

## 介護量が多い脳卒中患者の家庭復帰と 介護状況に関する調査

若林 秀隆

キーワード：脳卒中，介護，退院先，リハビリテーション，家庭医療

### 要旨

【目的】介護量が多い脳卒中患者の家庭復帰と介護状況について調査し，家庭医が診察時に配慮すべき点を検討する。

【方法】2000年4月から2002年3月に横浜市脳血管医療センターに入院した脳卒中患者のうち，退院時にFunctional Independence Measureの総得点が54点以下であった267人を対象に，退院先，介護者，人的介護サービスの利用状況を調査した。

【結果】退院先は自宅・家族宅52人，リハビリテーション病院27人，老人保健施設72人，療養型病院116人であった。主介護者は妻19人，娘15人，嫁9人，息子5人，夫4人で，介護者の人数は，1人が21人，2人以上が31人であった。人的介護サービスの利用はヘルパー23人，訪問看護20人，入浴サービス13人，往診医12人，デイサービス9人，デイケア4人，訪問リハビリテーション4人で，11人は人的介護サービスを利用しなかった。

【結論】家庭医には，患者の医療的管理を行うとともに，家族の介護負担についても配慮して，適切に社会資源を導入することと，介護者のカウンセリングを行うことが求められる。

### ●目的

- 日本家庭医療学会の設立趣意書には，家庭医は・家庭に特に重点を置く。
- ・人の精神心理面を始めとした幅広い人間理解，その人の家庭や職場や地域との連関を重

視する。

とある。しかし，主治医（診療所医師）がいたにもかかわらず，家族に過度の介護負担がかかり無理心中直前であった症例を経験した<sup>1)</sup>。この症例では，介護者は夫のみで人的介護サービスの利用はなかった。そのためすぐにショートステイを行い，介護負担の軽減を目的として訪問看護，ヘルパー，定期的なショートステイなどの社会資源を導入した。その結果，その後の在宅生活は安定している。この症例では，主治医が患者の医療的管理のみを行い，家族の介護状況や介護負担を考慮していなかったといえる。

脳卒中は寝たきりの原因疾患として最も多いものであり，重度の障害が残存した場合，ほとんどの日常生活活動（以下，ADLと略す）に介助を要することになる。またよくある疾患，障害であるため，家庭医が診察する機会が多い。安田<sup>2)</sup>は脳卒中における介護負担に関する患者側因子として，患者のADL，痴呆，問題行動の有無をあげており，重度の障害がある脳卒中患者が家庭復帰する場合，家族にかかる介護負担は大きい。在宅生活を促す目的で2000年より介護保険が施行されているが，介護保険施行後の家庭復帰や介護状況に関する報告はほとんどない。今回は，介護保険施行後の，家族に介護量が多い脳卒中患者の家庭復帰と介護状況について調査し，家庭医が診察時に配慮すべき点を検討する。

## 報告

## ●対象・方法

2000年4月から2002年3月に横浜市立脳血管医療センターに入院してリハビリテーションを行った脳卒中患者のうち、退院時にFunctional Independence Measure (以下、FIMと略す)の総得点が54点以下であった症例を対象とした。FIMは運動13項目、認知5項目の計18項目からなるADLの評価法で、各項目は7段階(7点が完全自立、1点が全介助)で評価される。総得点が54点以下の場合、各項目の平均の得点は3点(中等度介助)以下となり、ほとんどのADLに介助を要するといえる。FIMの総得点が54点以下であった症例の退院先を調査した。次に、家庭復帰したケースについて、介護者と人的介護サービスの利用状況を調査した。

## ●結果

退院時にFIMの総得点が54点以下であったのは267人であった。このうち、家庭復帰した人は52人、リハビリテーション病院に転院した人は27人、老人保健施設に転院した人は72人、療養型病院に転院した人は116人であった。リハビリテーション病院に転院した症例のほとんどは、家庭復帰が目標ではなく、施設生活における介助量の軽減が目標であった。

家庭復帰した52人の平均年齢は76.9歳で、男性は23人、女性は29人であった。疾患は、脳梗塞35人、脳出血15人、くも膜下出血2人であった。FIMの平均得点は、運動得点23.1点、認知得点15.0点、総得点38.1点で、全員、移動には監視か介助を要し何らかの高次脳機能障害を認めた。障害老人の日常生活自立度では、ランクB2が11人、ランクC1が11人、ランクC2が30人であった。

主介護者は、妻19人、娘15人、嫁9人、息子5人、夫4人であった。介護者の人数は、1人のみが21人、2人以上が31人であった。

次に主介護者と患者の平均年齢について、Figure 1に示す。主介護者の平均年齢は58.8歳であっ

た。介護者が娘、嫁、息子の場合、患者は80歳前後のことが多かった。一方、主介護者が妻、夫の場合、患者は60歳代のことが多かった。

退院時に利用した人的介護サービスについて、Figure 2に示す。ヘルパーや訪問看護など、訪問型のサービスの利用が多かった。11人は人的介護サービスを利用しなかった。

## ●考察

介護量が多い脳卒中患者の家庭復帰率は19%であった。山内ら<sup>3)</sup>の1998年から1999年の調査では、ほとんどのADLに介助を要するといわれているBarthel Index40点以下の場合、家庭復帰した人は33人中7人(家庭復帰率21%)であった。これより介護保険が導入されても、介護量の多い脳卒中患者の在宅生活は促進されていないと考える。その原因の一つに、要介護5でも保険給付内では十分な人的介護サービスを導入できないことが挙げられる。ノルウェーなど社会福祉の先進国では、1日2回の訪問看護や1日6時間以上の訪問介護などを、週末も含めて毎日受けることができる。このような人的介護サービスの基盤があると、介護量が多くても家庭復帰が可能となることは多い。日本では人的介護サービスの基盤が不十分であるため、家庭復帰は難しいことが多い。

次に少子高齢化、核家族化の進行や、一人暮らしの増加に伴い、主介護者の確保が困難になっていることが挙げられる。一人暮らしでADLの介護量が多い場合、一人暮らしへの復帰が難しいだけでなく、家族との同居も困難である<sup>4)</sup>。また、介護量が多いため主介護者は一部の在宅勤務を除き、就労することが困難である。就労していた人が介護の目的で仕事を辞めることは社会的にも経済的にも負担が大きく、仕事を辞めることができないために在宅介護ができないということが多い。

また施設に関連した原因として、施設サービスの充実や施設生活に対する抵抗感の減少が挙げら

## 報告

れる。質の高いサービスを提供する療養型病院、老人保健施設、特別養護老人ホームは徐々に増えており、不十分な介護による在宅生活より施設生活のほうが望ましいことは少なくない。施設サービスの充実が進むと、施設生活に対する抵抗感は少なくなり、在宅生活ではなく施設生活を容易に選択するようになる。ただし、介護保険の自己負担分以外に、食事代、おむつ代などが必要な場合、経済的な負担は大きい。

主介護者は、妻、娘、嫁の順に多かった。この順番は、1992年の在宅排尿障害者における介護者のデータ<sup>5)</sup>と比較して同じであった。また、主介護者が女性の割合は83%と高く、これも大きな変化は認めなかった。主介護者の平均年齢は50歳代であり、最高年齢は77歳であった。これより介護量が多い場合の老老介護は70歳代が限界であり、患者の配偶者が80歳以上の場合、娘、嫁、息子の介護による在宅生活か施設生活になるといえる。

利用していた人的介護サービスは、主に訪問サービスであった。デイサービスやデイケアの利用には、利用時間中、車椅子に乗車できることを求められることが多い。つまり、6時間程度座位を保つことが求められるが、今回の患者のうち41人は障害老人の日常生活自立度がランクCであり、長時間の座位は困難であった。そのためデイサービスやデイケアのような、外出機会となるサービスの利用が少なかったと考える。

往診医を導入した症例は12人と多くなかった。導入しなかった症例は、人的介護サービスの利用などで外出して、脳卒中発症前からの主治医もしくは入院中の主治医を受診していた。月に1回程度の診察であれば、唯一の外出機会として診療所や病院を受診させたいと多くの家族が考えていた。診療所や病院を受診以外は、すべて訪問サービスを利用している症例が多かった。

家族に過度の介護負担がかからない在宅生活には、2人以上の介護者の存在と適切な人的介護サービスの利用が望ましいと考える。しかし、40%

で介護者は1人で、21%で人的介護サービスの利用がなかった。これらの場合、家族に過度の介護負担がかかりやすいと予測できる。介護負担軽減のための介入研究では、特別に教育を受けた脳卒中専門ケアワーカーによる社会資源活用のための支援<sup>6)</sup>と、定期的なカウンセリング<sup>7)</sup>は、介護者の精神的健康に良い影響をもたらしていた。これより家庭医には、介護状況を把握した上で家族の介護負担について配慮して、適切に人的介護サービスなどの社会資源を導入することと、介護者のカウンセリングを行うことが求められる。

本研究にはいくつかの限界がある。第1はリハビリテーションを施行していない患者を対象に含んでいないことである。その中には、意識障害が重度のためリハビリテーションを行わずに退院した患者が含まれている。しかし、意識障害が重度であっても、家庭復帰する場合には必ずリハビリテーションを行っており、家庭復帰した患者は対象に含まれている。このため、実際の家庭復帰率は若干低い可能性がある。

第2はリハビリテーション病院に転院した群について、最終的なフォローを行っていないことである。しかし、全例ともリハビリテーションを継続してもトイレや歩行の自立は困難と判断されていた。そのため、転院の目的はADLの自立ではなく介助量の軽減であった。ただし、この中に家庭復帰した症例がいる可能性がある。

今後も少子高齢化、核家族化の進行や、一人暮らしの増加のため、家族の介護力の向上は期待できない。そのため現状の介護保険では長期的に、施設生活の割合が徐々に高くなると予測される。家庭復帰率を上げるためには、人的介護サービスをより多く導入できるような介護保険の見直しが必要と求められる。

### ●結論

介護量が多い脳卒中患者の家庭復帰率は19%であった。家庭復帰した場合、40%で介護者は1人

で、21%で人的介護サービスの利用がなかった。家庭医には、患者の医療的管理を行うとともに、家族の介護負担についても配慮して、適切に人的介護サービスなどの社会資源を導入することと、介護者のカウンセリングを行うことが求められる。

本研究の要旨は第18回日本家庭医療学学会(2003年11月, 東京)において発表した。

### ●文献

- 1) 若林秀隆, 高岡徹, 上原さおり, 他: 頸髄損傷者に対する在宅生活マネジメント. リハ医学 1999; 36: 623.
- 2) 安田肇: 介護負担感—リハからの取り組み—脳卒中における介護負担感. 臨床リハ 2001; 10: 868-875
- 3) 山内洋子, 加部茂彦, 田島玲子, 他: 脳卒中後遺症患者の退院時Barthel Indexと家庭復帰の関係. 臨床リハ 2002; 11: 770-773
- 4) 若林秀隆: 一人暮らしの脳卒中患者に対するリハビリテーションとその帰結. プライマリ・ケア 2003; 26: 102-110
- 5) 澤浦美奈子: 高齢者の排尿障害—在宅排尿障害者のケア. 臨床リハ 1992; 1: 779-782
- 6) Dennis M, O'Rourke S, Slattery, et al.: Evaluation of a stroke family care worker: results of a randomized controlled trial. BMJ 1997; 314: 1071-1077
- 7) Mant J, Carter J, Wade DT, et al.: Family support for stroke: a randomized controlled trial. Lancet 2000; 356: 808-813

連絡先: 若林 秀隆

所属機関名: 済生会横浜市南部病院 リハビリテーション科

〒234-8503 神奈川県横浜市港南区港南台3-2-10

電話: 045-832-1111

FAX: 045-831-0833

Email: hwa@d6.dion.ne.jp

---

# 報告

英文要旨

Assessment of returning to home and home care in severely impaired stroke patients

Hidetaka Wakabayashi

Saiseikai Yokohama City Nanbu Hospital

[Objective] The purpose of this study was to assess returning to home and home care in severely impaired stroke patients and to discuss the point of examining severely impaired stroke patients in family practice.

[Methods] This study included stroke patients admitted to Yokohama Stroke and Brain Center between April 2000 and March 2002. I performed a retrospective study for 267 stroke patients whose Functional Independence Measure score was below 54 points. Discharge destinations, caregivers, and use of care support services were assessed.

[Results] Among 267 patients, 52 returned to home, 27 transferred to rehabilitation hospitals, 72 transferred to facilities of health care services for the elderly, 116 transferred to long-term care hospitals. Of 52 main caregivers, 19 were wives, 15 were daughters, 9 were daughters-in-law, 5 were sons, and 4 were husbands. Twenty-three used home helpers, 20 used visiting nurses, 13 used visiting bath services, 12 used visiting doctors, 9 used day service, 4 used day care, and 4 used visiting rehabilitation. Eleven families did not use care support services.

[Conclusions] Family physicians should examine not only patients but also caregivers' burden. It is necessary for family physicians to introduce care support services and to counsel caregivers appropriately.

Key Words: stroke, care, discharge destinations, rehabilitation, family practice

