

オンライン訪問指導により回復期リハビリテーション病棟 から早期在宅復帰に繋がった認知症を有する1例

朝川弘章[†] 玉村悠介 牟田博行
野崎園子¹⁾²⁾ 錦見俊雄³⁾

IRYO Vol. 78 No. 3 (174–177) 2024

要旨

認知症を有する患者がリハビリテーション後に在宅復帰するためには、なじみのある安心できる生活を送ることが可能となる環境整備が必要である。超高齢社会となり認知症を有する患者が増加傾向にある我が国において、病前生活に関する詳細な情報収集は必要不可欠である。当院の回復期リハビリテーション病棟では、患者の安全な在宅生活を提供するために、2020年6月より入院時の家屋訪問にInformation and Communication Technology (ICT) を活用した「オンライン家屋訪問指導」を実施している。家屋訪問にICTを活用することにより、家屋および院内から患者と家族をはじめ、医師、療法士、社会福祉士などの参加が可能となり、家屋情報や患者と家族の希望を多職種が視覚的にリアルタイムで共有できる利点がある。今回、回復期リハビリテーション病棟にて認知症を有する患者に対し、オンライン家屋訪問指導を実施した。

ICTを活用したことにより患者も在宅復帰に向けた治療に参画でき、行動・心理症状の軽減に繋がった。また、家屋情報や病前生活の情報を患者に関わるすべての医療職とリアルタイムに共有したこと、個別性の高いリハビリテーションの展開を図ることができ、認知面の改善に繋げることができた。さらにオンラインによる情報共有により、入院早期に退院後の在宅生活に必要な支援や環境整備などの準備ができ、早期に在宅復帰に繋げることができたため、考察を加えて報告する。

キーワード 情報通信技術 (ICT), 家屋訪問, 回復期リハビリテーション, 認知症

はじめに

回復期リハビリテーション病棟（回復期リハ病棟）は、患者の安全な在宅生活の提供に向けた医療サービスの提供と在宅復帰後の Quality of Life (QOL) を

維持向上させる役割を担っている¹⁾。超高齢社会となった我が国において認知症は増加傾向にあるとされており²⁾、認知症を有する患者においては安全な在宅生活の提供とQOLの維持向上のために患者ごとに個別性の高い治療戦略を組み立てることが必要である。

わかくさ竜間リハビリテーション病院 リハビリテーション部 1) 診療部 リハビリテーション科 2) 関西労災病院
脳神経内科 3) わかくさ竜間リハビリテーション病院 診療部 内科 †作業療法士

著者連絡先：朝川弘章 若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院 リハビリテーション部

〒574-0012 大阪府大東市大字龍間1580

e-mail : asakawa55560@gmail.com

(2023年7月6日受付 2024年2月9日受理)

Case Report of a Patient with Dementia for whom Online Home-visit Guidance Led to Early Return Home from a Convalescent Rehabilitation Ward

Yusuke Tamamura, Hiroyuki Muta, Hiroaki Asakawa, Sonoko Nozaki¹⁾²⁾ and Toshio Nishikimi³⁾

Department of Rehabilitation 1) Division of Rehabilitation, Wakakusa-Tatsuma Rehabilitation Hospital 2) Kansai Rosai Hospital 3) Hospital Department of Medicine, Wakakusa-Tatsuma Rehabilitation

(Received Jul. 6, 2023, Accepted Feb. 9, 2024)

Key Words : Information and Communication Technology (ICT), home visit convalescence rehabilitation, dementia

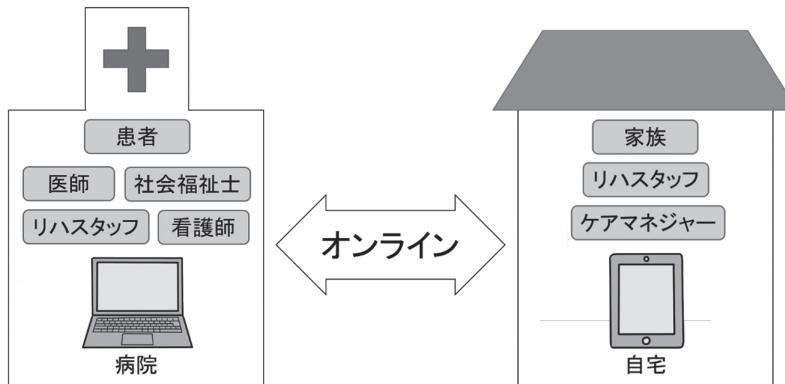


図1 オンライン訪問のイメージ図

ICTを活用し、患者宅と病院を接続。リアルタイムで情報共有が可能となる。

わかくさ竜間リハビリテーション病院（当院）の回復期リハ病棟では患者の安全な在宅生活を提供するため、2020年6月より入院時の家屋訪問にInformation and Communication Technology(ICT)を活用した「オンライン家屋訪問指導」（オンライン訪問）を導入しており、在宅復帰を希望されている全患者とその家族にオンライン家屋訪問について説明し、希望された際に実施している。オンライン訪問はタブレットやノートパソコンなどの通信機器を用いて家屋と病院内を接続した状態で家屋訪問を実施し、患者・家族・多職種が家屋情報や患者と家族の希望をリアルタイムで共有できる³⁾（図1）。

今回、回復期リハ病棟に入院し、行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD）が増悪した認知症患者に対してオンライン訪問を実施した。病前の生活様式や家族のニーズを早期に多職種で共有でき、患者も画面を通じて家族との対面や家屋を視覚的に認識できたことでBPSDの改善に至った。家族や患者に関わる医療従事者すべてが患者に適した治療戦略を共有でき、早期に安全な在宅復帰に繋がったため考案を加えて報告する。

倫理的配慮

オンライン訪問については、当院の倫理審査委員会の承認（承認番号：第20051562号）を得ている。また、症例報告について患者と家族に書面にて同意を得た。

症例紹介

年齢：70歳代

性別：女性

診断名：外傷性くも膜下出血

併存疾患：認知症、心房細動

現病歴：発症数週間前から活気が低下し、立位困難となり急性期病院に救急搬送された。画像所見から小脳外周域に出血を認め、転倒などの外傷歴は不明だが頭部に微細な外傷があったことと経口抗凝固剤の内服歴から、外傷性くも膜下出血と診断され入院となった。また、小脳外周の出血以外にも、第三脳室や前頭葉の拡大、海馬の萎縮が確認された。保存的加療にて病状の増悪もなく状態安定したが、認知機能障害とセルフケア介助量増加を認めていたため、第15病日に当院の回復期リハ病棟に入院となった。

社会的背景：就労はなく、セルフケアは自立していた。長女家族と同居し、家族の分の家ことも行い、趣味はガーデニングであった。

作業療法評価（回復期リハ病棟入棟時）：

握力：右 13.5 kg / 左 12.0 kg

6分間歩行：270 m

Mini-Mental State Examination (MMSE)：7/30点

（時間見当識、3単語の即時再生、計算、物品呼称、図形模写の項目にて加点。）

Dementia Behavior Disturbance Scale-13 (DBD-13)：31/52点

（DBD-13：DBD の短縮版で、13項目で構成され5段階で評価する。52点満点で点数が高いほどBPSDが重度であるとされる）

Functional Independence Measure (FIM)：41/126点（運動項目26点、認知項目15点）

入院後経過：記憶機能や注意機能、理解力や見当識



図2 実際のオンライン訪問中の（家族）と患者（右）の様子
リアルタイムで家族と交流し、BPSDが減少して笑顔もみられた。

表1 作業療法評価の変化

検査項目	初期（回復期リハビリテーション病棟入棟時）	最終（回復期リハビリテーション病棟在棟40日目）
握力	右 13.5 kg / 左 12.0 kg	右 14.0 kg / 左 13.0 kg
6分間歩行	270 m	390 m
MMSE	7/30	10/30
DBD-13	31/52	13/52
FIM	41/126点（運動項目26点、認知項目15点）	106/126点（運動項目83点、認知項目23点）

の低下を認め、病棟内を歩き回る状態であった。常に混乱しており、神経心理学的検査や作業療法の実施も協力が得られにくい状態であった。長女も入院にともなう認知症の進行を心配しており、早期退院を希望していた。

リハビリテーションの目標：

長期目標（2カ月）：家事や趣味の再開などを含めた病前生活の再獲得

短期目標（1カ月）：病棟内セルフケア修正自立～見守り

今回、患者の状態や家族の希望を考慮し、家屋状況や病前生活、現状の患者の病状の共有を行う目的で、回復期リハ病棟入棟15日（30病日）目にオンライン訪問を実施した。患者宅では長女と作業療法士が参加し、病院では患者と医師と理学療法士が参加した。患者は、長女と対話したことによってBPSDが減少し、タブレットとノートパソコンを用いて自宅の様子を確認することで日常生活の記憶を想起できた。長女は、患者や医師・療法士と関わることから早期退院を改めて希望し、住環境調整案や介護保険の申請など、在宅復帰に必要な準備に関する情報共有ができた。また医師や療法士は、家屋環境や日常生活の情報に加え、患者から「家事や庭のことがある

から早く家に帰りたい」との発言や、長女から「母には早く家に帰ってきてほしい」との希望も共有できた（図2）。

オンライン訪問後の経過

オンライン訪問で得られた情報をもとに、40分/回、7回/週の頻度で「家事」や「ガーデニング」といった作業を用いて作業療法を実施した。「家事」は病棟生活で行える物品整理や清掃を行った。「ガーデニング」は植木の観察や雑草取りなどの作業を行い、住環境に合わせて階段や段差を含む移動ルートを選択して実施した。患者は実施内容がなじみのある作業であることからBPSDが減少し、作業療法に協力的となった。

また在宅復帰に関する準備として、社会福祉士と連携を図りベッド配置や段差周囲の手すりや使用する家具の配置などの住環境調整案や介護保険の申請を進めるといった家族支援も行った。

作業療法評価の変化（回復期リハ病棟入棟40日目）：病棟生活も穏やかとなり、セルフケアは修正自立し、長女の在宅復帰のための準備が整ったため、回復期リハ病棟在棟40日（55病日）目で自宅退院となつた（表1）。

考 察

本報告は、認知症を有する患者に対しオンライン訪問を行うことで、回復期リハ病棟から早期在宅復帰に繋がった一例である。われわれはオンライン訪問について「安全な生活環境が提供できる自宅への退院支援であり、生活の質を維持するための有用な介入の一つ」と報告している³⁾。家屋訪問にICTを活用することで訪問するスタッフが1~2名であっても院内から医師を含む多職種が参加でき、家屋状況や生活様式の把握ができる。また、回復期リハ病棟入院初期で心身機能などの低下により家屋訪問に同行できない患者や本報告のようにBPSDの増悪により混乱や不穏が強い状態であっても、オンラインで家屋訪問に参加可能であり、患者と家族が同時に生活様式を共有することで詳細な生活様式の聴取がリアルタイムで可能となる。さらに、聴取した情報を元に、家屋改修案や介護保険サービス利用の提案といった在宅支援を患者に関わるすべての医療職が入院初期段階から行えるため、退院調整不足による入院期間の延長を回避できる³⁾。これは、患者や家族は入院費の削減が図れ、回復期リハ病棟としては質の指標である実績指数の向上が期待できる。以上のことから、オンライン訪問の理解と同意が得られ、通信機器と環境の確保やセキュリティの問題を解決できれば、有用性が期待できる支援方法であると考える。

また本報告は、認知症、外傷性くも膜下出血、回復期リハ病棟への入院が影響し、せん妄を生じていた可能性がある。せん妄は認知症に合併することが多く、直接因子（单一でも意識障害をきたしうる要因）が存在し、背景因子（代表例は認知症）、誘発因子（代表例は集中治療室などの環境要因）が著明なほどせん妄が発症しやすく⁴⁾、せん妄がBPSDを悪化させる⁵⁾と報告されている。せん妄とBPSDの対応が重要となるが、オンライン訪問はせん妄の対応としても有用である可能性がある。オンライン訪問は、認知症に対する非薬物療法である Simulated Presence Therapy (SPT) としての効果をさらに高めることができると考えられる。SPTとは、Woodsら⁶⁾が開発したBPSDに対する非薬物療法の一つで、家族からの語りをオーディオ・ビデオテープに録音・録画し、家族の存在を疑似的に再現することで感情を刺激する療法である。オンライン訪問は、患者も参加しリアルタイムで家族と関わり存在を認識できる特性がある。そのため、従来のSPTより感

情が刺激されBPSDが改善したと考えられる。これらのオンライン訪問の特性により、生活様式などの共有した情報を治療に組み込めたことで入院中でも社会的孤立感を緩和することができ、精神的、環境的要因を取り除けたため、BPSDの改善に繋がったと考える。

結 論

オンライン訪問は認知症を有する患者に対し効果的な介入方法であることが示唆された。さらに、厚生労働省・総務省が積極的にオンライン診療を推進している背景、昨今の新型コロナウイルス(COVID-19)の感染対策としても、回復期リハ病棟でICTを活用するオンライン訪問は、安全な在宅生活の提供と在宅復帰後のQOLを維持向上ができる有用な介入のひとつであると考える。

謝辞：本論文の執筆にあたり、ご指摘を賜ったわかくさ竜間リハビリテーション診療部 内科 西尾健資先生に、深謝いたします。

利益相反自己申請：申告すべきものなし

[文献]

- 1) 回復期リハビリテーション病棟協会：回復期リハビリテーション病棟の在り方 指針 第1版
(Accessed Feb. 26, 2023 at http://www.rehabili.jp/organization/links/point_vol-1.pdf)
- 2) 厚生労働省：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）(Accessed SepSep. 26, 2023 at https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nopl1-2_3.pdf)
- 3) 玉村悠介、野崎園子、朝川弘章 ほか. 回復期リハビリテーション病棟における入院時オンライン家屋訪問の有用性 Jpn J Rehabil Med 2023; 60: 892-901.
- 4) 長谷川典子、池田 学. 認知症とせん妄 日老医誌 2014; 51: 422-7.
- 5) 山口晴保. BPSD の定義、その症状と発症要因. 2018; 認知症ケア研究誌 2: 1-16.
- 6) Woods P, Ashley J Simulated presence therapy : using selected memories to manage problem behaviors in Alzheimer's disease patients. Geriatr Nurs 1995; 16: 9-14.