

環境調整に難渋した

在宅復帰患者を通して学んだこと

小野 健一 岡山リハビリテーション病院

要旨：今回、在宅復帰を目標とした高次脳機能障害と右片麻痺を呈した患者と関わる機会があった。病院スタッフは、自宅退院を考えるにあたり、チームによる2度の家屋訪問により、「本当に自宅退院できるのか？」という意識から「家族全員の生活の質を下げないためにはどうすればよいか？」という意識へと変化させることができた。それは、理学療法士・作業療法士だけでなく、社会福祉士・看護師、病院外の職種のスタッフが実際の家屋環境の場において、密に情報交換を行なうことで主介護者だけでなく、同居する家族も全員が納得いく環境調整とサービスの調整が出来た結果であると考ええる。

作業療法おかやま 18：66～73，2008

Key Words：在宅生活、介護者、生活環境

2008年12月27日受理

【はじめに】

平成18年度の診療報酬改定¹⁾により在宅復帰率・算定上限の日数が設けられ、より早急に退院場所を明確にし、その対応が必要となってきた。そのためには患者本人の能力だけでなく、家族や住宅環境、使用できる社会資源など様々なことを考慮して方針を決定しなければならない。また、作業療法士（以下、OT）だけでなく医師、看護師（以下 Nrs）、社会福祉士（以下、MSW）など他職種の連携も必要となってくる。

今回、高次脳機能障害と右片麻痺を呈した在宅復帰希望の患者と関わる機会があり、その際、自宅の環境調整とサービス調整に難渋した。その要因として、本人の能力の問題だけでなく、介助者の介護力の問題、家屋環境の問題が挙げられた。黒田²⁾は患者の健康関連 Quality of life（以下、HRQOL）を対象患者の行動範囲を「自宅外」と「自宅内」の2群に分類し、Activities of daily living（以下、ADL）を比較したところ、たとえADL自立度が低くても行動範囲が自宅外の患者のHRQOLは、自宅内の患者より高値を示し、患者の日常生活領域が自宅内から自宅外へと拡大することによりHRQOLが向上することを推察した。また、別所ら³⁾によると主観的介護負担感が少ないほど介護継続意志が

強く、在宅介護が継続されると述べている。そのため、患者本人の能力維持の問題だけでなく、家族の介護負担の軽減も考慮しなければならなかった。これらのことから、患者本人だけのことを考えるのではなく、家族の負担・QOLに考慮して自宅退院の設定を決定する必要がある、住宅改修は患者本人と家族の両者に大きな影響を与える要素として含まれていると考える。

今回、入院当初、「本当に自宅退院できるのか？」と不安があった患者が自宅退院するにあたり、住宅改修を通して、「本人だけでなく、家族全員の生活の質を下げずに安心した生活を送ることが出来る設定にするにはどうすればよいか？」を考えることが出来たので、若干の考察を加え報告する。

【症例紹介】

50代後半の女性。脳梗塞（中大脳動脈）・右片麻痺・失語症を呈している。発症から1ヶ月半経過し、当院へ転院となった。転院時は、身体機能・高次脳機能障害が重度であったが、発症後3ヶ月経過し、身体機能は右上肢・手指・下肢ともにBrunnstrom recovery StageにてすべてstageⅢ、感覚は中等度鈍麻であった。端座位は静的には安定しているが、動的には不安定で、立位保持は把持物がないと不可能な状態であった。高次脳機能障害は観念運動失行・注意力の低下・重度の運動性失語症が見られていた。日常生活レベルの会話の理解は状況判断とあわせ、単語レベルで概ね可能だが、本人の注意がそれている状態では言語的な指示入力には困難であった。表出は相手の真似をして挨拶が可能なレベルであった。

ADL能力はFunctional Independence Measure（以下、FIM）にて60点で、一般的に介助が必要であった。食事は左上肢でスプーン・フォークを使用し可能、更衣動作は上下衣ともに中等度介助であった。入浴は特殊浴槽で全介助であった。病棟内の移動は車椅子駆動を行っているが、右側の壁にぶつかってしまうことが多くみられていた。また、移乗動作時にはブレーキのかけ忘れや、フットプレートの上忘れが目立った。トイレ動作は移乗に見守りが必要で、下衣の上げ下げは全介助の状態であった。日中はリハビリパンツを使用しているが、夜間は尿意で目が覚めることなく失敗してしまう為、オシメを使用していた。

社会背景として、家族構成は本人、夫、息子夫婦、娘の5人暮らしであり、息子夫婦、娘は日中働きに出ている。キーパーソンは夫である。夫は60代前半で定年後、農業をしており、その時間以外は自宅にすることが多い。夫が在宅の時は主介助者としての役割を担えるが、不在となったとき、患者本人が一人になってしまうことがある。夫は、本人の予後や介護の大きさに対して、説明を行っても楽観的な発言をすることがしばしば見られた。家屋は平屋建てで母

屋にバリアフリー設計の離れを増築施工している。その為、離れと母屋の間に2段の段差がある。夫婦の居室は母屋にあり、キッチン・トイレ・浴室・リビングは離れにある（図1参照）。

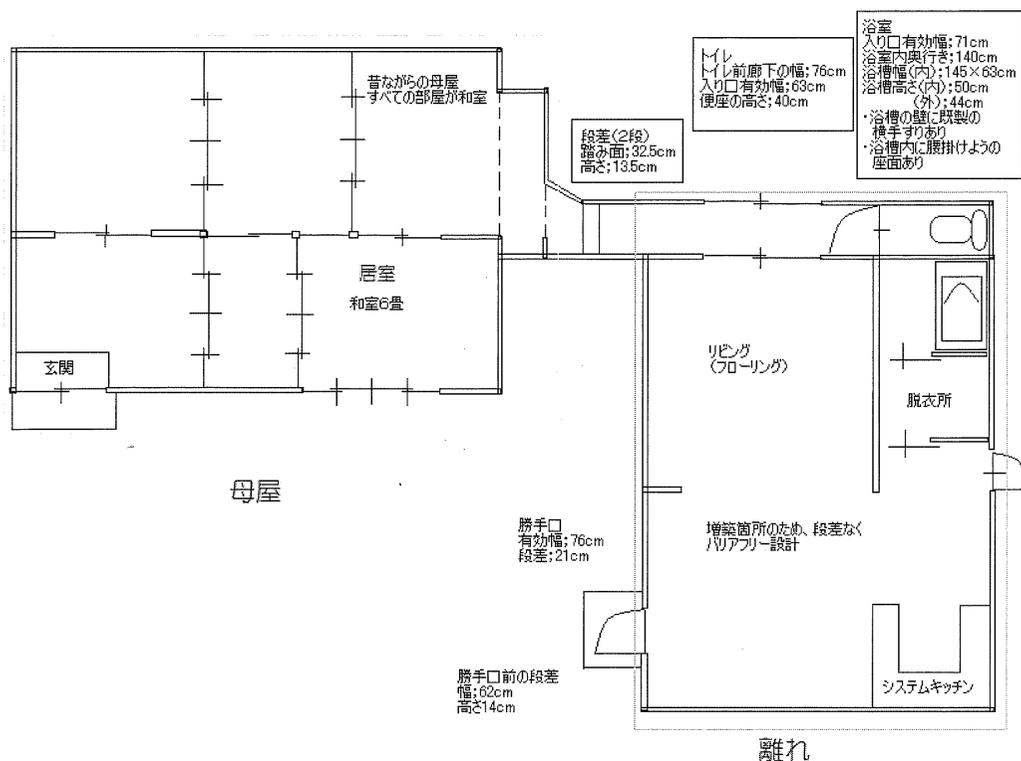


図1 家屋構造

【経過】

自宅退院となるまでの経過を3期に分けて報告する。

○第1期(発症後3ヶ月):自宅退院可能な環境であるか家屋構造の調査を行う
第1期の時点で、患者本人の能力は食事のみ自立しておりその他の動作では見守り～中等度介助の状態であった。注意力の低下による転倒の危険性が高く、当初病院スタッフは事前に聴取した家屋構造からも、「本当に自宅に帰れるのだろうか、介護負担が多すぎるのではないか?」といった不安があった。しかし、夫の「自宅に退院させたい。家で入浴させたい。自分が介護したい。」という希望が強く、この時点で病院スタッフと夫の自宅退院に対する意識のギャップがあった。そのため、自宅退院可能な環境であるか、家屋構造の調査を行った。この時、キーパーソンである夫の考えは聴取できていたものの、その他の家族の考えは具体的に聞く事は出来ていなかった。

一回目の訪問は、当院の担当理学療法士(以下、PT)・OT・MSW・Nrsのみ

で自宅環境をチェックした。検討課題としては、移動方法、屋内外の出入り方法、排泄方法、入浴方法、居室場所、屋内段差昇降方法をどうするかであり、訪問に同席した夫とともに検討した。まず、トイレが近く、バリアフリーのリビングを居室として利用する事を家族に提案した。そして、排泄方法として、トイレ内の広さとトイレ前の廊下の幅から車椅子での出入りが困難であるため、日中は夫の見守りにてトイレまでの見守り歩行を行うこととし、夜間はオシメを着用することとした。入浴方法は、自宅での入浴は本人の身体能力の問題に加え、複雑な動作では本人への指示入力に困難であることから介助量が大きくなるため、通所サービスでの入浴サービスを提案した。

問題点として残った課題が、①排泄方法で、日中独りになる時の動作をどのようにすればよいかという点、②屋内外の出入りの方法は勝手口とするが段差の昇降方法を歩行で行うか車椅子で行うかという点、③母屋と離れの間にある2段の段差昇降方法をどうするかという点があり、次回の訪問までの検討課題として残した。更に、訪問後に、家族から「リビングでの生活は、他の家族と共有するスペースを使用してしまうため本人と家族両者のストレスになるのではないか？」と提案があり、家屋の状態から寝室を今まで通りの母屋とし、家屋の中をどう移動すればよいかを検討する必要がでてきた。

この時点で、担当医師・PT・OT・言語聴覚士・Nrs・MSW（以下、当院スタッフ）と夫の自宅退院に対する意識のギャップを埋めることが出来たが、夫以外の同居する家族とのギャップを埋めることは出来ていなかった。

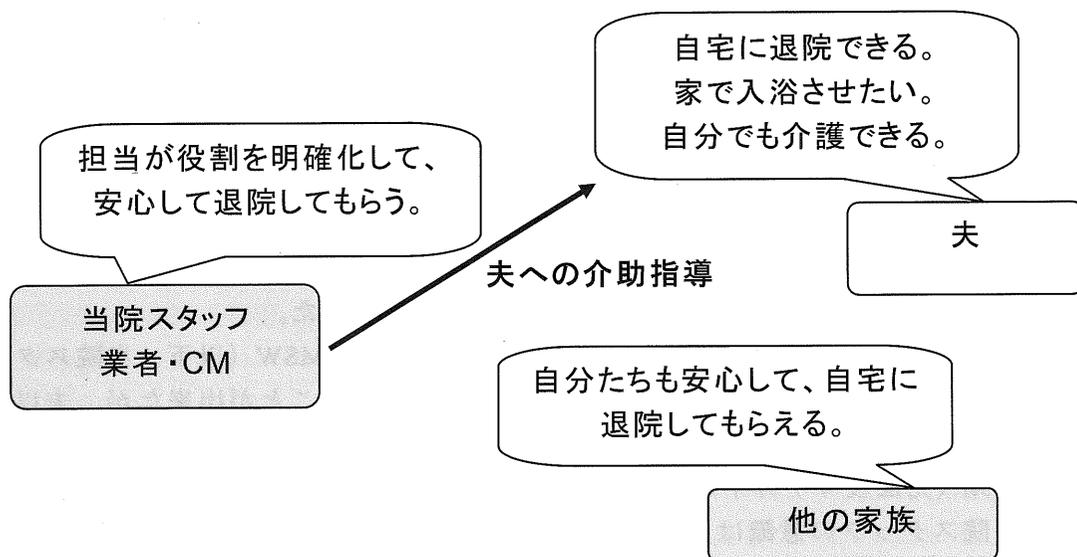
○第2期（発症後4ヶ月半）：改修手段の決定と、サービス利用の調整をすることで当院スタッフの意識は、「本当に自宅に帰れるのだろうか、介護負担が多すぎるのではないか？」から「家族全員が安心する自宅環境を調整する為にはどうすればよいか？」という意識に変化し、「自分たちの生活の質も低下させずに、自宅に退院して欲しい」という、キーパーソンの夫以外の家族のニーズも考慮し、2度目の訪問を行った。

改修方法の決定とサービス利用の調整をすることを目的とし、一回目の訪問に行ったスタッフに加え、担当介護支援専門員（以下、CM）・建築業者・夫そして本人の同行のもと2度目の訪問を行った。その結果、提案として、「リビングを寝室にするとストレスである。」という家族の考えに対して、日中と夜間の生活場所を分け、夜間は母屋の寝室でベッドを利用すること、日中はリビングで車椅子での生活を主とした。母屋へ行く時や屋外へ外出するときには、介助者と介助歩行にて行うこととした。1期で挙げた問題点①に対して、家族が不在となり本人が一人となる時は、トイレのドアは開けたままにしておいて、トイレの手前まで車椅子で移動し、その場から便座までは手すりを伝い移動する

こととした。夜間はポータブルトイレの使用は考えず、今後もオシメを使用する事で介護負担の軽減を図った。②に対しては、勝手口に縦手すりを設置し、介助者との介助歩行で行うこととした。③に対しては、側壁の強度不足のため、立ち上げ式の手すりを設置した。また、入浴は主としてデイケアを利用することを提案したが、夫の自宅で入浴させたいという希望から、シャワーキャリーを使用してのシャワー浴と、自宅浴槽での介助入浴が可能となるように手すりの設置を行った。

その後、夫以外の家族にも訪問で話し合った旨を伝え改修工事の着工となった。

○第3期（発症後5～6ヶ月）：最終調整



最終調整として、退院までに必要となる各担当の役割を明確化して、介助指導と環境調整・サービス調整を行なった。介護者の負担を考慮し、デイケア・デイサービスの利用をすすめ、主介護者となる夫の自由に使える時間をできる限り確保した。入浴は、介護量の問題を十分認識してもらい、OTが入浴動作の介助指導を行った。その他にPTによる段差昇降・屋外歩行の介助指導とNrsによるオシメ交換の指導を夫に行った。また、退院までの取り組みとして、本人の日常生活動作の中に、看護師・介護福祉士とのトイレまでの見守り歩行や、一般浴槽での介助入浴を取り入れた。

改修終了後、外泊練習を行い、自宅内の動作に問題なく、同居する家族からも「これなら安心して生活ができる」との発言があり、発症から6ヶ月で退院の運びとなった。

【考察】

入院当初、患者本人の病棟での「している ADL」の介助量の多さと転倒のリスクの高さや、楽観的な発言のある夫の協力が本当に得られるかといった点に不安を抱えていた。その為、当院スタッフは自宅退院に対して消極的になっていたが自宅環境を実際に調査することで、人的・物的環境を十分に調整すれば自宅退院が可能であることがわかり、最終的に自宅退院が可能となった。その後、同居する家族の意見を聞き、具体的な調整が可能となった。このような結果となったのは、患者・家族から環境を聴取するだけでなく、実際の環境を調査し、病院スタッフだけでなく、病院外の担当 CM や建築業者と話し合う場を持つことで、それぞれの意向に沿った環境調整とサービスの調整ができたのではないかと考える。日本リハビリテーション病院・施設協会による「リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業」には、回復期リハビリテーション入院中に退院前訪問指導が実施されているのは全体の 53.6% で、実施回数が 2 回以上行なっているのがそのうちの 86.2% となっている。また、退院前訪問指導の職種別実施率は、理学療法士が 92.5%、作業療法士が 77.1%、社会福祉士が 61.8%、看護師が 11.3% となっており職種により、同行する割合に差が見られている。このことから、退院前訪問指導は、1 度の実施では十分な調整や意見交換が困難となることが考えられ、複数回にわたる訪問が必要になってくるのではないかと考える。また、今回は、PT・OT だけでなく MSW・Nrs が当院スタッフとして同行した。そのことで、MSW による主介護者と同居する家族の意向の聴取や、各職種間の連携の調整が可能となり、看護師による夜間の患者本人の様子や介護の状況を直接家族に伝えることが出来た。今回は、これらの職種がそれぞれの役割を明確に持ち、同行することで、調整に難渋する患者でも自宅退院を円滑に行えたと推察される。

岡持⁴⁾によると、回復期リハビリテーション病棟の役割の一つに、住宅環境などの環境調整が挙げられている。また、一般的に、住宅改修の必要性として①日常生活活動の自立範囲拡大②家庭生活における安全性、快適さの獲得③介護負担の軽減④生きがいの発見⑤生活意欲の向上が挙げられている。今回、これらの要素に加え、環境調整に必要な新たに気づいた項目として、①主介護者のニーズ②家族全員の意識の確認③プライベートスペースと共有スペースの確認④金銭的な負担の軽減が必要であることが考えられた。

また、今回、主介護者である夫が全て介護をするといった考えで退院へ向けたアプローチを行っていった。しかし、坪井ら⁵⁾によると、在宅介護が長期化し介護者の主観的介護負担感が増加すると介護者の介護継続意欲が低下し、それにより在宅介護が破綻し在宅介護から施設介護へとシフトするといわれている。

る。その為、同居する家族にどの程度の介護の協力が可能であったのか、事前に聴取しておくことが必要であったと思われる。その中で、早期から家族全員の意向を聴取することも可能になっており、より早期から家族全員が納得いく調整ができていたのではないかと考える。また、介護負担を軽減するために、レスパイト・ケアとしてのサービスの利用を積極的に行うことがより良い在宅生活を実現させる第一歩になるのではないかと考える。そうすることで本人だけでなく、家族のより高い QOL を得られると推察される。その為、今後自宅退院する患者の介護者に対して、レスパイト・ケアとしてのサービス利用をすすめていくことを検討していく。

【まとめ】

身体機能と高次脳機能に重度の障害を持つ患者の自宅退院に関わり、本人の能力だけでなく、本人を取り巻く人的環境・物的環境の調整が非常に重要であることがわかった。今回、チームでの2度の家屋訪問で、同居する家族の意識や、実際の自宅環境で患者がどのように動くかを確認できた。その中で、患者本人のためだけでなく、同居する家族の QOL を低下させない調整をする必要があると実感した。

最後に、今回、当院スタッフは本人の能力に不安を抱えていたが、家族の協力が得られる状況であれば、自宅退院に積極的に関わることで、在院日数の短縮にもつなげることができるということを強く実感した。

今後も家族全員の生活の質を低下させないためにも、患者本人だけでなく、家族や本人を取り巻く環境を大切にしていきたい。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省：平成 20 年度診療報酬改定に係る通知等について。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/tp0305-1.html>
- 2) 黒田晶子：在宅脳卒中患者の健康関連 QOL～日常生活における行動範囲の影響～．作業療法．24(2)：145 - 152，2005．
- 3) 別所遊子，細谷たき子，玉木晴美，佐澤恵美子，境井早苗，他：痴呆性高齢者の在宅生活継続に影響する要因．北陸公衆衛生学会誌 27：8 - 12，2000．
- 4) 岡持利亘：リハビリ病棟・療養型の役割と今後．理学療法科学 17(4)：221-225，2002．
- 5) 坪井章雄，村上恒二：在宅介護家族の主観的介護負担感に影響を与える要因 - 介護家族負担感尺度 (FCS) を用いて - ．作業療法 25(3)：220 - 229，2006．

【参考文献】

- 1) 東京商工会議所:福祉住環境コーディネーター検定試験 2級公式テキスト.
57 - 61, 2002.
- 2) Yun-Hee Jeon : Respite care for caregivers and people with serve mental illness:literature review. Journal of Advanced Nursing 49(3):297-306, 2005.
- 3) 有限責任 中間法人 日本リハビリテーション病院・施設協会:リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業(医療保険から介護保険への円滑な移行検討事業)報告書. 2008.