

当院における退院前訪問指導の現状と課題

渡部 浩二, 有馬 聡

愛媛労災病院中央リハビリテーション部

(平成 30 年 4 月 20 日受付)

要旨：〔目的〕

本研究の目的は、当院において実施されてきた退院前訪問指導内容から対象者の身体要因や環境要因などとの関係を分析、そこから問題解決の過程を多職種において共有し、今後の検討課題を明確にすることである。

〔対象〕

当院に入院し 2015 年 3 月～2016 年 8 月までに退院前訪問指導を実施、その後退院となった患者 36 例（男性 10 例 女性 26 例 平均年齢 80.0 ± 8.6 歳）。

〔方法〕

後ろ向きに診療録より疾患、受傷状況、退院時の移乗・移動能力と退院時 Barthel Index (B.I) を、退院前訪問指導記録より間取りの変更、改修内容と福祉用具選定や療養上の指導を取り出し分析した。

〔結果〕

入院から訪問指導実施までの日数は(21 日～123 日 平均 50.9 ± 23.5 日)であり、退院前のリハビリテーション終了時期に実施している傾向を示したが、自宅内で受傷した骨折患者に対しては比較的早期に訪問指導を実施していることが分かった。改修を提案した箇所は玄関・寝室・トイレの順で多く福祉用具の選定別ではベッドのレンタルが最も多く、改修案では少なかった浴室内のシャワー椅子の導入も多い結果となった。

〔結論〕

高齢者や自立度に問題のある患者では、退院に向けて入院早期から身体・精神・環境・社会的問題などを多職種で把握しておくことが重要である。理学療法士は作業療法士と協働し、主に入院前後の患者の日常生活動作能力を知ることによって予後予測を立て、適切な療養上の指導や環境との適合性を見る役割があり、生活様式の再構築と家庭生活への移行を図らなければならない。

(日職災医誌, 67: 49—53, 2019)

—キーワード—

退院前訪問指導, 日常生活動作能力, 代償的アプローチ

はじめに

政府は「経済財政運営と改革の基本方針 2017」において健康寿命の延伸のための健康管理と病気・介護予防、自立支援に軸足を置いた、新しい予防・医療・介護システムを構築することを打ち出している。また、平成 30 年度診療報酬改定では地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化・連携の推進からリハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進が明記されている。

退院前訪問指導は入院患者の円滑な退院のため、患家を訪問し患者の病状、患家の家屋構造などを考慮しながら

ら退院後の在宅での療養上の指導を行うことを目的としている。当院でも入院患者に対してリハビリテーション専門職による退院前訪問指導を実施してきているが、中でも住環境の改修・整備は対象となる者が、その人らしい生活を退院後も継続できるよう支援する重要なリハビリテーションアプローチである。同時に対象者毎の疾患や障害内容と日常生活動作能力を把握しておくことは勿論、患者と家族を含めた要望や家屋環境など、考慮しておく事が多く難しいアプローチでもある。当院の訪問指導の計画から実施までの流れは、まず医療ソーシャルワーカーによる患者家族と介護支援専門員など福祉関連

表 1 対象者分類と特性 (n=36)

| | 骨関節疾患 | | | 脳血管疾患 | その他 |
|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 自宅内転倒 | 自宅外転倒 | 転倒以外 | | |
| 対象者数 | 8 | 10 | 7 | 6 | 5 |
| 年齢 | 88.5±3.5 | 76.5±9.5 | 78.4±6.2 | 78.3±8.7 | 81.0±6.7 |
| 性別 (男性/女性) | 0/8 | 1/9 | 4/3 | 3/3 | 3/2 |
| Barthel Index | 76.3±9.2 | 90.5±7.6 | 85.0±15.6 | 79.9±18.8 | 70.0±27.0 |
| 入院～訪問指導日 | 35.1±8.9 | 53.5±19.9 | 52.4±19.0 | 57.7±33.2 | 60.8±26.1 |

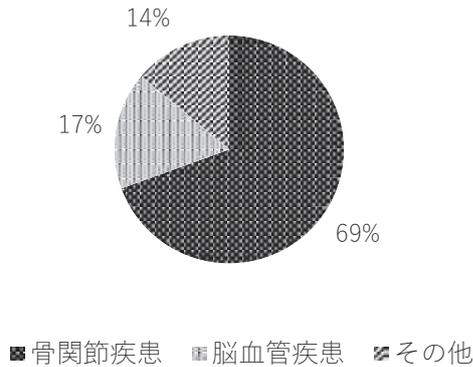


図 1 疾患別分類

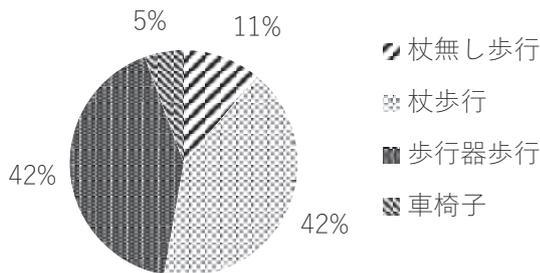


図 2 退院時移動能力

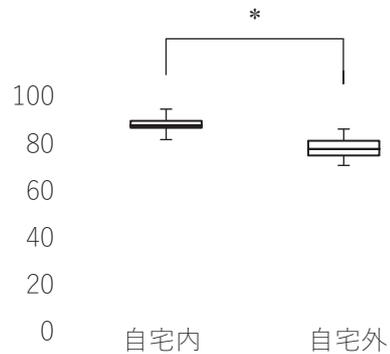


図 3 転倒患者一年齢

職、福祉用具関連職、建築関連職などスタッフとの日程調整を行っている。当日は多職種協働により、指導内容を患者や家族に提案できるように進めてきている。訪問指導の内容は、当院規定の指導記録に図面作成ソフトを使用して作成された見取り図を添えて残し、要点は診療録に記載している。

対象と方法

当院に入院し 2015 年 3 月～2016 年 8 月までに退院前訪問指導を実施、その後退院となった患者 36 例(男性 10 例 女性 26 例 平均年齢 80.0±8.6 歳)。

今回は、後方視的に診療録より疾患、受傷状況、退院時の移乗・移動能力と退院時 Barthel Index (B.I) を、退院前訪問指導記録より間取りの変更、改修内容と福祉用具選定や療養上の指導などを取り出して分析した。尚、本研究に当たっては個人が特定できないよう連結不可能匿名化された資料のみを使用しプライバシーの保護に十

分配慮した。統計学的処理は Mann-Whitney の U 検定を使用した。

結果

1 対象者分類と特性

家族形態では単独 36%，夫婦のみ 17%，夫婦・子と同居 17%，子と同居 30% であった。入院から訪問指導実施日までの日数は (20 日～123 日 平均 50.9±23.5 日) であった。

表 1 に示すように、疾患別内訳は骨関節疾患が 25 例で最も多く、その内 7 割が大腿骨頸部骨折など下肢障害であった。次いで脳血管疾患 6 例とその他の疾患 (悪性新生物、心大血管疾患、内部障害など) 5 例であった (図 1)。また、患者の退院時の移動能力は高い方から杖無し歩行が 4 例、杖歩行 15 例、歩行器歩行 15 例、車椅子 2 例であった (図 2)。

2 受傷状況からみた特徴

この内、最も多い骨関節疾患については障害発生状況で自宅内転倒受傷、自宅外転倒受傷と転倒以外で分類した結果、自宅内受傷が自宅外受傷に比べ年齢が高く (*P<0.005) (図 3)、退院時の B.I で有意に低い得点を示した。 (**P<0.05) (図 4)

尚、入院から訪問指導実施までの日数において自宅内受傷が早期に訪問指導が実施されており、自宅外受傷や、他の分類患者と比較しても、有意差を示す結果となった。 (**P<0.05) (図 5)

3 改修提案と福祉用具選定

改修を提案した箇所は玄関・寝室・トイレの順で多く、浴室の改修は比較的少ない結果となった。一方で福祉用具の選定別ではベッドのレンタルが最も多く、改修案では少なかった浴室内のシャワー椅子の導入が多い結果となった(図6)。

指導内容は間取りの変更や福祉用具を取り入れた際の比較的簡単な動作や介助方法から洋式トイレへの改修など大掛かりなものを計画した際の移乗や移動に関連したものが多くなっている。

また、自立度で低い者と家族に対して通所系サービスの利用で入浴を提案することが多いことも結果から分かった(図7)。

考 察

退院前訪問指導が1990年に診療報酬化された以降、当院でも理学療法士・作業療法士を中心に展開してきているが、今回の調査期間において入院から訪問日が平均50日程度であった。

退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。ただし、入院後早期(入院後14日以内とする。)に退院

に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定できるとされている。

患者の受傷状況で分類した退院時のADL能力に有意差を示したことから、住み慣れた自宅内で転倒した高齢者など自立度の低い患者は、入院後早期から訪問指導を計画しておくことが重要であると思われる。

一般に、リハビリテーションアプローチにおいて機能回復アプローチは対象者の受傷機転や発症前の能力を想定して予後予測を立てるが、代償的アプローチである環境調整も、その過程の中で様々な適合性を見ていくことも必要である。ところが、今までの住環境整備の方向性は段差解消や手摺りの設置など、一般的に誰にも当てはまる無難な内容になっていた感がある。調査結果からも、生活関連動作で最も難しいと考えられる入浴については通所系サービスの利用が提案されることが多かったが、今後は退院後の生活のモニタリングや確認まで必要でないかと考えている。その為に理学療法士は、作業療法士等と協働し普段より適切なアセスメントによる福祉用具の選定や、療養上の指導が実施できることがポイントで

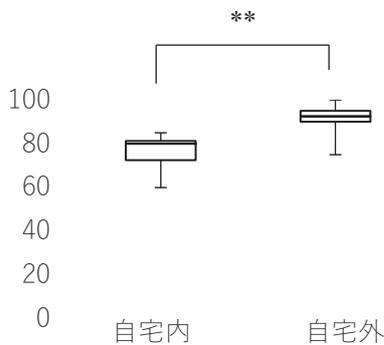


図4 転倒患者—B.I

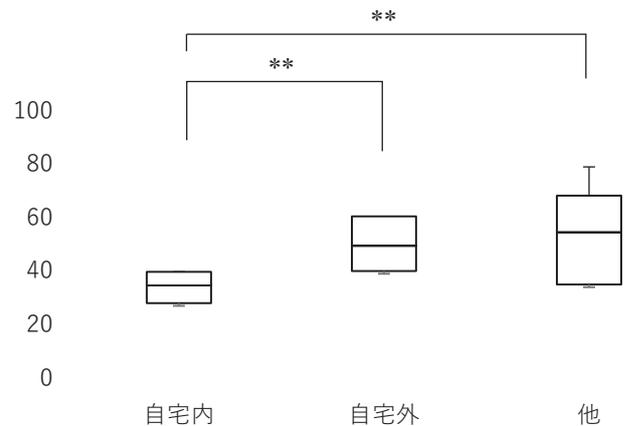


図5 入院～訪問指導日数

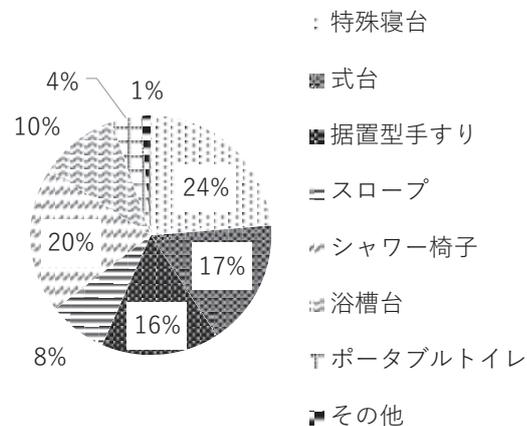
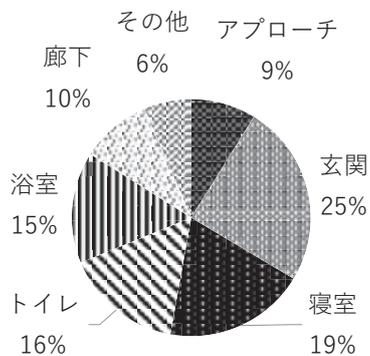


図6 改修提案箇所 福祉用具選定

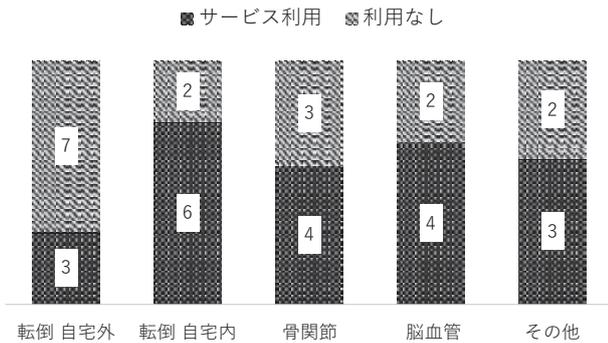


図7 入浴サービス利用提案

ないかと考えている。

一方、高齢者の「ころぶ」事故発生状況では救急搬送人員から年齢が高くなるにつれて多くなり、その発生場所では住宅等居住場所であると報告されている。

さらに、介護が必要になった主な原因として要支援者では関節疾患が最も多く、要介護者では、認知症、脳血管疾患が多いとの調査報告がある。

当院ではこれまで入院後早期の退院前訪問指導の実績は無かったが、退院前訪問指導の結果を踏まえ福祉関連職等を含めた退院前カンファレンスが開催されている。今後の課題として入院時より身体・社会・精神的背景を含めた患者情報の把握、環境調整においては活動と参加、環境因子を意識した多職種連携による生活様式の再構築・家庭生活への移行の取り組みが重要である。

まとめ

患者の身体要因とともに生活環境も様々で訪問指導における提案内容も多様となる結果であった。地域完結型

医療を推進していく上で、住み慣れた自宅で受傷した高齢患者や脳血管障害患者などは、専門性に裏付けされた機能回復アプローチと同時に、代償的アプローチである早期から生活期に目を向けた環境調整や療養上の指導が重要となる。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文献

- 1) 内閣府：経済財政運営と改革の基本方針. 2017.
- 2) 井上圭二：当院回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の現状と課題. 理学療法学 43(2)：2015.
- 3) 野村 歡, 橋本美芽：OT・PTのための住環境整備論. 三輪書店, 2016, pp 72—78.
- 4) 細田多穂：生活環境学テキスト. 三輪書店, 2016, pp 4—10.
- 5) 吉良健司：住環境と住宅改修の基本. 訪問リハビリテーション 3 (5)：705—710, 2014.
- 6) 久原聡志：多職種による退院前訪問指導を実施したがん患者2症例 理学療法士の視点から. 産業医科大学雑誌 31 (4)：359—364, 2009.
- 7) 井手伸二：回復期リハビリテーション病棟からの自宅復帰と環境支援. 理学療法 34 (3)：2017.
- 8) 東京消防庁防災部：救急搬送データからみる日常生活事故の実態. 15—22, 2015.
- 9) 厚生労働省：国民生活基礎調査（平成28年度）2017.

別刷請求先 〒792-8550 愛媛県新居浜市南小松原町13-27
愛媛労災病院中央リハビリテーション部
渡部 浩二

Reprint request:

Koji Watanabe
Ehime Rosai Hospital, Central Department of Rehabilitation,
13-27, Minamikomatsubara, Niihama city, Ehime, 792-8550,
Japan

The Current Situation and Issues Surrounding Pre-discharge Patient Visit Guidance

Koji Watanabe and Satoshi Arima
Department of Rehabilitation, Ehime Rosai Hospital

The purpose of this research is to analyze the relationship between the physical and environmental factors affecting patients, from the content of the pre-discharge patient visit guidance implemented at this hospital. The purpose is to share the process of problem solving with people of varying occupations and making clear what problems need to be considered in the future.

36 patients (10 men, 26 women, average age of 80.0 ± 8.6) who were admitted to the hospital and discharged between March 2015 and August 2016 were eligible for the pre-discharge patient visit guidance. Referring to the patient's medical examination records, the patient's diseases, injury status, movement ability and Barthel Index (B.I) score at time of discharge were used, in addition to information about the floor plan, repairs, welfare equipment and medical guidance of the hospital.

The time from admission to the hospital until the pre-discharge guidance was (21–123 days, average 50.9 ± 23.5 days). There was a tendency to hold the guidance when rehabilitation had finished prior to discharge, however patients who were injured at their homes, or had broken bones often took the guidance at an earlier stage. As a result, changes to the entrance hall, bedrooms and toilets were recommended, and in terms of welfare equipment, bed rental was the most important followed by seats for showers.

For elderly patients and those who have difficulty moving independently, it is important to determine what problems they are experiencing from a physical, mental, environmental and social point of view quickly after they are admitted.

Physical therapists cooperate with occupational therapists should be made aware of the activities of daily living of patients before and after they are admitted, and offer care, guidance and an environment that matches their needs and reconstructing lifestyle and making the transition to home living.

(JJOMT, 67: 49–53, 2019)

—Key words—

pre-discharge patient visit guidance, activities of daily living, compensatory approach