

回復期リハビリテーションにおける Therapeutic Recreation の可能性
シングルスタディーケースによる検討

森 美和子 [医療法人 仁寿会 石川病院]

キーワード: Therapeutic Recreation リハビリ 余暇教育

はじめに

Therapeutic Recreation (TR)は、1981年にアメリカで設立された NCTRC(the National Council for Therapeutic Recreation Certification)の認定する CTRS (Certified Therapeutic Recreation Specialist) という資格保持者によってアメリカやカナダを中心に提供されている [National Council for Therapeutic Recreation Certification, 2015]。当院のリハビリテーション部では、6年前から CTRS がレクリエーション療法士として介入しており、その役割は、個別または/そして集団活動を提供し退院後の余暇活動能力の再獲得や社会参加にむけて支援することである。TR の初期評価は、国際生活機能分類 (ICF) の評価と聞き取り、他必要に応じて GSES(General Self-Efficacy scale)などの評価に基づいて個別に目標設定する。記録は SOAP 法を用いている。

今回、胸腰椎圧迫骨折で入院し難病 (特定疾患) である多発性硬化症 (MS) を合併症に持つ患者を回復期病棟にて担当した。回復期リハビリテーション (以下、リハビリ) の役割は、在宅復帰であるが受傷した患者の退院後の生活への不安は大きい。セラピストには、疾患に対するアプローチだけでなく、個々の持つ合併症への理解が求められる。MS は、運動、感覚、協調運動、及び認知機能の障害を生じ、予後予測は困難 [Orsini Dombovy, 2001, ページ: 162] と言われ、リハビリは社会への再適応を目的にした新しい代償を作る [Orsini Dombovy, 2001, ページ: 168] ことが推奨されている。

本稿では、MS の症状により退院後の生活の不安を訴える患者に余暇生活の再獲得にアプローチした TR による介入 63 日間の SOAP 記録をもとにシングルケースを考察し、今後の課題を明らかにすることである。

症例紹介

70代女性で要介護3。診断名は、多発性胸腰椎圧迫骨折。X月腰痛が出現、他院のMRIにてTH9,10,11,12,L1,2,3,4に圧迫骨折を認め、リハビリ目的で当院へ入院となった。当院の急性期を経て回復期に転棟した際、急性期担当理学療法士(PT)よりTR介入の依頼があり、担当医より追加処方された。症例は、5ヶ月前の退院時のリハビリ中に不安が高まり立てなくなるなどの症状を認め、ADL低下の可能性を訪問リハビリに申し送られていた経緯があった。担当時にICF(図1)にて評価、既往はDM,HT第1,3腰椎圧迫骨折(当院6ヶ月間入院)、狭心症、脂質異常。合併症は多発性硬化症、視神経脊髄炎、骨粗鬆症。性格は、活動意欲が高く社交的。当院通所リハビリ他介護サービス等を利用していった。

症例は、病前の在宅生活はほとんど車椅子で過ごし調理活動は口頭で夫に指示を出す程度で前回の退院後時に獲得した能力を自宅で発揮できなかったと話し、活動範囲の狭小化を自ら指摘した。そして、今後はトイレの下衣操作の自立と調理活動に参加したいと活動意欲を見せた。一方、調理活動に関して”片麻痺の女性が自助具を使ってお料理をしたとい

う話を聞きましたが、私はそこまで望んでいません”と、消極的な発言が聞かれた。症例がしたいという気持ちも、しびれるから、目が見えにくいから出来ないという思いに消されている様であった。TRの問題点は、圧迫骨折による身体機能の低下だけではなく、しびれや見えにくさ等からくる不安が適応能力を低下させていることであった。当院通所の担当PTに利用時の状態を確認した所、上肢と認知機能は入院前と著変がないと報告を受け、症例が不安を起こす症状に適応する方法を提供し活動レパトリーを拡大させることが必要と考えた。そこで、調理動作獲得を退院時の目標にすることを提案し了承を得て、個別と集団での介入を実施した。

入院時はMMT右上肢4+、左上肢4-、左手指感覚障害あり。肩関節外転3レベル。下肢の筋力低下を認めるも車椅子自走、トイレ下衣操作は全介助。圧迫骨折の入院でコルセット着用状態でのトイレ操作の獲得が必要であった為、PT・OT・TR全体でトイレ下衣操作の獲得と耐久性の向上を図ることにした。PTにて移動能力の向上・OTにてお風呂の介助量軽減とADLの自立度の向上を目指した。また、本人の不安へのアプローチとして、MSの諸症状を緩和するのではなく、退院後の生活へ適応させる方法をチーム全体でアプローチする必要があった為、諸症状に直接アプローチをせずセルフストレッチなどの対処法を教える事をPT・OTに提案した。

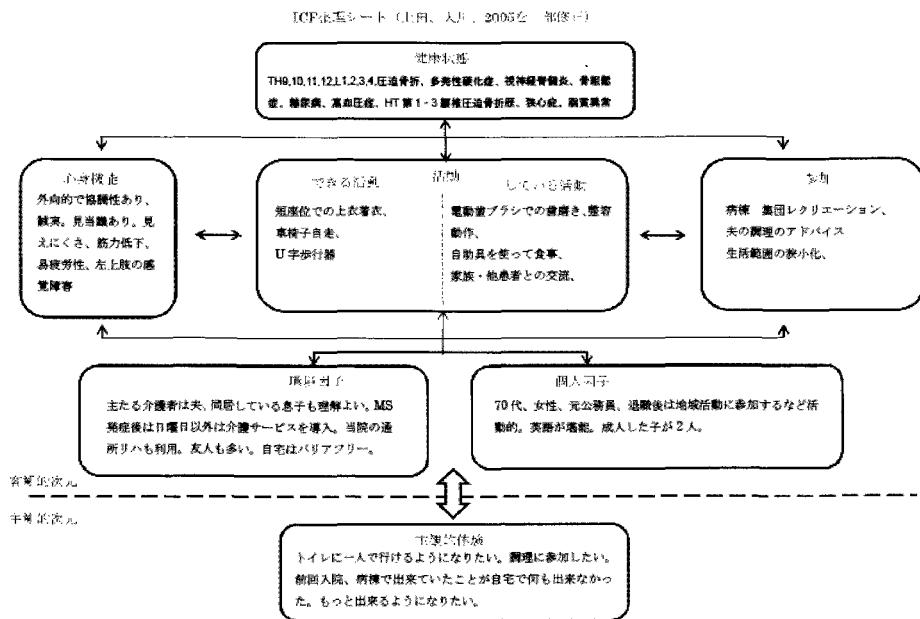


図 1

経過及び結果

初期 介入 22 日間

FIM 総合計 69 (運動 34/91 認知 35/35) GSET 10, MAS(Manifest Anxiety Scale)17: 通所リハビリ担当より、海外の友人にパソコンで手紙を書いていると報告があり TR で継続した。初回、左手指の巧緻性が低下していることに対し“両手が使えたらいいのに”と

コメントが聞かれた為、片手入力を紹介した。新しい動作法の獲得には意欲的で、右手入力にすることで入力がしやすくなる経験をした。さらに、タブレットを活用しながら、インターネット検索を通じて自助具や時短クッキングの紹介を試みた。”今回退院したら自宅で作れることをもっとしたい”と活動への意欲が高まった。集団レクリエーションは前回入院時も参加しており、初回の声かけ以降は自発的に参加された。

中期 介入 24 日間 FIM 総合計 74 (運動 39/91 認知 35/35) :

調理練習に向けて紫蘇の葉を調理ばさみで切る、ワンハンド調理まな板を使い、ピーラーでキャベツの千切りなど活動を導入した。活動レポートは広がったかに見えたが、疲労感の自覚が無く症例にあったペースで対処法を選ぶ必要があった。活動毎に今から立って作業するべきか・座ってするべきか・休憩をとるべきかの確認を続け、調理練習日には声かけなく判断できるまでに至った。調理練習では焼きそばを実施。シリコンスチーマーを使った電子レンジ調理が簡単に出来たことから、症例は”レクリエーション療法士は、楽ちんセラピストね”と話す場面も認め、調理練習を通して様々な適応体験をした。

後期 介入 17 日間 FIM 総合計 80 (運動 45/91 認知 35/35) GSET 8, MAS 17 :

症例に、新たな目標を尋ねた所、”前回退院して何も出来なくなったから何もできなくなってしまうようにすることを目標にしたい”と受けた。症例の訴えは目標でない為、何が出来るようになりたいか考えなければ帰っても何も出来ないこと説明すると”書字活動がしたいです。パソコン入力をしていた内容で手紙を書きたいです”と回答され退院までの目標とした。書字では車椅子座位での体幹の崩れを認め、便箋の置き場所、文鎮の使用を確認しながら数独や詩の書字など新しい余暇活動を提供した。症例から”入院中にこんな文化的なことも出来るなんて嬉しいですよ”と聞かれ、意欲的に取り組んだ。ここまでの経過は順調に見えたが、腰に激痛が起こるなどの経験からリハビリ中に多弁になる日も認めた。この頃、退院を前に不安の訴えが増えたと他セラピストからも聞かれた為、症例に MS の症状に対する認識を確認した。MS が難病であること、症例には両手指のしびれ、左上肢の感覚鈍磨、見えにくさがあると回答された。MS の主治医は他院であるが、リハビリチームで現状の身体能力で出来る動作や必要な環境設定の提案が出来ることを伝えた。その為に症例が疾患を積極的に理解していく必要があり、自己認識を促した。英語が堪能であった為、MS International Federation のセルフマネジメントを紹介、その冊子には自身の障害を知ることの大切さとその理解には 10 年かかると言う人らもいる [Multiple Sclerosis International Federation, 2015]ことが載っていた。”10 年!”と驚き涙を見せる場面も認めたが、”少しずつ理解して前向きになりたい、心配も残るが現状を受け入れて行きたい”と聞かれ、不安とどう付き合うか考えられる様になった。手紙を書き終えた際、以前楽しんだ絵葉書も挑戦したいと要望があり、最後には手紙に絵葉書を添えて送ることが出来た。訪問リハビリの面談では、書字やタブレット活動の為の環境設定について話をされたらと報告を受け、活動への意欲を感じた。また、最終日の GSET で、結果が前回より 2 点低いことに対し、”今は現実と向き合っているからでしょうね”とコメントが聞かれ症例の不安は以前と別の形になっていた。

考察

自宅での余暇活動能力の再獲得の支援を行った。退院後、手紙の返信が来たと電話を頂

き、その際に書字も続けていますと受けた。その声はとても活気があるものであった。介入当初から不安にともなう自己の残存機能の能力の過小評価を認めたが、TR の介入により退院後の生活への適応への準備をすることが出来た。

患者のダイヤモンドに応えることは大切であるが、リハビリ医療ではニーズを的確にとらえダイヤモンドとニーズのギャップを埋める為、患者が疾患と向きあえる様に支援する必要がある。患者のダイヤモンドのみに応え真のニーズに応えないことを上田(1983, p175)は、「悪しき妥協にすぎない」と説明している。本症例のようにMSの症状であるしびれが取れば、左上肢がもう少し動けばなどの発言に対してそれらを代償する手段を提示し獲得に導くことで、再適応が可能になる。すなわち、残存機能で余暇活動に参加出来るのである。神経難病において、チーム医療としてのリハビリ医療は疾患との付き合い方を学ぶことを可能にする [中馬, 2015]と考えられている。本症例に対しPT・OTの他職種連携により移動やADL面での適応だけでなくTRが余暇活動能力への適応を支援したことでさらに量だけでなく質を高めるリハビリが提供できた。

リハビリ医療において、「障害受容はキーコンセプトである」 [上田, 1983, ページ: 205] と言われている。TR介入においても障害受容という心理的過程のサポートは避けては通れず、患者の個別性を理解し障害イメージを現実的で客観的なイメージに適応できるように支援する必要がある [渡辺, 2000]のである。TRは余暇活動参加の困難さと向き合いながらも、したいと思う活動に適応する力を提供出来るため、患者はあきらめることなくよりよく生きる視点を持って退院することが出来るのではないかと考える。

日本におけるTRの実践例はまだ少ない為、今後さらにTRの介入の症例を蓄積しその可能性について発信していく必要がある。

Multiple Sclerosis International Federation. (2015 年 1 月). Ageing with MS: self-management issues. 参照日: 2015 年 10 月 7 日, 参照先: MS International Federation:

<http://www.msif.org/living-with-ms/ms-in-focus-magazine/ageing-ms/ageing-ms-self-management-issues/>

National Council for Therapeutic Recreation Certification. (2015). CTRS Profile.

OrsiniAJohn, DombovyLMary. (2001). 多発性硬化症とパーキンソン病のリハビリテーション. 著: LazarBRichard, 神経リハビリテーション (岩崎祐三, 山鳥重, 山本悌司, 訳, ページ: 168). 医学書院.

上田敏. (1983). リハビリテーションを考える一障害者の全人間的復権. 青木書店.

中馬孝容. (2015). 神経難病リハの現状と課題. OTジャーナル, 49(1), 12.

渡辺俊之. (2000). リハビリテーション医療と心理. 著: 渡辺俊之, 本田哲三 (共同編集), リハビリテーション患者の心理とケア (ページ: 3-4). 医学書院.