

12

治療（副作用・合併症）

症例発表(1)

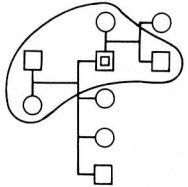
アザチオプリン投与により汎血球減少症をきたした慢性関節リウマチ患者の看護

〔松山赤十字病院14病棟〕

伊沢 香純・大石 奈美・上岩 とよ子・矢野 茂子

図1 症例

患者：Y氏 58歳 男性 職業：以前は農業
 診断名：慢性関節リウマチ
 入院期間：H4.2.21~8.31
 既往歴：なし
 家族構成：



家族歴なし

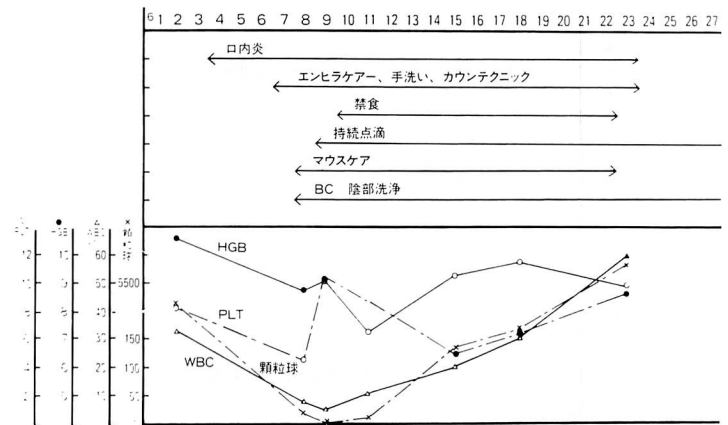
表2 経過(入院前)

S47年両手指関節痛にてRA発症
 以後、某医にて疼痛処置のみ施行
 H4.2.21. OP薬物コントロール目的にて入院
 (入院後から内服開始時期)
 3/2 右THR 3/30 左THR 5/6 両TKR
 5/15 アザチオプリン2錠内服開始
 5/16~5/18 パルス療法施行
 5/19 プレドニゾロン1錠内服開始

表1 入院時のADL状況

1本松葉杖にて近距離がどうか歩行可能
 食事：フォーク使用にて自力摂取
 排泄：洋式トイレにて可
 入浴：介助必要
 両下肢屈曲拘縮 右40° 左50°
 両上肢変形あり

図2 副作用出現時期



今回、アザチオプリンにより、汎血球減少症をきたした患者が、隔離・安静臥床を余儀なくされ、それによって生じる、身体的苦痛や精神的不安に対し、さまざまな援助を行ったので、その看護の結果を報告します。

患者は58歳男性。診断名は慢性関節リウマチ(以下RA)です(図1)。

入院時のADL状況は表1のとおりで、移動、食事、排泄は自力で行えていましたが、入浴のみ介助が必要でした。

経過を表2に示します。まず、当院入院前は、昭和47年RA発症。以後某医にて疼痛処置のみ施行されていましたが、平成4年2月21日に表記理由にて当院入院となりました。当院入院後の経過は、両THR、両TKR終了

後、5月15日からアザチオプリン2錠/日内服を開始。翌日から3日間パルス療法施行。その後プレドニゾロン1錠/日内服開始となりました。

副作用出現時期を図2に示しました。6月4日より、口唇の出血、口内炎、咽頭痛出現。6月7日、腹痛、発熱があり、検血にて白血球800、血小板3万と低下していました。内服薬を中止し、隔離、エンビラケア開始となりました。

その時期の問題点として表3のように挙げ、看護の展開を行うこととなりました。その具体策は表3に従って

表3 看護計画

<p>問題点</p> <p>1. 汎血球減少症に関連する</p> <p>(1)白血球減少による、感染が重篤化する恐れがある。</p> <p>(2)血小板減少、DICによる出血の危険性がある。</p> <p>2. 多関節人工関節換術後のリハビリ段階途中で、隔離安静臥床を強いられることに関連する。</p> <p>(1)下記の基本的ニーズが満たされない。</p> <table border="0"> <tr> <td>1 食事</td> <td>5 身体の清潔を保つ</td> </tr> <tr> <td>2 排泄</td> <td>6 環境条件を整える</td> </tr> <tr> <td>3 眠る、安息する</td> <td>7 活動する</td> </tr> <tr> <td>4 肢位を定める、移動する</td> <td></td> </tr> </table> <p>(2)患者及び家族の不安、ストレスが考えられる。</p> <p>(3)筋力低下、関節拘縮が考えられる。</p>	1 食事	5 身体の清潔を保つ	2 排泄	6 環境条件を整える	3 眠る、安息する	7 活動する	4 肢位を定める、移動する	
1 食事	5 身体の清潔を保つ							
2 排泄	6 環境条件を整える							
3 眠る、安息する	7 活動する							
4 肢位を定める、移動する								

表6 問題点2-(1)

<p>1 基本的ニーズが満たされない</p> <p>目 標</p> <p>要求が表出でき、ニーズが満たされる</p> <p>具体策</p> <p><食事>O:口内炎の状態、腹部症状、検査データ、in-out C:マウスケア、点滴ルートの確認 E:禁食の必要性</p> <p><排泄>O:排便状態、排尿回数、尿量 C:排便コントロール(3日間排便なければGE施行) 尿器交換</p> <p><睡眠>O:睡眠状態、言動 C:訴えをよく聞き、コミュニケーションをはかる 希望時処置施行</p> <p><肢位>O:同一体位による圧迫 C:安楽枕による体位の工夫、円坐使用 体位変換(側臥位時は枕使用し、内転防止)</p> <p><清潔>O:皮膚、頭髮、耳、爪、口腔、陰部の状態 清拭時、打撲、擦傷、出血の有無 C:問題点1 1、保清に準ずる E:排便後の陰部清拭、清潔保持の大切さ</p> <p><環境>O:気温、光、騒音 C:問題点1 1 クリーンルーム収容に準ずる 脱毛、ベッド上のゴミはガムテープでとりほりを たてない エンビラケーアを夜間Lowにする E:問題点1 1 に準ずる</p> <p><活動>O:筋力低下、筋の萎縮、関節の拘縮、硬直、ROMの変化 C:持点ルートに気をつけ坐位にする 自動運動を促す、情報提供 E:ベッド上訓練指導(SLRセッティングなど)</p>

表4 問題点1-(1)

<p>1 白血球減少による感染が重篤化する恐れがある</p> <p>目 標</p> <p>二次感染が重篤化しない</p> <p>具体策</p> <p>O. 熱型、全身状態、バイタルサイン、検査データ、人工関節部の腫脹</p> <p>C. 1 クリーンルーム収容</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ヒビテン液にて床ふき、足ふき用マット交換(毎日) ●ガウン、スリッパ交換(2 W 月・木) ●エンビラケーアフィルターそうじ(1 W) ●入室時ウェルバステ手洗い、ガウンテクニック励行 <p>2 保 清</p> <ul style="list-style-type: none"> ●MC、BC、陰洗、寝衣交換(毎日)、BB、WH(1 W) ●FB、HB、爪切り適宜 ●マウスケア適宜(10倍に希釈したオキシドール液使用) ●ホウ砂グリセリン塗布 ●採血時イソジン消毒 <p>3 薬液吸入(10°、15°、20°)</p> <p>ポリミキシンB、ISG、含嗽(6°、10°、15°、20°)</p> <p>E. クリーンルーム収容の意味 付添人への指導</p>
--

表7 問題点2-(2)、(3)

<p>2 患者及び家族の不安、ストレスが考えられる。</p> <p>目 標</p> <p>不安を表出することが出来、それを解決することが出来る。</p> <p>具体策</p> <p>O:患者、家族の訴えを聞き、不安内容を知る。 C:コミュニケーションをとり、不安の表出を促しそれに対処する。 必要時Drよりムンテラしてもらう。</p> <p>3 筋力低下、関節拘縮が考えられる。</p> <p>目 標</p> <p>筋力低下、関節拘縮をきたさない。</p> <p>具体策</p> <p>問題点2 1 活動のO・C・Eに準ずる。</p>

表5 問題点1-(2)

<p>2 血小板減少、DICによる出血の危険性がある。</p> <p>目 標</p> <p>出血をおこさない。</p> <p>具体策</p> <p>O. 出血傾向、検査データ、輸血時副作用の観察 消化管出血の有無(便の性状、腹部症状)、 関節内血腫(腫脹、疼痛、熱感、色調) 清潔ケアの際全身の出血斑チェック</p> <p>C. 採血時必要以上駆血帯を強くしめない。 止血を確実に行う。 体交時、打撲等しないよう安全に行う。</p> <p>E. 安静臥床の必要性</p>

以下に順に述べるものとします。

<看護の実施およびその結果と考察>

●問題点1の(1)に対して

二次感染の重篤化を予防するため、クリーンルームに収容し、病室内の病原体の減少をはかるとともに、体内

の病原体に対しては、抗生剤、G-CSF 製剤が投与されました。また、薬液による含嗽、身体の清潔ケアを綿密に行い、採血時にはイソジン消毒をすることにより侵入経路を遮断しました。その結果、重篤な感染を起こさず、白血球、顆粒球の回復が得られました(表4)。

●問題点1の(2)に対して

危険物を除去するとともに、看護行為により出血させないように、体動時や処置の際には細心の注意を払いまし

た。また、清拭の際には打撲、擦過傷、出血斑等の観察を行い、早期発見に努め、そのほか消化管出血、人工関節部の血腫にも注意を払いました。一時、血小板の減少があり、DICの悪化もみられましたが、大事にいたらず、血小板の回復が得られました(表5)。

●問題点2の(1)に対して

満たされない基本的ニーズのひとつひとつに対処していくことで、隔離・安静臥床による苦痛や不安の軽減をはかりました。

食事に関しては、食欲はあるが、強度の口内炎により食物が刺激となり飲食できず、また腹痛、嘔吐が発症し腸内感染も予想され禁食となりました。患者には前述の理由を説明することにより納得を得ましたが、付添いの妻は、やせる、抵抗力が落ちるとの不安を募らせ、上記理由だけで納得させることができませんでした。そこで、栄養は輸液で補うこと、抵抗力をつける薬剤も投与されていることを説明して納得を得ることができました。

排泄に関しては、安静臥床なので床上排泄を強いられ、排便リズムが乱れたが、坐薬、浣腸にてコントロールをはかることができました。また、褥創著明であったため便器使用時には便器カバーをつけ、仙骨部の痛みを軽減するよう努めました。排尿介助では、上肢の訓練面も考えて尿器を手の届く所に置き、自力での排尿を試みました。そうすることで、少しずつ自力排尿が可能となり、尿器の始末のみ妻が行っていました。

肢位の保持に関しては、臥床を強いられたうえ、下肢より持点ルートを確認しており体動制限がありました。また、褥創著明であったため、安楽枕や円坐の使用、体位変換にて圧迫を防ぎ、褥創予防に努めました。そのほか、両THR後であるため、特に側臥位時の脱臼予防に心がけました。

清潔に関しては、感染予防の面からも毎日の清潔ケアは欠かさず行い、口内炎の多発している口腔内や、不潔になりやすい陰部には特に気を配りました。身体の清拭時には、上肢の筋力低下や、手指の変形はありますが、できるだけ自力で行わせ、清潔保持の大切さや、自分ですることの大切さの意識づけも行っていました。口腔内のケアは出血することもあり、看護婦が行っていましたが、上肢訓練の面から考えると、本人に行わせてもよかつたのではないかと反省しています(表6)。

●問題点2の(2)に対して

患者のクリーンルーム収容時からオロオロしていた妻は、医師からのDICを合併し重篤であるとの説明に激しく動揺し、度々涙しました。また、クリーンルームの閉

塞感から、頻回に病室の出入りを繰り返していました。そのような妻に、夫の現状と隔離の必要性を説明するとともに、できるだけ妻との話し合いの機会をもち、励まし力づけていきました。そのほか、医師の説明でわからない点があるときは、医師とのかけ橋の役目も行い、妻に理解を得るようにしました。しかしながら妻の精神的疲労は徐々に募り、それが頂点に達したところに夫への影響を考慮し、妻の心身の疲労が回復するまで自宅へ帰ってもらうことにしました。それ以後、ときどき自宅で休養をとることにより、妻の心身の疲労は少なくなっていました(表7)。

●問題点2の(3)に対して

隔離された時点から理学療法士による訓練が中止されたため、自動運動や、看護婦、家族による他動運動を行うとともに、可能な限り自力でのADLを拡大することで筋力低下を防ぐよう計画しました。しかし、全身状態の悪化に伴い、十分な訓練は行えず現状を維持することはできませんでした。術後の下肢訓練の必要性から考えると、病状に照らし合わせ、医師と相談し、もう少し早く理学療法士による訓練の再開を行うべきであったと反省します。一日数回のベッド上訓練は、目標達成には不十分でしたが、訓練の遅延による患者や家族の精神的不安を満たすには効果があったと思われます(表7)。

まとめ

今回、人工四関節置換術後、アザチオプリンにより汎血球減少症をきたした患者の看護を行ったことにより、一つめに、免疫抑制剤投与患者は骨髄抑制の可能性があるため、細心の注意を払って観察することが大切であり、もし感染の徴候が現れれば、早期に対応し重篤化しないよう援助することが重要であること。二つめに、人工関節置換術後で訓練時期にある患者が隔離等で訓練の中断を余儀なくされる場合には、医師、理学療法士、看護婦間の情報交換を密にし、病室内でできる訓練を実施していくことが必要であることが学べました。

DISCUSSION

白岡 看護婦の立場から、副作用のある薬剤を使用するときに患者に説明をするのかしないのか、またどの程度の説明をするのですか。RAに免疫抑制剤を使用している効果を直接患者に接している立場からどうお考えですか。

伊沢 副作用については、医師から患者へ説明がありますが、看護婦が説明するときは医師と相談し、

おおよそそのことのみお話しています。免疫抑制剤については、特に RA 患者は薬剤や自分の症状について敏感で、またよく病気のことを知っておられますので、薬剤がかわれば何の薬か医師に聞かれ、効果があるということで自身で納得し使用しています。

白 岡 現在この患者の状態はどうか。

伊 沢 症状は改善され、プレドニン投与だけとなり、現在は退院され、外来通院しています。

柴 田(愛媛大) 薬の種類と量、効果と副作用の問題はどんな病気にもつきものです。特に RA 患者においては予測できないことが起こることが多く、看護

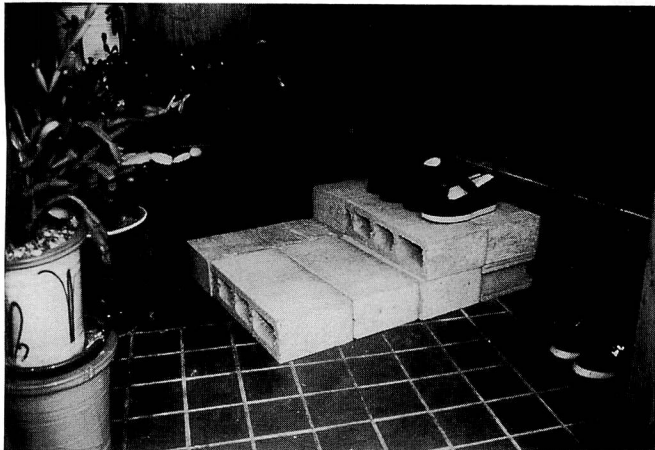
の立場からびっくりすることもあると思います。一般に高齢者の化学療法には気を使いますが、RA 患者の場合それよりも注意を要すると思います。RA においては将来的に、免疫抑制剤は有効なものと思われ、もっと多く使用されると思っていますが、本症例のように初期 RA でもこうした副作用がでることは考えさせられる事例です。副作用等については日ごろ患者と接する看護婦さんのきめ細かな観察とチェックが大切となると思います。こうした意味からも、今後さらに、看護婦さんの仕事の重要性が増してくるものと思われま

慢性関節リウマチ患者の家屋改造について —— 訪問調査を中心に ——

〔道後温泉病院理学診療科〕

坪内 健一・宮川 豊

図1 ブロックで調整した玄関の上がり口



慢性関節リウマチ（RA）は全身性炎症性疾患であり、経過が一様でなく、将来における障害像を予測することは困難です。このことがRA患者の家屋改造を非常に難しくしています。

RA患者に対する家庭での生活指導は、和式生活から洋式生活への転換を進めるのが一般的です。現在我々は、RA患者の退院の目途がつく段階で、再度家屋や家族の状況を問診し、家庭復帰の際に予想される問題について検討を加え、それぞれの能力や家庭状況にあった指導を心がけています。

今回、退院後の患者を訪問する機会があり、5軒の訪問調査から、日常生活を快適にするための対策と問題点について検討しました。

対象は、TKRのみ施行3例、THRおよびTKR施行1例、THR+膝硬直1例です。

解決すべき点は玄関、トイレ、浴室などに多く、最大の問題点は高さに関することでした。以下に、改造を指導した具体例および患者の工夫について紹介します。

玄関の上がり口は通常30cm前後に設定されていることが多く、患者にとっては昇降が困難です。このような場合は段差15cm以下を目途にブロックなどで調整しました(図1)。



図2 裏からの出入口



図3 スロープをつけた玄関口

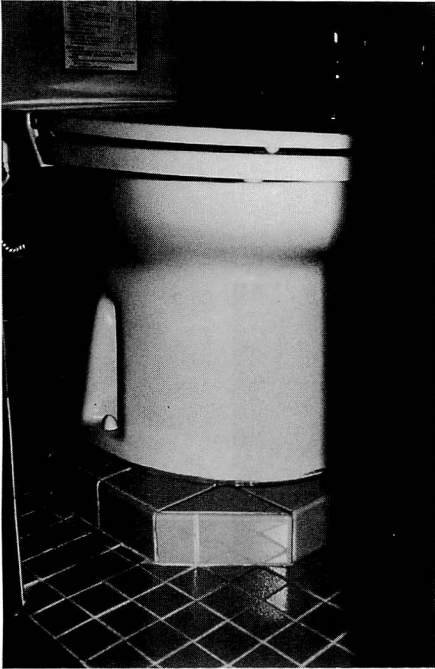


図4 基礎から補高した例

図6 浴槽への出入は困難

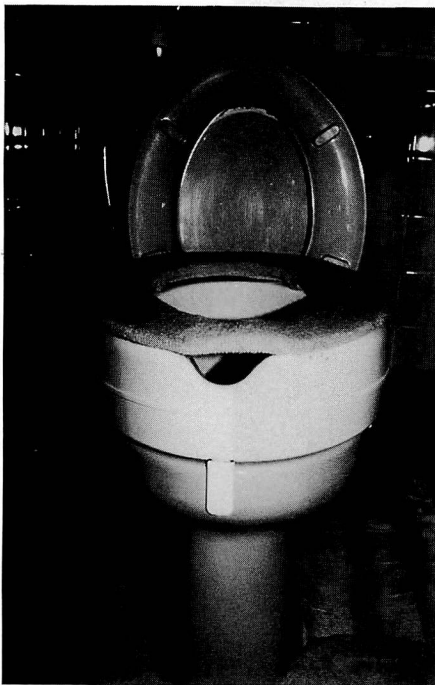
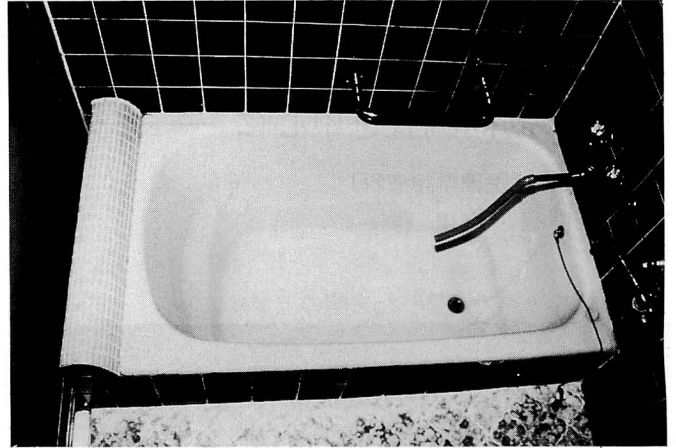


図5 腰上げシートで補高した例

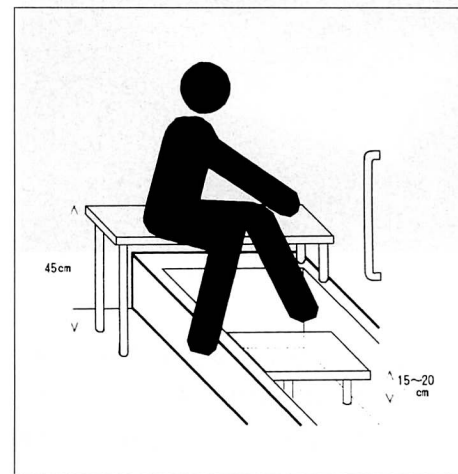
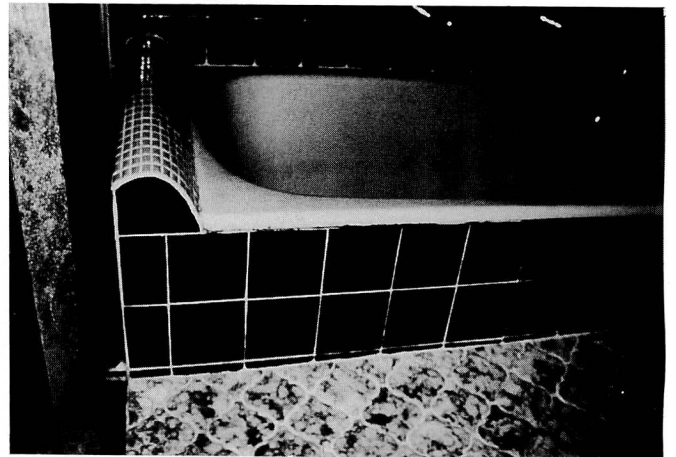


図7 浴槽出入の改造案

図8 改造前の浴槽



また、玄関のスペースや外観上問題となる場合には、患者の出入口を裏口に設定せざるをえないケースもありました(図2)。

膝関節強直のため段差昇降が困難な症例で玄関スペースに余裕がある場合はスロープを使用しました(図3)。

洋式トイレの便座高の規格は40cm以下であり、RA患者では立ち座りが困難なことが多い。横山らによると、

RA患者の立ち座りには45cm~50cmが適当とされています。今回トイレの補高を行った3例はともに45cm以上でした。補高の方法としては、便器の基礎からコンクリートにて行う方法(図4)と、既存の便器の上に乗せる市

販の腰上げシートを使用する方法（図5）があります。前者はコスト的にかなり割高で5万～10万円程度かかります。後者はコスト的には2万円内で前者より安いですが、フタの開閉ができないこと、子供の使用時や男性の排尿時にはいちいち取りはずしが必要となり、患者や家族にとって負担が増える結果となっています。どちらを選択するかは経済状態や家族構成により考慮する必要があります。

家屋改造で一番難しいのは浴室です。浴室での問題点としては、主に浴槽への出入りと浴槽内の立ち座りがあげられます。浴槽への出入りは洗い場から浴槽上縁までの高さがポイントで、我々は45cmが動作に有利な高さと考えていますが、実際にはそれよりもかなり低い家庭が多く、患者は浴槽には入らずシャワーだけの場合や、介護者の手助けによりなんとか出入りをしている状況でした。また浴槽内では底まで座りこむと自力で立ち上がれないため、介護者の手助けが必要であったり、浴槽内で立ったまま上半身にシャワーを使うだけですがまんしている例もありました。湯舟で肩まで湯につかるのが日本人の習慣であり願望であるにもかかわらず、RA患者では非常に難しいのが現実です（図6）。

我々はバスボード、バスシート、手すりなどの設置による出入りの改善を考慮しました。あるケースの浴室をもとに我々が考案した改造例を図7に示します。

次に浴槽の改造によって成功した例の改造前と改造後

を示します。改造前は洗い場から浴槽上縁までの高さが24.5cm、浴槽の深さ約52cm、手すりはあまり効率的といえない設置でした（図8）。我々の指導として、前述の改造案をすすめましたが、基礎工事の困難性やスペース問題から改造を見合わせていました。その後以前かかっていた近医のスタッフによって、当院で作製した防水性のパイプイスとイス付浴槽手すりを併用することで解決にいたりました（図9）。

動作手順としては、パイプイスに腰をかけたまま回転して足を浴槽内に入れます（図10）。次に手すりについたイスをステップがわりにして足を乗せ（図11）、横手すりを支えにして浴槽内へ下ります（図12）。浴槽内の立ち座

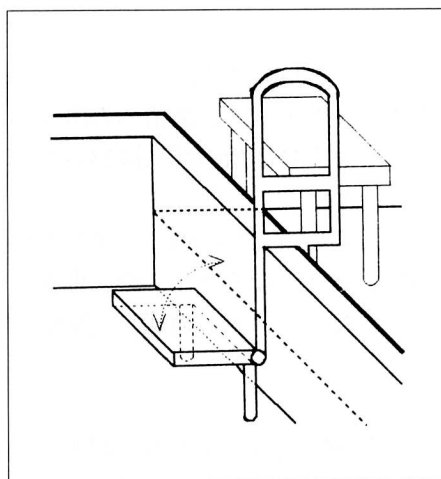


図9 改造計画図

図10 動作手順①



図11 動作手順②

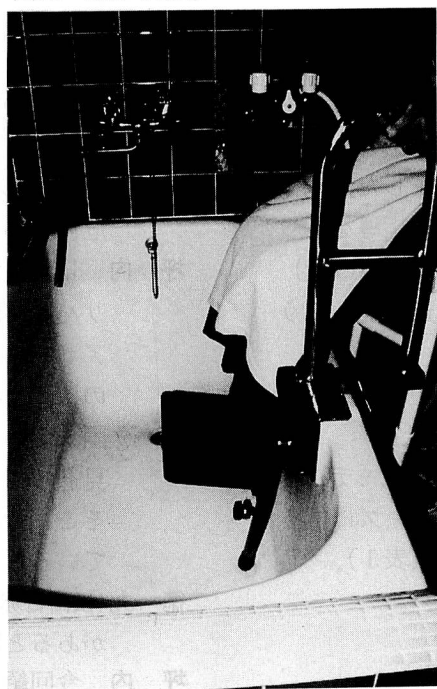


図12 動作手順③

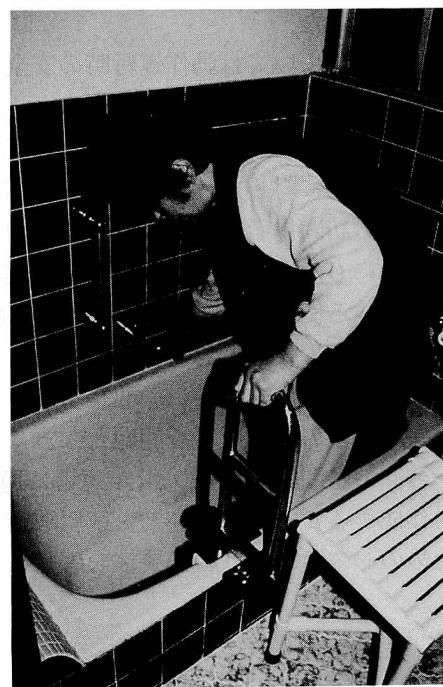
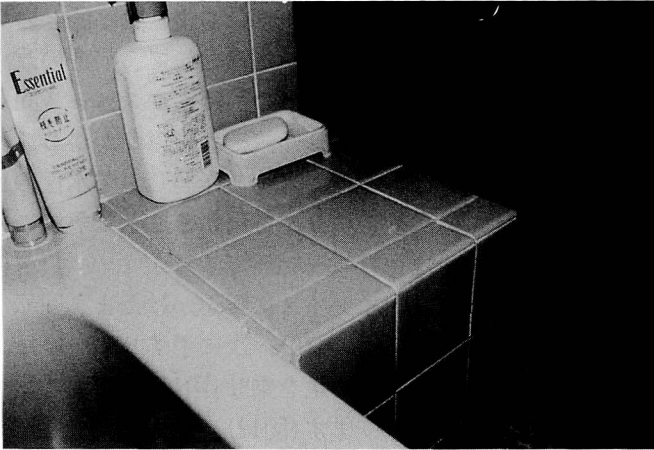


図13 浴槽の端に台を設置した例



りは両側の縦手すりを利用して行います。

そのほか浴槽の工夫された例として、浴槽への出入りと洗い場として利用できるように浴槽の端に図13のように台を設置しているケースがありました。

今回の訪問調査では、浴室の造りが原因で工事が大がかりとなり、経済的負担が大きくなるケースや、患者のニーズに合った改造ができないケースに遭遇し、家屋改造の困難性を痛感しました。

まとめとして、

RA患者の5家屋を訪問調査し、改造のための問題点および対策について検討しました。解決すべき点は玄関、トイレ、浴室などに多く、その最大の問題は高さに関してでした。段差は15cm以下、立ち座りの高さは45~50cmが適当でした。

手すりについては動作遂行時の安全性や効率性、患者自身の安心感を考慮して設置するよう指導しました。手すりの方向は垂直方向の移動に対しては縦手すり、水平方向の移動に対しては横手すりを基本としました。

今回の訪問患者のなかには、退院前に改造指導を行っていたにもかかわらず、実際には間違えた設置（改造）をしている例があり、（場合によっては）改造に立ちあうことも必要であると思われました。

以上述べてきた以外に、改築（造）を依頼する業者の選択や依頼の方法なども問題となっています。

今回の訪問調査により、RA患者に適した住宅モデル案を作成することの必要性と、家屋改造をスムーズに行うためのシステム作りの必要性を感じました（表1）。

表1 まとめ

1. RA患者の5家屋を訪問調査し、改造のための問題点及び対策について検討した。
2. 解決すべき点は、玄関・トイレ・浴室などに多く、最大の問題は高さに関してであった。
3. 玄関の上がり口などの段差は15cmを目処とした。
4. トイレは45cmを目標に補高した。
5. 洗い場から浴槽上縁までの高さ45cmを目処とした。
6. 手すりの設置は、動作遂行時の安全性や効率性、患者自身の安心感の配慮が必要であった。
7. 経済面・介護面・患者とその家族個々のニーズ・建造物構造上の改築の難易性・改築を依頼する業者の選択や依頼の方法などの種々の問題があった。
8. 今回の訪問調査により、RA患者に適應した住宅モデルの設計図案作成の必要性を感じた。

DISCUSSION

定 松(松山日赤) RA患者では障害の状態が一定でなく、また進行性であることが難かしさの一つと思われます。改造にあたっては、将来の障害度までを予測して行うのでしょうか。また、日常生活をおくこと自体が患者にとってのリハビリ（機能回復）の役目になっている例を多々見ることができます。その場合、日常生活が患者により便利に改造されたとき、機能維持・回復に影響を及ぼす危惧はありませんでしょうか。

坪 内 日常生活においては、先生のおっしゃる通り、リハビリ的要素は非常に強いものですから、改造アドバイスに際しては、話し合いの中から、患者の機能を考慮したうえで、患者や介護者が本当に困っていることを中心に行っております。将来を見通して……ということは難しい問題ですから、そこまではしていません。ただ、現在本当に困っていることの解決策としています。

徳 丸(松山日赤) こうした改造において福祉からの援助があると聞いていますが。

坪 内 今回紹介した例は皆さん自費で改造しておられ

ます。公的援助については詳しいわけではありませんが、患者や家族の話しから、難しい点が多くあるように聞きます。たとえば、1件当たり20万円程度受けられるといっても、市や県により異なりますし、対象項目に制約があるとか、年度予算をオーバーしている場合はだめであるとか、たとえ補助申請が通っても補助が下りるまで期日がかかりすぎるなど、実際補助を受けようとしても、な

かなか現実に即していないようです。

仲 田 家屋改造の訪問調査は患者の要望で行うのですか。

坪 内 退院前にアドバイスをします。遠方の人は直接行くことはできませんが、近くの人では日常生活で本当に困っている人や、改造内容がよくわからないなど、相談されれば実際に訪問しています。

当科における慢性関節リウマチに対する治療の変遷
 ——10年間における使用 DMARD の分析——

[松山赤十字病院リウマチセンター]

桑原 公朗・山本 純己・仲田 三平・田窪 伸夫・中村 健

図1 Smyth のピラミッド計画

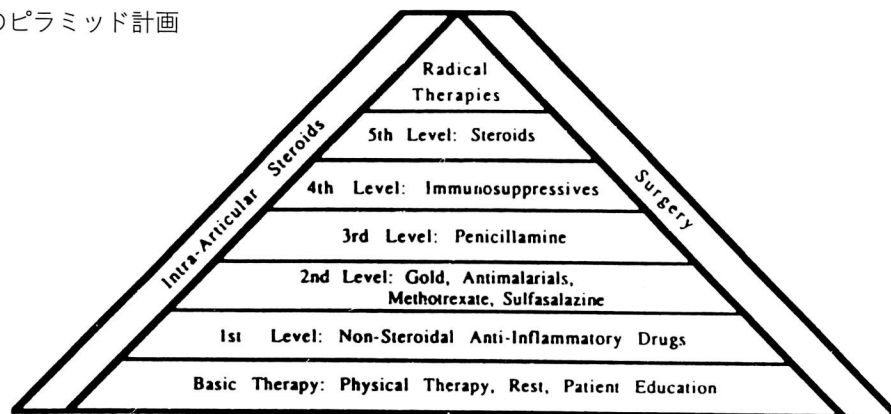


図2 Sawtooth 戦略

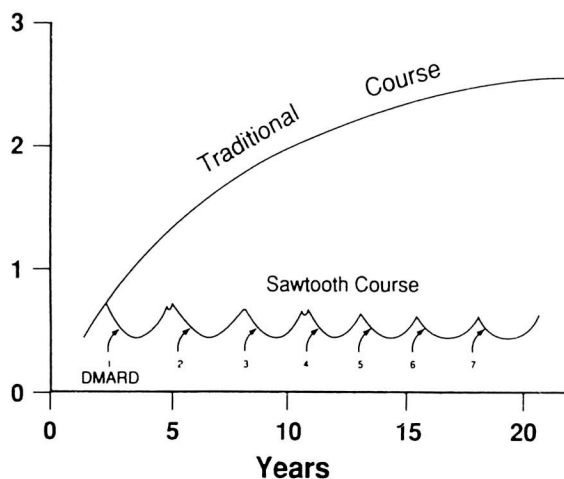
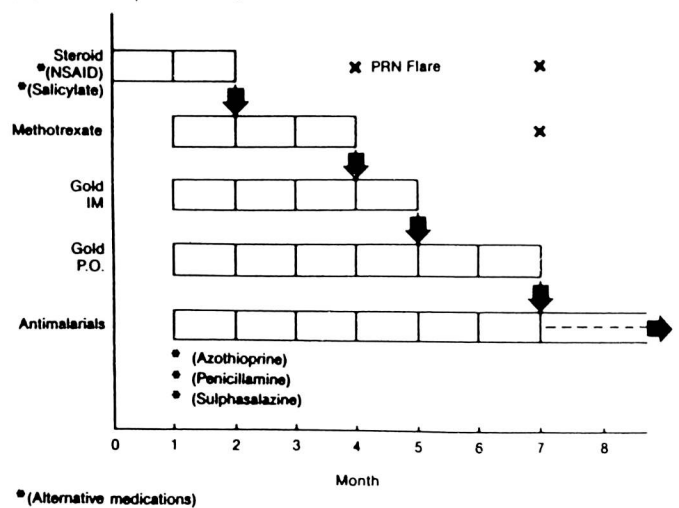


図3 Step Down 療法



慢性関節リウマチの治療は、近年のめざましい RA に対する新薬の開発や、多くの治療法の導入が提唱されたが、基本的には Smyth のピラミッド計画を大きく逸脱するものではありませんでした。すなわち、安静・理学療法等の「基礎療法」と非ステロイド性消炎鎮痛剤（以下 NSAIDs）の投与をまず行い、不十分な場合は疾患修飾性抗リウマチ薬（以下 DMARDs）の投与、ステロイドの関注を行い、その後 DMARDs の変更、経口ステロイド剤、免疫抑制剤の使用を行っていくという考え方です。しかし、この治療体系ではその治療効果が不十分な症例

がみられること、つまり、滑膜増殖の抑制や骨破壊の進展抑制が必ずしも行われていないことが報告され、さらに、最近 NSAIDs やピラミッドの底辺に位置する DMARDs が他の薬剤に比べ胃・腎などに対する副作用が必ずしも少なくないことが明らかになってきたこと、また発症早期症例ほど DMARDs の効果が顕著であることなどにより、RA の薬物療法の考え方が大きく変わろうとしています（図1）。

まず Fries らの提唱した Sawtooth 戦略では、DMARDs を関節が破壊される前からなるべく早期より投

表1 現在使用されている治療薬

種類	一般名	商品名	使用開始年
Gold	gold sodium thiomalate	シオゾール	1958
	auranofin	リドーラ	1986
SH化合物	d-penillamine	メタルカプターゼ	1963
	bucillamine	リマチル	1987
その他	thiopronin	チオラ	
	robenzarit disodium	カルフェニール	1985
	salazosulfapyridine	サラゾピリン	1941
Cytotoxic drug	azathioprine	イムラン	
	cyclophosphamide	エンドキサン	
	methotrexate	メソトレキサート	
immunosuppressive drug	cyclosporin	サンティミュン	
	mizoribine	ブレディニン	

与を開始し、その治療状態を定期的にモニターして治療前に設定したポイントで連続的にDMARDsの変更や併用投与を行い、RA活動性の進行をその都度頓挫させ、骨軟骨破壊を阻止しようとする考え方です(図2)。

また Wilske Healey の提唱した Step Down 療法は、従来のピラミッド計画を全く逆にしたもので、癌の科学療法を手本として発病の早期より強力な薬物療法を併用して寛解にもちこみ、それを維持使用とするものです(図3)。

これまでRAの治療薬として多くの薬剤の有効性が報告され現在も開発されていますが、現在わが国で一般的に使用されている薬剤は表1に示したようなものがあり、金製剤として金リンゴ酸ナトリウム・オーラノフィン、SH化合物としてペニシラミン・ブシラミン、その他としてチオプロニン・ロベンザリット・ジソディウム・サラゾサルファピリジン、cytotoxic drugとしてアザチオプリン・サイクロフォスファミド・メソトレキサート、immunosuppressive drugとしてミゾリビン・サイクロスポリン等が挙げられ、各薬剤の特徴から使い分けられています。

当科外来通院加療中のRA患者1,232例の1983年、1988年、1993年時点での使用DMARDsの経過につき調査しました。図4は1983年時点における各DMARDsの使用頻度を示しています。この時点での使用DMARDsを調査できたのは202例でその内訳は、GSTが157例77.7%、D-Pc43例21.3%、オーラノフィン2例1%でした。当時はGSTとD-PcをRAの活動性にあわせて交互に使用する場合が多く同時に、発売されたオーラノフィンも少数使用されていました。

1988年時点での調査可能症例は485例でその内訳は、

図4 DMARDの使用頻度(1983年)

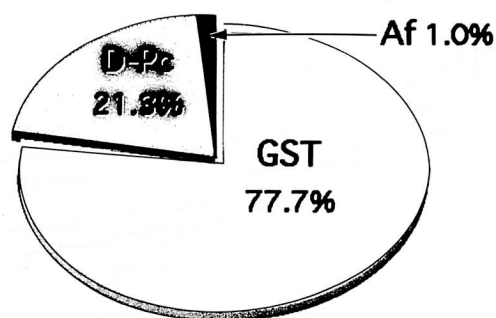


図5 DMARDの使用頻度(1988年)

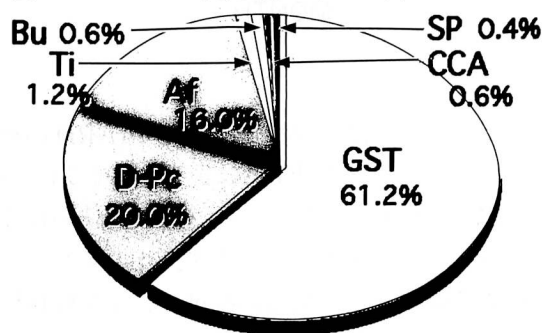
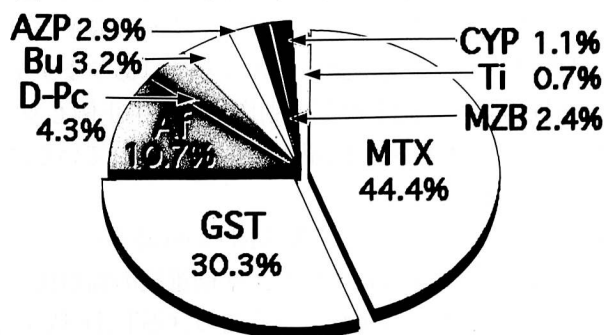


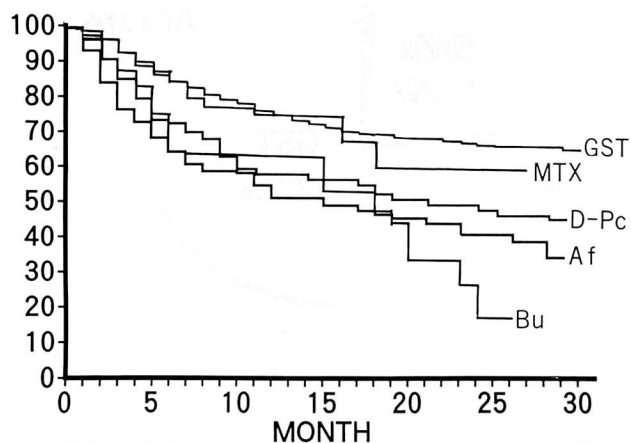
図6 DMARDの使用頻度(1993年)



GST 297例61.2%、D-Pc97例20.0%、オーラノフィン77例16.0%、ブシラミン3例0.6%、ロベンザリットジソディウム3例0.6%、サラゾピリン2例0.4%となっており、合計で7種のDMARDsが使用されていました(図5)。オーラノフィンの使用頻度が1983年に比して増加しており、1986年に承認されたCCA、1987年に発売されたブシラミンはまだその使用頻度は少なかった。

1993年度の分析では徐々にcytotoxic drugの使用頻度が増し、特にMTXはこれまで圧倒的に使用頻度が高かった金製剤(GST)よりも多く使用されていました。cytotoxic drugで次に使用頻度が高かったのはアザチオプリン36例

図7 DMARDの継続率



2.9%で、米国ではRAに対して他のDMARDの無効例に対して使用されることがFDAによって認可されており、毒性が問題とされるが、我々にはけっして使いにくい薬剤ではないとの印象をもっています。またミゾリピンは本邦で初めて開発された免疫抑制剤で、主に腎移植後の拒絶反応の抑制に対して用いられていましたが、最近、RAに対して使用が承認されました。副作用も少なく使用しやすい免疫抑制剤で、当科では29例2.4%の症例に使用されています。サイクロフォスファミドのRAに対する有効性は多くの論文が認めるところではありますが、一方、出血性膀胱炎や脱毛などの副作用から中止例も多く、我々のところでも13例1.1%の症例に用いられているにすぎません(図6)。

つぎに当科における主なDMARDの継続率を Kaplan-Meier の方法で評価しました。薬剤選択の幅が狭かった時代の症例も多く含まれているため、GST、D-Pcの継続率は現在では若干異なると考えられますが、GSTの使用継続率が最も高く30カ月では70%、MTXはそれとほぼ同等の継続率でした。オーラノフィン、ブシラミンはそれに比して脱落率が高く、30カ月時の継続率はオーラノフィン30%、ブシラミンでは約80%の症例が脱落していました。オーラノフィンではやや効果が弱いこと、ブシラミンは皮疹・蛋白尿などの副作用の出現頻度の高さによるものと考えられます(図7)。

最後に、近年DMARDの種類が増加してきており、一方リウマチの原因についても徐々にではあるが解明されつつあり、このような現状でリウマチ治療の選択の幅が広がってきました。今後の問題としてDMARDの使用に際してどのようなプロトコールで投与すればよいのか、どのようなタイプのリウマチに、どのようなDMARDが

最適であるのかいまだ確立されていません。

今後、この問題に対して探求をしていく必要あると考えます。

DISCUSSION

仲田 討論をお願いします。

奥田 道後温泉病院でも同様のまとめをしていますが、やはり使用頻度が多いのはMTXで、次はリマチルです。3年程前はリマチルが1位だったと思います。それは効きめの切れがよいことと比較的早期の症例に用いてなかには寛解に入って非常によい結果がでてきているということからです。当初副作用が問題になりましたが、1錠と少量から用いることで副作用の頻度が減ったからです。松山日赤ではリマチルの使用が少ないようですが、その理由は何ですか。

また継続率(当院では5年)では、1位がMTX、2位GSTとなっており、次にリマチルです。松山日赤では比較的早期から使用しているようですが、薬剤としてはMTXが頼りになると思いますが、それが一次・二次選考になったとき次にどんな薬剤を使用しますか。

桑原 ブシラミンは当初使用しましたら、蛋白尿、皮疹などが何例かできましたので、少し使用頻度が少ないと思います。

MTXについては、外来にて出すときは、それに金剤などを加えています。経過が思わしくないときは再検討します。

横田(愛媛大学) 薬剤の使用法は病院や先生により多少の差がでると思いますが、貴院では薬剤使用の戦略をどう立てていますか。図表にあったピラミッド型とかその逆とかがありますが。

桑原 確立されたものはありませんので、当科では初診時に活動性の高いものはMTXのような強めのもので抑えるようにしていますので、そうした場合は逆ピラミッド型ということになります。

横田 活動性が高いというのは何をどの程度の基準としているのか、ということと、ステロイドの使用方法についてうかがいます。

桑田 関節炎、罹患関節が多い所見を活動性が高いと判断していますが、これから検討の余地があると思います。

ステロイドは5mg/dayから始め、経過をみながら暫減していくようにしています。

山 本 Smyth のピラミッド計画は1973年で20年前ですが、この考え方の基本は今も変わらないと思います。RA という病気を考えた場合、やはり積み重ねにより効果があり副作用が少ない薬剤を使用するのは当然だと思っています。ただ20年前と違い、そうした薬剤が色々開発され増えてきたということです。例えば MTX の場合でも、使う量や使い方により副作用も少なく使えるのでは……、もしかしたら1段階目の薬剤にもなりうるのではないかと思っています。

また、客観的に治療法をみる必要があります。これはさまざまな症例を長期に観察・検討し、データの蓄積を得なければならず、大変な仕事ですが

重要なことです。これにより何年か後には、患者の予後を決定的な因子を初期に見つけ出し個々に差があるというリウマチに特徴的な症状を克服し、その患者の特徴を初期に見つけ出し Staging を早くして治療に効果を与えられるようになると思います。

横 田 当院では初期から免疫抑制剤(少量からですが)を使用するケースが増えていきます。ただ、最近新聞誌上で腎移植等での副作用のことを書いており、免疫抑制剤に対し患者が敏感になっているようなので、説明して使用するようにはしていますが、貴院では患者の反応はどうですか。

桑 原 そうしたことはありません。

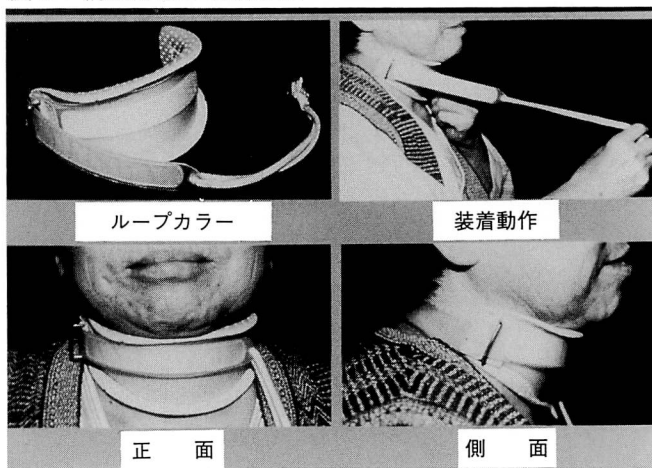
慢性関節リウマチ患者に対する頸椎装具の工夫 ——ループ式頸椎カラー：タカネック——

〔松山赤十字病院リハビリテーション課〕 高岡 達也・得丸 敬三・浅山 浩二・定松 修一・佐々木 洋人
山下 淳一・坪内 健一・武市 信行
(OTR) 石丸 謙治・内田 由起子
〔道後温泉病院理学診療課〕 安岡 郁彦・高橋 康博

表1 対象および方法

1. タカネックを作製したRA患者83名のカラー装着状況を調査
2. 今回調査可能であった21名にアンケート施行(利点, 欠点)
3. 頸椎に問題のない者30名の頸椎前屈角度をポリネック, タカネック装着及び装具なしで測定し比較する

図1 構造および装着方法



状に首を一周するようにできている。装着方法は首を通し、D管内を通過する紐を引っ張り、前方でマジックテープにて固定します(図1)。

【結果】

1. タカネックの装着性

今回調査した83名全員が、タカネックを自力で装着が可能でした。

2. カラー装着状況について

83名中69名(83%)は日常つねにタカネックを装着していました。使用を中止したのは14名で、その内訳は後方の支持性不足のためポリネックに変更となった者10名、カラーの必要なしと判断されたもの2名、その他2名でした(表2)。

3. アンケート結果について

タカネックの利点として、21名中16名が自力で装着できることを挙げており、その他、安心して日常生活が出来る(9名)、肩が凝らない(7名)、長時間装着できる(6名)、ポリネックより涼しい(6名)、軽量である(5名)等の回答が得られました。欠点としては2名が後方の支持性がなく頼りないと訴え、また、のどを締めつ

慢性関節リウマチ(以下RA)患者に対する頸椎装具として、現在はポリネックカラーが主流となっています。しかし上肢障害の著しい患者ではポリネックは装着ができない場合が多く、日常生活で問題となっていました。

そこで我々は頸椎に問題のあるRA患者に対し簡単に装着できる新しいタイプのループ式頸椎カラー(以下タカネック)を作製し、今回はその効果および装着状況、またさらに改良を加えた点について報告します。

【対象および方法】

対象は環軸関節亜脱臼(以下AAS)の所見を認める者83名で、このうち81名はポリネックは自力で装着できませんでした。83名のタカネック装着状況および、今回調査可能であった21名についてタカネックの利点と欠点についてアンケート調査を施行しました。また、頸椎に問題のない者30名に対し頸椎屈曲角度を、タカネックおよびポリネック装着時とカラーなしの状態とで水準器付き角度計を用いて測定し比較しました(表1)。

【タカネックの構造および装着方法】

顎受け部は厚さ5mmのPEライトで作製し、その中央部に取り付けられた厚さ1mmの軟性ポリエチレンがループ

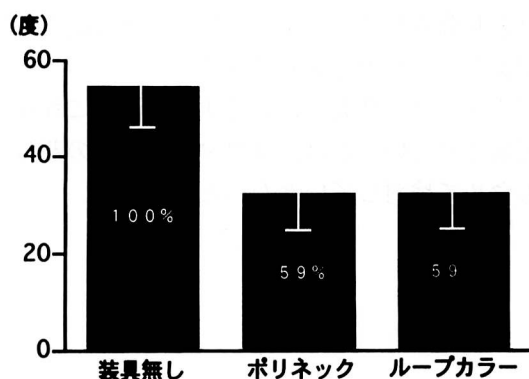
表2 タカネックの装着状況

良好	69名 (83%)
使用中止	14名 (17%)
(中止理由)	
後方支持性不足	10名
必要なくなった	2名
その他	2名

表3 タカネックの利点

自力で装着可能	16名
安心して日常生活がおくれる	9名
肩がこらない	7名
長時間装着できる	6名
ポリネックより涼しい	6名
軽量	5名
欠点	
後方の支持性がなく頼りない	2名
喉を締め付けられる	1名
顎がいたい	1名

図2 頸椎前屈角度



けられる、顎が痛いという報告もありました (表3)。

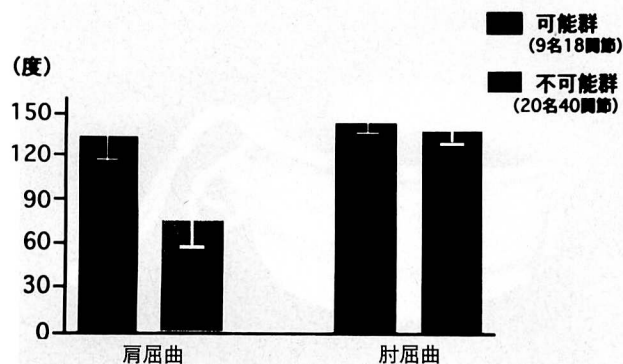
4. カラーの頸椎前屈制限効果について

カラーをつけない状態での頸椎前屈角度は $55.4 \pm 9.6^\circ$ であり、これを100%とすると、ポリネック装着では $33.0 \pm 9.6^\circ$ (59%)、タカネック装着では $33.0 \pm 8.0^\circ$ (59%)であり、両カラーとも同等の制限効果を有していた (図2)。

考察

頸椎をある程度固定するには最低限 SOM I-brace 程度の固定力が必要です。しかし Althoff らが頸椎を伸展することで後頭骨受けが支点となり逆に AAS を増悪させる

図3 肩・肘関節可動域の比較



と述べていることや、装着感や外観の悪さ、装着困難等が原因となり、現在 RA の頸椎装具を固定の目的で処方することに対しては統一見解は得られていません。ポリネックの制限力についての報告は数例ありますが、頸椎屈曲伸展では約25%、回旋約17%、側屈約8%と、ほとんど制限力は有していないといえ、また AAS の整復も期待できません。そのため我々は RA の上位頸椎障害に対する装具療法の主眼を、AAS を増悪させると考えられる頸椎前屈に注意を促すという、予防的観点で過去ポリネックを処方してきました。

ポリネックを装着するには後頭部までのリーチが必要となり、以前健常者30名を対象に、後頭部へのリーチに必要な可動域を測定したところ、肩屈曲100度、肘屈曲150度という結果が得られました。また安岡は RA 肩関節 StageIII の訓練後の自動屈曲可動域を 97 ± 30 度と報告しており、これからも障害の著しい RA 患者ではポリネックカラー装着が困難であることがうかがえます。1991年の調査ではポリネックの処方をうけた29名中20名(69%)がカラーを自力で装着できませんでした。装着可能群と不可能群の可動域を比較すると、可能群は肩屈曲 133.4 ± 21.1 度・肘屈曲 143.9 ± 7.4 度、不可能群はそれぞれ 78.3 ± 21.7 度・ 139.7 ± 11.3 度であり両者間で可動域の差がみられました (図3)。

今回この不可能群すべてがタカネックにおいて装着が可能となったことは、タカネックカラーの装着にはさほど可動域を必要としないことを示しています。

つぎに、後方支持性不足を訴えた2名に対しタカネックの軟性ポリエチレンの後壁を2、3cm高く改良した。これにより後方の支持性が向上し、2名とも訴えが解消され現在も常に装着できています。ポリネックを長期間装着してきた者は後方支持性に慣れている者が多く、タカネック処方にあたり注意する必要があります (図4、

図4 改良タカネック

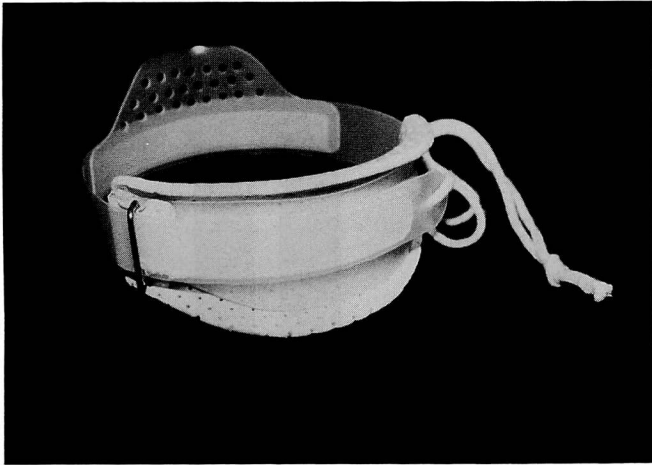


表4 まとめ

- (1)RA患者83名にタカネックを作製し、全症例装着が可能となった
- (2)うち81名はポリネックは装着できなかった
- (3)タカネックの利点、欠点を調査した
- (4)タカネックの頸椎前屈制限力はポリネックと同等であった
- (5)頸椎カラーは、そのありかたを考え直す時期にきていると思われる

図5 改良タカネック



DISCUSSION

- 仲田 現在これを使用しているのは何例ですか。
- 高岡 9症例が使用していますが、自力装着していません。
- 山本 装着しやすいことは大切ですが、もっと重要なことは、それが必要かどうかです。首の動きを制限することでリウマチの頸椎病変の進行を抑えることができるかどうかの検討です。今後その方面を先に検討していただきたいと思います。
- 高岡 ひとり暮らしでポリネック装着が不可能だという相談から、自力で装着できるものをという発想でタカネックを作製したのですが、今後これをどう発展させていくかは、リウマチ病変との兼ね合いも含めて検討していきたいと思います。

5).

タカネックは自力装着できる点では満足な結果が得られましたが、臨床面ではその効果判定は十分とは言えず、今後さらに形状の変更、材質の改善等、解決していかなければならない問題があります。

竹内らは環椎歯突起間距離（以下 ADI）だけでは脊髄圧迫は予想できないと報告しています。また、RA 患者においては頸椎屈曲のみでなく他の動きも抑制する必要性も言われており、現在の RA に対する頸椎カラーは、うつむくとカラーに下顎があたることで、患者本人に頸椎屈曲の危険信号をフィードバックさせることを主に期待する人が多い。RA に対する頸椎カラーのあり方についてももう一度考え直す時期なのかもしれません（表4）。

タカネックカラーについてもさらに改良を加えていく予定です。

THR術後、脱臼をくり返した患者の異常行動・言動の要因を探る
——看護記録から排泄行動との関連をみる——

〔松山赤十字病院14病棟〕

大石 奈美・矢野 茂子・上岩 とよ子・小西 美輝・スタッフ一同

表1 患者紹介

O氏：65歳 女性 病名：慢性関節リウマチ（平成4年4月16日 右大腿骨頸部骨折） 術名：平成4年4月27日 右THR 5月30日、6月2日、7月27日 右股関節脱臼徒手整復 家族背景：息子2人（長男松山同居、次男大阪）嫁、孫2人 性格：わがまま、頑固

今回私たちは、転倒骨折により人工股関節置換術（以後THR）をうけた後、4回脱臼し徒手整復術をうけたOさん（女性）を受けもちました。ところがOさんは毎回床上安静の期間中、異常行動や異常言動を起し、私たちスタッフを困惑させました。Oさんにはてんかんの病歴があり、私たちはこうした異常な行動や言動は医師の診断通り、てんかん気質によることと、65歳で床上安静によるストレスが原因と考えていました。

ところが、退院後看護記録を読み返してみると、その行動が排泄の失敗や摘便などの排泄行動に深い関係をもっているのではないかと考えるようになりました。そこで看護記録の再検討をしてみると、異常な行動や言動に及ぼす要因はさまざまでしたが、なかでも排泄行動との関連が大きな要因であることがわかりましたので、その結果を報告します。

患者はOさん、65歳、女性。病名は慢性関節リウマチで、平成4年4月16日に右大腿骨頸部骨折にて右THR施行、その後脱臼にて当院で3回徒手整復しています。家族は長男、嫁、孫2人の5人家族です。性格はわがまままで頑固です（表1）。

入院経過は、1回目の入院は、平成4年3月に自宅にて転倒し右大腿骨頸部骨折にて入院し、介達牽引後11日目に右THRを施行しました。術後疼痛が長期間続きましたが自制できていました。21日目歩行器にて歩行可、23

表2 1回目の入院

入院経過	異常行動・言動		排泄行動				疼痛	面会者または付添者
	時間	内容	尿もれ	排便	便もれ	浣腸		
入院			6:40	0				息子・嫁
1日目			5:40	0				嫁
2日目	4:20	ブツブツと独り言						
	10:20	つじつまが合わない						
3日目	6:00	落ち着かない		0				（夜）息子
	9:50	“死にたい”						
	22:00	イライラ						
4日目	1:30	怒っている	2:30	0				
	18:50	“降りて尿を探りたい”	6:50					
5日目				0				息子
6日目				2				面会人あり
7日目	5:00	ブツブツ、落ち着かない		2	5:00(手につく)			嫁
	7:00	坐位になろうとする			17:00			
					24:00			
8日目	16:00	多弁で落ち着かない		1	16:00			
9日目	トイレ可	6:30		1	7:00(手につく)			嫁
10日目				+				付添者
11日目	手術			カテーテル		浣腸		息子・嫁
12日目				挿入				息子
13日目		表情穏やか、機嫌良好		0				
14日目				1		摘便		息子
15日目				0				嫁
16日目				0				
17日目				0				
18日目	4:00	ブツブツ		0				
19日目				↓抜去				
				頻尿				
20日目	14:00	口数少なく、閉眼		1				
	23:30	“死んでやる”		1				
21日目	歩行器で	6:30		2	5:00(手につく)			息子
	歩行練習				6:00			
22日目	トイレ可			1				
23日目		（機嫌良好）						

日目排便時のみトイレ可となり、26日目松葉杖使用、42日目無事退院しました。てんかん発作は1回ありました。

2回目の入院は、退院の日に湯舟に座ったとたん音がして立てなくなり入院しました。すぐに脱臼整復術を行いました。4日目に安静を守らず起立したため再度脱臼し整復術を施行し、術後3週間床上安静でした。26日目から訓練開始、29日目から車イス可、32日目歩行器可となり50日目退院しました。てんかん発作は3回起きています。

3回目の入院は、2回目退院後1週間目に寝返りにて脱臼し開業医にて徒手整復後ベッドから下りようとして再脱臼、当院入院後整復術施行となりました。家族は度々の脱臼に感情を高ぶらせ、二度と脱臼しない手術を希望しましたが行われませんでした。22日目歩行訓練開始、30日目トイレ可、58日目松葉杖使用、97日目無事退院となりました。てんかん発作は1回起きています。

看護記録内容を述べます。

表3 2回目の入院

入院経過	異常行動・言動	排泄行動				疼痛	面会人または付添者	
		時間	尿もれ	排便	便もれ			挿便
入院	手術		カテーテル挿入	0		浣腸	+	息子・嫁付添者
1日目				0			+	
2日目				0			+	
3日目				0			+	
4日目	再脱臼手術	3:30	立てて排尿しようとする付添者、"わがままでやっていけない"と交替する	1		浣腸	+	
5日目				0			+	
6日目				0			+	息子
7日目		6:00	てんかん発作	0			+	
8日目		2:00	てんかん発作 "行-が気になり意味不明のことを言う"	0			+	
9日目				0			+	
10日目		7:30	M.C.が選れ、 "死んだらええんよ"	1			+	
11日目				1			+	
12日目		15:00	機嫌が良かったり悪かったり	2	6:00	浣腸	+	
13日目			"便の後始末を座ってする"と皆を困らせる	1			+	息子
14日目				0			+	
15日目		8:15	"トイレで便がしたい" "どうなってもいい" 機嫌悪い 付添者は"やっつけられない"と息子を呼ぶ。息子は患者を叱る。	1 (便)	9:30		+	
16日目				1		挿便	+	
17日目		6:00	てんかん発作 我がままが少なくなる					
18日目		6:00	てんかん発作 (機嫌良好)					
19日目								

● 1回目の入院 (表2)

入院後2日目～4日目までの異常行動・言動と要因の関係をみると、尿失禁2回、家族の面会なし1回、疼痛が挙げられます。ただし疼痛は3回の入院とも常時みられました。7日目～9日目は便失禁3回、そのうち1回は自分で後始末をしようとしておむつに触り手につけています。自殺行為のあった9日目は深夜に尿がしたくてナースコールをしましたがすぐに来てくれなかったのでいらいらがつのり、死にたい、とナイフで喉をつくしぐさをしていました。11日目に手術のため浣腸施行、バックカテーテル挿入しました。19日目バックカテーテル抜去後、尿失禁・便失禁頻回となり異常行動・言動がでています。20日目大部屋に移った夜は眠れず、便をひとりですり手につけたり尿失禁2回あったりで非常にいらつき、死ぬ、みんなが殺そうとしている、などの言葉がでています。23日目に便のみトイレ可となつてからはだんだん機嫌がよくなりました。家族の面会は度々ありましたが嫁は子供が小さく夜間は付き添えず、息子も夜の仕事のため、術後から有料の付添いがつきました。

● 2回目の入院 (表3)

2回の手術とも当日バックカテーテル挿入、浣腸が行われました。10日目から出そうで出なかった便が出はじめると、だんだん機嫌が悪くなり、死ぬ、トイレでする、座ってする、などのわがまを言いはじめ、今回は前回退院の翌日の入院で患者がショックをうけて自殺行為があつてはいけないと、入院当初から有料の付添いが付きました。患者のわがままな一風変わった性格のためか付

表4 3回目の入院

入院経過	異常行動・言動	排泄行動				疼痛	面会人または付添者		
		時間	内容	尿もれ	排便			便もれ	浣腸
入院	手術			カテーテル挿入	0		浣腸	+	(夜)息子(昼)嫁
1日目					0			+	
2日目					1			+	
3日目					0			+	
4日目					1			+	
5日目					1			+	
6日目		18:00	息子の来るのが遅いと不機嫌						9:00
		10:00	罵詈雑言						
		21:40	"トイレを持ってこない"と不機嫌						
7日目		10:00	"お父さんが早く来いと夕べも言いに来た。"						6:00
8日目									
9日目		14:00	"もうあの世からお呼びがかかっている。"						6:00(夜)
		20:30	"致すのなら早よ薬持ってきて。"						
10日目		2:00	突然大声で笑う。						0
		10:00	"死んだのに生きとるのがおかしい。"						
11日目		10:00	"私は死んでるんだから。"						10:00
		15:00	排泄後の始末が遅れ怒る。						
12日目		7:00	"大きいミカン買ってきて"						9:00
		18:00	"昨日のおかずを食べて死んでやる。"						
		18:00	"何しに来た。薬持ってきたんなら帰って。"						
13日目		10:00	"私の所へは誰も来てくれない。" 独り言をいう						0
		14:00	"先生が来て目を合せない"						
14日目	詐病を指摘	6:00	攻撃的						8:00
		12:00	"今まで看護婦に困らされたけん今夜は困らせてやる。"						
15日目		12:30	"誰よ。死んだ人のようなご飯持ってきて。私は食べませんよ。"						8:40
16日目		14:00	何を聴いても不機嫌。返事しない。						15:45
17日目		11:00	"人を罵詈雑言にして。自殺してやる。"						11:00
		12:00	昼食になかなか手をつけない						
		18:00	下痢すると"ありがとう"						
18日目		6:00	M.C.時に"ありがとう"						18:00
		18:00	"今日は誰も来んけんお-お開けて。忙しいのにごめんね"						
19日目		2:30	"夢みて目が覚めた"と笑う						1
		14:00	面会人あり。会話ル-ズ						

添者と度々トラブルがありました。二度目の付添者が辞意を申し出たとき息子が患者をひどく叱り、その後からはおとなしくなり素直になりました。今回の入院では異常行動・言動は2回でした。

● 3回目の入院 (表4)

入院後すぐにバックカテーテル挿入、浣腸施行。5日目息子が来るのが遅いこと、便が次々出るようになったことから不機嫌となり、8日目に便がすっきり出たとき以外はほとんど異常行動・言動が現れています。今回は経済面および身内の付添いの効果を考え、息子に勤務終了後泊まってもらうことにしました。

ところが私たちが身の回りの世話をするようになってはじめて、患者の行動はてんかん気質による病的行動でなく詐病によるものではないかと思うようになりました。その理由は、①どんなに異常行動・言動を発しても起立したり足をねじったりしなくなったこと、②時々メモをしているノートには、〇時〇分〇〇〇が来る、〇時の熱は〇℃、金銭出納などが正確に書かれていたこと、③心療内科の薬は眠り薬だから飲まないとかくさんの薬の中から捜し出す、などの行動からでした。

表5 考察

<p>1) 排泄の失敗や摘便などの排泄行動は異常行動・言動と関連している。</p> <p>2) 排泄の失敗や摘便が、患者にとっては大きな苦痛の要因となり、その苦痛をカモフラージュするために、異常行動・言動をおこしていた。</p> <p>3) 家族の面会の有無は、精神安定の効用にはつながるが、排泄の失敗の解除にはつながらない。しかし、付添者の存在は精神安定に関連する。</p> <p>4) 疼痛との関連は考えにくい。</p> <p>5) 度々の脱臼が、精神不安定状態の引き金となる。</p>

14日目ある看護婦が患者に詐病を指摘し素直になるように話をしました。しばらくの間反抗していましたが、少しずつ態度を変え心を開くようになりました。それからは嫁姑の関係、生活費のこと、なぜ度々脱臼するのかなどを話すようになりました。

考察

- ①排泄の失敗や摘便などの排泄行動は異常行動・言動と関連している。バックカテーテルや浣腸を行い排泄の失敗がないときは異常行動・言動はありません。しかし排泄の失敗が重なると現れています。
- ②排泄の失敗や摘便が患者にとっては大きな苦痛の要因となり、その苦痛をカモフラージュするために異常行動・言動を起こしていた。性を否定的にとらえていた世代の人たちにとって排泄を他人に委ねなければならないことほど大きな恥はなく、また漏れがあることなどは私たちの想像の域を脱します。そのうえ今まで家庭でなに不自由なく行えていた排泄行動が入院後いきなりベッド上に規制されしかも爽快感が得られないことなどを考えると落ち着かずいららすのも当然といえます。詐病を指摘したとき、苦痛のカモフラージュでなければその後の態度も変化しないと思われませんが、

Oさんは指摘されたことで態度が変化しました。

- ③家族の面会の有無は精神安定の効用にはつながるが排泄失敗の解除にはつながらない。しかし付添者の存在は精神安定に関連する。1回目、3回目の入院時に異常な行動・言動が多くみられたことを考えると、嫁の面会は日中が多く息子は寝るだけなので、夜間の失敗が多い患者にとって心細かったのではないかと。たとえ嫁が付き添っても患者はわがまま、頑固で素直に表現しない性格であるし、嫁も細かい心遣いをする人ではないので同じ現象になったかもしれません。訴えが息子の不在時に多いことは家族から見放されたのではないかと心細さ、退院後の生活の不安などによるものではないかと思われまます。寝るだけにしろ息子がいてくれることが精神の安定につながりました。

- ④疼痛との関連は考えにくい。

- ⑤度々の脱臼が精神不安定状態の引き金となる。もしそうであれば入院当初から起きると考えられますが、2・3回目の入院では数日後に起きています。しかし当初何ともなくとも排泄の失敗が重なると、何度も脱臼することへの怒りが少しずつ現れてきたのかかもしれません。看護婦さんの言う通りにしたのに脱臼した、という言葉は見逃せない発言です。

毎回退院時には家族を交えて詳しい指導を行っていましたが、本人の納得いく説明に至っていなかったのだと思います。そこで3回目の退院時には一つ一つの動作、家の間取りに基づいた設備の改善、家事の仕方、散歩の仕方などをゆっくり時間をかけて行いました。その結果、現在まで順調に経過をたどっています。

今回この症例を受けもち、①老人にとって床上排泄や排泄の失敗ほど精神的ショックを与えるものはない、②理解力、性格を考えて退院時には本人の納得のいく指導が必要である、ということを学ぶことができました。

外来 RA 患者に対する運動療法の有用性

〔松山赤十字病院リハビリテーション課〕 定松 修一・得丸 敬三・浅山 浩二・高岡 達也・佐々木 洋人
 山下 淳一・坪内 健一・石丸 謙治・内田 由起子
 〔 同 リウマチセンター〕 山本 純己

表1 対象症例

<p>平成5年9月～6年2月当院リウマチセンター 外来患者27名</p> <p>性別：全例女性</p> <p>平均年齢：55.2才（34～75才）</p> <p>平均罹患年数：12.9年（1～32年）</p> <p>Steinbrockerの機能障害の分類</p> <p>Class I：3名 Class II：15名 Class III：9名</p>

慢性関節リウマチ(以下 RA)におけるリハビリテーションは、治療の三本柱とされているにもかかわらず、患者がその必要性や重要性を十分に認識していないのが現状です。また理学療法士においても、RA 患者に対する運動療法の有効性は理解しているものの、疾病の性質上その効果の判定が困難であるために、外来 RA 患者に対して積極的な治療を行っていないと思われます。

そこで今回、短期ではありますが外来 RA 患者に対して運動療法の施行および家庭での訓練指導を行い、その効果と訓練状況について調査研究したので報告します。

〔対象〕

平成5年9月～6年2月までに当院リウマチセンター外来通院中の患者のうち運動療法可能な RA 患者27名、性別は全例女性、年齢34～75歳平均55.2歳、RA 罹患年数1～32年平均12.9年、Steinbrocker の機能障害の分類で class I：3名、class II：15名、class III：9名を対象としました(表1)。

〔方法〕

当院にて作成したリウマチノートを参考に患者に対して運動療法を施行し、あわせて家庭での訓練指導および ADL 指導を行いました。また家庭での運動療法を的確に行ってもらうために、リハビリテーション実施記録として毎日の体調および運動療法実施時刻を所定の用紙に記入してもらいました。調査は6～8週間行い、その間2～3回の外来通院での理学療法を施行しました。

図1 筋力の変化(上肢)

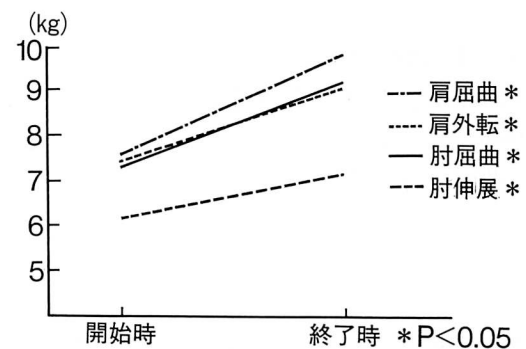
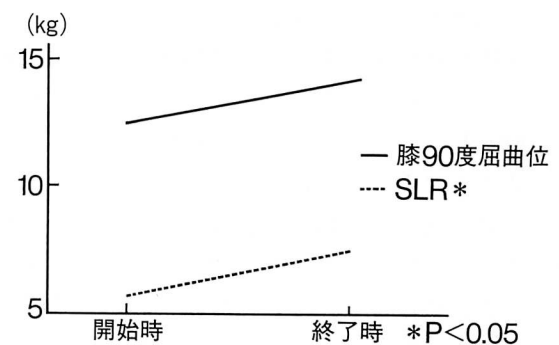


図2 筋力の変化(下肢)



評価内容は、筋力として肩関節の屈曲・外転、肘関節の屈曲・伸展、SLR、膝90度屈曲位からの伸展を Muscular-GT10を使用し、また握力は水銀柱握力計にてそれぞれ測定しました。ROMは肩関節の屈曲・外転・内旋・外旋、膝関節の屈曲拘縮・伸展不全・屈曲を測定し、肩関節の屈曲・外転は抗重力肢位にて自動可動域も測定しました。ADLは、まずリーチ機能として肩峰より前方・側方・上方の最高到達点を測定し、また個々のADL動作は、上肢機能評価として食事をする、グラスの水を飲む、洗顔をする、整髪をする、かぶりシャツの着脱、ボタンをはめる、タオルをしぼるの7項目、下肢機能評価として10m歩行時間、歩数、歩行様式を調査しました。以上の項目を運動療法開始時および調査終了時の2回の評価を実施しました。

図3 ROMの変化（肩関節1）

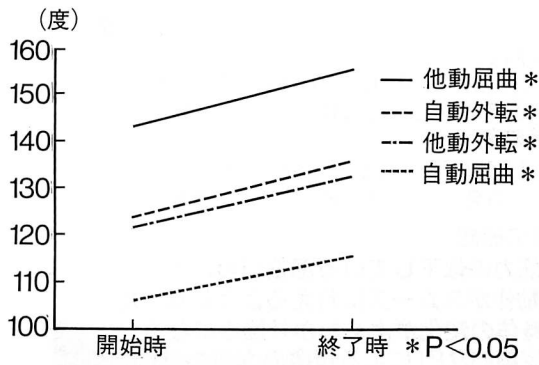


図4 ROMの変化（肩関節2）

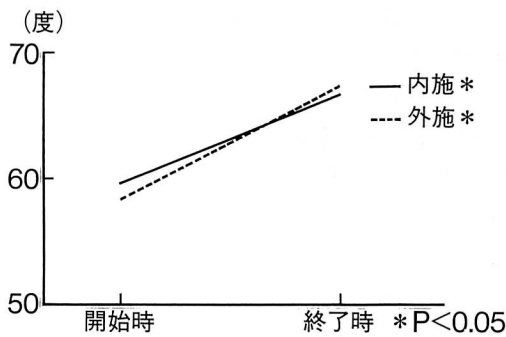


表2 膝関節のROM (n=54)

		屈曲拘縮				
		0	5	10	15	20~
開始時		39	9	4	1	1
終了時		41	8	3	1	1
		伸展不全				
		0	5	10	15	20~
開始時		33	11	5	2	3
終了時		36	15	2	0	1
		屈曲				
		~95	~105	~115	~125	130~
開始時		10	3	9	7	25
終了時		11	2	9	6	26

〔結果〕

まず筋力の変化においては、肩関節屈曲平均2.1kg・外転平均1.8kg、肘関節屈曲平均1.2kg・伸展0.8kg、SLR平均1.2kg、膝90度屈曲位からの伸展平均1.5kgの増加が認められました(図1、2)。しかし握力は9mmHgとわずかな増加しか認められませんでした。

ROM変化は、肩関節他動屈曲平均9.8度・自動屈曲平均11.3度・他動外転平均11.4度・自動外転平均9度、内旋平均6.7度・外旋平均8.2度の改善が認められました(図3、4)

図5 リーチ

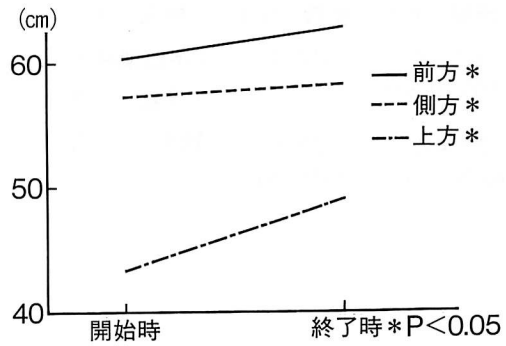
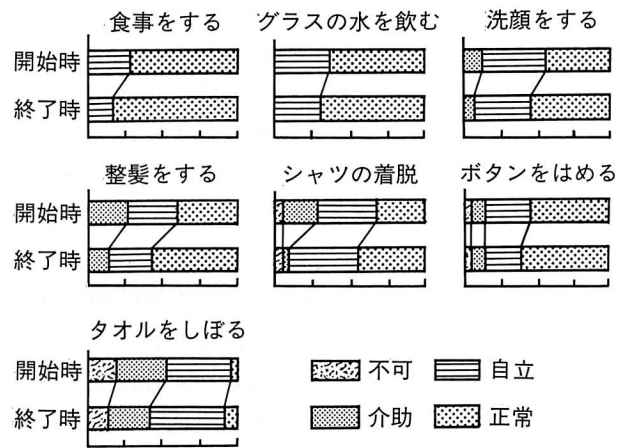


図6 ADL動作



また膝関節におけるROM変化は、開始時15関節に屈曲拘縮を認めたものの、そのうち7関節においては終了時5度の改善がみられました。しかしながら2名2関節において屈曲拘縮の増加がみられました。伸展不全も、開始時21関節において認められ、そのうち12関節において5~15度の改善がみられましたが、増加も2名2関節に認められました。屈曲は、開始時平均117.0度、終了時平均118.7度であり20関節において5~10度の改善がみられ、4名7関節において5~20度の減少がみられました(表2)。

ADLは、まずリーチ機能において前方平均1.7cm・側方平均1.2cm・上方平均6.2cmと肩関節の可動域が影響する上方へのリーチにおいて最も増加が認められました(図5)。

次に個々のADL動作では、訓練前には介助が必要であった患者のうち自立以上に改善したものが、洗顔をする2名、整髪をする3名、かぶりシャツの着脱4名、タオルをしぼる3名が認められました(図6)。

また歩行能力においては、10m歩行時間が開始時7.05

表3 10m歩行

	時間 (秒)	歩数 (歩)	様式 (人)
開始時	12.52	22.3	1 本松葉杖 1
	(7.05~39.63)	(16~59)	T字杖 3
終了時	11.40	21.3	独歩 23
	(6.79~35.48)	(14~55)	

～39.63秒平均12.52秒でしたが、終了時は6.79～35.48秒平均11.40秒と平均1.12秒の改善が認められました。歩数は、開始時16～59歩平均22.3歩で、終了時は14～55歩平均21.3歩と平均1歩の減少が認められました。しかし歩行様式においては、開始時一本松葉杖1名、T字杖3名、独歩23名でしたが、終了時においても同様でした(表3)。

患者個々に記入してもらったりハビリテーション実施記録(25名回収)を検討すると、まず実施時刻は9時までが5名、9～17時が20名、17時以降2名でした。訓練時間は15分以下6名、20～25分11名、30分以上8名でした。また体調が悪い日における訓練実施状況は、行わなかったは5名で他の患者は時間の短縮あるいは上肢のみといった工夫をして施行されていました(表4)。

考察

今回外来RA患者に対して理学療法士によるリハビリテーションの指導を行いました。その結果、筋力・ROM・ADLともに若干ではあるが改善傾向がみられました。これは今回リウマチノートを使用し、外来RA患者に対して個別に家庭での訓練を指導したことと、リハビリテーション施行記録を毎日記録してもらったために、訓練内容を十分理解したうえで正確に運動療法を行えたことが良い結果に結びついたものと考えられます。

また調査後の患者の感想として、理学療法士のリハビリテーションをうけることにより、筋力の低下している部位がわかる、動作がスムーズに行えるようになった、記録してみると体の変化がよくわかり励みになる、定期的に外来で行う理学療法士による専門の指導の大切さを認識させられた等の概ね好評な意見が得られました。

しかし当院リウマチセンターにおいて、平成2年6月実施の外来RA患者に対するアンケート調査では、実際に理学療法士の指導をうけた患者は24.8%と少数であり

表4 リハビリテーション実施記録による検討

(25名回収)		
実施時刻	9:00~17:00	17:00~
～9:00	20名	2名
5名		
訓練時間	15~25分	25分以上
15分以下	11名	8名
6名		
患者の感想	<ul style="list-style-type: none"> 筋力の低下している部位がわかる 動作がスムーズに行えるようになった 身体の変化がよくわかり励みになる 定期的なPTによる指導の大切さがわかった 	

他の患者は、痛みが強くなる、訓練を行う時間がない、訓練をする必要がない等の考えにより、実際にリハビリテーションをうけていないのが現状です。

今回の調査研究は、前回発表した入院患者に対する運動療法の効果に比べやや劣るものの、外来患者においてもリハビリテーションの必要性を認識し、理学療法士による個々の患者にあった運動療法を指導することによって十分効果が期待できることが判明しました。今後は、外来RA患者に対しても積極的にリハビリテーション指導を行っていきたいと思います。

- 1) 得丸敬三：外来RA患者に対するリハビリテーションの現況、
松山赤十字病院医学雑誌 Vol.16, NO.1, 1991

DISCUSSION

柴田 運動療法にはさまざまな目的とその目的に合わせた方法があると思います。特にRAの場合、支点となる関節の状態(stage)により相当差がでると思います。例えば、どの程度の運動量(加重力)がその患者に適切かの判断は非常に難しい。逆に関節を痛める結果にもなりかねないわけで、運動して鍛えて構わない関節と優しく保護してあげなければならない関節があるということです。そこで“Joint protection”という考え方があります。それは関節に力を与えない(負担をかけない)で筋力を高める方法で、こうした考え方も取り入れてもよいのではないかと思います。

実際の経験から、運動療法を始めたけれど途中でやめたほうがよいとか、方法について検討を要した症例などはなかったですか。

定松 アイソメトリックな運動が主体ですので、これまでは運動療法をしたから関節の痛みが強くなったとか、筋肉が痛くなったということは聞いてい

ません。また肩関節の運動の場合、比較的パッシブな運動もしますが同様です。

柴田 Activeでしかも筋力を上げる方法は少し危険があるかもしれないという印象をもちますが。

定松 理学療法士が個々人にあった運動メニューを作成し、その後何度もリハビリノートを見たり、面接チェックをしながら進めています。問題点がある場合はメニューの見直しを行っています。

柴田 Stage分類はしてあるのですか

定松 しています。

井上 筋力とひと口に言ってもRAの場合特に難しい。痛みもあるわけですし、経年によって筋肉の状態も変わってきています。筋力をみているようでJoint performanceをみている場合もあるように思われます。多くの症例から、一つの基準値的なものを早く確立できればそれにこしたことはないのですが、そう簡単にいかないのが難しいところです。

大腿骨顆上骨折をきたし術後痴呆症状が出現した RA 患者の看護を振り返って

〔松山赤十字病院14病棟〕 林 美佐・矢野 茂子・上岩 とよ子・山本 眞佐江

図表1 事例紹介

患者：M・S氏	69才	女性
診断名：右大腿骨顆上骨折		
家族構成：夫，長男夫婦，孫，		
既往歴：S22年 虫垂切除術		
H2年5月 尿道カルンケル切除術		
H2年6月 両膝人工関節置換術		

図表3

入院後の経過	
1月5日～4日間	スポンジ牽引
1月9日	観血的整復固定術後，翌日より夜間，大声あるなどの不穏状態出現
1月17日	CPM開始
1月20日	車いす移動可
1月24日	X-P上，骨折部に転位みられCPM中止，ギプス固定
2月3日	リハビリ訓練開始
2月18日頃より	夜間良眠となる
3月6日	ギプス除去，歩行訓練開始
3月15日	痴呆症状改善

図表2

入院までの経過	
S30年	右膝関節痛出現，関注，電気治療
H2年5月	当科受診
H2年6月	両膝人工関節置換術
術後の経過は良好	
H7年1月5日	自宅にて転倒，右大腿骨顆上骨折にて緊急入院

います(図表1)。

〔当院入院までの経過(図表2)〕

- ・昭和30年ころ右膝関節痛出現し、近医にて関注、電気治療を受けていました。
- ・平成2年5月、当院リウマチ科を受診。
- ・同年6月、両TKRを施行されます。術後の経過は良好にて退院し、月1回の外来通院をしていました。
- ・7年1月5日、自宅にて転倒し、右大腿骨顆上骨折と診断され、手術目的にて緊急入院となりました。

〔入院後の経過(図表3)〕

- ・1月5日から手術までの4日間、2kgのスポンジ牽引施行。
- ・1月9日、観血的整復固定術施行。術中、術後の経過は良好(術後合併症の出現はみられませんでした)。
- ・1月10日、手術翌日より、夜間大声をあげて起き上がる、病衣をはだけてゴソゴソ動くなど不穏状態がみられる。
- ・1月17日、CPM開始。
- ・1月20日、車イス移動が許可。
- ・1月24日、X線写真上にて骨折部に転位がみられたためCPM中止、ギプス固定。
- ・2月3日、リハビリ訓練開始。
- ・2月18日ころより、安定剤の内服や訓練室でのリハビリを開始したことにより夜間はほとんど眠れるように

慢性関節リウマチ(RA)患者の骨折は、骨折部自体の修復および骨折にともなう機能障害の回復に長期間を要します。そのため、起立歩行不能という機能障害にともなう日常生活行動の不便さや、臥床を余義なくされます。これらより、とくに老人では老人性痴呆や骨萎縮の増強、褥瘡や肺炎などを併発することが多くあります。

今回私は、右大腿骨顆上骨折により術後痴呆症状が出現した患者を受け持ちました。その症例の看護を報告します。

患者はM.Sさん、69歳、女性。診断名は右大腿骨顆上骨折。家族は夫、長男夫婦、孫の5人です。既往歴は昭和22年虫垂炎切除術、平成2年5月尿道カルンケル切除術、同年6月両膝人工関節置換術(bTKR)を施行して

図表 4

<p>《入院～手術》</p> <p>問題点：# 1. 右大腿骨顆上骨折， スポンジ牽引を施行することによる， 疼痛， セルフケア不足</p> <p># 2. 環境の変化による痴呆発生のおそれ</p> <p>目標：早期に入院生活に適應でき， 安定した状態で手術を受けられる</p>

図表 5

<p>《手術後》</p> <p>問題点：# 1. 術後の疼痛</p> <p># 2. 床上安静によるセルフケア不足</p> <p># 3. 術後合併症のおそれ</p> <p># 4. 手術からくる身体的， 精神的变化により痴呆悪化のおそれ</p> <p>目標：1. 早期離床により術後合併症を起こさない</p> <p>2. 痴呆症状が消失し， 安全にリハビリにのぞめる</p>
--

なりましたが、食欲不振、意欲・興味の減退、もの忘れが目立つようになります。

- ・ 3月6日、ギプス除去され、歩行訓練を開始。
- ・ 3月15日、ADLの拡大がみられ、自力でトイレに行き、身の回りのことをひとりでできるようになり、痴呆症状もみられなくなる。

〔看護の展開〕

《入院から手術まで（図表4）》

○看護の問題点

1. 右大腿骨顆上骨折、スポンジ牽引を施行することによる疼痛、セルフケア不足。
2. 入院による環境の変化による痴呆発生のおそれ。

○看護の目的

1. 早期に入院生活に適應でき、安定した状態で手術を受けられる。

《手術後（図表5）》

○看護の問題点

1. 術後の疼痛。
2. 床上安静によるセルフケア不足。

図表 6

<p>まとめ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 入院生活が居心地のよい場所となるよう生活のリズムを整える援助が必要。 2. 肯定しながら、患者の言いたいことを含めて会話を続ける。 3. 家族の働きかけが大切である。

3. 術後合併症のおそれ。
4. 手術からくる身体的、精神的变化により痴呆悪化のおそれ。

○看護の目標

1. 早期離床により術後合併症をおこさない。
2. 痴呆症状が消失し、安全にリハビリおよび日常生活ができる。

〔看護の実施〕

具体的な看護の実施については、上記、術後問題点4についてのみ述べることにします。

《看護の実際と評価》

- ・ 痴呆症状が悪化しないよう寝たきりの状態にしない。
- ・ 変化のある一日を過ごさせる。
- ・ 夜間の睡眠を妨げない。

などを看護のポイントとして援助しました。

まず、一日の過ごし方を考え、生活にリズムをつけると同時に、日中はできるだけ車イスを使用し過ごせるようにしました。午前中は訓練室でPT・OTによるリハビリを行い、帰宅後は清潔ケアを行いました。その際、胸腹部を拭いたり病衣のひもを締めるなど、できるだけ自分でできることはしてもらうように援助しました。午後は、疲れた、寝ていたいとベッドから離れようとしませんでした。13時からロビーで行われる「リウマチ体操」には参加してもらうよう努めました。

はじめは表情がうつろで、ボーとしていましたが、他のリウマチ患者さんも一緒にしていることが功を奏したのか、わりあい早くから手を動かし体操に参加するようになりました。

食事も介助していましたが、無理に座らせオーバーテーブルを用い、自分で食べられるようにセッティングしました。最初はボロボロこぼし時間がかかるため途中で放棄したり食欲がなかったためひと口から5分の1くらい

食べるとやめたりしていましたが、自立歩行訓練が始まってからは徐々に食欲が増し、半分以上自力で食べられるようになりました。

夜間の睡眠状態は、回数は少なくなったものの3日に一度程度はベッド柵を外し降りようとしたり、病衣はだけゴソゴソ動くなどの不穏状態や便失禁がみられました。しかし歩行訓練を開始してからは運動量が増えて疲れるのと、日中に排便できるよう援助することでほとんど良眠できるようになりました。

また、つじつまの合わないことを言うこともありましたが、できるだけ会話の意味をキャッチし話をもちかけるようにしていると会話が続くようになり、表情もすっかりしてきました。

また、有効な家族の面会を得るために、お孫さんに「おばあちゃんに早く家に帰ってほしい」などと話してもらいました。

考 察

老人の入院に際しては、急激な環境の変化が患者を混乱させ、症状を悪化させたり、新たな問題を生じさせたりすることもあります。そのため、入院後はできるだけ早期に患者にとって病院が安定した居心地のよい場所となるよう援助することが必要であると思われます。Mさんの場合も、突然の骨折で緊急入院と手術を余義なくされ、環境の急激な変化に適応できなかったのではないかと考えられます。

その方策として、患者がいままで過ごしてきた生活により近い生活が病院でもできるよう配慮することで混乱を少なくし、安定した入院生活を過ごしてもらうことを考えました。まず折り紙や絵本を見ることを試みましたが、本人の意に沿うものではありませんでした。そこでMさんが入院前にどのような一日を送っていたか、趣味は何かなどの情報を得ましたが、庭いじりなど当時行うには不可能なことばかりでした。そのため趣味以外に目を向ける方策を考えることとしました。

同じような見当識障害のある患者のリハビリを兼ねた生活パターンを参考に一日の過ごし方を決め、それに沿って援助しました。それにより規則正しい生活が確保でき、長時間の離床により昼夜の逆転も修正され、食欲も増し、意欲的にリハビリに取り組めるようになりました。

患者はみかん農家で年中忙がしい環境にありましたが、リウマチ発症以後は家業への参加はほとんどなく、一日中家の中で暮していました。そのため、趣味を生かすより一日の生活のリズムを整えることのほうが効果があったと思われます。

また、つじつまの合わない会話や、もの忘れのため言葉が出ないときの関わりが大切になってきます。「本当は〇〇だったのでしょうか」と訂正するのではなく、本人が言おうとしていることを先々に読み取り、肯定しながら会話を続けていけば少しずつ会話が続くようになりました。このことを考えると、思考を呼び起す作用は、刺激を与えることでゆっくりではあるが、回復していくことがわかりました。

この場合、より効果が現れるのは家族の働きかけです。在宅時の患者の状況や家族の語らいなどの情報を得たり、家族の患者への話しかけなどが有効手段でした。

以上のように痴呆性老人の看護にあたっては、痴呆の程度や生活習慣を知り個別的に援助できる看護婦の細かな配慮が必要であると思いました。

まとめ (図表6)

1. 入院生活が居心地のよい場所となるよう生活のリズムを整える必要がある。
2. 肯定しながら患者の言いたいことを含めて会話を続けるとよい。
3. 家族の働きかけが大切である。

今回、右大腿骨顆上骨折後、痴呆症状の出現した患者を受け持ち、学ぶことが多くありました。これからも、老人人口の増加にともない老人患者も増加していくなかで、現疾患以外にさまざまな合併症や廃用症候群をおこす可能性が高くなりますが、これらのことを念頭に置き援助していく必要があると思いました。

DISCUSSION

- 田 窪 早く離床させることがポイントだと思います。私たちも手術時、離床が早い手法を選択するようにはしていますが、症状によっては必ずしも選択できるわけではありません。この症例からも術後の看護婦さんの細かいケアが大切だということがわかります。

症例発表(8)

闘病意欲を高めADLを向上する看護とは
～Mさんとのかわりを通じて学んだこと～

〔松山赤十字病院14病棟〕 福田 香織・向井 すが子・山本 眞佐江・伊藤 美由紀

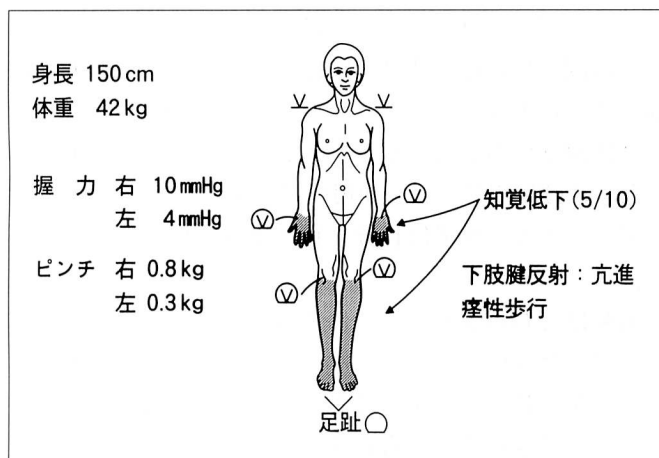
図表1 現病歴

症例：61歳 女性
現病歴：S54年全身の多関節痛で発症。近医にてRAと診断され、以後通院加療を行っていた。H8年7月上旬39度の発熱と共に上下肢のしびれ感、下肢筋力低下による歩行障害出現したため当院リウマチセンター受診。H8年8月18日入院となる。9月13日ハローベスト装着し、9月18日椎弓切除術+後側方固定術施行。以後、後療法を施行し、H9年1月18日退院となる。

図表3 ADL 状況

	入院時	リハビリ開始時
清潔	全身清拭、陰部洗浄(毎日) 足浴、手浴 入浴全面介助要	全身清拭 (3回/w) 陰部洗浄はウォシュレットにて自立 入浴介助 (洗髪、背部介助要 洗顔自立、シャワーチェア までの移動自立)
排泄	排尿：床上排泄介助 排便：身障トイレまで全面介助にて行なう。	排尿・排便：車イス又は歩行器移動の介助を行ない、身障トイレで自立。 (夜間のみ床上排泄)
食事	夫が食事介助している時が多かった。	78cm 食事台にセッティングすれば可能。 自助具(先割スプーン、ホルダー付き吸いのみ)にて自立。
移動	立位⇒介助にて数秒可能 歩行⇒不可能 車イス移動⇒全面介助	立位⇒何かにつかまっていれば自立 歩行⇒歩行器にて可能

図表2 入院時現症



慢性関節リウマチ (RA) は原因不明の慢性進行性疾患であり、一部には治療に抵抗し、全身多関節の破壊により著しい身体障害に至る患者もあり、長期の入院治療を余義なくされることも多い。これらの患者では将来に対する不安や、長期の闘病生活などから依存心が強くなったり、治療に対する意欲の低下などにより、術後の後療法に支障をきたすことも少なくありません。今回、夫に対する依存心が強く、頸椎手術後のリハビリに難渋したRA患者に対し、適切な精神的援助を行うことができたので報告します。

患者は61歳、女性、昭和54年、全身の多関節痛で発症しました。近医にてRAと診断され、以後、同院にて通院加療をうけていました。平成8年7月上旬、39℃の発熱とともに上・下肢のしびれ感、下肢筋力低下による歩行障害が出現したため当院リウマチセンターを受診。環軸椎亜脱臼、下位頸椎亜脱臼による頸髄障害と診断され、同年8月18日精査治療のため入院となりました。9月13日ハローベスト装着、9月18日椎弓切除術、後側方固定術をうけました。術後8週にてハローベストを除去し、頸椎カラーとなりました(図表1)。

入院時現症(図表2)は身長150cm体重42kgと小柄で、握力は右10mm Hg 左4 mm Hg、ピンチ力は右0.8kg左0.3kgと著明に低下しており、両手、両下肢に5/10の知覚低下が認められました。また、下肢腱反射は亢進し、痙性歩行を呈していました。両肩、両手関節および両膝関節のRA罹りがみられ、運動痛、可動域制限が認められました。また両足趾変形による歩行時前足部痛を訴えました。

RAによる多関節障害に加え頸髄障害による上・下肢筋力低下、痙性麻痺により入院時ADLはほぼ全面介助の状態でした。これらのADL障害に対し適切な看護計画、自助具の作製等を行いADLの改善に努めました。図表3を見てわかるように、入院時においてはほぼ全面介助でしたが、リハビリ期においては少しずつですが自立が認めら

図表 4

<p>問題点 1</p> <p>ハローベスト装着による頭重感及びRAによる骨破壊が強いことに関連した安楽の変調（全身関節痛）</p> <p>—看護内容—</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 頭重感の増強、刺入部痛、関節症状（疼痛部位・程度、腫脹・こわばり）、全身症状（バイタルサインズ）の観察 ② 骨破壊の程度、検査データ（検血、CRP、RAテスト、ESR、SAA、生化学他）のチェック ③ 疼痛時Dr指示による25mgボルタレン坐薬の挿入介助 ④ 温浴（手浴、足浴、ホットパックなど）の実施 ⑤ 装具、サポーター装着介助 ⑥ 車イスの散歩、頸椎保護枕（テンションピロー）の使用 ⑦ 関節保護の必要性、方法、リウマチノートの使用などの指導

図表 5

<p>問題点 2</p> <p>RAによる上下肢のしびれ及び全身関節の変形、拘縮に関連したセルフケア不足（食事、排泄、清潔、整容、更衣）</p> <p>—看護内容—</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 関節症状（疼痛部位、こわばり、腫脹）、四肢の変形、拘縮の程度、しびれの部位と程度（フローシートの使用）、ADL状況、家族(夫)の援助状況の観察 ② 清潔ケア（全身清拭、陰部洗浄、足浴、手浴、ドライシャンプー、入浴介助） ③ 食事介助：軽量スプーン等の利用方法の指導、食事のセッティング、細かい動作の援助、咀嚼能力に応じた食事の選択（きざみ食、加工食などへ変更） ④ 排泄介助：身障トイレまでの移動介助（車イス又は歩行器にて移動）、夜間は尿器介助、病室へポータブルトイレ設置。 ⑤ OTとコンタクトをとりながら自助具（軽量スプーン、長柄ブラシ、リーチャー）を作成し、利用方法を一緒に行いながら指導 ⑥ PTと病棟内のM氏のADL状況を連絡しながら移動範囲を拡大していくようにする。

図表 6

<p>問題点 3</p> <p>援助者である夫に依存心が強く無気力であることに関連した廃用性症候群の潜在的状態（筋力低下、関節拘縮、ADL低下）</p> <p>—看護内容—</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 家族（夫）を含め、現在の状況、リハビリの必要性を説明 ② 夫へもM氏の出来ない事のみ援助するよう指導 ③ セルフケアの確立（問題点2に準ずる） ④ 関節可動域訓練 ⑤ 本人、家族と共に目標を設定 ⑥ 目標達成した時は家族と共に激励する

れます。これらの中でとくに問題として考えられた3点に対し看護面からのアプローチを報告します。

〔問題点1（図表4）〕

ハローベスト装着による頭重感およびRAの骨関節破壊に関連した安楽の変調（全身関節痛）に対しての看護内容ですが、Mさんは身長150cm、体重42kgという小柄な人でした。ハローリングとハローベストを合わせた約3.3kgの負荷が、かなりの身体的、精神的負担となっているようでした。そのため、訪室のたびに「頭が重い、ベストのせいで手が頭まで上がらん。2ヵ月もこんなものつげとかんといかんの？」と訴えました。そこで臥床時は頸椎保護枕を使用し、日中は車イスでの散歩を勧め気分転換を図りました。

またRAによる全身関節痛が強く体動時には「手首が痛い、立っても膝が痛くて立てん」と訴えました。そこで早朝の坐薬使用や午前中の洗面室での手の温浴により疼痛の軽減を図りました。また膝関節に対してはホットパックやサポータの装着を行い関節保護の必要性や方法などをリウマチノートを用いて指導していきました。

〔問題点2（図表5）〕

RAによる上・下肢のしびれおよび全身関節痛の変形、拘縮に関連したセルフケア不足に対しての看護内容は、清潔に関しては毎日清拭、陰部洗浄をし、Mさんの膝の調子のよいときには下半身シャワー、足浴を行いました。また洗面室での手浴や整容をするときに蛇口の開閉や、柄付きの頭髪用ブラシを使用し整髪するといったMさんが可能なセルフケアは自分で行うよう指導していきました。

最初はこちらから「〇〇はできそうですか？自分で試してみてください」と声をかけなければいけませんでしたが、日々経過するごとに少しずつではありますが「〇〇はできそう」と自らすすんでやろうとするようになりました。食事に関しては、OTとコンタクトをとりながらMさんが持てる軽量スプーンやコンビホルダー付きの吸い飲み等の自助具を作製しました。魚の身をほぐす、果物や卵の皮むき、パンの袋開けといった細かい動作は夫の協力を得ることで一人でなんとか食事摂取できるようになりました。排泄に関しては、昼間は車イスで身障者用トイレへ移動し排尿するよう指導しました。排便時はトイレ移動ができていましたが、頻尿のため床上排泄することが昼間でも多くみられました。そこでポータブルトイレを病室に置き、昼間はトイレに座る動作をなるべく多く行えるよう促しました。

〔問題点3（図表6）〕

図表7 治療に対する意欲の低い患者に対して必要と考えられた援助方法

1. 現在の病状と今後の見通しにつき支障がない限り詳しく説明する。
2. 患者の訴えをよく聴き、受容的・共感的態度で接する。
3. 言葉による声かけだけでなく患者と共に行動する、手を握るなどのスキンシップを図る。
4. 目標を高く設定せず、小さな目標からはじめる。
5. どんな小さな回復でもそれを患者に伝え、家族と共に喜び励ます。
6. 患者が不満や不安などをためらいなく訴えられるような環境をつくる。
7. 依存心が強い場合、その原因を明らかにする。
8. 患者だけでなく家族の不安や疑問を解消する。

援助者である夫に依存心が強く無気力であることに関連した廃用性症候群の潜在的状態であることへの看護内容ですが、Mさんが子供がおらず夫と二人暮らしで、依存心が強く入院前より自分でできることも夫が援助していました。そのため「お父さん〇〇してや」という言葉をよく耳にしました。そこで「手術は成功しあとはMさんの意欲とリハビリが必要です」と説明しました。

そしてまず一日の生活にリズムをつけるよう計画を立てました。午前中は洗面室へ車イス移動し整容や手浴を済ませて、身障者用トイレで排泄を行うようにしました。午後はりウマチ体操への参加を促し、その後リハビリ室へ向かうようにしました。昼間は臥床時間を少なくするようベッドでの端坐位、車イスでの散歩を行うよう指導しました。また臥床中でも下腿伸展位挙上運動、大腿四頭筋等尺運動などMさんがベッド上で行える運動を行わせ、筋力低下、関節拘縮の予防を図りました。散歩のときには他のりウマチ患者との交流をすることでより意欲向上を図るようにしました。

夫に対してもMさんができることは時間がかかっても手をかさず見守るよう、指導を行い、Mさんが自ら意欲的に行う行動に対しては夫とともに激励するようにしました。最初のころは夫はどこまで手を出してよいかかわからず、Mさんができることも援助していたことが度々みられたので、食事、排泄、移動といったセルフケアの面

からMさん、夫、看護婦のみんなで「この行為はMさんが必ず行うようにしよう」「この部分はMさんのりウマチの調子が良ければ頑張ってみよう」と計画を立てて実施していくようにしました。そうしていくなかで少しずつではありますがMさん自身にも変化がみられ「〇〇を試みようか」という言葉が聞かれるようになりました。

今回Mさんの看護において、手浴のマッサージや清潔ケアを含めたスキンシップ、また患者やその夫への激励、他の医療スタッフとの連携により、ADL拡大や闘病意欲への向上を得ることができました。本症例を通じ、りウマチのような慢性疾患によくみられる治療意欲の低下や依存心が強くみられる患者に対しては、ベッドサイドに座って耳を傾け、言葉だけでなく、マッサージや手を握るといったスキンシップをすること、またその人が育った環境や生活習慣へ近づけるよう援助することが大切であると実感しました。また「患者をひとりの人間として尊重し、受容的共感的態度で接すること」、さらに患者のニーズを把握するためには、患者やその家族と看護婦との信頼関係を構築すること、さらに温かい思いやりのある態度、誠意が最も大切であると考えました(図表7)。

DISCUSSION

仲田 ミエロパチーを呈するRAの人は障害が大きいと思います。この人は自宅に退院したのですか。

福田 他院へ転院し入院しています。

内海 生活にリズムをつけるようにした、というのは大変にいい言葉だと思います。通常私たちは、そうしたことに無関心で生活していますが、患者にリズムを再構築していく、ということですね。これからも、看護婦さん同士、看護婦さんと患者との会話で用いられている「日常の言葉」を用いて発表していただくとよいと思います。

高岡(松山赤十字病院PT) 介助の量を減らし、「自分でする」という意欲をもたせた成功例だと思います。今後は自宅でのそうした意欲的生活が大切だと思いますので、今後もかかわっていきたいと思っています。現在は他院ではありますが、歩行器にて歩行可能となっています。

症例発表(9)

慢性関節リウマチのセルフケア確立への援助
～患者の残存機能を生かして～

〔松山赤十字病院14病棟〕 金井 洋子・向井 すが子・山本 眞佐江・伊藤 美由紀

図表1 現病歴

症例：47歳 女性
 現病歴：昭和63年3月両手指の関節痛出現、近医にてRAと診断される。以後同院にて加療をうけていたが、平成5年頃より左股及び両膝痛出現、徐々に増悪、歩行困難となったため平成8年3月当院リウマチセンター紹介入院となる。同年3月18日左股、4月22日両膝に対し人工関節置換術を行なった。
 家族歴：特記すべきことなし
 既往歴：特記すべきことなし

図表2 患者の背景

性 格：明朗。また、一人でドライブに行くような活発な面と、心配症な面もある。
 職 業：平成8年3月に教職を退職し、現在は無職である。
 生活背景：家族は義母・夫・次女との4人暮らしである。長女は別居している。経済的に余裕があり、家族は協力的である。

図表3 入院時 ADL 評価

		項 目				項 目					
		0	1	2	3						
起居動作	(1) ねがえる				○	更衣動作	(1) かぶりのシャツが着れる(リーチャーにて)	○			
	(2) 寝て起き上がれる				○		(2) ズボンがはける(リーチャーにて)	○			
	(3) 座っていられる				○		(3) ボタンがはめられる	○			
	(4) 床から立ち上がれる	○					(4) 履き物がはける			○	
	(5) 立っていられる				○		(5) 靴下がはける	○			
	(6) 椅子から立ち上がれる			○		整容動作	(1) 歯をみがくことができる				○
	(7) シャがんで立つ	○					(2) 顔が洗える(自助具使用にて)			○	
移動動作	(1) 平地を歩く				○	排泄動作	(3) 髪がとかせる	○			
	(2) 階段昇降ができる						(4) 足の爪が切れる	○			
	(3) 敷居をまたぐ			○			(1) トイレでパンツの上げ下げができる				○
	(4) 取っ手が回してドアの開閉ができる			○				(2) 後始末ができる	○		
	(5) 膳が運べる	○				入浴動作	(1) タオルがしぼれる				○
	(6) 床の物が拾える	○					(2) 身体が洗える			○	
食事動作	(1) 箸で食事ができる	○				(3) 髪が洗える	○				
	(2) スプーン・フォークで食事ができる				○						
	(3) コップの水が飲める				○						

入院時：○

0：まったくできない
 1：一部分できない(人の助け必要)
 2：なんとか一人でできる
 3：普通にできる

慢性関節リウマチ(RA)患者が、下肢人工関節置換術後の入院生活を快適に送るうえで、看護婦は手術関節のみならず、他の上・下肢関節の状態も正確に把握し、適切な介助・生活指導を行うことが重要です。

今回著しい上肢機能障害を呈したRA患者の、下肢人工関節施行例に対し、理学療法士(PT)および作業療法士(OT)へ病棟内ADL状況についての情報提供を積極的に行い、障害ADLに対する自助具の作製や生活指導により、術後著しくADLの改善が得られた症例を経験した

ので報告します。

症例は47歳の女性。昭和63年3月、両手指の関節痛出現し、近医にてRAと診断されました。以後同院にて加療をうけていましたが、平成5年ころより歩行時に左股痛および両膝痛を自覚するようになりました。疼痛は、徐々に増悪し平成8年歩行困難となったため、同年3月に当院入院となりました。3月18日に左股、4月22日には両膝に対し、人工関節置換術が行われました(図表1)。

患者の性格は明かるく、一人でドライブに行くような

活発な面もみられますが、かなり心配症な面もあっておられました。職業は当院入院まで教職に就いておられましたが、入院前に退職され、現在無職です。家族は、義母、夫、次女との4人暮らしで、長女は別居しています。経済的にも余裕があり、家族は患者の治療に対し、協力的でした(図表2)。

この症例は罹病期間が8年と比較的短いほうでしたが、全身の関節破壊がかなり進行しており、変形・拘縮によるADL障害が、図表3に示したようにみられ、とくに手指のムチランス変形、両肩・両肘関節の可動域制限による上肢に関するADL動作の障害が問題となっていました。また患者はとくに、これら、入浴、更衣、排泄の動作に関し、自立したいという希望を強くもっておられました。

そこでこれらのADLの改善を図るため、OT・PTの協力もと、病棟内で行った看護計画につき、各動作別に報告します。

〔入浴動作(図表4)〕

入浴動作に関しては、在宅中は夫、娘の全面的な介助がなければ、入浴することができませんでした。保清動作は上肢が肩までしか上がらないことや、握力が弱いこと、左股が術後のため、過度の体幹前屈運動ができないことにより、自力では腹部、両大腿部しか洗えずほとんど介助を要していました。そこでOTと相談し、自助具を作製しました。

肩・肘関節の関節可動域制限と手指握力低下による背中の洗体動作障害に対しては、ナイロン地のタオルを2枚つなぎ合わせ、両端に紐でループをつけた風呂用のタオルを作製しました。これはまずはじめに、ループに手をひっかけタオルを背に回し、背中を洗っていくというもので、ナイロン地なので軽く、水の切れもよく力のないYさんには適していました。

下肢については、はじめはボディブラシに長柄をつけたものを作製し、使用していましたが、入浴動作時にブラシが当たっていないところが観察されたためOTに連絡し、調整を依頼しました。長柄の先につけたボディブラシをスポンジに付け替えることにより洗体範囲が拡大しました。

足趾間は長柄に歯ブラシをつけたものを使用し、また髪は長柄ブラシにシャンプーをつけ髪をとかすようにして、洗うよう指導しました。陰部についてはトイレエイドを利用させることにより自立できました。

入浴の際、作製した自助具の扱い方、洗えていないところはないか介助を行いながら、チェックしました。指導を行うにつれ、自助具の扱い方が上達し退院時にはセツ

図表 4

入浴における障害動作	OT	Ns	結果
1. 洗体動作 ①背 中 ②足 趾 ③陰 部 ④その他	自助具を作製し 動作指導 ①ループつきタオル ②足趾用の柄つきブラシ ③トイレエイド ④ボディブラシ ↓ 再作製し、動作指導	入浴介助を行いながら チェックする ④に関しては問題あり OTにフィードバック OTと共にチェック	①、②、③ 自立 使用可能となる
2. 洗髪動作	長柄ブラシ作製	入浴介助時チェック	自立

図表 5

更衣における障害動作	OT	Ns	結果
1. かぶりシャツの 着脱 2. 前あきシャツの 着脱 3. スボンの着脱	1, 2, 3に対し 持参していた リーチャー改良 着脱しやすい衣服 の選択指導 ↓ 動作指導	衣服の選択指導 動作指導のチェック	自立

図表 6

排泄における障害動作	OT	Ns	結果
後始末	トイレエイドの作製 ↓ 柄の長さ、太さ、角度 の調整	使用状態のチェックし、 OTにフィードバック	ほぼ自立
便座からの立ち上り	10cm補高の作製	夜間ポータブルトイレ の高さ調整依頼 使用状況チェック	自立

項目		0	1	2	3	項目		0	1	2	3
起居動作	(1) ねがえる				◎	更衣動作	(1) かぶりのシャツが着れる(リーチャーにて)	○			△
	(2) 寝て起き上がれる				◎		(2) スポンがはける(リーチャーにて)	○			△
	(3) 座ってられる				◎		(3) ボタンがはめられる	○			△
	(4) 床から立ち上がれる	◎					(4) 履き物がはける			○	△
	(5) 立ってられる				◎		(5) 靴下がはける	○			△
	(6) 椅子から立ち上がれる			◎		整容動作	(1) 歯をみがくことができる				○
	(7) しゃがんで立つ	◎					(2) 顔が洗える(自助具使用にて)			◎	△
移動動作	(1) 平地を歩く				◎	排泄動作	(3) 髪がとがせる	○			△
	(2) 階段昇降ができる				△		(4) 足の爪が切れる	◎			
	(3) 敷居をまたぐ			○	△		(1) トイレでパンツの上げ下げろができる				◎
	(4) 取っ手が回せてドアの開閉ができる			◎			(2) 後始末ができる	○			△
	(5) 膳が運べる	◎				入浴動作	(1) タオルがしぼれる			◎	
	(6) 床の物が拾える	○			△		(2) 身体が洗える		○		△
食事動作	(1) 箸で食事ができる	◎				(3) 髪が洗える	○			△	
	(2) スプーン・フォークで食事ができる				◎						
	(3) コップの水が飲める				◎						

図表7 指導によるADLの改善

入院時：○ 退院時：△ 入院時と退院時変化のない項目：◎

0：まったくできない
1：一部分できない(人の助け必要)
2：なんとか一人でできる
3：普通にできる

ティングのみ行なえば、時間はかかりますが、ひとりでなんとかできるようになりました。退院にあたり、自宅ではシャワーチェアを購入してもらいました。自助具を掛けられるようにしたり、転倒防止のために風呂の中や脱衣場に滑り止めを敷くなど、改善するように指導しました。

〔更衣動作(図表5)〕

更衣動作に関しては、リーチャーを購入していましたが、使用方法がわからないため、在宅中は家族が全面的に介助を行っていました。入院時は、上着については全面的に介助を要し、ズボン・下着は膝まで上げるのを介助すれば、自分ではくことができしていました。

上肢関節に可動域制限があるにもかかわらず、Yさんはいままで、伸縮性の少ない襟のつまったかぶりもやボタン式の上着など、上肢障害のある患者さんには不適切なものを着用していました。そのため適切な衣服の選択や、リーチャーの使用方法について指導を行いました。

リーチャーについては、OTと相談をしてYさんの上肢関節の可動域に合った長さに調整してもらい、使用方法について指導を病棟内で行いました。かぶりのシャツでは、肩が挙上できないため、まず両袖を通し、リーチャーを使って頭にかぶるようにし、前開きシャツでは肘の屈曲制限があるため、袖を抜くときにリーチャーを使用しました。ズボンをはくときには、左股が術直後であるため、過度の前屈ができず、床にズボンを置き足を通してから、リーチャーで引き上げるように指導しました。

最初はリーチャーの扱いになかなか慣れず、介助を要しましたが、要領がわかるとはぼひとりでできるように

なりました。

〔排泄動作(図表6)〕

排泄動作に関しては、トイレの後始末については、自宅ではトイレットペーパーを長めに切り、股を通して前後に拭くようにしていましたが、十分な後始末ができていませんでした。そこでOTに連絡し、トイレットペーパーを作製してもらいました。柄の長さ、太さなどを含め使用状況をOTに連絡し調整を図り、滑り止めやトイレットペーパーの当て方などの改良を数回行い、退院時には自立させることができました。

便座からの立ち上がりに関しては、術後夜間のみポータブルトイレを使用していましたが、立ち上がりができないため、OTに連絡して10cmの補高を作製してもらうことにより、自力での立ち上がりが可能となりました。術後は病棟内の身障者用トイレが使用可能となりましたが、退院時には自宅のトイレに10cmの補高を行うよう指導しました。

Yさんは、入院時上・下肢機能の著しい障害により、ほとんどの日常生活動作に介助が必要でした。また購入していた自助具も、それらの使用方法の知識が不十分なため、効果的な活用ができていませんでした。今回OTとの協力により適切な自助具の作製と改良、動作訓練により、退院時には大幅なADLの改善を得ることができました(図表7)。

いままでADL制限のある患者には、その不足領域を介助することで、ADLは充足され、患者も満足すると思っていました。しかし今回、常に患者のそばで自助具の扱いを観察・指導し、OTとの密接な情報交換を行うなかで、

図表8 自助具の改良



「初めて道具を使ってひとりでもできたよ」「これで家族に少し手伝ってもらっただけでいいね」「うまく自助具が使えたよ」などの声が聞けるようになり（図表8、9）、多関節破壊の進行した患者においても、その残存機能やADL障害の正しい評価、適切な援助を行うことにより、セルフケアの確立を図ることが、患者自身の満足感、充実感、意欲向上につながるものだと考えました。

図表9 自助具の改良



DISCUSSION

内海 前の発表とこの発表を聞いて、身体に障害のある人への介護・介助の基本はどうあるべきかを垣間見たように思いました。患者が通常にできること、自助具を使えばできるようになること、設備を改善すればできるようになること、これらハード面の改善とともに、やる気にさせるソフト面の援助が加わり、「できることはする」ことを朝は○、昼は○○、夜は○○というように、一日の生活のなかのリズムとしていくということです。また、介護・介助する側として、自助具等の扱いを観察し、その人にとってどのようにしたら使いやすいものになり、自立できるようになるかを見抜き、できれば改善してあげる目や姿勢が大切ではないかと思いました。

重度の身体障害をもつ RA 患者に対するアプローチ ～手術から家庭まで～

〔松山赤十字病院リハビリテーション課〕 定松 修一・曾我部 保文

図表1 現病歴

症例: K.M. 59歳 女性
現病歴: S54年 両側足趾の疼痛で発症するが放置
S56年 某大学付属病院整形外科でRAと診断される。
同年9月当科初診、薬物療法を開始するが自分の判断で内服を中止、以後治療を全くうけていなかった。
S63年当科再診
H1年7月5日 左全人工膝関節置換術
H3年3月27日 左全人工股関節置換術
H8年10月頃より右股及び膝関節の運動痛著明となり、人工関節置換術目的で入院となる。
既往歴) 特記すべきことなし
家族歴)

重度の身体障害をもつ進行期の RA 患者に対しては、病院での機能障害に強い関節への手術療法や適切な医療指導ならびに自助具の作製が必要です。また退院時には日常生活活動確立のために、保健婦、ヘルパー、ボランティア等の支援を活用することが必要と考えられます。

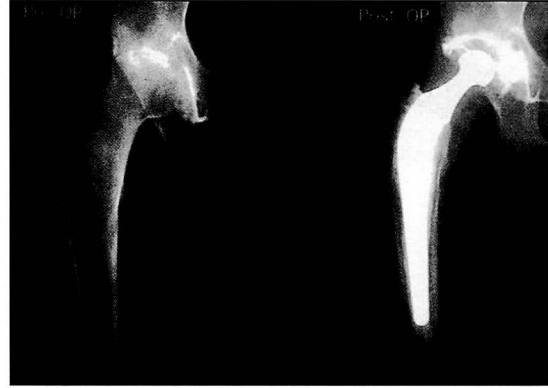
今回、病院での集中的治療および退院後の日常生活確立へのアプローチが可能であった症例について経験する機会が得られたので報告します。

症例は、K. Mさん59歳、女性。現病歴は、昭和54年(1979年)両側足趾の疼痛にて発症。平成1年(89年)7月左TKR(全人工膝関節置換術)施行、同3年左THR(全人工股関節置換術)施行しています。同8年10月ころより右股および膝関節の運動痛著明となり、人工関節置換術目的で入院となりました(図表1)。

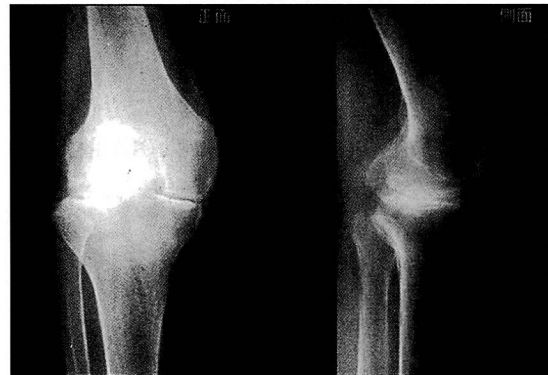
平成9年1月20日右THR(図表2)、3月3日右TKR(図表3、4)をそれぞれ施行しました。

次に、理学療法において(図表5)、入院時評価では関節可動域において肩関節自動屈曲右55度左70度、同外転左右とも50度、肘関節右70度左70度にて強直、股関節屈曲左右とも70度、同外転右10度左15度、膝関節屈曲右65度左40度、同伸展右-20度左-10度でした。また、他の関節においても重度の可動域制限を認めました。筋力においては両上下肢3~3+レベルでした。ADLは起居動作において起き上がり、椅子からの立ち上がり、ベッド

図表2 右THR施行(平成9年1月20日)



図表3 右TKR施行(平成9年3月3日)(1)



図表4 右TKR施行(平成9年3月3日)(2)〈Mark IV〉



図表5 理学療法の評価

入院時評価			退院時評価		
関節可動域(度)	右	左	関節可動域(度)	右	左
肩自動屈曲	55	70	肩自動屈曲	75	85
外転	50	50	外転	60	60
肘(強直)	75	70	股屈曲	90	
股屈曲	70	70	外転	15	
外転	10	15	膝屈曲	100	
膝屈曲	65	40	伸展	-5	
伸展	-20	-10	伸展不全	10	
筋力			筋力		
両上下肢	3~3+		両上下肢	4~4	
ADL			ADL		
起居動作			起居動作		
起き上がり	} 要介助		起き上がり	} 自立	
椅子からの立ち上がり			椅子からの立ち上がり		
歩行			歩行		
10m歩行時間			10m歩行時間		
30.53	2本松葉杖		16.83	2本松葉杖 (RA杖)	
			階段昇降	10cmの段差可能	

図表6

自助具を使用したの動作指導	
(上肢機能障害に対して)	
整容動作	洗顔 整髪
入浴動作	肩・足部洗体
更衣動作	前開きシャツの着脱 靴下の着脱
* 自助具を使用して動作指導を行った	

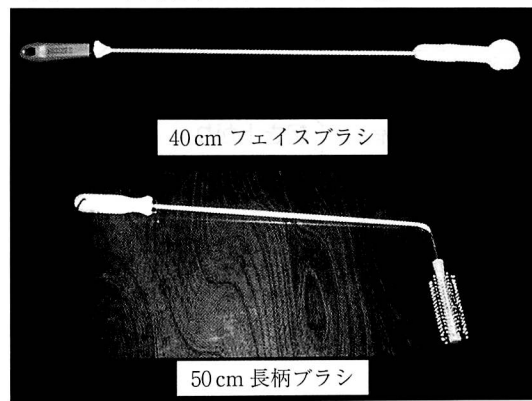
への移動、すべてにおいて介助が必要でした。歩行に関しては10m歩行時間2本松葉杖にて30.53秒と実用レベルではありませんでした。

退院時評価では手術部位における関節可動域は右股関節屈曲90度同外転15度、右膝関節屈曲100度伸展-5度と改善がみられました。筋力において両上下肢4~4レベルと改善が認められました。ADLは起居動作において起き上がり、椅子からの立ち上がりが自立、歩行は10m歩行時間2本リウマチ杖にて16.83秒と改善し、階段昇降も10cm程度の段差であれば、手すりを使用し可能となりました。

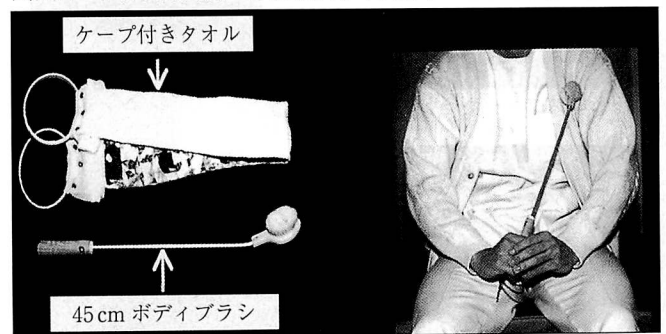
作業療法においては、術前より、今回の手術療法により生じる上肢機能障害に起因する整容、入浴、更衣の各動作等について、自助具の作製および動作指導を行いました(図表6)。

洗顔、整髪等整容動作は、両肩および両肘関節の著明な可動域制限によりリーチが不可能であったため、洗顔に対しては40cmのフェイスブラシ、整髪には50cmの長柄ブラシを作製して動作可能となりました(図表7)。

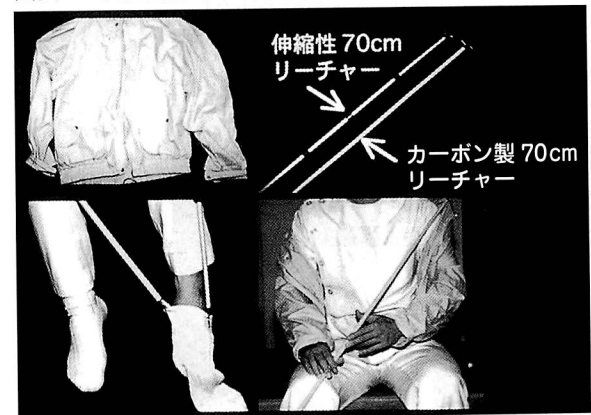
図表7 整容動作(洗顔・整髪)自助具



図表8 入浴動作(肩・足部洗体)自助具



図表9 更衣動作(前開きシャツ・靴下の着脱)自助具



入浴に対しては、洗体動作においてほぼ全介(助)状態であったため、45cmボディブラシとループ付きタオルの使用により、肩および足部洗体が可能となり、介助を軽減させることができました(図表8)。

更衣動作においては、伸縮性70cmリーチャーとカーボン製70cmリーチャーを使用し、動作指導を行うことにより、時間はかかりますが、前開きシャツや靴下の着脱が自立可能となりました(図表9)。

さらに、術後、機能改善が期待できる下肢関節におい

図表10

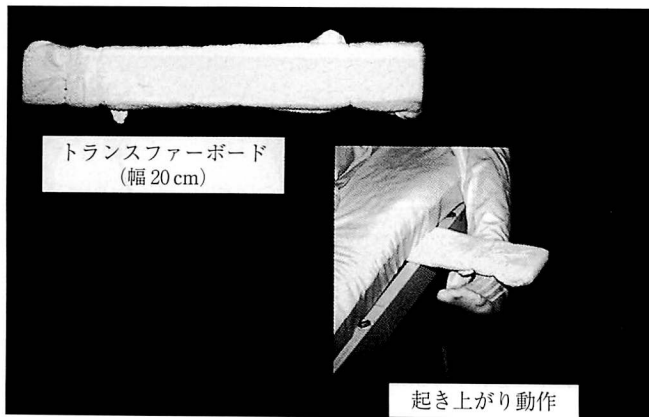
手術・機能訓練・自助具により改善したADL

ベッドでの起居動作 — 起き上がり
ベッドに上がる動作

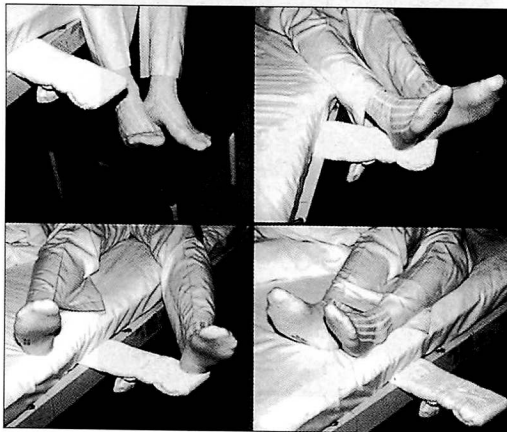
便座・椅子からの立ち上がり

車への乗車

図表11 ベッドでの起居動作(起き上がり)



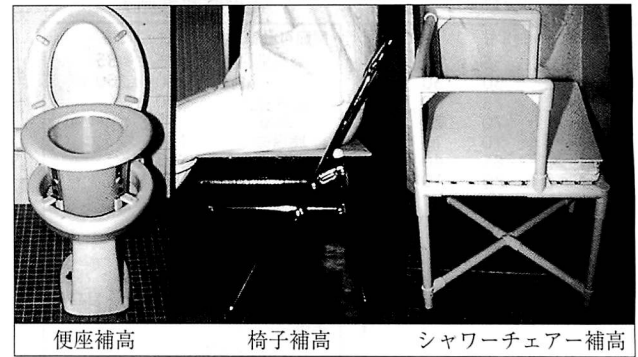
図表12 ベッドでの起居動作(ベッドに上がる)



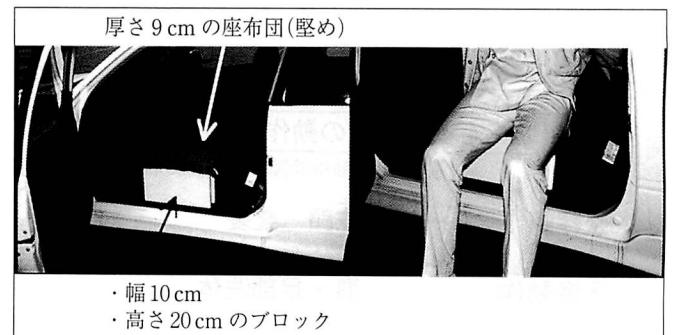
では、術後よりアプローチを行いました。術前には下肢関節機能低下により、ベッドでの起居動作、トイレ便座、イスからの立ち座り、車への乗降等の障害が認められました(図表10)。

ベッドでの起居動作については、幅20cmのトランスファーボードを作製し図表11のようなかたちでベッドの下に敷くことにより、起き上がり動作、ベッドに上がる動作が自立しました(図表12)。

図表13 便座・椅子からの立ち座り
(それぞれ52cmの高さに補高実施)



図表14 乗車動作



図表15 サービス管理表

相談者名 M. K氏

基本サービス	月	火	水	木	金	土	日
早朝							
朝食							
午前	↑	通院介助 (専任ヘルパー)	ホームヘルパー	ホームヘルパー	↑	ホームヘルパー	ホームヘルパー
昼食	デイサービス		○	○	デイサービス	○	○
午後	入浴↓		訪問看護	訪問看護	入浴↓		
夕食	配食		配食	○	配食	○	○
夜間							

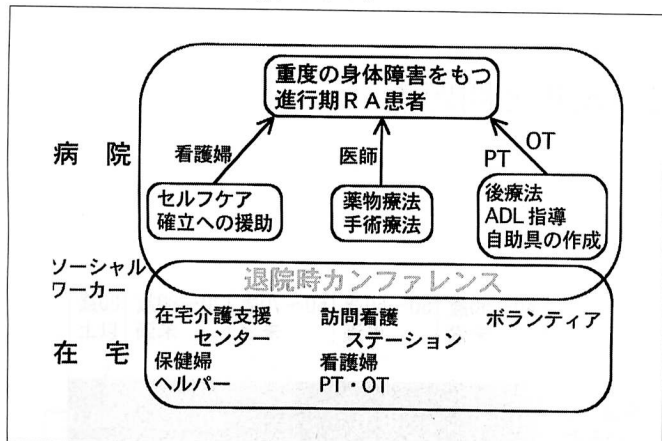
(備考) ヘルパーの業務内容 → ○ ヘルパーが主食を作る
 デイサービスの内容 → 第2水曜日のみボランティア

便座、椅子からの立ち上がり動作については、それぞれ52cmの高さに補高調整することにより、動作可能となりました(図表13)。

車への乗降は、図表14のように、ステップ位置に幅10cm高さ20cmのブロックと厚さ9cmの堅めの座布団を使用することで可能となりました。

病院での集中的治療の後、退院に向けて日常生活確立のためのカンファレンスを、ソーシャルワーカー、在宅支援センターの保健婦参加のもと実施しました(図表15)。支援内容を一週間単位のサイクルでみると、まず食事はヘルパーにて昼食4回夕食3回行い、他の日は配食をボ

図表16 在宅介護への支援システム



ボランティアにて行います。入浴は週2回デイサービスにて行い、通院は息子が休みの火曜日として息子が介助ができないときはガイドヘルパーに依頼することとします。以上のような一週間のスケジュールを決め、退院に至りました。

考 察

今回、重度の身体障害をもつ進行期の RA 患者を担当し、病院での機能障害に強い関節への手術療法や適切な ADL 指導および自助具の作製、看護婦によるセルフケア確立への援助等、集中的な評価、治療が可能な入院治療は、身体障害の強い RA 患者に対して有効であると考え

られます。また、退院後も ADL 能力を維持するためには、退院後の生活を想定した十分な検討を行い、必要であれば社会資源を有効に利用するべきであると思います。しかし、重度の RA 患者の場合、疾病自体の性質上、病院依存性が強く、また一般の介護にあたる人々の認識が低いために家族の介護が得られにくいときは、家庭復帰は困難であると考えられる傾向があります。

今回のように、重度の RA 患者においても在宅での、保健婦、ヘルパー、ボランティア等の援助により、患者の身体的、精神的苦痛とひいては介護にあたる人たちの労力の軽減が得られる、ケアを含めた患者への指導が大変有効であると考えられます (図表16)。

DISCUSSION

仲 田 家庭訪問は？

定 松 まだ実施していません。

奥 田 家庭復帰しても病院にいたときのように、十分に自助具等を使いこなしたり、少ない介助により日常生活が送られているか、チェックしているのですか。

定 松 この症例においても家庭訪問もまだ実施しておりませんし、他の同様にしても追跡調査をしなければいけないと思っています。現在はまだ十分といえませんが、これからの課題としたいと思います。

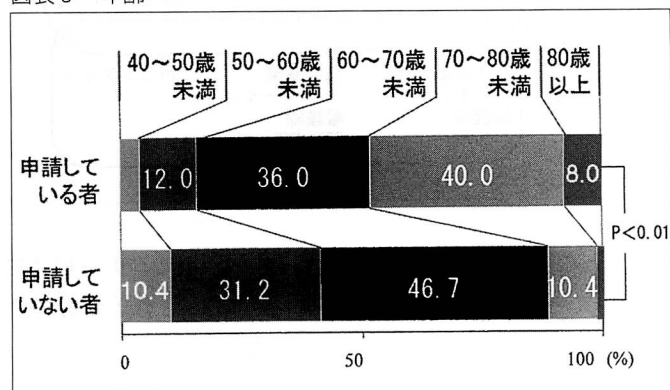
慢性関節リウマチ患者における介護保険利用の現状と問題点

〔松山赤十字病院リハビリテーション科〕 内田 由起子 (OTR)・曾我部 保文・吉田 弘輝

図表1 対象と方法

対 象	
H13年1月15日から2月16日の期間で、 当院 通院加療中の RA患者 1939名のうち アンケート調査が可能であった50名	
申請している者 (50名)	性別 : 男性 5名 女性 45名 年齢 : 68.4±8.5歳 (49~84歳) 罹患年数 : 19.3±13.1年 (1.5~60年)
申請していない者 (77名)	性別 : 男性:9名 女性:68名 年齢 : 60.5±8.4歳 (44~81歳) 罹患年数 : 10.7±7.6年 (1~40年)
方 法	
自己記入方式にてアンケート調査を実施	

図表3 年齢

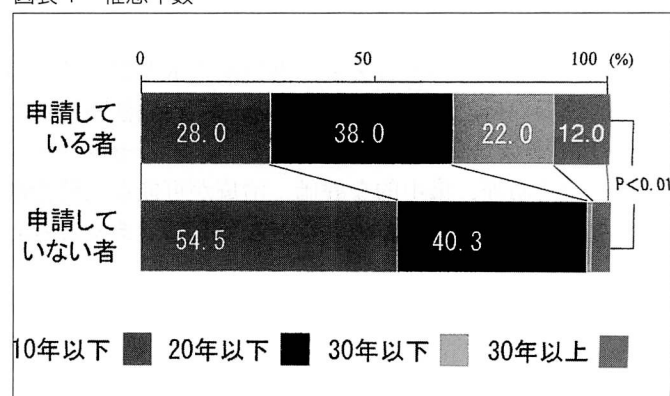


図表2 介護保険の申請状況について

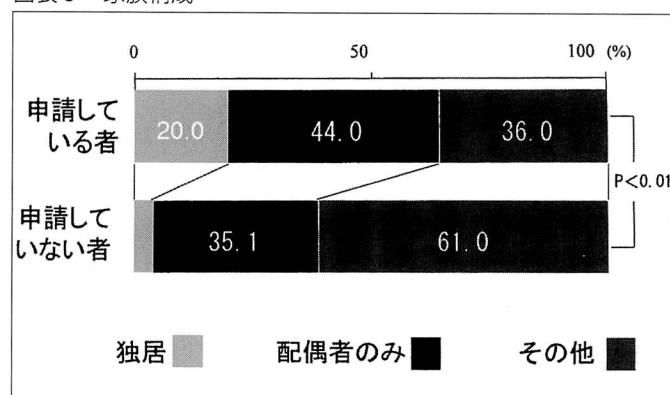
1ヶ月間の外来RA患者	: 1939名
介護保険の適応となる者 (40歳以上の2号保険者)	: 1846名
そのうち介護保険の申請をした者	: 56名

外来RA患者で介護保険の申請を行っている者は 約3.0%

図表4 罹患年数



図表5 家族構成

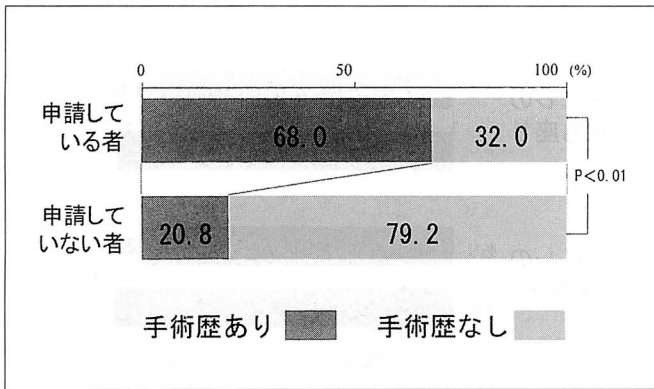


2000年4月から開始された介護保険制度において、適切な利用により慢性関節リウマチ (以下RA) 患者のQOL (クオリティ) の向上が期待されている。しかし、開始後1年経過しようとしている現在、多少の混乱と問題点が出現しているのが現状と思われる。

今回、その現状と問題点、また申請を行っていないRA患者とのADL状況などにつき検討を行ったので報告する。

対象は、平成13年1月15日から2月16日の期間で、当院通院加療中のRA患者1939名のうちアンケート調査が可能であった50名。性別は男性5名、女性45名、平均年齢は68.4±8.5歳(49~84歳)、平均罹患年数は19.3±13.1年(1.5~60年)であった。その対照群は介護保険の申

図表6 手術歴



請をしていない77名で、性別は男性9名、女性68名、平均年齢は60.5±8.4歳（44～81歳）、平均罹患年数10.7±7.6年（1～40年）である。方法は原則的に自己記入方式で行い、書字が困難な人に対しては聞き取りにてアンケート調査を実施した（図表1）。

その結果、介護保険の申請状況は、調査期間1ヵ月間に外来通院したRA患者が1939名で、そのうち介護保険の適応となる40歳以上の2号保険者は1846名おり、介護保険の申請をしている者が56名であった。この1ヵ月間の外来RA患者のうち、介護保険の申請を行っている者は約3.0%と少数であった（図表2）。

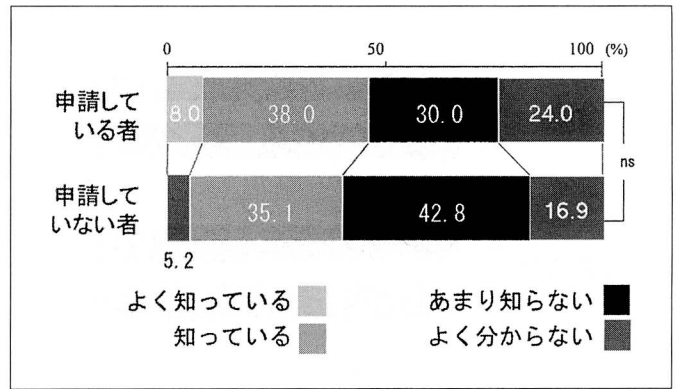
このあとは、介護保険の「申請をしている者」と「していない者」での比較をしていく。

まず年齢（図表3）では、申請をしている人は70歳以上の人の割合が多いことがわかる。次に罹患年数（図表4）では、やはり年数が長い人が申請している割合が多いようである。家族構成（図表5）では、申請している人は独居の割合が多く、申請していない人は同居家族がいることが多いようであった。

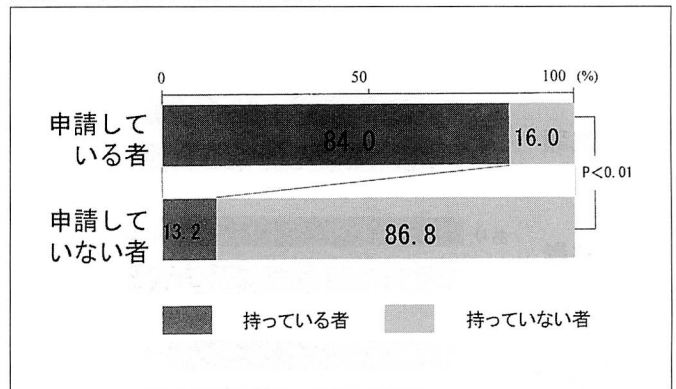
次に手術歴（図表6）では、申請をしている人の68%が手術歴がある、という結果がでた。

次に、介護保険についてよく知っている方だと思いますか？という質問に対しては、申請をしている人と申請をしていない人で、あまり大きな差はみられなかった（図表7）。身体障害者手帳の所有については、申請している人の方が身障者手帳を持っている割合が多い（図表8）。また、介護保険が始まる前から、何らかのサービスを利用していたか？という質問に対しては、以前はサービスを利用していたものの介護保険が始まってからは利用しなくなった、と答えた人が2名いた。理由は1名は「お金がかかるから」ということと、もう1名は「立ててもらったプランが満足いくものではなかった」ため

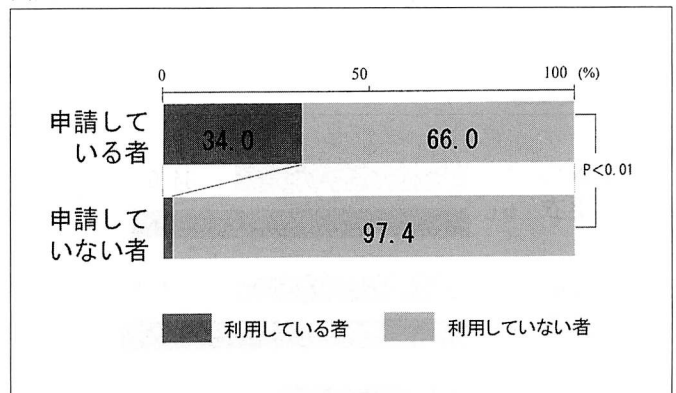
図表7 認知度



図表8 身体障害者手帳の所有



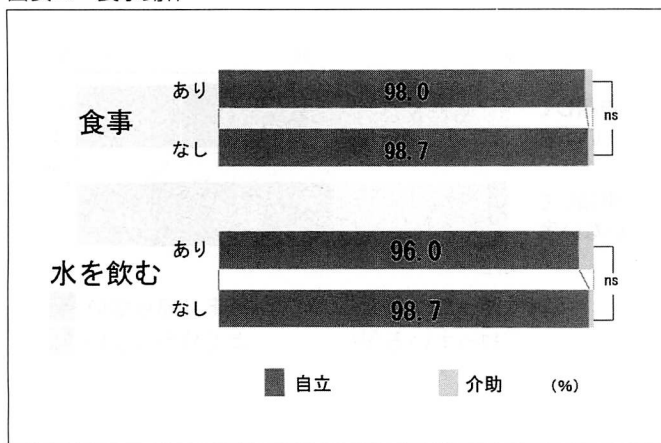
図表9 以前からのサービス利用



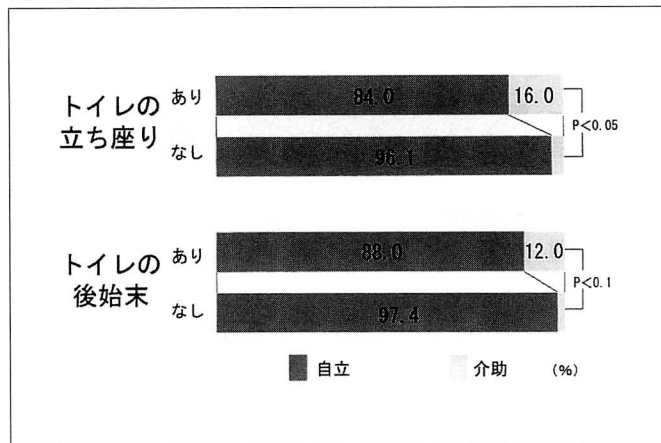
利用をやめている（図表9）。この件については後述することとする。

それでは次に、ADLの状況を比較していくこととする。以下の表で「あり」と書かれているのは申請をしている人、「なし」は申請をしていない人である。また、自助具を使用したり時間がかかる人も含めて自分でできれば緑の「自立」（本書では濃い部分）、また何らかの介助が必要な人やできないと答えた人を赤の「介助」（同、薄い部分）としている。

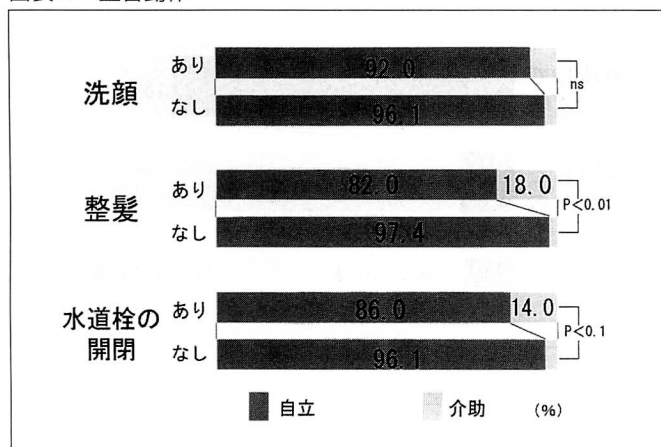
図表10 食事動作



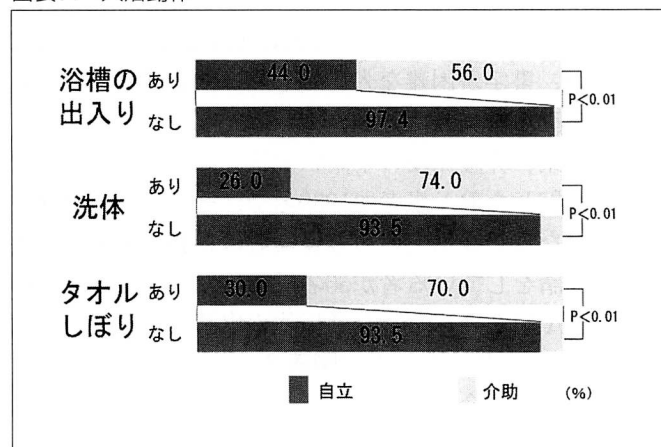
図表13 トイレ動作



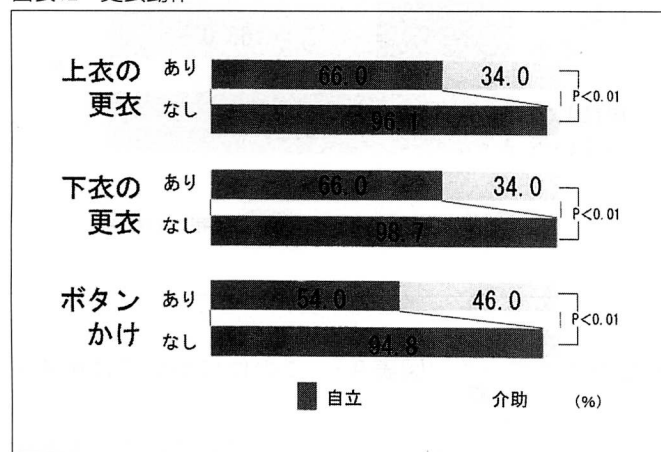
図表11 整容動作



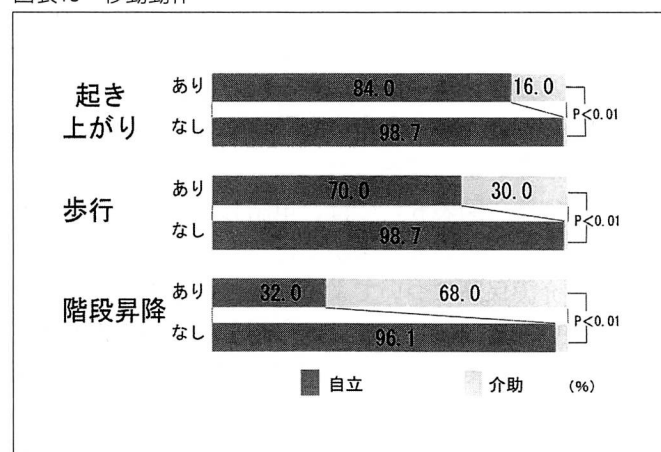
図表14 入浴動作



図表12 更衣動作



図表15 移動動作



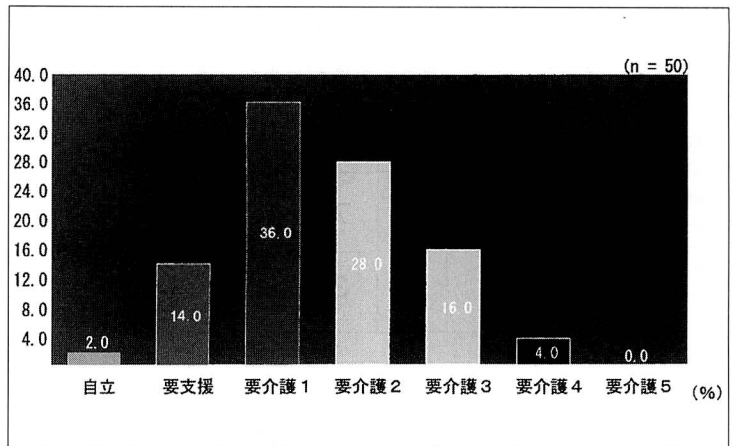
食事動作 (図表10) では差はみられない。整容動作 (図表11) では整髪動作で若干の差がみられる。更衣動作 (図表12) では若干差がみられ、特にボタンかけなどの巧緻動作で差がみられた。次にトイレ動作 (図表13) ではあまり大きな差はみられなかった。入浴動作 (図表14) で

は申請している人といない人を比較してみると、申請している人は介助を必要としている割合が高い。移動動作 (図表15) では階段昇降で差がみられるが、「介助」の中身は介助を要する、というよりは「できない、していない」という返答が多かった。

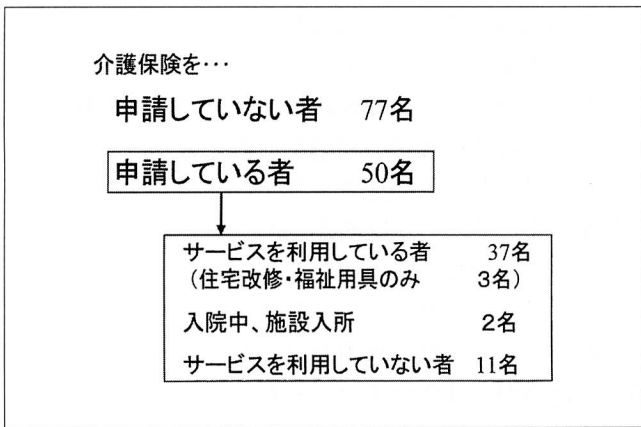
図表16 申請していない理由（重複答）

1. ADLが自立しているから	62
2. 家族が手伝ってくれる	24
3. 内容をよく知らない	18
4. お金がかかるから	11
5. 人に手伝ってもらうことに抵抗がある	8
6. 申請の方法がよく分からないから	8
7. 他人が家に来ることに抵抗があるから	6
8. 手続きが大変そう	5（名）

図表18 要介護度の分布



図表17 申請している者の内訳



図表19 介護度と身体障害者手帳の等級

		介護度						
		自立	支援	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
身体障害者手帳の等級	1級	1		4	5	5	1	
	2級		5	7	6	2		
	3級			2	1			
	4級			1	1			
	5級							
	6級					1		
持っていない者			2	4	1		1	(名)

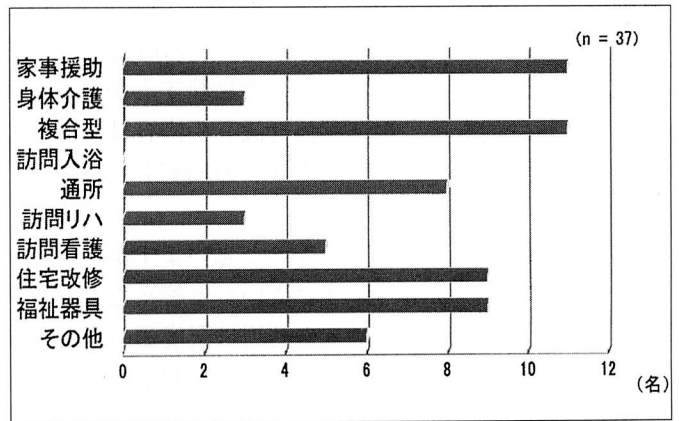
$r_s = -0.297$ ($p = 0.06$) $P < 0.1$

以上、ADLの状況のみてきたが、やはり、介護保険の申請をしていない人は、申請していない理由として「自分でできているから」ということを多く挙げている（図表16）。しかし自立といっても、申請をしていない人は「普通にできている」か「不便を感じていない」というレベルの自立で、申請をしている人は「時間をかけて」「不便を感じながらもできる」というレベルの自立であった。

それでは次に、介護保険の申請をしている人について細かくみていくことにする。申請している人が50名で、居宅でのサービスを利用している人が37名。このうち住宅改修や福祉用具を給付してもらうためだけに介護保険を申請した人が3名含まれている。また施設でのサービスをうけている人が1名、他院に入院中であった人が1名いた。家族の協力が得られないときのために、万が一に備えて申請をしただけでサービスを利用していないという人が11名あった（図表17）。

まず、申請した50名の介護度分布（図表18）だが、要介護1が最も多く、次いで要介護2という結果になって

図表20 利用しているサービスの内容



いる。介護保険の介護度と身体障害者手帳の等級で比較してみたところ、身体障害者手帳1、2級の人が多く、介護度は図表19のように分かれている。また、身障者手帳1級で「自立」と判定されている人が1名いるが、その理由については後で述べるとして、この人は介護保険介護度の「再申請中」である。

図表21 介護度別の利用限度額について (n=34)

		介護度					(名)	
		自立	支援	介護1	介護2	介護3		介護4
限度額について	多い					1		
	妥当		5	9	7	4	4	
	少ない		1	2	3			

図表22 プランの満足度 (n=34)

		プランの満足度				(名)
		満足	まあ満足	あまり満足していない	満足していない	
知識	よく知っている	1	2			
	知っている	3	9	1	(1)	
	あまり知らない	3	8	1		
	知らない		7			

では、実際にどのようなサービスを受けているか、サービスの内容についてであるが(図表20)、「家事援助」と家事援助と身体介護を併せて受けている「複合型」の人が最も多く、「住宅改修」や「福祉器具」の給付も高い割合となっている。ここにある「その他」の項目は、電動ベッドや車イスのレンタルを受けている人である。また、先ほどのADLの状況のなかで、入浴動作で介助を必要としている人が多かったのを反映するかのようであるが、複合型も含めた「身体介護」の内容はすべて入浴介助となっており、「訪問看護」の内容も入浴介助・清拭となっていた。

次に利用限度額について、多いと思いますか?という質問に対して、「まあちょうどよい」と答えた人が多かったのだが、実際のサービスの利用は限度額の5割前後であった。また、少ないと答えた人でも利用は5割から8割で、限度額いっぱい利用していて足りない人は実際には2名ほどであった(図表21)。このなかで、サービスを使えばお金がいるから限度いっぱい使えないとか、もしものことを考えると少しは余裕をもたせて利用している、などの声も聞かれた。

次に、自分に立ててもらったケアプランについての満足度であるが(図表22)、ほとんどの人が満足しているようである。ただし「あまり知らない」けれどこのよう

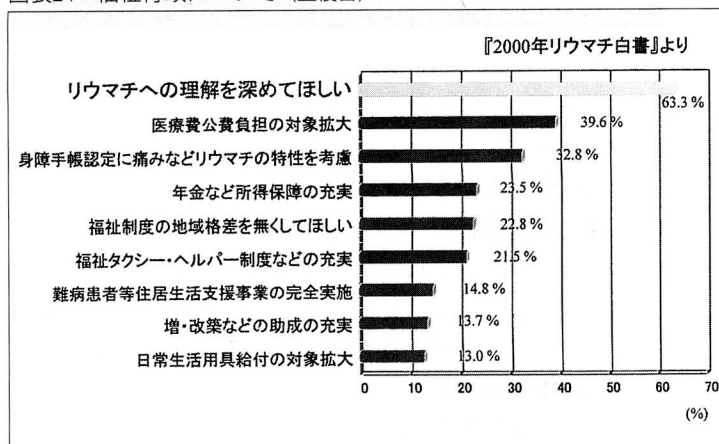
図表23 患者さんの意見

- ・リウマチのことがわかってもらえない
日によって体の調子がちがうこと
時間がかかること、やりにくさ
頼みたいことを全て言わなくてはいけない
- ・受けたサービスが受けられない
通院の付き添い
時間や曜日が合わない
家族の分は?
- ・更新期間が短い

なものでしょう?という人もおり、また、あまり満足していない人が2名いた。図表右端の()のついている1名は、申請してプランを立ててもらったものの、満足しなかったのか、介護保険以前はサービスを利用していたがその後サービスの利用をやめている。

今回のアンケートで患者さんからどのような声がかかれたかをまとめたのが図表23である。もちろんとてもよくしていただいているという意見が多かったなかで、いくつか満足していないという意見もあったので、ここではその満足していない理由だけを取り上げている。一番多かったのが「リウマチのことがわかってもらえない」ということで、細かく聞いてみると、「日によって体調が悪いときがあるのをわかってもらえない」とか、訪問調査のときのことらしいのだが「できるかできないかで判断されてしまって、時間がかかることや、やりにくさはわかってもらえない」という意見が聞かれた。また先ほどの、プランを立ててもらったのにサービスの利用をやめた人は「40分程度の聞き取りではリウマチのことはわかってもらえないと思う」と言っていた。また、「人に何かを頼むのは気を使うし、頼みたいことを全て言わなくてはいけないのはしんどいので、ついがんばってしまふ」などの声も聞かれた。次に、「受けたサービスが受けられない」というのは、先ほどのプランに満足していない2名も含まれているが「介護保険が始まる前は、通院の際の付き添いをしてもらっていたのに、介護保険導入後できないと言われた」「病院では通院は1人では危ないといわれているので、誰も付き添ってくれる人がいないから、頼んでみるとできないと言われた」などの意見が聞かれた。また「ゴミ出しができないのでしてほしいと言うと、曜日と時間があわないと断られた」などもあった。これは難しいところだが「厚生省の通達で

図表24 福祉行政について（重複答）



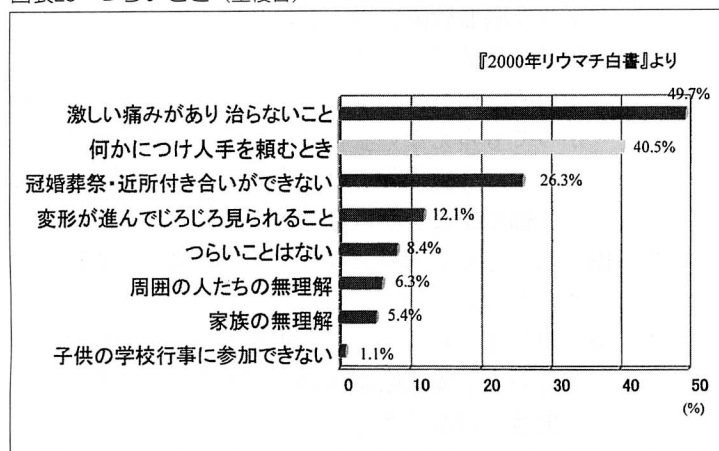
図表26 日本リウマチ友の会からの介護保険制度についての要望書

『2000年リウマチ白書』より

1. 要介護度認定の改善について

- ①RA患者特有の「痛み」、「日内変動」を考慮してください。
- ②装具や自助具の使用、住宅改造などによる自立は「時間をかけて、工夫して」としての評価基準を考慮してください。
- ③コンピュータによる一時判定の不利を補うため、主治医の意見書を重視してください。
- ④更新の期間を長くしてください。

図表25 つらいこと（重複答）



図表27 関係者間の連携の現状

主治医意見書を作成する医師と
ケアプラン作成やサービス調整を行う
ケアマネージャーが十分連携できていない現状

利用患者の要介護度を知らない主治医 : 4割

ケアプランを入手できていない主治医 : 7割

家族の分の家事はできないというのはおかしい。家族が仕事に行っている間、私の仕事は家事をすることだけど、それができないから家事を手伝ってほしいのに、私の分（1人分）しかしてもらえないのでは困る」という意見もあった。そのほかの意見としては「更新期間が短い」とか、「負担額が高い」などの声が聞かれた。

考察

先ほどの意見でもあったが、「リウマチのことがわかってもらえない」という声はよく聞かれた。ということは、リウマチの患者さんは「もっとリウマチのことをわかってほしい」と思っているようである。図表24は、日本リウマチ友の会の『2000年リウマチ白書』のものであるが、ここでも、一番に挙がっているのが「リウマチへの理解」である。また、リウマチのことがわかってもらえないというなかに「人に頼むことがつらい」がある（図表25）が、今回アンケートを行った患者さんだけでなく

多くのRA患者さんが「人に頼むことがつらい」と思っているようである。そのため、できるだけ患者さんの情報を得て、患者さんを理解することが重要になってくると考える。

図表7にあるように介護保険の申請をしている人もしていない人も、介護保険について、「あまり知らない」「よくわからない」という回答が半数を超えていた。また、今回対照群とした「申請をしていない」人だけをみても、前出図表16のように申請をしていない理由のなかには「内容をよく知らない」「申請の方法がわからない」ほか「年齢が若いので利用したいけどできない」という48歳の人のコメントもあった。私たちはこうした患者さんの意見をきき、患者さんのことを理解することはもちろん、患者さんも、介護保険について知識を深めたいところであるが、そのためにはもっと患者さんに情報を提供する必要があると考えた。

図表26は、リウマチ友の会が出した、介護保険制度に

図表28 まとめ

<p>まとめ</p> <p>1. RA患者の介護保険についての 情報不足</p> <p>2. 医療側と居宅支援事業者との 連携が不十分</p>
--

対する要望書であるが、今回聞かれた意見と同様の内容があった。③には「主治医の意見書を重視してください」との要望もでている。

患者さんの声のなかで「病院では通院の際は誰かに付き添ってもらおうようにいわれているのに、サービスが受けられない」といった意見があったが、ある資料に関係者間の連携ができていない現状について書かれてあった(図表27)。今後、より一層、医療側とケアマネージャーとの情報交換が大切なように思われる。

まとめとして(図表28)、今回のアンケートの結果から、①RA患者の介護保険についての情報不足、②医療側と居宅支援事業者との連携が不十分、の2つが問題点として考えられ、今後の課題になると思われる。

(注：本文中厚生省とあるのは現厚生労働省である)

DISCUSSION

- 内 海 介護保険の認定介護度と身障者手帳の等級との誤差はどの程度ありますか。
- 内 田 はっきりとした差はないものの、(誤差の)傾向があるようです。
- 内 海 愛媛県はリウマチ診療実績を中心としてまして、介護認定においてかなり行き届いている地域だと思います。それでも、介護保険の申請をするときにリウマチ専門医の意見書添付をうながす自治体もあるようです。
- 一番大きな問題は、介護保険のサービスの質がどんな病気(障害)でも「同じ」であるということです。たとえばリウマチの人と老人性痴呆症のような脳血管障害の人とは必要とするサービスの質は必然的に違う筈ですが、全部一緒くたにされている。それが、リウマチの患者さんのいう「わかってもらえない」という部分ではないかと思うのです。介護保険ではこうしたことに配慮し、もっと細やかなクラス分け等が必要と思われれます。
- 内 田 おっしゃる通り、リウマチの患者さんも同様のことを訴えていました。
- 内 海 自治体に対しそういう患者さんの意見反映を訴えていき、愛媛県が国のモデルケースとなるように働きかけができるといいと思います。