

## 介護保険導入における脳血管障害患者の退院状況

太田 和美<sup>1)</sup>, 佐藤めぐみ<sup>2)</sup>, 加藤 光寶<sup>1)</sup>

新潟県立看護短期大学<sup>1)</sup>, 新潟県立中央病院<sup>2)</sup>

### Discharge situation of patients with cerebrovascular disease in introduction of long-term care insurance

Kazumi OTA, Megumi SATO, Mitsuho KATO

Niigata College of Nursing<sup>1)</sup>, Niigata Prefectural Central Hospital<sup>2)</sup>

**Summary** The purpose of this study is to clarify the actuality of information service on the application of the classification for the care needs, and the relationship between duration of stay in hospital of patients with cerebrovascular disease (CVD) and request to enter care insurance institutions, family form, key person in Niigata prefectural T hospital. The subjects are 45 patients who disabled with CVD.

The half of the subjects discharged to other hospital. The other could not return to their home, and could not go into long-term care insurance institutions. From this fact, it is proven that the care insurance institutions which taken responsibility of disables are not sufficient. It was late in the time of the information service on the application of classification for the care needs to the patients from the medical people. And there was a difference for the helping of the medical people.

The duration of stay in hospital was short, when the family form was the married couple and the key person was a spouse. But it was long, when there is a request to enter long-term care insurance institutions, and with that independence of activity of daily living was low.

**要約** 本研究の目的は、新潟県立T病院脳神経外科病棟における、介護保険導入後の要介護認定の申請に関する情報提供の実態と、脳血管障害患者の施設入所希望の有無・ADLの自立状況・家族形態・キーパーソンと入院期間の関係を明らかにすることである。対象者は脳血管障害を発症し、要介護状態となった45名である。

退院先については、半数が病院から病院へ転院していた。在宅へ戻れず、介護保険で利用できる施設に入所できないという現状があった。

医療者から要介護状態となった患者への要介護認定の申請に関する情報提供は、時期的に遅く、医療者の対応はまちまちであった。

在院日数の短縮が進められる中で、施設への入所の希望があり、また、ADLの自立状況が低いと、入院期間が長くなっていた。家族形態では夫婦のみの世帯、キーパーソンでは配偶者の場合に入院期間が短かった。

**Key words** 介護保険 (long-term care insurance)  
脳血管障害患者 (patient with cerebrovascular disease)  
退院 (discharge)

## I. はじめに

平成12年4月1日からスタートした介護保険が有効に機能すれば、これまで主に家族が担ってきた介護を社会が引き受け、要介護者が居宅で生活することをできる限り可能にすることになる。介護保険の導入により、これまで、行政機関が決定していた介護サービスを利用者が選択できるようになった。利用者が、介護保険の内容を理解した上で契約することにより、介護における自己決定、自己責任が明確になる。さらに介護保険は、要介護者の退院後の受け皿がないなどで長期入院するいわゆる社会的入院の問題を解決することが目的でもある。

一方で介護保険に伴う問題も指摘されている。つまり、被介護者となる高齢者は、日頃契約行為に不慣れで、なじみがなく戸惑うことが多い<sup>1)</sup>ことである。そして、「療養型病床群については、厚生省の当初予定の指定数を大幅に下回っている状況であり、医療ニーズの高い要介護者の収容施設を確保することが当面の課題」<sup>2)</sup>であることが指摘されている。病院から退院後の受け皿となる施設が足りず、施設への入所待機が入院の長期化の要因である<sup>3)</sup>と述べられている現状がある。

脳血管障害患者は、生命の危機を乗り越えても障害の残る確率が高い。高齢者の脳血管障害の発症は、要介護状態を引き起こす。鈴木<sup>4)</sup>は、脳血管障害患者の日常生活動作で全介助を要する割合は、年齢を増すごとに多くなると報告している。

看護婦や医師などの医療従事者から、要介護状態となった脳血管障害患者に、要介護認定の申請に関する情報提供がスムーズであるならば、患者および家族が要介護認定などの具体的行動をとることが可能となると考える。さらに、要介護認定が下りれば、介護保険を利用し、在宅での療養および介護が可能になる。そのために、入院中の早い時期での情報提供が必要である。

T病院脳神経外科病棟においては、転院・施設への入所を希望する事例が多い。そのため、治療期間が過ぎても、転院・施設入所の待機で入院期間が長期化している現状がある。要介護認定の申請に関する情報提供は、必ずしもスムーズとは思えない。

そこで、T病院脳神経外科病棟において、脳血管障害患者で治療後に施設入所待機のために延長される入院期間を最小限にし、さらに、在宅での介護を

可能にし、介護や公的な介護サービスに関する情報提供を効果的に行うなどが必要だと考え、調査を行った。調査内容として、要介護認定の申請に関する情報提供の実態と、入院の長期化に影響する要因として、施設への入所希望の有無、ADLの自立状況、家族形態とキーパーソンと入院期間の関係を調べた。

## II. 研究目的

新潟県立T病院脳神経外科病棟における、介護保険導入後の要介護認定の申請に関する情報提供について実態を調査する。脳血管障害患者の施設入所希望の有無・ADLの自立状況・家族形態・キーパーソンと、入院期間との関係を明らかにする。

## III. 研究方法

- 1) 調査対象：新潟県立T病院脳神経外科に入院した脳血管障害患者で要介護認定の対象となった患者45名。対象者は男性21名(46.7%)、女性24名(53.3%)で、平均年齢は73.4±9.8歳であった。70代が最も多く20名(44.4%)、60代11名(24.4%)、80代8名(17.8%)、50代5名(11.1%)、90代1名(2.2%)と続いた。男女別の平均年齢は、男性73.4±9.4歳、女性73.4±10.3歳で、男女ともほぼ同じであった。
- 2) 調査期間：平成12年7月～平成13年1月
- 3) 調査方法：平成12年4月～11月に退院した患者のカルテより、以下の項目を調べた。
  - ①基本属性
  - ②身体的属性
  - ③入院期間、退院先
  - ④退院時の日常生活行動(以下、ADL)の自立状況
  - ⑤家族状況
  - ⑥施設入所の希望、家族の退院の希望と受け入れの状況
  - ⑦介護認定の申請に関する情報提供
  - ⑧ADLの自立状況と退院先の関係
  - ⑨施設入所希望の有無、ADLの自立状況、家族形態、キーパーソンと入院期間の関係
- 4) 分析方法：結果の処理方法は $\chi^2$ 検定およびt検定を行った。分析にはstattソフトジャパンの統計解析パッケージSTATISTICA Baseを使用した。

IV. 結果

①対象者の身体的属性

診断名は脳梗塞 24 名(53.3%)、脳出血 12 名(26.7%)、くも膜下出血 5 名(11.1%)、その他 4 名(8.9%)であった。その他の診断名は、脳挫傷、慢性硬膜下血腫、くも膜下出血術後痙攣発作、脳梗塞後遺症であった。ほとんどの患者に麻痺が残り、43 名(95.6%)であった。また、退院後に医療的な処置を必要とした患者は 13 名であった。その内訳は、褥瘡のある患者が 2 名、気管切開をしている患者は 2 名、経管栄養をしている患者は 8 名、フォーレカテーテル留置患者は 1 名であった。

入院時の意識レベルは、3-3-9 度方式による分類で意識清明からⅢ-200 までであった。退院時にはⅠ-3 レベルが最も多く、Ⅱ-20 レベルまで、意識レベルは改善していた(図 1)。

②入院期間、退院先

入院期間は平均 71.6±75.8 日であった。診断名別に見ると、くも膜下出血が 69.2±31.9 日、脳出血が 65.8±26.0 日、脳梗塞が 62.0±51.6 日、その他は 46.0±45.3 日であった。

退院先で最も多かったものは、他病院への転院で 24 名(53.3%)、その内訳は男性 13 名、女性 11 名で、平均年齢は 73.8±10.1 歳であった。ついで、在宅が 14 名(31.1%)、内訳は男性 5 名、女性 9 名で、平均年齢は 71.9±10.4 歳であった。施設への入所は 7 名(15.6%)、内訳は男性 3 名、女性 4 名で、平均年齢は 75.1±8.2 歳であった。退院先別で平均年齢には、有意差はなかった。

③退院時の ADL の自立状況

ADL を、食事、排泄、清潔、移動、整容の 5 項目に分け、自立・要監視・部分介助・全介助の 4 段階で評価を行った。食事以外の 4 項目では、全介助の割合が 50%を超えていた。食事は部分介助が 35.6%で最も多く、全介助は 28.9%で自立と同じ割合であった(図 2)。

④家族状況

家族形態は、拡大家族が 28 名(62.2%)で最も多く、以下、夫婦のみの世帯が 9 名(20.0%)、単身

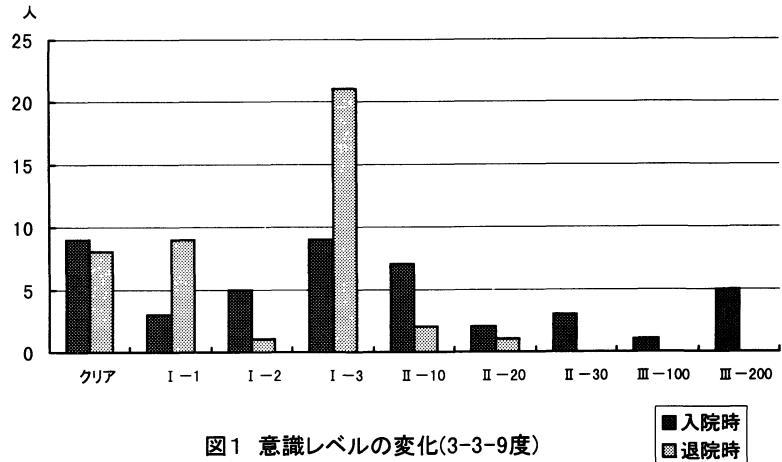


図1 意識レベルの変化(3-3-9度)

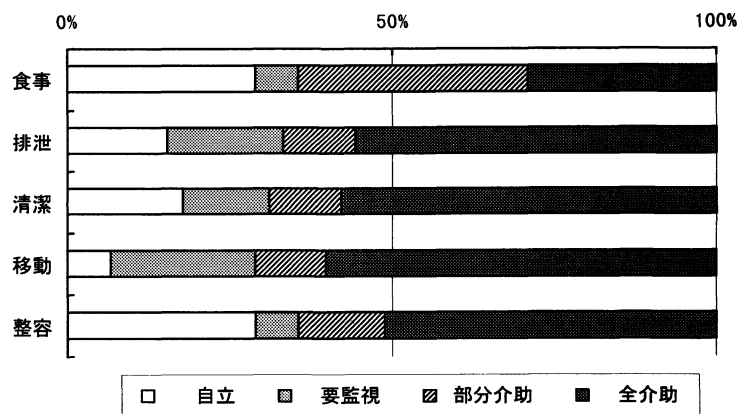


図2 ADLの自立状況

世帯が 8 名(17.8%)であった(図 3)。家族の平均人数は 3.2±1.7 人であった。キーパーソンは、配偶者が 19 名(43.2%)で最も多く、子供 15 名(34.1%)、嫁 4 名(9.1%)、兄弟姉妹 1 名(2.3%)と続いた。その他は 5 名(11.4%)であった(図 4)。

⑤施設入所の希望、家族の退院の希望と受け入れの状況

退院後、施設への入所を希望していた家族は、45 家族中 15 家族(33.3%)であった。退院を勧めた時点で、約半数の 23 家族(51.1%)が退院を受け入れることができず、そのうち、15 家族(34.1%)は入院の延長を希望した。

⑥介護認定の申請に関する情報提供

カルテに要介護認定の申請に関する事柄について記載があったのは 45 名中 30 名(66.7%)であった。カルテに記載がなかったのは、15 名(33.3%)であった(図 5)。情報の提供者は、プライマリナーが最も多く 12 名(40.0%)、以下、医師、スタッフナース、婦長と続き、その他も 4 例あった(図

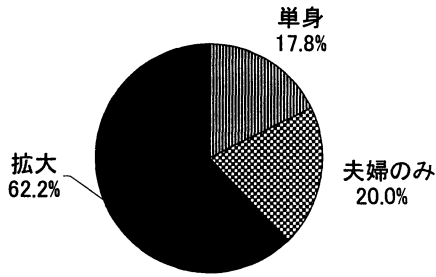


図3 家族形態

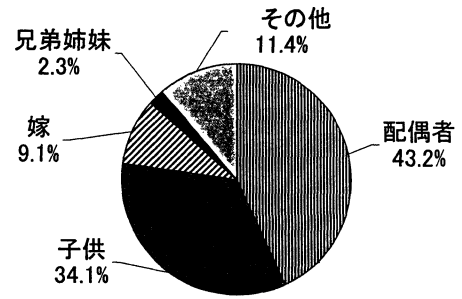


図4 キーパーソン

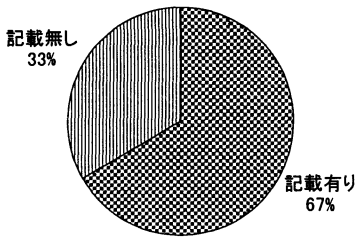


図5 要介護認定の申請に関する情報提供 (n=45)

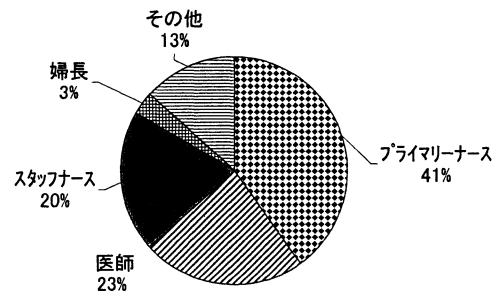


図6 要介護認定の申請に関する情報提供者 (n=30)

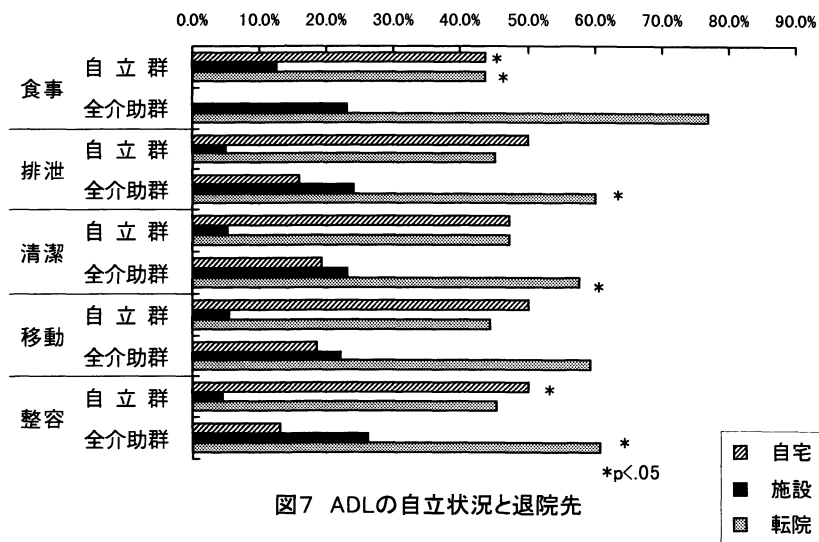


図7 ADLの自立状況と退院先

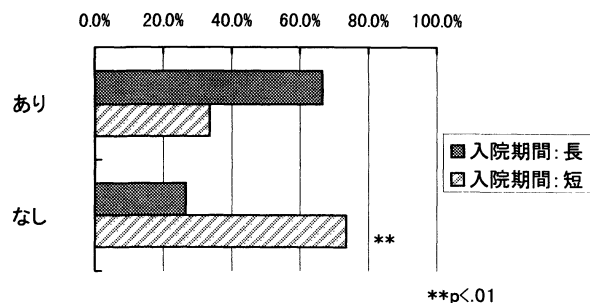


図8 施設入所の希望と入院期間の関係

6)。要介護認定の申請に関する情報提供の時期は、入院後平均  $51.7 \pm 45.2$  日であった。

⑦退院時の ADL の自立状況と退院先との関係

退院時の ADL 状況の 5 項目を「自立群（自立、要監視、部分介助）」と「全介助群」の 2 群に分類した。この ADL の自立状況と退院先との関係では、食事以外の 4 項目で有意差が見られた ( $p < .05$ ) (図 7)。

全介助群では、すべての項目において、自宅よりも転院・施設へ入所した割合が多かった。

⑧施設入所の希望の有無、ADL の自立状況、家族形態、キーパーソンと入院期間の関係

施設入所の希望の有無

施設への入所希望があった人の入院期間は、平均  $68.3 \pm 28.3$  日であった。施設入所の希望がなかった人の入院期間は、平均  $73.3 \pm 90.7$  日であった。施設入所希望の有無別で平均入院期間に有意な差はみられなかった。

入院期間を長期群 (入院期間  $\geq 72$  日) と短期群 (入院期間  $< 72$  日) に分類し、施設入所希望の有無との関係のみた。施設入所の希望が有る人の方が、入院期間の長期群の割合が多かった。施設希望の有無別に入院期間の長短で有意な差がみられた ( $p < .01$ ) (図 8)。

ADL の自立状況

ADL の自立状況を「自立群」と「全介助群」の 2 群に分類したものと、入院期間の長短別で関係をみた。全介助群では、自立群に比べ入院期間の長期群の割合が多かった。ADL の自立状況が低いと入院期間が長くなっていることがわかった。食事以外の 4 項目で有意差がみられた ( $p < .01, p < .05$ ) (図 9)。

家族形態

家族形態別の平均入院期間は、短い順に夫婦のみ世帯 ( $42.6 \pm 27.7$  日)、拡大家族 ( $67.2 \pm 48.6$  日)、単身世帯 ( $67.8 \pm 27.8$  日) と続いた (図 10)。

拡大家族と単身世帯では、入院期間にほとんど変わりがなかった。家族形態別で、平均入院期間に有意差はなかった。また、家族形態別に入院期間の長短で  $\chi^2$  検定を行ったところ、有意差は見られなかった。

キーパーソン

キーパーソン別の平均入院期間は、短い順に配偶者 ( $61.2 \pm 57.4$  日)、その他 ( $62.0 \pm 32.2$  日)、子供 ( $62.1 \pm 30.6$  日)、嫁 ( $65.0 \pm 25.2$  日)、兄弟姉妹 ( $100.0 \pm 0$  日) と続いた (図 11)。

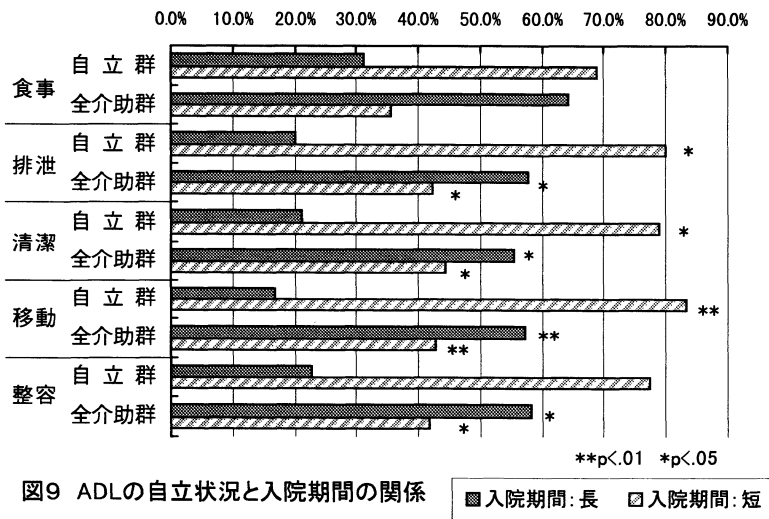


図 9 ADL の自立状況と入院期間の関係

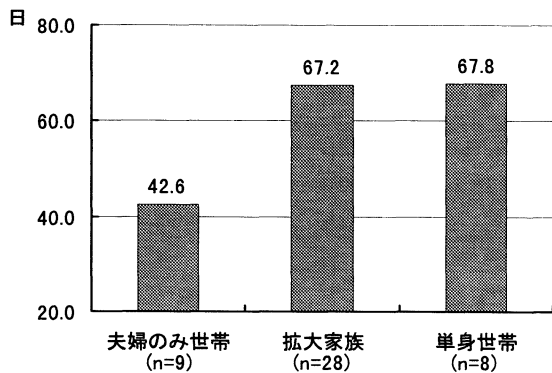


図 10 家族形態別の平均入院期間

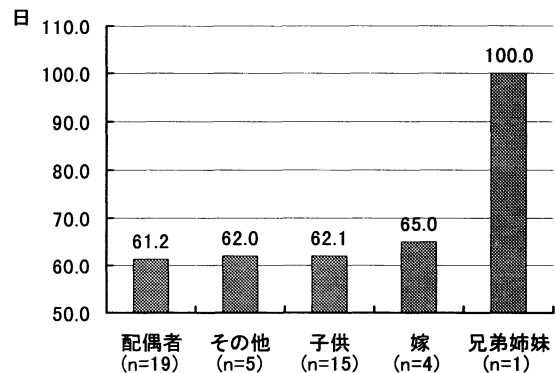


図 11 キーパーソン別の平均入院期間

かった。キーパーソン別で、平均入院期間にも有意差はなかった。また、キーパーソン別に入院期間の長短で $\chi^2$ 検定を行ったところ、有意差は見られなかった。

## V. 考察

脳血管障害発症の年齢は50歳以上が92%を占める<sup>5)</sup>と言われており、今回の対象者も全員が50歳を超えていた。また、病型別割合は秋田県での調査によると、脳梗塞60%、脳出血27%、くも膜下出血13%<sup>1)</sup>と報告されている。今回の調査でも、脳梗塞が約5割、脳出血が約3割、くも膜下出血が約1割で、病型別の割合はほぼ同じ比率であった。さらに、同調査による日常生活動作の自立状況では、在宅での不自由なく自立群が25%、不自由自立群が36%、部分介助群が19%、寝たきり群が12%、自宅に戻れない入院・入所群が8%と報告されている<sup>1)</sup>。今回の調査は、この分類方法とは異なるが、ADLの5項目のうち4項目で全介助の割合が5割を超えており、麻痺は9割の患者に残っていた。このことから、対象者は自立状況が低く介護を必要としていたことが示唆される。

入院期間は平均68.3日と長かった。平成8年の厚生省の「患者調査」<sup>6)</sup>で、結核と精神障害を除いた傷病の平均在院日数は32.8日である。脳血管障害患者は、ADLが低下し生活能力の回復までに時間がかかるため、入院が長期化する傾向にある。同調査<sup>6)</sup>による、脳血管疾患の平均在院日数は119.1日で、本調査の平均入院期間は、この数字よりは下回っていた。これは、T病院が第3次救急医療を担っており、在院日数の短縮をすすめていることが関係していると思われる。

退院先については、約5割の患者が他病院へ転院していた。自宅へ退院した患者は約3割で、施設へ入所した患者は2割に満たなかった。療養型病床群や老人保健施設、在宅への移行が少ない現状である。このことから、要介護状態となった患者の受け皿の問題が考えられる。

家族状況では、拡大家族の割合が約6割と最も多かったが、夫婦のみの世帯と単身世帯をあわせると約4割になった。平成12年版厚生白書<sup>7)</sup>で、夫婦だけの高齢者世帯とともに、一人暮らしの高齢者世帯の割合の増加が報告されている。また、高齢者の約4割は高齢者単独か夫婦同士で暮らし

ている<sup>8)</sup>とも言われている。このことは本調査もほぼ同じであった。高齢者単独世帯の増加は、介護におけるマンパワー不足の問題が予測できる。

家族の退院の希望と受け入れの状況では、約5割の患者・家族が退院を希望しておらず、医療者側が退院を勧めた時に入院の延長を希望したのは約3割であった。東<sup>9)</sup>は、医療者側と患者に「退院」の考えにギャップが生じていることを指摘している。急性期医療施設では急性期を脱したら、ほかの慢性期医療施設あるいは在宅医療、通院・自宅療養に移るという方針で考えるが、患者は全快してもとどおりの生活に戻れることを「退院」ととらえている<sup>9)</sup>とも述べている。対象者の9割に麻痺が残り、ADLの自立状況が低かったことから、患者や家族は、状態の改善を図りたいという思いがあり、退院を希望しなかったり、入院の延長を希望したりしたことが予測される。

要介護認定の申請に関する情報提供については、約3割の患者のカルテには記載がなかった。記載があった患者でも、情報を提供した時期が入院後約50日目であり、平均入院期間で見ると退院の約20日前であったことがわかった。要介護認定の結果は申請から30日以内に通知される<sup>10)</sup>ことになっている。認定が遅れてもサービスは申請日から利用できるが、退院時点で要介護認定が下りていれば、退院後のケアに不安を残さず退院できるだろう。そのためには、早めの情報提供が必要である。しかし、本調査では、情報提供が退院の約20日前であった。したがって、その後の申請がさらに遅れることになる。患者が、何らかの障害をもって退院に移行するとき、退院計画の展開上で介護保険の申請に関わる事柄について家族に支援する必要がある<sup>11)</sup>。約3割の患者のカルテには、情報提供に関する記載がなく、医師や看護婦の要介護認定の申請に対する情報提供には、適切性の問題が示唆される。

施設入所の希望がある場合、本調査において、入院期間が約9日延長していた。「医療依存度が高くかつ入院期間が長期化する患者の行き場自体が狭まっている」<sup>12)</sup>。本間<sup>3)</sup>は、施設入所待ちが在院日数の長期化の要因であることを指摘している。つまり、施設入所の待機日数が入院期間に加算されているといえる。また、退院時のADLの自立状況が低いと入院期間が長期化していた。このこ

とは、石田<sup>12)</sup>が「機能回復訓練が必要な患者に対して受け皿が未整備である」と、言っていることから説明できる。

家族形態別では、夫婦のみの世帯が他の家族形態に比べ、入院期間が約20日短かった。キーパーソン別では、配偶者の場合にわずかではあるが入院期間が短くなっていた。配偶者は患者とほぼ同年代であることを考えると、「老老介護」の状況で、身体的機能が低下してきているために、子供・嫁に比べて、配偶者の介護負担は大きい。しかし、嫁や子供に気兼ねすることなく、長年連れ添った人に面倒を見てもらいたいという患者の気持ちや、相手が入院していることで一人暮らしをしなければならぬ寂しさなどがあり、少しでも入院期間を短くしたいという思いがあることが推測される。今回、関係性は明らかにならなかったが、今後も在院日数と家族形態、キーパーソンとの関係について調査を続ける必要があると思われる。

## VI. 結論

脳血管疾患で入院し、要介護認定の対象となって退院した患者45名を調査し、以下のことがわかった。

- ・転院・施設への入所を希望していると入院期間が長い。
- ・退院先については、半数が病院から病院へ転院していた。在宅へ戻れず、介護保険で利用できる施設へも入所できないという現状は、要介護状態となった患者の受け皿の問題が示唆された。
- ・要介護認定の申請に関する情報提供は、退院の20日前と時期的に遅く、3割の患者のカルテには情報提供の記載がなかった。
- ・退院時のADLの自立状況が低い方が入院期間が長い。
- ・家族形態では夫婦のみの世帯、キーパーソンでは配偶者の場合に入院期間が短かった。

## VII. おわりに

在宅での療養を可能にするために介護保険が導入されたが、現実には病院から病院へ転院している事例が多く、在宅療養にすぐに移行することや、介護保険施設への入所が難しい状況であることがわかった。また、施設入所の待機のために入院が長期化している現状があり、入院中からの情報の提供、スムーズな在宅療養への移行を促すために、

看護者は保健・医療の動向にも関心を向けていなければならないと感じた。また、今回の調査では、看護記録に退院調整に関する事柄の記載が少なく明確な結論が出せなかった。対象者数も少ないため、介護を必要とする患者の退院に看護婦が効果的に関わることができるよう今後も調査を続ける必要がある。

## 文献

- 1) 藤沢直子：介護保険に関わる病院の役割，県立がんセンター新潟病院医誌，39(2)，138～144，2000。
- 2) 青柳俊：介護保険制度の現状と今後の課題，日本医師会雑誌，124(12)，1785～1791，2000。
- 3) 本間千代子：患者の退院とその諸相，看護実践の科学，25(9)，18～24，2000。
- 4) 鈴木一夫：最近の脳血管障害の実態—疫学的立場から—，診断と治療，83(11)，1878～1883，1995。
- 5) 出江紳一：“脳卒中の疫学と発症機所”脳卒中マニュアル，千野直一責任編集，小学館，東京，1998。
- 6) 国民衛生の動向・厚生指針，47(9)通算736号，厚生統計協会，東京，2000。
- 7) 厚生白書(平成12年版)新しい高齢者像を求めて—21世紀の高齢社会を迎えるにあたって—，厚生省，東京，2000。
- 8) 佐藤陽次郎：“介護保険制度について”脳卒中をめぐる障害とケア，亀山正邦監修，医歯薬出版株式会社，東京，1998。
- 9) 東美智子：患者の理解を得るために，看護管理，9(4)，255～262，1999。
- 10) 岡本悦司：イラストでみる介護保険，看護技術，46(72)，72～77，2000。
- 11) 河野順子，永岡明子：病院・地域のケアシステムの変革をめざした退院計画のあり方，看護実践の科学，25(9)，25～31，2000。
- 12) 石田昌宏：早期退院促進の中で適切な医療を提供するには，看護管理，9(4)，270～273，1999。