

橋梗塞発症後、在宅における 廃用からの脱却を目指した一症例

～活動・参加へのアプローチを再検討して～

水原 彩¹⁾，小幡 彰¹⁾

¹⁾ 舞鶴赤十字病院 リハビリテーション科部

要旨：

【はじめに】

今回、左橋梗塞発症前後で訪問リハビリ(以下、訪問リハ)に関わり「活動・参加」を再検討した結果、活動に対する本人の意識に変化が生じ生活場面に改善がみられたのでここに報告する。

【症例紹介】

症例：86歳，性別：女性，診断名：左橋梗塞，介護度：要介護Ⅳ。入院前は離れで独居。トイレまではつたい歩きで移動。デイサービス(以下，DS)・訪問リハを各1回利用しながら生活していた。左橋梗塞発症後，動的座位は不安定となり，移乗は見守りが必要で，尿便意があいまいなため排泄はオムツ対応となった。退院後は母屋で息子夫婦と同居。入院前のサービスに加え，月～金曜日までの1日2回ヘルパー・週1回デイケアを開始した。

【経過】

平成22年3月19日訪問リハ開始。翌年10月21日左橋梗塞発症し当院入院。退院時には上肢支持なしでの端座位保持は不可能であり，発症前に比べて介護量が増加したため，家人の意見を取り入れながらベッド上中心の生活に設定した。約1か月間のリハビリを経て自宅へ退院，2日後より訪問リハ再開となる。しかし退院後，消極的・被害的な発言が多くなり臥床傾向となった。そこで訪問リハ以外の時間にベッドアップで塗り絵や計算課題などの見守りなしで安全に行える卓上作業を提案し，DSでの運動も再指導した。その結果，訪問リハ中に今後の目標を訴えられるようになり，座位姿勢改善に伴い端座位での食事摂取も可能となり離床時間の延長を図ることができた。

【考察】

今回の症例では転倒予防や家人の介護負担軽減を考慮した退院調整を行った結果，過度の安静が本氏の意欲を抑制し廃用を誘発する要因となった。訪問リハ介入後，本氏の能力に適した意欲的な動作を関係スタッフ間で引き出したことでADLの活動性向上に繋がったと考えた。

I. はじめに

廃用症候群とは，疾病や病態の発症時には存在せず，経過に引き続いて発現してくる二次的機能障害で，無動，不動，低活動，臥床によって引き起こされる病的状態の総称である。わが国においては，廃用症候群を予防・改善するためには早期離床の必要性を強調している一方，治療のために安静にするという概念から早期離床が進まない現状がある²⁾。また在宅復帰後，社会的な孤立・臥床が同時に生じた場合，見当識・抑うつ・遂行機能などの知的活動が低下し，廃用に陥ってしまう症例は少なくない。

今回橋梗塞を発症し，退院直後から消極的な発言が多くなり，自発的な遂行機能が低下したため，離床機会が減少した症例を担当した。訪問リハビリ(以下，訪問リハ)として関わり，退院前に設定した「活動・参加」を再検討しアプローチを行っ

た結果，生活場面に改善がみられたので以下に報告する。

II. 症例紹介

症 例：86歳 女性

診 断 名：左橋梗塞

現 病 歴：平成23年10月19日右手痺れ，20日構音障害出現し21日救急搬送されMRIにて急性期橋梗塞と診断される(図1)。

介 護 度：要介護Ⅳ

既 往 歴：糖尿病，高血圧，左脛骨高原骨折，腰部脊柱管狭窄症，腰椎圧迫骨折

家族構成：息子・嫁・孫の4人暮らし。本氏は息子夫婦の家屋と同一敷地内の別棟に独居。実家近所に娘夫婦が住んでいる。

発症前ADL：排泄は室内トイレまでつたい歩きで移動(図2)。週2回娘が部屋の

掃除や訪問リハの見学に来られていた。

趣 味：編み物・歌・踊りで、人と接することを好まれる性格であった。

利用サービス：デイサービス（以下、DS）、訪問リハ各週1回利用。

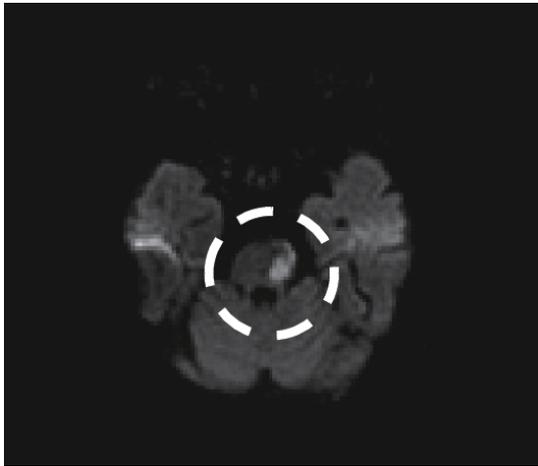


図1 MRI画像

平成23年10月21日 拡散強調画像橋左側に高信号



図2 発症前のADLの様子



図3

III. 経 過

平成22年2月12日 老人車でゴミ出しに行った際、車にぶつかり左脛骨高原骨折受傷。
ギプス固定し自宅療養。

3月5日 ギプスカット
9日 外来リハビリ開始
19日 環境調整・自宅内動作練習のため訪問リハビリ開始

平成23年10月21日橋梗塞発症され当院入院約1ヵ月のリハビリ期間を経て自宅へ退院。2日後より訪問リハ再開となる。

IV. 退院時PT評価 ～発症から1か月～

1. 血 圧：140～190/60～100mmHg
安静・動作時共に高値を示す
2. 全体像：多弁であり嫁に対する不満話が多い。退院後の生活について不安感を訴えることはほとんどなく、作業活動などのリハビリを楽しそうに取り組まれる。
3. 改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以下、HDS-R）：16点(作動記憶が低下)
4. 感 覚：右前腕～手にかけて痺れ。
5. Brunnstrom stage：両上肢・手指・右下肢V
6. 座位姿勢：体幹に同側性の麻痺が生じ座位では四肢遠位部で姿勢を保持しようとするパターンが生じている。上肢の支持なしでは座位姿勢を保持することが困難。そのため上肢の意図する運動を試みようとする時と介助を要する時があり、端座位の時は少なくとも見守りを要した(図3)。

7. NEED：前のように歩きたい。DSに顔を見せにいきたい。
8. Barthel Index：表1に示す。

表1

<p>Barthel Index:15点(食事+移乗)</p> <ul style="list-style-type: none"> •食事:セッティング以外は車椅子で自立 •移乗:起き上がり 軽介助 •トイレ動作:オムツ、日中はN系によるトイレ誘導 •入浴:機械浴 •更衣:全介助 •排泄管理:全介助 尿便意があいまい •一日の過ごし方:娘と昼食をとる、午後はリハビリ •危険行動は無いが、困ったことがあっても解決策を考える判断力が低下
--

V. 退院時の環境設定

退院時の身体機能から、本氏が動ける範囲を発症前より狭小化し、ベッド中心の設定へ変更した。また息子夫婦と別棟での独居生活は危険であると予測し母屋で同居することを息子夫婦が希望された。しかし日中は息子が仕事で不在となるため、嫁一人への介護負担が大きくなる。そこで介護サービスの見直しが行われた(表2)。

表2

	日	月	火	水	木	金	土
見直し前					DS	訪問リハ	
見直し後	ヘルパー (午前 午後)	ヘルパー (午後)	ヘルパー (午前 午後)	ヘルパー (午前 午後)	ヘルパー (午後)	ヘルパー (午前 午後)	ヘルパー (午前 午後)

※ヘルパー介入時にポータブルトイレ誘導



図4. 輪入れを利用した坐位練習

VI. 退院後の問題点

発症前のようにDSで過ごすことを期待されていたが、再開しレベル低下を改めて自覚される。新しいDSに馴染めないと訴えられ、表情は暗く入院中の活気は無くなり、被害的・消極的な発言が多くなった。上記のような抑うつ症状から遂行機能の低下が生じ、ヘルパーによるポータブルトイレ誘導も拒否され離床機会が減少し、仙骨部に発赤が生じた。また、母屋への出入りを遠慮され、娘の訪問回数が減少したことで社会的孤立の助長に繋がった。

VII. アプローチ

意欲もてる課題を行うことで、遂行機能を活性化させ、離床促進に繋がると考えた。そこで現在のサービスを変更せずに、発症前に作業活動や人と関わることを好まれる方であったことを生かした、以下の様なプログラムを立案した。

1. ベッドアップ座位での卓上課題(塗り絵, 計算問題など)。ヘルパーにベッドアップ座位のポジショニング指導。
2. DSでの訓練内容再指導(塗り絵, 風船バレーなど)。
3. 訪問リハで物品を使用した訓練課題(図4)。

VIII. 結果

訪問リハの際に笑顔がみられるようになり「座って食事がしたい」と訴え自発性の向上がみられ、30分程端座位での食事摂取も可能となった。DS

では訓練に積極的に取り組まれ、一日座って過ごされることが多くなったとスタッフから報告を受けた。HDS-Rは20点となり言葉の流暢性の項目で改善がみられた。

IX. 考察

在宅における廃用発生の要因として多々良は、急性期での絶対安静以外は、悪循環の回避により廃用を予防する必要がある。維持期や社会生活では、安静が悪いわけではなく、どの段階で予防を行うかが欠けている点が問題である³⁾とも述べている。本症例は安静時・動作時ともに血圧は高値を呈していた。また、MRIでは橋左側の皮質脊髄路及び、網様体脊髄路の領域に高信号をみとめた。皮質脊髄路の梗塞により右上下肢の麻痺が生じ、橋網様体脊髄路が姿勢制御の際、近位関節・体幹を同側性に働かせる⁴⁾ことから、本症例でも体幹に同側性の麻痺が生じ座位姿勢が発症前より不安定なものになった。そこで、転倒予防の目的も含めサービス以外の時間帯はベッド上で過ごしていただくように設定した。この設定に加え、DSやヘルパーによるトイレ誘導は離床機会として生かすことが出来ず臥床時間を延長させていた。岡田らは、高齢で認知機能の低下を伴うような症例では、患者の興味を引くような課題を提示し、活動療法的なアプローチが望ましい⁵⁾と述べている。入院中から塗り絵などの卓上課題を積極的に取り組まれていたことから、在宅でも同様のアプローチを提案した。その際、ベッドアップ座位や車椅子など本氏にとって安全な環境下で行って

いただくことを考慮した。そこで、自ら動ける範囲が拡大し、意欲が向上した。DS等でも訓練に参加される機会が増加し、離床時間の延長に繋がったと考える。

また百留は在宅高齢者の生活構造の中には積極的な余暇活動が少ない。主体性を引き出すような活動の提案を具体的に支援することが重要である⁶⁾と述べている。本症例では退院時に、家人への介護負担軽減を重点的にとらえた退院設定を行い、本氏のニードからかけ離れた生活をつくりあげたことが被害的・消極的発言が多くなった原因として考えられる。今回在宅に関わる他職種から主体性を引き出すことを目的とした活動へのアプローチを退院早期から行えたことで離床時間の延長が図れ、心身・精神面の不活発な状況の予防に繋がったと考える。

最後に、退院後訪問リハとして関わる症例は少ない。生きがいのある生活を過ごせるよう、入院中から本氏のニードに合わせた退院設定が重要であると感じた。

【参考文献】

- 1) 石野真輔, 新井秀宜, 道免和久: 評価と治療予後予測. 総合リハ, 37: 301-306, 2009.
- 2) 長倉ゆかり, 吉澤久実: 急性期病院における「座ること」への働きかけ. 地域リハビリテーション, 6: 122-125, 2011.
- 3) 多々良一郎: 廃用症候群はなぜ生じるのか. 地域リハビリテーション, 5: 10-14. 2010.
- 4) 大槻利夫: 神経生理学的アプローチの転換, PTジャーナル, 45: 551-559, 2011.
- 5) 岡田和悟: うつ, アバシー. 総合リハ, 39: 1165-1170, 2011.
- 6) 百留あかね, 大久保智明, 野尻晋一ら: 在宅における現状と対策, 地域リハビリテーション, 5: 20-24, 2010.