

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

ミニレクチャー 虚弱高齢者の片麻痺の方の マネジメント

領域別セッション リハビリテーション

在宅リハビリテーションの最終目標

リハビリテーションの知識・技術を応用して、
要介護者等の自立支援を助け、個人の尊厳を守ること

Maximum functional
recovery
(最大の機能回復)

新たな障害
の予防

介護負担
軽減

QOL向上

対象者の“活動”に注目

- × リハビリ＝訓練
- × 「リハの人にやってもらう。」

- “障 害”を評価
- 「できること」は何か

“出来ること”を足掛かりに“障害”を 包括的に解決します

“障害”を評価

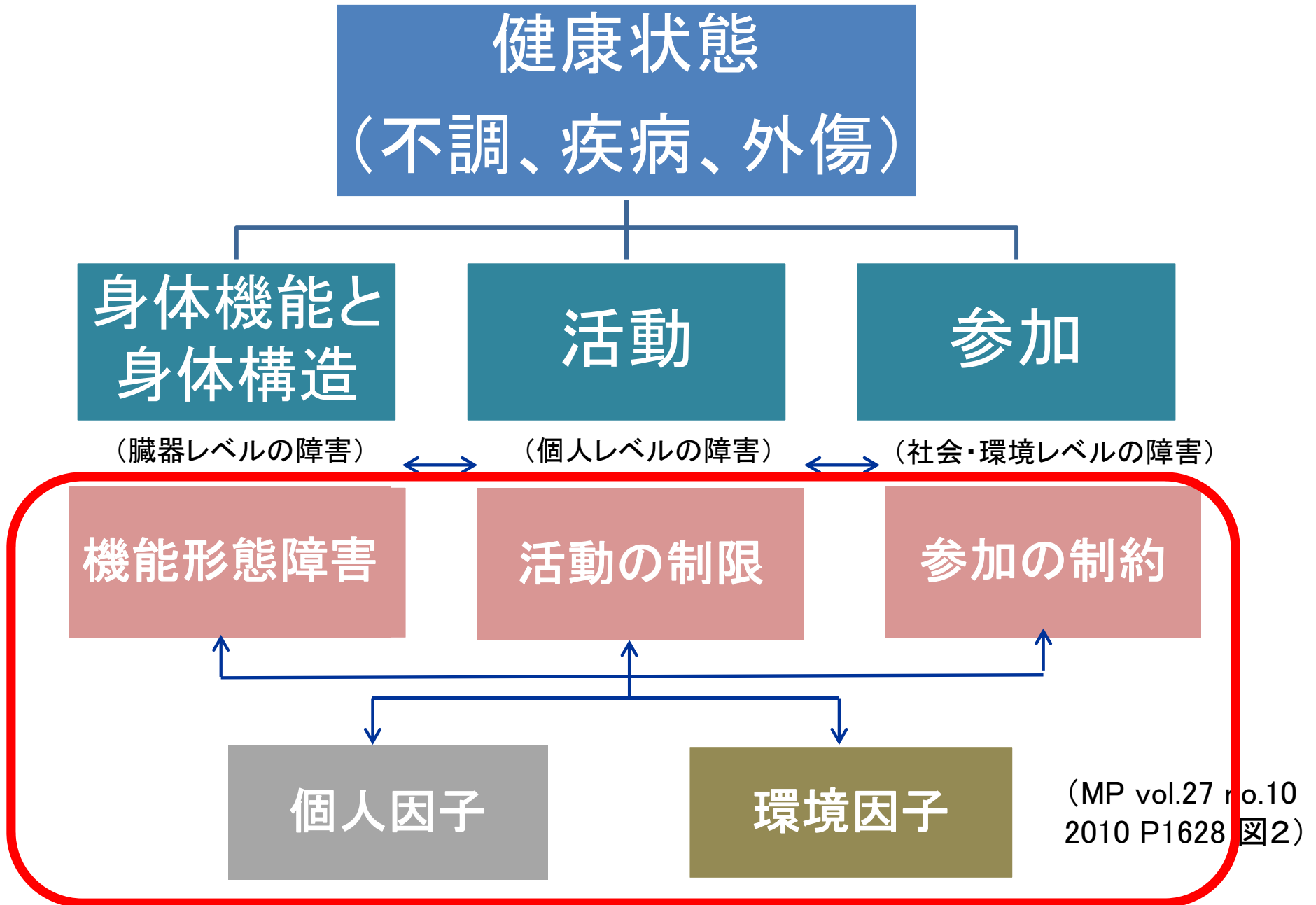
- =「生きることの困難」全て
- 右麻痺
- 失語症（発語失行）
- 摂食障害
- 排尿障害
- 歩行障害
- 易疲労性
- 浮腫
- 介護者

「できること」は何か

- 握力左13.2kg かなり虚弱の印象.
- 介助で基本動作（起きる、立つ、振りだし）可能
- 本人も意欲ありそう。

虚弱高齢者では“座位”もポイント。この方は・・・

国際生活機能分類 (ICF) モデル



ケースの“障害”をICFモデルに当てはめると・・・

機能形態障害

右片麻痺

失語症

活動の制限

歩行障害

コミュニケーション

参加の制約

社会復帰

経済的問題

個人因子

職人氣質

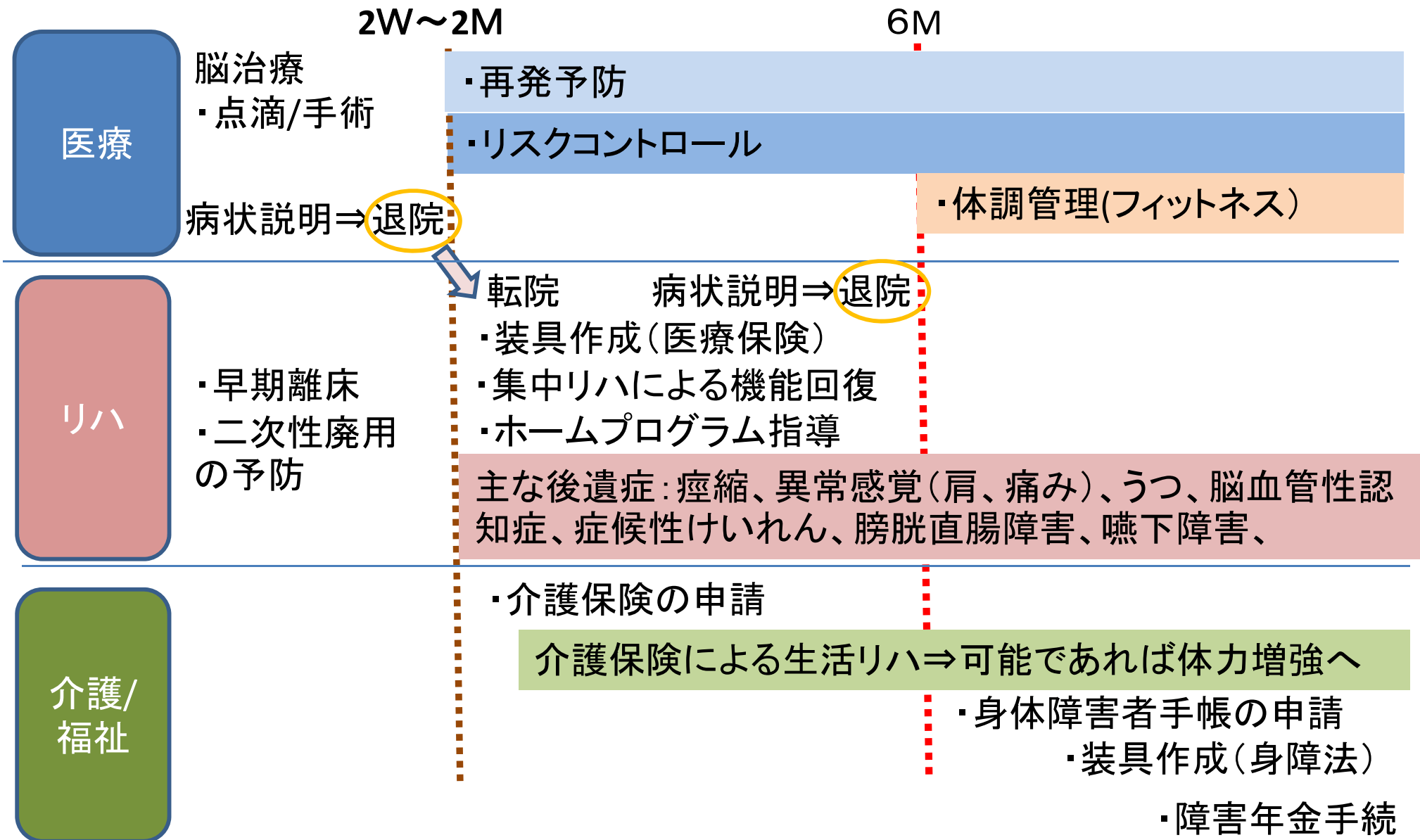
易疲労性

環境因子

和式の部屋

お嫁さんの介護

脳卒中の方の経過(例)



このケースで検討しなければならないのは・・・

発症から何
日目か

それぞれの時期
にイベントあり。

脳卒中リハの
ゴールデンタイム
をどう過ごすか。

目標設定
する

障害を評価⇨出
来ることを評価。

出来ることを軸に
活動量を維持す
る。

リハビリは
誰がやる？

正しい方法で、可
能な限り頻回が
原則。

生活リハで見守
る。頻度を上げる。

機能能力的予後

- 1197例を対象とした前方視的研究
- 機能障害(麻痺など)の回復は95%の症例が11週で最高到達点に達する。

Jorgensen HS et al. Outcome and time course of recovery in stroke. Part I & II: Outcome, Time course of recovery. The Copenhagen Stroke Study. Arch Phys Med Rehabil. 1995;76:399-412.

- 脳梗塞101例を2週間おきに評価する回復経過の調査
- 上肢機能は概ね8週、下肢機能は10週、Barthel indexでみたADLは10週までに有意な回復的变化を終えていた。

Kwakkel G et al. Impact of time on improvement of outcome after stroke. Stroke.2006;37:2348-53.

脳卒中急性期における安静による弊害

- 歩行困難な全介助の大腿筋断面積は**2週間で約80%まで減少**し、早期歩行群では維持されるものの両者の中間群では萎縮が避けられず、その回復に歩行訓練開始までの期間の3倍以上を要している。

近藤勝則、太田正。脳卒中早期リハビリテーション患者の下肢筋断面積の継時的変化—廃用性筋萎縮と回復。リハ医学.1997;34:129-33.

リハビリ訓練量増加とその効果

- 脳卒中ガイドライン「患者層や評価時期によって効果が異なるが、機能障害および能力低下の回復をより促進するためにリハビリの量を増やし、集中して行うことが進められる(グレードB)」
- 家族が介入した1～2週間の訓練量増加(起立歩行強化、連日40分)が筋力強化と移動能力の改善に寄与。

Maeshima S et al. Mobility and muscle strength contralateral to hemiplegia from stroke:benefit from self-training with family support. Am J Phys Med Rehabil.2003;82:456-62

握力と起居動作の関係

- 訪看ステーション利用者でBMS、握力、歩行速度等を測定できた53名（男23名、**平均年齢80.2±9.2歳**）を対象。

	男性	女性
握力(kg)	23.2±6.8	12.4±5.2
歩行速度(m/s)	0.32±0.24	0.29±0.15
BMS(点)	32.2±12.6	31.4±14.1

握力とBMS、歩行速度とBMSは正の相関関係

($r=0.67, 0.52$)

Cf. BMS; bedside mobility scale ベッドサイドの起居動作を中心とした評価法。10項目×4点で40点満点。

(牧迫飛雄馬、他: 要介護者のための; bedside mobility scale の開発—信頼性および妥当性の検討—。理学療法学2008; 35: 81-88.)

高齢健常者の握力

年齢(歳)	男性(N=112)	女性(N=127)
60～64	33.4±9.4(6名)	21.8±5.1(4名)
65～69	33.5±8.4(24名)	20.0±8.0(23名)
70～74	30.3±8.4(25名)	20.8±6.4(27名)
75～79	32.5±7.5(38名)	18.6±5.8(31名)
80以上	33.2±8.8(19名)	15.0±4.3(42名)

(大塚友吉・他:高齢者の握力—測定法と正常値の検討-. リハ医学31:731-735,1994)

高齢脳卒中患者の急性期の摂食障害の原因

- 意識障害
- 通過症候群、せん妄など
- 球麻痺・仮性球麻痺など脳卒中によるもの
- 他の病気の顕在化：潜在していた消化管のがんなどによる物理的通過障害
- 発症による精神的落ち込み

失語症への対応

- 高次脳機能障害の一つ（6割程度）。原因疾患の80%を脳血管障害が占める。
- 発症後2週間間に最も著明な改善（自然回復）があり、およそ12か月で40%は回復する。
- 発語失行を合併することあり。
- コミュニケーションの基本的態勢作りが重要。患者さんは不安といら立ちの状態⇒ケースのような理解力（はいいいえがはっきりしている、身振りや実物ではっきりするなど）のある場合は、気持ちを共感することが大切。

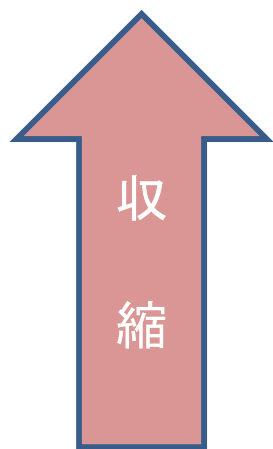
排尿障害への対応

- 在宅生活への重大な阻害因子。
- 脳卒中の場合、急性期には**低活動性膀胱**で**尿閉**になることが多く、導尿やカテーテル留置を行うが徐々に**過活動性膀胱**となり**尿失禁**や**頻尿**となることが多い。
- 与薬コントロール可能例あり。

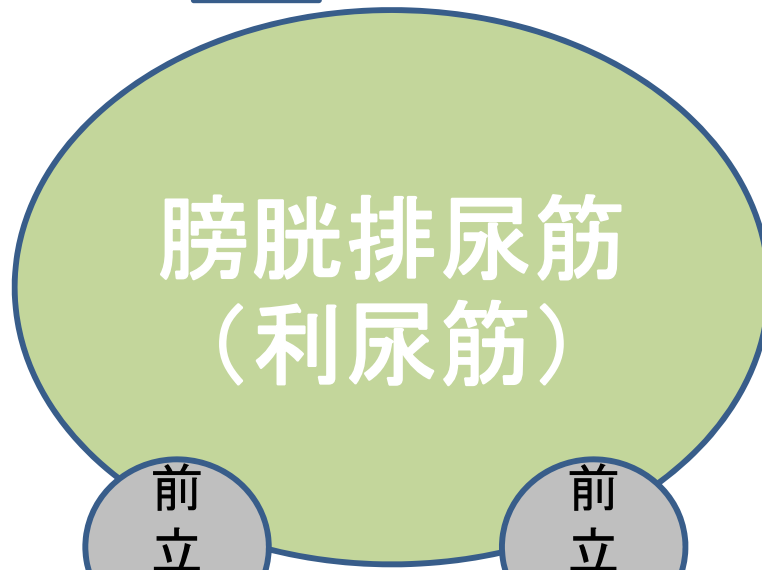
神経因性膀胱 与薬コントロール例

副交感神経作動薬

ベサコリン
ウブレチド



尿閉傾向



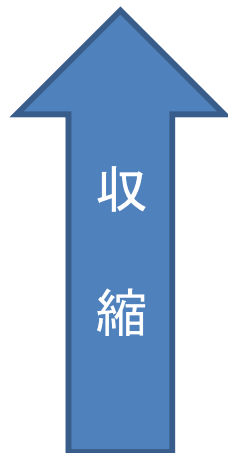
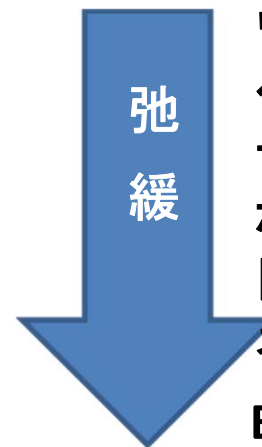
膀胱排尿筋
(利尿筋)

前立腺

前立腺

抗コリン剤

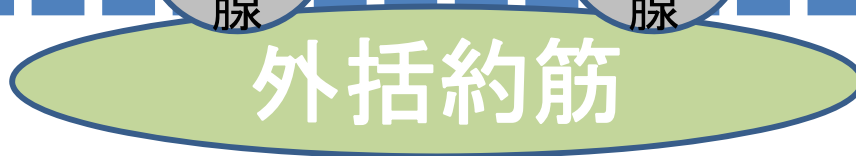
バップフォー
ウリス(ステーブラ)
ベシケア
デトルシトール
ポラキス
トビエース
ネオキシテープ
B刺激剤:ベタニス



トフラニール
エフェドリン

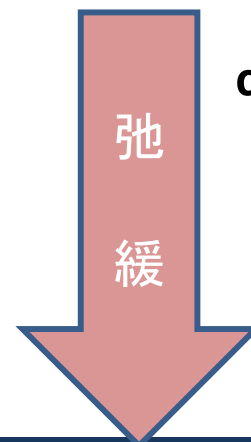


失禁傾向

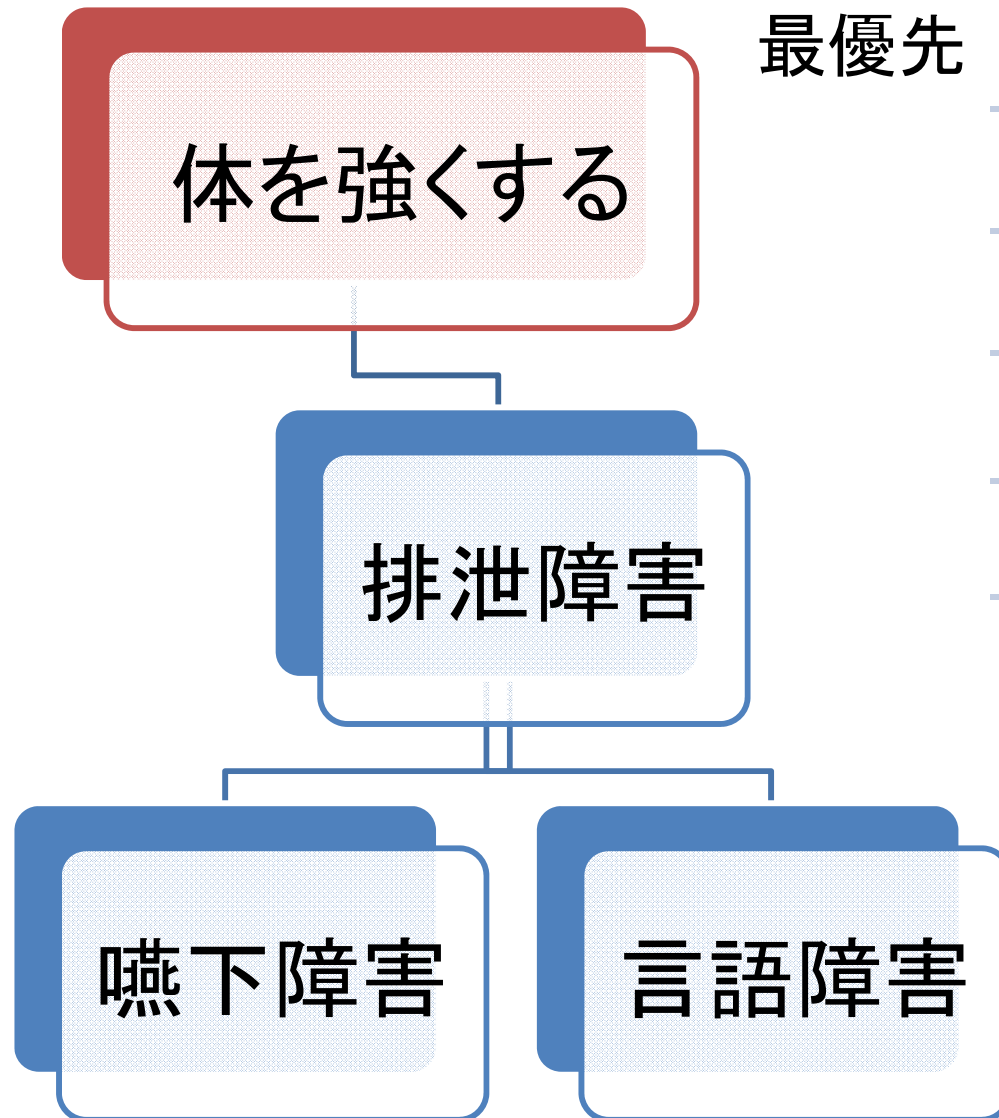


外括約筋

α ブロッカー
ハルナール
ユリーフ
フリバス



脳卒中片麻痺多重障害のリハマネジメント



最優先 意識レベルが安定する

バイタルサインが安定する

栄養状態が安定する

座位 \geq 30分以上、耐久性アップ

環境設定

本人・家族が何が必要needsで、何を望んでいるかwants、最終的に何を期待しているかhopes.

モデルケースでのポイント

本人の意欲をくみ取れた。

- コミュニケーション可能、学習可能。

すでに座位が安定し、立位・歩行も介助で導入済みだった。

- 残存能力が十分ある。

家族が協力的。

- 意欲と頻度を保てることが多い。

アプローチ例

目標

- 在宅で安全歩行訓練を導入する。
- ポータブルトイレの利用にチャレンジ。

方法： 環境設定

- レンタルベッドはあったものの、麻痺にあった配置にはなっておらず、ベッド柵の使い方、移乗動作など環境設定。

方法：訓練士 の導入

- 出来るだけ早期に基本動作の起き上がりなどの介助方法指導と確認。家族、ヘルパーさん、訪問看護師、その他。
- 装具作成も検討、歩行訓練、その他。週1～2回

方法：生活リ ハの導入

- 廃用の要素も多いため、なるべく起きている時間を作るよう生活指導。声掛け、促しなど。家族、ヘルパーさん中心。
- ホームプログラム指導による訓練量の確保。

さらなる障害 の評価

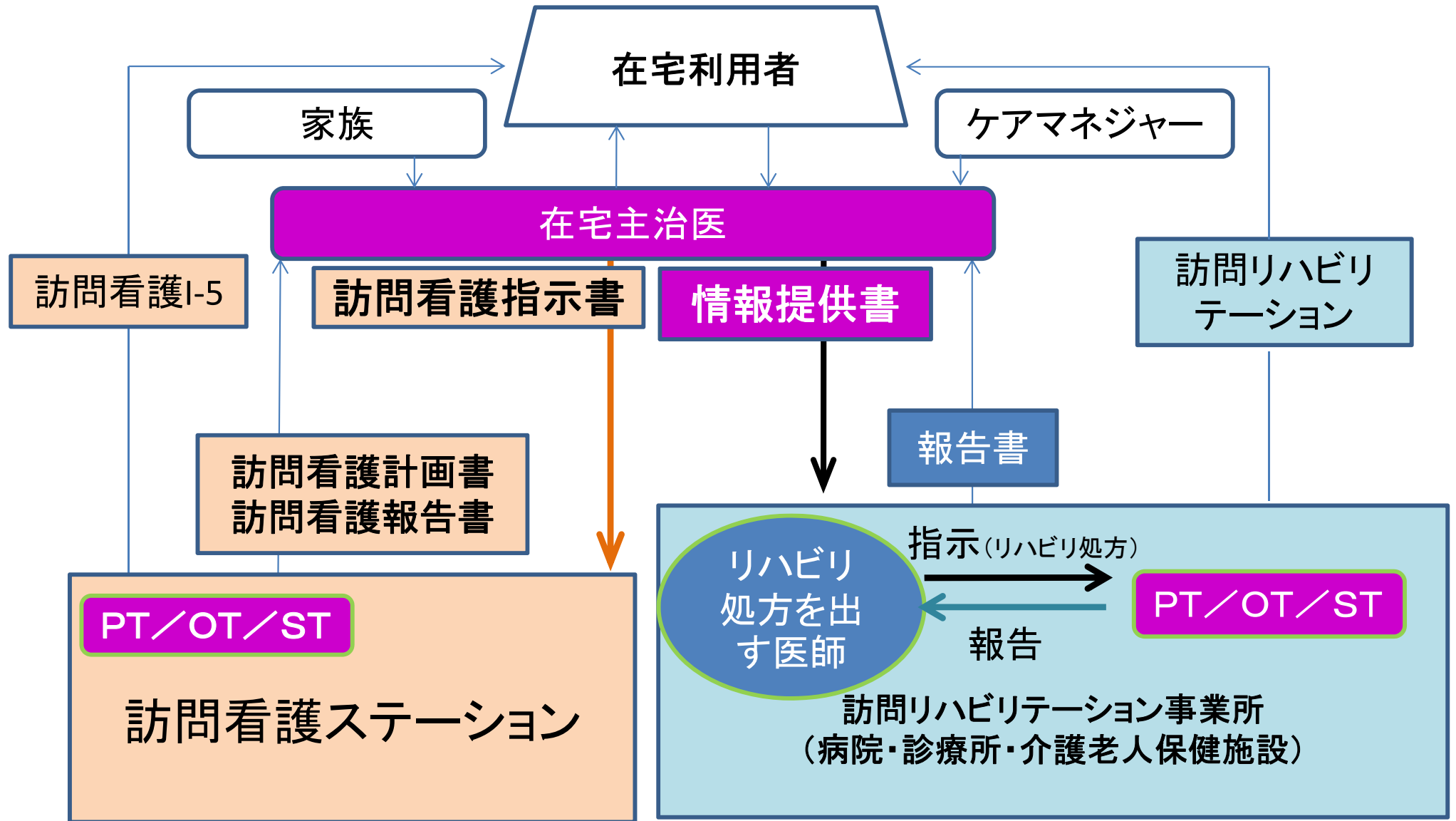
- 排泄障害、嚥下障害は経過をみながら対応を検討。

活動を維持するうえで転倒に注意！ “オーバービュー：片麻痺と骨折は？”

- 脳卒中患者で転倒すると約5%に骨折が生じる
- 骨折としては大腿骨頸部骨折，上腕骨近位部骨折，肋骨骨折が多い。
- 片麻痺の大腿骨頸部骨折の9割が麻痺側で，麻痺の軽度な患者に多く，半数が発症から2年以内の骨折である。
- 骨折後の予後は一般の大腿骨頸部骨折患者と大差はないが，退院後移動能力の低下する患者が存在する。

Clinical rehabilitation 特集 脳卒中後の大腿骨頸部骨折

訪問リハビリ実施の流れ



(参考: 日本リハビリテーション病院・施設協会、全国訪問リハビリ研究会、2008 一部改編)

まとめ

- 脳卒中片麻痺のリハビリテーションにはゴールデンタイムがあります。その時期、専門職によるアプローチは特に有効です。
- まずはからだを強くして、複数障害に対応してください。抗重力肢位(座位)をしっかりとれるか否かが重要です。
- その方の障害に即した正しい方法で、高頻度の刺激が必要です。すべての過程において医療・介護・福祉その他インフォーマルサービスを駆使して安全で負担の少ない、継続可能な現実的対応を検討してください。
- 出来ることは見守り、心も支えてください。