

多職種と共同することにより 廃用症候群からの脱却を試みた一事例

佐々木 修一, 小幡 彰一, 久保 綾子

舞鶴赤十字病院リハビリテーション科部

要旨:

【はじめに】

今回、在宅にて廃用症候群に陥った事例を担当し、多職種との共同により若干ではあるがADLの向上と妻の介護負担の軽減に至ったので以下に報告する。

【事例紹介】

86歳男性、診断名は左変形性膝関節症、変形性腰椎症。主症状は廃用症候群、認知機能低下。平成24年4月頃まで室内歩行、トイレ動作は可能であったが、徐々に下肢筋力が低下し、起立歩行が困難な状態となっていた。妻の介護負担が増加してきた為、中丹東地域リハビリテーション支援センターに相談があり平成24年9月24日訪問相談が行われた。継続的な介入が必要とされ支援センターの依頼により10月1日から訪問リハビリが開始となった。初回訪問時のADLはBI20点（食事のみ自立）。

【問題点】

4ヶ月以上臥床状態が続き、下肢筋力や心肺機能が低下し、ADLが低下していることに加え、不適切な福祉用具を導入したことにより主介護者の負担も増加していた。

【介入・結果】

家人、ケアマネジャー、福祉用具業者、通所介護、訪問介護、訪問リハビリでサービス担当者会議を開催し、目標を室内歩行、トイレ動作の再獲得と設定した。方針として座位時間の延長を図ることで廃用症候群から脱却すること、介護サービスを利用して介護負担を軽減することとした。環境調整として電動ベッド、介助バー、車椅子、玄関昇降リフトをレンタルした。家人に介助方法の指導を行い、毎食時に車椅子に座ってもらった。通所介護の利用回数を増やし、外出準備に訪問介護の利用も開始した。機能訓練は訪問リハビリの時だけでなく、通所介護利用時も平行棒内での起立歩行練習を行ってもらおうよう依頼した。その結果、4ヶ月後には起立、移乗自立、トイレ排便が見守りで可能となりADLは向上し（BI65点）、妻の介護負担も軽減した。

【考察】

宮田は在宅では複合的問題を解決するためにチームアプローチが必須であり、会議で方針、目標を共有しアプローチを分担することが必要であると述べている。今回の事例は訪問リハビリ単独での介入では改善が難しかったと思われ、担当者会議で情報を共有し、家人の協力を得ながら多職種で介入を行ったことが有効であったと考える。

I. はじめに

廃用症候群は安静臥床や不活動状態が持続することにより生じる最も基本的で重要な二次障害であり、筋萎縮、関節拘縮、骨萎縮、起立性低血圧など様々な症候がみられる。全身の筋骨格系の機能低下は歩行障害や起居動作の障害をもたらす活動性の低下を助長し、activities of daily living（以下、ADLとする）の低下を引き起こすとされている¹⁾²⁾。今回、不活動により廃用症候群に陥り、ADLが低下した事例の訪問リハビリテーション（以下、訪問リハビリとする）を担当した。事

例に対し、家人、ケアマネジャー、福祉用具業者、通所介護、訪問介護の多職種と共同し、廃用症候群から抜け出すことを試みた結果、僅かではあるがADLの向上、廃用症候群の改善、妻の介護負担軽減に至ったので考察を加えて以下に報告する。

II. サービス開始までの経緯

平成21年7月介護認定を受け、要支援2となった。その頃から、徐々に下肢筋力が低下し、自宅では敷布団で寝ているか、掘り炬燵で横になって

過ごすことが多くなっていた。平成24年6月には起立歩行が困難となり、自宅ではいざり移動となっていた。介護度が要介護3に変更となった。平成24年9月家人とケアマネージャーが相談し、離床を促すために寝具を自宅にあった低いベッドに変更し、車椅子や昇降座椅子をレンタルしたが、かえって家人の介護負担が増大していた。身体機能の改善と介護負担の軽減を目的にケアマネージャーから中丹東地域リハビリテーション支援センターにリハビリ相談があり、9月27日に支援センターの自宅訪問が行われた。環境調整や継続した機能訓練が必要とのことから、10月1日から訪問リハビリが開始となった。

Ⅲ. 事例紹介

事 例：86歳、男性

診断名：左変形性膝関節症，変形性腰椎症

主症状：廃用症候群，認知機能低下，歩行不能

介護度：要介護3

既往歴：脳梗塞後遺症軽度左片麻痺（平成15年）
右人工膝関節置換術後（平成16年）

家族構成：妻と二人暮らし。同一敷地内に息子夫婦が住んでいるが、日中不在。妻は息子夫婦に世話をかけることを嫌い、介護の殆んどを一人で行っており、最近では介護負担の増加によって腰痛が出現していた。

Ⅳ. 理学療法評価

1. 全体像：日中は殆ど臥床している。言葉数は少ないがセラピストが訪問するといつも笑顔で迎えてくれる。日常生活レベルの会話は可能で、簡単な内容であれば理解することもできるが短期記憶が低下している。
2. ADL：Barthel Index（以下、BIとする）20点、食事以外は全て介助が必要。敷布団からの起き上がり動作は可能であるが、起立歩行は困難で自宅内はいざり移動。トイレはオムツ内排泄、入浴は通所介護にて実施。
3. 疼痛：左膝に荷重時痛があるものの普段はいざり移動していた為、痛みを訴えることはなかった。
4. 筋力：MMT両上肢4レベル、両下肢2-3レベル。耐久性は低く易疲労性、運動後の息切れ著明。
5. 関節可動域：膝屈曲（右/左）130°/140°。そ

の他著明な制限なし。

6. 家屋環境：雪の多い山間部で玄関までアプローチが急勾配の坂になっている。玄関前には、敷居の段差があり（図1）、玄関上がり框は2段で65cmあり昇降困難であった（図2）。通所介護送迎時の段差昇降は妻が引き上げるように介助しており、介護負担が増加の要因となっていた。元々は敷布団、掘り炬燵を使用する和式生活を送っていたが、家人とケアマネージャーが相談し、寝具を自宅にあった低床ベッド（約20cm）に変更し、車椅子を使用するように設定されていた（図3）。しかし、ベッドが低く手すりも無いため車椅子に移乗できず、結局、床に降りていざり移動していた。床からベッドに戻る時に介助が必要となり妻の介護負担増加していた。居間は車椅子をレンタルした為掘り炬燵を埋めてテーブルに変更していたが、車椅子を使わずいざり移動していたのでテーブルは使用できていなかった。何とかテーブルで食事が摂れるようにと昇降座椅子をレンタルしていたが（図4）、一人で座面に殿部を持ち上げることができず座面に座らせるために介助が



図1 玄関



図2 玄関上り框



図3 寝室の様子



図4 昇降座椅子

必要となり、さらに妻の介護負担を増加させていた。

7. ニード：本人「歩けるようになりたい」、妻「トイレ、移動などの介護量が減ってほしい」、長男「今よりも手足が弱くならないようにリハビリをお願いしたい、母親の介護負担を減らしてあげたい」

V. 問題点の整理

平成21年頃から誘引なく徐々に下肢筋力が低下し、畑作業も行わなくなり、外出頻度が減っていった。平成24年6月頃からは歩行が困難となり、中丹支援センターの訪問相談が行われるまでの約4ヶ月間は敷布団と寝ているか掘り炬燵で横になって過ごすことが多かった。

事例は、一日中臥床状態にあり不活動によって下肢筋力、心肺機能の低下を招き、ADLが低下していた。ADLの低下に伴って妻の介護負担が増加していた。活動性の低下については、生活環境の調整が不十分な為に、座位、立位をとる機会が殆んどなく、玄関の段差が高く昇降困難なために外出機会も少なかったことが原因と考えられた。加えて、元々和式生活であったところに不適切な

福祉用具を導入したことで、新たな介護負担が生じていた。

VI. 目標設定

問題解決に向け、サービス担当者会議を開催し、目標を「室内歩行、トイレ動作の再獲得」と設定した。方針を多職種で共同し、離床を促し、坐位起立時間の延長を図ること、身体機能の向上および介護サービスの利用によって家人の介護負担軽減を図ることとした。

VII. 介入

離床を促していくために車椅子、電動ベッド(低床タイプ)、介助バーをレンタルし(図5)、妻に電動ベッドの操作方法、移乗介助方法などを指導した。ベッド高の調整をすることで介助バーを把持して見守りから軽介助で移乗可能となったので、食事の時は車椅子に座って食べてもらうように家族に依頼し座位時間の延長を図った(図6)。外出手段の確保のために、玄関には昇降リフトをレンタル、家人に敷居の段差スロープ、リフトと上がり框の隙間を埋める台を作成してもらった(図7、8)。家人や介護スタッフでも容易に外出



図5 寝具の変更



図6 車椅子に座っての食事



図7 家人が作成したスロープ



図8 玄関上り框の昇降リフト

ができるようになったことで、通所介護の利用回数を週1回から2回に変更し、さらに妻の負担となっていた通所介護に出かける準備のために訪問介護を新たに導入した。そのことで活動量の増加による身体機能面の向上、他者との交流を持つことによる精神機能面の向上、家人の介護負担軽減を図った。機能訓練として病院から平行棒を貸出し、訪問リハビリの時に起立、歩行練習を実施(図9)。リハビリ以外の日にも長男と練習を行ってもらおうようお願いした。また、通所介護利用時も起立歩行練習を行ってもらおうように依頼した(サービス担当者会議の場で担当者に対して直接



図9 自宅での歩行練習の様子

運動方法を指導した)。訪問リハビリ(週1回)では下肢筋力が増加してきたので、歩行器や杖を用いての歩行練習を実施した。

VIII. 結 果

訪問リハビリ開始から4ヶ月でADLはBI20点から65点に向上し、起立移乗動作自立、歩行は歩行器歩行が見守りで可能(図10)、室内は車椅子自走にて移動可能となった。排尿は収尿器で、排便はトイレまで車椅子自走で行き一人で出来るようになった。生活面は介入前は一日のほとんどを臥床状態で過ごしていたが、車椅子に座り自発的にテレビを観たり新聞を読むなど日中も座位で過ごすことが多くなった。ADLの向上、訪問介護、通所介護の利用によって妻の介護負担は軽減し、腰痛は消失した。



図10 歩行器歩行(見守り)

IX. 考 察

島田は高齢者においては、できるだけ長く(10時間以上)離床するように心がけ、最低でも1日6時間以上は離床するべき³⁾と述べている。また、辻は短期間に集中して介護サービスを提供する必要があると述べている。廃用症候群の不活動の悪循環を断つには運動の頻度と量が必要となるが、訪問リハビリだけでは頻度も限られ、一回の運動量も少ないために単独での介入によって改善を図ることは難しい。そのため、他の介護サービスにも協力を求める必要がある。宮田は、在宅では複合的問題を解決するためにチームアプローチ

が必須であり、アプローチを分担することが必要である⁴⁾と述べている。本事例においてはサービス担当者会議を開催し、自宅において実際に生じている問題点の把握、それに対する目標や介入方針を多職種間で共有し、自宅やデイサービスでの訓練方法や介助方法、注意点について直接指導を行った。サービスの見直しや離床を促すための環境調整を行い、多職種が共同したことでADLは向上し、妻の介護負担が軽減したことから、多職種での介入が有効であったと思われる。このように、在宅廃用症候群事例においては、限られた少ない資源の中で運動量、頻度を確保するために、家人を含めた多職種が共同して集中的に介入することが不可欠であると考ええる。

X. まとめ

在宅において不活動が原因で廃用症候群に陥った事例を担当し、家人および多職種との共同により介入した結果、4ヶ月後には身体機能は改善し、ADLの向上、家人の介護負担軽減に至った。在宅において廃用症候群の治療を行う場合、訪問リハビリ単独での介入では改善は困難であり、事例に関わる多職種で共同し、可能な限り離床を図り、不活動の悪循環から抜け出せるよう働きかけることが重要となる。まずは離床に必要な生活環境を調整し、多職種で同じ目標に向けて役割を分担して介入する。また、家人の協力も重要であるが離床の協力を依頼する場合は、訪問介護の利用などで負担を減らした状態で、離床の意義、必要性を説明し、理解してもらった上で負担にならない範囲とするなど配慮が大切であると考ええる。

【参考・引用文献】

- 1) 辻哲也, 宇里明元: 老化と廃用総論. 総合リハビリテーション 34: 623-628, 2006
- 2) 多々良一郎: 廃用症候群はなぜ生じるのか. 地域リハビリテーション 5: 10-14, 2010
- 3) 島田裕之, 橋立博幸: 在宅生活で離床を促す理学療法の見点. 理学療法ジャーナル 43: 959-965, 2009
- 4) 宮田昌司: 訪問リハテクニック Hint&Tips. 地域リハビリテーション 1: 143-145, 2006