

今月のハイライト

■ 高齢社会が障害老人で満ち溢れた社会と考えるのは誤りである

老化は病気ではありません。病気でない老人の生活機能の状態を評価する「老研式活動能力指標」が紹介されています。ADLが自立していてもこの指標で十分な得点が得られなければ社会的に自立した生活を送るのは難しいとのこと。指標の全文が載っていますので参考にして下さい。その他、説得力のある豊富なデータに基づいて老人の現状が示されています。(柴田 博氏, 823 頁)

■ 高齢化によって疾病構造はどのように変わってきたか

筆者が第26回日本リハビリテーション医学会で発表した「21世紀の疾病構造の予測」の続編で、リハビリテーション医療との関連で高齢化による疾病構造の変容を論じています。今後、ますます多様な障害像を示す疾患に、急性期から積極的に関わることの重要性が強調されています。(石神重信氏, 829 頁)

リハビリテーション医学では「症例報告」は貴重です。患者さんの個性を大事にするからです。以下は「症例にみる高齢化とリハビリテーションの問題点」

■ QOL を重視する「目標指向的アプローチ」で職業復帰した2症例

「生き甲斐」、社会的活動範囲の拡大、活動性の維持による廃用症候群の予防の3点が職業復帰のリハビリテーションにおける意義です。その実現のためのキーポイントは「患者本人と家族の心理的要因」に対する配慮と「体力」に重点を置いたりリハビリテーション・プログラムです。(大川弥生氏ら, 835 頁)

■ 高齢下肢切断者の義足適応—神奈川リハセンターの多数の経験から報告

最近の四肢切断者の特徴は糖尿病をはじめとする末梢血管障害によるものが多い。ということは当然いろいろな合併症をもった老人ということになる。この老人に果たして義足の適応はあるか、ゴール設定をどうするか、さまざまな問題点を明らかにした症例報告です。(安保雅博氏ら, 839 頁)

■ 四這い移動で ADL が自立していても、やはり歩けたほうがいい

家の新築のついでに、自室からトイレ、風呂場などに手すりを付けた。いまさらこの歳で歩行訓練なんかしたくないと言っていたおばあちゃんが、整備された家で生活するうちに意欲的になってとうとう歩けるようになったという報告。当然、家屋改造をはじめいろいろなリハビリテーション・スタッフの苦勞があつてのこと。(大田哲生氏ら, 843 頁)

■ 横浜市に生まれた幸福

横浜市の在宅重度障害者用自立支援機器交付事業を在宅老人に適用したリフター、段差解消機、ECS の3例を紹介。呉秀三氏が「精神障害者が日本人として生まれた不幸」と言ったが、これは「老人が横浜市に生まれた幸福」の例。(青木百合子氏ら, 847 頁)

■ 老人ホームでのリハビリテーション

要介助・介護老人には、まず寝たきりにさせないこと。痴呆症を合併している老人には精神的・肉体的な刺激を与え、意欲低下を防ぐこと、いろいろ苦勞があります。(須賀哲夫氏ら, 851 頁)