

# 回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群患者調査 結果報告

回復期リハビリテーション委員会  
委員長 橋本康子  
調査担当委員 木下祐介

## 【はじめに】

安静にしている間に身体機能や精神機能が低下した結果、筋力低下、関節拘縮、心肺機能低下など様々な症状が現れる事がある。こうした廃用症候群はしばしば急性期病院での入院中などに生じ、我々回復期リハビリテーション病棟で治療を行っている。

今回、回復期リハビリテーション病棟の対象疾患として3番目に多い廃用症候群に注目して調査を行った。短い調査期間にもかかわらず、71病院から578名の患者データが集まった。調査の結果に考察を加え報告する。

## 【調査対象】

日本慢性期医療協会に所属する病院のうち回復期リハビリテーション病棟を有する病院。

## 【調査内容】

病棟調査：算定内容、回復期リハビリテーション病棟の病床数、原因疾患

廃用症候群患者調査：年齢、廃用症候群の発症した場所、廃用症候群の原因、リハビリテーションに影響を与える既往症、入院時ADL、入院時の認知機能

## 【調査日】

平成20年10月20日現在の状況

## 【病棟調査】

回答病院のうち73.9%(51病院)が入院基本料1を算定、重症加算も合わせて算定している病院が49.3%(34病院)であった。病院あたりの回復期リハビリテーション病棟の病床数は平均59.6床であった。

回復期リハビリテーション病棟入院患者の内訳は脳血管疾患が56.3%(2062人)、整形外科疾患24.2%(886名)、廃用症候群は16.1%(589名)であった。

## 【患者調査】

### 1. 患者の年齢

廃用症候群の患者の平均年齢は78.7歳であった。

### 2. 廃用症候群を発症した場所

廃用症候群の発症した場所のうち主なものは、急性期病院が58.7%(334名)、自宅が20.4%(116名)、慢性期病院が9.5%(54名)であった。回復期リハビリテーション病棟で廃用症候群を発症した患者は0.7%(4名)であった。

### 3．廃用症候群をもたらすに至った要因

感染症が廃用症候群の原因となっている患者が 49.7%(286 名)であった。内訳は呼吸器感染症が最も多く 35.7%(205 名)であった。次いで手術後の廃用が 18.1% (104 名)であった。

### 4．リハビリテーションに影響を与える既往症

脳血管疾患による影響がある患者が 40.3%(227 名)と最多であり、次いで認知症が 25.0%(141 名)であった。慢性心不全、骨関節疾患、低栄養等リハビリテーションを阻害する因子を有する患者が多いことが分かった。

### 5．入院時の ADL

Functional Independence Measure(FIM)の平均値 57.7、Barthel Index(BI)の平均値 30 点、日常生活機能評価の平均値 8.9 と、何れの指標でも患者の平均像は ADL 全般に介助が必要な状態であった。

### 7．入院時の認知機能

入院時、改訂長谷川式簡易認知機能評価スケール(HDS-R)の平均値 14.6 点、Mini-Mental State Examination(MMSE)の平均値 18.1 点と、日常生活の判断が自立するには困難と思われる数値であった。

## 【考察】

回復期リハビリテーション病棟の入院患者の内 8 割は脳血管疾患と整形外科疾患の患者である。しかし対象患者の 16%、すなわち 6 人に 1 人は廃用症候群であることも忘れてはならない。

今回の調査でまず明らかになったことは、廃用症候群の患者の平均年齢は 78.7 歳と高齢で、患者の 6 割が急性期病院で発症している事実である。

このことから、廃用症候群になるリスクの高い高齢者を治療する急性期医療の現場では、疾患の治療には安静が必要な場合もあるが、安静の結果生じる廃用症候群の予防対策に真剣に取り組む必要があると考える。

しかし、入院期間がますます短くなる中、リハビリテーション資源の乏しい急性期病院のみに責任を押し付けるのは短慮であろう。回復期リハビリテーション病棟でも急性期との連携を更に強化し、急性期病院で生じた廃用症候群が重症化しないよう早期に受け入れる必要がある。

更に、急性期病院での治療が完全に終了するのを待つのではなく、ある程度病状が改善した段階で転院を受け入れ、回復期リハビリテーション病棟での集中リハビリテーションを提供しながら、原因疾患の治療に当たることを考えても良いのではないだろうか。

また、自宅で発症している患者が 2 割存在することにも注目しなければならない。自宅や施設等で廃用症候群の原因となる疾患を発症した患者を、直接回復期リハビリテーション病棟で受け入れ、原因疾患の治療とリハビリテーションを同時に平行して行うなど、在宅支援の機能を強化することも回復期リハビリテーション病棟の役割と出来ないだろうか。

4 名の患者が、回復期リハビリテーション病棟で廃用症候群を発症していた。これは廃用症候群が主病名となっている患者が 4 名と言う意味であり、その他の患者にも廃用が生じている可能性は否定できないことにも注目すべきである。廃用症候群はあらゆる場所で生じ得るのである。

廃用症候群の原因疾患の約半数が感染症であり手術後の患者が約 2 割であった。またリハビリテ

ーションの障害となる多くの既往症を有していた。原因疾患の治療や術後管理、既往症の悪化予防や2次の合併症の予防、更に再発時の治療を含めて、廃用症候群の治療にあたる回復期リハビリテーション病棟での医学的管理は重要である。

廃用症候群の原因として最も多い肺炎を例に考える。嚥下機能障害を基礎疾患として有している患者に、肺炎の治療だけを行っても再発を繰り返すなど、治療期間が長くなり更に廃用症候群が悪化する可能性がある。こうした場合、肺炎の治療と嚥下機能障害を含めたリハビリテーションを実施すれば、より効果的な治療が行えるのではないだろうか。

廃用症候群の患者はADL全般に介助が必要な状態である事が明らかになった。自力で離床して日常生活を送ることの出来ない患者に対して、適切なケアとリハビリテーションが提供されなければ、容易に寝たきり状態となってしまう。ADLの低下した患者に対しては、適切なケアとリハビリテーションの介入により、廃用の予防と進行防止に努める必要がある。

患者の認知機能低下も重要な問題である。リハビリテーションに影響を与える既往症として認知症が4分の1の患者に挙げられていた。認知症高齢者の日常生活自立度では、「正常・自立・認知症なし」と判断されている患者は4.0%(16名)しかなく、殆どの患者は認知機能の低下を伴っていることが明らかになった。独り暮らしが困難とされるランク以上の患者が75.8%(300名)、日常生活を自立して行うことが困難な行動障害のあるランク以上の患者が45.7%(181名)であった。

認知症を合併しているため十分な治療が出来ないという話を耳にすることがある。しかし、廃用症候群の患者のうち認知機能が低下していない患者はほとんど存在しない。回復期リハビリテーション病棟では、認知症などの認知機能の低下した患者の治療およびケア、リハビリテーションに積極的に取り組み、治療効果を高める必要があると考える。

## 【まとめ】

今回のアンケート結果に現れているように、回復期リハビリテーション病棟に入院している廃用症候群患者の多くは高齢で、慢性の基礎疾患を有している。更にほとんど全ての患者が認知機能に何らかの問題を抱えている。廃用症候群の患者は、あらゆる意味でリスクの高い患者群であることを理解しなければならない。

こうした特長を有する患者に、単純に主たる疾患の治療だけを行い、合併症の無い患者と同じリハビリテーションやケアを提供するだけで十分と言えるだろうか。

脳血管疾患や運動器疾患に対するリハビリテーションは、クリニカルパスに代表される標準的治療が確立されつつある。一方廃用症候群の予防やリハビリテーションについてはどうだろうか。我々慢性期医療にかかわる医療従事者は、廃用症候群に更に積極的に向き合う必要があると考える。