

指摘を聞き入れない症例へのアプローチ

小田剛士¹⁾，石束紗野香²⁾

¹⁾ 洛和会音羽病院 リハビリテーション部

²⁾ 洛和会音羽リハビリテーション病院 リハビリテーション部

要旨：

サービス提供者からの指摘を聞き入れず、自己流で動作を行って転倒を繰り返し、加えて飲酒による問題のある症例を担当した。症例は責任感が強いが、指摘を聞き入れず自己流で行動する面があった。今回、転倒と飲酒の問題に対して介入を行った。転倒問題に対して頻繁に担当学会議を行い、転倒予防のための環境検討と福祉用具選定についての十分な情報交換を行うことで本症例の行動にあった環境の提案を行った。飲酒問題に対して、症例にふらつきの自覚がなく単純な口頭での指摘では効果がみられなかった。そこで責任感が強いという性格を踏まえて介入方法を工夫した。その結果、自己の動きを振り返り、他者への迷惑を考え飲酒をしなくなった。指摘を聞き入れず自己流で動作を行う症例に対して単純な指摘では効果がなかったが、チーム全体で情報を共有し、動作方法にあった環境を検討し調整できた事により転倒予防につながった。また本症例の性格に合わせて介入方法を工夫することで本人の気づきを促し、禁酒という行動変容を促せたと考えられる。本症例を通して性格に合わせ介入方法を変えることの重要性を改めて感じることができた。

I. はじめに

急速に高齢化社会が進む現在において、病院から在宅へとリハビリを取り囲む状況も変化している。そんな中で通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション（以下、訪問リハビリ）など在宅における生活期のリハビリテーションの需要は増している。平山は訪問リハビリとは、生活機能障害をもった利用者が、健康で生き生きとした生活が送れるよう、在宅や地域で自立できるよう支援する活動である¹⁾と報告している。このように在宅においては生活の質の向上を図っていくことが求められている。また訪問リハビリの目的は身体機能の向上だけでなく、生活機能の改善にある¹⁾とされている。さらに在宅支援サービスは、対象者がその人らしい生活を再建して安定した在宅生活を維持できることを共通の目標とし、チームとしてアプローチすることが望まれる²⁾とされている。

今回、訪問リハビリでの関わりにおいて、サービス提供者からの指摘を聞き入れず自己流で動作を行い、転倒を繰り返し、加えて飲酒による問題のある症例を担当した。訪問リハビリにてサービス提供者間での密な情報共有、症例の性格を踏まえた対応を行った結果、転倒予防と生活習慣が改善した症例を経験したので報告する。

II. 症例紹介

年 齢：70 歳代

性 別：男性

診断名：左頭頂葉脳膿瘍，左大腿骨転子部骨折
(観血的骨接合術)

介護度：要介護 4

介護保険サービス：ヘルパー，訪問リハビリ，福祉用具貸与

生活環境：高齢者マンションで独居

合併症：加齢性黄斑変性による視力低下

担当ケアマネージャー（以下、ケアマネ）より転倒予防目的にて訪問リハビリ導入の依頼があり、「症例はサービス提供者からの指摘を聞き入れず自己流の動作を行う」との相談があった。1 回目の担当者会議にてオリエンテーションを実施し、本症例の hope は「転ばないようにしたい、迷惑をかけずに生活したい」であり、それを踏まえ訪問リハビリの目的は「転倒せず生活できる」として介入を開始した。

身体機能は、訪問リハビリ介入時の初期評価にて Brunnstrom Recovery Stage が右上下肢 V、手指 V で巧緻性がやや低下していた。筋力は Manual Muscle Testing で右上下肢 3～4、左上下肢 4 レベル。移動手段は屋内車椅子自走、認知機能評価では Mini-Mental State Examination

で26点（30点満点，カットオフ20点）であった。介入より2週間後に転倒と行動の関連についてリハビリテーション部専任医師に相談したところ、本症例の行動は脳画像上では症状として考えにくく、性格的な問題が大きいとの指摘があった。

【経 過】

平成25. 8 上旬 左頭頂葉脳膿瘍で当院入院。
平成26. 2 上旬 自宅退院（退院後の利用サービスはヘルパー，通所リハビリテーション）。
平成26. 7 下旬 転倒し左大腿骨転子部骨折で入院。
平成26. 10 上旬 担当ケアマネより訪問リハビリの導入依頼。
平成26. 10 中旬 自宅退院。退院日に症例自宅にて1回目担当者会議実施。
平成26. 10 下旬 訪問リハビリ開始（週2回），転倒予防対策（環境整備，身体機能訓練）。
平成26. 10 下旬 介入開始より5日後，9日後に転倒。
平成26. 11 上旬 2回目の担当者会議実施。
平成26. 11 下旬 3回目の担当者会議実施。
平成26. 12 上旬 飲酒が始まる。
平成26. 12 下旬 飲酒問題に対するアプローチ方法を変更。
平成27. 1 上旬 飲酒問題が落ち着く。

Ⅲ. 介入内容，方法

本症例には大きく2つの問題点があった。1つは指摘を聞き入れず繰り返す転倒，2つ目は飲酒による生活リズムの乱れと転倒リスク増大である。

【問題点1 転倒】

転倒の原因として自己判断，自己流のやり方で動くこと，転倒に対する危機感がないことが挙げられた。例えば移乗時にベッドから少し離れた所に車椅子を止め移乗する傾向があった。それに対して転倒せず安全に生活できるようアドバイスしても聞き入れられなかった。そのため自己流の方法でも安全に行えるよう環境調整していく必要があった。症例は，ヘルパーにはトイレなど身の回りの事，ケアマネには受診の予定，訪問リハビリ担当者には動作方法や自主トレーニングについての質問など内容に合わせて伝える相手を選んでい

るようであった。特に介入頻度が高く身辺動作の介助を行うヘルパーに対しての訴えが最も多く，その情報はヘルパーからケアマネ経由で訪問リハビリ担当者へ伝えられることが多かった。そこでサービス提供者間での情報共有の必要性が高かった。転倒へのアプローチとして担当者会議にて時間をかけ症例の考え，気持ちを確認し，サービス提供者が行える対策を考えた。

今回の症例は担当者会議を介入開始から約1ヶ月で3回実施している。通常の介入ではサービス開始時や変更時，介護認定変更時などに行い，これほど短期間で頻繁に会議を行うことは少ない。また会議の時間も毎回長時間に及んだ。参加者は症例，ケアマネ，ヘルパー，福祉用具業者，訪問リハビリ担当者である。1回目は平成26年10月の退院直後に開催し，状態の確認と環境調整を行った。退院直後で環境の変化に少し混乱していることもあり，動作が不安定なためベッドサイドの環境を当院入院中と同じ環境に設定した。この環境は平成26年7月の入院前とベッドの配置のみを変更している。入院前からスイングアーム介助バー（以下，介助バー）を使用しており，移乗時の車椅子設置位置の指導は初回の担当者会議時に実施した。2回目は転倒の対策として排尿をトイレでなく尿器で行うことを検討し提案した。症例はその場では理解を示したが結局使用しなかった。3回目はこれまでの経緯を踏まえベッド周囲の環境調整を再度検討した。ベッドから遠くに車椅子を止める傾向があったため移乗時の支持物を追加する必要がある，車椅子とベッドの位置は離れてしまうが，介助バー横に手すりがあるという症例の意見・希望も取り入れて床置き型手すり（矢崎化工社製 商品名「たちあっぷ」），滑り止めテープ，マットを導入した。車椅子を遠くに置く傾向は変わらないが，床置き型手すりを導入することで介助バーから車椅子までの空間を埋め，伝える環境を作った。介助バーを把持した手が滑らないようにしたり，持ち損ねを防いだりする目的で滑り止めテープを巻き，立ち上がり時の足部のすべりを防ぐためにすべり止めマットを設置した。

【問題点2 飲酒】

環境調整にて転倒しなくなったころより，飲酒が始まった。徐々に量も増え深夜，朝方に飲むなど生活リズムの乱れが生じてきた。リハビリ中も飲酒によるふらつきが著明な時もあり，在宅生活

における転倒リスクが増大していた。しかし症例にはふらつきの自覚がなく、飲酒による転倒リスクを各サービス提供者から指摘したが、なかなか効果が認められなかった。症例に対しての単純な口頭での指摘では効果がなく、他の方法でアプローチする必要があった。対人援助の視点として、本人の気づきを促し、問題解決の主体者として意識を高め、本人の問題解決能力を活用する事が重要である³⁾と言われており、飲酒の問題にもあてはまるとのことから、飲酒の問題へのアプローチとして本人の気づきを促すことを考えた。口頭での指摘では効果が得られにくいと判断し、反応から自己の動きを振り返ってもらうようにアプローチ方法を変更した。具体的には訪問リハビリでの手引き歩行中のふらつきに対して、セラピストが意図的に過剰反応をして怖がる様子を見せた。

IV. 介入結果

今回、訪問リハビリの介入において身体機能は大きな変化が見られなかったが、転倒、飲酒の問題に関して改善を認めた。

転倒問題においては一方的な提案では効果がなく、症例の訴えがサービス提供者ごとに違ったため情報共有の必要性が高かった。症例は介入開始より数日後に車椅子からベッドへ戻る際に転倒している。入院時と同様の設定としたが転倒しており、尿器の導入は受け入れ不良であったため、環境を再検討した。本症例の特徴に合わせ、頻繁に担当者会議を行い転倒予防の環境検討、福祉用具選定を行った。床置き型手すり、すべり止めテープ、マットの導入によって方向転換動作が安定して行えるようになり、環境因子による転倒は改善

された(図1)。症例の意見も踏まえつつ、現場で十分な情報交換が行えた結果、症例の行動にあった環境を提案でき、それ以降は動作が安定し転倒はなくなった。

飲酒問題において、症例は元々お酒が好きであった経緯に加え、環境調整後より夜間の寝つきの悪さを訴えるようになっていた。そのころから飲酒を始め、ふらつきが問題化するようになった。症例にはふらつきの自覚がなく、各サービス提供者が飲酒によるリスクを指摘したが単純な口頭での指摘では効果がなかった。そこで責任感が強いという性格を踏まえて介入方法を工夫し本人の気づきを促した。その結果、症例はセラピストの反応から自己の動きを振り返ってふらつきを自覚し、飲酒による影響を理解した。そして「転倒して周りに迷惑がかかるから」と他者への迷惑を考え飲酒をしなくなった。

V. 考 察

在宅高齢者の転倒予防の介入方法には筋力強化やバランス・歩行訓練などの身体機能向上を目指す方法(内的要因へのアプローチ)と、環境や服薬などの調整を行う方法(外的要因へのアプローチ)が多く用いられている⁴⁾。今回、転倒予防の対策として多職種でのチームアプローチによる環境面へのアプローチを中心に行った。初めは訪問リハビリの介入にて環境調整を行ったが、症例の行動はサービス提供者が考えるようにはいかなかった。症例は提案に理解を示すが実際の行動は異なっていた。サービス提供者各々に対する訴えが異なっていたこともあり、早期の段階で適切な環境が提案できていなかった可能性があった。情報共有の必要性が高いと判断し、担当者会議を頻繁に開催して情報共有を行い、その場で症例の意見を傾聴することで症例の行動に合った環境とサービス提供者が考える安全な環境のすり合わせができ、転倒予防につながったと考えられる。在宅生活を送っている高齢者の転倒予防のためには本人や家族のみならずサービス提供者との情報共有や連携が重要であると考えられる。本症例の場合、入院時と同様の環境にしたが転倒してしまった原因として、起居動作の時に車椅子が近いと起きにくいとの理由でベッド、車椅子間の距離が遠くなってしまっていたこと、視力低下の影響で手すりを持ち損ねてしまったことが可能性として考えられる。尿器の不使用に関しては転倒の恐怖心はありながらト



図1 介入後の環境

①滑り止めテープを巻いた手すり、②床置き型手すり、③滑り止めマット

イレで排泄したいという思いが勝ったことが考えられる。今回の環境で遠くにリーチすることがなくなり、持ち損ねのリスクが軽減し、手、足の安定性向上、支持しやすい位置にステップが行えることで動作の安定性を得られたと考えられる。ベッドと車椅子間の距離感が把握しやすくなった結果、安定した支持が得られ転倒予防につながったと考えられる。

飲酒問題に対して、佐古はアルコール問題をもつ高齢者の対応としては①現状の客観的な理解、②生活歴の理解、③本人からの理解を形づくるという枠組みを基本とし、本人の気づきを促し、問題解決の主体者としての意識を高め、本人の問題解決能力を活用することが重要である⁵⁾と報告している。飲酒は夜間の寝つきの悪さが原因で飲んでしまうとの発言が聞かれたが、飲酒を始めた時期を考慮すると、移乗動作が安定し、精神的に少し落ち着いた事も要因の1つであると推察される。飲酒による転倒リスクを避けるために口頭で指摘を行ったが効果はなく、本人の性格を考慮し気づきを促すようアプローチ方法を変更した。その結果、自己の動きを振り返って飲酒によるふらつきを自覚し、影響を理解できたと考えられる。訪問リハ開始時の症例の hope である「迷惑をかけず生活したい」という言葉に表れているように責任感の強い性格から、飲酒によるふらつきが転倒に至る可能性を高め、転倒によって他者へ迷惑がかかるのではないかという思いが生じたと考えられる。自分の意志で禁酒に至ったため、好きなお酒をやめることに対してのネガティブな感情は生じなかったと考えられる。

今回は「指摘を聞き入れないという性格」に焦点を当て介入している。転倒問題に対してはサービス提供者間で情報交換を行い環境整備というアプローチ、飲酒問題に対しては責任感が強いという性格に対するアプローチを行っている。養場は医療者側がリスク管理という視点で対策をとるのみでは転倒を防ぐことはできず、患者・家族にも参加してもらい、あるいは患者の思いをくんだ対策を立てることが不可欠である⁶⁾と述べている。本症例に対しては今回のアプローチ方法で結果を出すことができたが、将来的な事を考慮すると別の方法でのアプローチが必要であった可能性がある。転倒問題に対して本来であれば本人の性格を十分に理解して能力を引き出した上で不足した部分を環境で補うというプロセスをとるべきであっ

た。しかし今回は本人の能力の見極めが十分に行えていないまま環境調整を行ってしまったため非効率的な介入となった可能性がある。限られた期間で結果を求められる状況において、早期の変化を求めた結果、環境調整という手段を選択したが、対象者の根本的な変容が得られないために効果を十分発揮することができなかったと推察される。症例の性格も含めた全体像を把握し、対応することが必要であったと考えられる。

VI. 結 語

指摘を聞き入れず自己流で動作を行う症例に対して単純な指摘では効果がなかった。チーム全体で情報共有し、動作方法にあった環境を検討・調整できた事により転倒予防につながった。また飲酒においても本症例の性格に合わせて介入方法を工夫することで、気づきを促し禁酒につながった。今回の症例を通して性格に合わせて介入方法を変える事とチームアプローチの重要性を感じた。

【参考・引用文献】

- 1) 平山隆喜：実践！訪問リハビリテーション - 在宅ケアのすすめ - その1. 愛知県理学療法士会誌, 17: 8-17, 2005.
- 2) 全国訪問リハビリテーション研究会編：訪問リハビリテーション実践テキスト. 青海社, 東京, pp16-76, 2009.
- 3) 岩間信之：援助を深める事例研究の方法 - 対人援助のためのケースカンファレンス -, ミネルヴァ書房, 京都, pp18-20, 2005.
- 4) 眞野行生：高齢者の転倒とその対策, 医歯薬出版, 東京, pp2-7, 1999.
- 5) 佐古恵利子：高齢者のアルコール問題とその対応. 日本アルコール関連問題学会雑誌, 15: 25-28, 2013.
- 6) 養場郁子：患者・家族参加型転倒予防対策. 医療, 69 (1): 38-41, 2015.