

## 症例報告

生活環境と家族を含めた多職種での包括的  
介入により、転棟後の離床拒否が改善した一事例

奥島悠大\* 福田準也\* 大久保直哉\*

\*社会医療法人 千秋会 井野口病院 医療技術部 リハビリテーション科

## 要旨 ~ Summary ~

## 【はじめに】

患者拒否により離床が阻害されることをしばしば経験する。今回、生活環境と家族を含めた多職種での介入により、患者拒否があっても、離床時間拡大が図れた症例を経験したので報告する。

## 【症例紹介】

慢性硬膜下血腫術後の80歳台女性。機能的自立度評価法59点、長谷川式認知症スケール8点。併存疾患に重度糖尿病・心不全・アルツハイマー型認知症。

## 【経過】

術後43病日目にA病院より当院へ転院。回復期リハビリテーション病棟転棟後は、運動機会増大に伴い拒否の発言が増え始め、離床困難となった。そのため、多職種カンファレンスを実施し、生活環境調整や家族協力を得ながら離床を促した。その結果、離床機会が増え、状態悪化無く退院が実現した。

## 【考察】

本症例の拒否は、生活環境変化がストレスとなっていた可能性が考えられた。離床を生活の中での必然的活動として介入し、不安要素から発生する拒否に関して、家族も含めた介入が重要と考えられる。

## 【はじめに】

日本離床学会によると、早期離床を「手術や疾患の罹患によっておこる臥床状態から、可及的早期に座位・立位・歩行を行い、日常生活動作の自立へ導く一連のコンセプト」と定義している<sup>1)</sup>。近年、急性期だけでなく回復期や維持期など様々な病期における、離床の重要性を報告したものも増えており<sup>2-4)</sup>、「離床」という言葉が認知・認識されつつある。早期離床の概念の下、様々な病期において離床が実施されるべきだが、山本らの心不全や不整脈などの循環状態が原因で離床遅延が生じる<sup>5)</sup>という報告や、目黒らによる認知症はリハビリ阻害因子となる<sup>6)</sup>という報告など、回復期や生活期において、離床拒否により、急性期で獲得されていた離床が継続出来なくなる場合もある。

大橋らは、拒否等による不活動による生活リズムの乱れの指摘として、生体リズムの乱れは生理機能を低下させ、活動性の低下や症状の悪化は患者の主体的な療養活動を妨げ、治療効率を下げ、総じて回復遅延や生活の質(Quality of Life: QOL)の低下へとつながる<sup>7)</sup>と報告している。疲労増加や意欲減退はさらなる拒否を招き、肺炎等

の二次的合併症の出現、日常生活動作の著しい低下を招く。このような負のサイクルを断ち切る為にも、医療従事者として積極的介入は必要である。

今回、回復期リハビリテーション病棟(回リハ)転棟をきっかけに離床拒否が強まった患者に対し、生活環境への介入と家族を含めた多職種での包括的介入を実施した事により、離床機会の増加が図れ、身体機能を維持できた症例を経験した。本症例の離床拒否要因に関する考察と離床拒否要因の改善にあたって、生活場面での離床機会での影響に関して症例を通じて考察する。

## 【症例紹介】

転倒により慢性硬膜下血腫発症し、他院で手術後に当院へ入院した80歳台女性。併存疾患に重度糖尿病・心不全・アルツハイマー型認知症(Alzheimer Dementia: AD)あり。入棟時、機能的自立度評価法(Functional Independence Measure:FIM)59点(運動42点、認知17点)で病棟生活は監視を要していた。長谷川式認知症スケール8点、徒手筋力検査各々3レベル。病前は独居で、来客のお世話や趣味として手芸などを楽しんでいた。しかし、低活動・低栄養に加え排泄コントロール不良もあり、家族や訪

問介護員に助けてもらいながら生活する状況であった。入院加療、臥床による身体機能低下もあり、当初は自宅復帰を目標に介入していたが、「家に一人でいるのは嫌」など発言を患者から認めるようになった。そのため、家族意向も踏まえて、回り八入棟後に施設検討する事となった。

### 【症例経過】

慢性硬膜下血腫術後 43 病日目に他院から当院へリハビリテーション（以下リハビリ）目的で転院となり、同日リハビリ開始となった。当院一般病棟入棟時は、臥床傾向であり FIM 51 点（運動 35 点、認知 16 点）と低く、離床時間拡大・活動量増大を目的としたリハビリを実施した。介入当初はトイレに一人で行けない等、離床する事の必要性を本人も感じており、リハビリの介入に対しても協力的であった。離床拡大に伴い、歩行器歩行やトイレ動作が軽介助から見守りになる等、徐々に身体機能改善が図れた。離床拡大によりさらなる身体機能改善が見込めため、57 病日目より回り八転棟となった。しかし、医療スタッフが変わったことや、リハビリが 1 日あたり 2 単位から 9 単位となり、日々の生活がリハビリ中心となったことで、生活環境に大きな変化が生じ、転棟日よりリハビリを嫌うようになった。糖尿病などの併存疾患もあり、離床時間の維持は必須であったが、リハビリ提供時間増大による運動負荷量増大、離床時間増大も伴い、「動くのはしんどい」等の拒否的発言や、夕方になると「早く帰らなければ」等の帰宅願望の出現頻度増加も認めた。最終的には離床が困難となった。

そのため、65 病日目に回り八での多職種カンファレンスにて問題点を話し合い、施設退院に向けて「離床」という共通認識の下、チームによる包括的介入を開始した。個別リハビリでの直接的介入では、依然として離床拒否を認めたため、まずはチームとして生活環境と生活の中で離床時間拡大を図っていく事を共通の介入方針とした。生活環境の調整としては、トイレ誘導やベッドメイキング・病棟掃除時間を利用し、患者の離床時間拡大を図った。また、回り八在室中に、他患者と同席した中での集団レクリエーション活動への参加や、病棟スタッフの手伝いや他患者の面倒を見るなど役割を持たす事を促した。加えて、離床する事の重要性について家

族へ指導し、医療スタッフのみでなく家族の立場からも離床を促した。

退院調整に関しては、併存疾患の影響があり、施設の受け入れ先が見つからず難渋したが、その後、163 病日目に FIM63 点（運動 47 点、認知 16 点）と日常生活動作能力が上昇した中で、患者・家族が希望する施設へ退院した。

### 【考察】

本症例において、拒否に関連した要因としては、AD をベースとする生活環境変化による心境的变化、リハビリ提供時間増大、帰宅願望によるストレスが絡み合い拒否を呈していたと考えられた（図 1）。

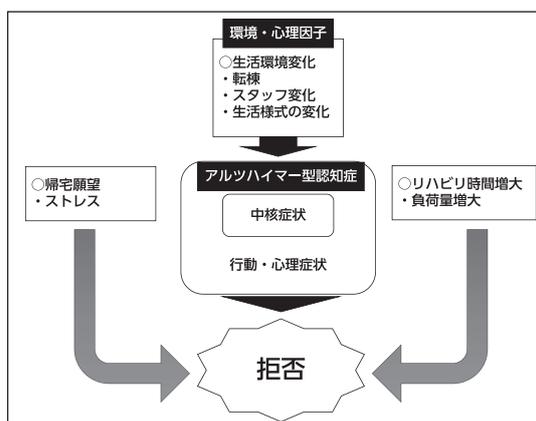


図 1 離床拒否関連要因

生活環境変化による心境的变化に関しては、AD の症状のひとつである認知症行動症状・心理症状 (Behavioral and psychological symptoms of dementia :BPSD) の増悪が考えられた（図 2）。林谷らは、BPSD は、環境変化やストレス、不安・焦燥感や疎外感などが加わった結果に生じる症状でもあり、個別性が高く、介護者を含めた環境の影響を受けやすいと述べている<sup>8)</sup>。本症例においても、転棟や自室の変化等の環境変化により、周辺症状の増悪に至っており、このような影響を考慮した介入が必要と考えられた。岩成らは、認知症高齢者の支援するには、これまで歩んできた生活歴やその人の個性（人となり）を把握することが必要となる<sup>9)</sup>。病前の趣味活動や患者の性格を考慮し、手芸実施や集団レクリエーションに参加する等、患者が主体的かつ心身の力を活かせる場を提供した k

ことで、本症例の心理的負担・不安感の軽減が図れたと考えられる。また、病棟生活での役割を持たせたことで、患者が生活空間での存在を認識することを促せ、生活環境への順応を促せた可能性が考えられる。これら心理的順応・生活環境への順応によって、拒否軽減に寄与したのではないかと考えられる。

リハビリ提供時間に関しては、訓練的介入の増大で、患者自身がリハビリの必要性が薄れてしまっていたことが考えられた。転棟前はリハビリをすることで移動やトイレ等の生活する上で必然的な動作につながっていたが、回り八に転棟したことでリハビリの目的が訓練的な意味合いが強くなり、その必要性が薄れ、拒否という形で表れていた可能性が考えられた。秋下は専門性と多病性について、多彩な病像、障害を呈する高齢患者への対処に難渋する<sup>10)</sup>と報告している。このため、訓練的とならないよう多職種との連携を図り、生活場面に着目し介入する必要があると考えられた。木村も、多職種連携が自立支援に有効であった<sup>11)</sup>とするなど、多職種連携・介入の重要性を報告している。さらに、認知症について上野らは、一人のエキスパートが存在するだけでは不十分であり、看護・介護職員がケアチームとしてアプローチする意識をもつ必要がある<sup>12)</sup>とし、チームケアの重要性を述べている。本症例においては、病棟生活において1日を通して関わる人が多い看護師や介護福祉士を中心に1日の患者の行動状況の把握・共有を行い、リハビリ提供時間外での行動機会を提供した。その場で対応できるスタッフが、定期的に誘導・介入することで、患者が主体的に行動することができ、結果として訓練的介入による拒否の悪化を招く事なく経過できたと考えられる。

帰宅願望によるストレスでは、小泉らは帰宅願望のような徘徊行動を探索行動型、勤勉行動型、無目標指向行動型、緊張発散行動型の4タイプを類別できる<sup>13)</sup>と述べている。本症例は帰宅願望が出現していたことから、探索行動型であると考えられた。さらに、夕方になると落ち着きがなくなり、離棟しようとするなど徘徊が起こった。岩本は帰宅願望や徘徊、つきまといの背景には疎外感、孤独感に対する不安が存在する事を念頭に置いて対応する必要があるとしている<sup>14)</sup>。そのため、このような行動に対して、

治療・ケアで真っ向から否定的態度で対応するのでは無く、訴えに応じた場所へ移動することや、家族が患者の状態や要求に必要時対応する等、本人の欲求を満たす事ができる環境が整うよう対応・配慮することが重要と考えられた。小泉らも、不安や妄想が強くなるようであれば、痴呆老人が探し求めている役割を發揮できる場の設定、帰宅願望に対しては家族への働きかけが有効であった<sup>15)</sup>と報告している。曷川は、回復期・在宅で患者の活動性を維持するためには、単に医療スタッフの促しだけでなく、患者・家族の理解が不可欠<sup>2)</sup>と述べている。これらから、探索行動型のADでは家族面会時に離床の重要性やメリットについて家族指導し、家族の立場からの介入も積極的に促すことが必要であると考えられた。

以上のことから、離床拒否を呈する症例において離床を訓練的介入のみとならないように、入院生活における必然的な活動として多職種で介入する必要性、不安要因から発生する離床拒否に関しては家族も含めた介入の必要性があると考えられた。



図2 認知症の中核症状と周辺症状 (BPSD)

### 【謝辞】

本論文の作成にあたり、終始適切な助言を賜り、また丁寧に指導して下さいました市立三次中央病院の崎元直樹先生に心より感謝いたします。

文 献

- 1) 葛川元.「早期離床を科学する」早期離床の意味とその歴史的変遷 実践!早期離床完全マニュアル.慧文社,東京,2007.pp10-11.
- 2) 葛川元:これまでの10年これからの10年離床の流れから将来像を考える.早期離床.2:6-9,2016.
- 3) 鯨津吾一,村中宏彰,横山浩康:2025年問題にどう立ち向かうか?回復期・在宅における離床の役割.早期離床.2:10-12,2016.
- 4) 芳野純,黒目桃子:安静による廃用症候群患者に対する訪問リハビリテーションの効果—内部疾患により寝たきり状態に陥った症例への関わり的重要性—.理学療法-臨床・研究・教育.17:65-67,2010.
- 5) 山本智史,青山敏之,遠藤宗幹他.:長期臥床となった高齢新疾患患者における回復期リハビリテーション病院入院での運動療法効果.理学療法学.43:390-396,2016.
- 6) 目黒謙一:認知症のリハビリテーション:問題提起.高次脳機能研究.32:477-484,2012.
- 7) 大橋久美子:看護における「生活リズム」:概念分析.聖路加看護学会誌.14:1-9,2010.
- 8) 林谷啓美,田中諭:認知症高齢者の行動・心理症状(BPSD)に対する支援のあり方.園田学園女子大学論文集.48:105-112,2014.
- 9) 岩成淳治,矢田フミエ,原川由美他:認知症高齢者に対してセンター方式を活用してBPSDが軽減した1事例.パリアーションと継続的なバーバル・ノンバーバルコミュニケーションを用いて.The Japanese Psychiatric Nursing Society.56:140-144,2013.
- 10) 秋下雅弘:高齢者の特徴.総合リハビリテーション.42:1033-1037,2014.
- 11) 木村陸美:症例報告 多職種連携における自立支援.早期離床.4:35-36,2018.
- 12) 上野優美,湯浅美千代:看護師認知症対応向上研修テキスト.湯浅美千代,東京都福祉保健局高齢対策部在宅支援課,東京,2017,pp.62-4.
- 13) 小泉美佐子,行田久実,石川弓子:痴呆老人の徘徊行動のタイプ別対応に関する検討—4事例の徘徊行動の観察—.北関東医学.49:193-199,1999.
- 14) 岩本俊彦:認知症にみられる帰宅願望,徘徊,つきまといの診かた.Geriatric Medicine.52:1496~1497,2014.
- 15) 小泉美佐子,大塚理香,難波悦子他:施設に入居した痴呆老人の徘徊行動分析

コラム

守破離 (しゅはり) の教え

新横浜ハートクリニック 心臓リハビリテーション科  
心臓リハビリテーション室 室長 徳田雅直



各業界の指導方法には様々な手段があり、時代によってその指導スタイルは変化しています。現代においては、その指導方法が時にはパワハラなどの残念な結果を招くことがあります。私自身、指導を受ける場合、指導をする場合においては、守破離という教えを旨に臨んでいます。

元々、守破離という言葉は、千利休の訓示をまとめた「利休道歌」、規矩作法の一節です。

—守り尽くして破るとも 離るとても 本を忘るな—

簡略化して言い換えると、指導側の教えを守り、その後は自分自身のよりよいものと併せ既存の概念を破り、最後には基本の概念を忘れず自立を促すことです。

利休の時代は、技の伝承などは子弟の誓文書を以て、事を成すべき。例え、親兄弟であっても口伝を口外することを禁じた風潮がありました。現代社会では、伝統工芸分野でもその名残は少なからず存在していますが、我々の業界では、まずそのような事は稀というか、皆無に等しいです。しかし、根柢の部分では指導する側、受けて側は己の立ち位置を十分に理解し、互いの人生観を相互の肚に落とし上

で物事に臨む必要があるのではないかと思います。私はこの守破離の教えを、以下のように捉えています。

守:受けて側は基本の教えを守ること、指導側は受け手側全体を守ること

破:受けて側は基本の教えをもとに自己の考えを入れること(工夫)、指導側は相手の工夫した結果が自分の枠を超えた時には、自身の考えを破ること

実は、こういったところ(受けての工夫を甘受すること)が指導側の成長に繋がる場合が多い

離:受けて側は指導側からの自立、指導側は身を離すこと しかし、双方とも心は離さず

今までは、受けて(指導を受ける側のみ)の視点で書かれることが多かったのですが、現在の私は双方の役割もあり、守破離の言葉を改めて顧みた時に現代の教育スタイルの一片に、何かしらの想いを感じた次第です。

様々な問題を抱えている皆さん、自分なりの「守破離」を、もう一度見直してみてもいいかがでしょうか?