

# 転移性脊椎腫瘍で対麻痺になった一症例の在宅療養へのアプローチ

リハビリテーション部

○小松真由三・山本博司・川上照彦・石田健司

下保 訓伸・川村博文・伊藤健一・山本昌樹

## I. はじめに

日本の高齢化率は15%を超え、要介護状況の発生した高齢者に対しては、地域の社会資源を活用した在宅療養が推進されている。医療と福祉の連携は、社会資源の効果的な活用を負うところが大きく、福祉情勢によるサービスの内容にも地域差がある。その為医療従事者から、患者を取り巻く地域の介護支援の実態を把握することは困難である。継続的な医療処置を必要としたり、家族の介護負担を考えると、在宅療養に移行させることに一抹の不安を覚える症例がある。今回、我々は、悪性腫瘍の骨転移で対麻痺となった症例に対して、地域との連携を試み、高齢者夫婦のみの世帯においても、在宅療養が可能となった症例を経験したので報告する。

## II. 対象

症 例 : Y氏、79歳、男性

診 断 名 : 前立腺癌の転移性胸椎腫瘍 (Th 5～8)

障 害 名 : 対麻痺

入院期間 : 1998年5月16日～7月27日

生活背景 : 溪谷沿いの山間部に妻と2人、年金と自家菜園で生活しており、息子2人は他町に居住している。

現 病 歴 : 平成9年4月下旬、両下肢筋力低下による歩行困難が出現し、5月16日当院整形外科に入院する。入院後の精密検査で、原発巣は前立腺癌であり泌尿器科の予後予測は2年と診断された。治療としては、6月4日、脊椎不安定性に対して後方固定術が施行された。手術後、リハビリテーション部には、ADLおよびQOLの向上を目的に紹介となった。

## III. 経過

本症例は、機能障害の原因が重度の悪性腫瘍であることに加え、除圧術も行われておらず、術後の神経機能の回復は望めなかった。また、年齢を考慮すると、ベッドから車

椅子への移乗動作の自立は困難と思われた。そこで、我々は、医学的リハビリテーション（以下リハビリ）のゴールを以下のように設定した。

1. 上肢を使った簡単な起居移動能力の獲得
2. ベッド上での身の回りのケアの自立
3. 早期の家庭復帰

ゴール1については、理学療法士により上肢の筋力訓練、**push up** 訓練、端坐位訓練が行われ、自力での側臥位と車椅子駆動、除圧のための **push up** が可能になった。しかし、下肢が使えないため、車椅子とベッド間の移動は全介助であった。

ゴール2については、病棟ナースによる毎日のケア援助により、セッティング下での食事・整容・上半身の部分清拭の自立が見られた。

ゴール3について、症例の選択肢は、転院先での療養、自宅退院、息子の家に帰るであった。本人および家族の意向を確認すると、息子達は高齢者だけでは不安であるため、自宅で療養させたいという意志を持っていた。しかし、本人と妻は、子供達夫婦が有職者であること、車椅子生活での家屋の構造上の問題、嫁に対する気兼ね等を懸念し、自宅退院を希望した。

在宅療養に移行するにあたっては、1) 障害受容、2) 持続的導尿管管理、3) 介護負担、4) 寝たきり回避のためのリハビリ、5) 家屋改造、6) 緊急時の対応手段が問題であった。そこで、我々は、患者の居住する地域の在宅支援センターと情報交換し、以下のように検討し取り組んだ。

#### 1) 障害受容

病名と生命予後については、家族の気持ちを尊重し、本人には告知されなかったが、妻には時期をみて告げることになった。しかし、対麻痺の機能回復は見込めないことについては告知された。

#### 2) 持続的導尿管管理

妻に異常の早期発見ができるように、入院中、視覚的な尿の性状チェック、カテーテルの取り扱い、膀胱訓練について指導した。在宅では、ホームヘルパー、訪問看護婦がカテーテルと尿の性状のほか一般状態をチェックする、カテーテルの交換は2週間に1度、ディケアの時に泌尿器科を受診させる、閉塞などのトラブルは近医で対処してもらう、などが取り決められた。

#### 3) 介護負担の軽減

移動面では、褥創予防のためにも、自力側臥位を指導する一方で、社会福祉協議会より電動ベッド・エアマットを貸与した。ケア面では、ホームヘルパーが導入され、妻の

サポートにあたることになった。

#### 4) 寝たきり回避のためのリハビリ

入院中に、妻に簡単なベッドサイド訓練を指導した。在宅では、1日2回ホームヘルパーが訪問する際、車椅子に移乗させ、30分間程度の坐位や散歩が計画された。さらに心理面で引きこもりとならないように2週間に1度、デイサービスを導入した。

#### 5) 家屋改造

入院中から、在宅介護支援センターに現地での家屋改造の検討を依頼し、道路から玄関までの坂道の補修、玄関までの坂道の補修、玄関上がり口の段差解消のためにスロープが作られた。

#### 6) 緊急時対応手段 (図1)

症例検討を行ううちに、第3次機能病院、疾患のフォロー先である地域の病院、近医のかかりつけ医、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、ホームヘルパー、近所の住人に至るまでの連絡網ができた。特に近所の人については、具体的に氏名を上げ社会福祉協議会より協力要請がなされそれぞれが対応してくれることになった。

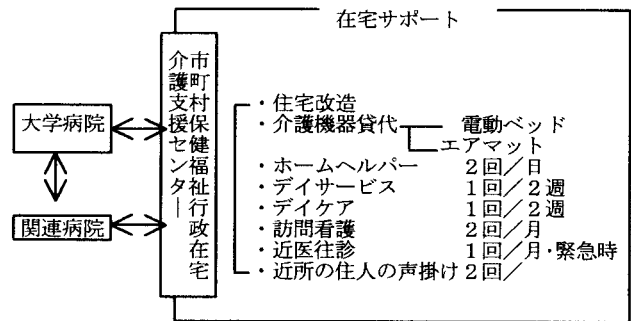


図1 Y氏の在宅サポート内容

以上のことを在宅療養の可能性として提示したことに加え、入院中の患者のもとに、在宅介護支援センターから電話伺いや訪問があったことで、地域との信頼関係が強まった。その結果、本人と家族の同意のもと在宅療養に移行できた。4ヶ月を経過した現在も療養上のサポートは上手く機能しており、本人・家族からは満足しているという声が聞かれる。

## IV. 考察

今回の症例は、前立腺癌の骨転移であったが、予後は2年と診断されていた。このように、悪性腫瘍で骨転移をきたしながらも比較的予後の長い症例は多い。悪性腫瘍患者の医学的リハビリの目標とプログラムは、化学療法や手術療法などの医療プログラムと調和し、生命予後が考慮されたものでなければならない。従って、医療プログラムが終了すれば、残り少ない余生が、できるだけ早期にQOLの高いものになるように検討すべきである。

本症例のように、高度機能障害を負った者、あるいはその家族の困惑は容易に推察される。在宅療養が必ずしも有益とは限らないが、判断する際の情報が乏しければ選択肢には成り得ない。患者・家族にとって、情報が具体的であればあるほどイメージしやすく意志決定が容易になる。専門職種のサポートに加え、顔馴染みの近所の者が朝に夕に顔を見せ談笑するひときは、妻の介護負担だけでなく、精神的支えや高齢者夫婦にとっての安心感にもつながるものと思われる。

悪性腫瘍患者の在宅介護支援システムはまだ確立されていない。できれば今回経験したように、患者の状態を一番把握した医療者が、入院中から地域の関連期間と連絡をとり、介護機器の導入や介護プランの作成、緊急時の連絡網の確保など、具体的な地域での受け皿を準備して在宅療養に望むことが重要である。

## V. まとめ

1. 前立腺癌の胸椎転移による対麻痺症例の在宅療養に至った経過を報告した。
2. 医療従事者は、本人ならびに家族が後に満足できる意志決定ができるように、実現可能な選択肢を十分に説明・提示することの重要性を認識した。
3. 悪性腫瘍患者の在宅療養に対する不安の軽減には、地域と連携し、本人および家族に在宅での生活や具体的な支援方法を提示し、イメージさせることが大切であった。
4. 退院後、機能的に落差がある生活が予測される場合、治療の段階からできる限りの自立支援を行うことが重要であると痛感した。

〔平成9年12月14日、岡山市にて開催の第12回中国四国リハビリテーション医学研究会で発表〕