

45. 「人」として理解する試みが自傷行為を減少させた症例の経験

永井病院リハビリテーション科¹，永井病院医師²

○種田 祥子¹，大前 賢史¹，市川 徳和²

【はじめに】

当院介護病棟に入院する患者の多くは要介護 4，5 と認定されており，患者の身体機能の問題やそれにとまなう在宅での介護困難などの問題で退院先に難渋し，長期入院となるケースが多い。今回，社会的背景により在宅復帰困難な左片麻痺，高次脳機能障害をとまなう症例を担当した。不穏や自傷行為があり，当初訓練に難渋したが，「症例」ではなく，「人」として接することで症例の内面の変化や若干の機能的変化を得られたので報告する。

【症例紹介】

75歳女性。診断名：急性硬膜下血腫。要介護 5，独居。平成 21 年 11 月，自宅にて転倒し右顔面強打，A 病院へ救急搬送，CT にて半球間裂，右後頭葉～右中頭蓋窩内側に連動した血腫を認めた。2 週間後，意識レベルが低下，血腫増大認めたため，血腫除去術施行。平成 22 年 1 月，リハ目的での B 病院転院を経て，同年 7 月 17 日，リハ及び介護療養目的にて当院入院となった。

定年まで教師をしており，発症前は認知症もなく，性格も穏やであったが，発症後は躁鬱傾向で，怒りやすくなり，大声をあげ興奮したり，時折意味不明な発言も聞かれるため，夕食後にデパケンを 0.5g 服用しているが病棟での不穏は変わりなく続いていた。

また，半側空間失認，身体失認を呈しており，不穏状態では「早くこの子を切り捨てて」，「どっか行ってほしいから包丁を持ってきて」と興奮し左上肢を叩く，噛みつくといった自傷行為がみられた。理学療法においても不穏状態となり，評価，治療の進行に支障をきたすことが度々あった。

【理学療法評価】

- Br.stage: 上肢 IV，手指 V，下肢 IV
- 筋緊張: 上肢は亢進，下肢は低下。
- 腱反射: 上腕二頭筋，上腕三頭筋，腕橈骨筋 (++)。膝蓋腱，アキレス腱 (-)。
- 高次脳機能検査: 線分抹消テスト，図形模写，時計描写，自画像にて，左反側失認 (+)。
- HDS-R: 19/30。減点項目は，見当識，計算，短期記憶。
- 表在感覚 8/10 (上肢・体幹・下肢)。深部感覚 2/5 (下肢)。
- ADL:FIM52/126。減点項目は，セルフケア・排泄・移乗・移動・コミュニケーション，社会認識の全ての項目。
- 座位姿勢: 左側上肢は体側や背部に位置している。右側への重心偏位があり，右側上肢で座面を支持するも，pusher 症状が出現し，左後方へ倒れることが多く，長時間座位保持困難。平衡反応，立ち直り反応 (-)。
- 起き上がり動作: 頸部を屈曲するが体幹回旋することができず，左側上肢を無視した状態で起き上がろうとするため失敗する。on-elbow の状態からは右側上肢で体幹を支持し，自力で起き上がる。動作途中の口頭指示に対しては混乱し，結果興奮する。
- 立位保持困難。歩行不可。

【アプローチと経過】

症例の身体機能の向上を目標に関節可動域訓練，感覚訓練，座位 (バランス) 訓練，立位訓練を施行した。しかし，不穏状態は続き，訓練拒否や訓練が中断されることも多く，症例の身体機能に変化はなかった。介入 1 ヶ月後に，症例の社会的背景や心理的背景を考

慮した関わりを持つことに重点を置き以下の項目を考慮したうえで訓練を実施した。

- ① 常に声かけを行い、左上肢にはスキンシップを取り入れる。
- ② コミュニケーションを重視し症例の訴えを傾聴する。
- ③ 実施する機能訓練は目的を必ず説明する。

介入2ヵ月後、HDS-R23/30、FIM54/126であった。身体機能評価に大きな変化は認めなかったが、座位姿勢は右側への重心偏位が軽減し、pusher症状と左後方への倒れ込みが減少、長時間座位が可能となった。また右上下肢の平衡反応、体幹の立ち直り反応が出現した。当初、左上肢を自分のものではなく面倒で不必要なものだと認識し、不穏状態となり、「言うことを聞きなさい」と叱りつけたりした言動は、時折みられるものの少なくなり、叩く、噛みつくという自傷行為はなくなった。また、時々左上肢を撫でながら「この子かわいいでしょう。たまにいうことを聞かないけれど、かわいいから放っておけないの」などと笑顔を見せられるようになった。

【考察】

残存する障害に対し、身体機能改善に偏重した規格化された治療プログラムを立案したことで、理学療法としての目標が不明確となり、症例自身の個人的価値観や心理社会的側面に対するの考慮に欠けるという理学療法士自身の問題空間が生じていた。症例の持つ不安を十分に考慮しないままに、左上肢や左側空間の存在を一方的に認識させようとしていた結果、不安を助長し不穏状態を悪化させている可能性があると考え、症例を「人」として理解することを重視した関わりを持つように心がけた。機能訓練に至る前に必要なことは、一人の人として関わることであり、症例が左上肢に対して「自分のものではない」と不穏状態になっても、症例の言動を否定せず、損傷した身体を通じてどのような経験をしているのか、またそれがどういった行為に繋が

っているのかを観察した。また信頼関係を築くため、訓練時間内外でのコミュニケーションを重視した。できるだけ声掛けをすることを心がけ、左上肢に対してはスキンシップをとりながら、症例自身の身体の一部であることを促し続けた。その結果、症例の言動に変化が表れ始め、左上肢に意識を向けることができるようになり、左上肢の存在を「一緒に行動し生活するもの」と認識するとともに自傷行為は著しく減少した。これらが改善した理由として、症例との間で「人」と「人」との関わりを持てたことにより安心感が生まれたのではないかと考える。コミュニケーションに難渋した初期では、拒否もみられたが、徐々に機能訓練も実施できるようになり、座位保持や座位バランス能力の向上もわずかながら認めた。現時点ではまだ不十分であり十分な訓練効果は見いだせていないが、症例の自傷行為がなくなり、「かわいい」と発言するようになったことは、専門的な理学療法アプローチを展開していくための第一歩であると考えている。

症例自身は在宅復帰を望んでいるが、残存する高次脳機能障害や片麻痺による運動機能障害により在宅復帰困難な状況にある。また、社会的背景として家族の介護を得られない事情があり、今後は、当院を含めた介護療養型施設が生活の場となる可能性が高い。脳損傷による構造的な問題は、理学療法では解決できないかもしれないが、症例に当院での生活を送る限りはより有意義に過ごしてもらえるように努力する必要がある。療養型病棟における理学療法士には、症例を一人の人として理解し、生きる喜びを提供していく役割があると考えられる。結果、その「人」として必要な専門的治療介入を見出せていくのではないだろうか。

今回、症例を「人」として理解しようとする姿勢から、認識や症状に変化を与えられる可能性があることが示唆された。