を対象に自宅復帰群と施設群における差を検討した。その結果、介護者の介護力と被介護者の状態を包括的に評価する指標である在宅介護スコアの合計点数に差を認めた。また、在宅介護スコアを細項目で検討した結果、「公的年金以外の収入の有無」「屋内移動の介助の有無」「介護者の介護意欲」に有意傾向を認めた。一方で、FIMには差を認めなかった。本研究は対象者が少ないため、今後の調査が必要であることを承知の上で、以下に考察する。

回リハ病棟患者の転帰先には、ADLの自立度が転帰先に影響するという事実は数多くの先行研究でも報告されている。例えば、伊藤ら<sup>20)</sup>は退院時のFIM合計点が高いと自宅退院を促進するという点を挙げており、また、辻ら<sup>21)</sup>はFIM運動項目合計が40点を超えると自宅復帰の可能性が高まると報告している。しかし、本研究ではADL自立度の評価であるFIMには有意差を認めなかった。竹田らによる、認知症高齢者を在宅介護する際に必要なことについての家族介護者に対するアンケート調査では、1位が「認知症の症状が安定していること」、2位が「見守りする人が家庭内にいること」、3位が「家族介護者の休息」とされている<sup>22)</sup>。また、梶原ら<sup>23)</sup>は認知症高齢者を介護する家族の介護継続意向に関する要因について検討し、その結果、介護満足感、認知症高齢者との関係性、行動・心理症状の有無、家族外支援者の有無が関係していたと報告している。これらの報告と本研究結果を照合すると、重度認知症患者の転帰先には、対象者の運動機能やADL能力だけでなく、むしろ認知症の症状や支援者の要因などが強く影響している可能性がある。そのため、重度認知症患者の転帰先を考慮する上では、患者自身の状態に加えて介護者の介護力を詳細に評価することが重要と考える。

在宅介護スコアは介護者の介護力と被介護者の状態を包括的に評価する指標である。宮森ら<sup>19)</sup>は在宅介護スコアの合計点が10点以下の場合、在宅介護が困難と報告している。本研究では、自宅復帰群の在宅介護スコアの平均が10.5点、施設群の在宅介護スコアの平均が7.0点であった。これらのことから、重度認知症対象者を在宅介護する場合においても、在宅介護スコアで10点程度が自宅退院の目安となる可能性がある。在宅介護スコアを細項目で検討した結果、全ての項目で有意差は認められなかったが、「公的年金以外の収入の有無」「屋内移動の介助者の有無」「介護者の介護意欲」に有意傾向を認めた。これらの細項目の各群の人数を見ると、「公的年金以外の収入の有無」では、収入有の割合は自宅群で30%、施設群で0%であり、自宅群の方が収入有の割合が高かった。「屋内移動

の介助の有無」では、自立の割合は自宅群で30%、施設群で0%であり、自宅群の方で屋内移動が自立している割合が高かった。「介護者の介護意欲」では、良好及び普通の割合は自宅群で40%、施設群で約31%であり、自宅群の方が介護意欲は良好であった。本研究は対象者が少なく、また結果についても有意傾向にとどまっているため、これらの項目一つ一つに対する考察は控えたいが、3項目が金銭面に関する因子、患者に関する因子、介助者に関する因子であったことは、重度認知症患者の転帰先の決定には複合的な要因が関係していることを示している可能性があると考えられる。

以上のことから、在宅退院を望む重度認知症患者とその家族に対して、回リハ病棟のスタッフとして介入すべき点は、認知症患者のADL能力を高めるという点と、回リハ病棟退院後の在宅での介護環境について包括的に評価・提案するという2点が重要であると考えられる。認知症患者のリハビリテーションについて松下<sup>24)</sup>は認知症の人に対してADL訓練を実施する場合は、手続き記憶を利用して行為そのものを意識させずに「できること」を引き出すことが重要と述べている。患者の出来ることを生かせる環境や動作方法を検討するという視点が重要と考える。また、在宅退院を望む家族の介護力が乏しい場合には、ショートステイやデイサービス、ヘルパーなどの介護サービスの利用を、医師や看護師、社会福祉士、ケアマネージャーなどの関連職種と相談しながら、本人、家族と検討することが重要であると考えられる。

今後の課題として、本研究は対象者数が23名と少ないため、結果を一般化させるには限界があり、今後対象者を増やして調査を進める必要がある。さらに、本研究における対象者は全例入院前から認知症の診断がなされていたが、入院前の認知症の重症度については把握できていない。そのため、脳血管疾患や運動器疾患の発症に伴う認知症の重症度の変化については評価できていない。また、介護者の認知症に対する知識や介護歴の有無などの介護者要因についても十分に検討できていない。これらの要因も転帰先を決定する上で重要な要因であるため、今後はこれらの要因も包含して調査を展開したい。

## 文献

- 1) 内閣府，平成29年版高齢社会白書，([https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1\\_2\\_3.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1_2_3.html))，(参照2019-12-04)。
- 2) 山口晴，(2014)，回復期リハビリテーション病棟における認知症の実態と対応-日本リハビリテーション病院・施設協会認知症対策検討委員会の調査-，地域リハ，9，662-668。

- 3) 回復期リハビリテーション病棟協会 <[www.rehabili.jp/point\\_guide/point\\_vol-1.pdf](http://www.rehabili.jp/point_guide/point_vol-1.pdf)>, (参照 2018-10-22).
- 4) 澤村大輔, 境信哉, 桜庭聡, 杉正明, 戸島雅彦, (2014), 独居の脳卒中片麻痺患者が自宅退院するための重要な因子, 北海道作業療法, 31, 73-80.
- 5) 樋高浩平, 三ツ家陽子, 鈴木敏裕, 関根敦司, 末松絵理子, (2009), 回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰要因についての調査, 奈良理学療法学, 2, 38-39.
- 6) 熊谷純久, 奥村繭子, 武田夏季, 加藤謙司, 清水康裕, (2016), 回復期リハビリテーション病棟における家族介護力と転帰先の関連, 長野県作業療法士会学術誌, 34, 110-114.
- 7) 前田悠太郎, 渡邊晶規, 日比野至, (2013), 回復期リハビリテーション病棟における自宅復帰に影響を与える因子-FIMを用いた検討-, 名古屋学院大学論集, 医学・健康科学・スポーツ科学編, 2, 1-8.
- 8) 水上真衣, 都志和美, 中島康博, 柴貴裕, 中村敦, 他, (2016), 当院回復期リハビリテーション病棟における転帰先に影響する因子の検討, 日本慢性期医療学会抄録集, 520.
- 9) 植松海雲, 猪飼哲夫, (2002), 高齢脳卒中患者が自宅退院するための条件-Classification and regression trees(CART)による解析-, リハ医学, 39, 396-402.
- 10) 川端悠士, 林真美, 藤森里美, 澄川泰弘, 河野千晶, 小川浩司, (2013), 大腿骨近位部骨折患者の退院先決定に「家族介護力スコア」が有用である, 日農医誌, 62, 610-617.
- 11) 西尾大祐, 平野恵健, 伊藤志保, 倉田睦子, 木川浩志, 大沢愛子, 前島伸一郎, (2010), 回復期リハビリテーション病棟における重症脳卒中患者の転帰と臨床的特徴, 脳卒中, 32, 86-90.
- 12) 高橋美妃, 饗庭三代治, 桜井貴子, 坂本直治, 梁広石, 津田裕士, 塩路直子, 磯沼弘, (2016), 身体疾患を合併する認知症高齢者に関する臨床的検討, 日本老年医学会雑誌, 53, 43-53.
- 13) Hashimoto M, Matsuzaki Y, Kawahara K, Matsuda H, Nishimura G, Hatae T, Yoshiaki Kimura, Kunizo Arai, (2014), Medication-related factors affecting discharge to home, Biol Pharm Bull, 37, 1228-1233.
- 14) 西村博行, 浦上泰成, (2019), 認知機能が回復期リハビリテーションを行なった高齢骨折患者の ADL に及ぼす影響, 整形外科と災害外科, 68, 635-639.
- 15) Perceczky R, Wagenpfeil S, Komossa K, Grimmer T, Diebl J, Kurz A, (2006), Mapping Scores Onto Stages : Mini-Mental State Examination and Clinical Dementia Rating, Am J Geriatr Psychiatry, 14(2), 139-144.
- 16) Granger CV, Hamilton BB, (1994), The uniform data system for medical rehabilitation report of first admissions for 1992, Am J Phys Med Rehabil, 73, 51-55.
- 17) Kaufer DI, Cummings JL, Ktchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, Lopez OL, DeKosky S, (2000), Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory, J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 12, 233-239.
- 18) 松本直美, (2006), 日本語版 NPI-D と NPI-Q の妥当性と信頼性の検討, 脳と神経, 58, 785-790.
- 19) 宮森正, 向島重孝, (1992), 在宅介護スコアの開発, 日本プライマリ・ケア学会誌, 15, 58-64.
- 20) 伊藤郁乃, 佐藤広之, 濱田康平, 新藤直子, (2008), リハビリテーション後の転帰と在院日数に影響を与える社会的要因の検討, J Clin Rehabil, 48, 561-565.
- 21) 辻哲也, 園田茂, 千野直一, (1996), 入院・退院時における脳血管障害患者の ADL 構造の分析-機能的自立度評価法 (FIM)を用いて-, リハ医学, 33, 301-309.
- 22) 竹田千春, 黒澤直子, (2021), 認知症高齢者の在宅生活継続の可能性に関する研究-家族介護者の視点に着目して-, 北翔大学生涯スポーツ学部研究紀要, 12, 49-56.
- 23) 梶原弘平, 横山正博, (2007), 認知症高齢者を介護する家族の介護継続以降の要因に関する研究, 日本認知症ケア学会誌, 6, 38-46.
- 24) 松下太, (2017), 認知症の人へのリハビリテーションアプローチによる生活行為と QOL の改善~作業療法を中心に~, 森ノ宮医療大学紀要, 11, 25-32.