

# ADL改善を認めた訪問リハビリ長期利用している 生活期脳卒中利用者における特徴

嘉数直人<sup>1)</sup>, 真田将幸<sup>1)</sup>, 中川法一<sup>2)</sup>

1) リハビリ本舗 あっぷる訪問看護ステーション

2) 医療法人 増原クリニック

**キーワード:** 訪問リハビリ・生活期脳卒中利用者・ADL改善

## はじめに

一般に、脳卒中者の機能回復は6ヶ月までにプラトーに達し、発症から6ヶ月以降の麻痺肢機能の改善は難しいと考えられている。しかし荒尾ら<sup>1)</sup>は、脳卒中発症後平均約5年を経過した生活期の脳卒中者に（以下、生活期CVA）において、訪問リハビリ（以下、訪問リハ）開始時と6ヶ月後の変化を調査した結果、ADLに有意な改善を認めたと報告しており、その要因として、機能的な改善が困難であっても、訪問リハにより、実際の場面での動作練習や、福祉用具の使用や家屋改修を行うなど、ADLの場面に直接的にアプローチを行えたことが効果的であったと報告している。実際に我々も、訪問リハ開始直後のリハビリ効果は、良好な結果を認めることが多いことを経験している。また、経験的に、訪問リハを開始して6か月以上経過している生活期CVAにおいて、動作指導や環境調整によるものだけではなく、機能面改善によってADL能力が改善するものも見受けられる。しかし、訪問リハを開始後、6か月以上利用している生活期CVAに対するリハビリの効果についての報告は少ないために、どのような生活期CVAが、持続して効果を認めるのかが不明である。そこで本研究は、訪問リハを開始後1年以上経過している生活期CVAを対象に、どのような者がADL改善を認めているのかを調査することを目的とした。

## 方法

対象は、訪問リハ開始直後に認める動作指導や環境調整によるADL改善の影響を除くために、調査時の平成26年10月の時点（以下、調査時）で、訪問リハを開始してから1年以上経過していることを条件とし、調査時から1年後にかけて訪問リハを継続していた生活期CVA21名（男性12名、女性9名、年齢71.5±12.2歳、CVA発症後年数5.6±6.2年、訪問リハ開始後年数2.7±1.3年）とした。対象者を調査時から1年後において、FIMの運動得点が維持・向上した群12名（以

下、維持・向上群）と低下した群9名（以下、低下群）に分類した。そして、調査時における社会的情報、身体機能、運動能力において、2群間でどのような差を認めるか調査した。社会的情報はCVA発症後年数、訪問リハ開始後年数、年齢、介護度。身体機能は非麻痺側片脚立位時間、非麻痺側等尺性膝伸筋筋力体重比（以下、膝伸筋力）。運動能力は転倒スコア、過去半年間の転倒回数（以下、転倒回数）、Life Space Assessment（以下、LSA）、FIM運動得点（セルフケア、排泄コントロール、移乗、移動）とした。統計学的検討は、維持・向上群と低下群の2群間の差の検定において、CVA発症後年数、訪問リハ開始後年数、年齢、片脚立位時間、膝伸筋力、転倒回数は、スチューデントのt検定。介護度、転倒スコア、LSA、FIM運動得点は、マン・ホイットニ検定を用いた。いずれも危険率5%を有意水準とした。

## 結果

先に、CVA発症後年数と訪問リハ開始後年数による影響を確認したが、維持・向上群と低下群において、「CVA発症後から調査時までの期間」と「訪問リハ開始後から調査時までの期間」に有意差はなかった（表1）。その他の項目では、年齢、介護度、転倒スコア、片脚立位時間、LSA、FIMセルフケア、FIM排泄コントロール、FIM移動に有意差を認めた。

介護度について、維持・向上群では、要支援2が3名、要介護1が6名、要介護2が2名、要介護3が1名であった。低下群では、要支援2が1名、要介護1が1名、要介護2が1名、要介護3が2名、要介護4が3名、要介護5が1名であった（表2）。2群間において有意差を認めた（ $P<0.05$ ）。

## 考察

結果より、ADLの改善を認める訪問リハビリを長期利用している生活期CVAでは、比較的若年で介護度が低く、バランス能力が高く転倒しにくく、身体活動性やADL能力が比較

的高いという特徴を有していた。このことは、1年前から調査時までの間、非麻痺側を含めた全身のトレーニングが実施できていたことに加え、身体活動性の向上における取り組みが実施できていたことに起因するのではないかと考える。

においては、環境調整に加え、他の社会資源の利用、家族への介助指導の充実、目標設定をより明確にすること（例えば、身体機能に対する訪問リハビリばかりに固執するのではなく、現状でどのように活動・参加につなげるのかといったことなど

表1 維持・向上群と低下群の各調査項目結果の比較

	維持・向上群(n=12)	低下群(n=9)	p-value
CVA発症後年数(年)	5.7±3.3	4.5±3.8	N.S.
訪問リハ開始後年数(年)	3.0±1.1	2.3±1.3	N.S.
年齢(年)	64.8±9.5	80.5±9.5	<0.05
片脚立位(秒)	11.7±12.9	1.9±4.0	<0.05
膝伸展筋力(%)	26.9±7	21.2±10.9	N.S.
転倒スコア(点)	10.4±3.3	13.4±2.2	<0.05
転倒回数(回)	0.9±1.9	2.4±3.8	N.S.
LSA(点)	57±20.1	42±19.5	<0.05
FIMセルフケア(点)	37.5±4.3	23.8±10.5	<0.05
FIM排泄コントロール(点)	13.7±0.4	9.8±3	<0.05
FIM移動(点)	10.8±2.2	6.6±2.8	<0.05
FIM移乗(点)	18.7±1.7	13.4±6.1	N.S.

表2 維持・向上群と低下群の介護度の比較 単位:人

	維持・向上群(n=12)	低下群(n=9)
要支援1	0	0
要支援2	3	1
要介護1	6	1
要介護2	2	1
要介護3	1	2
要介護4	0	3
要介護5	0	1

脳卒中治療ガイドラインより、「慢性期片麻痺患者においても、下肢筋力増強訓練や歩行訓練により、麻痺側下肢の筋力向上や歩行関連指標の改善が得られる」、「慢性期片麻痺患者においても、有酸素運動、下肢筋力増強などの組み合わせたトレーニングは、有酸素能力、歩行能力、身体活動性、QOLなどが改善する」と言われている。このことから、訪問リハビリを長期利用している生活期CVAにおいて、十分な筋力トレーニング、歩行練習が実施可能で、日ごろからの身体活動性が高いものは、訪問リハビリを長期利用している生活期CVAにおいても改善が認められるものと考えられる。

また生活期CVAにおいて、訪問リハビリを1年以上長期利用しているが、バランス能力が低く、易転倒性をみとめ、身体活動性やADLが低ければ、ADLの改善が見込めない可能性があると考えられる。そのために、そのような利用者

を利用者本人やその家族に理解してもらう)などが必要であると考えられた。

#### 理学療法研究の意義

訪問リハビリを開始後1年以上経過している生活期CVAにおいて、どのような特徴を有しているものがADL改善を見込めるのかが予測できれば、目標設定や予後予測を実施する際に有益である。

#### 文献

- 1) 荒尾雅文・他:訪問リハビリテーションが脳卒中者のADL向上に及ぼす効果、及びADL向上要因の検討. 理学療法学 36(2):72-73, 2009
- 2) 原田和宏・他:発症後1年以降の脳卒中患者におけるADL能力の低下量の予測に関する検討. 理学療法学 30(6):323-334, 2003