



## 回復期リハビリテーション病院と認知症

回復期リハビリテーションに勤務していると、リハビリテーションの効果を最大限に発揮させるために、その基盤にある問題を早急に評価し、それに即して治療計画を常時見直していくことの重要性を感じます。

問題とは(1)認知症、(2)感染症(褥瘡含む)、(3)低栄養や嚥下障害、(4)転倒であります。

もちろん他にも医療の質を決定する要因を列挙はできますが、以上4つの問題要因を入院当初に必ず、しかも正しく評価して予防措置を講ずる意味を全職員が理解するために、具体的対策や実践結果まで掘り下げた学習活動が必要であると考えています。

医療の質を高めるとは、(A)安心安全な医療が実践できているか？ (B)最新の医学知識を反映した最善な医療が実践できているか？ (C)患者の価値観に対応した医療が行われているか？ の3つに対して結果をだすことであります。

私は、関東統括本部長として(A)の安心安全を関東各病院の中心的テーマとして、それぞれの病院が(1)–(4)の中からどれかを選択し、今年1年間のテーマとして現状分析から対策、実践と評価のプロセスを展開していただくことを提案しています。是非その活動記録を発表していただきたいと考えています。

今回はそうした活動への橋渡しとなる研究成果が得られましたのでご報告申し上げます。明生リハビリテーション病院の山中先生による「回復期リハビリテーション病院における認知症の実態調査」というテーマで、2月2日にリハビリテーション医学会関東地方会で発表したものです。

研究方法は2012年4月1日から9月30日までに明生リハビリテーション病院に入院した150名を対象にして、全員のMMSE、CDR、FAST、BPSD、IADL、WMS、FIMとGDSを検討したものです。それぞれの検査法は紙面の関係で掲載しませんが、すでに標準化された検査法であり、正確に認知症や軽度認知障害(MCI)あるいは正常認知機能と診断できます。十分な画像データがありませんでしたので、最終の臨床診断(アルツハイマー病や脳血管性認知症など)には至っていない症例がほとんどでした。

男性66名、女性84名の評価であり、年齢は39~104歳で80歳代が最多、評価が完全に行われなかった13名を除いた137名の解析がなされました。

MMSEの30点満点が13名(9%)、24~29点が41名で23点以下が83名でありました。また、CDRは0(正常)が52名、0.5(MCI)が35名で1~3(認知症)が55名でありました。BPSDは34名に認められました。

これらのデータからおわかりのように、認知症は40%で、MCIも加えると65%ということになります。BPSDは行動・心理症状で妄想、幻覚、暴力行為などの症状を意味しますが、25%が認知症に基づく問題行動を呈していたということになります。

また、前医で紹介状に認知機能低下の記載があった症例は11%にとどまっていた。

以上のように今回の解析から、回復期リハには常にかなり多くの認知機能低下例が入院してきているのがおわかりになるかと存じます。しかも認知機能の低下が前医では見逃されていることが多く、入院時での正確な評価の下にリハビリテーション計画が立案されなければならないと強く感じています。

次回は当方が行っているリハビリテーションによって、どのように認知機能が変化していくのか、具体的な検査結果の推移をご紹介します。

略語  
解説

MMSE (Mini-Mental State Examination) .....	認知機能テスト(検査)
CDR (Clinical Dementia Rating) .....	臨床的認知症尺度
FAST (Functional Assessment of Staging) .....	認知障害日常生活機能評価
BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) .....	認知症における行動心理学的症状
IADL (Instrumental Activity of Daily Living) .....	手段的日常生活動作。ADLよりも積極的な生活行為
WMS (Wechsler Memory Scale) .....	ウエクスラー式の記憶検査
FIM (Functional Independence Measure) .....	機能的自立度評価表
GDS (Geriatric Dementia (Depression?) Scale) .....	老年期うつ尺度
MCI (Mild Cognitive Impairment) .....	軽度認知機能障害

次号につづく