

スモン患者と家族との在宅生活での 訪問リハビリテーションの役割

竹田 鋭生¹⁾, 齊藤 望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】

スモン (subacute myelo-optico-neuropathy : SMON) とは、整腸剤キノホルムによる薬害であり、特定疾患である。

今回、慢性腎不全の悪化に伴い2ヶ月間の入院生活を過ごされた。自宅退院したが、移乗動作は全介助レベルとなり、介護者の負担を増大させ、ベッドからの離床機会を減少させていた。そこで、電動リフトを導入したことで、介護者の負担軽減が得られたため、若干の考察を加えて報告する。

【事例紹介】

19歳頃に下痢、腹痛などの腹部症状にキノホルムが投与され歩行困難となる。以後、車椅子での生活をおくる68歳女性。要介護度3。スモンに加え、慢性腎不全・骨粗鬆症を呈している。家族構成は、母親と妹夫婦の四人暮らしであり、主介護者は妹である。

【経過】

平成18年4月から訪問リハビリテーションを開始し、移乗動作は自立しており、トイレ動作も自立されていた。屋内移動は自走型車いすを使用し、屋外への移動は電動車いすを使用し、ヨーロッパ旅行に参加されるなどとても活動的であった。

平成22年10月頃慢性腎不全悪化にて、2ヶ月間の入院により体力の低下を伴い、ベッドから車いすへの移乗動作が困難となり介護負担となっていた。また、膀胱留置カテーテルにより、トイレ動作を行わなくなり、ベッドからの離床時間が減少した。そのため、電動リフトを導入した。結果、介護者の負担軽減につながり、離床機会を増やすことができ、社会参加への拡大が得られた。

【考察】

在宅生活は24時間365日続くため、身体機能の低下に伴い柔軟に環境調整を行っていく必要がある。移動や移乗を介護者に介助をお願いする場合があるが、介護者の負担を減らし、本人の生活機能が向上するように環境に配慮していく必要があると考えられる。

【はじめに】

スモンは整腸剤キノホルムの薬害による疾患である。経過、臨床症状、病理学的所見からつけた英語subacute myelo-optico-neuropathy (亜急性脊髄・視神経・末梢神経障害) の頭文字SMONからつけられている¹⁾。昭和30年代から40年代にかけて日本各地でスモンの集中発生がみられ、男女比は1:2.61、年齢は70歳代が最も多く、65歳以上90.7%を占めている¹⁾。症状は、腹部膨満のあと激しい腹痛を伴う下痢がおこり続いて、足裏から次第に頭側に向かって、しびれ、痛み、麻痺が広がり、ときに視力障害をおこし、失明に至る疾患である¹⁾。また、膀胱・発汗障害などの自律神経症状・性機能障害など全身に影響を及ぼす¹⁾。有効な治療法がなく、スモン患者さんのためのリフレッシュ体操やマッサージなどが考案²⁾されているが、種々の愁訴に対する対症療法となっ

ている。

今回、スモンに罹患した症例を平成18年4月から訪問リハビリテーションを開始した。徐々に身体機能面の低下を認め、これまで移乗動作時は自立されていたが、介助を要する状態にあった。また、慢性腎不全の悪化に伴い、2ヶ月間の入院生活を過ごされ自宅退院したが、移乗動作は全介助レベルとなり介護者の負担を増大させ、ベッドからの離床機会を減少させていた。

そこで、電動リフトを導入したところ、介護者の負担軽減が得られたため、若干の考察を加えて報告する。

【事例紹介】

事例：68歳 女性

診断名：スモン

合併症：慢性腎不全 骨粗鬆症

現病歴：昭和37年頃当時19歳頃に下痢、腹痛などの腹部症状に対して整腸剤キノホルムが投与され、麻痺を呈し歩行困難となる、以後車椅子での移動となる。

家族構成：母親95歳（要支援2）妹夫婦

Key person：妹62歳

介護保険要介護状態区分：要介護3

【初回訪問 平成18年4月】

感覚 表在感覚：T4以下鈍麻

異常感覚：T4以下

ジンジンと両下肢末端に強く

自律神経障害有り

疼痛 右肩関節

筋力 (Manual Muscle Testing)

上肢2～3 下肢1 体幹2

基本動作

寝返り：ベッド柵把持にて行える

起き上がり：ベッドアップにて行える

坐位：自立

Barthel Index：55点

移乗動作は自立しており、トイレ動作も自立されていた（図1）。屋内移動は、自走型車いすを使用し、屋外へ移動は電動車いすを使用し、ヨーロッパ旅行に参加されるなどとても活動的であった。

【経過1】

平成18年8月、トイレの改修を行ったほか（図2）、平成19年4月にトランスファーボード使用による移乗動作を行うため、室内用車いすをアームレストの跳ね上げ式に変更した（図3）。

デイサービスへ参加する日の一日の時間経過だが（表1）、ベッドから車いすへの移乗やトイレ動作など、少なくとも6回は移乗動作をされており、いずれも自立されていた。



図1. トイレへ移乗



図2. トイレの改修



図3. 車いすの変更

表1. 平成19年 タイムスケジュール

1日の時間経過（デイサービス参加時）		
7時半	起床	
	朝食（朝食）	→移乗
	整容 トイレ移乗	→移乗
9時	送迎	
12時	昼食	
16時半	帰宅	
	ベッドで休息	→移乗
19時半	夕食（ベッド上）	→移乗
	家族と団欒	
21時	整容	
	トイレ移動	→移乗
	テレビ	
23時	就寝	→移乗

【経過2】

平成22年2月、両肩関節の疼痛増強にて室内用車いすの自走が困難となってきたため、電動車いすに変更した（図4）。



図4. 電動車いすへ変更

また、同年8月にはベッドから車イスへ移乗時に床へずり落ちることがあってから、移乗時やトイレ動作時に妹さんの介助を求めるようになってきた。

同年9月頃より、一日の移乗動作時に妹さんによる介助回数が増え、介護負担が増大してきていた(表2)。

同年10月には慢性腎不全悪化にて入院となり、約2ヶ月間の入院生活を過ごされ自宅退院したが、移乗動作は全介助レベルとなり介護者の負担を増大させ、ベッドからの離床機会を減少させていた。

表2. 平成22年9月 タイムスケジュール
移乗動作時は妹の介助を要する

1日の時間経過 (デイサービス参加時)		
7時半	起床	
	朝食 (食卓)	→移乗
	整容 トイレ介助	→移乗
9時	送迎	
12時	昼食	
16時半	帰宅	
	ベッドで休息	→移乗
19時半	夕食 (食卓)	→移乗
	家族と団欒	
21時	整容	
	トイレ介助	→移乗
	テレビ	
23時	就寝	→移乗

【退院直後平成22年12月】

表在感覚 T4以下鈍麻
異常感覚：T4以下
ジンジンと両下肢末端に強く
自律神経障害有り
疼痛 両肩関節 (運動時)
筋力 (Manual Muscle Testing)
上肢1-2 下肢1 体幹2
基本動作 寝返り：全介助
起き上がり：全介助
長坐位保持：軽介助
Barthel Index 15点

食事はベッド上で摂取されるようになり、膀胱留置カテーテルにより、トイレへの移乗動作を行わなくなったことで、移乗動作に対しての介助負担は軽減したが、ベッドからの離床機会が減少していた(表3)。

本人からは、家族に手をかけないようにしていきたいとの意見が聞かれた。また、妹さんからは、できる範囲は手助けをしていくつもりとの意見が聞かれた。

表3. 退院直後のタイムスケジュール

1日の時間経過 (デイサービス参加時)		
7時半	起床	
	朝食 (ベッド上)	
	整容 オムツ交換	→移乗
9時	送迎	
12時	昼食	
16時半	帰宅	
	ベッドで休息	→移乗
19時半	夕食 (ベッド上)	
	家族と団欒	
21時	整容	
	オムツ交換	
	テレビ	
23時	就寝	

【電動リフトの導入】

本人、家族(妹)、介護支援専門員、福祉用具業者 理学療法士の立ち会いのもと電動リフトの導入を検討した。(図5)

導入後も、訪問リハビリテーション時に電動リフトの動作確認を行い、使用時の感想として、本人からは、負担感がなく楽である。家族からは、想像していたよりもかなり楽に取り扱えるといった感想が得られた。



図5. 電動リフト (ミクニマイティエースII)
スリング：ウエル・ネット脚分離型
スリングシート ローバックタイプ

【結果】

電動リフト導入前(表4)は、移乗介助回数が2回だが、リフト導入後(表5)には4回に増えた。また、電動リフト導入前は、ベッド上で食事を摂取されていたが、リフト導入後は、夕食時に食卓へ移動し食事を行うようになった。

表4. リフト導入前のタイムスケジュール

1日の時間経過 (デイサービス参加時)		
7時半	起床	
	朝食 (ベッド上)	
	整容 オムツ交換	→移乗
9時	送迎	
12時	昼食	
16時半	帰宅	
	ベッドで休息	→移乗
19時半	夕食 (ベッド上)	
21時	整容	
	オムツ交換	
	テレビ	
23時	就寝	

表5. リフト導入後のタイムスケジュール

1日の時間経過 (デイサービス参加時)		
7時半	起床	
	朝食 (ベッド上)	
	整容 オムツ交換	→移乗
9時	送迎	
12時	昼食	
16時半	帰宅	
	ベッドで休息	→移乗
19時半	夕食 (食卓)	→移乗
	家族と団欒	
21時	整容	
	オムツ交換	→移乗
	テレビ	
23時	就寝	

【考察】

今回、スモンに加えさらに身体機能の低下が加わり、移乗動作に全介助を要していた。また、長年の介護と介護者の加齢も加わり介護負担が生じていた。そこで、電動リフトを導入しことで、介助負担を軽減し移乗動作をおこなうことができた。そのため、介護者の負担軽減が得られたことで、離床機会の増大が得られ、社会参加への拡大が得られた。阿部ら³⁾は、訪問リハビリテーションにおいて理学療法士は利用者へアプローチするだけでなく家族介護者にとっての支援者でもあり、多角的な課題をこなしていかなければならないとしている。

平成18年4月からスモン患者に対して、訪問リハビリテーションを実施してきたが、スモンに罹患した方々は、今なお下肢の異常知覚や歩行障害などが後遺症として残っており、また、スモンに併発する様々な症状や加齢なども加わって厳しい療養上状況におかれている⁴⁾。在宅生活は24時間

365日続くため、身体機能の低下に伴い柔軟に環境調整を行っていく必要がある。また、移動や移乗を介護者に介助をお願いするところがあるが、介護者の負担を減らし、本人の生活機能が向上するように環境に配慮していく必要があると考えられる。

【参考文献】

- 1) <http://www.nanbyou.or.jp/entry/280>
- 2) 厚生労働省難治性疾患克服研究事業 スモンに関する調査研究班 スモン患者さんのためのリフレッシュ体操とマッサージ
- 3) 阿部 勉, 他: 効果的な在宅理学療法のプランニング. 理学療法ジャーナル 2010;44: pp561-572
- 4) 厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業) スモンに関する調査研究班 スモンの集い 2009