

## 慢性腎不全により ADL 能力の低下と改善を繰り返した症例

川崎 優<sup>1)</sup> 宮原 洋 八<sup>2)</sup>

### I. はじめに

今回、慢性腎不全の末期状態にあり、身体能力や ADL 能力の低下と改善を繰り返した症例を担当した。経過と考察を踏まえて今後の慢性腎不全患者へのリハビリへの課題について、ここに報告する。

### II. 症例紹介

80歳代女性，身長136cm，体重30.4kg，BMI16.4  
主病名：慢性腎不全（ステージG5）  
既往歴：2型糖尿病 合併症：腎性貧血  
hope：歩きたい keyperson：次女  
現病歴：平成27年2月，自宅で転倒し左大腿骨転子部骨折のためA病院へ入院。骨接合術施行，その際大量の腹水の貯留，腎機能の悪化を認めており，加療目的にて当院に入院となる。

### III. 理学療法評価

入院時評価（平成27年5月上旬）  
起居動作：自立，移乗動作：軽介助，起立：軽介助  
歩行：歩行車にて軽～中等度介助  
HDS-R：18 / 30点  
GMT：上肢 Rt 3 Lt 3 下肢 Rt 4 Lt 3  
ROM：著明な制限なし

### IV. 経過

当院に入院時は安静臥床期間が長かったため，筋力低下等による ADL 低下が認められた。そのためまずベッドサイドにて軽負荷の離床訓練から実施した。臥位，座位での比較的軽負荷の自重運動から開始し離床

時間の拡大を図っていったことで耐久性の向上，介助量の軽減が見られ，2ヶ月程度で移乗は軽介助レベルから自立レベルへ，歩行も軽介助レベルから見守りレベルまで回復した。6月中旬頃には2～3 METs の運動強度であるゆっくりとした歩行では70m程度が疲労感なく可能となっていた。症例は腎性貧血を合併しており，当院に入院中は合計3回の輸血を実施した。1回目の輸血後は体調不良の訴えもなく経過していたが，2回目の輸血後に下血や熱発，食欲低下を伴う体調不良を来し再び安静臥床を強いられ，基本動作や ADL 能力の低下が起こり入院時の状態まで悪化した。再度ベッドサイドからのリハビリを開始しその後徐々に症状の改善がみられ ADL 能力も向上した。訓練内容も徐々に座位から立位，平行棒内，シルバーカー歩行へと負荷量を上げ，遠監視レベルで歩行を行えるように向上し，在宅生活復帰に向けた退院支援を検討していた。しかし，平成27年10月ベッドサイドで転倒し体動困難となった。同時期に腎性貧血の増悪がみられ再度輸血を実施。その後疼痛の改善に伴い離床時間も拡大し ADL 能力は監視～軽介助レベルまで向上したが，腎機能は悪化の一途を辿り，心機能低下もみられ臥床期間が徐々に延長した。その結果，起居動作，起立動作には常に介助を要し最終的には全身状態の悪化に伴いベッドサイドでの介入が主となった。

### V. 考察

本症例は骨折を受傷後，同時期に腎機能急性増悪みられ，ADL 能力の低下と改善を繰り返しながら徐々に腎機能の悪化を認めた。一般的に腎不全患者への高

受付日：平成28年4月1日，採択日：平成28年5月1日

- 1) 医療法人 大和正信会 ふじおか病院  
〒840-0201 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺2685  
TEL：0952-62-2200
- 2) 西九州大学 リハビリテーション学部  
〒842-0015 佐賀県神埼市神埼町尾崎4490-9  
TEL：0952-37-9328

負荷の運動は腎機能や腎病変が悪化する<sup>1)</sup>と言われていたため、軽負荷の運動療法で全身状態を考慮しながら実施していく必要性があった。しかしながら症例は病識の低下があったものの hope である自分で歩きたいという気持ちが強かったため、高負荷の訓練を避け、歩行能力の獲得、更には患者教育を行っていかねばならないという大きな問題点が挙げられた。

身体活動の低下は心血管疾患による死亡のリスクであり運動療法が重要で、中等度（酸素摂取予備能の40～60%，5～6 METs，Borg11～13）の運動は多くの報告で問題ないとされている。症例は高度の腎不全と貧血を認めており中等度強度の運動は困難であった。しかし検査所見と自覚症状が一致せず、中等度負荷の運動を希望されており，hope に合わせながら負荷量の設定を慎重に考慮する必要性があった。Hb が低値を示したときや収縮期血圧が150台まで上昇した時など、自覚症状はないものの、それらバイタルサインも運動強度変更の指標として用いた（表）。しかし、ADL 能力が改善していた時期でも検査所見等が悪化していることが多々あり症例にとっては高負荷になっていた可能性が考えられる。以上より腎機能の悪化を防ぐことは困難であっても ADL 能力低下を防ぐための訓練は必要であり、症例に合った負荷量やプログラム設定を詳細に検討していく必要があると考える。また、症例の hope を尊重することは大切だが、認知機能もやや低下しており、現状理解や動作指導、家族への状況説明など、患者だけではなく周辺環境への配慮も徹底する必要があったと考えられる。

## Ⅶ．まとめ

今回、腎不全患者の腎機能悪化を繰り返す中で全身状態管理や運動の負荷量設定や、ADL 能力低下を防ぐ困難さを痛感した。自覚症状や身体所見、検査所見

を考慮しつつ治療プログラム立案をしなければならず、様々な要因により ADL 能力は左右されるということを経験し、再認識した。エビデンス等は少なく、腎機能が悪化する過程でも状態把握や目標設定を正確に行わなければならないという課題が挙げられ、臨床を通じて慢性腎不全患者への腎臓リハビリテーションを確立していく必要があると感じた。

## 引用文献

- 1) 上月正博：腎臓リハビリテーション，医歯薬出版株式会社，232，2015

表

