

希望に合わせた退院支援 －作業療法士の関わり－

川島英之[†]第74回国立病院総合医学会
(2020年10月17日～11月14日
WEB開催)

IRYO Vol. 76 No. 3 (196-200) 2022

要旨

作業療法士 (Occupational Therapist : OT) は患者の生活状況を聴取し評価・検査を行った上で、目標を一緒に考え、その人らしい生活が送れるように指導・援助を行う。国立病院機構東京病院 (当院) におけるOTの退院支援について症例を交えて報告する。具体的には入院時評価や退院に向けてOTの行う患者・家族・周囲の方への指導や情報提供の方法について提示する。介入時に立てた目標に対する多職種連携によるアプローチとして、症例1では自己管理能力と関わり方について、症例2では生活リズムの整理方法について紹介する。またCOVID-19の影響による情報の共有不足に対する代替策を紹介する。OTによる支援は多職種との連携で幅の広い支援を展開することができる。情報提供の多様性が求められている中で、当院でも新たな情報発信方法を模索している。

キーワード 作業療法士, 多職種連携, 情報提供

はじめに

私たち作業療法士 (Occupational Therapist : OT) は患者の生活の不自由さを改善するために、生活状況を聴取し評価・検査を行う。その上で目標を一緒に考え、その人らしい生活が送れるように指導・援助を行う。国立病院機構東京病院 (当院) におけるOTの退院支援について症例を交えて報告する。

OT支援内容

1. 入院時評価

1) 面接

初対面の患者には資料やタブレットを用いて、作業療法の説明を行い、病前生活を聴取し、興味関心の高い作業や必要な作業を確認して目標を設定し本人同意のもとでリハビリテーション (リハビリ) 内容を決定していく。資料の活用により視覚的にも作業療法を認識してもらうことができる。

2) ADL評価

入院中は、患者の心身機能を改善しつつ安全な病棟生活を送っていただくために、病棟スタッフへ介助方法を助言し、病棟での安静度を提案する。

3) 高次脳機能評価

日常生活やリハビリ場面での観察に加え、神経心理学的検査を行って生活場面で問題となる障害を確認していく。

国立病院機構東京病院 リハビリテーション科 †作業療法士

著者連絡先：川島英之 国立病院機構東京病院 リハビリテーション科 〒204-8585 東京都清瀬市竹丘3-1-1

e-mail : kawashima.hideyuki.qf@mail.hosp.go.jp

(2021年3月17日受付, 2021年12月10日受理)

Discharge Support by Occupation Therapist that Respects the Wishes of Patients

Hideyuki Kawashima, NHO Tokyo National Hospital

(Received Mar. 17, 2021, Accepted Dec. 10, 2021)

Key Words : occupational therapist, multi disciplinary team, information provision

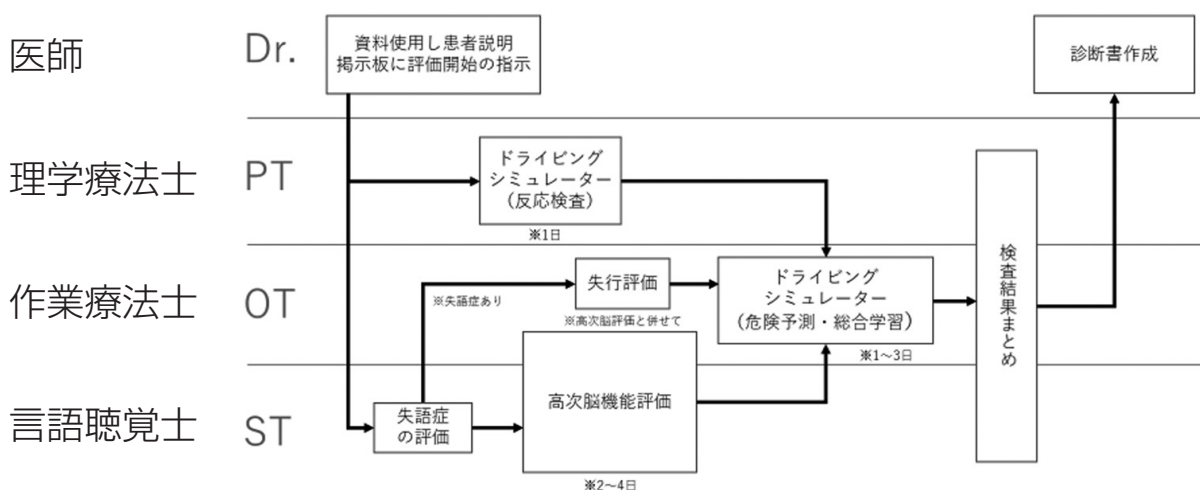


図1 自動車運転再開までの評価の流れ

2. 退院に向けたADL支援

1) 動作方法と環境

在宅酸素療法を導入する患者に対しては、呼吸苦の程度や呼吸数、血中酸素飽和度 (SpO₂)、脈拍を確認し、身体に負担のかかりにくい動作の工夫や休憩の取り方、環境設定について指導を行う。OTの評価結果を医師、看護師と共有し退院後の生活につなげる。

2) 福祉用具の選定

生活場面で確認するため、病院の福祉用具や、福祉用具業者のデモ品を貸し出したりして、退院後の生活へ移行していただける支援を行う。

3) コミュニケーション機器

患者が入院中、ナースコールを押せなかったり慣れないスタッフとのやりとりで苦勞される場合は、コミュニケーション機器を活用し、環境設定や操作練習を行う。退院後の家族とのやり取りにも活用できるように提案する。

3. 退院に向けたIADL支援

1) 家事動作

調理や洗濯、掃除などの動作を実際に安全に行えるかを評価する。退院後に必要なサービスや介助を検討し、環境を設定して物品を選択する。

2) 服薬方法の検討

患者が服薬の自己管理をできるか確認する。服薬カレンダーを使用したり、片手で薬の袋を開ける指導をしたり、難しい時には道具の工夫を行う。

3) 公共交通機関の利用と買い物

病院からバス、電車を利用する練習を行う。事前

に計画を立てておき、時間、安全、金銭などの自己管理能力の評価を同時に行う。

4) 自動車運転評価と助言

神経心理学的評価に加えて、ドライビングシミュレーターを活用している。運転希望の患者には医師が資料を用いて、現在の法律、罰則、運転再開に向けた手続き等を説明したのち、リハビリの3部門が評価を進め、個々の障害に合わせたアドバイスを行う(図1)。

5) 復職支援

復職を目指す患者は自身の障害を他者に説明することができ、自身の能力を発揮しやすい環境や手段を選択していく必要がある。当院では、多摩地域5市の共同作成したパンフレット(図2)を活用し、自身の障害を説明できるような関わりを行う。退院後のフォロー先となる事業者への情報提供も行う。

4. 退院に向けた情報提供

1) 退院後の運動支援

退院後に行う運動の方法は資料を作成して渡すこととしている。運動習慣を作るため、実施状況を確認し、家族や他職種に促しを依頼することもある。

2) 生活環境の設定

入院時に家屋の写真と主要箇所の計測を家族へ依頼している。その後に行う家屋評価では実際の環境で本人が動作を行い、課題を明確にしていく。家屋改修案は資料にして本人、家族に説明を行う。必要に応じてケアマネージャーへも書面で情報提供する。

3) 退院後に必要なサービス



図2 北多摩北部医療圏 高次脳パンフレット

退院後の安全な生活に必要な介助やその介助方法、医療従事者の関わりを考え、退院時のカンファレンスでサービスの提案を行う。

4) 関わり方や介助方法

必要に応じて家族に来院してもらい、患者に合わせた介助方法を直接指導している。

5) リハビリ手帳

当院のある東京都北多摩北部医療圏では、地域リハビリテーションの普及と支援を目的として平成15年から地域リハビリテーション支援センター事業が開始され、リハビリ手帳（図3）を使用している。医師、看護師、リハスタッフなどで意見交換を重ね、第二版には往診医、ケアマネージャー、訪問リハビリスタッフ等の意見も反映されている。運用方法は、病気やケガで病院に入院、転院、または退院するときに病院のリハビリスタッフを中心に記入し、患者へ渡す。在宅の関係職種は状態変化やサービス変更に合わせて記入する。本人・家族の気持ちや希望を記入する欄もあり病院・在宅・本人・家族をつなげる役割を果たしている。

自身で調理ができる生活を目指し、目標を生活保護費の適切な使用、健康管理を意識した食生活とした。支援内容は①～④を実施した。

①入院中の家計簿作成

OTの時間に家計簿を作成し、記入を練習した。患者が記入の方法を理解できたところで、OTと看護師で日々の記録と残高が適切かを確認した。

②栄養指導と献立作成

栄養士が栄養指導後、OT場面で献立を作成した。チラシを利用したシミュレーションでの買い物、一週間分の献立を栄養士に添削してもらい栄養バランスについてフィードバックをしてもらった。

③公共交通機関を利用した買い物

今後の生活に必要なものを検討し靴を買いに行くことにした。店を検索し、バスの時刻を調べることから計画を立て、当日に向けて残金が残るように計算し、日々の無駄遣いを意識的に減らすように促した。

④OT情報提供書

生活保護者用の寮へ退院となり、OTは担当者宛てに報告書を作成した（図4）。

症例紹介

1. 症例1

40歳代、男性、アテローム血栓性脳梗塞を発症し入院となった。独居、生活保護による支援をうけていた。介入当初は意欲や活気に乏しかったが、退院後の希望として唯一聞かれたのが調理への意欲だった。身体機能はADL自立レベル、軽度注意障害があり、体調や金銭の管理が不十分であった。そこで

2. 症例2

40歳代、女性、右被殻出血を発症し、入院した。4人暮らし、内縁の夫と中高生の息子と同居、IT関係の会社に勤めていた。身体機能はADL自立レベル、軽度の失語と注意障害、同時処理能力低下があり、疲労感を強く感じやすい状態であった。本人の希望は早期退院、復職、病前生活に戻ることと話された。そこで病前生活について詳しく聴取し、長



図3 リハビリ手帳

| |
|---|
| <p>ポジティブ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院内での日常生活動作は問題ありません。1-2個の予定は時間管理が可能です。 ・ 記憶力、注意力としても施設のルールや自身の行動について理解ができています。 ・ 集団行動でも迷惑をかけないよう配慮することができます。 <p>ネガティブ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 将来を見据えた自己の目標設定、金銭管理や細かい行動計画が苦手です。 ・ お金を使いすぎる、お金をポケットに入れたまま紛失することがあります。 ・ バス利用では計画どおりの行動が難しいです。 |
|---|

図4 OT報告書 (抜粋)

期的に病前に近い生活を続けることができるように、目標は復職、自動車運転再開、無理のない生活リズムの構築とした。支援内容は①～③を実施した。

① 詳細な高次脳機能評価による復職支援

高次脳機能障害の分析を行い、仕事内容を段階づけ復職していくことを提案した。また勤務時間を変更し、職場のスタッフに工夫してほしい点を本人と職場の上司へ説明し理解を得た。

② ドライビングシミュレーターによる自動車運転再

開の支援

高次脳機能の検査とドライビングシミュレーターによる評価をもとに、通常の自動車運転再開までの段階づけを提案した。日中短時間、一人もしくは夫のみ同乗から開始し、次に運転距離延長、夫の同乗時のみ時間帯にも幅を持たせる、第3段階として会社までの慣れていない道のり、最終的に通常運転へ移行とした。

③ 外来で生活リズムを作り、復職の状態や自動車運



図5 生活リズムと整理方法

転の状況確認

退院後の生活を聴取し、Excelで生活リズムをみえる化(図5)し、復職後の業務の様子や自動車運転の現状聴取を行った。家事を短時間で終わらせて外出する日を設ける提案をして、仕事と家事の時間配分を検討した。

COVID-19による影響

現在のコロナ禍による影響で、家族、その他関係者の来院が制限されているため口頭や実技での直接指導が行えていない。情報提供の代替策として、本人のスマートフォンに写真や動画で介助の状態や改善の記録を勧めている。また、普段のADLがわかる動画を準備し、退院時カンファレンスや医師からの病状説明時に確認する取り組みを行っている。

結 語

OTの支援は常に本人の意味のある作業、本人や家族の希望する生活の実現を目指しており、はっき

りとした生活目標がある。多職種への情報提供の工夫や連携によって、限られた時間でも幅の広い支援を展開することができる。

現在はCOVID-19による感染症対策のため家族や他事業者とのやり取りに影響がでており、今後も情報提供の多様性が求められている。また家屋評価、外出や外泊、公共交通の利用など院外での練習は制限があり対策が必要な状態が続いている。ICTのさらなる普及に合わせて、患者のICTの使用についても介入していく必要性が高まっている。

当院では新たな情報発信方法として、生活の注意点や運動方法を示した動画を配信していく活動に取り組んでいる。

〈本論文は2020年第74回国立病院総合医学会シンポジウム「患者・家族を支える入退院支援」において「希望に合わせた退院支援 -作業療法の関わり-」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。