

リハビリテーション総論

全国回復期リハ病棟連絡協議会
会長 石川 誠

リハビリテーションの歴史

リハビリテーションの歴史

中世ヨーロッパ：破門の取り消し（地位・身分の回復）

近世ヨーロッパ：無実の罪の取り消し（名誉の回復）
(ジャンヌ・ダルク、ガリレオ・ガリレイ)

20世紀初期：罪人の刑が終了、社会復帰（権利の回復）

20世紀初期：傷痍軍人、ポリオ、精神障害、結核患者等のリハ医学の初期（障害を対象）

20世紀中期：リハビリテーションの理念の確立

20世紀後期：リハビリテーション医学の確立

20世紀～21世紀：総合的なりハビリテーションの推進

リハビリテーション (Rehabilitation)

= Re - habilis - ation

= 再び - 適した（ふさわしい） - すること

= 「権利・資格・名誉の回復」

= 再びその人らしく生きる権利の回復

= 全人間的復権

2つの意味に使われる リハビリテーション

広義

- 障害があっても、再びその人らしく生き生きとした生活ができる権利を獲得すること
- 理念としてのリハビリ
＝全人間的復権

狭義

- 理学療法・作業療法・言語療法 等
- 行為・技術としてのリハビリ
＝リハビリ医療サービス

医学的管理によるリハビリ

医療の歴史

世界の医療史（1）

紀元前8万年：ネアンデルタール人
(片側失明十上腕切断者との共同生活)

魔法医学：祈祷・呪術
経験的医術

紀元前400年：ヒポクラテス（医聖）（ギリシャ）

キリスト生誕頃：ランプを持つ女達（訪問看護の原点）

中世：カソリック教会 → 修道院 → 収容施設（ホスピス）

世界の医療史（2）

1820～1910：フローレンス ナイチンゲール（イギリス）

1854：クリミヤ戦争
「クリミヤの天使」「ランプを持った婦人」

1860：セント・トーマス病院
付属ナイチンゲール看護学校

19世紀：看護の確立——→ 近代的病院の開始

日本の医療史（1）

シャーマニズム：アイヌ（スツクル）
東北地方（イタコ）
四国（太夫）
沖縄（ユタ）

病気になったら、いのれ、くすれ。

病気：「普通の病気」と「さわり」に区分
「さわり」は「たたり」と「つきもの」に区分
それぞれ治す（癒す）専門職が存在

日本の医療史（2）

- 730年（奈良時代）：光明皇后「施薬院」
- 757年：養老律令「医疾令」
- 984年（平安時代）：「医心方」
：弘法大師
- 1200年代（鎌倉時代）：忍性「極楽寺」
僧医・看病僧
- 1500年代（桃山時代）：曲直瀬道三（日本の医聖）
- 1713年（江戸時代）：貝原益軒（本草学）「養生訓」
- 1722年：小川笙船「小石川養生所」
- 1774年：杉田玄白「解体新書」
- 1857年：ポンペ 長崎奉行所→長崎大医学部
- 1858年：お玉が池種痘所→東京大学医学部

日本の医療史（3）

明治時代：医師の養成から着手
(医師を頂点とする閉鎖的・派閥的体質)
※看護婦の養成は後手
1885：有志共立東京病院看護婦養成所

第二次大戦後：1950：完全看護
1958：基準看護（4：1）
1974：特2類看護（2.5：1）
1988：特3類看護（2：1）
2006：7：1看護（1.4：1）

欧米と日本の病院の違い

欧米：看護を中心とした発展

日本：医師を中心とした発展

医学的リハビリテーションの歴史

医学的リハの世界史

- 1917 (アメリカ) : 陸軍軍医総監部に
身体機能再建・リハビリテーション部の設置
- 1919 (アメリカ) : 作業療法士協会設立
- 1920 (アメリカ) : アメリカ物理医学会設立
理学療法士協会設立
- 1949 (アメリカ) : Physical Medicine and Rehabilitation
Rusk (第3の医学) · Krusen (物理医学)
- 1950 (世界) : 医学的リハビリテーションはWHO
義肢・装具は国連
職業的リハビリテーションは ILO
教育的リハビリテーションはユネスコ
- 1969 (世界) : 世界リハビリテーション医学会 (IRMA)

医学的リハの日本史

- 1921：柏倉松蔵：柏学園（肢体不自由児の療育施設）
- 1932：東京府立光明学校（肢体不自由児養護学校）
- 1939：高木憲次：クリュッペルハイム東星学園（小児リハビリ施設）
- 1942：整肢療護園
- 1963：国立療養所東京病院付属リハビリテーション学院
日本リハビリテーション医学会
- 1972：身体障害者センター
- 1980：リハビリテーション専門医制度
- 1989：日本リハビリテーション病院・施設協会
日本リハビリテーション看護学会
- 1996：理学診療科からリハビリテーション科に標榜科名変更
- 2001：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会
- 2002：全国訪問リハビリテーション研究会

制度上のリハの日本史

- 1948：医療法
：保健婦助産婦看護婦法（保助看法）
- 1949：身体障害者福祉法
- 1960：身体障害者雇用促進法・精神薄弱者福祉法
- 1961：国民皆保険
- 1963：老人福祉法
- 1965：理学療法士および作業療法士法
- 1981：老人保健法
- 1987：社会福祉士および介護福祉士法・義肢装具士法
- 1997：介護保険法
- 1998：地域リハビリテーション支援体制整備推進事業
：言語聴覚士
- 2001：第4次医療法改正

変化するリハビリテーション医療

リハビリテーション医療の対象疾患

1940年代 1960年代 1980年代 2000年代

結核

骨折・切断

ポリオ・脊髄損傷

脳性麻痺

脳卒中・頭部外傷・難病

高次脳機能障害

廃用症候群

精神障害

今までのリハ医療サービス

- 1) リハ機能の乏しい急性期病院
- 2) 都市部に少ないリハ専門病院
- 3) リハを専門とする医師の絶対的不足
- 4) 顕著に不足するリハ専門職（PT・OT・ST）
- 5) リハ医療に関わる看護・介護職の養成不足
- 6) 発症後の開始が遅く、長期に及ぶ入院期間
- 7) 機能訓練中心で軽視されたADL（日常生活動作）
- 8) 未熟なチームアプローチ
- 9) 不十分な在宅リハ提供体制

これからのリハ医療サービス

- 1) 急性期病院におけるリハ機能強化
- 2) 各地域における回復期リハ病棟の整備
- 3) リハを専門とする医師の充足
- 4) 十分なりハ専門職（PT・OT・ST）の配置
- 5) リハを専門とする看護・介護職の配置
- 6) 発症後早期に開始し、入院期間を短縮
- 7) ADLを重視したリハサービスの提供
- 8) チームアプローチの成熟化
- 9) 在宅における維持期リハサービスの整備

リハビリテーション医療の概念

疾病的治療、合併症の予防、慢性疾患の制御をおこないつつ、各種障害の診断・評価をおこない、的確な予後予測に基づき、生活機能およびQOLの向上を目的に、下記のアプローチ等により、多職種協働で総合的・包括的にチームで実践する医療。

機能回復アプローチ	運動障害・言語障害・摂食および嚥下障害・排泄障害・認知機能障害の回復
代償的アプローチ	残存機能の活用、義肢・装具・車いす等活用、家屋改修等の環境調整
予防的アプローチ	急性期～回復期～維持期に至るすべての時期における廃用症候群の予防
機能維持アプローチ	慢性期における生活機能の維持向上

急性期～回復期～維持期の役割分担

		急性期	回復期	維持期
疾患	慢性疾患		制御	
	合併疾患 (廃用症候群)		予防	
	急性疾患	診断・治療	安定化	
障害	機能障害	改善	改善	維持・改善
	ADL	向上	向上	維持・向上
生活機能			再建	再建・向上
提供拠点		急性期病床	回復期リハ病棟	診療所 訪問看護St. 療養病床 老健施設

リハ医療の変化

疾病の治療が終了し、病状が安定してから開始するリハ医療



疾病の治療、合併症の予防、慢性疾患の制御をおこないつつ提供するリハ医療

- ※ 入院リハの目的は、
 - 〔早期に開始、
 - 集中的に実施、
 - 可能な限り早期に在宅復帰とすること〕
- ※ 退院後は維持期リハ（通院・通所・訪問・短期入所リハ等）で対応

リハ医療における重要点

1. 廃用症候群の予防
2. 心理的支援
3. 機能障害の回復
4. 補装具等の活用
5. ADLの向上
6. 生活機能の維持・向上
7. チームアプローチ

1. 廃用症候群

1950年代に提唱された概念

- ・病気やけがなどによる安静を含む不活発な生活（不動）により、全身又は身体の局所に生じる機能の低下
- ・安静臥床の継続、早期離床しないこと、生活の不活発化により生じる。

- ・皮膚 : 褥瘡・白癬症
- ・運動機能 関節 : 関節拘縮（関節が固くなる）
骨 : 骨粗鬆症（骨がもろくなる）
筋 : 筋萎縮（筋力が減少する）
- ・心肺機能 : 心拍出量低下・肺活量減少 → 易疲労性
- ・下肢静脈 : 深部静脈血栓症 → 肺梗塞
- ・摂食機能 : 低栄養 → 免疫機能低下
- ・排泄機能 : 便秘・残尿・尿路感染症・尿路結石
- ・知的活動 : 低下

発症早期に生じる「廃用症候群」

疾病の急性発症

*持続点滴・膀胱留置カテーテル・気管内挿管・酸素吸入・中心静脈栄養・経管栄養等の処置

*手術等の治療

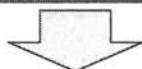
ベッド上安静臥床

数日～数週で生じる廃用症候群

寝たきり

発症早期における「廃用症候群」の予防

数日～数週で生じる廃用症候群の予防



早期離床と早期リハビリテーション

集中的リハ必要例は早期に回復期リハ病棟へ

早期離床

かつて、寝・食 分離

現在は、寝・食・排泄・清潔 分離

可能な限り発症早期から離床時間を増やし
普通の日常生活活動に移行すること

- ・寝る所 : 寝室（ベッド）
- ・食べる所 : 食堂（椅子と食卓）
- ・排泄する所 : トイレ
- ・清潔にする所 : 浴室・洗面所

早期リハビリテーション

第1：看護・介護職による「早期離床」

第2：理学療法（PT）、作業療法（OT）
を発症から3日以内に開始

保険上、厳しくなった廃用症候群の診断名

廃用症候群に係わる届出添付書類

算定している点数（該当するものに○）	脳血管疾患等リハ I・II・III
1 廃用をもたらすに至った要因	
2 臥床・活動性低下の期間	
3 廃用に陥る前のADL	
4 廃用の内容	
5 介入による改善の可能性	
6 改善に要する見込み期間	
7 前回の評価からの改善や変化	

「1」の要因については、原因疾患等についても記載すること。

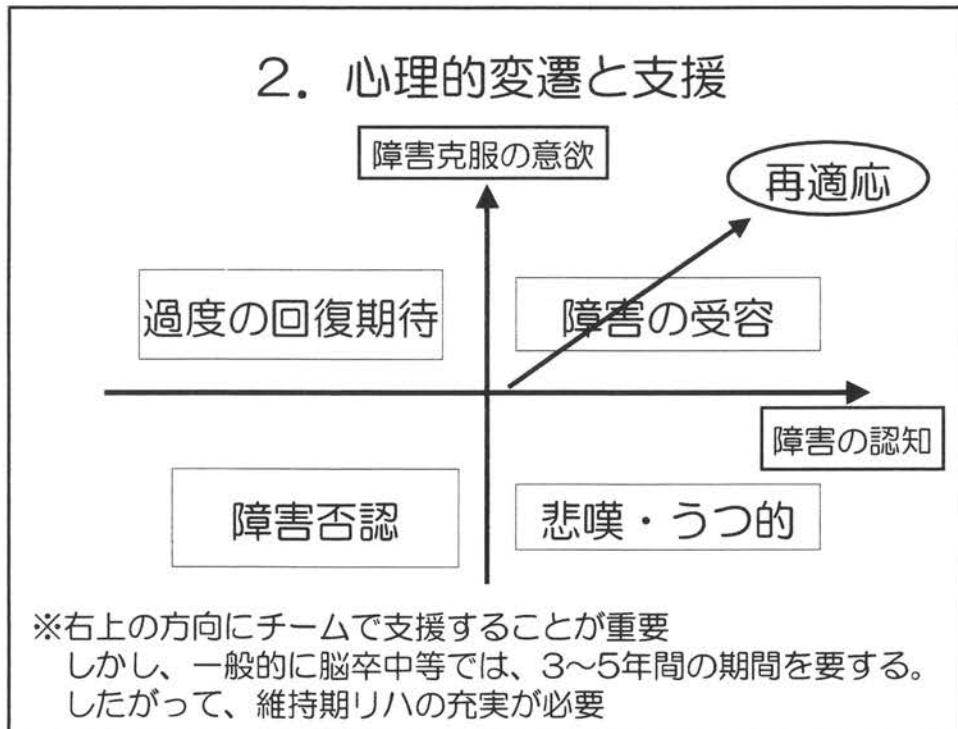
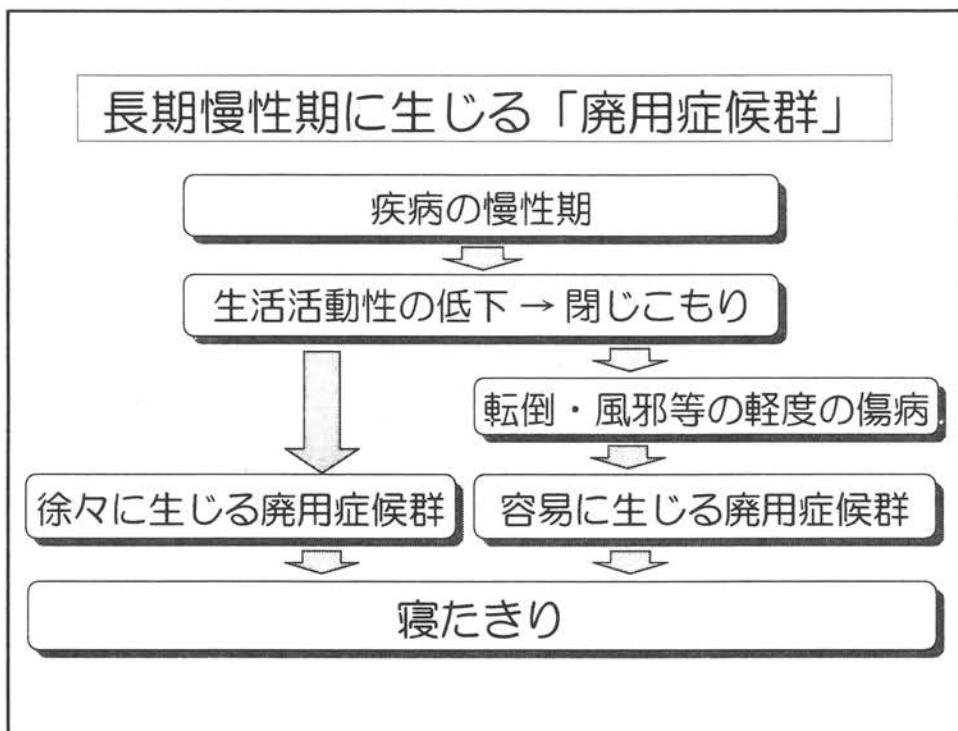
「3」については、「1」の要因が生じる直前のADLについて記載すること。

「4」については機能障害の種類、ADLの低下の程度等について記載すること。

「5」については、どの程度までの改善を見込めるかについても記載すること。

「6」については、「5」で記載した状態までの改善に要する期間の見込みについて記載すること。

※ 上記を毎月、医師が記載し、レセプトに添付。



3. 神経機能障害の回復への挑戦

神経生理学的アプローチ

ファシリテーションテクニック
Fay、Kabat、Knott、Bobath、
Lood、Brunnstrom、Vojta、

CI療法
促通反復療法

TES・FES

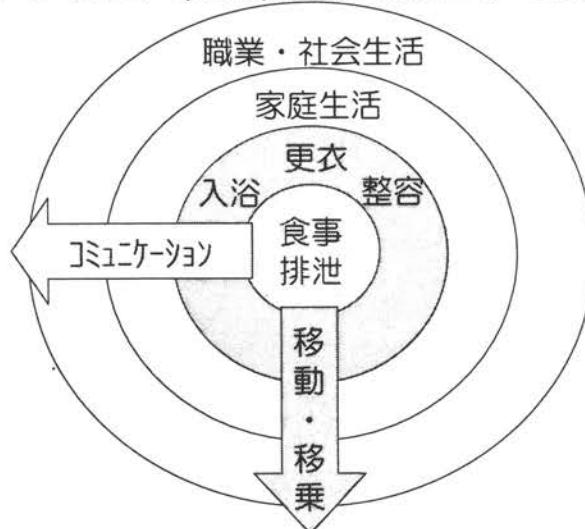
高頻度に実施することで改善することは立証されているが。
左記療法は
Evidence Level I

※ 現在、多職種による自然回復を育む、成熟したチームアプローチが最良の方法

4. 補装具等の活用

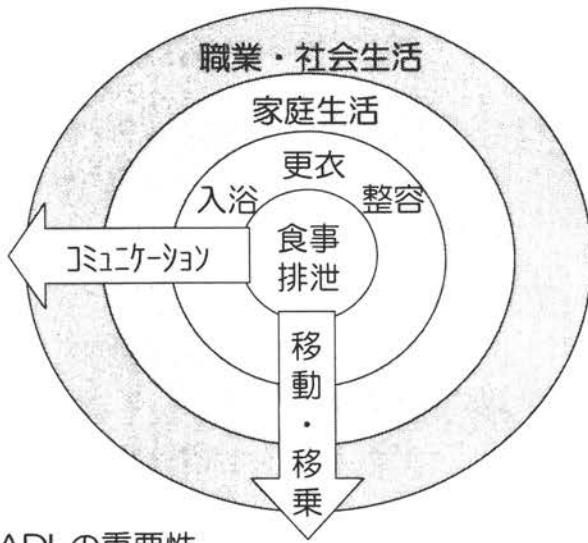
1. 車いす : 体型への適合
: 回復に応じた使用頻度調整
2. 杖 : 回復に応じ段階的使用
3. 下肢装具 : 早期装着
回復に応じて段階的再作成
4. 家屋改修 : 必要最低限に
大部分は維持期リハの役割

5. ADL（日常生活動作）の向上



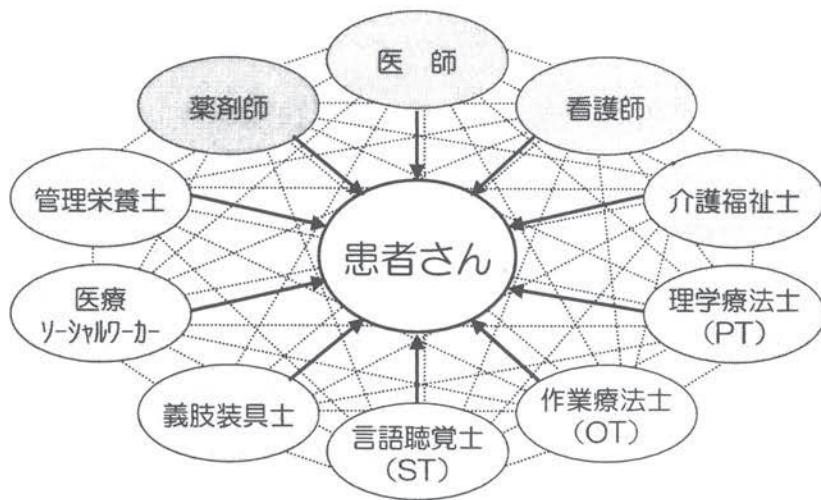
※ ADLの中心は食事と排泄、極めて高い病棟ADLの重要性

6. 生活機能の維持・向上



※ IADLの重要性、
家庭訪問・環境調整・社会生活の援助の充実、
退院後のフォロー、維持期リハの重要性

7. 多職種によるチームアプローチ



※ チームアプローチの成熟度は日々の情報伝達のネットワーク
在宅維持期ではチームアプローチの難易度が高い