

## リハセン開設15周年講演会 『今どき、リハビリ～何が変わってきたのか？』

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター  
副病院長佐山一郎

### スライド(1)

本日は今どき、リハビリがどう変わってきているのかについてお話したいと思います。

### スライド(2)(3)

- 1) 今日の話の流れは、第一番目に超高齢化や家族構造の変化、入院対象となる患者さんの障害や病気の多様化・重度化など、リハビリ医療を取り巻く社会環境、患者さんの生活環境の変化が如何に医療そのものにも影響しているのかを、お話し致します。
- 2) ご承知のように平成9年に介護保険法が制定された前後から国の医療福祉政策は大きく変化しています。特にリハビリテーション医療で関わることの多い脳卒中などは、急性期からリハビリまで一施設一医療機関で担うのではなく、地域の医療機関が共同して対応する“地域連携医療”が主体となりました。
- 3) また障害が重度化してその対応に苦慮するようなケースでは、尊厳死の問題を含め、治療目標が多様化しています。障害程度によってそのリハビリ目標が決まるのではなく、従来以上に患者さんやご家族の意志を尊重し説明と同意をした上で目標が決まるようになりました。
- 4) お話の第二はリハビリ医療の進歩と変化であります。リハセンのような専門的リハビリ施設に限らず、入院される患者さんは様々な合併症や背景疾患を抱えた重度のケースが多くなりました。中でも栄養を含めた全身状態不良のケースが多くなり、その場合、「リハビリが可能となる栄養改善を図る技術」がより必要とされます。これには病院の栄養サポートチームの結成や「リハビリテーション栄養」の言葉で研究が進み対応しています。
- 5) リハビリ医療の進歩はその訓練量でも変化しています。入院中、訓練は、訓練室だけでなく病棟でも継続して短期集中的に訓練するのが効果的な事がわかり、「24時間365日リハビリ」をスローガンに訓練を行うようになりました。
- 6) また、機能回復を促す技術や補助訓練機器の進歩にもめざましいものがあります。この点についてはあとで詳しく触れたいと思います。
- 7) 最後に時間に余裕あれば、病気や障害を持って、すでに介護保険を利用するなど、いわゆる健康寿命にない多くの方々の健康をどう維持するか、私の考えを健康方程式という形でお話ししたいと思います。

#### スライド(4)(5)

1) さて、日本三大随筆と言われる、平安末期から鎌倉初期に書かれ、今年完成 800 年を経過して注目される、鴨長明の方丈記を皆様御存知かと思えます。平家物語が NHK 大河ドラマとしてテレビに放映されて、この時代に大いに関心を持たれたかと思えます。五大災厄と言われる天変地異や政治の混乱は、まさに現代に重なるところがあるということでしょう。

#### スライド(6)(7)

1) 現在の日本はどうでしょうか？高齢化率 24%の少子超高齢化社会、高齢者の単身・独居世帯が最も多く、日本の財政事情悪化から社会保障のゆらぎ、非正規労働者や失業者の増加による貧困問題、そして地震や津波、原発問題など、天災・人災が重なって正に方丈記の書き出しを彷彿させる現在です。

#### スライド(8)(9)

去る 9 月 17 日、敬老の日に高齢者人口が 3000 万に迫り、100 歳以上の高齢者が 5 万人を超えたと報道されました。

#### スライド(10)

また、国民医療費が 37.8 兆円、毎年 1 兆円以上の増加が続いている状況も報じられております。

#### スライド(11)

リハビリや介護の対象となる、寝たきり状態や障害発生の原因については、スライドグラフに示めされますように脳卒中や加齢、転倒・骨折、認知症、その他骨間接疾患などが多い。この原因対処には、生活習慣病予防と既にある障害の悪化予防がカギとなります。

#### スライド(12)

スライドの表は介護保険 I 号保険者に占める要介護認定者割合を都道府県別に見た最新データです。秋田県はその割合が 20%を越え、しかも要介護 III 以上の重度の方が多い。

#### スライド(13)

これをリハセン医療の現実から見ます。スライドはリハセン・リハビリ病棟に入院した患者さん 1 人当たり保険病名の数を示します。入院治療を進める上でリハビリ以外に様々な治療を行いますが、投薬や異なる治療行為を説明する保険病名が必要となります。適正な診療報酬を得るためその都度、適切な病名が付けられます。この 1 人当たりの病名数は回復期病棟で 12、療養型病棟では 23 で、中には入院時から退院までに 100 以上の病名が付けられている方もおります。これは、患者さんが沢山の背景疾患や合併症、続発症を持って入院していることを意味しています。

#### スライド(14)

このグラフは、リハビリ入院に当たり付けられた主たる病名を示したものです。寝たきりや障害を持つに至った脳や脊髄の脳卒中が最も多いのですが、最近では様々な原因で機能低下が起こって入院する、“廃用症候群”が多くなり、また食べる障害である摂食・嚥下障害の評価・リハビリで入院される方も多くなりました。

#### スライド(15)

さて、最初に触れましたように現在の医療は最初治療を受けた病院ですべて医療が提供されるのではなく、地域の医療機関や福祉施設が共同して治療やケアに対応するようになった事です。これを地域医療連携と言います。スライドは脳卒中の連携をその流れで示していますが、そのほかにも癌や整形疾患、糖尿病などの内科疾患でも連携医療が推進されています。

#### スライド(16)

地域連携医療では、各施設が総合デパートではなく、専門店であることが求められています。そこで、この社会的要請からリハセン・リハビリ科の役割・機能をまとめてみます。一つは、連携医療を担う一施設として脳卒中や脊髄損傷、外傷などの患者さんを急性期病院から受け取る役割です。別の一つは、同じリハビリ病院でも特殊疾患や特殊障害、重度障害に対応する高度で専門的リハビリ施設の役割です。またもう一つは最近のリハビリ技術の進歩を反映した質的リハビリを行う体制とスタッフを抱え対応している事です。

#### スライド(17)

次にリハビリ医療の進歩と変化に関して、リハセンでの対応をお話し致します。スライドは、リハビリ入院時に栄養障害を来している患者さんの推移を見ています。こういったデータは、院内の栄養サポートチームが出来たまでなかったため、最近のデータしかありませんが、以前に比べて増加している印象があります。栄養障害の判定は急激な体重減少などで良く判定できますが、このグラフでは採血データで血清アルブミン値とヘモグロビン値の低下から栄養障害を見ています。特に夏分に栄養障害の患者さんが増えますが、常時5%以上の栄養障害患者さんが入院してきています。こういった患者さんには本格的リハビリを開始する前に栄養障害の改善が必要となります。

#### スライド(18)

栄養障害の多くは、嚥下障害であることが多く、その対応として食事内容の調整が大切です。

#### スライド(19)

リハセンでは嚥下障害に対する治療食が非常に多く準備されており、評価の上で提供される食事が決定されます。また、嚥下障害の為、口からの栄養が十分確保出来ないケースでは胃瘻を作り、胃瘻からの栄養と経口摂取訓練を並行して行います。

#### スライド(20)

次に最近のリハビリ機器・手技の進歩による訓練の実際を紹介致します。スライドは、NHK 番組「闘うリハビリ」で長嶋茂雄さんが使っていることで有名になりましたが、訓練を受ける患者さんを天井からベルトで支え、転倒の不安をとって障害の早い時期から歩行訓練可能な歩行訓練装置を示しています。脳卒中に限らず、体幹バランス障害を起こす脊髄小脳変性症の患者さんなどでも使われています。

#### スライド(21)

次にロボットスーツ HAL を使った歩行訓練を紹介致します。この訓練についても NHK 番組などで紹介されていますのでご承知の方も多いと思います。足の筋力が不十分で起立や歩行が不安定な方に、HAL を装着しますと、本人の足の筋肉の動きを察知して運動を補助します。この HAL も早い時期からの歩行訓練に向いています。

#### スライド(22)

次に手や指の機能回復がある程度時間が経過した例でも誘発できるという手技の紹介を致します。

反復促通療法、いわゆる“川平法”、麻痺側の手を抑制して麻痺した手を強制的に使う訓練を行う、CI 療法、ロボットスーツ HAL の上肢版である“HANDS”療法がそういった新しいリハビリテーション手技となります。スライドの写真は“川平法”の開発者である鹿児島大学・川平和美先生を迎えて行ったリハセンでの実技研修会の写真です。

#### スライド(23)

川平法も、NHK はじめ何度かテレビで紹介され、最近、川平先生が一般向けに本も書かれております。特に指の機能回復などに早くから応用すれば回復の程度が大きいこと、またある程度時間を経過した例でも回復に有効な事が知られています。

#### スライド(24)

CI 療法は、手指の分離した動きがみられても実用的使用に至らない場合、特に利き手が麻痺の場合に有効です。スライドのように良い方の手にグローブをはめて麻痺した手だけでつまみや握り、身辺処理動作などを訓練して回復を図ります。これも短期集中訓練でその有効性が確認されています。

#### スライド(25)

“HANDS”療法は、慶応大学リハビリテーション科で開発された機器でその考え方は、HAL と類似しており、この装置についても最近市販されるようになりました。

#### スライド(26)

次に自動車運転評価とその訓練についてお話しします。この装置はセンターが開設以来設置している機械で現在はその第二代に当たります。自動車運転は秋田県に住む特に土地の広い地域の高齢者に欠かせない技術となります。従って脳卒中などに罹患しても自動車運転を希望する方は非常に多い。この評価だけを希望して来院される方、紹介される方もおります。

#### スライド(27)

実際の評価場面をムービーで紹介します。

#### スライド(28)

さて、今どきのリハビリについて紹介して参りました。しかし要介護者が高齢者の2割を超えている秋田県で、そういった障害やその他の病気の後遺症をかかえて既に“健康寿命”を持たない方々の健康を自らどう守るのが、とても重要です。多くの方々が加齢によって病気や障害を起こします。病気や障害を抱えても元気で長生きする方法が必要です。

#### スライド(29)

2005年に医師で健康哲学研究所長の井上先生という方が、健康寿命を維持・増進するための“健康方程式”を提唱しています。覚えやすい“HOST”という言葉で表現していますが、健康維持には呼吸で取り入れる酸素、食事は粗食で少食が良い事、心の問題として、何事にも感謝する気持ちが健康に繋がる事を説いております。

#### スライド(30)

私は、持病や障害で“健康寿命”を持たない方々のために、井上先生に倣って、健康方程式を考えました。その健康方程式は、“DEET”と表現します。“DEET”の“D”は、ドクター・ドラッグの“D”を表します。持病・障害を持つ方々にはその相談役が是非必要です。定期的な診察や時に起こる不安の解消、薬の副作用チェック、など自分の掛かり付けの先生がとても大切です。尚、スライド下の写真はお話と関係しませんが、夏に訪れたネパールのインドに近いソーラハ国立公園の写真です。

#### スライド(31)

“DEET”の“E”は、エクササイズ、すなわち運動の“E”です。下の写真はネパールの古都、インドとの古い交易都市パンディブル・ターニマイの丘からの風景と、市街でみかけた小学生の写真です。

#### スライド(32)

運動の効用や大切さはいろいろなデータから明らかです。最近の報道でも地震の被災地にある仮設家屋入居者の運動機能低下による認知症進行や震災関連死が伝えられました。

### スライド(33)

また疫学的調査で運動不足が寿命短縮の大きな危険因子であることが示されています。

### スライド(34)

心身の健康寿命維持に運動、特に有酸素運動である散歩や水中ウォーキング、軽いジョギングなどが推奨されています。

### スライド(35)

最近、福祉ジャーナリストで自ら障害者である元・NHK アナウンサーの村田幸子さんが紹介しておりましたが、障害があってデイ・サービスを利用される方々に日常生活での運動が大切と、あえて施設内のバリアを残す、“バリアフリー”ではなく“バリアアリー”の施設、夢のみずうみ村があります。ここでは屋内の段差も階段も長い廊下もこなさないと利用できないようになっています。すなわち、運動とはその方のレベルに合わせて日常生活の中でも十分可能です。

### スライド(36)

運動にしてもリハビリにしても如何にやる気を持続させるかが大切です。左に最近まで連載されていた朝日新聞のリハビリシリーズの記事を載せています。自分の運動やリハビリをする目標は何か大切です。右の写真は脳卒中の後遺症で左手に不自由のある私の患者さんで、趣味の釣りをを行うときに、そのえさを左手の指先で丸める動作が障害ある指先の良い訓練となっていることを教えて頂いた時のものです。

### スライド(37)

さて、“DEET” 3番目の“E”は、Eat、すなわち食事の“E”です。これまでも食事や栄養の大切さについて触れてきました。スライド下の写真はネパール、アンナプルナの登山口ポカラでの写真です。雨期に当たる8月初旬はアンナプルナやヒマラヤの神々しい山々は眺望出来ませんでした。左手2枚の写真は、ネパールの普通の食事と、主に食器を使わず右手で食事している同行のコンダクターの写真です。

### スライド(38)

食事・栄養のポイントは、塩分取り過ぎ注意、そして井上先生が健康者にも説かれているように、素食・少食・糖質制限と野菜中心食が理想です。

### スライド(39)

食事・栄養のポイント第二は、歳をとると嚥下機能が低下すること、誤嚥を起こさないために食事内容の工夫が必要な点です。最近亡くなられた、北杜夫さんも潜在する嚥下機能低下のため、嘔吐後の吐物で窒息死されたと報道されました。

#### スライド(40)

さて、“DEET”の最後“T”は、temperature、すなわち体温の“T”です。スライド下の写真は、ネパール南部の国立公園にアクセスする途中、ソーラハ村のホテル庭園と、ワニが生息するナラヤ川の風景、人なつこい現地の子供さんの写真です。

#### スライド(41)

ここ数年、体温を上げる健康法や、体温を上げることが自己免疫力を高め、健康維持に良いことが紹介されるようになりました。体温を上げる事で、組織タンパクを修復する HSP という成分が増え、病気の自己治癒力につながる事が証明されています。リハビリの立場でも体温が下がると麻痺した手足の動きが悪くなる一方で、入浴などで身体の動きが良くなることもあり、患者さんには体温を上げる工夫、“加温”を勧めています。

#### スライド(42)

体温を上げる工夫は、逆に言えば身体を冷やさない工夫。自分で出来る工夫はたくさんあります。

#### スライド(43)

化学物質に汚染された環境など、自然環境や生活環境の変化で自己免疫力が下がりさまざまな病気を引き起こします。アメリカでは最近、都市の延滞汚染の影響でループス腎炎など、自己免疫疾患が急増しているとの事です。自己免疫力は加齢や心身不調でも低下し健康の危険信号となります。体温を上げることは、自己免疫力が高める健康維持のひとつの有効な方法であり、鍵となります。

#### スライド(44)

今日のお話をまとめます。一つは今どきのリハビリが社会生活環境、医療・介護を支える政治にも大きく影響されていること、今どきのリハビリは、新しい機器や治療手技の導入で格段の進歩が見られていること、今どきのリハビリをうまく利用できても回復を決める最も大切な要素はご本人の生活意欲や健康観・人生観であること、

“健康寿命”を持たない持病・障害を抱える“非健康人”の健康生活維持・増進は、健康方程式“DEET”でまとめられること。かかりつけ医やケアマネへの相談、服薬励行、運動とリハビリ、食事と栄養、そして体温を上げて自己免疫力を高めて健康で長生きしましょう。

本日は、長い時間、私のお話をご聴講いただきありがとうございました。