

多職種連携により在宅復帰後に短期間で立位動作が改善した一症例 ー重度脳卒中片麻痺患者への訪問リハビリを通してー

米田 悠子¹⁾, 中原 啓太¹⁾, 西川 和宏²⁾, 成田 孝富²⁾

1) 西宮協立リハビリテーション病院 総合支援課

2) 西宮協立リハビリテーション病院 リハビリテーション部

キーワード：抗重力活動・多職種連携・重度脳卒中片麻痺患者

はじめに

訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）の役割は、脳卒中患者・介護者及びその家族の生活の再建と QOL の向上のために関連職種や地域住民とともに支援を行うこと¹⁾とされ、その介入内容は身体機能訓練や日常生活訓練、家屋調整など多岐にわたる。しかしその効果を示したものは過去の文献からも散見される程度である。

当院では、4 年前から患者様の退院後のフォローや地域連携の一環として、訪問リハのセラピストが院内に常駐し、実施期間を原則 3 ヶ月とした訪問リハを実施している。また、それだけでなく家屋訪問の同行や、マンパワー不足や地域スタッフへの直接的な引継ぎを目的とした退院時同行を行っている。訪問セラピストが入院中から介入を開始し、院内セラピストだけでなく、地域スタッフとの連携を促進している。

そこで今回、重度脳卒中片麻痺患者に対して、当院のシステムにおいて在宅復帰後、短期間で移乗やトイレ動作時の安定性が向上した症例を担当したので、考察を加え報告する。

症例紹介

症例は 70 歳代女性。平成 27 年 9 月にくも膜下出血と右橋の血腫を認め、同日にコイル塞栓術を施行。退院 1 ヶ月前の評価では、注意障害や構音障害を認めるが、認知面は維持されており、コミュニケーション良好。身体機能は重度運動麻痺があり、粗大筋力検査(以下、GMT)左上肢 0、下肢 1、右上下肢 3、下肢 3、体幹 2。機能的自立度評価表(以下、FIM)合計 35 点(運動項目 13 点、認知項目 22 点)。基本動作、日常生活動作ともに全介助レベル。立位や歩行訓練時は長下肢装具を使用し全介助レベル。ポータブルトイレへは下衣操作時に体幹前傾と右下肢の膝折れを認め、2 人介助を要す。病棟では日中臥床傾向であり、リハビリ時とその前後のみ車いす座位で過ごす。症例は病前 ADL 自立しており、家事全般を行っていた。家族構成は夫、長男と 3 人暮らし。主介助者は

夫。

本人・家族のデマンドは「ポータブルトイレでトイレをさせてほしい」であった。

説明と同意

ヘルシンキ宣言に基づき、本発表に関する内容を利用者、家族様へ説明し了承を得た。

経過・結果

【退院 3 ヶ月前】

家屋訪問実施。院内セラピストだけでなく、訪問セラピストも同行し、家屋環境の調整や今後のサービスを検討し、現時点での問題点や目標を共有した。

【退院 1 ヶ月前】

病棟でのリハビリは、症例や家族のデマンドでもある、ポータブルトイレ動作獲得に向けて、家族に対して移乗やトイレ動作指導を中心に実施していた。同時期に訪問セラピストはリハビリを開始。退院後の寝たきりや廃用症候群のリスクを推測し、機能的訓練を中心としたプログラムを取り入れ、抗重力活動を積極的に行っていた。そのころより、症例から「歩きたい」「自分でトイレに移りたい」といった自発的な発言も認めるようになった。

また、退院前カンファレンスを実施。地域との直接的な顔合わせを行い、実際に症例の動作を確認することで、地域スタッフからの不安や介助方法など、難渋した部分を列挙し対応方法を検討した。

【退院日】

訪問セラピストが同行することで、往診医を含めた地域スタッフとの目標共有や移乗方法、ポジショニングを再確認し、退院日当日から、円滑な介入がスタートできるように促した。

退院 2 日目より週 2 回 60 分で訪問リハ開始。睡眠時と食事時以外は車椅子で過ごせるように変更し、座位で行える右下肢の自主訓練を導入。さらに座位時間の延長に伴い、褥瘡

や左下肢の膝関節屈曲拘縮を予防するため、担当者会議の場を用いて家族や地域スタッフにはスキンケアや拘縮予防の方法を伝達した。

【退院1ヵ月】

左上下肢の運動麻痺は著変なく、FIM35点と変化はないが、右下肢のGMTは4に向上。右下肢の筋力向上に伴い、端坐位保持は安定し、高座位からの起立も支持物を把持することで見守りとなり、立位の安定性が向上した。そのため、ポータブルトイレ誘導時は体幹前傾や膝折れを認めず、1人介助となった。身体機能の向上に伴い、再度行われた担当者会議では、家族やデイスタッフにも起立・立位練習を自主訓練として伝達したことで、訪問リハビリでは運動量を維持したまま自宅トイレへの動作練習を追加することが可能となった。

【現在】

症例の機能として、自走用車椅子を使用して、屋外の走行も見守りレベルにて可能となり、生活の幅が大きく拡大。また車椅子からの起立も支持物は把持してはいるものの、見守りレベルにまで改善し、家族の介助量が大幅に軽減している。(図1)



図1 介入からの流れ

考 察

今回、ADLの向上が図れた要因として、身体機能の向上だけでなく、退院までに訪問セラピストが早期介入していたことが関係していると考えた。

まず、本症例は、入院時より臥床傾向にあり、非麻痺側を動かす機会も少なく、動作全般に全介助レベルであった。佐浦によると臥床は筋力低下や持久力の低下だけでなく、関節拘縮や起立性低血圧、褥瘡を起し、寝たきりになる²⁾と報告している。このことから、自宅退院後に夫の介護負担量が多くなることは容易に予測できた。柳は脳卒中患者の上下肢の筋力は非麻痺側の筋力がより低下しやすい³⁾とされ、その原因は安静による廃用の要素を示唆している。一般的に最大筋力の30%以上行えば筋力は増加するといわれている⁴⁾こ

とから、今回、起立や立位、歩行訓練を中心とした抗重力活動を反復して行ったことで、非麻痺側の筋力が向上したと思われる。

また、今回、当院の特色を生かして入院中から訪問セラピストが介入を始めた。その利点として①家屋訪問にも同行し、院内セラピストと問題点やゴール設定を早期から共有しやすかったこと。②入院中から代診としてリハビリを開始していたことで、退院前から本人や家族との関係性が築きやすかったこと。③退院前カンファレンスに同席し、地域スタッフと直接顔合わせが出来ていたこと。④退院時は訪問セラピストが同行することで、自主訓練や介助方法を直接行えたことで、協力が得られやすくなった。これらのことから、訪問リハビリでは、ADL訓練だけでなく、機能訓練に専念することが可能になった。

2つの要因から、重度運動麻痺を呈した症例でも身体機能が短期間でも向上することが可能になったと思われる。

理学療法としての意義

発症から6ヵ月を経過した重度運動麻痺患者に対しても、非麻痺側の抗重力活動を反復して行うことでADL動作の改善が期待される。

文 献

- 1) 一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会：訪問リハビリテーションマネジメントマニュアル、2016、pp1
- 2) 佐浦 隆一・他：無動・不動による影響。メディカルリハビリテーション、2006、pp5-11
- 3) 柳 東次郎・他：廃用による筋力低下のメカニズム。メディカルリハビリテーション、2006、pp27-33
- 4) 長澤 弘：日常生活活動と生活。理学療法科学 18、7-13、2003