

訪問リハビリテーション事例集

Vol.1 2015

訪問リハビリテーション振興委員会

福井県訪問リハビリテーション振興委員会 事例集発刊に寄せて

我が国の 2015 年度予算案は 96 兆 3000 億円の歳出を計上し、過去最大となりました。焦点の介護報酬改定は、給付費抑制を狙い大幅減額を主張した財務省に対し、サービス低下を懸念する厚生労働省は業界団体を巻き込んで抵抗し、首相官邸が裁定する格好で 2.27% 引き下げで決着しました。それでも高齢化対策に加え、子育て支援の拡充により社会保障費は 2014 年度予算に比べて 1 兆円増え、これも過去最大となる 31 兆 5000 億円となりました。

また、介護保険制度の改正も加わり、特別養護老人ホームの新規入居者は原則「要介護 3」以上の重度者に限定された他、軽度者の介護予防サービスは一部を市町村事業に段階移管すること等が決定されました。

いずれも 2025 年以降の人口構成を見据えて、施設への入所より在宅での生活を促す内容となっています。そして、地域包括ケアシステムの構築とその実践を求めるべく、地域ケア会議の開催が明確に位置付けられました。

このような少子高齢化社会への対策が呼ばれる社会背景の中、福井県におきましては 2013 年春より福井県訪問リハビリテーション振興委員会を組織し、在宅生活の支援に向けたリハビリテーションの質の向上を促進する取り組みを続けてまいりました。本委員会は、2009 年に設立された「福井県訪問リハビリテーション研究会」の活動を引き継ぎ、発展させるべく、福井県理学療法士会、福井県作業療法士会、福井県言語聴覚士会が共同して運営しております。

主な活動として、実務者研修会、外部講師を招いての勉強会、ならびに年 2 回の事例検討会を重ねてきました。このたび、その事例検討会で討議されました内容をまとめ、事例集として発刊させていただくことになりました。ぜひともご高覧いただき、多職種協働の視点からご意見を頂戴できますと幸いに存じます。

今後も最新の知識と技術を身に付けたリハビリテーション専門職の育成に努め、県民の皆様が住み慣れた地域で充実した生活を継続できる環境作りに貢献したいと考えております。関係機関・諸団体の皆様にはこれまで同様ご指導、ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げ、発刊に寄せてのご挨拶とさせていただきます。

2016 年 3 月吉日
福井県訪問リハビリテーション振興委員会
委員長 中内一暢

訪問リハビリテーション事例検討会事例集

会期：平成 25 年 9 月 22 日(日) / 会場：ほっと地域リハビリセンター

Case1 「目標設定に難渋した症例」

有限会社 リハぶらす 理学療法士 後藤 優香 P1

Case2 「訪問リハビリにて障害受容の確立に向けた

チームアプローチを経験して」

福井厚生病院 作業療法士 和久利 綾子 P3

会期：平成 26 年 2 月 23 日(日) / 会場：ほっと地域リハビリセンター

Case3 「ある生活のひとコマ」

織田病院 理学療法士 松山 徳英 P6

Case4 「i Pad が使いたい！～体調と環境を整えながら～」

鳴田病院 作業療法士 武澤 舞 P8

会期:平成 26 年 7 月 6 日(日) / 会場:ほっと地域リハビリセンター

Case5 「訪問リハビリ終了について考える」

ふらむはあとリハビリねっと 理学療法士 立井 知美 P11

Case6 「家族因子の影響によりサービスの中斷を繰り返した

高次脳機能障害の一例」

(有)ほっとリハビリシステムズ 言語聴覚士 長岡 富子 P14

会期:平成 27 年 3 月 8 日(日) / 会場:崎田病院 7F いちごホール

Case7 「訪問拒否を経験して～課題と対応～」

(有)ほっとリハビリシステムズ 理学療法士 中田 涼介 P16

症例検討 Case1

目標設定に難渋した症例

後藤 優香¹⁾

要旨

今回、大腿骨骨幹部骨折、脳梗塞後遺症の症例を経験した。症例の状態に合わせて目標設定を変更させてリハビリを行ってきたものの、なかなか目標設定が上手くいかず、さらには家族とのかかわりにも困難を要した。

I.はじめに

リハビリを行っていく上で目標設定は必要不可欠である。また家族とのかかわりは在宅では重要となってくる。

今回目標設定に難渋した症例を経験し、家族とどのようにかかわっていくべきかに悩んだので報告する。

II.症例紹介

症例は80代男性で、診断名は左大腿骨骨幹部骨折、脳梗塞後遺症であり、腰椎圧迫骨折、心房細動、前立腺肥大、高血圧、糖尿病の既往がある。家族構成は妻と二人暮らしで近所に住む次男がキーパーソンである。

III.理学療法評価

ADLはほぼ自立しており入浴のみ介助もらっている。座位はベッド座位で右後方にバランスを崩しやすい。屋内はT-caneにて歩行しているが左股関節外旋、足尖部のひきずりが著明で、歩行後に喘鳴聞かれるもSpO₂の低下は見られない。

内服は安定剤を4種類と多く飲まれていた。

長男家族とはあまり関わりがなく、週1回のヘルパーと週3回の家政婦が入っている。週1回のデイサービスと病院受診以外の外出はなく、閉じこもり傾向であった。また圧迫骨折前まで会社経営をされており頑固な性格のため、なかなか提案を受け入れてくれないこともあった。

長谷川式HDS-Rは20点であり認知症疑いであるも、受診はしておらず認知症の診断はついていない。

IV.経過：アプローチと対応

本人のニード、目標を経過とともに示す（図1）。

症例は訪問当初リハビリに対して意欲的で、訪問時以外でも廊下を歩行したりされていた。そこで歩行の安定、屋外歩行を目標に設定した。しかしながら冬に向かい気温が低下してきたこと、精神の不安定さもあり屋外歩行を拒否されるようになった。次に目標を屋内の活動性向上に変更してリハビリをすすめていったも、内服の影響か昼夜逆転傾向が強くなり、動けないことのいら立ちから体操や歩行などのリハビリを拒否されることが増えて臥床時間も増えていった。またデイサービスを週2回に増やされているも、難聴の悪

化によりコミュニケーションの取りづらさ、話すことの億劫さを訴えデイサービスも休みがちになっていた。

そこで離床時間の拡大に目標を変更した。このころには飲酒量の増加、自殺願望の出現、介助量の増加などからキーパーソンである次男の介護負担も増大していた。

キーパーソンである次男は、当初できるだけ家で生活をさせたいという希望があり介護に協力的であったものの、夜中にたびたび呼び出されたり、症例の性格により暴言をはいたり、助言に対して否定的であることから介護疲れもあり、家に来る時間も減少していく。

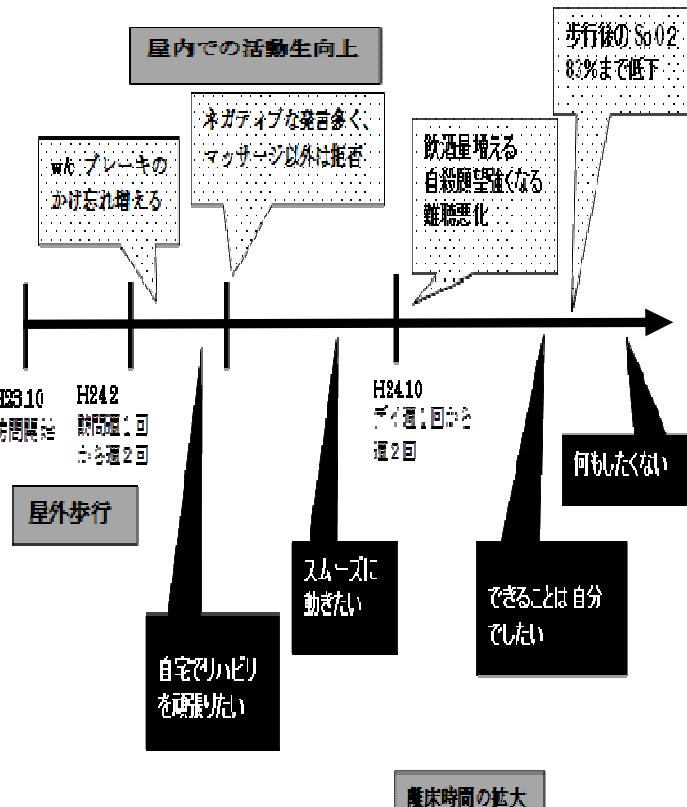


図1 経過と本人のニード、目標

1) 有限会社 リハぶらす

V. 考察

リハビリを行っていく上で目標設定は重要である。しかしながら今回ニードの把握が不十分であったために目標設定に難渋した。その要因について考える。

本症例の目標を「屋外歩行→屋内での活動性向上→離床時間の拡大」と変更させながらリハビリをすすめてきたが、その都度さまざまな要因で継続困難になっていた。その主な要因には、本人の性格、精神的な不安定さ、昼夜逆転傾向などがあげられる。症例は圧迫骨折を呈する直前まで会社経営をしており、一代で会社を大きくさせた自負があり、なかなかこちらの提案を受け入れないことも多く見られた。またその仕事を突然なくされて趣味等もなかったため、リハビリのモチベーションを維持するのにも困難を要した。だんだんと目的もなく起きていることが負担となり、昼間で

も横になることが増え、そのため夜間の不眠につながり訪問時もうたた寝することも増えてきた。臥床時間が増えることにより体力の低下がみられ、起きているとえらいから臥床する、といった悪循環が見られ、ADLの低下にもつながっていると考える。

今回は状態の変化があるたび定期的にカンファレンスを行い、デイのスタッフともに目標を共有してきた。症例の背景には「仕事」があり、そこを目標につなげていくことができればスムーズにリハビリをすすめられたのではないかと考える。症例の背景に目を向ける事で本人が訴えているニードだけでなく、訴えには上がってきていらない真のニードを見極めることができると考える。今後はそこをふまえて目標設定を行っていきたい。

症例検討 Case2

訪問リハビリにて障害受容の確立に向けた チームアプローチを経験して

和久利 綾子¹⁾・田嶋 神智²⁾

要旨

キーワード：障害受容、チームアプローチ、訪問リハビリ

訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）では日常生活動作（以下、ADL）指導や身体機能訓練、福祉用具の検討・導入、自助具の提案、環境整備等を併用し、その時期に合わせた患者・家族への障害受容を含めた精神的支援も必要となる。

今回、脊髄小脳変性症（以下、SCD）で障害受容の確立が出来ていない女性に対し、障害受容過程における否認期での精神機能面を主としながら、同時に環境面・身体面の方向からも受容に向けたアプローチに取り組んだ。更に、症例に携わるチーム間で対応を統一することを心掛けながら治療を進めた。その結果、障害受容過程における解決への努力期に移行することができた。このような経験から、チームアプローチの重要性や進行性疾患者における障害受容の確立の難しさを改めて理解することができた。

I.はじめに

訪問導入時より、病気への認識が低く、何に対する意欲もなく、夫婦関係も悪化していた。更に、進行性疾患のため、徐々に出来なくなるADLに対し、本人・家人共にストレスが大きくなっていた。そこで、作業療法士（以下、OT）が中心となり、障害受容の心理的過程を常に考慮しながら、各時期の心境の変化に対する評価を行った。その評価内容についてケアマネジャー（以下、CM）、看護師（以下、Ns.）、理学療法士（以下、PT）、家人と共に情報を共有したことで、チームが一環となり、障害受容の確立に向けたアプローチが出来たので以下に報告する。

II.症例紹介

60歳代女性、平成22年SCDと診断され、平成24年9月より訪問サービスが開始。

要介護Ⅱの認定を受けており、夫との二人暮らし。身体機能面の低下に伴い、何に対するやる気もなく消極的な状態だったが、「トイレだけは1人で行きたい」という本人主訴があった。夫の主訴としては「リハビリで進行を遅らせ、一緒に外出や旅行をして楽しみたい」というものであった。

1週間の訪問サービスの流れは、以下の通りである（図1）。

	日	火	水	木	金	土
訪問リハ		訪問リハ		訪問看護		
訪問入浴		訪問入浴		訪問入浴		

図1. 1週間の訪問サービスの流れ

III.初期評価

1. 精神機能面

病気の進行に伴い、夫に頼らなければならぬこと

が増え始めていた。それに加え、十分な病状予後の説明を受けておらず、病気への不安が大きくなっていたため、夫が何度も外出に誘っても拒否していた。更に、自分の気持ちを理解してくれない夫への不満や苛立ちを隠せずにいた。また同様に、夫も病気に対する知識の乏しさから、症例への苛立ちを隠せずにいた。これらの精神的ストレスにより、診断を受けてから体重がおよそ10kg減少していた（41.5kg）。以上の精神面からの評価より、障害受容過程における否認期であると判断した。

2. 環境面

座敷やトイレ、浴室、寝室までの移動時には必ず夫の介助が必要であった。症例自身のストレスと共に、主介護者である夫の介護負担が大きく、介護疲れが見られ始めていた。そのため、早急に屋内の環境整備が必要であった。自室は2階であり、図2で太く示した線が元々設置してあった手すりの位置である（図2）。また、廊下は約3mの幅があり、手すりは設置しているが、壁側に取り付けてあるため、日常的な使用が困難であった。

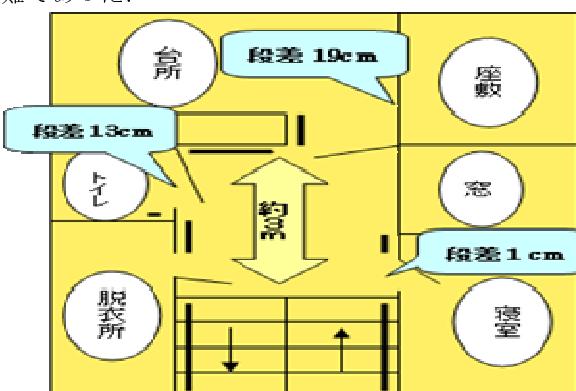


図2.

1) 福井厚生病院 訪問リハビリテーション 2) (株)坂井在宅総合サポートセンター

3. 身体機能面

SCD 重症度分類Ⅲ度でパーキンソン様症状が出現。それにより、下肢・体幹の失調やすり足歩行が見られ、起立性低血圧や眩暈、吐気等の自律神経症状も認められていた。また、基本動作や歩行は、片手支持にて立位可能ではあったが、常に夫の介助が必要な状態であった。FIM は 84 点であり（トイレ：6 点）、活動面での低下を認め、HDS-R は 21 点であった。

IV. 経過：アプローチと経過

評価より否認期であると判断したため、導入開始から過度なアプローチを避け、「訪問スタッフとの信頼関係の形成」「夫の介護量（ストレス）軽減」を目標として考えた。その 2 点の目標達成のため、本人主訴であるトイレへの移動に着目し、まずは環境の改善を試みた。家屋評価後、CM に連絡し、現在の心身の状態を説明、その上で環境整備の重要性を伝えた。それにより、CM や福祉用具専門者との連携が円滑に進み、次回の OT 訪問時に合わせ、福祉用具を持ってきてもらうことができ、早急に手すりを設置することができた（図 3）。



図 3. 階段から見た廊下の手すり設置位置

また、夜間トイレ時にも夫に頼らず自立して移動できるよう、寝室から廊下に出るための手すりの設置も行った。ベッドは病前から使用していたものと変更せず、起き上がりや立ち上がり動作時に使用できるよう、据え置き式の手すりをベッド横にも設置した（図 4）。更に、身体機能維持・向上を目的とし、PT と相談しながら身体プログラムを立案。内容や目的、方法が定まったところで、Ns.にも訓練内容の指導を行い、同時に障害受容の確立に向けたアプローチの方法についても指導した。その後も、変化する心身の状態について毎回情報を交換しながら訓練を進めていった。

以上のアプローチとともに、OT としての専門性を活かし、主体となり取り組んでいったアプローチを報告する。まず、障害受容を確立するためには家族を含めたチームアプローチが必要不可欠であった。そのため、常に受容的であたたかい態度で接して頂くよう、対応の方法について指導を行った。また、症例の言動で気になることや変化があれば、その都度報告してもらうように促した。次に、病気を理解して自身を受け入れてもらうため、病気の進行や各症状における対策についての資料を作成した。それを基に症例・夫を交えて内容を読み深め、病気に対する理解を促した。対応や病状を理解してもらった上で、無理な外出の促しを避け、日中の活動性を高める作業活動や自主訓練への取り組みを指導した。更に、夫にも進行していく病状の変化に気付いてもらえるよう、毎回、リハビリ参加を促した。体力作りのため、Ns.から体重管理についての指導を仰ぎながら、食事への意識付けも同時に実行した。これらのアプローチを約 3 ヶ月間実施した。



図 4. 廊下からみた寝室の手すり設置位置

V. 結果

動線上に手すりを設置したことで、早いうちに日中・夜間のトイレ移動が自立し（FIM84 点⇒90 点）、同時に夫の介護量も大きく軽減した。また、できなくなったり動作ができるようになった、という 1 つの成功体験から、症例の自信へと繋げることもできた。その成功体験により、訪問スタッフとの信頼関係が構築され、相談や指導がスムーズに行えるようになった。更に、夫婦ともに病気への理解が深まったことで、自主訓練や日中の作業活動にも前向きに取り組め、夫婦間での会話も増えてきた。精神面が安定してきたことで、

他者からの話の受け入れが良くなり、食事量も増加。体重も少しづつ増えてきた（41.5kg⇒43.0kg）。

これらの結果、障害受容過程における否認期から混乱期を行き来しながら、解決への努力期へと移行することができた。

VI. 考察

否認期における対応として、稻川ら¹⁾は支持的・保護的にかかわりながら訓練を進める、と報告している。今回の否認の時期では、精神面での評価を行いながら、チームでその時々の状況を常に話し合い、症例に対する対応を一致することができた。また、障害受容の促進において澤田ら²⁾は最も重要な促進要因は家族および夫婦関係が良好なことである。これは家族および夫婦の人間関係そのものが良好であるだけでなく、家族自体が障害を受け入れるということを意味している、と報告している。症例の場合も、はじめは夫婦共に病気についての理解が乏しく、お互いがぶつかり合っていたが、病気への理解を促すため、作成した資料と一緒に読み進めたことや、夫にもリハビリ参加を促したことで少しずつ夫婦間の関係が改善できた。これらの大きな2つの要因に合わせ、環境面・身体面からも積極的なアプローチが出来たことで、否認期から解決への努力期に移行することができたのではないかと考え

る。

しかし、一方で障害受容に影響するマイナス因子として、澤田ら²⁾は障害がよくなったり悪くなったり変動あり、と報告している。そのため、進行性疾患は障害受容過程においてマイナスとして働くこと多くある、ということを常に念頭に置き、更なる評価をしていかなければならない。

今後は、現在の状況で満足せずに、常に変動する心理状況に気を配り、見極め、継続してチームで対応していくことがとても重要であると考える。

引用文献

- 1) 稲川利光：リハビリテーション ビジュアルブック。株式会社 学研メディカル秀潤社、東京、2011, pp377
- 2) 澤田雄二：考える作業療法。株式会社 文光堂、東京、2008, pp183–184

参考文献

- 1) 菅原洋子：作業療法学全書 [改訂第3版] 第4巻 作業療法学1 身体障害。株式会社 協同医書出版社、東京、2008, pp9–12, pp221–230

症例検討 Case3

ある生活のひとコマ

松山 徳英¹⁾

要旨

キーワード：セラピストの役割・主観的幸福感・妻との時間（episode）

利用者の最後（終末期）の在宅生活に関する機会を得て、機能・能力の向上から日常生活動作（以下 ADL）の向上に至った事例を経験した。症例は、76歳男性。主疾患は突発性肺線維症で、在宅サービス開始約1か月前に、肺炎にて入院していた。約6か月在宅サービスを通じ生活能力が向上し、妻と良好な時間を過ごすことができた。しかし、体調が悪化し、在宅サービス終了1か月後、利用者は他界された。終末期を迎えた利用者の自宅生活でのエピソードを通じ、セラピストの役割・妻（家族）との時間など考え直す機会を得た。

I.はじめに

訪問リハビリに従事していると様々な病態を経験する。また、利用者の在宅の環境・生活スタイル・地域との関係などについても同じケースを経験することはない。今回、経験した症例は、人生最後の在宅生活（本人への告知なし）で、田舎の区長などを長くしたことのある方で、山や土地がたくさんあって、近所に息子夫婦がいる妻との二人暮らし、いわゆる「村のダンナンシュウ」の方であった。その経験の中から、在宅でのエピソードを紹介したい。

II.症例紹介

76歳男性。主疾患は突発性肺線維症・慢性呼吸不全。要介護は4。障害高齢者の日常生活自立度はB1、認知症高齢者の日常生活自立度は自立であった。今回は肺炎により約3週間程度入院し、退院後訪問リハビリの依頼があった。

III.理学療法評価

在宅酸素0.5lで、ADLは食事（セッティング・加工必要）以外一部介助。主としてベッド上生活で、座位は見守り、立位は介助が必要な状態であった。基本動作も介助が必要であった。リハ意欲や妻のサポートは良好であり、生活目標として1か月目の目標を自室内移動（離床）、2か月目の目標を自宅内移動（トイレ／食事）、3か月目の目標を屋外移動（日向ぼっこ／散歩）とした。

IV.経過：アプローチと対応

約6か月の経過の中でADLの改善がみられた。特に生活範囲が拡大され、生活目標も達成できた（図1,2）。しかし、4か月目以降からは体調もすぐれない日もあり、訪問リハビリは6か月で終了し、その約1か月後他界された。

経過（約6ヶ月）

ADL : 食事:ベッドサイド → 食卓
排泄:尿器／ポータブル → トイレ
入浴:清拭 → シャワー（介助）
移動:離床 → 杖にて屋外
整容:ベッドサイド → 洗面所

生活目標 : 達成

図1

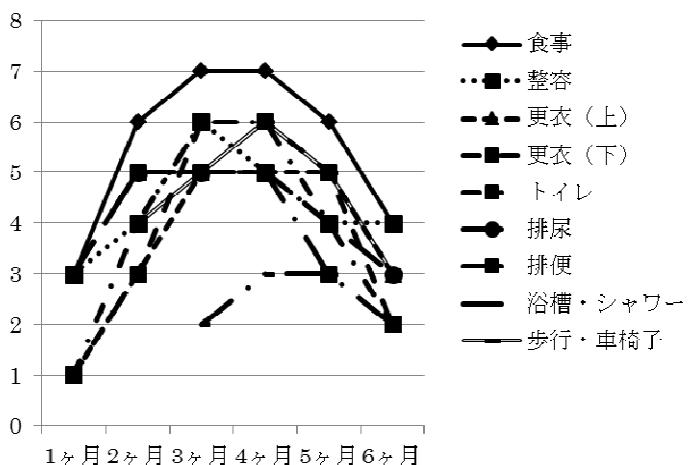


図2

エピソード：

エピソード1：小屋まで行き小屋整理

山仕事が大好きな症例は、小屋にたくさんの山仕事の道具がありました。ある日、酸素をつけ練習して間もないT字杖を片手に母屋から20m程度離れた小屋に一人で出かけました。そして、何をしたかは不明です

が、大変満足な顔をして戻ってきたそうです。後日、訪問した際に尋ねると「小屋の整理や」とニッコリ。

エピソード2：妻の大正琴、演奏会

またある日、体調のすぐれない日が多くなってきた頃、童謡が聞きたいとの要望があったそうです。そこで妻が昔、習っていた大正琴で演奏してあげると演奏に合わせて歌い、ニッコリ。妻も「今まで大正琴を習いに行っていることに後ろめたさを感じていたけど、はじめて認められた感じがした」とニッコリ。

エピソードを通して：エピソード1では、実際には小屋の中は何も変わっていなかったとのこと。しかし、自分の思い出のある場所へ自分の脚で行った、自分の目で確認したということが満足感につながり、「ニッコリ」することができたのであろうか。

エピソード2では、妻が長年いだいていた習い事への後ろめたさをその演奏によって解消することができ、二人とも泣きながらの演奏会になったとのこと。妻は忙しい日常生活の中、趣味に時間をかけていることに後ろめたさを感じていたと思われるが、症例は夫として、十分な理解があったのではないか？もしそうであれば、エピソードを通してお互いを思いやる良好な夫婦関係を再確認することができたのではないか。

他にもドライブなどのエピソードを話してくれた。住み慣れた自宅では思い出も多く、その思い出が活動意欲になる場合も見られる（図3）。在宅生活では、美酒

は¹⁾「動かすものでも動かされるものでもない。本人が動こうという気になること、自分で決める大切さ」と報告している。推測の域を出ないが、症例が最後の在宅生活を感じており、また楽しんでいるようなエピソードであった。

V.考察

今回の症例では、医師より「最後の在宅生活になるかもしれない」との情報の中で、在宅での大きな目標として設定したのは、本人が好きな地域や家族、屋敷内を自分の目で見てほしいとの思いであった。その思いの中で、特に移動能力の向上に努めた。所々に休憩用の椅子を置き、玄関先に出た。庭や地域の説明を楽しそうにしてくれた。その結果、活動性の向上につながり先述のエピソードの中で主観的幸福感を得ることになったと考える。主観的幸福感は森らが²⁾「①身体機能②人間関係③心理的側面④生活環境」という4つの側面があると報告している。生活を共に営む人の有無、関係性も主観的幸福感には大きな影響を与えるとされる。本症例においても限られた身体機能を感じながらも、妻との良好な関係、生活を楽しむ（全うする）エピソード、住み慣れた環境が重要であったと考える。

最後に：症例宅とは、他界後もお仏壇を参りに行かせていただくななど関係が続いている。今回、エピソード1は身体機能改善期、エピソード2は体調不良期のことであった。セラピストの役割として、機能の改善だけでなく、ベッド上のフォローを行う中でも、利用者の主観的幸福感を得られることを体験し、セラピストとして技術の提供のみでなく、在宅での安心の提供を強く感じた。

利用者の様々な在宅での生活の中で、主観的幸福感につながるリハビリを今後も提供していきたいと考える。

エピソードを通して…

- Episode1：小屋まで行き、小屋整理
- Episode2：妻の大正琴、演奏会
- Episode3：若い頃の夢を…
- Episode4：ドライブ

日常の生活空間には、思い出がいっぱい！！



あなたは、誰とどこで、どのように過ごしたいですか？

参考文献

- 1) 備酒信彦：地域ケアを見直そう。医学書院、東京、2003, pp 22~27
- 2) 森常人：高齢者の幸福感と生活実態の関連に関する研究 - 高齢者の住みよい地域づくりを目指して - . 政策科学 13 - 2 : 98-100, 2006

図3

症例検討 Case4

「iPad を使いたい」 ～体調と環境を整えながら～

武澤 舞¹⁾

要旨

キーワード：iPad、体調、環境

今回、訪問リハビリを利用中の症例に、iPad を使用したいという希望があった。本症例は、頸髄損傷受傷後、入院リハビリを経て在宅へ戻ってから数年たっているが、その間に体調の変動などがあり、現在は寝たきりの状態となっている。作業療法士（以下、OT）自身も iPad についての勉強を行いながら、今後生きがいとなるよう、利用法について検討を行い、操作方法やいくつかのアプリを紹介するに至った。

I.はじめに

iPad とは、アップル社が開発・販売を行うタブレット型コンピューターである。近年、iPad の他、似たような機能を持つタブレット型コンピューターは、多くの人が利用するようになっている。OT の評価アプリとして Aid for Decision-making in Occupation Choice（以下、ADOC）も開発された。しかし、OT 自身は iPad に馴染みがなく、常々このようなツールを使用することについて苦手意識を持っていたため、積極的に利用しようとは思わなかった。しかし、今後このようなツールの使用を希望する利用者は増えていくことが予想される。

今回、頸髄損傷の既往があり、iPad を使用したいという症例を経験した。本症例は体調の変動も大きく、積極的に活動が行えないこともあったが、体調や環境を整えながら、操作方法などを検討していった過程を報告させていただく。

II.症例紹介

症例は、60 代の女性で平成 2X 年に頸髄損傷（C3～5）を受傷し、約 4 か月病院でのリハビリを受け同年に自宅退院。その後、訪問看護、訪問介護、訪問入浴、福祉用具貸与、訪問マッサージ、訪問リハビリの介入を受けながら生活していた。主な介護者は夫であるが、息子夫婦・孫と同居されている。

既往には糖尿病と褥瘡があり、現在糖尿病は内服コントロールのみで、褥瘡は完治している。

性格は、穏やかだが意思ははつきりしている。日常的に心気的な訴えは多い。認知面は、体調により違いがあり、悪い時は傾眠状態となりその間の記憶は曖昧となるが、普段は物忘れ程度である。

III.生活状況と訪問リハビリの経過

受傷後の退院からすぐに理学療法士（以下、PT）と

OT の訪問リハビリを開始している。自宅での離床時間の確保や食事などの活動への参加、訪問介護士への移乗指導など行っていたが、四肢のしびれ感や不調の訴えが多くなり、徐々に離床時間が減少していく。その後、2～3 年の間に食事と水分摂取量が低下し、血糖・血圧などが安定しなくなった。その影響で傾眠状態となることもあったため、訪問看護師と相談し、体調に合わせ離床時間の調整などを行っていた。しかし、そこからさらに体力は低下し、平成 25 年 10 月頃から声量低下していき、嚥下機能にも低下がみられたため 11 月から言語聴覚士（以下、ST）の訪問リハビリも開始となった。しかし、11 月末に意識レベルの低下あり、救急搬送後に入院となった。一時絶食となつたが、経口摂取可能となり、12 月末に退院された。

退院後の生活状況は、食事と水分は退院前よりも活気があるため、血圧と血糖も安定した。身体機能は、頸部の保持は困難で、上肢は左肩関節がわずかに平行運動を行える程度である。両手指は伸展拘縮があり、随意性はない。機能的自立度評価表（以下、FIM）は、44/126 点（運動項目 13 点・認知項目 31 点）と退院前と変わらず全ての動作に介助が必要な状態である。体力は、ベッドギヤッジアップ 70° で 20 分ほどの活動を行うと、疲れやめまいの訴えがあり長時間の活動は困難な状態である。元々、心気的な訴えが多く、辛いことやできることに対してはモチベーションも低い。そのため、退院後は特に離床時間が確保しにくくなっている。

IV.介入時

iPad は、今回退院時にプレゼントされ、OT と使用方法を検討することになった。家族は、「寝てばかりなので刺激になるように、また、将来的に生きがいとなるようにしてもらいたい」と希望があり、本人は「何ができるかわからないけど興味はある」という状態で

1) 医療法人健康会 鳴田病院 リハビリテーション部

あった。

そこで訪問リハビリの目標として PT と ST とで相談し、共通目標として「ギヤッジアップから始め、リクライニング車椅子での離床時間を確保していく」「食事と水分をとり、大きな声で会話する」をあげた。そこから OT は、並行して「iPad で何ができるかを探り、自分でできることを増やす」ことにした。

介入時、本症例は iPad の使い方がわからないため、夫の操作にて、動画を視聴するためだけに利用していた。

まず本症例に何がしたいか希望を聞いたが、OT 自身が iPad に馴染みがなく何ができるかわからず、本症例との話し合いも、希望の聞き取りも進まなかつた。そのため、iPad で何ができるか確認することから始まつた。調べると、アプリを使用して音楽・写真・動画の視聴やメール、インターネット、読書、通話、ゲームなど様々なことが行えることが分かつた。

そのことを伝え、再度希望を聞くと「自分で本が読みたい」という希望がでてきた。そこで、「iPad を触って自分で本を読む」ことを目標に操作方法を検討していくことにした。

V.操作方法の検討

本症例自身で操作してみたいとの希望もあり、iPad 自体を操作することから始めてみた。iPad は、主にホームボタン、タッチパネル、音声認識で大体の操作を行えるので、それぞれを行ってみることにした。

まずは、とりかかりやすい音声認識から行った。体力を考慮し、ベッドギャッジアップの状態で、オーバーテーブルの上に iPad を設置した。傾き調整しやすくするために、写真立てのフレームを使用した(図 1)。



図 1

音声認識は、起動してアプリを開き、iPad に向かって発語すれば良い。言葉が正しく認識されれば、その言葉について検索されたり、対応するアプリが開かれたりする。認識されなければ、それらは行われず、再度発語するよう促される。本症例に発語してもらった

ところ、全体の 2/3 程は認識され、本症例の意欲も高い状態で行うことができた。

しかし、音声認識だけでは全ての操作は行えないため、タッチパネルで実際に触って操作を行ってみることにした。本症例とわずかに動く左上肢を使用して行ってみることを相談し、ポータブルスプリングバランサーと手関節保持のスプリントを使用して触ってみた(図 2)。



図 2

ポータブルスプリングバランサーを使用し、iPad のある位置まで左手を動かすことはできたが、伸展拘縮のある指ではしっかりと画面に接地できず、タッチパネルが反応しなかつた。そのため簡易的なタッチペンを作成し、再度挑戦することになった。タッチパネルは静電容量式であり、帶電するもので作成しなければならない。まずは簡単にモールのついた針金とアルミニウムで成形し、スプリントと共に装着してもらった(図 3)。



図 3

タッチペンの先でタッチパネルに触ってみると、指よりも反応は良く、狙いも定まりやすくなつた。しかし、タッチペンの強度が低くホームボタンは押せなかつた。

直接 iPad に触れる練習は、ポータブルスプリング

バランサーを使用していても、自分で左手を動かすことがかなり負担となったため、疲れやすく 20 分装着して練習できれば良いほうであった。そのため、触って操作する方法では、本症例の意欲は低めであった。

VII. 結果

このように操作方法を検討して行ってみたところ、音声認識に関しては、2/3 程度認識され、本症例の意欲も高く取り組むことが出来たため、ST にも協力してもらい練習していくことになった。

そして、実際に本症例自身で触って操作するにはかなりの練習時間が必要となることと、体力のさらなる向上が必要であることが分かった。そのため、本症例とも話し合い、普段の利用には介助者である夫と操作を分担していくことが、今後自分でできる部分を増やしていく足掛かりになるとを考えた。

ここまで、自分で iPad の操作を行う方法を検討してきたが、実際は夫の協力の元に使用していくことになる。そこで、iPad で本を読むために、次はアプリの検索を行っていくことにした。iPad 対応のアプリは多く、「東京都障害者 IT 地域支援センター」のホームページに一覧となって障害者が使いやすいアプリの紹介がされている。その中でも、本症例に対して、首振り動作でページがめくれるものや、文章を音声で読み上げるアプリの紹介をした。その他、写真の共有や、カラオケができるアプリを見つけたので、読書以外に楽

しめそうなアプリも一緒に伝えることにした。

これらのアプリをダウンロードし、実際に使用してみたことはまだない。今後、本症例と夫と相談しながら進めていくことになる。

VII. おわりに

今回、iPad を使いたいという希望を持つ利用者と関わることとなり、操作方法やアプリの種類などを検討し、調べる機会を得た。新しいものが次々と出てくる中で、OT 自身が苦手意識を持ってしまっては、利用者のやりたいことを潰してしまうことにもなりかねない。実際、訪問リハビリで利用者と iPad を使用し快刺激を与える、リハビリに応用しているとの報告もある¹⁾。個人で楽しむもの他、医療分野でも評価や情報共有のツールとして利用され、アプリの開発もされている²⁾なか、OT 自身が情報を収集し何事にも興味を持つて知りいかなければならないと感じた。

今回、このような機会を与えてくれた本症例と、症例報告会で指導してくださった先生方に深く感謝の意を敬し、ここに報告させていただく。

引用・参考文献

- 1) 吉良健司：訪問リハビリテーションと iPad. 総合リハ 40 卷 7 号 : pp1038–1039, 2012.
- 2) 宮川一郎：整形外科疾患のリハビリテーションと iPad. 総合リハ 40 卷 6 号 : pp921–927, 2012

「訪問リハビリ終了について考える」

立井 知美¹⁾・小林 裕和¹⁾

要旨

キーワード：終了、目標達成、継続

訪問リハビリテーション(以下、訪問リハ)は、病院や施設を退院・退所後や、在宅生活が困難となった時期に開始されることが多い。一方で訪問リハ終了に関しては様々な問題がある。機能改善や環境調整等により、セラピストが考える最終的な目標を達成し、安定した在宅生活が送れるようになっても、訪問リハ終了後の生活に対する不安やなじみの人が来なくなる喪失感などの心理的要因、終了後に利用できるサービスや社会資源が少ないという社会的要因などの理由で、終了できないケースが少なくない。今回のケースも先に挙げたように、目標を達成し在宅生活が安定したが、心理的要因により終了困難なケースである。今回本ケースを通して、最適な終了時期を検討する機会を得た。望ましい終了について、訪問リハに携わるセラピストの統一した見解をつくる一助となれば幸いである。

I. ケース紹介

ケースは75歳男性、2012年4月7日畑仕事中、耕耘機に下肢を巻き込まれ、両側下肢多発開放骨折受傷。4月10日左大腿切断手術、5月10日右腓骨プレート固定、後果スクリュー固定手術施行。受傷前は、畑仕事や地域行事への参加等活動的に過ごされていた。同年11月15日に自宅退院となった。入院中はリハビリや日常生活動作(以下、ADL)に対する自発性や意欲が低く、依存的な面がみられていた。

退院後は、訪問リハ(週1回、60分)、デイサービス(以下、デイ、週1回)を利用することになった。まずはサービスを利用しながら、安全に在宅生活が送れることをチーム内の共通目標とした。本人の希望は、「自分でトイレに行けるようになるといい」家族の希望は、「自分のことは自分でできるようになってほしい。歩く練習もしてほしい」であった。家族構成は、妻、長男家族との6人暮らし。障害老人日常生活自立度判定基準はA1、認知症日常生活自立度判定基準は自立、要介護認定区分は要介護3であった。コミュニケーションは良好であったが、妻に対しては易怒的で、依存的な面がみられた。

II. 開始時評価

訪問リハは退院6日後より開始となった。車いすとベッド間の移乗は自立していたが、右下肢に荷重時痛や関節可動域制限が残存しており、立位保持が困難であった。Functional Independence Measureは126点中101点で、車いすでの移動は自立していたが、整容や下衣の更衣、トイレ動作、入浴、歩行・階段(未実施)など、立位保持が必要な動作は要介助レベルであった。また、左断端にソケットによる擦過傷の既往があり、大腿義足(以下、義足)は使用しておらず、歩行に対しても「またそのうちに」と消極的であった。そのため

今後歩行意欲が向上した際に必要となる、身体機能の維持・向上もリハビリプログラムに含めることにした。短期目標は「右下肢の疼痛緩和・安定した立位保持の獲得」長期目標は「トイレ、入浴動作の介助量軽減・自立」とした。

III. 経過

開始1ヶ月後には徐々に右下肢の荷重時痛が軽減し、右下肢での立位保持が可能となった。開始2ヶ月後には義足を装着し、左下肢への荷重練習を開始した。この時点で当初立てた短期目標を達成した。開始3ヶ月後には、車いす→床への移乗、プッシュアップ移動が可能となり、入浴動作が自立となった。トイレ動作では、車いすでの移動が可能となるよう敷居部分にスロープを設置し、据え置き型の手すりをレンタルした。その頃には、ベッド周囲の伝い歩きが可能となっていたため、荷重練習や下肢の振り出し練習も開始した。開始4ヶ月後には車いす→便座への移乗、立位での下衣上げ下げが可能となり、トイレ動作が自立となった。開始当初の長期目標も達成し、今後の生活や目標について話し合いをしたところ、「歩けるかな」と歩行に対して前向きな発言が聞かれた。そこで新たな短期目標を、自宅内歩行の獲得、ADL能力の維持とした。歩行練習や段差昇降練習も取り入れ、開始9ヶ月後の要介護認定更新では、要介護3から要介護2へと介護度が軽減した。その際に開催された担当者会議では、ADLが維持できていたこと、デイの利用が継続できており本ケースの楽しみになっていたことから、自宅内歩行の獲得をもって、訪問リハを終了することを提案した。

開始11ヶ月後には平行棒内歩行、屋内での歩行器歩行が自立となり、松葉杖歩行、玄関の段差昇降も見守りで可能となった。洗濯物たたみや掃除機かけ、留守番や孫の宿題をみる等の家庭内での役割もできた。

しかし、実生活での移動では車いすを使用しており、歩行は訪問リハや自主トレーニング(以下、自主トレ)のみとなっていた。デイにも、義足は邪魔になるからと持って行くことは無く、歩行はモチベーション維持のために行うに留まっていた。

自宅内歩行の獲得とADL能力の維持を達成し、自主トレの継続により心身機能が維持できていたこと、在宅生活が安定していたこと、現時点で新たな課題が無かったことから、開始11カ月後に訪問リハの終了を提案した。また他者と交流ができるデイを楽しみにされており、外出頻度の少ない本ケースにとって良い機会になっていたことから、デイの増回もしくは、本ケースに向いている作業活動のあるデイケアの利用を提案した。しかし、終了に向けた話し合いになると本ケースからは「訪問リハに来てもらわないと悪くなる」家族からは「リハビリの時は楽しそうにしている。リハビリを続けたい」と言われ、ケアプラン上も終了が困難な状態であった。

一般的に訪問リハ介入により目標が達成し、その人らしく安定した在宅生活が獲得できたとき、訪問リハが終了となることが多い。しかし、心理的要因や社会的要因などにより終了が難しいケースも少なくない。本ケースにおいても目標を達成し、在宅生活が安定したにもかかわらず、心理的要因により終了できずに訪問リハが継続となった。

4. 考察

適切な時期に訪問リハを終了するメリットには、①利用者の主体性の低下を防ぎ、自立を促す②訪問リハの効果が明確になる③漫然とした訪問リハの長期化を防ぐ④訪問リハが必要な人に、必要な時期に提供できる(訪問リハの供給量の確保)等があげられる。また、デメリットには①訪問リハ終了後の支援体制が不十分であると、意欲面や生活に対する不安が残りやすい②活動意欲の低下③目標を見失いやすい④状態変化時の早期発見がしにくい、が挙げられる[図1]。

《メリット》
・利用者の主体性の低下を防ぎ、自立を促す
・訪問リハの効果が明確になる
・漫然とした訪問リハの長期化を防ぐ。必要な方に必要な時期に提供できる(訪問リハの供給量の確保)

《デメリット》
・訪問リハ終了後の支援体制が不十分
・活動意欲の低下
・目標を見失いやすい
・状態変化時の早期発見がしにくい

[図1]適切な時期に終了した場合

また、サービスが継続になった場合のメリットには①家族・本人の要望に応えられることで生活の質の向上が図れる②リハ目線での状態把握により、状態変化時に迅速に対応ができる③ステーション運営上のメリ

ットとしては利用者の絶対数の確保が可能、等が挙げられる。デメリットには、①長期化により漫然としたサービスを提供していると捉えられる②訪問リハの効果が目立ちにくい③主体性を持った自立の機会を逃してしまう④訪問リハの供給量の確保ができない⑤保険料の高騰につながる等が挙げられる[図2]。

《メリット》
・本人、家族の要望に応えられる=QOLの向上
・リハ目線での状態把握により、迅速な対応が可能
・ステーション運営上のメリットとして利用者の絶対数の確保が可能

《デメリット》
・長期化により漫然としたサービスを提供していると捉えられる
・リハの効果が目立ちにくい
・主体性を持った自立の機会を逃してしまう
・訪問リハ供給量の確保ができない
・保険料の高騰につながる

[図2]サービス継続になった場合

以上を踏まえ、訪問リハが継続となった本ケースに当たはめた場合のメリットとしては、「現在と変わらない生活をすることで、本人・家族の精神的安定を保てる」「定期的にリハ目線での状態把握ができ、状態変化時に迅速な対応ができる」が考えられ、デメリットには、「訪問リハに対しての依存が生じ、主体性が損なわれる」「新たな目標設定が明確に行えず、漫然としたサービスと捉えられる」「訪問リハの供給量の確保ができない」「保険料の高騰につながる」等が考えられる。

今回の事例検討会では、「目標達成により訪問リハが終了可能なケースにおいて、さまざまな要因から継続の選択がなされた場合に、どのような関わり方をすれば訪問リハの役割を果たすことができるか」を話し合う機会を得た。目標を明確にし、期間を決めて関わることや、終了に対する不安を払拭するため、終了後のモニタリングの実施や状態変化時の対応についての説明を行うこと、他サービスへの移行を円滑に行ったり、社会資源の有効活用のため他職種と連携を図ること等の意見が得られた。

訪問リハの終了に関しては、以前より議論されているが、利用者を取り巻く環境はさまざまに画一的な終了の形はない。訪問リハの継続的な関わりが必要な利用者が少なからず存在することも事実である。しかし、終了が可能なケースへの長期的な介入は、ケースの主体性低下を招き自立の妨げとなってしまうばかりでなく、訪問リハサービス自体が、漫然と提供される効果の明確でないサービスという印象を持たれることにも繋がるのではないかと考えられる。まずは継続が必要なケースと終了が可能なケースを明確に分け、積極的に関わる期間を見極める必要があると感じた。また、終了可能なケースに対しては、訪問リハ開始時より明確で具体的な目標設定を行い、一定期間毎に本人や家族、ケアマネなど他職種と目標を確認・見直し、終了

に向けての合意形成を行うことが重要である。終了が困難なケースに対しては、現在どのような状況であるかの説明を十分に行うこと、継続・終了のメリット・デメリットを十分に説明すること、継続の理由を明確に伝えること等が重要であると感じた。この機会を通して、訪問リハの役割や可能性を改めて確認することができた反面、説明が十分に行われず、終了や継続することで、訪問リハサービス自体のイメージが低下し

てしまう危険性があることも確認できた。

参考文献

矢野宏行：訪問リハビリの役割の明確化と他職種協働から訪問リハビリのアプローチを考える。訪問リハビリテーション 3(2) : 517-524, 2013.

真鍋阿沙子：病院からの訪問リハビリテーションの立場から。訪問リハビリテーション(3)2:525-532. 2013.

症例検討 Case6

家族因子の影響によりサービスの中止を繰り返した 高次脳機能障害の一例

長岡富子¹⁾・今尾佳寿¹⁾・矢敷英子¹⁾

要旨

キーワード：家庭因子、高次脳機能障害、家族との関わり方

脳出血後、失語症等の高次脳機能障害を呈した症例を経験した。症例は、言語機能向上のためリハビリに対し意欲的に取り組んでいた。しかし、症例を取り巻く家族環境の影響により、サービスの提供が中断を繰り返した。訪問で関わるセラピストとしてどのような対応が必要であったのかを振り返り、訪問再開となった今、在宅での生活支援を考察する。

I.はじめに

今回、家庭因子の影響でサービスの中止を余儀なくされた高次脳機能障害の症例を経験した。症例の在宅での状況や家族の状態など症例に対する情報は、言語聴覚士（以下、ST）のみならず介護支援専門員（以下、ケアマネージャー）なども把握することが困難であった。関わっていく中で症例のみならず、症例を取り巻く環境すべてに目を向け関わっていくことの難しさを学んだ。本稿では今までのサービスの流れとともに、どのような対応が必要であるのかを若干の考察を加え報告する。

II.症例紹介

60代男性、脳出血による右片麻痺、失語症・構音障害を認めた。また易怒性の高次脳機能障害が残存した。併存疾患として高血圧、てんかんがあった。訪問開始時の Brunnstrom stage は右下肢III、右上肢III、手指III、移動は4点杖歩行、日常生活動作は排泄・入浴で部分介助、その他見守りレベルであった。障害者の日常生活自立度はA2、介護認定状況は要介護2であった。性格傾向としては秘密主義で頑固な性格、主訴は、失語症のため聴取困難であり、「言葉が出るようになりたいか」との問い合わせに大きく頷きがみられた。

III.家族因子

家族構成は主介護者である母と双子の息子の4人暮らし、キーパーソンは別居している長女、症例らのすべての金銭管理を行っているが、症例の家に来ることはほとんどない。同居している家族は精神的な問題があり、母は被害妄想が強く、迷惑行為もみとめられ警察の介入が複数回あった。また長男はうつ病、二男は強迫性障害があり、症例に対して理解は乏しく、協力を得ることは難しい状態であった。また息子達は無職で症例と母の年金で暮らしていた。

IV.サービス導入の経緯と内容

発症6カ月で退院、サービスは使わず自宅療養をしていた。その5カ月後食事の世話をしていた母が転倒骨折で入院し介護者が不在により、在宅生活が困難となつたため施設入所した。母の状態が安定し症例と共に家へ戻ったところで、週に1回ずつデイケア・看護師とSTの訪問看護の導入となった。

V.言語聴覚療法評価と問題点

すべての検査バッテリーに拒否があつたため、主観的評価を実施した。高次脳機能面は、易怒性があり、家族に意思が伝わらないこと、症例を否定した時や詮索した時に強く現れていた。言語理解は日常会話レベル、言語表出は主に指さし・ジェスチャー、「あれ」「そやの」「なんも」が多くその他の有意味語の表出はほとんどみられなかつたが、音読・復唱は単語レベルで表出可能であった。構音面は発話明瞭度3、異常度3、右口角下垂・舌右偏移、s, t, r音でひずみがあつた。

これらの主観的評価や家庭環境を踏まえて症例の問題点を考え、長期目標として家族内での意思伝達の向上、また短期目標として会話での有意味語の増加とした。（図1）

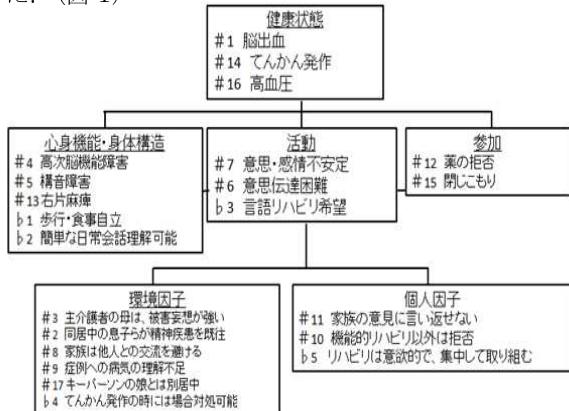


図1 ICF沿った問題点

1) 有限会社 ほっとリハビリシステムズ リハビリテーション事業部

VII. サービスの経過

①サービス導入 1カ月

家族の精神面の不安定さが現れ、「リハビリを受けていながら全然良くなっていない」「何言っているか分からぬ」と症例に向かって述べる事が増え、すべてのサービスで症例の拒否がみられたため中断となった。1カ月後中断となった理由と家庭内の状況を共有するためサービス担当者会議が開かれ、改めてサービスが再開した。

②サービス開始より 3~4カ月

薬を服用しないことが続き、てんかん発作が出現し入院となった。退院後自宅に戻った症例と家族で金銭トラブルがあり、在宅での生活に拒否がみられ母とともに施設入所になった。

③サービス開始より 6~7カ月

帰宅願望が強くなり自宅に戻ることとなった。それに伴って、訪問看護・デイサービスが再開した。言語訓練を行うにつれて、日常会話の際単語レベルの有意味語が少しずつ増えていった。それを実感した症例は「もっとリハビリをしたい」と感じ ST の訪問増回を希望した。しかし、息子らに「お父さんばかりお金を使って俺たちはどうするんや」と責められ、サービスを中断せざるを得なくなってしまった。

④訪問での ST の動き

訪問では、バイタル測定後言語訓練を中心に行つた、その中でいつも違う様子や発言があった際、ケアマネージャーに連絡し、担当者会議を設定、関わっているスタッフで対応策を考えていた。

VIII. 考察

今回サービスの中断が繰り返された原因として、2つのことが考えられた。1つ目は症例と関わっている家族に一切会うことができず、体調の確認や症例と家族が関わる中で何が困っているかなどの情報を得ることができなかつたことである。そのため ST も情報が得られなかつたため、大丈夫だと過信し言語訓練しか行っておらず、症例が薬を服用していなかつた事や家庭内のトラブルに気づくことができなかつた。2つ目は、ST が家族へ症例の機能面の説明やコミュニケーション方法の指導を行えず、家族が症例の病気の理解を深めることができなかつたことである。症例自身、失語症により意思の伝達が難しく、また家族自身もコミュニケーション方法が分からず、一方的に意見を押し付けていた。そのため、症例・家族ともにストレスを増大させたことが家族間でのトラブルに繋がつたと思われた。

症例は現在入所し在宅から離れているが、「いつかは自宅に戻りたい、家族と話ができるようになりたい」と訴えている。自宅に戻るにあたって今までの関わり方では、以前のように再び中断が繰り返され、症例の目標も達成できないのではないかと予想される。そのため今後の関わりは、ST としてコミュニケーション能力の向上や代用手段を見つけ家族に伝えること、ケアマネージャーや通所スタッフとこまめに連絡・相談を行い全員で情報を共有し把握することが必要であると考える。家族との関わりはこれからも直接的な関わりは難しいと思われるものの、家族へ書面などの間接的に関われる方法で症例の事を報告し、症例への病気の理解を深めることができるよう少しずつでもアプローチしていきたいと思う。また皆のストレスを軽減するため、時にショートステイ等で家を離れる期間も取り入れていけるよう提案していきたい。そうすることで家族因子の影響が緩和され、自宅での生活が症例・家族ともにより良いものになると考えた。

VIII. まとめ

現在、自宅での生活は困難で母親と入所し再び訪問・通所サービスを開始されている。今後は症例だけでなく主介護者の母親、息子らの健康状態の悪化も懸念され、少しでも家族とともに自分らしく過ごしていくための様々なサービスの導入も必要になっていくと思われる。その都度症例や家族が納得するよう関わっていく方法を考え試みることを今回の症例で学ぶことができ、今後の経験に生かしていきたいと考えた。

引用文献

- (1) 森田秋子・他 (編) : 在宅・施設リハビリテーションにおける 言語聴覚士のための地域言語聴覚療法, 三輪書店, 2014. p 14-19, 49-50.

訪問拒否を経験して ～課題と対応～

中田涼介¹⁾・田中絵美子¹⁾・笠嶋珠江¹⁾・豊岡功¹⁾・松井一人¹⁾

要旨

キーワード：訪問リハ、訪問拒否、担当変更

今回、訪問看護におけるリハビリテーション（以下、訪問リハ）を提供する中で2度にわたる担当変更の申出を受け、担当変更へと至った症例を経験した。「肩の痛みを無くして欲しい」との要望から、評価とアプローチ手段の検討・実践を行うが、最終的に担当変更へと至った。改めて介入に対する考察を行い、問題点の表出・確認を行うことで、今後の訪問リハに活かしていきたいと考える。

I.はじめに

伊藤¹⁾によると、訪問リハの役割で最も重要な点は、「対象者の心身の機能の適切な評価と予後予測である」としており、また同時に「個々の要素的な機能障害に捉われるのではなく、心理的要因や環境的要因と絡み合って生じる生活機能低下へアプローチしていく視点が重要となる」と述べている。

本稿では、利用者の問題やニードの把握のみならず、アプローチを行うまでの説明や同意に加え、設定した目標の共有や予後予測が十分に行えなかった結果、担当変更へと至った症例について記載する。変更を経て、今後、同様の事態を繰り返さないため、改めて考察を行い、問題点の表出と確認を行う。

II.症例紹介

70歳男性、要支援2。主疾患は脳出血、平成25年2月中旬に発症、左不全麻痺を呈される。既往歴として平成15年頃に交通事故にて右膝関節にボルト挿入（術式不明）。平成25年7月より予防通所介護を週2回利用。「肩痛を無くして欲しい」との希望により、H26年7月より訪問リハ開始となる。

ケアプランは身体機能の維持・向上、肩含め上肢～体幹の筋緊張緩和である。

III.理学療法評価

全体像はやや寡黙で、コミュニケーションは良好も思っていることを直接的に表出することは少ない方である。主訴としては、「肩の痛みを無くして欲しい」であった。

疼痛部位は右肩関節～右頸部後方が主であるが、日により右肘関節前面や下腿後面など訴えが変化する場合もみられた。

触診では、僧帽筋上部線維や肩甲挙筋を中心に筋緊張が増加しており、左右差についてはほぼ認められない。

疼痛程度はface scaleにて4程度であり、疼痛の種

類としてはズシンと重だるいような痛みと表現される。疼痛の発生する状況は、安静時・動作時共に見られ、動作時は右肩の運動全般に、疼痛が出現していた。

Brunnstrom stageは上下肢・手指共にstage V。

障害老人の日常生活自立度はA2レベル、外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。訪問開始時の状況として、食事やトイレといった生活動作以外では屋外歩行を約30分行われることがあるものの、それ以外の時間はベッドに臥床しテレビ鑑賞をされることが多い。

日常生活活動(Activities of Daily Living:以下、ADL)は、機能的自立度評価表(Functional Independence Measure:以下、FIM)にて126点中125点、減点項目は階段で手すりを必要とするため6点となつた。

徒手筋力検査(Manual Muscle Test、以下MMT)では上下肢で4～5レベル。

関節可動域(Range Of Motion、以下ROM)は、右膝関節屈曲30°制限あり。このことから、床からの立ち上がりにおいて自立レベルであるものの、前述の右膝関節可動域制限の影響で、主に左脚を使用しての立ち上がりを行う。しかし、殿部の離床から立位を取るまでの間はほとんど左脚のみでの支持となり、バランスの保持にやや不安定さが残る。歩行状態として、屋内・屋外共にT字杖で自立されているが、右膝関節屈曲が乏しく、振り出し時は右股関節の外転による代償動作にて歩行する。

IV.経過：アプローチと対応

①訪問開始～1度目の担当変更の申し出まで

訪問開始時点での目標設定として、主訴である肩関節周辺の疼痛軽減、活動量を増加し体力の維持・向上、そして自宅内・外での移動手段である歩行動作の安定性を向上という3つの項目を設定した。

肩部周辺の疼痛は、最も訴えの多かった僧帽筋上部

1) 有限会社 ほっとリハビリシステムズ リハビリテーション事業部

線維や肩甲挙筋を中心に、軟部組織モビライゼーションを施行。緊張の高い部位の柔軟性・伸張性を確保し、疼痛緩和を目指した。また、上下肢に対し関節可動域訓練や臥位・立位での筋力訓練、自宅廊下での歩行訓練（約20m）を実施した。

しかし、「肩の痛みが良くならない」との理由から、訪問開始2回目に担当変更の要望を受けた。

この時点での問題点として、本症例に対して評価・情報収集不足から課題分析・目標設定・予後予測が不明確となってしまった点が挙げられる。具体的には、日常生活動作を分析できおらず、疼痛がなぜ引き起こされるのかという原因追及が行えていない点、以前の生活歴や家での役割、性格などの個人因子を評価できていないことが挙げられる。また、この課題と併せて本症例のニードの理解不足にもつながったと考える。今回、本症例に対して、どのような理由で、どんな介入を行うのか、という治療内容の説明や、本症例に対する現時点での身体状況の説明も不足していた。

今回の問題点に対する対応として、職場の先輩、介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）への現状報告と介入における相談を行い、頂いた意見からアプローチ方法の再考を行った。目標設定として、肩部周辺の疼痛緩和を最優先とし、徐々に活動量の増加を行うようにアプローチを変更した。また、本症例に対しては本症例に病状・介入内容を説明し、理解いただけるよう努めた。

②目標変更後～二度目の担当変更の申し出まで

軟部組織モビライゼーションと関節可動域訓練のみのプログラムへと変更。

しかし、6回目の介入後に「肩だけでなく、歩行動作や生活動作をみて欲しい」とのご意見を頂き、最終的に担当変更へと至った。

今回の問題点として、まず介入を行った際の、本症例に対する介入内容・身体状況の確認が不足していた点が挙げられる。肩の疼痛を軽減するためのプログラムに固執し、日常生活動作を十分把握出来ておらず、活動量増加に向けたプログラムの提案を行っていない。そして、本症例の評価・情報収集不足が、評価結果の情報処理、課題分析の不足にも繋がり、疼痛の悪化を予防できる、基本姿勢や生活動作指導といった予防的アプローチは行えていなかった。これらのことからも、介入内容や目標共有も利用者様への説明が不十分であったことが原因と考える。

V.考察

生活環境においても、本症例は仕事や家事などの役割活動である2次活動や、余暇活動である3次活動が少ない状況と考えられる。その人らしい生活をお支え

するには、その方の在宅や地域、社会での役割を把握し、その活動時間を活用しながらも、3次活動の内容をTV鑑賞などの消極的なものではなく、より主体的に活動的なものになるよう、提案し働きかけることも重要と考えられる。

藤本²⁾は、「ニコニコ法」（図1）という評価スケールを用いて、在宅における主な観察・支援方法は4つの視点と支援があると述べている。この「ニコニコ法」は大きく4つの項目で分類されており、①は主に医療サービスで対応可能な身体状況、②は主に介護サービスで対応可能な取り巻く環境であり、フォーマルサービスで対応可能な部分とされる。③の精神状態の項目は症例自身の性格や自己管理能力などを表し、これに含まれないものは④の他の項目に大別される。③と④についてはインフォーマル的なサービスも含み見え辛い部分であるが、在宅生活において大きな役割を果たし、見逃してはいけない項目とされる。このように、在宅リハビリにおいて考慮すべき項目が多岐にわたるが、いずれも短期間のうちに解決すべき課題を明確にしていかなければ、具体的な目標は立てられないとされる。今回は、この「ニコニコ法」を用いて考察を行う。

①の身体状況については、訪問リハにて介入を行ってきたが、肩部の疼痛の評価やADL動作の分析が不十分であった。その結果、疼痛を引き起こす原因追及ができず、姿勢や生活動作指導といった予防的アプローチへと繋げることができなかつた。②の取り巻く環境については、週2回の予防通所介護利用・週1回の訪問リハ継続されており、サービスを用いた活動量は維持できていると考える。

③の精神状態については、「やってもらうリハ」の意識が強く、リハへの依存度が高く感じた。しかし私自身も疼痛評価や動作分析などの評価が不十分であり、具体的な自主練習の提案・指導が行えておらず、自己管理の促しが行えていない。そして④の他の状況では、本症例の肩の疼痛が軽減しない、歩行動作もみて欲しいなどのニードがあるにも関わらず、最終的に本人が今後どうなっていきたいのか、生活目標や予後

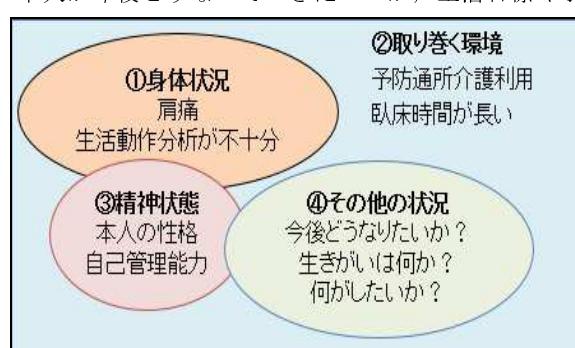


図1 「ニコニコ法」を用いた評価

訪問リハの役割として、適切な評価と予後予測を基にリハプログラム立案する。また、生活環境として家屋構造のみでなく、利用者様の家庭や社会での役割や精神状態などを把握する広い視点を持ち、(I) ADL能力・生活機能向上と社会参加の向上を働きかける必要があると考える。

1回の訪問リハにおいて全ての情報を把握する事は難しいが、他サービスやケアマネジャーを通して事前に情報収集し、情報共有を行うことが重要と考える。

また介入毎に効果判定を行い、その時点での問題点や課題を再検討する振り返りを行い、ご利用者様に介入方法の目的を明確に説明し、目標を共有しながら進めていくことが重要であると考える。（図2）

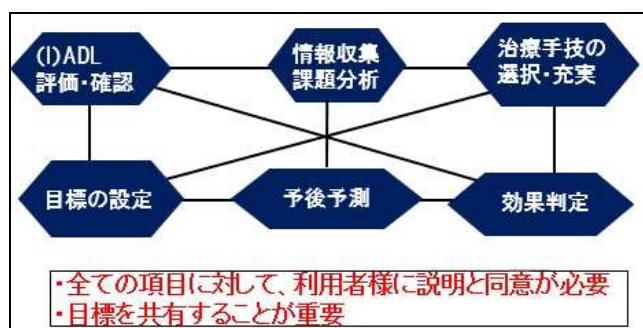


図2 訪問リハの役割

最後に自身の課題として、評価技術の向上と柔軟な対応、情報収集などの積極的な行動が今後行えるように努めていくことが大切であると考えた。

評価技術の向上のために、利用者様への評価・介入を繰り返し、通所や訪問にて、各々の問題点と適した介入方法を模索し続けることや、介入方法の選択肢を広げるためにも事例検討を繰り返すことが大切と考える。そして、柔軟な対応や積極的な介入を行うには、失敗を恐れない心を持ち、自身の精神的な弱さを改めて把握・自覚した上で、積極的に介入を行うことが重要であると考えた。

引用文献

- 1) 全国リハビリテーション研究会：訪問リハビリテーション実践テキスト，2009，pp14-36
- 2) 藤本義道：運動器疾患における在宅理学療法の可能性 理学療法ジャーナル 47（9），2013，pp787-794

訪問リハビリテーション振興委員会