

廃用症候群

I 廃用症候群の主な要因と症候

廃用症候群：脱調節（deconditioning）

廃用症候群は、「身体の不活動状態により生ずる二次的障害」として体系化された概念で、不動（immobilization）や低運動（inactivity）、臥床（bedrest）に起因する全身の諸症状を総称する。

廃用症候群の要因は、主に内的（一次的）要因と外的（二次的）要因とに分類される。

廃用症候群の症候は、筋骨格系、循環・呼吸器系、内分泌・代謝系、精神神経系など各臓器の症状として多岐に現れ、日常生活自立度を低下させる。

廃用症候群の要因

- ・内的（一次的）要因：罹患している疾患に付随した身体症状、精神症状により不動の状態が続く場合（例：麻痺、疼痛、息切れ、抑うつ 等）
- ・外的（二次的）要因：外部環境が身体活動を制限しているために不動の状態が続く場合（例：ギプス固定、安静の指示、介助者の不在 等）

廃用症候群の症候

身体の動きの表出・持続・調整には、筋骨格系、循環・呼吸器系、内分泌・代謝系、精神神経系の多臓器が関わりあっており、内的要因、外的要因を契機に各臓器の不活動状態が長期化すると、諸臓器の機能低下の悪循環が生じる。それに伴い、多様な生理的变化が進行し、下記に示すような多彩な症候を呈するようになる。

1、筋骨格系

①筋力低下、筋萎縮

- ・不動による筋蛋白質の合成低下、分解亢進により生じる。
- ・姿勢の保持と歩行に関係する抗重力筋に強く起こりやすい。
- ・毎日数秒間最大張力の 20～30%の強さの筋収縮を行うことで筋力維持が可能である。30%をこえる負荷で筋力は増大するが、20%未満の負荷では維持できない。安静臥床のままでは、初期に約 1～3%/日、10～15%/週の割合で筋力低下がおこり、3～5 週間で約 50%に低下すると言われている。

②骨萎縮

- ・不動による骨吸収亢進により続発性骨粗鬆症として骨萎縮が生じる。

- ・低栄養状態やステロイド治療等、臥床以外にも骨量減少を誘発する要因をもつ者では骨萎縮が進行しやすい。

③関節拘縮

- ・不動により、関節周囲の皮膚や筋肉、靭帯等の軟部組織が変性し、関節可動域が制限される。

2、循環器系

①運動耐容能低下

- ・循環機能として酸素運搬機能に不動が影響すると、全身持久力低下により、脱力感や易疲労性が生じる。

②起立性低血圧

- ・不動による循環血液量低下と血管運動調節機能障害、心筋機能の低下が、起立性低血圧、眩暈や失神症状を引き起こす。

③静脈血栓

- ・不動による下肢筋群の筋収縮－弛緩ポンプ作用の減少が、血流の停滞、循環血漿量の減少による血液凝固能を亢進させ、静脈血栓が生じる。

3、呼吸器系

①換気障害・沈下性肺炎

- ・不動による呼吸筋の筋力低下、胸郭の可動域制限は、一回換気量、分時換気量、肺活量、機能的残気量の低下を減少させる。
- ・背臥位の姿勢が続くと、重力によって細気管支のより低い部分に粘液が溜まり、気管支線毛の浄化機能が損傷され、細菌感染の土壌となりやすくなる。

4、消化器系

①体重減少・低栄養・食欲低下・便秘

- ・不動による交感神経系亢進の結果、腸管蠕動運動が低下し、括約筋収縮の増大による栄養吸収率低下から、体重減少、便秘が生じる。
- ・臥床姿勢による食物の通過時間延長が食欲低下、食事量減少に影響し、低栄養状態が筋萎縮、骨萎縮を助長する。

5、泌尿器系

①尿路結石、尿路感染

- ・不動による骨量の減少と骨吸収の亢進により高Ca血症、高Ca尿症が生じ、尿路結石が生じやすくなる。

- ・膀胱結石があると膀胱粘膜を損傷し、細菌の繁殖により尿路感染を起こす。
- ・バルーンカテーテルの留置は、易感染、尿道損傷、結石形成を助長する。

6、精神神経系

①鬱・せん妄・見当識障害・睡眠覚醒リズム障害

- ・不動による身体活動量の低下と感覚入力の減少が社会的孤立状態を作り出す結果、脳機能の低下による意欲低下、集中力低下、感情鈍麻、鬱、知的機能の減衰をきたし、やがて認知症へと進行する。
- ・時間や場所などの社会的・時間的手がかりについての感覚低下により、見当識、睡眠覚醒リズムが障害される。
- ・現実の認識が出来なくなると幻覚や妄想が出現しやすい。

II 在宅生活者において注意すべき廃用症候群

廃用症候群は、身体を不活動状態にするような何らかのイベントがあれば、誰にでも起こりうるものである。病院での入院生活による長期臥床によって生じる印象が強いが、高齢者や内部障害・がんなどの慢性疾患を患っている場合には、在宅生活の中で緩徐に活動性低下を起こして廃用症候群の悪循環に陥るケースがあることに注意する。

高齢者と廃用症候群

臓器・器官レベルでの加齢現象を表1に示す。

表1

脳	神経細胞の減少、萎縮
視覚	遠視、白内障
聴覚	老人性難聴
呼吸器	呼吸筋萎縮、気管支壁の線維化
心臓	心筋内結合組織の変性、肥厚、石灰化
泌尿器	腎血流量、糸球体濾過量の低下
消化器	消化液の分泌低下、蠕動運動低下
骨関節	骨粗鬆症
筋肉	筋萎縮
神経	脊髄前角細胞の減少
皮膚	結合組織の線維化
血液	貧血、血沈促進
内分泌	臓器萎縮、分泌能低下

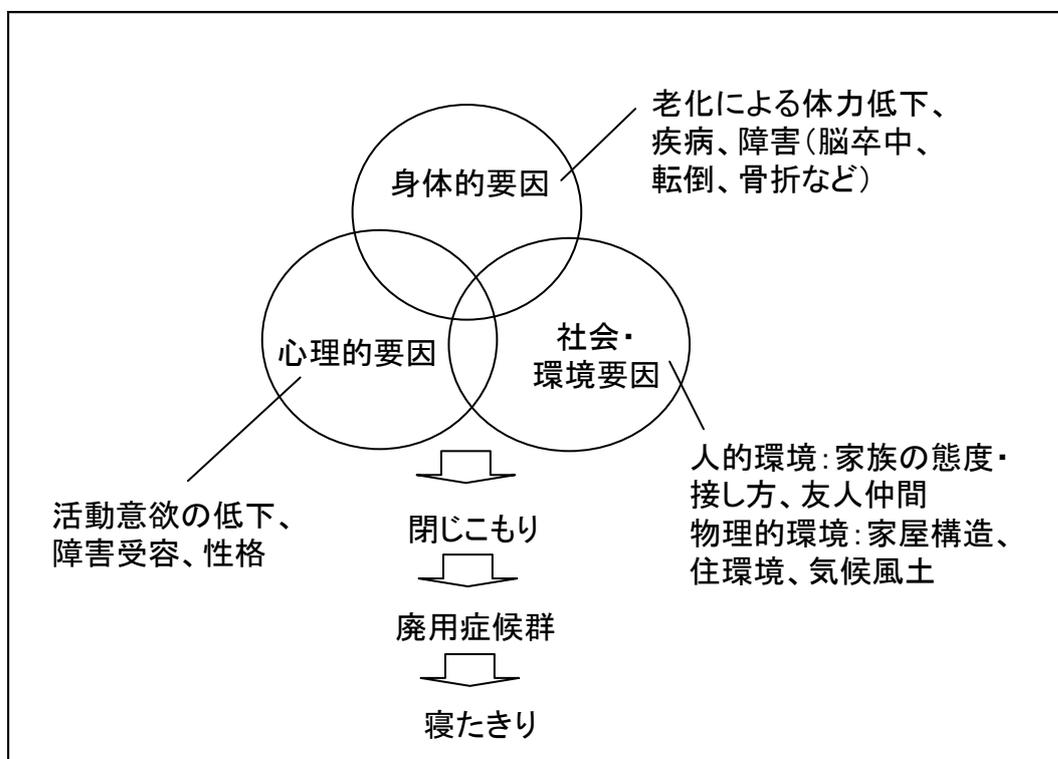
加齢による身体機能の低下、予備能力の減少等の生理的変化に伴い生活習慣が変化すると、身体活動量が低下し、廃用症候群発生の温床となる。

特に運動器的には、姿勢の変化(立位での体前傾化)、柔軟性の低下、バランス能力の低下もみられ、身体活動の低下により、容易に歩行障害をきたしやすい。

また、加齢に対する不安や自信喪失など心理的な要素が加わると、生活空間がほぼ家の中へと狭小化し、閉じこもり症候群(表2)のような状態となって、最終的に、寝たきりへ進行することが問題視されている。

加齢性変化は不可逆的であるが、廃用の要素については、適切な対応により活動量を維持できれば、可逆的変化を望むことができる。

表2 閉じこもり症候群(身体的要因、心理的要因、社会環境要因)



慢性疾患と廃用症候群

内部障害(心臓、呼吸器、腎尿路系、消化器系など)やがんなどのような慢性疾患患者では、一見して、身体運動機能に問題がなくても疾患の病勢や治療状況、投与薬の副作用や栄養状態などの不安定で変動的な因子が関わることで、易疲労性や体力低下をきたして活動が制限されるために廃用症候群へ至る者が多い。また、障害に対する偏見を気にしたり、ストーマ患者のようにトイレ設備の問題など社会的要因が活動の制限につながっている場合もある。

Ⅲ 廃用症候群に対する対応

まずは早期発見

- ・廃用症候群の回復には、廃用に陥っていた期間の数倍の期間が必要
- ・廃用症候群のサインを見逃さない(体力低下、気力低下、易疲労性など)
- ・廃用症候群の悪循環に陥ると、ますます低下する一方となる

対応

①医療(かかりつけ医等)との連携:

かかりつけ医等に報告し、廃用の原因となりうる原疾患や併存疾患に対する治療の必要性、医療における訓練(リハビリテーション)の必要性等を確認する

②介護保険における訓練等の対応:

具体的な運動療法等、負荷や回数の調整(休憩を入れての少量頻回の訓練等)
筋収縮を伴う自動運動が重要(臥位での他動運動のみではダメ)
どこでも実施可能で、廃用予防として効果的な立ち上がり訓練

③生活背景に廃用症候群を生じる因子はないか?の確認

④廃用症候群の悪循環に陥らないよう対策を練る

予防(要介護化、重度化の予防)

・総合的な対策:

廃用症候群の要因を長期臥床による不動と一様にとらえるのではなく、加齢性変化や各臓器別の内部疾患の有無をふまえた上で、日常の行動全般を見直していく。

不動状態の原因となった本人自身の生活現場におけるマンパワー、家屋・自宅周囲環境、社会的サービスの導入状況等にも注目する必要がある。

・生活リハビリテーションの導入(いわゆる訓練だけではなく)

低負荷の運動として、ウォーキングや障害者スポーツの導入などは、身体活動強度を得る上で重要な手段であるが、個々に受容可能な強度の運動は限られてくる。
運動の導入が第一ではなく、家事や移動、余暇活動など取り組みやすい活動から意識していく方が、それ自体の運動強度が低くても、他の生活時間や活動に影響して総活動量としては増加する。

・家族、介助者等の関わり方に対する指導・助言:

不適切な介助により、不必要な安静をとらないようにする

・誤用症候群に注意(廃用症候群の原因となる)

特に不適切な福祉用具、補装具の使用:

- * 本人に合っていない車椅子への乗車(長く座ってられない)
- * 不必要なエアマット使用(身動きが取りづらい)
- * サンダル履きの使用(転倒しやすい)
- * 片麻痺患者の下肢装具不適合(疼痛、皮膚障害、歩容不良など)
- * 不適切な杖使用(腋窩神経麻痺、手根管症候群など)

IV 事例

疾患＋廃用症例(元々ADL 自立)

事例①

パーキンソン病の70歳の患者(Yahr Ⅲ、ADL どうか自立レベル)が出血性胃潰瘍で入院加療。症状軽快し自宅退院した。室内歩行は何とか可能も以前よりやや不安定。食事時たまにむせはあるが、発熱は起こしていない。

<各リハビリテーション関連職種(医師、PT、OT、ST、MSW)からのチェックポイント>

○この事例における重要なポイント

- ・ パーキンソン病の症状(運動症状・非運動症状など)や特徴
- ・ パーキンソン病治療薬の効果、副作用
- ・ 移動能力の低下
- ・ 嚥下機能の低下
- ・ ADL 低下の予防

○患者指導、訓練

- ・ 運動療法(ストレッチ、バランス訓練、立ち上がり訓練など)
- ・ 嚥下体操、摂食ペース、口腔ケア等の摂食・嚥下指導
- ・ 生活リハビリテーションの視点でADLの維持・向上のための動作練習等
- ・ 自主トレーニング指導
- ・ 発声・発語の評価・訓練

○家族指導

- ・ 進行性の症状に対する生活動作面の変化の確認、認知症の理解の促進
- ・ 身体機能訓練の必要性について
- ・ 転倒予防の重要性について
- ・ 自主トレーニングの家族参加
- ・ 家屋内環境調整(小さな段差の注意など)
- ・ 食事形態の指導(刻み、とろみなど)
- ・ 口腔ケアの重要性・食事環境整備の必要性等の指導

○廃用症候群の悪循環を断ち切るにはどうしたらよいか

- ・ 継続的な運動習慣の確立 → 身体機能の維持
- ・ 身体的機能面以外に、精神的・社会的な問題がないかを確認
- ・ 首、肩、口腔器官の運動による、筋力・巧緻性の維持、強化
- ・ 発声練習や会話機会を作る、食形態・環境に配慮

<ケアマネジャーへのアドバイス>

○ アセスメントのポイント

- ・ 出血性胃潰瘍となった原因、エピソード(服薬状況、生活習慣、ストレスなど)
- ・ 歩きづらくなったことで、日常生活上どのような問題が生じているか

- ・ 転倒と外傷、痛みの有無
- ・ 食事や水分の摂取量・食事にかかる時間・好み等の変化の有無、食後の声の変化や発熱の有無
- ・ 自律神経症状、抑うつ等精神症状の有無
- ・ 介護者の有無と介護負担感

○環境整備のポイント

- ・ 転倒、骨折を予防する住環境
- ・ 症状の日内変動といった特徴をとらえた環境整備
- ・ 本人・介助者にとって使いやすいベッド・車椅子の導入や住宅改修
- ・ ポータブルトイレやシャワーチェアは、立ち座りしやすい高さに設定
- ・ 食事に集中できる環境作り(テレビを置かない、椅子や机の高さの調整等)

○自立に向けてのリハビリテーションサービス導入のポイント

- ・ 退院・退所前訪問指導の活用
- ・ パーキンソン病の症状や特徴を理解し、閉じこもりを予防としたプランニングを行う
- ・ 福祉用具の具体的使用方法を指導してもらえるサービス内容
- ・ 歩行訓練や ADL 訓練、IADL 訓練は、薬の効果がでている時間帯に行う
- ・ 誤嚥性肺炎の予防として、食形態や食事の姿勢などの検討、食事に集中できる環境設定
- ・ 食形態や食事の姿勢などの検討、食事に集中できる環境設定
- ・ 嚥下リハビリテーションに加え、口腔ケアや栄養などの居住療養管理指導の検討
- ・ 抑うつ傾向の強い場合は、精神科受診などのメンタルケアも検討

パーキンソン病の Yahr 重症度分類

分類	特徴
I 度	症状は一過性で、機能障害はないか、あっても軽度。
II 度	両側性の障害があるが、姿勢保持の障害はない。日常生活、就業は多少の障害はあるが行いうる。
III 度	立ち直り反射に障害が見られる。活動はある程度は制限されるが職種によっては仕事が可能であり、機能障害は軽ないし中程度だが、まだ誰にも頼らず一人で生活できる。
IV 度	重篤な機能障害を有し、自力による生活は困難となるが、まだ支えなしに立つこと・歩くことはどうにか可能である。
V 度	立つことも不可能で、介助なしにはベッドまたは車椅子につききりの生活を強いられる。

疾患＋廃用症例(元々ADL 自立)

事例②

肺気腫の 70 歳の患者(平地歩行はそれほど問題ないが、坂道などで多少息切れあり)が、肺炎を併発し入院加療。肺炎は軽快し自宅退院。室内のADLは何とか可能だが、疲れやすく外出する機会が減少した。食事時たまにむせはあるが、発熱は起こしていない。

<各リハビリテーション関連職種(医師、PT、OT、ST、MSW)からのチェックポイント>

○この事例における重要なポイント

- ・ 肺気腫の特徴
- ・ 呼吸器リハビリテーションの視点からみた、身体機能問題の特徴
- ・ 呼吸機能の悪化による廃用の進行(移動能力低下、ADL低下)
- ・ 嚥下機能の低下

○患者指導、訓練

- ・ 四肢、体幹の自主トレの指導(立ち上がり、アキレス腱のストレッチ等)
- ・ 呼吸機能に対する自主トレの指導(胸郭の可動性向上、口すぼめ呼吸、深呼吸等)
- ・ 摂食・嚥下指導(食事の環境設定、食事前の嚥下体操等)
- ・ 生活リハビリテーションの視点でADLの維持、向上

○家族指導

- ・ 自主トレーニングの家族参加
- ・ 適切な食事姿勢や食物形態等、摂食・嚥下時の注意事項の指導

○廃用症候群の悪循環を断ち切るにはどうしたらよいか

- ・ 疲労感を感じない程度でできる作業、活動、外出機会の検討
- ・ 肺炎の再発予防(誤嚥の予防含む)

<ケアマネジャーへのアドバイス>

○アセスメントのポイント

- ・ 日常生活の中で、息切れをしやすい活動は何か
- ・ 食事や水分の摂取量・食事にかかる時間・食べ物の好みの変化
- ・ 介護者の有無と介護負担感
- ・ 疾患に対する本人の理解

○環境整備のポイント

- ・ 転倒、骨折を予防する住環境
- ・ ベッド、車椅子などを導入する場合は、本人・介護者が使いやすいものとする
- ・ 疲れたら腰を掛けて休める環境整備
- ・ 階段の上り下りなど、酸素消費量を増大させる活動を避ける環境

- ・ 入浴は肺や心臓に負担がかからない湯温や湯量とし、見守りの中で行う
 - ・ 室温と湿度を適正に保ち、快適で清潔な室内環境の整備
 - ・ 食事に集中できる環境作り、食物形態の適正化
- 自立に向けてのリハビリテーションサービス導入のポイント
- ・ 閉じこもりを予防することを念頭においたプランニング
 - ・ 筋疲労を起こすようなリハビリは避け、呼吸に負担のかからない方法
 - ・ ベッド、車椅子、歩行器、杖などの福祉用具の具体的使い方の指導
 - ・ 息切れなどの自覚症状は他者に理解されにくい、疾患や障害に理解ある環境整備
 - ・ 息切れ時のパニックコントロールの指導
 - ・ 誤嚥性肺炎の予防となるよう、食形態や食事の姿勢の検討
 - ・ ステロイド吸入薬を利用している場合は、口腔ケアを行う
 - ・ 在宅酸素が必要な場合は、PTの導入の検討

疾患＋廃用症例(元々ADL 自立)

事例③

腰椎圧迫骨折の既往、軽度の変形性膝関節症のある 80 歳の患者(軽度円背、姿勢変換時に少し腰痛あるが、杖や歩行器は使用せず歩行は可能なレベル、比較的活発な方)が、風邪をひいて、数日寝込んだ。風邪が治った後、歩行が不安定となり、外出するのがおっくうになった。

<各リハビリテーション関連職種(医師、PT、OT、ST、MSW)からのチェックポイント>

○この事例における重要なポイント

- ・ 腰椎圧迫骨折の特徴
- ・ 寝込んだことによる体力低下、体力低下に伴う腰痛・膝痛の出現
- ・ 歩行不安定に対する転倒の注意
- ・ 腰痛の増悪に注意しつつADL向上

○患者指導、訓練

- ・ 杖、シルバーカーなど補助具を使用した歩行訓練
- ・ 腰痛、膝痛の負担を軽減する動作指導

○家族指導

- ・ 生活リハビリテーションの視点から、適切な援助ができるようなアドバイス
- ・ 歩行、外出機会の確保(寝たきりにさせない)
- ・ 自主トレーニングの家族参加
- ・ 補助具の使用法指導

○廃用症候群の悪循環を断ち切るにはどうしたらよいか

- ・ 外出が可能となるための機能面・介助具の工夫と支援、外出機会の確保
- ・ 腰痛や膝痛などによる二次的な廃用の進行予防

<ケアマネジャーへのアドバイス>

○ アセスメントのポイント

- ・ 痛み症状の程度
- ・ 外出がおっくうと感じる理由
- ・ 介護者の有無と介護負担感

○環境整備

- ・ 外出しやすい住環境
- ・ 屋外歩行用に歩行器、シルバーカーの導入の検討
- ・ 本人のみならず介護者にとっても使いやすい住宅改修とすること

○自立に向けてのリハビリテーションサービス導入のポイント

- ・ 腰痛の軽減を図り、悪化を防止するサービスの導入

- ・ スーパーや郵便局など、具体的な外出先を設定したリハビリテーション内容
- ・ 抑うつ傾向が強い場合は、メンタルケアの検討

疾患＋廃用症例(元々ADL 自立)

事例④

心不全(NYHA 分類Ⅱ)の82歳の患者。2階建ての一戸建てに居住している。100メートルほどの歩行はゆっくりであるが行えている。しかし階段や坂道を上ると息苦しさ強く、自宅にいるときでも2階へはほとんど上らない。ADLはほぼ自立している。近くのコンビニには杖を用いて歩いて行けるが離れたスーパーの買い物などには行っていない。最近、体力の低下を感じ始めている。

<各リハビリテーション関連職種(医師、PT、OT、ST、MSW)からのチェックポイント>

○この事例における重要なポイント

- ・ 慢性心不全の症状
- ・ 心臓リハビリテーションの視点から、身体機能問題の特徴
- ・ 活動範囲の狭小

○患者指導、訓練

- ・ 低負荷運動からの下肢筋カトレーニング
- ・ 生活リハビリテーションの視点でADLの維持、向上
- ・ 服薬管理、生活指導

○家族指導

- ・ 患者の生活動作指導
- ・ 自主トレーニングの家族参加
- ・ 心不全兆候の早期発見
- ・ 体重管理、食事塩分制限・飲水制限の確認

○廃用症候群の悪循環を断ち切るにはどうしたらよいか

- ・ 無理のない範囲での運動指導
- ・ 環境整備により動きやすい環境作り
- ・ 心機能低下の予防、心不全の再発防止

<ケアマネジャーへのアドバイス>

○アセスメントのポイント

- ・ 日常生活の中で息切れを感じやすい活動は何か 例、階段昇降、入浴など
- ・ 狭心発作時の対応方法
- ・ 食事塩分制限、水分制限の有無
- ・ 体重変化、むくみの有無
- ・ 疾患に対する本人・家族の理解、介護者の有無と介護負担感

○環境整備

- ・ 転倒、骨折を予防する住環境
- ・ ベッドなどを導入する場合は、本人・介助者が使いやすいものとする

- ・ 疲れたら腰を掛けて休める環境の整備
- ・ 入浴は肺や心臓に負担のかからないよう湯温・湯量を調整し、見守りが必要であること
- ・ 寝室とトイレ、脱衣所と浴室などの温度変化の差を少なくする
- ・ 緊急通報装置などの整備

○自立に向けてのリハビリテーションサービス導入のポイント

- ・ 閉じこもり予防を念頭においたプランニング
- ・ 血圧の上昇を起こすようなリハビリテーションは避け、心臓に負担のかからない方法とする
- ・ 疾患や障害に適した環境の提供
- ・ 抑うつ傾向が強い場合は、メンタルケアの検討

心不全の NYHA 分類

分類	特徴
I 度	心疾患はあるが症状はなく、通常の日常生活は制限されないもの。
II 度	心疾患患者で日常生活が軽度から中等度に制限されるもの。安静時は無症状だが、普通の行動で疲労・動悸・呼吸困難・狭心痛を生じる。
III 度	心疾患患者で日常生活が高度に制限されるもの。安静時は無症状だが、平地の歩行や日常生活以下の労作によって症状が生じる。
IV 度	心疾患患者で軽度の活動でも何らかの症状を生ずる。安静時においても心不全・狭心症症状を生ずることもある。

生活不活発例(廃用予防の観点から)

事例⑤

認知症初期の 70 歳の患者。以前に転倒した際に転倒恐怖感が大きくなり、閉じこもり気味となる。働きかけがないと臥床状態。話しかければ返答はあるが、表情変化は乏しい。食事は自力で可能。

<各リハビリテーション関連職種(医師、PT、OT、ST、MSW)からのチェックポイント>

○この事例における重要なポイント

- ・ 認知症の特徴について
- ・ 自発性低下、発動性低下
- ・ 身体活動、精神活動の双方への配慮

○患者指導、訓練

- ・ 体操や運動など転倒しない体作り
- ・ 離床のきっかけの検討
- ・ 成功体験から自信をつけること

○家族指導

- ・ 意図的に体操、運動機会を確保する
- ・ 離床する時間を決める、離床した後にやれることを決める
- ・ 転倒リスクへの配慮、外出機会の確保
- ・ 認知症の進行を考慮し、ADL 能力の適宜確認

<ケアマネジャーへのアドバイス>

○アセスメントのポイント

- ・ 認知症周辺症状の程度の把握
- ・ 調理、買い物、ごみ出しや分別など IADL の具体的方法
- ・ 介護者の有無と介護負担感
- ・ 近所付き合いの有無

○環境整備のポイント

- ・ 安全かつ安堵感を得られる住環境とすること
- ・ これまでの生活スタイルを大きく変える住環境は避けること
- ・ 火災の発生を防止する環境とすること
- ・ 成年後見制度の利用を検討

○自立に向けてのリハビリテーション導入のポイント

- ・ 転倒恐怖症に対する理学・作業療法の検討
- ・ スーパーや郵便局など具体的な外出先を設定したリハビリテーション内容とすること
- ・ ピアカウンセリングを目的とした通所リハビリテーションを検討すること

- ・ 可能であれば、他者との関わりを目的に、デイサービスの導入を検討

環境的要因の例

事例⑥

78歳女性、活動的に町会活動や老人会を楽しまれていた。夫と2人暮らしだったが、3年前に死別。その後は、年齢相応の物忘れがあったが、以前からの近所との交流・協力があり、生活できていた。入院歴はなかったが、外出時に転倒、入院により長男と同居、日中独居となる。身の回りのことは行えたが、引越しを機に近所との関わりがなくなり、引きこもり、寝ていることが多くなる。火の消し忘れ、服薬忘れなど物忘れが進み、風邪をきっかけに、立ち上がりも難渋するほどになってしまった。

<各リハビリテーション関連職種(医師、PT、OT、ST、MSW)からのチェックポイント>

○この事例における重要なポイント

- ・ 廃用を引き起こす悪循環に入りつつある(閉じこもり症候群)
- ・ 配偶者との死別、引越などの、環境的要因
- ・ 環境変化における認知機能低下および廃用の進行

○患者指導、訓練

- ・ 日常できることを生活レベル(家事や趣味など)で探索
- ・ 家庭での役割分担、人間関係の構築援助
- ・ 自発的な活動の継続

○家族指導

- ・ 生活リハビリテーションの視点から、適切な援助ができるようなアドバイス
- ・ 家族での役割分担の明確化
- ・ 引越し先での老人会などの情報収集
- ・ 車椅子で外出する機会の確保

○廃用症候群の悪循環を断ち切るにはどうしたらよいか

- ・ 社会的な交流の視点を中心に改善を図る
- ・ 作業、活動が行える環境の設定
- ・ 家庭環境、人間環境の変化による認知機能低下の予防
- ・ 社会参加の場面を徐々に増やす

ケアマネジャーへのアドバイス

○アセスメントのポイント

- ・ 心理状況(落ち着いたほうがよいか、活動的に向かったほうがよいか)の確認
- ・ 認知症周辺症状の程度
- ・ 家族との関係
- ・ 本人の役割の有無
- ・ 介護者の負担感
- ・ 引越し前の生活スタイル

○環境整備

- ・ 安全に外出ができる住宅改修とすること
 - ・ これまでの生活スタイルを大きく変える住宅改修は避けること
 - ・ 床からの立ち上がりには据え置き式手すりを活用すること
 - ・ 入浴は見守りにて行うこと
 - ・ ガス元栓の管理やライターなどの保管を徹底すること
 - ・ 混乱に配慮しつつ IH コンロの導入も検討
- 自立に向けてのリハビリテーションサービスのポイント
- ・ 通所リハビリテーションを利用し、友達作りを援助すること
 - ・ 成功体験を積み重ね、自信回復を図るリハビリとすること
 - ・ OTを導入し、共に行う家事などを通して本人の再獲得を目指す
 - ・ 地域の活動に参加できる体力と環境を作るための訪問リハ導入の検討