

介護老人保健施設からの在宅復帰に影響を与える要因 ～在宅復帰の可否に影響するケア内容の分析～

Factors affecting patients' return home from a geriatric health services facility
～An analysis of care affecting the possibility of home recovery～

古川 和稔 1) Kazutoshi Furukawa

小平めぐみ 2) Megumi Kodaira

井上 善行 3) Yoshiyuki Inoue

藤尾 祐子 4) Yuko Fujio

津森 伸一 5) Shin'ichi Tsumori

竹内 孝仁 2) Takahito Takeuchi

1) 聖隷クリストファー大学社会福祉学部介護福祉学科 Department of Social-Care Work, School of Social Work, Seirei Christopher University 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453

2) 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科 Graduate School of Health and Welfare Sciences, International University of Health and Welfare

3) 日本赤十字秋田短期大学介護福祉学科 Department of Care and Welfare, Japanese Red Cross Junior College of Akita

4) 順天堂大学保健看護学部 Faculty of Health Sciences and Nursing, Juntendo University

5) 聖隷クリストファー大学リハビリテーション学部 School of Rehabilitation Sciences, Seirei Christopher University

介護老人保健施設からの在宅復帰に影響を与える要因～在宅復帰の可否に影響するケア内容の分析～

キーワード: 介護老人保健施設・退所者データ分析・決定木手法・在宅復帰・関連要因

抄録

本研究の目的は、介護老人保健施設からの在宅復帰に影響する要因の相互関係を階層的に明らかにし、在宅復帰を促進するために必要な支援の示唆を得ることである。2012年度から在宅強化型老健施設の要件を満たしている介護老人保健施設Aの52か月分、541名分の退所者データを決定木手法により分析した結果、在宅復帰に最も強く影響していた基本ケア項目は「エネルギー摂取量」であった。エネルギー摂取量が1日あたり1400kcal以上で、かつ常食、さらに夜間排泄方法がトイレまたはPトイレの場合に在宅復帰群の割合が高かった。一方、入所前の場所が自宅以外で、かつ屋内移動方法が車椅子の場合、在宅復帰が困難であった。本研究の結果、低栄養を改善するために常食摂取を目指した支援の重要性と、自宅以外からの入所者に対しては、屋内移動の自立に向けた支援の必要性が示唆された。

1. 緒言

介護保険制度における施設サービスとは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム；以下、特養）、介護老人保健施設（以下、老健施設）、介護療養型医療施設（以下、療養型病床群）に入所している要介護高齢者に対するサービスを指す。このうち、全国に4,045施設ある老健施設（2016年3月現在）¹⁾は中間施設とも呼ばれ、病院と在宅との中間、あるいは、医療と福祉の中間に位置付けられている。老健施設は、2012年度の介護報酬改定において、在宅強化型老健施設の基本報酬と、在宅復帰・在宅療養支援機能加算が新設されたことにより、在宅復帰の観点から「在宅強

化型老健施設」、「在宅支援加算型老健施設」、「従来型老健施設」の3つに類型化された²⁾。さらに、廃止の方向に向かっている介護療養型医療施設から転換した老健施設である「介護療養型老健施設」が加わったことにより、現在は4つに分類される。在宅強化型老健施設には、在宅復帰率50%超、ベッドの回転率10%以上などの要件、在宅支援加算型老健施設には、在宅復帰率30%超、ベッド回転率5%以上などの要件が課されており、これらの要件を満たさないものが従来型老健施設となる。2012年4月にはわずか3.8%だった在宅強化型老健施設は、2013年10月には9.4%、

2014年10月には10.6%、2015年10月には16.4%と、緩やかながら増加している³⁾。同様に、在宅支援加算型老健施設も、2012年4月には10.4%だったが、2013年10月には24.0%、2014年10月には24.4%、2015年10月には29.6%と微増傾向にある³⁾。他方、2013年4月時点では、実に85.8%を占めていた従来型老健施設は、2015年10月には54.0%まで減少している³⁾。これらの変化は、在宅復帰や在宅支援機能を強化するという国の方策に、緩やかながら老健施設が対応していることの表れと言えよう。

在宅復帰3類型が導入された2012年度以降の、老健施設からの在宅復帰に関する先行研究としては、介護老人保健施設協会が実施した調査報告がある⁴⁾。同報告では在宅復帰困難理由として、「在宅復帰希望者が少ない」、「在宅復帰への取り組みが弱い」と指摘している。また、中村⁵⁾は老健施設に勤務するケアマネジャーを対象にした質問紙調査の結果、在宅強化型老健施設は、他の老健と比較して利用者の日常生活活動 (Activities of Daily Living、以下ADL) 支援と、家族介護者に対する情報提供支援の実践度が高いと報告している。畠山⁶⁾は、老健施設に勤務する看護師を対象にインタビュー調査を行った結果、施設職員がとらえている在宅復帰を円滑に進める因子として、「ADLが高い」、「認知症が重症ではない」、「入所期間が短い」などを挙げている。看護師だけではなく、老健施設に勤務する多職種を対象とした林⁷⁾のインタビュー調査では、在宅復帰を促進するためには、本人や家族に早期から在宅復帰支援を正しく認識してもらうこと、利用者や事業所が望む施設を目指し体制を整えること、多職種で支援の方法を考え連携して関わることの重要性を報告している。しかし、これらの先行研究はいずれも施設職員を対象にした調査であり、老健施設からの在宅復帰の可否に影響する要因については明らかにされていない。

II. 研究目的

本研究の目的は、在宅強化型老健施設の在宅復帰に影響する要因の相互関係を階層的に明らかにし、老健施設からの在宅復帰を促進するために必要な支援の示唆を得ることである。

III. 用語の定義

1. 自立支援介護

自立支援介護とは竹内⁸⁾が提唱するケア理論であり、「その人の『身体的』、『精神的』かつ『社会的』自立を達成し改善または維持するよう、介護という方法によって支援していく

こと」と定義されている。

2. 基本ケア

自立支援介護では、健康を支える「水分」、「栄養」、「運動」、「排泄」の4項目を「基本ケア」とし、「高齢者ケアにおいて全てに共通する項目」と位置づけている⁹⁾。

IV. 研究方法

1. 調査対象と対象データ

2012年度から在宅強化型老健施設の要件を満たしている老健施設Aにおいて、2012年4月から2016年7月の52か月間に退所した全退所者541名を対象とした。施設長の同意を得た上で、氏名等の個人を特定出来る情報は含まず、匿名化したデータで提供を受けた。

2. 調査項目

本研究で分析に用いた項目は以下の通りである。

1) 基本情報

性別、年齢、要介護度、入所前の場所 (医療機関、自宅、自宅《その他》、介護福祉施設)、入所日数、退所先 (自宅以外、自宅) の情報を収集した。入所前の場所の自宅《その他》とは、別居家族の自宅等、利用者本人の自宅以外の居宅からの入所のことである。

2) 身体状況

BMI、血清アルブミン値、認知症症状の有無、開口度、舌突出度、意識・自発性の情報を収集した。開口度とは最大限に開口した際のの上唇下縁と下唇上縁の距離であり、舌突出度とは最大限に舌を前方に突出させた際の、口唇の先端から舌の先端までの距離である。また、意識・自発性については、老健施設Aで開発したテストを用いており、意識・自発性が高いほど得点が高くなるように設定している。食事、会話、談笑、レクリエーションの4項目は、自発的 (4点)、つられて (3点)、時に促し (2点)、常に促し (1点) であり、居眠りについては、なし (4点)、日によって (3点)、毎日1回 (2点)、毎日頻回 (1点) である。5項目で各4点であり、得点は最高20点～最低5点となる。

3) ケア内容

水分量 (1日平均)、エネルギー摂取量 (1日平均)、食事形態 (常食、常食外)、屋内移動方法 (自立、見守り、介助、車椅子併用、全て車椅子)、屋外移動方法 (自立、見守り、介助、車椅子併用、全て車椅子)、歩行距離 (1日平均)、離床

時間（1日平均）、外出回数（月平均）、日中排便方法（トイレ、ポータブルトイレ；以下Pトイレと略、ベッド上、失禁、その他）、夜間排泄方法（トイレ、Pトイレ、ベッド上）、日中失禁率、日中失禁有無の2群データ（なし；失禁率5%未満、あり；5%以上）、日中下衣汚染回数（月平均）、日中の失禁による下衣汚染有無の2群データ、夜間失禁率、夜間失禁有無の2群データ（なし；失禁率5%未満、あり；5%以上）、夜間下衣汚染回数（月平均）、夜間の失禁による下衣汚染有無の2群データ、下剤服用の有無について収集した。本研究での下剤服用とは、頓服での服用は含まず、日常的に下剤を服用している場合に「下剤あり」とした。なお、日中は排尿方法と排便方法に分類したが、夜間は「排泄方法」として1項目に設定したため、日中は排便方法、夜間は排泄方法とした。

3. 分析方法

全退所者データを、退所先が自宅以外の「非復帰群」と、退所先が自宅の「復帰群」に分類し、どのような要因が在宅復帰の可否に影響しているのかを分析した。

1) 決定木分析

CHAID（Chi-square Automatic Interaction Detection）を用いて、在宅復帰の可否に影響を与える要因について決定木分析を実施した。目的変数は退所先による「非復帰群と復帰群」、説明変数は以下の（1）～（3）の通りである。分析にはSPSS Decision Trees（SPSS Statistics 24）を使用し、検定の有意水準は $p<0.05$ とした。

（1）基本ケア項目

水分量、エネルギー摂取量、食事形態、歩行距離、日中排便方法、夜間排泄方法とした。

（2）排泄関連項目

排泄関連項目のみに着目し、日中失禁有無の2群データ、夜間失禁有無の2群データ、日中排便方法、夜間排泄方法、日中の失禁による下衣汚染有無の2群データ、夜間の失禁による下衣汚染有無の2群データ、下剤服用の有無とした。

（3）入所前の場所、移動方法、認知症の有無

入所前の場所、屋内移動方法、屋外移動方法、認知症症状の有無とした。

2) 非復帰群と復帰群の基本情報、身体状況、ケア内容

本研究で収集したデータのうち、名義尺度以外の項目について、非復帰群と復帰群それぞれの平均値（標準偏差）と中央値（四分位範囲）を一覧にして、対応のないt検定およびMann-

WhitneyのU検定により比較した。統計解析はSPSS Statistics 24 for Windowsを使用し、検定の有意水準は $p<0.05$ とした。

4. 倫理的配慮

本研究を実施するにあたり、事前に老健施設Aの施設長およびデータを管理している支援相談員に文書と口頭で説明し、文書にて同意を得た。また、氏名等の個人を特定出来る情報は含まず、匿名化したデータで提供を受けた。

本研究は聖隷クリストファー大学倫理委員会の審査を受け、承認を得てから実施した（認証番号16011）。

V. 研究結果

1. 分析対象者の属性の分布

分析対象者の平均年齢は 86.2 ± 6.8 歳（最少年齢59歳、最高年齢101歳）であった。非復帰群は294名（男性：88名、女性：206名、平均年齢： 87.2 ± 6.3 歳）で全体の54.3%、復帰群は247名（男性：56名、女性：191名、平均年齢： 84.9 ± 7.2 歳）で全体の45.7%であった。分析対象者の属性の分布を表1に示した。

表1 分析対象者の属性の分布 (n=541)

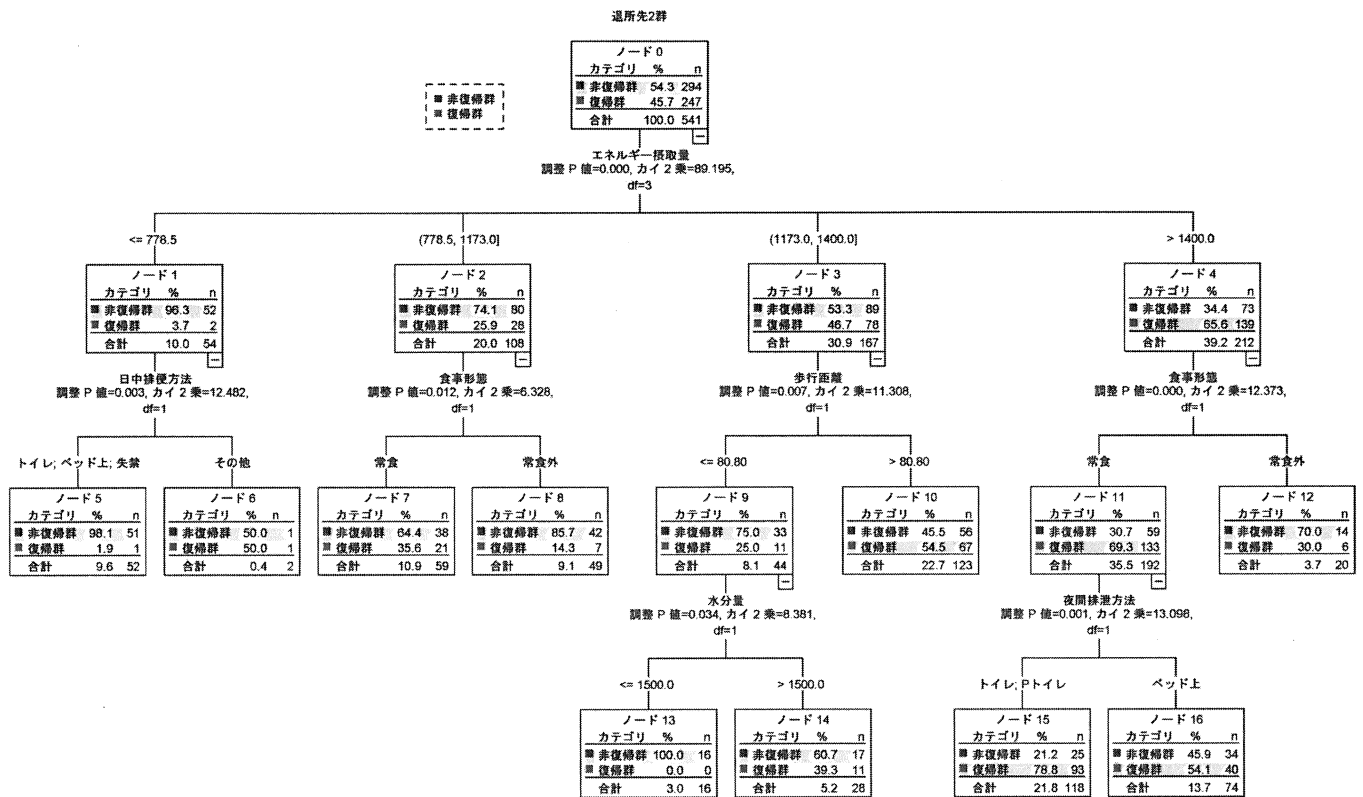
項目	カテゴリー	人数(人)	割合(%)
性別	女性	397	73.4
	男性	144	26.6
年齢(歳)	<60	1	0.2
	60-64	4	0.8
	65-69	4	0.8
	70-74	21	3.9
	75-79	45	8.3
	80-84	141	26.1
	85-89	131	24.3
	90-94	153	28.3
	95-99	35	6.5
	>100	6	0.1
要介護度	1	71	13.1
	2	140	25.9
	3	118	21.8
	4	114	21.1
	5	98	18.1
入所前の場所	医療機関	275	50.8
	自宅	257	47.5
	自宅(その他)	7	1.3
	介護福祉施設	1	0.2
	不明	1	0.2
入所日数(日)	<99	282	52.1
	100-199	105	19.4
	200-299	44	8.1
	300-399	23	4.3
	400-499	14	2.6
	>500	73	13.5
退所先	非復帰群(自宅以外)	294	54.3
	復帰群(自宅)	247	45.7

2. 決定木分析

1) 基本ケア項目

図1に示した通り、第一分岐はエネルギー摂取量でノード1からノード4に分岐した ($p<0.001$)。この第2層で非復帰群の割合が高かったのはノード1とノード2で、ノード1(エネルギー摂取量: 778.5kcal以下)では、54件中52件(96.3%)が非復帰群、ノード2(エネルギー摂取量: 778.5kcalから1173.0kcal)では、108件中80件(74.1%)が非復帰群であった。一方、復帰群の割合が高かったのはノード4(エネルギー摂取量: 1400kcal以上)で、212件中139件(65.6%)が復帰群であった。ノード3(エネルギー摂取量: 1173.0kcalから1400.0kcal)では、167件中89件(53.3%)が非復帰群、78件(46.7%)が復帰群と拮抗していた。第3層では、ノード2に属する108件が食事形態によって2つに分岐した ($p<0.05$)。常食外の場合は49件中42件(85.7%)が非復帰群であった(ノード8) ($p=0.012$)。ノード3に属する167件は、歩行距離によって2つに分岐した ($p<0.01$)。歩行距離が80.8m以下の場合は44件中33件(75.0%)が非復帰群であった(ノード9)。ノード4は食事形態によって2つに分岐した ($p<0.001$)。常食の場合は192件中133件(69.3%)が復帰群(ノード11)、常食外の場合は20件中14件が非復帰群であった(ノード12)。第4層では、ノード9に属する44件が水分量によって2つに分岐した ($p<0.05$)。水分量が1500ml以下の場合は、16件中16件(100%)が非復帰群(ノード13)であった。ノード11に属する192件は、夜間排泄方法により2つに分岐した ($p<0.01$)。夜間排泄方法がトイレまたはPトイレの場合は、118件中93件(78.8%)が復帰群であった(ノード15)。

図1 在宅復帰の可否に影響する基本ケア項目

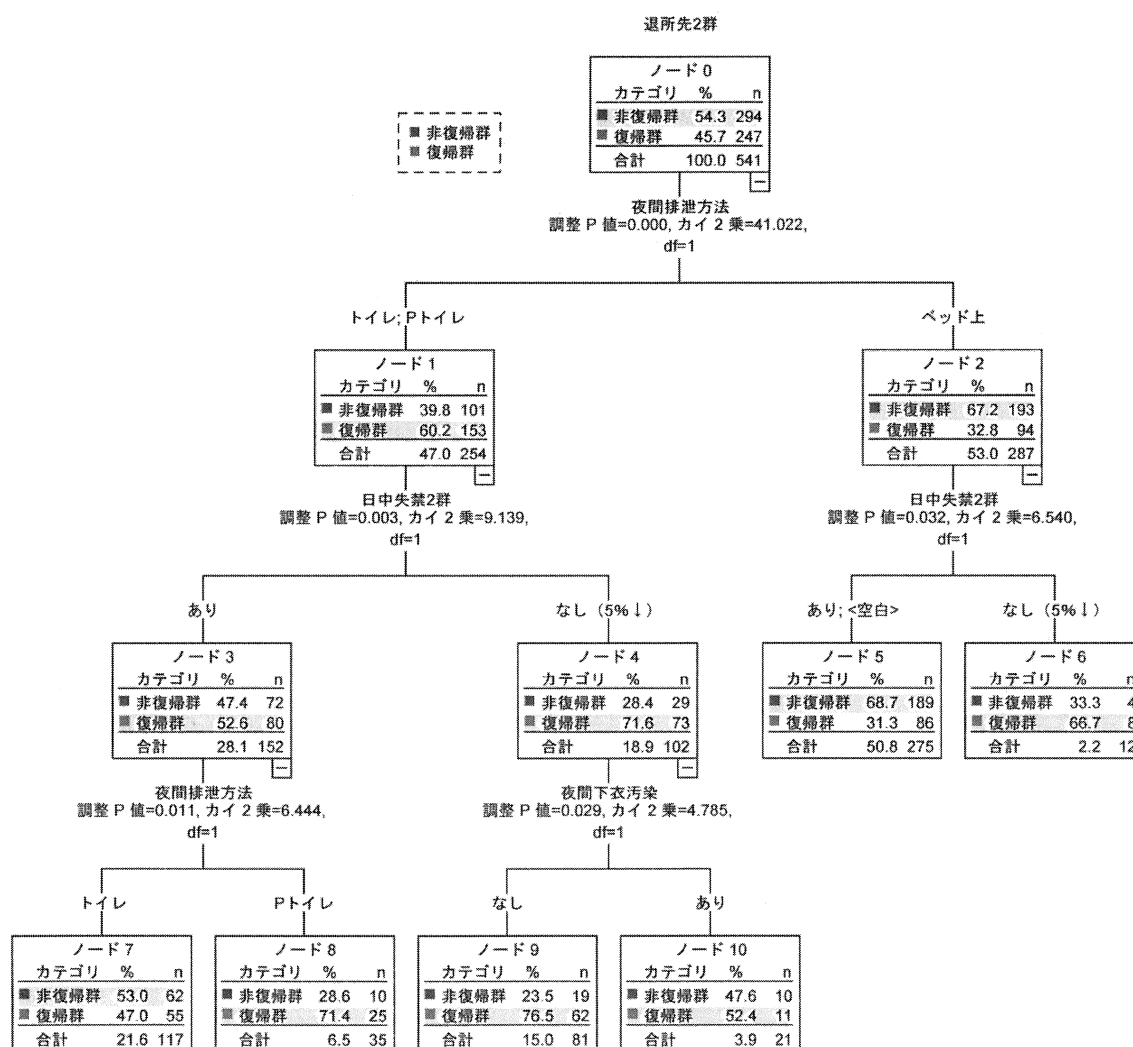


2) 排泄関連項目

図2に示した通り、第一分岐は「夜間排泄方法」で、ノード1とノード2に分岐した ($p<0.001$)。ノード2 (ベッド上) では287件中193件 (67.2%) が非復帰群であったが、ノード1 (トイレ、Pトイレ) では254件中153件 (60.2%) が復帰群であった。第3層では、ノード2に属する287件が日中失禁の有無により2つに分岐した ($p<0.05$)。日中失禁ありの場合は275件中189件 (68.7%) が非復帰群であった (ノード5)。ノード1に属する254件も、日中失禁の有無によって2つに分岐した ($p<0.01$)。日中失禁なしの場合は102件中73件 (71.6%) が復帰群であり (ノード4)、日中失禁ありの場合は、152件中、非復帰群は72件 (47.4%)、復帰群は80件 (52.6%) であった (ノード3)。第4層では、ノード4が夜間下衣汚染の有無で2つに分岐し、夜間下衣汚染が無い場合には81件中62件 (76.5%) が復帰群あった (ノード9) ($p<0.05$)。また、ノード3は夜間排泄方法で2つに分岐した ($p<0.05$)。

なお、夜間失禁の有無、日中排便方法、日中下衣汚染の有無、下剤服用の有無については有意な変数として採用されなかった。

図2 在宅復帰の可否に影響する排泄関連項目

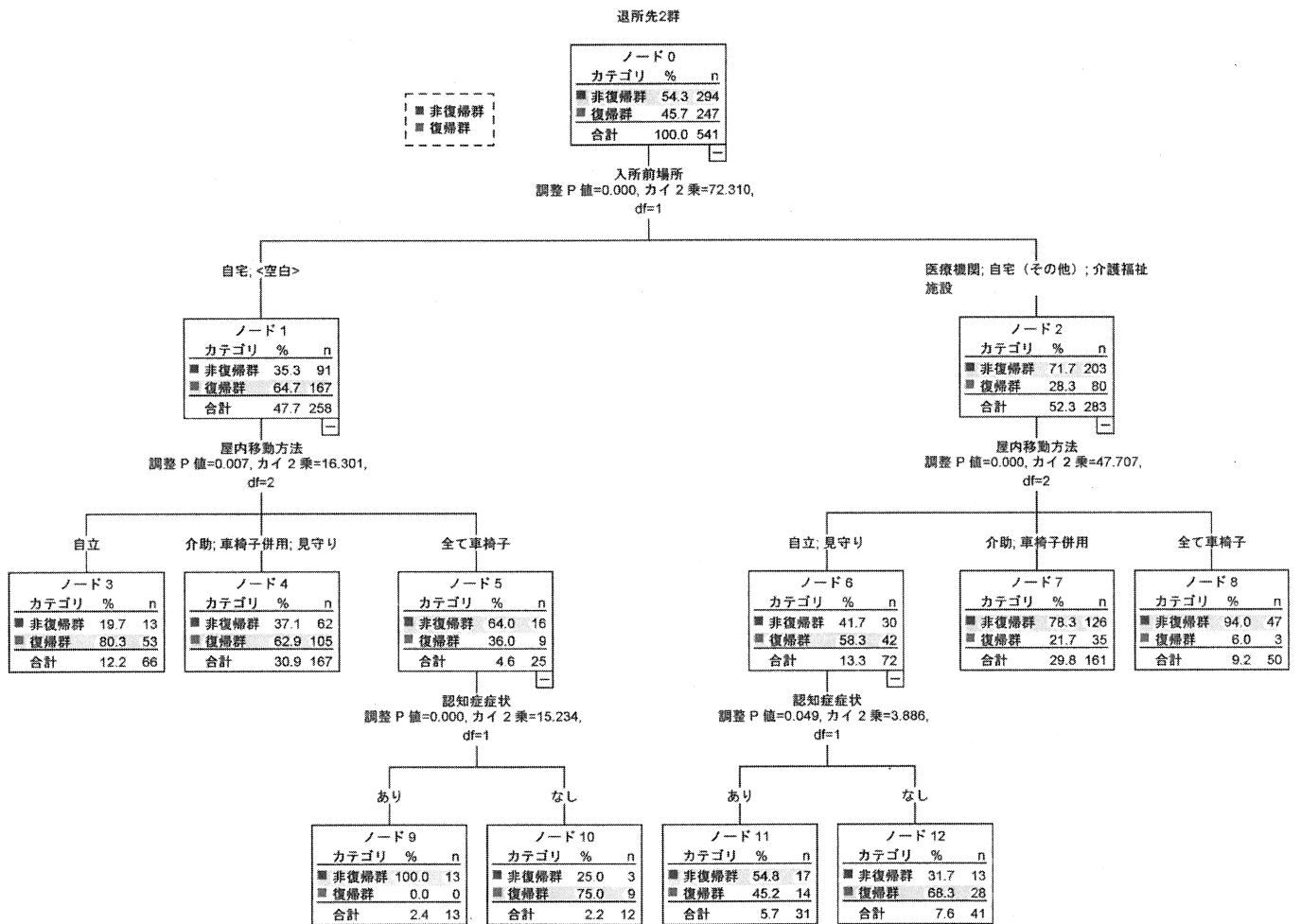


3) 入所前の場所、移動方法、認知症の有無の影響

図3に示した通り、第一分岐は「入所前場所」で、ノード1とノード2に分岐した ($p < 0.001$)。ノード2 (医療機関、自宅《その他》、介護福祉施設) では283件中203件 (71.7%) が非復帰群だったが、ノード1 (自宅) では258件中167件 (64.7%) が復帰群だった。第3層では、ノード2に属する283件が屋内移動方法によって3つに分岐した ($p < 0.001$)。屋内移動方法が全て車椅子の場合は50件中47件 (94.0%) が非復帰群、介助・車椅子併用の場合は161件中126件 (78.3%) が非復帰群だった。ノード1に属する258件も屋内移動方法によって3つに分岐し

た ($p < 0.01$)。屋内移動方法が自立の場合は66件中53件 (80.3%) が復帰群 (ノード3) であった。第4層では、ノード6に属する72件が認知症症状の有無によって2つに分岐した ($p < 0.05$)。また、ノード5に属する25件も、認知症症状の有無によって2つに分岐した ($p < 0.001$)。

図3 在宅復帰の可否と入所前の場所、移動方法、認知症の有無



2. 非復帰群と復帰群の基本情報、身体状況、ケア内容

表2に示した通り、夜間下衣汚染回数を除く全ての項目で有意差が認められた。復帰群は非復帰群に比べ年齢は有意に低く ($p<0.001$)、入所日数は有意に短かった ($p<0.001$)。また、BMIと血清アルブミン値は有意に高かった (いずれも $p<0.001$)。水分量は有意に多く、エネルギー摂取量は有意に

高かった (いずれも $p<0.001$)。開口度、舌突出度、意識・自発性、歩行距離、離床時間、外出回数については、いずれも復帰群は有意に高値であった ($p<0.001$)。日中失禁率、夜間失禁率は、いずれも復帰群は有意に低値だった ($p<0.001$)。日中下衣汚染回数についても、復帰群は有意に少なかった ($p<0.05$)。

表2 非復帰群と復帰群の基本情報、身体状況、ケア内容

項目	退所先2群	度数	平均値	標準偏差	中央値	四分位範囲	p値
年齢(歳) ¹⁾	非復帰群	294	87.2	6.3	87.0	83.0-92.0	0.000 ***
	復帰群	247	84.9	7.2	85.0	80.0-91.0	
入所日数(日) ²⁾	非復帰群	294	358.7	532.7	147.0	50.1-379.3	0.000 ***
	復帰群	247	152.4	304.8	88.0	48.0-124.0	
BMI ¹⁾	非復帰群	291	21.17	3.54	21.40	18.8-23.3	0.000 ***
	復帰群	246	22.29	3.28	22.30	20.2-24.6	
血清アルブミン値(g/dl) ¹⁾	非復帰群	280	3.39	0.49	3.40	3.1-3.8	0.000 ***
	復帰群	217	3.59	0.46	3.60	3.3-3.9	
開口度(mm) ¹⁾	非復帰群	285	38.71	10.01	40.00	35.0-45.0	0.000 ***
	復帰群	246	42.02	8.89	40.00	35.0-50.0	
舌突出度(mm) ¹⁾	非復帰群	284	31.98	15.67	35.00	30.0-40.0	0.001 **
	復帰群	246	37.09	12.39	40.00	32.8-45.0	
意識・自発性(点) ¹⁾	非復帰群	292	12.7	5.0	13.5	8.0-17.0	0.000 ***
	復帰群	247	16.8	3.2	18.0	15.0-19.0	
水分量(ml/日) ¹⁾	非復帰群	294	1458.4	429.2	1500.0	1177.3-1818.8	0.000 ***
	復帰群	247	1673.3	316.5	1800.1	1500.0-1850.0	
エネルギー摂取量(kcal/日) ¹⁾	非復帰群	294	1133.1	375.0	1200.0	941.5-1402.0	0.000 ***
	復帰群	247	1397.8	197.7	1442.0	1221.0-1563.1	
歩行距離(m/日) ²⁾	非復帰群	294	183.7	267.7	125.9	10.0-228.2	0.000 ***
	復帰群	247	379.4	398.6	261.0	143.6-498.0	
離床時間(時間/日) ¹⁾	非復帰群	293	11.2	4.7	13.0	10.0-14.0	0.000 ***
	復帰群	246	13.9	1.3	14.0	14.0-14.0	
外出回数(回/月) ¹⁾	非復帰群	294	2.8	3.3	2.0	1.0-3.3	0.000 ***
	復帰群	246	7.6	5.3	7.0	4.0-11.0	
日中失禁率(%) ²⁾	非復帰群	293	51.9	34.6	53.8	18.1-85.2	0.000 ***
	復帰群	247	31.2	31.8	17.9	1.3-56.5	
日中下衣汚回数(回) ²⁾	非復帰群	294	2.7	4.5	1.0	0.0-4.0	0.033 *
	復帰群	247	2.0	2.9	1.0	0.0-3.0	
夜間失禁率(%) ²⁾	非復帰群	293	77.6	35.4	100.0	60.5-100.0	0.000 ***
	復帰群	247	52.7	44.1	56.3	4.5-100.0	
夜間下衣汚染回数(回) ²⁾	非復帰群	294	2.5	4.2	1.0	0.0-3.0	0.156
	復帰群	246	1.9	3.0	1.0	0.0-3.0	

1) 対応のないt検定

2) Mann-WhitneyのU検定

*:p<0.05, **:p<0.01, ***:p<0.001

VI. 考察

本研究では、在宅復帰強化型老健施設の過去52か月間（4年4か月間）、541名分の退所者データに基づき、在宅への非復帰群と復帰群に関連する要因を分析した。自立支援介護において健康を支える重要なケア項目として位置づけている「水分」「栄養」「運動」「排泄」の4項目に関して決定木分析を行った結果、在宅復帰に最も強く影響していた基本ケア項目は「エネルギー摂取量」であり、エネルギー摂取量が1400kcal以上で、かつ常食、さらに夜間排泄方法がトイレまたはPトイレの場合に復帰群の割合が高かった。他方、エネルギー摂取量が778.5kcal以下の場合や、エネルギー摂取量が778.5kcalから1173.0kcalの範囲で、かつ常食外の場合、あるいはエネルギー摂取量が1173.0kcalから1400.0kcalであっ

ても、歩行距離が80.8m以下で、かつ水分摂取量が1日あたり1500ml以下の場合には、非復帰群の割合が高かった。数値データで投入したエネルギー摂取量が第一分岐で「778.5kcal以下」、「778.5kcalから1173.0kcal」、「1173.0kcalから1400.0kcal」、「1400kcal以上」の4つに分類されたことは、決定木分析ならではの貴重な分析結果である。表2に示した通り、非復帰群のエネルギー摂取量の平均値は1133.1kcal/日であるのに対して、復帰群は1397.8kcalであり、非復帰群と比較して高い値を示した。同様に栄養状態の指標となる血清アルブミン値は、非復帰群が3.39 g/dlであるのに対して、復帰群は3.59 g/dlであり、非復帰群と比較して高い値を示した。Fujioら¹⁰⁾は、施設入所者と在宅要介護高齢者の栄養状態および心身機能の実態を調査した結果、エネルギー摂取量は、

施設入所者の平均は 1327.27 ± 244.44 kcal、在宅要介護高齢者の平均は 1389.06 ± 317.32 kcalと在宅の方が高かったこと、血清アルブミン値は、施設入所者の平均は 3.62 ± 0.42 g/dl、在宅要介護高齢者の平均は 3.82 ± 0.46 g/dlと在宅の方が高かったことを報告している。食形態についても同様で、施設入所者の常食率は51.8%、在宅要介護高齢者の常食率は76.9%だったことを報告している。これらのデータは、在宅要介護高齢者は施設入所者と比較して栄養状態が良好であることを示しているが、本研究結果もこの報告を支持したことから、栄養状態は在宅復帰への指標の一つになる可能性があるとして解釈できる。すなわち、本研究では、エネルギー摂取量1400kcal以上の場合には65.6%が在宅復帰しており、さらに、エネルギー摂取量1400kcal以上でかつ食形態が常食の場合には69.3%が在宅復帰していたことから、在宅復帰のためには、1400kcal以上のエネルギー摂取量と、常食摂取可能な状態であることが一つの指針になることが示唆された。

在宅介護を行っている家族を対象にした介護負担感に関する先行研究¹¹⁾では、排泄介助に関する介護負担感が上位に挙げられていたことから、本研究では排泄関連項目に限定して決定木分析を行った。その結果、在宅復帰に最も強く影響していた排泄関連項目は「夜間の排泄方法」であり、夜間の排泄方法がトイレまたはPトイレで、かつ日中の失禁がなく、加えて夜間に失禁による下衣汚染がない場合に、在宅復帰が最も多いことが分かった。他方、夜間排泄方法がベッド上で、かつ日中失禁ありの場合は、在宅復帰が困難であることが分かった。夜間排泄方法がトイレまたはPトイレだった254人を第二分岐、第三分岐と掘り下げていくと、第二分岐では日中失禁なしの場合は71.6%が在宅復帰、さらに、そのうち夜間下衣汚染なしの場合は76.5%が在宅復帰していたことから、排泄の自立が在宅復帰にとって重要であることが示唆された。

さらに本研究では、入所前の場所、移動方法、認知症状の有無が在宅復帰の可否に与える影響について分析したところ、入所前の場所が強く関連しており、自宅からの入所者は64.7%が在宅復帰していたが、自宅外からの入所者の在宅復帰はわずか28.3%であった。老健施設は病院と在宅をつなぐ中間施設という趣旨を鑑みれば、入所前の場所が自宅以外であっても、もう少し高い在宅復帰率を期待したいところであるが、在宅強化型老健施設であってもこの数値だということを現状として把握しておく必要があると考える。入所前の場所が自宅で、かつ屋

内移動方法が自立の場合には80.3%が在宅復帰していたが、入所前の場所が自宅であっても、屋内移動方法が「介助、車椅子併用、見守り」の場合の在宅復帰率は62.9%、屋内移動方法が「全て車椅子」の場合の在宅復帰率は36.0%であった。また、入所前の場所が自宅以外で、かつ屋内移動方法が車椅子の場合には94.0%が非復帰群であった。これらの結果から、屋内移動方法が在宅復帰の可否に強く影響していることが示唆された。この理由としては、介護におけるADLの構造が影響していると推察する。食事にせよ排泄にせよ、それぞれのADLにはその行為をどこで行うかという場所の問題を内包している¹²⁾。屋内での移動に介助が必要な場合には、「個々のADLを行う場所までの移動」に介助が必要になることから、介助が必要な場面が増加することになる。また、わが国の一般的な家屋では、車椅子での屋内移動は困難であることが想定される。前述の通り、在宅介護を行っている家族を対象にした介護負担感に関する先行研究¹¹⁾では排泄介助の介護負担感を挙げていたが、本研究結果から、排泄に限らず、屋内移動も含めた介護負担感が在宅復帰の阻害要因になっているのではないかと考える。

本研究の限界と課題としては、分析対象データが在宅強化型老健施設の要件を満たしている老健施設Aのみのデータであることが挙げられる。また、在宅介護が可能な家族の状況や、退所後の居宅介護サービスの影響など、在宅復帰の可否に影響を与えられようとする要因が調査項目として網羅されていないことも課題である。今後は、他の施設からのデータ収集も検討するとともに、調査項目の検討を重ねながら研究を継続していく必要があると考える。

VII. 結語

本研究では、在宅強化型老健施設の過去52か月間、541名分の退所者データを用いて、在宅復帰の可否に影響する要因を分析した。その結果、基本ケア項目ではエネルギー摂取量と食事形態が強く影響しており、1日あたり1400kcal以上のエネルギー摂取量かつ常食摂取が在宅復帰するうえで重要である可能性が示唆された。また、排泄については、夜間の排泄をトイレまたはPトイレで行うことが在宅復帰に最も強く影響しており、次いで日中の失禁の改善と、夜間の失禁による下衣汚染を改善することが重要である可能性が示唆された。さらに、入所前の場所が自宅以外で、かつ屋内移動方法が車椅子の場合、在宅復帰が極めて困難であったことから、自宅以外からの入所者

に対しては、屋内移動の自立に向けた支援の必要性が示唆された。

謝辞：調査にご協力いただいた老人保健施設Aの皆様にご感謝申し上げます。

本研究はJSPS科研費JP16K04210（代表：古川和稔）の助成を受けたものです。

【引用文献】

- 1) 公益社団法人 全国老人保健施設協会（編）：平成28年度版介護白書—老健施設の立場から—, 78, オフィスTM, 2016.
- 2) 公益社団法人 全国老人保健施設協会（編）：介護老人保健施設 在宅支援推進マニュアル 総論・入所編, 2-11, リベルタス・クレオ, 2015.
- 3) 前掲1), 10-13.
- 4) 公益社団法人 全国老人保健施設協会：介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援を支える医療のあり方に関する調査研究事業 報告書, 5 (2013).
- 5) 中村豪志：介護老人保健施設から在宅復帰するための要因, 理学療法科学, 31 (5) : 765-769 (2016).
- 6) 畠山玲子, 増満昌江, 大澤一郎, ほか：介護老人保健施設における在宅復帰支援の実態調査, 神奈川工科大学研究報告, A・B, 人文社会科学編・理工学編 Research reports of Kanagawa Institute of Technology. 神奈川工科大学 編, (40) : 71-80, (2016).
- 7) 林由美子：在宅復帰支援の推進要因 介護老人保健施設職員に対するフォーカス・グループ・インタビューより, 中部学院大学・中部学院大学短期大学部 研究紀要, 16 : 103-112 (2015).
- 8) 竹内孝仁：新版 介護基礎学 高齢者自立支援介護の理論と実践, 第1版, 2, 医歯薬出版, 2017.
- 9) 前掲8), 19-20.
- 10) Yuko FUJIO ,Noriko OGAWA ,Megumi KODAIRA, et al : Indices of Undernutrition in the Care-dependent Elderly, Asian Journal of Human Services 10 : 16-24 (2016) .
- 11) 中村豪志：在宅復帰・在宅生活継続のためにどのような支援が必要か 地域包括ケアシステムを見据えて, 理学療法学Supplement, 2013 (0) : 0663 (2014).
- 12) 前掲8), 7-8.