

現場からの発言 <正論・異論>.....

(118)

主張 その119

『老衰』といふ名のバケツ

富家病院 理事長

富 家 隆 樹

高齢者医療は『標準』になる

高齢化の進行により、高齢者医療は大学病院や急性期病院においても特別な領域ではなく日常診療の標準となりました。二〇五〇年には百歳以上人口が五十万人規模とも言われ、以上人口が五十万人規模とも言われ、「患者＝超高齢者」を前提に医療は大きなパラダイムシフトを迫られると考えます。

「老衰」は脳じやないことがある
と考えます。

主訴と原因が噛み合わない理由

高齢者は認知症や軽度認知障害を含む認知機能低下を高率に合併し、体調変化に気づきにくく、痛みなどを言語化しにくい特性があります。当院の地域包括ケア病棟五十床では年間約四百五十人を診ており、平均年齢は八十歳を超越します。近年、主訴や症状と原疾患が一致しない症例が増えた印象があります。例えば「めまい」で来院した患者さんは頭部MRIに所見がなく、腹部CTで

尿閉を確認して腎後性腎不全と診断しました。「食欲不振」で入院した

患者さんは感染兆候や内視鏡所見に乏しい一方、恥骨骨折が見つかり鎮痛で摂取が改善しました。肺炎疑いで紹介された患者さんも胸部CTで所見が乏しく、腹部CTで腸腰筋膿瘍を同定しドレナージで回復しました。類似の症例は月に数例あります。

「患者＝超高齢者」を前提に医療は大きなパラダイムシフトを迫られると考えます。

治せる病気を『老衰』にしない

もし「めまい」に頭部だけ、「食欲不振」に消化管だけ、「肺炎」に

胸部だけ、と検査範囲を狭くしていたら原因に届かず、「老衰」と片付けられていたかもしれません。「認知症の訴えは当てになりません」で終えれば、本来は治せた痛みや苦しさを残す可能性があります。

高度な医療が求められます。

『老衰』といふ名のバケツ

超高齢者医療で見直すべき前提が

あるとすれば、「超高齢者＝老衰」という短絡から距離を取ることで、老衰は自然な過程ですが、「特定の病気」を見つけ切れなかつたときの置き場になつていなかつたときめが先に立てば、治せる苦痛を取り逃します。

de-escalation：広く拾つて、狭める

従来の『主訴から検査計画を立てる』発想だけでは不十分で、主訴に

百歳までも、さりげなく

理想の最期が「ピンピンコロリ

「苦痛なく安らかに」であることに異論はありません。そのために老衰に逃げ込まず、しかし無理に延ばさず、見立てと手順を更新し続けたいと思います。私は「百歳までも、さりげなく」を合言葉に、超高齢社会の現場から老人医療を静かにアップデートしていきます。

リハビリテーションは食べることから

わかくさ竜間リハビリテーション病院
院長

錦見俊雄

私は循環器内科医で国立循環器病センターや大学で急性期の多くの患者さんを診て、外来診療も行つてきました。今の病院には十二年前から勤務しています。それまでは循環器の専門医療や研究しかやってこなかつたので、初步から学び直すことでも多くありました。心臓リハビリは経験がありました。心臓リハビリは経験がありました。心臓リハビリは経験をするのは初めてで戸惑いも多くありました。そこで一念発起してリハビリテーションの専門医を目指して勉強を始めたのが約十年前です。

脳神経内科、整形外科の暗記にはかなりでこぼりましたが、専門医試験に合格し、その後の五年間で論文も書いて指導医にもなりました。また病院のリハビリテーション部門の研究や臨床レベルを上げようと、臨床研究にも取り組み始めました。リハビリテーション関連の学会は多数あります。日本リハビリテーショ

ヨンは食べる」とから
リハビリテーション病院 院長
錦見俊雄

ン医学会のレベルが高いと聞いて、そこで発表することを目指しました。まずリハビリ関連の英文の抄読会を始めました。参加者は療法士、薬剤師、看護師などです。彼らはそれまで英文で論文を読む経験はなかったため、最初は英語の授業のようでした。それと回復期病棟入院患者でデータベース作成を開始しました。数十分例でも自分でデータを収集し、発表するには大きな労力が必要ですが、各部門で協力して前向きでデータを入力する様にしました。例えば、病院事務には人口統計学的なデータを、薬剤部には薬剤についてのデータを、療法部にはリハビリに関するデータを、検査部には入・退院時の検査データをというように、各部署で患者一人について二十項目前後のデータを入力し、毎月データベース委員会を開催し、入力遅れがないかのチェックと、データベースを利用してどの統計を使用したら良いかを指導・講義し、統計用のコンピューターも購入し、使い方も教えました。今では、皆が自分で統計解析できる様になっています。その甲斐もあり、日本リハビリテーション医学会に、数年前から毎年五六十題くらい発表ができるようになり、質の高い発表ができるようになると自負しています。また海外のリハビリテーション関連学会にも二度発表しました。英文の論文発表も奨励し、療法士のA君は六篇の英文論文（IF三・五）を筆頭著者として発表しています。私も大いに指導、協力していますが、最初のA君のレベルを考えると、大きな進歩に感慨深いです。

これまでの発表の主なものは退院時のADLの改善にどの様な因子が関係するのかを、データベースを使用して統計学的に検討してきました。私自身は高齢者に増えている心不全のADL改善に対する影響を、B型

ナトリウム利尿ペプチドを用いて検討し、心不全の合併はADL改善に負の影響を及ぼすという発表をいくつか行なつてきました。心不全のADL改善に関する効果のP値はそれほど強くはありませんが、嚥下指標のFOI-Sや栄養指標のMNA-Sは毎回統計学的に強くADL改善に関係します。確かに回復期病棟で、食欲のある方はリハビリテーションも順調に進み、すぐに歩行もでき、自宅退院される方が多いという印象がありました。が、統計学的にも、毎回示され納得しています。

