

回復期リハビリテーション病棟から自宅退院する認知機能が低下した高齢者の特徴および退院 12 ヶ月後の主介護者の介護状況

木村 優斗*・加藤 拓彦**・田中 真***・澄川 幸志***

Characteristics of elderly patients with cognitive decline discharged home from a convalescent rehabilitation ward and the caregiving status of their primary caregivers 12 months after discharge

Yuto Kimura*, Takuhiko Katou**, Makoto Tanaka**, Koshi Sumigawa***

要約 【目的】回復期病棟から自宅に退院した認知機能低下高齢者の自宅生活継及び主介護者の介護状況について混合研究法を用いて明らかにすることとした。【対象】回復期病棟を退院した者の中から、退院時 MMSE が 27 点以下の認知機能低下高齢者と自宅退院者の主介護者とした。【結果】退院 1 ヶ月後と退院 12 ヶ月後では、介護保険サービス利用数が増加し、1 日の介護時間は減少した。退院後の介護負担感が低い者は、介護者の介護のストレス、CES-D、NPI-Q の重症度、NPI-Q の負担度、BI の評価結果が良好であった。質的研究では、認知機能低下高齢者を介護する主介護者の介護の継続に至るプロセスとして【被介護者への思い】、【被介護者の状態】、【介護の内容】、【主介護者の心理】、【介護負担の軽減】の 5 つのカテゴリーが生成された。【結論】自宅生活の継続には主介護者に対して、介護保険サービスの情報提供や調整、病気の理解や対処法の指導、環境介入が必要であることが示唆された。介護の継続には利用可能な介護保険サービスの種類、内容、利用可能な頻度などの情報提供が必要であることが示唆された。

Keywords: 回復期リハビリテーション病棟・認知機能低下高齢者・主介護者・介護

1. 緒言

我が国では、高齢化の進行に伴い、認知症高齢者の人口も増加している。内閣府の「平成 29 年版高齢社会白書」¹⁾によると、65 歳以上の認知症高齢者は、2012 年時点で 7 人に 1 人であったのに対し、2025 年には約 5 人に 1 人になると予測されている。また、65 歳以上の要介護状態の主な原因は、認知症が最も多いことが示されている²⁾。以上より、認知機能が低下しているあるいは認知症を有する高齢者が、今後ますます増加することが予想される。一方で、回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期病棟)では、認知症や認知機能が低下している脳血管疾患や運動器

疾患患者を担当する機会を多く経験する。回復期病棟においては、入院している患者の 1/3 が認知症高齢者であることが報告されている³⁾。また、回復期リハビリテーション病棟協会は、入院患者の転帰先に在宅、地域への復帰を目指し、具体的な調整・支援をすることに対する指針を示しており⁴⁾、被介護者が認知症や認知機能低下を有していても被介護者やその家族が自宅復帰を望んでいる場合には自宅退院に向けた支援が必要である。しかし、先行研究において、回復期病棟から自宅復帰する患者は認知症が重度でないことや認知機能の低下に伴い自宅退院率が低下することが報告されており^{5,6)}、実際に、認知症や認知機能が低下していると自宅退院が困難となるケースが多い状況である。また、日本では核家族化が進み、老老介護が問題となっており、自宅退院後、介護負担感の増大などによる介護者の抑うつや、被介護者の寝たきりなどにより、施設入所に至ることが報告されている⁷⁾。我が国の介護者の特徴として介護負担が限界に達しても安易に介護を放棄しないこと⁸⁾や被介護者の日常生活動作や精神機能が低下しても、一人で介護を担おうとする「抱え込み」の介護者の存在⁹⁾が報告されている。先行研究において、介護負担感に関連する要因については、介護者の抑うつ¹⁰⁾、被介護者の Activity Daily of Living (ADL)¹⁰⁾、被介護者の行動・心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia ; 以下、BPSD)¹¹⁾、介護時間数¹²⁾などが報告されているが、こ

2024 年 5 月 15 日受付, 2025 年 7 月 23 日受理

- * 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
Department of Occupational Therapy, Department of Rehabilitation, College of Health Sciences, Japan Healthcare University
- ** 弘前大学大学院保健学研究科
Hirosaki University Graduate of School of Health Sciences
- *** 福島県立医科大学 保健科学部 作業療法学
Department of Occupational Therapy, School of Health Sciences, Fukushima Medical University

れらは横断的研究である。在宅生活を長期的に支援するためには、縦断的に調査する必要があると考えるが、主介護者の介護負担感に関する経時的変化についての詳細な検討は少ない。また、回復期病棟退院後、認知機能が低下した高齢者の自宅生活および認知機能が低下した高齢者を介護する主介護者の介護状況について調査を行った報告は見当たらない。

そこで、本研究の目的は、回復期病棟から自宅退院した認知機能低下高齢者の特徴を横断研究、回復期病棟から自宅に退院した認知機能低下高齢者の自宅生活及び認知機能低下高齢者を介護する主介護者の介護の継続状況について縦断的研究と質的研究を併用した混合研究法を用いて明らかにすることである。これらの結果から在宅生活継続のために行う回復期病棟における支援を検討する。

2. 対象と方法

本研究の対象者は、回復期病棟に入院中の脳血管疾患や運動器疾患患者のうち、認知症や認知機能が低下している高齢者(以下、認知機能低下高齢者)とした。本研究では、回復期病棟から自宅退院した認知機能低下高齢者の特徴を明らかにするために、回復期病棟退院時の状況を施設退院した認知機能低下高齢者との比較を行った。次に、自宅退院した認知機能低下高齢者のうち、1年間自宅生活を継続した認知機能低下高齢者およびその主介護者を対象に、自宅生活および認知機能低下高齢者を介護する主介護者の介護継続について量的研究と質的研究を併用した混合研究法を用いて分析した。

本調査は、倫理委員会の承認(2020-037, 2022-006)後実施した。

1. 自宅退院者の特徴(退院時横断研究)

1-1. 対象者

2020年12月から2021年12月の間にA病院回復期病棟に入院し、入院時に研究の説明を受け、研究参加に本人または家族から書面にて同意の得られた者のうち、退院時のMini-Mental State Examination(MMSE)が27点以下の認知機能低下高齢者とした。

1-2. 調査項目

認知機能低下高齢者の基本属性(年齢、性別、在院日数、転帰先)、ADL、BPSD、認知機能、同居家族人数とした。なお、ADL、BPSD、認知機能の評価は退院時に担当作業療法士が実施した。

1-2-1)ADL

ADLに関する評価には、Barthel Index(BI)¹³⁾を用いた。得点範囲は0から100点であり、点数が高いほどADLの自立度が良好であることを示す。

1-2-2)BPSD

BPSDに関する評価には、Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire(NPI-Q)¹⁴⁾の日本語版¹⁵⁾を用いた。10の質問項目から構成され、重症度の得点範囲は0から30点。また、負担度は0から5点の6段階で評価され、得点範囲は0から50点。重症度、負担度ともに点数が高いほど重度であることを示す。

1-2-3)認知機能

認知機能に関する評価には、MMSE¹⁶⁾の日本語版¹⁷⁾を用いた。得点範囲は0から30点、カットオフ値23点以下で認知症疑いとなる。また、27点以下で軽度の認知機能低下が疑われる¹⁸⁾。

1-3. 統計解析

回復期病棟に入院している認知機能低下高齢者を転帰先によって自宅に退院した群(自宅群)と自宅以外に退院した群(施設群)の2群に分類し、基本属性および臨床的特徴を比較するために、Mann-Whitney U検定および χ^2 検定を用いた。有意水準は5%とした。

2. 自宅生活および介護の継続状況(混合研究、量的研究)

2-1. 対象者

先の横断研究で自宅退院した認知機能低下高齢者のうち、1年間自宅生活を継続できた認知機能低下高齢者とその主たる介護者のうち、研究参加に本人または家族から同意の得られた者とした。

2-2. 調査方法

主介護者に対して退院1ヶ月後、12ヶ月後にアンケート調査を郵送し、回答を得た。自宅生活を中断していた場合または回答が得られなかった場合には以降の調査は中止とした。

2-3. 調査項目

主介護者の基本属性(年齢、性別、認知機能低下高齢者との関係、1日の介護時間、介護のストレス、利用サービス内容)、介護負担感、抑うつ度とした。認知機能低下高齢者については、横断研究と同様のものを使用した。なお、退院1ヶ月後および退院12ヶ月後のADL、BPSDの評価は主介護者が実施した。

2-3-1)介護負担感

主介護者の介護負担感に関する評価には、Zarit Burden Interview¹⁹⁾の Zarit 介護負担尺度日本語版²⁰⁾の短縮版 (J-ZBI_8)²¹⁾を用いた。8の質問項目から構成され、得点範囲は0から32点であり、点数が高いほど介護負担感が重度であることを示す。

2-3-2)抑うつ度

主介護者の抑うつ度に関する評価には、Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)²²⁾の日本語版²³⁾を用いた。20の質問項目から構成され、得点範囲は0から60点、カットオフ値16点以上で抑うつ疑いとなる。

2.4. 統計解析

本研究では、自宅生活を継続している対象者が極めて少数であったことから、先行研究で挙げられている自宅退院要因が自宅生活1年経過後も変わらないのかについて、その傾向を探ることにした。統計解析は、退院1ヶ月後と退院12ヶ月後の主介護者の介護負担感および各調査項目の比較に Wilcoxon の符号付き順位検定を用いた。また、退院1ヶ月後、退院12ヶ月後の主介護者の介護負担感と他の因子との間の関連を調査するために、J-ZBI_8 と他の調査結果との相関関係の分析には Spearman の順位相関係数を用いた。有意水準は5%とした。

3. 自宅生活および介護の継続状況 (混合研究, 質的研究)

3-1. 対象

量的調査を終了した調査対象者から書面にて同意の得られた主介護者とした。データ収集はそれぞれの主介護者に対し、インタビューガイドに基づいた半構造化インタビューを対面にて1回実施する予定であったが、新型コロナウイルスの流行により、電話でのインタビューに切り替えて実施した。記録にはICレコーダーを用いた。なお、ICレコーダーによる記録やデータ化に関してはインタビュー開始時に了承を得ている。

3-2. インタビューガイド

インタビューガイドとして「被介護者を自宅で介護している際に困ったことなどはありましたか?」、「被介護者を自宅で介護をして良かったことはありますか?」、「被介護者が1年間自宅で生活を継続できた要因は何だと思われますか?」などの質問を順不同で実施し、その後自由に主介護者に語ってもらうこととした。

3-3. データ分析

データ分析には修正版グラウンデッド・セオリーアプローチを用いた²⁴⁾。分析テーマを「回復期病棟から自宅退院した認知機能低下高齢者を介護する主介護者の介護の状況」、分析焦点者を「回復期病棟から自宅退院した認知機能低下高齢者を介護する主介護者」とした。得られたデータから逐語録を作成し、分析テーマに沿って、概念名、定義、具体例、理論的メモから構成される分析ワークシートを作成しながら概念を生成した。生成した概念は随時分析ワークシートに記載した。概念の生成は、常に概念同士の関連性を意識し、生成した概念の対極および類似の両方向から他のデータと比較検討して行った。さらに、概念を生成するとともに、概念間の関連性に基づいてサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。新たな概念が生成されなくなったところで理論的飽和に達したと判断し分析を終了した。生成した概念とサブカテゴリー、カテゴリーを用いて、ストーリーラインおよび結果図を作成した。分析は、質的研究の経験がある作業療法士2名を含む作業療法士3名で行い、Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research(COREQ)²⁵⁾に準じて実施した。

3. 結果

1. 自宅退院者の特徴 (退院時横断研究)

図1に対象者のフローチャートを示す。調査期間中に回復期病棟に自宅から入院した患者145名のうち、退院時のMMSEが27点以下であった98名を分析対象とした。

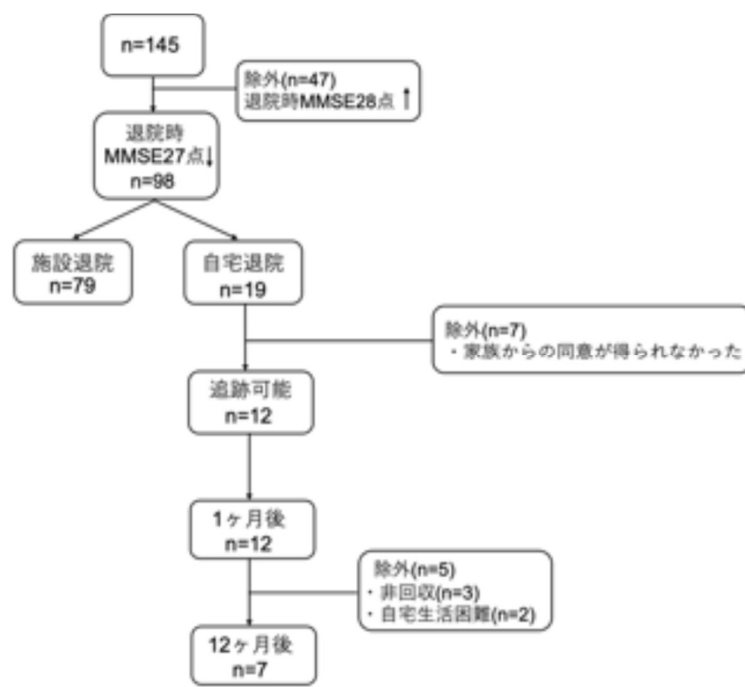


図1 対象者のフローチャート

回復期リハビリテーション病棟から自宅退院する認知機能が低下した
高齢者の特徴および退院12ヶ月後の主介護者の介護状況

表1 転帰先(自宅群/施設群)の違いによる患者属性および臨床的特徴の比較

	自宅群 (n=19)	施設群 (n=79)	p 値	効果量(r)
年齢 (歳) ^{a)}	83.0 (76.0-89.0)	84.0 (76.0-88.0)	0.833	0.07
性別 (男/女) (名) ^{b)}	7/12	25/54	0.786	0.02
在院日数 (日) ^{a)}	88.0 (84.0-145.0)	141.0 (85.0-172.0)	0.038	0.36
退院時 MMSE (点) ^{a)}	26.0 (10.0-26.0)	13.0 (4.0-20.0)	0.003	0.29
退院時 BI (点) ^{a)}	80.0 (55.0-95.0)	35.0 (5.0-65.0)	0.001	0.41
退院時 NPI-Q 重症度 (点) ^{a)}	2.0 (1.0-7.0)	5.0 (2.0-8.0)	0.170	0.14
退院時 NPI-Q 負担度 (点) ^{a)}	2.0 (0.0-7.0)	4.0 (0.0-10.0)	0.322	0.10
同居家族 (名) ^{a)}	2.0 (1.0-2.0)	1.0 (1.0-2.0)	0.036	0.27

表中の通知は中央値(25%-75%)を示す.

^{a)}Mann-Whitney U 検定 ^{b)}χ² 検定

表2 退院1ヶ月後と退院12ヶ月後の被介護者および主介護者の経時的変化

	退院1ヶ月後	退院12ヶ月後	p 値	効果量(r)
主介護者の年齢 (歳)	60.0 (58.5-66.0)	61.0 (59.5-67.0)		
J-ZBI_8 (点)	10.0 (2.0-16.0)	9.0 (2.5-13.5)	0.750	-0.12
主介護者の介護のストレス (点)	6.0 (1.0-7.5)	3.0 (1.0-7.5)	0.414	-0.31
CES-D (点)	12.0 (10.5-16.0)	11.0 (6.5-14.5)	0.173	-0.52
1日の介護時間 (時間)	10.0 (5.5-14.5)	5.0 (3.5-9.0)	0.027	-0.84
同居家族人数 (名)	2.0 (1.5-3.0)	2.0 (1.5-3.5)	0.317	0.38
認知機能低下高齢者の年齢 (歳)	80.0 (68.5-88.5)	81.0 (69.5-89.5)		
BI (点)	75.0 (32.5-82.5)	80.0 (32.5-85.0)	0.141	0.56
NPI-Q 重症度 (点)	5.0 (4.0-7.0)	5.0 (4.0-6.0)	0.197	-0.49
NPI-Q 負担度 (点)	3.0 (1.5-9.5)	5.0 (2.5-9.0)	0.463	-0.28
介護保険利用サービス数 (個)	1.0 (1.0-1.5)	1.0 (1.0-2.0)	0.046	0.76
介護保険利用サービス内訳 (名)				
デイサービス	4	3		
通所リハビリ	1	3		
訪問リハビリ	1	1		
ショートステイ	1	1		
訪問看護	1	1		
デイケア	0	1		

表中の数値は中央値(25%-75%)を示す

Wilcoxon の符号付き順位検定

表1に転帰先の違いによる患者属性および各調査結果の比較を示す。転帰先により自宅群が19名(19.4%)、施設群が79名(80.6%)に分けられた。2群間で有意差が認められた調査項目は、退院時MMSE(p=0.003)、退院時BI(p=0.001)であり、自宅群の評価結果が良好であった。また、自宅群は、在院日数が有意に短く(p=0.038)、同居家族人数が有意に多かった(p=0.036)。

2. 自宅生活および介護の継続状況(混合研究, 量的研究)
自宅に退院した者19名のうち、家族から研究の趣旨に同

意を得られなかった7名を除外した12名を追跡調査の対象とした。退院1ヶ月後は、12名から回答が得られ、退院12ヶ月後は、3名からの回答が得られず、2名が自宅生活中断となったことから、最終的な分析対象者は7名となった。

表2に退院1ヶ月後と退院12ヶ月後の各調査項目の比較結果を示す。介護保険サービス利用数で有意な増加が認められ、1日の介護時間は有意な減少が認められた。J-ZBI_8、介護者の介護のストレス、CES-D、同居家族人数、BI、NPI-Q重症度、NPI-Q負担度については有意な変化は認められなかった。

表3に退院1ヶ月後および12ヶ月後におけるJ-ZBI_8と各

因子との相関結果を示す。退院1ヶ月後のJ-ZBI_8と相関関係にあった調査項目は、介護者の介護のストレス ($r=0.809$, $p=0.028$)、CES-D ($r=0.829$, $p=0.021$)、NPI-Qの重症度 ($r=0.939$, $p<0.001$)、NPI-Qの負担度 ($r=0.930$, $p<0.001$)の4項目で正の相関が認められ、BI($r=-0.799$, $p=0.001$)が負の相関が認められた。退院12ヶ月後のJ-ZBI_8と相関関係にあった調査項目は、介護者の介護のストレス ($r=0.939$, $p=0.001$)、CES-D ($r=0.819$, $p=0.013$)、NPI-Qの重症度 ($r=0.996$, $p<0.001$)、NPI-Qの負担度 ($r=0.923$, $p<0.001$)の4項目で正の相関が認められ、BI ($r=-0.820$, $p<0.001$)には負の相関が認められた。J-ZBI_8と相関関係にある項目は、退院1ヶ月後と退院12ヶ月後とで同じ項目が挙がった。

表3 主介護者のZBI_8と各因子の相関結果

		(n=7)	
退院1ヶ月後		退院1ヶ月後のJ-ZBI_8	
	相関係数	p値	
主介護者の介護のストレス	0.809	0.028	
CES-D	0.829	0.021	
主介護者の年齢	-0.793	0.033	
1日の介護時間	0.667	0.102	
同居家族人数	-0.294	0.480	
サービス利用数	-0.181	0.698	
認知機能低下高齢者の年齢	-0.036	0.939	
BI	-0.799	0.001	
NPI-Q 重症度	0.939	<0.001	
NPI-Q 負担度	0.930	<0.001	
退院12ヶ月後		退院12ヶ月後のJ-ZBI_8	
	相関係数	p値	
主介護者の介護のストレス	0.939	0.001	
CES-D	0.819	0.013	
主介護者の年齢	-0.720	0.044	
1日の介護時間	0.470	0.240	
同居家族人数	-0.294	0.480	
サービス利用数	-0.363	0.377	
認知機能低下高齢者の年齢	-0.820	0.504	
BI	-0.820	<0.001	
NPI-Q 重症度	0.996	<0.001	
NPI-Q 負担度	0.923	<0.001	

Spearmanの順位相関係数

表4 対象者の基本属性

主介護者			被介護者				
ID	年齢	被介護者との関係	年齢	性別	要介護度	疾患名	MMSE
A	59	子ども(娘)	88	女	要介護3	脳梗塞	25
B	69	きょうだい(姉)	58	男	要介護4	脳出血	18
C	56	配偶者(妻)	54	男	要介護3	脳梗塞	19
D	62	子ども(娘)	92	女	要介護3	大腿骨頸部骨折	27
E	69	配偶者(妻)	80	男	要介護2	廃用症候群	10

3. 自宅生活および介護の継続状況 (混合研究, 質的研究)

表4に、質的研究の対象者の基本属性を示す。主介護者の5名は、全員女性であった。認知機能低下高齢者との関係性は配偶者2名、子ども2名、きょうだい1名であった。

表5に認知機能低下高齢者の在宅生活および主介護者の退院直後から退院12ヶ月後の介護状況を示す。分析より、5個のカテゴリー、5個のサブカテゴリー、19個の概念が生成された。カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〔 〕, 概念は< >で表記した。

認知機能低下高齢者を介護する主介護者の介護の継続に至る回復期病棟退院前から退院12ヶ月後までのプロセスの結果を図2に示す。回復期病棟から自宅退院した認知機能低下高齢者(被介護者)を介護する主介護者が介護を継続するプロセスは、自宅への退院の決定から始まる。退院前の自宅への退院は被介護者への<同情>や<被介護者本人の希望>などの【被介護者への思い】による。退院直後から退院12ヶ月後の在宅における【被介護者の状態】は、麻痺側の拘縮や筋力低下等の<身体機能面の問題>のほか、昼夜逆転や徘徊等の<認知機能面の問題>という〔否定的側面〕が認められる一方、本人なりに迷惑をかけないように<頑張り・努力>を見せたり、経過とともに歩行や筋力が向上するなどの<状態の改善>といった〔肯定的側面〕も認められている。このような【被介護者の状態】に対する主介護者による【介護の内容】は、トイレ介助や更衣介助等の身体介助といった〔生活介護〕や〔BPSDに対する対応〕が挙げられた。介護を継続する中で【主介護者の心理】は、【被介護者の状態】の<頑張り・努力>の姿や<状態の改善>などの〔肯定的側面〕によって介護をしていて<良かったと感じる>こと、被介護者への<期待>が生じたり、認知機能の低下などの<病気の受容>をしったりするなど〔被介護者の理解〕を示していた。その一方で、【被介護者の状態】の〔否定的側面〕と〔否定的側面〕によって生じる〔生活介護〕と〔BPSDに対する対応〕の【介護の内容】は、主介護者の〔介護負担〕となっていた。主介護者の〔介護負担〕の内容は、被介護者と<コミュニケーションが取れない>こと、BPSDにうまく対処できない<ストレス>、介護によって主介護者自身の<時間がない>ことが挙げられた。

〔介護負担〕を感じている中で介護者は、【介護負担の軽減】を図るためにデイサービスやショートステイ等の<介護保険サービスの利用>し、主介護者の生活状況、被介護者に状態に応じて<介護保険サービスの希望・調整>を行い、主介護者

表5 認知機能低下高齢者の在宅生活および主介護者の介護状況

カテゴリー	サブカテゴリー	概念	定義	具体例(一部抜粋)
被介護者への思い		同情	被介護者に対して介護者が寄り添ったこと	・大病だからなるべくだったら家に帰してあげたい
		希望	被介護者が希望したこと	・本人の強い希望ですね
被介護者の状態	肯定的側面	頑張り・努力	介護者からみた被介護者が頑張っていること, 努力していること	・本人が努力して, 自分のことなり, 私に迷惑を掛けないようにやろうっていう気持ちが私も伝わった
		状態の改善	介護者からみた被介護者が変化したこと	・普通に歩いているの見てれば歩き塩梅も大分いいねって他の人に言われますけど
	否定的側面	身体機能面の問題	被介護者の身体機能面で問題となっていること	・食事が一年前ですと普通に食べられていたんですけど, 今は, 細かくしてあげたりしないとイケないので
		認知機能面の問題	被介護者の認知機能面で問題となっていること	・そんなにボケてる感じではないんですけど, やっぱり年相応に物忘れとか, 同じことを何回も聞いたりするっていうことはありますよね
介護の内容		BPSDに対する対応	被介護者の問題行動に対して対応していること	・なるべく一人にする時間を少なくしながら交代で誰か家にいるようにしながら感じてますよね
		生活介護	介護者が被介護者に対して介護していること	・トイレ介助ですよね. それと, 体のケア, 痒がるので薬を塗ったり, 薬を飲ませたり, 着替え
被介護者の理解		期待	介護をしていて被介護者に対して期待していること	・私も良くなって欲しいって思ってお互いに努力しあって, 喧嘩しつつも, お互いに歩み寄ってきた
		病気の受容	病気を受け入れている, 自分に言い聞かせていること	・ある程度の認知っていうのは仕方ないのかなって
		良かったことと感ずる	介護をしていて良かったこと	・笑顔が見れる. そういふのを見るとやっぱり連れてきて良かったなあーって思う
介護者の心理		コミュニケーション	介護者が被介護者とコミュニケーションがうまく取れないこと	・なんかトチンカンなことを言っていてそれがイラッとすることがあって, ちよつと噛み合わない
	介護負担	ストレス	介護者が介護によりストレスを感じていること	・喋らないと寝てばかりだからどうしても疲れてても話に付き合ったり, そういふのがやっぱり疲れる
介護負担の軽減		時間が無い	介護によって時間が無いこと	・時間に自由がきかないっていうか, 拘束されてしまうことが多いってことですね
	介護保険サービス	介護保険サービスの利用	介護をしながら利用している介護保険サービス	・週2回(デイサービス)です. 本人は嫌がってますけど, 週3回に増やして一人になる時間を減らしたいもんですから
		介護保険サービスの調整・希望	介護をしながら介護保険サービスを調整していること, 希望していること	・私が疲れてくればケアマネさんと相談してもう少し日にちを伸ばしたり, それは考えてる
		自由な時間	介護しながらも自由な時間があること	・ショートは, 私が体を休めるために行ってくれてるっていう感じ
		家族の協力	主介護者の介護を手助けしてくれる存在がいること	・施設に行かずにすんでるのは家族の協力だと思いますね
	病気の理解	介護者が被介護者の病気の理解をすること	・病気だからこういうのは, 起こりますよって, 心配ないですよって, そうなんだ, みんなこういうのが起きてるんだって言えば安心しますね	

が<自由な時間>を確保するために〔介護保険サービス〕を利用していた。また、主介護者が【被介護者の状態】の把握し、

〔病気の理解〕をすることや主介護者以外の〔家族の協力〕が主介護者の【介護負担の軽減】となっていた。

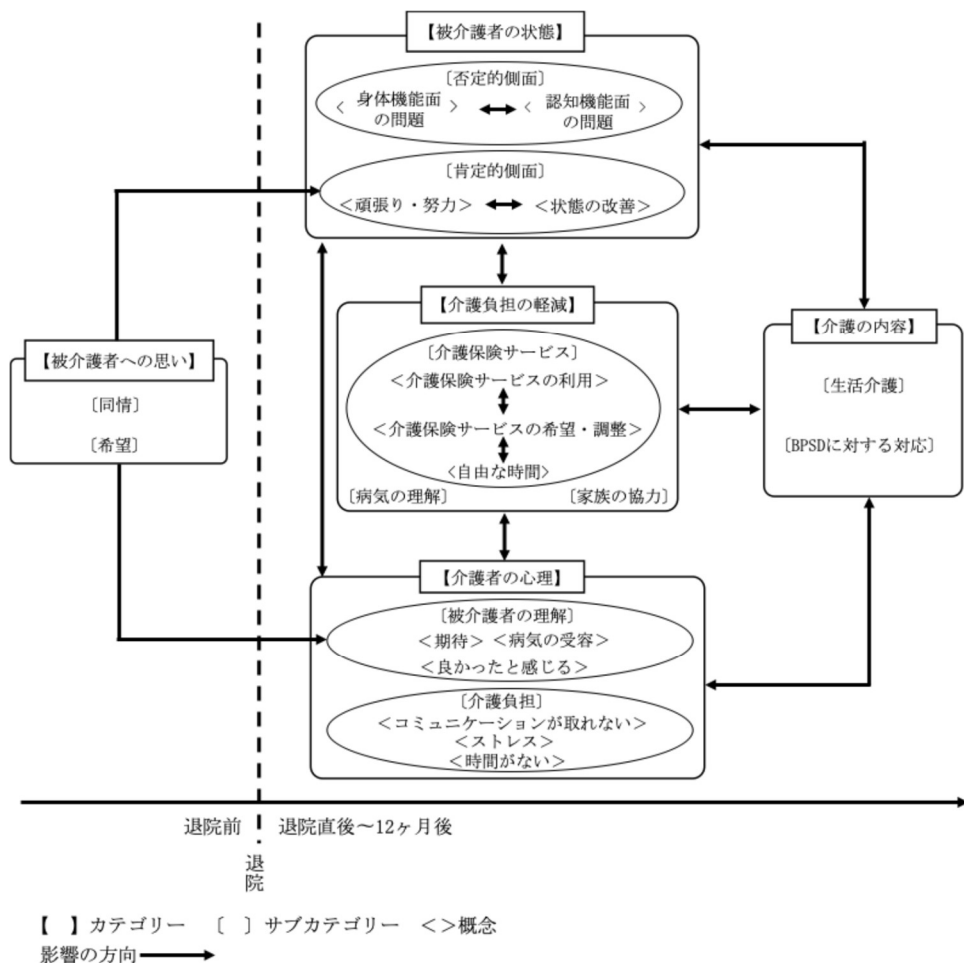


図2 認知機能低下高齢者を介護する主介護者の介護の継続に至るプロセス

4. 考察

回復期病棟から自宅退院した認知機能低下高齢者の特徴、量的研究結果および質的研究結果を総合し自宅退院した認知機能低下高齢者の自宅生活の継続および主介護者の介護の継続における回復期病棟の支援について以下に考察する。回復期病棟から自宅退院した認知機能低下高齢者の転帰先について、自宅群は、施設群に比べて退院時のADLの自立度、退院時の認知機能が良好であり、同居家族人数が多かった。先行研究では、回復期病棟患者の転帰先にADLの自立度や認知機能が影響するということが報告されている^{5), 26)}。本研究結果も同様であり、自宅群のADL状況は施設群に比べ退院時のBIが良好であり、退院時の認知機能が良好であったことから、認知機能低下高齢者においてもADLの自立度の程度と認知機能の低下の程度は転帰先を判断する際の要因と考えられた。同居家族人数については、自宅群が施設群よりも多いという、大森ら²⁷⁾の報告と同様の結果であり、自宅退院の関連要因と考えられた。質的研究結果では、回復期病棟から自宅への退院の要因として、被介護者への<同情>や<希望>といった【被介護者への思い】が挙げられた。以上より、認知機能低下高齢者の自宅退院には、認知機能低下高齢者および主介護者の自宅退院に対する思いを把握し、身体

的、活動的狀態や認知機能低下高齢者のADLおよび認知機能を高めてそれを家族に情報提供すること、家族に対する支援者の確保が必要であると考えられた。

回復期病棟に入院している認知機能低下高齢者を対象に自宅退院後の自宅生活の継続に必要な回復期病棟における支援について検討した報告は見当たらない。自宅に退院した【被介護者の状態】は、質的研究結果では、〔否定的側面〕として麻痺側の拘縮や筋力低下等の<身体機能面の問題>、昼夜逆転や徘徊等の<認知機能面の問題>が、〔肯定的側面〕として本人なりに迷惑をかけないように<頑張り・努力>を見せたり、経過とともに歩行や筋力が向上するなどの<状態の改善>が認められ、量的研究結果では、ADL、BPSDが主介護者の〔介護負担〕と関連していた。先行研究において自宅で介護する介護者の介護負担感が増加する要因として、被介護者のADLの低下²⁸⁾、BPSDの悪化²⁹⁾が報告されている。本研究では、退院後1年間、認知機能低下高齢者のADLの低下やBPSDの悪化が認められなかった。よって、認知機能低下高齢者の在宅生活継続には、状態の維持・改善を図る努力を継続することが必要と考えられた。これらの結果より、回復期病棟から自宅退院に対する支援と回復期病棟から自宅退

院と退院後の自宅生活を継続するための支援は異なる視点で検討をする必要があることが考えられた。

認知機能低下高齢者を自宅で介護する主介護者の介護負担については、質的研究結果では、被介護者と<コミュニケーションが取れない>こと、BPSDにうまく対処できない<ストレス>、主介護者自身の<時間がない>ことが挙げられ、量的研究結果では、介護負担には主介護者のストレスや抑うつ度が関連していた。先行研究^{30,31)}では、在宅介護者の介護負担感の関連因子として介護者のストレス、抑うつ度が挙げられている。認知機能低下高齢者を対象とした本研究においても先行研究と同様の結果であった。一方で、主介護者は介護をしていて<良かったと感じる>こと、被介護者への<期待>が生じたり、認知機能の低下の状況の<病気の受容>をしたりするなど被介護者を理解することが【介護者の心理】を保つ上で必要な要因であることが考えられた。

認知機能低下高齢者に対して行う主介護者の【介護の内容】は、質的研究結果では、トイレ介助や更衣介助等の身体介助といった〔生活介護〕と〔BPSDに対する対応〕が挙げられた。介護によって生じる介護負担を軽減する方法としてデイサービスやショートステイ等の<介護保険サービスの利用>、〔家族の協力〕や〔病気の理解〕をすることが挙げられ、量的研究結果では、<介護保険利用サービス>数を増やして、介護時間を減少させていたことが判明した。坪井ら³²⁾は、介護負担が軽減または維持していた在宅介護者は、訪問診療などの介護保険サービスを利用していたと報告している。本研究の認知機能低下高齢者を介護する主介護者は、介護保険サービスの利用に加え、認知機能低下高齢者の状態や介護状況の変化に合わせてケアマネジャーと介護保険サービス内容の調整を行っていた。これらの結果より、認知機能低下高齢者が自宅生活を継続し且つ介護者の介護負担感を軽減するには、自宅退院後の認知機能低下高齢者のADL、BPSDといった【被介護者の状態】を維持するための支援や介護者の〔介護負担〕が増加しないためにBPSDの対応方法指導、〔病気の理解〕、〔被介護者の理解〕を促進するための被介護者の些細な状態変化をフィードバックすること、被介護者の生活状況に応じて介護保険サービスを適宜調整できるよう介護保険サービスの情報提供を行うことなどが有効と考えられた。

認知機能低下高齢者の自宅生活の継続における主介護者の介護負担感について、麻痺側の拘縮や筋力低下等の<身体機能面の問題>、昼夜逆転や徘徊等の<認知機能面の問題>、ADLの自立度が関連していた。この結果より、認知機能低下高齢者の自宅生活の継続に対する回復期病棟の支援は、認知機能低下高齢者のADLとBPSDに対する直接的な介入や主介護者に認知機能低下高齢者のADLとBPSDに対する対処法を指導することが必要であると考えられる。軽度認知症患者のADLについて神谷ら²⁸⁾は介護負担感の増大を防ぐためには直接的なADL訓練や身体機能維持を目指した予防的介入が重要であると述べている。また、土肥ら³³⁾はBPSDに対して介護者介入や環境介入が有効であると報告している。以上より、認知機能低下高齢者の自宅生活の継続のためには、回復期病棟入院中から行っているADLとBPSDの介入を退院後も継

続して行うことが必要であり、その介入を継続するための介護保険サービスの情報提供や調整を行うことが重要である。加えて、主介護者に対しては、認知機能低下高齢者のBPSDなどの病気の理解や対処法の指導、居室環境を整えるなどの環境介入を行うことが認知機能低下高齢者の自宅生活の継続に必要な支援であることが考えられた。

認知機能低下高齢者を介護する主介護者の介護の継続において、そのストレス内容の一つに自由な時間がないことが挙げられた。調査結果では、退院後の1年間で介護保険利用サービス数が増加し、介護時間が減少していた。主介護者がストレスを抱えないように事前の対処方法の指導が必要であり、主介護者が認知機能低下高齢者の状態や介護環境に応じて介護保険サービスを調整できるよう、回復期病棟退院時に認知機能低下高齢者の介護度に応じて利用可能な介護保険サービスの種類および内容、介護保険サービスの利用可能な頻度などの情報を担当療法士や医療ソーシャルワーカーから提供することやケアマネジャーと連携して調整する必要性が考えられた。

本研究の限界は2点ある。1点目は、縦断調査での対象者が単施設の少数人数調査であるため、結果を一般化させるには限界があり、今後、多施設協働研究により対象者を増やして調査を進める必要がある。2点目は、本研究の質的調査において、自宅生活の継続要因の解明には、介護者の調査に加えて被介護者の状態や被介護者の気持ちや思いを調査すること、また、自宅生活を中断した介護者および被介護者から中断理由や中断時の状況を調査することも重要であり、在宅生活継続者と中断者の状況を総合的に検討する必要がある。

5. 結語

本研究では回復期病棟から自宅に退院した認知機能低下高齢者の特徴、認知機能低下高齢者の自宅生活および認知機能低下高齢者を介護する主介護者の介護の状況について明らかにした。回復期病棟から自宅退院した認知機能低下高齢者は、施設群に比べてADLの自立度、認知機能が良好であり、同居家族人数が多かった。自宅退院した認知機能低下高齢者の自宅生活の継続には、認知機能低下高齢者に対して、ADLとBPSDの介入を退院後も継続して行うことが重要である。回復期病棟では、退院時に主介護者に対して、介護保険サービスの情報提供やケアマネジャーと連携して調整を行うこと、認知機能低下高齢者のBPSDなどの病気の理解や対処法の指導、環境介入が必要であることが示唆された。また、主介護者が介護を継続するためには、介護保険サービスの利用などにより介護者の自由な時間を確保する事が重要であり、活用出来る情報の提供は回復期病棟入院時から可能であると考えられた。

6. 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/sl_2_3.html>，(参照2019-12-04)。

- 2)内閣府, 平成 30 年版高齢社会白書 2 健康・福祉, <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_2_2.html>, (参照 2020-12-9).
- 3)山口晴保, (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.
- 4)回復期リハビリテーション病棟協会, 回復期リハビリテーション病棟のあり方 指針 第 1 版, <http://www.rehabili.jp/organization/links/point_vol-1.pdf>, (参照 2020-12-9).
- 5)金山剛, 大平雄一, 西田宗幹, 永木和哉, 阪本充弘, 窓場勝之, 大脇淳子, (2008), 回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰患者の特徴, 理学療法学, 23(5), 609-613.
- 6)西村博行, 浦上泰成, (2020), 回復期リハビリテーションを行った高齢骨折患者の退院転帰-家族構成および介護保険からの検討-, 整形外科と災害外科, 69(2), 303-310.
- 7)Damien Gallagher, Aine Ni Mhaolain, Lisa Crosby, Deirdre Ryan, Loretto Lacey, Robert F Coen, Cathal Walsh, Davis Coakley, J Bernard Walsh, Conal Cunningham, Brian A Lawlor, (2011): Determinants of the Desire to Institutionalize in Alzheimer's Caregivers, American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 26(3), 205-211.
- 8)山本則子, (1995), 痴呆老人の家族介護に関する研究-娘および嫁介護者の人生における介護経験の意味-2. 価値と困難のパラドックス, 看護研究 28 (4), 313-333.
- 9)山本則子, 杉下知子, (1998), 老人病院通院患者家族の介護支援利用パターンとその要因, 老年社会学, 19 (2), 129-139.
- 10)Jennifer DD, Geoffrey T, (2007), Impact Frontal Systems Behavioral Functioning in Dementia on Caregiver Burden, J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 19(1), 43-49.
- 11)Sang Hong Shim, Hyo Shin Kang, Ji Hea Kim, Doh Kwan Kim, (2016), Factors Associated with Caregiver Burden in Dementia: 1 Year Follow-Up Study, Psychiatry Investig, 13(1), 43-49.
- 12)Heejung Kim, Mido Chang, Karen Rose, Sunha Kim, (2011), Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia, Journal of Advanced Nursing, 68(4), 846-855.
- 13)Mahoney FI, Barthel DW, (1965), Functional evaluation; the Barthel index. Md Med State J 14, 61-65.
- 14)Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, Lopes OL, DeKosky ST, (2000), Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form the Neuropsychiatric Inventory, J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 12, 233-239.
- 15)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.
- 16)Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, (1975), "Mini-mental state" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, J Psychiatr Res, 12, 189-198.
- 17)杉下守弘, 腰塚洋介, 須藤慎治, 杉下和行, 逸見功, 唐澤秀治, 猪原匡史, 朝田隆, 美原盤, (2018), MMSE-J(精神状態短時間検査-日本語版)原法の妥当性と信頼性, 認知神経科学, 20(2), 91-110.
- 18)Kaufer DI, Williams CS, Braaten AJ, Gill K, Zimmerman S, Sloane PD, (2008), Cognitive screening for dementia and mild cognitive impairment in assisted living: comparison of 3 tests, Journal of the American Medical Directors Association, 9, 586-593.
- 19)Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J, (1980), Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden, Gerontologist, 20, 649-655, .
- 20)Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura H, Hisamichi S, (1997), Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit caregiver burden interview, Psychiatry Clin Neurosci, 51, 281-287.
- 21)荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二, (2003), Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成: その信頼性と妥当性に関する検討, 日老老年医学会雑誌, 40(5), 497-503.
- 22)Rodloff LS, (1977), The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population, Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.
- 23)島悟, 鹿野達男, 北村俊則, 浅井昌弘, (1985), 新しい抑うつ性自己評価尺度について, 精神医学, 27, 717-723.
- 24)木下康仁: M-GTA 実践の理論化をめざす質的研究方法論. 医学書院, 2020.
- 25)Tong A, Sainsbury P, Craig J, (2007), Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups, Int J Qual Health Care, 19, 349-357.
- 26)浅川育世, 居村茂幸, 臼田滋, 菅谷公美子, 可児佑子, (2008), 回復期リハビリテーション病棟に入院した脳血管障害者の転帰に影響をおよぼす因子の検討-FIM90 点以下の症例を対象に-, 理学療法科学, 23(4), 545-550.
- 27)大森美保, 江守陽子, 日高紀久江, (2013), 回復期リハビリ病棟における運動器系疾患患者の日常生活機能評価得点と退院先との関連, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 36(3), 186-190.
- 28)神谷正樹, 大沢愛子, 村田璃聖, 植田郁恵, 前島伸一郎, 櫻井孝, 近藤和泉, (2022), 軽度認知障害と認知症患者の介護負担感の 1 年の経過と変化の要因に関する探索的検討, Dementia Japan, 36, 142-151.
- 29)中越竜馬, 武政誠一, 中山可奈子, 森岡寛文, 雄山正崇, (2014), 在宅高齢者の ADL とその家族介護者の QOL・介護負担感の縦断的な変化に影響を及ぼす要因について, 理学療法科学, 29(1), 87-95.
- 30)梶原弘平, 辰巳俊見, 山本洋子, (2012), 認知症高齢者を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する要因, 老年精神医学雑誌, 23(2), 221-226.
- 31)Otohe Y, Kimura Y, Suzuki M, Koyama S, Kojima I, Yamada M, (2022), Factors Associated with Increased Caregiver Burden of Informal Caregivers during the COVID-19 Pandemic in Japan, J Nutr Health Aging, 26(2), 157-160.
- 32)坪井章雄, 村木敏明, (2009), 在宅介護者の介護負担感軽減に関する調査研究(2)-介護サービス利用・問題解決方法と介護負担感の検討-, 作業療法, 28(6), 680-688.
- 33)土肥眞奈, 青木律子, 佐々木昌世, 服部紀子, 叶谷由佳, (2016), 認知症周辺症状に対する非薬物療法に関するシステムティックレビュー, 日本健康医学会雑誌, 25, 2-10.