

医師，リハビリの視点から

中澤 信

第61回国立病院総合医学会
(平成19年11月16日 於名古屋)

IRYO Vol. 63 No. 1 (39-42) 2009

要 旨

高齢者はさまざまな疾患が併存し、疾患により容易にADL（日常生活動作）が低下する。臓器別の疾患治療だけでなく、患者の生活、介護、ケアについて常に意識を向けないと疾患が治癒しても社会復帰できないという結果に終わることが多い。高齢者のリハビリテーションでは疾患にともない活動量が低下することによっておこる廃用症候群との戦いとなる。といって過言ではない。日々の診療において疾患治療と並行してこの廃用をきたさないようにする意識を常に持つ必要がある。入院中ベッドに臥床しているだけの患者に座位をとらせる習慣を持つだけでも廃用予防には多くのメリットがあり実践が望まれる。2008年4月より後期高齢者医療制度が開始される。システム導入などのハードルがあることが予想されるが、これまで以上に患者の生活・個性を重視し、個人、組織として包括的な視点が望まれ、それを実践するシステムが求められることの表れである。慢性疾患の急性増悪で入院して治療により病状が安定して地域に退院する際も医療サービスおよび介護・福祉サービスが継続的に提供されるために情報の伝達と共有が必要となる。労力の問題があるが高齢者総合機能評価：comprehensive geriatric assessment (CGA) の導入も個人・システムとしての包括的視点の維持、情報の共有システムの一つとしての可能性がある。これまで臓器別で発達してきた医学・医療であるが、これから爆発的に増加する高齢者のトータルケアを考えると患者の生活を重視した満足な対応ができるか疑問が残る。これまで以上に他領域の理解をすることのできる包括的な視点をもったスタッフからなるチーム医療（interdisciplinary team）の再構築が望まれる。

キーワード チーム医療，リハビリテーション，廃用症候群，老年症候群

はじめに

高齢者は若年者と異なりさまざまな疾患が併存し、病気にかかることにより容易にADL（日常生活動作）が低下する。若年者と同様に治療に臨むとうまくいかないことが多い。高齢者の包括的ケアを推進するにあたってリハビリテーションの視点は欠かす

ことはできない。総合病院で働くリハビリテーション科医師の視点から老人医療のトータルケアについて述べる。

老年症候群

高齢者医療について考えるにあたり老年症候群

元国立長寿医療センター リハビリテーション科
別刷請求先：中澤 信 医療法人 仁医会 中澤整形リハビリクリニック リハビリテーション科
〒445-0073 愛知県西尾市寄住町洲田20-1
(平成20年7月24日受付，平成21年1月16日受理)
From a Viewpoint of the Doctor and Rehabilitation
Shin Nakazawa, National Center for Geriatrics and Gerontology
Key Words: interdisciplinary team, rehabilitation, disuse syndrome, geriatric syndrome

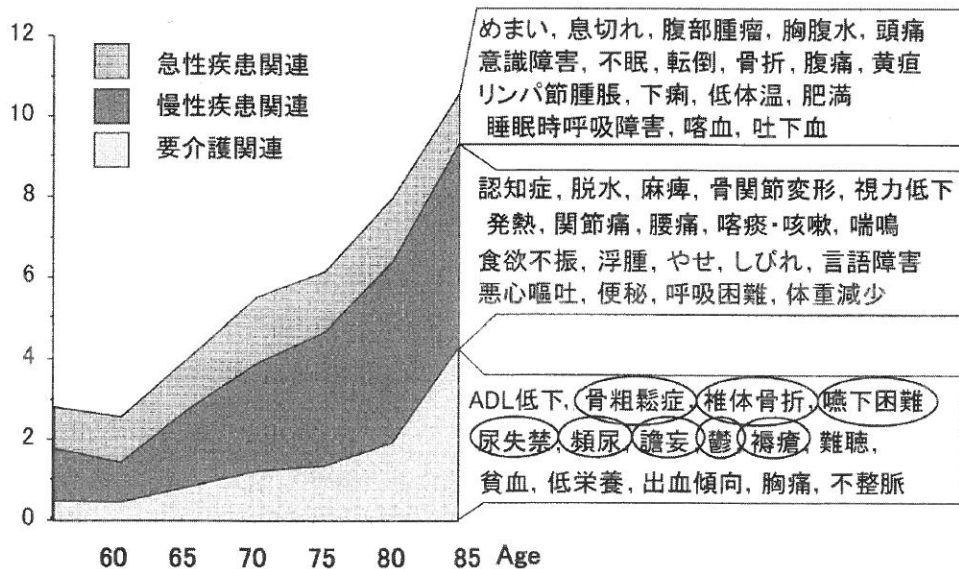


図1 高齢者の疾患構造 (Geriatric Syndrome)

(geriatric syndrome) についての理解が必要である。老年症候群とは高齢者において疾患治療と同時に介護・ケアが重要となる一連の症状・所見のことを指す。図1は加齢による疾患構造の内訳を示すグラフである。上段は主に急性疾患に付随する症候で若い人と同じくらいの頻度でおこる症候で、中段に示されるのが主に慢性疾患にともなった症候で65歳の前期高齢者から徐々に増加し、75歳以上の後期高齢者になると下段に占める症状でADLの低下につながり、対応として医学的治療より介護が必要となる症候が増加する。

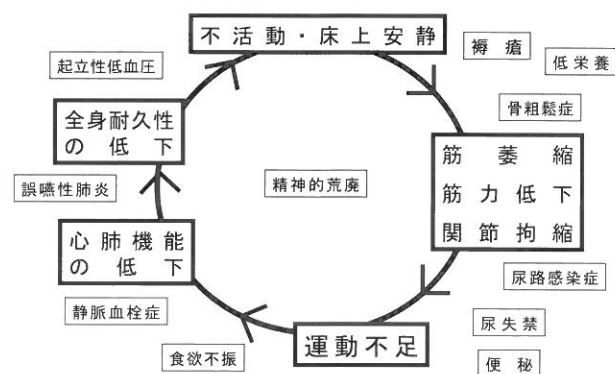


図2 廃用症候群の悪循環

廃用症候群について

活動量が低下することによりおこる症候を列举すると、原疾患のいかんに関係なくおこる症候であることに気づく。リハビリテーションの視点からみると廃用症候群という病名がつき、2005年に行われた保険点数改定でも廃用症候群はリハビリテーションの対象病名としても明記された。現実の臨床の現場でも高齢者のリハビリテーションは原疾患だけでなくこの廃用症候群との戦いとなる。廃用症候群はベッド上安静により筋萎縮・筋力低下・関節拘縮がおこり、運動不足からさらなる心肺機能の低下をきたし、全身耐久性の低下からまたベッドから起きられなくなる悪循環に陥る(図2)。この悪循環は高齢者においては驚くほど早く進行することが特徴で、元に戻るのには困難なことが多く時間を要することが多い。

包括的視点

患者が疾患の発症により病院に入院すると疾患の診断・治療がなされ、病状が安定したことが確認されれば退院となるのが通常の経過であるが、慢性疾患を持つ高齢患者の急性増悪に関しては図3のように退院までの間に薬剤・栄養管理・自宅に戻ってからのADL・認知能力など退院を妨げる因子が多く存在し、社会復帰に難渋する。その間にも廃用症候群は確実に進行するため、患者にかかわるものすべてが包括的視点を持ち、身体能力の維持・家庭での生活にもっと目を向ける必要性が今後ますます増加する。当たり前のことであるが、実際にこの視点が欠如していると思われるケースはまだ多くみられる。

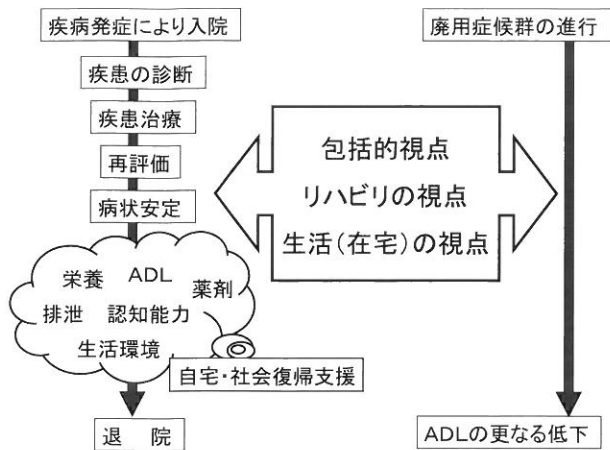


図3 高齢者の入院後の経過

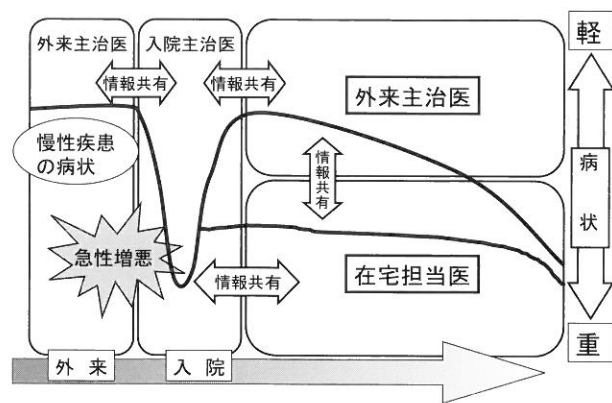


図4 後期高齢者の医療連携のイメージ（曲線は病状の悪化・回復の変化）

表1 高齢者総合機能評価（CGA）

身体機能情報：視力、聴力、会話、尿失禁

日常生活指標：基本的ADL（Barthel index），
：手段的ADL（老研式活動能力指標）

社会的／
経済的環境：問診表

Q O L：VAS SF36

抑うつ状態：Geriatric depression scale 15（GDS15）

認知機能：MMSE（mini-mental state examination）

後期高齢者医療について

2007年4月から75歳以上に対する後期高齢者医療制度が始まったが、基本的事項としてより生活を重視して、尊厳に配慮した医療、本人だけでなく家族が満足できる体制が制度として求められる。後期高齢者医療制度においては地域のかかりつけ医が総合診療医として情報の集約をし、総合的な評価をしつつ高齢者医療のコーディネーターとしての役割を果たし、薬歴の管理や介護・福祉サービスに関しても情報の共有と連携がキーワードとなる。図4のように慢性疾患を持つ高齢者が急性増悪により入院をした場合、加療により病状が変化するが、こういった場合においても外来でのかかりつけ医、在宅医療の担当医などとの連携の中心にあるのは情報の共有である。入院診療を担当するわれわれもこの制度の変化を理解し、退院した後の患者の普段の生活をイメ

ージして日々の診療に携わる必要がある。現在でも行われている連携ではあるが病院内だけでなく地域ごとの状況に即したよりよい情報共有・連携システムの構築が望まれる。共有する高齢者の総合的な評価の方法として高齢者総合機能評価：comprehensive geriatric assessment（CGA）が知られているが、身体的評価・社会的評価・精神、心理的評価からなる評価指標である。

評価にかかる時間的労力などの問題点もあるが共有の視点を持つという意味で、情報ツールの一つとして可能性が期待される。国立長寿医療センターで試行が始まっているCGAを表1に示す。

主に入院医療を担当する病院で働く者として、常にこういった情報を通じた連携意識を持つ必要がある。高齢者医療のキーワードをまとめると表2のように集約される。

表2 高齢者医療のキーワード

- ・ 患者の生活・個性を重視
- ・ 包括的な視点（個人&組織）
- ・ 総合的な評価
- ・ 情報の伝達と共有
- ・ チーム医療
- ・ 連 携

ま と め

高齢者医療のキーワードを考えると疾患のみでなく患者の生活・個性を重視し、個人としても組織としても包括的な視点を持つことが望ましい。これまでの職種の範疇^{はんちゆう}以外のことをできる限り理解した上で自分の職務を行うのが理想的であり、スタッフの共通言語となる総合的な評価指標と蓄積された情報のスムーズな伝達と共有をするチーム医療が求められる。多分野にまたがるチーム医療（interdisciplinary team）が必要であるとよくいわれている。これまでは各職種ごとの領域が分かれての連携であったがとくに高齢者医療においては医師が介護の視点を持つ、ナースがリハビリの視点を持つ、リハ職種が看護・ソーシャルワーカーの視点を持つなど他職種の働き方・考え方を十分に理解するような図5のようなチーム医療が求められ、とくに医師は臓器にとらわれない総合医としての視点を積極的に持つ必要があるものと思われる。高齢者医療のトータルケアを推進するには、これまでの臓器別・分野別の医療ではなく、それぞれが職業領域的にも医療・介護の時間的経過の領域変化を含め、包括的で広い視点を持ち、リンクした組織体を目指す努力が必要である。

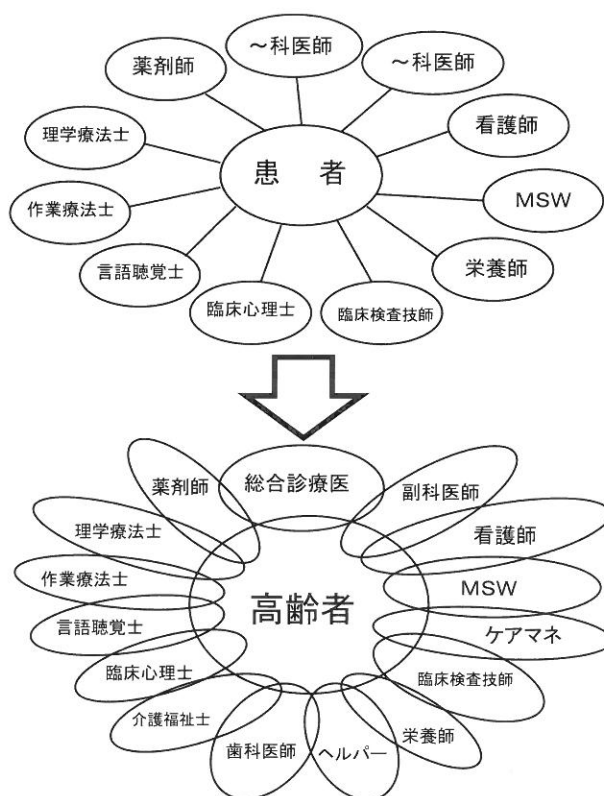


図5 他分野にまたがるチーム医療（Interdisciplinary Team）

[参考文献]

- 1) 大内尉義監修. 日常診療に活かす老年病ガイドブック8. 高齢者の退院支援と在宅医療. 東京: メジカルビュー社; 2006.
- 2) 伊藤利之編. 地域リハビリテーションマニュアル第2版. 三輪書店; 2003
- 3) 中澤信. 診療現場で必ず役立つ知識 すべての医師にリハマインドを. 臨研プラクティス 2006; 3: 78-81.