

精神遅滞，パーソナリティ障害者へのアプローチ — 個別訓練から退院支援までの関わり —

キーワード：精神科作業療法，他職種連携，退院支援

今井 龍

地方独立行政法人秋田県立病院機構 県立リハビリテーション・精神医療センター

【報告の目的】

精神科急性期治療病棟に入院した精神遅滞，パーソナリティ障害の患者に対し，多職種連携により安定した入院生活，さらに地域へ移行できたため報告する。本報告は本人より同意を得ている。

【事例紹介】

20歳代の女性で診断名は精神遅滞，情動不安定性パーソナリティ障害。10年以上前から複数の病院に30回以上の入院歴あり。生活歴は高校卒業後よりX・3年までグループホームで生活。入居者とのトラブルが原因で退所し，一人暮らしであった。母親，弟の3人家族だが，母親は統合失調症で入院治療中。現病歴はX年Y-4ヵ月，A病院退院後に外来受診を自己中断し怠蕩する。X年Y月，市販の鎮痛剤を大量内服しリストカット，B病院へ救急受診後Cクリニックで内服治療を開始した。その後も度々警察や保健所へ「死んでやる」等，電話をし，警察が自宅へ駆けつけたところ，精神運動興奮状態で当センター措置入院となった。

【作業療法評価】

病棟生活では眠気が強く日中の活動性低下が顕著で，感情の起伏も強かった。職員や患者間のトラブルにより興奮，泣く，自傷行為など短絡的な行動につながりやすく，落ち着かなかった。OTは入院から約2ヵ月後に個別訓練から開始。信頼関係の構築を優先し，本人にとって侵襲性の高い検査は実施せず。頻度は週1回自室にて行い，毎回定時には起きて待っていた。1時間程度は休憩を促しつつ作業に集中可能。行動や言動は幼稚で，対人交流の未熟さを感じたが，極端な依存傾向や操作性は認めず，楽しいと参加していた。

【介入の基本方針】

訓練参加を通じて気分転換や落ち着いて取りこめる時間を持つこと，日中活動する機会を作り生活リズム改善を図ることを共通目標とした。OTで行えることや活動時間に制約があり希望通りにはならないこと，セラピストの指示に従い問題を起こさないという約束事も本人と確認した。OT開始時のチームカンファレンス

では「叫ばない，暴れない，自分を傷つけない」というルールを入院生活で守ること。それができれば個別訓練から集団訓練へ活動範囲を拡大していくことを確認。

【作業療法実施計画】

作業内容は塗り絵，スキルギャラリー，計算など枠組みが比較的明確な作業を選択。頻度は個別訓練が週1回，集団訓練移行後は週3～5回実施。

【介入経過】

OT開始2週間後には約束事を守れず一旦OTが中止となる。その後再開までに3ヵ月要した。再開後は落ち着いて取り組めており，休憩時には1週間の出来事や本人なりに頑張ったこと，反省したことを振り返りながら助言し，心理的なサポートも行った。OT開始から5ヵ月後，チームで相談し集団訓練へ移行。参加は継続でき，他者とのトラブルもなかったが，疲労感や眠気が強い日にも自覚が薄く，頑張りすぎて痙攣発作を繰り返すことが続いた。そのため，個別に面談し訓練でのペース配分を相談すると，「私，疲れていると具合が悪くなるんだね。それが分からないんだね」と振り返り，その後は休憩の促しにも応じられるようになった。当初病院や施設を退院先の候補としていたが，受け入れ先が見つからず一人暮らしの方向となる。ケースワーカー，看護師と共に2度退院前訪問指導を実施。住環境の整備に加え，近隣の施設，外来通院時の公共交通機関の利用を確認し生活イメージを本人と共有した。

【結果と考察】

病棟生活では，患者や職員との対人トラブルが引き続き見られることもあったが，OT場面同様，振り返って反省する様子が出てきて，衝動性は少しずつセルフコントロールできるようになった。本人はイライラや焦りに起因した疲労感が発作と連動することを知り，今後は気をつけながら生活したいと話していた。OTが衝動性の発散や気分転換，落ち着いて過ごせる場となり，生活リズム安定に繋がったことに加え，行動を客観的に振り返り適応的な対処行動を学習するうえでも効果的だったと考える。また多職種連携によりチームとして統一して関わったことも，安心感を生み出し入院生活や地域生活への移行に重要であった。

「住み慣れた自宅での一人暮らしに戻りたい」を目標に自宅復帰が可能となった事例

キーワード：生活行為向上マネジメント，協業，自宅復帰

佐藤 大輔 小野 かおり

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

【報告の目的】

脳梗塞により左片麻痺を呈した回復期事例が、住み慣れたアパートでの一人暮らしを強く希望する一方で、自身の状況理解や退院後の生活イメージが不十分であった。そのため、今回 MTDLP を用いて必要なタイミングで頻回に事例と課題を話し合い、多職種連携のもと介入したところ、比較的スムーズに一人暮らしへ移行できたので、その内容について紹介する。なお、報告に際し、本人の同意を得ている。

【事例紹介】

60 代後半の女性 A さん。他県で看護師として 40 年以上勤務し、3 年前に帰郷してアパートに一人暮らしをしていた。X 年 Y 月に左上下肢脱力感を自覚。脳梗塞の診断で保存的に加療し、X 年 Y +1 月に当院回復期病棟に転院となった。A さんの希望は、「住み慣れたアパートでの一人暮らしに戻りたい」であった。退院後の生活に対しては「帰ってみたいと分からない、介護保険は利用したくない」と話し、兄弟の支援等、人の手は借りたくない自尊心が高い面が見受けられた。生活行為を妨げている要因として、心身機能面では左片麻痺が BRS 上肢 5 手指 5 下肢 4、右下肢・体幹の筋力低下が挙げられた。認知機能は問題なかった。活動・参加では BI が 70 点で入浴と歩行、階段昇降以外は自立しており、服薬は Ns 管理だった。家事動作は立位動作が不安定かつ両手動作が不十分で現状では難しかった。環境因子では居住階が 2 階でアパートのため家屋改修は困難であった。一方で、回復期であり、機能障害が重度でなく知的機能が保たれている点を考慮して十分回復が見込めると判断し、合意目標は「一人暮らしの準備を整える」とした。この目標に対する自己評価は実行度、満足度ともに 2/10 であった。

【介入の基本方針】

方針は、再発や転倒などのリスク管理を行いながら一人暮らしが出来るように ADL 自立と家事動作の再開を目指すこととした。まずは左上肢機能や歩行能力の向上を図り、身体機能向上に合わ

せて、家事動作の実践練習を段階的に進めていく。また、その都度本人と現状の課題を共有し、自分で出来る事と支援が必要な事を整理し理解を深める。さらに、家屋訪問や外泊を通して、環境整備や福祉サービスの利用を具体的に検討することとした。

【作業療法実施計画】

基本的プログラムは左上肢機能訓練、PT と連携して立位・歩行を伴う動作練習とした。応用的プログラムは入浴や家事動作練習、屋外歩行や階段昇降練習、時期を見て服薬指導は Ns、栄養指導は管理栄養士が行うとした。社会適応プログラムは福祉用具の準備を主とした環境整備や兄弟の協力を得ながら外泊を行い、ADL 及び IADL の確認とした。

【結果】

介入期間は 94 日で、退院前の再評価では、左片麻痺は改善し、BRS は上肢 6 手指 6 下肢 5 となった。ADL や家事動作は自立し、屋内外の移動は階段昇降も含めて自立し BI は 100 点となった。外泊時に ADL や家事を実践し本人、兄弟ともに動作の確認ができ、自信に繋がった。また、介護保険を利用した支援を理解し受け入れるようになり、自ら退院後の生活における不安点を用紙にまとめ、ケアマネジャーに相談した。その結果、買い物は訪問ヘルパーや兄弟の支援を得る、さらに機能維持を目的に通所リハを利用することになった。目標に対する自己評価は実行度、満足度ともに 9/10 となった。

【考察】

今回、A さんや兄弟、多職種との話し合いや生活行為の課題解決のための実践を意識的に、しかも適した時期に行う事が出来た。回復期病棟入院の限られた期間の中で、様々な生活行為の課題を整理し、一人暮らしへ移行していく際に MTDLP 介入が有効であった。

友人との外出を目標にしたことで退院に向け現実検討ができた事例

キーワード：MTDLP, 脳血管障害, 退院支援

伊井 佐織¹⁾ 佐藤 さとみ¹⁾ 齋藤 佑規²⁾ 竹村 直²⁾

1) 済生会 山形済生病院 リハビリテーション部 2) 済生会 山形済生病院 脳神経外科

【報告の目的】

本症例は、回復期病棟へ転棟後も身体機能面に意識が向き、退院後の生活をイメージできない状態が続いていた。麻痺側上肢には失調症状もあり、身体機能面の改善も必要だったが、それと同時に退院後の生活も踏まえ、自宅環境の整備や日常生活活動(以下、ADL)訓練が必要だった。生活行為向上マネジメント(以下、MTDLP)を用いて、合意目標を決めたことで、自宅退院を踏まえ、身体機能面の向上、ADLの自立度及び、生活関連動作を改善させることができたため、以下に報告する。尚、本報告を行うにあたり、症例とご家族に同意を得ている。

【事例紹介】

60歳代後半、女性、要介護3。左視床出血(保存療法)にて、右片麻痺、BRS上肢IV、手指V、下肢IV、可動域制限なし。麻痺側上肢に軽度失調症状が残存していた。発症から1ヶ月後に当院へ転院し、発症2ヶ月後に回復期病棟へ転棟した。退院先は自宅方向。FIM: 83/126点(運動項目: 50/90点、認知項目: 33/35点)、BI: 70/100点。実母、弟家族と同居しており、キーパーソンは義理の妹。自室は1階にあり、トイレや浴室、台所は共有していた。MTDLPは、回復期病棟転棟2ヶ月後に導入し、退院前訪問、外出・外泊訓練を行い、回復期病棟転棟5ヶ月後に自宅へ退院した。その後、外来で約1ヶ月介入し終了となった。

【介入の基本方針】

右上肢の機能改善を図りながら、MTDLPを導入し、自宅退院に向け必要な能力や、ご家族の協力は得られるか等面談にて聴取し「友人と食事へ行く」ことを合意目標とした。その合意目標から、トップダウン形式で、外出時に必要な能力から考え、身辺動作や家事動作の練習へとつなげる。また、退院前訪問や外出・外泊訓練を実施し、自宅環境の整備を行う。退院後はデイサービスへ生活行為申し送り表を渡し、訓練継続を依頼する。

【作業療法実施計画】

基本的プログラムは、麻痺側上肢の機能改善を

目的に実施し、応用的プログラムは、一般トイレでの動作やドアの出入り練習、入浴動作練習、家事動作練習(調理、洗濯、掃除)、食事や荷物の運搬練習、車の乗り降り練習を行い、社会適応プログラムは、退院前訪問、自宅環境の整備、外出・外泊訓練を実施することとした。

【介入経過・結果】

症例と目標に向けてどのような能力が必要か検討しながら訓練を実施した。まず、外出を想定し、車の乗り降り、一般トイレの使用、食形態に応じた道具使用を挙げ、次に、自宅内の動作として、自立した整容動作、衣類の形状に応じた更衣動作、食事の準備、洗濯や掃除動作を挙げ、入浴はデイサービスの環境を聴取し模擬的に練習を行った。導入後約1ヶ月に実施した退院前訪問を踏まえ、移動練習や家事動作練習を実施した。退院前である導入後約2ヶ月に外泊訓練を行い、入院中の動作練習を踏まえ自宅での実施を促した。外泊も大きな問題なく、症例の自信へとつながった。友人との外出については、退院時のサービス担当者会議の際に、生活行為申し送り表を渡し引き継ぎを行った。退院時FIM: 106/126点(運動項目: 73/90点、認知項目: 33/35点)、BI: 90/100点となり、階段昇降と入浴以外は自立となった。退院後、装具作成のため、外来にて介入することになった。導入後3ヶ月で合意目標を達成でき、達成度10/10点、満足度8/10点と結果が得られたが、外来終了となった導入後4ヶ月には、達成度10/10点、満足度10/10点とさらに向上が認められた。症例からは「人生楽しまなきゃ」との発言が聞かれた。

【考察】

今回、自宅退院に向け症例と目標を考えていく中でMTDLPを用いた結果、担当者が促したい訓練内容と症例が考える自分らしさや生きがいを共有することができ、ご家族も含め退院後の生活をより具体的にイメージしながら、訓練をすすめることができた。また、目標がより具体的になったことで、症例自身の参加意欲も高まり、達成度、満足度共に10/10点と向上が認められたと考える。

安心して自宅へ帰るために
～生活行為向上マネジメントを導入し身辺動作の自立と役割の再獲得を目指した症例～

キーワード：生活行為向上マネジメント，回復期リハビリテーション病棟，他職種連携

佐藤 直子

医療法人社団 松柏会 至誠堂総合病院

【報告の目的】

今回、胸椎圧迫骨折の女性を担当する機会を得た。介入当初、女性は何も出来なくなった喪失感からもう自宅へは帰れないと自信をなくしていた。本人の望む行為とは何かを模索したところ、家族に迷惑をかけたくない、また家族の役に立ちたいという希望が聞かれた。生活行為向上マネジメントを導入し、家族としての役割の再獲得を目指し自宅復帰までつながった経過を報告する。

【事例紹介】

90歳代女性。胸椎圧迫骨折。自宅にてトイレに行こうとして転倒し受傷。A病院に入院となり2週間後に当院へリハビリ目的にて転院。転院時コルセット着用にてほとんど痛み無く、シルバーカー歩行が見守りにて可能。しかし脊柱後湾変形あり、立位時は体幹伸展にて両膝屈曲してくる為トイレ動作時のバランス不良。起き上がり介助。起立、移乗は手すり把持し見守り。排泄は失禁多く、日中車イスにて誘導し下衣操作介助、夜間はオムツ介助。入院時 BI50点、FIM54点、HDS-R20点。穏やかで話し好き、リハビリにも意欲的。

病前は自宅内シルバーカーや伝い歩きで身の回りの生活行為はほぼ自立。要支援2で週2回デイケアを利用。日中は茶の間で新聞を読んだり、お茶飲みなどしたりして過ごしていた。

転院時本人は「これでは帰られない」「もう自分の部屋はない」と訴えていた。病棟ADLにおいて介助が必要な状態にあることから自信がなく不安に感じていたと考えられ、生活行為向上マネジメントの導入に至った。

家族に迷惑をかけたくない、また家族の役に立ちたいという希望が聞かれ、具体的に「一人でトイレにシルバーカーで歩いて行き排泄することが出来る」「洗濯物たたみや日課の新聞読みがまた出来るようになる」を合意目標とした。実行度、満足度ともに1であった。

【介入の基本方針】

リハビリ・食事以外はほとんど臥床しており、

自ら行動することがなかった。リハビリの時間以外の病棟での過ごし方を、より自宅での生活に近づけ自発的に行動が出来るよう検討し他職種と連携する。リハビリでは身体機能の改善を目指し動作の安定を図ることとした。

【作業療法実施計画】

個別リハビリの時間に筋力トレーニング、基本動作練習、歩行練習、トイレ練習、更衣練習、洗濯物たたみ練習を実施。病棟生活ではスケジュール表を作成し本人、他職種と共有。日課であった朝食後の新聞読み、朝・夕の更衣、定時トイレ誘導を病棟スタッフと協力し実施していくこととした。トイレ誘導時はシルバーカー歩行とした。徐々に自らトイレに起きることが増え、定時誘導から本人の訴え時の誘導に変更。介入方法の統一に向けた掲示物の作成、排泄チェックも実施。

【結果】

身体機能の回復とともに立位・歩行動作安定。排泄動作では下衣操作時のふらつきが改善し、動作自立となった。日中失禁はほとんどなく、自らトイレに行くことが出来た。1日のスケジュールが分かり自発性も向上した。退院時 BI85点、FIM86点、HDS-R19点。「一人でトイレにシルバーカーで歩いて行き排泄することが出来る」の実行度は8、「洗濯物たたみや日課の新聞読みがまた出来るようになる」の実行度は5。満足度はともに5であり、本人は十分満足出来たが、家族がどう思うか分からないからと謙遜した。家族からはこれほどまでに良くなると思っていなかった、良かったと安堵の声が聞かれた。本人も「家に帰ってもやれる」「大丈夫」と自信回復した様子であった。

【考察】

今回、生活行為向上マネジメントを導入したことにより、リハビリの時間のみでの介入ではなく、24時間365日の道筋をイメージした関わりが出来た結果、自信が付き安心して自宅復帰することに繋がったと考えた。