

回復期リハビリテーション病棟における多職種連携に関する研究

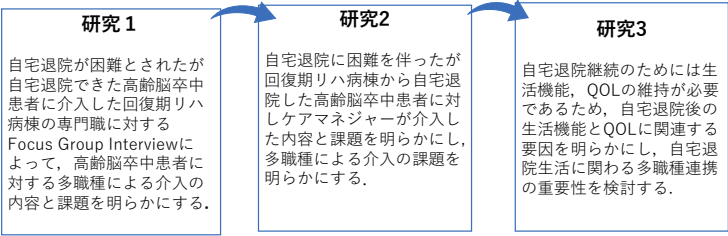
—高齢脳卒中患者の自宅退院を可能にするための介入の評価—

指導教授：渡辺修一郎教授

今村嘉子

- ◆ 脳卒中患者の退院の現状
 - ・ 脳卒中患者は回復期リハ病棟の入院患者の約半数を占め、回復期リハ病棟からの「自宅復帰率」は66.5%と低い。（回復期リハビリテーション協会,2023）
 - ・ 麻痺等の後遺症や認知機能低下により転帰先は患者・家族の希望とは異なる。（井上,2011, 砂原,2020）
 - ・ 期限内に退院させることが目標になっており、退院後の把握はできていない（青木,2019）
- ◆ 高齢脳卒中患者の退院後の生活における生活機能やQOLの維持の重要性
 - 脳卒中の場合、心身機能の後遺症に伴うADLの制限を来すため高齢者自身がQOLを維持、向上させADLを維持するための支援が求められている（日本脳卒中学会,2022）
- ◆ 脳卒中患者が自宅で生活を維持するため多職種連携の課題
 - リハビリテーション専門職、訪問看護師、ケアマネジャー、福祉サービス提供者など、多職種が関わる必要があるが、在宅生活を支える多職種連携の実態や構造、多職種連携がどのように活用されているのかは明確ではない（磯,2015, 菊地2000）

自宅退院が困難とされたが、実際には自宅退院できた高齢脳卒中患者の退院後の生活機能を維持するために必要な、回復期リハビリテーション病棟から自宅退院前後における多職種の介入と課題について検証する。



自宅退院が可能となった高齢脳卒中患者に対する多職種の介入の内容と課題
—回復期リハ病棟の医療専門職に対するFocus Group Interview結果から—

- ◆ 目的
 - 自宅退院が困難とされたが自宅退院できた高齢脳卒中患者に介入した回復期リハ病棟の専門職に対するFocus Group Interviewによって、高齢脳卒中患者に対する多職種による介入の内容と課題を明らかにする。
- ◆ 対象
 - 在宅復帰率全国平均79.0%以上の施設のうち、医療専門職によるFGIの同意が得られた4施設の医療専門職（医師、PT、OT、ST、担当看護師、医療SWまたは退院調整看護師、管理栄養士）
- ◆ 方法
 - 7例のうち2例は対面、5事例は新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、Zoomを用いた遠隔でのFGI。7事例について1事例ごとにインタビューガイドに沿ったFGIを実施した
- ◆ 倫理的配慮
 - 本研究は倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号20045)。

インタビューガイド

- ①高齢脳卒中患者〇氏の自宅退院に対し、疾患、症状、後遺症、介護度、介護の状況など、どのような問題がありましたか。また、その問題に対して、どのような関わりを誰に対して行いましたか。
②この〇氏の自宅退院後の生活を支援するために、患者、家族に介入された内容について具体的にお話してください。
③〇氏が退院後、在宅での生活を継続できるよう支援するために他の職種とどのような調整、配慮をされましたか。
④退院後の患者様の生活の様子やADLの状態など、どのような内容をどのような方法で把握されていますか。
⑤多職種との連携において重要と感じていること、課題と感じていることについて、お話をください。

- ◆ 分析方法
 - グループインタビュー法(安梅,2001) の分析方法を用い、1事例ごとにFGIの逐語記録を作成。一次分析、二次分析を行い、複合分析を行った。
 - 多職種が介入した内容に関する文脈をコード化、カテゴリー化し、自宅退院が可能となった高齢脳卒中患者に対する多職種による介入の内容と課題を抽出。

FGIの対象となった医療専門職の構成

患者	FGI対象となった専門職
A	医師、PT、看護師、退院調整看護師（地域連携室長）
B	医師、PT、OT、ST、看護師、看護師長、医療SW
C	PT、管理栄養士、看護師、医療SW
D	PT、管理栄養士、看護師、医療SW
F	PT、管理栄養士、看護師、医療SW
F	医師、PT、OT、ST、管理栄養士、看護師、医療SW
G	医師、PT、OT、ST、管理栄養士、看護師、医療SW

◆ 結果

7

FGIの対象となった高齢脳卒中患者の背景

年齢	診断名	在院日数	入院時FIM (FIM-M, FIM-C)	退院時FIM (FIM-M, FIM-C)	入院時 MMSE	退院時 MMSE	入院時 介護保険	退院時 介護保険
70代後半	右被殻出血 右視床出血脳室穿破 左半側空間無視 高次脳機能障害 高血圧 コロナ後肺炎 廃用症候群	270日 (コロナ後 廃用含む)	36(17,19)	42(27,15)	15	16	要介護 5	要介護 5
60代後半	脳梗塞(左中脳、視床) 高次脳機能障害 CABG後	174日	58(48,10)	119(89,30)	12	24	無	要介護 3
60代後半	クモ膜下出血 術後左前大脳動脈領域梗塞 高次脳機能障害 腰椎症 胸部大動脈瘤	160日	19(13,6)	26(16,10)	3	9	無	要介護 5
80代後半	右被殻出血 高次脳機能障害	156日	25(13,12)	43(28,15)	4	13	要支援2	要介護4
70代前半	アテローム血栓性脳梗塞(左中大脳動脈) 失語 右半側空間無視 高次脳機能障害 腹部大動脈瘤	180日	28(13,15)	55(38,17)	10	10	無	要介護 5
80代前半	心原性脳塞栓性症 心房細動 胸椎椎体骨折術後 失語症 高次脳機能障害	136日	28(23,5)	95 (76,19)	検査困難	検査困難	無	要介護 3
80代後半	脳梗塞 心房細動 誤嚥性肺炎 尿路感染症 認知機能低下 高次脳機能障害	146日	27(13,14)	27 (15,12)	検査困難	1	要介護2	要介護 4

◆ 結果

8

自宅退院が可能となった高齢脳卒中患者に対する多職種による支援の内容と課題

カテゴリー
自宅退院の意向を支援する
チームで自宅退院が可能か協議し見極める
高次脳機能障害の理解と支援
自宅退院に向けて麻痺、嚥下状態に応じたADLの支援を行う
安心した生活を送るために介護指導を行う
安心した生活を送るための介護保険サービスの調整と連携
退院後の患者 把握の課題

高齢脳卒中患者の退院後の患者把握の課題

カテゴリー
定期的に退院後の患者の把握ができていない
退院後の患者把握に関するシステムが整っていない

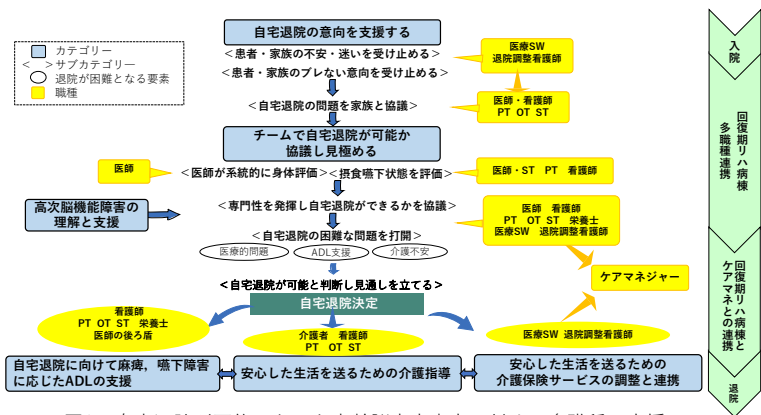


図1 自宅退院が可能になった高齢脳卒中患者に対する多職種の支援

◆ 考察

10

➤ 高齢脳卒中患者の自宅退院を支援する回復期リハビリ棟の医療専門職の介入と連携

◎ 本研究で得られた自宅退院を支援した成功要因

自宅退院を支援するために必要な多職種の「連携の目的が一致」し、退院に向けてマネジメントが円滑に行われた。

- ・医療SW、退院調整看護師が中心となり、難色を示した医師に対し、掛け合い、退院の課題を協議した。
- ・多職種間で情報共有を密にし、自宅退院に向けて、チームでマネジメントを実施した。

(ADL支援、摂食嚥下の支援、介護指導など)

自宅退院の目標に対し医療専門職が緊密に相互連携し自身の役割を果たす、インターディシプリナリー・モデルが機能した

- ・インターディシプリナリー・モデル(interdisciplinary model):
他の専門職とのコミュニケーションに重点が置かれ、アセスメント、ケアプラン作成、ケアの提供などに多職種による協働・連携が行われ、メンバー間の相互作用が高い

◆ 考察

11

◎ 高齢脳卒中患者の退院後の患者把握の課題

「患者が期限内に退院することが目標になっており、定期的に退院後の患者の把握ができていない」
「退院後の患者把握に関するシステムが整っていない」



退院後の患者把握ができる連携強化のためのシステム化が必要

● 研究2

12

自宅退院が可能となった高齢脳卒中患者に対する介護支援専門員の介入の内容と課題ー介護支援専門員に対するInterview結果からー

◆ 目的

自宅退院に困難を伴ったが自宅退院が可能となった高齢脳卒中患者に対し、ケアマネジャーが介入した内容と課題を明らかにする。

◆ 対象

研究1で選定した4施設の回復期リハビリ棟から自宅退院した高齢脳卒中患者、事例A, B, C, D, E, F, Gそれぞれを担当したケアマネジャーa, b, c, d, e, f, gの7人。

◆ 方法

研究協力への同意が得られた7人をインタビューの対象とした。(1名は対面、6名は電話) ケアマネジャーには、高齢脳卒中患者が回復期リハビリ棟から自宅退院後3か月以降にインタビューガイドに沿って半構造化面接を実施。

◆ 倫理的配慮

本研究は桜美林大学研究活動倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号20045)。

インタビューガイド

- ①高齢脳卒中患者○氏の自宅退院に対し、疾患、症状、後遺症、介護度、介護の状況など、どのような問題がありましたか。また、その問題に対して、どのような関わりを誰に対して行いましたか。
- ②この○氏の自宅退院後の生活を支援するために、患者、家族に介入された内容について具体的にお話してください。
- ③○氏が退院後、在宅での生活を継続できるよう支援するために他の職種とどのような調整、配慮をされましたか。
- ④退院後の患者様の生活の様子やADLの状態など、どのような内容をどのような方法で把握されていますか。
- ⑤多職種との連携において重要と感じていること、課題と感じていることについて、お話をください。

◆ 分析方法

1事例ごとに逐語記録を作成。一次分析、二次分析を行い、複合分析を行った。多職種が介入した内容に関する文脈をコード化、カテゴリー化し、自宅退院が可能となった高齢脳卒中患者に対する多職種による介入の内容と課題を抽出。

自宅退院した高齢脳卒中患者に対するケアマネジャーの介入の内容

カテゴリー

- 回復期リハビリテーション病棟スタッフとの連携による退院後の生活の準備
- 高次脳機能障害の状況を確認し支援する
- 家族の介護力を見極め、在宅介護を支援する
- 医療専門職と連携し退院後の生活を支援する
- ADLを維持するためにリハビリの継続を支援する
- 安心した生活を送るためのサービスの調整を行う

自宅退院した高齢脳卒中患者を支援する際に困難となった多職種連携の課題

カテゴリー

- 病院の医療専門職との医学的な情報共有の不足
- 残存機能を維持するためのリハビリの確保が困難
- 介護保険の縛りがありサービスを柔軟に調整できない
- 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護利用時の課題

◎高齢脳卒中患者の自宅退院支援の多職種連携の課題

- 医療依存度の高い患者は増加傾向であるが、ケアマネの看護師等の医療系資格保有者は減少しているため医療の連携強化が必要。
- リハビリの継続、STの新規開始が困難な点については、サービスの地域格差の是正が必要。
- 介護保険の縛りがありサービスを柔軟に調整できない点については、利用者の状況に応じた柔軟なサービスの見直しが必要。

◎第1研究、第2研究より明らかになった高齢脳卒中患者の自宅退院支援の多職種連携

自宅退院の目標に対し医療専門職が緊密に相互連携し、患者の状況や治療方針についての理解が統一され、各職種が自身の役割を果たすチームアプローチが機能することの必要性が示唆された。また、医療連携強化、リハビリの継続が課題である。

FGIの対象となったケアマネジャーの構成

介護支援専門員	施設名	経験年数	保有資格
a	看護小規模多機能型居宅介護	2年	介護福祉士
b	居宅介護支援事業所	6年	介護福祉士
c	居宅介護支援事業所	10年	介護福祉士
d	小規模多機能型居宅介護	2年	看護師 介護福祉士
e	居宅介護支援事業所	2年	介護福祉士
f	居宅介護支援事業所	9年	介護福祉士
g	居宅介護支援事業所	4年	介護福祉士

➤自宅退院できた高齢脳卒中患者を担当したケアマネジャーの介入

◎多職種連携による退院支援の成功要因

対象となった高齢脳卒中患者は、退院3カ月まで自宅での生活が継続できていた。（てんかん発作で10日間入院1例）

- ・入院中より、回復期リハ病棟の専門職間の連携が円滑に進み、退院後の生活支援ができた。
- ・退院後は、リハビリの継続、医療依存度の高い患者の医学的支援、患者の状態に応じたサービスの調整など、早期から関連する多職種との連携が円滑にできた。

高齢脳卒中患者の自宅退院を可能にした多職種による介入の評価
－退院後の患者の生活機能および主観的QOLの状態からの評価－

◆ 目的

自宅退院継続のためには生活機能、QOLの維持が必要であるため、退院後の生活機能とQOLに関連する要因を明らかにし、自宅生活に関わる多職種連携の重要性を検討する。

◆ 対象

東京都、千葉県、埼玉県、神奈川県、広島市、福岡県、長崎県の居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、通所リハビリ施設、計41施設のケアマネジャーが担当している回復期リハ病棟から自宅退院し3か月以上経過した65歳以上の高齢脳卒中患者と介護者

◆ 方法

患者を担当するケアマネジャーが訪問時に患者および家族に依頼文、調査票、返信用封筒を配布。調査時点のADLおよびQOLについて記載を依頼し、1か月以内の調査票が返信者を対象とした。

◆ 倫理的配慮

倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号22043)

回復期リハ病棟の医療専門職に対するFGI、退院後に担当したケアマネジャーに対するインタビュー結果から抽出したサブカテゴリー項目および先行研究と照合し調査項目を選定（西尾,2013, 植松,2002, 伊藤,2011）。

➤患者に対する調査項目

基本属性：年齢、性別、疾患、要介護度、退院してから経過、利用している介護保険サービス
リハビリの活用状況：「十分活かされている」「一部活かされている」「あまり活かされていない」「全く活かされていない」の4件法
調査時のADL：「問題なく一人でできる」4点、「見守りや声かけでできる」3点、「一部介助でできる」2点、「すべての介助が必要」1点の4件法
退院後から調査時のADLの変化：「改善」「不変」「悪化」の3件法
調査時の主観的QOL：改訂PGCモラルスケール日本語版

➤介護者に対する調査項目

基本属性：年齢、性別、対象との関係、同居の有無、他の介護者の有無、介護者の健康状態
病院で受けた介護指導の活用：「十分に活かされている」「一部活かされている」「あまり活かされていない」「全く活かされていない・受けていない」の4件法

- ADLの変化と各変数との関係：
連続量：2群間の比較はMann-Whitney U検定
3群間以上の比較はKruskal-Wallis 検定
カテゴリー変数：改善群と不変・悪化群の2群：χ²検定
- ADLの改善に及ぼす影響との関連：2項ロジスティック回帰分析
➤従属変数：退院時から調査時のADLの変化（改善=1、不変・悪化=0）
➤独立変数：リハビリの活用、介護指導の活用、介護保険サービスの利用（訪問介護、訪問看護、訪問診療、訪問リハビリ、通所リハビリ、通所介護）
➤調整変数：性別：原因疾患：退院後経過、介護者の同居、介護者の健康状態
- 有意水準5%
- 今回の発表では時間の都合により主観的QOL指標（PGCモラルスケール）の分析結果は省略させていただきます。

表1. 高齢者の属性 (n=117)

人 (%)		人 (%)	
居住地	関東(東京,神奈川,千葉,埼玉) 65 (55.6)	要介護度	要支援 1 10 (8.8)
	九州(福岡・長崎) 52 (44.4)		要支援 2 17 (14.5)
年齢	平均年齢 78.7歳		要介護1 26 (22.2)
	65~74歳 37 (31.6)		要介護2 18 (15.4)
	75~84歳 57 (48.7)		要介護3 22 (18.8)
	85歳以上 23 (19.7)		要介護4 10 (8.5)
性別	男性 70 (59.8)		要介護5 7 (6.0)
	女性 47 (40.2)		受けていない 3 (2.6)
			無回答 4 (3.4)
疾患	脳梗塞 76 (65.0)	退院してから経過	3か月以上6か月未満 9 (7.7)
	脳出血 35 (29.9)		6か月以上1年未満 19 (16.2)
	クモ膜下出血 5 (4.3)		1年以上1年6か月未満 13 (11.1)
	不明 1 (0.8)		1年6か月以上2年未満 12 (10.3)
			2年以上 60 (51.3)
			無回答 4 (3.4)

表2. 主たる介護者の属性と健康状態 (n=117)

人 (%)		人 (%)	
年齢	34~64歳 34 (29.1)	同居の有無	発症前より同居 92 (78.6)
	65~74歳 32 (27.4)		今回退院後より同居 2 (1.7)
	75~84歳 36 (30.8)		同居していない 15 (12.8)
	85歳以上 6 (5.1)		未回答(独居2) 8 (6.8)
	未回答(独居2含) 9 (7.6)	健康状態	とてもよい 18 (15.4)
性別	男性 26 (22.2)		まあまあよい 68 (58.1)
	女性 84 (71.8)		あまりよくない 19 (16.2)
	未回答(独居2) 7 (6.0)		よくない 5 (4.3)
患者との関係	配偶者 72 (61.5)		未回答(独居2) 7 (6.0)
	娘 24 (20.5)		
	息子 9 (7.7)		
	姉 2 (1.7)		
	嫁 1 (0.9)		
	弟 1 (0.9)		
	甥 1 (0.9)		
	未回答(独居2) 7 (6.0)		

退院時から調査時のADL変化と各変数間の関連（単変量解析）①

● ADL12項目中9項目の改善に有意

屋外(庭・近所) への移動ができる (屋外移動)					家の中の移動ができる (屋内移動)					トイレに一人で行く (トイレ移動)				
		改善 度数 (%)	不変・悪化 度数 (%)	有意水準 p			改善 度数 (%)	不変・悪化 度数 (%)	有意水準 p			改善 度数 (%)	不変・悪化 度数 (%)	有意水準 p
リハビリの活用	無	3 (15.0)	17 (85.0)	0.029*	無	有	4 (21.1)	15 (78.9)	0.028*	無	有	3 (15.8)	16 (84.2)	0.006*
	有	38 (40.9)	55 (59.1)				46 (48.4)	49 (51.6)				47 (50.0)	47 (50.0)	
訪問介護	無	37 (40.2)	55 (59.8)	0.089	無	有	44 (47.3)	49 (52.7)	0.157	無	有	41 (44.6)	51 (55.4)	0.972
	有	4 (20.0)	16 (80.0)				6 (30.0)	14 (70.0)				9 (45.0)	11 (55.0)	
訪問看護	無	37 (37.4)	62 (62.6)	0.521	無	有	45 (45.0)	55 (55.0)	0.512	無	有	42 (42.0)	58 (58.0)	0.182
	有	4 (28.6)	10 (71.4)				5 (35.7)	9 (64.3)				5 (41.5)	7 (58.5)	
訪問診療	無	39 (39.0)	61 (61.0)	0.096	無	有	47 (46.5)	54 (53.5)	0.109	無	有	45 (44.6)	56 (55.4)	0.849
	有	2 (15.4)	11 (84.6)				3 (23.1)	10 (76.9)				5 (41.7)	7 (58.3)	
介護者の健康状態	良い	35 (42.7)	47 (57.3)	0.021*	無	有	41 (48.2)	44 (51.8)	0.107	無	有	38 (46.3)	44 (53.7)	0.466
	悪い	6 (19.4)	25 (80.6)				9 (31.0)	20 (69.0)				12 (38.7)	19 (61.3)	

Pearson のχ²乗検定 有意水準 *: p<.05 **: p<.01 下線: p<.010

退院時から調査時のADL変化と各変数間の関連（単変量解析）②

		食事が一人でできる (食事の自立)			食事はむせなくのみ込む (むせ嚥下)			食事の形態						
		改善 度数 (%)	不変・悪化 度数 (%)	有意水準 p			改善 度数 (%)	不変・悪化 度数 (%)	有意水準 p			改善 度数 (%)	不変・悪化 度数 (%)	有意水準 p
リハビリの活用	無	4 (20.0)	16 (80.0)	0.007*			3 (15.0)	17 (85.0)	0.038*			4 (20.0)	16 (80.0)	0.003*
	有	50 (53.2)	44 (46.8)				37 (39.4)	57 (60.6)				54 (56.8)	41 (43.2)	
訪問介護	無	45 (48.4)	48 (51.6)	0.783			34 (36.2)	60 (63.8)	0.703			51 (54.3)	43 (45.7)	0.118
	有	9 (45.0)	11 (55.0)				6 (31.6)	13 (68.4)				7 (35.0)	13 (65.0)	
訪問看護	無	44 (44.0)	56 (56.0)	0.054			33 (33.0)	67 (67.0)	0.929			52 (51.5)	49 (48.5)	0.545
	有	10 (71.4)	4 (28.6)				7 (50.0)	7 (50.0)				6 (42.9)	8 (57.1)	
訪問診療	無	48 (47.5)	53 (52.5)	0.926			37 (36.6)	64 (63.4)	0.335			54 (52.9)	48 (47.1)	0.132
	有	6 (46.2)	7 (53.8)				3 (23.1)	10 (76.9)				4 (30.8)	9 (69.2)	
介護者の健康状態	良い	43 (51.2)	41 (48.8)	0.171			32 (38.6)	51 (61.4)	0.204			45 (53.6)	39 (46.4)	0.268
	悪い	11 (36.7)	19 (63.3)				8 (25.8)	23 (74.2)				13 (41.9)	18 (58.1)	

Pearson のχ²乗検定 有意水準 *: p<.05 **: p<.01 下線: p<.010

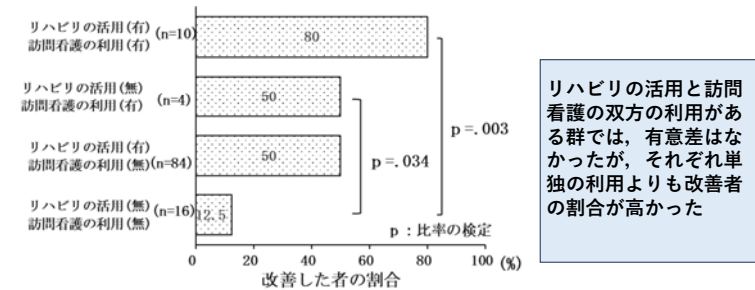
退院時から調査時のADL変化と各変数間の関連（単変量解析）③													
		薬をのむ（服薬）				入浴は一人で行える(入浴)				着替えは一人で行える(更衣)			
		改善 度数 (%)	不変・悪化 度数 (%)	有意水準 p		改善 度数 (%)	不変・悪化 度数 (%)	有意水準 p		改善 度数 (%)	不変・悪化 度数 (%)	有意水準 p	
リハビリの活用	無	3 (15.0)	17 (85.0)	0.079		2 (11.1)	16 (88.9)	0.037*		3 (15.8)	16 (84.2)	0.030*	
	有	33 (35.1)	61 (64.9)			35 (36.1)	62 (63.9)			41 (42.3)	56 (57.7)		
訪問介護	無	3 (15.0)	17 (85.0)	0.074		32 (34.4)	61 (65.6)	0.210		36 (38.3)	58 (61.7)	0.782	
	有	33 (35.5)	60 (64.5)			4 (20.0)	16 (80.0)			7 (35.0)	13 (65.0)		
訪問看護	無	29 (29.0)	71 (71.0)	0.491		31 (30.7)	70 (69.3)	0.361		38 (37.3)	64 (62.7)	0.685	
	有	7 (50.0)	7 (50.0)			6 (42.9)	8 (57.1)			6 (42.9)	8 (57.1)		
訪問診療	無	33 (32.7)	68 (67.3)	4.704		35 (34.3)	67 (65.7)	0.169		40 (38.8)	63 (61.2)	0.572	
	有	3 (23.1)	10 (76.9)			2 (15.4)	11 (84.6)			4 (30.8)	9 (69.2)		
介護者の健康状態	良い	31 (37.3)	52 (62.7)	0.030*		29 (34.1)	56 (65.9)	0.453		34 (39.5)	52 (60.5)	0.547	
	悪い	5 (16.1)	26 (83.9)			8 (26.7)	22 (73.3)			10 (33.3)	20 (66.7)		

Pearson の χ^2 乗検定

有意水準 *: $p < .05$ **: $p < .01$ 下線 : $p < 0.10$

変数	カテゴリー (参照値)	偏回帰係数	p値	オッズ比 Exp(B)	95%信頼区間 下限-上限
屋外(庭・近所)への移動ができる (屋外移動)	介護者の健康状態 (良)	1.157	0.024*	3.18	1.16-8.71
家の中の移動ができる (屋内移動)	リハビリの活用 (有)	1.190	0.049*	3.29	1.00-10.71
トイレに一人で行く (トイレ移動)	訪問看護 (有)	-1.620	0.022*	0.20	0.05-0.79
食事が一人で行える (食事の自立)	リハビリの活用 (有)	1.743	0.008**	5.71	1.58-20.67
	訪問看護 (有)	1.537	0.029*	4.65	1.17-18.47
食事の形態	リハビリの活用 (ごはん (おかゆ・きざみ) (とろみ) (ムース・ゼリー)	1.597	0.008**	4.94	1.53-16.00
薬をのむ (服薬)	介護者の健康状態 (良)	1.151	0.033*	3.16	1.10-9.09

* : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ ステップワイズ法 有意であった項目のみ記載
投入したモデル：リハビリの活用、訪問介護、訪問看護、訪問診療、介護者の健康状態



◎ 自宅退院した高齢脳卒中患者・介護者の特徴

➤ 脳卒中患者は、男性が多く、ADLの支援等が必要であるため、患者と同居する配偶者(妻)が介護を行っている老々介護の状態であり、患者は要介護1、要介護3の順であり、介護者の健康状態は「良い」ことが関連していると考えられる。

退院時から退院後の調査時までの各ADLの変化に影響を及ぼす多職種の介入

●移動に関するADL

多変量解析：「屋内移動」の改善に「リハビリの活用」が関連

➤ トイレ移動を含めた屋内移動能力の改善のためには「リハビリの活用」が関連。



◎多職種の介入

トイレを含む屋内移動は、生活の基本となるため、ADLを落とさないようにリハビリの継続ができるようにサービスの調整が必要。

退院時から退院後の調査時までの各ADLの変化に影響を及ぼす多職種の介入

●ADL

多変量解析：「屋外移動」「服薬」の改善に「介護者の健康状態」が関連

➤ 高齢脳卒中患者が屋外移動をする場合、介護者のサポートが必要であり、主たる介護者の健康状態が関連していたと考えられる。

➤ 脳卒中患者は退院後も高血圧治療薬、抗血小板薬などの服用が必要であり、高齢者の服薬コンプライアンスの維持のためには、介護者が必要。



◎多職種の介入

介護者は配偶者(妻)が多く、老々介護の状態。在宅での生活の継続のためには、患者への支援と介護者に対する健康状態の確認、介護負担の支援が必要。

退院時から退院後の調査時までの各ADLの変化に影響を及ぼす多職種の介入

●食事に関するADL

➢「**食事の自立**」「**食事の形態**」の改善には「**リハビリの活用**」が関連していた。
「食事の自立」の改善には「リハビリの活用」と「訪問看護」の相加作用では有意。
双方の利用は単独の利用よりも改善の割合が高い傾向があり、リハビリと訪問看護
による両面から介入することにより「食事の自立」の改善につながる可能性が
高い。



◎多職種の介入

ケアマネジャーは、患者の摂食・嚥下状態に応じたリハビリの継続ができるための
サービスの調整食事の摂食嚥下状態と食形態を確認し、**食事に関するリハビリと訪
問看護を結びつけるようサービスの調整が必要。**

高齢脳卒中患者の自宅退院を支援するために必要な多職種の介入と連携

◎自宅退院の目標に対し医療専門職が緊密に相互連携し、患者の状況や治療方針につ
いての理解が統一され、各職種が自身の役割を果たすチームアプローチが機能した。

◎高齢脳卒中患者の自宅退院後のADLの向上のためには、入院中から退院後に至るま
で、リハビリの継続と介護指導が重要であることが示唆された。

◎自宅退院を希望する高齢脳卒中患者を支援するためには、病院側・在宅側・患者そ
れぞれの考える「連携の目的が一致する」ことにより、医療、福祉、介護の問題に
対応が可能となり、自宅退院に繋がったと考えられる。

◎今後、増えていくことが予想される医療依存度の高い患者に関する病院と在宅との
連携、在宅での支援が課題となった。

1. 「困難事例の成功要因」に着点したアプローチ

従来の研究は「なぜ自宅退院できないか」に焦点が当たりがちだったが、本研
究は「困難ながらも自宅退院を実現したケース」に着目し、その要因を質的・量
的に分析した。

2. 多職種の視点を包括的に分析

回復期リハ病棟の医療職だけでなく、退院後に支援を行うケアマネジャーへの
インタビューも実施し、病院から在宅までの連続性を捉えた。

3. ADLへの影響要因の実証的検証

リハビリの継続、訪問看護、介護者の健康状態などがADLに与える影響を統
計的に検証した。

4. 介入の「相加効果」の検出

例えば「食事の自立」には、リハビリ単独や訪問看護単独よりも、**両者の併用
がより高い改善効果をもたらすことを示し、多職種連携の相乗効果を実証した。**

1. 高齢脳卒中患者の自宅復帰の実現支援

- ・回復期リハ病棟からの自宅復帰率が低い現状を背景に、「困難とされなが
らも自宅退院を実現した事例」に焦点を当て、その成功要因を明らかにした。
- ・高齢者が望む生活の場としての「自宅」を維持するための支援体制の構築
に貢献する。

2. 多職種連携の実践的なモデル提示

- ・医療・介護・福祉の専門職が連携する「インターディシプリナリー・モデル」の
有効性を示し、現場での実践的な連携手法を提案した。
- ・特に、医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師が中心となり、医師との合
意形成を図るプロセスが重要であることを示した。

3. 退院後の生活維持システムの必要性の提言

- ・退院後の患者の状態把握が不十分である現状を指摘し、継続的な支援体
制の構築やシステム化の必要性を訴えた。

病院・在宅・患者の連携の目的が一致し、専門職間の連携が円滑に機能すれば、
困難とされる高齢脳卒中患者の自宅退院を可能にすることが明らかとなった。

➢高齢脳卒中患者の生活機能、生活の質を向上させるための医療専門職間の連携
による介入と評価については未だ十分ではない。

➢**高齢脳卒中患者の発症、支援体制によって異なるため、地域性を考慮した医療
専門職の介入に絞って明らかにしていく。**

◎回復期リハ病棟における高齢脳卒中患者の自宅退院支援に関わる医療専門職間の
多職種連携の構造、プロセスについて、実証的検証を継続していきたい。