

大腿骨近位部骨折：
生活機能の維持および

次なる骨折予防にむけた連携

医療法人社団らぽーる新潟 ゆきよしクリニック

三村健， 伊藤徳明， 奥田哲也， 加藤拓， 小林奈都子，
丸谷温， 渡部恭子， 山浦祥宏， 桑原至， 細野豊和，
島田悟， 荻荘則幸

- どうすれば、退院後の生活機能を維持できるのか？
- どうすれば、再転倒、再骨折を予防できるのか？



→訪問リハの立場から、
屋内歩行自立度に
着目して検討

当クリニックの訪問リハビリの特徴

- 訪問に関わるスタッフ数：
24名（PT15名，OT7名，ST2名）
- 各患者の必要な訪問頻度に対応が可能であり，
必要であれば，年単位での継続した訪問も
可能。



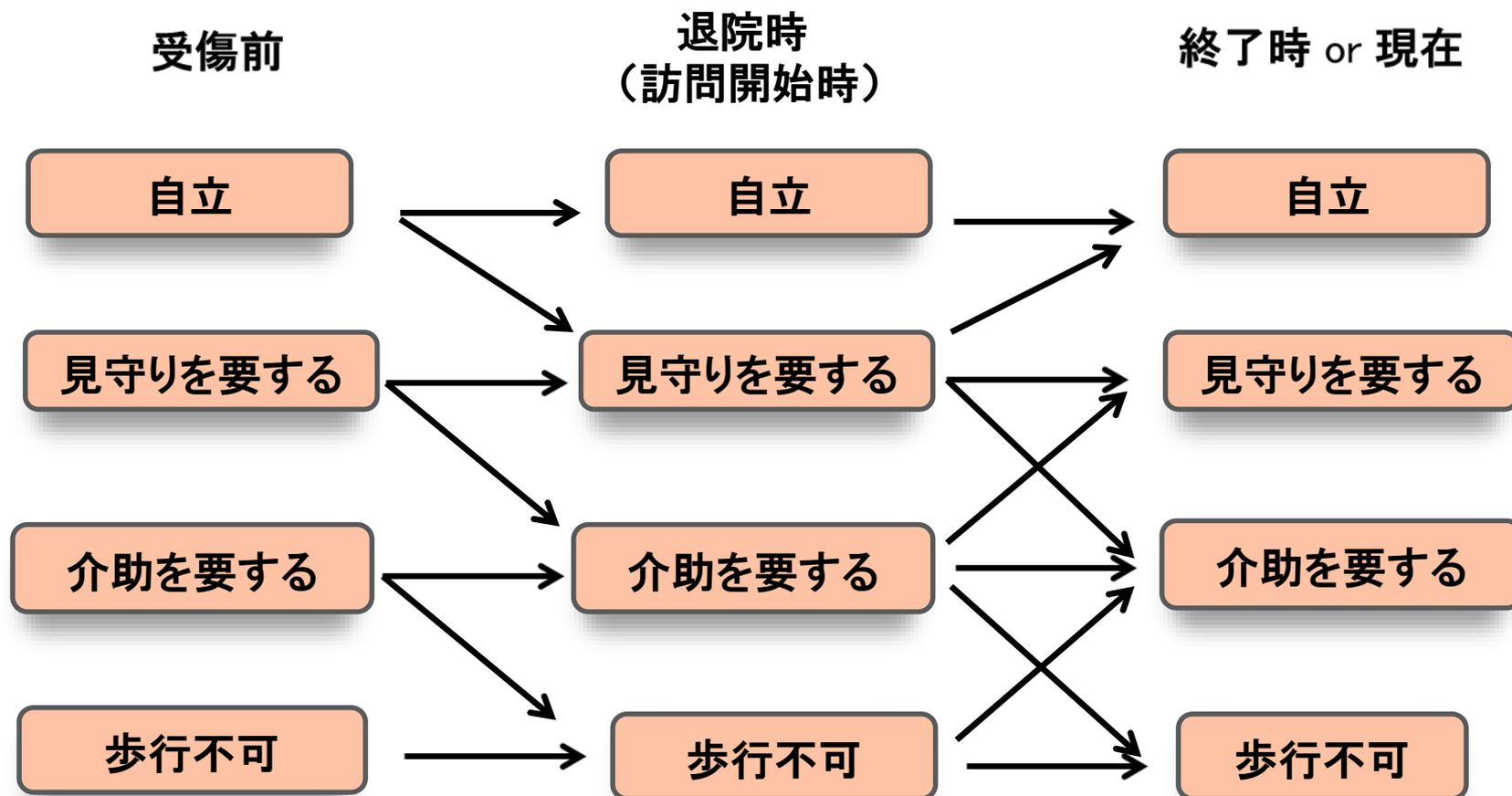
調査対象

- 大腿骨近位部骨折を受傷し、
- 入院によるリハを施行した後に自宅退院し、
- 退院後2ヶ月以内に、当院にて訪問リハを実施し、
- 情報収集が可能であった、
- 20例(男性 3例, 女性 19例) ※1例のみ再骨折
- 平均年齢 82.2歳±7.7歳 (69歳～94歳)
- 術式に関しては、情報が得られず不明。

訪問リハを実施した期間

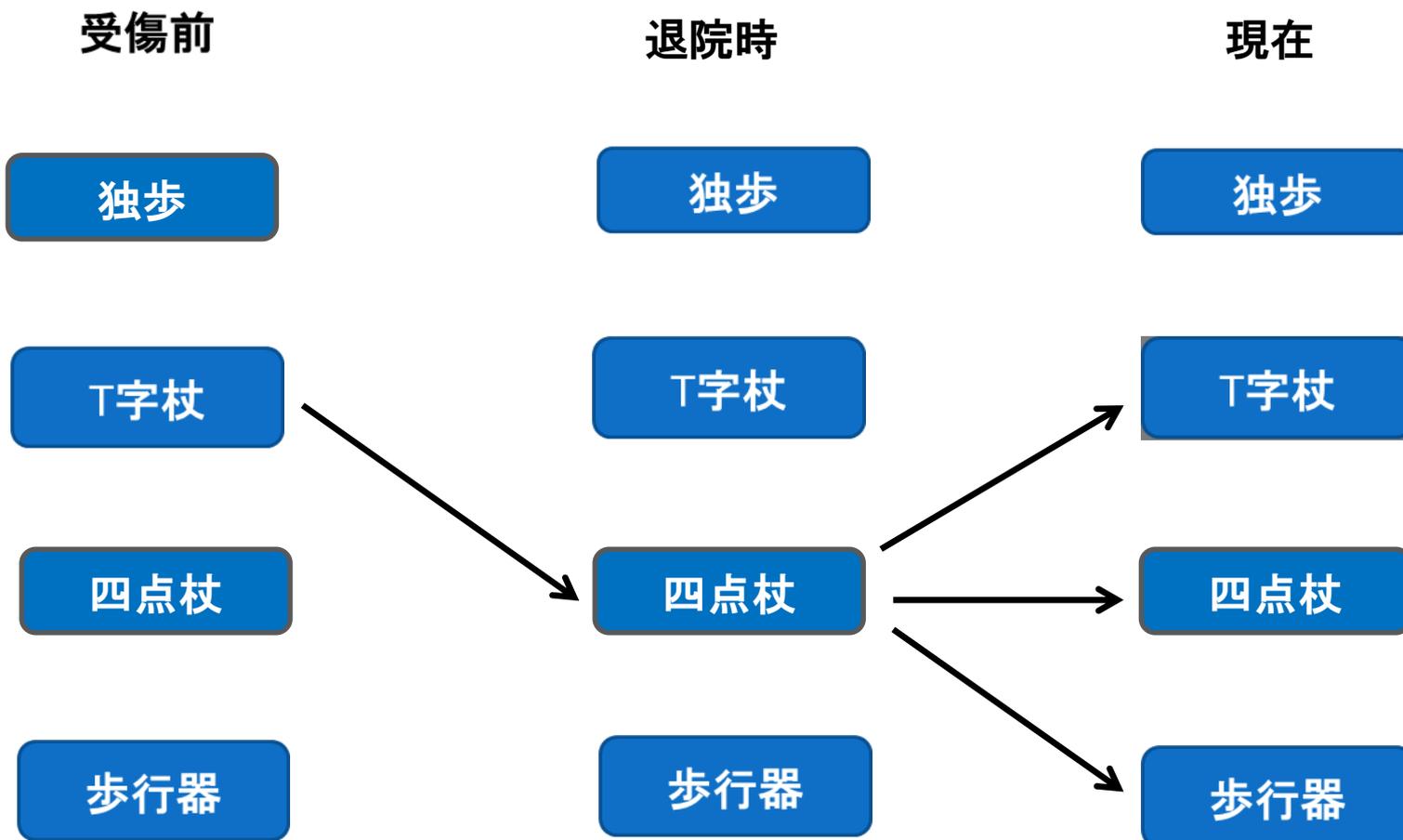
継続群 訪問リハ開始より、現在まで 訪問を継続している群	平均1年4ヶ月±1年2ヶ月
終了群 何らかの理由で訪問リハを終了した群	平均10ヶ月±7ヶ月
全体	平均1年1ヶ月±1年

調査内容：屋内歩行自立度の変化

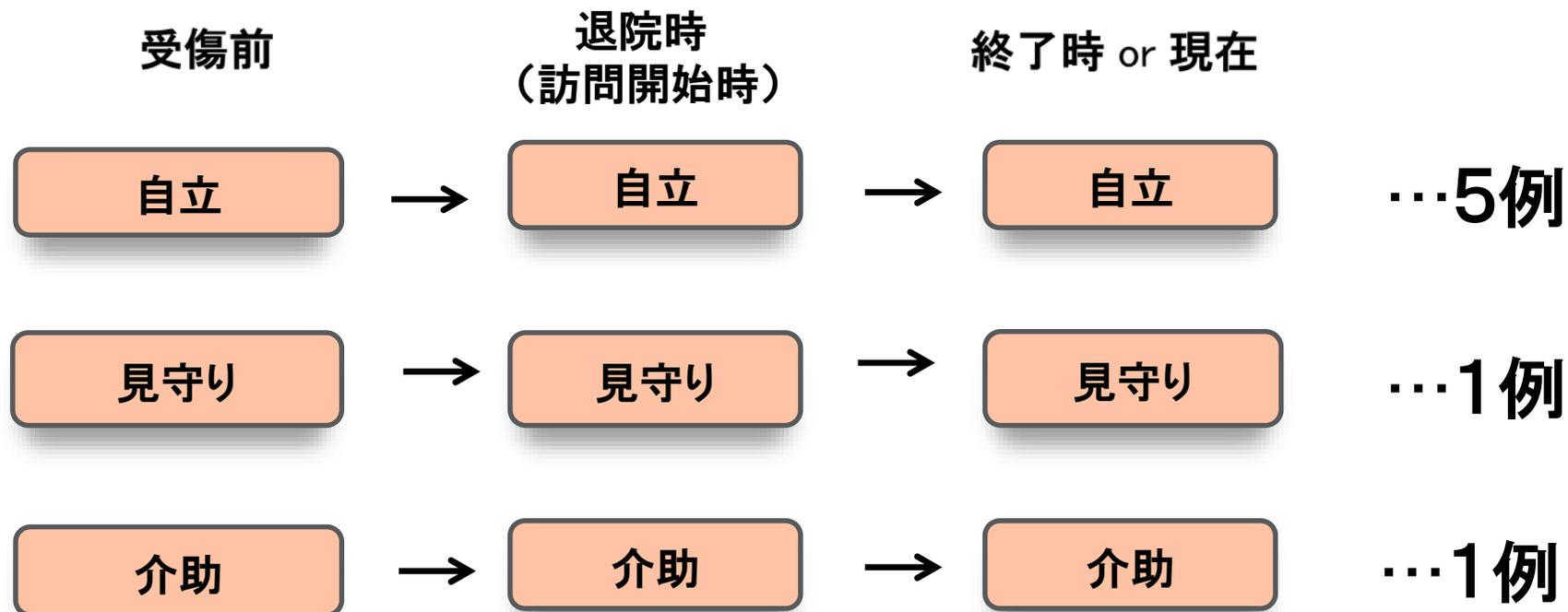


※ 維持期，介護の分野では，“監視歩行“ではなく”見守り歩行”

同じ歩行自立であっても...

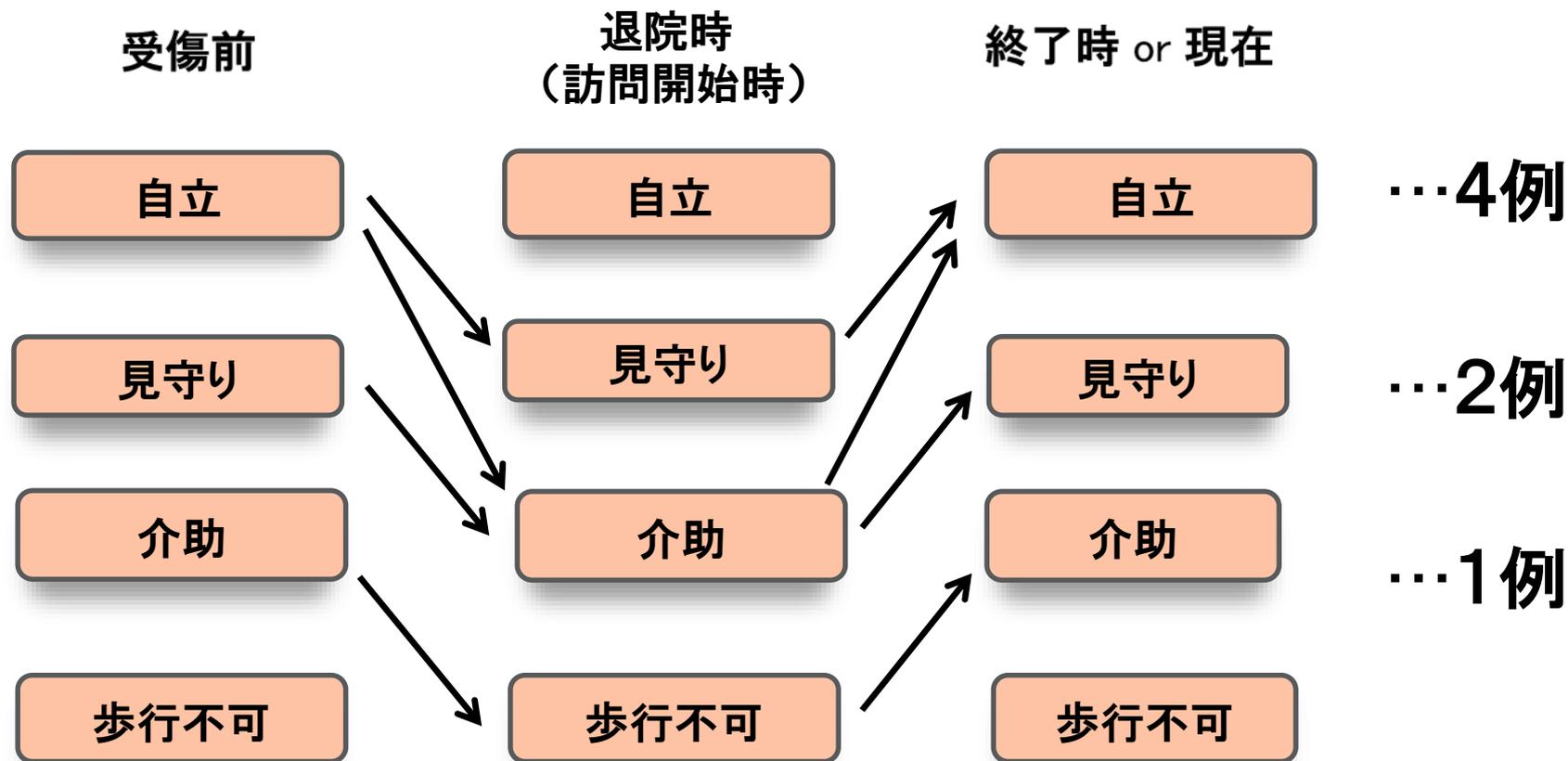


結果 ① 同じ自立度を維持していた群



20例中7例(35%) … **自立度維持群**

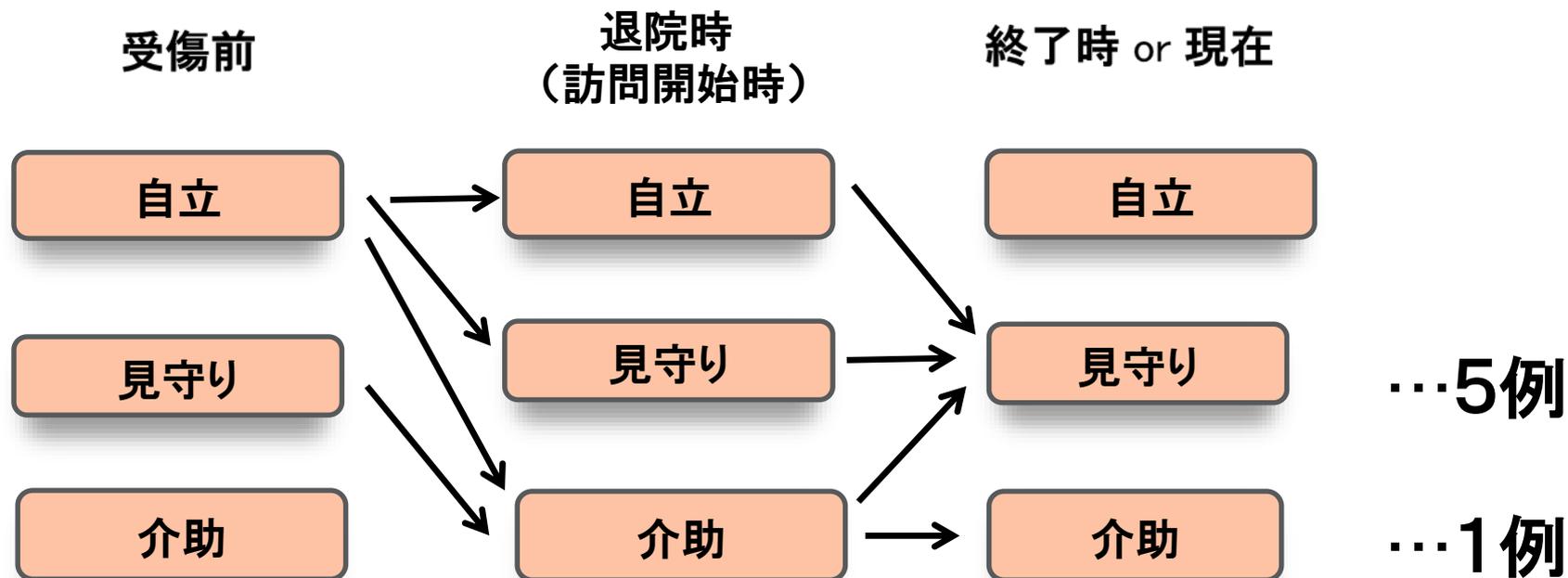
結果 ② 退院時には1～2ランク下がったが、その後、受傷前の自立度に至った群



7例(35%) … 退院後改善群

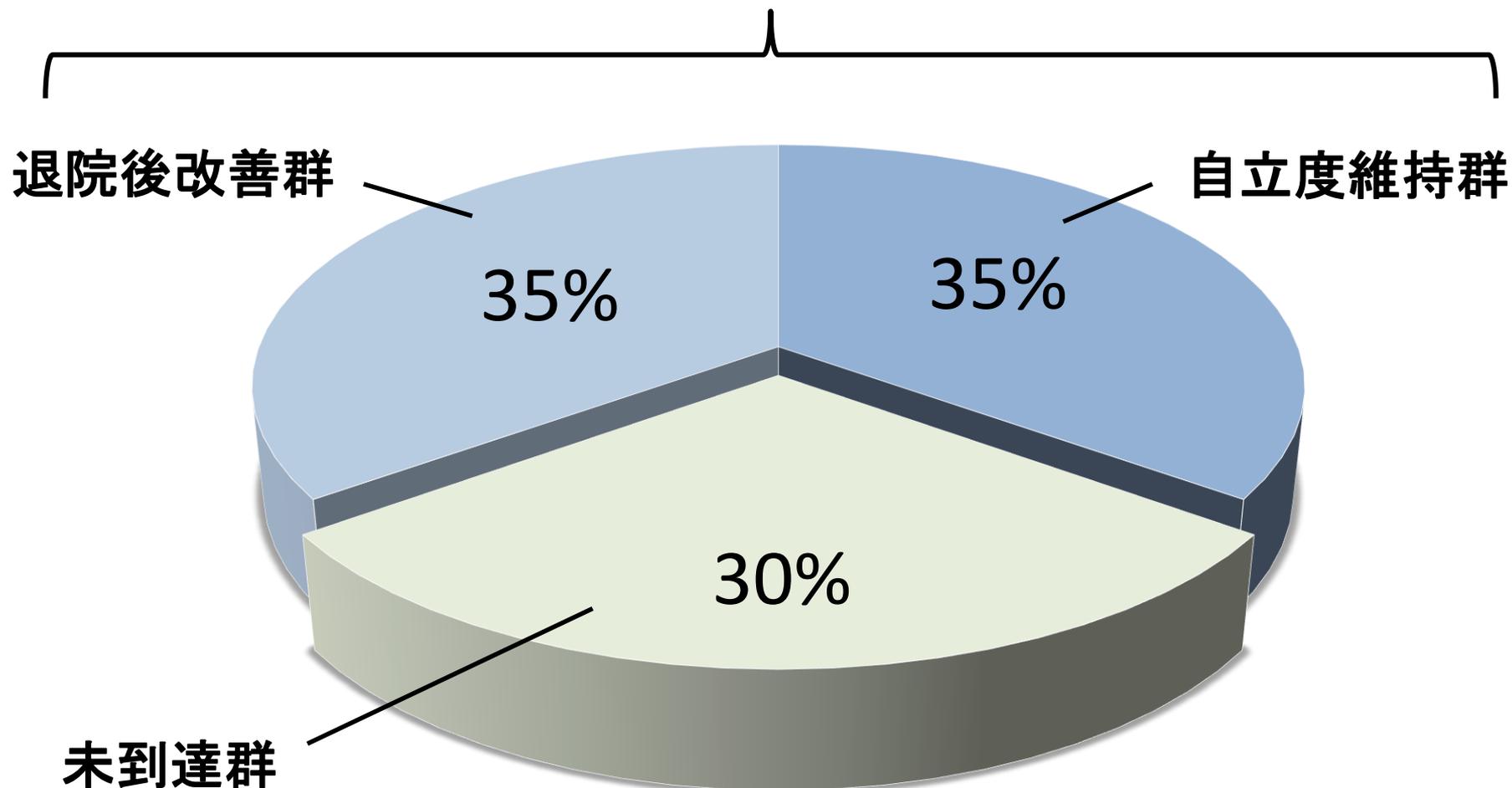
結果③

訪問リハ介入しても、受傷前の自立度に至らなかった群

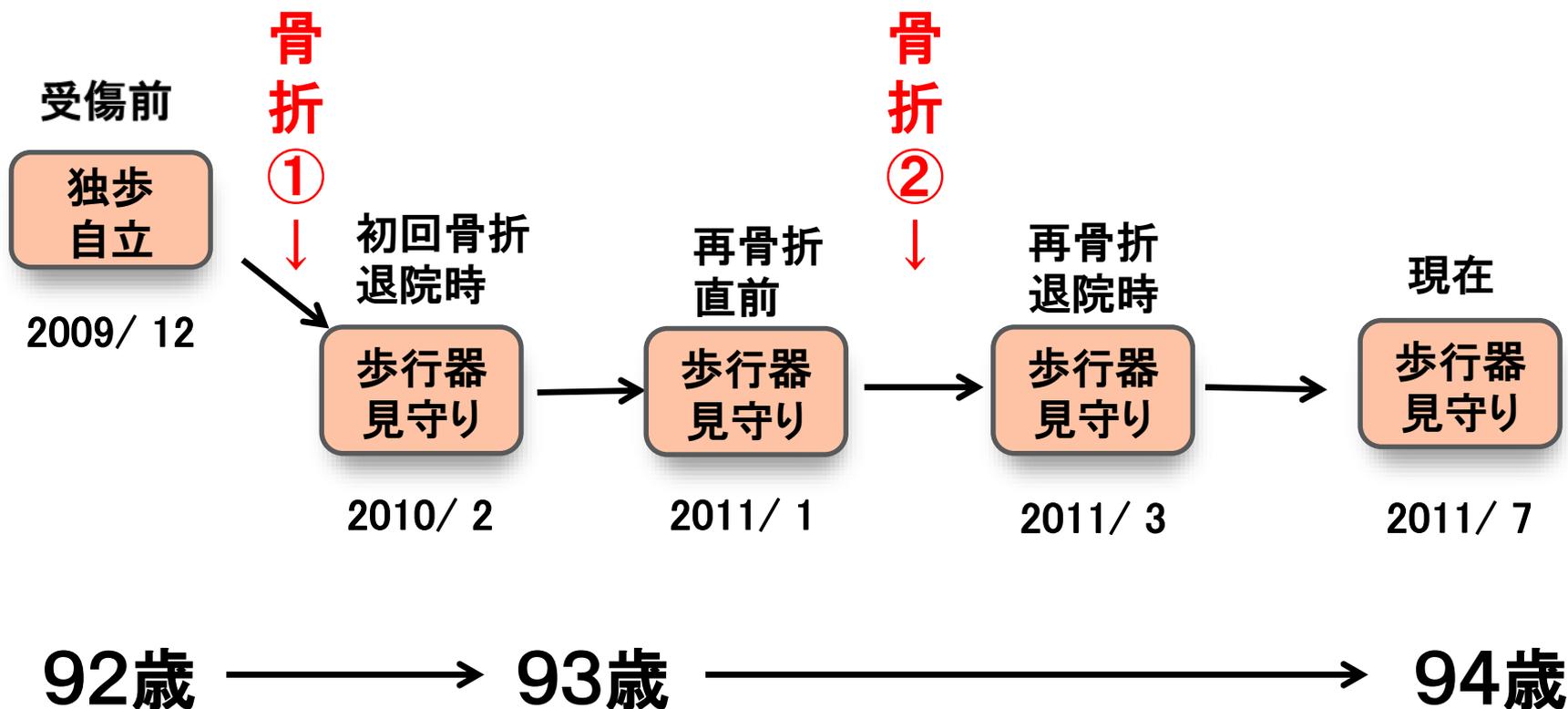


6例(30%) … 未到達群

退院時，退院後，合わせて**70%**は，
受傷前の自立度に至った。

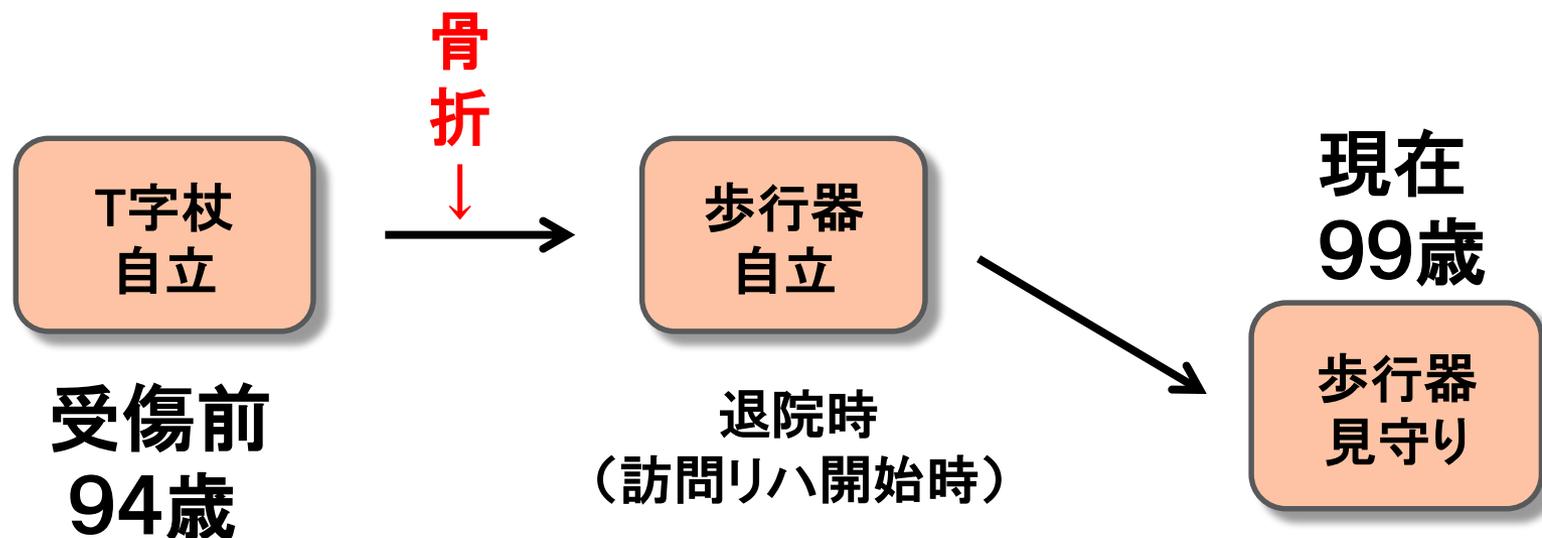


対側(右→左)再骨折症例：92歳・女性



退院後に、自立度が低下した症例

- 20例中、退院後(訪問リハ開始後)、歩行自立度が低下したケースは1例(94歳・女性)のみ。



加齢に伴う、自然な低下？
大腿骨近位部骨折との因果関係は？

今回、訪問リハでフォローしたケースに限れば...

- 対象者の7割は、受傷前の屋内歩行自立度を獲得。
- 退院時の歩行自立度を、その後、維持できなかったのは20例中1例のみ。
- 骨折を契機に、著しく歩行自立度が低下した例、歩行不可となった例は皆無だった。

退院後の維持, 改善に

影響を及ぼすと思われる要因①

□ 心身機能・身体構造

- ・筋力 ・バランス ・認知機能
- ・受傷前の既往歴(CVA, 他)

□ 個人因子

- ・年齢 ・歩行への意欲 ・再転倒の恐怖
- ・入院期間

退院後の歩行自立度の維持, 改善に 影響を及ぼすと思われる要因②

□ 活動

- ・趣味
 - ・家事
 - ・テレビ
- 日中の離床時間

□ 参加

- ・デイケア, デイサービスの利用
- ・知人・友人がお茶を飲みに来るか

退院後の維持，改善に 影響を及ぼすと思われる要因③

□ 環境因子

- 日常的な歩行を見守り・介助する家族の存在
- 家族の再転倒への不安
- 親戚(特に，お孫さん)の励まし
- 歩行訓練のできる家屋構造
- 屋外歩行訓練を行える自宅周囲の環境

どうすれば再転倒・再骨折を予防できるのか？

- 本人・家族への自宅での継続した指導
 - ・転倒リスク：
場所，時間帯，自立・見守り・介助の
要不要の判断・方法の指導
 - ・歩行補助具の検討と導入

医療・福祉関係者側の先入観

維持期

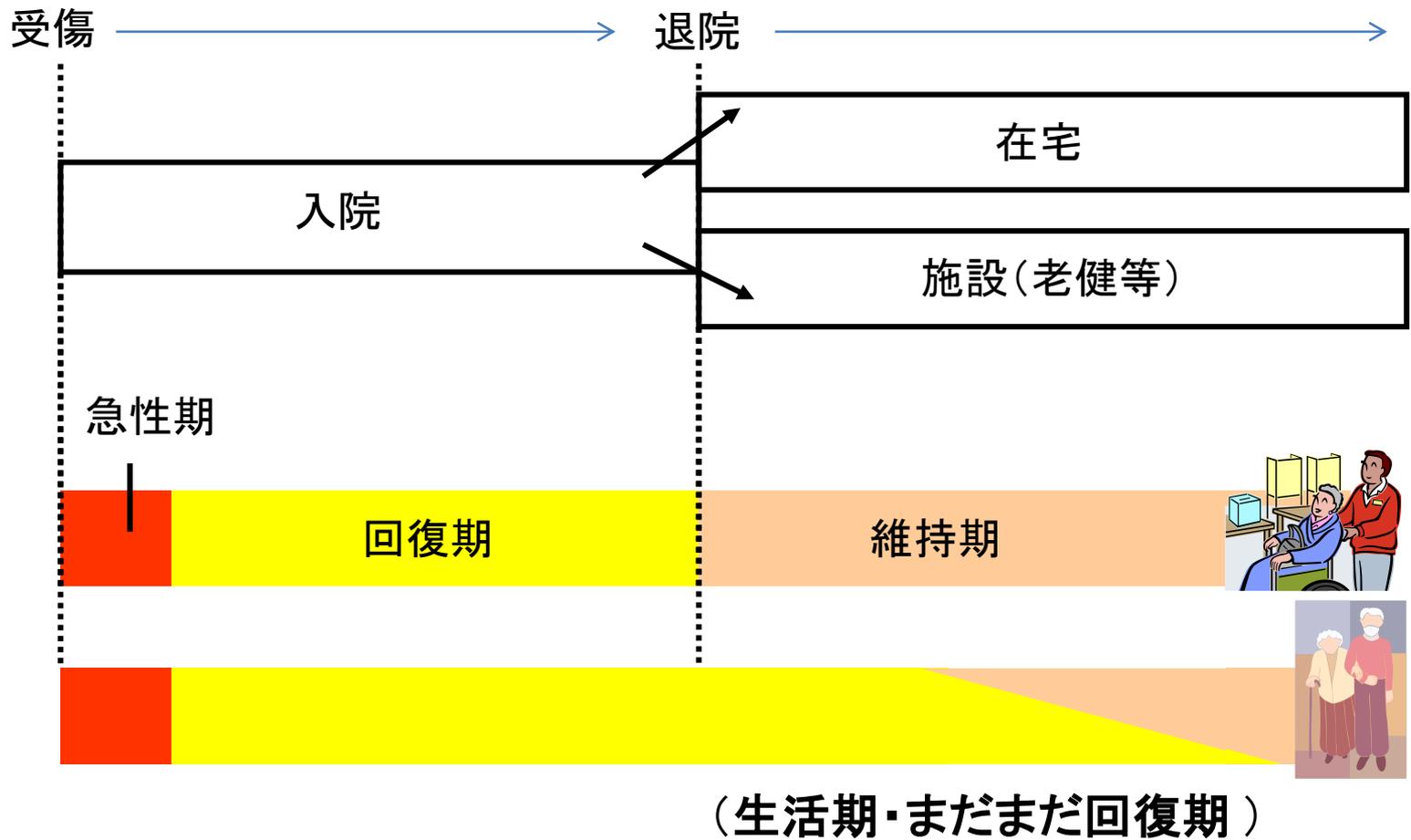
..... 「それ以上の改善は期待できないだろう」



生活期

..... 「まだよくなるんじゃないかな？」

退院後は本当に維持するだけなのか？



大腿骨近位部骨折受傷者は、 全例、ケアプランに訪問リハを！

訪問リハを行う期間	目的	内容
1ヶ月コース	主に評価	・退院時のプランが履行されているか否かの確認
2ヶ月～6ヶ月コース	受傷前の歩行, ADLの再獲得を目指す。	・歩行訓練 ・ADL訓練
継続コース	退院時の歩行, ADLを維持する。	・歩行訓練 ・ADL訓練

リハの必要性は誰が判断？

医療保険
(医療機関)

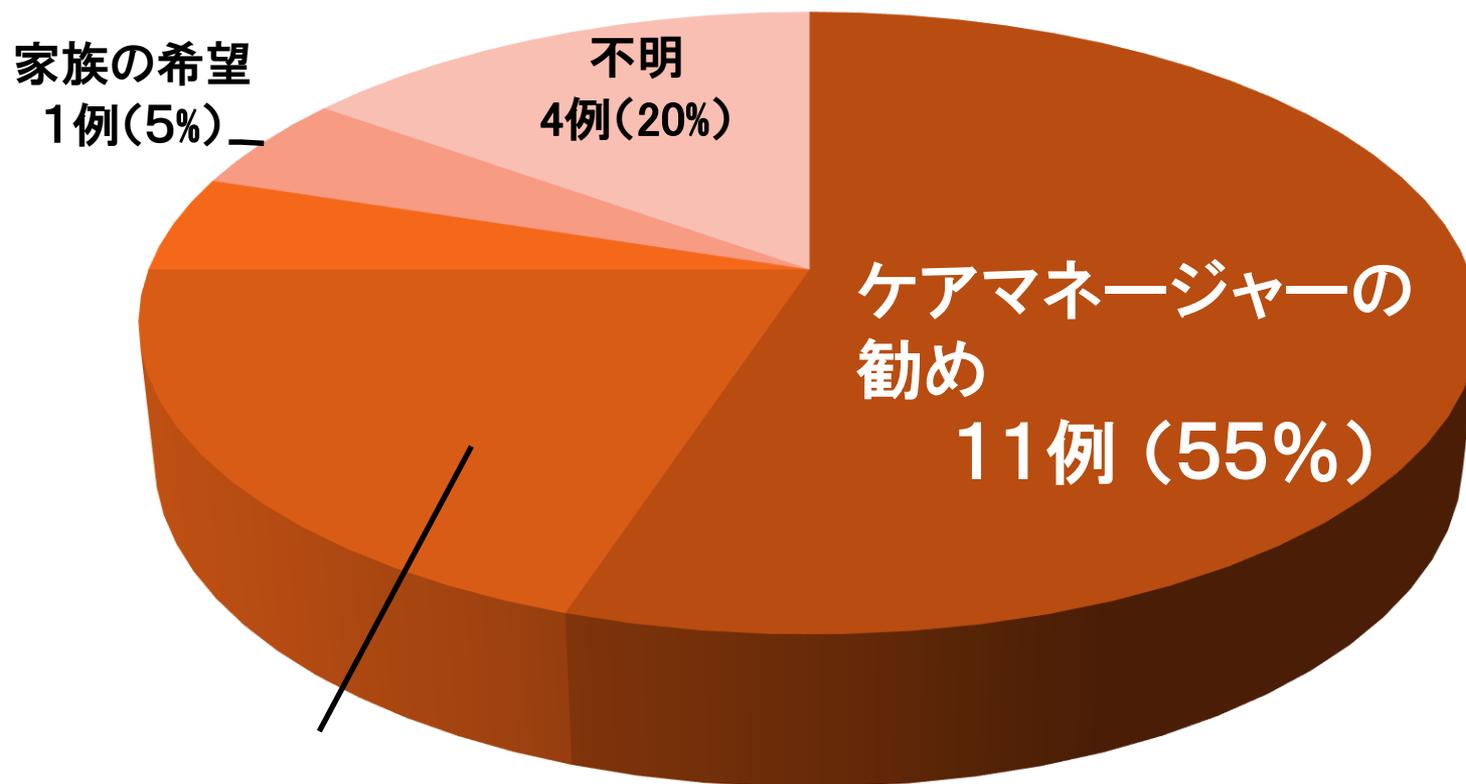
医師

介護保険
(在宅・施設)

ケアマネージャー

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

訪問リハ導入のきっかけ



回復期等の主治医・リハスタッフの勧め
4例 (20%)

ケアマネージャーさんへ、アピールを！

- 地域連携パスが、医療機関から、地域のかかりつけ医だけでなく、ケアマネージャーさんへ確実に渡ること。
- パスの中に、リハの継続の必要性が明記されること。
- パスが、ケアマネージャーさんから、リハスタッフへ確実に渡ること。

まとめ

地域連携パス運用

+

退院後の在宅，施設内でのリハビリの充実



退院後の歩行，ADLの改善に繋がる？



再転倒，再骨折の予防に繋がる？

ご清聴ありがとうございました。



信濃川と本学会会場【朱鷺メッセ】