

《会長講演》

Intensive Rehabilitation への路

第 33 回日本リハビリテーション医学会学術集会 会長 村上 恵一*

(東海大学医学部リハビリテーション学教室)

はじめに

本邦ではリハビリテーションに関し、一応の普及をみたとはいいながら、第Ⅲ相医学的認識にはなお程遠く、ことに、いわゆる「後療法」的な感覚の中で本来の役割を代行している部分もみられる。その結果として先進国に列する中ではリハビリテーションの対象数さえ少なく、一方「ねたきり」状態の存在が目立つ状況ともなっている。

今日、介護保険を目前にする時、介護に対する費用および労力の両面にわたる国民的負担を軽減するためにも総体的障害の程度および量を減ずる方策が求められるべき社会情勢といえよう。

過去から未来への変遷の間に求められているリハビリテーション医学実践につき、行ってきたことの一端を述べると共に、あるべき姿への考察を行いたい。

歴史的背景

肺結核が国民病として占めていた死因の首位を脳血管障害にあげわたしたのは昭和 25 年であった。昭和 30 年代の高血圧対策、脳卒中半減対策の時代をへて、脳血管障害は死因の首位からは下りたものの、なおリハビリテーションの大きな対象である。

脳卒中对応として昭和 30 年代前半までは絶対安静の治療概念が極めて強く、病院への移送の可否が神経学会、脳神経外科学会を含めて議論のテ

ーマとなっていた。昭和 30 年代の後半に至りようやく病院への移送、加療に軍配があがり、脳血管障害に対する療法が積極的に行われることとなった(表 1)。

組織的に日本に現代的リハビリテーションが導入される運びになったのは恰もこれと機を一にするのである。

昭和 40 年代に至り、リハビリテーションの言葉それ自身ようやく普及の緒についたが、しかし、保護、庇護との観念の混同もあり、積極的リハビリテーションに一般の目が向けられるのは更にその後のことであった。その上で急性期にも行われるまでにはなお年月を要したのである。

ようやく、まさに最近になり保険診療上でも脳血管障害等に対して急性期リハビリテーションが認知されることとなったが、未だ十分な普及段階に至ったとはいえない。

このような全国的推移の中で、日本では当時まだ他にその名のなかったリハビリテーションセンターを慶應大学病院に開設すると前後して昭和 40 年に発表した成績が図 1 である¹⁾。

約 300 例での結果であるが、麻痺高度の場合ほどむしろ急性期対応によるリハビリテーションの意義が大きく、必要であることを脳血管障害について示したものである。

当然のこととして重度麻痺ないし重症例ではリスク管理が必要なところであった。これが著者にとり Intensive Rehabilitation (以下、特記ない

* 1996 年 5 月 30 日、横浜市・パシフィコ横浜会議センターにて講演

表 1 時代的変遷

“国民病”の変化	結核→脳卒中
脳血管障害対応の変化	・絶対安静 ・移送可否論争 ・積極的治療へ ・リハビリテーション導入 - 保護・庇護的観念 - 積極的リハビリテーション ・急性期リハビリテーション導入

場合は Intensive Medical Rehabilitation の意) 対応のルーツともいえよう。

東海大学病院における経路

東海大学病院においてはリハビリテーション学教室開設以降、年とともに年間治療件数および初診患者数は増加してきた。ただし治療件数については保険診療上の制限と、ことにその強化との関係上増加困難となったが、初診者数はなお増加中であり、従って症例当りの治療日数は減少している^{2,3)} (図 2)。

1995 年初診例にみる対象疾患分布は表 2 の如くであった。

年代別では若年層では骨折等の外傷が多く、これに対して 65 歳以上の高齢者では脳血管障害の比重が大である。

東海大学病院はリハビリテーション総合承認施設であるとともに心疾患リハビリテーションの承認施設でもある (表 3)。

脳血管障害、頭部外傷などのほか、広汎痙重度の熱傷、骨髄移植例対応なども特徴といえよう。

通常の治療と平行してリハビリテーション的基本的徒手手技に始まり、各種の新技术をも総合し

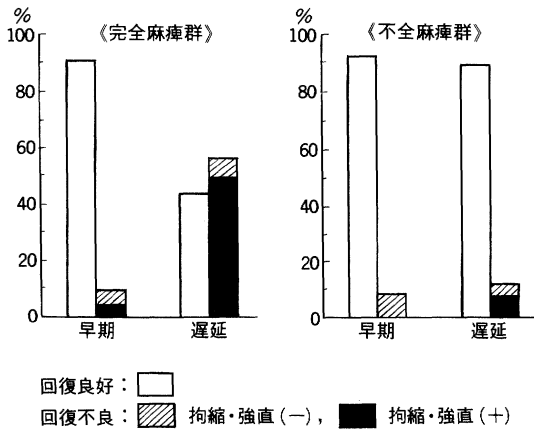


図 1 訓練開始時期と機能予後

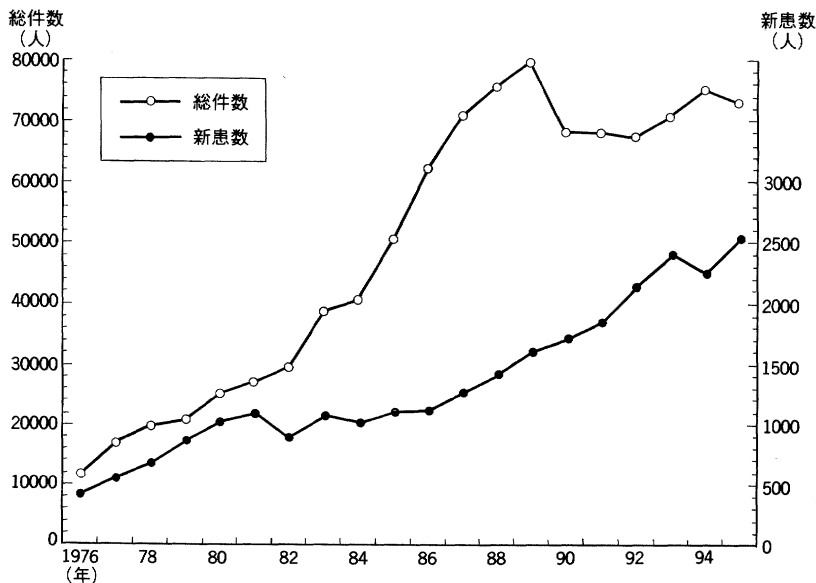


図 2 年次別症例数推移

表2 疾患分布

脳血管障害	333(16.8%)	内科疾患	158(8.0%)
頭部外傷	56(2.8%)	腫瘍(脳以外)	164(8.3%)
頭部腫瘍	26(1.3%)	心疾患	45(2.3%)
中枢疾患	49(2.5%)	血管疾患	87(4.4%)
神経筋疾患	60(3.0%)	骨髄移植・血液疾患	23(1.2%)
末梢神経障害	166(8.4%)	熱傷	15(0.8%)
骨関節疾患	366(18.5%)	小児	14(0.7%)
四肢外傷	366(18.5%)	その他	80(4.0%)
脊髄疾患・外傷	23(18.5%)		
合 計 1977(100%)			

表3 東海大学医学部付属病院
リハビリテーションセンター

- 1) リハビリテーション総合承認施設
- 2) 心疾患リハビリテーション承認施設
- 3) 施設内容
 - (A) 固有の施設
 - i) リハビリテーションセンター
1,000 m²(PT, OT, ST 等)
 - ii) 心疾患リハビリテーション室
 - (B) 関連訓練実施場所

i) 熱傷センター	iii) ICU	救命救急センター内 一般病棟内
ii) 無菌室	iv) 病棟内	
- 4) 人的関与(本院のみ)

(A) リハビリテーション専門医	5,	臨床助手	1,	他
(B) 理学療法士	16	(C) 作業療法士	6	
(D) 言語療法士	3	(E) ソーシャルワーカー	4	
(F) その他				

た対応を行うのは当然である。

ただし急性期、重症例を含めてのリハビリテーション施行に際してはリスク管理態勢が必須であるのは言をまたない。

各職種すなわち医師、理学療法士、作業療法士、看護婦、言語療法士その他の人的充実是不可欠の要件である。

さてリスク管理については多くの側面がある。しかし秒の単位で対応を迫られることになるのは心・循環系の問題が中心といえよう。

ここに示すのはその意味からの1例である。大腿骨骨折であるが、術前、術後に特に全身状態としても、心電図上でも問題がなかったのであるが、リハビリテーション訓練中の1日、斜面上で著明な反応を示した。斜面台の角度設定に対し心拍数、血圧の変化があり、即座の対応により回復したところで、また、翌日以降も特に変化は見られなかった例である(図3)。

急性期のみならず、慢性期にも、前後で状態が安定していてさえも、体調、負荷との関係で種々の反応がみられる。従って日常的にリハビリテーション訓練中にモニター対象として安全確認をすべき対象範囲は広い。ことに心筋梗塞、狭心症な

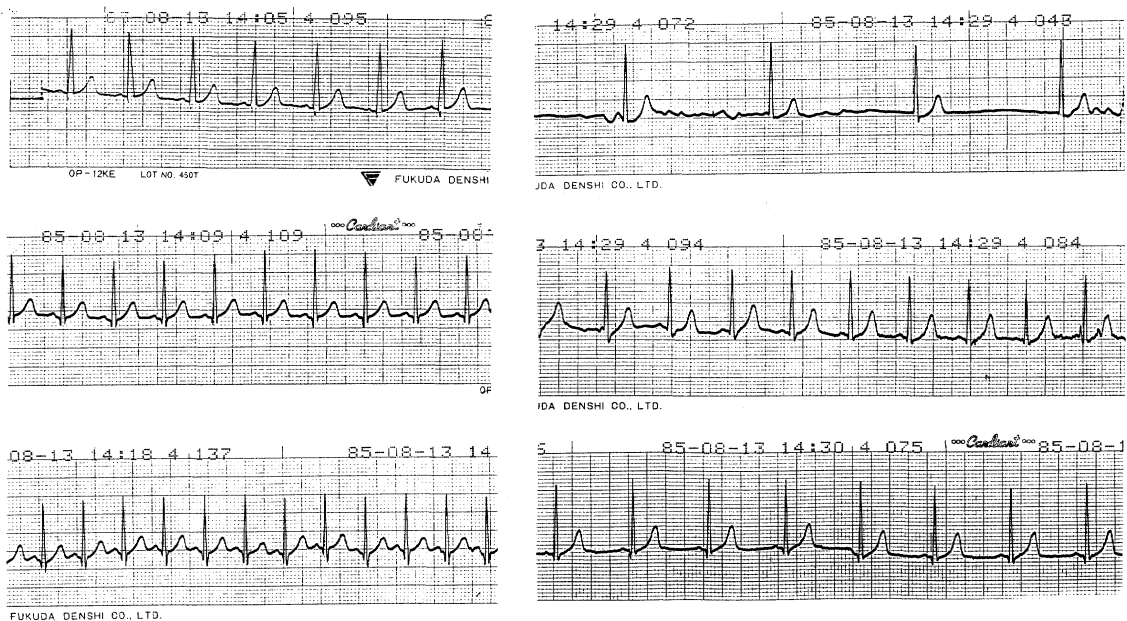


図3 リハビリテーション施行中の心電図変化の一例

どの既往をもつ症例においてしかりである。

高齢者では脳血管障害、大腿骨頸部骨折などにおいて他に基礎疾患をもつ例も多く、むしろ単科的対応では処理し得ないのである。

正に第Ⅲ相医学として、単に身体面のみをとっても包括的、全人的対応が必要なところである。更に心理的負荷のみによっても、例えば新しい訓練場面において、身体的負荷が特にない場合にさえ、循環系の著明な反応を起す例さえもみられる。

ともあれ、東海大学病院では Intensive Rehabilitation 的対応により、他科、多科からの安心感を伴ってのリハビリテーション依頼が超急性期例を含めて増加してきた。

脳血管障害、大腿骨頸部骨折その他、それぞれ年とともに発症または手術からリハビリテーション依頼までの日数は減じ、この早期リハビリテーション依頼の増加と同時に退院までの日数、在院日数の減少がみられた^{2,3)}。

脳血管障害発症直後例は勿論のこと、大腿骨頸部骨折については手術前からの依頼も増し、むし

ろ主流化する傾向にある (図 4)。

これらは東海大学病院での Intensive Rehabilitation 定着傾向を示すところといえよう。

Intensive Medical Rehabilitation と Intensive Care Rehabilitation

Intensive Medical Rehabilitation の対象としては、心筋梗塞合併あるいは心停止後を含む急性期脳血管障害、脳血管障害合併等の大腿骨頸部骨折、頭部外傷、心、大動脈系手術例、全身熱傷、骨髄移植などが含まれる。すなわち、対象としては Vital Sign に関する重症例、重度の Impairment ないし Disability、重大な合併症の発生例を含む。これらの従来はリハビリテーション対応困難として除外されていたところに対し、人、設備などの統括によるリスク管理を前提としたリハビリテーションの極限的施行がなされるのが Intensive Medical Rehabilitation である。発症、受傷直後よりの対応も当然であり、各種の観察方法活用と、所見に対する即時フィードバック、十分な期間にわたる細心のフォローを円滑なチームアプローチを以て行わねばならない。

実施を可能とする条件を総括すれば、まず治療場面における各種人的資源の十分な確保、これに伴うリスク管理態勢整備、これらに基づく現場でのリハビリテーション実施ないし処方のダイナミックな調整などがあげられる。病院、施設、機器の整備も当然である。

更にその背景へと目を向ければ関連分野に対する医学教育につき卒前・卒後を含めての充実が求められ、これによる意識の変革をも要する。関連職種養成校の強化も望ましいのであり、また、病院個々のみでなく地域的対応ネットワークの整備をも望みたい。

対応上の概念を表 4 に示した。

Intensive Medical Rehabilitation によっても

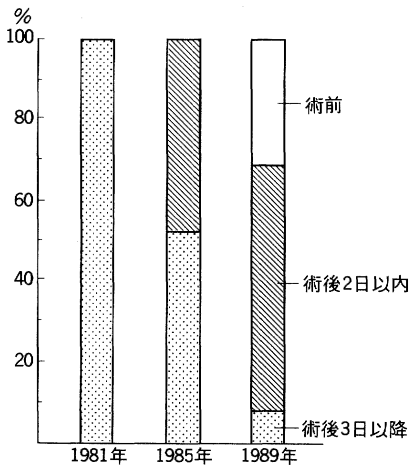


図 4 手術からリハビリテーション依頼までの日数の推移
大腿骨頸部骨折、65 歳以上

表 4 対応上の概念

Intensive Rehabilitation	Intensive Medical Rehabilitation	Impairment Disability Handicap
	Intensive Care Rehabilitation	

残存障害高度の場合は Intensive Care Rehabilitation を妥当とするのである。

重度四肢麻痺などの場合でも、介護、介助を含む社会的対応に基づく Intensive Care Rehabilitation で、若年代から停年年齢代まで社会の第1線で活躍することは可能である。

以上、Intensive Medical Rehabilitation と Intensive Care Rehabilitation の統合による社会的生命の再生ないし創造と活性化を旨としたい。

文 献

- 1) 相澤豊三, 村上恵一: 脳血管障害の早期リハビリテーション. 治療 1965; **47**: 1569-1575
- 2) 村上恵一: 大学病院のリハビリテーション. 医学のあゆみ 1993; **166**: 739-741
- 3) 村上恵一: 身体疾患のリハビリテーション. 老年精神医学雑誌 1993; **4**: 1205-1210
- 4) 村上恵一: 老人のリハビリテーション. Geriatr Med 1982; **20**: 895-899