

報告

身体疾患を合併する精神疾患患者の自宅退院を規定する要因

上 蘭 紗映¹⁾, 山 崎 裕司²⁾, 加 藤 宗規³⁾

Factors determining home discharge of patients with mental illness complicated by physical illness

Sae Uezono¹⁾, Hiroshi Yamasaki²⁾, Munenori Kato³⁾

要 旨

本邦では、精神疾患患者の長期入院が大きな問題となっている。また、精神疾患を持つ患者も様々な身体疾患を合併する可能性があり、1年以内に患者が退院できなかった理由に日常生活活動能力の低下が17.7%あったとされている。今回の研究では、精神・身体重複障害を持つ患者を対象として、自宅退院に影響を及ぼす要因について検討した。対象は平成27年1月～平成30年12月までに当院合併症病棟に入院し、身体リハビリテーションを実施した患者350名である。除外規定は、欠損データがあるものとし、最終的に分析対象となったのは296名であった。入院継続あるいは他院への転院を除き、生活の場に退院となった256名中、自宅退院者は116名(45.7%)であった。自宅退院群を規定する要因についてロジスティックス回帰分析を行った結果、有意であったのは認知症の有無、自宅からの入院か否か、同居家族の有無、入院時Functional Independence Measure (以下、FIM) 認知項目得点、退院時FIM運動項目得点であった。これらの内、変化させられる因子は退院時FIM運動項目だけであり、日常生活活動能力を高めることを職務とする理学療法の重要性が認識できた。

キーワード：精神疾患，身体疾患，自宅退院，阻害要因，日常生活活動能力

【はじめに】

本邦では、精神疾患患者の長期入院が大きな問題となっている。厚生労働省による平成29年(2017)患者調査の概況¹⁾では、全体の平均入院日数は29.3日であった。これに対し、疾患別にみた入院日数は、入院期間が長い順に、「行動および精神の障害」が277.1日、「神経系の疾患」81.2日、「循環器系の疾患」38.1日であった。また、人口10万人あたり傷病別の受療率は、「行動および精神の障害」が一番多く199

名、次いで「循環器系の疾患」が180名、「新生物<腫瘍>」112名となっている。

精神疾患患者の入院が長期化する理由として、平成24年に633施設に1年以上入院している認知症を除く4978名の精神障害者の調査結果²⁾では、85%の対象が現時点で退院が困難であると考えられ、その理由として、「精神症状が極めて重症、または不安定であるため」が61%、「居住・支援がないため」が33%、「身体合併症治療のため」が5%、「無回答」が1%

1) 医療法人社団光生会平川病院 リハビリテーション科

Department of Rehabilitation, Hirakawa Hospital

2) 高知リハビリテーション専門職大学 理学療法学専攻

Division of Physical Therapy, Kochi Professional University of Rehabilitation

3) 了徳寺大学 健康科学部 理学療法学科

Department of Physical Therapy, Faculty of Health Science, Ryotokuji University

であった。

身体的リハビリテーションの見地からは、精神疾患を持つ患者も、様々な身体疾患を合併する可能性があり、安西³⁾の報告によると、1年以内に患者が退院できなかった理由にADLの低下が17.7%あったとされている。2020年診療報酬改定で精神療養病棟での疾患別リハビリテーションの実施と算定が可能となったことは、このような現状を打破する一手として期待されている。今回の研究では、身体リハビリテーションを実施した精神・身体重複障害を持つ患者を対象として、自宅退院に影響を及ぼす因子について検討した。

【方法】

平成27年1月～平成30年12月までに当院合併症病棟（精神科一般病床）に入院し、身体リハビリテーションを実施した患者350名を対象とした。除外規定は、欠損データがあるものとし、最終的に分析対象となったのは296名であった。まず、自宅への退院を阻害する要因について自宅退院群と非自宅退院群の2群間で以下の項目について比較検討を行った。比較項目は、年齢、性別、精神疾患名、身体疾患名、退院先、入院時Mini-Mental State Examination（以下、MMSE）、入院時・退院時Barthel Index（以下、BI）、入院時・退院時Functional Independence Measure（以下、FIM）、入院時・退院時Global Assessment of Functioning（以下、GAF）、リハビリテーション継続期間、社会的背景（結婚歴、配偶者の有無、同居家族の有無）であった。統計的手法としては、各要因における自宅退院群と非自宅退院群の比較をウェルチの検定または χ^2 適合度の検定を用いて検討した。次いで、有意差を認めた要因を用いて多重ロジスティック回帰分析を行った。多重ロジスティックス回帰分析については、退院時に精神的な入院継続の必要性がある患者を除外した254名を対象とした。統計にはSPSS ver.15 for Windowsを用い、有意水準は5%とした。

【倫理的配慮】

本研究は、平川病院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】

結果を表1に示した。入院継続あるいは他院への転院を除き、生活の場に退院となった256名中、自宅退院者は116名（45.7%）であった。

自宅退院群と非自宅退院群間の比較において有意差を認めた項目は、平均年齢（ $p<0.001$ ）、整形多発（ $p<0.001$ ）、整形単発（ $p<0.05$ ）、中枢神経疾患（ $p<0.05$ ）、認知症など（ $p<0.01$ ）、うつ病・躁うつ病など（ $p<0.05$ ）、入院前住居場所が自宅（ $p<0.001$ ）、入院前住居場所が自宅以外（ $p<0.001$ ）、入院前同居家族あり（ $p<0.001$ ）、入院前同居家族なし（ $p<0.001$ ）、入院時FIM総合点・運動・認知、退院時FIM総合点・運動・認知（ $p<0.001$ ）、リハ継続期間（ $p<0.05$ ）、退院時GAF（ $p<0.001$ ）であった（表1）。

自宅退院群と非自宅退院群の間に有意差を認めた上記項目を用いて、多重ロジスティック解析を行った。その結果、 $\text{score}=-2.366$ （F0：認知症か否か） $+3.460$ （自宅からの入院か否か） $+1.840$ （同居家族の有無） -0.077 入院時FIM認知項目 $+0.063$ 退院時FIM運動項目 -5.007 の予測式が得られ、判別の中率は86.6%であった。また、採択された項目のオッズ比は自宅からの入院か否かが31.804、同居家族の有無が6.297、認知症か否かが0.094、入院時FIM認知項目が0.926、退院時FIM運動項目が1.066であった（表2）。

【考察】

現在、精神科病床については、長期入院患者を減らし、地域移行を促進しており、それを後押しする診療報酬改訂も行われている。実際に、在院日数は年を追うごとに減少している¹⁾。

自宅退院群と非自宅退院群の間に有意差を認めた項目を用いて、多重ロジスティック解析を行った結果、認知症か否か、自宅からの入院か否か、同居家族の有無、入院時FIM認知項目得点、退院時FIM

運動項目得点が採択された。自宅からの入院か否か、同居家族の有無は、対象者の社会的背景が自宅退院を強く規定する要因であることを示した結果と推察された。認知症や入院時FIM認知項目得点は、精神疾患の重症度が自宅退院を強く規定する要因で

あることを示した結果と考えられた。しかし、これらはリハビリテーションを実施する理学療法士にとって変化させられない要因である。

むしろ、着目すべきは退院時FIM運動項目得点が採択されている点であろう。オッズ比は、1.066と

表1 リハビリテーションを実施した精神疾患患者の退院先の違い（自宅退院群と非自宅退院群）による比較

	自宅退院群	非自宅退院群	自宅率		自宅退院群	非自宅退院群	自宅率
人数(名)	116	138	[45.7]	入院前居住場所(名)			
平均年齢(歳)	55.3±19.7	65.9±15.6 ***		自宅	104	36 ***	[74.3]
性別(名)				自宅以外	12	102 ***	[10.5]
男性	34	49	[41.0]	入院前同居家族有無(名)			
女性	82	89	[48.0]	あり	83	39 ***	[68.0]
身体疾患分類(名)				なし	33	99 ***	[25.0]
整形多発	35	15 ***	[70.0]	FIM(点)			
整形単発	24	46 *	[34.3]	入院時運動	53.9±20.0	43.3±19.6 ***	
整形その他	31	27	[53.4]	入院時認知	24.6±7.2	20.1±7.5 ***	
整形切断	1	0	[100.0]	入院時総合	79.3±23.0	63.5±24.6 ***	
整形脊損	3	3	[50.0]	退院時運動	75.2±15.9	56.8±21.7 ***	
内科	12	19	[38.7]	退院時認知	26.9±6.8	20.7±7.7 ***	
中枢	10	27 *	[27.0]	退院時総合	102.9±19.4	78.4±27.0 ***	
代謝性	0	1	[0.0]	リハ継続期間(日)	135.4±94.5	150.5±81.4 *	
精神疾患分類(名)				GAF(点)			
F0 認知症など	18	45 **	[28.6]	入院時	37.7±10.6	36.1±9.5	
F1 依存症	2	6	[25.0]	退院時	46.5±11.2	40.9±10.7 ***	
F2 統合失調症など	56	58	[49.1]				
F3 うつ病・躁うつ病など	28	16 *	[63.6]				
F4 神経症	5	6	[45.5]				
F7 精神遅滞	4	6	[40.0]				
F8 発達障害	1	1	[50.0]				
その他	2	0	[100.0]				

GAF:Global Assessment of Functioning, FIM:Functional Independence Measure ***:<0.001, **:<0.01, *:<0.05, 自宅率:自宅退院群の割合=[自宅退院群]/[合計人数]×100(%)

表2 ロジスティック回帰分析結果

	偏回帰係数	有意確率 (p)	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間	
				下限	上限
独立変数					
認知症か否か	-2.366	0.000	0.094	0.032	0.276
自宅から	3.460	0.000	31.804	12.217	82.793
同居家族	1.840	0.000	6.297	2.595	15.284
入院時FIM認知項目	-0.077	0.045	0.926	0.859	0.998
退院時FIM運動項目	0.063	0.000	1.066	1.033	1.099
定数	-5.007	0.000	0.007		

従属変数:退院先(自宅/非自宅)

FIM: Functional Independence Measure

モデル χ^2 検定 $p < 0.01$, 判別の中率86.6%

表3 先行研究一覧

報告者	対象者の主疾患・転院先区分	n	平均年齢(歳)	退院時FIM(点)	カットオフ値(点)	
永井ら ⁴⁾	脳血管障害患者	自宅群	46	68.3±14.0	112.1±11.8	
		非自宅群	19	76.5±10.4	81.7±22.0	
浜岡ら ⁵⁾	脳卒中患者	自宅群	132	71.3 ± 12.4	106	
		非自宅群	83	74.9 ± 11.5	52.5	
岩瀬ら ⁶⁾	大腿骨近位部骨折患者	自宅群	66	90.8±4.6	100.7	FIM-M57.5
		非自宅群	16	91.4±3.4	82.5	
島崎ら ⁷⁾	骨折患者	自宅群	67	70.1 ± 13.4	117.7	FIM-M58.5 †
		非自宅群	12	84.8 ± 5.0	85.5	
杉浦ら ⁸⁾	脳卒中患者	自宅群	41	87.9±2.7	80.8±24.0	FIM-M39
		非自宅群	30	89.5±3.9	41.1±24.9	

平均値±標準偏差, FIM-M;FIM運動項目, †:転棟時

なっているが、これはFIM運動項目得点1点の変化に対するオッズ比である。運動FIMの満点は、7点(完全自立)×13項目=91点である。13項目において軽介助が監視となれば、13点増加することになる。つまり、運動FIM得点は、10点程度は容易に変化する可能性がある。運動FIM得点が10点変化すれば、オッズ比は10.66となり、自宅退院の可能性が10倍強となることを表している。したがって、理学療法士は、精神疾患が合併した対象者に対して有効に機能し得る介入方法を今後も考案し続ける必要がある。

身体疾患が主体のリハビリテーションにおける自宅退院の可否については、主にFIM得点で予測されている⁴⁻⁸⁾(表3)。岩瀬ら⁶⁾は、超高齢の大腿骨近位部骨折術後患者を対象とした検討において、FIM運動項目のカットオフ値は57.5点、島崎ら⁷⁾は、骨折術後の患者を対象とした検討において、FIM運動項目のカットオフ値は58.5点、杉浦ら⁸⁾は超高齢脳卒中患者を対象とした検討において、FIM運動項目のカットオフ値は39点であった。今回の自宅退院群のFIM運動項目得点は75.2点であり、精神疾患がない患者と比較して高いADL能力が求められていることが明らかとなった。池淵ら⁹⁾は、特に長期入院患者で症状がより重篤な方については、家族の存在は自宅復帰の大きな力となり得るもので、家族の関係性がよく、受け入れ体制があれば、自宅復帰を大きく後押しすると報告している。石橋ら¹⁰⁾は、精神疾患と身体疾患が重複している入院患者の場合、精神機能と身体機能が退院できる状態に回復しているこ

とも必要であるが、社会的背景が大きく影響していることを指摘している。これらの要因は、今回の検討でも抽出されている。精神疾患を合併した対象者では、リハビリテーションゴールを決定するうえでこれらの要因に配慮しなければならないであろう。

【文献】

- 1) 厚生労働省：平成29年(2017)患者調査の概況。
[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/\(kanja-\)01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/(kanja-)01.pdf) (閲覧日2020年3月28日)
- 2) 厚生労働省：平成26年3月28日開催、第8回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000046397.pdf> (閲覧日2020年3月28日)
- 3) 安西信雄：精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000122522.pdf> (閲覧日2020年10月7日)
- 4) 永井邦明, 小川敬之・他：回復期リハビリテーション病棟に入院した脳血管障害患者の転帰先に影響する要因-認知機能に着目して-。日本臨床作業療法研究4(1):37-43, 2017.
- 5) 浜岡克伺, 前田理奈・他：脳卒中患者の在宅復帰に必要な基準値-Functional Independence

- Measureを用いた検討-. 理学療法科学29(6) : 933-937, 2014.
- 6) 岩瀬弘明, 村上貴士・他: 大腿骨近位部骨折を呈した超高齢患者の在宅退院に関連する因子の検討. ヘルスプロモーション理学療法研究7(2) : 63-67, 2017.
- 7) 島崎功一, 吉村日沙: 急性期病棟から地域包括ケア病棟へ転棟した骨折患者の転棟前FIMは自宅退院の可否を予測できるか?. 理学療法科学33(3) : 389-393, 2018.
- 8) 杉浦 徹, 櫻井宏明・他: 超高齢脳卒中患者(85歳以上)の自宅退院に必要なADL条件の検討. 理学療法科学28(5) : 623-626, 2013.
- 9) 池淵恵美, 佐藤さやか・他: 統合失調症の退院支援を阻む要因について. 精神神経学雑誌110(11) : 1007-1022, 2008.
- 10) 石橋雄介, 林 久恵・他: 身体疾患を合併する精神疾患患者の自宅退院に関連する因子の検討. 理学療法学45(6) : 366-372, 2018.

