

患者から見たリハビリテーション医学の理念

多田 富雄

初めに断っておくが、私はリハビリテーション（リハビリ）科の医師でもなければ、専門の療法士でもない。基礎医学の研究者として、長年医学教育の場で働いてきたが、五年前に脳血管障害による片麻痺になり、それ以来リハビリに励んでいる患者である。その間にリハビリ専門病院を含む、五つの病院にお世話になった。これは五年間のお付き合いで、私が実感したリハビリ医療に関する私見である。

私がリハビリ医学の理念に関心を持ったのは、政府によって本年四月に実施された診療報酬改定で、リハビリ医療が日数で制限されるという、いわゆる「リハビリ打ち切り問題」に、患者として深く関わったからである。

この問題を通して、リハビリ医療はひとつの社会問題となった。不思議なことに、リハビリ医学会からは、無責任にも何の反応がないので、患者として発言することをお許しいただきたい。専門家が黙っているのなら、広い意味で医学に携わった同業者である私も、発言する権利がある。今回の改定は、患者を苦しめるだけでなく、リハビリ医学に対する冒瀆でもあるからだ。

私は、実際に厚労省のやり方に反対して、言論活動や署名運動を続けてきた。患者としてのみならず、医学研究者として、この不正義に黙っているわけにはいかないのである。

私は、いつの間にかリハビリ問題の専門家のようになり、いくつもの論考を、新聞や雑誌に発表した。大きな反響が寄せられた。それを通して、リハビリ医療の理念と現実に、

改めて目を見開かせられた。多くの新しいことを学んだ。ここに考察したのはあくまで患者の立場から見た、リハビリ医療の問題点である。

理念と実際

リハビリテーションはRe（もう一度）habilis（適する、快適に住まう）というラテン語から来ている。文字通り、人間に適した生活を取り戻すことを意味する。中世のヨーロッパでは法王庁から破門された人間が、再び破門を解かれて、キリスト教徒として復権すること（全人的復権）を指した。

医学用語となっても、リハビリは単なる機能回復訓練のみであってはいけない。障害を持った個人の、人間としてふさわしい生き方を回復すること、すなわち社会復帰を含めた、人間の尊厳の回復が目的である。全人的復権というのはこの意味で正しい。

リハビリ打ち切りを黙認した、厚生労働省の無責任な御用団体、「[高齢者リハビリテーション研究会](#)」の文書の「はじめに」にも、「リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。したがって、介護を要する状態となった高齢者が、全人的に復権し、新しい生活を支えることは、リハビリテーションの本来の理念である」とある。厚生労働省が、今度の改定で参考にしたという、「高齢者リハビリテーション研究

会」の公式文書である。何と、打ち切りを許してしまった現実とはかけ離れた主張を、ぬけぬけと書いているものである。

理念は理念として、実際には障害を持った患者の機能回復訓練が、現在のリハビリ医療の中心となっていることは否めない。欠損した身体への代償法、麻痺などで動かなくなった身体機能の改善、障害の二次的拡大の予防、残存機能の維持保全、生活への適応など、患者にとって必要な医療を施す専門科である。

生体の欠陥部分を再生させる「再生医学」は、まだ視野に入っていないし、また欠損機能を代替する、ロボット工学も、実用化には程遠い。

失った機能はどんなことをしても、もとどおりになるわけではない。残存機能を強化維持し、いかにして生活環境に適応させるかが重要なミッションとなる。その点で、心身に障害を抱えた患者の、クオリティ・オブ・ライフ（QOL）を上げることを目的とした医療といえるのではないだろうか。その目的のテクノロジー（器具を含む）を開発し、それを個々の患者の病態に適用させるのが治療の大分を占める。

リハビリ科の医師は、大別して整形外科のバックを持ったものと、脳神経系医学のバックを持ったものがいる。初めからリハビリ専門家というのは、もっぱら四十歳以下の若い医師である。

日本のリハビリの歴史は、戦後から始まったとあって大きな間違いにはならないだろう。その前は、整形外科や物理療法内科の電気治療や温泉療法的なものがあっただけである。

私が医学生だった昭和三十年代には、リハビリの講義すらなかった。それが今では、なくてはならない診療科に発展している。東大では、現在診療サービス部門として、リハビ

リテーション部が設けられているが、内科や外科のように、独立した講座や教室があるわけではない。

こうした事情から、医師の出身の違いによって、特徴が出ると思われる。整形外科の出身者は、運動器など末梢の障害の専門的医療に力点を置くが、脳神経系の出身の医師は、麻痺などの原因となった神経系の問題に、より関心を持つ傾向がある。その二つが融合してリハビリ科を作り上げている。

個別性と多様性の医学

リハビリ医療のひとつの特徴は、治療の対象となる障害、それを持つ患者の多様性、個別性が大きいことである。ある患者は、整形的対処が適当だし、別の患者では脳神経系の知識が必須である。症状の多くはその両方である。

個別性はほかにもある。患者によっては、マニュアル通りに訓練すればよくなるものもいるが、多くの患者では、オーダーメイド的治療の処方が必要となる。訓練も一人ひとりの個別性を無視することはできない。

個別性とは、まず症状の多様性である。理学療法士は、基本的には医師の処方に従って訓練や指導を行うが、知らず知らずに患者の持つ個別の症状に合わせた訓練、いわばオーダーメイドの訓練にならざるを得ない。

さらに複雑にする要素は、末梢の障害の部位が異なるという個別性ばかりでなく、対応する中枢神経の支配の多様性によって、異なった対処が必要になることである。脳神経の損傷による障害では、病変が起こった脳の部位によって、当然末梢の障害の部位、程度、性質が異なる。身体の障害部位の多様性を考えるほかに、支配している脳神経の障害の多様性を考えなければならない。

病態や治療を決定する二重の個別性である。たとえ同じ右麻痺と診断されても、脳の病変部位や広がりちょっとした違いによって、失語症や失認症を伴うものと、そうでないものがあり、当然、大きく対応は異なるはずだ。

同じように見える麻痺でも、患者によって筋緊張の高いのも低いものもある。患者は性質の異なった苦しみを持つ。誰ひとりとして、同じ症状の患者はいない。対応は一人ひとり異なる。

脊髄損傷で、損傷の部位によって障害が異なるのは当然のことだが、加えて、性別、年齢、生活環境その他、外的、内的要因で対応を変えねばならない。さらに精神的、心理的面の違いによって、異なったケアもしなければならない。一人ひとりがこのように違う病態と愁訴に対して、異なったりハビリ処方及要求されるのである。

厚労省は「専門家の意見を聞いて改定を行った」というが、どんな専門家に意見を聞いたのであろうか。一律に、日数で打ち切るなど、乱暴で非科学的なことを言う専門リハビリ医の顔が見たいものである。そんなリハビリの専門家がいたら、不見識と非難されるほかあるまい。

Narrative-based medicine

このように、患者の個別性を対象にするリハビリ医療は、近代医学が金科玉条としてきた普遍性を追求する科学は通用しない。だからマニュアル的医療では済まないのだ。最近流行の **evidence-based medicine (EBM)** (数値的根拠に基づいた医療) の概念も、ここではあまりそぐわない。個別的、全人的医療を施しているという自覚がなくてはできない医療なのだ。そういう意味で、リハビリ医療は **narrative-based medicine (NBM)** (愁訴に基づい

た個別性の医療) の典型である。

とって、リハビリの専門医でもない私が、リハビリ医療を前近代のと貶めるつもりは毛頭ない。逆に、リハビリ医療こそ、数値だけの冷たい医療ではなく、個別性を大事にする暖かい、全人的、本来の医療であることを強調したいのだ。

癌や難病などで、最近盛んに言われている、遺伝子に基づくオーダーメイド医療の概念のさきがけになるといっているのだ。遺伝子的多様性 (**generic polymorphism**) でなく、後形質的多様性 (**post-phenotypic polymorphism**) を対象にしたオーダーメイド医療なのだ。近代医療が忘れてきた、一人ひとりの患者に、いやでも全人的に対応せざるを得ない医療だから、かえってポストモダンの問題を先取りしていたのである。

医師と療法士

こうした患者の多様な病態に関する知識は、医師はもとより、直接に患者を指導する理学療法士などパラメディカルの人たちの体に、経験を通して脈々と受け継がれている。これは彼らが、経験的に一人ひとりの患者を先生として発見した知識の集積なのである。

麻痺の苦しみは、なったものでないとわからない。どこがどう苦しいのか、どうしてもらいたいのか、文献を読んでもある程度しかわからない。医師や療法士が知識として知っているのは、リハビリ医学の教科書に書いてあることと、経験から自ら学んだことである。教科書の記載は、複雑な個々の病態には、あまり役に立たない。経験に学ぶことが、リハビリ科の療法士には特に求められている。

その証拠に、私は何人かの言語聴覚士の指導を受けたが、一人ひとり指導の仕方が全く異なっていた。教

科書の知識の上に、患者から学んだ個々の経験の積み重ねがあったのだ。

それは医師にもいえる。リハビリ医療には、科学的に進歩しているとはいえない領域もある。嚥下のリハビリなど、何ひとつとして近代科学的に応用できるテクノロジーはない。私はリハビリ医学会の特別発言を求められたとき、「嚥下リハビリは石器時代ですね」と言った。言語リハビリに使う、リフトという、軟口蓋を押し上げる装具があるが、中世の拷問器具に異ならない。まだまだ一人ひとりの患者の病態に学びながら、研究改善しなければならないことが多いのだ。医師もそれを認識して、謙虚にならなければならない。訓練室で、患者の訓練の様子を見ていない医師は、ほぼ信頼するに足りない。

一方、経験ある理学療法士には、実に勝れた洞察能力が備わり、患者の苦しみを軽減する方法を探してくれる。マニュアルどおりのことではすまない場面に毎日当面しているから、そんな洞察力がつくのだ。個人のレベルの違いは、こうして生まれる。

ところが、そんな能力を持つ医師のほうが少ない。知識だけではわからないことに対処するのだ。医師は、実際の患者の訓練をもっと見守る必要がある。よく観察すれば、独創的なアイデアが生まれるはずである。

患者がある症状を呈するとき、どの筋肉を強化すべきか、どうすれば苦痛を軽減して、力を入れることが出来るようになるか、どんなストレッチをすれば苦痛が和らぐのか。総論的知識は必要だが、理学療法士は患者から学んだ知識で行う。

私の場合は重度の右麻痺で、大腿四頭筋などは、まったく自発的には動かないが、大腰筋と腸腰筋は少し

だけだが動く。これを強化して歩く訓練をしてきているらしい。私は幸運にも、そういう能力を身につけた理学療法士に出会い、心から尊敬するようになった。それが実力の違いになる。

こういうことは数値では表せないし、計測の方法もない。残存筋予備能力（フィジカル・アヴェイラビリティ）を計測し、応用する研究も必要だ。

日常生活も、作業療法士抜きには回復し得ない。言語療法士は、構音の複雑な生理学を理解し、口のきけない人や失語症の患者をしゃべれるようにする。言葉の意味がわからない失語症には、絵画や習字を習わせながら、人間復帰させる。単調な訓練をいやな顔ひとつせず、長期にわたって献身的に続けてくれるおかげである。それも、一人ひとり原因も症状も違った患者に対応して、療法士が自ら発見したやり方を持っているからできるのである。尊敬のほかはない。

しかし、こういう使命感を持った療法士の数は、年々減っているという。今回のように医療制度が変わって、人員削減や、資格の認定基準などが変われば、実力を持った療法士が誇りを持ってやっていくことができなくなる。無用の事務処理に時間をとられて、本来の業務をこなせなくなっていることにも責任がある。

個々の療法士のレベルには大きな差ができる。介護保険で、代替の人員を安易に認めれば、リハビリの質の低下は免れない。簡単に養成できるものではないのだ。資格をゆるくするのはリハビリ医療を危険に陥れる。やる気のある療法士の卵が、いい環境で、多様な経験を積むことが、勝れた療法士を育てるために絶対必要なのだ。

リハビリ科は、医師や療法士にと

って、今でも毎日が発見と学習の場である。研鑽の対象は、患者一人ひとりの体と残存能力である。そんな魅力的な医学領域は、もうそう多くない。好奇心に富んだ若者が、生きがいを持って参加する絶好の領域であろう。それは、五年余り患者として何人もの療法士と付き合った経験から、はっきりといえる。

そんなリハビリ医療が、いま崩壊しようとしているのだ。元凶が、今回の診療報酬改定である。それにより、一方では人員削減が起こり、技術の伝承ができなくなる。他方では一人当たりが担当する患者数が増え、技術を維持するための研鑽の時間がなくなる。こうしてリハビリの質が低下するのだ。療法士の技術を不当に貶める、介護保険の代替治療者をはびこらせることにもなる。国家試験でレベルを維持してきた療法士以外に、この難しい仕事を肩代わりさせようとする動きがもう出ている。リハビリ医学会も療法士協会も、こうした問題の所在の自覚がないと、自ら自分の首を絞めることになる。そして、今回の診療報酬の大改悪に手を貸してしまうことになるだろう。今回の改定では、生きがいと誇りを持てる仕事、官僚によって汚されるのだ、いまこそ声を上げて欲しい。

私は自分が障害を負ってから、リハビリ医療が真の科学であることを認識し、弟子の一人を送り込んだくらいである。治療の対象の個別性を極め、その上で普遍的な法則を見つける。科学者なら一度は挑戦したい領域ではないか。

諦めと受容、そして適応

ある種の障害は、努力すれば無限に改善してゆくものではない。治るものは三日でも改善するが、どんなにリハビリを強化しても、治らぬものは治らない。脊髄損傷や脳血管障

害による麻痺は、現在の医学ではどうしようもない。ポリオや難病による障害も完治するわけではない。そういう患者にも、リハビリ医療は対応し、希望を与え続けなければならない。リハビリ医療のもうひとつの側面には、諦めと受容、さらに適応という特殊な面がここで現われる。

初めから治らない患者にも、最後の命綱としての医療を施さねばならないことになる。その精神的重圧は、死を看取るホスピスの医師に匹敵するだろう。静かに運命を受け入れ、患者に治ることのない障害を受容させることも、リハビリ医に課せられた重要なミッションである。

そのときできることが、初めに述べたとおりre-habilisである。いかにして障害を最小限にとどめ、社会に適応して積極的に生きる道を見出すか。完治するところまではいかなくても、機能訓練で社会復帰を目指す。体の代償能力を最大に発揮させ、苦しみを軽減させ、生活に適応させ、いかにして尊厳ある人間を回復させるか、そこにこそリハビリ医療の真骨頂がある。

そのためには、回復できない障害を持った患者の、残存した機能を維持させ、それ以上機能低下が起こらないようにすることが、大切なリハビリ医療になる。

リハビリ医療のミッション

リハビリ医療の特殊性を無視したのが、今度の厚労省の診療報酬改定によるリハビリの日数上限の設定である。リハビリを必要とするあらゆるカテゴリーの患者に、いま述べたミッションを施すのが専門家としての役割である。

この改定でリハビリを打ち切られた後、徐々に機能が低下し、寝たきりになってしまう人々がいる。しかし厚労省のアドバイザーとなった「専門家」と「学会」は、患者を

救おうとしていない。

犠牲者の第一号になったのが、不幸にも社会学者の鶴見和子さんであった。例にあげるのも痛ましくてはばかれるが、十一年前に脳出血で倒れられてからも、リハビリによって、自立して精力的に文筆活動をしていたが、今年になってリハビリ打ち切りが宣告された。回数が減らされた後、間もなく起き上がれなくなり、七月三十日に亡くなった。その前に彼女が詠んだ歌に、

まつりごとびと 政人 いざ言^{こと}とわん^{おいびと}老人 われ
生きぬく道のありやなしやと

寝たまりの 予兆なるかなベッド
より 起き上がることのできずなりたり

直接の死因は癌であっても、リハビリ打ち切りが死を早めたのは確かである。小泉さんがこの碩学を殺したと、私は思っている。病床で書いた「老人リハビリテーションの意味」というエッセイには、維持期のリハビリがどんなに生きるために必要かが、切々と語られている。そして、今回の改定は、老人に対する死刑宣告だと、いつになく激しい語調で糾弾している（藤原書店、『環』二十六号）。リハビリの「専門家」といわれた人はこの文を読んで欲しい。あなたの専門家意識が打ち砕かれることだろう。

もうこれ以上語るまでもあるまい。このような老人を救うミッションが、リハビリ医療には厳然としてあるはずである。またそれを忘れた専門家意識が、鶴見さんの死を早めたことを糾弾されるであろう。

リハビリを機械的に日数で打ち切るといふ乱暴な政策には、断固として反対するのが、専門家の職業倫理として当然であろう。上に述べた理念からも、許せないとは思わない

だろうか。治療現場では、リハビリを絶対に必要としている患者がいることくらいよくわかっているはずだ。犠牲者の声も上がっている。

政府には、社会のセーフティネットから落ちこぼれた医療難民を作り出した責任がある。それを「専門家」の意見を聞いて策定したとって逃げている。診療報酬改定の責任は、アドヴァイスした一部のリハビリ医も追及されるべきである。それで恥ずかしくないのかと問いたい。リハビリ医学会は、たとえ一部の人の判断だったとしても、自分で書いたリハビリ医療の理念から逸脱した改定を許してしまったことを、謙虚に反省しなければならぬ。

再び言う。リハビリ科の医師には、苦しんで死に瀕している患者がいればそれを救うという、「専門家」としてのミッションがある。リハビリ医学会は、それを自ら放棄してしまったのだ。他の医学会や医師会の批判の目に気づかないのだろうか。自分たちの使命を最終的に護るのは、職業団体としての学会の務めである。今回の制度改訂に対して、関連学会、協会は、全く態度を鮮明にしていない。むしろ厚労省に加担しているかに見える。これを直視し、謙虚に反省しなければ、学会員の信頼が得られまい。またほかの学会からも軽蔑されることだろう。

問題が起こったときに、真っ先に声を上げるのは、関連学会の務めである。それを怠ると、必ず内部に亀裂ができる。このような社会問題と化した中での沈黙は、基礎医学の学会運営を長年やってきたものには、到底考えられぬことだ。私は患者としてばかりでなく、同じ医学の研究に携わるものとして、今後も追求を止めることはない。

（ただ とみお・免疫学）