『2040 年に向けた挑戦』を受け、 維持期(生活期)リハビリテーション医療は いかに対応するか

Following the “Challenge for 2040”, How Do You Respond in
Chronic Phase?

大田仁史* Hitoshi Ota

茨城県立健康プラザ

Key words : 介護予防／包括的介護予防／介護・終末期リハビリテーション／右肩下がりが評価

提案

対応策として次の3点を提案する。

- ①「包括的介護予防」で介護予防を一貫的に捉える。
- ②リハビリテーション医療の流れに介護・終末期リハビリテーションを置く。
- ③右肩下がりの機能評価を工夫・開発する。

序に代えて

2040年には団塊世代が死のピークを迎え、第2団塊世代が高齢者になる年である。中重度要介護者が増加し、あらゆるレベルの介護予防と看取りのニーズが高まる。このような時期をどう乗り越えるかについて、地域包括ケア研究会（会長：田中滋）は、2017年3月に「2040年に向けた挑戦」と題して平成28年度の研究会報告書¹⁾を発表した。その中で大まかな概念図として図1が示された。

一次予防から三次予防までが並び、さらに医学界では聞き慣れない「つながる予防」や「ゼロ次予防」という言葉が出てきた。「つながる予防」は高齢者の孤独、孤立対策であり、ゼロ次予防は地域

環境、社会環境の整備・改善とある。地域共生社会の実現、地域包括ケアシステムの構築のために、これらの予防が重要であるという内容に読み取れる。さらに、2040年の課題は「いかにして団塊世代を看取るかに集約される」としている。全体的に超高齢社会への対応の遅れに対する危機感がにじみ出ている。筆者は健康増進から寝たきり予防、終末期まですべてを介護予防（包括的）で括り、一貫的に考える必要があると考えているので、報告書の内容は十分理解できた。人生のステージを縦糸で捉え、各ステージごとに関係する職種が連携して、どう介護予防サービスを提供するかを考える。包括的に捉え段階的に対応する。そうすることによりシームレスで一貫的な対応が可能となる。

本稿の論旨は、リハビリテーション医療は疾病やケガを契機に急性期から縦糸に入り、終末期にまでかわるということにある（図2）。

介護予防の定義について

介護保険法第4条の「国民の努力及び義務」に介護予防の概念およびリハビリテーションの重要性が述べられている。しかし、その概念では人生の最期に受けられるサービスは不明確である。介護予防は「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」²⁾のキーワードの1つであるが、そこでも終末期という言葉は出てこ

* 茨城県立健康プラザ
〒310-0852 茨城県水戸市笠原町 993-2
いばらき予防医学プラザ内)
E-mail : h-ota96@hsc-ijp
DOI : 10.2490/jjrmc.56.137

図1 2040年に向けた挑戦—平成28年度地域包括ケア研究会報告書(29.3)

三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞—2040年に向けた挑戦—」（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2017年

保健から死に至るすべてのステージに介護予防という概念を通す（包括的介護予防）

- 健康維持・増進
- 疾病やけがの予防
- リハビリテーションのかかわり
- 要介護になることの予防
- 要介護状態の進行予防
- 最期まで介護困難の予防

この文脈の中では、リハビリテーションの病期に介護・終末期を置くのが自然である

図2 「包括的介護予防」のタテの糸

ない。

筆者は1999年頃、介護予防という言葉が介護保険の施行を前にして厚生省（当時）の高官から出始めたころ、意味を明確にしておいたほうがよいと考え、2000年に拙著「介護予防」³⁾でその概念を述べ、定義を行った。

概念としては、健康増進・生活習慣の改善から終末期リハビリテーションまで包括的に捉える内容とした。

リハビリテーション医療の維持期（生活期）の後に介護・終末期を置く

現行のリハビリテーション医療の流れは急性期—回復期—維持期（生活期）で止まり、それ以降の言葉が置かれていない。そのため、終末期は維持期の中に含まれると考えられる。しかし、その解釈だと機能が維持できない右肩下がりの人に対するリハビリテーション・サービスのインセンティブが働かないおそれがある。現に、診療報酬では機能の改善が期待できない人へのリハビリテーション医療が断たれている現実がある。加齢や難病などでは機能は低下し続け、生命の終焉を迎えるのであるから、その連続線上では誰も切り捨てないという倫理的⁴⁾意味からしても、最期に終末期リハビリテーションを置くべきであると筆者は考えている（図3）。リハビリテーションの語源からたどっても終末期リハビリテーションと表現して齟齬が生じるとは思えない。むしろ、そこをしっかりと押さえることによって、リハビリテーションの理念・思想的な意味が生きてくる。砂原⁵⁾はその著書「リハビリ

図3 リハビリテーション医療・ケアの流れ (改定)
(2010 年 4 月筆者作図)

図4 身体を通して尊厳を守る介護期・終末期の包括的ケア (文献7より)

「急性期（早期）リハビリテーション」の中で、終末期リハビリテーションという言葉こそ使われていないが、たとえ植物状態になってもリハビリテーション医療はかかわるべきと強く主張している。

筆者はその指摘が心に残っていて、砂原の著作から20年経ってしまったが、終末期リハビリテーションという言葉をつくり、2002年にその内容について定義をした⁶⁾。しかし、生命の終末と障害の改善が難しいという内容の区別が明確でなく、超重度障害児を育てている母親から「自分の子どもを

表1 呼吸の安楽のための理学療法 (文献7より抜粋)

- 1) 呼吸がしやすい姿勢
- 2) 呼吸法 (口すぼめ呼吸と腹式呼吸)
- 3) 呼吸助手法
- 4) 排痰の促進
 - ①体位排痰法
 - ②ハフフィング
 - ③シェーキング
 - ④クラッピング
 - ⑤咳をする
 - ⑥吸引する
 - ⑦日常生活の留意点
- 5) 咳の止め方
 - ①異物を取り除く
 - ②呼吸のコントロール
 - ③咳のあとのケア
 - ④咳を誘発しない環境整備

終末期というのは不憫である」と異議の申し入れがあった。そのことがあって終末期の前に介護期⁷⁾を入れた。遷延性意識障害のように急性期から直接介護期に入る超重度障害の人や疾病や加齢のために次第に介護期に入る人も含まれる。

介護期と終末期では提供されるリハビリテーション・サービスの内容はほとんど変わらない。その内容を図4⁷⁾に列記した。

不動による苦痛の解除には体位変換だけでなく全関節可動域の確保、また筋肉のストレッチ、皮膚の短縮予防などがある。呼吸の安楽には表1⁷⁾に示したような肺理学療法の技術が必要になる。

終末期が近づくと、身体機能が改善しないという理由でケアマネジメントからリハビリテーションスタッフの関与が排除されるケースが多いと聞くが、これは明らかなケアマネジャーの認識不足で、終末期にこそリハビリテーション・サービスの専門性が発揮される場面が多いことを知るべきである。

多死時代を迎えるにあたって、維持期リハビリテーション治療が尻切れトンボにならぬため、また全人的に人を支え抜くために、終末期リハビリテーションの思想とその手法は不可欠であることを強調したい。

%	身体活動	J・ABC ランク
100	家の中なら何とか歩ける	A1, 2 ランク (歩行可能) 要支援～軽介助
90	杖、歩行器、手すりを使って歩ける	
80	歩行に見守りや介助が必要、立ち上がり可能	
70	自分で立ち上がり、30 秒以上つかまって立っている	B1, 2 ランク (腰かけ～起立可) 中介助～重介助
60	介助で立ち上がり、30 秒以上つかまって立っている	
50	自分で起き上がり、10 分以上ベッドに腰かけていられる	
40	介助で起き上がり、背もたれがあれば座っていられる	C1, 2 ランク (腰かけ不可～) 重介助～全介助
30	寝返りを打てるが、自分で起きられない	
20	寝返りに介助がいる	
10	自分で動こうとしない	
0	死	

腰かけ：背もたれなし座位

図 5 高齢者の J・ABC 分類に基づく動作性尺度 (大田 Ver.2)

J ランクは外出可能で、終末期にそぐわないため除外、J から ABC に低下してきたときから評価する。

図 6 「終末期」のケアと身体活動イメージ

図 7 「終末期」のケアと身体活動 (イメージ)

介護・終末期リハビリテーション活動を「包括的介護予防」の中に位置づけ、その活動は介護予防の一部であることを明確にする

介護予防は介護保険と同時に生まれた概念で、障害の重度化を防ぐという意味で始まった。次第にその範囲は保健から終末期へと両サイドに広がりつつあると思う。最近では医療の範疇にある生

活習慣病やフレイルの予防と介護保険で行われてきた従来の介護予防を「一体化」⁸⁾と表現する動きもある。しかし、介護予防そのものが人の最期までかわるという考えを明確にしていなかったため、お互いがどこから、またどこまでを介護予防というのか言語的認識を明確にしておかないと、議論が噛み合わなくなるおそれがある。

筆者は先に図 2 に述べたように介護予防を保健から死まで連続するサービスに広げ、それを縦軸とし、ステージすなわち横軸でそれぞれの職能が関

<プロセスの評価>

図8 標準化で予想される身体活動の低下の線と判定

与する、それを「包括的介護予防」として第55回日本リハビリテーション医学会の教育講演でも主張した。

もう一度確認すると、介護を困難にする状態になることを予防するのも立派な介護予防であるという考えである。このように考えると、保健から終末期までシームレスに介護予防の考えでサービスを提供し得る。それを筆者は「包括的介護予防」としている。

図9 頑張っても次第に低下していく機能—脳梗塞・右肩麻痺（7年間の経過）

%	身体活動	J・ABC ランク
100	家の中から何とか歩ける	A1, 2 ランク
90	杖、歩行器、手すり、回復 トイレに行く気力	(歩行可能)
80	歩行に見守りや介助が必要、立ち上がり可能	要支援～軽介助
70	自分で立ち上がり、30秒以上つかまって立っていられる	B1, 2 ランク
60	介助で立ち上がり、30秒以上つかまって立っていられる	(腰かけ～起立可)
50	自分で起き上がり、10分以上ベッドに腰かけていられる	中介助～重介助
40	介助で起き上がり、背もたれがあれば座っていられる	
30	寝返りを打てるが、自分で起きられない	C1, 2 ランク
20	寝返りに介助がいる	(腰かけ不可～)
10	自分で動こうとしない	重介助～全介助
0	死	

腰かけ：背もたれなし座位

寝たきり期間7週

腰ぬける

外出しなくなる

図10 高齢者のJ・ABC分類に基づく動作性尺度（大田Ver.2）

Jランクは外出可能で、終末期にそぐわないため除外。JからABCに低下してきたときから評価する。

表 2 終末期身体総合評価（大田案 Ver.4. 2013. 4.22）（文献 9 より）

顔 貌	普通	0	首がのけそる
	極度の痩せ	3	
	極度の浮腫	3	
	異様な顔貌	5	
皮 膚	普通	0	(小) ピンチ以下 (中) ピンチ～手のひら (大) 手のひらより大
	床ずれ (小)	1	
	床ずれ (中)	3	
	床ずれ (大)	5	
	清潔にできない場所	3	・ 複数の床ずれ → それぞれの加算 ・ 気管切開や胃瘻の傷は除く
	傷やあざ	5	
	皮膚の汚れ	3	
口 腔	きちんと閉じる	0	(小) 縦に指 1 本 (中) 縦に指 2 本 (大) 縦に指 3 本
	口が開く (小)	1	
	口が開く (中)	3	
	口が開く (大)	5	
	入れ歯が入らない	2	
	極度の舌苔や歯石	5	
上 肢	組める	0	
	組めないが手が重なる	1	
	手が重ならない	3	
	両肘が肩幅より広い	5	
下 肢	それぞれ 10° 以下の拘縮	0	
	股関節の 45° 以上の屈曲拘縮	5	
	両膝が肩幅より広い拘縮	5	
	足関節の 45° 以上の底屈拘縮	5	

→減点法で採点する

0：よい、1～3：普通、4～9：少し悪い、10～15：かなり悪い、16：非常に悪い

機能の右肩下がりの評価を考える

終末期をリハビリテーション医療の中に明確に取り入れるには、終末期のサービスを評価できなければならない。すなわち、機能の右肩下がりの評価である。従来の右肩上がりとの評価法は死を迎える右肩下がりの人には使えない。右肩下がりの評価は介護にかかわる人々のモチベーションを上げるためにも必要である。

多くの協力者を求めて、筆者は2つの手法を提案してきた。簡単に紹介すると、1つは死に至るプロセスの評価、もう1つは死体またはケアの終了時

の身体観察評価である。

1. プロセス評価（図5～10）^{9, 10)}

排泄のために必要な基本姿勢・動作を、寝たきり度 J・ABC ランクの ABC レベルについて10段階に細分化し、死を起点として振り返り死に至るまでどう低下していくかを調べる。それによって標準ライン（プロセスライン）を定め、A, B, C, それぞれのランクにいる期間の長さで評価する考えである。どの程度ならよしとするか、その標準線を決めるために多くの協力者が必要である。図10は上記の考えで筆者の母親の7年余の介護から終末までの機能低下の概念図である。これに具体的期間

図 11 生命の終末期の判断症状（筆者素案）（文献 10 より）

を入れれば、介護の大まかな評価をしてもらえる。

2. 身体観察評価（表 2）

ケアの出発時点と死亡時またはケアの終了時に身体を観察し比較する。その状態から前段のケアやリハビリテーション・サービスに瑕疵がなかったかどうかをみる。項目に重みづけをしてあるが、これは難しいことではなく、ベテランの看護師、介護士、また納棺師などの協力があればできる。表 2 の数値はあくまでも筆者の案である。この評価をするには死の身近にいる人たちの協力が必要である。

おわりに

究極の介護はきれいなご遺体¹¹⁾をつくりあげることである。究極のリハビリテーション医療はそれを支援することである。終末期リハビリテーションを置くことで、誰も切り捨てることなくリハビリテーション・サービスを提供することができる。

診療報酬や介護報酬があってリハビリテーション医療が生まれたわけではなく、その理念に基づいた技術が提供されてきて、その結果制度化されたのであるから、制度にないからという理由でそのサービスを排除するのは論外である。制度は時代がつくるが、リハビリテーションの理念は制度とは関係なく存在し育ってきたことを忘れてはならない。

2040 年には団塊世代が死亡するピークになり、第 2 団塊世代が高齢者になる。終末期リハビリテーションの考えと手法がないと、数多くの悲惨な状態の死者が現れるおそれがある。市民はそれに耐えられるだろうか。市民の問題であるので、市民には死を身近に感じてもらう必要があると考えている。そのためには、終末期の内容の表現を医療の言葉で括らず、市民にわかりやすい表現を併用する必要があると考え、その表現をいくつか提案してきた。例えば「だんだん期」「ぼちぼち期」「そろそろ期」「いよいよ期」などである。介護や看

護の記録紙にはそのときの患者や利用者を見たまに表現する。そのような言葉を集めて終末期を細かく判断する。

筆者の母親が終末期に入ったと思われる時期に家族やヘルパーの中でどのような言葉が語られていたかを列記し(図 11¹⁰⁾にした。多くの言葉が集められたら、市民にも説明しやすいし、市民同士も話しやすいのではないかと考えている。

本稿は第 55 回日本リハビリテーション医学会教育講演の内容に一部加筆した。

文 献

- 1) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング：地域包括ケア研究会報告書—2040 年に向けた挑戦。2017
- 2) 高齢者介護研究会（掘田努委員長）：2015 年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて。高齢者介護研究会，2003
- 3) 大田仁史：改訂 介護予防—なるな寝たきり，つくるな寝たきり。荘道社，東京，2000
- 4) 大田仁史：終末期ケアにおけるリハビリテーションの倫理的態度。第 54 回日本リハビリテーション医学会学術集会規定講演，2017
- 5) 砂原茂一：リハビリテーション。岩波書店，東京，1980；p 60, pp 200-211
- 6) 大田仁史：終末期リハビリテーション—リハビリテーションと福祉との接点を求めて。荘道社，東京，2002
- 7) 大田仁史，伊藤直栄 監修・著：実技終末期リハビリテーション。荘道社，東京，2003
- 8) 厚生労働省老健局・保険局：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について（資料 2），第 74 回社会保障審議会介護保険部会資料，厚生労働省，2018
- 9) 大田仁史：介護期リハビリテーションのすすめ。青海社，東京，2010
- 10) 大田仁史：介護予防と終末期リハビリテーション。荘道社，東京，2015
- 11) 福田卓民，沖田 実 編著：エンド・オブ・ライフケアとしての拘縮対策—美しい姿で最期を迎えていただくために。三輪書店，東京，2014