

【臨床・研究】

医療と介護保険事業所の連携強化による 退院後の日常生活動作の向上効果

田 野 俊 平¹⁾ 小 村 和 美¹⁾ いた 板 埇 陽 介²⁾
 濱 崎 貴 仁³⁾ 青 山 善 一³⁾ 小 松 章 平³⁾

キーワード：回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床、医療介護連携、自宅退院

要　旨

医療法人財団公仁会鹿島病院（以下鹿島病院）は病院機能と介護保険在宅サービス事業部門を有している。鹿島病院と介護保険在宅サービス事業部門の連携をより強化して、入院から退院までの在宅生活のサポートができる機能を整備した。退院患者の身体能力の維持と向上に効果が得られたので報告する。

1. はじめに

鹿島病院は回復期リハビリテーション病棟57床（以下：回リハ）、地域包括ケア病床31床（以下：地ケア）、療養病床29床、特殊疾患病棟60床を有する地域の慢性期医療を担う病院である。

鹿島病院の平均年齢は回リハ83歳、地ケア85.3歳。介護保険認定率は回リハが73%、地ケアが99%（令和2年4月～12月 n=322）で、後期高齢者で介護を必要とする患者が大半を占めている。回リハと地ケアでは日常生活動作（Activities of daily living：以下 ADL）が低下した患者が残さ

れた身体機能で出来るだけ患者と家族の希望に沿うような状況に回復して退院できるように努めている。そのなかで鹿島病院が併設している介護保険在宅サービス事業部門（訪問看護ステーション、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、居宅支援事業所）の果たす役割は大きい。令和2年度より鹿島病院と介護保険在宅サービス事業部門（以下在宅サービス部）は患者の生活機能を重視して在宅生活が円滑に営まれるように従来の連携に加え退院後のADLの向上を目指した取組をおこなった。それにより利用者の獲得機能的自立度評価法（Functional Independence Measure：以下 FIM）で効果が得られたので報告する。

Shunpei TANO et al.

- 1) 医療法人財団公仁会鹿島病院
 - 2) 同 通所リハビリテーションやまゆり
 - 3) 同 やまゆり居宅介護支援事業所
- 連絡先：〒690-0803 松江市鹿島町名分243-1
医療法人財団公仁会鹿島病院

2. 方　法

（1）退院後の生活機能向上にむけての目標意識

を明確化にして体系化して、病院と介護の連携強化の以下の取り組みを行った。

- ①病棟と在宅サービス部のリーダーの協業。
 - ②症例個々に対して退院後の生活機能への支援の協業を行った。ケアマネジャー（以下ケアマネ）は患者個々の退院後の在宅生活の状況を1ヶ月後、3ヶ月後ごとの報告書を作成して各病棟にフィードバックした。
 - ③入院中の生活機能支援のアプローチを退院後の在宅生活のサポートに生かすために多職種が参加したカンファレンス（以下カンファ）の実施。
- (2) 回リハ、地ケアを退院後に自宅生活が3ヶ月以上経過して、居宅介護支援事業所と通所リハビリ（以下通所リハ）を利用している患者の令和元年度16名（以下：取組前集団）と令和2年度23名（以下取組後集団）の退院時のFIMと退院1ヶ月目から3ヶ月目のFIMの経過についてt検定を用いて比較検討した。

3. 結 果

従来の病棟単位の運用会議では、病棟全体の重症度や患者個々のリハビリテーションの進捗状況、病状の管理の問題点と退院時期等の計画の把握を行っていた。連携強化後の取組としてケアマネと通所リハのリーダーが参加して患者個々の在宅サービスの内容等の意見交換を行った。そこで得た情報をスタッフと共有することで病棟スタッフは在宅生活を見据えた患者への支援のポイントが理解しやすくなった。また在宅サービス部は病棟の患者の状態と退院に向けての動向が早い段階で把握出来るようになった。病棟運用会議に在宅サービス部が参加するようになった前後の比較（表1）では、鹿島病院から在宅サービス部の患

表1. 在宅サービス部受け入れ件数、鹿島病院回リハ、地ケア平均在院日数、リハビリ実績指數

	R1年度（取組前）		R2年度（取組後）	
鹿島病院から在宅サービス部受け入れ件数	14件		29件	
病棟名	回リハ	地ケア	回リハ	地ケア
退棟患者の平均入院日数	72.8日	49.0日	72.0日	47.2日
リハビリ実績指數	47.1		48.6	

表2. 報告書例

○○様					
入院時主病名		腰部脊柱管狭窄症（合併症：肺塞栓症、深部静脈血栓症、糖尿病など）			
FIM項目	FIM退院	FIM1ヶ月	変化要因	FIM3ヶ月	変化要因
食事	7	7		7	
整容	7	7		7	
清拭	3	3		3	
更衣上	3	5	肩の状態改善 再指導	5	
更衣下	1	1	下衣、下着等過介助	3	入院時の方法を再指導
トイレ	3	2	拭き取り等過介助	6	入院時の方法を再指導
排尿管	2	2		6	動作改善、失敗減
排便管	2	6	失敗がなくなった	6	
移ベッド	4	4		5	環境調整と動作改善
移トイレ	4	4		6	環境調整と動作改善
移浴槽	4	4		4	
移歩行	1	1		1	
移車椅子	0	2	自走での移動を指導	6	肩の状態改善と指導
移階段	3	1	階段使用していない	1	
合計	44	49		66	

- 介護負担—退院後、何かあったらとの不安からできる行為についても過剰に介助傾向にあった。退院時の指導内容を振り返り、現在のADLでできることを再度整理したうえで手すり設置などの環境調整を行ったところ、移乗やトイレ、更衣などの項目で自分でできる行為が増えた。結果的に介護負担の軽減が図られている。「妻はこんなに介護をしなくてよいとは想像もしなかったと喜ばれている。」
- 生活の質、生きがい—長男の支援により、自動車でのドライブや選挙などの外出ができるようになった。夢は山口の妻の実家へ自家用車で行くことと語られている。
- 疾患管理—糖尿病に対し、医師や栄養士から食事内容に対する指導を入院中に受けけて帰られた成果で妻は、食事の量や内容を病状に配慮して調理できている。検査データや体重の増加もなく、本人と妻も病気を意識しながらの生活が継続出来ている。退院前の時期に左肩痛があったが、痛みは軽減している。腰痛の訴えもなし。

者受入れ件数は、令和1年度（平成31年4月～令和2年2月）は14件であったが、令和2年度（令和2年3月～令和3年1月）は29件と約2倍に增加了。回リハと地ケアの入院日数と回リハのリハビリ実績指數（回リハにてリハビリの効果を測る指標）の変化はわずかであった。

各病棟にフィードバックするケアマネの報告書（表2）の内容のポイントを1. FIMとコメントで身体機能の変化点（変化が見られた項目は要因の詳細を記載）。2. 家族の介護負担の変化。3. 生活の質や生きがいの変化。4. 基礎疾患の状態（増悪がないか）の4項目とした。

取組集団のFIMの変化とその要因を病棟へ



写真1. 多職種カンファレンスの様子

表3. 取組前後の退院時～3か月 FIM の推移

	R1.4～R2.3(取組前) n=18	R2.4～R3.3(取組後) n=23		p 値		
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	両側検定	片側検定
①退院時FIM	67.25点	± 8.16点	68.35点	± 11.55	0.8092 ns	0.4046 ns
②退院1ヶ月後FIM	68.00点	± 7.63点	67.04点	± 11.43	0.8278 ns	0.4139 ns
③退院3ヶ月後FIM	68.50点	± 7.94点	70.00点	± 11.04	0.7285 ns	0.3842 ns
退院後1ヶ月目獲得FIM (②-①)	0.75点	± 4.47点	-1.30点	± 5.71	0.3108 ns	0.1553 ns
退院後3ヶ月目獲得FIM (③-①)	1.25点	± 3.72点	1.65点	± 6.58	0.8846 ns	0.4323 ns
在宅生活1ヶ月目～3ヶ月目の獲得FIM (③-②)	0.50点	± 2.31点	2.96点	± 3.63	0.0824 ns	0.0412 +

*p値が0.05以下の場合、平均値の差に有意差がある

抽出条件：当院回復期、地ケア入院を経て自宅で3ヶ月以上過ごされた方

フィードバックすることで、入院期間中に病棟スタッフが実践した患者への支援が在宅でどのように活かされているかを具体的に評価出来る様にした。

退院してから在宅サービスの利用開始までの間に、在宅サービス利用開始前のカンファ（以下利用前カンファ）に在宅サービス部の担当医師、看護師、リハビリ療法士、介護福祉士、ケアマネが参加して少し先のことが見える状態にしていくシステムにした（写真1）。利用前カンファでは、病棟での退院時カンファの情報を整理して生活リズムが維持できる方法、利用者の身体状況と患者を取り巻く環境面の課題への解決策、入院中に家族へ行われた生活支援と介護指導内容を共有するようにした。在宅サービス利用後は、退院後2週

間目と3ヶ月目の通所リハでの定期カンファに居宅介護支援事業所、訪問看護事業所も参加することとした。

以上の連携強化の取組による退院患者の獲得FIMの変化（表3）については、R1年度の取組前とR2年度の取組後のFIMの平均値と獲得FIMを比較すると退院後1ヶ月目から3ヶ月目の獲得FIMに有意差を認めた。

4. 考察

病院と在宅サービス部の連携強化により自宅への退院に向けて患者と家族のニーズの把握と在宅支援サービスの具体的な内容を共有することにより患者個々に応じた在宅支援サービスを提供できるようになった。また、退院後のカンファで、状況

把握と支援内容の評価と見直しにより、継続した取組が行えている。以上の取組が受け入れ件数の増加に繋がっていると考える。

FIM の平均値と獲得 FIM (表 3) の比較では、両集団 (取組前、取組後集団) とも退院後 1 ヶ月目の獲得 FIM (退院時 FIM と退院後 1 ヶ月目 FIM の平均値の差) から ADL はほぼ維持から若干低下する傾向を認めた。先行研究によると退院 1 ヶ月目の FIM 低下は高齢者がより低下するとの報告¹⁾と同じ傾向であり、小鳩ら²⁾はセルフケア項目の低下が著明と報告している。芳野ら³⁾は「自宅復帰後は本人の運動能力以外に、環境変化、本人の依存性や家族の過介護による影響を受けている」としている。

我々の FIM を用いた評価は在宅生活 1 ヶ月目から 3 ヶ月目の獲得 FIM (退院後 1 ヶ月目と退院後 3 ヶ月目 FIM の平均値の差) について取組前後で獲得 FIM を比較すると取組後集団の ADL が向上している結果が得られた。退院 1 ヶ月目は先行研究の報告にもみられた環境因子、家族の過介助等でセルフケア項目が低下したと考えられる。これらについては家族を含めた連携が必要であり、今後の課題としていきたい。医療と介護の連携を通じて、各病棟スタッフは退院後の生活をより見据えるようになり、在宅サービス部の

スタッフ個々が FIM を学んだことで、入院中のリハビリと生活支援がどのように実施されているかを理解できるようになり、在宅サービス部のスタッフの意識が「介護する」から「残された身体機能で患者自らが生活を行えるようサポートする」に変化した事も、退院後在家サービス部を利用した患者の FIM が維持、改善に繋がったと考える。

今回のような病院と在宅サービス部の連携方法は退院後の患者の ADL の改善と家族の介護負担の軽減に効果があり、医療サービス提供者と患者、家族ともに有益な取組であったと考える。

5. 結 語

鹿島病院では在宅支援後の生活が安定する目的で医療と介護連携を強化した。

現在はコロナ禍において入院中の面会の機会が皆無に近くなり、接点が減少して患者、家族の退院後の不安が増している。そんな中でこそ、こういった医療介護連携は重要であると考える。

利益相反 (Conflict of Interest:COI)

開示すべき COI 関係にある企業等はありません。

文 献

- 1) 増田直美、他：質問紙による Functional independence measure (FIM) を用いた脳卒中片麻痺患者の追跡調査. 作業療法, 1995, 14 : 134-139.
- 2) 小鳩健一、他：脳卒中患者の退院後の ADL について. 作業療法, 1999, 18 (特別) : 383

- 3) 芳野 純、他：回復期リハビリテーション病棟患者の退院後日常生活 活動変化の特徴と関連因子. 理学療法科学 23(4) : 495-499, 2008
- 4) 田野俊平：慢性期医療でのリハビリテーション 日本慢性期医療協会誌135号 : 76-81, 2021, 6