

1. 精神的な要因でADL低下をきたした在宅療養患者への

リハビリテーション支援（症例報告）

広島大学病院リハビリテーション科¹，コールメディカルクリニック広島²

○永富彰仁^{1,2}，岡林清司²，木村浩彰¹，山下久幾²

【緒言】腰椎圧迫骨折が誘因となり不安障害を発症した症例への在宅訪問診療の経験を報告する。

【症例】73歳女性。

【往診開始までの経過】2007年8月，自宅で腰痛を訴え近医受診。X線撮影で多発腰椎圧迫骨折を指摘され，自宅での安静を指示された。その後，在宅療養していたが，骨折再発への不安のため起き上がることが出来なくなった。特に腰部に負担がかかる動作の際には苦痛様表情を浮かべることから，同居の家族も無理に動くことを勧められず，ベッド上臥床での生活を送り，再受診は行わなかった。訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーションによる理学療法も行われたが，床上での動作に留まっていた。同年10月，ケアマネージャーが治療的介入を依頼するため当クリニック²に紹介。訪問診療を開始した。

【初診時所見】意識声明。会話は成立。見当識は保たれている。表情から落ち着きなさが見られた。身長は160cm・体重は測定不能だがるいそう・肥満は認めない。腰痛の訴えはあるが腰部触診・打診では明らかな叩打痛なく発赤・腫脹も認めない。四肢の運動障害は特に認めず，筋力はMMTで5-。感覚障害認めず，四肢深部腱反射でも明らかな異常所見は認めなかった。基本的な動作の評価では，寝返り動作を行う際，仰臥位よりわずかな体動においても苦悶状の表情を認めた。それ以上の動作は初診時には困難であった。ADLは

食事もベッド上・排泄ベッドサイドで実施。Barthel Index=15点。同居家族は夫(透析治療通院)・次女・三女(キーパーソン)。アルコール依存なし。

精神症状：せん妄なし。幻覚・幻聴なし。妄想・妄想随伴症状としての思考伝播・注察念慮・関係念慮を認めず。躁症状・パニック発作認めず。不眠なし。性格はやや依存的。なお，親族に類似の症状は見られない。

【検査所見】血液検査では甲状腺機能低下症が指摘されるが，他の疾患は疑われない。腰部X線(8月)：Th12・L2・L4・L5の腰椎圧迫骨折・骨梁の減少を認めた。

【診断】身体疾患：骨粗鬆症・腰椎圧迫骨折・甲状腺機能低下症。精神疾患：不安障害。

【経過】甲状腺機能低下症に対しレボチロキシンナトリウム水和物を，また，神経症に対して抑うつ改善を目的として塩酸パロキセチン水和物内服を試みた。また，圧迫骨折については発症から2ヶ月経過しており，腰椎硬性コルセットの処方を行った後，過度の安静は必要ないことの理解を本人・家族へ図るように試みた。基本的な起居動作を本人に行ってもらい，まず，過度の介護は不要であることを家族に理解してもらうこととした。本人とは座位時間の設定を行い実施することとした。往診は週1回もしくは2週間に1回で継続し，基本動作の評価・ADLの指導を行った。その後，訪問リハビリテーションにおいても，床上筋力増強訓練のほかに寝返り・起き上がりなどの基本的動作・移乗動作を合

わせて行い、本人の腰痛への不安を排除しながら可能な動作の幅を広げていった。往診開始後2ヶ月程度でコルセット使用での屋内歩行が可能となり、自宅トイレまで歩行が可能となった。入浴動作では過度に腰の前屈を本人が納得されずシャワーチェア導入で対応した。さらに、屋外での歩行も進め、この時期に腰椎再評価のため近医でX線での評価を行い、骨塩定量も合わせておこない、骨塩量は若年成人の75%であった。骨粗鬆症に対しビスホスホネート製剤の内服を開始した。塩酸パロキセチンの内服はこの頃終了した。自宅内以外の生活の場を増やすためにデイケア施設の利用も進め、往診開始後6か月目より週1回のデイケア利用を開始した。基本的ADLは自立となった。

その後、1年半あまり生活状況は安定していたが、2010年8月、再び腰痛の訴えを認め、臥床状態となった。現在、徐々に離床を図り屋内歩行自立を目指している。

【考察】

本症例は腰椎圧迫骨折を契機に不安障害を併発した症例と考えられる。通常、腰椎圧迫骨折では短期間の安静で疼痛軽減と共に体幹装具の使用で離床を図ることが出来るが、本例では不安障害を併発したことから通常の離床の過程が困難であった。在宅訪問診療開始時には骨折発症からの時間や身体所見と、動作における患者の表情とに乖離があることから、精神症状がADLの低下に影響を与えていることが考えられた。可能な範囲で診断を行い、結果的に内服治療と行動療法を実施していくこととなった。内服治療の効果発現には1-2週間を要するが、行動療法(最初は訪問診療で行い後に訪問リハビリへ移行)では、様々な動作を行う時に疼痛がないことを本人が自覚することがより複雑な動作への取り組みを容易にしていた。

一方で、在宅で理学療法(作業療法)を進める場合、家族の理解と協力が不可欠であり、実

際の介助を直接実践し指導することで理解を進めることが必要と考えられた。