

1. 石神委員プレゼンテーション資料

高齢者のリハビリテーション

リハビリテーション医学の立場から

石神重信(防衛医科大学リハ科)

里宇明元(慶應義塾大学医学部リハ医学教室)

- 急性期リハは十分か？
- リハ(総合)実施計画書は有用か？
- 維持期には医学的リハは不要か？
- 高齢者における医学リハの新たな課題は？

リハビリテーションとは

各自にとって異なる意味をもつ使い方

リハ医療からリハ看護・介護
理念(人権・尊厳)から医療技術

セラピスト(PT・OT・ST)が行うもの
訓練室で行う運動訓練
専門職が行うもの

リハ医療に必要な基本

- 適応(評価)
- 処方(治療内容)
- 治療期間
- 到達ゴール

老人ほど必要な早期リハ

老人大腿頸部骨折
→緊急手術の対象

老人は入院日が
BEST CONDITION

廃用症候群(Hirshberg)

筋骨格系	筋萎縮・筋力低下・関節拘縮・骨萎縮
消化器系	便秘
精神機能系	うつ・痴呆・不安

■高齢者 ■外傷・早期に進行し不可逆となりやすい

アメリカの脳卒中リハ

3 hours' rule

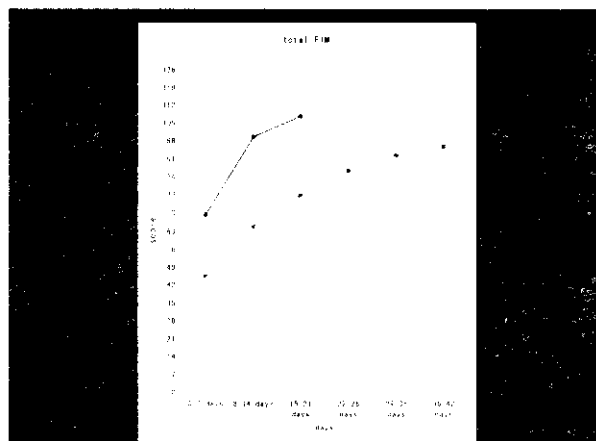
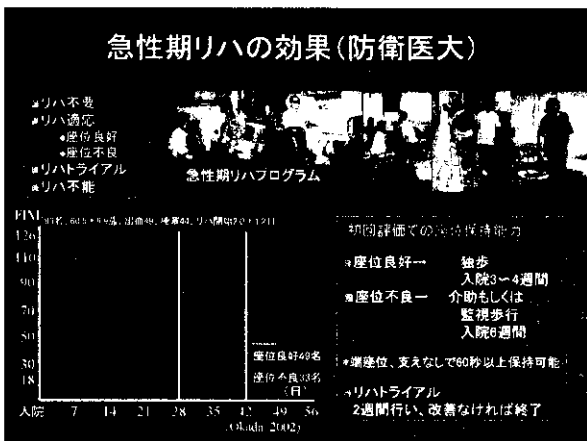
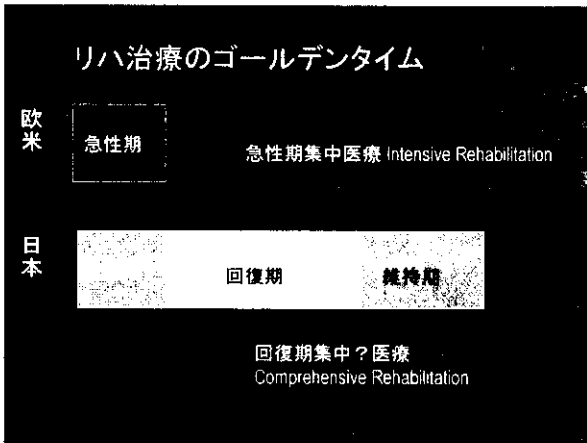
老人保険一発症後1週間で3時間の運動耐性

理学療法・作業療法・言語療法・リクレーション・嚥下治療を含む

4-5時間 Bedsideでのリハ

週末訓練も行う

平均入院期間: 4週間



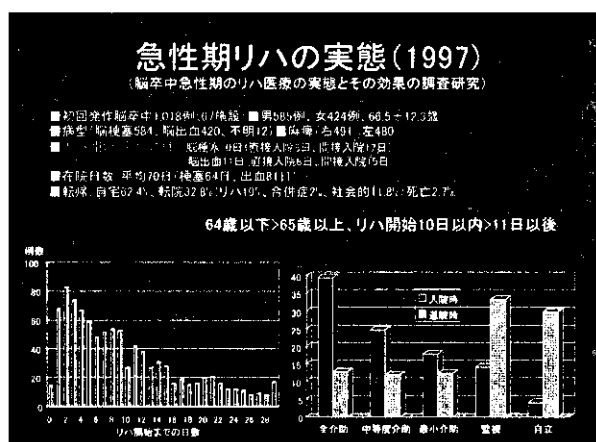
急性期リハがなぜ不十分か

急性期を扱う他科医師のレベル

長期入院を許した今までの国民皆保険

旧弊な医学教育でリハ医教育の地盤な (国立大学で講座はまれ)

急性期リハを行うと損する現医療保険



脳卒中ガイドラインの項目

リハの進め方

- リハの流れ
- 評価
- 予後予測
- 急性期
- 病型別リハの進め方
- 回復期リハ
- 維持期リハ
- 患者・家族教育

主な障害・問題点のリハ

- 運動障害
- 歩行障害
- 上肢機能障害
- 痙縮
- 片麻痺の肩
- 中枢性疼痛
- 嚥下障害
- 排尿障害
- 言語障害
- 認知障害
- 体力低下
- 骨粗鬆症
- 抑うつ状態

リハビリテーション(総合)実施計画書は有用か？

これは本当？

- リハビリテーション(総合)実施計画書
 - ICFはすでに医療・介護保険のリハビリテーションで取り入れられている(強引に押しこまれている??)。
 - 特に「リハビリテーション(総合)実施計画書」は個人の尊厳と個性を尊重したリハビリテーションのためのツール(道具)としてICFの基本概念に立っている(そのとおり)。
 - これは医療保険と介護保険のリハビリテーションの間、また一般医療とリハビリテーションの間の連携、そして当事者と専門家との連携のために大きな力を発揮する(現場の意見は??)。

「上手に使いこなす法」

- ICFに理解を示そうとしないリハ医療者に正しいリハのありかた・進め方を教えてやろう
- 「計画書」が臨床上、有用という前提で、よく分かっていないリハ医療者に使い方を手取り足取り教えてやろう
- 疑問
 - 項目が最初の「見本」から変わっているのはなぜ？
 - いつ変えられた？(現場では2002年4月に示された「見本」をもとにした計画書を今も使っている)
 - 現場からのフィードバックがいつ、どのようにいかされた？
 - リハビリテーション医学会に相談がないのはなぜ？
 - 医療現場にもたらされた混乱・困惑をどう考えている？

診療報酬改定のリハへの影響

(N=104)

	件数	%	阻害する理由	件数	%
リハ医療の発展に貢献	5	4.8%	リハ訓練時間が減少	50	48.1%
リハ医療の発展を阻害	75	72.1%	急性発症の疾患に偏って利益誘導	47	45.2%
特に影響しない	0	0%	新しい施設基準が現状に合っていない	18	17.3%
分からない	14	13.5%	介護保険におけるリハ前置の原則に反する	14	13.5%
その他	6	5.8%	業務量が増え、診察時間を阻害	48	46.2%
			その他	11	10.6%

リハ医学会社会保険等委員会診療報酬改定緊急アンケート調査(2003)

計画表はリハ臨床に適切か

	件数	%	計画表の問題点	件数	%
大変適切	0	0%	項目が回復期の病棟に偏っている	20	19.2%
比較的適切	17	16.3%	項目が一部の疾患(脳卒中)に偏っている	43	41.3%
やや不適切	36	34.6%	用語が不明確	40	38.5%
大変適切でない	36	34.6%	記入項目数が多すぎる	45	43.3%
どちらでもない	7	6.7%	心理面の項目が不適切	32	30.8%
無回答	8	7.7%	評価方法が不明	43	41.3%
			記入方法や使用方法が不明確	39	37.5%
			家族への説明が煩雑で時間が取り難い	47	45.2%

リハ医学会社会保険等委員会診療報酬改定緊急アンケート調査(2003)

計画書の問題点

(「生の声」の一部)

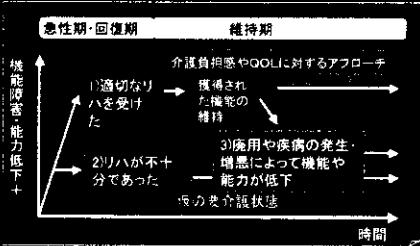
- 妥当性、有用性の検証がないまま臨床現場に強引に持ち込まれた(青天の霹靂、診察報酬の額で仕方なく使用)。
- 実際はインフォームドコンセント、チームアプローチに役立っていない(よく理解できない我々が悪い?)。
- 医師、リハスタッフに無駄な時間、労力を強いている(現場の怒り、ストレスは頂点に達している)。
- 語句も内容も一般向けではない(こんなものいらないと患者さんに言われた)。
- 心理の項目は用語も不明確で治療に悪影響を与えうる(改訂版??ではなくっている)。
- 机上の思想に凝り固まった専門家が自分の理想を具体化した非常に押し付けがましい書類という意見もあり。
- 多様な疾患・障害に対応しづらい。
- 施設の特徴をいかした書式にすべき。
- 急性期・状態不安定期にはしている、できるADL両方をチェックすることは意味がほとんどない。
- 盛り込むべき項目だけをあげ、フリーハンドで簡潔かつ分かりやすくメリハリをつけた計画書とするほうがよほど実用的。

維持期には医学的リハビリテーションは必要か?



仮の要介護状態

- 要介護認定が介護保険制度の出入口? 種類の要介護状態
- 疾病や障害自体がADL、自立が困難
- 介護負担を最小限にする工夫と合併症の発生・増悪を予防するためのケア
- 本来自立可能なのにさまざまな要因により要介護の状態
- 適切な薬的ケアも行いながら、状態に合わせて探病的な補床・ADL向上プログラムを実施
- 介護保険制度の効率的適用のために両者の見極めが重要
- 医学的リハ介入の余地大



仮の要介護状態をもたらす要因

- 抑うつ状態、不眠、譫妄状態
- 高次脳機能障害
- 廃用症候群
- 痙性の増強
- 痛み
- 体重増加
- 嚥下障害
- 排尿障害
- 座位保持障害
- 全身状態(脱水、感染症など)
- 不適切な薬物療法
- 生活・介護環境など

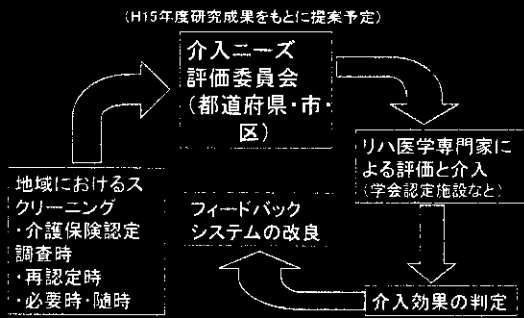


仮の要介護状態スクリーニング・対応システム

(H15年度研究成果をもとに提案予定)

区分	施設数	例数
外来リハ	4	200
訪問リハ	2	100
訪問看護	1	30
転倒予防教室	2	170
老人保健施設	6	250
特養ホーム	1	50
療養型病床	5	200
計	21	1000

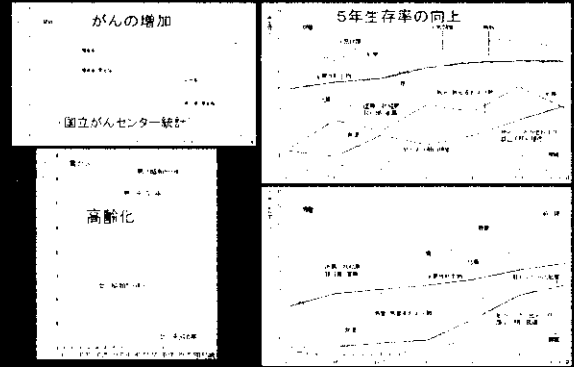
仮の要介護状態スクリーニング・対応システム



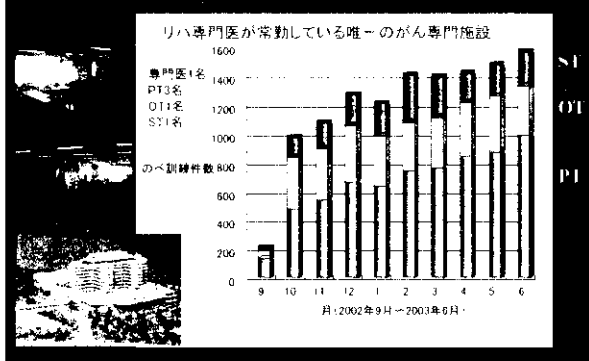
高齢者におけるリハビリテーション の新たな課題と展開

- 悪性腫瘍のリハビリテーション
- 慢性呼吸不全のリハビリテーション

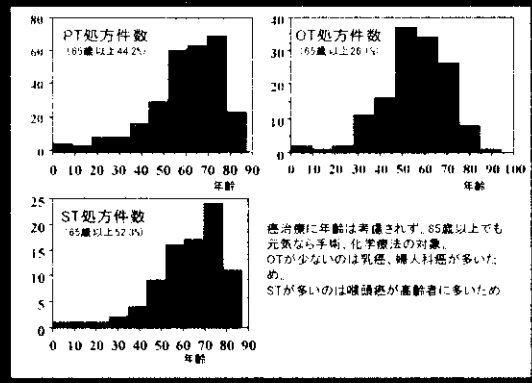
悪性腫瘍: 高齢者リハの重要な対象



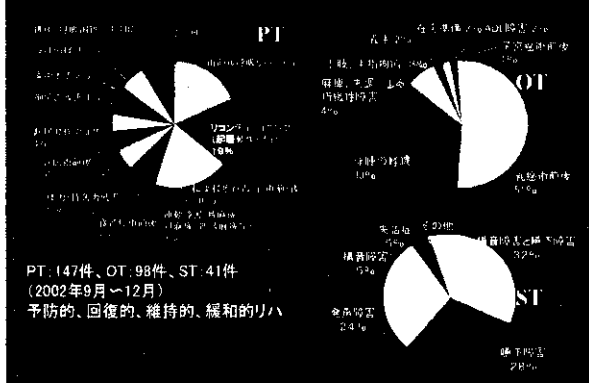
リハ処方件数(静岡がんセンター)



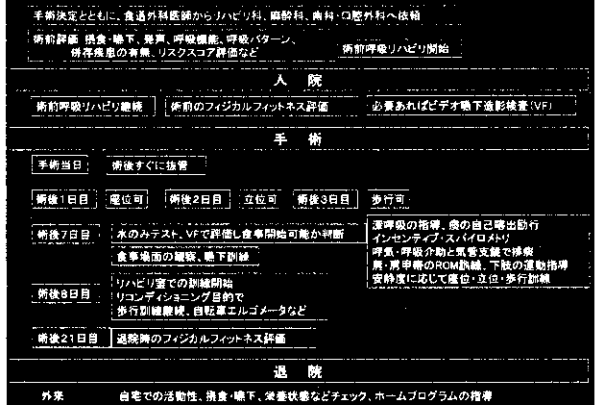
リハ対象の癌患者の年齢分布



リハビリテーション処方内容

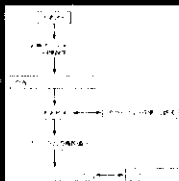


周術期リハビリテーションの流れ(食道癌の場合)



慢性呼吸器疾患 —高齢者リハの重要な対象疾患—

- COPD 500万人(40歳以上の人口の8.5%)
- 高齢化、タバコ消費量増加→COPD増加
- 身体障害の重要な原因のひとつ
- 日本でも包括的呼吸リハの考え方が徐々に浸透
 - エビデンスとしてリハの有用性が確立(GOLD)
 - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease(2000, updated in 2003)
 - 呼吸リハのステートメント(2000)
 - 運動療法マニュアル(2003)
- 急性期のアプローチも重要



まとめ —高齢者リハの問題点—

- 急性期リハはリハの最重要
不十分→充実が不可欠。
- リハ(総合)実施計画書は見直すべき。ICFの医学的リハへの安易な導入は無理(欧米も同意見)。
- 維持期においても焦点を定めた医学的リハの介入が必要(仮の要介護状態の存在)。
- 高齢者リハの新たな課題として悪性腫瘍と慢性呼吸器疾患のリハの充実が必要。