

第35回 鍼灸マッサージ学会「手技療法講習会」：後期

平成24年11月18日(日)

基礎から学ぶ介護予防

(公社)全日本鍼灸マッサージ師会 学術委員
関西医療学園専門学校 非常勤講師
木村 喜三郎 先生

【1】はじめに

我が国では、高齢化が進み、介護が必要な高齢者の方々が増加しています。そのうち、特に、要介護度が軽度の方（要支援1，2）が増加しています。軽度（要支援1，2）とは、「要介護状態までにはいかないものの、家事や身の回りの支度などの日常生活に支援を必要とする状態」をいいます。要支援1・2のような軽度の方々が要介護状態になる原因としては、「高齢による衰弱」「関節疾患」「骨折・転倒」が約半数を占めていることがわかりました。

「膝痛・腰痛」がある方や、「骨折・転倒」を起こした方は、体を動かす機会が減ってしまうことがあります。それが原因で、筋肉が衰えたり骨がもろくなったりして、体の機能が低下して動けなくなるおそれもあります。このように、「体を動かさない状態が続くことによって、心身の機能が低下して動けなくなること（「廃用症候群」といいます。）を防ぐためには、体を動かすことが重要です。

また、一方で、「廃用症候群」になってしまった方は、骨がもろくなったり転びやすかったりしますので、要支援状態になる危険性が高まります。

ですから、「体を動かす」ということは、要支援状態になることを予防するためには、とても大切なことなのです。

【2】鍼灸マッサージ師の介護予防の役割について

マッサージ師の介護の役割は、一般社会で認められている医療関係者（医師、看護師、理学療法士など）の真似事ではなく、マッサージ師のもつ独特な技術を活かした介護予防をしない限りマッサージ師の介護予防の中では生きられないと考えています。

【1】のはじめに のところで記載しましたが、厚生労働省は寝たきりの一番は腰痛と変形性膝関節症と報告しています。マッサージ師はその痛みを止め、関節の拘縮を変形徒手矯正術で改善し日常生活が支障なく行える

状況に導く。その為には我々の技術を活かし併用療法として機能回復訓練を導入しているのがマッサージ師の介護予防であると考えています。マッサージ師が訪問してマッサージを行う場合、紛らわしい「訪問リハビリ」の言葉でなく、訪問マッサージを使用すべきである。あくまでマッサージ師はリハビリを行うのでなく、痛みや関節拘縮に対して施術するのであると考えます。

【3】介護予防での確認事項

仰臥位の状態から起き上がりを行う際には患者の関節可動域や筋力、病状、既往歴、血圧、酸素飽和度などをチェックした上で、起き上がりが出るのかの判断を下さなければなりません。例えば両足関節が伸展—30度の関節拘縮がある患者に立位を行うことは、介護予防以前の無茶なやり方であります。患者に痛みを与えるだけでなく、出来ないことを立証し、モチベーションを低下させるだけです。また長期臥床患者を起こすことは起立低血圧や目眩、吐き気を起こさせ、二度と介護を受けたくないと拒否に合います。

今回の講演はこのことを常識として知って頂いていると思ひ術技を中心にお話しをさせていただきます。

【4】基本動作

1) 仰臥位での側方移動と上方移動

- ①介助： (1) テコを利用する
(2) 頭側より引き上げる
(3) シーツの利用
- ②自立： (1) 三分割

2) 仰臥位から側臥位（関節可動域と麻痺側）

先ず健側下肢を患側下肢の膝の下に入れてすくい膝を立てる。上肢は健手で患手を握り引っ張り肩甲骨を外転する。頭を側臥位になる方向に顔を向け頸部を屈曲しながら、上肢を伸展し肩を床から持ち上げる。（立ち直り反射）

中枢障害（片麻痺など）によってこの反射は障害される。

- ②助： (1) 両膝を屈曲。肩甲骨を保持し側臥位へ
- ②自立： (1) ポイントは肩甲骨の外転

3) 側臥位から伏臥位（上肢の挙上及び伸展）

頸部を伸展し腰部及び下肢を伸展、上肢を挙上、肩甲骨外転。

①介助：（1）上肢の挙上か体幹への密着

②自立：

4) 側臥位から長坐位（長坐位可能か血圧・脈拍・酸素飽和度）

側臥位になり下になった肩関節を35度程度屈曲し、頸部を起きあがる方向に向き、上の肩関節を外転し、上半身を回旋しながら、片肘をついて体重をかける。

次いで、ついた肘を伸ばして上半身をおこし両膝を曲げながら横座りになる。

横座りから両膝を伸ばし上半身を反対側に回旋しながら、膝を伸ばし長坐位となる。

①介助：（1）ベッドに乗って長坐位へ

（2）頭側より膝を入れて長坐位へ

②自立：（1）動作を分割りにする

（2）逆の方向で訓練

（3）ロープの使用

5) 長坐位から端座位（バランス・関節可動域）

①介助：（1）回転を利用

（2）動作を分割りする

②自立：

6) 椅子からの立ち上がり（関節可動域・筋力・バランスなど）

①立ち上がりの理論

②介助

③自立

7) ベッドから車椅子移動またはポータブル移動

（バランス・筋力・可動域）

車椅子を患者の健側に、ベッドと20度から30度の角度をつけて設置しブレーキをかける。臀部を前に出させ、健手は車椅子の肘掛けを握らせる。両足は膝関節が110度になるように引かせ、上半身を前屈みになる姿勢を取らせる。（施術者は膝折れを防止）

①介助

②患者自身にも立ち上がる努力をさせる

③対麻痺

8) 車椅子坐位での姿勢保持

- ①介助
- ②自立：前方へのずれや体幹の傾きなど

9) 立ち上がりから立位（関節可動域・筋力・バランス）

- ①介助：前と横に椅子をおき
- ②バランス（万歳・腰の回転）

10) 歩行（意欲・関節可動域・筋力・バランス）

- ①足踏み
- ②体重移動
- ③片足立ち
- ④障害物
- ⑤階段の昇降