

日付：2024 年 11 月 7 日

研修名：2024 年度第 4 回 JR 広島病院 教育研修会

タイトル：急性期病院におけるリハビリテーションの動向（および戦略的解説）

氏名：三上幸夫

所属：広島大学病院リハビリテーション科

座長：田中 信弘 診療部長

1. リハビリテーション医療・医療の専門性

リハビリテーション医学・医療は、「機能を回復し、障害を克服し、活動を育む」ものであり、「機能障害科学」と称されることもある。

世界保健機関（以下、WHO）の中心分類で疾患・外傷は国際疾病分類 ICD（International Classification of Diseases）を基に分類される。他方、機能障害に関する国際的な中心分類としては、WHO が 1980 年に発表した国際障害分類 ICIDH（International Classification of Impairment, Disability, and Handicap）が用いられてきたが、2001 年の第 54 回 WHO 総会において、その改訂版として ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health）」（図 1）が採択された¹⁾。

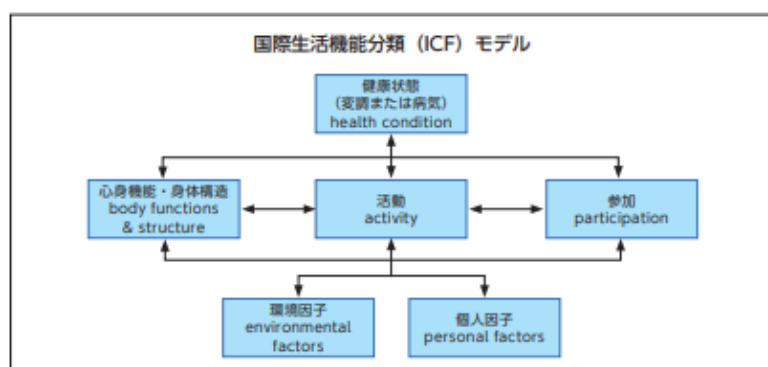


図 1

ICF は、人間の生活機能と障害に関して、アルファベットと数字を組み合わせた方式で分類するものであり、人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元及び「環境因子」等の影響を及ぼす因子で構成されており、約 1,500 項目に分類されている。ICIDH が身体機能の障害による生活機能の障害（社会的不利を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICF はこれらの環境因子という観点を加え、例えば、バリアフリー等の環境を評価できるように構成されている。このような考え方は、障害者はもとより、今後の保健・医療・福祉サービス、社会システムや技術のあり方の方向性を示唆していると考えられている。ICF の活用により、a) 障害や疾病を持った人やその家族、保健・医療・福祉等の幅広い分野の従事者が、障害や疾病の状態についての共通理解を持つことができる、b) サービスの計画や評価、記録などのために実際的な手段（フレームワーク）

を提供することができる、c) 障害者に関する様々な調査や統計について比較検討する標準的な枠組みを提供することができる、ことが期待される。尚、ICF の実戦的な普及を図るために特定の健康問題、対象者、医療状況に応じた項目を抜粋した ICF コアセットが作成されている。ICF コアセットには包括版、短縮版、一般版の 3 種類があり、評価者は目的に応じてコアセットを選択できる。

リハビリテーション医学・医療では、この ICD・ICF の概念に基づいて、健康状態（疾患・外傷）を管理し、背景因子（個人因子・環境因子）を把握した上で、リハビリテーション治療・支援を通じて、患者の機能回復と活動性改善に努めることを専門性としている。また、リハビリテーション医学・医療では予防的アプローチも重要な課題である。

2. 科学的なリハビリテーション医療の実践

リハビリテーション医療はリハビリテーション医学という科学的な裏づけを基に行われる。その中核をなすのが、リハビリテーション診療であり、リハビリテーション診療には、診断・治療・支援の三つのポイントがある。

リハビリテーション診療では、機能や活動性について、各種の検査や評価の結果も踏まえながら、リハビリテーション診断を行う。そして、適切な治療法を組み合わせたりリハビリテーション処方を作成し、リハビリテーション治療を実施していく。さらにリハビリテーション治療に相まって、環境調整や社会資源の活用などのリハビリテーション支援を行い、患者の日常生活動作 ADL（Activities of Daily Living）と活動・参加を最大限まで高めることを目指す。科学的なリハビリテーション医療を実践するためには、ADL の定量的評価は不可欠である。Barthel Index は最も利用されてきた ADL 評価法である。簡便に評価できる方法であり、看護・介護の領域でも広く使われている。機能的自立度評価法 FIM（Functional Independence Measure）は国内のみならず、世界で広く使われている評価法である。日常生活における実際の状況を「している」ADL として評価し、Barthel Index にはない認知機能に関する項目もある。

リハビリテーション診療では医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、社会福祉士/医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員/ケアマネジャー、介護福祉士などがチームを形成し、診療を実践しているのが特徴である。超高齢社会となった現在、リハビリテーション診療の範囲は幅広くなっており、ほぼ全診療科の疾患・外傷に関連する生活機能低下と障害が対象となっている。また、リハビリテーション診療は、急性期・回復期・生活期の三つのフェーズに分類される。それぞれのフェーズにおけるリハビリテーション診療が果たす役割（図 2）を知っておく必要がある²⁾。ここで、科学的なリハビリテーション医療を実践するためには、ICF に基づいた定量的な評価・診断（調査 Survey）後に、リハビリテーション会議におけるリハビリテーション計画の作成・説明と同意（計画 Plan）、治療中のリスク管理（実行 Do）、機能・活動性の定量的な再評価（評価 Check）、リハビリテーション計画内容の見直し・経過の説明と同意（改善 Act）、といった一連のプロセスが

必須である。

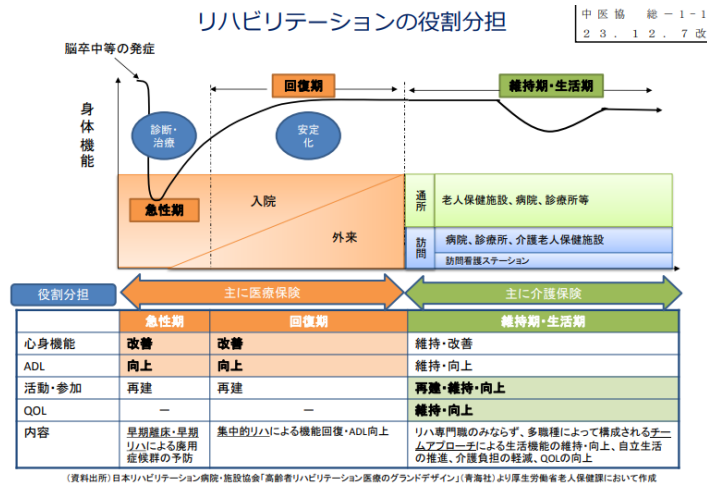


図 2

3. 急性期リハビリテーションへの期待

医療は早期診断、早期治療が原則であり、リハビリテーション医療も早期から診断・治療を開始する必要がある。即ち、発症・受傷・術後早期にリハビリテーション科医が診察し、早期から離床して動かす必要がある。安静とは無動・不動あるいは低活動の状態であり、臥床とは身体の長軸方向に重力負荷が掛からない状態のことである。安静臥床が続くと、血液量・筋量・骨密度の減少や関節の拘縮が生じる。これらによって筋力・持久力低下、起立性低血圧などが引き起こされる。さらには認知機能も低下し、不動状態が進んで行く。しかし、これらはいずれも離床と運動で防ぐことができる。Schweickert WD ら³⁾は、ICU で早期に運動療法を実施した群では、ADL が自立した患者が最終的に 80% 近くに達したが、対照群では有意に低値を示したと報告している。また、Kitahata Y ら⁴⁾は、膵がん患者の周術期に高負荷・長時間の運動療法を実施した群では、対照群に比べて、術後呼吸器合併症が減少し、術後在院日数も短縮したと報告している。

急性期のリハビリテーション診断におけるポイントとして全身状態の評価があげられる。特に急性期でのリハビリテーション治療では病状が安定していないこともあり、併存症と合併症を含め評価しておくことで、訓練中に起こりうる合併症を想定することができ対応が可能となる。リスク管理はリハビリテーション診療に重要であるが、最大のリスク管理は患者をよく知ることである。すなわち評価を十分に行い、急性期医療チームのメンバーで共有し、それぞれがしっかり把握しておくことである。

早期からの高強度・長時間リハビリテーション治療の有効性に関するエビデンスは蓄積されてきている。「全身を診る」Whole Body の観点を持ち、リハビリテーション科医と療法士による最良の医学的管理の下での、急性期リハビリテーション医療を実践する必要がある。

1) 久保俊一, 三上幸夫, 他: 総論 リハビリテーション医学・医療・診療: 総合力がつくり

ハビリテーション医学・医療テキスト 第1版, P13, 日本リハビリテーション医学教育推進機構, 2021.

- 2) 厚生労働省ホームページ：<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000162530.pdf>
- 3) Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, Spears L, Miller M, Franczyk M, Deprizio D, Schmidt GA, Bowman A, Barr R, McCallister KE, Hall JB, Kress JP. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009 May 30;373(9678):1874-82.
- 4) Kitahata Y, Kouda K, Tajima F and Yamaue H, et.al. *Langenbeck's Archives of Surgery* (2018) 403:711–718