

回復期リハビリテーション病棟に入院した 重症患者に対する生活行動回復看護の効果

かがわ総合リハビリテーション病院 看護・療育部 南2病棟
看護師 大林 善美、秋友 ミカ

キーワード：回復期リハビリテーション病棟、生活行動回復看護、重症患者

要 旨

回復期リハビリテーション病棟へ入院する重症患者はベッド臥床のまま時間が経過することが多い。結果、ADLが向上するまでに時間を要し退院時期を迎える患者もいる。そこで今回、重症患者3名に対して生活行動回復看護を取り入れ早期離床を図りその効果を検証した。3名とも表情の変化やADLの向上が見られ悪化するものはいなかった。早期から継続した介入の必要性が明らかとなったが、継続期間や退院後の継続方法に課題が残った。

1. はじめに

医療機能の細分化により急性期病院は医療ニーズの高い患者が集中しており、在院日数の短縮されている。それに伴い回復期リハビリテーション病棟（以下回リハ病棟）への転院時期は早まっている傾向がある。そのため、原疾患や合併症のコントロールが不十分であり、リハビリテーション（以下リハビリと略す）がスムーズに進まず急性期病院へ転院する患者が15%と報告されている¹⁾。しかし、このような重症者に対して生活行動回復看護（以下NICDと略す）を取り入れ、早期離床を図ることでADLの向上が見られた²⁾という報告がある。

当院回リハ病棟へ入院する重症者もバイタルサインが安定しないことや体力低下によりリハビリが十分行えない状況がある。また、重症者に対し看護師は体調管理や身の回りの世話に時間を割くことがほとんどであり、離床を促す行動がとれていない。そのためリハビリテーション療法士（以下療法士と略す）が患者を車椅子に乗車させるまでほとんどベッド臥床のまま時間が経過することが多い。結果、ADLが向上するまでに時間を要し、退院時期を迎える患者もいる。

NICDを取り入れた研究は、急性期病棟³⁾、慢性期病棟⁴⁾や在宅⁵⁾での効果を検証したものであり回

リハ病棟での研究は見当たらなかった。

そこで、回リハ病棟に入院中の患者のうち日常生活機能評価が10点以上で座位がとれず、2人以上の移乗介助が必要でありなおかつコミュニケーション障害のある重症者3名に対してNICDを取り入れた。患者の変化を追い、その効果を検証したので報告する。

2. 用語の定義

(1) 日常生活機能評価 「重症度、医療・看護必要度」の日常生活機能を示すB項目を参考に回復期で独自に作成された。総得点は0～19点で得点が高いほど自立度が低くなる。

(2) 重症者

日常生活機能評価が10点以上の患者である。

(3) 生活行動回復看護 (NICD)

活動するために必要な体力を調整する技術、筋肉の萎縮や関節拘縮を解放する技術、身体内外の感覚刺激を統合するための脳神経の再学習を基盤として、生活行動の再獲得を促す技術の3つのコアからなる看護である。

3. 研究方法

(1)研究デザイン：事例研究（カルテより情報収集）

(2)研究参加者：令和2年2月～5月までの入院患者で、入院時日常生活機能評価10点以上の担送患者でコミュニケーション障害があり家族の同意を得られた者3名

(3)研究対象研究期間：令和2年2月～11月

(4)データ収集方法：研究参加者の入院期間中のカルテと画像・動画からデータを収集する。

(5)倫理的配慮：研究参加者である患者・家族に口頭及び書面にて研究の目的、研究の参加不参加に関わらず不利益が生じないこと、途中での中断も可能であること、プライバシーの保護について説明した。なお開示すべき利益相反関係にある企業はない。また、A病院倫理委員会の承諾を得た。(No20007)

4. 事例紹介と実践

(1)実施方法：実践者はNICD認定看護師の協力を得て、情報収集・アセスメント・NICDプログラムを各患者に計画し実践した。看護計画にNICDプログラムを組み込み、平均1週間に3～4日実施。患者の基本情報・実施したプログラムはそれぞれ以下の通りである。

(2)事例紹介と実施プログラム

①患者A氏、60代女性。2020年1月4日昏睡状態で発見、救急搬送され右視床出血と診断された。左上下肢麻痺、高次脳機能障害、右股関節症（幼少期より）があった。

入院時の状況は視線を合わせることが難しく、声かけに対して反応は曖昧であった。声のする方に顔を向けるが毎回ではなく、わずかな発声はあるが明らかな発語はなかった。ADLは全介助で経管栄養食であった。ベッド上寝たきり状態であり右股関節症のため右下肢完全伸展位はとれず、左右脚長差があった。

プログラムは背面開放座位10分、麻痺側と右股関節への微振動、ムーブメントであり3～4日/週実施した。

介入期間は入院57日目～入院125日目まで。(入院150日目で退院。)目標は座位バランスの安定、経口摂取ができ会話可能とした。日常生活機能評価は入院時17点、介入時15点、退院時6点であっ

た。遷延性意識障害度スコアは入院時64点(重症例)、入院57日目(介入時)47点(中等症例)、介入終了時5点(脱却例)であった。

②患者B氏、70代男性。右大腿骨転子部骨折手術後のアテローム血栓性脳梗塞と診断された。経過中、左内頸動脈狭窄で手術実施していた。

入院時の状況は右上下肢麻痺であり、声かけに視線を合わせることが出来る。発語無いが頷く動作がある。臀部のおむつかぶれが重度であり臀部と麻痺側の痛みから全身筋緊張亢進していた。経管栄養食であり、ADLは全介助でベッド上寝たきり状態であった。

プログラムは入院時より側臥位での麻痺側微振動、臀部おむつかぶれ治癒後に背面開放座位、ムーブメントを3～4日/週実施した。

介入期間は入院1日目～138日目まで。(入院138日目で退院。)目標は座位バランス安定、経口摂取、単語レベルの発語でコミュニケーションが図れるとした。日常生活機能評価は入院時17点、退院時7点であった。遷延性意識障害度スコアは入院時60点(重症例)、退院時14点(脱却例)であった。

③患者C氏、40代女性。2020年7月4日意識消失し前交通動脈瘤破裂、くも膜下出血と診断された。詳細不明であるが幼少期に開頭手術を行っている。既往歴はなかった。

入院時の状況は声かけに反応なく傾眠傾向であった。股関節、足関節は伸展位で拘縮あり、上肢は屈曲位で拘縮があった。頸部過緊張で左右前後の動きはなく他動でも動きはなかった。経管栄養食でADL全介助でベッド上寝たきり状態であった。

プログラムは入院時よりムーブメント、微振動、入院38日目より背面開放座位、入院45日目より肩甲骨首位へのマッサージを3～4日/週実施した。

介入期間は入院1日目～退院まで(入院93日目に転医。11日後再入院。再入院52日目退院)日常生活機能評価は入院時17点、退院時16点であった。遷延性意識障害度スコアは入院時70点(最重症例)退院時58点(重症例)であった。

5. 結果

(1)A氏について食事、会話、排泄、移乗に特に変化があったため、それらについて結果を述べる。

食事は介入時3食経管栄養食であり療法士が水飲み訓練を実施していた。介入1～7日目は座位バランス不安定でリクライニング型車椅子使用し、療法士の全介助で昼食のみ経口摂取を行っていた。形態は舌で潰せる硬さのゼリー状のものであった。7日目には座位保持が安定し始め、リクライニング車椅子を90度にし摂取できたが、全介助で1日2食看護師介助で摂取となった。14日目に座位バランス安定したため、スタンダード車椅子へ変更し自己摂取を開始し3食経口摂取となった。残歯3本ともぐらつきあったが、義歯作成を希望しなかったため食形態は軟菜食と粥食となった。

会話は介入時「はい」、「いいえ」と挨拶程度の単語発声可能で声量はささやく程度であった。座位バランスの安定に伴い声量アップし介入から20日目頃には普通の会話程度の声量となり単語から文章へと変化した。その後離れた場所からでも人を呼ぶことができる声量となり、敬語を使用するようになった。

排泄は介入前便秘のため浣腸と排便を1回/3日行っていた。排泄は全てオムツ内で、排泄後交換依頼もなかった。介入開始翌日に便意を訴えたがトイレに座ると便意消失した。介入1日目よりムーブメント実施後トイレに座ることを計画に追加し3日目よりトイレでの排便が成功した。125日目の介入終了後も自然な便意が見られトイレでの排便が可能となった。排尿は介入5日目よりセラピストと協力し、リハビリ時間と午前午後に各1回ずつトイレ誘導を開始した。毎日トイレ誘導を行い、15日目頃には尿意がはっきり分かるようになり、25日目には誘導なく自分で排尿介助を依頼することができた。

移乗は介入開始時、健側に股関節症があり立位がとれなかったため、ベッド移乗はスライドボードを使用し2名で実施し、トイレ移乗は未経験であった。1日目座位不安定でリクライニング型車椅子使用し、ベッドサイド移乗は2名介助でスライドボード使用、トイレ移乗は3名で実施した。14日目に座位安定し

食事以外はスタンダード車椅子で過ごすことができるようになった。ベッドサイドはスライドボードを使用せず1名で移乗介助可能となった。セラピストと相談し、トイレ移乗の介助方法を検討しスタッフ全員に介助方法を見学してもらい2名で介助実施となった。立位練習を看護計画に追加し21日目には手すりにもたれる姿勢で立位がとれるようになり、1名介助でトイレ移乗できるようになった。

ベッド柵を持って20秒ほどの立位が可能となり、自宅環境に合わせてポータブルトイレを使用することになり介護指導時に夫の介助でポータブルトイレを使用できるようになった。

(2)B氏について座位能力、ベッド上動作、表情・発語に変化がみられたためそれらについて結果を述べる。

座位能力は入院当日より介入したが重度のおむつかぶれにより座位を取ることが出来なかった。微振動を実施し、排便コントロールと排便毎(3～5回/日)の処置を行い、便の状態が改善・悪化を繰り返した。50日目より便の状態安定、おむつかぶれ改善し背面開放座位開始。健側でベッド柵支持するが、バランスが取れず健側を突っ張り介助なしでは座位が取れなかった。70日目に健側の突っ張りが徐々に取り、自分でベッド柵を支持し20秒程度座位が取れた。85日目にはベッド柵から手を離し20秒ほど座位が取れるようになった。100日目には端座位で支持物なく自分で髭剃りが可能となった。

ベッド上動作は入院時ベッド上では自力体動なく、殿部の痛みのため全身緊張亢進状態であった。おむつかぶれが改善するまで左右側臥位限定で3時間毎の体位変換を実施していたが、協力動作は見られなかった。21日目より左手で右側のベッド柵をつかんで自力で右側臥位が取れるようになった。70日目左手で左側のベッド柵をつかみベッドの右側に体を寄せ、左側臥位が自力で可能となった。85日目自力で起居動作可能となった。

表情・発語は入院時声かけに視線を合わせるが発声なく、呼吸は荒く常に険しい表情であった。ジェスチャーでの返答も見られなかった。15日目呼吸安静傾向で、頷き反応あるが、正確性なし。30日目健

側の手を振り拒否を示すジェスチャーが見られたが発声はなかった。表情は陰しさが軽減した。50日目音声はないが口を動かし単語を述べ、声かけに笑顔が見られるようになった。健側でのジェスチャーはパターンが増え、指さしやオッケーサインなどが見られた。70日目かすれたような声でささやくような音量であるが、単語で発声有り冗談を言い笑うことが増えた。

(3)C氏について反応・表情、体調面に変化があったため、それらについて結果を述べる。

反応・表情は入院時声かけに反応なく傾眠傾向であり、NICDプログラム実施中に好きな音楽を流すが反応なかった。35日目開眼する時間が増え、タイミングが合えば声かけで開眼できるようになった。

50日目声の方向を見ようとする動作があり視線が合い、時々笑うような表情あった。口腔ケア時開口の指示に従い協力動作が見られた。56日目スピーチバルブへ変更。63日目に2~3回発声で「おはよう」

「寒くない」など声かけに対する返答が確認できた。声かけすると声の方向に顔を向け、視線を合わせる回数が増えた。覚醒時は冗談に対し笑う表情が見られた。口腔ケア時はブラシを一緒に握り口に持って行くと磨く動作が見られた。93日目にVFで転医。再入院時傾眠傾向であったが、再入院20日目徐々に覚醒時間増加した。声かけに笑う表情、視線を合わすようになるが、発声する様子なし。再入院50日目スピーチバルブ再開するが、発声確認なく、声かけに対する開眼、笑うような表情は見られていた。再入院より52日目退院となる。

体調面は入院日より発作性交感神経過活動（以下PSH）症状みられたが5日目よりPSH症状は血圧上昇のみとなり、42日目より血圧安定し、1回/1~2週程度顔面紅潮が見られた。入院時喀痰多く、2時間おきの吸引が必要であったが、21日目痰の量減少し、42日目には痰の喀出なく、気管カニューレカフなしへ変更できた。56日目喀痰なく吸引未実施のまま経過し、スピーチバルブへ変更できた。85日目喀痰なく、閉塞用の赤キャップ24時間装着可能となった。93日目発熱・喀痰増加・嘔吐・心電図VF出現し転医。再入院後喀痰落ち着いていたが、再入院

21日目再度喀痰増加した。50日喀痰量落ち付き吸引実施2回/日、2時間/日スピーチバルブへ変更出来た。再入院52日目で退院となった。

6. 考察

回りハ病棟ではじめに介入したA氏は介入翌日より便意に変化があった。看護師がNICDプログラムを組み介入を始める以外は変更していないため、このプログラムによる変化と考えられる。

またA氏・B氏の2名は、背面開放座位開始2~3週間で座位バランスに変化が見られている。介入開始時は、2名とも座位バランスが不安定であり、体に力が入り突っ張る姿勢が見られていた。これは脳卒中後の後遺症である片麻痺の為健側だけで体幹バランスをとろうと身体に力が入り、余計にバランスを崩していたことが推測される。患者の力の入り方に合わせて支え方を変え、端座位姿勢を繰り返し支援することで患者の身体に起こるバランス感覚の再獲得へと繋がったのではないかと考える。また、C氏は座位姿勢を他動的にとるようになり表情の変化が見られ、傾眠傾向から脱却した。このような変化は、リハビリ以外にベッド臥床していた患者を看護師が早期から離床させることで起こった効果だと考える。

日常生活動作は座位姿勢に付随するものが多い。微振動やムーブメントで関節の動きを他動的に行い関節拘縮や筋萎縮から開放したことで座位姿勢がとれ、座位バランスが安定したことが食事や排泄面での変化につながったと考える。大久保⁶⁾は背面開放座位が交感神経活動を上昇させることを明らかにしている。また、リハビリをセラピストだけに任せるのではなく、ベッドサイドの看護ケアに繰り返しリハビリを取り入れることが重要である。その一つが背面開放座位であり、廃用症候群の予防エビデンスがある。入院早期から看護師主体で背面開放座位やムーブメントを継続して行い早期離床させることで生活に必要な自律神経のバランスが整い、意識レベルや表情、食事や排泄・整容動作での変化に繋がったと推測する。

また、3名とも生活動作や反応は向上へと変化し、悪化するものはいなかった。

C氏については途中で転医したが、再入院時傾眠傾向となっており、反応も少なくなっていた。これは NICD プログラムの中断での変化と推測できる。NICD プログラム再開により反応や覚醒時間の延長が見られており、NICD プログラムの介入による効果と言える。しかし、中断することで状態の退行が見られたことはこの介入をいつまで行うのか、退院後どのように継続していくのか課題が残った。

7. 結論

回復期リハビリテーション病棟に入院した日常生活機能評価 10 点以上の重症例に対し、NICD プログラムを継続して実施し、看護師が早期から離床に介入した経過を分析した結果、以下のことが明らかになった。

(1) リハビリ以外の時間を寝たきりにせず早期離床を促す事は生活動作の獲得につながる。

(2) NICD プロジェクトを継続して行うことで、意識障害の患者にも表情変化が見られる。

(3) NICD プロジェクトを継続して行うことで、患者によって獲得できる動作は違うが、状態の悪化はなかった。

(4) プログラムの継続期間や退院後の継続方法に課題がある。

【出典先】

令和 3 年度かがわ総合リハビリテーションセンター研究年報

【引用文献】

- 1) 角田賢：回復期リハ病棟の患者さんって？，リハビリナース第 13 巻 3 号,P16-20, 2020.
- 2) 紙屋克子,林裕子,日高紀久江他：意識障害・寝たきり〔廃用症候群〕患者への生活行動回復看護技術 (NICD) 教本,メディカ出版,2015.
- 3) 田村秀明,菅野祥子,渡部亜裕美,他：脳卒中患者における背面解放座位と経口摂取が機能的自立度に与える効果, 仙台医療センター医学雑誌, Vol. 1,P50-54, 2011.
- 4) 大久保暢子,野島厚子,林輝子,他：慢性期意識

障害患者の背面解放座位に関する適応基準分析, 聖路加看護大学紀要 No.34,P46-54, 2008.

5) 田高悦子・金川克子・立浦紀代子：在宅寝たきり高齢者の ADL 低下予防のためのケアプログラムの効果に関する研究—1 年半後の転帰と ADL 推移—, 日本地域看護学会誌 Vol3, No .1, P52-58, 2001.

6) 大久保暢子：患者の姿勢から回復を促す—背面開放座位のエビデンス—, MB Med Reha, No.201, 12-19, 2016.