

リハ提供内容 / リハマネジメントに対するリハ医からみた評価

研究分担者 村尾 浩(神戸学院大学教授)

研究代表者 川越 雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長)

【目的】

本研究の目的は、研究代表者である川越らが中心となって実施してきたリハビリテーション(以下、リハ)事例検討会の報告事例をもとに、リハ医の視点で、理学療法士(PT)等のリハ提供内容やマネジメント方法について評価を行うことにある。

【方法】

OT ジャーナルに掲載されている事例のなかから 5 事例会选择し、リハ医の視点で、PT 等のリハ提供内容やマネジメント方法について評価を行った。

【結果・考察】

5 事例の検証を行った。主なポイントを以下に示す。

- 1) ALS の事例については、経口摂取不能となることが予想されるため、かかりつけ医が経口摂取断念のタイミングを決め、本人や家族に説明するのが適切である
- 2) 脳卒中の事例(失語なし)については、外出を促すことが重要。そのためであれば、訪問リハよりも通所リハの方が適切である
- 3) 失語症を伴った脳卒中事例については、運動機能よりも社会性が失われることが多いため、本人のみならず周辺の人々(家族や友人、ケア提供者)にも失語症の特徴を良く理解させることがポイントである
- 4) パーソナリティ障害に伴う大腿骨頸部骨折の事例については、性格に合わせた目標設定や関わり方が重要であり、パーソナリティ障害の基本的な知識をサービス提供者側が修得しておくことが望ましい
- 5) パーキンソン病の事例については、薬効にばらつきを認めたり、副作用を伴ったりすることも多い。また、うつ状態や不安障害等の精神症状を合併することもしばしばである。疾病に伴う症状の特徴や予測される機能予後についての説明がリハを継続する上でのポイントである

【結論】

障害を軽減させる目的の治療に加えて、医学・医療の分野に限らず、保健や社会福祉の分野をも含みながら、社会復帰、社会参加、充実した生活の提供を支援するリハは現代社会においては必要不可欠である。

リハを実践する現場では、リハ科専門医との連携を促進する仕組み作りが課題と考えられる。最後に今後、リハ科専門医を養成する医育機関が増えることを期待したい。

A. 研究目的

本研究の目的は、研究代表者である川越らが中心となって実施してきたリハ事例検討会の報告事例をもとに、リハ医の視点で、理学療法士(PT)等のリハ提供内容やマネジメント方法について評価を行うことにある。

B. 方法

OT ジャーナルに掲載されている事例のなかから 5 事例会选择し、リハ医の視点で、PT 等のリハ提供内容やマネジメント方法について評価を行った。

C. 結果および D. 考察

1) 事例 1 について

筋萎縮性側索硬化症(ALS)、60 歳代、男性。

ALS は進行性の神経変性疾患であり、いずれは経口摂取不能となることが予想されるので、どのタイミングで経口摂取を断念するかがポイントと考えられる。

この事例については、かかりつけ医が経口摂取断念のタイミングを決め本人や家族に説明するのが適切と考えた。

2) 事例 2 について

17年前発症の脳出血、60 歳代、女性。

脳卒中維持期のリハであり、社会参加の促進を図るのが適切である。外出を促す意味でケアプランにある訪問リハより通所リハの方が望ましいと考えられる。

歩行補助具については、具体的には本人の希望に合わせた選定が適切である。また、性格に合わせた目標設定も临床上重要であり評価項目の1つに加えておくべきと考えた。

3) 事例 3 について

3 年前発症の脳出血、50 歳代、男性。

脳卒中維持期のリハであり、社会参加の促進を図るのが適切である。事例2と異なるのは失語症を合併している点である。臨床上しばしば遭遇するのは左被殻出血による右片麻痺および失語症事例で、運動機能は良好でも失語症を伴うと社会性が失われる。本人のみならず周辺の人々(家族や友人、ケア提供者)にも失語症の特徴を良く理解させることがポイントと考えた。

4) 事例 4 について

大腿骨頸部骨折術後、パーソナリティ障害、70 歳代、女性。

大腿骨頸部骨折術後の事例では、受傷前の歩行能力や ADL 能力に比較して、少し歩行能力や ADL 能力を低下した状態を目標に設定することが多い。本事例では、パーソナリティ障害に伴う生活のしづらさを自覚しているのが特徴である。事例2の記述にもあるように、性格に合わせた目標設定や関わり方も重要で、パーソナリティ障害の基本的な知識をサービス提供者側が修得しておくことが望ましいと考えた。

5) 事例 5 について

パーキンソン病、60 歳代、男性。

パーキンソン病は進行性の神経変性疾患であり、Hoehn-Yahr の病期分類に合わせた目標設定が重要である。

パーキンソン病の場合薬剤が良く使用されるが、薬効にばらつきを認めたり、副作用を伴ったりすることも多い。また、うつ状態や不安障害等の精神症状を合併することもしばしばである。疾病に伴う症状の特徴や予測される機能予後についての説明がリハを継続する上でのポイントと考えた。

E. 結論

リハとは、障害にもかかわらずもう一度その人らしい生活を再構築する課程であり、機能訓練はその一部である。すべての障害が可逆的であり、医療によって短期間で完治するのであれば、障害が残存した後の生活像を考慮する必要もない。しかし、現実には医学・医療のめざましい発展の影で障害を抱えての人生を送らざるを得ない事例が少なからず存在する。障害を軽減させる目的の治療に加えて、医学・医療の分野に限らず、保健や社会福祉の分野をも含みながら、社会復帰、社会参加、充実した生活の提供を支援するリハビリテーションは現代社会においては必要不可欠である。

リハの対象となる障害は、機能障害(impairment)、能力低下(disability)、社会的不利(handicaps)の3つのレベルに分類される。この3つの分類は、永続する機能障害が存在しても能力低下や社会的不利は克服しうることを分かりやすく説明する際に有用である。

障害という言葉はよく用いられているが、疾病や外傷に伴う障害像を適切に把握するためには、脳血管疾患、運動器疾患、神経・筋疾患、代謝性疾患、精神疾患等からくる障害像に加えて、パーソナリティ障害、発達障害(アスペルガー症候群を含む)に伴う生活のしづらさまで理解する必要があり広範かつ実用的知識が求められる。この広範かつ実用的な知識を医師が身につけるためには、医師免許を取得した後も複数年にわたり日本リハビリテーション医学会が認定した指導医のもとでの実務経験が必要であるのも事実である。障害像を的確に把握し、適切な目標設定ができる医師はリハ科専門医であると考えられるが、本邦では少数である。

リハを実践する現場では、リハ科専門医との連携を促進する仕組み作りが課題と考えられる。最後に今後、リハ科専門医を養成する医育機関が増えることを期待したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文

- 1) 第3回多職種を交えたりハビリ事例検討会「経口摂取の継続に意欲的な、グループホームに入居中のALSの方への支援」, OTジャーナル, 50巻10号, pp.1124-1129(2016年9月号)
- 2) 第4回多職種を交えたりハビリ事例検討会「趣味活動に向けた外出支援へのアプローチ」, OTジャーナル, 50巻11号, pp.1226-1231(2016年10月号)
- 3) 第6回多職種を交えたりハビリ事例検討会「屋外歩行能力維持のため地域の社会資源の活用が必要な事例」, OTジャーナル, 50巻13号, pp.1416-1421(2016年11月号)
- 4) 第7回多職種を交えたりハビリ事例検討会「日常生活行動にこだわりが強く、とじこもりがちな事例」, OTジャーナル, 51巻1号, pp.56-62(2017年1月号)
- 5) 第8回多職種を交えたりハビリ事例検討会「身体症状の不安感より活動的に過ごせない方への在宅支援」, OTジャーナル, 51巻2号, pp.152-157(2017年2月号)

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

図表 1. 事例 1 の概要 / アセスメント情報 / 目標と援助方針

事例提示	
<p>A さん, 60 代後半, 男性, 要介護 5, 寝たきり度: C2, 認知症なし, 身長 170 cm, 体重 65 kg, BMI: 22.49 (普通).</p>	
<p>病歴・入院歴: 2009 年に ALS を発症し, 2011 年に歩行困難となり, また胃ろうを造設された. 2012 年秋より人工呼吸器を装着している. 2013 年春に重度身体障害者グループホームに転居した. 2014 年秋, 誤嚥性肺炎にて入院. 喉頭摘出術後, 永久気管孔の造設となった (咽頭気管分離術施行).</p>	
<p>家族: 妻と娘が近隣に在住し, 頻繁に来訪している. 受診等のため A さんが外出する際に同行している.</p>	
<p>介護: 介護ヘルパー (以下, ヘルパー) が 24 時間対応中である. ADL 全介助のため, 生活動作のほとんどをヘルパーの介助により行っている. 9 名で交代制をとっており, 介助スキルや食事の進み具合の違いで, 介助方法に不安を感じている方もいるとのことである.</p>	
<p>生活歴・職歴, 他: 自営していたが, ALS 発症後に廃業した.</p>	
<p>処方薬, 他: ①ランソプラゾール, ②クロチアゼパム, ③テブレノン, カルボシステイン (混合), ④酸化マグネシウム, ⑤ゾピクロン, フルニトラゼパム (混合), ⑥大建中湯, ⑦エネーボ (製), ⑧炭酸水素ナトリウム, ⑨ヘパリン類似物質+ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム (混合), ⑩ヒアルロン酸ナトリウム, ⑪レボフロキサシン水和物, ⑫ヘパリン類似物質クリーム, ⑬ポステリザン (製).</p>	
<p>アセスメント, 目標, 予後予測については表 1~3 を参照.</p>	

表 1 アセスメント情報 (2016 年 3 月現在)

項目	内容
心身機能	<ul style="list-style-type: none"> ・四肢筋力低下著明 (MMT: 1 レベル), 頭部回旋, 前腕回内/回外: 2 ・本人が自力で可能な動作: ①食事の際の咀嚼・嚥下, ②「伝の心」使用の際のタッチセンサーを押す動作, ③「いいえ」, 「NO」サインの際にわずかな首振り ・球麻痺症状: ①顔面表情筋筋力低下, ②嚥下機能低下 ・呼吸状態: 人工呼吸器管理 ・食事の経口摂取: 自菌にて咀嚼, 嚥下も残渣物が出るが多くなりつつある. 1 回量はカレースプーン普通盛り. 開口約 2.5 cm に入る量. 食事摂取に要する時間は, 座位姿勢, 食事メニュー, 介助方法によって約 30~60 分と変動する. 1 回量が少量になると食塊形成がしにくく, 飲み込みづらさがあり, また咀嚼筋の筋疲労も出現し, 休憩することもある. 毎日の晩酌は欠かさない. 飲酒量 250~300 cc ・水分 in out バランス: 良好. 便は日によって性状変動がある (水様便~普通便)
コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・現在発声困難のため, 以下の方法で対応中. 術前はスピーチカニューレを 24 時間装着. ①口唇読み取り: 単語, 短文や返事, ②コミュニケーションボード (透明文字盤): ベッド上臥位の場合に多用, ③電気式人工喉頭 (ニューボイス): 長文, 本人の細かい意思確認や意向を聞く際には有効, ④伝の心: メール, インターネット, 文章の入力等に使用
基本動作	自力では基本動作困難: 全介助
IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・IADL スケール 2/5 満点 ・実施している IADL: ①買い物, ②外出, ③交通手段の利用, ④旅行, ⑤読書 (時々実施). すべてヘルパーや家族の介助が必要
ADL	Barthel Index: 15/100 点 (排便コントロール 5 点, 排尿コントロール 10 点)
社会との交流	時々 ALS 協会や難病に関連した講演会を行っている

表 2 目標と援助方針

項目	内容
本人の意向/思い	・おいしいものを食べ続けたい ・外出をし、他の ALS 患者への講演を続けたい ・車いすで今の生活をできるだけ維持したい
家族の意向/思い	本人の意思を尊重し支えていきたい
ケアマネジャーの援助方針と解決すべき課題	援助方針：進行性の疾患であることに留意し、安心で安全な生活の場の提供をする 解決すべき課題：安全、安心な生活を送れるようなケアの周知徹底、介護、医療、福祉の専門職との連携
利用している介護サービス等とそこでの様子	・ヘルパー（介護保険サービス・障害福祉サービス併用） ・重度障害福祉サービス（月 700 時間） ・訪問入浴サービス（週 3 回） ・訪問看護（看護師訪問 週 2 回、PT 訪問 週 2 回） ・訪問マッサージ（週 2 回） ・訪問診療（月 2 回） ・訪問歯科（月 1 回） ・要望もしっかりと伝えることができ、サービスに満足している様子 ・ヘルパー側の緊張感、不安が本人に伝わり本人もストレスや緊張感を感じることもあり
リハ職が設定した課題とその原因（予測）	PT：「伝の心」の使用能力の維持・低下予防、現状の食事状況を維持、コミュニケーション手段の選択ができるようサポートする ST：摂食、嚥下に関する能力の維持・低下予防、介助方法や食事内容の提案、状況に応じたコミュニケーションの選択ができる 上記課題の原因：徐々に進行している筋力低下、摂食嚥下能力の低下、交代制であるヘルパーによる介助方法の統一、連携が図れず、円滑に食事介助できないこともある
リハ職の援助方針	PT：食事姿勢や移乗動作を含めた調整と、ヘルパーへの伝達、コミュニケーション（伝の心、ニューボイス）に必要な筋の収縮練習（顔面表情筋、前腕回内・外筋） ST：コミュニケーション練習（ニューボイス）、食事内容、介助方法のチェック
長期・短期目標	3 カ月後：食事姿勢や介助方法を確立する、コミュニケーション手段の確立 6 カ月後：安定した食事を続けられる、講演会等の場への外出、講演・発表が続けられる、精神的支えの確立

出所) OT ジャーナル、50 巻 10 号、pp.1124-1129 (2016 年 9 月号)

図表 2. 事例 2 の概要 / アセスメント情報 / 目標と援助方針

事例提示
<p>A さん、60 代、女性。要介護 2。同居家族は、民生委員を務める夫とほぼ寝たきりの母。</p> <p>病歴：脳出血（17 年前）、アキレス腱延長術（2 年前）。</p> <p>処方薬：アムロジピン 2.5 mg（血圧コントロール）。</p> <p>住環境、他：マンションに暮らし、生活圏内は平地、地下鉄の駅が近い。性格は、いわゆる“大阪のおばちゃん”タイプ。チャレンジ精神と行動力がある。面倒見がいい。無理をしがち。せっかちで、細かいことは気にしない。</p> <p>生活歴：数年前に大阪から関東に転居し、翌年実家の母を呼び寄せた。母の介護、主婦業のかたわら、民生委員である夫のサポートや、町内会の会計係、小学校での読み聞かせボランティアを始める。一昨年に孫が誕生し、長女宅まで育児サポートに出かけることがある。趣味は料理、買い物、社交ダンス（現在休止中）、夫との外出や友人との外食等、多趣味。現在は筆ペンで葉書にアレンジした書体で文字を書く習いごと（伝筆）が楽しみ。</p> <p>アセスメント、目標等については表 1～3 を参照。</p>

表 1 アセスメント情報（評価日：2016 年 5 月）

項目	内容
心身機能	・中等度の左片麻痺（Br-stage III-III-IV）：麻痺側上肢は随意運動が乏しい。麻痺側下肢は若干足部分離運動あり、支持性良好 ・筋緊張異常（中枢部低下、末梢部亢進） ・麻痺側足関節、肩関節の可動域制限あり ・両側外反母趾（右側>左側）
ADL	・掃除：風呂、キッチン掃除は訪問介護、トイレ、床掃除は夫と協力し実施 ・洗濯：洗濯物干しは訪問介護と夫の協力で実施 ・買い物：週に 1 度訪問介護を利用し、商店街でまとめ買い。買い物が少ないときは近隣スーパーに 1 人で出かける（自転車にキャリーバッグを積む） ・料理：おおむね可能 ・金銭管理：自立 ・母の介護（起き上がり、ポータブルトイレ排泄、移乗、着替え、整容、食事）を行っている

表 2 目標と援助方針

項目	内容
本人の意向/思い	・今は母の介護が正直しんどいが、できないことや時間がかかることは手伝ってもらい、自分の趣味時間や夫との時間を大切にしたい ・筋肉の突っ張りがひどくならないようにして、ずっと自転車に乗って外出し、きれいに歩いていたい
家族の意向/思い	母の介護で無理をしないで、本人のやりたいようにしてほしい
ケアマネジャーが立てた解決すべき課題	主婦としての生活・外出能力の維持、母の介護援助
ケアマネジャーの援助方針	主婦活動や外出の援助をし、同居母の介護援助も行う。ボランティア活動の実施
利用している介護サービス等	Aさん：訪問介護：3回/週（掃除、洗濯干し、買い物）、訪問リハ1回/週（今年4月までは2回/週） 同居母：訪問介護 毎日、訪問リハ2回/週、通所介護 2回/週、短期入所 月1回（1週間前後）
リハ職が設定した課題	・キャリアバッグを持ってエスカレーターに乗降する ・麻痺側上下肢の筋緊張を調整し、自転車駆動や、エスカレーターの乗降安定につなげる ・生きがいづくりの時間を増やし、母の介護に対する精神的負担を軽減する
リハ職が設定した課題の原因予測	身体機能：エスカレーターでキャリアバッグを持ちながら足を踏み出すタイミングがとれていない、麻痺側下肢支持性も問題、恐怖心と緊張による筋肉筋緊張異常が認められる 個人・環境面：エレベーターが近くにない、練習できる時間が少ない 介護負担面：母の能力低下、特別養護老人ホームへの入所待機長期化、母の介護への責任感
リハ職の援助方針	・自転車や公共交通機関を使用し買い物や趣味活動に出かけられる。その際に、荷物や買ったものを楽に持ち運べる ・趣味活動や生きがいへのかわりを持ちながら、母介護負担の精神的負担軽減
長期・短期目標	3カ月後：自転車で地下鉄駅まで向かい、リハ職や夫もしくは他サービスの見守りのもとキャリアバッグを持ちながらエスカレーターに乗れる 6カ月後：自転車で地下鉄駅まで向かう。1人でキャリアバッグを持ちながらエスカレーターに乗り、買い物や買い物に出かけられる

出所)OTジャーナル、50巻11号、pp.1226-1231(2016年10月号)

図表 3. 事例 3 の概要 / アセスメント情報 / 目標と援助方針

事例提示

Aさん、50代、男性。身長185cm、体重88kg。要介護2。妻、次男、長女との四人暮らしで、主介護者は妻と次男。

生活歴、職歴：病前は運送業（長距離トラック運転手で地方へ荷物を運んでいた）に従事しており、自宅へ帰ることが少なく、家族とのかかわりは少なかった。

趣味：フィギュア収集、鉄道、釣り

病歴・経過：2013年秋に脳出血を発症し、入院。その後、在宅復帰し、2014年11月まで機能・活動中心の訪問リハを受けていた。しかし室内での転倒をきっかけに屋外歩行に対する恐怖感が強くなり、デイケア以外の外出機会はなくなった。訪問リハスタッフの退職に伴い、屋外活動の獲得を目的に当事業所へ移行となった（2015年4月）。

介入を継続することで恐怖感が軽減したので、訪問リハ（週1回）での外出訓練を導入。ケアマネジャーと協働し、ヘルパー（週1回）と情報共有をしつつ、身体介護（外出介助）に移行した。また、自発的な外出に向け、自立支援センター（自力で週1回外出）とも協働し、喚語困難に対してSTによる介入を開始した。

処方薬（朝-昼-夜-就寝前）：ニフェジピン 20mg（降圧剤）2-0-2-0、イミダプリル塩酸塩 5mg（降圧剤）2-0-2-0、ファモチジン 10mg（胃薬）2-0-2-0、ロキソプロフェン Na 錠 60mg（消炎鎮痛剤）3-3-3-0

表 1 アセスメント情報 (2015年4月1日現在)

項目	内容
心身機能	・右片麻痺：Br-stage：Ⅳ/Ⅲ/Ⅳ，表在・深部感覚正常 ・筋緊張亢進による疼痛：右大胸筋，右内転筋 ・高次脳機能：注意機能障害，遂行機能障害
コミュニケーション	健忘失語による喚語困難
基本動作	寝返り，起き上がり，立ち上がり：自立
歩行	・10m歩行テスト：55.2秒 ・屋内：伝い歩き-自立 ・屋外（平地・階段）：ロフトランドクラッチ，短下肢装具使用 ・3動作揃え型歩行：自立
ADL	・入浴：全介助（ダイケア） ・食事：自立（準備は介助） ・更衣，トイレ，整容：自立

表 2 目標と援助方針

項目	内容
本人の意向/思い	1人で外出や買物に行けるようになりたいが，恐い。自分が動くことで家族の足手まといになるのではと思うと何もできなくなる
家族の意向/思い	お風呂や調理等，自分のことは自分でしてほしい
リハ職が設定した課題と原因（予測）	【課題】近所のスーパー等までの安定した歩行ができない。金銭管理・時間の把握に不安がある。言葉の想起に時間がかかり，意思疎通ができない 【原因（予測）】身体機能低下，高次脳機能障害，失語症
リハ職の援助方針	平地・不整地歩行が安定し，目的地までの公共機関を使用したプランニングができ，意欲的に外出ができる
長期・短期目標	【期間・目標・週間プログラム】 1カ月：最寄り駅までの安定した歩行（週1回60分，訪問時約300mの歩行） 3カ月：既存外出プランの遂行（週2回60分ずつ，月2回隔週120分枠での外出訓練） 5カ月：自身での外出プラン立案（週1回60分，月1回120分枠での外出訓練） 6カ月：自身での外出プラン立案と遂行（週1回60分，訪問介護の外出支援へ移行） 【具体的目標】 3カ月：近くのスーパー（約500m）まで見守りで行くことができる 6カ月：見守りにて公共機関を利用し，外出することができる

出所) OT ジャーナル、50 巻 13 号、pp.1416-1421 (2016 年 12 月号)

図表 4. 事例 4 の概要 / アセスメント情報 / 目標と援助方針

事例提示

A さん，70 代前半，女性。要介護 1，寝たきり度 B2，認知症自立度Ⅲb。
病歴・入院歴：左大腿骨頸部骨折，腎結核，腰椎すべり症（円背）。現在は強迫性パーソナリティ障害，廃用症候群，右下腿潰瘍を有する。
家族：夫は自宅の 1 階で紙製品製造業を自営。日中は仕事，夜は町内会等で多忙だが時折，A さんのいる居住スペースにも顔を出す。娘は実家の家業を手伝っているが，結婚して家を出ている。小学生の孫は学校帰りに母と合流するためほぼ毎日顔を出している。なお，主介護者は家政婦だが，A さんとの接し方がわからず次々と替わっている。
生活歴・職歴：幼少期は身体が弱く，健康学園へ通う。24 歳で結婚し，家業の事務を担ってきた。30 代で不眠症と診断され，定期的に a 病院に通っていたが，薬が合わず通院中止。30 代後半から服用を続けている漢方薬であると思われる散剤を，寝る前に服薬している。本人曰く「鬱にいい」，「睡眠薬として飲んでい」とのこと。現在は外出機会もなく，とじこもりがちの生活である。過去，通所介護を利用したが送迎時間までに支度が間に合わず，数回で終了となった。
処方薬（朝-昼-夕-就寝前）：トコフェロールニコチン酸エステル製剤（微小循環系賦活剤）100 mg・2cp（1-0-1-0），ラクトミン製剤〔整腸剤（乳酸菌製剤）〕2T（1-0-1-0），プレガバリン〔疼痛治療剤（神経障害性疼痛・線維筋疼痛症）〕25 mg・4cp（1-0-1-0）

表 1 アセスメント情報 (2015年9月現在)

項目	内容
心身機能	身体面：下肢の感覚障害（冷感が著明で夏でも湯たんぽ、毛布を利用）、胸腰椎移行部の右側弯変形 精神面：昼夜逆転しており、時間を守ることが難しい。生理的欲求が最優先となり約束を守ることができない。細かなこだわりがあり、訂正できない
IADL	衣服、日用品を買いに行きたいという意欲はあるが、行動に結びつかない。洗濯・掃除は家政婦が実施。服薬は自己管理が可能
ADL	食事：1日2食、家政婦が用意したものを食べる。配膳下膳は原則Aさんの役割 排泄：毎回残尿感があり、1回1~2時間程度トイレにこもることがある。 整容：洗顔、化粧等の動作は自立。時間を守れないため、美容室へ行くことができず、最後に美容室へ行ったのは2年前である 入浴：週1回訪問入浴がくるが、実際入浴ができるのは月1回程度
社会との交流	日常生活や足の処置に追われ、テレビ、ラジオの利用なく、社会との交流は介護サービスのみ

表 2 目標と援助方針

項目	内容
本人の意向/思い	腰を伸ばして歩き、外へ出たい
家族の意向/思い	生活リズムが乱れているので、規則正しい生活をしてほしい。自宅内の転倒を予防したい
ケアマネジャーが設定した解決すべき課題	足のしびれや冷えがあり、夜に時間をかけて足の処置をするので昼夜逆転している。身体を動かさず、筋力が低下しており、転倒の危険がある
ケアマネジャーの援助方針	健康状態を悪化させないように、ご家族、訪問診療医・訪問看護と協力して支援する。筋力低下予防のためにリハを行う。楽に移動できるよう、用具の利用は継続する。自宅で楽に安全に入浴できるよう、訪問介護を導入する
利用している介護サービス等	往診医（精神科）、訪問介護、訪問マッサージ、福祉用具貸与（据置型手すり）
利用しているサービスでの様子	往診医（精神科）：本人の中にも現状を変えたい気持ちもあるが、変えてしまうと今の生活が崩れてしまうという不安感がある。本人の「変えたい気持ち」が強くなるのを待つしかない 訪問介護：食事、足の処置等で入浴できないことのほうが多い 訪問マッサージ：未聴取
リハ職が設定した課題と原因予測	【課題】 昼夜逆転していることが本人の中で認知されていない。時間を守ることができず、ADL、IADL、社会との交流に影響が出ている。上記課題に伴い、活動性が低下し廃用が進んでいる 【原因予測】 強迫性パーソナリティ障害に伴うこだわり
リハ職の援助方針	1日の生活リズムを詳細に把握し、変更できそうなところを具体的に提案し、昼夜逆転が改善できるよう支援する。タイミングをみて車いすでの外出を試みる
短期・長期目標	6カ月後：昼夜逆転の生活リズムの原因を把握する 12カ月後：活動意欲を高め、主体的に行える役割を創造する。時間を守れるようにする 24カ月後：定期的に外出できるようにする

出所) OTジャーナル、51巻1号、pp.56-62 (2017年1月号)

図表 5. 事例 5 の概要 / アセスメント情報 / 目標と援助方針

事例提示

A さん, 60 代男性. 身長 165 cm, 体重 52 kg. 要支援 2. 妻と二人暮らし. 3 人の娘は結婚し家を出ている.

生活歴・職歴: 40 代半ば~50 代半ばまで, 人材紹介会社に勤務していた. その後, 人材派遣会社を経営していたが, 病気をきっかけに約 2 年前に廃業した.

趣味: 病前は写真撮影. 現在は数カ月に 1 度の写真展観覧.

病歴: 3 年前に強い肩こりが生じ, 4 つの医療機関を転々とした. 現在の主治医にパーキンソン病と診断される (Hoehn-Yahr の重症度分類Ⅲ). 主介護者は妻で, 主に薬の補充と整理を率先して行うが, 主婦業とパートの掛け持ちのため, 日中はほとんど外出されている.

処方薬 (朝-昼-夕-就寝前. ただし, パーキンソン病治療薬は 1 日 5 回)

2016 年 2 月時点: ケトプロフェン貼付剤 (経皮鎮痛消炎剤) L 40 mg, ロキソプロフェンナトリウム (鎮痛・抗炎症・解熱剤) 60 mg 頓服, ドネペジル塩酸塩 (アルツハイマー型認知症治療剤) 5 mg 1-0-0-0, ゾニサミド (抗てんかん剤. パーキンソン病治療薬の作用増強薬として) 25 mg 2-0-0-0, プレガバリン [疼痛治療剤 (神経障害性疼痛・線維筋痛症)] 25 mg 2-2-2-0, センノシド (緩下剤) 12 mg 0-0-0-1, レボドパ・カルビドパ水和物 (抗パーキンソン剤) 100 mg 1.5-1-1.5-1-1, エンタカポン (末梢 COMT 阻害剤. パーキンソン病治療薬の作用増強薬として) 100 mg 1-1-1-1-1

同年 8 月~: センノシド 12 mg 0-0-0-2 へ変更, レボドパ・カルビドパ水和物・エンタカポン配合剤 (抗パーキンソン剤) 100 mg 1-1-1-1-1 追加, レボドパ・カルビドパ水和物 100 mg 0.5-0.5 へ変更 (身体症状が強いときに頓服), エンタカポン 100 mg 中止. その他は 2 月時点と同様

表 1 アセスメント情報 (2016年10月現在)

項目	内容
心身機能	<ul style="list-style-type: none"> ・生活を制限する関節可動域制限や筋力低下はない ・平衡反応(静止時):ステッピング反応(+),端座位での保護伸展反応(反応不十分で転倒リスク有) ・身体症状:荷重の際に足底の痛がゆさ(感覚障害)と両膝関節の不随意運動あり(座位や立位時に静止することが難しい).午後を過ぎた辺りから症状が減弱してくる.臥床時,自転車駆動時は症状は減弱する.集中し没頭しているとき(友人に会う,買い物をする)は身体症状を忘れる傾向がある ・抗パーキンソン薬を飲みだしてから便秘がちとなり(4~5日に1度排便),食事量を減らすようになった.乳製品を毎日摂取し,服薬もしているが改善しない ・心理面:家庭では疎外感を感じている(本人自身も家庭への興味がなくなってきており,自分のことで精いっぱいとのこと).服薬忘れ等で妻や娘に叱られることが増え,ストレスとなっている.ストレスに伴い身体症状が増幅される傾向が認められる ・認知機能面:HDS-R 20/30(失点項目:言葉の遅延再生,物品再生,言葉の流暢性)
コミュニケーション	おおむね問題はないが,まれに話そうとしても言葉が出ないときがある
IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・自転車:乗車時は身体症状が減弱するので,移動手段として多く利用している.操作に問題はないが,信号等で無理に進行しようとすることがある ・公共交通機関:バスを多く利用されている.地下鉄も利用するが,乗り換えミスがある(もともと地理を把握するのは不得手) ・服薬管理:妻が服薬用のケース(視覚で確認できる仕様)に薬を仕分け,服薬は自身で行う.友人に会う,買い物をする等,用がある際に忘れ,ふとした瞬間に身体症状が増幅していることに気がつき,あわてて服薬することがある
ADL	<ul style="list-style-type: none"> ・Barthel Index:100/100(ADL自立) ・歩行:手の振りの欠如.障害物との距離感の把握は不十分.加速歩行傾向で急停止が難しいため衝突する恐れがある.バランスを崩してもステッピング反応が起り,転倒は回避できている.自宅内では踊るような歩行状態であっても,屋外へ出ると歩容が安定する場面が多くみられる
社会との交流	<ul style="list-style-type: none"> ・日中は臥床し,テレビを観て過ごすことが多い. ・〇〇区パーキンソン病友の会(週1回14:00~16:00) Aさんの感想:参加者の中では病気が軽度なので優越感を感じる.ただ一番年下だから気を使っている.重度な方々を見て僕もいずれこうなるのかと思うとドキッとする ・〇〇区のスポーツセンター(週2回ほど2時間程度) Aさんの感想:一番年長なので居心地がいい

表 2 目標と援助方針

項目	内容
本人の意向/思い	<ul style="list-style-type: none"> ・外出して友人と交流を続けたい.人材派遣会社時代にお世話になった方々へ挨拶もしたい ・身体症状をどうにかしたい.このままじゃ何もできないし,人に見られたくない
家族の意向/思い	効果的なりハをお願いしたい(訪問の際外出されていることが多く,聞き取り不十分)
ケアマネジャーの援助方針と解決すべき課題	<p>援助方針:意見が合わず介護サービスを利用していないためケアプランなし.3~4カ月に1度モニタリングを実施しており,7月ごろに妻を交えてショートステイについての説明をしたところ,本人は拒否的であったが,妻は肯定的であった</p> <p>解決すべき課題:本人の意向に沿いながらADLを維持していく.症状改善の意欲が強いため,障害受容が課題</p>
利用している介護サービス等	医療保険にて訪問リハを利用.他のサービスは利用していない
リハ職が設定した課題と原因	<p>【課題】身体症状への執着による日中(特に午前中)臥床傾向.歩行動作不安定による転倒リスク.趣味活動(写真)の中断.家庭内での疎外感</p> <p>【原因】身体症状への執着に伴う活動意欲の低下.夫婦間のコミュニケーション不足</p>
リハ職の援助方針	<ul style="list-style-type: none"> ・外出できる状態を維持し友人との交流を継続し,とじこもりを予防する.歩行状態の変化に注意し,転倒予防訓練(バランス,障害物との距離感,方向転換や急停止,応用歩行)と自主トレーニングの指導をする ・趣味活動(写真撮影)の再開を促し,余暇の充実を図る ・家庭内でのストレスのケア(①傾聴,②アドバイス,③病態説明やリハの様子,本人の心境等をノートに記載し情報を共有)
長期・短期目標	<p>3カ月後:人材派遣会社時代にお世話になった方々へ挨拶に行く.OTの訪問時に趣味活動を行う.妻の気持ちを理解する</p> <p>6カ月後:主体的に趣味活動(写真撮影)を行う.外出できる状態を維持し,友人との交流が継続できる.夫婦間のコミュニケーションが増える</p>

出所)OTジャーナル,51巻2号,pp.152-157(2017年2月号)