

コロナ禍における当院の退院支援

かがわ総合リハビリテーション病院 アウトカムプロジェクト

リハビリテーション部 作業療法士 佐藤 歩、理学療法士 池田 泰明、言語聴覚士 山田 せりか

看護療育部 看護師 小田 江利子

キーワード：コロナ禍、退院支援の工夫、IT 機器活用、地域連携

要 旨

新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、当院では令和2年4月から家族面会や家庭訪問の中止を余儀なくされ、退院支援において大きな制限をもたらされた。その中で各部署が模索し、リモート面会や窓越しリハ見学等の新たな取り組みを行った。またスマートホンやタブレット等の IT 機器を退院支援に活用した。コロナ禍の退院支援において IT 機器の活用は有効であったが、画面の見にくさや機器を所有している家族とそうでない家族とで差が生じた。また病院内での介入には限界があるため、これまで以上に家族や居宅介護支援事業者等への密な情報提供が必要であると考えた。

1. はじめに

令和2年1月頃より、国内において新型コロナウイルスによる感染が発生。同年3月に感染拡大を受けて日本政府が緊急事態宣言を発令した。

当院ではコロナ感染対策本部会議で医療体制を検討し、感染予防のため令和2年4月から家族との面会や家庭訪問を中止した。これまで回復期病棟では退院に向け、外出・外泊練習や家族への介助指導、退院前のサービス担当者会議などを積極的に行ってきたが、これらが実施できなくなり退院支援に大きな影響が出た。

また家族との面会が制限されたことにより、家族との情報交換や関係構築の機会も減少した。そこで制限がある中で、いかに退院支援を円滑に進められるか、各部署が模索し、新たな取り組みを行った(図1)。

リモート面会は来院した家族と、病棟の患者様をタブレットを通じて画面越しに面会して頂く方法で、IT 担当者により新たにリモート環境が新設された。

(図2) 窓越しリハ見学では、病院1階にて窓越しにリハビリの様子を家族に見学してもらった(図3)。

その他、電話連絡や、タブレット・スマートホン等の IT 機器を活用し退院支援を進めた。

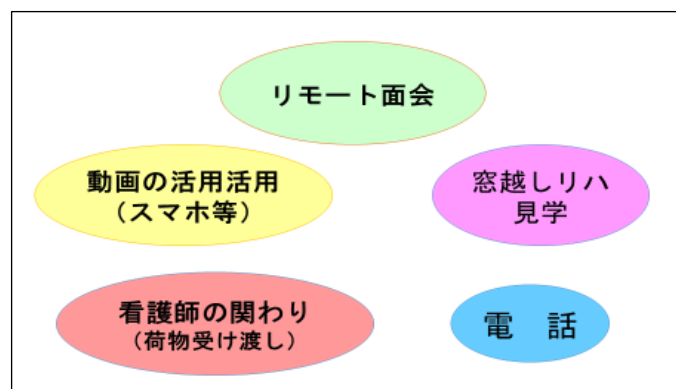


図1 感染予防下での新たな取り組み



図2 リモート面会

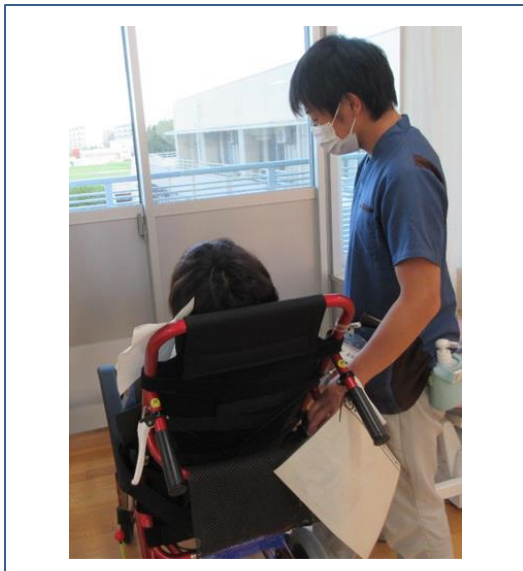


図3 窓越しリハビリ見学

2. 対象

コロナ禍において様々な制限がある中で退院支援を工夫得しながら自宅退院した3症例の退院支援をまとめ報告する。

3. 倫理的配慮

倫理的配慮として本研究は、かがわ総合リハビリテーションセンターの倫理委員会で承認を得た。

4. 症例紹介

【症例①】

70歳代男性。左脳梗塞、右片麻痺。既往歴にパーキンソン病、心房細動あり。入院時、**Br.stage**：上肢V-手指V-下肢V、構音障害、嚥下障害、認知機能の低下あり。脳梗塞による運動麻痺は軽度だが、既往のパーキンソン症状が著明にあり。そのため大幅な住宅改修の必要性が課題となった。

具体的な課題としてパーキンソン病による自律神経障害があり、体調の波により能力差が大きく、ご家族が本人様の動きをイメージしにくい。また環境調整としては今後車椅子ベースでの生活も想定しておく必要があった。退院支援の工夫としては、**MSW**を中心に妻とリモートや電話での打ち合わせを密に行い、住宅改修の必須条件を紙面にまとめ、改修案を提示した。また妻に退院後の生活イメージを持って頂くために、自宅内の動作を想定した動画を作成

し、歩行能力や転倒リスク等について妻、ケアマネージャーと情報共有を行った。これらの取り組みにより、家族が住宅改修の必要性や本人の病状理解が進み、住宅改修後に自宅退院することができた。

課題として残ったことは、病院という環境では自宅での動きの想定が不十分であるということだった。

【症例②】

40歳代女性。左基底核部脳梗塞、右片麻痺。入院時、**Br.stage**：上肢II-手指II-下肢IV、構音障害、失語症あり。夫と子供の4人暮らしの専業主婦で、家庭内役割である家事動作の獲得を目指していた。退院支援の課題として、外出・外泊訓練が行えず、自宅での家事動作練習が行えない。家族が本人様の状態理解が不十分で、本人への支援の必要性が認識してもらいづらいということであった。

退院支援の工夫として、当院の調理訓練室にて実用的な調理動作が行えるよう、調理訓練を反復して行った(図4)。また片手での調理が行いやすいよう様々な福祉用具や自助具を試した。そして調理訓練時の様子を動画撮影し、家族と共有することで、本人の能力の理解を促した。また病棟でも洗濯や掃除等の**IADL**訓練を積極的に実施した。リモートでの担当者会議では、退院後のフォローアップについて具体的にケアマネージャーへ依頼した。これらの取り組みにより、家族が本人様の能力や支援の必要性を認識することができ、退院後は家族の支援を受けながら、主婦としての役割を再獲得するに至った。

課題を残したこととしては、病院内で介入できる動作訓練は提供したが、家庭訪問が行えないため、実際の自宅台所の環境調整は出来なかった。また家族4人分の分量の食事を作る大変さは調理訓練では分かりにくかった。見えてきたこととしては、病院内で行ってきた介入を自宅でも継続して行えるよう、家族や生活期のサービス担当者、リハビリ担当者へ十分な申し送りを行い、フォローアップ体制を整えることが重要だと分かった。



図4 調理訓練の様子

【症例③】

C氏：40歳代女性。クモ膜下出血、四肢麻痺、腰椎腹腔シャント、気管切開、経鼻胃管および膀胱留置カテーテル留置。入院時JCSⅡ-30の意識障害があり、ADLは全介助レベルであった。直接の面会制限がある中で、様々なIT機器で家族とのコミュニケーションを図りながら介入にあたった（図5）。リモート面会では担当看護師が夫に病状や様子を伝え、コミュニケーションを密に図った。また夫の希望にて、リハビリテーションの様子をデジタルカメラで録画し定期的に状況を伝えたり、家族の協力を得ながら覚醒向上を目的に、ボイスレコーダーで家族の声を聴いてもらったり、フォトフレームで家族の写真を見る機会を設けた。その結果、徐々に覚醒が向上し、退院時はJCSⅠ-3となり、追視や笑顔も見られるようになった。



図5 IT機器

5. まとめ

コロナ禍での退院支援において、リモート面会、窓越しリハ見学の実施やスマートホン、タブレット等のIT機器の活用は有効であった。しかし画面の大きさによっては見にくさがあり、機器を所有している家族とそうでない家族とで差が生じた。病院内での退院後生活を想定した介入には限界があるため、これまで以上に家族や居宅介護支援事業者等、地域との密な連携が必要であると考ええる。また今後の改善案としては、スマートホン、タブレット等のIT機器の貸し出しが行えるよう病院全体で検討できないかと考える。

6. おわりに

最後に当報告の実施にあたり、ご協力頂いた患者様ならびにご家族様、当センタースタッフに深く感謝いたします。

【出典先】

令和3年度かがわ総合リハビリテーションセンター研究年報