

事業部 症例検討会 報告

はじめに

先日は足元の悪い中、ご参加いただきありがとうございました。施設の行事や台風の影響もあり、参加者は約20名という小規模になりましたが有意義な議論ができたと思います。今回の症例検討も例年通り、経験年数別にグループを分けて議論していただきました。また、ウォーミングアップとして各グループに1つのテーマについて意見を出してもらいました。

ウォーミングアップのテーマと意見内容

臨床でよく見かける現象について、その原因や影響する可能性のあるものを意見していただきました。

① ベッド柵を引っ張りながら起き上がる

- * 柵を引っ張ることはいい事か、よくない事かはその人によって異なる
- * 痙性が上がってしまう場合はよくない事
- * 後々も含めて、痛みや身体に悪影響になる場合はよくない事
- * ベッドでは起き上がれるが、プラットホームでは起き上がれなくなってしまう
- * 自宅では布団で生活すると思われる人において、柵を使わない起き上がりは必要
- * 耐久性が低い人は、負荷量軽減目的でベッド柵を使うことはいい
- * 左右のバランスが悪い場合、ベッド柵を使うことで安定した動作が行える
- * 身体に悪影響がないなら、スピードが遅くても柵を使うのはあり
- * 自宅復帰する人で、生活を想定しての場面なら柵を使うのもあり
- * 胸郭や肩甲帯の柔軟性が乏しい
- * 体幹の可動域制限
- * 頸部屈筋群や体幹の筋力が弱い
- * 支持側の肩甲帯が安定している事と、肘の伸展能力が必要
- * 非支持側のリーチ動作
- * 感覚低下に伴う頭頸部によるベッド面への押し付けや両上肢の押し付け
- * 疼痛の有無や眩暈の有無も影響
- * ベッド面の固さをはじめとする環境も影響する

② 座位での傾き

- * プッシャー
- * 体幹筋力
- * 痛みによる傾き（うずくまる、痛みからの逃避）
- * ボディーイメージのゆがみ

- * 身体失認
- * 麻痺側の感覚鈍麻
- * 仙骨座りになっていること
- * ハムストの短縮による後方への崩れ（長座位）
- * 立ち直り反応が出ない
- * 頸部の指示性が弱く屈曲位（円背）→前方へ傾きやすい
- * 股関節の可動域制限
- * 恐怖心（倒れそうと感じるところからの逃避）
- * 視覚情報（急にモノが迫ってくるように見えている）
- * 体幹の筋緊張
- * 殿筋の筋力や筋緊張の左右差による厚みの違い
- * 脊椎の変形

③ 立ち上がり時の失敗

- * 下肢筋力低下
- * 体幹前景不十分、後方重心で困難
- * 骨盤の前傾が足りない
- * 股関節、膝関節、足関節などの可動域制限
- * 足底感覚の鈍麻
- * 恐怖感がある
- * 疼痛がある
- * 認知機能
- * 立ち上がり方法→伸展してしまう
- * 座面が低すぎる
- * 支持物が低すぎる・近すぎる、手すりが遠すぎるなどの環境面
- * バランス能力が低下している
- * 下肢に麻痺がある
- * 立った時の立ち眩みや眩暈がある場合
- * 体幹や下肢の協調性障害（失調）
- * 靴があっていない、踵を踏んでいるなど
- * 滑りやすい環境
- * 介助のやり方が悪い
- * 深く腰掛けすぎている
- * 装具があっていない
- * 臀部の感覚
- * 平衡感覚や姿勢反射障害の影響

④ 歩行時の反張膝

- * 大腿四頭筋の筋力低下や低緊張
- * 足関節の背屈制限
- * 生活歴としてピンヒールしか履かない女性が反張膝になっていたことあった
- * 麻痺側膝ロックしながら歩いている
- * 脚長差のある人
- * 外傷後の関節に変形がある人
- * 感覚の異常→位置覚、運動覚の低下
- * 反張膝が出ている人も歩行が安定していればそのままのこともある
- * 膝折れを防ぐための反張膝なら仕方ない場合もある
- * 下腿三頭筋の過緊張
- * 前脛骨筋の筋力低下や低緊張
- * 体幹の過屈曲
- * 股関節伸展制限
- * 支持側殿筋群の筋力低下や低緊張
- * 骨盤の回旋不足
- * 足部のアーチ不良
- * 腰椎の過前弯

以上、4つのテーマについて各グループから出た意見と、事業部が考えたものを含め、まとめました。教科書的な基本的知識だけでなく、広い視野で様々な可能性を考えられると対象者への理解が深まると思います。今後の臨床の参考にしていただければ幸いです。

症例検討 Case1

90代女性 びまん性脳損傷 両大腿骨γネイル術 両肩関節亜脱臼

☆ 介助量軽減に向けたアプローチ方法や介助方法について

- * 介入時間を短時間で頻回にしてみたらどうか
- * 体幹の伸展に対して、ヘッドサポートの車いすやティルトに変更してみる
- * 頸部や肩甲帯にアプローチしてみよる→ポジショニング
- * トランスファー時の立ち位置を変更→恐怖心を与えているかも
- * 介助時に体幹伸展されないような介助者の立ち位置を考える
- * 体幹の前傾を練習する→前傾ができれば高座位で立ちやすい環境での練習
- * 頸部も含めて屈曲できるように練習する→骨盤から動きを入れていく
- * 股関節の内転・内旋パターンで体幹が伸展してしまっている可能性あり
- * 股関節のROM拡大と骨盤後傾を促していくと介助量軽減できると思う
- * 伸展パターンが強いので、体幹前傾してもっと密着した方が介助量軽減する

- *人のいるところでリハビリをすることで刺激を増やす
- *移乗の方法は骨をロックして行う→介護士やナースにも移乗方法を指導
- *食事直前にリハをいれてみる
- *移乗動作時に協力動作を得る→ベッド柵を握ってもらうなど自発性を促す
- *起き上がり時は本来の動きに近い介助方法を行い、体幹の回旋など促していく
- *足底からの感覚入力を促し、床反力をつくりベッド端座位や移乗を行う
- *環境設定として、足底がしっかりつくようにベッドを低くしてみる

☆ 座位姿勢の崩れに対して

- *上肢に荷重をかけるようなポジショニングを試してみたらどうか
- *ベッド上でのギャジアップ角度によって緊張が緩む角度があるかも
- *車椅子のクッションの検討→ロホクッションやずれ落ち防止のもの
- *骨盤が右へ引き込んで崩れているなら、タオルなどを詰めて整えてみる
- *車椅子の方がずれ落ちにくそうに見える
- *臥位でのギャジアップでは足底に固めのクッション、足部にタオル使いアライメントを整えてみる
- *大腿の下と両大腿の間にクッションを入れる
- *車椅子座位では丸めたタオルで右に行かないように止める
- *座位保持できる時間を把握し、タイマーなどで管理する
- *しっかり除圧する
- *車椅子座位ではオーバーテーブルを使用し、体幹の前傾を促す
- *車椅子座位ではオーバーテーブルを使用し、前方への恐怖心を取り除く

☆ 病棟 QOL や活動性向上のための対応とアプローチ方法について

- *車いす座位で過ごす時間を増やし、刺激量を多くする
- *TV をみる、好きな写真を見せてもらう
- *家族の面会で反応がいいので、家族写真を用意してもらう
- *本人の好きなもの（すしの写真や絵）をテーブルに乗せて、好きな順に並べるなど興味を引き、会話につなげていく
- *離床が2時間以内なので、その日の体調に合わせて時間を決め、ナースなどと協力してスケジュールに入れて離床させる
- *天気の良い時は外に出て、日光浴しながらすしについて語り合う
- *本人の興味が出るような写真を見せてもらう
- *院内は閉鎖的なため、外に出るなど環境を変えてみる
- *失語や認知機能低下もあるので、回想法を利用して発語などにつなげていく
- *側臥位や体位交換時に肩を痛める危険があるため、病棟職員に指導が必要
- *スケジュールを固定して離床を促す→家族にもスケジュール渡しておき、一緒に散歩

をしてもらう

- * 座位で行えるレク（風船バレーなど）に参加してもらう
- * 家族の協力が必要→面会時は必ず車椅子に座る、リハビリを見てもらうなど
- * シーティングを行い、座位保持時間の延長を（クッションの前方を高くするなど）

症例検討 Case2

80代女性 右視床出血 両膝 OA（右 TKA）

☆ ADL（主にトイレ動作）の介助量軽減に向けた介入について

- * 膝を中心にアプローチ行う→荷重を乗せられるようにする
- * 痛みが本当はないか確認しましょう
- * 膝サポーターを作成してアライメントを整える
- * 足底板をいれて高さを整える
- * 左上肢をたくさん使わせる
- * SHB をつけて左足に荷重しやすい条件にする→足関節に刺激を入れる
- * 移乗時は前方介助を行い、離臀を練習する
- * L 字バーなどを利用して体幹前傾を促す
- * 退院後を想定し、家族に意見を聞く→家族への指導も
- * もう少し高め的位置の手すりなどを使い、右足を中心に方向変換できるように練習
- * 足関節底屈が強く、前傾しにくいので背屈の ROM 拡大したい
- * 歩行よりも、座位や立位を練習していく
- * 座位でも右肩上がりなので、左臀部や左足部に体重を乗せていきたい
- * 痛みの軽減をしていく
- * 物理療法やストレッチ、リラクゼーションをしてから立位練習を行う
- * 家族にリハを見てもらい、介助法など指導していく
- * 歩行時に痛みが出ているので、装具、サポーターなど使用した方がいい
- * 動作ごとに疼痛の有無や程度、場所の把握をする
- * 歩行の改善が見込めない場合は、車椅子での生活も想定する必要がある
- * 移乗時に左方向への動きがスムーズに見えるので、左下肢への荷重練習のために左方向への移乗動作を練習していく
- * 歩行時、1 歩めのみ痛そう
- * 感覚鈍麻、随意性、支持性低下に対してもっと介入してもいい
- * 右上肢の引き込みがあるため、半球間抑制の影響、左側の動きを阻害している可能性

☆ 本人の自発性を促していくための関りについて

- * 自分から発言する機会を作る
- * TV や塗り絵など離床する機会を増やしていく
- * 脳に刺激を入れていく

- * 車椅子の自走を促す→車椅子座面の高さを低くし自走しやすく
- * ポジティブな声掛け、フィードバックを行う
- * 小さな成功体験を複数積んでいく
- * 車椅子の自走練習
- * 車椅子で自分の意思で動くことができれば自発性出てくるかも
- * 離床時間を増やし刺激を与える→余暇活動など
- * トイレに行きたいなど自発的な発言が出るまで待ってみる
- * 絵画が趣味なので、いつでも描けるように、デイルームなどに用意しておく
- * 両手でできる動作機会を増やしていく
- * 集団レクへの参加を促す
- * 好きなことが同じ人で集まり、作品を見せあって会話の機会を促す
- * 実際は痛みが強くて余裕がないかも
- * 姿勢保持や動作遂行がやっとの状態では発言する余裕ないかも

以上、2つの症例に対して検討していただきました。今より少しでも良くしたいという担当者の想いに応えるように、様々なアイデアや視点、アプローチ方法などがあがりました。今回の検討会で出された意見や視点を臨床に生かして頂きたいと思います。

おわりに

資料をしっかりと作りこんだ症例検討会は、各施設や学会などで経験していると思われるため、できるだけ情報を省いて画像や動画を見ながら考えていただき、議論していただきました。症例検討会に参加された皆様、ありがとうございました。

やや検討時間が長かったこともあり、議論が止まってしまうこともありましたが、事業部の進行方法やグループ分けに課題が残りました。今後も懲りずに参加していただければ幸いです。また、今回よりもさらに簡易的にした、ミニ症例検討会を毎月第三金曜日に行っていますので、興味のある方はご参加よろしくお願いたします。