

## 総 説

### 全疾患を対象とするリハビリテーションの概念 —疾患に関わらない早期導入の有効性—

河野光宏<sup>1)</sup>, 中西嘉憲<sup>1)</sup>, 河南真吾<sup>1)</sup>, 田畑良<sup>1)</sup>, 湯浅志乃<sup>1)</sup>,  
清水伸彦<sup>1)</sup>, 山口治隆<sup>1)</sup>, 岡博文<sup>2)</sup>, 影治照喜<sup>2)</sup>, 坂東弘康<sup>3)</sup>,  
谷憲治<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部総合診療医学分野

<sup>2)</sup>徳島大学病院地域脳神経外科診療部

<sup>3)</sup>徳島県立海部病院

(平成25年6月7日受付) (平成25年7月8日受理)

#### はじめに

内科系, 外科系を問わず, ひと度疾病に罹患すると全ての患者がリハビリテーション治療の対象となり得るとするのが最近の考え方である<sup>1)</sup>。骨折による関節可動域障害や神経に起因する運動麻痺はいうまでもなく, 高齢であれば感冒により数日臥床しただけで筋力低下による歩行障害を併発してしまうことも少なくない。リハビリテーションは本来「訓練」という意味はなく「復帰」というのが正しい和訳であり, 疾病に罹患する前の状態に身体・精神・活動が戻ることを真の目的とする治療法であるといえる。

#### 厚労省が求めるリハビリテーション医療

筆者は高知市の近森リハビリテーション病院<sup>2)</sup>で約10年間勤務していたが, この病院は平成元年開院の全病床(当時145床, 現在180床)が急性期・回復期リハビリテーション病床であり, 全国初の全病床急性期リハビリテーション専門の病院であった。急性期病院の近森病院(年間救急車搬入台数約5,000台超)が隣接しているため, 脳卒中, 心筋梗塞, 下肢骨折, 脊髄損傷, 中枢変性疾患などあらゆる急性期治療を経過した患者が転入院し

ていたが, 当時は回復期リハビリテーション病床という規定がなかったために, これらの疾患はすべて一般病床扱いの出来高換算であり, また入院日数もまだ制限されていなかった。

当時は脳卒中や大腿骨骨折は寝たきりになるのは仕方がないと諦めている風潮があったのに対して, この病院ではさまざまな職種があらゆる技術を駆使し, 出来高換算と入院日数の制限のないことを上手くメリットとし, こういった患者のほとんどを自宅に退院させていた。やがて, この病院が厚労省の目に留まりモデル病院となって現在の「回復期リハビリテーション病棟」の診療報酬体系が策定されることとなった(図1)。

#### リハビリテーションの概念

Rehabilitation を和訳すると「復帰」「復職」「再建」であり, 現在よく使われている「訓練」や「寝たきり予防」「散歩」などの意味はない。これを医療現場に当てはめると, ある疾患に罹患して入院した場合, 筋力低下や麻痺などが後遺症として残存せず, 歩いて来た患者は歩いて帰る。箸で食事をしていた方は同じように自分で箸を使って食べられるようになって帰るということである。元々持っていた機能と能力を維持・獲得し身体だけ



図1 近森リハビリテーション病院（高知市）  
救急車搬入台数5,000台/年の近森病院が隣接している

先を探すのではなく、自宅復帰に際して住宅環境を整えるのが本来の役割である。薬剤師と栄養士は患者に個別に指導を行い医師・看護師・メディカルスタッフに適切な助言を与える。歯科衛生士は近年特に誤嚥性肺炎の予防において重要な役割を果たす<sup>3)</sup>。

リハビリテーションはこのようにさまざまな職種が関わる正に「チーム医療」であり、患者の機能・能力維持と自宅復帰に対してあらゆる手段・技術を用い、恐らくこれらはすべての科に渡ると考えられる。また、リハビリテーションは患者の環境・家族背景・趣味・経済状況なども考慮に入れ、最も奥深いものとしてはその人のQOLや生きがいをも考えて治療を行うのである（図3・4）。

でなく社会的・環境的にも復帰することが本来のリハビリテーションの考え方である（図2）。

リハビリテーション治療の特徴

あらゆる疾病に対し患者を自宅に帰すため、医師・看護師・介護士の連携はもちろん、理学療法士（PT）・作業療法士（ST）、言語聴覚士（ST）、臨床心理士（CP）との連携は特に緊密に行う必要があり、決して欠かすことができない。また、医療相談員（MSW）は単に転院

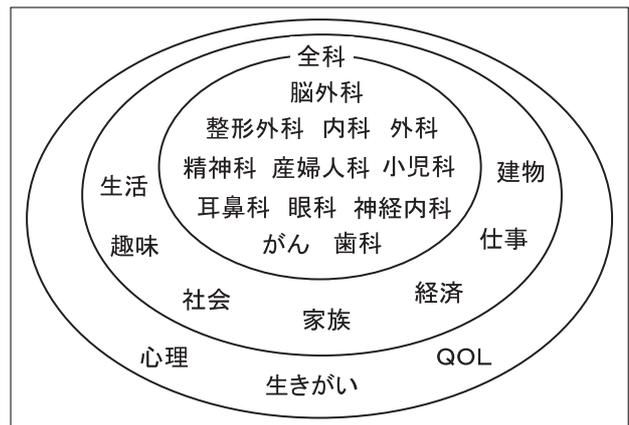


図3 リハビリテーション治療の領域  
全科の患者を対象とし患者の背景も考慮した治療を行う

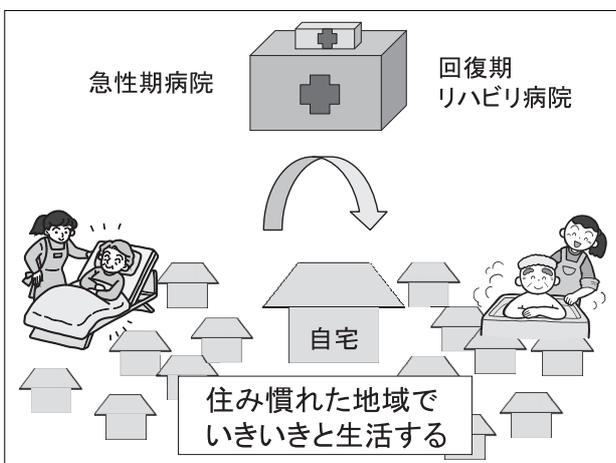


図2 リハビリテーションの本来の目的  
身体・精神・社会環境的に入院前の状態に戻す

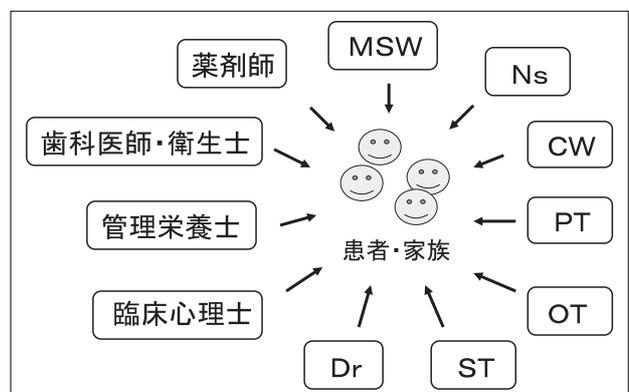


図4 リハビリテーションのチーム構成  
どの職種もリーダーとなり主導する可能性あり

リハビリテーション・セラピスト

理学療法士 (PT) は立位・歩行といったダイナミックな運動動作のほか体幹支持や下肢筋力バランスなど基本的な運動の治療を主に行う<sup>4)</sup>。作業療法士 (OT) は手や道具を使った食事・更衣・入浴・排泄などの日常動作や手指の巧緻運動から買い物など生活全般に渡る治療を行う。言語聴覚士 (ST) は発声・発語・会話などの意思表出や構音・嚥下など主に口や舌の治療のほか、記憶・注意力など高次脳機能の治療を行う。

以上が急性期から回復期リハビリテーション病棟において診療報酬に応じて配置を義務付けられている3職種である。また介護・在宅施設でも配置を定められている場合がある。したがって、患者のさまざまな症状と障壁に対し、どのようなリハビリテーション治療を選択するかをわれわれ医師だけでなく患者に関わる全ての医療従事者は知恵と意見を出し合って考えていく必要がある (図5・6・7)。

急性期病院は寝たきり製造所か

急性期の患者はしばしば点滴・酸素吸入・経管栄養チューブ・膀胱留置バルーンカテーテルがセットで付き、さらに人工呼吸器・心モニター・抑制帯などが装着されることも多い。これらスバゲッティーのように付いた人工の管をどうすれば抜いていけるのだろうか。黙って寝

**PT (Physical Therapist)**  
理学療法士

起居動作  
体幹支持  
立ち上がり  
立位保持  
歩行  
呼吸筋  
排痰  
物療



足・体幹  
基礎運動

図5 PT：理学療法士の役割

**OT (Occupational Therapist)**  
作業療法士

起居動作  
座位保持  
上肢・手指運動  
更衣  
整容  
食事  
排泄

入浴  
家事  
炊事  
買い物

生活全般  
日常動作



図6 OT：作業療法士の役割

**ST (Speech Therapist)**  
(Speech-Language-Hearing Therapist)  
言語聴覚士

発声・発語  
構音  
意思表出  
嚥下  
記憶・注意  
認知  
聴覚

口・舌咽喉頭  
高次脳機能



図7 ST：言語聴覚士の役割

させておけば自然に飲食し立って歩くようになるとは思えない。特に高齢者のADL回復には臥床時間の2~3倍の期間が必要といわれている<sup>5,6)</sup>。寝たきりの原因第1位は脳卒中、第2位は転倒骨折であるが<sup>7)</sup>、統計には現れないもっと身近な疾患の「廃用症候群」が最も多いのではないかと筆者は考える。廃用に至る原因が肺炎であったり外科術後であったりするために分散されているが、実際の臨床現場では脳卒中で寝たきりになるよりも単に臥床による不活動で発症する「廃用」が圧倒的に大多数を占めている<sup>8)</sup>。したがって、急性期病院 (病棟)

ではリハビリテーションが薬剤や点滴と並び大変重要な治療法のひとつであり、リハビリテーションがない施設は即ち「寝たきり製造所」となってしまいうだろう (図8)。

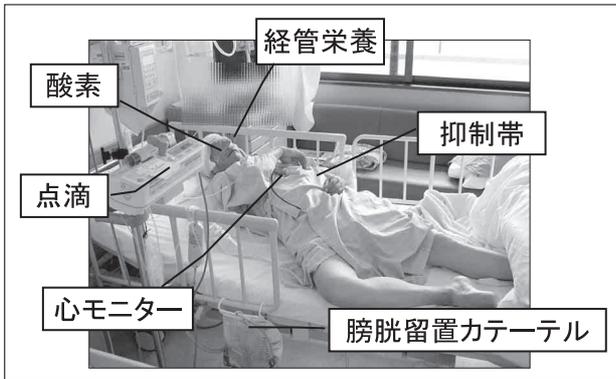


図8 急性期の患者の典型  
これらの管を除去していくのは薬や点滴ではなく、本人の体力とリハビリテーションによってのみである。

リハビリテーションは廃用症候群の特効薬

寝たきりからの脱却はいかに前述の廃用症候群を起こさせないようにするかである。廃用症候群とは筋力低下や筋委縮を原因とするもの(手足の筋群だけではなく顔面・咽喉頭・呼吸筋などの骨格筋のほか内臓などの平滑筋にも起こり得る)のほか、起立性低血圧、深部静脈血栓症、浮腫、褥瘡、便秘・下痢、また精神的にも意欲低下・うつ状態・食欲不振・認知障害など多彩な症状を呈する<sup>9)</sup>。

これら併発する症状を薬剤で治療するとなると膨大な量と時間が必要であり、その時間がさらに廃用を招くといったイタチごっこになってしまう。適切なリハビリテーション治療こそが、これらの合併症を未然に防ぎ、患者にとって何にも代えがたい特効薬となり得るのである (図9)。

寝たきり予防の最低限のボーダーライン

急性期病院の患者に見られるスパゲッティ状態は、急速に廃用性変化をもたらす寝たきりにさせてしまう。

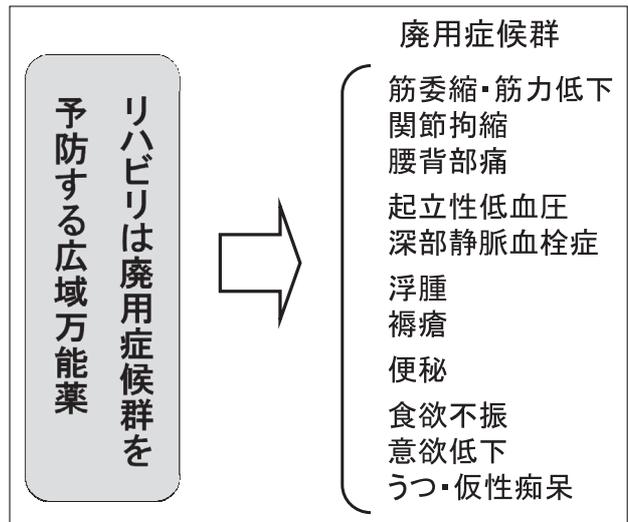


図9 廃用症候群の予防  
リハビリテーションは廃用症候群を予防する万能薬となる。これら合併症をすべて予防・治療するには膨大な薬剤と労力が必要である。

これを予防するリハビリテーションは最低限以下の2つに集約されると考える。即ち「座る」か「食べる」かである (図10)。図8のような状態は「座位」をとり「経口摂取」ができるようになると自ずと必要がなくなるツールばかりである。座位の保持によって体幹および呼

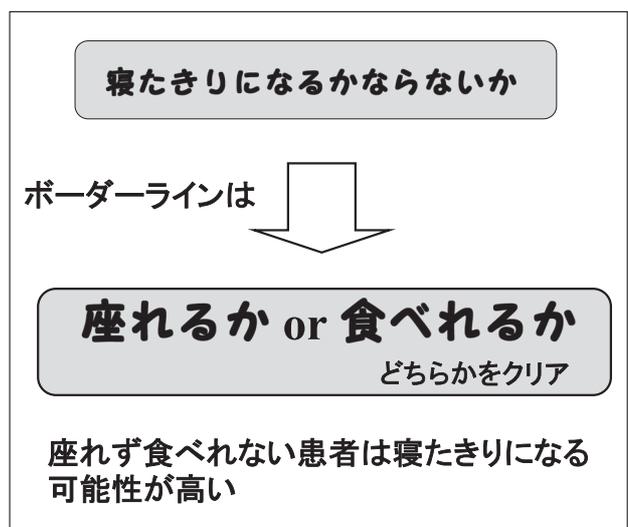


図10 寝たきりのボーダーライン  
入院リハビリテーションは寝たきりにならないように最大限の努力を行い、このどちらかをクリアさせる。

吸筋の筋力が改善し、酸素吸入と気管切開から離脱させることを可能とする。また、経口摂取は点滴と経鼻管(M-tube)から離脱させることができる。さらに、座位保持可能になるとバランスを保つ必要があるため、体勢感覚が活発に働き脳を活性化・覚醒させ、全身状態が改善し抑制帯などの制限も解除されることとなる。

以上のことから、急性期のリハビリテーションスタッフである医師・看護師・介護士・セラピストはまずこの二つのボーダーラインを目標にし、可能な限り寝たきりにさせないことが重要であると考えられる。

## 文 献

- 1) 椿原彰夫, リハビリテーション総論 改訂2版, 診断と治療社, 2011
- 2) 近森リハビリテーション病院 <http://www.chikamori.com/>
- 3) 山本陽子: FEATURE 第2特集 多職種ユニットによる「新しいチーム医療」への挑戦～長崎リハビリテーション病院. ナーシングビジネス, 6(2): 142-151, 2012
- 4) 弘井玲奈, 森本栄, 伊藤隆夫: 病棟での協業における理学療法士の役割, 近森リハビリテーション病院. 理学療法学, 25(suppl-2): 92-92, 1998
- 5) 池田喜久子: The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 49(suppl): 5431-5431, 2012
- 6) 土手秀昭, 宮森政志, 松本亜紀, 西崎進: 回復期病棟における廃用症候群の自宅退院に関する因子の検討, 岡山光南病院内科, The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 49(suppl): 5431-5431, 2012
- 7) 厚生労働省, 平成10年国民生活基礎調査の概況
- 8) 大川弥生: 廃用症候群(生活不活発病)の予防・改善—生活機能向上の観点から. 臨床スポーツ医学, 25(9): 997-1006, 2008
- 9) 石川誠: 高齢者ケアとリハビリテーション(回復期リハと維持期リハ), 厚生科学研究所, 2000

## *The new concept of the rehabilitation concerning all the diseases*

*Mitsuhiro Kohno<sup>1)</sup>, Yoshinori Nakanishi<sup>1)</sup>, Shingo Kawaminami<sup>1)</sup>, Ryo Tabata<sup>1)</sup>, Shino Yuasa<sup>1)</sup>, Nobuhiko Shimizu<sup>1)</sup>, Harutaka Yamaguchi<sup>1)</sup>, Hirofumi Oka<sup>2)</sup>, Teruyoshi Kageji<sup>2)</sup>, Hiroyasu Bando<sup>3)</sup>, and Kenji Tani<sup>1)</sup>*

*<sup>1)</sup>Department of General Medicine, Institute of Health Biosciences, the University of Tokushima Graduate School, Tokushima, Japan <sup>2)</sup>Department of Regional Neurosurgery, Tokushima University Hospital and <sup>3)</sup>Kaifu Prefectural Hospital, Tokushima, Japan*

### SUMMARY

The right Japanese translation of rehabilitation is a “return” and is not the meaning “training.” It is a cure aiming at returning to the state before suffering from the illness in the body, soul, and social environment. Therefore, the rehabilitation should be performed to not only bone and joint diseases and apoplexy but also other diseases or states including infectious diseases and the state after surgery. Patients who are compulsorily stayed on the bed for a long time, especially in an acute care ward, easily become bedridden with various complications such as gait or eating disorder. It is important to try for all the staff in connection with medical care to have a rehabilitation concept, and to return a patient to the former condition falling ill.

Key words : rehabilitation, returning, disuse syndrome, bedridden, exercise