

症例報告

自宅退院後の離床指導により日常生活動作の向上
及び医療行為なく自宅生活継続が
可能となった1症例勝又麗奈¹⁾ 大矢美佐¹⁾¹⁾竹山病院 リハビリテーション科

要旨 ~ Summary ~

【はじめに】

退院後、入院中の担当者が在宅生活に関与する体制はなく入院中と退院後の活動量を比較した報告はない。今回、入院中の早期離床及び退院後の離床指導を行い自宅退院しその後、入院中に担当していた担当者が翌日に自宅訪問を実施した。自宅訪問にて離床評価を行い自宅で継続的な離床を可能としADL向上を認め自宅生活継続が可能となった症例を経験した為、報告する。

【症例】

70歳代後半の女性で要介護は5である。肺炎の診断で緊急入院となった。

【経過】

入院翌日よりリハビリテーションを開始した。全身状態改善するも経過中に誤嚥性肺炎を発症した為、喀痰量が増大し吸引が必要である。病状安定し退院可能となるが、自宅退院後に臥床時間が延長し呼吸器機能低下による喀痰量の増大となるリスクが考えられ、退院時に離床指導を行い退院翌日に退院後訪問を予定した。

【結果】

退院翌日に自宅訪問し自宅内で入院中以上に活動量の向上を確認し、喀痰量増大認めず更にはADL向上を認めた。また、その後もADL維持を可能としている。

【考察】

入院中の早期離床及び離床時間の確保及び自宅退院に向け離床指導することで活動量向上によりADLの改善を認め在宅生活継続を可能とした。

【はじめに】

日本の高齢化は進み内閣府の報告によると¹⁾平成30(2018)年10月1日現在で、総人口が1億2644万人であり、65歳以上の人口は3558万人で、総人口に占める割合(高齢化率)が28.1%となっている。また、平均寿命については、平成29(2017)年現在で男性81.09歳、女性87.26歳であり今後も平均寿命は延び令和7(2025)年には、男性84.95歳、女性91.35歳となり女性は90歳を超えると見込まれている。一方で、問題となってくるのが、平均寿命と健康寿命の差が大きくなり要介護状態となるリスクが考えられる。内閣府が公表したまとめ

によると、日本人の2016年の健康寿命は、男性で72.14歳、女性で74.79歳となった²⁾。以上を踏まえ、いかに平均寿命と健康寿命の差を短くし、要介護状態とならないようにすることが重要であり高齢化が進む我が国において取り組むべき課題となっている。

しかし、要介護状態となると健康な時と比較し日常生活動作(以下、ADL)の低下を招き廃用症候群を引き起こし寝たきりへ繋がる。高齢者の全身的な廃用症候群を防ぐためには座位時間を1日4時間以上確保、活動時間を1日2時間以上または4時間以上設ける必要があるとされている³⁾。この状態を制限してしまう可能性が高く不活動の時間が長くなる1つの原因が入院による過度な安静である。

日本離床学会によると⁴⁾人は1日の約7割を座位か立位で過ごしているも入院中の患者は治療の必要性から安静臥床を余儀なくされる患者も多く座位や立位の時間と臥位の時間の割合が

Correspondence to Rena Katsumata

¹⁾竹山病院

〒226-0005 神奈川県横浜市緑区竹山3-1-9

TEL: 045-932-1668

E-mail: reha2011pta22@gmail.com

逆転していると述べている。また、先行研究では入院中1日900歩未満ではADLが低下する⁵⁾と述べており安易に身体機能が低下することが予測できる。このように早期離床の重要性や病院内での活動量向上に関しての重要性は報告されている。一方で、退院後の支援に関しては入院中に担当していたスタッフが在宅生活に関与する体制はなく入院中と退院後の活動量を比較した報告はない。

今回、自宅で生活している女性が肺炎の診断で当院に緊急入院となった。入院時より臥床によるデコンディショニングによってADLが低下し、自宅退院が困難になると考えられ翌日よりリハビリテーション(以下、リハビリ)を開始する必要がある。また、退院後に活動量が低下し、介護量増大により介護困難となり在宅生活継続が困難となる可能性があり退院後も継続的な介入が必要であると考えた。入院中の早期離床や退院時の離床指導及び退院後に自宅訪問を行い継続的な離床評価を実施し入院中以上に活動量の増大を認めADLが向上し在宅生活の継続を可能となった症例を経験した為、報告する。

【症例】

【症例提示】

70歳代後半の女性。自宅で発熱し体動困難となり、救急要請された。併存疾患に慢性心不全、認知症、うつ病、人工膝関節置換術がある。

【現病歴】

1年前よりADLが低下し通院困難にて訪問診療を利用していた。今回は自宅で発熱し体動困難にて救急搬送された。体温37.8℃、血圧143/80mmHg、脈拍77回/分、SpO₂96%(room air)、肺雑認め酸素化不良及び痰絡み認め肺炎の診断で緊急入院となった。

【入院時血液検査】

WBC7500/ μ l、CRP2.75mg/dlと炎症反応の上昇認めた。

【精神状態】

Japan Coma Scale(以下、JCS)はII-10で長谷川式簡易スケール(以下、HDS-R)は30点満点中12点と低下を認めた。既往歴のうつ病及び認知症の影響で意欲低下していた。

【身体所見】

関節可動域制限はなく筋力についてはManual Muscle Testで上肢3level、下肢3level、体幹3levelとなった。

【日常生活評価】

入院前ADLは、起居動作から立ち上がりまで一部介助が必要であり歩行は前方介助にて連続50m歩行可能な状態であった。しかし入院時は、ADL全般に介助が必要で機能的自立度生活法(Functional Independence Measure:以下、FIM)において運動項目は18点、認知項目は13点で合計点数29点となった。(表1)

【社会背景】

夫と長女と3人暮らしでKey Parsonは、長女であるも精神疾患の既往がある。介護保険は、要介護5で訪問介護を週に7回、訪問入浴を週に1回利用していた。

【入院後経過】

第1病日より肺炎治療として、抗生剤及び補液投与し、安静度はベッド上安静であった。嚥下機能低下を考慮しゼリー食より開始した。リハビリについてはBed上での介入及びHead upから行い、第4病日より食事形態を全粥キザミへ変更となった。安静度はリハビリにに応じ設定可能となった為、離床及び歩行訓練行った。リハビリの時間については、地域包括ケア学会が提唱するPoint of care(以下、POC)を中心に短い短時間高頻度で実施した。経過良好であり第8病日にはリハビリでADL動作安定したことからトイレ誘導を開始し、日常生活での活動量向上を図った。しかし認知機能低下及び既往歴のうつ病より意欲低下認めており、ベッド上での時間が長くリハビリ終了後に車椅子座位保持時間確保で合計2時間、病棟内での離床時間確保に3時間の合計5時間の離床時間を設定した。既往にうつ病があり集団への参加に抵抗がある為、リハビリにおいては病棟の談話室にてTV鑑賞し病棟での離床に関しては、昼食後の時間をベッド上ではなく車椅子乗車し過ごせるよう環境調整行った。第26病日より階段昇降訓練開始するも第32病日に誤嚥性肺炎発症した。抗生剤及び補液開始及び食事形態をゼリー食へ変更となった。当日はリハビリ中止するも翌日より

り Bed 上での介入から再開した。1 回の食事量や水分量が多く誤嚥リスク高い為、分食し 14 時に提供を追加とした。その際にベッドから離れ車椅子座位保持時間を確保し 1 日の離床時間をリハビリで合計 2 時間、病棟での離床を 1 時間追加し合計 4 時間の計 6 時間に変更した。しかし、誤嚥性肺炎後より痰絡みが出現している状態で自己排痰困難にて喀痰吸引開始となった。食形態もゼリー食が安全との判断で在宅復帰への課題が残存した。社会背景を踏まえ施設入所も検討するが、退院カンファレンス実施し本人及びご家族より「自宅に帰りたい」と在宅復帰を希望され介護指導及び介護保険サービスの調整行い第 47 病日に在宅復帰となった。

【退院時評価】

介護指導として食事指導、排泄はオムツ併用しながらのトイレ誘導方法、歩行介助、喀痰吸引方法を長女に指導実施した。介護保険サービスについては、排泄介助目的で 1 日 2 回 30 分の訪問介護を設定。入浴に関しては、訪問入浴を再開した。問題となったのが喀痰吸引で長女より「怖くてできない」と訴えがあり緊急対応として訪問看護を導入した。退院時の ADL に関しては、FIM の合計点数は運動項目においては 32 点、認知項目は 15 点となった。運動項目では 14 点、認知項目は 2 点の向上を認めた。(図 1)

【退院に向けての離床指導】

自宅退院後に、安静により活動量が低下し、ADL 低下が予測されるだけではなく臥床により、呼吸器機能低下が喀痰量増大を引き起こし吸引回数増大の可能性が考えられる。そのため①退院時に自宅訪問し家屋評価及び直接介助の指導②日中のトイレ誘導(2 時間に 1 回)③食事摂取時はベッド上ではなく居室からリビングに誘導(食事前後の離床を設定)を行い 1 日(6 時から 18 時)の離床時間を 7 時間以上とした。

【退院後訪問】

退院翌日に退院後訪問実施した。訪問時(11 時)にはリビングにて座位で TV 鑑賞されており「家に帰れてよかった」と訴えられる。バイタルも安定しており痰絡みなく吸引を行わず過ごされているとのこと。1 日 2 回の訪問介護で

排泄介助及び清潔保持への介助を行い他の時間は、長女の介助によりトイレ誘導実施し排泄の失敗なく過ごされているとのことであった。長女からも「施設ではなく家に帰れてよかった」と話される。離床時間についても入院中の離床時間以上リビングで過ごす時間が増え 6 時間から 9 時間となっていた。

退院後の FIM では離床時間の拡大も図れたことから、FIM の合計点数は運動項目においては 46 点、認知項目は 21 点となった。退院時の FIM 合計点数と比較し運動項目では 14 点、認知項目では 6 点の向上を認めた。(図 1) 訪問診療に当院から伺い同席した看護師より「その後も退院翌日の生活状況で過ごされている」との情報があり半年以上、入院することなく ADL 維持を可能とした。

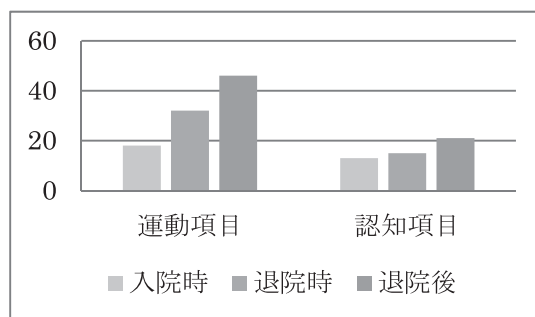


図 1 FIM 合計点数の比較一覧

【考察】

本症例は、患者要因である介護度が高く認知症やうつ病などの併用疾患や社会背景のみならず病状の変化が大きく難儀な症例であった。入院時に、退院困難リスクを予測し早期に介入開始することで、全身状態に合わせたリハビリを提供しながらリハビリ以外の時間でどう ADL に離床を組み込むことができるかが重要であったと考える。今回は、食事や水分の補水時を利用し離床を設定することで、病棟スタッフも業務の 1 つとして継続し、ADL の維持向上可能とした。先行研究においても、金谷によると、生活期においてその先にある生活と直結させ日常生活化させなければならない場面が非常に多いと報告している⁶⁾。

入院中のみならず、自宅への退院困難要因として喀痰吸引が問題となったがリハビリにおいて呼吸リハビリを併用しながら離床機会を設け

呼吸機能へのアプローチを実施した。早期離床完全マニュアル2によると入院中の臥床が呼吸器へ及ぼす影響として、腹部臓器の圧迫を受ける為、横隔膜は十分な活動ができず横隔膜の動きが低下し背面の換気が著しく阻害される。その結果、呼気が弱くなり喀出困難に陥るといわれている⁷⁾。その為、可能な限りの早期離床や座位、立位、歩行といった機会を設ける事が重要であると述べている。本症例においても、院内での離床時間確保は行っていたが、退院後のさらなる離床時間拡大が自宅で喀痰吸引を行わず過ごせたと考える。また、その状態を維持するためには、別途離床時間を設けるのではなく日常生活の動作の中で取り組めるような離床指導を行う必要がある。今回は、毎日欠かさず行う食事の時間を利用することで負担なく退院後も離床継続し結果的に喀痰量増大を予防できたと考える。また、歩行機会も増え退院時よりもFIM合計点数が改善しADL向上が可能となったと考える。また、篠原によると⁸⁾ただ離床を促し受動的に離床するのではなく、集団の中で役割の獲得や趣味を共有していけるような集団活動をおこなうことが、自発性を引き出し離床時間の拡大させることに良い影響を与える一要因であると報告している。しかし、本症例の場合は既往のうつ病により集団への参加が厳しく離床が困難と思われるが、入院前より自宅でTV鑑賞していたことや興味ある番組を観てもらうことで個々の状態に応じた活動を通し離床時間拡大への一要因になったのではないかと考える。また、退院後に入院中担当していた理学療法士が自宅を訪問し現状の把握や直接的な指導を行うことは患者及び患者家族との信頼関係を作った上で成り立ち「入院中に担当していた人がきてくれると嬉しい」と満足度も高い。また、入院中に行っていたケアが自宅退院後に継続的に行えず再入院となるケースがある。そのため、入院中の状態を把握している担当者が早期に自宅へ訪問し指導内容の再現性等を確認することは再入院を予防できる一要因であると考えられる。

日本の高齢化は過去になく諸外国においても群を抜いていることから症例報告が少なく指標がないため、個々に対応する必要がある。また、在宅で過ごす高齢者も増えたことにより在宅支援が重要であるも病院で行っていたことを在宅で継続することは難しく再燃し再入院とな

るケースもある。本症例のように離床指導として、退院後の生活が確立するまで入院中に担当していたスタッフがサポートできる体制は重要であり今後の高齢者の在宅支援には必要不可欠となると考える。

【結語】

自宅退院後の離床時間の確保を日常生活の1つとし、継続可能な指導を行ったことによりADL向上及び喀痰吸引などの医療行為が不必要となり自宅生活継続が可能となった。入院中の早期離床、退院後離床指導が有効であった1症例を報告した。

文献

- 1) 内閣府：平成30年版高齢社会白書 .1:pp1-2.2018.
- 2) 内閣府：平成30年版高齢社会白書 .2:pp1-13.2018.
- 3) 日本理学療法士協会国庫補助事業調査研究特別班：要介護高齢者における離床時間と日常生活動作との関係 .1.pp9-12.2009.
- 4) 曷川元：早期離床完全マニュアル . 慧文社 . 東京 .2007. pp12-13.
- 5) Journal of American Medical Association. Published online Dec.5, 2016.doi:10.1001/jamainternmed.2016.7266.
- 6) 金谷さとみ：よりよい生活を支援するために .1.p132.2011.
- 7) 曷川元：離床完全マニュアル2 . 慧文社 . 東京 .2018. pp12-15
- 8) 篠原まり：離床の拡大が与えた影響 .1.1.2016.