

や認知症にならない 生活リハビリ”

医学博士 長尾 和宏

認知症でなければ「夜間中絶」

普段元気で医者要らずできたAさん（80歳）が日曜日の夜、様子がおかしくなった。ハアハアという息づかいと38度という発熱に気がついた家族は119番をした。すぐに救急車が来て救急病院に搬送された。検査の結果、肺炎と診断された。不安が大きい家族は勧められるまま入院加療に同意した。しかし、入院3日目からAさんに幻覚症状が現れた。真夜中になると人格が変わったかのように不穏になる。これは「夜間せん妄」と言い、高齢者の入院によく見られる。高齢者が急に生活環境が変わると出やすい。若い人でも集中治療室に入ると見られる。普段は活動的なAさんだが、食事以外はベッドでただ寝ていたことがせん妄の原因の医原病である。

これを診た主治医は「認知症」と診断し、抗認知症薬の投与を開始した。翌日、せん妄は収まるどころか逆に酷くなった。介助する看護師に暴力を振るったと呼び出された家族は、身体拘束同意書にサインするしかなかった。Aさんは夜間の安静を保つという理由で、大きなベルトの

ような抑制具で縛られた。当然、精一杯の力を振り絞って抵抗した。しかし、その抑制ベルトは動くほど締まるような仕組みになっていた。Aさんは一晩中「助けてー」と大声を上げるようになった。すると主治医はさらに強い睡眠薬で眠らせることを提案した。見るに見かねた家族は退院を願い出た。しかし、肺炎の回復が遅いため、今退院したら命の保証はないと言われた。以上はずっと後になりAさんから直接聞いた話である。一連の状況を詳細に覚えていたので認知症はない。

一流病院でも身体拘束

認知症と誤診された上に抗認知症薬を誤投薬された結果、身体拘束が行なわれるという流れになった。その病院はいわゆる「一流病院」である。なぜそんなことになるのか。そもそも病院とは人間を「管理」する場所だ。衣食も消灯も規則に従わなくてはいけない。その代償として得られる利益があるから、そんな苦行にも耐える場所である。Aさんに起こったことは決して偶然ではなく必然である。Aさんは毎晩「帰るー、帰るー」と叫んだ。しかし「寝たき

りなのですぐには自宅に帰せない」と説明された。家族は介護保険の申請やケアマネ選び、住宅改修に奔走することになった。入院前は自立していたのに、入院中に介護認定調査を受けると要介護5との判定が出た。

1カ月後、主治医から転院を勧められた。今度は遠くの病院に転院して1週間後、Aさんの背中に大きな床ずれが発見された。「家に帰りたい」と涙を流して家族に懇願するAさんだが、今度は床ずれの処置のために退院できない、との説明を受けた。その3カ月後に、今度はリハビリ病院への転院を提案された。しかし、家族はさすがにその説明を押し切って自宅に帰す覚悟を固めた。

退院前カンファレンスが開催された。在宅主治医を依頼された私と訪問看護師、ケアマネ、デイサービス業者が、病棟のカンファレンスルームに顔を揃えた。「何かあればいつでも帰って来て」との主治医の説明を聞きながら「病院に帰る？」に違和感を覚えた。その1週間後、つまり救急搬送されて4カ月後について自宅に帰る日がやって来た。

初回訪問して驚いた。Aさんは何と両足で立った姿で笑顔で出迎えて



長尾和宏
(ながお かずひろ)

医療法人社団裕和会理事長、
長尾クリニック院長

1984年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局、
1991年 医学博士（大阪大学）授与
1995年 兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る
日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、関西国際大学客員教授
【医学博士】
日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、日本在宅医学学会専門医、日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労働衛生コンサルタント
【著書】
『平穩死・10の条件』（ブックマン社）、
『抗がん剤・10のやめどき』（ブックマン社）『胃ろうという選択』『がんの花道』（小学館）『抗がん剤が効く人、効かない人』（PHP研究所）『大病院信仰、どこまで続けますか』（主婦の友社）など。
医学書
スーパー総合医叢書・全10巻の総編集（中山書店）第一巻『在宅医療のすべて』、第二巻『認知症医療』など多数。

入院で寝たきり “24時間・

くれた。病院で見た寝たきりとは全く別人であった。あれほど険しい顔をしていたのに、満面の笑みで迎えてくれた。自宅効果なのだ。そして退院1カ月後にはすっかり元の自立した生活に戻った。要介護5から1カ月で自立に。在宅医療を終了し通院医療に切り替えた。80歳だからこそ回復力なのだろう。もし90歳であれば、一度寝たきりになれば復活しないことが多い。後期高齢者は入院自体が致命的な経過になることがある。

「LIFE-GUARANTEE」理想

もし入院した当日からしつかりリハビリを受けていれば、経過はかなり違っていたはずだ。そのリハビリ

の専門職と言えば、理学療法士（PT）である。しかし、PTは病院間でかなり偏在している。リハビリ専門病院に多く配置されているのは当然として、急性期病院の間ではPTの配置にかなりのバラツキがある。入院した2つの病院には、PTは僅か数人しかおらず、入院期間中にリハビリは皆無であった。

日本慢性期医療協会の武久洋三会長は、こうした慢性期リハビリに関して興味深い提案をしている。24時間リハビリとPTの派遣システムである。PTという限られた人的資源を、地域の中で「派遣」という形で医療機関同士でシェアするべきではないか。都市部では自動車はシェアという時代である。派遣でシェアする

という発想は地域包括ケアの理念に合う。また1日30分程度のリハビリだけでは効果が薄い。そこで24時間リハビリ、つまり1日3〜4回のリハビリを行なうことで寝たきりは予防できると発信されている。

一方、以前から「生活リハビリ」という言葉がある。自宅で普通に生活すること自体がともよいリハビリになる。在宅医療には訪問リハビリという制度がある。在宅主治医が指示をすれば、ケアマネが介護保険のケアプランに組み入れることができる。Aさんのように幸運にも僅か1週間の生活リハビリだけで要介護状態を脱する人もいる。しかし、入院による寝たきりを造らないためには、24時間リハビリと生活リハビリというキーワードになる。また、入院による寝たきりや認知症を避けるためには、病気がまだ完治していないくても在宅復帰に切り替えるという選択肢もある。



「寝たきりにならず、自宅で「平穩死」」(SB新書)