

歩行機会の増加を目指し、妻の介護負担軽減を図った症例～症例と妻の退院後生活の共通理解を目指して～

氏名：渡久地沙紀

公益財団法人 脳血管研究所 美原記念病院

査読者氏名：吉田拓

I. はじめに

心原性脳塞栓症により、重度右片麻痺、失語症、注意障害を呈した症例を担当した。症例は、病棟内での自立した歩行が、病棟生活において歩行を行う場数が少なかった。妻は退院後の生活や介護が必要となる場面を理解できておらず、介護不安を感じていた。症例には歩行主体の生活の獲得、妻には介護不安軽減に着目し、並行してアプローチを行ったことにより、在宅復帰に至った。

II. 症例紹介

【性別】男性【年齢】68歳【身長】163cm

【体重】51.5kg【診断名】心原性脳塞栓症

【現病歴】H26/6/19 急性心筋梗塞発症。同日、冠動脈形成術施行後、脳梗塞発症。

7/16 当院回復期リハビリ病棟入棟。

【障害名】右片麻痺、失語症、注意障害

【併存疾患】心筋梗塞、糖尿病

【Needs】自宅内の歩行自立。

【家族 Hope】自分のことができると良い。

【病前の生活】趣味は散歩やスポーツ観戦、孫へのスポーツ指導など活動的な生活であった。

【家族情報】**家族構成**妻 68歳と 2人暮らし。娘は県内在住だが、介護協力は得られがたい。

妻の状況健康状態は良好。専業主婦。家事全般を行っている。車の運転不可。以前は、症例の車の運転により、一緒に買い物をしていた。

症例の性格短気、亭主関白であり、妻に対して口調が強い。

妻の性格マイペース、抱え込みやすい。

【妻の来院状況】3～4回/週。積極的にリハビリの見学を行っている。

【自宅環境】**屋内**敷居 3.5cm、段差 9cm。

屋外段差 4段(高さ 14cm, 4cm, 12cm, 2.5cm)

III. 初期評価(入棟より 1 週)

【身体機能】**随意性**BRS II-IV-III

MMT 股関節屈曲 5, 膝関節伸展 5, 体幹屈曲 3

【高次脳機能】**失語症**1 文節の理解可能。単語レベルでの表出可能。**注意**動作において注意を

切り替えることができない。

【ADL】**FIM**54/126 点(運動 37 点, 認知 17 点)

【動作能力】**移乗**中等度介助。**車椅子駆動**監視。

歩行平行棒内, LLB 使用し中等度介助。

III. 中間評価(入棟より 12 週)※変化点のみ記載

【身体機能】**随意性**BRS III-IV-III

【高次脳機能】**失語症**短文レベル(3～4 文節)での理解・表出可能。**注意**動作において注意の切り替えが不十分。

【ADL】**FIM**103/126 点(運動 78 点, 認知 25 点)

【動作能力】**移乗**自立。**車椅子駆動**自立。

歩行4 点杖大, プラスチック SLB 使用し, 自立。歩行距離延長に伴い, ふらつきあり。

跨ぎ・段差昇降4 点杖大, プラスチック SLB 使用し, 監視。

自宅を想定した動作(以下, 一連動作)[図 2]

跨ぎ, 段差昇降を連続して行う際に, 動作手順の誤りあり。口頭で指導するが, 十分に理解ができていない様子。軽介助。

【病棟での様子】移動は車椅子使用。歩行はNsによる病棟練習のみ行っている。妻との動作練習では, 妻に対し強い口調で指摘する場面あり。

【妻の様子】退院後の介護不安より体調を崩し, 来院機会減少。**来院頻度**1 回/週。

来院時の反応症例に多くの介助が必要であると認識し「私が常に介助しないと危ないですよ。自信ないです。私の方が倒れてしまいそうで」と表情暗く, 介護不安が強い様子あり。

IV. 問題点

【症例】#1 歩行機会が少ない

#2 一連動作において動作手順を誤る

【妻】#1 妻が想定している介助量の不一致

#2 介護不安

【両者】#1 退院後の生活が想像できていない

V. 治療目標

【退院後の生活像】入浴以外の日常生活はお一人で行えるが, 入浴や外出, 家事などは妻や通所サービスなどで行ってもらう。本人の外出機会を設けることで妻の時間を作り, 互いのペースを崩さずに生活を送ることができる。

【退院時目標】

症例歩行主体の自立した病棟生活を送る

妻介護不安を軽減させる

両者退院後の生活が想像できる

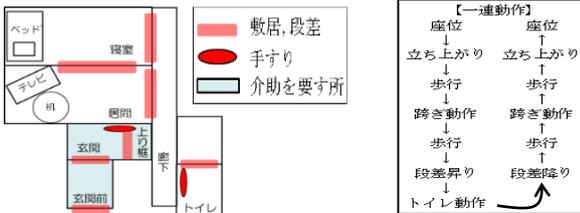
VI. アプローチ

【症例】1) 病棟内の生活を歩行主体とする。

歩数計を使用し、折れ線グラフを用いて、1日の歩数を累積歩数で表記する。

2) 自宅の見取り図を用いながら、一連動作の反復練習を行う。[図 1, 2]

症例に自宅を想定させるため、自宅の見取り図を紙面に作成し、その紙面を用いて、一連動作の説明をしながら反復練習を行う。



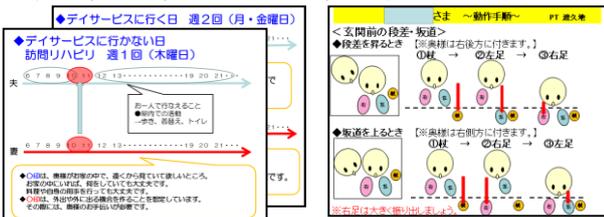
【図 1】自宅環境見取り図 【図 2】一連動作

【妻】退院後の生活の流れを確認。[図 3]

1日の生活の流れを紙面に作成。介助が必要な場面や時間帯を妻に説明。

【両者】介助方法の指導。[図 4]

玄関の上がり框、屋外の段差の介助方法を紙面化し、症例、妻と確認し、指導。



【図 3】生活の流れを確認 【図 4】介助方法の指導

VII. 最終評価(入棟より 14 週)※変化点のみ記載

【動作能力】一連動作手順の誤りなく可能。

【病棟での様子】歩行で移動し、自主練習する場面あり。妻の介助に、指摘しなくなった。

【妻の様子】滞在時間が長い。来院頻度 2 回/週。来院時の反応 退院後の生活の流れや介助方法を理解し、「自分の時間も持つことができそうです。帰っても同じようにできると思います」と発言され、介護不安が少なくなった様子あり。

【サービス調整】訪問リハビリ(週 1 回)

通所リハビリ(週 2 回)を利用

【介護保険】介護度 要介護 4

VIII. 考察

症例と妻が在宅において、お互いに快適かつ安全に生活するためには、症例が歩行主体の生活を獲得することと、妻の介護不安を軽減することが必要であると考えた。症例は、重度麻痺が生じていたが、発症から 12 週経過し、病棟内で

の自立した歩行が可能となった。しかし、病棟内は車椅子で移動し、歩く機会はほとんどなかった。また、一連動作では混乱が生じ、動作が正確に行えないことに対する苛立ちを覚え、妻にあたっていると考えた。そこで症例に対し、病棟内の移動を歩行で行うことと、一連動作の獲得を目指した。病棟内歩行を積極的に行ってもらうために、歩数計を使用し、1日の歩数について折れ線グラフを用いて可視化した。その際、歩数を毎日累積することにより、日々の積み重ねが実感できるように、工夫した。また、症例に対し、自宅の見取り図を紙面に示し、説明を行いながら反復練習を行った。動作手順を紙面に示すことで、自宅での生活を症例がより具体的に想像でき、動作手順が理解しやすくなるように努めた。

妻は、退院時の想定される状態を正しく認識できていないことや症例に介助方法について強い口調で指摘されること、症例が病棟内の移動を歩行で行っていない様子などから、退院後の生活に対する漠然とした不安を感じていた。そこで妻に対し、1日の生活の流れや介助方法、介助が必要となる場面を紙面化・再説明し、理解が得られるように努めた。その際、介助を要する時間帯や妻の空き時間についても理解させ、介護不安が軽減するように工夫した。また、症例に提示したグラフを、妻に見せることにより病棟内の移動を歩行で行っていることについて理解しやすい環境を整えた。

その結果、症例は歩行主体の生活を獲得し、妻は1日の生活の流れや介助が必要となる場面を把握し、かつ症例が病棟内の移動を歩行で行っていることを理解できた。さらに、両者が退院後の生活に対する共通認識を持つことで、症例は妻の介助に対して指摘しなくなった。これらのことが妻の安心感に繋がったと考える。

リハビリテーションは、症例に対する機能・動作練習ではなく、「生活」が考慮されるべきであり、機能・動作練習は 1 つの手段に過ぎない。症例が社会で生活することは、本人を取り巻く環境も踏まえ、総合的に評価・介入していくべきであると再認識できた。

IX. まとめ

症例の歩行主体の生活、妻の介護不安に対し介入を行うことにより、症例、妻の共通認識を深めることができ、本症例の在宅復帰に繋がった。