

当院の入院患者に対する退院前訪問指導の実施状況及び住環境整備に対する反映状況について

木村 篤史^{1) 2)}, 富田 健一^{1) 2)}, 永山 智貴²⁾, 小西倫太郎²⁾,
林 愛子²⁾, 神田 佳明²⁾, 松本 渉²⁾, 垣村 将典²⁾,
松本 和久^{1) 2)}

¹⁾ 明治国際医療大学 医学教育研究センター リハビリテーション科学ユニット

²⁾ 明治国際医療大学附属病院 総合リハビリテーションセンター

要旨:

【はじめに】

当院の入院患者に対する退院前訪問指導の実施状況と住環境整備に対する反映状況について検討したので報告する。

【対象及び方法】

平成22年1月～12月に退院前訪問指導を実施した入院患者33名を対象に、住環境整備の必要性、指導内容、退院前訪問指導時の同伴者などの退院前訪問指導の実施状況を調査した。また、平成22年1月～12月に住環境整備を指導した28名を対象に、住環境整備の実施の有無、実施状況、変更理由などの住環境整備に対する反映状況を追跡調査した。

【結果】

退院前訪問指導の対象の多くは移動能力の著明な低下を認めており、28名(84.8%)に住環境整備の必要性があった。指導は寝室に対してが24件(28.9%)と最も多く、指導内容は段差解消が23件と多かった。退院前訪問指導時の同伴者は家族が29名(87.9%)と最も多かったが、ケアマネージャーなどの他職種の同伴は半数以下だった。

住環境整備に対する反映状況は、追跡調査が可能であった23名中、住環境整備を実施したのは21名(91.3%)であり、その約半数は指導と異なる住環境整備を実施していた。またその理由は、なんとなく大丈夫だろう、が最も多く、他に経済的理由、対象の身体能力の低下があり、主に家族が判断していた。

【考察】

退院前訪問指導は、移動能力の低下を来した対象に実施されていた。そのため、主な生活空間を寝室に設定することが多く、住環境における地域特性から段差解消の指導が多くなったと考えられた。また、対象の半数以上が家族の判断で指導内容と異なる住環境整備を実施したことが明らかとなり、その原因は、医療側から家族に行った、対象の有する障害とそれによる日常生活で生じる危険性に対する説明が、十分理解されていなかったことなどが考えられた。したがって、ケアマネージャーらを積極的に活用することで、医療側、家族側、ケアマネージャーらの三者間で共通認識を持った指導内容にすることが必要であると考えられた。

【はじめに】

疾病には、治療によって発症前の生活に復帰できるものと、住環境整備を実施しないと発症前の生活に復帰できないものがある。入院期間中に発症前の機能・能力が回復できないと予測される場合、退院前訪問指導で現状の住環境を評価し、残存能力に応じた住環境整備を行う必要がある。

当院においても、機能障害や能力障害が生じると予測される入院患者に対して、退院前訪問指導を多数実施してきたが、その指導内容が退院後の住環境整備にどの程度反映されたかについて検討していなかった。そこで今回は、当院入院患者に対して実施した退院前訪問指導の実施状況について集計するとともに、退院後の住環境整備に対す

る退院前訪問指導の反映状況について追跡調査を実施したので報告する。

【対象及び方法】

1. 退院前訪問指導の実施状況

対象は、平成22年1月～12月の間に退院前訪問指導を受けた当院入院患者33名(男性:10名,女性:23名)とした。対象の平均年齢は79.6±10.7歳(男性:71.9±10.9歳,女性:82.9±8.9歳)であった。リハビリテーションを受けることとなった原因疾患の内訳は、脳血管疾患が9名(27.3%)、大腿骨頸部・転子部骨折が7名(21.2%)、運動器不安定症が5名(15.2%)、大腿骨骨幹部骨折が2名(6.1%)、人工膝関節置換術後が2名(6.1%)、

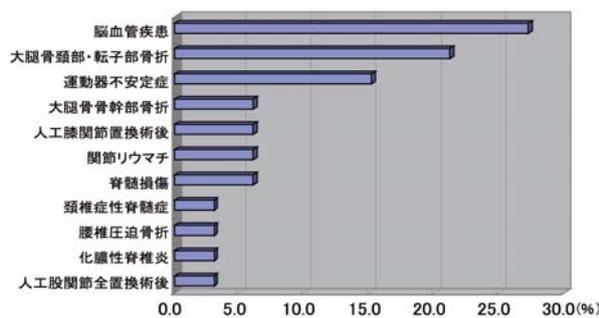


図1. 退院前訪問指導の実施状況に関する集計の対象

関節リウマチが2名(6.1%)、脊髄損傷が2名(6.1%)、化膿性脊椎炎が1名(3.0%)、頸椎症性脊髄症が1名(3.0%)、腰椎圧迫骨折が1名(3.0%)、人工股関節全置換術後が1名(3.0%)であった(図1)。

方法は、退院前訪問指導の実施記録より、①住環境整備の必要性、②住環境整備の指導内容、③退院前訪問指導時の同伴者、④住環境整備の指導の対象者の4項目について後方視的に集計を行った。

2. 住環境整備に対する退院前訪問指導の反映状況に関する追跡調査

対象は、平成22年1月～12月の間に退院前訪問指導を受けた当院入院患者33名のうち、住環境整備の指導の必要性があると判断した28名(男性：8名、女性：20名)とした。対象の平均年齢は80.3±10.4歳(男性：75.0±9.6歳、女性：83.3±9.4歳)であった。リハビリテーションを受けることとなった原因疾患の内訳は、脳血管疾患が7名(25.0%)、大腿骨頸部・転子部骨折が6名(21.4%)、運動器不安定症が5名(17.9%)、関節リウマチが2名(7.1%)、脊髄損傷が2名(7.1%)、大腿骨骨幹部骨折が1名(3.6%)、人工膝関節置換術後が1名(3.6%)、頸椎症性脊髄症が1名(3.6%)、腰椎圧迫骨折が1名(3.6%)、化膿性脊椎炎が1名(3.6%)、人工股関節全置換術後が1名(3.6%)であった(図2)。

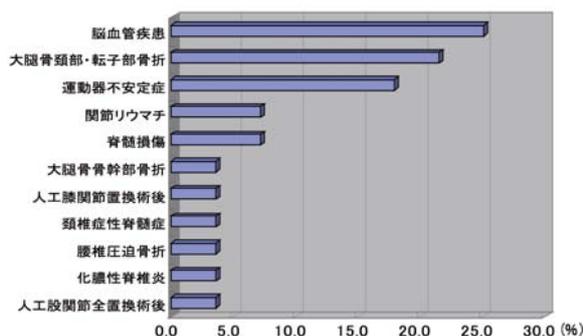


図2. 住環境整備に対する退院前訪問指導の反映状況に関する集計の対象

追跡調査の方法は、電話による聞き取り調査を行い、以下の項目について聴取を行った。①：退院後の住環境整備の実施の有無、②：①で住環境整備を実施した場合は、指導に準じたものか指導と異なったものか、③：②で指導に準じて実施された場合は、それに対して満足であったか不満足であったか、④：②で指導に準じて実施されなかった場合は、実際に実施された住環境整備の内容とその理由、誰がその判断をしたのか、⑤：①で住環境整備を実施しなかった場合の理由と誰がその判断をしたのか。これらの項目の内容について集計を行った。

なお、本研究は明治国際医療大学研究倫理委員会にて承認を受けたうえで実施した(承認番号22-105-1)。

【結果】

1. 退院前訪問指導の実施状況の結果

① 住環境整備の必要性について

退院前訪問指導を実施した33名のうち、住環境整備の必要性があると判断し指導を行ったのは28名(84.8%)であり、その平均年齢は80.3±10.4歳であった。住環境整備の必要性がないと判断したのは5名(15.2%)であり、その平均年齢は72.2±12.1歳であった。住環境整備の必要性があると判断した28名の疾患の内訳は、脳血管疾患が7名(25.0%)、大腿骨頸部・転子部骨折が6名(21.4%)、運動器不安定症が5名(17.9%)、関節リウマチが2名(7.1%)、脊髄損傷が2名(7.1%)、大腿骨骨幹部骨折が1名(3.6%)、人工膝関節置換術後が1名(3.6%)、頸椎症性脊髄症が1名(3.6%)、腰椎圧迫骨折が1名(3.6%)、化膿性脊椎炎が1名(3.6%)、人工股関節全置換術後が1名(3.6%)であった。それらの移動能力は、15名は両側上肢支持によるT字杖での歩行、交互式四点歩行器での歩行、歩行車での歩行が、それぞれ可能であり、6名は一側上肢支持によるT字杖での歩行が可能、1名は一側上肢支持によるT字杖での歩行が可能であったが高度の半側空間失認を有していた。4名は車椅子での移動、2名はベッド上寝たきりで全介助であった。住環境整備の必要性がないと判断した5名の疾患の内訳は、脳血管疾患が2名(40.0%)、大腿骨頸部骨折が1名(20.0%)、大腿骨骨幹部骨折が1名(20.0%)、人工膝関節置換術後が1名(20.0%)であり、その移動能力はすべて一側上

杖支持によるT字杖での歩行が可能であった。

② 住環境整備の指導内容について

住環境整備の指導内容は、生活空間として明瞭な分類が可能である内容と、生活空間との移行部分となる導線上の障壁に分けて述べる。

生活空間の指導内容は、寝室が24件(28.9%)、浴室が19件(22.9%)、居室が11件(13.3%)、便所が7件(8.4%)、玄関が6件(7.2%)、屋外が5件(6.0%)、廊下が4件(4.8%)、台所が4件(4.8%)、土間が3件(3.6%)であり、これらの合計は83件であった(図3)。各生活空間の具体的な指導内容は、寝室では、ベッドの導入が11件(45.8%)、畳用の手すりや平行棒などの歩行補助具の設置が

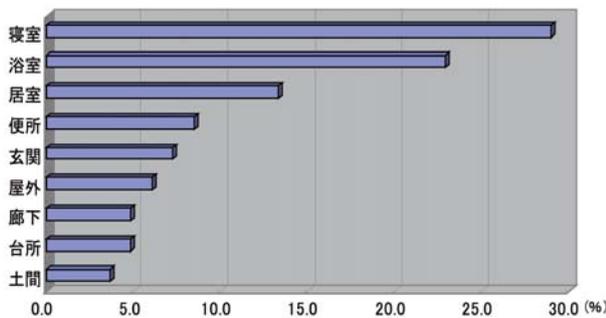


図3. 住環境整備の指導内容

生活空間として明瞭な分類が可能である内容について、その割合をグラフに示す。生活空間との移行部分となる導線上の障壁である段差に対する段差解消は23件であり、全体の約1/4を占めていた。

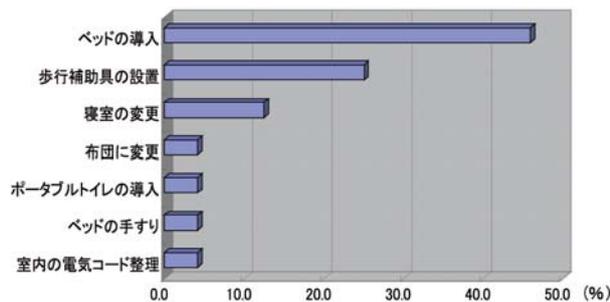


図4. 寝室の住環境整備の内容

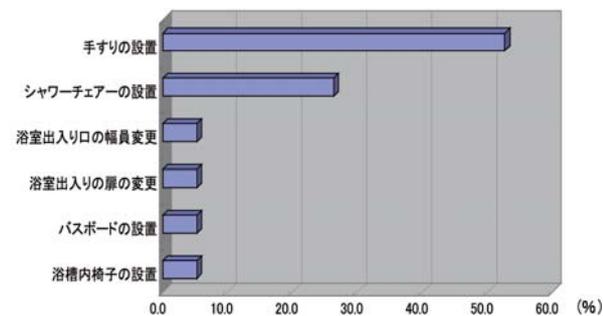


図5. 浴室の住環境整備の内容

6件(25.0%)、寝室の変更が3件(12.5%)、布団に変更が1件(4.2%)、ポータブルトイレの導入が1件(4.2%)、ベッドへの手すり設置が1件(4.2%)、室内の電気コードの整理が1件(4.2%)であった(図4)。浴室では、手すりの設置が10件(52.6%)、シャワーチェアの設置が5件(26.3%)、浴室出入口の幅員変更が1件(5.3%)、浴室出入口の扉の変更が1件(5.3%)、バスボードの設置が1件(5.3%)、浴槽内椅子の設置が1件(5.3%)であった(図5)。居室では、テーブル・椅子の設置が7件(63.6%)、昇降坐椅子の導入が3件(27.3%)、室内の模様替えが1件(9.1%)であった(図6)。便所では、手すりの設置が7件(100.0%)であった。玄関では、手すりの設置が5件(83.3%)、敷物の撤去が1件(16.7%)であった(図7)。屋外では、不整地の舗装が4件(80.0%)、手すりの設置が1件(20.0%)であった(図8)。廊下では、手すりの設

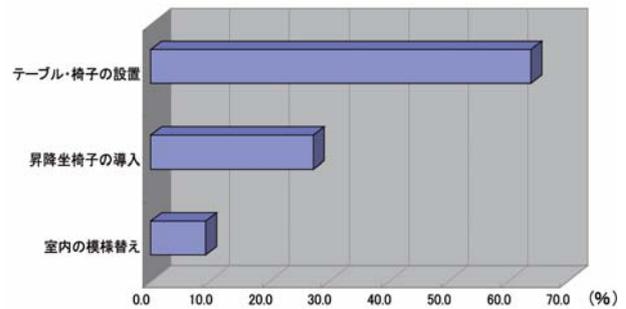


図6. 居室の住環境整備の内容

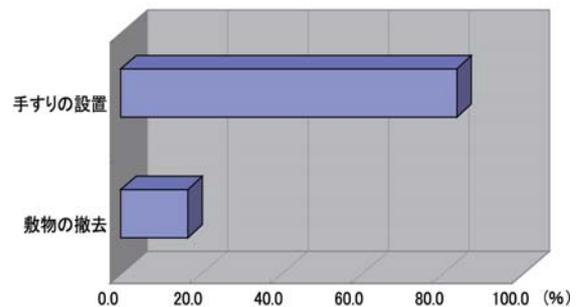


図7. 玄関の住環境整備の内容

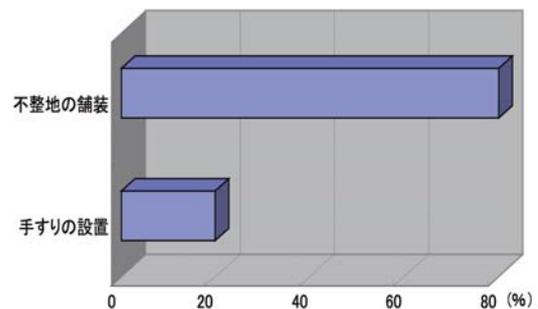


図8. 屋外の住環境整備の内容

置が4件(100.0%)であった。台所では、ダイニングテーブルの方向の変更が2件(50.0%)、手すりの設置が2件(50.0%)であった(図9)。土間では、手すりの設置が3件(100.0%)であった。

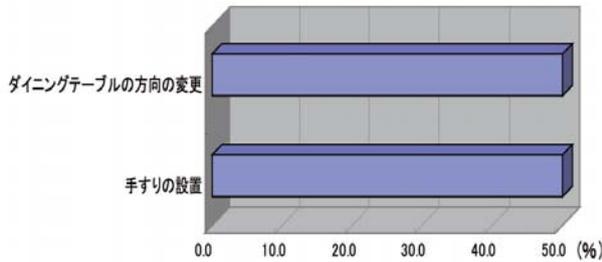


図9. 台所の住環境整備の内容

導線上の障壁に対する指導内容は、段差解消が23件であり、全体の約1/4を占めていた。

③退院前訪問指導時の同伴者について

退院前訪問指導時の同伴者は、家族29名(87.9%)、ケアマネジャー13名(39.4%)、対象7名(21.2%)、建築関係者3名(9.1%)、地域連携室職員3名(9.1%)、保健師1名(3.0%)であった(複数回答)(図10)。

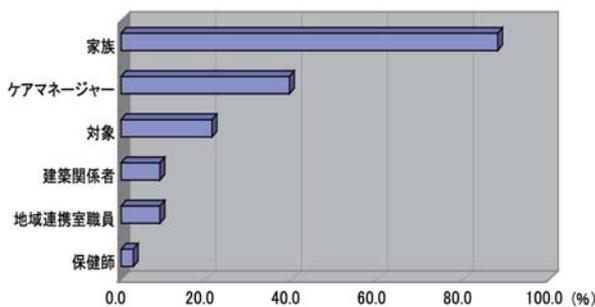


図10. 退院前訪問指導時の同伴者

④住環境整備の指導の対象者について

住環境整備の必要性があると判断し指導を行った28名について、住環境整備の指導の対象者は、家族が27名(96.4%)、ケアマネジャーが16名

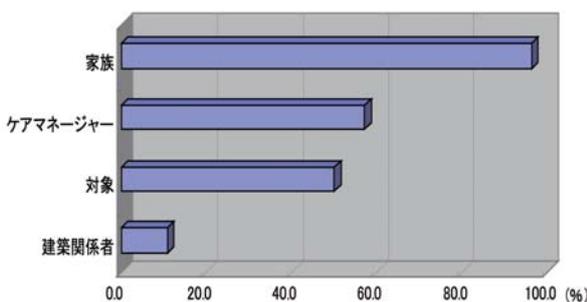


図11. 住環境整備の指導の対象者

(57.1%)、対象が14名(50.0%)、建築関係者が3名(10.7%)であった(複数回答)(図11)。

2. 住環境整備に対する退院前訪問指導の反映状況に関する追跡調査の結果

住環境整備の指導を実施した28名中、追跡調査が可能であったのは23名(82.1%)であり、その平均年齢は79.3±9.3歳であった。一方、追跡調査が不可能であったのは5名(17.9%)であり、その平均年齢は88.4±11.1歳であった。追跡調査が可能であった23名の疾患の内訳は、脳血管疾患が5名(21.7%)、大腿骨頸部・転子部骨折が5名(21.7%)、運動器不安定症が5名(21.5%)、脊髄損傷が2名(8.7%)、大腿骨骨幹部骨折が1名(4.3%)、関節リウマチが1名(4.3%)、頸椎症性脊髄症が1名(4.3%)、腰椎圧迫骨折が1名(4.3%)、化膿性脊椎炎が1名(4.3%)、人工股関節全置換術後が1名(4.3%)であった。追跡調査が不可能であった5名の疾患の内訳は、脳血管障害が2名(40.0%)、大腿骨頸部骨折が1名(20.0%)、関節リウマチが1名(20.0%)、人工膝関節置換術後が1名(20.0%)であった。

追跡調査が可能であった23名のうち、住環境整備を実施したのは21名(91.3%)、住環境整備を実施しなかったのは2名(8.7%)であった。住環境整備を実施した21名のうち、指導内容に準じた住環境整備を実施したのは9名(42.9%)であり、指導内容と異なる住環境整備を実施したのは12名(57.1%)であった。指導内容に準じた住環境整備を実施した9名のうち、指導内容に満足と答えたのは8名(88.9%)、不満足と答えたのは1名(11.1%)であった。指導内容と異なる住環境整備を実施した12名のうち、指導内容の一部のみ実施したものは7名(58.3%)、指導内容以上のものは3名(25.0%)、指導内容と全く異なるものは2名(16.7%)であった(図12)。

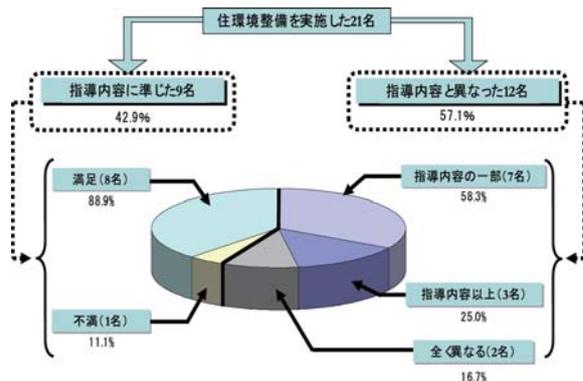


図12. 住環境整備の実施の内訳

指導内容に不満足であった具体的な内容は、脱衣所への間口が狭く、扉により歩行器での往来が困難であったためその扉を撤去した結果、脱衣所が寒くなったというものであった。

指導内容と異なる住環境整備を行った12名のうち、指導内容の一部のみ実施した内容は、①手すりの設置箇所を減らした(3名)、②段差解消を実施しなかった(1名)、③浴室の扉の変更を実施しなかった(1名)、④屋外不整地に対する整備を実施しなかった(1名)、⑤居室の炬燵に電動昇降座椅子を設置しなかった(1名)であった。その理由は、①、②、③は「住環境整備を行わなくても大丈夫だろう」という漠然としたもの、④は経済的な理由、⑤は「対象者本人が寝室で過ごすことが多くなったため居室で過ごす時間が短くなった」という対象者の身体能力の低下によるものであった。これらはいずれも対象と家族による判断であった。

指導内容以上の住環境整備を実施した内容は、①指導よりも手すりの設置を増やした(1名)、②土間の一部から土間の全ての段差を解消した(1名)、③指導以外の段差解消を実施した(1名)であった。それらの理由は、患者本人がより安全に日常生活を過ごすことができるようにという家族の判断であった。

指導内容と全く異なった住環境整備を実施した内容は、①屋外から屋内への導線の変更(玄関を経由する導線を指導したが、それと異なる導線を選択)(1名)、②車椅子によるトイレの使用からポータブルトイレの使用への変更(1名)であった。それらの理由は、①は不明、②は対象者の身体能力の低下であり、いずれも家族の判断によるものであった。

住環境整備を実施しなかった理由は、①退院先が変更となった、②退院後の日常生活動作能力が向上したであり、いずれも家族の判断によるものであった。

【考 察】

我々は、機能障害や能力障害が生じると予測される入院患者に対して、十数年前より退院前訪問指導を実施してきた。しかし、その内容は医療側から家族側への一方向性の情報伝達であったため、指導内容が住環境整備に対してどの程度反映されたかについて検討を行う必要があると考えた。今回は、当院入院患者に対して実施した退院前訪問

指導の実施状況について集計するとともに、住環境整備に対する反映状況について追跡調査を実施した。

退院前訪問指導の実施状況の結果では、退院前訪問指導を受けた33名は全て移動能力の低下を来しており、歩行が可能であった対象は何らかの歩行補助具を必要としていた。また、住環境整備の必要性があると判断した28名のうち15名は歩行時に両側上肢の支持が必要で、さらに4名は車椅子、2名は寝たきりと、著しい移動能力の低下を来していた。一方、住環境整備の必要性がないと判断した5名は一側上肢の支持による歩行が可能であった。このことから、移動能力の低下が住環境整備の必要性を左右する因子として考えられ、特に両側上肢の支持が必要な移動能力では住環境整備が必要となる可能性が高いと考えられた。

加齢や疾病による身体能力の低下は、移動能力の低下に繋がることから活動範囲は狭小化し、生活する空間の変化とひとつの空間に留まる時間が延長する。中村は年代別の家庭内事故の調査結果、50歳代では階段、台所、居間で、80歳代では寝室、廊下、居間で事故が生じる割合が高かったと報告しており¹⁾、80歳代の最も長く留まる生活空間は寝室であり、同時に事故危険因子が高い空間が寝室であるといえる。これまで住環境整備が必要な空間は浴室、便所、居室が多く、寝室の占める割合は少ないと報告されている^{2) 3) 4)}。しかし、今回の結果にあるように、住環境整備が必要な対象の年齢が80歳を超え、かつ移動能力の低下を来している場合は、寝室も住環境整備が必要な空間となることが考えられる。

住環境は、その住居の建築された時世の様々な影響を受けている。日本においては戦後、あるいは高度成長期に住環境の変化が生じている。齋場らは、戦後になり都市部だけでなく、地方においても第一次産業としての農・林・漁業が縮小していく中で、住宅内作業がなくなり土間文化が喪失したと述べている⁵⁾。生活様式の変化は住環境にも変化を与え、新しく建築される住居は新たな生活様式に対応したものが建築される。しかし、当院の位置する地域の高齢者が生活する住居は、新たに建築されたものは少なく、役割を失った土間に、別棟にあった便所や浴室を作るなど、従来の住居を改築して生活している場合が多い。そのため、非常に多くの段差が生まれている。住環境整備の指導内容において、導線上の段差解消が全体

の約1/4と大きな比率を占めたことは、このような背景があったためと考えられる。

退院前訪問指導の反映状況に関する追跡調査の結果では、半数以上(57.1%)が指導内容と異なる住環境整備を実施しており、経済的な理由の他に“なんとなく大丈夫そうだから”や、“本人が移動しなくなったから”など、対象と家族の判断で住環境整備の内容を変更していた。このことは医療側から家族側に行った現状における対象の機能障害と能力障害、そしてそれにより日常生活で生じる危険性に対する説明が、十分に理解されていなかったためと考えられる。また、経済状態や家屋に対する思い入れ、家族が感じる対象の印象など、家族側から医療側へ意思の伝達も不十分であったと考えられる。今回の退院前訪問指導にはケアマネージャーや地域連携室の職員などが同伴していたが、その割合は約半数程度であった。したがって、退院前訪問指導を確実に実施するためには、医療側と家族側の連携を充実する必要がある。ケアマネージャーや地域連携室職員などを積極的に活用し、医療側からの一方的な指導にならないように家族側から情報を具体的に聞き取り、三者間で共通認識を持った指導内容にする必要がある。この充実した三者の連携により、随時変化する対象の機能障害や能力障害を家族が判断して対応する危険性は回避できるものと考えられた。

【参考文献】

- 1) 中村大介：家屋改造の基本的な考え方と取り組み。PTジャーナル, 40(1)：53-60, 2006.
- 2) 佐久間智子, 奥壽郎, 小無理恵子, 内藤都奈, 加藤宗規：退院前家屋評価後の追跡調査－指導内容と実際のギャップについて－。The Journal of Tokyo Academy of Health Sciences, 4(2)：89-92, 2001.
- 3) 諏訪勝志, 井舟正秀, 石渡利浩, 内山清一, 久保佳子, 千田雅子, 藤井亮嗣, 河野利浩, 田邊久恵, 稲員拓海, 坂井志帆, 江村匠史, 川北慎一郎：当院における家屋評価後の住宅改修の実施状況。理学療法学, 30(Suppl.2)：129, 2003.
- 4) 細美知佐, 仙波理佐子, 中川仁志：家屋訪問指導に対する追跡調査。理学療法学, 22(Suppl.2)：395, 1995.
- 5) 齊場三十四, 小沼真理子, 林ちづる, 諏訪田克彦：わが国の寝具文化と在宅療養用ベッド－福祉用具としての導入時の注意－。佐賀医科大学一般教育紀要, 20：77-84, 2001.