

大会長講演 復権 障がい者の復権に向けてやるべきこと

すがわら ひでかず
菅原 英和

初台リハビリテーション病院 院長

ICFの全体像評価をベースに

障がい者の「復権」のために私たちは何をやるべきか。私はあまり難しく考えず、患者さんの全体像をICF(図1)で評価し、それぞれをプラス面(=残された機能)とマイナス面(=障害された機能)に分け、リハビリテーションによる介入で「マイナス面を減らし、いかにプラス面を増やせるか?」「どうしても残ってしまうマイナス面をいかに他の因子で補うか?」をとことん突き詰めればよいのではないかと考えている。

ICF各領域のアプローチの例

健康状態

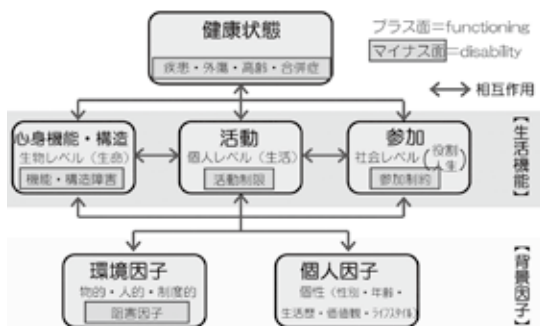
チューブをできる限り抜く

急性期病院から引き受ける患者さんには医学的に不安定なケース、気管カニューレ・膀胱カテーテル・経鼻胃管チューブが入ったままのケースがある。そのような方でも躊躇なく受け入れ、回復とともに不要となる時機を見逃さずできる限りそれらのチューブ類を抜くこと、医療依存度をなるべく減らした状態で生活期にバトンタッチするよう努めることが重要である。「回復期で抜けなかったら二度と抜くチャンスはない」という気持ちで臨まなくてははいけない。

心身機能・構造

適時適切な課題デザインでゴールを"押し上げる"

脳卒中後の機能・能力の回復曲線を押し上げて「より早くゴールに到達」でき、「より高いゴールを目指す」ことができるよう、適時適切にデザインされた難易度の課題を、1日3時間の訓練と1日21時間のケアで繰り返し学習できるようにデザインすることが大事である。たとえば、回りハ病棟で最初に処



リハビリテーションによる介入で
・マイナス面を減らし、いかにプラス面を増やせるか?
・どうしても残ってしまうマイナス面をいかに他の因子で補うか?

図1 私たちがやるべきこと～障がい者の復権に向けて



図2 課題難易度の調整(下肢:歩行訓練)



課題難易度の調整がより確実に実践できるよう新規技術を積極的に導入

図3 課題難易度の調整(上肢:肩・肘・手関節・手指)

方する下肢装具は、回復に応じて調整できる継手を選びつつオーバーブレースぎみに処方、徐々にカットダウンしながら屋外歩行訓練まで十分行った後、軽量化やコスプレティックに配慮した生活用装具に変更

【症例1】 10代男性 脳外傷による両片麻痺、高次脳機能障害、嚥下障害(写真1～5)



写真1 受傷後3.5か月(入院)



写真2 同6か月(入院)



写真3 同7か月(入院)



写真4 20か月(外来)



写真5 32か月(外来)

するなど長期的な視点に立った対応が求められる。歩行補助具による「支持基底面調整」、訓練場所を屋内から階段や屋外など、より高難易度の環境に移していく「環境難易度調整」も大事である(図2)。

上肢のリハビリテーションも同様で(図3)、肩の筋再教育、肘の筋再教育、肩肘の協調性、手関節・手指の筋再教育と、近位筋から順に「課題難易度」を調整しながら進める。時には課題を乗り越えやすくなるための機能的電気刺激やロボット訓練等の反復を織り交ぜながら進めて最終的にADL・IADL場面で麻痺側上肢使用を定着させていく。若手への教育、課題難易度調整の「見える化」、適応あるすべての患者さんに治療機会を提供できるよう新規技術を正しく伝達できる教育システム構築も大切だ。

【症例1】「課題難易度調整」の成功例

10代後半男性。交通事故による脳外傷により重度の両片麻痺があった。

回りハ病棟入棟時(受傷後3.5か月時)座位保持が困難で頸部も安定せず基本動作全介助、移乗は2人介助(写真1)。まずは座位から電動アシストで立位姿勢がとれる電動車いす、ペルモビールF5を使い抗重力位の訓練を実施。ペルモビールF5は立位のまま屋外等に移動し周囲の景色を見るなど認知機能向上訓練にも結びつけられる。

受傷後6か月時 徐々に支持性や耐久性が上がり、横断歩道を渡って病院向かいのコンビニまで買い物に行けるように(写真2)。左手でジョイスティックが

使えるようになり電動車いすも自操。立位姿勢のまま商品棚から菓子を左手で選び上機嫌で持ち帰った。受傷後7か月時 徐々に体幹頸部が安定してきたが両下肢の支持性は依然低く、両長下肢装具を処方(写真3)。股関節はグラグラだったので股継手のプライムウォークを装着し、ほぼ完全介助での歩行訓練を開始。右下肢の振出しは療法士の全介助だが左股関節の振出しは多少本人がやっている。

受傷後20か月時 外来リハビリテーション(写真4)。この間、装具は段階的にカットダウンされ右短下肢装具だけが残る。平行棒歩行訓練を開始できるようになり、自宅でも家族と歩行練習を開始した。

受傷後32か月時(写真5) 右短下肢装具と四脚杖、遠位見守りで歩行可能となり自宅内での実用的な歩行となった。入院当初、歩行は絶望的かと思われたが、下肢装具を含め適切な課題難易度調整のもと粘り強く介入を続け実用的歩行につなげられた。

回復を"押し下げる"要因を早く取り除く

ゴールを押し上げるのと同じくらい大事なのが、回復を押し下げようとする要因をできるだけ早く取り除くことである。回復を押し下げる代表が「痙縮」だ。

【症例2】ITB療法が著効した脳外傷の一例

交通事故による脳外傷の10代男性。重度の両片麻痺と痙縮、高次脳機能障害、構音障害・嚥下障害で当院に転院。6か月時点で寝返り、起き上がり、座位保持困難、FIM18点。最後の望みを託し

【症例 2】 10代男性 脳外傷による重度の両片麻痺、痙縮、高次脳機能障害、構音障害、嚥下障害 (写真6~9)



写真6 ITB術前



写真7 ITB術後3か月



写真8 同10か月



写真9 同23か月



図4 症例2のかかりと時間的経過、ADL(FIM)、生活環境の推移

てITB(バクロフェン髄注)療法を導入した(写真6)。術後3か月 体幹頸部の姿勢反応が改善。座位姿勢が安定し(写真7)、ティルト・リクライニングから電動の普通型車いすに移行。左上肢のコントロールも改善し食事や飲水動作が自立。ジョイスティック操作が可能となり電動車いすでの移動の自由を獲得。術後10か月 外来での平行棒内歩行訓練で歩行パターンが出現(写真8)。術後23か月 当初屈曲拘縮状態だった右手の分離が進み(写真9)、ボール投げではむしろ右手のほうが左手を機能的に追い越した状況となった。立ち上がり動作もスムーズで体幹失調が残っているものの、歩行器歩行もかなり安定。このあと自宅内で伝い歩きが自立した(図4)。痙縮がいかに患者さんの回復を阻害しているか、再認識させられた。

活動

患者・家族と短期・長期目標を共有し協働する

長期ゴールや短期ゴールは定期的開催されるケースカンファレンスで再検討・共有されていく必要がある。カンファレンスで決まった短期目標や長期目標は医療者側が一方向的に押し付けるような形で進めるのではなく患者・家族と協働で行えるよう、リハビリテーション(総合)実施計画書を用いたインフォームドコンセントを定期的に行い、目標の共有を図る必

要がある。双方が「ともに目標の達成を目指す」協力的な関係を築くことが理想である。

参加

入院中からさまざまな活動へのチャレンジ促す

生活訓練を通して退院後の社会での役割を創出していけるよう、入院中から支援する。内服管理、屋外歩行、公共交通機関利用、買い物・金銭管理、調理・炊事、洗濯、掃除など、入院中から可能な限りさまざまな活動にチャレンジしていただくと退院後のQOL向上につながると考えている。

入院中にすべての問題が解決することはない。残された課題については外来など生活期リハビリテーション資源にシームレスにバトンタッチしていく。丸投げではなく、シームレスなバトンタッチが欠かせない。

特に、就労世代のリハビリテーションでは、急性期・回復期・生活安定期・就労準備期・就労安定期と、年単位の支援を要することも多い。医療保険・介護保険・障害者総合支援法の専門職がシームレスに連携し、職場、産業医や家族をも巻き込んで、連携の輪を途切れさせないことである。リハビリテーション科医師・看護師・療法士・ソーシャルワーカーで構成される外来リハビリテーションチームが司令塔になり、地域のリハビリテーション資源、家族、職場を最大限に活用し「使い切る」ことが大事だ。