

学 会 発 表

シンポジウム・パネルディスカッション

神経性やせ症治療に対する「行動制限」の有用性と必要性

JCHO 湯布院病院 内科・心療内科

大隈 和喜

演者は、重症の神経性食欲不振症の治療において行動制限は本疾患の本質的な部分に対して有用性があると考えている。ただ、行動制限はやみくもに個室に留置するといった類のものではない。演者はほとんどの入院症例で入院前後を含めて感想文を記載させ、それを基に面接してきた中で、なぜ行動制限が有効なのか患者自身から教わってきた。行動制限は元来、回避行動遮断、刺激統制など疾病環境からの隔離目的や、行動異常へ負の報酬もしくは行動修正による制限解除が正の報酬となる等、行動療法的意義が付与されてきた。この捉え方は大枠で間違っていないが、思春期課題の逃避・回避といった既存の見方を越えて、演者はさらに積極的な病態への作用点があると考えている。行動制限が、発病初期の成功感や高揚、中期以降は過食嘔吐の嗜癖性等に対し、刺激統制として意義を持つことに異論はない。ただ、より注目すべきは極端な低体重を維持するための節食や排出、運動のプログラムを絶えず遂行し、それを逸脱することに甚だしい不安、恐怖を示す本症の特性である。代謝率の低下や脱水、電解質喪失もあって、普通に食べると止めどなく太るという観念も固定している。入院中の行動制限は、“普通に食事を摂り続けると体重や体調、思考がどうなるのか”という命題を完遂させる手段としての意義がある。逸脱行為の徹底的遮断はそこに通じる。一方、患者の脳は大切な思春期にほぼ体重維持を目的に酷使されている。演者は常に患者を大部屋に置いてきたが、それは行動制限によって痩せの呪縛から解放された脳が他者交流を開始するのを感想文上で確認するためでもある。対人交流復活が本症治療のもう一つの目標なのは周知の事実である。治療を終了した患者が、「行動制限されて脳と身体を取り戻せた。普通に食べても思ったほど体重が増えない」と最後に語れるように用いるのが行動制限の望ましいあり方だと考える。

外泊を通して家族の不安が軽減し、独居生活が再開できた事例

～キーパーソンとの合意形成に向けた関わり～

JCHO 湯布院病院

濱福 捺美

外泊を通して家族の不安が軽減し、 独居生活が再開できた事例

～キーパーソンとの合意形成に向けた関わり～



湯布院病院

○濱福 捺美 大田 繁 柿山 祐 片岡 士

はじめに

生活行為向上マネジメント(以下、MTDLP)は対象者・家族との合意形成を図り、対象者が自身の回復に積極的に関与できることを重視している。

今回、キーパーソンと異なる意向を示した事例に対し、MTDLPを活用した。

結果、合意形成を図る上でMTDLPの思考過程は有用であったため報告する。

事例紹介

70歳代女性 独身 脳梗塞後遺症(右片麻痺)

【心身機能】

麻痺(VI-VI-VI)、軽度の観念失行、中等度の運動性失語

【ADL】

両手動作、独歩にて見守り～自立

【キーパーソン】

近隣に住む弟。発症前から家族関係は希薄であった。

【生活歴】

18歳で東京に上京後、60歳までOLや家政婦、調理師として働く。10年前に帰郷し、その後は独居生活となる。

外向的な性格で、発症前は茶道教室の講師や友人との麻雀、写真撮影、俳句や自分史の作成など多趣味であった。

生活行為聞き取りシート

生活行為の目標	自己評価	初回
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標1 上手に話せるようになりたい。	実行度	1/10
合意目標:	満足度	3/10
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標2 家のことができるようになりたい。	達成の可能性	■有 □無
合意目標:	実行度	1/10
	満足度	3/10
	達成の可能性	■有 □無

ご家族の方へ
ご本人の目標について、もっとうまくできるようになってほしい、あるいはうまくできるようになる必要があると思う生活行為がありましたら教えてください。

自宅退院には消極的。

キーパーソンとの合意形成の過程

3. 目標を見直し、事例・キーパーソンと共有した

事例との合意目標

- ・家事全般が自立し独居生活が行える。
- ・友人と趣味活動が再開できる。

事例・キーパーソンとの合意目標

- ・再発予防に向けた内服や血圧管理が自立する
- ・携帯電話で緊急時に連絡ができる。
- ・家事全般が自立する。

アセスメントシート

生活行為目標	家のことができるようになりたい。上手に話せるようになりたい。	合意した目標	家事全般が自立し独居生活が再開できる。友人と趣味活動が再開できる。
--------	--------------------------------	--------	-----------------------------------

アセスメント項目	心身機能・構造的分析 (精神機能・痛み・感覚・神経筋骨格・運動)	活動と参加の分析 (運動・移動能力・セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具・環境変化・支援と関係)
生活行為を妨げている要因 (ICFコードを併記)	・軽度の失行症状 ・中等度の運動性失語(WAB-AQ51.5) ・手指に感覚障害 ・感情失禁あり	・日用品の誤使用あり ・入浴に介助 ・自発話には聞き手の推測を要す ・PCや携帯操作が困難 ・書字・数字の理解は困難	・独居生活 ・寝室が2階 ・家族との関係が疎遠 ・KPIは自宅退院に消極的 ・元来、金銭管理が不十分
生活行為の達成可能性 (ICF併記)	・BrStage: VI-VI-VI ・上下肢MMT5 ・知的面良好 ・外向的な性格 ・病識は高い	・入浴、整容以外のセルフケアは独立 (FIM:運動91点、認知31点) ・日常生活はジェスチャーを使用し、病院職員と可能	・近隣住民との交流が多い ・日用品の買い物は、バスで10分程度の距離にある ・多趣味である
生活行為の達成可能性 (ICF併記)	ADL、IADLが自立し、独居生活を再開できる能力が獲得できる。 日常生活面でのコミュニケーションが代償手段を用いて成立できる。		

プラン演習シート

合意した目標	基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
再発予防に向けた内服や血圧管理が自立する	①服薬、血圧管理の指導 ②巧緻動作、協調動作、物品操作練習 ③言語訓練 ④屋内外の歩行訓練	①家事動作練習 (調理、洗濯、掃除) ②外出訓練(買い物) ③携帯電話の使用 ④他者交流場面の設定 (書字やジェスチャーでの意思伝達)	①在宅訪問 ②試験外泊 ③地域包括支援センターをキーパーソンに紹介する
誰が支援してくれるか	①Nsと実施 ②OT訓練で実施 ③ST訓練で実施 ④PTと実施	①②OT訓練で行う ③④OT、ST訓練で行う	①②入院1ヵ月後に家族見守りのもと実施。 ③④回目的試験外泊で地域包括支援センターの職員同席のもとで行う。
再発予防に向けた内服や血圧管理が自立する	①～④面会時に状況を確認する。または見学を行う。	①③④⑤面会時に状況を確認する。または見学を行う。	①②なるべく本人主体で行えるよう、見守りのもとで行う。
再発予防に向けた内服や血圧管理が自立する	①Ns、栄養士、再発予防に向けた自己管理指導を行う。 ②OT: 本人と行う。 ③ST: 本人と行う。 ④PT: 本人と行う。	①～④OT: 本人と行う。 ④Th: Ns: 訓練室やホールなどで他患者を交えて活動を行える場を設定する。	①②OT、MSW: 家族指導、スケジュールの立案 ③MSW: 包括支援センターへ相談を行う。

家族への病状説明(入院3週)

目的: 病状説明・キーパーソンとの目標共有

出席者: 主治医、OT、Ns、MSW、本人、キーパーソン

説明内容: 高次脳機能障害

予後予測を踏まえた退院後の能力目標

事例と合意目標

- ・家事全般が自立し独居生活が行える。
- ・友人と趣味活動が再開できる。

キーパーソン

「万が一を考えると一人にさせるのは不安。」

在宅訪問(入院1ヵ月)

目的: 事例の能力を確認し、課題を抽出する

同行者: 事例・キーパーソン・Ns・Th・MSW

実施内容: ADL・IADLの模擬動作を実施

- ・2階への階段昇降、浴槽の出入り
- ・ガスコンロの使用、2階ベランダでの洗濯物干し

結果: 事例「一人でできたから大丈夫」と意欲的

キーパーソン「今回はできたけど一人で生活ができるか不安」

課題

IADLを含めた起床～就寝までの自立した生活

キーパーソンとの合意形成の過程

1. 自宅退院が不安な理由をキーパーソンに聴取した

- ・生活支援がなく一人で生活できるのか?
- ・再発した場合の対応はどうするのか?
- ・緊急時に状況を伝えることができるのか?
- ・金銭管理ができるのか?

2. 課題分析シートにて課題の優先順位を決定した

アセスメント能力	現状能力	予後予測		課題重要性
		このまま推移	介入後	
緊急時の連絡	一部介助	一部介助	自立	1
服薬管理 (血圧測定も含む)	していない	見守り	自立	2
買い物	していない	時々	週1回以上	3
食事の準備	していない	時々	週3回以上	4
洗濯	していない	時々	週3回以上	4

試験外泊(入院2ヵ月)

目的: 実生活場面での実行状況の確認

同行者: 事例・キーパーソン

実施内容: ①入浴

- ②昼食の準備、洗濯
- ③友人との日常会話

結果: 事例「言葉は出にくかったけど、他はできたと思う。」

キーパーソン「想像以上に一人で生活ができていた。」

課題

買い物が実施できず、服薬や血圧管理に介助を要した

家族への病状説明（入院2カ月）

目的：入院からの経過説明と退院先の決定

出席者：主治医、OT、Ns、MSW、本人、キーパーソン

説明内容：心身機能、活動、参加面の改善状況
退院後の予後予測



結果：家族から独居生活の再開に同意が得られる

事例・キーパーソンとの合意目標

- ・再発予防に向けた自己管理や家事が自立し、独居生活が再開できる。
- ・趣味活動が友人の協力にて行える。

退院1カ月後の様子

病前同様、キーパーソンの積極的な関わりは少ないが、自己管理や家事全般は自立し、本人主体の生活が送れている。

趣味活動は、近隣に住む友人と麻雀や詩吟、写真展に入院中の写真を出展するなど地域行事へ積極的に参加している。



写真出展の風景

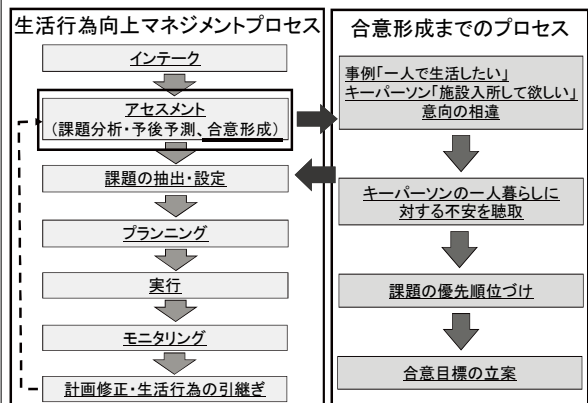
2回目の試験外泊計画（入院3カ月）

前回の課題：バスの利用、買い物、服薬・血圧管理
事例の希望：お墓参り、携帯電話の使用

日付	時間	支援者	工程
2日目	6:00 7:00	本人	起床、整容、着替え 朝食、片付け、服薬、血圧測定 準備（お金、携帯、ノート）
1日目	8:00 9:00 9:50頃		弟夫婦は午前中に公文があるため帰宅 姪っ子が姉を連れて来る バス停まで移動
	10:01 10:17	姉、包括職員	発着 AT-compassで買い物（昼食）
	11:19 11:33		発着
	12:00頃	姉、弟夫婦	自宅に帰宅し、包括職員と解散 弟夫婦と自宅で合流し、昼食 服薬、血圧測定 荷物の整理
	15:30 16:00	弟夫婦	弟夫婦の運転で自宅を出発 病院に帰院

1日目
・服薬・血圧管理
（朝・昼・夕）
・携帯電話の使用
・お墓参り

まとめ



2回目の試験外泊当日（入院3カ月）

目的：前回の課題と屋外活動の確認

同行者：事例・キーパーソン・地域包括の職員

実施内容：①バスの利用
②買い物の支払い
③服薬、血圧管理



キーパーソン「厳しい目で見ていきたい」と
自宅で生活することを容認する
発言が聞かれた。



まとめ

今回、事例と異なる意向を示したキーパーソンに対して、課題抽出やプランニングを共に考え、納得が得られた上でプランを実行した。このようなMTDLPのマネジメントプロセスが、合意形成を図る一助になったと考える。

今後も、対象者だけでなく支援者となる家族にもMTDLPを活用し、主体的な生活を目指せる作業療法を提供していきたい。

最終評価（退院時）

試験外泊を通して、ADL・IADLは自立した。また、必要に応じてキーパーソンや地域包括支援センターのサポートを受ける調整ができ、自宅退院となった。

生活行為の目標	自己評価	最終
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標1 上手く話せるようになりたい。	実行度	1→5/10
	満足度	3→8/10
合意目標 ：趣味活動が友人の協力にて行える。	達成の可能性	■有 □無
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標2 家のことができるようになりたい。	実行度	1→5/10
	満足度	3→8/10
合意目標 ：再発予防に向けた自己管理や家事が自立し、独居生活が再開できる。	達成の可能性	■有 □無

学会発表 (シンポジウム・パネルディスカッション)

医療・回復期(在宅復帰) 試験外泊を通して家族の不安が軽減し、独居生活が再開できた事例 湯布院病院: 濱福捺美、大田繁、柿山祐、片岡士

事例紹介	年齢: 70歳代 性別: 女性 疾患名: 脳梗塞(左MCA領域)	介護保険: 非該当
	【介入までの経緯】病前は独居生活で、近隣住民と茶道教室や麻雀、パソコン(日記、俳句打ち)などを楽しみとして暮らしていた。CVA発症し、当院回復期リハビリ病棟に入院となった。独居生活の再開に家族は否定的であり、不安が強かった。そこで、課題を整理し解決することを目的に、MTDLPを導入した。 【本人の生活の目標】本人:「言葉がうまく話せるようになりたい。家のことができるようになりたい。」 家族:「再発のことや言葉が話せないで家で一人にさせるのは不安。施設に入りたい。言葉がもっとしっかり話せるようになってほしい。」	

	初期(入院時)	中間(2か月後)	最終(5か月後)
ADL IADL 状況	○病棟内の移動は独歩見守りで実施。 ○セルフケアは両手動作にて実施。(FIM91/126点) ○観念運動失行と手の痺れから巧緻性が低く、歯磨きや食事場面で道具の使用に誤りを認める。 ○言語機能は、聴理解は良好であるが、文字理解の低下や喚語困難が著明であり、会話では相手の推測を要する。	○病院内のセルフケアが独歩で自立した。 ○漢字の書字が可能となり、ノートを使用し、日常会話の意思伝達が可能となった。 ○パソコン操作は、キーボードの配置表を使用することで、誤りは軽減した。 ○携帯電話は、操作が理解できず頻回にスタッフの修正を要していた。 ○独居生活に対し、家族は「生活が成り立たないのではないか」と依然否定的。	セルフケアや家事全般は、2度の外泊で家族見守りのもと行えることが確認できた。(FIM122/126点) また、喚語困難は残存するが、ノートを使用した代償が定着し、書字やジェスチャーにて悩み事や日常の出来事をスタッフや家族に伝達できるようになった。携帯電話は、操作を習得し、遠方に住む友人に電話をかけることができるようになった。パソコンは、環境調整(キーボードの配置表の作成)を行うことで、俳句打ちが自立した。
生活行為 目標	○ADLや家事全般が自立し、独居生活が可能となる能力が獲得できる。 ○緊急時に電話でのやりとりが可能となる。 ○趣味活動(パソコンでの日記、麻雀)は、環境設定や友人の協力のもと可能となる。		【考察】今回の発症により、家族は独居生活の再開に否定的であった。しかし、課題(調理や買い物、他者との会話)が解決できるよう具体的な対策を示し、外泊を行ったことで、家族の不安は解消され自宅退院に至った。自宅退院に向け、家族を巻き込み課題を共有した関わりが重要であったと考える。
介入内容	①ADL訓練(整容、入浴、歩行訓練) ②上肢機能訓練(感覚入力、巧緻動作、筋力訓練など) ③言語機能訓練(音読、写字、会話訓練など)	①IADL訓練(調理、洗濯、買い物) ②外泊に向け本人や家族と課題整理、指導(各生活行為と家族の対応などを提示) ③携帯電話の操作確認 ④余暇活動の導入(パソコン、絵はがき)	



ADL訓練(整容場面)



調理訓練(お茶立て)



外泊前に家族と課題整理、指導

結果	外泊を通して課題が解決できたことで独居生活が再開でき、IADLが継続して可能となった。退院後は、言語機能の維持・向上に向けて医療保険での週1回の訪問リハビリ(ST)や定期的なサポートのため地域包括支援センターが介入することとなった。
課題	失語症の影響や茶道教室を閉講することとなり、活動性の低下が予測されるため、地域活動や友人との交流機会が必要である。