

第四回本物ケア学会

株式会社創心會。機関誌『増刊号』Vol.009



The Journal of True Care

The Journal of True Care

2011
増刊号
Special

【Vol.9】

》 INDEX

P03	第4回本物ケア学会開催のご挨拶 第4回本物ケア学会実行委員一同
P04-06	抄録 ①訪問リハビリテーションに必要な技能 ～社会的スキルに注目して～ 創心会地域リハ訪問看護ステーション 作業療法士 若林 佳樹
P07-09	②慢性期脳卒中片麻痺者へのBWSTT導入による歩行の変化 益野センター リハビリ倶楽部益野 健康運動指導士 田尾 祐一
P10-13	③通所介護と訪問サービスの連携を通したご利用者様との関わり ～自分の足で歩きたい～ 本部センター リハビリ倶楽部茶屋町 リハビリユニット 社会福祉士 菅森 美希 社会福祉主事 武田 和樹
P14-15	④シンガンによるビジョントレーニングが自動車運転に重要とされる すばやい情報処理反応力の向上につながるか 本部センター リハビリ倶楽部茶屋町 元気デザインユニット 健康運動実践指導者 吉田 圭吾 健康運動実践指導者 蔵本 麻美子 健康運動実践指導者 木崎 由衣
P16-19	⑤通所介護における転倒事故分析と再発防止に向けた今後の対応の提案 本社 間接部門 管理グループ 鈴鹿 一恵
P20-22	⑥認知症予防に対する園芸療法について ～デイサービスでの畑作業を通して～ 東備センター リハビリ倶楽部邑久 社会福祉主事 兒玉 佳子 健康運動実践指導者 湛増 悌史
P23-26	⑦疑似体験とQシートで変わる認知症ケアのあり方 ～GH心から生活ユニットの取り組み～ 本社 グループホーム心から 部門長 介護福祉士 山本 光紀 介護福祉士 内藤 暁
P27-29	⑧QOLの向上に向けてどのようなアプローチが有効か ～リハビリは発創力だ～ 吉備地域リハビリケアセンター リハビリ倶楽部吉備 健康運動実践指導者 松村 明紀

P30-33	<p>⑨デイと訪問の連携推進プロジェクト ファイル① ～そこには愛がある～</p> <p>創心会訪問看護ステーション 作業療法士 リハエリアリーダー 佐伯 香織 琴浦センター リハビリ倶楽部琴浦 健康運動実践指導者 篠原 由貴奈</p>
P34-36	<p>⑩社会復帰に向けて ～お父さんおかえり～</p> <p>倉敷地域リハビリケアセンター 元気デザイン倶楽部 フロアリーダー 健康運動実践指導者 村上 裕子 健康運動実践指導者 森本 依里</p>
P37-39	<p>⑪心に寄り添う</p> <p>創心会地域リハ訪問看護ステーション 部門長 作業療法士 笹川 和彦</p>
P40-43	<p>⑫廃用症候群により移動能力が著しく低下した 症例へのデイでのアプローチ ～症例から学んだこと～</p> <p>益野センター リハビリ倶楽部益野 准看護師 同前 明子</p>
P44-46	<p>⑬ BGM の有無による計算課題への影響 ～高揚的音楽を使用した場合～</p> <p>創心会訪問看護ステーション 作業療法士 中谷 まなみ</p>
P47-49	<p>⑭認知症に対するデイでのアプローチ ～食事場面の1症例より～</p> <p>中洲センター リハビリ倶楽部中洲 介護福祉士 松村 菜未 介護福祉士 隅田 春香</p>
P50-53	<p>⑮利用者と家族の真のニーズを引き出す ～真のニーズを提供できるグループホームについて考える～</p> <p>吉備地域リハビリケアセンター グループホーム心から撫川 ヘルパー2級 渡邊 豊</p>
P54-55	<p>⑯訪問リハの可能性 ～40歳代の女性を通して～</p> <p>創心会訪問看護ステーション 作業療法士 村上 真一</p>
P56-57	<p>⑰サービスの壁を越えた対応と心配り</p> <p>岡山地域リハビリケアセンター リハビリ倶楽部築港 管理者 介護福祉士 小林 正幸</p>
P58	MEMO
P59	<p>謝辞</p> <p>第4回本物ケア学会実行委員一同</p>

第4回本物ケア学会開催のご挨拶

この度、第4回目の学会の開催を迎えるにあたり、改めてこの「本物ケア学会」の目的や主旨を振り返りました。本来、「スタッフの勉強好きの意識の育成」、「サービスの専門性や、質の向上の為の学術研鑽の場」という目的に改めて立ち返るために、前回から引き続いてのメンバーで実行委員会を構成し、幾度も話し合いを重ねて参りました。

さて、この度の本物ケア学会は、運営体制の準備、事前の研究のための期間を約1年間いただき、17組という多数の皆様論文に取り組んでいただくことができました。会のプログラムや構成も前回までと一新し、純粋に1日通して論文発表のみのスタイルで行います。装いを新たに、という思いも込めて、表紙も非常にシンプルにしました。

前回のようなワークショップはありませんが、発表者が1年間研究・作成にじっくり取り組んだ論文は、通所、リハ、グループホームなど、各部門の現場での素晴らしい取り組みにあふれています。皆様の現場で参考にできるもの、知識や技術の蓄積になるものなど、まさに学術大会として不足のない会になると思います。是非、ご参加いただいた皆様にとって質の高い学会になれば幸いです。

最後になりますが、今回の学会開催にあたりご協力いただきました関係者の皆様に厚く感謝申し上げます。運営にあたっては、至らない点多々あるかとは思いますが、皆様のご理解・ご協力を賜りたいと思います。

第4回本物ケア学会 実行委員一同

訪問リハビリテーションに必要な技能

～社会的スキルに注目して～

創心会地域リハ訪問看護ステーション
作業療法士 若林 佳樹

1. はじめに

2004年1月に高齢者リハビリテーション研究会から出された中間報告書『高齢者リハビリテーションのあるべき方向』¹⁾において、「訪問リハビリテーションの目的は、在宅という現実の生活の場でADLの自立と社会参加の向上を図ることであり、高齢者本人と自宅環境との適合を調整する役割を持ち、自宅での自立支援の効果的なサービスである」と表現されている。また、訪問に臨むセラピストに必要なスキルとして、社会人としてのスキル、医療人としてのスキル、専門家としてのスキルが挙げられている。吉良²⁾によると、「社会人としてのスキルとしては、接遇や対人援助技術などが挙げられる。訪問時のマナーや声のかけ方、接し方により、われわれは信頼されたりされなかつたりする」としている。われわれが、利用者に「本物ケア」や「日本一不親切な親切」をスムーズに受け入れていただくためには、信頼関係が重要であり、社会人としてのスキルが必要不可欠であると言える。

これらのことから、われわれの社会人としてのスキルを明確にし、今後の訪問リハビリテーションに対して参考の一つになることを目的とし、平成21年10月に当社に所属しているPT・OT・STに対し、社会人としてのスキルを調査した。そして1年後の平成22年10月、同様に社会人としてのスキル調査とアンケート調査をし、比較検討を行ったのでここに報告する。

2. 対象

対:平成21年10月、当社に所属しているPT・OT・ST(以下、前回の調査)29名にアンケート及びKiss-18(Kikuchi's Social Skill Scale・18項目版)を配布した。回答数は20名で、回収率は69.0%(平均年齢29.3±6.99歳)であった。

対:平成22年10月、当社に所属しているPT・OT・ST(以下、今回の調査)34名での回答数は25名で、回収率は73.5%であった。その内、回答不十分を除いた有効回答数は24名で、有効回収率は70.6%(平均年齢30.0±6.56歳)であった。

3. 方法

アンケートは、選択肢及び自由回答形式にて作成し、今回の調査には(1)年齢(2)セラピスト経験年数(3)訪問リハの経験年数(4)スキルの優先順位(5)日頃の接遇・マナーの意識(6)接遇・マナーについて特に気をつけていること(7)接遇力・マナーを向上させるための方法、取り組みについて、前回の調査では(1)～(4)について

調査を行った。

社会的スキルは、Kiss-18を使用した。全18項目の質問のうち自分に当てはまる項目を「5. いつもそうだ」「4. たいていそうだ」「3. どちらとも言えない」「2. たいていそうでない」「1. いつもそうでない」より5段階評価を求めて1～5点までの得点を与えた。また、18項目を①初歩的なスキル(1,5,15)②高度のスキル(2,10,16)③感情処理のスキル(4,7,13)④攻撃に代わるスキル(3,6,8)⑤ストレスを処理するスキル(11,14,17)⑥計画のスキル(9,12,18) < () は質問番号 > の6種類の項目に分類し、Mann-Whitney U検定により今回と前回の調査を比較し、有意水準は5%未満とした。

4. 結果

(1)経験年数

表1 経験年数について (%)

	1～5年未満	5～10年未満	10年以上
リハ経験年数	63	33	4
訪問リハ経験年数	75	25	0

経験年数・訪問リハ経験年数がともに1～5年未満が最も多くなっている。

(2)スキルの優先順位

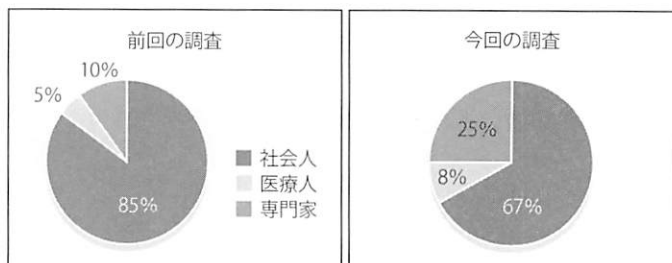


図1 最も重要なスキル (%)

最も多い社会人としてのスキルでは、前回の調査では85%、今回の調査が67%であった。

(3)前回と今回の社会的スキルについて

社会的スキルの全18項目における平均点は、前回の調査が59.1点(±8.29)、今回の調査が59.1点(±10.7)。(50 ≤ 平均点 ≤ 65: 社会的適応性は平均的)

Mann-Whitney U検定を行った結果、全ての項目において有意差が認められなかった。

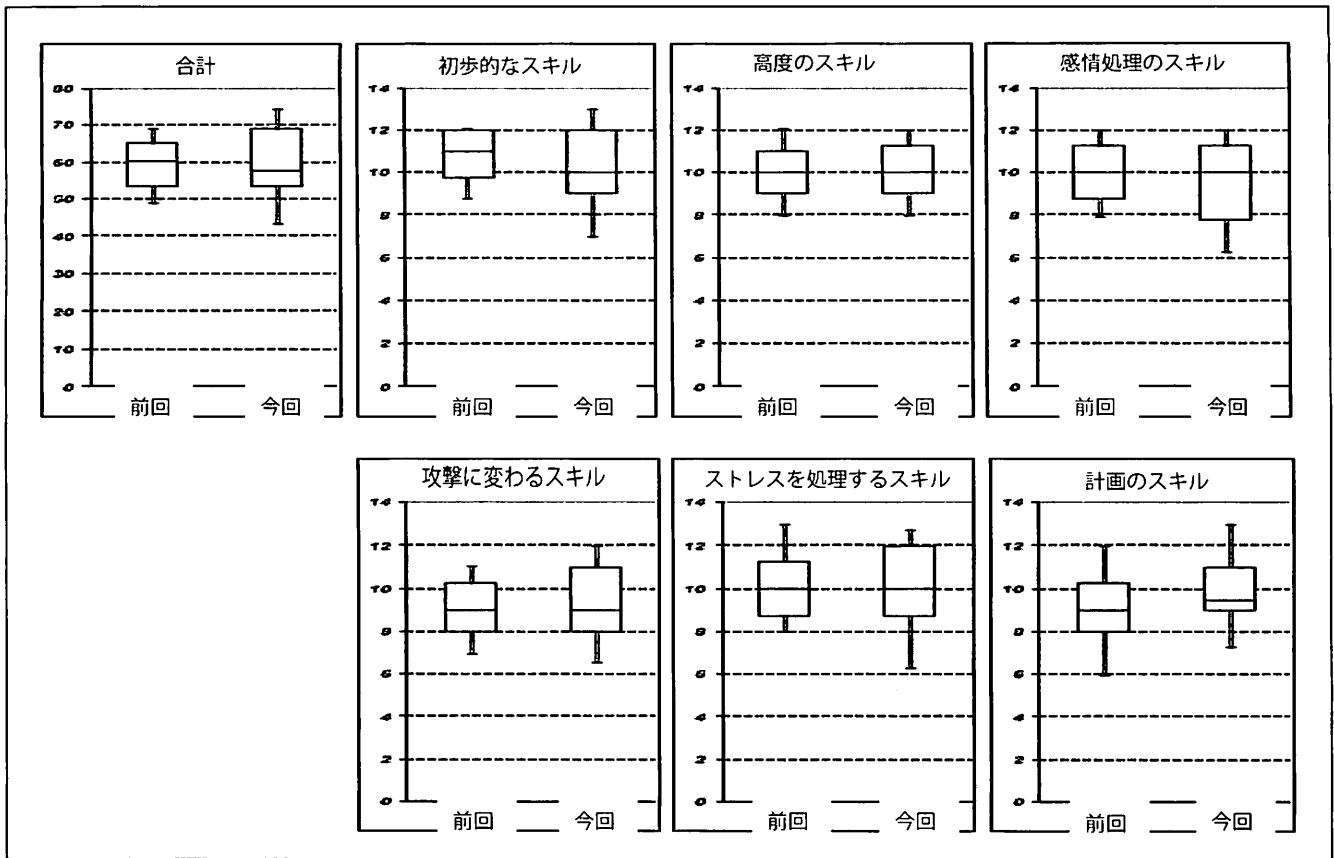


図2 社会的スキルの中央値とパーセンタイル

(4)日頃の接遇・マナーの意識について

表2 日頃の接遇・マナーの意識について (%)

	いつもそうだ	たいていそうだ	どちらともいえない	たいていそうでない	いつもそうでない
今回の調査	46	46	8	0	0

今回の調査において、「いつもそうだ」は46%、「たいていそうだ」は46%、「どちらともいえない」は8%、「たいていそうでない・いつもそうでない」は0%であった。

(5)接遇・マナーについて特に気をつけていることについて

表3 接遇・マナーについて特に気をつけていること (%)

言葉遣い・靴の揃え方・訪問前の一礼	衣服の乱れを正す	笑顔での挨拶	体調についての質問	玄関の入り方	インフォームド・コンセント	駐車時の配慮	玄関の出入	終りの挨拶	その他
41	8	8	8	7	6	6	6	5	5

最も多い項目は「言葉遣い」であり、次に多い項目は「靴の揃え方」、「訪問前・後の一礼」であった。

(6)接遇力・マナーを向上させるための方法、取り組みについて

表4 接遇力・マナーを向上させるための方法、取り組み

〈接遇力・マナーを向上させるための方法〉 ・他者からの評価を受ける ・他者の接遇を評価する ・接遇力が高い人をよく観察して真似をする ・相手を知り、思いやる気持ちをもつ ・ロールプレイングを行う	〈取り組み〉 ・接客8大用語の唱和 ・定期的にヒアリングを行っている ・マナーの勉強会に参加 ・過去のクレームを知る ・プライベートで店員の言葉等意識している
--	--

5. 考察

(1)スキルの優先順位について

スキルの優先順位では、社会的スキルを1番と考える割合が85%から67%へと減少している。また、専門家としてのスキルが10%から25%と大きく増加している。中間³⁾は、訪問リハは基本的に1人で利用者宅へ行ってトレーニングを実施するという特性や、多くの訪問リハ事業所のスタッフ数が少ないことから、新人や2年目であっても中堅スタッフレベルの能力を求められることがあると述べている。当社では、訪問リハビリテーション経験年数1～5年未満である療法士が75%と多くを占めている。上述したことから、1年～5年未満の療法士が、この1年の間に中堅スタッフレベルの能力が必要であると感じており、社会的スキルの必要性よりも専門

家としてのスキルを優先したのではないかと考える。また、近年利用者の疾患が様々であり、さらに軽度から重度まで幅広いことから専門家としてのスキルを優先したのではないかと推察する。

(2)社会的スキルについて

社会的スキルでは、全ての項目において有意差は生じなかった。また、平均点は59.1点であり、前回と変化は生じなかった。Kiss-18の得点として、教師は61.82(±9.41)、男子大学生は56.40(±9.64)、女子大学生は56.35(±9.02)、女子短大生は56.81(±7.01)であり、今回の結果から教師には及ばなかった。現状として、アンケートの結果より、日頃から接遇・マナーについての意識は高い状態であるが、社会的スキルは高まっていない。二木⁴⁾は在宅訪問の作業療法士に求められる倫理と資質として、よい人間関係が作れるかなどの人間性、コミュニケーション能力、自分自身の言動に対する説明責任などを挙げている。当社の療法士は日々訪問リハビリテーションを行っていることから、接遇・マナーについての意識は高いのではないかと考える。しかし、1年～5年未満の療法士は訪問リハの制度や事務処理、状況を適確に把握し判断する力、専門家としてのスキルなど、多くの知識や技能を習得しなければいけないために、意識は高いが社会人としてのスキルは高まっていない状態が生じたと考える。

リハビリテーションは単に提供するだけでなく、利用者・家族・関係者等と情報や目標を共有し、トータルケアサポートを行うことが重要だと考える。しかし、訪問リハビリテーションが開始される前の利用者の阻害因子として、障害の悪化や再発の不安が少なからず存在する。このことから、主体変容能力、他者行動への感受性、将来イメージ力を身に付けた療法士の接遇・マナーという条件刺激により、安心やリラックスが生まれ不安が減少すると考える。その結果、利用者のメンタルアティテュード形成によりリハビリテーションが受け入れられやすく、早期にホープ目標の設定ができ、効率的なリハビリテーションを行うことでQOL向上へと繋がるだろう。

また、菊池⁵⁾はこのKISS-18と矢田部・ギルフォード性格検査について性格要因との関係を調査している。その結果、「社会的スキルが身につけているという自己評定をしている者は、心身の活動性が高く、対人的な面で積極的であり、対人的なかわりあいをお好む傾向がある」ことが示された。このことから、訪問リハビリテーションを行う上で、ケアマネジャーや看護師、医者など多職種との関わりが必須であるため、社会的スキルを高めることで、対人交流において積極的になり、トータルケアサポートへと一歩近づくことができると考える。上述した2つのことから、われわれは常に社会的スキルを高めていく必要がある。

(3)アンケートについて

アンケートより、接遇・マナーについて特に気をつけていることで、最も多い項目は「言葉遣い」であり、次に多い項目は「靴の揃え方」、「訪問前・後の一礼」であった。このことから、訪問前後の意識は高い傾向にあるので、今後リハビリテーション中の接遇・マナーに対して、視野を広げていくとさらに良好な関係を築くことができると感じられる。今回、接遇力・マナーを向上させるための方法、取り組みについては、少数からの意見であったため、療法士内で共有化していく必要があると考える。

(4)今後について

作業療法士協会の方針として、2008年に「作業療法5ヵ年戦略」を策定し、「地域生活移行支援の推進～作業療法5(GO)・5(GO)計画～」というスローガンが掲げられている。これは、5ヶ年の内に、入院医療を中心とした医療の領域に5割、保健・福祉・教育等の領域を含めた身近な地域生活の場に5割の作業療法士配置を目標としている。このことから、地域における作業療法の役割を明示するために、訪問リハビリテーションの拡充に積極的に取り組まれるだろう。その中で、信頼され選ばれる企業になるためには、社会的スキル向上が大きく関係してくると考える。

今回の調査では、客観的には社会的スキル向上が認められなかったものの、接遇・マナーに対しての意識は高いことが示された。この結果から、全スタッフへの社会的スキル向上に対して興味・関心の改革に役立てれば幸いである。また、今後の課題として社会的スキル向上と顧客満足度の関連性を調査し、当社の更なる発展の一つとしたい。

6. 謝辞

本論文作成にあたり、ご協力いただきました対象者の皆様、貴重なご助言・ご指導いただきました本物ケアスタッフの皆様は心よりお礼申し上げます。

7. 引用文献

- 1) 高齢者リハビリテーション研究会編：高齢者リハビリテーションのあるべき方向。高齢者リハビリテーション研究会，2004
- 2) 吉良健司：新人育成一訪問・在宅での教育の現状と課題，理学療法23巻2号2006
- 3) 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，206，2009
- 4) 二木淑子：作業療法マニュアル在宅訪問の作業療法。日本作業療法士協会，31，2008
- 5) 菊池章夫：思いやりを科学する。川島書店，200-202，1998

慢性期脳卒中片麻痺者への BWSTT 導入による歩行の変化

益野センター リハビリ倶楽部益野
健康運動指導士 田尾 祐一

1.はじめに

脳内出血（右被殻）により歩行障害を呈し、歩行に介助を要する症例に対して、体重免荷式歩行トレーニング Body Weight Supported treadmill training（以下 BWSTT）を使用しての歩行の改善を試みた。

BWSTT を用いる利点として、(1) 歩行に必要な懸垂装置を使用することにより、早期から低歩行能力者の歩行訓練が可能である。(2) ハーネス装着により安定した状態で CPG を活性化させることが可能であり、歩行に必要な筋活動を生じさせやすい。(3) 通常の平行棒内歩行や介助歩行に比べ歩行周期の反復回数を増加させることが容易である。(4) 手すりの利用により早期より3動作歩行を割合し、2動作歩行訓練を行うことができる。(5) 単脚支持期を増加させ、左右対称性を促進する歩行パターンを学習させることができる。(6) 外部から安定性を確保した状態で転倒リスクを軽減し、高頻度の課題特異的トレーニング（意味のある目標を用いて訓練する。麻痺側を機能的に用いるイメージを持たせる。）を行うことが可能である^{1) 2)}との報告がある。

以上のことから、デイサービスを利用している慢性期片麻痺の障がいをもつ症例への BWSTT の導入による歩行の改善の経緯を報告する。

2.症例紹介

F氏 60歳代 男性

介護度：要介護4（当デイサービス週2回、他デイサービス週1回、訪問リハビリ週2回を利用）

疾患：右被殻脳内出血

障害：左片麻痺（BRS 左下肢Ⅳ 左上肢Ⅲ 左手指Ⅲ）半側空間無視・身体失認・注意障害

発症から約8ヵ月後にデイサービス利用開始。麻痺側下肢には短下肢装具を装着している。平地歩行練習（Training on floor；以下 TOF）では四点杖を使用。歩行動作は杖→麻痺側下肢→非麻痺側下肢の順で前方に出す3動作歩行である。歩行時に麻痺側下肢の膝折れが見られ、また麻痺側下肢の振り出し時に右側方へのふらつきがあり、転倒のリスクが高い。そのため TOF では左後方から仙骨と左腋下を支え、麻痺側下肢の振り出しを介助する必要がある。

BWSTT 導入経緯として、ケアプランにおける生活目標の中で「車椅子なしで歩けるようになりたい」との項目がある。それに基づく長期目標として、「自宅のトイレまでは介助で歩いて行けるようになること」とある。短期目標は、「車椅子から離れて過ごす時間が持てること」である。

デイサービス利用当初の主な移動手段は車椅子である。症例には「四点杖で歩けるようになりたい」という希望があり、ケアプランからも歩行時の家族の介助負担の軽減が必要であると考えられた。そのため転倒リスクが少なく、より安全に課題特異的トレーニングを行えることから、BWSTT での訓練を症例に提案し約1ヵ月間実施した。

3.BWSTT 実施方法

本症例では、杖の代替として右手でトレッドミル上の前方指示型手すりを把持する。

訓練頻度は週2回、1日5～10分間、約1ヵ月間で BWSTT を実施した。訓練導入直後のトレッドミル上の歩行速度は0.4km/h から開始した。要因として筋肉の過緊張を防止するためと、動作が緩慢で麻痺側の振り出しが困難なためである。

免荷量については、寺西らによると免荷量が足りないと膝の過度の屈曲（30°以上）やロッキングが発生し、逆に免荷量が過度であると踵接地が見られない場合がある。³⁾との報告があるため、本症例では踵がベルトから離れないよう、免荷量を15～20%に設定した。

BWSTT 実施時は麻痺側下肢の振り出しができないため、介助が必要であった。介助者1名で実施。介助方法は非麻痺側下肢の足底接地時に麻痺側下肢の振り出しが可能な程度で、左後方から左腸骨の引き上げと、右側方へ左腸骨を押しして重心移動を介助した。

BWSTT 導入から2週間後に介助方法を変更した。左後方から左腸骨の引き上げを行わなくても、麻痺側下肢の振り出しが可能と判断したためである。介助者1名が、麻痺側下肢の振り出しが行える程度で、左後方から右側方へ左腸骨を押し、重心移動を介助した。またトレッドミル上の歩行速度を BWSTT 導入時の0.4km/h からデイサービス利用終了までに1.3km/h まで上昇させた。

4. 評価方法

歩行能力の変化を①両下肢の荷重差、②左右それぞれの踵接地から踵接地までの距離、③左右の遊脚期の時間、④ 10m 歩行時間の4つの項目について数値を計測することで評価した。

①両下肢の荷重差の測定は体重計を2つ用いて、肋木前で静止立位にて計測した。

②左右それぞれの踵接地から踵接地までの距離の測定は、踵接地した箇所へ付箋紙を用いてマーキングを行い、その間の距離を計測し、平均値で評価した。

③左右の遊脚期の時間は歩行の様子をビデオに録画。左右の遊脚期の時間をそれぞれ計測し、その間の数値の平均値で評価した。

④ 10m 歩行時間の測定はスタートラインに一步目が入ったところから、ゴールラインにどちらかの足が一步出たところまでの時間を計測した。

5. 結果

結果に関しては図1～図4に示す。

両下肢の荷重差に関しては非麻痺側下肢の荷重量が増えており、左右差の減少が認められた。(図1)

左右のそれぞれの踵接地から踵接地までの距離は、平均値で左右とも距離が延長している。特に、非麻痺側下肢の延長を認める(図2)。

左右の遊脚期の時間は左右とも平均値の時間が延長している。特に、非麻痺側下肢に比べ麻痺側下肢のほうがより平均値の時間が延長している。(図3)

10m 歩行時間は短縮した。(図4)

フロアの歩行動作ではBWSTT導入時に起きていた膝折れと右側方へのふらつきが見られなくなった。また3動作歩行から、杖と麻痺側下肢を同時に前方へ出し、その後、非麻痺側下肢を前方へ出す2動作歩行となることで効率の良い歩き方となった。

6. 考察

BWSTTの神経学的背景として、歩行のような自動性の高い運動における特有のリズムや運動パターンは、CPG(脊髄より上位の中樞神経あるいは末梢感覚器からの周期的な信号の入力なしに、屈筋および伸筋の周期的放電を発生する神経機構のこと)の自動的な出力によって自動的に生成されると考えられている。

BWSTTは、外部から安定性を確保した状態でCPGを働かせ、歩行に必要な筋活動を生じさせることが可能である。さらに、BWSTTを用いて、より早期から低負荷で高頻度の課題特異的トレーニングをより多く行うことに

より、脳の機能的再組織化を図ることができる。しかし、通常の平行棒内歩行や介助歩行では持久力や安定性の問題のため、歩行周期の反復回数を増加させることは困難であり、効果的な学習がなされにくい可能性が高い。¹⁾と大畑らは報告している。

これらのことから、BWSTTに比べてTOFでは、自動性の高い運動における特有のリズムや運動パターンを学習することが困難であり、なおかつ、歩行周期の反復回数を増加させることも難しく、CPGが活性化されにくい環境での歩行訓練であると考ええる。また、外部から安定性を確保していることにより、転倒リスクがほとんどない状態で課題特異的トレーニングを行うこともBWSTTを用いる利点と考える。

部分免荷については非麻痺側下肢、麻痺側ともに立脚期割合と両脚支持期割合を減少させ、単脚支持期割合(反対側遊脚期割合)を増加させる^{3) 4)}との報告がある。本症例の場合、トレッドミル上での歩行は、麻痺側下肢を前方へ振り出すことが困難で、振り出しには介助が必要であった。寺西らの報告³⁾を基に、部分免荷装置を使用することで、麻痺側下肢の振り出しを容易に行えるのではないかと考え、麻痺側下肢の振り出しに要する介助量を軽減させることを目的に、部分免荷装置を導入した。

結果として、全ての評価項目での改善が認められた。

BWSTT導入初期の、左右の体重差については、図1のように、非麻痺側下肢に比べると麻痺側下肢への荷重が不十分であることがわかる(右足だけで立っている姿勢に近い状態)。荷重差は左右非対称性である。TOFでは非麻痺側下肢の遊脚期に麻痺側の膝折れを起こすこともあった。これらのことが、フロアでの歩行の大きな妨げになっていたと考える。約1ヶ月後には麻痺側下肢での荷重量が増えたことで非麻痺側下肢への荷重量が軽減しており、立脚時での左右対称性となってきている。トレッドミル上で、麻痺側下肢の踵接地から踵離地を反復し、麻痺側大腿四頭筋の賦活が起こったことで、膝折れが生じなくなり、麻痺側下肢での立脚時間が長くなったのではないかと考える。

一方で図2と図3から左右それぞれの踵接地から踵接地までの距離と左右の遊脚期の時間では、非麻痺側下肢に比べて麻痺側下肢の平均値が伸びたことで非対称性になっていると考える。これはBWSTT実施時の介助方法が大きな要因であると考ええる。トレッドミル上で介助者が麻痺側下肢の振り出しが行える程度で、非麻痺側下肢の足底接地時に、左後方から左腸骨の引き上げと左腸骨を右側方へ押して重心移動を介助した。また、2週間後

図 1

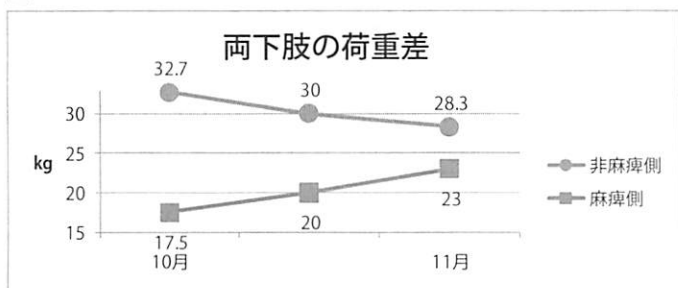


図 2

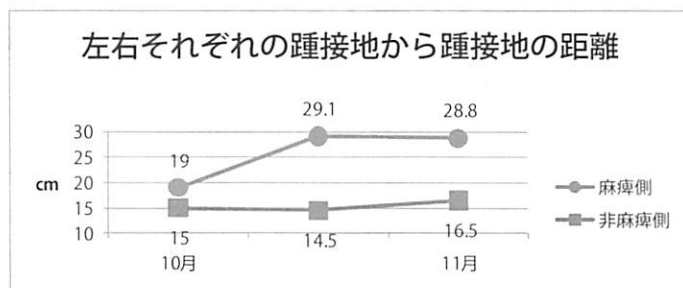


図 3

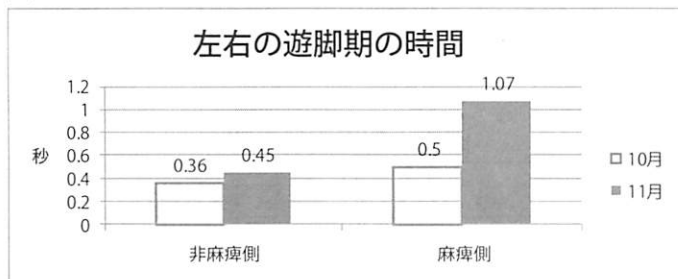
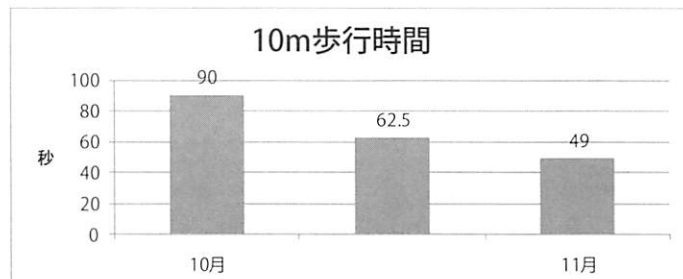


図 4



には介助者が麻痺側下肢の振り出しが行える程度で、非麻痺側下肢の足底接地時に左後方から右側方へ左腸骨を押し、重心移動を介助した。これらの麻痺側下肢の振り出しパターンを約1ヵ月間繰り返し行い、体幹を後方に反らす代償動作を用いて麻痺側下肢の振り出しを学習したのではないかと考える。しかし、非麻痺側下肢においても前方への振り出しの距離と遊脚期の時間の延長が認められた。BWSTTではTOFに比べて股関節の伸展運動を可能とし、麻痺側下肢の単脚支持期の時間が長くなる。それにより、股関節の伸展運動を学習でき、麻痺側下肢の単脚支持期が長くなったと考える。

これらの結果として、歩行動作が3動作歩行から2動作歩行に改善し、TOFでの10m歩行時間が短縮したのではないかと考える。

7. まとめ

BWSTT導入時の、デイサービス内での移動は全て車椅子を使用していたが、トイレまでの移動は四点杖を使用し、スタッフの近位見守りで行えるようになったことで、車椅子から離れて過ごす時間が多くなった。また、症例、家族からも「自宅のトイレまでは杖で歩いて移動している」との声があり、当初のケアプランにある長期目標の自宅のトイレまでは介助で歩いて行けるようになることに関しては達成することができた。

TOFに比べ課題特異的トレーニングを安全な状態でおかつ高頻度で行えたことと、CPG活性化により歩行に必要な筋活動を生じさせたことが、約1ヵ月間の介入で体幹を後方に反らす代償動作を用いることで現在の歩行の獲得までに至り、全ての評価項目の改善につながったのではないかと考える。しかし、歩行時の左右対称

性を出すところまでは至らなかったことは、BWSTT実施時の介助方法が大きな要因であると考え。今後はBWSTT実施時の介助方法を変え、非麻痺側下肢の振り出しを大きく出せるよう誘導していくことで、遊脚期における左右の対称性が改善するのではないかと考える。なお、1ヶ月後の評価をして数日後に、症例の都合でデイサービスの利用は終了となったため、この取り組みは行えていない。

8. 謝辞

本症例報告における歩行訓練の実施、評価にあたりご協力いただいた症例、創心会リハビリ倶楽部益野のスタッフの皆様、アドバイザーに深謝いたします。

9. 文献

- 1) 大畑 光司・他：体重免荷トレッドミルによる歩行訓練の理論と実践． 運動・物理療法 19(4):251-256, 2008
- 2) 大塚 圭・他：脳卒中片麻痺へのトレッドミル歩行訓練． JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION Vol.14 No.2: 166-168, 2005.2
- 3) 寺西 利生・他：脳卒中片麻痺者に対する部分免荷トレッドミル歩行訓練． 理学療法． 22 巻 6 号, 853-859, 2005 年 6 月
- 4) 武井 圭一・他：回復過程の脳卒中片麻痺者への部分免荷トレッドミル歩行練習の特徴—異なる歩行練習間の歩行速度変化、歩行距離、歩容の比較—． 理学療法学. 第 37 巻第 3 号, 139-145, 2010

通所介護と訪問サービスの連携を通したご利用者様との関わり

～自分の足で歩きたい～

本部センター リハビリ倶楽部茶屋町 リハビリユニット
社会福祉士 菅森 美希・社会福祉主事・武田 和樹

1. はじめに

リハビリ倶楽部茶屋町と訪問看護を併用しておられる利用者に対し、デイサービス（以下 DS）での状況や自宅での状況などの情報を交換し、連携した症例について紹介する。

2. 症例紹介

症 例 A 様 年齢：60 歳前半 性別：男性

介護度：要介護 4

既往歴：脳梗塞（左片麻痺） 糖尿病

サービス内容：リハビリ倶楽部 DS 月・水・金 11～16 時（4－6）
訪問看護（以下訪リハ）火・木（72）

3. 経過（サービス内容）

<平成 X 年 4 月> 体調不良にて病院受診、入院すすめられるも内服薬の処方のみで帰宅
再び救急搬送にて入院され、5 月上旬に退院され、その後点滴のため通院

<平成 X 年 6 月> 再入院

<平成 X 年 7 月> 退院（装具作成）

<平成 X 年 10 月> DS 利用開始

4. 生活歴

病前は家族で、一緒に工場経営をしていた。現在は、息子と妻が会社を経営している。左片麻痺になられてからは妻の介助によって生活している。妻は症例だけではなく母親（認知症）の介助もしており、妻 1 人で 2 人を介助している状態である。DS 利用前は妻と一緒に工場に行き、一日中ソファで寝て過ごすことが多く、小用も尿器で行っていた。症例が病院でのリハビリを行う前に退院していたこともあり、歩行状態も悪く妻も介助の行い方を自己流で行っていた。そのため自宅・工場での歩行は、症例が妻の肩から腕を回し、妻が背中背負うような状態で行っていた。方向転換時などに症例と妻と一緒に転倒するなど、何度も繰り返していた。

症例の初期評価として使用した（図 1）FIM の評価

を見ると、排泄・移動の面での点数の低さが見られた。DS では、トイレに行きたくても、スタッフに声をかけることができないなどの意思表示の薄さが目立ち、排尿コントロールの減点にもつながっていた。

図 1 利用当初の FIM

FIM	ADL	得点	使用用具（杖・装具など）、介助内容
セルフケア	食事	7	スプーン使用
	整容	4	声掛け促し
	清拭	1	実施せず
	更衣（上半身）	1	実施せず
	更衣（下半身）	1	実施せず
	トイレ動作	2	ズボン、パンツの着脱介助
	排泄	排尿コントロール	3
排便コントロール		1	DSにて排便無し 便秘
移乗	ベッド・椅子・車椅子	3	方向転換時介助
	トイレ	3	方向転換時介助
	浴槽・シャワー	1	実施せず
移動	歩行・車椅子	1	手引き歩行（後方介助の場合もあり）
	階段	1	実施せず
意思疎通	理解	4	何度か促しが必要
	表出	2	短文での理解が多く、促しも多め
社会的認知	社会的交流	5	コミュニケーション少なめ
	問題解決	4	発言無く、目だけで訴えられる
	記憶	4	普段の記憶ははっきりしている
合計（18～126点）		48	

<目標>

- ・自分で歩きたい
- ・トイレに行きたい

利用当初は、両手引き歩行でフロア内を移動していた。歩行バランスが不安定、スタッフの歩行介助に依存する歩行状態となっていた。他者交流も少なく表情の変化も少ない。問いかけに対する反応も薄く、できないとの発言が多い。トイレに行きたい場合でもスタッフに声をかけられず、失禁ということが多かった。症例が自らリハビリに取り組みめることはなく、座位時間が長くなっていた。

<アプローチ>

- ・歩行訓練
- ・リハビリ意欲の向上を図る
- ・装具の着脱・トイレ動作・椅子からの立ち上がりなど

の動作訓練

- ・立位での下肢筋力訓練
- ・スタッフや他の利用者との言語的・非言語的コミュニケーションを増やす
- ・訪問看護や家族との連携

[利用開始1ヶ月目]

<活動量の低下>

糖尿病のため血圧が高く、午前中には手浴などの座位メニューを行い、午後から身体を動かすという流れになっていたものの、午後になると「寝たい」という訴えも多く、活動量は十分にとれていなかった。ベッドリハビリでは、動きがすぐに止まってしまったり、生あくびが出るなどが見られたため、「まずは10回から」とこちらから声をかけながら回数を少しずつ増やしてくようなメニューを設定した。症例は臀筋の弱さが見られ、ヒップアップの際には10回になる前に「えらい」と言われた。また、足関節や体幹などの身体の硬さが見られた。身体の硬さは病前からあったとのことで、ストレッチを重点的に行った。また、ベッドリハビリを毎回同じ時間に行うことで、症例に定期的に身体を動かすことの習慣化、意識づけを図った。

<動作訓練の実施>

自宅では、ほぼ全介助での生活を送っていたため、まず日常生活に必要な動作ができるようになっていただけよう歩行や日常生活動作の促しを行った。症例は、活動量が少なく座位時間が多かったため、まず座位でできるメニューが導入しやすいと考え、装具の着脱訓練を行った。体幹など身体の硬さが見られ、自立にて行えるのは一番上のマジックテープを外すのみであった。座位時、ベッドリハビリの前後、静養時などに装具着脱の声掛けを行いながら訓練を行った。また静養される際には起き上がり訓練も実施した。

<リハビリ意欲の低下>

ベッドリハビリ以外にも、歩行や肋木メニューなど、何度か声掛けするも、「もういい」や「やらない」などの発言があり、メニューへの誘導がうまくいかないこともあった。また、行っても集中力が続かず継続できない、という状況だった。しかし、トイレでは自分でベルトを外そうとする自主的な面が見られた。

<両手引きでの歩行訓練>

スタッフの手引き介助に体幹重心を依存している。徐々に前方重心になり、足が遅れ足部が後方に残り、バランスが不安定であった。歩行訓練時に姿勢などの改善が図れるよう、歩行訓練の声掛けを行うも、「やらない」「疲れている」などと言われ、拒否が見られた。

[利用開始2ヶ月目]

<4点杖での歩行訓練>

訪リハスタッフより、自宅で4点杖での歩行訓練を行ったとの報告を受ける。歩行方法として症例の患側のベルトを持ち、少し持ち上げるような介助を行ったとの情報を得た。DSでも同じように歩行訓練を行なうことにした。歩行状態は前傾姿勢による下方目線が見られるも、スタッフの介助に依存することは少なくなっている。歩行訓練を開始した頃には、杖の出す位置や歩幅が安定していなかった。また、両足が揃ってしまい立位保持ができずにバランスを前方や後方などに崩してしまうこともあった。慣れていない様子ではあるが、歩きながらスタッフに「杖の位置はここでいいの？」や、段差昇降する際には「こっちの足からでいいの？」など、自分から質問をするようになった。4点杖での歩行訓練では、症例と確認しながら、自分の足で歩いているという感覚を持つことと、フロアを一周できるようになるという目標から始め、途中で「えらい」と言われるも行うことができた。できていることを伝えると、表情も明るくなっている。歩行の際横から声をかけられ、声をかけられた方向へ身体を向けるとバランスを崩してしまうことが多く見られた。バランス訓練や体幹の柔軟性の獲得が課題として明確となった。送迎の際、自宅での様子等を伺うと、4点杖を使用して歩いているということで、自宅での様子に変化してきたことが分かった。歩行スピードの評価として、毎月身体機能測定で行っているTime Up & Goを使用していくことにした。2ヶ月目の時点でタイムは2分10秒であった。

<リハビリ意欲の変化>

歩行訓練を繰り返すなかで、歩行や段差昇降時などでのリハビリに対し意欲的な発言が増えた。ベッドリハビリを終え、症例に「これから休みますか？歩きますか？」と声をかけると、「歩く」と言われるようになった。リハビリに対する自主性も少しずつ見られ、「昼から上に行くからよろしく」と言って、実際にベッドリハビリや

マシントレーニングに取り組まれるようになった。以前から実施していた装具の着脱訓練にも変化が見られた。自分から装具を脱ごうとするようになり、時間はかかるものの着ける際には声掛けや介助をし、外す際には足の甲のマジックテープを少しとるのみの軽介助で行えるようになった。

<他者交流やコミュニケーションの変化>

11月に午後からの集団メニューとして行っていた、和紙作りやせんべい作りにも参加し、スタッフや他の利用者と楽しそうに作るようになる。ベッドリハビリの際、訪リハのことを聞いてみると誰が来てどんなことをしたのかを説明してくれるようになる。

[利用開始3ヶ月目]

<トイレ動作>

症例に改めて「今やりたいことはありますか?」と聞くと、「あるよ」との答え。内容は、「一人でトイレに行きたい」というものであった。現状としてトイレ動作については、ベルトを外すことは声かけなしに自分で行われるも、他の動作は声掛けや促しが必要な状態が続いていた。歩行が安定してきたことや自発的な発言が増えたことで、スタッフにトイレに行きたいと訴えられるようになった。トイレに間に合わないということが少なくなり、失禁の回数も減った。立位バランスをとりながらのズボンやパンツの着脱は、「できない」「怖い」との発言があり、すすんで行くことはなかった。その理由として、ズボンの着脱に集中すると立位への意識が薄くなり、バランスを崩してしまうという点があった。そこで、健側で手すりを持ち、患側を使いきる限り自分で行っていただくような動作を提案した。その際に症例が安心して行えるよう、臀部を支える介助を行った。

<他者とのコミュニケーション>

症例から他者へ話しかけることは無いものの、他者が話していることを聞いたり、他者の行為を見ながら笑ったりなど表情の変化も多く見られるようになった。また、ベッドで休みたいと言ったもののなかなか横になれなかった際には、いつもより大きな声でスタッフに声をかけるなどの自己主張も見られるようになった。

[利用開始4ヶ月目]

<立ち上がり訓練>

肋木を使用しての立ち上がりは可能であるが、椅子を使用しての立ち上がりにはスタッフの介助が必要な状態であった。椅子から立ち上がる際、始めは自分で四点杖を持ち立ち上がろうとするも、なかなか上手くいかない様子であった。その際は、スタッフに「立たせて」と訴えられた。症例に話を聞いてみると、足に力が入っていない、タイミングが分からないとのことだった。何度か動作を行ってみると、臀部を浮かせることが難しいようで、スタッフの腕を押しながらの介助を行うと立つことができた。症例は、健側・患側共に足関節の硬さが見られるため、両足が床にしっかり着いていることを確認し、そこから立ち上がり訓練を始めた。そこでスタッフの腕を押しながら、前方に身体を倒してもらい「お尻が浮いた時に、足に力を入れてしっかり膝を伸ばしてください」と声掛けを行い、立ち上がる訓練を行った。症例自身も上手くできた時にはうなずきや、やりにくかった時には首をかしげるなど反応が見られた。

<訪リハを通じてのご家族との連携を図る>

訪リハのスタッフから、DSで書字訓練をしてほしいとの依頼があったので実施した。名前と住所を書く練習を行った。妻に症例が実際に書いた字を見てもらいたいと思い手帳に挟んでおくこととても喜ばれた。症例にも話を聞いてみると、妻から「頑張ってるね」と言われた、と嬉しそうな様子であった。また自宅でバナナを患側で食べるなど患側の上肢を少しずつ動かしてもらっているという話を聞いていたため、DSではペグ、湯呑みの持ち上げなど行っていただいた。

<他者との関わり>

他の利用者に誘われ、将棋に取り組まれるようになる。笑顔も見られ、会話を楽しんでいる。その後も何度か将棋を通しての他者交流が見られる。同じ左麻痺の利用者との会話も見られ、駒の動かし方などのポイントを教えてもらい、それを聞き、うなずくといった場面が見られるようになる。

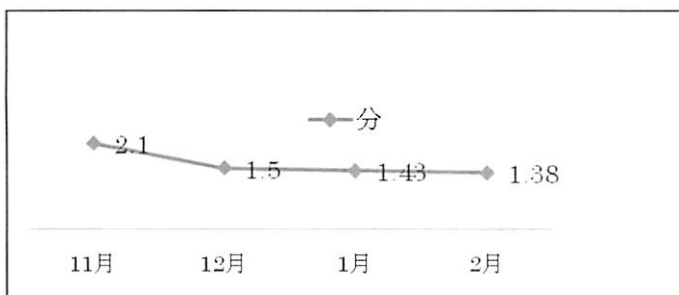
5. 結果

- ・FIMの向上
- ・歩行は手引き歩行から四点杖での歩行が可能となる
- ・動作訓練の獲得
- ・他者とのコミュニケーションの増加

図2 利用開始から4ヶ月のFIM

FIM	ADL	得点	使用用具(杖・装具など)、介助内容
セルフケア	食事	7	おはし使用
	整容	4	声掛け促し
	清拭	1	実施せず
	更衣(上半身)	1	実施せず
	更衣(下半身)	1	実施せず
	トイレ動作	3	スポンやパンツの下げ動作は声掛けにて実施
排泄	排尿コントロール	5	意思表示あり
	排便コントロール	1	服薬無いも、DSでは排便無し。ご自宅では排便あり。
移乗	ベッド・椅子・車椅子	5	軽介助、お尻を支えて声掛け
	トイレ	3	立ち上がり時などに声掛け
	浴槽・シャワー	1	実施せず
移動	歩行・車椅子	6	四点杖での歩行
	階段	1	実施せず
意思疎通	理解	5	わからなければ、わからないと言われる
	表出	4	訪リハの話や、トイレに行きたいと言われる
社会的認知	社会的交流	6	他者と将棋をするなどの関わりをもたれる
	問題解決	5	トイレに行くときにスタッフを手を上げて呼ばれる
	記憶	5	普段の記憶ははっきりし、スタッフの名前も覚えている
合計(18~126点)		64	

図3 Time Up & Go



利用開始4か月後に再度FIMの評価を実施した(図2)。図1と図2を比較すると、歩行面は、両手引き依存の歩行から四点杖を使用しての歩行に移行したために、点数が向上したことが分かる。排尿コントロールについても、歩行の変化や自発的な発言の増加によって結果として点数が向上したと考えられる。歩行状態は依然前傾姿勢や下方目線での歩行だが、声掛けにて自力修正が可能な状態である。バランスの不安さもまだ見られるため、患側への軽介助が必要であるが、自分の足で歩くという実感を症例が持つことができた。Time Up & Goの結果を見ても(図3)、タイムも向上しており、歩行スピードも向上していることがわかる。装具の着脱や起居動作などの生活動作を獲得することができた。立ち上がりに関しては、まだ自立して行うことまではできていないが、スタッフ側の介助量は減少している。立ち上がるという動作の感覚は身につけており、お尻を上げることができれば立つことができるという実感を、症例自身が持つことができた。家族からも、工場で過ごす際に以前はソファで寝て過ごすことが多かったが、最近は座って過ごしているという話を聞くことができ、生活面での状況も変化し

ている。

6. 考察

両手引き歩行から四点杖での歩行への移行が、症例にとって生活やメンタル面での大きな変化となった。自分からDSスタッフに声をかけてマシンコーナーへ移動できるようになるなど、リハビリに対するモチベーションも少しずつ上がっている。初めてのメニュー提供の時には「できない」と言うことが多かったが、DSスタッフが実施方法や目的を説明したり、少しお手伝いをしていくことで実践につなげていくことができた。また、他者からの「頑張ってる」「よくできているね」などの励ましの言葉などもモチベーション向上のきっかけとなったと言える。一日の最後に書いていただいている振り返りシートにも、日にちや行ったメニューなど、正しく書いている。サービス開始当初表情の硬かった症例が、笑顔でリハビリに取り組むことができるようになった。

7. まとめ

今後自宅での転倒が多いので、訪リハで行っている床からの立ち上がり訓練も取り入れていきたい。訪リハと連携・連動したことで、利用者の身体やモチベーションの変化・リハビリ効果の大きさを症例との関わりを通して実際に経験することができた。今後も自宅での状況やDSでの状況を交換するなど、訪リハとの情報の連携を継続していきたい。症例に限らず、DSと訪リハを併用されている利用者は多くいるため、今後も症例同様に訪リハとの連携・連動を行いアプローチしていくことで、より利用者一人一人に合ったサービスの提供をしていきたい。

シンガンによるビジョントレーニングが自動車運転に重要とされる すばやい情報処理反応力の向上につながるか

本部センター リハビリ倶楽部茶屋町 元気デザインユニット
健康運動実践指導者 吉田 圭吾・蔵本 麻美子・木崎 由衣

1. はじめに

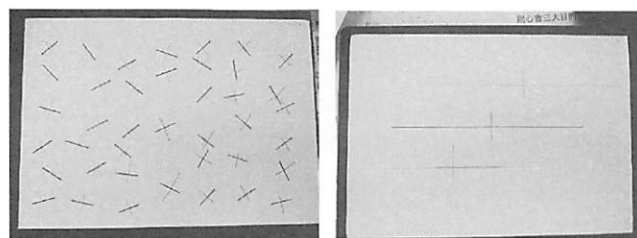
当社のデイサービスに来られる利用者には、自家用車で来所される方もおられ、その中にはCVAの利用者も多い。

林らの文献によるとCVAの方は脳損傷により視覚からの情報処理能力にも障害を持つことが多く、そのことが、日常、社会生活や自動車運転に大きな影響を与えている。さらに脳の情報処理能力としての反応速度が速いことが重要であると報告している。¹⁾ また、林らの他の文献では、日常生活の中で姿勢変化を伴った動作や自動車運転などに必要な動的反応時間は、いつも行っている動作活動を円滑、かつ的確に行う上で常に要求される脳における重要な情報処理能力のひとつであり、CVAの方は健常者に比べ、動的な刺激の処理に著しい遅れを示し、その遅れは患側方向で強く見られていた。そのことにより、姿勢運動を伴った歩行やごく普通の日常生活動作、さらにすばやい情報処理や、複雑な動的情報処理が要求される自動車運転などを行う際の、動く刺激の処理に大きな問題を持つと報告している。²⁾ 今回の事例発表ではCVAによる左視野狭窄があり、自動車運転をされている利用者に対して、すばやい情報処理、反応力の向上を目的に、当社にある動く光刺激に対する動的反応時間の向上を図る機械 AWARENESS PROMOTER SINGAN (以下SINGAN) でのビジョントレーニングが有効であるかどうかを検討した。

なお、本論文を発表するにあたって症例に事前に主旨を説明をし、同意を得た。

2. 症例紹介

60代男性、平成X年、脳内出血で左半身麻痺と左視野狭窄となる。4ヶ月入院後、リハビリを行う。発病後、約11ヶ月後に左脳梗塞を発症(右半身麻痺なし)その後、



(写真1・2) 線分抹消試験、線分二等分試験結果

デイサービスで月2回、病院で月2回のリハビリを継続。現在、当社のリハビリ倶楽部茶屋町、元気デザインユニットを週2回の利用に至る。

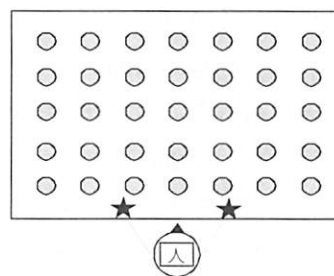
3. 初期評価

アセスメント時に症例より、車の運転時に左側が見えにくく、運転中に高速道路などの見通しの良い道で、ものが横切っていくことに恐怖心があり左半側空間無視があるのではないかと訴えがあった。そこで、線分抹消試験、線分二等分試験を実施した結果(写真1・2)、左半側空間無視の可能性は少ないと考え、ケアマネジャーに相談、左視野狭窄があることが判明した。

4. 方法

期間は約3ヶ月とし、計12回のトレーニングと14回の測定を行った。ビジョントレーニングとしてSINGANのプログラムにある眼球運動、反応カトレーニング、追跡反応カトレーニングを行った。(図1) 測定では同様の機械のプログラムにあるもぐら叩きを3回行い、その平均値を用いた。

図1 AWARENESS PROMOTER SINGAN



SINGAN プログラム内容	
トレーニング	眼球運動 頭を動かさずに目だけでランプを追い表示された数字を口に出して読み上げていく。
反応カトレーニング	中央に表示される数字のうち偶数の数字をすばやく反応し押す。(速度は0.1~0.5秒で行う)
追跡反応トレーニング	左から右へまたは右から左へランプが流れる。その流れを追跡しながら数字を読み上げていく。
測定	もぐらたたき 7×5の中の5×5の範囲で光点をランダムに1.0秒表示させ、光点が現れると同時に指でボタンをおし、1分間での回数を測定する。

5. 結果

SINGANのプログラムの中にあるもぐら叩きの測定では全体的に向上がみられた。(表1、図2) また、1回目と14回目の測定を比較した結果、1回目が77 ± 4点に対し、14回目が104 ± 6点と27 ± 2点の向上がみ

られた。(表2、図3)

表1

測定回数	1	2	3	平均	標準偏差
1回目	75	75	82	77	4
2回目	72	81	81	78	5
3回目	77	69	80	75	6
4回目	80	94	90	88	7
5回目	77	82	81	80	3
6回目	93	89	89	90	2
7回目	83	87	95	88	6
8回目	96	101	105	101	5
9回目	100	97	102	100	3
10回目	102	104	98	101	3
11回目	90	84	99	91	8
12回目	104	107	107	106	2
13回目	102	103	108	104	3
14回目	100	102	111	104	6

図2

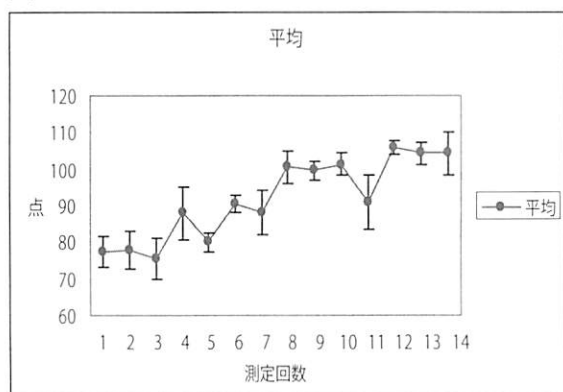
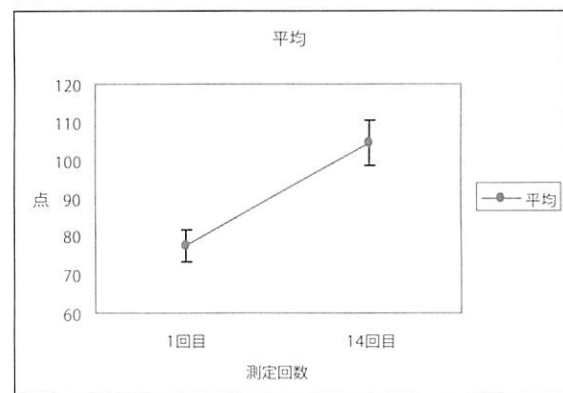


表2

測定回数	1	2	3	平均	標準偏差
1回目	75	75	82	77	4
14回目	100	102	111	104	6
±	25	27	29	27	2

図3



今回、CVAによる左視野狭窄があり、自動車運転をされている利用者に対して、すばやい情報処理、反応力の向上を目的に、当社にある動く光刺激に対する動的反応時間の向上を図る機械 SINGAN でのビジョントレーニングが有効であるかどうかを検討した結果、目と手の協調運動（高速情報処理）や周辺視野、反射反応が重要となるもぐらたたきのプログラムでの測定結果に向上がみ

られた。また周辺視野については、今回の症例は左視野狭窄があるため周辺視野が拡大したとは考えにくいですが、SINGANによる眼球運動トレーニングなどのビジョントレーニングを行うことで左側の見えにくさを再度認識することができ、左側の意識性と眼球を動かすという意識の向上がみられたのではないかと考える。測定後のアセスメントでは「以前に比べ運転時の左側の見えにくさや恐怖心が減ってきた。」「今までバックミラーやサイドミラーなどじっと見ないと見えなかったが、顔の動きも少なく瞬時に見えるようになった。」などの言葉が聞かれるようになり、自動車運転時のビジョンの変化もみられた。また、症例は以前まで左側の物流に対する怖さから車線の多い道路などは避けて運転されていたが、10回目の測定以降には来所時にご自分から車線の多い道路などを通してこられる。これらのことから SINGAN によるビジョントレーニングが自動車運転に重要とされるすばやい情報処理、反応力の向上につながると考えられる。

6. まとめ

症例は SINGAN のビジョントレーニングを行うことで、情報処理能力、反応力が向上し自動車運転に対する恐怖心の軽減がみられた。利用者の中には職場復帰や旅行などの外出を目標としている方も多く安全な自動車運転の獲得はその目標の達成へ大きく近づくと考えられる。このことからデイサービスなどの限られた時間の中でより質の高いビジョントレーニングを行うために、短時間で多様なアプローチが行え、結果が数値化され利用者へのフィードバックが行いやすい SINGAN を有効的に活用することが安全な自動車運転に繋がるのではないだろうか考える。

今回、ビジョントレーニングについて考えていく中で、高齢者の自動車運転とビジョンの関係性を示す文献は少ないと感じた。今後、自動車運転に重要となる反応時間や情報処理能力の測定をより実践的に行っていきたい。

7. 参考文献

- 1) 林 克樹・他：CVA 患者の自動車運転能力—視覚反応速度を通して— pp62 ~ 71 Presented by Medical Online -122-
- 2) 林 克樹・他：CVA 患者の動的反応時間—無視との関連性を含めて— pp52 ~ 54・59 ~ 63・Presented by Medical Online -204 -
- 3) 林 克樹・他：CVA 患者の自動車運転に関する研究・Presented by Medical Online -204 -

通所介護における転倒事故分析と再発防止に向けた今後の対応の提案

本社 間接部門 管理グループ
鈴鹿 一恵

1. はじめに

リハビリ倶楽部においては、本物ケア宣言の下、利用者の自立支援を目標としたプログラムを実施している。そのため利用者に求める活動度が高く、リスク管理については通常の通所介護事業所以上に要求されている。生活する上でリスクゼロはあり得ず、より専門的な視点で勉強し、利用者が安全かつ自立した生活を送れるように取り組んでいくことが、われわれの使命だと言える。

リスク管理では、現場からの介護事故報告書（以下「事故報告書」という）を基に、創心會での介護事故（以下「事故」という）の現状を把握し、いかに事故を防止できるかという視点で、現場にフィードバックすることを目的として分析をおこなっている。本報告は、創心會の通所介護部門における平成22年7月1日から平成22年12月31日の半年間に提出された事故報告書のうち、転倒・転落事故（以下「転倒事故」という）についてさまざまな視点からの集計・分析をまとめたものである。実態報告という形で提示させていただき、今後の事故防止およびより良いサービス提供に向けての取り組みの一助として活用していただければと考える。

2. 分析方法

(1) 調査対象

調査対象は平成22年7月1日～平成22年12月31日の半年間に提出された事故報告書のうち、通所介護部門での「転倒事故報告」とした。

(2) 調査項目

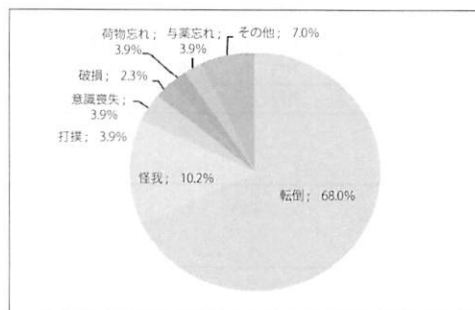
事故報告書の調査項目のうち事故の内因（健康状態やADL、転倒した利用者自身に強く関わる要因）になると考えられる「年齢」、「介護度」、「麻痺側」、「疾患（既往歴）」、「身体機能測定値」と、事故の外因（周囲の環境に密接に関係する要因）として考えられる「発生場所」、「発生時間帯」の7項目を分析項目として設定した。

3. 分析結果

(1) 事故の内容

① 事故発生要因

調査の結果、平成22年7月1日から平成22年12月31日までの半年間に提出された通所介護部門における「事故報告」は128件。そのうち「転倒事故報告」は87件あり、全体の68.0%を占めている。



グラフ1 通所介護部門における事故発生要因別構成比

(2) 対象者の属性

① 年齢と要介護度における分布

年齢と要介護度をクロス集計すると、表1のとおりである。要介護1で80歳代（9件）、次いで要介護1で70歳代（8件）、要介護4で80歳代（8件）の事故が多く報告されていた。

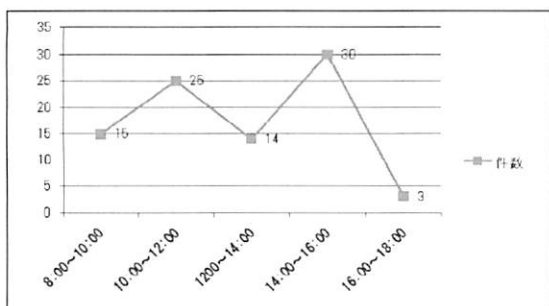
年齢	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総合計
40歳代	0	0	0	0	1	0	0	1
50歳代	0	0	1	3	1	0	0	5
60歳代	2	4	5	3	4	3	1	22
70歳代	1	3	8	7	2	2	2	25
80歳代	0	1	9	5	7	8	0	30
90歳代	0	2	0	0	2	0	0	4
総合計	3	10	23	18	17	13	3	87

表1 年齢層別・要介護度別転倒事故報告件数（クロス集計）

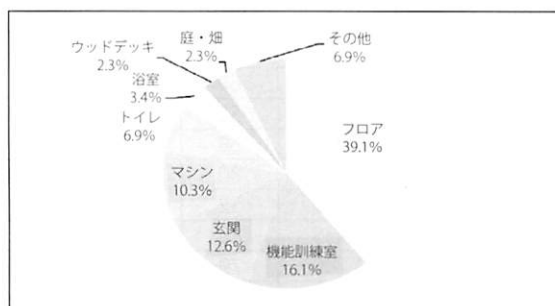
(3) 発生時間帯

① 発生時間帯別報告件数

報告された転倒事故を発生時間帯別に表すと、グラフ2のようになる。事故が発生した時間帯のピークは「14時～16時」の30件で全体の34.5%を占めている。



グラフ2 転倒事故発生時間帯別件数



グラフ3 発生場所別件数比率

また、「14時～16時」の転倒事故について、事故発生時の利用者の動作で分類すると、表2のようになる。「移動目的の歩行中」の転倒が20件で、「14時～16時」の転倒事故全体の66.7%を占める。次いで、「アクト・機能訓練中」が4件(13.3%)、「屈みこみ動作中」が4件(13.3%)となっている。

現場からの報告では、「14時～16時」は比較的用户者の活動度が低い時間であるとの認識がある。そのため、記録作成等の時間に充てられており、フロア配置スタッフが少ない状況にあるが、現状は他の時間帯と同程度の活動度であり、反面利用者自身の体力・注意力が低下していることにより事故が多発していると考えられ、現場の認識と実際の状況に乖離がみられる。

事故発生時の利用者の動作	件数	割合
移動目的の歩行	20	66.7%
送迎関連	(6)	
アクト・機能訓練前後	(5)	
その他	(9)	
アクト・機能訓練中	4	13.3%
屈みこみ動作中	4	13.3%
トイレ使用中	2	6.7%
総合計	30	100.0%

表2 14時～16時の事故発生時の利用者の動作

(4)発生場所およびご本人様の状況

①事故発生場所

転倒事故の主な発生場所は、グラフ3のようになる。フロアで34件(39.1%)、機能訓練室14件(16.1%)、玄関11件(12.6%)、マシン9件(10.3%)であった。

②時間帯による事故発生場所

事故発生場所と時間帯をクロス集計すると、表3のとおりである。最も事故の多い時間帯「14時～16時」は、フロアと機能訓練室での事故が大半を占めている。また、送迎の時間帯「8時～10時」「14時～16時」には玄関での事故が多い。いずれの時間帯もフロアでの事故が最も多いが、「10時～12時」(午前)はマシン、「12時～14時」(午後)は機能訓練室で多発しており、利用者の時間帯ごとの活動域との一致がみられる。

③フロアにおける転倒事故発生時のご本人様の動作別報告件数

最も多い発生場所であるフロアでの転倒事故発生時のご本人様の動作を表にすると、表4のとおりである。「歩行バランスによる転倒(以下「歩行バランス」という)」の事故10件(29.4%)、次いで、「立ち上がり・屈みこみ動作時の転倒(以下「立ち上がり・屈みこみ」という)」8件(23.5%)、「方向転換時の転倒(以下「方向転換」という)」8件(23.5%)に分類することができる。

「歩行バランス」は、膝折れ、すくみ足、つまずき、ふらつき等である。「立ち上がり・屈みこみ」は、靴を履こうとして前に転がるように転倒したもの、鉛筆が下に落ちたのが気になって、椅子から降りてしゃがみ込んだ際にバランスを崩し尻もちをついた等の、「屈みこみ時」が該当動作中の80%を占めており、「立ち上がり時」より圧倒的に多い。「方向転換」は、椅子に座ろうとして身体の向きを変えた際にふらつき転倒したものが、半

事故発生時間	フロア	機能訓練室	玄関	マシン	トイレ	浴室	ウッドデッキ	庭・畑	その他	総合計
8:00～10:00	6	0	4	0	1	1	0	0	3	15
10:00～12:00	13	1	0	7	2	2	0	0	0	25
12:00～14:00	5	5	0	1	1	0	0	0	2	14
14:00～16:00	9	8	6	1	2	0	2	2	0	30
16:00～18:00	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3
総合計	34	14	11	9	6	3	2	2	6	87

表3 時間帯による事故発生場所別件数(クロス集計)

転倒時の利用者の動作	発生時間	年齢	介護度	麻痺	Time Up & Go		フアンクショナル	フアンクショナル	件数	該当者の既往	
					右	左	右	左		脳疾患	
歩行バランスによる転倒	9:30	69	介護3	左		11.7	-	-	10	脳疾患	8
	9:35	52	介護2	左		-	-	-		関節レベル	0
	9:50	68	支援2	左	T杖	42.1	19.9	-		脊椎レベル	3
	10:00	80	介護2	両側		48.9	-	-		骨折	1
	10:20	52	介護2	左		-	-	-		特定疾患	3
	10:35	80	介護1	なし		22.2	-	-			
	11:00	79	介護5	両側	歩行器	54.5	-	-			
	12:20	64	介護3	左		33.4	14.0	-			
	15:05	89	介護1	なし		10.0	8.0	11.8			
15:50	80	介護2	左		-	-	-				
立ち上がり・屈みこみ動作時の転倒	9:20	85	介護2	なし	4点杖	31.7	-	-	8	脳疾患	12
	12:35	85	介護2	なし	4点杖	53.9	-	-		関節レベル	1
	12:45	76	介護1	なし	参考	31.9	-	-		脊椎レベル	3
	13:15	81	介護4	左		不可	不可	不可		骨折	0
	14:20	64	介護1	なし		26.5	-	-		特定疾患	4
	14:25	56	介護1	右		9.3	-	29.4			
	15:10	67	支援2	左	杖	18.4	15.0	23.0			
15:45	81	介護4	左		不可	不可	不可				
方向転換時の転倒	10:20	94	介護3	なし	杖	25.3	-	-	8	脳疾患	8
	11:00	82	支援2	なし		18.0	16.0	16.5		関節レベル	1
	11:05	74	介護1	右		29.5	-	-		脊椎レベル	2
	11:05	76	介護4	左		102.3	-	-		骨折	2
	11:20	80	介護4	左		25.0	19.5	-		特定疾患	1
	11:58	77	介護2	両側	参考	17.0	-	29.0			
	15:40	81	介護4	左		不可	不可	不可			
16:00	69	介護1	右		17.1	11.0	16.0				
イレギュラー発生時の転倒	9:50	76	介護2	左		9.1	36.0	32.0	6	脳疾患	5
	11:25	65	支援1	なし		15.0	-	-		関節レベル	1
	11:40	83	介護1	なし		12.3	不可	不可		脊椎レベル	1
	11:50	63	支援1	右		14.4	-	28.0		骨折	0
	14:35	95	介護3	なし		15.9	12.0	12.8		特定疾患	1
15:20	79	介護1	なし		14.5	23.5	20.0				
原因不明	9:05	78	支援2	なし		20.8	26.0	28.0	2	脳疾患	1
	12:30	81	介護4	右		16.7	24.5	24.0		関節レベル	0
									34	脊椎レベル	1
										骨折	0
										特定疾患	0

表4 フロアにおける転倒事故発生時のご本人様状況と内因

数を占めている。

「事故発生時間」、「年齢層」、「介護度」については、統計的な有意差はみられない。「麻痺側」については、「歩行バランス」で転倒した利用者は明らかに「左麻痺」が多いが、「立ち上がり・屈みこみ」「方向転換」では統計的な有意差はみられない。

また、「身体機能測定」では、「歩行バランス」「方向転換」「立ち上がり・屈みこみ」で転倒した利用者は、総じて「Time Up & GO」の測定値が全国平均を大幅に上回っており（全国平均12秒）、「イレギュラー発生時」に転倒した利用者とは運動能力に明らかな差異がみられる。

「該当利用者の疾患（既往歴）」では、「脳疾患」の場合は、いずれの動作時においても転倒リスクが高いが、「関節レベル」「脊椎レベル」「骨折」「特定疾患」の場合は、統計的な有意差はみとめられなかった。

転倒の要因となりうる内因をいかに個人の対象者ごと

に把握することができるかが、今後の課題であると考えられる。

尚、今回調査できなかったが、事故発生時の「スタッフ配置」と、アセスメントシートに記載されている「デイでのADLの状態及び対応」の「歩行時の介助レベル」との相関関係を分析する必要性も感じている。また、傷病部位と事故内容をクロス集計することにより、事故内容別の損傷部位をあきらかにし、事故発生直後の対応を確実にこなうためのリスク管理を提案していきたい。

4. 再発防止に向けた今後の対応についての提案

事故報告書に記載された再発防止策が、利用者にとって真に最適なものであるかどうかについては、改めてスタッフ間の研修や療法士による評価等により検証していく必要がある。より良いサービスの提供に向けて、改善のヒントは通常業務の随所にあり、現場にこそ解決策の

ヒントがあると考える。

「目撃スタッフ不在」「目撃あり」の場合の事故については、「自分の背後に多くの利用者を背負わない」という「ポジショニング能力」を習得することが必要となる。但し、利用者の活動度が高い分、死角になるところは必ず生じる。リハビリ倶楽部のような自立支援を目指す形態の通所介護事業所の場合には、スタッフだけがおこなうリスク管理ではなく、利用者に対して転倒予防を啓蒙・啓発することも、今後更に強化していく必要があるのではないかと提案する。

例えば、「ハザードマップ」を利用者と一緒に作成することにより、利用者が自ら気づき実践できる仕組みを構築することもひとつの方法である。介護現場で起きた事故において課題となっていることは、在宅においても同様に課題となるのは間違いない。リハビリ倶楽部においてリハビリテーションをおこなう際、在宅での自立した日常生活を目標に練習しているのであれば、その課題を改善するためのリハビリメニューやダイレクトアプローチが重要だと考えられる。例えば、段差を越えられない場合には、その段差を超える練習等の実践動作は提案できているのか、そういった発想につながっているかどうか、これまで事故報告書を分析していて疑問に思った点である。

また、インフォームドコンセントとして、リハビリ倶楽部をご利用されるにあたって想定される危険性を利用者や家族に理解していただき、意識共有を図ることも大切である。介護計画書を作成することは、それに基づいて「リスク」について利用者や家族にも説明し確認をおこない、共通の認識や理解をつくる機会と捉えていただきたい。これによって、お互いにフェアな状態で物事を考えることが可能になり、事故に対する過度な恐怖感による身体拘束や、その反対に危険を認識しない行動を起こすことによる危険性を少なくすることができると思う。

また、創心會が掲げる「トリニティトレーニング」において、身体を動かしているのは脳や心に関連性があるということは周知のとおりである。例えば、状況判断ができなくて、間違った行動をとり転倒したという場合には、脳トレ的な要素をもっと専門的におこなっていくことで、状況判断能力を向上させる必要があるかもしれない。また、投薬や精神状態、認知症等によって、感情の起伏が激しい場合には、突発的な行動を起こしやすいことも念頭におかないといけないということもある。

5. 最後に

今回、事故報告書を基に事故分析を実施したなかで、事故には介護スタッフ側の原因に加えて、施設的环境要因、利用者の疾患や精神状況、脳機能などの複合要素が存在していることが分かった。今後は、利用者の内因を多面的に捉えて、具体的なメニューの提案につなげていただきたいと考える。もちろん転倒は起こしてはいけないものである。しかし、事故分析をおこなうに当たっては、マイナス要因だけではなく、新しいメニューの提案や、今まで気づいていなかったリスクを気づかせてくれる機会でもあるというプラス発想をおこない、発生した事故にしっかり目を向けることによって、真の在宅支援がおこなえるのではないだろうか。

6. 謝辞

業務に追われるなか、スタッフの皆さんが真摯な態度で事故報告書を仕上げてくださいましたおかげで、今回の統計分析をおこなうことができた。皆さんの協力に感謝するとともに、事故軽減に役立てるよう今後更に分析力を磨いていきたい。

7. 参考文献

- 1) 「事例解説 介護事故における注意義務と責任」古笛 恵子 / 編著 新日本法規
- 2) 「介護事故とリスクマネジメント」高野範城・青木佳史 / 編著 あけび書房
- 3) 「介護分野におけるリスクマネジメント リスクマネジャー養成ハンドブック」金子務 / 著 中央法規
- 4) 「介護リスクマネジメント サービスの質の向上と信頼関係の構築のために」増田雅暢・菊池馨実 / 編著 旬報社

認知症予防に対する園芸療法について

～デイサービスでの畑作業を通して～

東備センター リハビリ倶楽部 邑久

社会福祉主事 兒玉 佳子・健康運動実践指導者 湛増 悌史

1. はじめに

園芸療法とは、植物とのかかわりを通して、心身に障害をもち支援が必要な人に対し心身機能の維持・改善を図る非薬物療法の1つである。日々生長し続ける花や野菜を自ら育てる行為は、その過程において「きれいだね、かわいいね」といった快感情をもたらし、生長への期待感や意欲の向上につながり、基本的な運動機能の維持・回復にも役立つ。また植物は、鮮やかな色、触り心地のよい葉、好ましい香り、そして食用になる点から、人の五感を刺激する。ごく自然に生活のなかに溶け込み、楽しみながら得られるこうした効果により、心身の状態の調整を図ることができるのが園芸療法の基本的特徴である。高齢者を対象とした臨床実践では、寝たきりになるのを防ぎ、生活の質を高める活動として、さらには認知症予防として期待されている。高齢者施設では、高齢者が主体的な生活を送れるようなプログラム作りの一環として、園芸療法を導入する施設が増えている。そこで、デイサービスにおいて園芸療法を導入することによる効果について報告する。

2. 症例紹介

A 氏 70歳代 男性 週3回利用
 既往歴・現病歴：狭心症、糖尿病、高血圧、脳梗塞
 家族構成：妻・息子・娘・症例の4人家族で、現在は妻・息子・症例の3人で住んでいる。

自宅での生活：

テレビを見ていても集中して見ることができず、裏が白い広告に線を引いてマス目をつくり、新聞の文章を書き写している。書いている時は集中している。この書き写しは、リハビリの1つとして継続して行っている。自宅の畑では、時折1人で畑作業をしている。

デイサービスでの様子：

自分の役割を持っており、自宅から持参した花の世話や昼食前の爪楊枝の準備を行っている。特定の男性利用者とコミュニケーションは図るが、他の利用者とはあまりコミュニケーションは図っていない。トレーニングに対しては、自主的にマシン室に向かいマシントレーニングを実施している。マシンが空いていない時にはナンバータッチを実施しているが、集中しすぎて他のトレーニングに取り

組めていないことがある。

3. 評価

HDS-R：23点（初期評価）

HDS-R：20点（最終評価）

	11月	12月	1月	2月
握力 右	36.4	33.3	42.4	39.6
握力 左	29.4	27.8	32.1	31
TimeUp&Go	11.1	10.6	10	10
立ち上がり	15	15	17	16
開眼片足立ち 右	7	3.4	6.7	5.7
開眼片足立ち 左	6	2.7	4.2	3.8
閉眼片足立ち 右	2.9	1.2	2.7	2
閉眼片足立ち 左	1.6	1	4.2	2
長座体前屈	32.5	27.5	40	38
ファンクショナルリーチ 右	17	17	10.5	20
ファンクショナルリーチ 左	17.5	24	15.5	25
体重	56	56	59	58
体調	普	普	普	普

表1 身体機能測定

4. アプローチ方法・経過

畑作業を始める前に、症例に今後の目標について聴取する。「元気になりたい。普通に動けるようになりたい。今はだいぶ良くなった」との発言あり。今後、症例と男性利用者2名とで一緒に畑作業を行っていく。また、作業終了後には作業日誌を記入してもらうようにする。

<11月>

4日：小松菜の種を蒔きに行く。症例は作業する意欲があるものの、他の2名に遠慮しているようにみられ、スタッフの促しにて種蒔きに取り組む。

8日：以前から育てていた人参の間引きを行う。他の2人が間引きの方法を筆者に話をしながら作業しており、それを聞いていた症例は、「2人はよく知っているから」と言い、少し作業に対して遠慮がみられる。そのため、時折筆者が具体的な指示を出す促しが必要であった。

<12月>

1日：以前から育てていた大根があり、実践調理で使用するために、症例1人で3本収穫する。1人で作業を実施したこともあったためか、促しの必要もなく大根の収穫をする。収穫した大根を見て、「良

い大根。やっぱりあの人がしっかり管理している。」との発言あり。

<1月>

7日：小松菜がある程度生長したため、間引き作業を3人で行う。最初と比較して、遠慮は少し軽減したようにみられるが、まだ積極的に行動することはなかった。

19日：小松菜が収穫できるまでに生長したため、症例1人で収穫を行う。症例が大きな小松菜を選んで収穫する。収穫後に他の作物の様子を見て回る。「ブロッコリーがもう収穫できるぐらいになっている」と言われたため、次回収穫することを決める。

※1月21日から症例にスポットを当てるために、「畑の管理をして欲しい」と依頼し、今後1人で作業し作業日誌に貼る写真を症例にも撮影してもらうよう説明する。

21日：前回にブロッコリーの収穫をすることを決めていたため、ブロッコリーの収穫を行う。少し育ち過ぎて花が咲きかけのものがあったが、「これぐらいなら食べられるから大丈夫」と言い、食べられるぐらいに生長したブロッコリーを選んで収穫する。「いつでも収穫するから言ってな」との発言あり。

24日：収穫する作物があったが、冷蔵庫に入らないため畑の観察のみとなる。「ここは日当たりも良いからいいね」と言い、自宅でも畑をしていることを話す。

31日：収穫をすることができず観察のみとなる。これから、苺のことをどうするかを気にしている様子である。

<2月>

2日：調理に使用するために大根を2本収穫する。収穫後に調理しやすいように、水で洗ってから葉を手でちぎる。「いつでも収穫するから言ってな」との発言あり。

4日：収穫できる作物があったが、冷蔵庫に入らないため畑の観察のみとなる。その際に、畑を管理しているスタッフから今後の作業計画について説明を受ける。

9日：調理に使用する大根を収穫する。大きいものを選んで収穫するよう促すと、土から出ている部分を見ながら収穫する。収穫後は水で洗い葉を手でちぎる。

16日：著者が休みだったため、他のスタッフが一緒に行く。スタッフがなかなか呼びに来なかったため、症例から「今日は畑に行かないん？」とスタッフに声をかける。以前までは、毎回「14時半になったら畑に行きましょう」と声かけをしていたが、今回はスタッフからの声かけがないため、症例からスタッフに声をかける。畑に行くことが習慣となってきたおり、役割になってきている様子である。

18日：畑を管理しているスタッフに説明を受け、女性利用者と症例の2人で、苺にマルチシートかけと人参の収穫を行う。マルチシートに上手く土がかぶっていないこともあり、「この辺りにもう少し土をかぶせましょう。」というような声かけを行った。人参が植えてある場所に、今後ジャガイモを植える予定にしているため、人参を全て収穫する。収穫しながら選別し、食べる人参だけを洗い鎌で葉を落とす。

男性利用者で行った時とは違い、遠慮はみられず意欲的に作業をしており、作業終了後には「あの人は畑作業が好きみたいだからまた誘ってあげて」と言う。

21日：男性利用者と症例の2名で苺の苗を植え、人参が植えてあった場所の畑を耕し、玉ねぎの肥料を蒔く作業を行った。苺の苗植えでは説明を聞きながら黙々と作業を実施する。畑を耕す作業では、耕しながら雑草を取っており、ある程度終わるとその場を離れていき、玉ねぎの肥料蒔きを実施する。作業は黙々と実施し、1人で作業しているような活気があまりみられなかった。

23日：調理に使用するために白菜を2個収穫する。鎌を上手く使用し、周りのいらぬ葉をとっていく。「ここで苺にマルチシートをかけたから、自宅の畑にもマルチシートをかけた」と言い、その話をきっかけに自宅で畑を始めた理由を聞くと、「病気をして、近所の人に畑作業をすると良いと言われたから始めた。成長をみるのが楽しい」との発言あり。

25日：キャベツを3個収穫する。雨により傷んでいる部分があったが、その部分を洗いながら手でちぎっていたが、どこまでしたらいいのか少し困っており、畑を管理しているスタッフが「このへんでいいよ」との声掛けでちぎるのを止める。

5. 結果

- ・身体機能測定では、開眼片足立ちの左右と閉眼片足立ちの右以外の数値が改善する。

- ・畑作業が習慣化され、1つの役割となっている。
- ・快感情がみられるようになる。
- ・HDS-Rでは23点から20点に低下した。

6. 考察

アプローチ以前は、来所後すぐに症例がデイサービスに持参した植木の世話に取り組み、昼食前の爪楊枝の準備を率先して行い、役割ができると意欲的に動いていた。トレーニングに対しては意欲的に取り組んでおり、椅子に座る時でもパズルや手指リハビリに取り組んでいた。しかし、10月から新聞折りをするようになり、新聞折りに集中してしまい、トレーニング量も減少してしまうことがあった。他者との交流は少なく、症例から積極的に話しかけることは少ない。

症例は、役割を持つことで、意欲的に行動するようになる。自宅でも畑をしており、畑の管理が役割になることで、デイサービスでの活動の質が向上すると考えられる。そのため、園芸療法を導入しデイサービスにある畑で作物を育て、利用日に作業を実施していくことになる。

アプローチ後は、畑作業が症例の役割の1つとなり、畑作業を通して快感情や身体機能の向上がみられた。しかし、デイサービスでの活動の質が向上するまでには至らなかった。

理由として、冬に行ったため植えられる作物も少なく、除草作業などの作業工程が少なかったことがあげられる。特に、11月・12月はほとんど作業も無く畑を観察することが多かったことにより、身体機能測定では変化がみられなかったと考える。1月に入り収穫する作物が増え、天候等によって実施不可能な日もあったが、利用日の午後は畑へ向かい毎回收穫を行っていた。収穫する際には、中腰の状態ですらかい土の上で踏ん張り、鎌を使用する機会が増え、適度な負荷がかかったため下肢筋力と握力の項目の記録が向上したと考える。また、継続して行っていくことで畑作業が習慣・役割となり、デイサービスでの活動の質を上げる1つになると考える。

他の利用者との交流は以前と変わらず少ない。作業中に他者との交流もあまり図られておらず、1月からは1人で作業を行うことになり、他者との交流の機会がとれていなかったためだと考える。しかし、集団での作業を行っていた際には、症例の作業に対する積極性はあまり見受けられなかったが、1人で作業を行うようになり作業に対して積極的に行動し、活動量が向上するようになった。

今回のHDS-Rの結果は、思うような結果には至らなかったが、作業日誌を毎回記入することで、その日の作業を思い出して記入していくことや、今まで書いたものや写真を通して成長の様子や作業工程を見ていくことで

振り返る機会になり、認知症予防にも繋がると考える。

今回は、1症例のみで研究を行い他者との交流も殆どなかったため、人数を増やして継続していき他者との交流を増やしていくことで変化がみられるか、またこれから植える作物が増えて作業工程や成長をみる機会も増えるため、どのような心身の変化がみられるのかを調査していく。

7. まとめ

- ・デイサービスにおける園芸療法の導入によつての効果を調査するために実践した。
- ・作業工程が少ないことや症例は集団活動より個人活動の方が導入しやすかった。
- ・思うような結果に至らなかった。
- ・今後はより作業工程が多い季節に導入を図る。

8. 謝辞

畑の管理や、作業計画を立てて下さったスタッフ、今回の調査に協力して下さった症例と家族、そして論文作成にあたって協力して下さったスタッフの方々に深く御礼申し上げます。

9. 参考文献

- 1) 杉原式穂：園芸療法，老年精神医学雑誌 19 (10)
- 2) 杉原式穂，青山宏，竹田里江，池田望，小林昭裕：園芸療法が施設高齢者の精神機能および行動面に与える効果．老年精神医学雑誌 16 (10)：1163-1173 (2005)
- 3) 杉原式穂，青山宏，竹田里江，池田望，杉本光公，浅野雅子：園芸療法が施設高齢者の精神面、認知面および免疫機能に与える効果．老年精神医学雑誌 17 (9)：967-975 (2006)

疑似体験と Q シートで変わる認知症ケアのあり方

～ GH 心から生活ユニットの取り組み～

本社 グループホーム心から
部門長 介護福祉士 山本 光紀・介護福祉士 内藤 暁

1. はじめに

この度、グループホームへ平成X年より入居されている症例との関わり方を通して、認知症ケアに対して深く追求することができた。そして、Qシートを使い利用者への「できる」視点をスタッフに意識付けることや、利用者の生活を深く観察しての関わり方を、認知症ケアの本質に立って見直した。そしてリハケアの視点に立ちケアの方法を統一したことでみられた変化を、NM スケールを用い客観的に判断したことを報告する。

2. 症例紹介

女性 80代後半 要介護4

看護師として定年まで勤められる。看護師長として活躍され、患者の世話や新任看護師の指導などに力を発揮されていた。夫も仕事をしていたが病気がちのため子供は作らずに症例が生計を立てていた。傍らで、夫との共通の趣味であるちぎり絵や書道などを公民館に展示し、自宅にはアトリエもあった。昭和X年に夫が亡くなり、独居となる。その後は青年期に面倒をみていた甥と姪が自宅に定期的に訪れる程度であった。

しかし平成Y年頃にうつ症状があらわれ、家事などを一切しなくなる。同時期に脳梗塞を発症する。その後脳血管性認知症と診断されて、ショートステイとヘルパーによって、何とか自宅で独居生活を継続していたが、急に配食サービスの空箱を近所のうどん屋に持っていくなどの行動異常がみられるようになり、在宅での独居生活が困難になったため平成X年に当グループホーム「心から」に入居となる。入居後の生活は、日によって感情面で差はあるものの、子供が遊びに来た時や、甥や姪が面会に来られた時、絵画や花をみること等で笑顔を多くみせることもあった。ADLは比較的自立していたがその反面で排泄の失敗から混乱して、便器で手を洗ったり、パッドを便器に詰まらせかけたこともあった。そうした状況での混乱から、スタッフの介助に対しての理解ができず、大声での拒否や、時にはスタッフに対して怒りを露わにされることもあった。そんな中、平成X+5年暮れに居室で転倒し、左大腿部骨折のため、1ヶ月半程度入院となる。退院後は排泄や入浴などに多く介助を要するよう

になった。又、環境が変わったことからますます情緒が不安定になり、加えて難聴のため、以前にもましてスタッフの話していることが理解できずに、トイレ誘導や服薬介助を行なおうとするだけで大声を出して拒否し、手を上げられることが増えた。

3. 導き出された目標

- (1)認知症であり、難聴でもある症例の感情を理解する。(スタッフが難聴の方への理解を深める疑似体験を行うことと認知症の基本的理解を深める。)行動障害の原因に体調面や排泄の失敗が大きく関わっていることを導き出す。
- (2)症例像の理解を深めるうえで生活史や住環境の情報収集を再度見直す。
- (3)認知症という病気になって失いかけている症例らしい生活を取り戻す。

4. 検討項目とアプローチ方法

(1)に対するアプローチとして、スタッフの関わり方の見直しを行う。なぜ介護に対して抵抗したり、暴言が出るのかという原因をさぐる。介護記録や日々の関わりの中で確認できた項目として、排泄の失敗がある時、スタッフ側は伝えたつもりでも実際には指示がうまく伝わっていない状態で、介助しようとする時に拒否や暴言が目立っていることが確認できた。

認知症であり難聴である症例へのコミュニケーションのあり方を考えるため、スタッフ間で「難聴の疑似体験」を行う。疑似体験の方法として利用者役とスタッフ役で2人1組となり、利用者役のスタッフには周囲の音が聞き取れず、状況が把握できないようにヘッドフォンを当てて雑音を入れる。スタッフ役には実際に利用者に薬を飲んでいただくのと同じ様に伝えて服薬介助のロールプレイングを実施した。

(2)に対するアプローチとして認知症の利用者である以前に、1人の女性として90年近くの人生を歩んできたことへの理解を深める。

キーパーソンである甥より再度詳しく生活歴を尋ね、節目の時に何が起こっていたのかを時系列にまとめ、今

まで知りえなかった本人像が見えてくることで関わり方、関係性をよりよいものにしていく。また長年暮らしてきた住環境をスタッフ全員が知ることで、症例との関わり方の中で、趣味や日常生活における会話やアクト、居室レイアウトなどの選択肢を増やしていくことができる。

(3)に対するアプローチとしてケアプランの見直しをする。現状のプランが排泄介助、健康面や食事面での管理の統一などが中心になっているが、プランのあり方を考えるため「Qシート(図1)」を用いて、症例らしさを引き出せるように考える。認知症のQシートは通常使用されているQシートとは異なり、9マスの中央に症例の名前を記入して、後の8マスに利用者のできる支援の内容を記入し、優先順位をつけると共にできない視点から、できる視点に自然と変えていくことができるものである。そして自分の中に眠る力を有効に導き出すことができることや、グループワークを効率的に進めることができ、チームケアが重要なグループホームにとって有効であること、アプローチの答えは一つではないことなどから使用するツールとして適していると判断し、使用することとした。

これらのことを踏まえてリハケアの視点に立ち、関わり方を見直し、見られた変化をまとめる。

几帳面な性格もあり、洗濯物を渡すとききれいにたたんでくださる	子供好きなので保育園などに行くと触れ合ってみる	おやつ作りなどをしている時、楽しそうにしているのでその様子を見ていただく
花や写真、絵面などが好きなので実物を見ていただいたり、触らせていただく	H様に必要な支援は？	ブラシを渡し、鏡をお渡しすると女性らしく髪をとかれるので毎朝していただく
会話して無理に話しかけようとはかりせず安心していただくために、できるだけそばに座る	食器を拭いたり座ったままでもできるので体調や情緒の安定している時にはお願する	立位は可能なのでトイレ時などを利用して下肢の筋力を維持していただく

図1 Qシート

5. 結果・成果

(1)左大腿部骨折、退院後より車椅子での生活となり排泄他ADLに介助を多く要するようになる。個人記録より排泄の間隔を読み取り、1時間～1時間半程がトイレ誘導の間隔の限界であることを確認する。また車椅子に乗っている本人からは発語はほとんど聞かれないが、症例が車椅子を動かそうとしたり、表情が険しい時はスタッフが積極的にトイレ誘導に入るような変化が見られたり、座りっぱなしによる痛みや褥瘡予防のためソファへの座りなおしも見られるようになった。結果、日中の排泄はパッドに失禁されていることはあるものの、トイレでの排尿も見られるようになった。このため、現在では日中は布パンツを使用するまでになった。また

疑似体験を経験したことで、聞き取れず理解ができない状態で介助されると「何をされるのか」わからず不安、不信に思うという意見があり、本人の感情の理解をすることにつながった。その結果、難聴である症例に対し、スタッフの声が聞き取り易いように、右耳より比較的聞こえる左耳の側からゆっくり、大きな声で話すことを統一でき、自然と左側へ座り耳元で話しかける姿勢になった。服薬に関しては薬袋の名前を症例に見せ、名前といつの食後かを伝えて介助に入るようになった。

(2)生活歴のより詳しい情報を甥よりお聞きし、現役時代看護師としての本人像だけではなく、青年期に甥や姪の面倒を見ていたことが現在の子供好きに通じているという情報収集ができた。また体操やアクトなどに拒否的であったが、貼り絵と書初めの実施に関しては自宅にもアトリエがあったり、作品を公民館へ出展していたという情報を収集することができ、改めてアプローチした結果から得られた。

(3)ケアプランの内容が、体調管理や排泄の介助方法などの内容が多く、症例らしさが少ない内容になっていたため、Qシートを使い症例のできることに視点を持てるようにする。結果、衣服の選択、洗濯物をたたむ、髪の毛をとく、トイレでの立位保持、その日の体調などから書字をしていただく、食器を拭く、花を見るなどの意見があり、その多くを日課に取り入れることができていた。これによりスタッフとの共同での貼り絵を行ったり、年始には書初めを実施できた。またスタッフへ行なった今回の(1)～(3)のアプローチに関してのアンケートからは、「甥が小学生の間同居していたこと」、「若いときの写真をみて親しみがいっそう湧いた」、「コミュニケーションがとりにくいと敬遠がちなスタッフも積極的に関わるようになった」、「目の前の症状だけを見がちだが、様々な経験や苦労を重ねてきて今があることを改めて実感できた」等という意見があり、スタッフの症例に対する見方も認知症の方ではなく、豊富な経験をしてきた症例と少しずつ見方を変えていくことができた。

6. 考察

今回関わらせていただいた症例は、介護への抵抗や暴言などが目立っていたが、創心流リハケアの視点に立ち認知症ケアにとって必要なアプローチを実施した結果、排泄のリズムの確立、夜間の睡眠、主に日中の情緒の安定を図ることができ、今までほとんどされたことのない貼り絵や書字のアプローチと実施につなげること

	0点	1点	3点	5点	7点	9点	10点	評価
歩行 起座	寝たきり (座位不能)	寝たきり (座位可能)	寝たり、起きたり 押し車などの支え がある	伝い歩き 階段昇降不能	杖歩行 階段昇降困難	短時間の徒歩可能	正常	7 19 点
生活圏	寝床上 (寝たきり)	寝床周辺	室内	室内	屋外	近隣		
着脱衣	全面介助	ほぼ全面介助 (指示に多少従える)	着衣困難、脱衣部分 介助	脱衣可能、着衣は部分 介助を要する	遅くて時に不正確	ほぼ自立、やや遅い		
入浴	特殊浴槽入浴	全面介助入浴	入浴部分介助	自分で部分的に洗 える	頭髮、足等洗えない	体は洗えるが洗髪 に介助を要する		
摂食	経口摂取不能	経口全面介助	介助を多く要する 途中で止める、全部 細かく刻む必要あり	部分介助を要する 食べにくい物を刻 む必要あり	配膳を整えてもら うとほぼ自立	ほぼ自立		
排便	常時、大小便失禁 (尿意・便意がほぼ 認められない)	常時、大小便失禁 (尿意・便意があり失禁 などの不快感を示す)	失禁する事が多い (尿意・便意を伝える こと可能、常時オムツ)	時々失禁する (気を配って介助すれば ほとんど失禁しない)	ポータブルトイ レ、尿瓶使用、後 始末不十分	トイレで可能 後始末は不十分な ことがある		
合計		4	1	3	3	15		

随伴精神症状・異常行動

A 摂食異常	D 危険・不潔などの異常行動	F 感情障害	I 意欲の低下	
A1 ● 誤嚥しやすい	D1 火の不始末、放火	F1 気分が変わりやすい	I1 意欲・関心の低下	
A2 何度も食事を要求する	D2 車、ガスなどの危険がわからない	F2 感情失禁	I2 根気がない	
A3 食事以外のものを口に入れる	D3 自傷行為、転倒の危険	F3 多幸	J 病識	
A4 食欲低下	D4 ● 身体不潔、入浴を嫌がる	F4 抑うつ気分・苦悶		J1 病識低下
A5 拒食	D5 性的異常行動	F5 ● 不安・焦燥	J2 病識欠如	
B 夜間頻尿	D6 盗み	F6 自殺念慮	K 性格変化	
B1 トイレへ行く途中での失禁	D7 つまらない物を集める	G 身体異常		K1 自己中心的
B2 トイレ以外の場所での失禁	E 睡眠パターンの障害			G1 錯覚
B3 おしめをはずして布団に失禁			E1 不眠を訴える	G2 幻覚
C 多動・興奮・徘徊		E2 昼夜逆転	G3 ● 妄想	● 頑固
	C1 ごそごそ動き回る	E3 夜間に家人を起こす	H 言葉の異常	L その他
	C2 ● 不穏・興奮・攻撃	E4 終日傾眠		
C3 ● 夜間せん妄	G 身体異常	H2 独語		
C4 ● 大声をあげる、叫ぶ		G1 錯覚	H3 作話	
C5 衣類、シーツなどを破る		H 言葉の異常	I 意欲の低下	●は退院後など著明に見られていたが 最近ではほとんど見られていない。
C6 ● 暴力	H1 ● 同じことを何度も言う			
C7 徘徊 (外出して迷う)	H2 独語			
C8 家の中の徘徊	H3 作話			

図2 N式老年者用日常生活動作能力評価尺度 (N-ADL)、随伴精神異常行動

N式老年者用精神状態尺度 (NMスケール)

赤…H23.1.31 時点での評価
黒…H22.7.31 時点での評価

	家事・身辺整理	関心、意欲、交流	会話	記名、記憶	見当識
0点	不能	無関心 全く何もしない	呼びかけに無反応	不能	全くなし
1点	殆ど不能 手の届く範囲の物は取れる	周囲に多少関心あり ぼんやりと無為に過ごすこと が多い	呼びかけに一応反応するが自 ら話すことはない	新しいことは全く覚えられない 古い記憶が稀にある 名前が言える	殆どなし 人物の分別困難 男女の区別はできる
3点	ごく簡単な家事、整理も不完全 おしぼりを渡せば顔を拭く事 ができる	自らは何もしないが指示され れば簡単なことはしよう とする 手渡せば雑誌のグラビア等 を見る	ごく簡単な会話のみ可能 つじつまの合わない事が多い 有り難う、ごちそう様、おは よう等が言える	最近の記憶は殆どない 古い記憶が多少残存 生年月日が不確か 出生地を覚えている	失見当識著明 家族と他人は区別できるが、 誰であるかわからない 自分の年齢をかけ離れた年 で答える
5点	簡単な買い物も不確か、ごく 簡単な家事、整理のみ 声かけにてベッド周辺の整 理ができる	習慣的なことはある程度自 らする 気が向けば人に話しかける 話しかければ話がはずむ 声かけにて行事に参加する	簡単な会話は可能であるが、 つじつまが合わない事がある	最近の出来事の記憶困難 古い記憶の部分欠落 生年月日正答	失見当がかなりあり (日時、 年齢、場所など不確か、道に 迷う) 看護師、医者、介護職員の見 分けができる
7点	簡単な買い物可能、留守番、 複雑な家事、整理は困難 食器が洗える エレベーターの操作が一人 で可能	運動、家事、仕事、趣味など 気が向けばする。必要なこと は自ら話しかける	話し方はなめらかではない が、簡単な会話は通じる 相手の話が理解できる	最近の出来事をよく忘れる 古い記憶はほぼ正常 物をしまい忘れて騒ぐ 服薬の自己管理が難しい	ときどき場所を間違える事 あり 目的の場所へ行こうとする が時に迷う
9点	やや不確かだが買い物、留守番 家事などを一応任せられる 部屋の掃除、自分の衣類の整 理ができる	やや積極性の低下が見られ るがほぼ正常 周囲の人と雑談ができる趣 味を持っている 家族や同室者の行動を知っている	日常会話はほぼ正常 複雑な会話がやや困難	最近の出来事をときどき忘 れる 一人で受診できるが診察日 を時に忘れる	ときどき日時を間違えるこ とあり
10点	正常				
合計	1 3	0 3	1 3	1 1	1 1
評価	起床後の洗顔、髪をとく (くしを 渡せば) という行為も見られる トイレの後は毎回洗面台で 手を洗うようになっている。	退院後は全く関心を示されず 混乱されることが多かったが 最近では、貼り絵、習字、TVを 見たりされることも増えてきた	その日の状態にもよるが (体調で排 泄がうまくいっていないときなど) ありがとうという言葉も聞 かれる。	中核症状にあたる部分であり 明確な改善は見られていない。	中核症状にあたる部分であり 明確な改善は見られていない。

図3 NMスケール

ができた。これはリハケアの視点「心創り」において、スタッフの認知症に関する視点を変えることができたことが大きい。また声なき声への傾聴により、体調変化、排泄のケアなどに敏感になり、生活の継続を保證する体力の獲得にも繋がったと思われる。そして本人の評価を客観的な視点で評価するN式老年者用日常生活動作能力評価尺度（N-ADL）と、N式老年者用精神状態尺度（NMスケール）で評価し、以下のような結果が得られた。この評価スケールを使用した根拠としては症例が難聴であり、検査に対しての理解を得ることが困難なため、そうした対象者にも有効であることから使用することとした。N-ADL（図2）において退院後は生活全般において多くの介助を要し、特に排泄の失敗から大声や介護への抵抗などがみられたが、最近では摂食や排泄の項目で多く改善点がみられた。

随伴精神異常行動では、誤嚥の危険性や不穏、興奮、攻撃、夜間せん妄、大声をあげる、暴力などがみられたが最近では退院直後にくらべて上記の行動はほとんど見られずに落ち着いて穏やかに生活されており、大きく改善点がみられた。

NMスケール（図3）においては記名・見当識などの中核症状の変化はみられないが、周辺症状が落ち着いたことにより、髪をとく・手を洗うなどの動作は習慣化しており時には貼り絵や習字などのアクティビティの実施もあった。

3) 認知症の人との超コミュニケーション法バリデーション

7. まとめ

日々関わらせていただいていた症例の情報をスタッフで掘り下げて共有することと難聴の疑似体験をスタッフが実際に行うこと、Qシートで視点を変えていくことで画一的なケアから、認知症の本質であるパーソンセンタードケアにつなげていくことができた。そしてリハケアの視点に立って、職員が一人のご利用者の見方を変えることにより、結果他者への見方も自然と変わってくることもできるので、事業所全体のケアの質の向上にもつながる。今回紹介した症例に限らず、利用者全てにこのケアの視点で望むことを継続したい。それが私たちに求められる仕事の本質であるとの症例を通じて再確認することができたことに感謝したい。

8. 参考文献

- 1) 改定・認知症ケアの実際Ⅰ：総論
- 2) 認知症高齢者グループホームQ&A

QOLの向上に向けてどのようなアプローチが有効か

～リハビリは発創力だ～

吉備地域リハビリケアセンター リハビリ倶楽部吉備
健康運動実践指導者 松村 明紀

1. はじめに

脳梗塞後遺症により、今までできていたことができなくなったと言うデイサービスの利用者は多い。できないことに目を向けるのではなく、どうやったらできるのかを利用者と共に考え、機能面に固執するのではなく、残存機能、環境設定、ダイレクトアプローチなどの様々な支援により、できないことができることに変わっていく過程で、利用者のモチベーションやQOLの向上に繋がった事例を報告する。

2. 症例紹介

年齢：60歳代前半 性別：女性 介護度：要介護2

既往歴・現病歴：脳出血後遺症による左半身麻痺

家族構成：夫 長男 次男夫妻 孫

全体像：補助具無しで自立歩行が可能であり、日常生活も最低限のことは行える。更衣や化粧も自分でする。物静かな性格だが、コミュニケーションは良好にとることができ仲の良い利用者として世間話をする。自宅では、畑仕事、旅行、釣りに行くなどの活動をしている。最近、孫を抱けるようになったことを喜んでいる。「夫に苦勞かけたから、これからは自分のことは自分でしたい」との発言あり。

Brunnstrom stage：上肢Ⅳ 手指Ⅲ 下肢Ⅴ 拘縮：患側手指
上肢、特に手指の機能回復に執着がある。

利用サービス：デイサービス週3回（月、水、金）

3. 導きだされた目標

デマンド：「孫のために編み物で服を作りたい」

ニーズ：用具の活用、環境設定の評価、患側手指の拘縮予防

ホープ目標：現在、活用できる身体機能と環境整備等を評価しながら、症例が在宅にて1人で編み物ができる方法を身につける。

4. 背景

症例は、発症後家族に迷惑ばかりかけてしまっていると感じていた。そのため、1日でも早く良くなりたいとリハビリを取り組んできた。現在は身体機能もある程度向上し、生活動作は自立に近い状態で、ほとんどのことを自立してできるようになった。そして、「家族には今まで迷惑をかけたからこれからは自分のことは自分でしたい」という気持ちがある。

今回、デマンドをヒアリングした際、「色々したい」と言ったため、具体的なデマンドの抽出が必要であった。抽出のための情報収集を行う中で、「せめて孫には何か役に立ちたい」と思っていることが分かった。その中でも、最もしてあげたいことが「ベストを自分で編んであげたい」というものであった。

5. アプローチ方法・経過

自分の力だけで編み物をしたいという目標を導き出すことはできた。しかし、編み物をできるだけの患側手指の巧緻性はない状態であり、発症から相当年月も経ち、機能回復も期待しにくい。

実際に編み物を行う動作をして、動作の評価と分析を行い、残存機能だけでは困難な動作に対して代償動作の確立、用具等の環境整備を行いアプローチすることとした。

症例、スタッフ、編み物をしていた他の利用者にも協力を募り、編み物の動作を細かく分解して症例が行うのに困難な動作を抽出し、その動作に対して代償動作の確立、用具等の環境整備を行った。

・分析結果

- (1)健側は鉤針を持ち編む動作
- (2)患側は毛糸を紡ぎ出す長さを調整する動作
- (3)鉤針で毛糸を引っ掛けるために張りを持たせる動作
- (4)編み上がった毛糸を動かさないように固定する動作

上記4点の動作が必要であることが分かった。健側で行う動作は問題ない。しかし、患側は随意性が低いため、毛糸が指から離れてしまう、毛糸に張りをもちたせることができないという問題点があがった。

症例からも、「左手で摘んでもすぐに離れてしまう」

という発言があった。

そこで、動作を再度分析し編み上がった毛糸は、固定する動作に対して随意性が低いため、環境整備としてクリップで固定することを提案した。

困難な動作	代償動作・環境整備
健側で鉤針を持ち、患側で編み上がった毛糸を持っていたが患側の随意性が低いため、毛糸が手から離れてしまう。	編みあがった端をクリップで固定して、患側の摘む動作の代償。(図1)



(図1)



(図2)



(図3)

編み上がった端をクリップで固定することにより、患側で行う3つの動作のうち、1つの編み上がった毛糸を動かさないように固定する動作の代償動作・環境整備が行うことができた。

残された課題として、毛糸を紡ぎ出した長さを調整する動作を片手で行えない、患側の随意性が低いため毛糸を張らせる動作が行えない、という2点が抽出された。その際、症例から「やっぱり左手を使えないと難しい」との発言があった。

しかし、「前よりは、やり易くなった。」「家でもやってみます。」との発言がみられ、モチベーションは低下していないことが確認できた。症例に、道具を使用することにより行えることを再度フィードバックした。

2つの課題点について重錘を用いること等を試みたが、十分な結果を得られず思案していたところ、症例が自宅での実践の中から新しい方法を発案した。

毛糸を紡ぎ出す際、足趾に引っ掛けて毛糸の長さを調整するという方法である。この足趾に毛糸を引っ掛ける方法により、毛糸に張りを出すことができ、その張った毛糸を鉤針に引っ掛けるのが円滑に行えた。

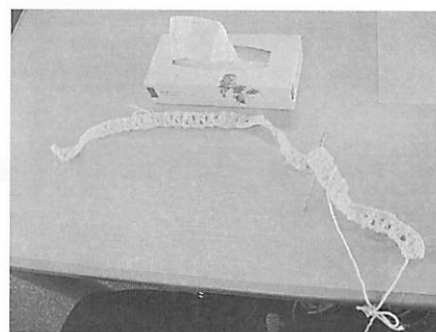
難しい動作	代償動作・環境整備
糸を紡ぎ出す際、長さを調整するのが困難。	健側、足趾に糸を挟むことにより、糸を出す長さを調整する。(図2)
鉤針に紡ぎ出した糸を引っ掛けるのにくい。	健側、足趾に糸を挟むことにより、毛糸に張りをだして、鉤針に毛糸を引っ掛けやすかった。(図3)

2つの課題点については、これらの代償動作により克服することができた。

6. 結果

4ヶ月間のアプローチ期間において、デイサービスと自宅での実践により、2時間で鉤編み約60cmの帯状の編み物を作成することができた。(図4)

また、幅があると編みあがった端をクリップで固定しなくとも、患側手指で固定しやすくなったため、クリップを使わずに編めるようになった。(図5)



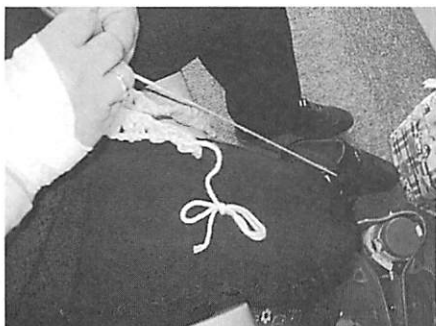
(図4)



(図5)

編み物をしていく過程で、症例はどのようにしたら円滑にできるか、自身で考え工夫した。そして、健側の足趾を使う動作を、症例が実践し獲得することができた。

「足も使うとしやすい」との発言もみられ、症例の達成感の充足も見受けられた。(図6)



(図6)

7. 考察

初期段階は「左手が使えないとできない」との発言が多々みられた。しかし、患側手指の機能だけでなく環境整備をし、「できる」ことを実感できた。そのため、患側手指の機能回復の執着から視点を移すことができた。さらに、健側足趾に糸を挟み、糸を出す長さを調整するという代償動作により、「編み物は手で行うもの」という固定概念から脱却することができた。それにより、ただ編み物ができたということだけでなく、生活動作を獲得するには機能面の回復だけでなく代償動作などにより、作業を行うための新たな動作の獲得ができることが理解できた。今後、また新たな生活動作の獲得の際に同じ視点を持ち、新たな動作方法を習得することで生活の幅が広がり、その積み重ねによりQOLの向上にも繋がってくるのではないかと考えられる。

8. 結論

今回の研究を通してQOLの向上を考えた際、身体機能の回復のための機能訓練ばかりに固執するのではなく、生活上の行為や動作そのものにダイレクトにアプローチすることの重要性を再度強く認識した。身体機能の評価はもちろんだが、環境整備や残存機能の活用など多角的な視点から、機能訓練だけでなく動作の細かな分析、身体機能を補う用具の活用や身体全体を使った工夫により、その動作に伴う固定概念を支援者自身も脱却し、新たな動作の構築を提案できる発想力を養うことが不可欠であると思われる。また、それを一方通行の提案にするのではなく、利用者と共に共有し、共に考え取り組む関係性を築くことも同等に重要である。どのようにしたらで

きるのか、ヒアリングしながらその場その場でフィードバックし、作業を繰り返し、利用者にとっても納得できるアプローチを実施することによって、利用者のモチベーションを維持向上させ、「できる」だけの動作だけでなく「している」動作に落とし込むことができる。それが、QOLの向上への一番の近道ではないだろうか。

9. 今後の課題

デイサービスにて多くの利用者が活動する中、どのように一人のスタッフだけでなく、より多くのスタッフが多角的な視点を持ち、ダイレクトアプローチを行い、それをアセスメントし他のスタッフと情報共有できるように落とし込むか。

他の専門スタッフと、なぜ行えないのか、実際にどこまで行えるのか予後予測をたて、より専門的な視点を加える。そのために写真や動画にて情報共有し、効果的に効率的に動作獲得に繋げる。

10. 謝辞

今回、論文作成にあたり、スタッフの方々のご協力がありアプローチを進めることができたことを感謝いたします。

また、なにより共にアプローチ方法を考えて下さった他利用者や、情報提供、写真撮影、論文作成を快く了解して下さり、多大なご協力をして下さった症例に深く感謝いたします。

デイと訪問の連携推進プロジェクト ファイル①

～そこには愛がある～

創心会訪問看護ステーション 作業療法士 リハエリアリーダー 佐伯 香織
琴浦センター リハビリ倶楽部琴浦 健康運動実践指導者 篠原 由貴奈

1. はじめに

地域リハビリテーションを行う中で、チームアプローチが重要とされているが、当社でも他職種・他部門同士で情報を共有し、利用者の目標達成に向かって介入することの難しさを感じている。今回、当社のケアマネジャー（以下CM）、リハビリ倶楽部（以下DS）、訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）、生活環境プランニング（以下プランニング）を利用し、各部門間の連携がとれたことでADL・QOLの向上に大きく寄与した症例を担当する機会を得た。また、その経験からリハビリ倶楽部琴浦と、訪問セラピスト間での連携についての新たな取り組みを実施するに至った。チームアプローチの中で、DSと訪問リハの連携が取れ、効果的なアプローチができた症例の報告と、新たな連携の取り組みと経過について考察を交えながら報告する。

2. 症例紹介

疾患・障害名：くも膜下出血・腹部大動脈瘤、両膝窩動脈瘤手術後（左麻痺、両下肢麻痺）

年齢：50代 性別：男性

X年Z月 くも膜下出血・大動脈瘤発症

X+1年Y月 在宅療養目的で退院、当方CM担当となる

X+1年Y月 翌日よりDS利用開始

X+1年Y月 10日後、訪問リハ利用開始

〈介護度〉要介護4

〈家族構成〉妻（キーパーソン）との二人暮らし。子供なし。親族はいるものの遠方のため協力体制は乏しい。

〈社会的背景・職業歴〉県内出身。高校卒業後親元を離れA市に就職。

職人として発症まで勤務していた。妻も同会社に勤務。

〈症例ニーズ〉「歩けるようになりたい。」「岡山に行きたい（買い物・飲食店など）。」

〈妻ニーズ〉「自宅で一緒に生活がしたい。」「身の回りのことができるようになってほしい。」「乗り移りやトイレが一人のできるようになってほしい。」「

〈家屋環境〉借屋の長屋。1階奥が症例居住スペース
トイレ・風呂は屋外設置

〈予後〉主治医・入院時担当訓練士より、歩行困難で、

車いす生活となるとの説明あり

3. 初回評価（訪問 OT/ 琴浦 DS）

〈身体機能〉

長期入院・退院後の臥床中心の生活による廃用から全身の筋力・耐久性低下が見られ易疲労性があった。また、左>右に優位の下肢麻痺があり、左については自動運動困難。加えて、両足関節・膝関節の中等度拘縮、股関節外旋筋の短縮があり、臥床時は股関節外転・外旋・足部尖足の状態であった。ベッド上座位保持は、手すりを保持することで5分程度は可能であるが、体幹筋力低下に加え、円背があり徐々に前傾して保持困難であった。

〈高次脳機能〉

感情失禁（笑い）や注意障害があり、訓練への集中は困難。また、失行症状あり、模倣や口頭指示でうまく動作が行えず、戸惑う場面がある。また、見当識障害も見られた。

〈心理面〉

笑顔が多く、楽天的な性格。ユーモアを交えて話をするなど社交性が高い反面、疲労を感じる活動への参加は億劫さがある。また、奥様に対し依存的な面がある。

〈自宅でのADL〉

食事と整容以外のADL全般に介助を要し、ほとんど寝たきりの状態であった。尿意は曖昧でありおむつで対応。便意はありポータブルトイレを使用する。車いす乗車耐久性は約20分。駆動は不慣れさや失行のため介助を要した。また、高次脳機能障害の影響で状況判断能力が低く、危険回避が自力では困難なため、臥床時以外は見守りを要した。妻の勤務中は留守居となるため、安全確保のためベッド臥床せざるを得ない状況であった。また、ベッド手すりやポータブルトイレが麻痺側に設置されており使用し難い状態にあった。

〈DSでの初回利用の様子〉

緊張から表情は硬かった。全身の筋力・耐久性の低下のため、午前の入浴後から疲労強く出現し、昼食・午後の集団体操・脳トレ以外は静養室で臥床していた。尿意の訴えはあるものの曖昧であり、おむつで対応をした。入浴はリフト浴。立位保持は手すりを持つ協力動作はあるものの、麻痺の影響から右下肢に力が入らず、滑ってしまうため介助が必要であった。更衣は座位バランスが不良なため、全介助を要した。脳トレでは計算プリント（100マス計算）を実施。一列に5分かかるが答えはあつ

ていた。

〈対人交流〉

DSでは、挨拶をしたり、他の利用者に声をかけたりと積極的であり、慣れてからは笑顔で過ごされていた。在宅でも、近所の方や会社の同僚との関係は良好で、病気療養中にも関わらず交流があった。

〈興味・関心〉

スポーツ観戦（野球、サッカー）を趣味とする。また、夫婦仲が良く、妻に対する関心・愛情が強い。

〈課題〉

- (1) 廃用による筋力・全身耐久性の低下、易疲労性
- (2) 両下肢麻痺・右半身麻痺
- (3) 両膝の関節拘縮、痛み（膝か動脈瘤オペ後）
- (4) 尿便意不明確
- (5) 高次脳機能障害
- (6) 家屋内の環境設定、動線確保不十分
- (7) ADL 介助量大

〈目標設定〉

いきがい目標：岡山に出かけ、買い物や食事を楽しむことができる

生活向上目標：補装具・福祉用具を使用し、家屋内の歩行移動が軽介助で可能となる（訪問リハ/DS）

動作目標：ベッド⇄ポータブルトイレの移動動作自立（訪問リハ）

ベッド⇄車椅子間の移動動作自立（訪問リハ/DS）

寝返り、起き上がりが手すりを使用し自立する（訪問リハ/DS）

トイレ誘導の定着、排泄コントロールの改善（DS）

〈サービス利用状況〉

訪問リハ：1回/週 琴浦 DS：5回/週
ヘルパー1回/週（2カ月目で終了）

4. 介入経過

1期：訪問：寝たきりからの脱却期（機能向上・環境調整）（1～2ヶ月目）

上記の目標共有（症例・妻・CM・訪問リハ・DS・福祉用具）を図り介入していった。

まず、訪問リハでは

- ・身体機能向上を目的とした筋力強化や関節可動域改善訓練
- ・寝返り、起き上がり、立ちあがりなど具体的なADL動作訓練と家屋内環境の調整
- ・妻への介護依存を軽減するため、介護指導と、症例の活動意欲の引き出し、精神支持

の3点から取りかかった。

DSでは、基本動作である立ち上がりを安定して行えるようになること

- ・トイレ誘導と尿便意の確認により排泄コントロールの確立にとりかかった。

（訪問リハ）

身体機能向上を目的に、筋力強化や関節可動域改善訓練に取り組むとともに、症例・妻へ説明を行い、同意を得た上で、ベッドの配置変更や家屋内環境の調整を実施した。また、妻に介助方法の指導を実施した。これにより、全介助であった寝返り、起き上がりが、中等度～軽介助で可能となり、1日の中で、幾度も実施する起居動作場面での自己能力を発揮する機会が増加した。身体能力を最大限生かせる環境設定を行ったため、症例の自信と自主性を向上させることになり、機能・ADL能力の拡大が図られた。また、訪問の空き時間にDSに寄り、得られた情報を伝達し、また起居動作の反復練習などを依頼した。

（DS）

下肢筋力強化・立ち上がり訓練を実施。また、尿意のコントロールについては、訴えによるトイレ誘導の他に、実際の排泄時間を記録し時間を決めてトイレ誘導を実施した。水分摂取量が少なく、脱水により救急車で搬送されることがあったため、後に水分摂取量についても注意して記録をつけた。また、訪問リハとの同行訪問を実施し、訓練の見学と家屋環境や生活状況の確認をした。そこで新たに『移乗動作の自立』を目標に定め、下肢に加え、上肢・体幹筋の筋力向上に取り組んだ。同行訪問時、セラピストが行っていた移乗訓練を写真に収め、デイスタッフへの発信を行なった。又、ストレッチや筋力強化訓練の実技指導やアドバイスをを行い、実践していった。

2期：起居・移動能力の拡大期（移乗を中心とした基本動作訓練）（2～4ヶ月目）

（訪問リハ）

起居・移乗動作は失行が動作学習を阻害していたため、手順を要素ごとに分け、手を取っての誘導→口頭指示→ヒント等、手がかりをへらしつつ反復練習を実施した。また、引き続き筋力強化や関節可動域改善に取り組むとともに、DSへも上記方法を依頼した。加えて、移乗動作を写真に収め、DSや妻への説明手段として用いた。症例・妻とも、日に日に改善する身体機能やADL能力を目の当たりにし、生活への意欲が向上していった。特に妻は、過介助にならないよう症例の身体機能に合わせた介助を行うようになり、自宅でも起居・移乗動作の反復練習が可能となった。その結果、介入開始から約4カ月で起居・移乗動作が自立してできるようになった。

（DS）

起居動作、手すりを把持しての立位保持が可能となり、症例から歩きたいとの発言が聞かれるようになった。長

下肢装具・歩行器（ラビット）を使用し訓練を開始。歩行当初は、体幹筋の低下により歩行器にもたれかかっていたため、前方への転倒リスクが考えられた。そのため、スタッフによる声かけと歩行器を症例の方へ引き戻す介助の必要があった。約15m程度で疲労感が強くみられていたが、耐久性の向上に伴い、1か月でフロア一周約36mを毎日実施可能となった。その際、ニーズである歩行に取り組めたことでモチベーションが向上し、症例から自発的に靴の着脱に取り組みられるようになった。着脱については左下肢の麻痺が重度で、膝上で保持できず落ちてしまうため、幾通りかの方法を症例と共に検討し、反復練習を実施した。その結果、靴の着脱が監視下で可能となった。歩行訓練、靴の着脱訓練の様子を写真に収め、症例に渡すと共に妻にも見せ、DSでの様子を説明した。その際、妻から喜びの言葉をいただいた。妻の喜ぶ姿が、症例のさらなる意欲向上と自信につながっていった。

3期：将来に対し前向きな発言が聞かれてきた期（4ヶ月目～）

（訪問リハ）

移乗動作が自立し、妻が外出中でも自宅内を車いすで自由に移動できるようになり、生活範囲が拡大した。そこで、症例や妻と新たな目標設定を検討し、トイレでの介助量の軽減や介助歩行の獲得を目的に、立位保持時間の延長を目指した介入を行うこととした。また、自宅でも車椅子乗車して過ごす時間が拡大していたため、離床時に充実した時間を過ごせるよう、作業活動（パズル、書字課題）を提案した。当初は活動意欲の低下から消極的な発言していたが、症例の特性を把握している妻の関わりがあり、パズルや絵描きなど症例の関心のある内容を提案され、夫婦間で取り組む自主トレの一つとして定着した。訪問での様子は毎週水曜訪問終了後にDSに寄り口頭で伝達することを徹底した。

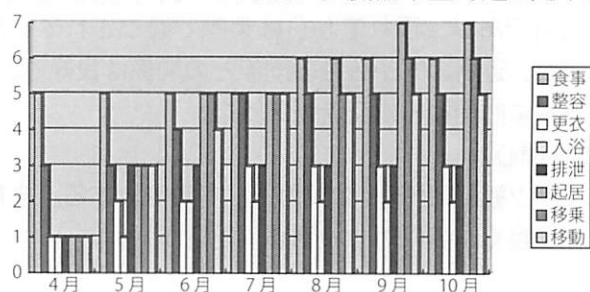
（DS）

歩行訓練では、フロア歩行が3周可能となり、自力での姿勢の修正が可能となった。また、洗濯干しや実践調理（おやつ作り）など運動以外の活動に取り組みられるようになり、症例の行えることが増え、初回利用時より明るくなっていった。水曜を除く毎日DSを利用してため、他の利用者から声をかけられたり、同テーブルの利用者と共に訓練を行なうことが多く、元来の社交性を発揮するようになっていった。元気になったら「妻と岡山に行きたい。」「カニが食べたい。」「春にはお花見に行きたい。」など、目標に対する前向きな発言をするようになった。しかし、歩行訓練や脳トレ中など、時間を問わず、急に居眠りされる時間が増えていた。

4期：急変からご逝去まで

X+1年Y+6ヶ月、夜間腹痛を訴え、救急搬送。腹部

大動脈瘤破裂。CM、OTが病院に見舞いに訪れ、励ましの声をかけた。症例・妻とも在宅復帰に前向きな意見が聞けていたが、約1ヶ月後、多臓器不全で逝去された。



* FIM 運動項目のみ記載

図1 FIMの変化

表1 体力測定結果の変化

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
握力 右 (座位)	8.5kg	7.4kg	7.7kg	8.2kg	8.5kg	8.3kg	10.8kg
握力 左 (座位)	15kg	15kg	15.1kg	13.4kg	14.1kg	15.1kg	20.8kg

*立位保持が困難なため、体重・立ち上がり・Time Up & Goは非実施。歩行器でのTime Up & Goも、自力での方向転換が困難なため、ご本人様より拒否あり非実施。

5. 連携の必要性の気付き・新たな取り組み

弔問時、妻から謝辞をいただいた。スタッフ間で情報共有していたため、安心して在宅介護ができたことや、リハビリの効果が目に見えたことで、意欲が湧くと共に前向きになれ、悔いは残らなかったと言われた。

訪問リハ、DSスタッフが今回の症例を振り返る中で、再発して亡くなるまでの6ヶ月間、予想以上の回復を遂げ、前向きな生活を送ることができた要因の一つに、DSと訪問リハの密な連携が関与していたのではないかと結論に至った。そこで、この経験を活かし、DSと訪問スタッフが両方介入する利用者について、日々の様子や変化点を記入できる連携ノートを作成し活用することとした。

6. 目的・対象・方法

- ・目的：デイサービスと訪問リハの両方を使われている利用者の情報共有（正社・パート）
利用者の目標達成に向けて、スタッフの意識付け・関わりの強化
- ・対象：DSと、訪問リハが共に担当する利用者4名
- ・方法：共有ファイル内に連携用のフォルダを作成し、各パートで介入状況を記入する。
記入した内容をノートに綴じ、DSのスタッフルーム内に置き、全スタッフで共有する。
疑問や質問、アドバイス等があればノートに記入するか電話にて口頭連絡を行う。
毎週水曜日夕方5時～1時間程度、訪問スタッフがDSを訪れ、利用者の情報共有を図る。
ノート記載内容

- ①初回評価 ②問題点 ③目標 ④プログラム
 - ⑤訪問・デイ介入経過記録 ⑥気づき・疑問点等
- ※それぞれの項目について、訪問・デイで得た情報を記入する。

試用期間：約3カ月

7. 結果

- ・情報をノートにまとめたことで、利用者の生活歴や機能、目標について、スタッフで共有できた。
- ・各部門の情報を知ることができ、自分の関わっていない時間の利用者の状況把握ができた。
- ・より良いサービスができるよう日々の関わりに対し改善の意識をもつようになった。また、パート社員も疑問点等を書面や口頭で質問するようになった。
- ・カルテとの二重記載となるため業務多忙時は負担になる場合もあった。
- ・試用期間が短期間であったため、利用者のADL改善度など目に見えた連携の効果があがらなかった。
- ・訪問リハの利用者数の増加によって、毎週決まった時間にDSを訪問することが困難になった。
- ・対象利用者4名の内、3名が状態変化によりサービス中止となり、ノートから電話連絡での連携に移行した。

8. 考察

今回、DSと訪問の連携が効果的に影響し、ADLやQOLが向上した症例を担当する機会を得た。その経験から、DSと訪問リハを兼用している利用者の日々の様子や変化点を記入できるノートを作成・試用し、連携についての新たな取り組みを実施した。

連携ノートに情報をまとめたことで、利用者の生活歴や機能、目標について、スタッフ間で共有することができ、各部門のサービス利用時の様子など、今まで得る機会がなかった利用者の状況把握ができた。また、各々が日々の関わりに対し改善の意識を持つようになり、疑問点を書面や口頭で質問するようになった。今回連携ノートは3ヶ月限定の試用であったため、利用者のADL改善には目に見えた変化は見られなかった。しかし、自宅での過ごし方や家族から得られた情報、DSでの他者交流の様子など、その場に居るものしか知り得ない情報を各部門で共有することができ、他部門から知り得た情報を用いて利用者との会話が広がるなど、スタッフと利用者間の距離が近づく機会となったと思われる。

今まで、訪問スタッフとDSスタッフは業務時間内に交流の機会が少なかったため、お互いどのようなことを行っているのかを知る機会が乏しかったが、今回の症例のようにDSスタッフが同行訪問を実施したり、訪問リハスタッフがDSを訪れ訓練状況を確認するなど、お互いの取り組んでいる内容に興味を持ち、歩み寄る姿勢が

症例に対し効果的に働いたと考える。また、連携ノートについては、取り組みを書面に起こし見える化したことで、パートを含めた全スタッフが他部門の状況を知ることができ、自身の役割についてより具体的に考える機会となったことも連携強化につながったと考える。また、上記の取り組みを行う過程で、訪問スタッフが空き時間にDSに頻回に訪問するようになったため、DSスタッフが声をかけやすくなり、兼用利用者だけでなく、気になった事や利用者の介助方法を質問するなどのコミュニケーション機会の拡大につながることとなった。

反面、連携強化の一因となった同行訪問を行うにあたっては、スケジュール調整やDSの人員の調整が必要であった。連携ノートについては、カルテとの二重記載による業務負担増を改善するための検討が必要と考えられる。今後、業務負担を考慮した連携の取り方について検討していきたい。

9. おわりに

今回の症例を通じ、スタッフ同士が連携を図りチームアプローチに取り組むことで、効果的な働きかけが可能なることを再認識することができた。連携についての課題は多く、今後もその方法については改善の必要があるものの、まずは互いの状況を理解しようとする姿勢や、自身の行動や考えを理解してもらうよう働き掛ける事が重要と考えられる。この経験が社内での連携で留まることなく、他事業所とのチームアプローチの推進に発展していけるよう今後の取り組みにつなげていきたい。

貴重な経験をさせていただいたI様と奥様ならびに、ご協力いただいたスタッフの皆様へ感謝を申し上げます。

10. 参考文献

- 1) 山田友香ほか：訪問リハビリスタッフとデイサービスとの勉強会でみてきたもの—地域の高齢者を支えるマンパワーの充実を目指して—。理学療法研究・長野 第38号：2002
- 2) 高橋理恵：介護職と理学療法士によるリハビリテーション—身体障害者療護施設における連携—。生活環境支援理学療法26
- 3) 中村隆：地域リハとの連携により義足歩行を再獲得した1症例。リハビリテーション連携科学 10：33-34, 2009
- 4) 0天野祐滋：訪問リハビリテーションに携わって—FIMと連携に着目して—。高知理学療法ジャーナル15号：PP85, 2008
- 5) 浜村明徳：地域リハビリテーションと介護保険。リハビリテーション医学ジャーナル 36：377-360, 1999

社会復帰に向けて

～お父さんおかえり～

倉敷地域リハビリケアセンター 元気デザイン倶楽部

フロアリーダー 健康運動実践指導者 村上 裕子・健康運動実践指導者 森本 依里

1. はじめに

本人を取り巻く家族やケアマネジャー（以下CM）、スタッフの積極的な働きかけにより、喪失感、無力感を感じていた症例の心を動かし、社会復帰や父親としての役割を再獲得するに至った事例を報告する。

2. 症例紹介

氏名：T様 男性 40代後半 要介護1

家族構成：妻、長男、次男

キーパーソン：妻

疾患：X年 クモ膜下出血

翌年 症候性てんかん、脳動脈瘤手術・廃用症候群
サービス：通所介護 週1回

関西生まれで山陰に在住後、10年前より岡山に来た、妻と子2人の4人暮らし。食品メーカーで働いていた。仕事中にクモ膜下出血にて倒れ、左麻痺と軽度の高次脳機能障害（感情失禁も多少見られる）、注意障害となり、転倒防止のため車椅子に拘束され、無表情で目も合わせず活気を感じられない状態となる。

今後の生活に妻は不安を抱えていた。

3. 導きだされた目標

- ・メンタルアティテュードの形成
- ・身体機能面の維持・向上
- ・社会復帰

4. 経過（サービス内容）

メニュー内容

トレッドミル、バランス訓練（バランスディスク、バランスボードを使用）、平行棒（片足立ち、立ち上がりなど）、中殿筋向上メニュー、上肢の可動域の確保、徒手訓練での膝歩きなど。

X年2月：デイサービス（以下DS）を利用開始となる。初回利用時のFIM（図1）について、4点未満の項目は整容、清拭、浴槽・シャワーでの移乗、社会的認知面の問題解決の4点だった。症例のデイサービスでの目標は、社会復帰（勤めていた会社に戻る）であり、低い点数のFIM項目を上げることにより、復帰へのアプローチを考察した。症例は人の目が気になりやすい性格であったが、発病後は人との関わりに興味・関心が薄れ、身なりに対する意識低下の様子も見られた。会社に戻るためには、

身だしなみは必要であり、整容に対する意識づけ（声かけ、見守りなし）が大切だと症例に伝えた。また、杖なし歩行（当初4点杖使用）にも繋がる下肢筋力、バランス力の向上が浴槽での安全性にも繋がると考え、最も得点の低い清拭（1点）においては、全体的な身体機能の向上による経過観察とした。入院中は、病気の受容が困難な時期でもあり感情失禁の場面もあったが、家族の受け入れ体制ができており、退院後は安定の傾向が見られる。DSにおいては、当初積極的な発言、行動はなく表情も硬い様子で、スタッフの声かけにも、「わかりません。」「知りません。」の単語での返事が主だった。しかし、こちら側の提案したメニューには素直にに応じていた。

奨励が来所する度に、こまめにスタッフが声かけを行わない、洋服、髪型に関するコメントも含め、症例に対して関心の高さを示した。次第に症例は、DSに着ていく服を妻に相談するようになり、身だしなみにも気を配るようになった。

同4月：身体的なトレーニングは継続しながら、同じ病気で会社へ復帰をした方との会談をセッティング。簡単な単語でしか返事を返さない症例が、この会談で自分の心配に思っていることを質問し、また、相手の体験談を聞くことにより共通の理解と、共感をもった様子。また、自らの問題を控え目ではあるが、解決していく姿勢が垣間見られた。更に会談と同時期には、杖なし歩行に移行し、歩行スピードの向上が見られた。

同5月：症例は、会社への復帰が夢ではなく現実のものとして捉えるようになり、「自分にできることはあるのか。」という、現実即した悩みがこの時期に症例の口から発せられるようになる。CMが、社会復帰も視野に入れながら支援を行いたいと判断し、復帰先の会社の方との接点もてないかの確認を行なった。

同6月：会社側と話し合いの場を設け、会社の受け入れ態勢の確認、症例が今後会社でどう関わっていくのか、どの様に必要とされているのか、何ができるのかを話し合った。また、身体面ではトレッドミルでの歩行訓練のレベルアップ（1.0メッツ→1.5メッツ）、お手玉を使っでの重心移動の強化を新たに加え、歩行の更なる安定性を目指しアプローチを行なった。また、客観的に物事をまとめる力や、誰もが理解できる文章を作成できるよう、自宅のパソコンで症例が好きな野球チームの観戦記を記

し、DS 利用時に持って来て、それをスタッフが確認し、その都度フィードバックを行った。更に症例自身が、同病者との更なる会談（ピア形成）を行うような環境づくりを行った。

同7月：7月の測定では、今までの成果が、全ての項目が向上され嬉しそうな様子が見受けられた。さらに介護4だった症例が同じ月に介護1の認定がおりた。会社側は受け入れ後の仕事が、雑務的なものになると症例に伝えた。症例はそのことが返ってはっきりとした道筋になった様子であり、DSにおいて会社での雑務的な、仕事内容を想定した作業チェック（図2）を行なった。症例はこの体験で「なにも心配が無くなった」と発言していたが、表情は固く完全に不安を払拭された様子だった。

7月末における症例や家族、CM、復帰先の会社職員、DSスタッフとの話し合いの場で症例は、「来月から仕事にいきます。」と自身で明言。8月からの社会復帰を目標に今後、勤務形態や作業内容など実際にどういった形で復帰を行うか話し合いを行なった。

会社復帰に際しFIM（図3）を取り直したところ、更衣（上下）の5点を除き、全て6～7点という結果となった。また、以前のFIMと比較すると、

- 整容4→7点
 - 浴槽・シャワー3→6点
 - 清拭1→7点
 - 問題解決4→7点
- という点数の向上が見られた。

同8月：午前中のみ勤務として職場復帰を果たした。利用当初からDSで行われた身体機能測定の結果は以下の通りである。（図4）（図5）

（図1）

食事	5	トイレ	5
整容	4	浴槽・シャワー	3
清拭	1	歩行	5
更衣（上）	5	階段	6
更衣（下）	5	理解	6
トイレ動作	6	表出	6
排尿コントロール	7	社会的交流	5
排便コントロール	6	問題解決	4
ベッド	5	記憶	6

（図2）

項目	目的
机を拭く	片手での動作に慣れる
ほうきで掃く	片手での動作に慣れる
イスの片付け	体力・筋力・バランス力
黒板消し	上肢の可動域の拡大
袋に荷物を詰める	空間認知
荷物を運ぶ	重たいものを移動する
荷台にカルテを乗せる	重たいものを移動する
荷台を押しながら移動	片手でのコントロール
カルテを棚にしまう	自己判断・自己決定
ゴミを捨てる	片手での動作に慣れる
下駄箱に靴をしまう	体幹のバランス向上
パソコン作業	情報処理能力を高める
電卓計算	情報処理能力を高める
シンガン	情報処理能力を高める

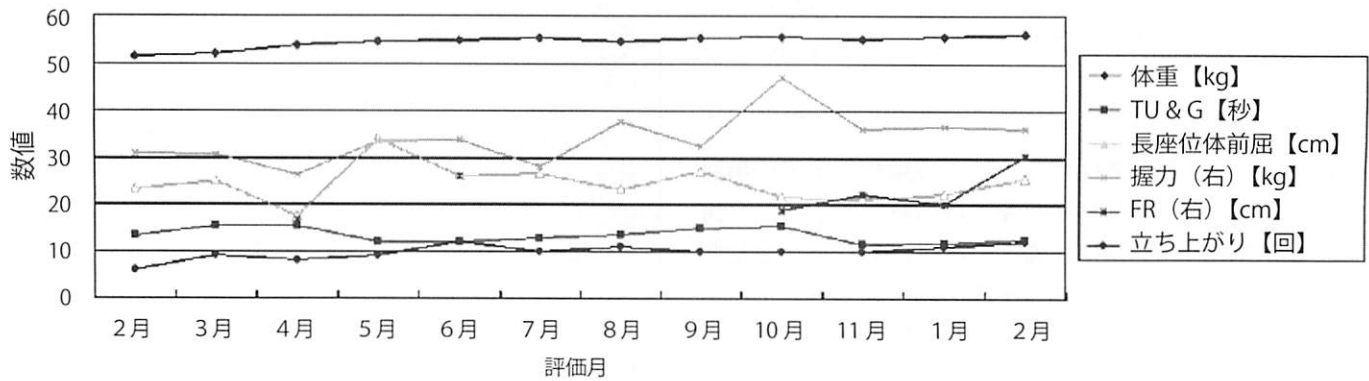
（図3）

食事	7	トイレ	7
整容	7	浴槽・シャワー	6
清拭	7	歩行	6
更衣（上）	5	階段	6
更衣（下）	5	理解	7
トイレ動作	7	表出	7
排尿コントロール	7	社会的交流	7
排便コントロール	7	問題解決	7
ベッド	6	記憶	7

（図4）

	体重【kg】	TU&G【秒】	長座位体前屈【cm】	握力（右）【kg】	FR（右）【cm】	立ち上がり【回】
2月	51.3	13.2	23	31		6
3月	52	15.3	25	30.7		9
4月	53.7	15.2	17.5	26.3	16.5	8
5月	54.5	12	34	33.6		9
6月	54.7	12	26	33.7	26	12
7月	55.3	12.8	26.5	28		10
8月	54.5	13.4	23	37.7		11
9月	55.3	14.8	27	32.4		10
10月	55.6	15.3	21.5	46.9	18.6	10
11月	55	11.5	21	36.1	22	10
1月	55.5	11.7	22	36.7	20	11
2月	56	12.5	25.5	36	30.5	12

(図5) 身体機能測定結果



5. 結果・成果

- 同年9月より、フルタイムの勤務をこなせるようになり、現在では週5日会社へ通勤している。
- 家族との時間を大切にしている、息子が所属している野球チームの応援に出かけられているだけではなく、妻からは「病気になって良かったと感じられるようになった。」(夫婦で一緒にいれる時間が長く持てるから)という発言を聞くこともでき、家族・夫婦間の親密度が増した。
- モチベーションの向上が見られ、他者とのコミュニケーションも増し、冗談や笑顔も見受けられるようになった。

6. まとめ・考察

職場復帰に至ったポイントをまとめると次の三点が挙げられる。

一つ目は、「ピアとの関わり」である。前述した同病者との話し合いの場で症例はすでに職場復帰をされている方々に「どのようなお仕事をされているんですか?」という質問、食事・お手洗いにに関するアドバイスを熱心に聞いていた。この日を境に症例は少しずつ職場復帰に対する意識が強まったように感じる。

二つ目に「会社側との連携」である。CM や元気デザイン倶楽部のスタッフが会社側と話し合う場の機会を設けることができたため、本人や家族を交えて具体的な役割を決めることができ、それをイメージした動作訓練に取り組むことができた。

三つ目は「家族との触れ合い」である。妻に話を伺うと、「以前よりも家族が笑うことが増え、今の方がとても幸せ。」という声や息子からは「話しやすくなった、話が面白い。」といった声をいただくことができた。不安が残る中で症例が、「来月から仕事に行きます。」と明言できたことは「父親」として守るための家族があったからこそのものだと考える。

来所当初の症例は、職員の声かけに「はい・いいえ」などの単語で答えていて、元気がなくなる理由の「獲得

された無力感」のような症状であった。ここで、デイサービスでの社会復帰をしていた、利用者との関わりを持ったことによって、症例の中で、「自分にも社会復帰が可能かもしれない。」という気持ちになったのではないかと考える。この気持ちの変化により、会社側との話し合いの場を設け、症例は社会復帰が夢ではなく、現実のものとなることを確信した。そして新たな目標の下、DSでは積極的な発言や表情だけでなく、整容に対しても意識するようになった。また、家庭では、妻や息子とのコミュニケーションを多くとるようになるなどの変化が見られた。

このような方を一人でも多く増やすことができるよう元気デザイン倶楽部スタッフは“心”を重視したケアを行っていきたいと考えている。

7. 謝辞

今回の学会発表にあたり、ご協力いただいたご利用者様やご家族の方、また学会委員の皆様やスタッフの方々に心から深く感謝します。また、このような機会をいただけたことに感謝します。

8. 参考文献

- ・大田仁史：新・芯から支える， 荘道社

心に寄り添う

創心会地域リハ訪問看護ステーション
部門長 作業療法士 笹川 和彦

1. はじめに

現在、障害を持ち、在宅生活を継続されている利用者K氏（以下症例）と、訪問看護からのリハビリテーション（以下訪問リハビリ）のサービスを通して、在宅ならではの生活主体者としてのメンタルアティテュード形成支援（以下心創り）を経験したので、ここに報告する。

2. 症例紹介

K氏 70代男性。

疾患：悪性リンパ腫による下肢対麻痺、腰椎圧迫骨折、骨粗鬆症

サービス内容：平成X年12月退院後の利用サービス（訪問リハビリ、訪問看護、訪問入浴、通所、福祉用具）

住環境：一軒家に妻と二人暮らしで、キーパーソンの妻が献身的に介護をされている。

3. Ⅰ期～第Ⅴ期

私と症例との出会いから現在に至るまでの経過を第Ⅰ期～第Ⅴ期に分けて述べてみたい。

(1)第Ⅰ期 前任者からの引継ぎ

平成X+3年7月、訪問リハビリの担当セラピスト変更による同行訪問時に初めて症例とお会いする。人当たりがよく、笑顔をよく見せてくださる方である。亭主関白であるが、献身的に介護をしてくれている妻への信頼は厚い。後遺症として対麻痺があり、退院時は乳頭線より下部の筋力に随意性はなく、通所利用時や食事時以外はベッド上での臥床生活が主であった。しかし、積極的な自主訓練の継続や各サービス時の主体的な取り組みにより、少しずつ筋力の随意性が向上してきており、平成X+3年7月の時点で左下肢の筋力は大腿部MMT 3～4、下腿部MMT 2～3、右下肢は大腿部MMT 1～2、下腿部0～1、体幹はMMT 1～2（表1）にまで回復している状態であった。

リハビリテーションメニューとして、下肢・体幹・上肢の機能訓練（マッサージ、ストレッチ、ROM-EX、筋力訓練）とベッド上端座位でのプッシュアップ訓練を実施していた。目標は、廃用予防及びベッドから車椅子へ

の移乗動作の簡易化による介護負担軽減であった。

(2)第Ⅱ期 デマンドの明確化

訪問リハビリ引継ぎ後、同様のリハビリテーションメニューを提供する中で、私から一つ相談をした。「現在のサービスは廃用予防とベッドから車椅子への移乗動作の簡易化による介護負担軽減という目標に向けてのリハビリメニューを継続して行っていますが、良い機会なのでここで再度目標を見直してみませんか。本当に今のこの目標がKさんにとっても、ご家族にとっても一番良い目標ですか。もっと他にもやってみたいことがありますか。」症例は少し悩まれた後、「自分の足で立ちたい」と口を濁しながら答えた。

話を傾聴する中で、症例にとって自分の足で立つという動作にはとても大きな価値観があることが伝わってきた。立って、何かできるようになりたいという、立った先にある目標にまではイメージがまだ湧かない様子ではあったが、「なんとしてもとにかく自分の足で立ちたい」と繰り返し訴えられていた。しかし、現状としては自立して起立するにはまだ課題は多くあり、いつ達成できるかわからない状態であった。

私はいつ達成できるかわからない目標に向かって今後もリハビリ訓練を継続していくのは辛いのではないかと疑問を持った。もっと達成しやすい短期目標を定め、一つずつ達成していきながら、生きがいを見つけ、笑顔で人生を送って行ける方が良いのではないかとこの価値観で症例のことを考えていた。しかし、症例の価値観としては「とにかく自分の足で立ちたい」というものであった。

症例の中でも、「本当に立つことができるだろうか」という疑問や不安はあったのではないだろうかと推察する。創心會本物ケア宣言の中に、「元気がなくなる理由を排除して対策を考えます」とある。大田仁史著の元気がなくなる理由の“可能性がわからない”より「専門家の仕事は、障害者の可能性をどれだけ見いだすかであって、不可能なことに理由をつける仕事ではない¹⁾。対策としては「援助を受けながらでもできることをやってみる²⁾」とある。そこから、私はどのような短期目標を

設定したら良いかではなく、立つことを不可能と決めつけず、“どうしたら立つことができるか”という思考に切り替えて症例の心に寄り添うことにした。

(3)第Ⅲ期 ホープ目標の明確化及び共有化

本物ケアを遂行するために、デマンド（本人・家族の要望・要求）とニーズ（専門性に基づいたアセスメントによる将来的必要性）を明確化し、それらを合わせたホープ目標（今後の目標）を明確化し共有化する。以前の目標は移乗動作の簡易化による介護負担軽減という、ニーズ寄りのホープ目標であった。そこで今回より視点を変え、ニーズを起立訓練により①骨の長軸方向への圧力により、骨密度を高め、骨粗鬆症の進行を少しでも防止できる。②立位保持時の下肢・体幹への支持性による他動的筋出力の筋力訓練により、筋の随意性向上及び座位時バランスの安定化を図る。③立つという動作を通して症例のモチベーション向上を促す、の3点をニーズとして定め、ホープ目標を「自分の足で立つ」とした。妻も症例の想いを叶えたいという気持ちが強く、ホープ目標に賛同してくださり、医師やケアマネジャーとも相談し、実施の運びとなる。

(4)第Ⅳ期 ホープ目標のダイレクトアプローチ及び、関係機関との連携によるトータルケアサポート

実際、起立訓練を実施しようにも、私の考えられる手段として症例を立位まで姿勢変換する方法に悩んでいた。そこで、先輩療法士に相談し、実施方法を検討し、同行訪問してレクチャーを受けながら実施した。座位から立位になる際、膝折れなどによるバランスの崩れが出現しないよう、下肢の固定ができる環境整備を行った（図1、図2）。

初めて立つことができた時、私が症例と関わらせていただいていた中で、“一番良い笑顔”を見ることができた。介助があったとしても、一人で立ったのではないにしても、「自分の足で立てた」という事実が、症例にとって大変大きな意味を成していた。あの時、症例と妻と私の



図1



図2

間では感動が渦巻いていた。また、立てるかどうか、可能性がわからないという元気がなくなる理由が排除された瞬間でもあった。更に立ち方がわからないという、知らないことの不幸をなくし、作られた能力不能に立ち向かえた瞬間でもあった。これが本物ケアだと痛烈に感じた。

この情報を関係機関や冬休みで帰省した娘家族に報告し、各関係者から正のフィードバック（賞賛、容認、感動共有）を受ける中で、更に症例を取り巻く環境での感動が増幅した。また、起立訓練を今後も円滑に実施していくために、自分達のサービスは何をしていけばよいかという相談が他事業所から私に来るようになった。

起立訓練が実施できる様になってからは、症例自身にも変化が見えた。リハビリテーションメニューに具体的な積極的取り組みポイントを自発的に模索したり、自主訓練で何をすればよいかなどの自立した思考で取り組まれるようになったと感じられた。例えば、「立位時に臀部から意識が離れるとすぐに臀部が後方に崩れるから、そこを意識しなくてもできるように頑張ってみようと思う」などの発言が多々聞かれるようになった。

筋力も左下肢の筋力は大腿部 MMT 4～5、下腿部 MMT 3～4、右下肢は大腿部 MMT 2～3、下腿部 0～1、体幹は MMT 1～2（表1）と変化が見られた。体幹の筋力には変化がなかったため、座位保持の安定化まではまだ繋がっていないが、少しずつ筋力が上がっていることをフィードバックすることで、更に症例のモチベーションは向上しているように感じた。

MMT（徒手筋力検査法）					
	左大腿	左下腿	右大腿	右下腿	体幹
7月	3～4	2～3	1～2	0～1	1～2
12月	4～5	3～4	2～3	0～1	1～2

表1

(5)第Ⅴ期 家族を通しての在宅ケア

在宅において、私が大切にしているポイントの一つとして、その人を支える家族の存在がある。例えば、症例の場合、仮にキーパーソンの妻が体調を崩してしまい介護ができなくなれば、症例は在宅での生活を継続できないことが予測される。症例の心豊かな生活を継続させていくためには、家族の存在が必須であると考えます。そこで、家族の身体的負担、精神的負担を軽減させていくこともわれわれ専門家の仕事と捉え、何かできないかと検討した結果、妻にサプライズプレゼントを贈ることを企画した。

退院され、ちょうど3年目を迎える日に、症例から妻へ日頃の感謝の気持ちを手紙に綴り、贈っていただく企画を提案した。提案当初、「そんなことしたことないし、照れくさいからいい。」と一回拒まれたが、「私もしたことないけれど、今回自分の妻にしてみようと思うから、一緒に書きませんか」とお誘いすると、「まあ、やってみてみようか」と了承してくださった。亭主関白な症例が、妻に感謝の手紙を贈るといふ、したこともない照れくさいことを「やってみようか」と決めた事実も大きく心が変化した瞬間だったと感じられた。

サプライズ企画のため、通所利用時に症例自身に手紙を書いていただき、記念日前日の夕方に症例の自宅ポストに投函し、翌日妻に届くよう仕掛けを施した(図3)。手紙を見た妻は照れくさそうだったが、嬉しそうだった。



図3

4. 考察

この半年間、症例と関わらせていただいた中で、精神的变化と身体的変化が観察された。

まず、精神的变化に関して、「立ちたい」という願いにも近い要望が、介助つきとはいえ達成されたことによる達成感、満足感、高揚感がこれからも頑張ろうというモチベーションに繋がった。それにより、自主訓練や各リハビリテーションメニューに目的意識を持ち、自立して積極的に取り組まれる姿勢が強まった。その結果、下肢筋力向上という身体的変化にも結びついたのではないかと考える。また、生活場面において、下肢・体幹の筋力がついてくれば、移乗動作の簡易化にも繋がることと予測され、妻の身体的介護負担の軽減に繋がることが期待される。また、妻に手紙を書いてみようかという精神的变化も、もしかしたら今回がきっかけとなっていたのかもしれないと期待した。

今回の反省としては、起立訓練時の介助方法が、セラピストの腰部への負担が大きいため、担当変更になり引継ぎをしなければならなくなった場合に、引き継がない人も出てくる可能性があることが考えられる。更に、立位訓練時のセラピストの介助位置が、安定性の悪いエ

アーマット上で実施しているため、もしバランスを崩された際の介助位置を考えると、リスクが高い方法になってしまっていることが、今回の反省として挙げられた。

それらを含めた今後の課題としては、①セラピストの新しい介助方法を検討する。②立った後どうするか、何に繋げるかの具体的なイメージの明確化。③移乗以外での生活場面における介護負担箇所の探求及び改善。④新しいホープ目標の確認と共有化の4点が考えられる。専門家として今の自分には何が出来るか、今後も症例の可能性を見いだしていきたい。

5. まとめ

サービスを提供する際、目標を明確化し共有化することは、目標を達成させていく上で大変重要なポイントとなる。本人のモチベーションやリハビリテーション効果も左右されることが予測されるため、必ず常に確認し、すり合わせておく必要がある。そしてそこにダイレクトにアプローチしていくことと、可能性を見だし続けていくことこそが専門家の役割であり、義務であると考えられる。今回は、なんとかして立つことができないかとあきらめられないで考え続けた結果が、上記のことに繋がった。

われわれの仕事は、その方の将来・人生さえを良い方にも悪い方にも変えてしまう力を持っていると感じる。われわれ専門家が、可能性を見出すことをあきらめた時点で、その方の人生は大きく左右してしまう。逆に、不可能そうなことでもわれわれがまず“できる”と思い込み、“できるためにはどのような方法があるか”という思考に切り替えることこそ、利用者や家族が求めている専門家としての専門性なのではないか。そういう職域でわれわれは仕事をさせてもらっているという意識を、私は症例から教わった。

6. 謝辞

学会発表にあたり、ご協力いただいた学会委員の皆様と大切なことを気づかせていただいた症例とその家族の皆様に、心から感謝申し上げます。

7. 引用文献

- 1) 大田仁史：新・芯から支える実践リハビリテーション心理. 122～123 p
- 2) 大田仁史：新・芯から支える実践リハビリテーション心理. 126～127 p

廃用症候群により移動能力が著しく低下した症例へのデイでのアプローチ ～症例から学んだこと～

益野センター リハビリ倶楽部益野
准看護師 同前 明子

1. はじめに

高齢者の多くは循環器系や骨、関節系の慢性疾患をもっている場合が多い。このような高齢者は「閉じこもり」になりやすい人々である。病状が進み新たな疾患を合併すると、「要支援」から「要介護」状態になり、さらに重症化すれば「寝たきり」になっていく可能性がある。このような「閉じこもり」から「寝たきり」へ進行していく過程に、最も大きく関与する要因が廃用性症候群であると考えられている。「廃用」とは心身を適度に活用しないために起こる機能低下状態とされ、その症状は様々な組織や臓器に現れる。¹⁾

安静の状態では、1週間で10～15%の筋力低下をきたす。²⁾ Suettaらは「高齢者の廃用状態にある骨格筋に対して筋力トレーニングを実施することは、形態（筋量）と機能（筋力発揮に関わる機能）両面に効果がある³⁾」と報告している。

本研究では、骨、関節疾患（脊柱管狭窄症）により歩行障害となり、著しく移動能力の低下をきたした症例に対して、運動療法による介入を行い歩行能力の改善をみたので報告する。

2. 症例紹介

80歳代 男性 A氏

現病歴：×年10月脊柱管狭窄症

既往歴：高血圧

便秘症

利用頻度：2/W

家族構成：要支援者で認知症の妻と2人暮らし。隣には長男夫婦と孫2人が暮らしている。キーパーソンは妻である。

妻について：炊事や家事は行っていないが、妻に認識はなく、長男の嫁に頼りたくないという気持ちが強い。毎日長男の嫁が夕食を配達に訪れるが、実生活には深く関わりがない。自宅内の環境は、清掃もされておらず、洗いや洗濯ものも放置されている状態である。

自宅での生活：自宅での十分な栄養、水分摂取ができて

おらず、体重・尿量に減少がみられる。症例も身の回りのことは、妻に依存している。自宅ではベッドに臥床していることが多く、8メートル先のトイレに行くために壁伝いに移動するのが精一杯である。

デイサービス利用の動機：症例が「健康で元気に在宅生活を送りたい。デイサービスを利用して機能訓練を行いたい。」という希望がありデイサービス利用となる。しかし送迎に行くことと寝ていることが多く、利用日の認識もなく支度もできていない状態である。

病前の生活：若い頃は営業をしており、退職後は妻と2人で生活する。発症前は、車を運転し通院や買い物に出かけ、近隣の方との交流も多かった。

3. 初期評価

印象：日中は車椅子で過ごす。車椅子での自走ができていない。トイレまでの移動では、持参した杖で歩こうとするが、体力がなく再び車椅子に座り、スタッフが車椅子を押して移動する。体を動かす度に「疲れた。休みたい」との訴えがあり、苦痛表情をみせる。安静時脈拍は77回/分である。杖歩行後の息切れが著しく、血圧145/85mmHg、脈拍108回/分、車椅子になだれこむ様に座る。また、日時や時間を認知できておらず、スタッフからの指示に対して理解に時間がかかっているが、ゆっくりと説明すると理解ができていく。車椅子のブレーキのかけ忘れがあり、促しが必要である。他者に対しての関心も薄い印象が強く、会話もない。

全体像：症例から「移動したい」という意欲はあるが、移動に時間がかかってしまい疲労感が強い。そのため活動制限があることに、苛立ちを感じ「歩くと疲れるなあ。なかなか前に進まん」との発言あり。

FIM:94点 減点項目として移動動作。車椅子を使用し、移動する際には後ろから押す必要あり。

Barthel Index:55点 減点項目として平地歩行。基準の45.7mは歩けていないが、T字杖での歩行は6m可能。介助の必要はないが、監視はしている。

感覚機能：触覚・深部感覚・温度覚・位置覚ともに正常。

安静時、動作時共に腰痛はない。

筋力評価 (MMT)：大腿四頭筋 2 下腿三頭筋 2

中殿筋 2 大殿筋 1 前脛骨筋 2

HDS-R：12/30 点 減点項目として短期記憶。ヒントを与えると思い出することができる。

ROM：上肢・下肢共に正常。

課題：筋力評価では、顕著な下肢筋力の低下がみられる。また、体動後の脈拍の上昇がみられ、心肺機能の低下もみられる。「できるADL」と「しているADL」には差がみられる。「できるADL」では、杖で6メートル歩行可能であるが、デイサービスでは歩行ができておらず、現在デイサービスでの移動手段は車椅子自走。今後「しているADL」を重視し、自立を支援するために、まずデイサービス内で安定し実行可能な歩行手段を提案していく必要がある。また認知機能の低下もみられ、指示入力不良であり、運動療法を行う際も適切な運動が困難になる可能性もある。そのため、1つ1つの動作に対してスタッフが症例に対しての確認作業が必要である。動けないことへのストレスからやる気を失っているため、できたことへのフィードバックを行い変化を伝えていくことで、意欲を引き出していく関わりが必要である。

4. 目標設定

「歩きたい」という希望が強く、「家の外に出て、周りを散歩して近所の人と会話がしたい」との発言あり。発症後は外出する機会もなくなり、社会的に孤立した状態になっている。症例の希望から、まず家の周囲を散歩するために、約100メートル歩行が可能になるための体力、筋力が必要である。症例と共に「100メートル歩ける様な体力、筋力をつける」を目標設定にした。

5. 経過・アプローチ方法

・筋力トレーニング

下肢筋力の低下が認められるため、筋力向上を目的に下肢筋力増強トレーニングを行う。足関節底屈・背屈、大腿四頭筋・股関節外転・股関節内転運動、ヒップアップを実施した。筋力トレーニングに対しての運動強度の設定を行うために、アンダーソンの基準（土肥変法）を活用し、運動中の脈拍数が運動開始前の30%を超えた場合は休憩するよう設定する。アプローチでは、作用筋を意識するよう声掛けや実際に触り確認しながら実施する。5回ずつ行くと、息切れ・脈拍の上昇（30%以上）がみられた。そのため、脈拍の変化を確認し、運動回数を徐々に増やしていった。

を徐々に増やしていった。

開始2週間後で、息切れなく脈拍の上昇も30%を超えることがなくなり、運動を休止せず行えるようになった。そのため運動回数を10回に設定し、引き続き2週間の筋力トレーニングを継続した。始めは回数の増加によって30%の上昇がみられたため、運動を休止しながら行った。しかし、開始4週間後には、息切れもなく、脈拍の上昇もないため運動を継続して行えるようになった。開始8週間後で、運動を休止せず20回行えるようになった。

・歩行訓練

デイサービス内の移動手段として、杖歩行では歩幅が狭く移動時間がかかってしまい疲労感が強い。しかし、コの字型歩行器では3分間で13m自立した歩行が可能である。そのため、デイサービス内での歩行の自立を目的とし、移動手段はコの字歩行器の使用を提案する。最初は10m先のトイレへの移動時に歩行器を使用し、徐々に歩行距離を延長し、デイサービス内での活動範囲の拡大を図った。

開始3週間後で息切れがなくなり、16m先の浴室までの移動が可能となった。また、浴室前の20センチの段差も手すりを使い昇降できるまでになった。開始8週間後には、トイレや浴室までの移動が可能となり、自発的にコの字型歩行器で移動し肋木運動をするようになった。また、昼食ではコの字型歩行器で移動しながら、おかずの盛り付けが可能になり活動範囲が広がった。

・自宅での生活について

自宅では、トイレに行く以外はベッドで臥床している。「安静により心身機能が衰えていく」ことを説明し、自宅でもできるだけ座位で過ごすよう促す。

具体的なメニューとして、「足関節背屈10回、踵上げ10回、股関節屈曲10回、膝伸展10回」を提案し、絵や実施方法をベットサイドに貼るよう促した。自宅でも運動の継続を図るため、デイサービスにおいて共に運動方法の確認を行い繰り返すことによって、実施方法を記憶することが可能になった。また、自発的にスタッフに確認の依頼をするようになった。

・認知機能低下に対する支援

自宅では、妻との会話も少なく精神的な刺激も減少している。認知機能の低下がみられるため、デイサービス

では集団での体操に参加し、他者との交流や会話の機会を設定した。また、目標に対してのフィードバックを行い、目標に近づいていることを実感するように働きかけた。

サービス時に他者との会話のきっかけ作りを行っていった。交流回数の増加によって、過去の自分についての発信や自発的な挨拶及び笑顔もみられるようになった。また、目標に対しての達成率を、症例が容易にイメージできるよう伝えていった。

6. 最終評価 (1/15)

FIM：97点 移動動作に改善がみられた（1点→5点）。コの字型歩行器を使用し、歩行が監視レベルで自立となった。

Barthl Index：55点 基準の45.7メートルは歩行できていないが、コの字型交互式歩行器を使用すると24m歩行が可能になった。

HDS-R 16 / 30点 年齢・短期記憶では、回答できる項目が増加。

筋力評価 (MMT)：大腿四頭筋 3 中殿筋 2
下腿三頭筋 3 大殿筋 2 前脛骨筋 3

7. 介入結果

- ・症例のデイサービス内では、歩行器を使用することによって移動能力の改善がみられた。活動範囲も拡大し、自身の意思で移動できるようになった。
- ・自宅での運動が1人で実施可能になった。
- ・他者に対する関心を持つようになり、昼食後には他利用者と楽しそうに会話しているA氏の姿を見るようになった。
- ・目標に対して近づいていることを実感されるようになった。

8. 考察

来所当初の症例は、脊柱管狭窄症・廃用症候群による歩行障害があり、自宅から出ることがなくトイレまでの移動以外はベッドで臥床していた。そのため、T字杖での歩行は6m可能であるが、フロア内での移動は困難であった。体動時には強い息切れがみられ、車椅子には傾れ込むように座る。失見当もあり、指示に対しての理解に時間がかかり、ゆっくりとした説明が必要であった。高橋は、「高齢者の多くは骨、関節疾患の慢性疾患をもっていることが多く病状の悪化により、「閉じこもり」に

なりやすい。「閉じこもり」から「寝たきり」へ進行していく過程に、最も大きく関与するのは廃用性症候群である。「廃用」とは、心身を適度に活用しないために起きる機能低下状態とされる」と述べている。¹⁾ 症例は脊柱管狭窄症により歩行障害になり、活動能力が低下し、自宅に閉じこもるようになった。そのため廃用となり、様々な機能低下を引き起こしていると考えられる。

症例の全体像を把握するために、FIM、Barthel Indexを使用し評価を行った。FIMとBarthel Indexには差があり、T字杖では近位監視で自立歩行6m可能である。しかし、実際の移動は車椅子を使用し、スタッフが後ろから押していた。A氏は発症以来8週間も安静状態が継続しており、前述したように安静の状態では、1週間で10%から15%の筋力低下をきたす²⁾ことから、筋力低下を引き起こしている可能性があると考え、下肢筋力の評価を行った。筋力評価では、著しい下肢筋力の低下がみられた。認知機能はHDS-Rを使用し評価を行った。その中でも短期記憶の得点が低く、ヒントを与えようと思いつくことができている。これらの評価結果と、「とにかく歩きたい。歩ける様になったら家の周囲を散歩し、近所の人との交流がしたい。」とのデマンドから、屋外にできるための歩行能力の獲得が必要であると考えた。自宅の周囲が約100mあるため、症例と共に「100m歩けるように筋力や体力をつける。」を目標として設定した。また、評価結果から下肢筋力の向上、心肺機能の向上、自立を支援するために安定して行える実行可能な歩行手段の提案、認知機能低下に対する支援が必要と考えた。

下肢筋力トレーニングとして、足関節背屈、底屈、膝関節伸展、股関節外転、股関節内転運動、ヒップアップを実施した。運動回数の設定にはアンダーソンの基準を使用し、運動中に脈拍測定を実施しながら、脈拍が安静時の30%以上になると運動を休止しながら実施した。また、デイサービス内での歩行の自立を支援するために安定した移動手段の提案が必要であると考え、コの字型歩行器を提案する。コの字型歩行器では、安定性もあり3分間で13mの歩行が可能であり、介助の必要がなかった。デイサービスでの活動範囲の拡大には有効であると考え、コの字型歩行器での歩行訓練を実施した。最初は、症例がコの字歩行器で歩行可能な距離を踏まえ、トイレの際に歩行訓練を行った。疲労感が強い時は、車椅子での移動に切り替えた。また、現在の身体状況の説明を行い、自宅での生活についての改善点や自宅で実施可能な運動メニューの提案を行った。そして、症例が運動方法

を理解しやすいメニュー表を作成した。認知機能の低下に対しての支援として、デイサービスでは集団での体操に参加し、他者との交流や会話の機会を設定した。また、目標に対しての達成率を症例が容易にイメージできるよう伝えていった。このような訓練プログラムを行った結果、約8週間筋力トレーニングを継続することで下肢筋力の向上がみられ、症例はデイサービス内では、コの字型歩行器で自立した歩行が可能になり、3分間で24m歩行が可能となる。また、行きたい場所へ移動できるようになり、表情も以前より明るくなった。さらに、自主的に肋木で運動する姿を見るようになり、昼食バイキングでは、おかずの盛り付けが可能になった。また、他者との交流のきっかけをスタッフが設定することによって他者への関心が向上し、昼食後には他の利用者と楽しそうに会話している姿を見るようになった。症例に対して、日々の変化やできたことについてのフィードバックを行うことによって目標に近づいていることを実感するようになった。

しかし、2月に入り腰痛が出現しベッドからの起き上がりが困難となり、利用を2週間休止する。そのため、再び筋力や体力低下がみられ、トイレへの移動が困難になった。排泄は、紙パンツ内にするようになり、便失禁も頻繁にみられるようになった。利用再開後には、コの字型歩行器での歩行が困難であり息切れが強いため、再び車椅子による移動になった。入浴の際は、更衣の手順を忘れており、上着の上に下着を着るなどがみられた。スタッフが更衣の手順を修正するよう繰り返し説明するが、理解ができず認知機能の低下がみられた。

サービスを休止することによって、症例の心身機能が介入当初の状態より悪化してしまった。大川らは「廃用性症候群とはいったん生じると回復が困難である。悪循環の多くの場合、“活動”の実行状況の低下（生活の不活発）による心身機能の「廃用」からはじまる。」⁴⁾と述べている。症例は、一時的に心身機能の回復がみられたが、安静により、再び不活発になり、「悪循環」を引き起こしてしまった。

症例は、認知症の妻と同居しているため、自宅での様子に対する情報収集が困難な状態であり、実生活への具体的なアプローチができておらず、今回はデイサービス内のみの支援となってしまった。「悪循環」の原因を断ち切るためには、通所サービスのみでの介入では限界がある。そこで現在は、利用前に荷物の準備、服薬確認のためヘルパーを導入している。今後症例が、住み慣れた在

宅での生活を継続していくためには、通所サービスだけでなく、訪問リハビリの導入が必要と考え提案をしている。現在は検討中であるが、訪問リハビリを導入することにより、実生活での潜在的な問題への支援を行うことができると思う。

社会全体で核家族化が進む中、老老介護が増加し、そのうえ介護度が悪化すると認知症の配偶者が介護しているというケースも増加していくと考える。今後のアプローチでは、廃用の原因、メカニズムを把握し、その要因をブロックし、「良循環」に導くことが支援の第1歩だと感じた。またそのためには地域、居宅サービス事業者、ケアマネジャー、家族と連携し、包括的に支援していく必要があると考える。

9. 謝辞

今回本物ケア学会、本症例の取り組みについて対象とさせていただいた利用者、協力していただいたスタッフの皆さまに感謝します。

10. 参考・引用文献

- 1) 高橋 龍太郎：寝たきり. 新老年学第2版(折茂 肇編). 東大出版会. 東京 1999, P537-545
- 2) 標準作業療法学 専門分野 作業療法評価学 医学書院 2005, P590-591
- 3) 猪飼 哲夫：加齢と筋力. 臨床リハ6：P348-354 1997 / PT理学療法ジャーナル第41巻第1号 2007 P21
- 4) 大川 弥生：リハビリテーション・ルネッサンス 第3回 廃用性症候群の悪循環 医学書院/週間医学界新聞 第2560号 2003年11月17日 連載

BGMの有無による計算課題への影響

～高揚的音楽を使用した場合～

創心会訪問看護ステーション
作業療法士 中谷 まなみ

1. はじめに

現在、病院の待合や銀行や郵便局では、当たり前のようにBGM（バック・グラウンド・ミュージック）が使用されている。これはBGMを聴くことで緊張や不安を緩和するというリラックス効果や、BGMから連想されるイメージによる、公共施設へのイメージ誘導効果を利用しているものと考えられる¹⁾。また近年では、手術中に患者が好きなBGMを聴くことによって緊張や痛みが緩和したケースについての報告も聞かれている。このように、BGMは身体に作用する生理的働き、情動に作用する心理的働き、合奏等による協調性および自己表現としての社会的働きがあるとされている。

当社のデイサービス（以下DS）においても多種多様なBGMが使用されている。しかし、現在の使用方法として、スタッフの好みでBGMが流れていることが多いように感じた。このことから、BGMが利用者にも与える影響について知ること、よりBGMを有効活用できるのではないかと考えた。

そこで今回、現在BGMを使用していない脳活性トレーニングの一環である計算課題遂行時に、あえてBGMを使用することにより、BGMが利用者にも与える影響について知ることができるのではないかと考えた。先行研究を元に、選曲したBGMを1週間DSで使用し、BGMを使用しない場合と使用した場合の遂行時間および正答率の結果を前後比較した。また、過去10回分の計算課題の結果を調査し、今回の結果と比較し、その結果について検討したので報告する。

2. 対象

DS利用中の利用者で、脳卒中後遺症の診断がある者とした。その中でも期間中計算課題に参加しており、日付・遂行時間の記載が正確である者とした。また、期間内に複数回DSを利用された場合も対象に含むものとした。

対象：6名、内有効回答数8例。

内訳：女性3名、男性3名。

右片麻痺4名、左片麻痺1名、両側1名（重症度

左<右）。

3. 方法

期間はBGMを使用しない1週間とBGMを使用する1週間の計2週間とした。

計算課題は100マス計算の縦横1桁の加算課題を使用し、日付・遂行時間は各自で記載していただく。

時間設定はDSでの実施時間である5分間を制限時間とし、100マス埋めた時点での所要時間を遂行時間として記録していただいた。また、加算課題の内容について、学習効果の影響を少なくするため、BGMを使用する前後では課題内容が異なる物を使用した。

使用楽曲は、結果を先行研究と比較するため、先行研究において高揚的音楽として使用されたヘンデルのオラトリオ『ソロモン』より「シバの女王の入城」を使用した。演奏時間は2分50秒であり、環境をより先行研究に近付けるため、課題遂行中は使用楽曲を繰り返し提示した。

また、期間前から逆算した過去10回分の計算課題の遂行時間を調査した。

4. 結果

BGMを使用しない場合の平均遂行時間は199.75 ± 54.21秒であり、正答率は全て100%であった。

逆に、BGMを使用した場合の平均遂行時間は217.25 ± 37.37秒であり、BGMを使用しなかった場合と比較すると、約18秒遂行時間が延長されている。正答率は変わらず、全てBGMを使用しない場合と同様に100%であった（表1、表2参照）。

対象の過去10回の計算課題遂行時間の平均を調査した結果、6名ともに60秒以上の偏差があることが分かった（表3参照）。また、正答率に関しては、BGMを使用した場合と使用しない場合で変化が見られなかったため、調査対象から割愛した。

対象	遂行時間 (秒)	正答率
I	210	100
I -2	180	100
II	285	100
III	243	100
IV	200	100
IV -2	170	100
V	210	100
VI	100	100

表1 BGM を使用しない場合

対象	遂行時間 (秒)	正答率
I	220	100
I -2	240	100
II	272	100
III	212	100
IV	220	100
IV -2	185	100
V	240	100
VI	149	100

表2 BGM を使用した場合

対象	平均課題遂行時間 (秒)
I	190 ± 28.49
II	289 ± 18.53
III	219 ± 43.60
IV	226 ± 22.21
V	252 ± 31.77
VI	156 ± 28.92

表3 過去 10 回の計算課題遂行時間平均値

5. 考察

先行研究において、菅らは計算課題の遂行に、リラックス効果を持つ抑鬱的音楽と、活性効果を持つ高揚的音楽が作業量（回答数および正答数）と作業の印象に与える影響についてみている²⁾。その中で菅らは、短時間（7分30秒）の計算課題では、高揚気分を誘導する高揚的音楽は、抑鬱気分を誘導する抑鬱的音楽と比べて、作業が「いらいら」して「不快」だと感じていたという結果を出している。

今回の調査時には対象者が当初多数存在したことから、作業への印象に関するアンケートは、課題遂行の前後に実施しなければならず、複数日 DS を利用される利用者にとって、繰り返し回答することが精神的負担となるのではないかと考えたことから実施していなかった。このこ

とを含めて今回調査した結果と比較すると、菅らが短時間と設定した時間よりもさらに短い時間である今回の課題では、より作業が「いらいら」して「不快」であった可能性があると言える。計算課題は今までも DS で実施されてきた活動であるため、課題を遂行するという活動そのものに対する利用者の精神的負担はかなり少ないと考えられる。このことから、高揚的音楽を BGM として使用することが計算課題遂行を妨害していると考えられる。

しかし、BGM を使用した場合と使用しない場合の各々の遂行時間を比較すると、約 30 秒速くなった例もあれば、60 秒遅くなった例も見られる。これに関して、各々の過去 10 回の計算課題遂行時間の平均結果を調査した所、全員 60 秒以上の偏差が見られていた。この過去の結果と今回の結果を比較すると、今回使用した BGM は計算課題の遂行時間を妨害しているとは一概には言えないことになる。また、先行研究において菅らは計算課題遂行に BGM が及ぼす影響として、音楽の種類や課題の遂行時間を問わず BGM は計算課題の作業量（回答数および正答数）に有意な影響を与えていないことを示している²⁾。

逆に、相馬らが行った調査において、計算課題遂行時に高揚的音楽としてロックや Hip hop 等からランダムに選曲して使用した場合、BGM を使用しない場合と比較して作業遂行時間が有意に延長したとしている³⁾。また、抑鬱的音楽（相馬らはリラックス音楽と表記している）としてクラシック、ニューエイジミュージック等からランダムに選曲して使用した場合は、BGM を使用しない場合と比較すると作業遂行時間および正答率に改善効果が認められ、音楽環境条件が異なると作業量に及ぼす影響が異なることを示唆している³⁾。

相馬らの考えを参考するならば、今回の結果についても改善効果があると考えられるが、結果は菅らの考えと同調したものとなっている。二つの異なる見解を合わせて考えるならば、今回使用した高揚的音楽は分類上クラシックに該当するが、クラシックの中でもさらに高揚的、抑鬱的音楽に分類した結果、高揚的音楽として使用している。また、先行研究において抑鬱的音楽を使用した場合には「落ち着いてできた」、「心地よい」と感じていたことが述べられていることから、今回使用した BGM は相馬らの分類で考えると高揚的音楽に類似していたのではないかと考える。

以上のことから、リラックス音楽とされるクラシック

であっても、高揚気分を誘導するクラシック音楽を使用した場合には、作業遂行時間および正答率の改善効果は見られないことが示唆された。同時に、BGMの有無により作業遂行時間および正答率に偏差が見られなかったことから、BGMは計算課題遂行を促進はしないが、妨害もしていないことが示唆されたと言える。

最後に、今回の調査の問題点と今後の課題について述べる。まず第1に調査期間についてである。今回、先行研究の情報やDS利用中の利用者の情報を得る際に時間を要してしまい、調査期間が1週間という短期間であったことが挙げられる。より長期間調査を行うことで多くの有効回答数が得られ、時間を経ることによる変化も見られたのではないかと考える。第2に対象についてである。今回対象となる利用者に日付や所要時間の記載を口頭で伝えたのみであり、実際に記載されているか確認ができていなかったために有効回答数が減少していると考えられる。このことから、利用者に協力していただく点をより明確に強調していく必要がある。また、疾患、性別、年齢など、各要因についてより詳しく調査・比較していくことも必要と考える。第3に調査方法についてである。今回の結果からはBGMが作業を促進も妨害もしないことが示唆されたが、作業への印象についてのアンケートを実施していない。今後はアンケート内容、採取方法について考え、アンケート結果との比較をみていきたい。また、今回使用した課題内容についても、難易度を上げることによる変化も考えられるため、今後考慮していきたい。第4に、BGMの選択についてである。今回は短期間での調査であったこともあり、使用したBGMが1種類となっている。音楽は多種多様であるため、より多くBGMとして提示し、それぞれの結果を比較することで種類の違いによる変化も見られたと考えられる。また、その際にはBGMが既知のものであるか、BGMに対する印象はどうか等の事前調査も必要と考える。第5にBGMの提示についてである。オーディオを使用してBGMを提示しているが、音量、聴こえる範囲について今回考慮できていない。BGM選択時同様に、音楽が聴覚刺激として作用しているか事前に調査する必要があると考える。

6. 謝辞

今回の調査に際し、忙しい中にもかかわらずBGMの提示やご利用者の情報収集、論文作成にご協力いただいたスタッフの皆様へ心より感謝を申し上げます。

7. 引用文献

- 1) 谷口葉月：BGMの効果及び問題点の研究—知的作業時を中心に—。鈴木ゼミ研究紀要。No.8, pp61-119, 1998.
- 2) 菅千索・岩本陽介：計算課題の遂行に及ぼすBGMの影響について—認知的側面と情意的側面からの検討—。和歌山大学教育学部教育実践総合センター紀要。No.13, pp27-36, 2003.
- 3) 相馬洋平・松永哲雄・他：音楽環境の違いによる作業効率に関する人間工学的基礎研究。電子情報通信学会技術研究報告。Vol.105, No.304, pp43-46, 2005.

認知症に対するデイでのアプローチ

～食事場面の1症例より～

中洲センター リハビリ倶楽部中洲
介護福祉士 松村 菜未・隅田 春香

1. はじめに

認知症高齢者における食事摂取の特徴として、食事行為そのものを認識できない場合や食欲不振・拒否などにより食事摂取量が低下する傾向がある。反対に食べたことを忘れ、食事摂取量が増加することもみられる。一般的に、認知症が重度になるほど、食事行為の自立が困難になってくる。

今回、食事摂取は主食のみで、副食はほぼ残す症例に対しアプローチを行った。より良い認知症ケアを行なっていくためにも、スタッフの対応を検討し、食事環境を変えたことで改善がみられたので報告する。

2. 症例紹介

性別：男性 年齢：80代

現病歴：糖尿病、脳血管性認知症、心房細動

既往歴：心原性脳梗塞

家族関係等の状況：妻、長女、孫2人の5人暮らし

妻が症例の生活全般を介護し、疾患が悪化しないように食事面・服薬管理を確実にこなしている。

保険情報：要介護1

利用サービス：週4回、洗髪（家では拒否あり）

趣味：パチンコ、将棋

生活歴：30代で結婚し、仕事は定年後も継続して勤務した。70代で2回心原性脳梗塞を起こし倒れる。失語、右顔面麻痺にて治療するが、身体面での目立った後遺症はみられなかった。退院後は、自家用車の運転や自転車で買い物に出かけたり、植木の剪定やゴミ出しなどを行っていた。しかし、徐々に意欲が低下し外出の機会が減少した。

3. 目的

拒食症状がある症例について、家族やケアマネジャーとの関わりも含めて振り返り、現状と今後の課題について検討した。その結果、認知症高齢者への関わり方の視点を広げることと、主食だけでなく副食も摂取できるようにすることを目的とした。

4. 経過

〈X年7月〉

MMSE 検査（病院にて）を行った結果、30点中8点であった。

デイサービス利用後の認知レベルを測るために、再度MMSE 検査を行う。結果30点中4点であり（別表1）、認知症が進行してきている状況であった。

〈X年8月〉

利用当初は、精神的にも不安定で妻がデイサービスの食事時間まで見守っていた。食事は全量摂取。

3回目の利用より、1人で過し食事も全量摂取し、不安定になることもなかった。その後も問題なく全量摂取していた。

〈X+2年6月〉

主食10割に対して、副食をほとんど摂取できない日があった。しかし、摂取できる日が多かったため、気に掛ける程度であった。

〈X+3年2月〉

主食10割、副食2割程度の日が続いた。そのため、スタッフが食事を勧める声掛けを行った。また、「いらぬ」と言ってもしばらくは食事を置いておき、摂取できるよう試みることで摂取できる日もあった。

しかし、「もう食べた。」と強く拒否をすることもあった。

〈X+3年5月〉

認知症の理解を深めるために、リハビリスタッフに協力してもらい、勉強会に参加する。

申し送り等で、症例の精神面への対応についても話し合った。

〈X+3年6月〉

副食が摂取できない日が何日も続いたため、ケアマネジャーに現状報告したところ、自宅では主食と副食を混ぜて摂取しているとのこと。丼物にすることによって、摂取しやすくなることを聞き実践する。

副食を主食に美味しそうにのせて丼物（図1→図2）

にすることで全量摂取が可能になった。



(図1)



(図2)

5. 結果

デイサービス利用時の食事を残すことが多くあったが、配膳を丼物にすることで全量摂取が可能になった。

食事状況

1週間の平均	アプローチ前	アプローチ後
主食	10	10
副食	0	6.6

6. 考察

症例は、主食を10割摂取できるが副食はほぼ0割に近かった。日によっては少量摂取できる日もあったため、食べ物であるという認識はあると考える。また、食事行為の順序が分からなかったため、副食を摂取するという行為に移せなかったと考える。

そのため、丼物などのワンプレート方式や一品ずつ料理を出すコース料理方式など、配膳方法¹⁾を工夫することが有効ではないかと考えた。その結果、注意が分散することなく全量摂取できたと考える。

もう一方の要因として、精神面の問題があったと考える。それは、症例に声を掛けると怒鳴られることが多くあるため、スタッフは恐怖心をもって関わっていた。そのため、症例もスタッフの恐怖心を感じとり、より精神的に不安定になったのではないかと考える。その際、バイタルチェックを実施したところ、収縮期・拡張期血圧、心拍数の値が有意に上昇していた。これは精神的ストレスの負荷により、他の自律神経反応と共に有意に増加することが明らかになっている。²⁾精神心理的刺激による血圧の変動として、緊張、イライラ、不安、怒り、幸福感など、精神的刺激にも血圧に影響を与える。³⁾そのため、食事の際は精神的ストレスの緩和を図ることが必要と考える。スタッフが持つ恐怖心をなくすために、症例のパーソナル面をデイサービスのスタッフ内で共有し理解した上で関わるようにした。

同じ介護を行なう際にも、「進んでやる」と「嫌々

行なう」のでは、その結果が大きく異なることは結果からも分かる。「嫌々」を「進んで」に変える方法として、スタッフに症例のパーソナル面を共有し、評価や計画を行なうことが有効である。そして、興味ややりがいをみつけることができ、より症例のことを理解できたと考える。また、業務的に行なっていた評価立案も、前向きに取組めると考える。

今後の課題として、食事面だけでなく症例にとって社会との関わりは必要である。現在は、デイサービスを利用することが様々な刺激になっている。今後も継続して外出するためにも、症例との関わり方を考察する必要がある。また、今回は注意の分散に対するアプローチで終わっているが、今後は嗅覚や視覚、触覚などの五感を使ったアプローチも精神の安定やあらゆる場面の認識に活用して、症例の能力を最大限に発揮できるようアプローチを行っていきたい。


7. 謝辞

今回、症例検討のためにご協力いただいた利用者、その他スタッフの方々に深くお礼申し上げます。また、このような機会をつくっていただき、ありがとうございました。

8. 参考文献

- 1) 山田律子 “認知症の人の美味しく楽しい食事を支えるために” 食べ方が乱れる人の食事ケア
- 2) 精神ストレス負荷時の自律神経反応と手掌からの皮膚喪失水分量との相関性
- 3) 上園慶子, 川崎晃一 血圧日内変動に及ぼす

別表1

スコア	質問内容
	回答
1. (5点)	今日は何年ですか？ 今日は何月何日ですか？ 今日は何曜日ですか？ 今の季節は何ですか？
	0点) どの質問もわからないと言われる。
2. (5点)	ここは何県ですか？ ここは何市ですか？ ここはどこですか？ ここは何階ですか？ ここは何地方ですか？
	1点) 県名のみ答えられた。
3. (3点)	(桜、猫、電車) 名前を一秒ずつ検者が言う。繰り返してもらおう。正答1個につき1点、 3つ全て言うまで繰り返す。(6回まで)
	0点) 6回繰り返してもわからなかった。
4. (5点)	100から順に7を引き、(5回まで)あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。
	0点) 100-7は103と言われ、「フジノヤマ」も答えられなかった。
5. (3点)	(桜、猫、電車)を再度復唱させる。
	0点) 知らんと言われる。
6. (2点)	(時計を見せながら)これは何ですか？ (鉛筆を見せながら)これは何ですか？
	2点) 2つともはっきりと時計と鉛筆と答えられた。
7. (1点)	「みんなで力をあわせて綱を引きます。」を復唱させる。
	1点) 1回で間違えることなく言えた。
8. (3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」「それを半分に折りたたんでください」 「机の上に置いてください」
	0点) 知らんと言われる。
9. (1点)	(次の文章を読んでその指示に従ってください。)「目を閉じなさい」
	0点) 知らんと言われる。
10. (1点)	(何か文章を書いてください。)
	0点) 知らんと言われる。
11. (1点)	
	(次の図形を書いてください。)
	0点) 知らんと言われる。
	合計4点

利用者と家族の真のニーズを引き出す

～真のニーズを提供できるグループホームについて考える～

吉備地域リハビリケアセンター グループホーム心から撫川
ヘルパー2級 渡邊 豊

1. はじめに

グループホームは認知症の診断を受けた利用者が入居し、スタッフ等の援助を受けながら共同生活を通して、地域社会に溶け込んで生活する場所とされる。認知症の方は認知機能を喪失しているが、感情面を残存していることから、生活していく上でのストレスや不安が高く、まして環境が在宅から共同生活へと大きく変化することでの気持ちの変化は大きい。

今回の症例は入所間もない利用者に対して、グループホームでの生活に対するメンタルアテテュード形成支援を行い、利用者や家族の真のニーズを引き出し、その人らしい生活を送っていただくための取り組みについて報告する。

また、今回の症例対象者は入所当初、症状が軽減していると考えられていたうつ病が再発し、ADL機能が大幅に低下したことで、症例のうつ病に対しての、今後のグループホームとしての介入方法についての報告も行う。

2. 症例紹介

症例：A様 年齢：80代 性別：女性

家族構成：独居（息子夫婦が向かいの家で生活）

主たる介護者：息子夫婦

保険情報：要介護1

疾患：アルツハイマー型認知症、パーキンソン病、糖尿病、メニエル病、うつ病、胃潰瘍

初期評価：便秘、不眠症、幻覚、幻聴、見当識障害など入所当初の思い

本人：長男夫婦は二人とも忙しいので、負担をかけたくない

家族：認知症の悪化で面倒が見ることができなくなりグループホームへ入所して穏やかに過ごして欲しい

3. 目的

グループホームでの生活を始めることとなった症例に対して、大きく生活環境が変化したことで生じる戸惑いや孤独感を取り除き、グループホームでの生活を始めていく心の準備を支援し、グループホームでの生活を通して症例の真のニーズを引き出し、適切な目標を決定した後にはアプローチを行い、QOL向上を実現する。

また、グループホームでの生活が利用者に対して、ど

うあるべきかをさらに追求していくことを目標とする。

4. 方法

スタッフと症例との信頼関係を築くため、症例をしっかり受容し、なるべく多くの時間を共有することで不安や戸惑いを取り除く。

初期段階では、言葉として出てくるデマンド（この段階ではしたいこと）を収集し、楽しいと思われる行動や日常やりたいこと（できること）を聞き出し、生活プログラムへ取り入れる。

次に、これらの行為をスタッフや他の利用者と共有することで、さらなる信頼関係を築くとともに、楽しい時間を過ごされている中から見えてくる症例の思いなどを感じとり、症例の真のニーズを導き出す。

その後、情報を共有化し、目標設定、アプローチ実施、再評価、次の行動といったサイクルを構築し、グループホームでの生活が、症例らしいものとなるよう両ユニットで取り組む。

5. 実施事項・結果

症例と関わる時間を多く作り、その中から得た情報や言葉としてのニーズをスタッフ全員で共有できるようにノートへ書き込み、収集した情報を基に症例の生活プログラムの作成を行う。

家事などの行為を好まれていることから、洗濯物の片付け、お盆拭きや買い物への同行などできることに対して積極的に参加していただく。（X年9月3日～9月17日）

結果、居室内での一人の時間が少なくなり、スタッフや他の利用者に対して症例自ら積極的にコミュニケーションをとられるようになる。

入所当初から見られる幻覚や幻聴、作話、見当識障害などの行動を否定することなくすべて受容し、同時に主治医へ相談し、医療的解決策をすすめる。（X年9月17日）

結果、処方されていたパキシル錠、デパス錠、ソメリン錠、ロナセン錠、メチコパール錠、サアミオン錠の服用が中止となり、入所当初から目立っていた幻聴などの行動が改善される。

幻覚や幻聴などがなくなると激しい帰宅願望が現れ、

すべての荷物を入り口まで運び出し、日中座り込んで過
でされることが続く。また、スタッフに対して電話や迎
えが来ているので確認するよう指示されるようになり激
しい焦燥感が現れる。

対策として、これらの行動を刺激することなく症例が
言われる通り対応する。迎えが来ていると言われる場合
は、入り口までスタッフ同行で行き、ご本人様に確認し
ていただくことを根気強く続けて行う。

結果、焦燥感や激しい帰宅願望はなくなるものの、居
室内で過ごされることが多くなる。

居室内での時間が増えていることの対策として、全ス
タッフから意見を収集し、話し合う。それを基に、家事
などの日常生活行為を役割とし、役割意識を持っていた
くことと、全スタッフが出勤時に声かけを行う。さら
に共通の話題をもたれるリハユニットの利用者との時間
を楽しんでいただくため、ユニットの行き来を行い、居
室内にて一人で過ごされる場合の孤独感などの対策とす
る。(X年9月20日-10月31日)

結果、居室で過ごされることは少なくなるものの、帰
宅願望は持ち続けている。

日々行っていたい日常生活行為について、す
べての行為が自立、またアルツハイマー型認知症に見ら
れる記憶障害が見られない点(例として、配膳の際に各
利用者の茶碗、箸、湯のみを説明するとすぐに間違える
ことなく記憶できることやスタッフの名前をすぐに覚え
られるなど)、またADLについても問題が見られない。

ADL及び認知症評価のため、FIM(機能的自立評価表)
と改定長谷川式簡易知能スケール(HDS-R)による評価
を実施し、再度目標設定を行う。(X年11月2日)

表1 ADL評価結果 (X年11月2日)

評価ツール	大項目	中項目	得点
FIM(機能的自立評価表)	運動項目	セルフケア	40点(42満点)
		排泄	10点(14満点)
		移乗	18点(21満点)
		移動	10点(14満点)
	認知項目	コミュニケーション	14点(14満点)
		社会認識	20点(21満点)
合計(126点満点)			112点

表2 認知症評価結果 (X年11月2日)

評価ツール	得点(30点満点)
改定長谷川式簡易知能スケール(HDS-R)	28点

ADL評価結果(表1)より、110点以上となり介護時
間は0分となる。また、認知症評価結果(表2)より認

知症の症状の悪化が見られない結果となる。以上の結果
を含め、日々の生活を通して、グループホームでの生活
より在宅復帰を症例は希望しているため、ホープ目標を
在宅復帰へ変更しアプローチを行う。

取り組み内容としては、在宅での生活で必要とされる
行為を書き出し、症例に行っていたいただきスタッフによる
客観的評価を行う。行為としては「歩行」、「トイレ」、「調
理」、「整容」、「洗濯」、「買い物」、「入浴」、「清掃」、「そ
の他」、「コミュニケーション」の10の分類から29の
行為(屋内歩行、屋外歩行、階段昇降など)について行う。
(X年11月18日-11月25日)

以上の評価の結果、在宅での生活で必要とされる行為
すべてにおいて、問題がなく自立されている。(上記の
日常行為を続けてもらう)

入居後、面会を控えていた家族に対して、症状が改善
された症例を見てもらい、家族にも症例のホープ目標で
ある在宅復帰に向けての協力をお願いするとともに、新
たな家族のデマンドも引き出す。

その結果、面会が実現し、症例は「夢のよう」と涙さ
れ喜ばれる。しかし、面会を重ねることで家族も症例の
症状が改善していることを理解して下さるが、以前服
薬管理(特に便秘薬)ができなかったことに対する不安
と介護が可能な人がいないなどの理由から、在宅復帰
(同居及び独居も含め)は認知症の症状の改善に関わら
ず現状実現が難しい目標であることがわかる。

6. 評価

取り組みを通して、症例の認知症の症状が改善しても
独居生活への家族の不安や介護力不足などの理由によ
り、在宅復帰は現状実現が困難な目標であることがわ
かった。症例の「家族に負担をかけたくない」という思
いと、現状在宅復帰が困難であることを考え、まずは実
現が可能とされる目標への変更が必要となる。

その後、認知症の症状は軽減されたが、在宅復帰でき
ずグループホームでの生活を続けていることや、他の利
用者と比較され、症状悪化への不安などから、意欲低下
や食欲不振、夜間眠れないといった症状が出始める。

感情の変化から頭痛や体調不良の訴え、焦燥感などか
ら発汗、顔や手を震わせるなどの症状も見られ、意欲低
下などのうつ病と思われる症状が多く見られるようにな
る。(X年1月1日頃から)

うつ症状が顕著化し、身体機能に問題は見られないも
のの、心理的な依存から生じる介助要求が増える。具体
的には、歩行時の手引き歩行や食事形態の変更などであ
る。

うつ症状が顕著化してのADL及び認知症評価を行い、新たな目標設定を行う。

表3 ADL評価結果 (X+1年3月8日)

評価ツール	大項目	中項目	得点
FIM(機能的自立評価表)	運動項目	セルフケア	38点(42満点)
		排泄	12点(14満点)
		移乗	17点(21満点)
		移動	5点(14満点)
	認知項目	コミュニケーション	14点(14満点)
		社会認識	20点(21満点)
合計(126点満点)			106点

表4 認知症評価結果 (X+1年3月3日)

評価ツール	得点(30点満点)
改定 長谷川式簡易知能スケール (HDS-R)	28点

評価結果(表3)(表4)からもわかるように認知症評価結果についてはうつ症状が顕著化しても、以前と変化がなく、認知症の症状の悪化はない。ADL評価については、歩行時の手引き歩行(手を触れる程度)が原因で介護負担度が高くなる。ご自身で行える行為も不安感などの精神的な依存が原因となり介助を要求されるため、これらのADL低下の阻害因子とされる不安感を見つけ出し、一つずつ不安感を取り除きADLを向上させることが必要となる。

認知症評価結果や主治医に相談の結果、うつ病と診断されたことから、今後のA様への介入としては認知症へのアプローチと平行して、うつ病へのアプローチが求められる。よって、うつ病を専門とする精神科への受診などの医療的処置を進めることも必要である。

表5 薬の効果と副作用²⁾

薬品名	効能・効果	副作用
デパス錠1mg	神経症における不安・緊張・抑うつ・神経衰弱症状・睡眠障害。うつ病における不安・緊張・睡眠障害。心身障害(高血圧症・十二指腸潰瘍)における身体症候並びに不安・緊張・抑うつ・睡眠障害。統合失調症における睡眠障害。	精神神経系副作用として不眠、酩酊感、興奮、焦燥、振戦などが見られる。
パキシル錠10mg(パロキセチン)	うつ病・うつ状態、パニック障害、強迫性障害、社会不安障害	重大な副作用 セロトニン症候群：不安、焦燥、興奮、錯乱、幻覚、反射亢進、ミオクロヌス、発汗戦慄、振戦等が見られるおそれがある。
ロナセン錠4mg	統合失調症	精神神経系副作用として不眠、不安・焦燥感・刺激性、眠気、めまい・ふらつき、頭重・頭痛、興奮、幻覚・幻聴、妄想、被害妄想、睡眠障害、行動異常、多弁など、また頻度不明でしびれ感、自殺企図が見られる。

うつ病治療に対して、効果的とされる行動療法がある。行動療法とは、気分を楽にさせる楽しい活動や対人関係を増やすことである。楽しい時間を増やし、他の人とうまく交際する能力が高まることを経験し、うつ病と関連のない行動に対する社会的な強化が増加し、うつ病自体の改善¹⁾が期待される。グループホームとしてはこういった薬物療法とは違った方法により、A様のうつ病に対しての介入が必要とされる。

7. 考察

(1)薬変更に伴う症状の改善

初期段階での薬の変更に伴い症状が軽減したことから、以前服用されていた薬により認知面の障害が助長されていたと考えられる。主な薬の効果と副作用を表5に示す。

神経と神経との連結部分には、シナプス間隔と呼ばれる隙間があり、神経伝達物質であるドーパミン、セロトニン、ノルアドレナリンなどが信号を伝えている。抑うつ状態のときには、セロトニンとノルアドレナリンが関係している神経系列に変調が起き、シナプス間隔でセロトニンやノルアドレナリンが減少している³⁾。

パロキセチンは、脳内神経伝達物質セロトニンだけに作用する選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)として、シナプス間隔のセロトニンの濃度を高める作用がある。これによって、抑うつ気分を改善することを目的³⁾に使われている。

SSRIは副作用として、ごくまれにシナプス間隔のセロトニンのバランスが崩れてセロトニン症候群が生じることがある。これは、錯乱や軽躁状態などの精神状態の変化、興奮、ミオクロヌス(筋肉の小刻みなけいれん)、腱反射の亢進、発汗、悪感、振戦、下痢、協調運動の障害、発熱などの症状が現れる。また、SSRIがドーパミン神経系に作用し、パーキンソン症状が現れることもある³⁾。

ロナセン錠の副作用として、振戦、運動緩慢、流過多等のパーキンソン症候群、またごくまれに幻覚・幻聴、妄想、被害妄想、睡眠障害、行動異常、多弁などが認められている²⁾。

薬剤を併用することで、お互いが血液中の濃度を高めそれぞれの副作用が出やすくなることも認められる³⁾。A様の入所当初の症状も、服用していた薬剤の副作用や多くの薬を一度に服用していたことで、薬同士が作用しあった結果現れたとも考えられる。

(2)高齢者のうつ病

高齢者のうつ病では、うつ気分よりも身体の不調を訴えることが多く、とくに痛みや倦怠感は抑うつ的な高齢者が訴えることが多い³⁾とされる。症例にもこれらの症状が見られることから高齢者のうつと考えられる。

うつ病は、何らかのストレスが原因として発症する心因性うつ病と、きっかけなしに純粋に脳内の生物学的な原因で起きた内因性うつ病に分類分けされる³⁾。高齢者のうつ病としては内因性うつ病ではなく、認知症の症状に似ている記憶障害、判断力や集中力の低下の訴えが前景に立つことが多い⁵⁾とされるが、症例の場合、記憶障害、判断力、集中力などの低下が現状見られない。しかし高齢者の場合、うつ病と認知症を併存することが多いとされていて、それぞれの病態が相互に影響し合い、経時的経過の中で診断名が移行する過程がしばしば見られる⁵⁾ことから、今後症例への介入法はうつ病として行っていくが、認知症を併存することも視野に入れ、日々の症例の生活を分析していくことも重要だと考えられる。

(3)今後の症例に対する介入

今後、グループホームとしての具体的な症例に対する介入は、症例の生活を見守り、喜ばれることを見つけないが不安を聞きだし、要因を突き止めるとともに、聞きだした不安をひとつずつ取り除いていくことである。また、心身機能の維持・改善を図るため非薬物療法のひとつとして知られる「園芸療法」を取り入れていくこととする。園芸療法については、症例との接点で引き出した情報（畑作業をしていたことや花木への感心が見られたことなど）を考慮して決定。

園芸作業には、非常に多くの効果が得られるとされ、日々生長し続ける花や野菜を自ら育てる過程で得られる快感情をもたらす、生長への期待感や意欲の向上につながり、基本的な運動機能の維持・回復にも役立てられる⁴⁾とされる。また園芸作業を通して、土を触ることで五感を刺激しリラックスできる時間の提供を行う。

8. 結論

今回の症例を通じて、利用者から真のニーズを引き出すことは環境要因、症状の変化、本人の思いなど色々なものの影響から非常に困難なものであることに気づいた。真のニーズを導き出すためには利用者本人から聞き出した情報や、認知症やうつ病といった診断名、ADL評価などの結果だけではなく、利用者の想いやパーソナルな情報収集が重要であると感じた。

グループホームは入所後、利用者にとって24時間過ごされる場となり、その後利用者の人生の中心となる。そのため、良いことも悪いこともグループホームの生活の中で経験することとなり、グループホームでの生活が充実しているかどうかで、その後の人生を大きく左右することとなる。このことから、その後の利用者のニーズも在宅復帰という環境を変えてしまうことだけではなく、グループホームの生活の中から見つけていただくことも重要だと感じた。そのためにもグループホームは、利用者にとってリラックスでき、落ち着いて過ごしていただける環境であることと、利用者に対してスタッフが意識を持って接し、多くのニーズを引き出すことで入所されてからの人生が楽しく充実したものとなるよう、多くの良い感激を提供する場であることが重要である。

9. 謝辞

本症例の趣旨を理解し快く協力していただいた、対象者およびご家族の皆様にも心から感謝します。本当にありがとうございました。そして、本論文の作成にあたり、論文の書き方、症例の進め方について細部にわたるご指導をいただきました本物ケア学会実行委員の皆様、症例への介入を進めていく過程でご意見やアドバイスをいただいた吉備センターグループホームの両ユニットの皆様にも心から感謝いたします。

10. 参考文献

- 1) アントン・トルマン：うつ病 アセスメントと治療法の組み立て方。金子書房，42-45 2007
- 2) 財団法人日本医薬情報センター：JAPIC 医療用医薬品集 2011、515-517 1993-1997 2362-2365
- 3) 大野裕：「うつ病」を治す。PHP 研究所，42 86 154-187 166，2000
- 4) 杉原式穂：老年精神医学雑誌第 19 巻第 10 号 2008. 10 園芸療法 1119
- 5) 大野裕：高齢者のうつ。金子書房，58-85，2006

訪問リハの可能性

～ 40 歳代の女性を通して～

創心会訪問看護ステーション
作業療法士 村上 真一

1. はじめに

今回、訪問リハビリにおいて 40 歳代の女性を担当させていただく機会を得た。障害を負い、自分の身体が思うように動かないことで目標も見失っていた。またこれから先の人生を考えた上でもこの方自身、障害受容できていない状況もあり、どのように関わっていくべきなのか難しいことも多くあった。しかしそんな中でたくさんの方の身体的、環境的変化があった。よってここに報告する。

2. 症例紹介

A 様 女性

40 歳代

疾患名：左被殻出血（X 年 4 月）

障害名：右片麻痺、失語症

既往歴：高血圧

生活歴：夫、両親と 4 人暮らし。日中は 1 人で過ごすことが多い。ADL は自立しており、調理に関してはほとんど母に任せているが出来る範囲で行っている。

介護度：要支援 2

利用サービス：当社リハビリ倶楽部 週 5 回

外来リハビリ（言語訓練） 2 週間 1 回

訪問時には以前まで乗っていた車を改造し、今後夫と練習をして使っていきたいとの要望を受ける。

訪問リハビリ紹介にあたり

初期評価（X + 2 年 11 月）

身体機能面

BRS 上肢 3、手指 1、下肢 4

筋力 GMT にて上肢 3 レベル、下肢 5 レベル、体幹 4 レベル

歩行に関しては、短下肢装具のみ着用している。装具を着用しても踵接地は困難であり、転倒リスクがある。

失語に関しては保続が強く、一旦会話が終わっても、また次にその時の単語がでてくることがある。また、単語の想起も困難であり、娘の名前も思い出せないことがある。

精神機能面

一番の希望は「右手を元通りにしてほしい」ということ。障害受容が上手くできておらず、病前の状態に戻ることができると考えていた。また、会話で、単語が想起しにくいために、うまく自分の思いを相手に伝えること

ができないことが多くあった。そのことから、人と関わることは好きであるが、同時にイライラ感も常に併せ持っていた。

〈評価の統合〉

ADL 面は自立しているものの、歩行に関しては装具を着用しており、転倒のリスクも伴っている状態であった。身体機能面では十分に動いているものの、生活面では活動量が少ない状態である。また言語に関しては、病院への外来リハビリをしており、注意してほしいこととしては、単語が分からない場合は回りのことから少しずつ想起させて思い出させてほしいとのことであった。

〈目標設定〉

デマンド目標 右手の機能向上

スムーズな言語想起

ニーズ目標

生活範囲の拡大（右上肢の活動参加）

日々のスケジュール管理を行う。（毎日日記の記入を行う）

〈介入〉

初期 初期から「良くなりたい」「前のように戻りたい」という想いを強く持っており、いかに心に寄り添いながら訓練を行うかを考え導入を行った。症例は一番に右上肢を良くして欲しいということであったが、直接的に右上肢の機能訓練は行わず、身体的機能訓練、応用歩行訓練、IADL 訓練（家事、洗濯、掃除など）を行うこととした。この中で、特に IADL 訓練の時に右上肢を利用しながら行っていただくように声掛けを行うように注意した。機能レベル的には補助手としても困難な状態であるため、上手く使用することが困難であった。しかし、料理や掃除、洗濯やアイロン掛けなどたくさんの日常生活関連動作を行なったが、左手一本で遂行することができた。ここで症例はできたことへの喜びよりも上手く使用できなかった右手へのこれから先の希望を捨てるような発言や胸の内を語っていた。ここで、症例がこの先に思いを持つことができるように、家事動作に焦点をあて、夫にも協力をいただきながら、より右上肢を使用することができるように提案をしていくことにした。

また、スケジュールに関して、訪問言語聴覚士に同行

してもらい、日記の提案をしていただく。内容に関してはまずは簡単に取り掛かることができるよう毎食の食事内容や、外出先、一日を振り返っての感想などのものを提案した。この日記の導入にあたり、症例には、できるだけ漢字を使用して、分からなければひらがなでもいいのでできる限り記入をしていただくようお願いをした。(図1、2)

図1、2

起床	4:50	天気	晴れ・くもり・雨	起床
就寝	22:00	体調	◎・△・×	就寝
食事	朝	昼	夜	食事
	パン お粥 バナナ ヨーグルト お茶	ごはん ほうれん草 のり たまご お味噌汁 お豆腐 お味噌汁 お味噌汁	ごはん 野菜の いりもの お味噌汁 お味噌汁 お味噌汁 お味噌汁	食事
テレビ		ニュース スポーツ	ドラマ その他	テレビ
内容	神々の火鳥			内容
聞く	ラジオ・音楽			聞く
読む	本・新聞			読む
書く	パソコン・日記			書く
話す	家族・知人・その他			話す
外出	病院・買物・散歩・通所			外出
行先	妹の近所			行先
メモ	今日、妹の所へ行きま 行くに絵手紙が出て その話をしました。			メモ

起床	3:00	天気	晴れ・くもり・雨	起床
就寝	20:30	体調	◎・△・×	就寝
食事	朝	昼	夜	食事
	パン お粥 バナナ ヨーグルト お茶	ごはん ほうれん草 のり たまご お味噌汁 お豆腐 お味噌汁 お味噌汁	ごはん 野菜の いりもの お味噌汁 お味噌汁 お味噌汁 お味噌汁	食事
テレビ		ニュース スポーツ	ドラマ その他	テレビ
内容	...			内容
聞く	ラジオ・音楽			聞く
読む	本・新聞			読む
書く	パソコン・日記			書く
話す	家族・知人・その他			話す
外出	病院・買物・散歩・通所			外出
行先	...			行先
メモ	高橋みゆきさんが昨日も道田... VTRでアップのNEOは20日... 高橋みゆきさんの実物撮影は... 移動先には大変、高橋の... まだお話しします。			メモ

〈介入後6ヶ月〉

右上肢に関しては変化が見られないものの、家事動作に焦点を当てていたため、その中で右上肢の活動参加を行ない、少しではあるがフライパンなどを使用する際には右上肢で固定ができるようになった。そこでも病前のように思い通りに動かすことができないために満足した表情を見せることはなかった。更に固定がしっかりできるようにしようと提案して訓練を継続することとした。

日記に関して、最初は書き間違いなども多くあったが、少しずつ誤字脱字は減少している。注意は特にしていないが、間違いがあったときにはできるだけ、言葉を想起できるように関わってきた結果、減少することができている。

また、生活面においては改造車が到着し、夫が休みの日には、横に乗車してもらい、日頃から、車の運転の練習もしていた。この車の運転に関しては、主にデイサービスや病院受診(約10分程度)の際に使用していた。また、週末になると一緒に外出するようになり、そのときにも症例が運転をすることもあった。(多い時には1時間程度)そして、デジタルカメラを購入し、普段から持ち歩き人物や風景を撮るようになる。

経過の中での転機

- (1)家事動作に焦点をあて、訓練を継続することで、症例のなかに「思い通りに動かすことができなくても、何とか右手を使う意識をしなければならない」という思いを持ち、生活動作においても、右手を使用するきっかけになった。
- (2)スケジュール管理のために行った、日記の記入を毎日行うことで、会話の中で言葉が詰まっても頭を整理しやすくなり、単語の想起をしやすくなった。
- (3)車の運転の練習をすることで、1人でも車に乗ることができるようになり、リハビリ倶楽部まで1人で行けるようになった。
- (4)デジタルカメラを使用したことで、社交性ができ、仲の良い友人を見つけることができ、普段から車を利用して遊びに行くことができるようになった。
- (5)1~4を総称して、普段からの活動量が格段に増えた。

3. 考察

まず、私自身、訪問リハビリをさせていただく中で、この方のように年齢の若い方を担当させていただくことがなかったために、どのようにしていくべきなのかとても悩んだ。しかし、症例と話すなかで、娘が私と同級生ということもあり、親子のような関係を作りたいと思い訪問をさせていただいた。そのような関係作りを行うことで、症例も私を息子のようになってくださり、時にはなかなか相談しにくい内容のお話を聞かせていただくことができた。導入してから半年間で機能的に良くなったわけではないが、障害受容も少しずつできるようになり、「右手を使うようにしないと」という思いをもっていたことができた。また会話において、まだまだ言葉が詰まることもあるが、想起しやすくなってきており、他者とのコミュニケーションが少しずつ楽しくなっている。こういったことがきっかけとなり、生活の質が少しずつ向上しているのではないかと考える。そして、生活の質が向上したことで心にもゆとりができ、他者との関わりに繋がり、生活範囲が少しずつ広がってきているのではないかと考える。

4. 謝辞

今回、学会の発表にあたりこの発表を快諾してくださったA様、またご協力いただいたたくさんの方々へ心より感謝申し上げます。

サービスの壁を越えた対応と心配り

岡山地域リハビリケアセンター リハビリ倶楽部築港
管理者 介護福祉士 小林 正幸

1. はじめに

在宅で生活する誰もが、自宅で転倒する可能性がある。また最近では、家族の外出中に自宅で転倒し、数時間後に発見、病院受診の結果入院というケースを耳にする。われわれ通所介護事業所としては、サービス利用時間のみのアプローチだけでなく、今後はもっと家族、地域と連携して在宅での生活を見据えたダイレクトアプローチや緊急対応の整備、情報発信が必要になってくる。そんな中で、発生したリハビリ倶楽部築港を利用しており、自宅での転倒事例を通して、今後の課題、対応策、本物ケア視点などを踏まえた対応を報告する。

2. 基本情報

氏名：S氏

年齢：80代

性別：女性

介護度：要介護2

現病歴：腰痛、動脈瘤（左眼上部）

家族構成：認知症の夫と2人暮らし

3. 全体像

平成X年Y月からリハビリ倶楽部築港を利用。腰痛はあるが、休まずデイサービス（週2回）を利用し毎月の測定結果より筋力は維持レベルである。デイサービス利用時は、杖歩行（T字杖）で自立している。また動脈瘤があるため、普段から症例自身が転倒しないように気をつけている。

4. 経過

平成X+3年Y月Z日の来所時に37度8分の熱があり、(1) 家族とケアマネジャーに連絡し、10時に自宅へ送る。(2) 夕方、自宅での状態を確認する連絡を筆者が行う。電話の際に以下の情報を収集した。

帰宅後に介護タクシーで病院受診をする。高熱ではあったが、インフルエンザではなかったため、抗生剤を処方され帰宅しようとした際に病院のロビーで後方へ転倒。大きな外傷はなかったが、1時間程病院で静養して帰宅。そして、帰宅直後自宅の玄関でふらつき再び転倒。(3) 症例自身が息子に電話するが、仕事で遠方に出てい

たため、現場に駆けつけるまで3時間程かかり、その間は玄関でずっと横になり過す。

症例の利用しているサービス事業所として、電話対応の際に以下のことを伝える。

「(4) 大丈夫でしたか？それは大変でしたね。痛みはありませんか？もし今後ご自宅で今回の様なことでお困りになって、ご家族やケアマネさんに連絡がつかない場合は迷わず（リハビリ倶楽部）築港に連絡をして下さいね。」と伝える。

翌日、平成X+3年Y月Z+1日15時頃に症例より以下の様な電話がある。

「小林さんいつもお世話になります。Sです。実はトイレで倒れて立てなくなったのよ。近くにおじいさんがおるけど、おじいさんの力では無理なんよ。家族もケアマネさんにも連絡がつかないから・・・どうしようか？救急車を呼ぶ程ではないと思うんよ。」

救急車を呼ぶという選択枝もあったが、疼痛と状況を詳しく聞き、筆者は迷わず「(5) 5分ぐらいでそちらに着きますので、待っていて下さい。すぐに行きます。」と伝え、自宅へ訪問した。

経緯は、トイレを済ませて立ち上がろうとした際にふらつき、下衣を上げる途中で転倒（前方）した。訪問時は、夫が枕と毛布を準備しており、防寒対策と側臥位の姿勢を保てるようにポジショニングを行っていた。打撲した箇所の疼痛を確認して、側臥位から座位の姿勢に体位変換を行い、問診をしながら近くの椅子へ座るのを前方より介助した。打撲した箇所の疼痛は弱いため、状況をケアマネジャーに報告し、病院受診のための介護タクシーの手配を行う。そして、最寄りの病院へ受診。(6) 心身共に衰弱していたため、病院受診に同行する。受診途中で、家族が病院に駆けつけ、一連の出来事を伝え対応に感謝される。

原因不明の高熱であったため、症例は入院となる。2日後に病院へ訪問して、状態や当日の話をする。会話の中で、他事業所でも今回の様な転倒のケースが発生する可能性があることを伝え、文書でまとめる旨を伝えると快く症例は承諾する。

5. 対応ポイント

- (1)通所介護事業所の基本対応として、症例が体調不良で早く帰宅した際には必ず家族・ケアマネジャーへ詳細（血圧・体温・症状）を速やかに報告する。
- (2)体調不良等で帰宅した当日の夕方（又は翌日）に状態を確認する電話連絡の実施。この連絡により今回の事例では、自宅での情報収集と翌日の転倒した際の対応を伝えることができた。
- (3)電話での情報収集の際に課題に挙げた「息子が転倒現場に駆けつけるまでに3時間かかった」ことの解決策を伝え、現状をケアマネジャーに報告する。
- (4)症例の心に寄り添う声掛け（普段から相談しやすい環境作り）をして、デイサービスに連絡しやすい印象をもつようにする。
- (5)高熱による転倒を繰り返し起こしたため（2日間で3回）、心身共に衰弱していると予想する。いち早く現場に駆けつける意思を具体的に時間にして伝える。症例は、高熱と転倒で電話の印象としては若干混乱していた状態であったため、安心する声掛けが必要であった。
- (6)2日間で3回の転倒ということで、不安を持っていた。また、高熱の影響だけではない精神的ストレスからの振戦があり、家族が病院に駆けつけるまで、受診に同行して会話やスキンシップを行った。

6. 自宅で転倒した場合の課題

- (1)家族との連絡手段がない
転倒した場所に携帯電話を持っていないケースが多くある。特に独居の場合や日中1人になる場合は、自宅での携帯電話又は子機、自治体や民間企業が推奨している緊急時連絡ブザーを携帯する必要がある。
- (2)救急車を呼ぶ基準が分からないこと
疾患や状態、家庭環境を事前に確認して、ケーススタディーを行えるよう家族、ケアマネジャーとの情報交換を行い、救急車を呼ぶ基準をマニュアル化して自宅に掲示していく必要がある。
- (3)緊急時に混乱してしまうこと
自宅での転倒を予測される場合は少ない。そのため、転倒した場合は混乱してしまう。こうした事態にならないために、デイサービス利用時から、自宅で転倒した際の対処方法や緊急連絡先を確認して、定期的なシミュレーションが必要である。
- (4)周囲に迷惑をかけまいと気を使い1人で解決しようとして、状態の悪化

通所事業所としては、利用者に自宅での緊急対応の事例を伝え、グループで考える時間を定期的にもつことができれば、当事者になった場合の一般的な判断ができ、円滑な対応ができることが予測できる。

7. 今回の対応の反省

症例の連絡を受けて自宅を訪問する際に、血圧計とパルスオキシメーターを持参する必要性があった。また、今回の事例では、急変時の緊急対応可能な病院が自宅より1キロ圏内にあったため、急変時の対応も速やかに行えたが、病院が遠方にある場合や認知面も十分に考慮しなければならない。このような、ソフト・ハード面、地域（住宅）環境を普段から認識し、事業所としては、緊急時のバイタルセットを普段から準備しておけば迅速な対応が行えると感じた。

8. まとめ

自宅で利用者が転倒をして、状態の悪化や再発ということは十分に専門職であれば予知できる。通所介護事業所としては、利用者に自宅での転倒に遭遇した場合、いかに冷静に判断して対応するかを日頃から声を掛ける必要がある。また、自宅での緊急連絡先を家族と連携して作成する必要がある。

転倒に関しては、バランスを崩した際の受け身の取り方や安全な起き上がり動作を、利用者が獲得できるように今後のメニューを見直す必要も今回の事例を通して感じた。

われわれは、緊急時こそ専門職として利用者1人1人に合った最高のサービスを提供する使命がある。

9. 謝辞

今回の論文作成にご協力いただいた利用者スタッフの皆様、本物ケア学会の運営委員会の皆様に心より感謝を申し上げます。

第4回本物ケア学会実行委員

スーパーバイザー：粟井 謙甫・土居 愛里

学 会 長：山西 孝彦

実行委員長：中村 譲

実行委員：柿木 将志・佐藤 将一・新谷 章文・鈴木 啓吾

次田 美紀子・中村 理恵・藤田 英里・溝口 恭平

村田 陽子・吉井 香織・三宅 あゆみ

謝 辞

創心會の基本的心構えのひとつである“勉強好き”、そして“本物ケア”の実践を学び、それを共有することをコンセプトに、第4回の本物ケア学会は「論文の発表のみ」というスタイルで運営を進めて参りました。

各発表者ともに、それぞれの部門の特色、チームケアのメリットを最大限に発揮した論文ではなかったでしょうか。そして私たちの仕事が、どれほどご利用者様の人生に深く関わっている大事なものか、ということに改めて感じていただければ幸いです。

本学会を開催するにあたり、二社長をはじめ、多くの皆様に多大なご協力をいただきました。この場をお借りして心より感謝の意を表します。

また、論文発表者、パネル発表者の皆様、作成にあたり情報や写真を提供していただいたご利用者様及びご家族の皆様にも深く感謝いたします。

第4回本物ケア学会 実行委員一同

心から
創から