

小規模回復期リハビリテーション病院における マルチモビディティ患者への自宅復帰支援に関する検討

中島 大輔

キーワード：自宅退院、マルチモビディティ、性別、年齢、同居、独居

1. はじめに

日本は急速に進行する少子高齢化と人口減少に直面している。国立社会保障・人口問題研究所の結果によれば2020年の日本の総人口が1億2,615万人であったものが、2056年には1億人を割り9,965万人となり、2070年には8,700万人になると推計されている。

特に65歳以上人口割合を示す高齢化率は著しく、2070年には38.7%になると推計され、平均寿命においても2020年で男性81.58年、女性87.72年であったものが2070年には、男性85.89年、女性91.94年になると仮定（中位）とされている。

総務省統計局¹が報告している2024年（令和6年）7月報の人口推計では、日本における65歳以上の高齢者人口は2024年2月現在で3622万9千人となり、うち75歳以上人口は、2032万2千人となり、高齢化は急激に進展し、これは入院患者の状況にすでに顕著に表れている。

2020年患者調査の概況には全入院患者の74.7%、また全外来患者の50.7%が65歳以上の高齢者とされ（厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室 令和2年（2020）患者調査資料）、このうち、山本ら（2018）による有病率は、18歳以上では29.9%、65歳以上（高齢者）では、62.8%となっている。この急速な高齢化の進展は、複数の

¹ 国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口（令和5年推計）結果の概要、19頁

慢性疾患をもつマルチモビディティ患者の増加を予測している（高橋、2019）。

石丸（2020）は、マルチモビディティは高齢化を背景に増加傾向であり、様々な問題があり死亡率・QOL などへの影響のみならず、社会経済要素も絡みあう複雑な問題と言っている。急速な高齢化の進展は、複数の慢性疾患をもつマルチモビディティ患者の増加を予測している（高橋、2019）。

山本ら（2018）によると、マルチモビディティ患者の定義は、同時に2種類以上の疾病状態が併存し、診療の中心となる疾患が設定しがたい状態を示す。数年前から問題視されており、老年症候群と共通する部分が多く不明瞭である。

また、上月（2020）は、疾患や障害の取り上げ方、法律や制度によって異なり、必ずしも明確で統一的な捉え方があるとは言えないのが現状である。

高橋（2019）によると、複数の慢性疾患を抱えることによる患者の治療負担が懸念されている。疾患毎に専門医受診が必要となることによる受診回数増加、ケアの分断、疾患毎の処方によるポリファーマシーとの関連が報告されている。その中で単一疾患を対象に作られた疾患別ガイドラインが複数適用されることによる治療負担増加についても指摘されている。

西田ら（2023）は、年間医療費が上位10%の患者集団（高額医療費集団：医療費全体の約6割を占める）では95.6%の人がマルチモビディティに該当している。その上で高齢者に対する医療提供は医療従事者にとって難しいものになっていると述べているが、その原因としては、加齢に伴う生理的な変化によって疾患の表れ方も治療に対する反応も若年者とは異なること、複数の慢性疾患を持っていること、それに伴い薬剤数が増え相互作用や薬物有害事象が起こりやすいこと、高齢者を対象とした診療ガイドラインが十分に確立されていないこと、さらに若年者に対する診療ガイドラインの適用により必ずしも良好な結果が得られないこと等を挙げている（日老医誌2014）。

このようなマルチモビディティ患者の増加は、日本の回復期²における入院期間にも影響していると考えられるが、マルチモビディティに関する公的統計情報は今のところ、不十分な状況となっている。

回復期における2023年度の平均在院日数は65.7日で、「脳血管系」は82.3日、「整形外科系」は55日前後とされ、急性期に比較すると長い。これは患者の平均年齢は77.3歳で、75歳以上の高齢患者が全体の約67.3%を占めていることが影響している。また性別構成割合を見てみると、男性42.5%、女性57.5%で女性比率が15.0ポイント

² 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書、31頁

ト高かった。

日本と海外との回復期に相当する期間を比較すると、イギリスの National Health Service (NHS) による intermediate care (中間ケア) の入院期間は通常 6 週間と設定され、年齢は 79 歳以上、男女比では女性が多い傾向あり 60%前後と示されていることから、ほぼ同等の患者構成と言えるが、在院日数は日本の方が長い。NHS における統計にマルチモビディティのデータは示されていないが、Barnett ら (2012) の約 175 万人を対象とした Multimorbidity 大規模調査によると、65~84 歳の 64.9%、84 歳以上の 81.5%が multimorbidity であると述べている。この他に Galvez ら (2023) は、スペインでは全体的な多重疾患の有病率は 42.9%で、16 歳未満グループでは 11.2%、79 歳以上グループでは 92.7%であったとしており、日本のマルチモビディティも類似した状況といえる。このように高齢化が進展する多くの先進諸国でマルチモビディティ患者は増加している。

日本において回復期病棟を退院する多くの高齢患者は高齢化の進展と複数疾患の併存により、若年者と異なり、完全な回復による退院とはならず、多様な疾病による症状を抱えた状態で退院することとなっている。

A 回復期病院においても退院時の患者の状態や、その予後についての分析は十分にされておらず、患者の退院時の状況に応じた適切な支援が実現しているかについては、これまでほとんど明らかにされてこなかった。

そこで本研究では、A 回復期病院のリハビリテーション科 (以下、リハビリ科と略す) が自宅退院患者に対して、提供した支援の実態を調査し、今後、病院と在宅との連携に際して、必要となる在宅サービスの種類やその頻度を検討する資料とすることを目的とした。

具体的には、2023 年に退院した患者の退院時の疾病の種類や ADL の状態、退院した場所等を調査し、さらに、実際に退院した患者の退院後の状態や、自宅に退院した場合については、利用しているサービスについて患者・家族から聞き取ることとし、入院中に提供したリハビリの効果についても確認することとした。

2. 研究方法

2-1. 研究対象の分類と調査方法について

2023年1月から、2023年12月にA回復期病院に入退院した患者309名を対象とした。この309名については、基本属性や疾病に関するデータを様式1等から入手し、データベース化した。

次に、309名から、2024年2月時点で退院していた275名の状況調査を実施した。

さらに、275名のうち、自宅退院211名に対し、電話による聞き取り調査を行い、106名から退院後の生活状況に関する回答を得た。回答率は、50.2%であった。

電話調査の対象者及び家族には、口頭で調査の目的を説明し、同意を得た。この結果、聞き取った内容は、①退院後の様子、②現在の介護度、③介護サービスの利用状況の3点である。

この電話による聞き取り調査期間は、2024年2月1日から同年2月29日である。また、退院後の状況等を調査した結果に関しては、適宜、統計的解析を実施し、これには、Excelを使用した。

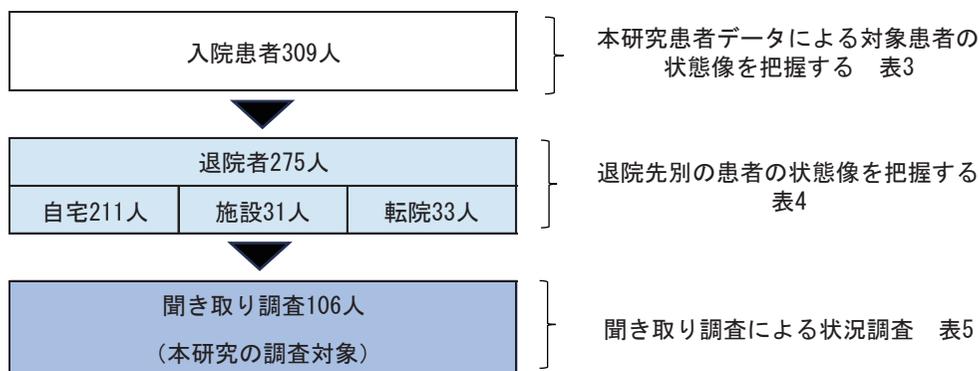


図1 本研究の分析対象

2-2. 倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学大学院社会科学研究所の倫理審査を受審し、承認を得た（承認番号 2024-0007）。また、当院個人情報保護倫理審査委員会の承認を得た（承認番号 24-01 番号）。

3. 分析結果

3-1. 退院患者の状況

入院患者 309 名に関し、基本属性として、性別、年齢構成や現疾患（脳血管疾患・運動器疾患・廃用）、単疾患及び多併存疾患、平均在院日数、入院時運動 FIM、入院時認知 FIM、退院時運動 FIM、退院時認知 FIM、入院時看護必要度、退院時看護必要度のデータを収集し、分析した。

1) 基本属性

入院患者 309 名の平均年齢は 78.65 歳、75 歳以上が 73.8%を占め、後期高齢者が多かった。

平均在院日数は 56.97 日、平均併存疾患数は 3.27、同居と独居の平均値は 1.73、平均入院費は 105,354 円であった。

入院時の平均運動 FIM は 55.78、退院時の平均運動 FIM は 72.95 であった。入院時の平均認知 FIM は 26.19、退院時の平均認知 FIM は 29.51 であった。入院時の平均看護必要度は 6.79、退院時の平均看護必要度は 3.15 であった。

2) 主病名

入院患者 309 名の疾患名としては、脳梗塞が 21.5%、脳出血 9.1%と脳血管疾患が 30.6%であり、それ以下は大腿部頸部骨折 5.8%、大腿部転子部骨折 5.1%であり、腰部脊柱管狭窄症 3.6%と続いていた（表 1）。

表 1 疾患主病名（上位 10 位）

主病名	度数	%
脳梗塞	59	21.5
脳出血	25	9.1
右大腿骨頸部骨折	16	5.8
左大腿骨転子部骨折	14	5.1
左大腿骨頸部骨折	11	4
腰部脊柱管狭窄症	10	3.6
第1腰椎圧迫骨折	9	3.3
右大腿骨転子部骨折	8	2.9
頸椎症性脊髄症	7	2.5
左変形性膝関節症・左人工膝関節置換術後	4	1.5

3) 併存疾患の種類

入院患者 309 名の併存病名の上位 6 位は、高血圧 159 名 (51.5%)、心疾患 64 名 (20.7%)、糖尿病 62 名 (20.1%)、脳血管疾患 48 名 (15.5%)、悪性腫瘍 42 名 (13.6%)、脂質異常症 38 名 (12.3%) であった (表 2)。

表 2 併存疾患名 (上位 6 位)

併存疾患名	度数	%
高血圧	159名	51.5
心疾患	64名	20.7
糖尿病	62名	20.1
脳血管疾患	48名	15.5
悪性腫瘍	42名	13.6
脂質異常症	38名	12.3

4) 併存疾患数

単疾患は、34 名 (11.0%)、複数疾患者は、275 名 (89.5%) と、ほとんどの退院患者が併存する疾患を抱えていた。全体の複数疾患数の平均値は、3.27 であった。複数疾患の者は、平均 3.55 の疾患数であった (表 3)。

5) 入院前の居住形態

同居は 149 名 (54.2%)、独居は 102 名 (37.1%) であった (表 3)。

6) 退院先

自宅に退院した者が最も多く 211 名 (68.3%) で、施設 31 名 (10.0%)、転院した者 33 名 (10.0%)、入院中が 34 名 (11.0%) と示された (表 3)。

7) 入院時の運動 FIM、認知 FIM、退院時の運動 FIM、認知 FIM について

入院時運動 FIM は、55.78、認知 FIM は 26.19 であった。退院時 FIM は、72.95、認知 FIM は、29.51 であった (表 3)。

8) 入院時及び退院時看護必要度の B 得点

入院時の看護必要度は、6.79 点で、退院時看護必要度は、3.15 点であった (表 3)。

表 3 全分析対象の基本属性及び在院日数、併存疾患数、入院前の居住形態、退院先、入退院時の FIM、看護必要度 B 得点

項目(n)	%	平均値	SD
性別 (全体) (309)		1.63	0.48
男性 (115)	37.2		
女性 (194)	62.8		
年齢 (全体) (309)		78.65	11.05
64歳以下 (31)	10.0	54.35	8.91
65歳_74歳 (50)	16.2	70.66	3.19
75歳以上 (228)	73.8	83.71	5.70
在院日数 (全体) (309)		56.97	35.53
30日以下 (77)	24.9	17.53	9.35
31日_50日 (74)	23.9	41.09	6.15
51日_80日 (86)	27.8	64.73	8.48
81日以上 (72)	23.3	106.26	27.75
併存疾患数 (全体) (309)		3.27	1.37
単疾患 (34)	11		
複数疾患 (275)	89	3.55	1.18
同居・独居 (全体) (309)			
同居 (149)	54.2		
独居 (102)	37.1		
退院先 (全体) (309)			
自宅 (211)	68.3		
施設 (31)	10.0		
病院 (33)	10.0		
入院中 (34)	11.0		
入院時運動FIM (302)		55.78	19.94
入院時認知FIM (302)		26.19	7.73
退院時運動FIM (285)		72.95	22.38
退院時認知FIM (285)		29.51	7.66
入院時看護必要度 (309)		6.79	3.86
退院時看護必要度 (291)		3.15	4.13

3-2 退院後の居住先別分析

退院患者 275 名について、退院後の状況別に分析した。自宅退院者は 211 名、施設退院者 31 名、病院（転院）者 33 名であり、これら 3 群別の比較・分析をした（表 4）。

1) 年齢

自宅退院者 211 名の平均年齢は 77.69 歳と、施設 84.65 歳、病院（転院）81.85 歳よりも有意に若い。

2) 在院日数

自宅退院者の平均在院日数は 59.65 日と、転院者の 35.39 日が有意に短く、施設 69.84 日も転院者が有意に短かった。自宅と施設の間には、有意な差はなかった。転院者の在院日数が有意に短いことがわかった。

3) 併存疾患数

自宅退院者の併存疾患数は、3.25、施設入所者は 3.71、転院者は 3.27 だった。

4) 同居、独居

自宅退院者は、入院前に同居していた者が施設に入所した者よりも有意に多かった。

5) 入院費用

自宅退院者は、119,088 円と転院者の 76,785 円より、有意に高かった。施設入所者の 134,624 円よりも高い傾向が示されていた。

6) 入院時及び退院時運動 FIM

自宅退院者の入院時運動 FIM は、61.18 で、施設入所者の 40.32、転院者の 39.76 より有意に高い得点であった。

退院時も自宅退院者は、81.45、施設入所者 57.48、転院者 33.64 と自宅退院者は、施設入所者及び転院者よりも有意に改善していた。また、施設入所者は、転院者よりも有意に改善していた。

7) 入院時及び退院時認知 FIM

自宅退院者の入院時認知 FIM は、28.15 で、施設入所者の 19.23 よりも有意に高かった。また転院者の 21.52 よりも高い傾向が示されていた。

退院時も自宅退院者は、31.88、施設入所者 23.19、転院者 20.33 と自宅退院者は、施設入所者及び転院者よりも有意に改善していた。

8) 入院時及び退院時の看護必要度 B 得点

自宅退院者の入院時の看護必要度得点は、5.76 点で、施設入所者の 9.68 点や転院者 9.42 の点よりも有意に低かった。

退院時の自宅退院者の得点は、1.67 点、施設入所者は 6.58 点、転院者の 8.73 点よりも有意に低く、自宅退院者は改善しての退院であった。

表4 退院患者275名の退院後居住先（自宅、施設、病院）別の状況

		n	平均値	SD	多重比較		n	平均値	SD	多重比較
年齢	全体	275	78.97	10.38		入院時運動FIM	275	56.26	20.084	
	1.自宅	211	77.69	10.84	2**、3*<		211	61.18	17.428	2.3**<
	2.施設	31	84.65	7.58			31	40.32	17.826	
	3.病院	33	81.85	6.88			33	39.76	21.815	
在院日数	全体	275	57.89	34.41		入院時認知FIM	275	26.35	7.779	
	1.自宅	211	59.65	34.56	3**<		211	28.15	6.182	2**<
	2.施設	31	69.84	33.38	3**<		31	19.23	7.753	
	3.病院	33	35.39	23.96			33	21.52	10.791	
併存疾患数	全体	275	3.31	1.37		退院時運動FIM	275	73.01	22.698	
	1.自宅	211	3.25	1.35			211	81.45	12.976	2.3**<
	2.施設	31	3.71	1.22			31	57.48	23.847	3**<
	3.病院	33	3.27	1.59			33	33.64	21.724	
同居・独居	全体	275				退院時認知FIM	275	29.51	7.761	
	1.自宅	211	同居 (n=142, 67.9%)				211	31.88	5.197	2.3**<
			独居 (n=69, 32.7%)				31	23.19	8.304	
	2.施設	31	同居 (n=8, 25.8%)				33	20.33	10.552	
			独居 (n=23, 74.2%)				入院時看護必要度	275	6.64	3.877
	3.病院	33	同居 (n=16, 48.5%)				211	5.76	3.531	2.3**<
独居 (n=17, 51.5%)						31	9.68	3.219		
入院費	全体	275	115,763	71,293			33	9.42	3.897	
	1.自宅	211	119,088	71,531	3**<	退院時看護必要度	275	3.07	4.165	
	2.施設	31	134,624	65,719			211	1.67	2.714	2.3**<
	3.病院	33	76,785	62,522			31	6.58	4.639	
※同居・独居は名義尺度のため多重比較対象外とし割合を表示							33	8.73	4.712	

* $p < .05$ ** $p < .01$

3-3 自宅退院者の予後

自宅退院者で電話調査ができた患者は、106名で回答率は、50.2%であった。男性39名（36.8%）、女性67名（63.2%）で男性の平均年齢は73.51歳、女性は79.75歳で女性の平均年齢が有意に高かった。

3-3-1 自宅退院者の予後と介護サービスの利用（表5）

1) 退院時からの変化

維持、改善と回答されたのは、73名（68.9%）であった。悪化は、33名（31.1%）であった。

2) 介護サービスの利用状況

介護サービスを利用していたのは、55名（51.9%）でほぼ半数となっていた。

3) 介護度

介護保険サービスの利用をしていない者が最も多く、36名（34.0%）であった。次いで、多かったのが要支援2で23名（21.7%）、要介護2が23名（12.3%）と続いていた。

表5 聞き取り調査結果（106名）の状況

	項目	n	%
退院時変化（n=106）	維持・改善	73	68.9
	悪化	33	31.1
介護サービス利用有無（n=106）	あり	55	51.9
	なし	51	48.1
介護度（n=106）	要支援1	12	11.3
	要支援2	23	21.7
	要介護2	13	12.3
	要介護3	12	11.3
	要介護4	8	7.5
	要介護5	2	1.9
	介護保険使用なし	36	34

3-3-2 自宅退院者の退院後の状況（予後）からみた入退院時の状況

自宅退院者で退院後の状況が維持・改善していた者と悪化していた者を比較分析した（表6、7）。

維持・改善群の在院日数は、60.08日で、悪化群の71.64日より、有意に短かった。また、入院費は、悪化群が150,562円で、維持・改善群よりも有意に高かった。

介護度は、維持・改善群で多かったのは、要介護認定を受けていない者が31名（42.5%）と最も多く、次いで要支援2の14名（19.2%）、要支援1の9名（12.3%）と続いていた。悪化群で多かったのは、要支援2で9名（27.3%）、次いで要介護3の8名（24.2%）で悪化群の方が維持・改善群よりも利用率は高かった。なお要支援1を1として数値化した場合、維持・改善群は、1.85、悪化群は、2.94と悪化群は有意に悪化していた。

入院時の看護必要度のB得点は維持・改善群が5.77点と悪化群が6.33と悪い傾向が示されていた。退院時は、維持・改善群1.44、悪化群1.70と維持改善群が改善している傾向が示されていた。

維持・改善群と悪化群を比較すると、維持・改善群の平均年齢は、76.12歳、悪化群は、80.39歳と維持・改善群が若い傾向が示され、併存疾患数も、3.22と3.03と維持・改善群が少ない傾向を示していた。

入院時の運動及び認知FIMも維持・改善群の得点が61.37、28.05と悪化群の57.48、27.70よりも高く、退院時も維持・改善群は、それぞれ82.04、32.36で悪化群が81.06、32.24と低い傾向を示していた。

表6 維持改善群と悪化群別の要介護度

	維持改善 (n=73)		悪化 (n=33)	
	n	%	n	%
要支援1	9	12.3	3	9.1
要支援2	14	19.2	9	27.3
要介護2	5	6.8	0	0.0
要介護3	8	11.0	8	24.2
要介護4	4	5.5	4	12.1
要介護5	2	2.7	4	12.1
介護保険使用なし	31	42.5	5	15.2
合計	73	100.0	33	100.0

表 7 106 人の退院後の状況（予後）別入院退院時の状況

	退院時変化	n	平均値	SD	p 値
年齢	維持・改善	73	76.12	12.15	0.08
	悪化	33	80.39	9.64	
在院日数	維持・改善	73	60.08	35.40	0.13
	悪化	33	71.64	36.01	
併存疾患数	維持・改善	73	3.22	1.43	0.50
	悪化	33	3.03	1.08	
入院費	維持・改善	73	119,369	71,080	0.04 *
	悪化	33	150,562	77,118	
介護度	維持・改善	73	1.85	3.23	0.02 *
	悪化	33	2.94	2.53	
入院時運動FIM	維持・改善	73	61.37	17.51	0.29
	悪化	33	57.48	17.63	
入院時認知FIM	維持・改善	73	28.05	5.90	0.77
	悪化	33	27.70	5.91	
退院時運動FIM	維持・改善	73	82.04	12.38	0.71
	悪化	33	81.06	12.58	
退院時認知FIM	維持・改善	73	32.36	4.00	0.90
	悪化	33	32.24	4.42	
入院時看護必要度	維持・改善	73	5.77	3.58	0.45
	悪化	33	6.33	3.58	
退院時看護必要度	維持・改善	73	1.44	2.41	0.61
	悪化	33	1.70	2.35	

* $p < .05$

※介護度は要支援を1として数値化した

3-3-3 自宅退院者の介護サービス利用の有無別入退院時の状況

退院後、自宅で介護サービスの利用を始めた者が半数以上を占めていた。そこで、介護サービスの利用の有無別に、入退院時の状況を比較分析した（表 8）。

介護サービスの利用群は、平均年齢が 81.55 歳と、非利用群 73.04 歳よりも有意に高かった。また、介護度は、利用群の平均値が 3.40 に対して、非利用群は 0.88 と利用群の方が有意に高かった。併存疾患数は、利用群が 3.4、非利用群が 2.9 であり、有意な差は示されなかった。

利用群の入院時運動 FIM は、54.47 と非利用群の 66.29 よりも有意に低かった。退院時運動 FIM は、利用群が 76.68、非利用群 87.08 と利用群の方が有意に低かった。

利用群の退院時認知 FIM は 31.55、非利用群は 33.16 と利用群は非利用群より有意に低かった。FIM の得点が高いほど、日常生活での介助が少なく、自立度が高いことから、利用群は非利用群よりも認知については低い状態で退院していた。

入院時看護必要度 B 得点は、利用群は 7.27、非利用群は 4.51 と、利用群が高く、退院時看護必要度は、利用群 2.29、非利用群 0.69 と入院時と同様に利用群のほうが高かった。

看護必要度の状況からは、利用群は、非利用群よりも ADL の状況としては、悪い状況で入院し、退院しており、FIM と同じ状況を示していた。

表 8 106 人の介護サービス利用の有無別入退院時の状況

介護サービス利用		n	平均値	SD	p 値
年齢	あり	55	81.55	6.785	<.001 **
	なし	51	73.04	13.869	
在院日数	あり	55	75.96	38.369	<.001 **
	なし	51	50.43	27.573	
併存疾患数	あり	55	3.4	1.396	0.053
	なし	51	2.9	1.204	
入院費	あり	55	153,550	80,820	<.001 **
	なし	51	102,691	55,681	
介護度	あり	55	3.40	1.97918	<.001 **
	なし	51	0.88	3.04244	
入院時運動FIM	あり	55	54.47	17.372	<.001 **
	なし	51	66.29	15.724	
入院時認知FIM	あり	55	26.98	6.014	0.08
	なし	51	28.98	5.598	
退院時運動FIM	あり	55	76.78	14.657	<.001 **
	なし	51	87.08	5.848	
退院時認知FIM	あり	55	31.55	4.756	0.043 *
	なし	51	33.16	3.126	
入院時看護必要度	あり	55	7.27	3.434	<.001 **
	なし	51	4.51	3.158	
退院時看護必要度	あり	55	2.29	2.813	<.001 **
	なし	51	0.69	1.421	

* $p < .05$

※介護度は要支援を1として数値化した

4. 考察

4-1. 退院後の居住先からみた、在宅支援のあり方

日本では、回復期病棟を退院する多くの高齢患者のマルチモビリティ化が進んでおり、完全な回復をした状態で退院とならず、在宅での介護を必要とすると言われている。しかし、これまでA回復期病院では、退院時の患者の状態や、その予後の分析は十分にされてこなかったことから、患者への在宅での適切な支援に際して、十分な情報を得ることができなかった。そこで本研究では、A回復期病院のリハビリ科を退院した患者が退院時、どのような状態にあったかを調査し、さらに、在宅での予後や、介護サービスの種類等の利用についても明らかにした。分析の対象は、309名の退院患者で平均年齢は78.65歳、平均在院日数は56.97日、平均併存疾患数は3.27、単疾患は34名でわずかに1割程度であり、ほとんどが複数疾患患者であることが明らかにされた。これらの退院患者は、入院時の平均運動FIMや認知FIMからは、改善を認めていたが、自宅へ退院できた患者群は、平均年齢が77.69歳と、施設入所者84.65歳、病院転院者81.85歳に比べて有意に若いという特徴が示された。また、自宅退院者は入院時および退院時のFIMスコア（運動・認知）の改善が他の群に比べて高く、自宅へ退院する者は、施設入所や転院する者に比較すると年齢が若く、入院・退院時FIMの状況から、ADLの自立度が高いことが示された。つまり、すでに入院時にある程度、自立した能力を持つ患者が自宅退院する傾向にあり、リハビリの効果も他の群に比べて大きかったと考えられる。このことは、年齢やFIM、看護必要度の点数から、退院後がある程度予測できること、また、齋田ら（2013）は標準的な二次医療圏の回復期病院において、急性期病院からの転入患者の特性と退院先による比較を行い、地域完結型医療の推進には、加療に加えADL改善へのケア、認知症進行防止へのケア、介護保険制度の利用への支援、退院調整の情報共有等と共にも在宅や生活重視型施設への医療体制を整備する必要性が示唆されたと述べているように、在宅復帰のためには、医療やリハビリサービスの提供を入院時から想定しておく必要があることを示している。また、自宅退院者の併存疾患数は平均3.25であり、施設入所者3.71よりは少ないが、転院者3.27と比較すると大きな差はない。併存疾患の数は、施設入所者の方が多く傾向にあるが、自宅退院者や転院者は有意ではなかった。これは、高齢者は複数の疾患を抱えたままでも自宅に戻る選択肢が残されていることを示唆している。単に疾患数の多さで退院先は決められていないが、村上ら（2018）が退院支援を円滑に進めるためには早期から介護保険を申請することやケアマネジャーとの連携が有効

であると述べているように、早期から介護保険の申請とサービスの選択を進め、併存疾患の種類や重症度に応じた個別対応を準備しておかねばならないと考えられた。

4-2. 自宅退院者の退院後の状況（予後）からみた入退院時の状況

自宅退院者で聞き取りが行えた 106 名の内、退院後の悪化群の平均年齢が 80.39 歳であるのに対し、維持・改善群の平均年齢は 76.12 歳だった。また、併存疾患数は、3.22 と 3.03 と維持・改善群が少ない傾向を示していた。

この結果は、年齢が高くなるほど、予後が悪化しやすいことを示している。Luria&Merian(2005)によると体力や身体機能の低下は、主に運動器の問題による廃用症候群の一つと捉えることができる一方で、身体行動の調整や決定に関わる脳の廃用症候群と考えることができると強調しているが、高齢患者では、加齢に伴う身体機能や認知機能の低下が顕著であり、これが退院後の自宅生活を困難にしていることを推測させる。

入院時の運動及び認知 FIM は維持・改善群の得点は 61.37、28.05 と悪化群の 57.48、27.70 よりも高く、退院時も維持・改善群は、それぞれ 82.04、32.36 で悪化群が 81.06、32.24 と低い傾向を示したように、退院後の自立した生活を維持するための指標として FIM スコアの改善は利用できる可能性がある。特に、運動 FIM スコアの改善は、日常生活動作の回復と密接に関連しており、退院後の自宅復帰とその継続とも関連が高いと考える。

また、入院時の看護必要度 B 得点は維持・改善群が 5.77 点と悪化群が 6.33、退院時、維持・改善群 1.44、悪化群 1.70 と維持改善群が入院中に改善している傾向を示していた。これは、悪化群の看護必要度 B 得点が維持・改善群よりも有意に高く、退院後も引き続き介護や看護の支援が必要であることを示していた。このため、介護度も維持改善群よりも悪化群で高く、介護サービスの利用率も高かった。

この結果は、介護サービスが身体及び認知機能が悪化していく利用者にとって、在宅で生活を継続するために必要となっていることを示していた。山田や (2018) は、身体バランス機能と認知機能はともに要介護度に影響を与えていることが確認され、要介護度の悪化を防ぐためには、身体バランス機能への介入と認知機能への介入の両方略を実施することが必要であると述べているが、介護サービスの質や頻度は患者の自立度や生活の質に直接、影響を与えるため、退院時の看護必要度の評価は、特に重要で正確なデータを地域に引き継ぐ必要があると考えられる。

A 回復期病院退院後に介護サービスを利用した者の平均年齢は 81.55 歳と、非利用

群 73.04 歳よりも有意に高かった。また、現在の介護度は、利用群の平均値が 3.40 に対して、非利用群は 0.88 と利用群の方が有意に高く、看護必要度の得点状況からは、利用群は、非利用群よりも ADL の状況が悪い状況で入院し、改善はするものの、非利用群よりも悪い状態で退院していた。しかも介護サービスの利用は患者の健康状態や医療費に影響を与えることが示唆された。特に、介護サービスを利用している患者は、より高齢であり、長期間入院し、医療費が高くなる傾向がわかった。

川手 (2021) は、回復期リハビリテーション病棟から生活期への移行に関しては、退院前カンファレンスなどで、患者の身体機能や能力退院先の生活環境を十分に考慮し、(住宅改修を含む)生活環境整備や人的手段の活用、各種福祉機器の導入、退院後のリハビリテーション医療の継続方法などを決定し、生活期に円滑に移行できるようにケアマネジャーなど生活期スタッフと綿密に連携することが必要であると述べている。当院でも自宅へ退院した改善・維持群に対しては、より身体機能面の維持・向上を図れるように入院時から介入し、短期間でリハビリの成果を出し、在院日数を短縮化することで、医療費の適正化を促す必要がある。特に悪化群に対しては、身体機能面だけでなく、認知機能面との全身管理への介入が必要で、自宅や地域に向けたその方に合った介護サービスの提供を地域での生活リハビリのスタッフと密に連携した関りがさらに必要になると考えた。

5. おわりに

本研究では、入院患者の年齢、FIM スコア、看護必要度と退院先別分析、および自宅退院後の聞き取り調査により退院後の患者の予後に与える影響と介護サービスの利用を明らかにした。

すでに重症度や後遺症によって障害像の個別性が多岐にわたり、心身機能のアプローチだけでは、ADL 向上や自宅復帰に繋がりにくく、対象者の生活に重要な ADL に焦点化し、必要に応じて福祉用具やサービスの利用など代替手段を用いて早期自宅復帰へつなげる必要があると述べているが (岡部ら 2023)、A 回復期病院においても、退院後の生活の質を向上させるためには、早期の介入と適切な介護サービスの提供が不可欠だと言える。今後は、退院時の運動機能や認知機能低下と介護サービスの質や内容との関連についても検討が必要である。

謝辞

本稿を作成するにあたり、熱心かつ丁寧にご指導賜りました兵庫県立大学大学院社会科学部研究科 筒井孝子教授、木下隆志教授、貝瀬徹教授、井出健二郎教授に深く感謝申し上げます。また、兵庫県立大学大学院社会学研究科の医療マネジメントコース、介護マネジメントコースでご教授頂きました教員、講師の先生、そして同期の皆様方には多くのご支援をいただきましたことを重ねて御礼申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, Onishi Y, Fukuhara S. Multimorbidity patterns in relation to polypharmacy and dosage frequency: a nationwide, cross-sectional study in a Japanese population. *Sci Rep.* 2018 Feb 28;8(1):3806. doi: 10.1038/s41598-018-21917-6. PMID: 29491441; PMCID: PMC5830504
- [2] Barnett K (2012) Epidemiology of Multimorbidity and implications for health care, research, and medical education : a crosssectional study, *The Lancet*, 380 (9836) : 37-43
- [3] Luria, R., Mriran, N. Increased Control demand results in serial processing. *Psychological Sciences* (2005). 16, 883-840
- [4] 阿部裕一, et al. “円滑な自宅退院を目指した家族との連携—家族の介護負担感を考慮して—.” *理学療法-臨床・研究・教育* 13.1 (2006): 33-39.
- [5] 岡部拓大, and 田原真悟. “回復期リハビリテーション病棟における早期自宅生活退院に影響を及ぼす因子について.” *女性* 80 (2023): 33-8.
- [6] 足立己幸, 金 沢扶巳代, 宮 坂忠夫 (1978): 家族の食事時間の共有度と老人の食事の関係, *女子栄養大学 紀要*, 9, 85-95
- [7] 石丸裕康 (2020) 「外来・病棟でのマルチモビディティ診療: 多疾患併存患者を臓器横断的に診る!」, 株式会社金芳堂,
- [8] 坂倉 充 彬 (2023) 「Multimorbidity(多疾患併存)患者における地域連携を前提とした多職種協働型ケアの課題とその解決方法の検討」『*商大ビジネスレビュー*』13 卷 3 号 pp92-113
- [9] 上月正博 (2020) 「重複障害のリハビリテーション実践マニュアル 27 症例から学ぶ多臓器障害者のリハビリテーション」, 医歯薬出版株式会社, 6-7

- [10] 大藏倫博, et al. "独居生活が高齢者の身体機能・認知機能・抑うつに及ぼす影響に関する縦断疫学研究." 研究結果報告書集: 交通安全等・高齢者福祉 22 (2016): 83-85.
- [11] 川手信行. "回復期リハビリテーション病棟から生活期への移行." *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine* 58.5 (2021): 522-527.
- [12] 小楠範子. "退院後の生活の場の決定に参加できない高齢者の体験." *老年社会科学* 30.3 (2008): 404-414.
- [13] 齊田綾子, et al. "回復期病院における急性期病院からの転入患者の特性と退院先-自宅退院と施設退院の患者特性の比較." *北関東医学* 63.2 (2013): 109-117.
- [14] 高橋亮太(2019)「プライマリ・ケアにおける Multimorbidity の現状と課題」
日本プライマリ・ケア連合学会誌, 42, 213-219
- [15] 武見ゆかり, and 足立己幸. "独居高齢者の食事の共用状況と食行動・食態度の積極性との関連." *民族衛生* 63.2 (1997): 90-110.
- [16] 中井あい, and 齋藤智子. "独居高齢者の低栄養状態に関連する食環境アクセシビリティの文献検討." *日本看護科学会誌* 40 (2020): 654-660.
- [17] 橋亮太, 岡田唯男, and 上松東宏. "プライマリ・ケアにおける multimorbidity の現状と課題." *日本プライマリ・ケア連合学会誌* 42.4 (2019): 213-219.
- [18] 村上達典, et al. "早期からのケアマネジャーとの連携は回復期リハビリテーション病棟の在院日数を短縮する." *理学療法学 Supplement Vol. 46 Suppl. No. 1 (第 53 回日本理学療法学会大会 抄録集)*. 日本理学療法士協会 (現 一般社団法人日本理学療法学会連合), 2019.
- [19] 山田和政, 大竹卓実, and 木村大介. "身体バランス機能および認知機能が要介護度に与える影響." *理学療法科学* 33.3 (2018): 421-424.
- [20] 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」研究班: 高齢者に対する適切な医療提供の指針. *日老医誌* 51: 89-96, 2014
- [21] 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会「2023年度回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」2024年3月7日発行
- [22] Multimorbidity patterns in the working age population with the top 10% medical cost from exhaustive insurance claims data of Japan Health

Insurance Association タイトル和文：医療費上位 10%の就労世代におけるマルチモビディティ・パターン：全国健康保険協会の全数レセプトデータを用いた解析 著者名：西田優紀、安齋達彦、高橋邦彦、上妻嵩英、神田英一郎、山内慶太、勝川史憲 掲載日：2023 年 9 月 28 日 掲載誌：PLoS One DOI：<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291554>

引用ホームページ

[1] The Health Foundation

<https://www.health.org.uk/publications/long-reads/the-challenges-and-potential-of-intermediate-care> (2024 年 8 月 13 日アクセス)

[2] 英国国立保健医療研究所 (National Institute for Health and Clinical Excellence :NICE) [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk) /

(2024 年 8 月 14 日アクセス)

[3] 男女共同参画局ホームページ

https://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h30/zentai/html/honpen/b1_s00_02.html (8 月 16 日アクセス)

[4] 令和 6 年版高齢社会白書 (全体版) (PDF 版) - 内閣府 (cao.go.jp)

(8 月 16 日アクセス)