

いま求められる「リハビリテーション医療」

ドクター×ドクター

多様な社会構造のなかで、リハビリテーション（リハビリ）医療の役割が重要となっている。病気が事故による心身機能の障害回復をめざすほか、退院後の生活の質を高める心のサポートまで幅広い。急性期、回復期、慢性期などに応じた医療態勢で臨むが、専門医師や施設数が少ないなど多くの課題もある。高齢化時代に入り障害を乗り越えるリハビリ医療の充実が求められている。道免和久・兵庫医科大学教授、坂本知三郎・関西リハビリテーション病院長の両氏が、リハビリ医療の実情や課題などを語った。

（速水洋一）

メディカルフロントライン

障害の回復、疾病の予防

リハビリテーション医療とは

道免 病気や外傷などで心身に機能障害が生じた際、専門職医らが連携し医学的に本来の生活回復をめざすことをいいます。機能障害については、事故や脳疾患など多くの要因を背景に内臓器系、視覚・聴覚、神経系、運動器系、知的機能系の障害など幅広い。このため、リハビリテーションの専門医師をはじめ理学療法士、看護士、臨床心理士、義肢装具士、言語聴覚士ら多数の専門職医が治療に携わります。医学的な観点の治療を優先しますから一般の介護とは異なります。また、リハビリには障害の回復だけでなく、ほかの疾病をいかに予防することも重要な課題です。事故などによる外科手術を行った場合、呼吸器系などでさまざまな合併症を引き起こす場合もあるため未然防止に努めなくてはなりません。また、関節などの手術に

高齢化時代 障害を乗り越える医療の充実を

関西リハビリテーション病院長 坂本知三郎氏



さかもと ともさぶろう 大阪府生まれ、日本医科大学卒業後、大阪大学医学部第1外科に入局。平成12年坂本病院分院院長、17年に関西リハビリテーション病院開業。18年から大阪府豊能圏域地域リハビリテーション支援センター長を務める。

兵庫医科大学教授 道免和久氏



どうめん かずひさ 福岡県生まれ、慶應義塾大学医学部卒。平成6年埼玉県総合リハビリテーションセンター医長、8年に米国に留学し運動制御理論、バイオメカニクスなどを研究。12年兵庫医科大学リハビリテーションセンター助教授に就任、17年から現職。

際して手術後の体力・筋肉増強に努める筋肉訓練などが求められます。ガンなどの悪性腫瘍でも適切なリハビリを行えば、体力維持を図って合併症を防ぐことが必要となります。坂本 リハビリは1981年ごろ米国で専門的な治療が行われ、生活再建を目的に治療範囲がとて多岐にわたります。わが国では2000年ごろから本格的な専門治療が始まっています。リハビリ専門医師は、障害の状況を総合的に診察し、具体的な治療方法を各分野の療法士らに指示する。また比較的新しい治療ですが、身体機能や精神面などに応じて医師、看護師、療法士らが一体となって治療に当たる、とても大切な医療といえます。



えとき後送

退院後の生活再構築し
リハビリ医療施設はどのように分類されるか
道免 一般にリハビリテーションの専門病院は急性期、回復期、維持（療養型）期に分けられます。事故や脳出血などの直後は急性期リハビリ病院に入院し、入院後平均2カ月程度で回復期病院に移り、経過に余裕があれば維持期のリハビリ病院に入ります。リハビリの必要な診察については、医師の診断が基本となります。

坂本 リハビリで最も大切なことは、たとえ優れた急性期病院で生命が救われても、その後の十分な治療をいかに行うことができるかです。治療を怠ることで寝たきりに

医師不足、少ない施設…課題も多く

ながってはなにもなりません。一般にリハビリの期間は、入院後3カ月で能力の回復が期待できるといわれます。当然、個人差や障害の状況などで異なるため集中的なリハビリに徹した回復期リハビリテーション病院の役割は大きいでしょうね。

回復期の関西リハビリテーション病院（大阪府豊中市）を経営されていますが課題は
坂本 人にやさしい医療としての体制づくりを常に確立することです。私どもは100人以上の専門医師・理学療法士、臨床心理士、義肢装具士、アロマセラピストらを配置して最新の治療で臨んでいます。より効果的なりハビリを追求するため、すべての患者さんに社会福祉士がついて退院後の生活再構築をサポート、障害の回復程度を予見した住宅改修案の提案なども行って心の安心感に役立っています。現在は144床ですが、患者さんの立場に立った治療が最大の課題。こうした徹底した治療の結果、退院後7割前後の人が歩行が自力で行えるようになっていきます。

まだまだ少ないという状況です。もっと多くの人が現場に出て、活躍してほしいと思っています。

生活の質向上へ態勢整備

退院後の医療施設に問題は
坂本 回復期のリハビリテーション病院は次第に充実してきました。しかしその一方で、退院後にも引き続き治療を受けられる施設が圧倒的に少ない。たとえ自宅に戻っても、生活環境の不備により寝たきりに逆戻りするというケースもよくあります。外来でリハビリ治療を継続診療する、あるいは訪問リハビリを行う施設が極端に少ないという大きな問題です。

また、慢性期にリハビリが受けられる状態となったにもかかわらず、それを受け入れる療養型病院も少ない。リハビリ機能の充実した療養型病院は数えるほどしかありません。リハビリを期待して入院したもののリハビリ環境が乏しく、寝たきりになってしまふ人が多いためです。このポスト回復期までの施設態勢を早く整備しなくては、本当の意味で生活の質向上につながらないと思います。

道免 リハビリは比較的長期に及ぶ治療なので、相手の気持ちや理解した地道な治療が必要でしょう。そして何よりも忘れてならないのは、退院後も患者さんの生活の質を高める姿勢が求められます。場合によっては自宅を訪ねて問取りの状況などを確認し、室内事故を防ぐような住宅改善の提案をすることも必要となるでしょう。将来的に元気で快適に暮らせるように注意深く指導、アドバイスを提供することが大切です。患者さんの回復能力をいかに引き出すことができるかも、専門医師らの使命でしょうね。

坂本 その通りです。リハビリ医療は、生活の中にも踏み込んでこそ正しい治療が行えます。入院中でも病院の役割を発揮して、単に障害を治すだけでなく、回復に向けた能力の向上に全力を尽くすことが大切なのです。患者さんの中には障害でうつ状態になる人もみられるので、きめ細かな精神面でのサポートが欠

かせません。退院後の相談態勢の確立、病院に気軽に連絡できる関係・連携づくり、退院後の適切な生活プランの立案など、リハビリ後の円滑な社会復帰を親身になってサポートする姿勢がとても重要なのです。

道免 高齢化社会を迎えて、よりリハビリ医療の価値が問われています。暮らしの多様化などで退院後に障害が再発するケースも多い。それだけに、ハード・ソフト両面での長期的な治療を正しく行える環境づくりが急務でしょう。

C療法に期待

治療の進歩について
道免 かなり進んでいます。とくに、CI療法は先端的なリハビリの代表格。回復期を終えた人を対象に、まひした手だけを使う訓練を集中的に行って脳の可塑性（回復の可能性）を利用します。脳卒中後のリハビリに有効で、2003年から兵庫医科大学