

昨年9月に転院した回復期のリハビリテーション病院は平成27年3月にオープンしたばかりで、これまで外来の整形外科から入院した患者に急性期及び亜急性期のリハビリテーションを施していた経緯があります。

脳卒中後の患者に回復期リハビリテーションを開始したのは平成27年3月からであったことから、脳卒中後の患者の割合は大変低く、患者の多くは骨折などの整形外科疾患や手術後に回復期のリハビリテーションを求めるものでした。

回復期のリハビリテーション病院に入院する期間の上限は骨折などの整形外科疾患や手術後の患者が2～3か月、脳卒中後の患者が5～6か月と前者が後者より相当短期間です。

リハビリテーションは1か月ごとに策定される『リハビリテーション総合実施計画書』に基づいて実施されますが、そこには入院期間とゴールが設定された『治療方針』と1か月後の目標と理学療法・作業療法・言語聴覚訓練・看護等部門別の目標が記載されています。

そして、理学療法・作業療法・言語聴覚訓練はリハビリテーション室で一人一人に対して行われます。

また、患者はリハビリテーション室におけるリハビリテーションに加えて、起床から就寝まで病棟や病室で日常の生活を営みます。

そこで、ここでは病棟や病室で営まれる日常生活の実際から回復期リハビリテーション病院における日常生活の意義と成果について考察します。

## 1. 日常生活の実際

### 1-1 立位と移譲

病気になって寝ている期間が長いことによって筋肉や関節などが萎縮することがあり、そのために起床してベッドから立つこと、立った後に車いすに乗り移ること、次に、車いすからトイレなどに移ること（以下、立つことと移ることを『立位と移乗』と呼称します。）ができなくなることがあります。

回復期リハビリテーションでは、患者は病棟や病室において起床から就寝まで日常生活を営むことから、寝たきりではなく、『立位と移乗』を自立していることが求められます。

そこで、そのためのリハビリテーションを概ね急性期のリハビリテーションにおいて行ってきます。

しかし、急性期のリハビリテーションにおいて自立できないまま回復期のリハビリテー

ション病院に入院した場合は、『立位と移乗』からリハビリテーションが開始されます。

『立位と移乗』の訓練は、ここでは作業療法の分野で行われていましたが、病棟や病室では看護師が全ての日常生活における『立位と移乗』を支援し、また、食事時には作業療法士や言語聴覚士などもこれに加わっていました。

例えば、『立位と移乗』を自立していない1人の患者は、起床後すぐに車いすに移り、就寝まで概ね1日中車いすに座ったまま過ごしていました。

トイレに行きたくても職員一人では支援できないことから、普段は紙おむつを利用していました。

そして、「トイレに行きたい。」と叫んでも、支援するために十分な職員がいないためか、「紙おむつをしているからそのまましなさい。」と言われるか、あるいは、この訴えは無視されるかでした。

そして、このような『立位と移乗』を自立していない患者はトイレだけでなく起床から就寝まで全ての生活に支援を受けていました。

## 1-2 排尿・排便及びトイレの利用

ここでは、トイレを利用する際、排尿・排便の回数を記入することになっており、24時間にわたり記入する用紙が各自用意されます。

昼夜を問わず車いすを利用する人は車いすの後ろに、また、そうでない人はベッドサイドのテーブルなどに用紙をおいて記入します。

自分で記録できる人は自分で、できない人は看護師がトイレに連れて行った際、看護師が記録用紙に記入します。

下痢便などの場合は看護師に届けると必要な処方がなされ、また、排便が数日ない場合は希望すると薬が処方されます。

トイレの利用は、身体状況、精神状況、リハビリテーションの進展状況等により様々であり、その状況は昼夜間の利用に端的に認められます。

例えば、『立位と移乗』ができない身体状況にある患者は基本的に紙おむつ等を利用しているためトイレの利用はないようです。

トイレの利用についてみると、一人で車いすを利用できる患者は昼夜間共に車いすを利用してトイレを利用し、一人で車いすを利用できない患者は昼夜間共に介助を受けて利用します。

但し、一人で車いすを利用できても、夜間一人で利用することを禁止されている患者は、夜間のみ介助を受けて利用するか、夜間のみポータブル便器を利用します。

昼間歩行器や杖を利用している人は、トイレを利用する時も昼間はそれらを利用しますが、夜間については、それらのリハビリテーション室におけるリハビリテーションの進展状況によって、夜間もそれらを利用できる患者と夜間は車いすの利用に戻る患者に分かれます。

### 1-3 着替え

ここでは、①寝る時に使うパジャマ、②リハビリテーションと食事時など昼間使う上下の服（以下、「リハ着」と呼称します。）、③入浴時に使うバスタオルと洗顔時に使うフェースタオルを概ね借りることになっており、手続きをして代金を支払った後支給されます。

着替えについても自分で行える人は自分で、行えない人は支援を受けます。

整形外科の疾病や手術後に入院した患者で腰や足などが痛くて自分で着替えができない場合は、ベッドに寝たまま職員にズボンや靴下などをはかせてもらうとか、上着の着脱をお願いしていました。

### 1-4 食事

食事は患者の年齢、身長、体重、症状、服薬等を根拠に栄養士が一人一人に作ります。

それ故、トレーの中の食事は基本的に一人一人異なります。

食生活上の制限としてよく知られているのは、年齢、身長、体重等に基づくカロリー制限、そして、高血圧症の患者に対する塩分制限、糖尿病の患者に対するブドウ糖や果糖などの糖分の制限、高脂血症の患者に対するフライやてんぷらなどの脂分の制限でしょうか。

カロリー制限や塩分・糖分・脂分などの食事制限の他、リハビリテーション病院の食事時に大事なことの1つに『嚥下障害』の患者に対する食べ物形態の配慮があります。

『嚥下障害』とは、飲み込みの障害のことです。

この症状の患者には飲み込みの状態に応じて食べ物の形を変えて提供されます。

例えば、『ゼリー食』とはコーヒーゼリーやプリンなどのゼリー状の形態の食べ物です。

『とろみ食』、あるいは、『ミキサー食』などと呼称されるものは、食菜をミキサーにかけてたようにドロドロ状にしてそこにとろみをつけるために、『とろみ』という食材を入れて混ぜたものです。

『きざみ食』とは、食菜を細かくきざんだもの、『小口切り』とは、食菜を口に入る程度の小口にきざんだものです。

例えば、私の場合は、『エネコン 1600』と表示された用紙がトレーに毎食付き、その下に一口大、麵禁、生野菜禁と書かれていました。

『エネコン 1600』とは恐らく、通常の女性の1日の摂取カロリーが平均1800kcalであるのに対して、身長、体重、そして、1日中車いすで過ごし運動量が少ない私の状況から、1600kcalと、エネルギーをコントロールした食事であるという意味ではないでしょうか。

また、「麵禁、生野菜禁」の2項目は嚥下障害に配慮した患者の私からの注文であり、「一口大」は今回の脳出血の後遺症である嚥下障害及び構音障害が原因で私は口を大きく開くことと上手く飲み込むことができなくなったのですが、この私の症状に配慮して言語聴覚

士が指示したものです。

「体温が37度以上になったら嚥下障害の可能性があるので、『とろみ食』に変えるように。」と私は脳の手術後医師から指示されていました。

一口大、麺禁、生野菜禁と書かれたこの食事はそれを防ぐための形態です。

このような私の嚥下障害及び構音障害に対する食事形態の配慮は入院直後のカンファレンスにおいて予め説明されたリハビリテーションの目標にはなく、その直後に明らかになったものです。

そこで、このような私の食事形態の配慮は嚥下障害及び構音障害の改善の一環として考えることができることから、嚥下障害及び構音障害の改善は私のリハビリテーションのゴール、あるいは、言語聴覚訓練の月ごとの目標の1つに追加されるかも知れません。

また、例えば、左隣り2人目の男性は、普通食の1つ1つの食菜を裏ごししたような食事を摂っていました。

これは私の子供たちが離乳食の時に、カボチャやホウレン草やレバーなどを裏ごしの網で裏ごしした時にできた状態の食事に類似していました。

これを「ミキサー食」、あるいは、とろみをつける材料を混ぜて『とろみ食』と呼称する病院もあるかも知れません。

また、嚥下障害によって水分補給が困難な人にはこのとろみをつけた水分が用いられます。この『とろみ食』により、この男性は口から食物をとることができ、更に、この訓練を数週間続けた後に嚥下障害が改善されて、食菜を刻んだ『きざみ食』という次の段階の嚥下食に進み、退院までそれはずっと続けました。

この男性の食事は私と同様、リハビリテーションの目標の1つと考えることができるでしょう。

そして、退院後も『きざみ食』という嚥下食が必要なこの男性は入院中だけでなく退院後もまた、食事の自己管理は難しいように見受けられました。

また、左隣の患者は概ね自分で食事をできますが、牛乳やジュースなどについているストローを取ることができないため、その都度看護師に支援してもらっていました。

その上、看護師が空けているところを見て開け方を学習するということもなく、退院近くになっても食事については自立することができずにいました。

食事時に自立できるか否かは、嚥下障害の程度や提供される食事形態と関係します。

また、食事時に自立できるか否かは他に半身不随など身体の状況が関係します。

疾病や手術等により半身不随になった患者が数人いましたが、これらの人で利き手が不全になった人の中には、不全になった利き手を利用することを諦めて健常な左手を使って箸をスプーンに変えて食べる訓練をしている人がいました。

また、利き手が不全になっても指を動かせる状況の患者の中には、不全な利き手で握ることのできるスプーンを作ってもらい、それで食べる訓練を行っている人がいました。

そこで、このような半身不随などの身体状況にある患者の食事における訓練もまた、リハ

ビリテーションの目標の1つと考えることができます。

### 1-5 食事前後の薬の服用

食前、食後、就寝前など、薬を自分で管理できない人には看護師が食事時や就寝前などに薬を渡します。

このリハビリテーション科は『日常生活が支障なく元通りとなるまで』完治しないまでも、『医師の診察・治療の必要がなくなるまで』全治している患者が利用するところなので、食事についても点滴で摂る必要がある患者は原則として利用することはありません。

従って、服薬は口から服用する粉末薬か錠剤かカプセルなどです。

これを自分で管理できる人は食事時に食事の場に自分で持ってきて服用するか、病室に帰ってから服用するかします。

また、自分で管理できる患者に対しては、毎食後看護師がその患者の病室に来て、薬袋に残っている薬の数を確認し、薬の管理状況を把握します。

例えば、私の左隣の患者は病室から食事の場に薬を持ってくることが再三忘れ、その上、薬の袋を開けることができないことから、その都度看護師に支援してもらっていました。

また、前に座った患者は嚥下障害があるため看護師が粉薬を口に入れる際、「上向いて口を大きく開いて」と言われる度に「こうするといつもむせて苦しいから」と拒み続けていました。

しかし、それでも看護師が上を向かせて粉薬を口に放り込んでそのままそこを立ち去ると、必ず直にむせて、苦しい状況が長く続くことが再三認められました。

### 1-6 食後の歯磨き及び入れ歯の洗浄

ここでは3度の食事の後に歯磨きをします。

自分の足で歩ける人や車いすや歩行器や杖を利用して自分で移動できる人は病室に戻ってから自分で行います。

そして、病室にはこれらの人が利用するコップや歯磨きや歯磨き粉などを収納する棚が備え付けられています。

自分でできない人は、看護師に車いすや歩行器や杖による移動を「見守り」という方法で順次支援してもらい、洗面所に向かいます。

また、夕食後歯磨きが終わると、入れ歯を使っている多くの人は入れ歯を洗浄剤に一晩着けるために取り外し、朝食の時に渡されます。

### 1-7 シャワーの利用

ここでは、週2回シャワー浴ができます。

車いすをシャワーの前に移動することを支援してもらえば、他のことは自分でできる人は自分でいき、できない人は車いすを看護師やヘルパー等にシャワーの前に移動してもらい、その後、自立の程度に応じて支援を受けます。

患者によっては、看護師やヘルパーなどに支援されて、そのまま入浴できるストレッチャーに移り、入浴することもあります。

シャワー室は大きく、また、シャワーの位置などが自宅と異なる場合があるので、自宅で自立できる人でもシャワーまで車いすを移動することを支援してもらう場合があります。

そして、ここでのシャワー浴の状況を勘案して退院後のシャワー浴の方法を決め、退院することになります。

なお、多くの人は下着や肌着をこの時着替えます。

また、この時、新しい『リハ着』が配られるので、『リハ着』はその時に着替えることになります。

## 2. リハビリテーション病院における日常生活の意義と成果

### 2-1 リハビリテーションの一環

食事についてみると、例えば、私の場合、「エネコン 1600」と表示された用紙がトレーに毎食付き、その下に一口大、麵禁、生野菜禁と書かれていました。

「体温が高くなった場合は『とろみ食』に変えるよう。」、私は医師から指示を受けているので、一口大、麵禁、生野菜禁と書かれたこの食事はそれを防ぐためのものであり、このような私の食事は嚥下障害の改善というリハビリテーションの一環としてありました。

また、例えば、食事時に私のテーブルの左隣り2人目の男性は、この回復期のリハビリテーション病院では、普通食の1つ1つの食菜を裏ごしした『とろみ食』から始まり、この食事訓練を数週間続けた後に嚥下障害が幾分改善されて、『きざみ食』という次の段階の嚥下食に進み、退院までそれがずっと続いたと述べましたが、この男性の食事も私と同様、リハビリテーションの一環としてあったということが出来ます。

そして、食事はこのような嚥下障害における食事形態の配慮の他、各種の食事制限、半身不随などの身体状況にある患者の食事方法の工夫など、リハビリテーションの一環としての意義があることが判りました。

また、食事の他、『立位と移乗』、排尿・排便及びトイレの利用、着替え、薬の服用などを自立に向けて訓練することもリハビリテーションの一環としての意義があるということが出来ます。

### 2-2 高齢者にとって望ましい生活習慣の習得

患者の家族が見舞いに来ると、「元気になった」、「顔色が良くなった」、「笑顔が見られるようになった」、「良くおしゃべりするようになった」、「たくさん食べるようになった」、「よく身体を動かすようになった」、「運動をすることが良いのだろう」などと口々に言います。

このような発言は、リハビリテーション病院に入院したことについての全般的な評価であると考えられますが、それと同時にリハビリテーション病院の規則的な日常生活に対する評価を示唆するものと考えられます。

病気ではない一般の高齢者が理学療法士や作業療法士や言語聴覚士がここで行なう身体機能の訓練を規則的に毎日行うことはないでしょう。

また、排尿・排便及びトイレ利用の管理、食事におけるカロリーや栄養の管理、薬の服用の管理、食後の歯磨き及び入れ歯洗浄の管理、定期的なシャワー浴などを自分で、あるいは、家族の支援を受けてでも規則的に毎日行っている人は少ないでしょう。

それ故、入院中これらの生活習慣を身に着け、更に、自己管理に向けて訓練することにより、退院後の衛生的、かつ、健康的で安全な生活習慣を習得することになります。

そして、これは言わば、高齢者にとって望ましい生活習慣の習得という成果であるということができるでしょう。

### 2-3 退院後の住処の変更や維持管理の方法を計画する基準となる

#### ① 退院後の住処の変更等を計画する基準となる

食事の時に嚥下食をとっていた例として示した男性は、退院後老人ホームに入居することが決まって退院し、薬の服用の管理が難しい例として示した女性は、「有料老人ホームに入居することにした。」と、食事の時に私に話してくれました。

前述したように、ここで言う『立位と移乗』、着替え、食事、薬の服用などの日常生活において、支援を受けずに自分でできるように訓練することは入院期間中のリハビリテーションの一環としての意義がありますが、自己管理できない人については、家族がいる人であれば自宅に帰った場合、退院後の家族の支援を確定するか、あるいは、退院後の衛生的、かつ、健康的で安全な住処の変更等を予め計画する必要があるが、また、家族のいない単身者であれば、退院後の衛生的、かつ、健康的で安全な住処の変更等を予め計画する必要があるでしょう。

このように、『立位と移乗』、着替え、食事、薬の服用などの日常生活における自己管理の状況は退院後の住処の変更等を計画する必要があると生じる基準となるという点で意義があると考えます。

#### ② 退院後の維持管理の方法を計画する基準となる

シャワー浴についてみると、自己管理できない人については、家族がいる人で自宅に帰る場合は家族からの支援を確定するか、あるいは、退院後、デイサービスやデイケアなどの入浴サービスを含む介護保険の利用について予め計画する必要があるが、また、家族のいない単身者であれば、退院後、デイサービスやデイケアなどの入浴サービスを含む介護保険の利用について予め計画する必要があるでしょう。

また、排尿・排便及びトイレの利用、食後の歯磨き及び入れ歯洗浄については、自己管理できない人については、家族がいる人で自宅に帰る場合は家族からの支援を確定するか、あるいは、退院後のヘルパーの支援等を含む介護保険の利用について予め計画する必要があるが、家族のいない単身者であれば、やはり退院後のヘルパーの支援等を含む介護保険の利用について予め計画する必要があるでしょう。

このように、排尿・排便及びトイレの利用、食後の歯磨き及び入れ歯洗浄、シャワー浴などの日常生活における自己管理の状況は、退院後の維持管理の方法を計画する必要がある基準となるという点で意義があると考えます。

### 3. 退院後の課題

#### 3-1 日常生活における自立の維持継続

病棟や病室で行う前述した排尿・排便及びトイレの利用、食事、薬の服用、食後の歯磨き及び入れ歯洗浄、シャワー浴などの日常生活において自立に向けて訓練することで高齢者は多くのことを学習します。

高齢者は普段はこのような日常生活において自立に向けて訓練する機会や学習の必要性に気づくことはないかも知れません。

排尿・排便及びトイレ利用の管理、食事の管理、薬の服用の管理、食後の歯磨き及び入れ歯洗浄の習慣、定期的なシャワー浴などの生活習慣を70歳から100歳近い高齢者がここで身につけて帰ることは、回復期リハビリテーション病院へ入院したことにより得た成果です。

そこで、退院後自宅に帰って家族の支援を受ける場合、デイサービスなどの通所施設で支援を受ける場合、あるいは、ケアハウスや介護付き有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅や特別養護老人ホーム等に入居してその住宅や施設で支援を受ける場合のいずれの場合も、高齢者は回復期リハビリテーション病院へ入院したことにより得た日常生活における自立の状況を維持継続すること、そして、支援者は自立を邪魔しない支援、自立を促進する支援を行うことが求められると考えます。

#### 3-2 健康で安全で快適な住宅・住環境の整備



リハビリテーションに励み、杖で歩けるようになったことを心から喜んでいた同室の患者が、玄関や便所や風呂場に手すりを取り付けただけの住宅改善を行なった自宅に戻ることになり、「退院後の移動は主に『伝え歩き』になります。」と話していることを耳にすると、回復期におけるリハビリテーションの成果を退院後の患者の生活に生かすことが大変難しいことを知ります。

そこで、リハビリテーション病院を退院する患者で、家族がいて家族の元に戻る患者の多くがさらなる転倒の恐れがあるところに戻るといふ残念な結末を迎えることのないよう、そして、健康的で安全な生涯を送るために、また、健康的で安全で快適な住宅や住環境の中で居住することができるよう、ケア付き、あるいは、サービス付きのリーズナブルな高齢者対応の住宅及びバリアフリーの住環境を整備することが必要と考えます。

## おわりに

起床から就寝まで病棟や病室で営まれる回復期リハビリテーション病院における日常生活についてみると、①『立位と移乗』、排尿・排便及びトイレの利用、着替え、食事、薬の服用などを自立に向けて訓練することはリハビリテーションの一環としての意義があります。②排尿・排便及びトイレ利用の管理、食事の管理、薬の服用の管理、食後の3度の歯磨き及び入れ歯洗浄の習慣、定期的なシャワー浴からは、退院後の望ましい生活習慣の習得という成果が得られます。③『立位と移乗』、着替え、食事、薬の服用などの日常生活において自己管理できない状況は、家族がいる人であれば自宅に帰った場合、退院後の家族の支援を確定するか、あるいは、老人ホーム等退院後の衛生的、かつ、健康的で安全な住処の変更等を予め計画する必要性が生じ、家族のいない単身者であれば退院後の衛生的、かつ、健康的で安全な住処の変更等を予め計画する必要性が生じ、また、排尿・排便及びトイレの利用、食後の歯磨き及び入れ歯の洗浄、シャワー浴などの日常生活において自己管理できない状況は、デイサービスやデイケア、ヘルパーなど、維持管理の方法を予め計画する必要性が生じることから、これらの生活は退院後の住処の変更や維持管理の方法を予め計画する必要性が生じる基準となります。

そして、ここで述べた排尿・排便及びトイレの利用の管理、食事の管理、薬の服用の管理、食後の歯磨き及び入れ歯洗浄の習慣、定期的なシャワー浴などの生活習慣を70歳から100歳近い高齢者がここで身につけて帰ることは、回復期リハビリテーション病院へ入院したことにより得た成果ですが、リハビリテーション室で行う理学療法士、作業療法士、言語聴覚士から受けるリハビリテーションの成果をこれに加えると、高齢者は回復期リハビリテーション病院へ入院したことにより、退院後の高齢者の生活に必要な身体状況の改善と生活習慣の習得という2つの成果を得たこととなります。