

日常動作において介助量が全介助の状態 で 自宅退院に至った一事例 ～理学療法士の役割とは～

内藤 仁美¹⁾

¹⁾ 水無瀬病院 リハビリテーション科
(現在 済生会京都府病院 リハビリテーション科)

要旨：

【はじめに】

リハビリテーション（以下、リハビリとする）において、介助量軽減を目的に理学療法をおこなうことがある。介護保険制度が導入され在宅介護が推進されているが、現実には重症患者を抱える家族の介護負担は大きく、その後の生涯を病院で療養生活をおくるケースが多い。今回、このような状態で自宅退院に至った症例を担当する機会を得た。そこで本症例に対する自宅退院に向けての取り組みや退院後の経過を追跡調査した内容を含めて報告する。

【症例紹介】

男性79歳。2007年5月30日脳梗塞を発症しS病院入院後、6月18日本院にリハビリ目的に転院。一時期症状の改善認めるも10月初旬より覚醒レベルが低下し、10月12日S病院に再度精査目的に転院。しかし治療対象となる結果でなく、10月29日本院にリハビリ目的に再度転院となった。全介助の状態であったが自宅退院を目指し12月22日自宅退院に至った。

【在宅復帰に向けた取り組み】

1. 1日の生活において、バイタルサインなど他覚兆候をモニタリングして異常を察知しながら車椅子座位時間の検討を行った。
2. 排尿便についての検討。尿・便意は常になかった。キーパーソンである小柄な妻のみではおむつ交換は困難である状態であった。そこで介護支援専門員と情報交換し、ヘルパーを利用してのおむつ交換と家族によるパットのみの交換で対応する方法を提案した。また吸尿器の使用やオムツの種類検討を家族と行った。
3. 移乗動作については、軽介助から重介助と安定性に欠ける状態であった。退院後のケアプランでは、移乗動作はヘルパーなどのスタッフによる介助であった。また家族で出かける際には、息子や大学生の孫による介助が実用的であると考えた。そこで病院で、家族や介護スタッフへの数回の介助指導にとどまった。
4. 食事については、自助具の検討などを行うことで両手を用いた摂取が可能であった。しかし自立までは至らず、軽介助で自宅退院となった。

【退院後の状態】

退院後は週4回のデイサービス、1日3回のヘルパーによるおむつ交換、家族による1日4回のパット交換、週1回の訪問看護、毎日の実費でのマッサージなどのスケジュールで特に問題なく過ごしていた。しかし、退院後1ヶ月经過した時点で再調査を行ったところ、自宅退院後の生活は一見経過良好とも考えられたが、本人及び家族のquality of life（以下、QOL）が欠けていたことが判明した。

【まとめ】

本人やその周囲の人々が障害を受容していくには相当な時間を要する。今回、本人及びその家族、リハビリスタッフ、その他職種スタッフが本人の希望を否定せず、一緒に根気強く検討を重ねる環境を作れたことが重要であったと考える。これにより本人や家族、今後関わるスタッフなどの不安の軽減につながり自宅退院に至ったと考える。しかし今回、自宅退院後の生活は経過良好とも考えられたが、再調査し検討したところ本人及び家族のQOLが欠けていた。今後、在宅での介助方法の指導などを訪問リハビリなどで行うことが、さらに残存機能を活かし介助量軽減やQOLにも配慮した生活に繋がるきっかけになると考えた。

【はじめに】

リハビリテーション（以下、リハビリとする）における理学療法をおこなうにあたり介助量軽減を目的にすることが少なからずある。松元らの報告によると在宅復帰率は55～70%とされている。¹⁾ また影近らの報告でも2004年に介護保険制度が導入され在宅介護が推進されているが、現実には重症患者をもつ家族の負担は大きく、在宅での介護が難しいため、その後の生涯を病院で療養生活をおくるケースが多いとしている。²⁾ 今回この状態で在宅退院に至った症例を担当する機会を得た。そこで本症例に対する在宅退院に向けての取り組みや退院後の経過を追跡調査した内容を含めて報告する。

【症例紹介】

年齢 79歳
性別 男性
体型 身長171cm 体重72kg
疾患名 脳梗塞
障害名 右片麻痺
既往歴 頭部外傷
社会歴 学生時代は相撲部所属。仕事はもと自営業。地域では役員に積極的に取り組み、長老的な立場。
家族背景 息子家族5人と本人夫婦の合計7人の家族
キーパーソン 小柄で腰が大きく曲がった妻。妻はほぼ毎日、息子や孫の送迎で見舞いに來ていた。息子は自営業で、家族含め介護には積極的な発言があった。しかし各々の生活があり、実際には参加できていない状況であった。

発症前のactivities of daily living（以下ADL）は、屋内では入浴が軽介助以外は自立生活。屋外移動は杖なし歩行であったが、転倒の既往があるため見守りが必要であった。

入院前quality of life（以下QOL）は週に数回、妻の見守りで近くの喫茶店に行き、知り合いと話をすることであった。

【現病歴】

1. 経過

2007年5月30日S病院入院。6月18日本院にリハビリ目的に転院（1回目の入院）。10月初旬頃より

覚醒レベル低下し10月12日S病院に精査目的に再度転院。しかし治療対象となる結果でなく、10月29日本院にリハビリ目的に再度転院（2回目の入院）。12月22日自宅退院。

2. 希望について

本人は常に漠然と自宅に帰りたいとの希望であった。家族の希望は、1回目の入院時は、どんな手段を使っても屋内程度は動いて自宅で過ごしてほしい。2回目の入院時には、どんな生活になるかわからないが本人の希望を実現したいであった。

3. 理学療法プログラムについて

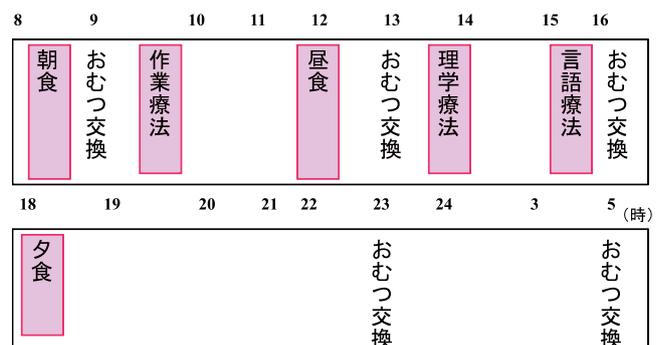
1回目の入院では機能改善をメインプログラムとした。2回目の入院では在宅復帰に向けたプログラムに変更。以下に、2回目の入院時の取り組みについて述べる。

【在宅復帰に向けた取り組み】

1. 1日の生活について検討

2回目の入院時の状況は、バイタルサインは不安定。覚醒レベルはJapan Coma Scale（JCS）でIからⅢの変動を認めた。改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）は9点。高次脳機能については注意・意欲・記憶、そして左の半側空間無視の障害を認めた。礼節は保たれ簡単な計算、文章の読み可能は安定性に欠けるが可能なことがあった。従って自覚症状を的確に訴えることが困難なことより、バイタルサインなど他覚兆候をモニタリングして異常を察知しながら車椅子座位時間の検討を看護師とともにいった。その結果、11月中旬には食事時間は安定した座位時間を確保することが出来た。

そこでデイサービス利用を視野に入れ、食事時間以外の車椅子座位への検討とすすめた。具体的



塗りつぶした時間：車椅子での座位時間

図1 院内の生活

にはリハビリスタッフや看護師，家族，オムツ交換など生活で関わる助手スタッフなどに協力を求め，リスク管理方法を情報提供したなかで出来るだけの座位時間延長を目指した．リスク管理内容としては，覚醒レベルやチアノーゼの有無など出来るだけ分かりやすい項目を提示した．その結果，バイタルサインは血圧・脈とも低値傾向ではあったが，特に急変は認めず安定し，1日の中で退院後の生活において車椅子座位で活動できる時間を得ることが出来た（図1）．

2. 排便についての検討

入院中は尿・便意は認められず，すべてオムツを使用し，交換はベッド上で行われていた．この際のブリッジ動作にはポジショニングと口頭指示にて殿部離床まで，また体位変換にも安定性には欠けるが参加があった．しかし身長171cm・体重72kgと大柄で，実際は一人介助と比較すると二人介助が実用性があった．本人の参加や介助量は退院時も変化なかった．

そこで在宅復帰に向けては，院内生活とは異なり迅速性は求められないかもしれないが，キーパーソンである小柄な妻のみではおむつ交換は困難と考えた．そこで介護支援専門員と情報交換し，ヘルパーを利用してのおむつ交換と家族によるパットのみの交換で対応する方法を提案した．また夜間に尿量が増加する傾向にあったため，夜間の対応も検討が必要であった．この点についても介護支援専門員や業者に情報提供を依頼し，吸尿器の使用やオムツの種類検討を家族と行った．しかし，機器類を用いる事に対して家族が否定的であり，先ずはおむつで試してみたいとの意向であった．そこで入院中から退院後に使用する予定のおむつを試験的に使用し，問題がないことを確認した．

3. ベッドと車椅子間の動作について

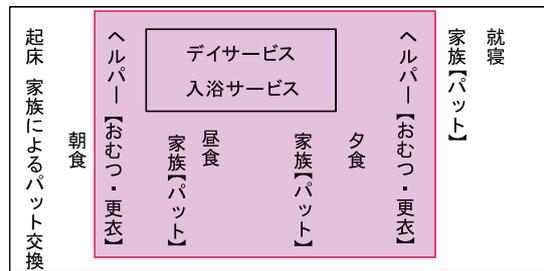
起き上がり，端座位，移乗動作は軽介助から重介助と安定性に欠ける状態であった．退院後の生活をケアプランで検討すると，週4回のデイサービス，1日3回のヘルパーによるおむつ交換，週1回の訪問看護，外出時などはヘルパーなどのスタッフによる移乗動作の介助が必要であった（図2，3）．また家族で出かける際には，息子や大学生の孫による介助が実用的であると考えた．そこで病院で，家族や介護スタッフへの数回の介助指導にとどまった．

月	火	水	木	金	土	日
入浴介助 デイサービス	入浴介助 デイサービス	訪問看護	入浴介助 デイサービス	入浴介助 デイサービス		

その他 週3回のマッサージ師による可動域訓練

図2 在宅での一週間の予定

6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 (時)



塗りつぶした部分:外部者のかかわる時間

図3 在宅での1日のタイムスケジュール

4. 食事について

2回目入院時，車椅子座位で両手を用い摂取されていたが右上肢の拘縮が著しく，肩に痛みがあったこともあり軽介助であった．そこで自助具などの検討を行うとともに，右肩へのアプローチをおこなった．その結果，痛みは軽減したが動作上の大きな変化には結び付けられず，軽介助での自宅退院となった．

【退院後の状態】

退院後は週4回のデイサービス，1日3回のヘルパーによるおむつ交換，家族による1日4回のパット交換，週1回の訪問看護，毎日の実費でのマッサージなどのスケジュールで特に問題なく約1ヶ月経過．入院時に心配していた拘縮の悪化や家族の介護負担による疲労の訴えなどもなかった．反対に入院時より家族全体が安楽に過ごされていた．また家族との関わりが行いやすく，体位変換などにも一声掛ける事で孫も含めた介護の協力が得られていた．

しかし今回，自宅退院後の生活は一見経過良好とも考えられたが再調査し検討したところ本人及び家族のQOLが欠けていた．発症前，本人は近所の喫茶店に行き地域の方々との交流を持たれて

いた。しかし現在はデイサービス利用と自宅の往復だけである。またおむつ交換を中心とした介護でのヘルパー利用のみで、QOL獲得や残存機能拡大に向けた利用方法の検討ができていなかった。

【考察】

障害を持ち、それを本人含めその周囲の人々が受容していくには相当な時間を要する。今回の症例では、約半年で現状を受け入れ新たな生活をスタートして頂けた。これは今回の症例は79歳と高齢であったことや、発症以前からの家族背景などが功を奏していたと考える。またリハビリやその他職種が、家族の希望を否定せず一緒に根気強く検討を重ねる環境を作れたことが重要であったと考える。これにより本人や家族、今後関わるスタッフなどの不安軽減につながり自宅退院に至ったと考える。

しかし今回、自宅退院後の生活は一見経過良好とも考えられたが再調査し検討したところご本人をはじめ御家族のQOLが欠けていた。発症前、本人は近所の喫茶店に出掛け地域の方々との交流を持たれていた。しかし現在はデイサービス利用と自宅の往復だけである。またおむつ交換を中心とした介護でのヘルパー利用のみで、QOL獲得や残存機能拡大に向けた利用方法の検討ができていなかった。今回は移乗動作方法の指導を数回しか行わず、ADL内での残存機能誘発は難しい状況であった。今後在宅での介助方法指導などを訪問リハビリなどで行えることが、さらに残存機能を活かすことにも繋がると考える。またQOLにも注目した関わりが可能となってくるとも考える。

【おわりに】

今回理学療法士として身体機能面に執着し、心理的・社会的領域と言ったQOLへの配慮ができていなかった。また実際の生活環境で、対象者を中心として家族や関わるスタッフが情報交換できる機会をしっかりと持てていなかった。これにより残存機能の拡大や、QOLといった長期的生活への考慮が出来ない結果をまねいた。これらの改善のためにも、各々のセラピストが院内に留まらず様々な環境から情報を得るとともに、連携の重要性を痛感した。

【参考文献】

- 1) 松元秀次他：脳卒中患者の在宅復帰—復帰難渋例への私たちの工夫 独居を迫られる高齢者の例：JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION Vol. 12 No 11 2003. 11：981-987.

- 2) 影近謙治：脳卒中患者の在宅復帰—復帰難渋例への私たちの工夫 介護を要する重症例：JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION Vol. 12 No 11 2003. 11：973-980.