

老年期における脳梗塞発症後の患者への Therapeutic Recreation アプローチ ～回復期リハビリテーション病棟での一症例～

森 美和子 [仁寿会 石川病院]

はじめに

回復期リハビリテーション病棟は、自宅退院を目標にしている。しかし、老年期の患者は、機能回復の程度や家族介護力が如何に良くても必ずしも自宅へ退院するとは限らないため、施設での生活を意識して介入することも大切である。老人施設入居者の QOL はデイサービス利用者に比べて身体状況・家族との関係・社会交流・レクリエーションにおいて消極的な回答があったことが報告されている(東,長尾他,1999)。また、鈴木ら(2005)により施設における行事やレクリエーションの機会は、“社会参加の代替え”となる可能性が示唆されている。これらの報告から、退院後の施設生活でより自分らしく活動に参加できるような介入が必要であるとされている。Therapeutic Recreation(TR)はアメリカで他専門職同様保険が適応され、セラピストは治療法を用いて身体技能を高める・幸福感を高める・リハビリテーションプロセスの継続的な参加を促すなど言われている(American Therapeutic Recreation Association,2012)。現在、当院において TR は医師を筆頭に PT,OT,ST らとチームを組んでいる。今回、脳梗塞発症後に片麻痺,左半側空間無視,注意障害などが原因となり施設生活での困難さが推測された老年期の患者に対し,TR を通して個別プログラムだけでなく,集団や余暇パートナーとの交流の場を提供しながら余暇活動能力の再獲得を試みたので報告する。

症例紹介：

70 代男性,4 月上旬自宅で倒れている所を家人が発見 X 急性期病院へ搬送された。MRI/MRA にて脳梗塞(右大脳動脈域)が認められ保存的加療後,4 月末に当院へ転院した。看護師の機能的自立度評価表(以下 FIM)の結果,運動面 26 認知面 21 であった。FIM は病棟での ADL 評価である。食事では準備をすれば自力摂取は可能であったが,他動作はすべて介助を要した。認知面においても,社会的交流以外は介助を要していた。症例は,入院時昼夜逆転しており PT,OT,ST の積極的なリハビリの介入が困難となり 6 月より TR が介入した。

TR の評価と目標：

症例は社会的でユーモアがあり,知的好奇心が高い性格であった。定年後は老人大学に約 10 年通い,地域のボランティア活動にも参加していた。更に園芸・パソコン・雑誌の定期購読など趣味活動は多様であった。国際生活機能分類(ICF)の評価から個人因子として余暇活動への関心が高いことが示された。心身機能では,左片麻痺にて感覚鈍麻が認められた。また,高次脳機能障害を有し左半側空間無視,遂行機能障害,注意障害,見当識の改善が必要であった。参加に関しても,高次脳機能障害により安全管理が低く病棟での自立生活が困難で,地域での社会参加も困難になると推測できた。しかし,病棟で職員や家族とのコミュニケーションがみられ右上肢の動作に制限がないことから,余暇活動の参加が環境設定で促せると考えた。環境因子では,妻と死別し独居で介護者がいないことから退院後は施設入居であった。

このため、施設生活での余暇活動参加能力の再獲得を目標としてプログラムを実施した。

プログラム形態別の経過と結果

SOAP法を用いて記録し、個別の活動では目標を3期に分け第1期:病棟生活への適応、第2期:活動意欲の向上、第3期:余暇活動能力の獲得とした。週1回の集団レクリエーションと不定期で開催された余暇パートナーとの活動参加は評価表を用いた(表1,2)。

表1 集団参加の評価項目

| 参加意欲 | | | 対人交流 | | | 活動/集団への関心 | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | |
| 何度誘っても座が動いても欠席 | 声かけにて発動的に参加 | 自発的に参加 | 他者が名前を呼んでも無反応・無関心 | 他者と挨拶や何か聞かれた事に対して2着3着挨拶を交わすことが出来る | 不安/緊張 | 他者と感情を共有でき、日常会話をする事が出来る | その場に居るだけで集団に関心なし | 集団に関心を示し、集団に部分的に参加する | 集団に関心を示し、すべての活動に全時間内参加する |
| 短期記憶 | | | 不安/緊張 | | | 身体/認知活用 | | | |
| 活動中には内容を全く覚えておらず、かつ数週間以内の記憶を全く覚えていない | 活動中は内容を覚えて参加でき、かつ数週間以内の記憶を声かけにより少し思い出す | 活動中は内容を覚えて参加でき、かつ数週間以内の記憶を正確に説明できる | その場に来てでも、不安/緊張の高まりが伺えない。立ちまわらうとする | 活動に参加できるが不安/緊張があり、他者に依存する | 不安/緊張なく活動に参加できる | セラピストが想定した身体/認知活用が全時間の少ししか動いていない | セラピストが想定した身体/認知活用が全時間の半分は以上は動いている | セラピストが想定した身体/認知活用が全時間通じて動いている | |
| 注意の維持 | | | 状況理解 | | | 安全面 | | | |
| 活動中すぐに他に注意が向いてしまう | 自身の活動を達成できるが、職員や他患者の活動中に注意がそられる | 活動終了まで関心なく集中して参加できる | 活動内容/セラピストの指示を全く理解できない | 活動内容は理解によりほぼ理解できるが、他者からの指示は個別介助が必要 | 活動内容/他者ともに参加しできて理解できる | 活動参加中に危険な行動が2度以上認められる | 活動参加中に危険な行動が1度認められる | 活動参加中に危険な行動は認められない | |

表2 余暇パートナーとの参加の評価

| | | | | | |
|-----------------------|------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| ① 積極的な活動への参加 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | ①活動への興味や関心を全く表現しない。 | ②無音 | ③活動への興味や関心は、声かけ等によって見られる。 | ④活動への興味や関心を示し、時々積極的な参加が見られる。 | ⑤活動への興味や関心を常に示し、積極的な参加が見られる。 |
| ②-1 対人関係スキルの援助の必要性の程度 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | ①援助をしても他者に関わりたくない。 | ②援助をするとう他者との関係を構築しようとするが、自分から離さなければならない。 | ③他者との関係を構築しようとするが、維持に、援助が必要である。 | ④他者との関係の構築と維持がほとんど援助なしに出来る。 | ⑤他者との関係の構築と維持を自ら援助なしに出来る。 |
| ②-2 対人関係のスキルの質の程度 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | ①他者に関わらない。 | ②他者との関係を構築しようとするが、自分の気持ちを伝えない。 | ③他者との関係を構築しようとし、相手の顔も開ける。 | ④他者との関係を構築し維持するため、自分の気持ちを伝え、相手の顔も開ける。 | ⑤他者との関係の維持はとぎれることなく円滑に関係が保てる。 |
| ③-1 活動のルールを理解 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | ①活動に興味はあるが、ルールの理解が難しい。 | ②活動のルールの理解が、少しできる。 | ③活動のルールの理解が半分出来る。 | ④活動のルールを殆ど理解できる。 | ⑤活動のルールをすべて理解している。 |
| ③-2 活動のルールを守る | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | ①活動のルールを守らない。 | ②活動のルールを忘れ、守るのに常にヒントが必要でも、自己修正が困難な時がある。 | ③活動のルールを守れるが、自己修正はヒントを必要とする。 | ④活動のルールを守るのに、時々ヒントを要すが、自己修正が出来る時もある。 | ⑤活動のルールをすべて守り行動することができる。 |

個別介入

第1期:6月~活動性や覚醒の向上のため、園芸とパソコンを導入した。園芸では、種からの花の育て方を覚えていた。症例は左上肢の運動無視や動作性急で衝動的な行動がみられたが、口頭指示を無視するため近位見守りを要した。パソコン操作では、左半側空間無視によりキーボードの左側のキーの見落としがあったが、キーの位置を覚えており注意が向けられるようになった。しかし、キーの誤入力に対しセラピストの口頭指示に従う事が困難であったため、セラピストが画面を消すなどの介入による修正を必要とした。

第2期:7月~症例や家族の要望でトイレ動作の獲得を目指した。身体能力はあっても、介助量に日差があり失禁や失便も続き見守りレベルには至らなかった。症例は、前病院入院中に妻が死去したことを知らされた。その後”仏壇に手を合わせたい”や”外出許可が欲しい”と訴えたが、娘より外出が出来ないことを告げられると、リハビリの拒否や動作が依存的になるなど意欲低下が問題となった。TRでも症例のパソコンへの興味が消失したが、園芸や写真活動など自己表現の機会を提供し参加意欲が維持された。活動への注意が維持し左側へ注意が向くようになったが、動作性急で衝動的な行動は継続して見られた。

第3期：8月～現在 園芸では草引きで他患者の花を引き抜くなどの行動が見られ、近位見守りが必要であった。症例の余暇活動であった五目並べと将棋を導入した。間違っ手順に対しセラピストの口頭指示に従うことが困難な時があったが、症例のルールに従って実施すると活動への注意が維持できた。また、他患者が将棋をしていることにも興味を示すようになった。

余暇活動能力に関して動作面に問題がなく活動参加への興味も維持されたが、動作の性急さや衝動性が残った。また、ルールの誤りへの気づきが見られない場面では口頭指示では修正が困難で援助が必要であった。

集団レクリエーション

症例は、計画された活動に他患者と見守りで参加可能であった。参加は参加意欲・対人交流・集団への関心・短期記憶・不安/緊張・身体/認知活用・注意の維持・状況理解・安全面の9項目を3段階評価し(表1)平均値で示した(表3)。集団の中では積極的な対人交流(2.1)の場面が見られなかった。参加には開始の連絡を要しており、参加意欲の項目は2.3にとどまった。セラピストに依存することなく不安緊張(3)が示されなかったことや身体/認知活用(3)が自立していたことは集団活動への興味高さを示していると考えられた。

表3 集団参加の3段階評価(6/5～9/25)

| | 参加意欲 | 対人交流 | 集団への関心 | 短期記憶 | 不安/緊張 | 身体/認知活用 | 注意の維持 | 状況理解 | 安全面 |
|-----|------|------|--------|------|-------|---------|-------|------|-----|
| 平均値 | 2.2 | 2.1 | 2.9 | 2.6 | 3 | 3 | 2.7 | 2.9 | 2.8 |

余暇パートナーとの活動

症例は、個別介入の第2期に妻の死を知ってからリハビリへの意欲低下が問題となり他者との交流を促すためトランプやジェンガなど卓上ゲームを実施した。参加は、積極的な活動への参加・対人関係スキルの援助の程度・対人関係スキルの質の程度・活動のルールを理解・活動のルールを守るの5項目を5段階評価した(表2)。結果、症例に大きな変化は見られなかった(図1)が、積極的に参加し中等度の介助で対人関係が保たれ、活動のルールを理解していた。10回を過ぎると活動のルールを守る、片づけを自発的に行うなどの場面が見られ全体的に数値が上がった。更に、余暇パートナーを他セラピストに“コンビ”や“親友”と話し、病棟で挨拶を交わしており、他者との関係作りを体験できた。余暇パートナーの退院後に他者との交流の機会を希望したことは成果と思われる。

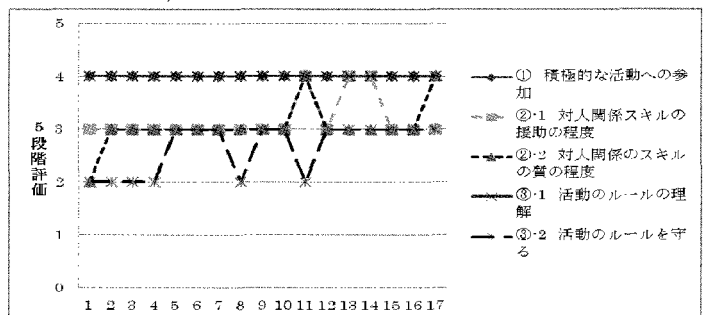


図1 余暇パートナーとの参加の5段階評価結果の変化

まとめ：

介入当初から活動意欲の低下がみられなかったのは、TRプログラム参加への動機付けが

内発的だったためと推測される。余暇は社会的心理学の中で主要な構成概念として「認知された自由」と「動機付けのタイプ」から成りマンネルとクーリーバー(1997=2004)は Neulinger(1981)のレジャーパラダイムモデルを図 2 に示した。病院でのリハビリは症例に自由は無く制約があると認知される。しかし TR は興味のある活動に焦点をおき内発的な動機付けを促すことができるために、症例がリハビリを楽しむことができる。

| 認知された自由 | 動機付けのタイプ | |
|---------|-------------------------|---------------------------|
| | 外発的 | 内発的 |
| 制 約 | 純粋な労働 (Pure Job) | 純粋な仕事 (Pure Work) |
| 自 由 | レジャー労働 (Leisure-Job) | 純粋なレジャー (Pure Leisure) |

図 2 原典)Neulinger, J.1981, To Leisure: An Introduction 出所)マンネル,クーリーバー(2004,p108)の改変

TR は日本で医療保険適応外でありプログラム提供に関して縛りが無いため、個別・集団・余暇パートナーとの活動を提供できる。症例の 9 月の FIM の結果は、運動機能面 33 認知機能面 23 合計 56 であった。入院時に比べ運動機能面の改善はあったが、認知機能面は変化が認められなかった。このような患者に対し、回復期リハビリテーション病棟で患者の余暇活動参加に必要な環境や認知面の問題点に必要な援助を特定すれば、老人施設入居後の社会性や活動意欲の維持・向上に貢献できる。TR 発祥の地アメリカにおいても脳卒中患者が退院後に利用できる TR の介入した地域サービスは少ない。脳卒中患者の退院後、地域生活への移行期に実施された STAIR プログラムは、患者の社会性や自己効力感に効果があったと報告された(Goldberg et al.,1997)。参加した患者と家族は、TR が社会性に貢献したと答えた。この調査の対象患者は自宅退院であったが、TR の社会性へのアプローチの有用性を示した。沖中(2007)は「ケア提供者が施設入所高齢者の言語化できない主張を引き出すように支援していくこと」の必要性を示唆した。TR が回復期リハビリテーション病棟で患者の余暇技能の再獲得や社会性の回復にアプローチすることで患者らの余暇活動参加に対する思いを維持期へ繋げることに貢献出来ると考える。

参考文献

- Goldberg G, Segal ME, Berk SN, Schall RR, Gershkoff AM. (1997) Transition after Inpatient Rehabilitation. Topic in Stroke Rehabilitation, Vol. 4 No. 1, p64-79
- American Therapeutic Recreation Association. Retrieved September 28, 2012, from <http://atra-online.com/associations/10488/files/TRIntegralAspect.pdf>
- マンネル C ロジャー, クリーバーダグラス A. (1997=2004). レジャーの社会心理学. (速水敏彦, 訳) 世界思想社.
- 沖中由美 (2007). ケア提供者に対する施設入所高齢者の隠された主張-もっとできる自分を知ってほしい- 日本看護研究学会, Vol.30 No.4, p45-52
- 鈴木圭子, 本橋豊, 金子善博(2005) 施設にクラス高齢者の人生の意味・目的意識とその関連要因-老年看護学の視点から- 秋田県公衆衛生学, Vol3. No.1 p32-38
- 東登志夫, 長尾哲夫, 吉村敏郎, 田原弘幸, 沖田実, 田平隆行, 榎原淳, 平貴天(1993). 老人保健施設入居者の主観的 QOL と対人関係-老人デイケア利用者と比較して-長崎大学医療技術短期大学部紀要 12, p.99-104