

# 障がいの受容過程が理学療法プログラムに影響を与えた一例を経験して

義平 渉<sup>1)</sup>, 登山 英弥<sup>1)</sup>, 朴 容成<sup>1)</sup>

1) 医療法人甲風会有馬温泉病院総合リハビリテーション室理学療法科

**キーワード：**障がい受容・危機モデル・介護保険移行

## 目的

障がい受容とは、混乱から回復までの段階的な過程との説明が多く、いくつかの段階説が存在する。今回、危機理論を基に回復期病棟チームで取り組み、在宅への復帰が可能となったケースを担当した。理学療法士の立場から、身体面、住宅改修に取り組み、また、コーンの危機モデルを基に本人および家族の精神面を支援した経過について報告する。

## 症例紹介

- ・70歳代男性
- ・利き手：右手
- ・現病歴：20〇〇年1月自宅の風呂場で転倒、妻が発見、救急搬送。頸椎第4～第6頸髄損傷と診断。翌日頸椎前方固定術を施行。その3日後より、急性期病院にて理学療法開始。その1ヶ月後、リハビリテーション継続目的にて当院の回復期病棟入院となった
- ・家族構成：妻と二人暮らし。息子2名（他府県在中）
- ・介護力：妻は毎日、息子氏も月1回程度来院
- ・家屋構造：持ち家一軒家
- ・職業：貿易会社
- ・介護保険：（入院時）未申請、（退院時）要介護5

## 説明と同意

対象者にはヘルシンキ宣言の趣旨に基づき、研究の趣旨、目的、方法、予想される結果およびその意義について説明を行い、口頭および書面にて同意を得た後に実施した

## 経過

急性期病院では、端座位により血圧が急激に低下するため、車椅子座位練習は非実施であった。

入院日理学療法開始、FIM:48点（運動13点、認知35点）。血圧管理下にてギャッチアップ60度耐久性から取り組んだ。介入時、意識清明。低血圧症状の訴えなし、しかしギャッチアップ60度にて血圧低下。可動域は、手指と手関節伸展わず

かに制限を認めた。筋出力は、頸椎カラー装着内での頸部動きわずか、両肩甲帯挙上内転・両肘関節屈曲および左下肢複合屈曲MMT2程度。腹筋群は吸気時にわずかに収縮を認めたが胸式呼吸優位であった。精神的な落ち込みがある印象を持たなかった。

介入4日後、全介助によりリクライニング型車椅子への移乗および5分未満の座位保持練習を行った。1週間後、全介助により10分未満の端座位保持練習を行った。2週間後、標準型車椅子へ。5週間後、車椅子への移乗および自操練習、中等度介助により歩行練習開始。6週間後、端座位が近位見守りとなり、トイレや更衣動作を追加した。

介入10週後FIM70点。起居動作は修正自立、車椅子移乗動作は軽介助、食事動作は用具使用遠位見守り、歩行動作は中等度介助、車椅子自操は自立となった。在宅生活を想定し、起居、車椅子移乗および自操、食事・トイレ動作練習を繰り返した。しかし、「いつ歩けるようになるのか」「リハビリでは歩く練習だけして欲しい」や、若手セラピスト・病棟スタッフに対するマイナス的な発言を認めた。何事も、担当理学療法士ではなくセラピスト責任者に確認を求めた。一度は、担当者としてその状況に悩んだが、責任者より「障がいの受容過程の一步」との指導を受けてからは、ケースの精神面に着目することとした。コーンの危機モデルの回復への期待の段階と判断し、セラピスト責任者をリーダーに、医師・病棟スタッフ・相談員とケースカンファレンスを行い、今後の対応の統一を図った。ケースは、急性期病院の医師より「完全ではないが普通の生活に戻れる」、セラピストより「次の病院でリハビリすれば良くなる」との言葉を励みに、元の生活に戻るために当院に入院したとの思いが強かった。再度、急性期病院受診を促し、当院での進行状況を報告し、今後の方向性について、急性期病院との意識の統一を図った。

その上で、精神面を考慮したプログラムに再立案した。障がいの受容を強要せず、歩きたい思いを尊重しながら、「とりあえず今は車椅子で移動する」ことを提案し、苛立つ感情を刺激しないようプログラムの最初と最後に歩行練習を導入した。車椅子自操を練習という設定で行わず、「移動の練習=歩

行練習」,「車椅子での移動=目的地に行くまでの手段」として車椅子自操を反復する機会を設けた。どんな場面・どの練習を行うにも車椅子座位をからめ、車椅子から動作がはじまるイメージをゆっくりと強めた。その他、担当者や責任者の出勤時は毎日面談を行い、苛立たない環境を整え、身体機能や動作能力など、今の状況をひとつでも多く理解していただくよう、本人に伝えた。

介入 20 週後 FIM76 点。室内の移動手段は、車椅子移動にて在宅復帰が可能となった。歩行に対する回復への期待は変わらず強かったが、在宅復帰後に訪問・通所リハビリテーションサービスにより歩行練習の継続が可能であることを説明し、不安は軽減された印象を持った。車椅子移乗動作は遠位見守り、食事動作は修正自立、歩行動作はロフトランド杖を用いて軽介助、下衣着脱は近位見守り、トイレ動作は軽介助となった。

介護保険サービス利用にて在宅復帰が可能な状態となった。しかし、妻の在宅復帰に対する思いは強いものの「元の状態でなかったら帰ってきてもらうのが不安」との発言を認め、退院前訪問指導を計3 回行い、担当者と責任者も自宅訪問し、妻の気持ちを聴取し、整理した。

介入 25 週後 FIM80 点。トイレの入り口扉・玄関周囲の住宅改修、寝室からリビングまでの上がり框の補助具設置にて在宅復帰が可能となった。

介入 70 週後、当院在宅サービス利用され、両側ロフトランド杖歩行近位見守り、下衣着脱遠位見守りとなった。

## 考 察

介入当初、理学療法に積極的である姿に、努力心の強さと判断した。しかし、プログラムを実践し、時間が経過するにつれて歩行以外の動作練習を拒否され、「歩く=元の生活」との思いが強まった。また、本人の苛立ちや悲観的な発言も認め、今までの身体面に着目したプログラムを見直し、障がいの受容を本人のペースで受け入れるようなプログラムに再立案した。担当者のみで答えを出さず、リーダーを中心に回復期チームで対応し、防衛から適応への移行期に歩めるようになったのではないかと。

当院理学療法士の役割は、身体機能の維持・向上である。それと同等に、精神的ケアも重要であり、プログラムを進行する上で、動作練習中に生じる精神的負担を把握し、チームにその情報を伝播し、対応を統一しなければならない。それらを理学療法プログラムで実践し、その過程が本人のペースで障がいの受容の過程を歩むことが大切でと考える。また、回復期期限内で全てを実践するのではなく、介護保険移行も視野に入れ、継続的なリハビリテーションサービスの視点を持たなければならない。

反省点は、当初の思いを積極性と捉え、その思いを刺激し、回復への期待を助長させてしまったことである。その後、障がい受容の過程を強要せず、代替手段を提案し、面接や退院前訪問を繰り返し、代替動作による生活イメージを持たせたことで障がいの受けとめにプラスに影響したのではないかと。担当士として、本人の希望に沿ったプログラムを実践する時期、又は現実的な情報を与えるためのプログラムを実践する時期、また、各時期に適したプログラム中の声かけ・誘導により、障がい受容にプラスの影響を与えたのではないかと。コーンの危機モデルに沿って、悲観、防衛、適応と段階を進める上で単に励まさず、悲しみを傾聴し、喜びを共に賞賛する対応を心がけ、運動中に生まれる様々な思いを、他部署スタッフに伝播することで、対応の統一を図れたのではないかと。3度の退院前訪問、住宅改修などにより、室内車椅子移動でもできる動作が沢山あると感じ、また、良きアドバイザーが存在したことで、本人や家族、担当者やその他スタッフの心が整理できたのではないかと考える。

## 理学療法学研究としての意義

答えを導き出すことが難しい障がい受容であるが、その過程に沿ってプログラムを実践することで、本人本位の理学療法を考える上で重要であると考ええる。

## 文 献

- 1) 小島操子：看護における危機理論・危機介入 フィンク／コーン／アグィレラ／ムース／家族の危機モデルから学ぶ 改訂3版。金芳堂、2013
- 2) 渡辺俊之：リハビリテーション患者の心理とケア。医学書院、2000