

2024 年度博士論文(要旨)

高齢脳卒中患者の自宅退院を可能にする多職種介入に関する研究
—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関わりから—

桜美林大学大学院 老年学研究科 老年学専攻

今村 嘉子

目 次

第1章 序章

第1節 研究の背景	1
1. 脳卒中患者の現状	1
2. 回復期リハビリテーション病棟における高齢脳卒中患者の退院支援の現状	1
3. 回復期リハ病棟における高齢脳卒中患者の退院を支援する多職種介入と連携の課題	1
第2節 本研究の目的と構成	1
1. 研究目的	1
2. 本研究の構成	2

第2章 研究1 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介入の内容と課題

ー回復期リハ病棟の医療専門職に対する Focus Group Interview 結果からー

1. 研究目的	2
2. 研究方法	2
3. 倫理的配慮	2
4. 結果	2
5. 考察	2

第3章 研究2 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

1. 研究目的	3
2. 研究方法	3
3. 倫理的配慮	4
4. 結果	4
5. 考察	4

第4章 研究3 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

ー退院後の患者の生活機能および主観的 QOL の状態からの評価ー

1. 研究目的	5
2. 研究方法	5
3. 倫理的配慮	6
4. 結果	6
5. 考察	7

第5章 総合考察

参考文献	11
------	----

第1章 序章

第1節 研究の背景

1. 脳卒中患者の現状

2022年の65歳以上の要介護者の介護が必要になった主な原因では「認知症」が23.6%で最も多く、次いで「脳血管疾患（脳卒中）」が19.0%と第2位となっている¹⁾。脳卒中患者は、上下肢の麻痺に代表される心身機能の後遺症や後遺症に伴う日常生活動作（Activities of Daily Living, ADL）の制限を来すため、退院後の在宅生活を充実させることは必須の課題である²⁻⁴⁾。脳血管疾患の既往をもつ在宅療養者のQuality Of Life（以下、QOL）では、高齢者は壮年者に比べ、ADL自立度及び失禁や排泄といった介護負担度に影響する項目がQOLに特に強く影響していることが明らかにされている⁵⁻⁹⁾。

しかし、脳卒中患者のQOLの日本における検討は十分ではなく、実態は十分把握されているとはいえない¹⁰⁻¹²⁾。

2. 回復期リハビリテーション病棟における高齢脳卒中患者の退院支援の現状

脳卒中は回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）入院患者の約半数を占める¹³⁾。脳卒中患者および高齢患者本人の機能回復には運動麻痺などの後遺症や認知機能低下からの完全脱却は厳しい実態があり、患者・家族の希望とは異なる転帰先選定となることが指摘されている¹⁴⁻¹⁶⁾。また、回復期リハ病棟退院後の在宅生活において、脳卒中患者のADL能力は経時的に低下することが明らかになっている¹⁷⁾¹⁸⁾。回復期リハ病棟退院後の日常生活活動能力の変化については、在宅時の活動範囲拡大を意図した指導がその維持や改善に寄与する可能性が示されている¹⁹⁾。さらに、脳卒中患者のリハビリでは、機能回復や能力改善に加え、社会復帰後の生活機能と主観的満足感の維持・向上が重要な課題となっている²⁰⁾²¹⁾。これらを実現するためには、回復期リハ病棟退院後の役割獲得を見据えた入院中からの多職種間の連携による介入が必要とされている²²⁾²³⁾。

3. 回復期リハ病棟における高齢脳卒中患者の退院を支援する多職種の介入と連携の課題

回復期リハ病棟では、医療・介護・生活支援など多様な問題を抱える高齢者に対し、入院時より退院に向けて多職種の専門職が連携し介入する。在宅生活への移行期における必要な支援は退院後の生活に焦点を合わせた入院中から退院後までの継続した支援が必要である²⁴⁾。脳卒中患者のリハビリにおいては、機能回復や能力改善のみならず、いかにして社会復帰後の生活機能と主観的な満足感の維持、改善を目指すかが重要な課題である。環境調整や在宅サービス、施設サービスを利用するにあたっては、ケアマネジャーと病院の医療SWを中心とした専門職との密な医療・介護・福祉の連携が不可欠であるが、回復期リハ病棟においては、職種による認識の差、場や時間の共有が少ないこと、システムや環境が連携の阻害要因となっていることが指摘されている²⁵⁾²⁶⁾。しかし、在宅生活を支える多職種連携の実態や構造に関する把握は不十分であり、またどのように活用されているのかは明確ではない。

第2節 本研究の目的と構成

1. 研究目的

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を解明することを目的とした。

2. 本研究の構成

本研究は、次の研究から構成される。研究 1 では、回復期リハ病棟から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関わった医療専門職に対する FGI により多職種による介入の内容と課題を質的に明らかにする。研究 2 では、回復期リハ病棟から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(研究 1 の対象患者)を退院後に担当したケアマネジャーの介入の内容と課題を質的に明らかにする。研究 3 では、高齢脳卒中患者の自宅退院を支援する多職種の介入と課題について、回復期リハ病棟から自宅退院した高齢脳卒中患者および介護者に対する質問紙調査を行い、退院後の生活機能および主観的 QOL の状態から評価する。

第 2 章 研究 1 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 ー回復期リハ病棟の医療専門職に対する Focus Group Interview 結果からー

1. 研究目的

回復期リハ病棟から自宅退院が可能となっ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(以下、FGI)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ことを目的とする。

2. 研究方法

1) 研究対象者の概要

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を担当した回復期リハ病棟の医療専門職である医師、PT、OT、ST、担当看護師、医療 SW または退院調整看護師、管理栄養士とした。

2) 調査方法

対象患者 1 事例ごとにインタビューガイドに沿った FGI を行った。新型コロナウイルス感染症対策のため 7 例のうち 5 例は、Zoom によるオンラインインタビューを行った。インタビューは 2021 年 7 月から 2022 年 5 月の間に行った。

3) 分析方法

安梅の「グルーピングインタビュー法」²⁷⁾²⁸⁾の分析方法の手法を用い、1 事例ごとに FGI の逐語記録を作成し、重要事項の抽出である一次分析、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抽出しコード化、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した。

3. 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)。

4. 結果

カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを『 』で表記する。

【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、嚥下障害に応じた 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】の 6 カテゴリーが抽出された。【退院後の患者把握の課題】では、『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』の 2 サブカテゴリーが抽出された

5. 考察

今回の FGI の対象となった事例において、医師が患者の状態から自宅退院は厳しいと判断した際、担当した医療 SW、退院調整看護師は、患者・家族の自宅退院の意向が変わらないことを確認したう

えで、複数回医師に掛け合い、異なる専門職種で自宅退院が困難とされた問題点を検討できたことが困難な課題に対応できた要因と考えられる。

また、回復期リハ病棟で退院支援における院内職種とケアマネジャーなどの院内と院外の多職種間の連携と情報共有における病棟側の課題としては、患者・家族への退院後の生活を想定した情報提供、病棟側の情報提供窓口の一本化、入院早期からのケアマネジャーへの情報提供、院内情報の共有体制の構築があげられている²⁹⁾。今回の FGI の事例では、入院早期からケアマネジャーへの情報提供を行い、自宅退院の問題点を多職種で検討していた。このことにより、自宅退院を支援するために必要な病院側・在宅側・患者それぞれの考える連携の目的が一致したことにより、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。

高次脳機能障害は治療やリハビリに支障を来し、自宅退院の可否を左右する要因となる³⁰⁾³¹⁾。医師は、過鎮静でリハビリが中断しないように症状のコントロールを行い、退院後の生活を想定したリハビリを行った結果、患者の Functional Independence Measure（以下、FIM）の値は低値であったが、改善した状態で自宅退院していた。また、高齢脳卒中患者に摂食嚥下障害がある場合、退院先は非自宅となる傾向がある³²⁾。回復期リハ病棟では、入院時に医師、ST が中心となり摂食嚥下機能の評価を行い、経口摂取の再獲得を目指したセラピストによる摂食嚥下訓練、看護師、管理栄養士による段階的な食形態のアップのための介入を行ったことにより、経口摂取が可能な状態となり自宅退院できたと考えられる。

今回の FGI の結果より、患者、家族が自宅退院の意向を示した場合には、FIM のデータに限らず、入院早期から患者の自宅退院に関する課題について医療チーム内で協議し、自宅での生活を想定した集中的な個別リハビリ、生活支援と介護指導を行うことにより自宅退院が可能となる構造とプロセスが明らかになった。自宅退院の課題を検討する段階から、医療 SW、退院調整看護師と在宅生活を支援するケアマネジャーとの連携が円滑に行われることにより、自宅退院が困難とされた高齢脳卒中患者の自宅退院が可能となることが明らかになった。

多職種チームのモデルとして、multidisciplinary model, interdisciplinary model, transdisciplinary model が主に用いられている³³⁻³⁷⁾。本研究で FGI の対象となった医療チームは 1 つの目標に対して医療専門職が緊密に相互連携したことにより相互作用が高く、患者の状況や治療方針についての理解が統一され、自宅退院を可能にするために医療チームが円滑に機能したことから、多職種連携モデルでは、interdisciplinary model が機能したと考えられる。

第 3 章 研究 2 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

1. 研究目的

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。

2. 研究方法

1) 調査対象

研究 1 で選定した 4 施設の回復期リハ病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。

2) データ収集期間

2021 年 7 月 19 日～2022 年 6 月 23 日

3) データ収集方法

対象患者を担当したケアマネジャーが所属する施設の管理者およびケアマネジャーに研究の趣旨を口頭および文書にて説明し、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。ケアマネジャーには、高齢脳卒中患者が回復期リハ病棟から自宅退院後 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した。

4) 分析方法

1 事例ごとにインタビューの逐語記録を作成し、自宅退院に困難を伴う高齢脳卒中患者に対しケアマネジャーが介入した内容に関する文脈を抽出し、意味内容の類似しているコードを抽出しサブカテゴリ、カテゴリへと分類した。

3. 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)。

4. 結果

自宅退院に困難を伴う高齢脳卒中患者に対するケアマネジャーの介入の内容と課題について、カテゴリを【 】で表記する。

【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】のカテゴリが抽出された。

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では、【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】が抽出された。

5. 考察

1) 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を担当したケアマネジャーの介入

ケアマネジャーは、患者が入院中にリハビリで獲得した移動動作、摂食嚥下状態の確認および介護者の介護状況を確認し、退院後の状態に応じて在宅生活を支援する専門職と連携し、支援していた。具体的には、《デイサービスの時に排便が出るように医師に薬のコントロールを相談し調整した》《排尿習慣をつけるためにデイサービスのときに時間を決めてトイレに座らせるようにした》など、医師やデイサービスの職員と調整していた。ケアマネジャーは、自宅退院が決定した段階から回復期リハ病棟の医療専門職と連携し、自宅退院後も切れ目なく医療連携、介護連携の両面から退院後の患者・家族の支援を行うことにより、自宅退院が困難とされた高齢脳卒中患者の自宅退院後の生活を継続できたと考えられる。

一方、対象となった患者は、呼吸状態や摂食嚥下状態の観察など、退院後も医療的判断が必要な事例であった。医療依存度の高い患者の自宅退院は年々増えていく傾向にあり、訪問診療、訪問看護師との連携が不可決となるが、ケアマネジャーの看護師等の医療系資格保有者は減少している³⁸⁾。医学的介入が必要な患者を支援するためには、ケアマネジャーは、訪問診療医、訪問看護師と連携をさらに強化し、タイムリーに医学的支援が受けられるような体制を整える必要がある。

2) 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

病院の医療専門職との医学的な情報共有の不足を課題としてあげていた。今回、2 事例が、退院後に脳梗塞後のてんかん発作を起こしていたが、病院の医師から、てんかんなど緊急時の対応に関する医学的情報が十分得られないことを指摘していた。今後、医療依存度の高い患者が自宅退院するケースは増えていくと予測される。在宅での生活を支えるためには、医療機関と在宅介護の連携が必要である。また、脳卒中患者の退院後のリハビリの継続は重要であるが、リハビリの継続、ST の新規開始が難しい³⁹⁾ ことを課題としてあげており、地域の医療、提供されるサービスの地域格差⁴⁰⁻⁴³⁾ など、回復期リハビリから生活期リハビリへの移行には課題が多いことを指摘していた。

また、インタビューした全員のケアマネジャーが、介護保険の区分支給限度額内での調整に苦慮しており、介護保険制度の制約を課題と捉えていた。厚労省は、令和 6 年度介護報酬改定の主な事項について、総合医学管理加算の見直し、療養通所介護における医療ニーズを有する中重度者の短期利用の推進など柔軟なサービス利用の促進を挙げており⁴⁴⁾、利用者の状況に応じた柔軟なサービスの利用の促進が望まれる。

第 4 章 研究 3 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—

1. 研究目的

回復期リハ病棟から自宅退院した高齢脳卒中患者の退院後の生活機能（ADL）および主観的 QOL の状態の評価を行い、高齢脳卒中患者の自宅退院に関わった多職種の介入の効果およびその影響要因を明らかにすることを目的とした。

2. 研究方法

本研究の対象は、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 117 人と介護者を対象とした。

1) 調査項目

研究 1, 2 の結果から、調査項目は、年齢、性別、主要疾患、調査時の ADL、退院後から調査時の ADL の変化、病院で受けたリハビリの活用（以下、リハビリの活用）、病院で受けた介護指導の活用（以下、介護指導の活用）、訪問介護、訪問看護、訪問診療、訪問リハビリ、通所介護、通所リハビリ、退院後の経過、介護者の同居、介護者の健康状態とした。リハビリの活用、介護指導の活用については 4 件法で回答を得た。

2) ADL の各項目の退院後から調査時の変化については、「退院後よりもスムーズにできている（以下、改善）」「変わらない（以下、不変）」「退院後よりもできなくなった（以下、悪化）」の 3 件法で回答を得た。

3) 主観的 QOL については、Lawton が開発した改訂 PGC モラルスケール（Philadelphia Geriatric Center Morale Scale）日本語版を用いた。

4) 分析方法

退院時から調査時の ADL の変化について改善群と不変・悪化群の 2 群の特徴を把握するために χ^2 検定を行い、各々の変数が ADL の改善に及ぼす独立した影響要因を検討するため、従属変数に ADL の変化（改善=1、不変・悪化=0）、独立変数に、性別、主要疾患、退院後経過、リハビリの活用、介護指導の活用、各種介護保険サービスの利用、介護者の同居、介護者の健康状態を投入した二項ロジスティック回帰分析（ステップワイズ：条件付変数増加法）を行った。

退院後の主観的 QOL の要因は、PGC モラールスケールを従属変数とし、リハビリの活用、介護指導の活用、各種介護保険サービスの利用を独立変数とした一般化線形モデルにより分析した。共変量として、年齢、性別、脳卒中の病型、退院後経過、介護者の同居の有無、介護者の健康状態を投入した。

3. 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 22043)。

4. 結果

1) 高齢者・介護者の属性

対象者の平均年齢は 78.7 歳で、男性が 59.8%を占めた。原因疾患は、脳梗塞が 65.0%であり、退院してからの経過は、2 年以上が 51.3%を占めた。主たる介護者の年齢区分は 75 歳～84 歳が 30.8%であり、介護者の性別は、女性が 71.8%、患者との関係は、配偶者が 61.5%であった。患者との同居については、脳卒中発症前からの同居が 8 割を占めていた。

2) 回復期リハ病棟の退院後調査時までの ADL の変化

回復期リハ病棟退院後、調査時まで ADL が改善した人の割合が多かった項目は、食事の形態、食事の自立であり、退院後より悪化した人の割合が比較的高かった項目は、屋外移動であった。

3) 回復期リハ病棟から退院後の ADL の変化に影響を及ぼす要因

二項ロジスティック回帰分析の結果、退院後の ADL の変化に有意に影響を及ぼした要因は、リハビリの活用、訪問看護、介護者の健康状態であった。

屋内移動の改善には、リハビリの活用有り (OR : 3.18, 95%CI:1.16-8.71)。トイレ移動の改善には、訪問看護の活用有りが不変・悪化に関連していた (OR : 0.20, 95%CI : 0.05-0.79)。食事の自立の改善には、リハビリの活用有り (OR : 5.71, 95%CI : 1.58-20.67)、訪問看護の活用有り (OR : 4.65, 95%CI : 1.17-18.47) が有意に関連していた。食事の形態の改善には、リハビリの活用有り (OR : 4.94, 95%CI : 1.53-16.00) が有意に関連し、屋外移動の改善 (OR : 3.18, 95%CI : 1.16-8.71)、服薬の改善 (OR : 3.16, 95%CI : 1.10-9.09) には、介護者の健康状態が良いことが関連していた。

リハビリの活用と訪問看護の利用の双方とも有意に ADL の改善に関係していた食事の自立度の改善について、多職種関わりの重要性を検討するため、独立変数間の相加作用を検討した結果、リハビリの活用と訪問看護の双方の利用がある群では、それぞれ単独の利用よりも改善の度合いが大きくなる傾向がみられた。

4) QOL に影響を及ぼす要因

QOL に関連する要因について検証するために、一般化線形モデルによる多変量解析を行った結果、訪問リハビリの利用、介護者が同居していることが有意に関連していたが、その他の変数の関連は認めなかった。

PGC モラールスケール総点に関連する要因は、訪問リハビリの利用 ($\beta=3.564$, $p=0.001$) および、介護者の同居有が有意に関連していた ($\beta=3.146$, $p=0.009$)。

心理的動揺に関連する要因では、訪問リハビリの利用 ($\beta=1.531$, $p=0.004$)、介護者の同居有 ($\beta=1.318$, $p=0.020$) が関連していた。孤独感・不安感に関連する要因においても、訪問リハビリの利用 ($\beta=1.223$, $p=0.013$)、介護者の同居有 ($\beta=1.458$, $p=0.006$) が関連していた。老いに対する態度では、訪問リハビリの利用 ($\beta=0.811$, $p=0.012$) のみが有意な関連を認めた。

また、QOL と原因疾患との関連については、脳出血は脳梗塞、くも膜下出血に対し、老いに対する態度(満足感)が低くなる傾向がみられた ($\beta=-1.019$, $p=0.043$)。

5. 考察

1) 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への介入

退院時から退院後の調査時までの ADL の変化に関連する変数の独立した影響を検討するため、二項ロジスティック回帰分析を用いた多変量解析を行った。その結果、退院時から退院後の調査時までの各 ADL の変化では、屋内移動の改善、むせ嚥下、食事の自立、食事の形態の改善に病院で受けたリハビリの活用が有意に関連していた。脳卒中の場合、心身機能の後遺症や後遺症に伴う ADL の制限を来すため、疾病や障がい治すことは難しくても、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の役割が求められている⁴⁵⁾。退院後の患者の ADL の維持のためには在宅での継続的なリハビリが有効である⁴⁶⁻⁴⁸⁾。多職種間で情報共有し退院後に継続してリハビリを受けた患者は、転帰が良好で自宅で過ごす時間が長くなる⁴⁹⁾⁵⁰⁾。トイレ移動については、多変量解析では有意ではなかったが単変量解析では、リハビリを活用していない群は、不変・悪化の割合が高くなっていた。脳卒中患者の在宅復帰に影響する要因を検討した先行研究では、トイレ移乗に有意なオッズ比が示されている⁵¹⁾。退院後の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継続に関連している可能性が示唆された。

退院時から退院後の調査時までの各 ADL の変化では、むせ嚥下、食事の自立、食事の形態の改善に病院で受けたリハビリの活用が有意に関連していた。脳卒中患者の自宅退院に影響を与える因子に退院時の嚥下レベルがあげられており、退院後に摂食嚥下機能を低下させないためには、摂食嚥下状態の観察、ポジショニングの支援等、リハビリの継続が必要である。今回、むせ嚥下、食事の自立、食事の形態の改善にリハビリの活用が有意に関連したことは、摂食嚥下に関する ADL を維持するためには、退院後もリハビリが必要であることを示しており、先行研究を支持する結果であった。退院後に高齢脳卒中患者の摂食嚥下機能を低下させないために、在宅生活を支援するケアマネジャーは、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が必要である。本研究対象者のうち訪問看護を利用していた患者は多くはなかったが、食事の自立の改善には、訪問看護を利用していることが関連していた。高齢脳卒中患者の摂食嚥下機能は低下しやすく、誤嚥性肺炎にもつながりやすいため、退院後も摂食嚥下障害の経過観察、患者の全身状態や嚥下機能の変化に対応し、低栄養や脱水などの合併症や肺炎を予防することが重要である。医学的介入が必要な患者の自宅退院は年々増加している⁵²⁾。訪問看護の役割として、多職種協働による患者への医療の提供、日常生活支援、家族への支援等があり、具体的な援助内容として、病状観察、本人の療養指導、リハビリテーション、家族等の介護指導・支援、栄養・食事の援助等がある⁵³⁾。訪問看護の内容は対象となる患者の状態によって異なるが、食事に関する支援では、嚥下状態の観察、摂食嚥下の指導、食事支援に関する家族への支援などが含まれるため、今回対象となった患者に対する訪問看護において、食事に関する支援が行われていたと推察できる。

さらに、リハビリの活用と訪問看護の利用の双方とも有意に ADL の改善に関係していた食事の自立度の改善について、多職種の関わりの重要性を検討するため独立変数間の相加作用を検討したところ、リハビリの活用および訪問看護の利用の両方とも利用している群では、有意差は認められなかったものの、リハビリの活用、訪問看護の利用それぞれ単独の利用よりも改善の度合いが大きくなっていた。身体機能の強化を図るリハビリ専門職と、栄養管理や食事摂取のサポートなどの医療ケアや生活支援を行う訪問看護師が協働で、食事動作の改善に向けた短期・長期的な目標を設定し、定期的な連絡や情報共有をし、家族に対して指導を行うことにより、身体機能と生活支援の両面からの支援が可能となり、患者の食事動作がより改善するものと考えられる。高齢脳卒中患者が自宅退院後にリハビリと

訪問看護という 2 職種を利用するために、ケアマネジャーは両サービスを結びつけるよう調整を行うなど、多職種の連携の重要性を示唆する結果と考えられる。

また、屋外移動、服薬動作の改善には、介護者の健康状態が良いことが有意に関連していた。患者の ADL と介護者の介護負担との関係では、要介助の割合が高かった項目には、セルフケアでの排泄、移乗動作、移動での歩行、車いすの支援等があげられ、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となることが多い⁵⁴⁾。服薬については、脳卒中患者は退院後も高血圧治療薬、抗凝固剤や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、介護者が必要であることが指摘されている⁵⁵⁾ため、介護者が日常生活で頻度が高い屋外移動や服薬動作の介護を果たしていたと考えられる。また、介護者の健康状態は、介護者の QOL に影響を及ぼす因子であることが示された。特に配偶者の介護については、介護者の QOL を維持するために、様々な保健・社会サービスの利用が包括的に提供されなければならない⁵⁶⁾。今回の調査では、介護者は配偶者が最も多く、患者との同居の割合が高かったことより、老老介護の状態であると考えられる。高齢脳卒中患者の在宅での生活を継続するためには、患者への支援のみならず、介護者に対しても健康状態の確認や介護負担への支援が必要である。

今回の調査から、病院の医療専門職と退院後の在宅生活を支援する専門職に至るまでのシームレスな多職種連携が重要であることが確認された。回復期リハ病棟の専門職は、退院後の生活を想定した患者・介護者を含めた支援のための介入が必要である。退院後は、ケアマネジャーが継続して患者および介護者の介護状況、健康状態を確認し、必要時は通所介護や訪問介護などの関連する専門職との調整サービスの調整を行い、介護負担の軽減につながるよう支援することが必要である。病院の医療専門職と退院後の在宅生活を支援する専門職に至るまでの多職種連携が必要である。

2) 自宅退院後の患者の QOL の状況

対象の PGC モラールスケールの得点は 7.6 ± 4.3 であった。高齢脳卒中患者は後遺症や加齢による身体の不自由さ、他者との交流が少ないことなどから PGC モラールスケール得点が低くなっていると考えられる。

3) 高齢脳卒中患者の自宅退院後の ADL と QOL との関連

今回の調査では、自宅退院後の ADL 得点と PGC モラールスケールとの有意な関連は認めなかった。在宅で生活する高齢者の QOL と ADL との関連に関する先行研究では、結果が分かれており一定の見解に至っていない。自宅退院した急性期脳卒中患者の健康関連 QOL と身体機能および ADL に関する検討では、自宅退院した患者の日常生活活動変化量では、経過に伴い健康関連 QOL と中等度の関連があることを明らかにした報告⁵⁷⁾、ADL が改善すると QOL が向上したとの報告⁵⁸⁾⁵⁹⁾がある。一方では、慢性期脳血管障害患者を対象とした研究では、身体機能に改善がみられても QOL は変化しなかったと報告している⁶⁰⁾。在宅高齢片麻痺脳卒中患者の QOL を向上させるためには、ADL の自立性を向上させ、寝たきり度や要介護レベルを下げるための継続的なリハビリテーションが必要であり⁶¹⁾、在宅脳卒中患者の社会参加の促進や社会生活の維持、外部環境は、健康関連 QOL の向上に重要であることが指摘されている⁶²⁾。ADL と QOL の関連については、縦断的研究により分析を深めていくことが課題である。

4) 高齢脳卒中患者の自宅退院後の QOL に影響を及ぼす要因と医療専門職の介入

一般化線形モデルによる多変量解析の結果、QOL に影響を及ぼす要因は、訪問リハビリの利用、介護者の同居有が有意であった。訪問リハビリの利用では、PGC モラールスケール総点、心理的動揺、孤独感・不安感、老いに対する態度のすべての項目で有意に良好であった。訪問リハビリの利用者は、

後期高齢者（75 歳以上），要介護 3 から 5 が多く，生活機能の低下した高齢者が多く，退院後のリハビリ利用では，訪問リハビリの利用が最も多く 4 割を占めている⁶³⁾．今回の調査対象は，訪問リハビリの利用者 23 人中 17 人が 75 歳以上であり，13 人が要介護 3～5 であったことは同様の傾向といえる．訪問リハビリの目的は，運動機能面の維持・向上や心身の活動性の向上のほか，QOL の向上を図っていく点に重要な役割がある⁶⁴⁻⁶⁶⁾．退院支援後の患者に対する調査では ADL，QOL の維持のためには在宅での継続的なリハビリが有効であることが示されている⁶⁷⁾．訪問リハビリの効果は，移乗面で利用得点が上昇しており，実際の生活場面における移乗などの生活能力の向上に寄与している可能性が示唆されている⁶⁸⁾．訪問リハビリを利用した高齢者の生きがい感に及ぼす効果では，明らかな有意差を認めず，実生活上直面する課題に関する介入と QOL への肯定的作用は生じにくいことを示す先行研究⁶⁹⁾があるが，高齢者の生活環境の場で個別に実施される特徴があり，継続することで効果が得られる可能性が高い．今回の調査で QOL の向上に影響を及ぼす要因として訪問リハビリが有意であったことは，訪問リハビリは個々の生活場面に合わせたリハビリを実施するため，セラピストとのコミュニケーション，交流の機会となり，生活上の課題に対する支援も行いやすく，患者の孤独感・不安感は軽減され，老いに対する態度（満足感）が良好であったと考えられる．今回の調査では，ADL と QOL の有意な関連は認めなかったが，訪問リハビリにより生活の活動範囲の拡大，ADL が改善し QOL が向上したとの報告⁷⁰⁾もあるため，高齢脳卒中患者が ADL を維持向上し，QOL の向上を目指すためには，ケアマネジャーが中心となり，リハビリ関連職種，医師，看護師らが連携し，患者の課題に取り組むことが必要である．

第 5 章 総合考察

本研究の目的は，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多職種の有効な介入と連携について検証することである．高齢脳卒中患者の退院後の生活機能および QOL を維持するために必要な要因を明らかにし，そのために必要な多職種連携の重要性を検討した．

1. 高齢脳卒中患者の自宅退院を支援するために必要な回復期リハ病棟内の連携と課題

回復期リハ病棟の医療専門職に対する FGI より，高齢脳卒中患者の自宅退院の可否については，医療専門職が医療 SW や退院調整看護師が中心となり，患者・家族の意向を確認し，病院内の医療専門職との連携および入院早期から，退院後に担当するケアマネジャーへの情報提供を行い自宅退院支援の可能性を探り，自宅退院が可能かを見極めていたことが明らかになった．医師が自宅退院が困難と判断した場合でも，医療 SW，退院調整看護師は，患者・家族の意向を確認し，医師に掛け合い，自宅退院が困難な問題点について，回復期リハ病棟の異なる専門職間，ケアマネジャーと協議し，退院後も継続できるリハビリの介入や介護者に対する介護指導，サービスの調整により自宅退院後の患者・介護者の困難な課題に対応できたことが自宅退院を可能にした要因と考えられる．

医療機関における多職種間の連携が促進されない要因として，医師に権限が集中しすぎていること，異なる専門職間で患者の状況や治療方針について情報共有が不十分なため理解が統一されないなどの問題がある⁷¹⁻⁷³⁾．患者の意見よりも専門職の意見が優先されることから生じる病院，在宅，患者それぞれの連携の目的が一致していないままで連携を押し進める連携目的の不一致が連携の阻害要因となっていることが指摘されている⁷⁴⁾．高齢脳卒中患者の場合，加齢に伴う症状，疾患の後遺症，心理社会的なサポートなどの多様であり複雑であることから，対応する医療専門職間の連携，協働を発展させることが必要である⁷⁵⁾．

また、多職種チームのモデルとして、multidisciplinary model, interdisciplinary model, transdisciplinary model が主に用いられている⁷⁶⁾。FGI の対象となった医療チームは、1つの目標に対して医療専門職が緊密に相互連携したことにより患者の状況や治療方針についての理解が統一され、自宅退院を可能にするために円滑に機能したと考えられる。多職種チームのモデルのうち、メンバー間の相互作用が高く、退院を目指したリハビリテーション病棟におけるチームである interdisciplinary model に相当すると考えられる。

高齢者の自立度、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や医師、医療 SW、看護師、リハビリ専門職など、複数の専門職自身が協働連携を促進するために果たす役割の解明は十分ではない⁷⁷⁾⁷⁸⁾。今後、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、実証的検証が必要である。

自宅退院した脳卒中患者に対する調査では、退院時から退院後の調査時までの ADL、屋内移動の改善、むせ嚥下、食事の自立、食事の形態の改善には、病院で受けたリハビリの活用が有意に関連していた。脳卒中の場合、摂食嚥下が自宅退院を左右する要因である⁷⁹⁾⁸⁰⁾。脳卒中患者の退院後の最適な生活には、リハビリによる機能向上とリハビリの継続をサポートする介護者が必要である⁸¹⁾⁸²⁾。調査結果から、屋内移動、摂食嚥下に関する ADL を維持するためには、病院で受けたリハビリを継続すること、退院後の QOL の維持向上には、訪問リハビリが関連することが明らかとなり、入院中から在宅生活に至るまでリハビリが必要であることを示す結果であった。また、屋外移動の改善および、服薬の改善には、介護者の健康状態が良いことが関連し、高齢脳卒中患者の QOL に影響を及ぼす要因については、介護者の同居が有意な要因であった。高齢脳卒中患者の自宅退院後の生活の継続を支援するためには介護者が不可欠であり、入院中から、患者の退院後の生活、介護者の状況を踏まえた多職種連携による介護指導の重要性が示唆された。

2. 回復期リハ病棟の医療専門職とケアマネジャーとの連携と課題

今回の事例では、入院早期から回復期リハ病棟の医療専門職からケアマネジャーへの情報提供を行い自宅退院支援の可能性を探り、多職種で検討したことにより、自宅退院を支援するために必要な病院側・在宅側・患者それぞれの考える連携の目的が一致し、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。退院支援に向けた医療・介護連携の強化における課題のなかに、入退院時における入院医療機関と在宅介護の連携、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と医療機関の連携、リハビリや認知症に関する医療介護連携などがあげられている⁸³⁾。FGI の対象となった患者は、いずれも退院後に医学的介入が必要な患者であり、2 例がてんかん発作を起こしていた。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、脳卒中後に出現頻度の高いてんかん発作の対応について医師には確認しづらいなど、医学的介入が必要な脳卒中患者の在宅での生活支援の課題が明らかになった。厚労省の調査では、要介護高齢者、医療処置を要する要介護高齢者とその家族等、ケアマネジャーが対応している患者は多様化し複雑化し、在宅医療の推進から今後、さらに増えていくとされている⁸⁴⁾。平成 24 年度には、居宅介護支援・介護予防支援の主な改定内容に「医療との連携強化」があげられ、医療連携加算、在宅患者緊急時等カンファレンスにケアマネジャーが参加することが盛り込まれている⁸⁵⁾。脳卒中患者やがん患者など、医療依存度の高い患者の自宅退院は年々増えていく傾向にある。平成 21 年 22 年度介護支援専門員実務研修受講試験の合格者の保有資格は、介護福祉士 63.0%、看護師・准看護師 8.0%であり、看護師等の医療系資格保有者は減少している⁸⁶⁾。医学的介入が必要な患者を支援するためには、ケアマネジャーは、退院時に回復期リハ病棟

との連携による医学的情報の共有をし、退院後は訪問診療医、訪問看護師との連携をさらに強化し、タイムリーに医学的支援が受けられるような体制を整えることの必要性が明確となった。

3. 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介入と連携

脳卒中患者の退院後の生活の継続には脳卒中後の自宅への移行を支援するために必要な要因を明確にし、退院後の患者の障害の程度と継続できるケアの提供が必要である⁸⁷⁾⁸⁸⁾。回復期リハ病棟における高齢脳卒中患者の自宅退院の可否については、医療 SW や退院調整看護師が中心となり、患者・家族の意向を確認し、病院内の医療専門職との連携および退院後に担当するケアマネジャーと連携し、自宅退院が可能かを見極めていたことが明らかになった。また、脳卒中患者の退院後の最適な生活には、リハビリによる機能向上とリハビリの継続をサポートする介護者が必要である。高齢患者の自立度、生活機能、QOL を向上させるためには、包括的な介入、多職種による連携による支援体制のシステム化が高齢患者の転帰の改善につながる⁸⁹⁾⁹⁰⁾。自宅退院した脳卒中患者の各 ADL の変化では、屋内移動の改善、むせ嚥下、食事の自立、食事の形態の改善に病院で受けたリハビリの活用が関連し、高齢脳卒中患者の QOL に影響を及ぼす要因については、介護者の同居が有意な要因であった。医療専門職による多職種連携による効果をあげるために、専門職は他の専門職へ知識や情報を積極的に伝達するなど多職種連携による効果を明らかにしている⁹¹⁾。脳卒中患者のリハビリにおいては、機能回復や能力改善のみならず、社会復帰後の生活機能と主観的な満足感の維持、改善が重要な課題である。回復期リハ病棟を退院した脳血管障害後遺症患者の退院後の役割獲得に向けて入院中からの多職種間の連携による介入が必要である。入院早期から回復期リハ病棟の医療専門職からケアマネジャーへの情報提供を行い、自宅退院支援の可能性を探り、多職種で検討し、自宅退院を支援するために必要な病院側・在宅側・患者それぞれの考える連携の目的が一致したことにより、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。

今回の調査から、高齢患者の自立度、生活機能、QOL を向上させるために、多職種による連携による支援体制が整えば、高齢脳卒中患者の自宅退院が可能となることが確認できた。

4. 本研究の限界と今後の展望

本研究の課題の一つとして、今回の調査のリハビリの活用が高齢者の主観的評価によるものであり、実際に入院時のリハが活用されているか客観的な情報で評価できていない点があげられる。また、ADL の変化に各サービスの利用が関連するか否かについては、多変量解析で有意であった食事の変化に関して介入したリハビリの活用と訪問看護について検討したが、有意でなかったその他の ADL の項目に関する多職種の介入連携のあり方については今後の検討課題としたい。

研究 3 の調査方法について、今回の調査では、自宅退院した高齢脳卒中患者を担当するケアマネジャーが訪問時に調査票の配布を依頼し留め置きとした。高齢脳卒中患者および介護者が回答するため、平易な表現とした。そのため、調査項目は、退院後から調査時までの ADL の変化と影響を及ぼす多職種の介入に関する項目および QOL に関する項目を中心としたものに限定されたものとなった。また、研究 3 では、全ての ADL の項目において、ADL の変化と退院後の期間との間に有意な関連は認められなかった。しかし、対象高齢者の約半数は退院後 2 年以上を経過しており、退院後の期間が長くなるほど老化に伴う機能低下の影響も受けている可能性も示唆される。退院後の経過に伴うニーズの変化や老化による機能低下に対応する多職種チームの介入のあり方については今後の課題となる。

引用文献

1)厚生労働省、2022（令和4）年 国民生活基礎調査の概況

- <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/14.pdf> (2024. 3. 7 アクセス)
- 2) 渡部友宏, 酒向敦裕, 前橋雄一郎: 脳卒中患者の自宅退院に影響を及ぼす要因—下肢装具作製者における自宅退院への帰結予測と非自宅退院に対する今後の課題—, 理学療法科学 30(6) : 951-954 (2015)
 - 3) Asa Nordin, Katharina S. Sunnerhagen, Asa B. Axelsson: Patients' expectations of coming home with Very Early Supported Discharge and home rehabilitation after stroke - an interview study : BMC Neurology, 15 : 235 (2015)
 - 4) Atsushi Sato, Takaaki Fujita, Yuichi Yamamoto: Activities of daily living independence level for home discharge in stroke patients based on number of caregivers: an analysis of the Japan Rehabilitation Database, Physical Therapy Research, 20 : 23-27 (2017)
 - 5) Rune Skovgaard Rasmussen, Ann Østergaard, Pia Kjær, et al. : Stroke rehabilitation at home before and after discharge reduced disability and improved quality of life: A randomised controlled trial, Clinical Rehabilitation, 30(3) : 225-236 (2016)
 - 6) Daniel Schindel, Alice Schneider, Ulrike Grittner , et al. : Quality of life after stroke rehabilitation discharge: a 12-month longitudinal study, Disability and Rehabilitation, 43(16) : 1-13 (2021)
 - 7) Seiichi Takemasa, Ryoma Nakagoshi, Masahito Murakami, et al. : Factors Affecting Quality of Life of the Homebound Elderly Hemiparetic Stroke Patients, Physical Therapy Science, 26(2) : 301-303 (2014)
 - 8) 中越竜馬, 武政誠一, 中山可奈子, 他: 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 (2014)
 - 9) 若山吉弘, 土田隆政, 小川雅文, 他: 高齢神経疾患患者のquality of lifeに対するリハビリテーションの効果, 神経治療, 20 : 169-178 (2003)
 - 10) 内田亮太, 鈴木麻美子, 諸持修, 他: 高齢脳卒中患者における退院時の運動機能・転倒自己効力感と退院後の健康関連QOLの関連性, 理学療法—臨床・研究・教育, 21(1) : 27-30 (2014)
 - 11) 小野田翔太, 武田尊徳: 当院における在宅脳卒中患者の生活実態と生活満足度・退院支援の関係, 理学療法—臨床・研究・教育, 25(1) : 62-67 (2018)
 - 12) 末永由理, 島田広美, 広瀬穂積, 他: 脳卒中患者の QOL 評価の現状と課題, 千葉看護学会誌, 12(2) : 98-103 (2006)
 - 13) 石川誠: 回復期リハビリテーション病棟の役割. 治療87 : 133-137 (2005)
 - 14) 井上智貴, 山路義生, 石川誠, 他: 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の自宅退院に関する因子の検討—脳卒中 1505 例の多変量解析による病型別検討—, 順天堂医学, 57(3) : 257-262 (2011)
 - 15) 砂原貴子, 吉村芳弘, 備瀬隆広, 他: 嚥下機能と栄養状態は回復期リハビリテーション後の自宅退院に影響を与える, 日本臨床栄養代謝学会, 2(4) : 262-269 (2020)
 - 16) 青木頼子, 中山和弘, 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の退院先への影響要因, 日本看護研究学会雑誌, 42(5) : 881-888 (2019)
 - 17) 石川敦子, 秋本基巳子, 緑川美子: 脳血管障害患者における退院後 ADL の変化要因—機能的自立度評価法 (FIM) を用いて, 総合リハビリテーション, 25(3) : 249-252 (1997)

- 18) 西尾大祐, 前島伸一郎, 大沢愛子, 他: 回復期リハビリテーション病棟から在宅復帰した高齢脳卒中患者の日常生活活動に影響を及ぼす因子, 理学療法科学, 29(5): 725-730 (2014)
- 19) 芳野純, 佐々木祐介, 臼田滋: 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)
- 20) 久堀佐知, 飯塚照史, 児島範明, 他: 脳血管疾患患者における回復期リハビリテーション病棟退院後の日常生活活動能力の変化および関連因子に関するアンケート調査, 作業療法, 38(1): 37-44 (2019)
- 21) 上田敏: 脳卒中リハビリテーションの考え方 目でみるリハビリテーション医学 第2版, 1-5: 東京大学出版会, 東京 (1981)
- 22) 緑川学, 山田孝: 回復期リハビリテーション病棟を退院した在宅脳卒中後遺症者の役割と活動・心理状態の関係, 作業行動研究, 19(4): 216-224 (2016)
- 23) 前沢孝之, 浅川育世, 小貫葉子, 他: 回復期リハビリテーション病棟を退院した脳血管障害後遺症者の役割の認識と実施状況の変化: 国際生活機能分類を使用して, リハビリテーション連携科学, 19(1): 28-40 (2018)
- 24) 隆島研吾, 飯島節, 工藤恵子: 脳卒中患者の入院治療から在宅生活への移行にかかわる日常生活活動支援: 本人・家族を対象とした調査から, リハビリテーション連携科学, 14(2): 216-226 (2013)
- 25) 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴: チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難, 甲南女子大学研究紀要第7号 看護学・リハビリテーション学編: 23-33 (2013)
- 26) 礪玲子: 高齢者医療介護における職種・機関間「連携」の現状と課題 一病院から在宅への移行時を中心とした検討一, 平成27年度国際医療福祉大学学位論文(博士): 14-27 (2015)
- 27) 安梅勅江: ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開, 医歯薬出版, 東京: 33-57 (2001)
- 28) 安梅勅江: ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法Ⅱ活用事例集編, 医歯薬出版, 東京: 1-19 (2001)
- 29) 山下正美, 本間幸子, 吉野秀朗: 野村病院(東京都三鷹市)回復期リハビリテーション病棟の退院支援における多職種連携に関する課題, Health Sciences, 40(1): 1-8 (2024)
- 30) 橋本圭司, 上久保毅: 高次脳機能障害リハビリテーション入門, 株式会社診断と治療社: 42-43 (2017)
- 31) 長谷川達郎: 高次脳機能障害により自宅退院に難渋した症例, 理学療法福井 16巻: 20-22 (2012)
- 32) 西森旬恵: 摂食・嚥下障害のある脳卒中患者の自宅退院に影響する要因, 愛媛県立医療技術大学紀要, 9(1): 11-16 (2012)
- 33) Geneva Woodruff, Mary J. McGonigel: Early Intervention Team Approaches: The Transdisciplinary Model, Jordan, J., Gallaher, J., et al(Eds.), Early Childhood Special Education: Birth to three, Reston, VA: Council for Exceptional Children: 163-181 (1998)
- 34) Wilcox, M. J.: Delivering Communication-based Services to Infants, Toddlers, and their Families: Approaches and Models, Topics in Language Disorders, 10(1): 68-79 (1989)
- 35) Raiff, N. R., Shore, B. K.: Advanced Case Management: New strategies for the nineties, Sage Publications: 90-101 (1993)
- 36) Hibbert, E., St, Arnaud, S., et al.: Nurses' Satisfaction with the Patient Care Team, Canadian journal of Rehabilitation, 8(2): 87-95 (1994)

- 37)Mullins,L.L., Keller,J. R., et al. : A Systems and Social Cognitive Approach to Team Functioning in Physical Rehabilitation Settings, *Rehabilitation Psychology*, 39(3) : 161-178 (1994)
- 38)令和4年介護サービス施設・事業所調査の概況, 厚生労働省 (mhlw.go.jp)
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service22/index.html> (2024.6.15 アクセス)
- 39)半田理恵子: リハビリテーション科における長期的サポート-長期サポート患者に対する外来リハビリテーション言語聴覚士の立場から, *MEDICAL REHABILITATION* 185号: 70-75 (2015)
- 40)長倉真寿美: 地域ケアシステムにおいて在宅化推進に影響を与える要素に関する一考察 居宅サービス利用水準別保険者比較から, *福祉情報研究* 11号: 67-79 (2015)
- 41)高橋由美子, 片倉洋子, 藤井智子, 他: 訪問看護ステーションの経営に影響する地域的要因の検討-北海道のへき地における6施設の聞き取り調査から, *日本ルーラルナーシング学会誌*, 4巻: 9-20 (2009)
- 42)岡田理沙, 後藤悦, 慎重虎: 市区町村別にみた介護保険サービス利用の地域差と関連因子の検討, *日本医療・病院管理学会誌*, 60(2): 44-52 (2021)
- 43)小磯明: 高齢者介護の地域格差に関する研究-首都圏・中部地方・大都市の介護力指数の比較-, *保健医療研究*, 2: 41-59 (2010)
- 44)厚生労働省, 令和6年度介護報酬改定について 令和6年度介護報酬改定の概要
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html (2024.6.20 アクセス)
- 45)一般社団法人日本脳卒中学会 重症脳卒中における生命倫理プロジェクトチーム: 重症脳卒中の維持期における緩和と療養に関する提言, *脳卒中*, 44: 81-85 (2022)
- 46)Silvina Santana, José Rente, Conceição Neves, et al. : Early home-supported discharge for patients with stroke in Portugal : a randomised controlled trial, *Clinical Rehabilitation*, 31(2): 197-206 (2017)
- 47)安藤道彦, 鈴木修: 訪問リハビリテーションにおける包括的なアウトカム指標と要介護度との関連, *相澤病院医学雑誌*, 15: 17-24 (2017)
- 48)Janet Prvu Bettger, Laine Thomas, Li Liang: Comparing Recovery Options for Stroke Patients, *Patient - Centered Outcomes, Research Institute (PCORI)* (2019)
- 49)Helen Rodgers, Chris Price: Stroke unit care, inpatient rehabilitation and early supported discharge, *Clinical Medicine*, 17(2): 173-177 (2017)
- 50)Nadia Davoody, Sabine Koch, Ingvar Krakau: Collaborative interaction points in post-discharge stroke care, *International Journal of Integrated Care*, 14(6): 1-18 (2014)
- 51)岡本伸弘, 増見伸, 山田学, 他: 回復期リハビリテーション病院におけるFIMを用いた自宅復帰因子の検討, *理学療法科学*, 27(2): 103-107 (2012)
- 52)厚生労働省: 第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ, 在宅医療の現状について, <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf> (2024.11.10 アクセス)
- 53)厚生労働省: 令和5年度 在宅医療関連講師人材養成事業, 在宅における訪問看護の役割, <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001237297.pdf> (2024.9.12 アクセス)
- 54)臼田滋: 脳卒中片麻痺患者における機能的動作尺度 Functional Movement Scale (FMS) の信頼性と妥当性の検討, *理学療法学*, 31(6): 375-382 (2004)

- 55) 葛谷雅文, 遠藤英俊, 梅垣宏行, 他: 高齢者服薬コンプライアンスに影響を及ぼす諸因子に関する研究, 日本老年医学会雑誌, 37(5): 363-370 (2000)
- 56) Yeon-Gyu Jeong, Yeon-Jae Jeong, Won-Cheol Kim, et al.: The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life, Journal of Physical Therapy Science, 27(5): 1543-1547 (2015)
- 57) 高根和希, 平澤直己, 林翔太, 他: 自宅退院した急性期脳卒中患者の健康関連 QOL と身体機能および ADL に関する検討, 理学療法科学, 34(5): 661-665 (2019)
- 58) 金川仁子, 金子さゆり: 在宅系リハビリテーション利用者の ADL と QOL に及ぼす影響に関する実証的研究, 日本医療・病院管理学会誌, 51(1): 9-20 (2014)
- 59) Tom P. M. M. Vluggen, Jolanda C. M. van Haastregt Frans E. Tan: Effectiveness of an integrated multidisciplinary geriatric rehabilitation programme for older persons with stroke: a multicentre randomised controlled trial, BMC Geriatrics, 21: 1-11 (2021)
- 60) 澤俊二, 磯博康, 伊佐地隆, 他: 慢性脳血管障害者における心身の障害特性に関する経時的研究ーリハビリテーション専門病院の入院・退院時比較ー, 日本公衆衛生雑誌 50(4): 325-338 (2003)
- 61) 佐藤圭子, 武田知樹: 在宅脳卒中患者における ADL 自立度の違いによる QOL 関連因子の検討, 第 48 回日本理学療法学会大会 (2012)
- 62) 黒田晶子: 在宅脳卒中患者の健康関連 QOLー日常生活における行動範囲の影響, 作業療法, 24(2): 145-153 (2005)
- 63) 全国デイケア協会: 令和元年度 通所・訪問リハビリテーションの目的を踏まえた在り方に関する調査研究事業報告書. [https:// day-care. jp/wp/wp-content/uploads/fa15e10924242c4141492d390f170c41. pdf](https://day-care.jp/wp/wp-content/uploads/fa15e10924242c4141492d390f170c41.pdf) (2022. 7. 30 アクセス)
- 64) 伊藤隆夫: 在宅リハビリテーションと理学療法, 理学療法科学, 17(4): 215-220 (2002)
- 65) 日本訪問リハビリテーション協会編: 新版訪問リハビリテーション実践テキスト, 青梅社, 東京: 6-7 (2016)
- 66) 小島一範, 中山卓, 渡邊亜沙美, 他: 訪問リハビリテーションにおける ADL と QOL との関係性と利用による変化ー多施設共同研究ー, Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science: 1-6 (2017)
- 67) Hélène Pessah-Rasmussen, Kerstin Wendel: Early Supported Discharge After Stroke And Continued Rehabilitation At Home Coordinated And Delivered by Stroke Unit In an Urban Area, Journal of Rehabilitation Medicine, 41: 482-488 (2009)
- 68) 上岡祐美子, 斉藤秀之, 飯島弥生, 他: 生活機能に対応した訪問リハの効果検証に向けた多施設共同研究, 理学療法学, 40(2): 138-139 (2013)
- 69) 安藤道彦, 白木小百合, 山村充教, 他: 訪問リハビリテーション利用者に対する当センターで開発した QOL 評価法の妥当性・信頼性・実用性の検討, 長野県作業療法士会学術誌, 39: 54-60 (2022)
- 70) 武政誠一, 出川瑞枝, 杉元雅晴, 他: 在宅高齢脳卒中片麻痺者の家族介護者の QOL に影響を及ぼす要因について, 神戸大学医学部保健学科紀要, 1: 23-30 (2006)
- 71) 渡邊進: 回復期リハビリテーション病棟の現況と課題, The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 46(12): 799-807 (2009)
- 72) 川崎智恵, 宇津木由佳, 小倉恵美, 他: 退院調整を有効にするシステム作りー多職種連携によるツールの活用とその効果ー, 癌と化学療法, 35: 35-37 (2008)

- 73) 岩渕篤敬：社会環境の変化に伴う多職種連携の必要性和職種間ジレンマについて，総合健診，45(3)：25-31 (2018)
- 74) 磯玲子，飯島節：高齢者の病院退院時における多職種・諸機関間連携へのクライアントの参加と意思決定についての現状と課題，国際医療福祉大学学会誌，21(1)：10-20 (2016)
- 75) Evert Schot, Lars Tummers, Mirko Noordegraaf: Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration, Journal of Interprofessional Care, 34 (3) : 332-342 (2020)
- 76) 菊地和則：多職種チームの 3 つのモデル－チーム研究のための基本的概念整理－，社会福祉学，39(2)：273-290 (1999)
- 77) Anne Croker, Franziska Trede, Joy Higgs: Collaboration: what is it like? - phenomenological interpretation of the experience of collaborating within rehabilitation teams, Journal of Interprofessional Care, 26(1) (2012)
- 78) 袖山悦子，志田久美子，山本迪子，他：高齢者支援における多職種連携の効果，新潟医療福祉学会誌，10(2)：24-30 (2011)
- 79) 稲本陽子，小口和代，保田祥代，他：脳血管障害による摂食・嚥下障害患者の退院後のフォローアップ，日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌，8(2)：135-142 (2004)
- 80) 若杉葉子，戸原玄，日野多加美，他：摂食・嚥下障害患者の退院後の摂食状況－退院後フォローの重要性について－，日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌，16(2)：198-202 (2012)
- 81) Barbara J Lutz, Mary Ellen Young, Kerry Rae Creasy, et al. : Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition From Inpatient Rehabilitation to Home, The Gerontologist, 57(5) : 880-889 (2017)
- 82) 二木立：脳卒中患者が自宅退院するための医学的・社会的諸条件，総合リハビリテーション，11(11)：895-899 (1983)
- 83) 厚生労働省：地域包括ケアシステムのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携，<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001121290.pdf> (2024. 9. 1 アクセス)
- 84) 厚生労働省：第 1 回介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会，<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002tbl11-att/2r9852000002tbqw.pdf> (2024. 6. 10 アクセス)
- 85) 厚生労働省老健局：ケアマネジメントに係る現状・課題(令和 6 年 4 月 25 日)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001244391.pdf> (2024. 6. 10 アクセス)
- 86) 厚生労働省：令和 4 年介護サービス施設・事業所調査の概況，
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service22/index.html> (2024. 6. 15 アクセス)
- 87) Sungju Jee, Minah Jeong, Nam-Jong Paik, et al. : Early Supported Discharge and Transitional Care Management After Stroke A Systematic Review and Meta-Analysis, Frontiers in Neurology, 13 : 1-16 (2022)
- 88) 和秀俊，服部万里子：地域包括ケアシステムにおける高齢者の退院支援の成功要因の検討 - 介護支援専門員の実態調査から - ，田園調布学園大学紀要，第 15 号：1-3 (2020)
- 89) C Seth Landefeld: Improving health care for older persons, Annals of Internal Medicine, 139(5) : 421-424 (2003)

- 90)Louise D Hickman, Jane L Phillips, Phillip J Newton, Elizabeth J Halcomb, Naser Al Abed, Patricia M Davidson : Multidisciplinary team interventions to optimise health outcomes for older people in acute care settings:A systematic review, 61(3) : 322 -329(2015)
- 91)P W New, K E McDougall, C P R Scroggie : Improving Discharge Planning Communication Between Hospitals and Patients, Internal Medicine Journal, 46(1) : 57-62 (2016)