

# 入院前より歩行困難であった糖尿病と高度肥満を併存する化膿性脊椎炎 患者の退院支援 ～歩行可能となり自宅退院した事例～

中野 佳菜<sup>1)</sup>

1) 阪南中央病院 リハビリテーション科

**キーワード：**化膿性脊椎炎・退院支援・多職種連携

## はじめに

入院前より歩行困難であった化膿性脊椎炎を呈した患者が、室内歩行器歩行が可能となり自宅へ退院したケースの理学療法を担当した。この患者への退院支援では、他職種や行政の方、他施設の方とも連携を取る必要があり、その過程の中で改めて理学療法士の専門性の大切さを再認識することができた。このケースの振り返りを行うことで、理学療法士としての適切な退院支援についての学びを深めることができたので報告する。

## 方法

診療記録などから必要な箇所を抜粋し、且つ経験を振り返り、経時的にまとめた。匿名とすることで個人が特定されないようにした。

## 理学療法経過

化膿性脊椎炎にて整形外科入院となった翌日から理学療法開始指示があった。併存症として糖尿病と高度肥満などがあり、初回評価時は体動時の疼痛が強く、体位変換も困難だったが、両膝 OA 所見があり、両前腕、両膝皮膚の硬化が認められたことから、四つ這い位での移動習慣があったことが疑われた。詳しく入院前 ADL や生活背景を聴取したところ、50 歳代、ひとり暮らしで、経済力、家屋環境、ADL 能力などから、退院に難渋することが予測できた。院内の退院調整カンファレンスにて問題提起を行い、早期に担当の MSW が決定した。

入院 12 日目より座位練習が可能となり、身体機能の評価から、ポータブルトイレと介護ベッドを使用すれば自宅退院が可能になると予後予測を行った。自宅退院に向けて MSW が活用出来る社会資源を行政の担当者と調整していくこととなり、介護保険と障害者福祉を両用することになった。

筋力強化と ADL 練習を中心に理学療法を実施し、34 日目より移乗練習を開始した。同一病院内で一般病棟から地域包

括ケア病棟への転棟を経ているが、同一理学療法士が継続してリハビリテーションを担当し、63 日目より歩行練習を開始している。階段昇降練習も実施し、退院カンファレンスや自宅訪問において、必要なサービス、介護用品、住宅改修への助言を行い、入院 118 日目に室内歩行器歩行レベルにて自宅退院された。退院後は訪問リハビリに意欲的に取り込まれ、排泄動作は歩行器歩行にて自立している。

## 理学療法経緯

理学療法実施においては、高度肥満で、DM コントロール不良であり、筋活動の少なさに伴い、筋の持久性やコンディションが極度に低下しており、座位で行える軽度な運動を実施し、「身体を動かすことの快適さ」を感じられるように心掛けた。また、自宅退院を長期目標に据えた上で、排泄動作のレベルが少しでも改善することを disability レベルの短期目標としながら理学療法を実施した。患者自身が設定する長期目標は、応用的な動作を含めて自立した生活であったが、入院期間内では獲得困難な動作については、退院までには困難な旨説明した上で、社会的資源の活用を勧めた。

理学療法実施時の会話の中で、減量したいという思いに対しては、急激な減量は身体に危険があることなど、体重の増減について正しい知識を伝えた。入院前は床上でバケツを用いた排泄をしていた事実があり、機会を見ては「人間らしい生活を送れるようになって欲しい」という理学療法士の思いをはっきりと伝えた。そして、落ち込みが強いときには無理に理学療法を実施せず、話を傾聴したり、休みとしたりする対応を取った。

## 理学療法研究としての意義

退院支援に必要な理学療法士の専門性として、本症例では理学療法介入時に、四つ這い移動の習慣化が見いだされ、早期からの多職種による退院支援の介入につなげることができた。理学療法士の初期評価、情報収集が、退院支援を密に必

要とする患者の早期スクリーニングにつながる。本症例で自宅退院可能であると早期に予測したが、適切な予後予測は退院支援のプランニングに必要不可欠である。また、本症例の入院前 ADL は歩行困難であったが、生活歴や年齢、筋力、麻痺の有無などの身体機能を考慮した上で、歩行の再獲得を長期目標に据えた。達成可能な理学療法目標を適切に設定することの重要性が再認識できた。

本症例が妥当的な入院期間を経て自宅退院するためには、身体機能の改善だけではなく、福祉用具と住宅改修が必要であった。社会資源を用いてそれらを利用するために介護保険の申請や身体障害者手帳の利用環境を整える必要があり、MSW が支援に携わった結果、行政などと連携を取り、自宅退院後の生活環境を整えることができた。また、地域包括ケア病棟を活用することで、多くの職種が一貫した退院支援を行うことができた。多職種連携の退院支援が本症例の自宅退院に深く貢献した。

## 考 察

これからも進む高齢化社会において単身や高齢夫婦で生活を送っていた人が、病的イベントを契機に地域生活の継続が困難になるケースが増えてくることが危惧される。厚生労働省が構築を推進している地域包括ケアシステムにおいては、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続くことを支援する体制が取られようとしている。地域の病院の理学療法士は、適切な目標とアプローチ方法を立案し、妥当性のある予後予測を行い、他職種と共同して退院支援を行うことで、病院と地域を繋ぐ懸け橋となる必要があると考える。