

治療の方針は？「先生にお任せします」はもう古い

患者さんや家族の治療目標をはっきりさせてオーダーメイドな治療メニューを交渉しましょう。
(特に高齢者に多い脳卒中、心臓、呼吸器障害を中心に)

開催日 平成19年10月27日

講師 本学講師 黒野 利佐子

廃用症候群 生命体は環境・生活レベルと相互浸透がある：「用・不用の法則」は使われない機能・形態は衰退することを意味する。この現象は老若男女の全てに例外なく現れる、体の省エネルギーで合理的な適応メカニズムといえる。宇宙飛行士が、無重力状態で長期滞在していると、重力に抗うために使われる骨・筋肉の減少だけではなく、神経・循環系統にも鈍化をまねくことは、よく研究され、この現象を証明する最適の例といえるだろう。

用・不要の法則は、生活活動低下によってもおこる。最近の例をあげれば、震災後の避難所の生活において、震災まで農作業していた人が避難所の支援生活を10日も送っていると、畳に座っていた状態から立位姿勢をとることが困難になるなど、テレビのニュース報道でご覧になった方も多いのではないだろうか。

そこで一歩進めて高齢者の入院生活を考えると、転倒予防と称し過剰な安全・過保護がしばしば正当化され、患者さんの入院前の生活機能に低下を起こすことも、用・不用の法則で説明できる側面があるということに気づかされる。つまり肺炎で入院したのに退院時は歩行が困難になっていた、という例はそんなに珍しいことではない。入院は生活機能低下者を大量生産してしまう可能性がある～用・不用の法則が全身的に作用して廃用症候群で本疾患を悪化させる可能性も大きいことが指摘されているのに、なかなか病院では意識改革できていないところも多い。安静重視による作られた歩行不能もあるという現実に対して、こうした知識をもって、安静の必要性について医療者と協議する必要がある。リハビリテーション医で高名な故上田敏氏や竹村孝仁氏は日本の車椅子生活者の7～8割は義肢や歩行補助具の活用で歩行が可能になると考えておられた。国立長寿医療研究センター老人ケア部長の大川弥生氏は病院や施設での車椅子偏重用が歩行不能を作ることの危惧している。特に歩行による陽性支持反応は、失った脳の運動に関わるネットワーク再編成に大きな貢献をすることが研究され、歩行、特に早期から生活の中で実用的な歩行を組み込みリハビリテーションが効果を上げ、障害をもったまま、新たな身体技能を身に付け、活動レベルを上げることで、社会復帰の可能性を広げている。

リハビリテーションの真の意味は失った機能を回復させることではなく、(障害をもったまま)人間としての権利(社会参加、生きがいの追及)の回復をすること。

生きていく上の具体的な目標があって初めてリハビリテーションは意味をなす。その目標を医療者と設定することが最も大切である。特に脳血管障害後のリハビリテーション入院では、患者は麻痺などの外観的・機能的喪失体験、家族にかかる負担に対する気兼ね・遠慮・役割の喪失感などで、目的意識・自信を失いやすい。目的がはっきりしない機能回復訓練は、教習所の中だけで車の運転ができることと同じで、実用性をなさず、本人の生活を本当の意味で潤す物ではない。目標があいまいであると患者の意欲も低下しやすい為、初めから本人にとって意味の明確なリハビリテーションのプログラミングをすることが大切である。医療者は患者の身体のプロにはなれても、人生の主人公はあくまで患者本人である。生きる目的、人生の目標は患者にしか描けない。将来の目標を医療者と相談しながら方法や時期などを決めていく。治療を受け初めても常に「今、行っているリハビリテーションが将来、自分の生活・人生にとってどのように役立つのか、いかに早く自宅で生きがいのある生活が出来るようになるのか？」を医療者と協議する。特に2006年4月の介護保険の改正によりそのための医療チームとのカンファレンスの機会が一月に一度、設けられているので有効活用する。又改正により脳血管障害後のリハビリテーションの期間(高次機能障害がない場合)は150日と短縮され、延長は実費負担になる。自分の貴重な時間とお金を無駄にしていなか患者や家族はもっと消費者としての権利意識を高め、旧態然とした病院には改革を求めて欲しい。