

Ⅷ. おわりに

以上寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防と改善に向けての具体的アプローチのポイントについて、多数の研究を通じての根拠を示しつつ論じてきた。

また本書で述べた基本的な考え方やプログラムは、健常高齢者の一層の健康増進、ADL・QOL向上にも役立つものであることの認識も重要である。

これらはすべてリハビリテーションの本来の理念である全人間的復権（人間らしく生きる権利の回復）の達成のために必要なことであり、リハビリテーション従事者の責任は非常に重い。

その際、リハビリテーション医療に直接関与する専門職はもとより一般医療・介護・福祉等の専門従事者による、十分な専門的知識と技術による取り組みと、相互の連携が必要である。

そして同時に本人・家族の、リハビリテーションについての正しい理解にもとづく積極的関与がなければ、個々の患者・障害のある人の最良のQOL向上は実現できず、またリハビリテーション・システムも有効には機能しない。

その意味で、この報告書がリハビリテーション関係者だけでなく、地域リハビリテーション・システムを構成する一般医療・介護・福祉・行政関係者・ボランティア、そして本人・家族、更には広く一般社会の人達によっても理解・活用されることを期待したい。

事例1：居室棟での50メートル連続歩行が可能なので歩行での居室棟生活を許可したところ、整容や排泄時に転倒したため車椅子生活に戻そうとした。しかし実用歩行訓練と立位姿勢でのADL訓練によって、歩行での居室棟生活が安全に自立し、自宅退院できた82歳右片麻痺男性。

[経過]

妻（75歳）と同居。脳梗塞による右片麻痺を生じて脳神経外科病院に救急車で入院。入院10日目に理学療法を開始し、発症70日目には理学療法室内をT字杖を用いて連続50メートルは歩行可能となっていた。しかし同居している妻は腰痛症があるので、妻だけで自宅で介護することは困難であろうと考えられ、自宅に直接退院するのではなく、もう少し状態を改善させることを目的として老人保健施設に入所となった。

入所後居室棟の移動は歩行で行ってもらうことになった。その理由は、入所直前には50メートル連続歩行が可能になっていたこと、入所前の病院の病棟に比べ、老人保健施設は廊下や洗面所・トイレなどが広いこと、歩行が不安定な人に対しても職員や入居者同士が十分に注意を払っていると思われたこと、そして居室棟の廊下での歩行を試みたところT字杖で廊下（25メートル）の往復歩行が安定して可能であり、一方洗面所までの距離は5メートル、トイレまでは10メートルと短いからであった。

しかし実際には入所後1週間の間にこの男性は洗面所に行く際に転倒しそうになったり、トイレへの歩行中に実際に転倒したりした。そのためスタッフの中からは、居室棟での歩行を許可するのはまだ早く、もっと歩行が安定するまでは車椅子生活に戻すべきだろうとの意見が出た。

そこで、なぜ転倒したのかを詳しく検討したところ、ベッドから洗面所まで洗面用具等を入れた袋を持ちながら歩く際には、袋が揺れるためにT字杖の保持が困難となって転倒しそうになることがわかった。またトイレに行く際には、尿意がでてから急いでトイレへ行くので余裕がないこと、更に健側の片手でT字杖を握りながらドアを開けるので、ドアの動きとともに姿勢が不安定になって転倒したことが明らかになった。

そこで理学療法士・作業療法士が、訓練室ではなく居室棟での歩行やADLの評価と指導を行うことになった。その結果例えば洗面用具等を入れる袋は底面が平たい小さなビニール製のトートバックに変更し、T字杖はこのバックを持って安定して歩行できるウォーカーケイン（握り手の下にある横バーの上にトートバックの底面をおくと歩行中もバックは揺れない）に変更した。そして歩行は、トイレや洗面所などの実際の場所で、ウォーカーケインの一步毎の置き方まで含めて細かな方法を指導した。また歩いていった先で整容や排泄を立位で行うことが安全に行えるような指導を

行った。これらの対応によって洗面所やトイレも含めて居室棟での歩行が、安全に実行できるようになった。

そして外泊を行って自宅近くの公園まで歩行が可能であることを確認した上で、入所 70 日目に自宅に戻った。退院後は、更に歩行範囲も拡大している。

[まとめ]

1. 「歩行が不安定であれば、車椅子の使用」と直結すべきではない。実用歩行が安全に行えるように十分に専門的対応をしているかどうかをまず検討すべき。

歩行が自立することは「寝たきり化」を予防・改善する大きな要であり、車椅子を使用するかどうかは十分に慎重に考えなければならない。

その際、歩行が不安定だからといって心身機能（旧；機能障害）レベルへの対応である基本動作としての歩行訓練やまして筋力増強訓練や麻痺の回復訓練などを行うのではなく、リハビリテーションの基本技術である活動（旧；能力障害）レベルへの直接的対応が十分であることを反省すべきである。本事例でも T 字杖をウォーカーケインに変更し、それを用いた実用歩行訓練によって安全な歩行が可能になっている。

2. 実用歩行とは、歩行と目的行為と一連のものとして捉えるべきもの。

歩行はただ歩くだけが目的なのではない。例えばトイレまでの歩行は、人の行き交う廊下をトイレまで行き、トイレのドアを開閉し、体の方向を転換して排泄し易い位置に足を置くという一連の行為である。この一連の行為ができてはじめてトイレまでの歩行が自立したといえる。なお廊下の歩行よりも、それ以降のトイレ個室の細かな歩行の方がはるかに難しいものである。

また整容時の歩行のように、目的行為のために必要な用具（洗面用具等など）を持つことも必要で、そのことへの配慮も含めた指導が重要となる。

3. 基本動作と A D L は全く異なる。

病室・居室棟で歩行評価・訓練を行っても、それが単なる廊下歩行のような基本動作であれば、それは理学療法室での基本動作評価・訓練と大差なく、実際の生活に密着したものとは言えない。本事例のように、基本動作（廊下歩行）の評価のみで「している A D L」の許可内容を定めるのは危険である。

事例 2：長下肢装具（LLB）とウォーカーケインを活用した、PT・OT による病棟 ADL 訓練と、介護歩行および立位姿勢での ADL 実施介護で、車椅子自立状態を経ずに主婦として復帰できた 74 歳右片麻痺女性。

[経過]

長男夫婦と孫（小学校 3 年生、小学校 1 年生）と同居。嫁は勤めているため、家事は患者本人が行っていた。

脳梗塞による右片麻痺を発症し、救急車で救急病院に入院した。入院時意識障害が「桁であったが発症 5 日目から理学療法としてベッド上での関節可動域訓練が開始され、意識障害が軽減しはじめたのでベッドのギャッチアップが 10 日目から開始された。16 日目から車椅子乗車を開始し、車椅子での座位時間を延長していき、20 日目に車椅子とトイレやベッドとの間のトランスファー（移乗）、また車椅子駆動の訓練が始められた。

そして長期間リハビリテーションが必要だろうと判断され、発症 25 日目にリハビリテーション専門病院へ転院した。なお転院直前には平行棒内を装具を使用せずに体を支えられながらどうにか 3メートル歩ける程度であった。

リハビリテーション病院の入院時の診察で、将来的には屋外歩行自立と診断され、すぐに病院の備品の長下肢装具（LLB）を装着しウォーカーケインを用いての病棟の洗面所までの歩行訓練が理学療法士によって開始された。同時に作業療法士によって、病棟で行なう様々な身辺ADLについての指導が開始された。その際、転院前の病院でのような車椅子座位やベッド上腰かけ座位姿勢でADLを行なうのではなく、例えば洗面や歯みがきのような整容も、長下肢装具を装着しての立位姿勢で洗面所で行われた。

これまで患者本人・家族ともにリハビリテーションとは訓練室で行うものと思い込んでいたので、このように病棟でのADL訓練が主体となることにびっくりした。

転院 10 日目には本人用の LLB が完成し、それとウォーカーケインを用いて看護婦の介護で洗面所まで歩いていくとともに立位姿勢で洗面を行うことが可能になった。そして 16 日目には立位姿勢での整容、18 日目には病棟トイレまで歩行していったの排泄が自立した。

一方、転院 14 日目にはウォーカーケインと LLB を装着しての調理台の伝い歩きの訓練を理学療法士が開始し、また作業療法士が立位姿勢での調理の訓練を開始した。本人は家事ができないとすれば、嫁への負担が大きくなるので迷惑をかけてしまうと大変心配していたが、立位姿勢での調理訓練が始まったことで、将来家事も自立するだろうと思えるようになり、心理的にも落ち着いた。その後調理以外の家事の訓練もすすめていった。

25 日目にはウォーカーケインと L L B で屋外歩行訓練を開始した。60 日目には L L B を両側金属支柱付短下肢装具に変更した。

転院 90 日目に自宅退院し、発症前と同様に家事は患者が主となって行っている。その後毎週 1 回の外来通院を 4 回行った後は、2 カ月に 1 回の外来リハビリテーション通院で、身辺 A D L の普遍化と家事・外出その他の社会参加面の向上をはかっている。

[まとめ]

1. 「歩行が不可能であれば、まず車椅子を用いて自立させる」と考えるべきではない。

予後予測にもとづいて将来歩行自立と予測された場合は、車椅子自立の段階を経る必要はない。特に高齢者ほど車椅子自立であってもその期間に廃用症候群が進行してしまうので、実生活において（すなわち「している A D L」として）車椅子自立よりも介護による歩行や立位姿勢での A D L 実施を重視すべきである。

2. 病棟での A D L 訓練の重要性。

理学療法・作業療法は訓練室で行うのが基本ではなく、本事例のように実用歩行訓練・A D L 訓練を、実際の生活の場（入院中であれば病棟）で行うのが基本である。

例えば 2000 年 4 月に新設された回復期リハビリテーション病棟は、病棟を「リハビリテーションを集中的に行なうための病棟」と規定している。

3. 身辺 A D L が自立した後に A S L などの“活動”向上訓練を開始するのではない。

患者の人生の中での優先順位によって活動（旧：能力障害）訓練プログラムの優先順位は異なってくる。身辺 A D L が自立することが、家事などの A S L（activities of social life）やその他の活動の訓練開始の前提では必ずしもない。

4. 介護を安全にできるためには「できる A D L」としての十分な対応が必要。

「している A D L」として安全に介護できるためには、「できる A D L」として理学療法士・作業療法士の十分な対応がなされていることが前提である。本事例のようなウォーカーケインと L L B を用いなければならないような高い介護技術が求められる場合はその典型例である。

事例 3：通常の立位姿勢用の洗面台使用と装具を活用した立位姿勢でのADL実施訓練で、車椅子生活から脱却できた 80 歳男性。

この事例が、車椅子用設備に全面改築予定であった病棟を、むしろ従来の洗面台やトイレ等の設備を残し、「寝たきり化」予防のために活用する契機となった。

[経過]

妻（75 歳）と二人暮らし。

脳梗塞による右片麻痺を発症。一般病院の内科病棟に入院し、発症 5 日目からベッドのギャッチアップ、15 日目から車椅子座位・介助移動が開始された。25 日目には病棟トイレまで車椅子を自力駆動して移動し、便座へのトランスファー（移乗）も自立した。

理学療法が発症 5 日目から始まり、20 日目から平行棒内歩行訓練が開始され、その後理学療法室での手離し歩行やT字杖を用いての歩行訓練が行われ、30 日目にはT字杖を用いて連続 40 メートルは歩行可能となったので、整容は病室の隣にある車椅子用洗面所まで歩行を看護婦が見守りながら行なってもらうことになった。

ところが、歯みがき中に洗面台に上体ごと倒れこんだり、床に落ちた歯ブラシをとろうとしゃがみこんで尻もちをつくことが起きた。介護するのはとても難しく危険なので車椅子生活に戻すべきではないかと意見がでた。しかし詳しく検討してみると、歯ブラシをとろうとして尻もちをついたのは、歯ブラシを洗面台におく位置を指導していなかったことや、また床に落ちることは当然予測されることであるにも関わらず、その場合にはどうすべきかを指導していなかったことが原因と考えられた。

そこで作業療法士が整容動作を立位姿勢で行う訓練を開始し、それによって立位姿勢で洗面を行おうとして前かがみになると膝が折れてしまいそうになるため体幹を前に倒れこむことで転倒するのを防いでいることや、顔を洗って歯を磨くという一連の行為を行っているとき疲労が強くなり立位姿勢を保つことが難しくなっていることが判明した。そこで車椅子用の洗面台では膝折れがしやすいために、病室から 20 メートルほど離れている通常の洗面台（下が車椅子用のように空いておらず、膝をもたれかかることができる扉があるため膝をついて支えることができる）で立位姿勢での整容訓練を開始した。

同時に杖・装具類についても再検討した結果、T字杖を用いなくても両側金属支柱付短下肢装具（SLB、本人用完成までは病院の備品を使用）を用いると、先にT字杖だけ用いていた場合よりも、立位姿勢でのADL実施も歩行もより安定することが判明した。そこでSLBを用いての病棟ADL訓練や実用歩行訓練を行ない、1週間後には歩行介護や立位姿勢でのADL実施の介護が看

護婦だけで安全に可能となり、1週間後には介護は不要となり自立した。また屋外歩行も自立し、入院 60 日目には自宅退院した。

実はこの病棟は、車椅子用トイレや車椅子用洗面台が1ヵ所にしかなかったが、最近高齢の入院患者が増加してきたので、トイレや洗面台などを全て車椅子用に変更する計画が決まっていた。しかしこの患者さんの成果をもとにして、病棟を車椅子用へ改造することは中止になった。そしてその後通常の立位姿勢用洗面台を、歩行や立位姿勢でのADL実施の早期開始に生かすようになり、また和式トイレや開きドア等も退院後の活動能力向上のための訓練の場として積極的に生かすようになった。

[まとめ]

1. 車椅子生活から脱却するためには、実用歩行の自立とともに立位姿勢でADLが実施できることが不可欠である。
2. 車椅子用設備は立位姿勢でのADL実施にはマイナスとなる。

本事例の洗面台のように、車椅子用の設備は、車椅子使用者にはよくても、逆に立位姿勢で実施する際にはむしろマイナスになることが多い。歩行やADLを立位姿勢で行うことの早期自立のためには、またそれに向けた「自立をめざす介護」を安全に行なえるためには、車椅子用でない、立位姿勢でADLが行い易い設備が有用である。

3. 装具・歩行補助具の適応は実生活での歩行やADLを向上させることを目的として決める。

装具や歩行補助具は歩行だけでなく、ADL（特に立位姿勢での実施）の自立のためにも活用すべきである。その必要性の判断は訓練室歩行や模擬的ADL動作（これはADLそのものではなく心身機能レベルの「基本動作」にすぎない）ではなく、実生活での「しているADL」能力の評価を役立てるべきである。

事例4：車椅子用に自宅改造をすすめられたが、自宅環境を具体的に想定した、伝い歩きやまたれ立位でのADL実施訓練で、自宅改造をせずに自宅退院ができた74歳男性。

[経過]

妻（72歳）と二人暮らし。妻は高血圧があり、また両膝関節症のために屋外移動時にはT字杖を使用している。

脳梗塞による左片麻痺を生じ、救急病院に入院して脳外科病棟に入院後、翌日から病室での関節可動域訓練が開始された。発症25日目から平行棒内歩行を開始し、30日目には車椅子駆動と車椅子座位での病棟内ADLは自立した。70日目に訓練室内歩行を介助して10メートル程度は可能となった。しかし、「高齢で、麻痺も重度であり左側無視もあるので歩行は自立しないだろう」、「自宅に退院したいのであれば、和式（掘りこたつ式のテーブル）の居間や寝室（布団で寝ている）、トイレ、洗面所、ドア、玄関等を車椅子で生活しやすいように改造する必要がある」、「仮に、ある程度歩けるようになったとしても、車椅子用に改造しておく方が障害物も少なくなって広くなるし歩き易い」と説明を受けた。

しかし、車椅子生活になってしまっただけでは妻との二人暮らしを続けるのは難しいのではないかと、子供たちが心配して、もう少し入院リハビリテーションができないかと考え、発症75日目に、リハビリテーション専門病院に転院することになった。するとこの病院では、入院時に持参するように指導されていた自宅の見取り図や写真を見ながらなされた入院時の診察で、屋外は少なくとも介護者と一緒であれば安全に歩行可能であるし、また自宅内も歩行で自立するので改造は必要ないと説明された。自宅は狭いが廊下やトイレは狭い方がかえって伝い歩きやまたれかかることが容易にでき、むしろまたれ立位で行なう方が安定しておこなえるなど、狭いことを不安に思っていた環境がむしろプラスに作用することも判明した。また和式トイレや立ち便器の使用、そして入浴もちゃんとADL訓練をすれば自立するといわれた。また両側金属支柱付短下肢装具およびウォーカーケインを病棟内移動のために用いることになり、入院当日から病院備品のそれらが本人に貸し出された。

そして理学療法士と作業療法士によって、病棟での実用歩行と立位姿勢でのADL実施訓練が開始された。これは前の病院が訓練室でしか訓練を行なわなかったことと対照的だったので大変驚いた。しかし看護婦と理学療法士・作業療法士とが介護方法について綿密に打ち合わせをした結果、入院翌日から「しているADL」としても介護歩行や介助による立位姿勢でのADL実施が始まった。そして訓練室では、自宅の構造を想定して配置された畳やじゅうたんの上の家具や壁の伝い歩きや、立ち上がり、和式トイレ使用、ふとんの使用など自宅生活を想定してのきめ細かい訓練を、

自宅生活を想定して装具は装着せずに行なった。

そして入院 80 日後に自宅退院した。結局全く自宅改造の必要はなく、家具や壁に退院当初は頻回にもたれたりつかまって歩行や立位ADLを行っていたが、段々とその必要も少なくなっている。その後外来リハビリテーションに月 1 回通院し、更にADLの普遍化（「どこでもおこなえるADL」とすること）や社会生活範囲を拡大させている。

[まとめ]

1. 環境改造の前に、その環境を具体的に想定したADL訓練が十分に行なわれているかどうかを考える。

本事例では自宅環境を想定したきめ細かいADL訓練を行うことによって、自宅改造を行なう必要はなくなった。

もし車椅子用に自宅改造をしていれば、それによって本人の歩けるはずの能力を車椅子レベルにとどめてしまうことにもつながる。

2. リハビリテーション開始時から患者毎に異なる退院後の生活のプログラムを組む。

本事例では転院時に自宅を想定した対応が開始されたが、本来リハビリテーション開始時から退院後の生活を考えてリハビリテーション・プログラムを個別的・個性的・具体的に組むべきである。一つひとつのADLのやり方にも多種多様な方法があり、その中でどれを目標と設定して訓練するかは、患者一人ひとりによって大きく異なるからである。

3. 伝い歩き、もたれの活用の必要性。

従来ほとんど無視されてきたが、実生活では伝い歩きやもたれを活用することが起居動作やADLの安定化に非常に効果的である。特に訓練初期こそ有効性が高いので、早期からよく指導すべきである。

事例 5：3 年前に脳卒中片麻痺を発症し、車椅子自立生活を送っていたが、(車) 椅子からの立ち上がりや平行棒内歩行も不安定になっていった。「年のせいで 仕方がない」と言われていたが、集中的な短期入院リハビリテーションをおこない、下肢装具と歩行補助具を変更した A D L 訓練で、屋外歩行までも可能となった 84 歳女性。

[経過]

夫と死別後単身生活であったが、3 年前に脳梗塞による左片麻痺を発症し、一般病院に 42 日間入院後、リハビリテーション専門病院に 6 ヶ月間入院し、車椅子生活としては自立したが、歩行は理学療法室内でだけ行われ、プラスチック製の靴べら式装具と T 字杖を用いて数メートルはどうか一人で可能な状態にとどまった。

そこで自宅での単身生活の継続は困難と判断して、病院から直接有料老人ホームへ入所した。退院時にリハビリテーション病院からそのホームへの申し送りはなかった。入所後は車椅子で施設内生活は自立し、簡単な食事の自炊もしていた。そしてほぼ毎日、平行棒内歩行をその時だけは靴べら式装具を装着して職員に見守ってもらって行っていた。

しかし入所 12 ヶ月目頃から平行棒内歩行が不安定になり、また車椅子からの立ち上がりも難しくなってきた。そこでそのホームの人たちにも相談したが、「段々と悪くなっていくのは年だし、片麻痺があるのだから仕方ないだろう」また「十分なりハビリテーションを既にうけているのだし……、これ以上やることもないだろう」といわれ、本人自身もそういうものだろうかと思っていた。

しかし、車椅子から立ち上がろうとした際に右足首を捻挫したために病院を受診したところ、これは内反尖足（足の裏が内側に向かうように反り、足先が下をむいている）のために足底がきちんと接地していなかったために生じた捻挫であるということ、また立ち上がりや歩行が難しくなっているのもこの内反尖足が進行していることが主な原因であり、そして本来ホームでの歩行は自立するはずと診断された。そのため短期間入院してリハビリテーションを行なうことになった。

そこで 3 ヶ月間入院し、両側金属支柱付短下肢装具に変更し、ウォーカーケインを用いて病棟 A D L 訓練と実用歩行訓練を行ない、屋外歩行も可能となってホームに戻った。

ホームに戻った後も歩行距離はむしろ増加している。足関節の内反尖足を予防・改善する関節可動域訓練を自己訓練として自分自身で一生続けるつもりで行なうように、また両側金属支柱付短下肢装具を一日中装着しておくことは内反尖足の進行を予防するためにも効果的だと指導された。退院後も年 1 ～ 2 回は外来受診をするように、そして状態に変化が生じた場合は早急に連絡するように指導された。ホームでのかかりつけ医には「活動度」の指導内容についての申し送りもあった。3 年前にうけたリハビリテーションは訓練室で訓練の時間帯だけしか実施されなかった。一方今回

は病棟でのADL訓練がほとんどであり、理学療法士や作業療法士も早出や遅出をして、生活の時間帯にあわせて早朝から夜間まで訓練しており、また退院後に行なうべき内容もきちんと書いて指導している。同じリハビリテーションといってもその内容に大きく差があることにびっくりした。

[まとめ]

1. 介護の必要な人にはリハビリテーションの必要はないかと考えるべき。

介護が必要ということはADLなどの活動レベルに障害があることである。

この活動レベルを向上させる専門的技術（例：ADL訓練）はまさにリハビリテーション医療の最も基本となる技術である。活動レベルが低下した際は仕方ないと思えるのではなく、ADL訓練などの活動能力向上訓練によって向上できないかを検討する。

2. 障害像の変化に対するリハビリテーションの必要性(一生にわたる専門的フォローの必要性)

一度リハビリテーションを行なっていれば、その後は必要ないということではない。障害像の変化や社会的活動範囲の拡大による新たな要望の出現などによって、新たな必要性が生じることがある。特に高齢者は加齢の影響による障害像の変化が多く、一生にわたって専門的なフォローをすることが望ましい。但しこの場合は年1～数回の頻度（電話による相談・指導を含む）を基本として、頻回の訓練という意味ではない。

3. 自己訓練の指導の徹底

脳卒中片麻痺で生じた内反尖足に対する関節可動域訓練はほぼ一生継続しなければ、拘縮・変形は進行してしまうものであり、それによって本事例のように歩行や立ち上がりも困難になる。

このような方法・手技は本人（不可能な場合は家族）で十分に安全な方法を自己訓練（本人が自分の判断で自由に行なう自主訓練ではなく、きちんとした指導のもとに行うもの）として指導して毎日頻回に行なう方が、治療者が限られた機会だけに行なうよりも効果的である。そのため退院後も確実に実行できるように、その方法を入院中から指導しておくことが不可欠である。

このような自己訓練で可能な内容は、外来リハビリテーションや訪問リハビリテーションにおいても同様に、本人・家族に指導して毎日行なってもらうことが基本であり、治療者が行なうこと（回数はどうしても少なくなる）が基本なのではない。

事例 6：平常時に「活動度」の指導を受けていたことと、早期の一般医療とリハビリテーションの連携において、疾患治療のための入院による安静を契機とする廃用症候群を改善するための適切な対応がなされ、寝たきり化を予防することができた 80 歳女性。

[経過]

60 歳頃から高血圧の管理を近くの内科医で受けていたが、最近 1 年間は毎回の受診毎に「活動度」の指導がなされるようになっていた。特に風邪や捻挫をおこした際には「病気だからとにかく安静」ということではなく、どの程度安静をとるべきであるかと同時にむしろどの程度は活動をするべきかについて細かく指導を受けていた。特に一時期安静をとった後には意識して積極的に生活の活動性を向上させることを指導されていた。

「活動度」の指導を受け始めた当初は、かなりびっくりした。なぜなら本人や家族ともに「病気であれば安静である」と思っており、特に高齢の場合は無理をしないで安静をとるのが当然だと思ってきていたからである。更には医師から積極的に動くことをこと細かに指導をされることも、意外な気がしていた。しかしとにかく廃用症候群の重要性と、生活全般の活動性の重要性はわかるようになっていた。実際に風邪の後などは意識的に動くようにすることで体力全体の回復がよいことを実感していた。

そのような経過の中で、娘の家に遊びに行っていた時に、突然腹痛や下痢・発熱が出現し、大腸炎と診断されて入院し、2 週間ほど点滴を受けた。入院 10 日目から食事時にはベッドをギャッチアップするようになったが、20 分後には腰が痛くなってしまうのでそれ以上はやめてしまい、日中はほとんど臥床していた。

入院 20 日目に、「大腸炎は治ったので退院するように」と言われた。しかし伝い歩きでトイレへ行く程度にまで ADL は低下していたため、発症前と同様に歩行できるようにリハビリテーションをやる必要はないかと相談したところ、「高齢者で、ベッドをギャッチアップして食事をしただけでも疲れてしまう位に弱った状態では、リハビリテーションの訓練には耐えられないだろう」また「体力が落ちている状態であり、脳卒中で麻痺がおきたようなリハビリテーションを行わなければならないような病気ではない（だからリハビリテーションを行わなくてもよい）」といわれた。

そこで、かかりつけ医からはこれまで「活動度」が低下したらすぐに相談するようにとの指導を受けていたので、電話で相談したところ、娘の家の近くのリハビリテーション病院を紹介してくれた。そして大腸炎の治療のための安静による廃用症候群と診断されて入院し、体力が低下しているので少量頻回訓練として実用歩行や ADL 訓練を行ない、また椅子座位の時間の延長、日中の臥床時間の短縮などのプログラムを進めていった。

それによって転入院 3 週間後には、病院内歩行は自立し、屋外歩行も夫と二人で行なえば安全であることが確認できた。4 週間後には娘宅に退院して、入浴も含め安全なことが確認できた。

退院 10 日目に自宅に帰り、その後はかかりつけ医での「活動度」の指導で日中は横になることもなく、生活活動性は大腸炎の発症前に戻った。

[まとめ]

1. 日常診療時における「活動度」の指導は、生活全般の活動性の重要性についての指導となる。

一般に「病気だと安静」と考えられがちである。日常の診療時に活動度を通して活動性向上の重要性について指導を受けていると、必要に迫られて安静をとった後には積極的に活動性を向上させる必要があることと、安静後のADL低下が改善可能であることの認識が高まる。それによって寝たきり化予防にむけた適切な指導が一般医療機関で早期になされることになる。またその指導には、本事例におけるように、リハビリテーションとのよい連携がとられることも含まれる。

2. 麻痺や運動器の病気がなくても、ADLが低下したら必ずリハビリテーションの必要性を考える。

本事例は疾患治療のための安静を契機として起こった廃用症候群によってADLが低下した状態である。ADLの低下は廃用症候群の悪循環を促進させ、寝たきり化へとすすむ。このような場合ADL訓練による生活全般の活動性の向上で、廃用症候群を改善させることが必要である。

リハビリテーションの対象は脳卒中や骨折の後などのように急に麻痺や機能低下が生じた場合がほとんどだと思われる。しかし、特に高齢者や障害者のある人の場合には、リハビリテーションの対象として廃用症候群を見落とさないことが重要である。

3. 病気の治療上必要な安静の場合でも、その後には廃用症候群の回復を必ずはかる。

病気の治療上どうしても安静をとる必要がある場合は当然ある。しかしその後に寝たきり（に近い状態）になった場合でも「年寄りだから（寝たきりになるのは）仕方ない」とか「命が助かっただけでも有り難いのであって、寝たきりになるのは仕方ない」と考えてはいけない。これは廃用症候群の悪循環に陥っている場合がほとんどであり、きめ細かな注意と働きかけによる活動性の向上によって悪循環を良循環に転換することで回復させることができる。