
訪問リハビリ勉強会

終末期リハにおける 関節可動域の維持について

ゆきよしクリニック

三村 健

スライドー1

二つの異なる意味合いで用いられている“終末期”

- ① 癌, ALSなどの疾患における”終末期”(ターミナルケア)
- ② CVAなどにおける急性期, 回復期, 維持期に続く, さらにその先の“終末期”

本演題における

→ “終末期リハビリテーション”

2. ケース紹介②

「終末期リハについて」

急性期



回復期



維持期



終末期

←CVA等のエンドオブライフ

(cf. 癌のターミナル)

終末期リハビリテーション

定義

“加齢や障害のために自立が期待できず、
自分の力で身の保全をなしえない人々に対して、
最期まで人間らしくあるように、
医療・看護・介護とともに行うリハビリテーション
活動”

『終末期リハビリテーション』 大田仁史

終末期リハビリテーションの目的

大田仁史

- ① 清潔を保つ
- ② 不動による苦痛の解除
- ③ 不作為による廃用症候群の予防
- ④ 関節の著しい変形拘縮の予防
→拘縮の進行は、他の目標への影響が大きく、
その予防は特に重要
- ⑤ 呼吸の安楽
- ⑥ 可能なかぎりの経口摂取
- ⑦ 尊厳ある排泄方法の確保
- ⑧ 家族へのケア

ケース①

- 75歳男性, 妻と二人暮らし
- 平成11年, 脳梗塞+脳出血を発症
- 高齢の妻による介護により, 10年, 在宅を継続
- 要介護5, PVS(persistent vegetative state)
- 平成20年12月訪問リハを開始.



四肢の重度の拘縮

車いすにも乗ってはいるが...



【考察】

- ・理学療法士が直接ROM exを行わずとも、家族や他職種の協力により、拘縮の進行を防げるケースもあると思われる。
- ・一方、強い筋緊張、その他の要因により、必ずしもすべての拘縮が予防可能とも言えないであろう。
- ・いずれにしても、我々理学療法士が在宅のみならず、施設、病院、いずれの場においても、維持期、終末期のケースにこれまで以上に関わりを持ち、尊厳ある終末を迎えるにはどのような支援が必要とされるのか、さらなる検討が必要である。

手指の屈曲拘縮(屈筋群の短縮)による 手掌の保清困難



手指の保清, 拘縮の
進行予防を目的として
タオルを握らせる

→タオルの出し入れが
困難

腱切り術を施行



両側の長掌筋腱，浅指屈筋腱，深指屈筋腱の9本の腱を切断
(ゆきよしクリニックにて，日帰りオペ)

腱切り術の施行

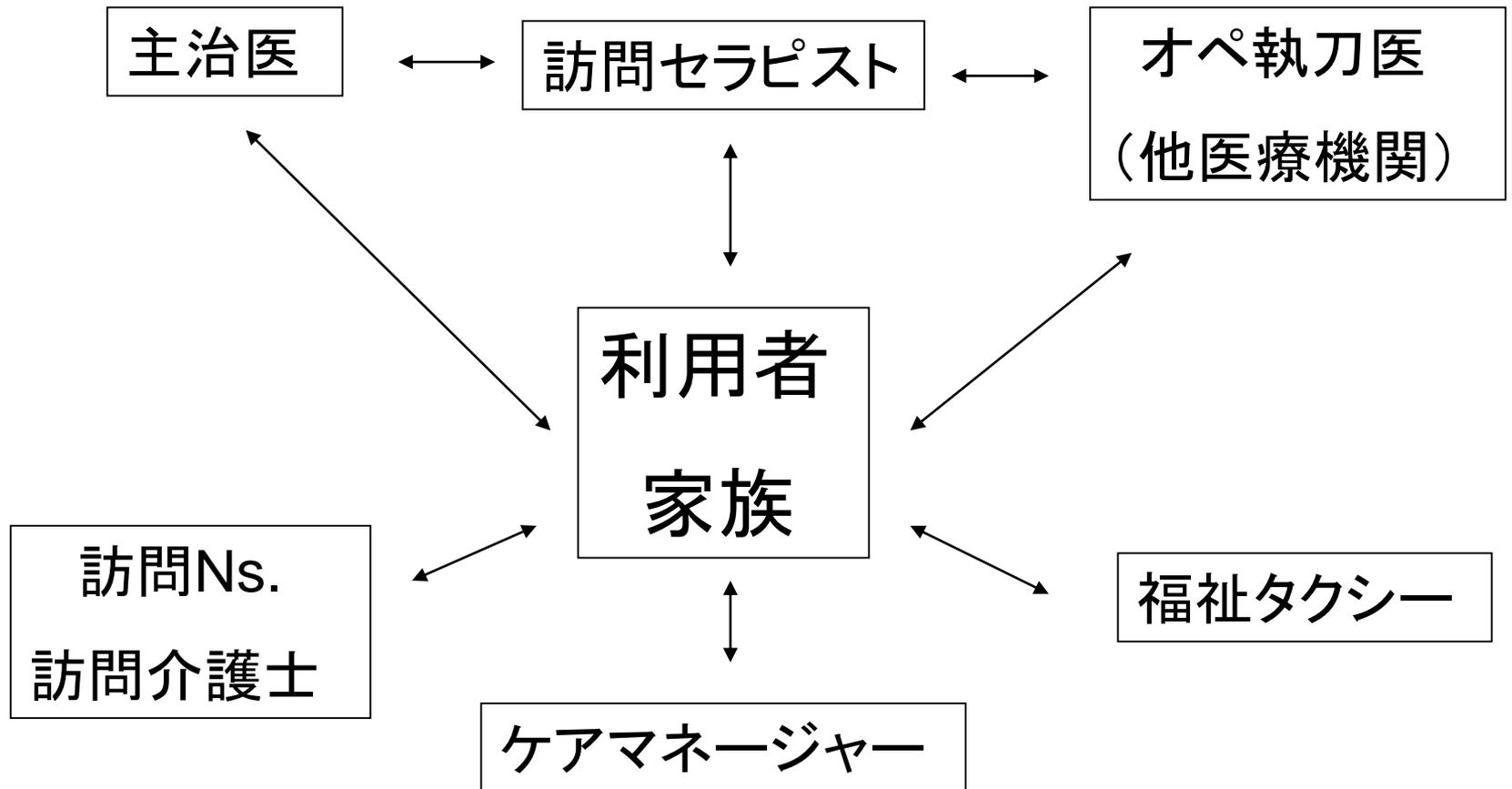


手術前

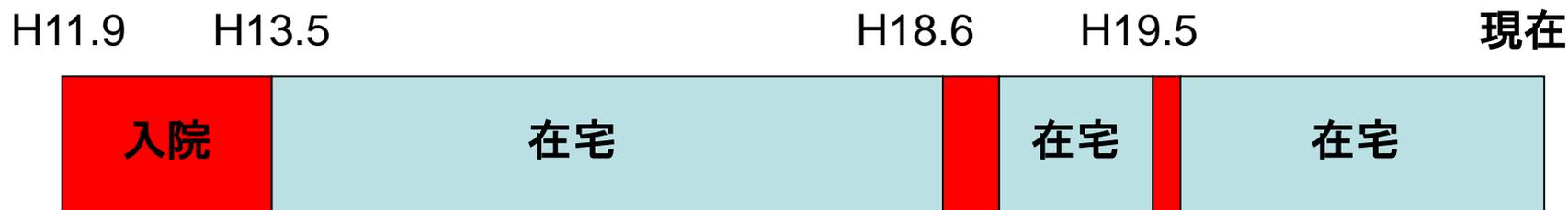


手術後

多職種間の連携



発症から現在までの10年の間に...



発症

この間、シームレスにリハが関わらなければ、どこかで拘縮が生じ、5年、10年の間に、徐々に進行する。

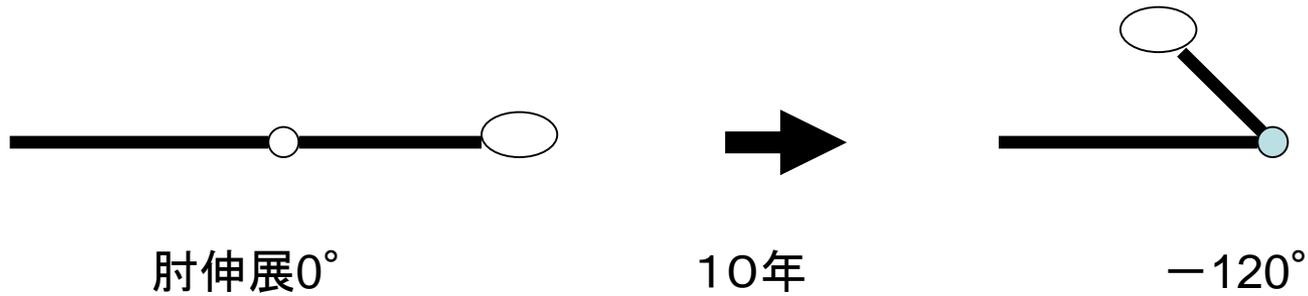
このようなケースでは、訪問リハ、デイケア等の継続的な関わりが必要。

訪問リハ，デイケア等が継続して行われていれば...



ここまでの進行はなかったのではないのか
Opeも必要なかったのではないのか.

拘縮の進行



10年で $0^{\circ} \rightarrow 120^{\circ}$

1年で $0^{\circ} \rightarrow 12^{\circ}$

1ヶ月で $0^{\circ} \rightarrow 1^{\circ}$

今現在担当している人の10年後は？

できてからでは遅い。



重度の拘縮ができる前に予防を！

拘縮進行の危険性を誰が察知するか？

- 主治医？
- ケアマネ？
- 訪問看護？
- 訪問介護？
- 家族？

リハスタッフ以外ない

拘縮の進行の危険性を予測する試み

第45回日本理学療法学会

最期まで関わるリハビリテーション

—伸張反射を診ることで拘縮発生を予測できないか—

佐藤 雄也, 今枝 裕二, 小倉 正基, 宿野 真嗣,
高野 裕子, 富田 正身, 西林 光, 吉際 俊明

医療法人社団慶成会 青梅慶友病院 リハビリテーション室

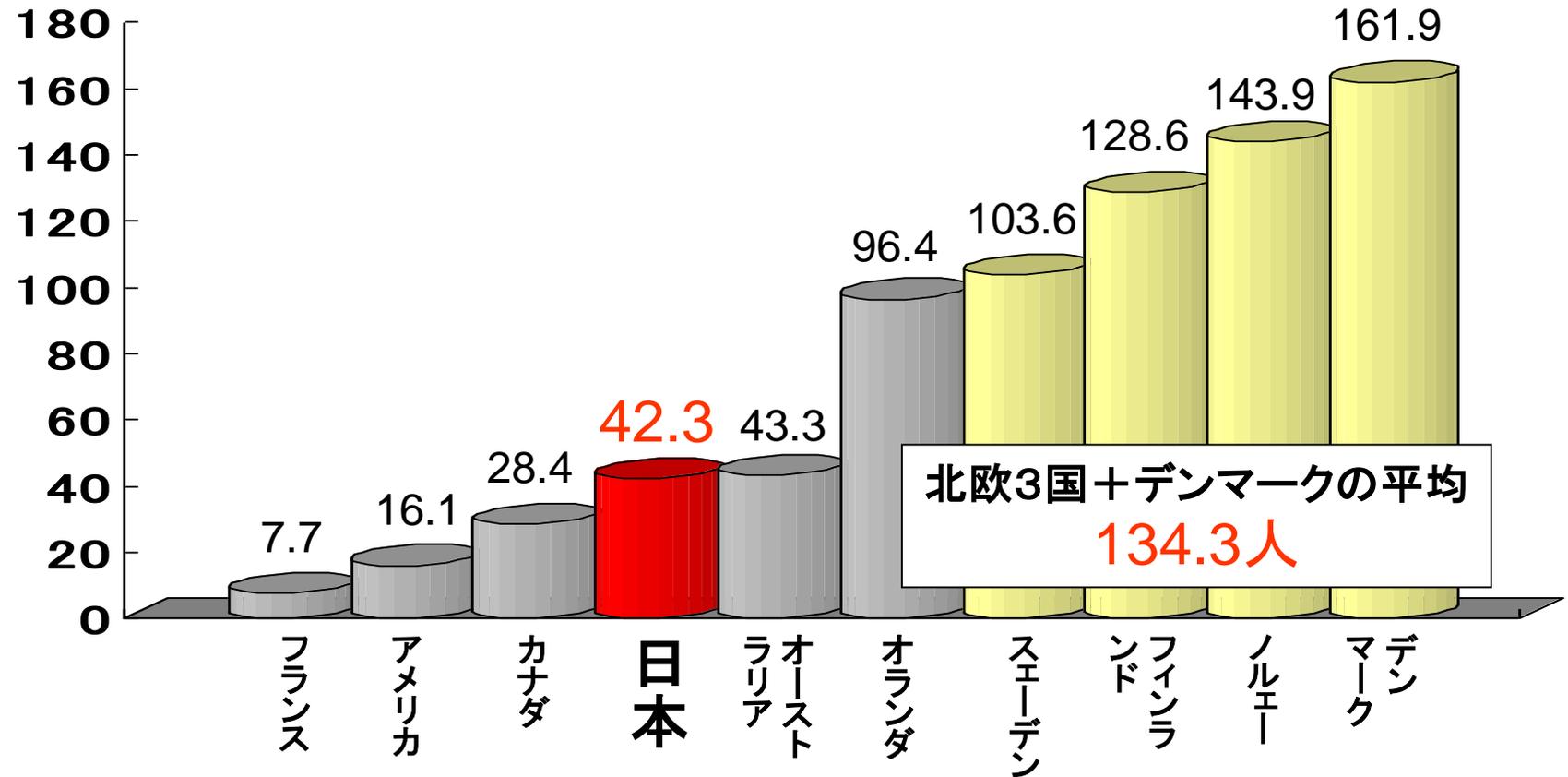
予測は難しいのでは？

提言

- 要介護4・5レベルのケース
- 家族によるROMの維持が望めないケースには、全ケース、訪問リハによるケアを！

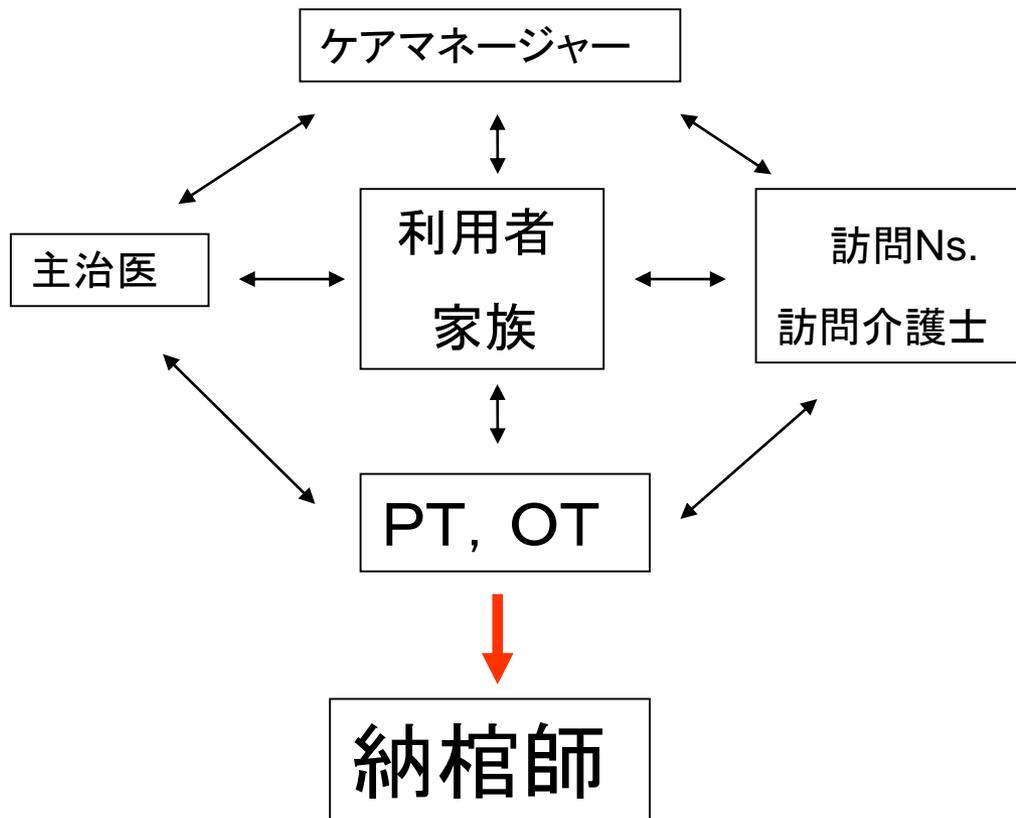
- どのくらいのリハスタッフが必要か？
- 入院は？

各国の理学療法士の数 (人/10万人)



日本に北欧なみのリハ、ケアを保証するなら、PTだけでも現時点で17.1万人必用(11.7万人の不足)。
(ただし、今後の介護保険料は？ 消費税は？)

多職種間の連携



“終末期リハの究極の目的は、きれいなご遺体を作ること”（大田仁史）



納棺師（おくりびと）に、（著しい拘縮のない）きれいなご遺体を引き継ぐこと

“おくりびと”＝納棺師

- 納棺師とは？

遺体を美しい状態で棺に収める仕事。故人と家族の別れの場を設定する仕事でもある。映画「おくりびと」で一躍、脚光を浴びた。

このようなケースは、どのようにすればお棺に入るのか？



“葬儀屋の3分間”とは？

- 著しい関節拘縮のために、遺体がそのままでは棺おけに入らない場合、納棺師がわずかの時間の間、家族に席を外すようお願いし、その間に、遺体の「関節をはずす」、「骨を折る」作業を行うこと(その時間).

参考文献:大田仁史「終末期リハビリテーション」

大田仁史

- 介護予防とは、介護を要介護状態になることを予防することだけではなく、要介護状態になってからも、それ以上進行しないようにケアすることも含むべき
- 人は、最後の最後まで、人間としての尊厳を尊重されるべき。
- 究極の介護予防は、きれいなご遺体を作ること

“終末期リハビリテーション”の課題

“終末期”という言葉の妥当性(イメージは?)

PT 「おじいちゃんのリハビリは、終末期リハと言われる分野のリハビリです。」

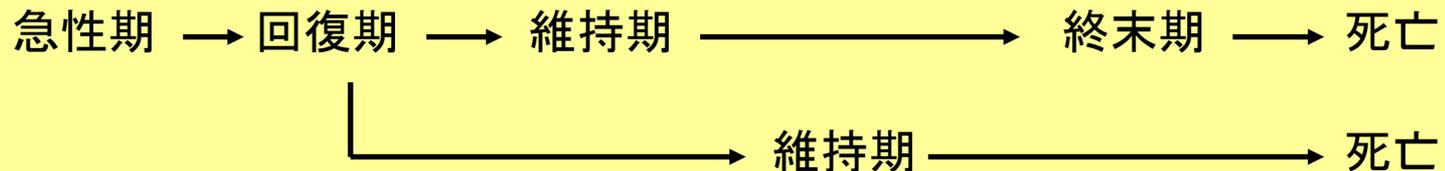
Fa 「寝たきりでもおじいちゃんにはもっと長生きしてもらいたいのに...終末期？」

手厚いケア, リハを行えば,

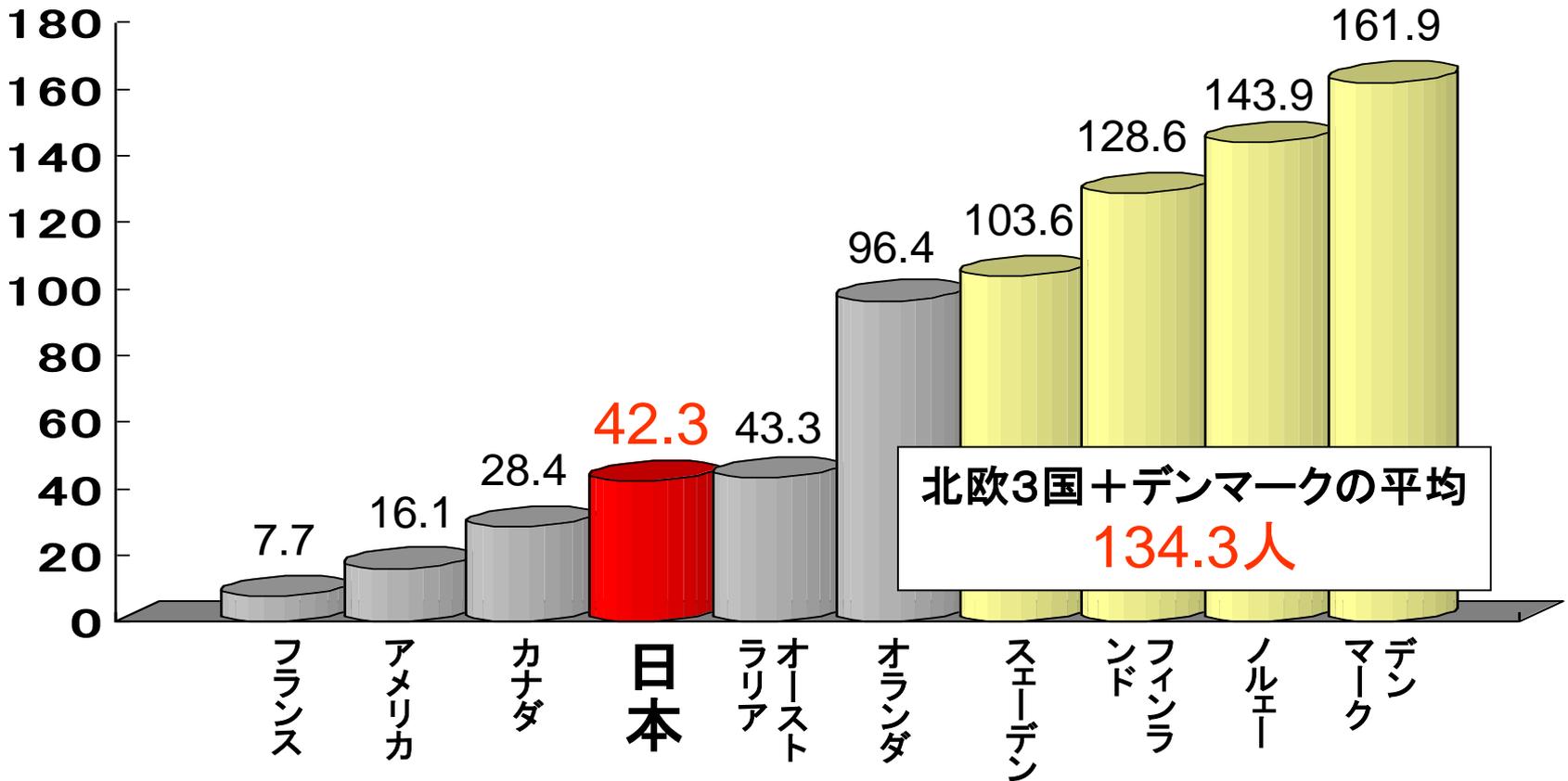
“終末期の状態は長期に渡って維持される“

という矛盾

維持期のリハが, シームレスに最期まで行われれば,
終末期という言葉も不要となる.



各国の理学療法士の数 (人/10万人)

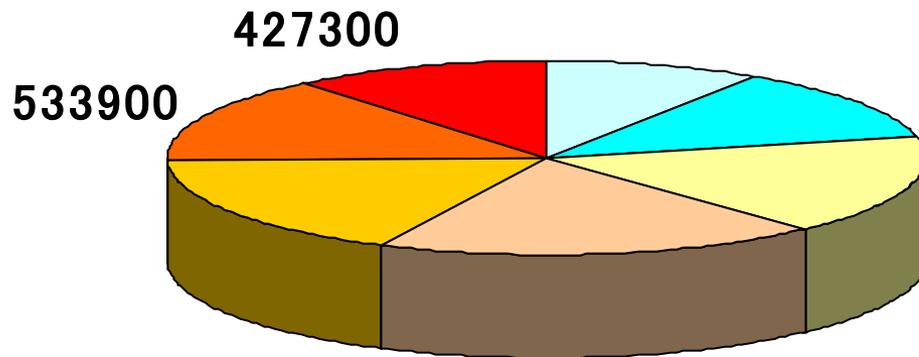


日本に北欧なみのリハ、ケアを保証するなら、PTだけでも現時点で17.1万人必用(11.7万人の不足)。
(ただし、今後の介護保険料は？ 消費税は？)

訪問リハビリテーションの対象者

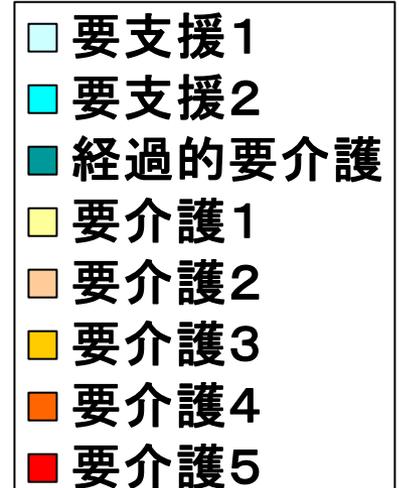
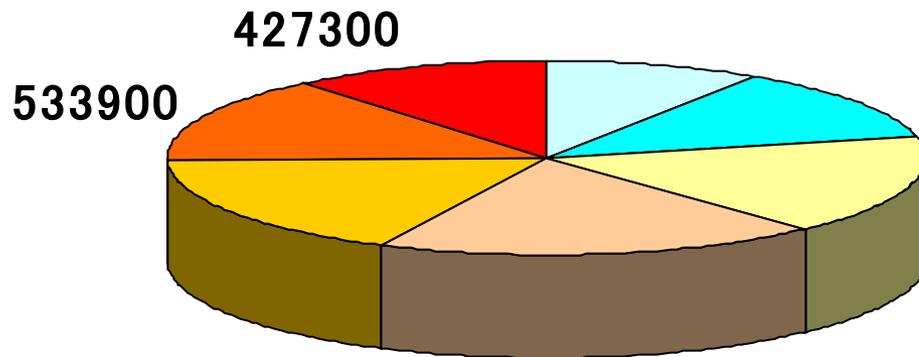
介護サービス受給者数(H21月1月審査分)

要介護4と5で96万人

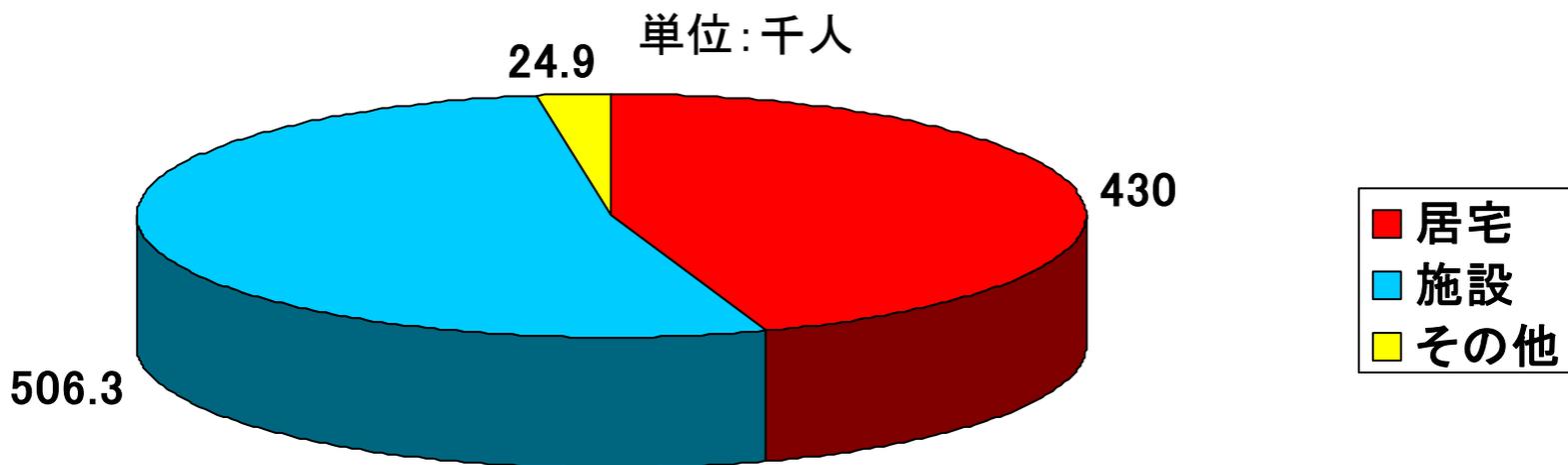


介護サービス受給者数(H21月1月審査分)

要介護4と5で96万人

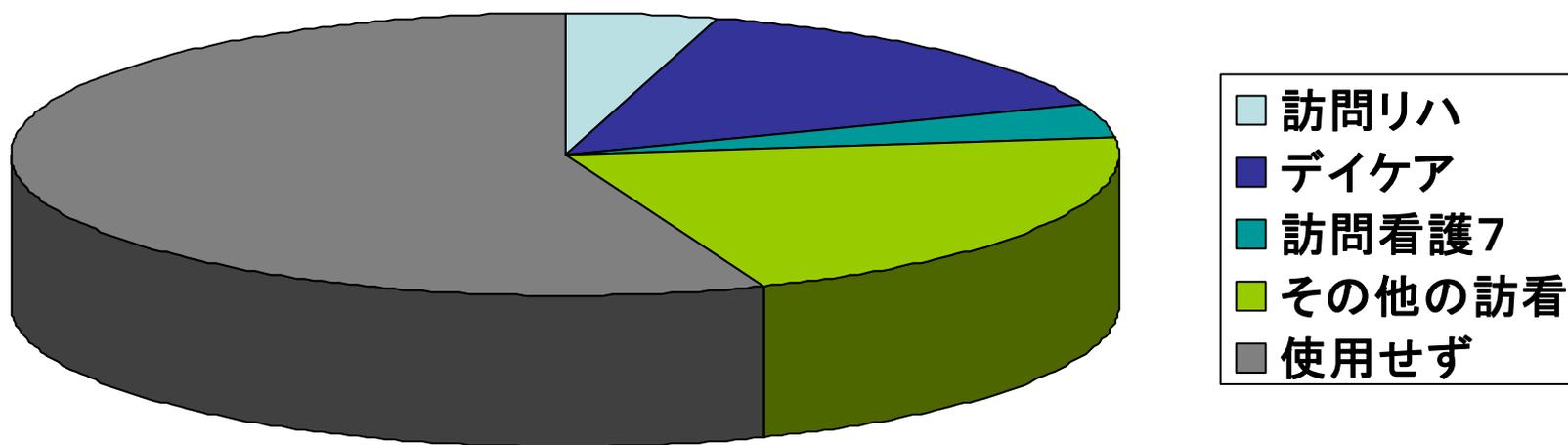


要介護4・5のケースの居住地



在宅にいる要介護4+5 43万人

要介護4+5の在宅43万人の内、訪問もしくは通所でPT, OT, STが関わっているのは2割(約8万人)程度



※訪問看護の2割を訪問看護7と試算

- 残りの34.4万人に週1回の訪問リハを行うとすると...
- 6件/日で5日/週とすると、一人のPT・OTで週に30件の訪問が可能として...
- $34.4\text{万人} \div 30\text{人} = 1\text{万}1\text{千人}$

在宅の要介護4・5のすべてのケースに週1回の訪問リハを提供するだけでも1万1千人のセラピストが必要(すでに入っているケースを含む).

下肢の重度拘縮のパターン

両膝の屈曲拘縮→股関節の拘縮

1. 膝屈曲拘縮→股関節屈曲拘縮

2. 膝屈曲拘縮→

一側の内旋位拘縮＋反対側の外旋位拘縮

3. 膝屈曲拘縮→両側の外旋位拘縮

両膝の軽度屈曲拘縮（両膝OAのケース）



膝伸展 右-10° 左-15°



「力入れて、膝のお皿を
上に向けてー。」

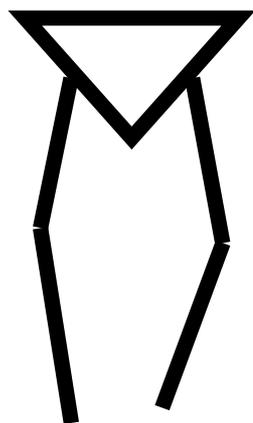


「力抜いてー。」

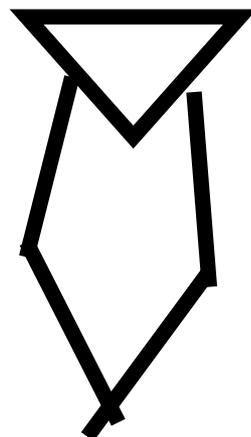
“膝屈曲→両側の外旋位”タイプ



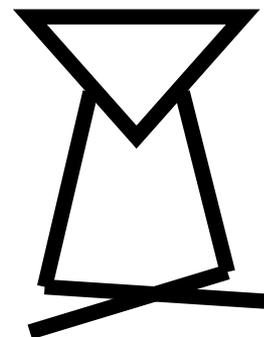
膝屈曲拘縮の進行



H11



H16



H22

“膝屈曲→一側の内旋位＋反対側の外旋位“タイプ



皆さんの事業所では、利用者全体の内、

- ・終了可能なケース
- ・維持的に半永久的に行わなくてはならない
ケース

の割合は？