

P5-1 家族スケールを使用して入院時から家族支援を行うことで円滑な自宅退院が可能となった1例

○染井 佑太(OT)¹⁾, 兼田 敏克(OT)¹⁾²⁾, 堀島 優花(OT)¹⁾, 石原 充(OT)¹⁾,
山本 麻香(OT)¹⁾

1)医療法人篤友会 関西リハビリテーション病院

2)大阪府立大阪大学大学院 総合リハビリテーション学研究所

Key word : 家族支援, 評価, ADL

【はじめに】 患者へのリハビリテーションを行う際、家族支援(以下、支援)を含めた実施は重要である。特に支援は入院時からの実施が重要と言われている。そして、支援は家族全体を評価し、見落としを防ぐために9領域26項目からなる「家族生活力量アセスメントスケール療法士版(以下、家族スケール)」が作成されている(兼田敏克ら2013)。今回、脳出血により重度の意識障害と運動麻痺を呈したADL能力の低い患者と家族に対し、入院時から家族スケールを用いて評価・支援を行った。加えて、支援実施後に家族の状態変化および転帰先の希望の変化が起こり、自宅退院が可能となったため、報告する。

【症例紹介】 患者A氏は、X年Y月Z日に右視床出血を発症した70代前半の女性で、30病後日目に当回復期リハビリテーション病院に入院となった。初回評価時(入院1日目)の覚醒は、Japan Coma Scale II-20、麻痺はBrunnstrom Stage 上肢II、手指I、下肢II、ADLは基本動作とセルフケアともに全介助でFunctional Independence Measure 22/126点であった。転帰先の希望は、「日中1人で過ごせ、トイレ動作自立となれば自宅退院」であった。そのため、入院2日目に家族スケールを使用した。なお、報告は患者・家族から承諾を得ている。

家族スケールから、患者を支援できる「家族」は、主介護者の夫のみと分かった。9領域から得られた情報は、①健康維持力：仕事・面会の両立でストレスがある。②健康問題対処力：疾患に配慮した食事・内服コントロールを知らない。③介護力：患者に適した介護方法は知らない。④社会資源活用力：父の介護時に利用していたが詳しく知らない。⑤家事運営力：仕事と介護の両立に不安がある。⑥役割分担補完力：代わりはいない。⑦人間関係調整力：身寄りがいない。⑧住環境整備力：家屋改修の有効性は認識あり。⑨経済家計管理力：金銭的余裕はないで

あった。評価の結果から支援内容を以下のように検討した。⑥、⑦は副介護者がいないため支援困難、⑧は支援の必要性が低いと考えた。よって、I.生活環境の整理(①、⑤)、II.疾患についての情報提供(②、③)、III.主介護者への介護体験(③)、IV.社会サービスの情報提供(④、⑨)、V.栄養指導(②)の5種の支援が必要と判断した。I～Vについて家族と話し合い、上記I、II、III、IVから支援を実施することとした。具体的な内容は、I.面会頻度の設定、II.本やインターネットで障害についての情報収集の提案、III.基本動作の介護体験、IV.社会福祉士へ情報提供の働きかけである。

【結果】 患者の身体機能、ADLに大きな変化はなかった。上記支援実施後(入院30日目)に家族スケールを行った。結果、①、⑤家族のストレスは無くなった。②患者の障害がより把握出来た。③、④、⑨介護体験、社会サービスの情報を知る事で少し自信が付いた。加えて転帰先の希望は「どんな状態でも自宅退院」となった。残る問題点として、自宅環境での介護方法をイメージしにくい、具体的な社会サービスの選択が困難、栄養管理を知らないであった。そのため、継続的なIII、IVの支援に加え、Vを行った。そして、自宅退院が可能となった。

【考察】 今回、入院時に家族スケールを用いることで家族に必要な支援を把握でき、優先順位を立てて支援できたと考える。また、支援後に再評価を行うことで、家族の状態の変化を再把握でき、支援内容の継続・変更が行えた。そのため家族のストレス軽減、介護生活への自信に繋がり、自宅退院の選択、そして自宅退院に繋がったと考える。