

訪問リハビリテーションが短期間で他のサービスに移行できた小脳梗塞の一症例

佐々木修一¹⁾，久保 綾子¹⁾，瀨口 秀美¹⁾，小幡 彰一¹⁾

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】

舞鶴市では急性期病院のリハビリスタッフが不足し，退院調整，退院時リハビリ指導が十分に行われず自宅に戻ることが少なくない．今回，退院直後の小脳梗塞患者に対し早期に残存機能を有効に活用した在宅生活を送ることを目的とした家族指導や環境整備を中心に訪問リハビリを施行した．その結果，約2ヵ月で訪問リハビリから他のサービスへ移行ができたので考察を加えて報告する．

【症 例】

小脳梗塞を呈した86歳男性．運動失調を呈し平衡機能障害，協調運動障害が認められた．起き上がり，坐位は自立．起立，立位保持は不安定で支持物が必要であった．Barthel Indexは55点で食事動作以外は全て介助が必要であった．車椅子，ベッドをレンタルしていたが家屋は未改修で環境整備が不十分な状態であった．

【経 過】

H19年1月6日小脳梗塞を発症しA病院に入院．入院中は過度の安静がとられ，看護師と家人の過介護の状態であった．退院調整，訪問指導も十分行われない状態で3月13日自宅退院となり，3月23日歩行能力の向上を目的に訪問リハビリが開始となった．訪問リハビリでは生活行為の安定化に主眼を置き，実際の生活の場でのADL訓練，家人に対する起立，歩行，トイレ動作の介助指導，介助バーのレンタルや手すりの設置等の環境調整を行なった．その結果，2週間にはベッド周囲動作，トイレまでの移動が自立となり，約2ヶ月後には自宅内歩行，トイレ動作が自立となった．サービス担当者会議において患者，家族が外来リハビリ，デイサービスへの移行に了承され訪問リハビリが終了になった．

【考 察】

文献によると退院後の生活行為の安定化を目的とした訪問リハビリによってADLが改善するとされている．本症例においても約2ヶ月で自宅内歩行が自立し，他のサービスに移行ができ訪問リハビリが終了となった．短期間の訪問リハビリの利用であっても生活行為を安定させることが可能であると考えられる．

【はじめに】

舞鶴市では亜急性期，回復期の病院が少なく急性期病院から直接自宅に退院するケースが多い．また急性期病院のリハビリテーション（以下，リハビリ）スタッフが不足し，入院中のリハビリ，退院調整，退院時リハビリ指導が十分に行われず自宅に戻ることが少なくない．そのため，訪問リハビリが在宅復帰を促す重要な介入手段の一つとなっている．

今回，十分な退院時リハビリ指導を受けることなく急性期病院を退院した小脳梗塞患者に対し，早期に残存機能を有効に活用した在宅生活を送ることを目的に家族指導や環境整備を中心に訪問リハビリを施行した．その結果，約2ヶ月で訪問リハビリから他のサービスに移行ができたので，考察を加えて報告する．

【症例紹介】

症例は86歳の男性で，診断名は小脳梗塞であった．CT所見（写真1）では右小脳半球に低吸収領

域を認める．合併症は，高血圧症と認知症があった（改訂長谷川式簡易知能評価スケール：HDS-R 9点）．現病歴は，平成19年1月6日に小脳梗塞を発症し，A急性期病院に入院となる．2ヶ月間の加療後，同年3月13日に自宅に退院し，10日後

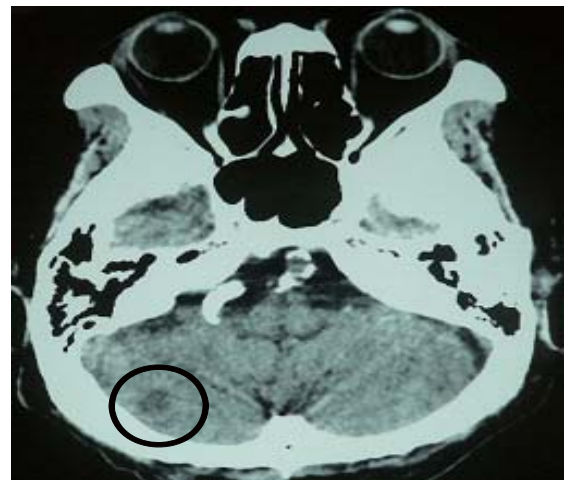


写真1 CT写真

より歩行能力の向上を目的に当院訪問リハビリを開始した。

【入院中および退院時の状況】

入院期間中は重度の安静が必要で、入院初期に不穏行動によりベッドから転落する危険性があったことから、転落を予防するために寝具は敷き布団を使用していた。また、排泄はオムツを使用していた。そのため、入院中の日常生活動作（以下、ADL）は、Barthel Index（以下、BI）では55点で、食事動作以外はすべて介助が必要であった。リハビリは、主に基本動作練習、バランス練習、歩行練習を計画したが、本症例が疲れやすかったため、充分行うことができなかった。

退院時には、事前に環境整備や介護指導、退院時リハビリ指導などが行われていなかった。また、入院中にケアカンファレンスも開かれなかったために、ケアマネージャーと本症例が初めて面会したのは、退院の翌日であった。

【退院後の状況】

退院後も、本症例は敷布団とオムツを使用していたが、不穏行動によるベッドからの転落の危険がないことから、ケアマネージャーがベッドを手配することで、ベッドを使用することになった。同様に、屋外用車椅子を賃借することで、生活空間の拡大を図ると共に、ケアプランに訪問リハビリが追加された（表1）。

表1 入院中および退院時の状況

ADL	B.I. 55点(食事以外は介助必要)	過度の安静
病室寝具	敷布団を使用	
排泄	オムツ使用。Ns.妻の介助	不十分なリハビリ
リハビリ	基本動作ex、バランスex、歩行ex 等 易疲労で十分に練習できず 歩行器歩行 10m	
退院調整	ケアカンファレンスなし 退院時リハビリ指導なし 訪問指導、家屋調査なし 家族への介護指導なし 環境調整なし	不十分な退院調整

【初回訪問時における理学療法評価】

1) ニード

患者ニードは「リハビリを頑張ってもう少し歩けるようになりたい」「外を歩きたい」、家族ニードは「本人は歩けるようになりたいという強い希望を持っているので何とかその希望をかなえてあげたい」「自宅での入浴および清拭の機会を作ってほしい」であった。

2) 身体機能とADL状況

著明な運動麻痺、感覚麻痺はなく、四肢体幹に軽度の小脳性運動失調と長期安静に伴う廃用性の下肢筋力低下を認めた。基本動作は、寝返りと起き上がりはベッド柵を把持して可能であり、坐位は上肢支持なしで保持可能であった。立位バランスは不良で、立ち上がり立位保持において、手すりなどの支持物がなければ困難であった（写真2）。ADLは、BI 55点で退院時と同じであったが、歩行は手すりや歩行器などの安定したものがあれば軽介助で可能であった。しかし、伝い歩きや杖のみの歩行は困難なため、日中はベッドで臥床していることが多く、夜間の不眠が時々あったが、目立った問題行動はなかった。コミュニケーションは可能であるが、認知症があり（HDS-R：9点）、理解力が低下しているために複雑な内容の指示は入りにくかった。



写真2 坐位、立位姿勢

3) 介護状況および住宅環境

81歳の妻と府営住宅に2人暮らしであるが、息子は同市内に在住し、介護の手伝いや相談に乗ってくれるなど協力的である。生活全般において、妻が過剰な介助をしている場面があった。介護サービスについてはベッド、屋外用車椅子のレンタル、訪問介護を週2回、訪問リハビリを週1回利用していた。住宅環境は未整備で不十分な状態であった（表2）。

表2 初回訪問時における理学療法評価

ニード	リハビリを頑張ってもう少し歩けるようになりたい 外を歩きたい	
身体機能	運動機能	四肢体幹の小脳性運動失調(軽度)、 平衡機能障害、下肢筋力低下
	基本動作	起き上がり、立ち上がり、立位保持は手 すりを把持すれば可能
	ADL	B.I.55点(食事動作以外で介助必要) 自宅内歩行は軽度介助にて可能
介護状況	介護状況	要介護3、妻(81歳)と2人暮らし 妻の過介助
	介護サービス	ベッド、屋外用車椅子レンタル、家屋未改修 訪問リハビリ、訪問介護

【問題点の抽出】

- 1) 身体機能の問題
 - (1) 軽度の小脳性運動失調
 - (2) 入院中の安静による廃用性症候群
 - (3) リハビリが不十分だったことによる運動の経験, 練習不足
- 2) 介護および住宅環境の問題
 - (1) 住宅環境の整備が不十分である
 - (2) 介助方法の指導を受けていないことによる過剰な介助 (図1)

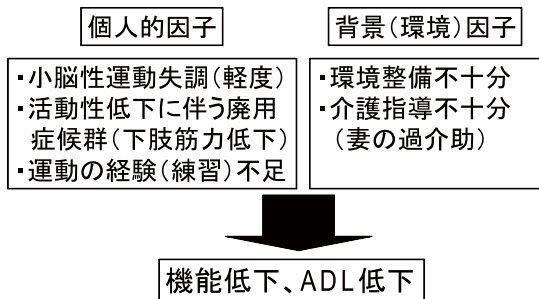


図1 問題点の抽出

【目標設定】

梗塞巣が小さく小脳性運動失調が軽度であることや、発症からの期間が2ヶ月半で回復期にあるが、これまで十分な機能訓練を行えなかったこと、および退院時に環境整備や介助指導が行われていなかったことなどから、十分な機能訓練や環境整備などの介入によってADLの向上が見込めると考えた。そのことから、訪問リハビリの具体的な目標を1ヶ月後「ベッドからトイレまで見守りで歩いてくことができる」、2ヶ月後「自宅内歩行、トイレ動作の自立」とした (図2)。

訪問リハビリの役割=在宅生活の早期安定

短期目標(1ヶ月):「ベッドからトイレまで妻の見守りで歩いて行くことができる」
 (2ヶ月):「自宅内歩行、トイレ動作が1人でできる」

図2 目標設定

【訪問リハビリでのアプローチ】

初回訪問時に本人、家人と話し合い、目標および方策を決め、計画書にて同意を得た。その方策としては動作しやすいよう住宅環境を整え、家人への介助方法を指導することで過介助を避け、生活の中で患者本人が動作する機会、頻度を増やすように働きかけることにした。

1) 住環境の問題点

- (1) 住宅は寝室からトイレ, 浴室までは近いが手すりなどの支持物はなく,
- (2) 主な出入り口となっている勝手口は踊り場が狭く, 段差もあり危険な状態であった (図3)。

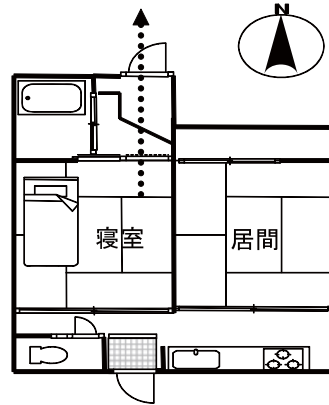


図3 家屋見取り図

2) 住環境の問題点への解決策

- (1) 介助バー, 歩行器のレンタル(写真3)。
- (2) 勝手口, トイレ付近の手すりの設置(写真4)
- (3) 台所, 居間, 浴室内の手すりの取り付け, 浴室前の踊り場の拡張については改修(写真5, 6)。



写真3 介助バー、歩行器レンタル



写真4 トイレ周囲の手すり設置



写真5 浴室前の踊り場拡張



写真6 浴室内の手すり設置

3) 家族への介助指導

家族指導としては起居，起立はベッド柵，介助バーを把持すれば可能なことから見守りで行なうようにしてもらい，動作が出来ない時だけ最小限の介助をするように指導した。また室内の移動についてはベッドからトイレまでは歩行してもらい，後方から介助してもらうように指導した。トイレでの下衣の上げ下げ，後始末等についても本人に行ってもらおうようにし，出来ないときだけ手伝ってもらうようにした。

4) 身体・生活機能訓練

身体・生活機能訓練は，筋力増強運動や立位バランス練習，ベッド周囲動作，歩行，トイレ動作等のADL訓練を行った。訪問回数が週1回と少ないことから，起居，起立動作，トイレまでの歩行の自主練習プログラムを作成し，訪問リハビリ以外の日に家人と実施してもらった。

【経過】

訪問リハビリ開始2週目には介助バー，歩行器，手すりが整い，ベッドからの立ち上がり，トイレ

までの歩行が妻の見守りで可能となり介助量は軽減された。4週目には屋外への活動範囲の拡大，閉じこもりの防止，家人の休息を目的としてデイサービスの利用が週1回で開始となった。6週目に住宅改修が完了し，シャワーチェア，滑り止めマットを購入してもらいヘルパー介助での入浴が可能となった（写真5，6）。8週目には自宅内歩行，トイレ動作が自立となり，訪問リハビリの短期目標が達成された。サービス担当者会議を開き，訪問リハビリから外来リハビリ，デイサービスへ移行することについて本人，家人が納得され，訪問リハビリを終了することになった。

【考察】

1) 訪問リハビリの開始時期と頻度に関する考察
佐藤によると，退院した直後はADLが低下している利用者が多いが，家庭内での生活行為の安定化を主目的とした訪問リハビリサービスを短期集中的に提供した利用者では，訪問リハビリ開始から2～3ヶ月間にADLが大きく改善・向上していることが明らかになったとしている。また，退院後できるだけ早期かつ集中的な訪問リハビリの介入も重要であると述べている¹⁾（図4）。

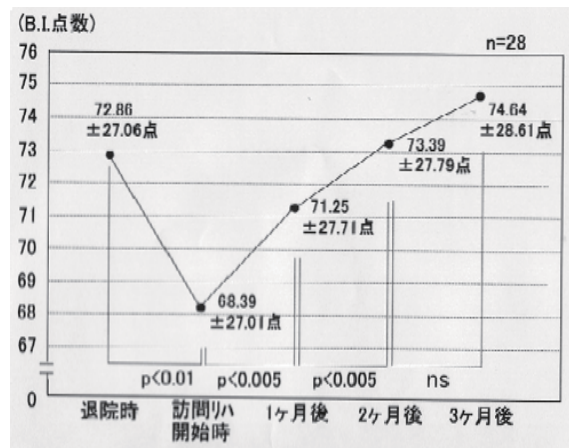


図4 退院時から訪問リハビリ開始後3ヶ月間における利用者の Barthel Index 平均値の変化

本症例は退院直後から早期に残存機能を有効に活用した在宅生活を送ることを目的に，家族指導や環境整備を中心とした訪問リハビリを行った結果，約2ヵ月後には起居動作，自宅内歩行，トイレ動作が自立となった。BIも55点から75点に増加し，身体機能の向上が図られ，それに伴って妻の介護負担は減少した。また，寝たきり生活から脱却し，屋外へと活動範囲が拡大できた。このことから，佐藤の報告と同様に退院直後からの訪問リハビリが有用であったと考えられ，さらに訪問リハビリの頻度が週1回と少ない場合でも，訪問

リハビリを行う目的を明確にし、適切な計画を立てることにより、在宅での生活行為を安定させることが可能であると考えられた。

2) 訪問リハビリの終了に関する考察

長尾は訪問リハビリの終了について、目標が達成されれば速やかに家族、看護師、介護員などのスタッフへ引き継ぎ、役割分担を明確にすることが大切であると述べている²⁾。本症例は訪問リハビリ開始から約2ヶ月後に自宅内歩行、トイレ動作が自立となり、訪問リハビリの目的であった生活行為の安定が早期に達成できた。本症例では、訪問リハビリ開始時に訪問リハビリの目標を明確にし、それに向けての具体的な方策を講じることにより、短期間で他の役割を有する外来リハビリとデイサービスに移行することができたものと考ええる。在宅生活で新たに不具合が生じた場合などは、ケアマネージャーと連携を図り、必要に応じて訪問リハビリを再開し対応することを決め訪問リハビリを終了した。

【参考・引用文献】

- 1) 佐藤健三：訪問リハビリテーション。地域リハ1：475-478,2006
- 2) 長尾紀代美：短期集中リハビリテーションへの取り組み。地域リハ2：362-363,2007