

綜 説

医学的リハビリテーションを考える

—理学療法の実状と将来—

伊藤直栄

信州大学医療技術短期大学部理学療法学科

Consideration of Medical Rehabilitation
—Present and Future of Physical Therapy—

Department of Physical Therapy, School of Allied Medical Sciences,
Shinshu University

Key words: rehabilitation medicine, medical rehabilitation, [impairment, physical therapy, investment to health

リハビリテーション医学, 医学的リハビリテーション, 障害, 理学療法, 健康への投資

I はじめに

非常に広い分野を有する医学的リハビリテーションについて限られたスペースでまとめることは筆者の手に余るところであるが、この世界に席をおいている者にとっては、自己を原点に戻して見直し、さらなる前進をするためにはよい機会であるので、次のような順に従ってのべることにする。

最初にリハビリテーションの定義に触れ、それから、医学的リハビリテーションとリハビリテーション医学についてのべ、次にリハビリテーション医学技術の発展過程、それから医学的リハビリテーションチームメンバーの現状、さらに「障害」という言葉の内容の捕え方、リハビリテーション上の大きな問題、特殊対象疾患、最後に身体障害者リハビリテーションのもっとも大きな技術的支柱の1つである理学療法についてのべ、それを基にして将来の展望について私見をのべる。

II リハビリテーションの定義

1941年(昭和16年)にアメリカの全国リハビリテーション委員会が定めた定義によると「障害者が身体的・心理的・社会的・職業的・経済的有用性を最大限に回復すること」となっている。また、1968年(昭和

43年)に世界保健機関が述べた定義は「障害をもった場合に機能的能力が可能な限り最高のレベルに達するように個体を訓練あるいは再訓練するために、医学的・社会的・教育的・職業的手段を併せ、かつ調整して用いること」とされている¹⁾。日本リハビリテーション医学会はリハビリテーション白書(1979年発行)²⁾の中で「リハビリテーションとは、人間たるにふさわしい権利・資格・尊厳が何らかの原因によって傷つけられた人に対して、その権利・資格・尊厳などの回復することを意味するもので、単なる治療訓練の域をはるかにこえて、全体的な人間としての障害者の生きる権利の回復“全人間的復権”である」とリハビリテーションの理念を明確にしている。この日本リハビリテーション医学会の理念は非常に高い格調を感じさせるものである。これらの定義でのべられているように障害者のリハビリテーションには4つの場面がある。1)医学的リハビリテーション、2)職業的リハビリテーション、3)社会的リハビリテーション、4)教育的リハビリテーションである。これら4つの場面に加えて心理的リハビリテーションの重要なことに注目する必要がある。それは、身体障害者の心理的打撃はすこぶる大きいことに注意をはらわなければならないからである。砂原³⁾は現在の医学は「単に病気を治すだけの医学の

時代から、患者や障害者が家庭生活を楽しみ、社会参加をなしとげ、人間としての生きがい回復することを目指す医学的リハビリテーションの時代に移り変わったといっても過言ではない」とのべている。リハビリテーション医学の先達 Rusk⁴⁾ は「リハビリテーションはすべての医師の務めである。すべての医師はその治療の目標にリハビリテーションを置かなくてはならない」といっているが「すべての医師」というところを「すべての医療従事者」とおきかえる必要がある。Rusk はまた、「リハビリテーションとは「人生に年月（物理的時間）を縫ぎ足すだけでなく、延長された年月に生命をつぎ込むことである」といっている。

リハビリテーションが「人間らしさの回復」「生活の質の向上と回復」を目指しているのであるが、障害者の障害の度合、治療医学の限界から、リハビリテーションサービスを受けた障害者の終着点の現実には完全復帰可能な事例からねたきりの事例、さらに植物人間と呼ばれる事例まで多様である。リハビリテーションの目標を「何かをなすこと、なせるようにすること」に置くとなれば、重度障害者は対象外になってしまい、彼らの存在自体を否定することにもなりかねない。しかし、どんな状態であっても「障害者個人そのものが存在することに価値がある」とすれば先の心配が消えるばかりでなく、積極的に生きる目的ができるし、そこに、はかりきれない可能性が出て来ることもある。これまでにわれわれは障害者から無限の可能性を多々教えられてきたし、それを教訓としなければならない。

Ⅲ 医学的リハビリテーションとリハビリテーション医学

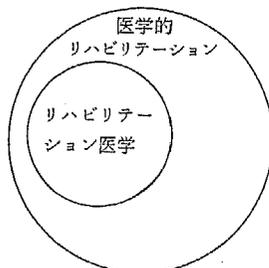


図1 医学的リハビリテーションとリハビリテーション医学の関係
(砂原茂一：リハビリテーション⁵⁾より引用)

図1のごとくりハビリテーション医学は医学的リハビリテーションの中に含まれた一分野である⁵⁾。図のようにその境界線は明確なものではないが、リハビリテーション医学の中核は運動障害を対象とする学問分野であるが、運動と関連の深い心・肺・腎疾患をも、これに含められるかどうかはまだ理論的に確立されていない。歴史的には、運動機能障害に対するリハビリ

テーション技術は第2次大戦を契機として急速に発達し1つの専門領域—リハビリテーション医学分野—を形成し、現在に至っている。一方、障害者の全人間的復権というリハビリテーションの目的達成には先にのべたような医学的アプローチのみならず職業的、社会的、教育的、心理的アプローチを含めた多角的対応が必要となるわけであるが、中でも医学分野のリハビリテーションの対応は重要な柱である。この医学分野のリハビリテーション的対応が医学的リハビリテーションと呼ばれているものである。その意味からすれば医学の全分野がリハビリテーションを常に志向するのが理想であり、医学が進歩し専門分化がさらに進む中で、医学の各分野が障害者丸ごと抱えて面倒を見る心、それが医学的リハビリテーションを推進することとなる。そのためには非常に多くの医療専門職（チームメンバー）の動員が必要となる。チームメンバーについては後にのべる。医学のすべての分野が障害者のリハビリテーションという哲学を当然のこととして受け入れ、医学的リハビリテーションを実行することになれば、現在のリハビリテーション医学は生まれ故郷の物理医学（physical medicine）に専念することになるかもしれないのである。上田⁶⁾は現在行われているリハビリテーション医学は「運動障害科」とでも呼ぶところにおさまることもありうるとのべている。この点に関して、筆者はリハビリテーション医学専門医の名は消えても医学的リハビリテーション専門医は今後ますます必要となると考えている。Physical medicine と Rehabilitation との関係は別の面から考えれば Physical medicine が Rehabilitation と and で結びついていると理解されているうちは、医学全般の中にリハビリテーションという哲学がまだ定着していない現れとみることもできよう。ここで現実を目を移してみると、現在リハビリテーション分野に所属している職員が行っているサービスの内容は、医学的リハビリテーションの中のリハビリテーション医学的なものと、それ以外のものとに大別できる。そして後にのべるように、そのサービス内容は専門職種の数からみただけでも多岐にわたっていることが一見してわかる。このことは医学的リハビリテーション分野がいかに広いことを示していることでもあるが、今後どこまで拡大するかは予測することはできない。そのスケールの大きさにつかみどころのない不安を感ずると同時にその発展を素直によるこびたい気持ちがおこる。

IV リハビリテーション医学技術の発展過程

治療医学が進歩すればするほど原疾患が一応落着すれば、次は動けるかどうかという問題が残されることが少なくない。この運動機能回復の分野を担うようになったのが、物理療法であり、それが後に物理医学 Physical medicine に発展したのである。すなわち、運動機能障害に対して物理的手法を用いることにより医学的リハビリテーションがはじまったのである。その内容としては運動療法、水治療法、マッサージ、電気療法などが含まれている。このような経過を反映して、北米の一部の病院では現在でも理学療法部、作業療法部のみであったり、または、それらのみを主体とした医学的リハビリテーションサービスを行っている場合があり、それは「物理医学およびリハビリテーション部」Department of Physical medicine and Rehabilitation という長い複合的な看板をかがけている。また、このようなリハビリテーションの理念の発展過程を裏付けているようなある医学雑誌の名称の変遷をたどることは、ここでのべていることを理解する上で意味があると思われるのでここにあげる(図27)。

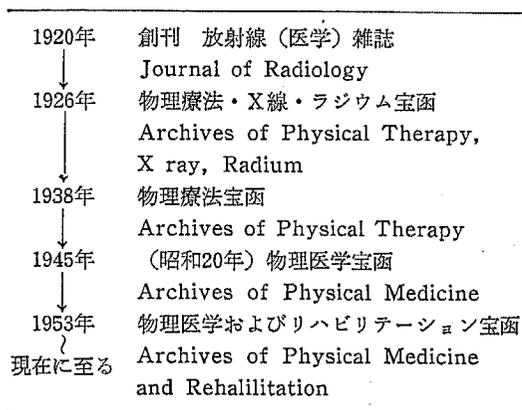


図2 「放射線(医学)雑誌」の名称の変遷

1920年創刊の「放射線(医学)雑誌, Journal of Radiology」は1926年には「物理療法・X線・ラジウム宝函, Archives of Physical Therapy, X ray, Radium」となり、その後、1938年には「物理療法宝函, Archives of Physical Therapy」となり、さらに1945年には「物理医学宝函, Archives of Physical Medicine」となった。それが1953年には「物理医学お

よびリハビリテーション宝函, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation」となって現在に至っている。ここで注目すべきことは、創刊以来33年を経て理学療法 Physical therapy あるいは物理医学 Physical medicine という技術論がリハビリテーションという思想をもった人間社会の哲学と結びついたという点である。

V 医学的リハビリテーションチームメンバーの現状

リハビリテーション医学を支える技術分野を次の4つに大別することができる。すなわち、1)作業療法、2)理学療法、3)義肢装具術、4)言語療法、であり、それぞれに専門の有資格者がいる。その外に多くの専門職が参加して医学的リハビリテーションを支えている。それらを次にあげる(8)9)。

- 1 リハビリテーション専門医 Physiatrist
- 2 作業療法士 Occupational Therapist
- 3 理学療法士 Physical Therapist
- 4 義肢装具士 Prosthetist-Orthotist
- 5 言語療法士 Speech Therapist (別名 Speech Pathologist)
- 6 心理療法士 Psychologist
- 7 社会福祉士 Social Worker
- 8 リハビリテーション看護婦 Rehabilitation Nurse
- 9 レクリエーション療法士 Recreation Therapist
- 10 職業相談員 Vocational Counselor
- 11 子供生活専門員 Child Life Specialist
- 12 矯正療法士 Corrective Therapist
- 13 園芸療法士 Horticultural Therapist
- 14 音楽療法士 Music Therapist
- 15 ダンス療法士 Dance Therapist
- 16 性療法士 Sex Therapist

この中でもっとも重要な立場にいるのがリハビリテーション専門医である。リハビリテーションという哲学を追求しつつ障害者のために各専門職員がどう作用し合うのか常に高所より総合判断していくという役割と重責を担っているのである。リハビリテーション専門医は医学的情報と知識に精通していることは無論のこと、人格的にも尊敬され、リハビリテーション医学の枠を越えて障害者の人生の質の向上に指導的役割を果たす立場にいるのである。これは障害者の全人間的

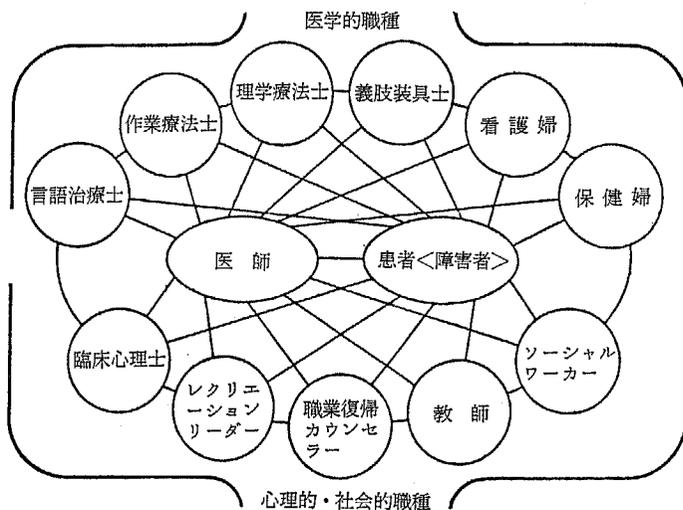


図3 リハビリテーション医療チームを形成する各職種
(上田 敏著：リハビリテーションを考える¹¹⁾より引用)

復権事業の指揮者であると同時に、理想的指揮者像を追求していく姿勢も要求される。

砂原もこのように医学的リハビリテーションの対象障害は子供のそれから老人のそれまで、身体障害から精神障害まで、それから障害者のニーズの多様化などを考えると、1人のリハビリテーション専門医がその重責を担うことは不可能であることは当然であり、このことは医学的リハビリテーションチームの大きな課題となっている。Ruskら¹⁰⁾は「リハビリテーションチームの統率者は誰かという問題が浮上してきている」とのべ、「答えは簡単ではない」「問題が異なれば異なったタイプのリーダーシップがそれぞれの時に応じて必要となる」とのべている。このようなリハビリテーション分野の先駆者の声から考えると、上田のこの図3のリハビリテーション組織¹¹⁾は徐々に変化していくことになる。われわれには、障害者のニーズに合わせて、われわれが変化し発展していくことについて、既存の概念にとらわれない柔軟な姿勢が要求されるのである。

VI リハビリテーション医学の基礎学と 医学的リハビリテーションの基礎学

リハビリテーション医学の基礎学として上田¹²⁾は運動学（これには正常運動学と臨床運動学とがある）、

機能回復の生理学、運動治療学をあげているが、これからは医学的リハビリテーションがリハビリテーション医学と同様に重要視されなければならないと考えられるから医学的リハビリテーションの基礎学が新たに生まれて来る必要性を感じている。

VII 障害という言葉の内容の捕え方

1980年にWHO¹³⁾がInternational Classification of Impairments, Disabilities and Handicapsを出した結果障害について次のように理解がなされてきた。

障害	{	Impairments	機能障害（形態異常を含む）
		Disabilities	能力低下
		Handicaps	社会的不利

病気そのものの予防が障害問題の抜本的解決策であるが、実際には疾病による機能障害の発生を完全に防ぐことは不可能である。医学的リハビリテーション以前の医学は疾病、機能障害への対応に全力を投入しそれなりに成果を上げてきた。しかし、多くの問題が残された。それは機能障害に伴っておこる患者の生活上の能力低下であり、さらには社会的不利を被るという障害であった。この問題への対応として、新しくリハビリテーションの概念が発展することとなったのである。すなわち、医学的リハビリテーションは機能障害と生活上の能力低下との間に大きく関与するものであ

る。しかし、その能力には限界がある。そのため障害者の社会復帰あるいは家庭復帰に際して、障害者の生活全般にわたって広く医学的見地より保われるようになったのである。

医学的リハビリテーション関係者は障害者を取りまく有形・無形の社会的環境に常に目をそそいでいる必要がある。たとえば高齢化社会の到来で老人介護の問題は、“老人処遇”という問題に止まらず、介護者の健康維持という新たな人的社会環境にまで注意する必要があるが生じている。医学の各分野が専門性に向かっていること、言いかえれば深さを追求しているのに対して、医学的リハビリテーションは、障害者の全人的復権を果たすためにはますます広い範囲の知識を必要とする分野であると言うこともできる。障害者の全人的復権を求めて終わらなき医学的リハビリテーションサービスの続くことを覚悟させてくれるのがこの3つの障害分類であると筆者は理解している。

Ⅷ リハビリテーション上の大きな問題

Gans ら¹⁴⁾ はリハビリテーション上の大きな問題として次の9項目をあげている。

- 1 小児のリハビリテーション
(精神医学的リハビリテーションを含む)
- 2 老人のリハビリテーション
(精神医学的リハビリテーションを含む)
- 3 痙性と複合的筋緊張異常
- 4 不動による拘縮とその他の悪影響
- 5 しんせんを伴った運動失調
- 6 褥創
- 7 神経因性膀胱直腸障害
- 8 性機能(医学的および心理学的見地)
- 9 栄養

この中で日本ではほとんど触れられていないのが性機能に関してである。しかし、現実的には大事な問題であるからひそかに取り上げられていることは筆者も知っているが性欲と性交に関して、当然のこととして医療関係者が相談相手になる日はまだまだ先ようである。外国ではすでに性療法を担当している専門家が存在している。

リハビリテーション医学の主たる特殊な対象疾患、これには次のようなものがある。ここにはリハビリテーション医学書としては最新版である Delisa編¹⁵⁾ のものを引用し、それ以前のものとの比較をしてみたい。

- 1 脳卒中

- 2 頭部外傷
- 3 多発性硬化症
- 4 脊髄損傷
- 5 癌
- 6 心疾患
- 7 肺疾患
- 8 慢性疼痛
- 9 腰痛
- 10 頸椎痛
- 11 関節炎および結合組織疾患
- 12 下肢の末梢血管疾患
- 13 神経単位疾患
- 14 火傷
- 15 スポーツ外傷
- 16 骨粗鬆症

これを1971年版の Krusen ら編¹⁶⁾ の内容と比較してみると、Delisa 編には骨折と四肢再建術の適応と術後管理の2つが入っていないが、骨折に関してはその原因となる項のところでは扱っている。後者に関しては特に記載がない。脳神経麻痺および脳幹症候群という大きい取扱いの中から多発性硬化症のみを単独で取り上げている。中枢神経系の変性疾患については大きな問題として扱いを変えている。脊椎の障害と変形に関しては腰痛と麻痺性と特発性の側彎症の2つを扱っていたのであるがその中から腰痛のみを取り上げ、側彎症に関してはわずかに麻痺に伴っておこるものについて少し記載があるのみで、特発性側彎症については取り上げていない。神経因性膀胱直腸障害、褥創、脳性麻痺および小児のリハビリテーションの3つは中枢神経系の変性疾患と同様に大きな問題として扱いを変えている。また、大井ら編¹⁷⁾ のリハビリテーション医学の中では痛みを治療総論の中に入れており、疾患として扱っていないところに違いを見出す。Krusen らの場合は痛みという項目はないが、内容から推察すると大井らと同様に治療の中に含まれており、そのみを特別に扱っていない。津山直一監標準リハビリテーション医学¹⁸⁾ も Krusen らと同様の扱いをしている。末梢神経損傷はリハビリテーション医学の対象としては重要なものの1つであるが、服部ら¹⁹⁾ と初山²⁰⁾ 伊地知²¹⁾ らはこれを特殊対象疾患としてさらに重視しているように思われる。それからこれまで熱傷のリハビリテーションも行われてきたがこれを対象疾患と明記したのは Delisa らがはじめてのようであり、その点ではスポーツ外傷も同様である。上記標準リハビリ

テーション医学の中では関節リウマチの項とは別に、その他の骨関節疾患として腰痛、頸腕障害、五十肩、変形性股関節症・股関節痛、変形性膝関節症、骨折などを上げているが、これらに相当するものが、Delisaらの場合には治療方法の見地からしても9の腰痛、10の頸椎痛、11の関節炎および結合組織疾患であると思われる。その他大井らは眼疾患、耳疾患を対象に入れているが Krusen は眼疾患を盲人のリハビリテーションとして総合的リハビリテーションの重要課題としているが、Delisaらはこれを当然のことと考えた結果であろうと思われるが、項目の中に入っていない。

以上のことから言えることは、リハビリテーション医学は対象とする疾患も多彩であり、また同一疾患でも対応の仕方により表現方法が変化することがある。そして時勢によって、たとえば発生頻度が多くなったスポーツ外傷を表面に押し出したり、癌のようにターミナルケアをも含めた医学的リハビリテーションの重要性も最近ではクローズアップされてきている。もう1つ付け加えるべきことは、これまで重要視されていた対象疾患の中で、Delisaらが削除した対象疾患はその重要性が少なくなったということではない。たとえば、骨折は、骨折そのものの治癒を除けば、結合組織疾患の1つと考えてよいのである。一方、眼疾患に関してはさらに重要課題として扱っているのである。このようにしてみるとリハビリテーション医学の対象疾患は決して少なくなるどころか、後にのべるようにますます拡大することは確実である。しかし、無条件に拡大するのではなく“疾患を先取りするような人間の活動状況の分析”をより積極的に行うことも必要であると考えられる。

IX 理学療法

理学療法は作業療法とともに身体障害者リハビリテーションのもっとも大きな技術的支柱である。

定義

世界保健機関の定義²²⁾によると、理学療法とは「治療的運動(運動療法)、熱、低温、光、水、マッサージ、電気などを用いる身体的治療の科学および技術であって、治療目的は鎮痛、循環促進、障害の防止と矯正、筋力・可動性・協調性などの最大限の回復である。神経障害の程度や筋力を測定するための電気的あるいは徒手のテスト、各種機能測定テスト、関節可動域テスト、肺活量測定なども理学療法に含まれる」としている。この中で運動療法は理学療法の中核をなすもの

であり、目的別に具体的内容をあげると次のようである。

関節可動域訓練、筋力増強訓練、基本動作訓練、歩行訓練、バランス訓練、協調性訓練、神経筋促通手技、リラクゼーション手技、呼吸訓練、呼吸介助手技²³⁾、体位排痰法、腰痛体操、側彎体操、心疾患に対する運動療法、腎疾患に対する運動療法、全身の体調を整える全身運動、耐久性訓練、義肢装具訓練、車椅子訓練、心理的サポートのための運動療法指導等がある。この中でも神経生理学的アプローチ²⁴⁾と言われている、1) 固有受容性神経筋促通法(P. N. F. : Proprioceptive Neuromuscular Facilitation technique)、2) Bobath法、3) Brunnstrom法、4) Rood法、5) Vojta法²⁵⁾等は注目を集めている。

わが国の法的理学療法の定義²⁶⁾では“理学療法は身体に障害のある者に対して行う”としているが、後述するように理学療法が予防の面に大きく貢献できることから見てもこの定義は非常に狭義であると言いきである。

また、理学療法の中には物理療法、運動療法の治療効果を障害者の実際の日常生活動作に應用できるようにする日常生活動作訓練というものがある。その他として医師と協力して義肢、装具、車椅子、杖等の選定および検査調整、障害者の生活環境を改善するための家屋改造のアドバイス、家族への介助法の指導なども現場に出張して行う²⁷⁾。

ここにもう1つ付け加える必要のあるものとしては、マッサージと整形外科の徒手治療(Orthopaedic manual therapy)の1つとしての軟部組織モビライゼーションと関節モゼライゼーションがある。最近マッサージを理学療法士がほとんど利用しなくなっているが、これは運動療法を行う上での大切な武器を捨てることになると筆者は考えており、かえって筆者は後述するように方法の改善を計って有効に活用している。それから、モビライゼーション手技は、関節運動障害がある場合に関節周囲の軟部組織のみにアプローチしたのではその障害が改善されるものではない。骨運動と関節包内運動に注目して徒手的に行う手技であり、痛みの改善には有効であり、その上、関節運動を円滑にする効果があり、モビライゼーション手技のすぐれたさまざまな利点は急速に世界に知られるようになった²⁸⁾。

いずれにしても運動療法はこれまでの経験の積み重ねと運動学・運動生理学・神経生理学等の基礎的学問

に支えられて進歩してきたのである。経験の積み重ねの中で徒手の評価と徒手の治療の実績はもっとも高く認めてよいものと言っても過言ではない。理学療法の中の運動療法は「手づくりの治療」²⁹⁾であり、理学療法士は運動療法を行いながら患者に触れている手からの情報を重視し、生体に対して反射的とも言える対応をしているのである。それによる関節、軟部組織の痛みに対する効果は広く知られているところである。運動機能障害を対象としているリハビリテーション医学が痛みに対応できないようでは、その効果は半減するどころか、運動療法そのもののよさをまったく発揮できないことすらある。すなわち、痛みは運動療法以前の問題であることが少なくない。それから、運動中におこる運動痛に対しては運動の強さ、関節運動の範囲との兼ね合いで動的に対応しなければならない。痛みの中の筋筋膜痛に対する理学療法³⁰⁾の効果をのべたのがEbnerであり、理学療法士の間では世界的に利用されている。しかし、わが国では運動療法が普及するにつれてマッサージ効果が過少評価されるに至ったため、深部の循環障害による痛みにも有効な結合組織マッサージテクニックの導入が遅れ、未だに敬遠されていることは残念なことと言わざるを得ない。ところで、筆者は筋筋膜痛の除痛を目的として先端の尖った板製のプレートを用いている。プレートの先端を疼痛部に当て、患者が容易に耐えうる程度の圧を静に加える。時間の経過とともにプレートの先端は深部まで到達する。それを2〜3回繰り返すが1カ所につき所要時間は4〜6分である。これを筆者はプレート療法、通称プレーテングと称している。これによって痛みが少なく、内出血することもなく深部の循環改善が計られる。

これに関連して運動機能障害の原因の1つとなっているものに、浮腫があるが、筆者は臨床的に浮腫をLoose edemaとDense edemaとに分けている。Dense edemaは骨折後や手部の術後に顕著に見られるので、その部位のDense edemaを除去してやることは関節可動域を高めるのに不可欠である³¹⁾。これにもプレーテングを適用させている。それから、古くして依然として新しい問題として、筋肉疲労の結果としておこる肩凝り、頸椎症様症状、緊張性頭痛等に対しても有効であることが臨床で確かめられつつある³²⁾。秋定の研究³³⁾によると運動で疲労した筋肉中の水分量は増加するとしているが、これはプレート療法での所見と一致するものである。筋肉の凝りは直接生命に

かかわることもなく、疾患の1つでもないことから軽視されているが、日常生活においてその活動能力を低下させていることは確かであるし、心理的影響も少なくない。これは予防医学的見地より理学療法の大きな課題の1つと考えている。

患者の生理的運動に微妙に対応して行う治療の中に肺理学療法がある。これは筆者らの技術開発によって、胸部外科領域では手術終了直後より肺合併症の予防を目的として行っているものであるが、治療効果もあることが認められている³⁴⁾³⁵⁾。

以上のように医療の器械化が進む中であっても理学療法士の徒手による治療それ自体はますます発展させていく必要がある。

X む す び

最後に、最近、医療人のひとりとして患者に接する場合に留意していることをのべてむすびとしたい。人間がどう効率よく働き、楽しみ、そして、無事80歳の大台を越えるかということを考えつつ患者に接しようとしている。そのため、80歳を越してなお元気に有意義な生活をしている人に会うと必ず尋ねることになっていることは「過去の生活の仕方」である。その答えの中で大山健氏のそれが筆者には非常に参考になる³⁶⁾。大山氏は現在88歳にして毎週山歩きと読書を欠かしたことの無い方である。大山氏の声は「高齢者が若い人達の荷物にならないためには、65歳までに体力や気力を使い果たしてしまわないことが必要だ。日本人の働き過ぎは日本の窮乏時代には美德であったし、サボることは罪悪であったが、世界で1、2位を争う金持国となった現在、本人にとっても社会にとっても望ましい生き方とは言えないのではないか」というものである。この中から筆者としては第1に「体力・気力の消耗防止」に対して休息の取り方を探り、第2に「疲労回復の具体策を見つけること」が理学療法士としての仕事ではないかと考えている。人間は仕事（これを事業と言ってもよい）を拡大することには何の抵抗もないようであるが、体力・気力の衰えに合わせて仕事を縮小することは非常に難しいと言われ、積極的姿勢で働いている人の場合はなおさらのようである。そこで、休息を必要とする人にそれを促しても効果のないことは自明である。その場合には患者の生活状態を24時間にわたって調べ、しかも、1週間分を連続で見通す必要がある。これによってどこでどれだけの休息をどのように取れるか少しは見えてくる。電化製品が家庭に

入った分、主婦には時間的余裕ができたはずであるが、実際は逆ではないかと思われる現象が特に農家では見られる。子供も疲れていると筆者は感じている。体調がよければ仕事の疲れは運動、スポーツによって解消できることは知られているが、疲労が進むとそれに効果を期待することはできなくなる。お金で疲労を回復する方法も考えたい。主婦にとって時々家族で外食することは休息につながる。外出先で疲れたらタクシーで帰宅する。疲れているのにどうしても遠出しなければならぬ時には自分で運転して出掛けることをせず列車を利用したり、さらに許されればグリーン車の人となるのもよい。考えると体を休める方法はいろいろあるものである。要するに、「健康に投資する」という考えがなければならない。バカンスをとることは罪悪ではなく、時間の健康への投資である。もう健康教育は医学的見地からだけではその成果には疑問視される時にきている。1人の患者はその家族の足を引っ張

るのである。高齢の夫婦の中のどちらかが病気をしても看病に立つ側も病に倒れる危機に直面することになり、ねたきり老人が2人になってしまうことが少なくない。疲労はなぜおこるのか、その原因はまだとらえられていない³⁷⁾。体を使うことだけが疲労をもたらすのではないし、精神的要素もまた、大きいのである。体を動かして障害からの回復を計るリハビリテーションプログラムを進める以前の問題として、疲労がわれわれの前に立ちをはだかっていることを臨床の場で痛感している。リハビリテーション医学には疲労に挑戦する大仕事がある。住みよい環境整備は国家的事業である。医学分野に他分野が大きく関与し、多くの功績をもたらすことをさらに期待している。

この稿を終わるにあたり今は亡き恩師砂原茂一先生の著書を読みなおし、改めて師の偉大さに触れたことに感謝するとともに、多くを引用させていただきましたことにお礼を申し上げます。

文 献

- 1) 砂原茂一：リハビリテーション。第1刷，pp.63-64，岩波書店，東京，1980
- 2) 上田 敏，今田 拓，大川嗣雄，五味重春，澤村誠志，博田節夫，二木 立，横山 巖：リハビリテーションの理念と歴史。リハビリテーション医学会，リハビリテーション白書，第1版第2刷，pp.6-7，医歯薬出版，東京，1983
- 3) 砂原茂一：リハビリテーション。第1刷，pp.215-216，岩波書店，東京，1980
- 4) Rusk, H. A. : Rehabilitation medicine. 2nd ed., pp.19-25, The C. V. Mosby Co., Saint Louis, 1964
- 5) 砂原茂一：リハビリテーション，第1刷，p.76，岩波書店，東京，1980
- 6) 上田 敏：リハビリテーションを考える。第1版，p.112，青木書店，東京，1983
- 7) 奈良 勲，宇都宮初夫，嶋田智明，森永敏博，伊藤 元，中屋久長，金子誠喜，武富由雄：理学療法の歴史。奈良 勲(編)，理学療法概論，第1版，p.26，医歯薬，東京，1984
- 8) Delisa, J. A., Martin, G. M., Currie, D. M., Gans, B. M., Gatens, P. F., Leonard, J. A. and McPhee, M. C. : Rehabilitation medicine past, present and future. In : Delisa, J. A. (ed.), Rehabilitation medicine principles and practice, pp.6-9, J. B. Lippincott Co., Philadelphia, 1988
- 9) Hodgkin, J. E., Petty, T. L., Maddox, S. E. and Bella, L. D. : Sexuality and the pulmonary patient. In : Hodgkin, J. E., Zorn, E. G. and Connors, G. L. (eds.), Pulmonary rehabilitation, pp.239-261, Butterworth, Boston, 1984
- 10) Rusk, H. A., Pan, E. L., Backer, T. E. and Vash, C. L. : Foreword. In : Pan E. L., Backer, T. E. and Vash, C. L. (eds.), Annual review of rehabilitation, Vol.1, vii-viii, Springer, New York, 1980
- 11) 上田 敏：リハビリテーションを考える。第1版，p.162，青木書店，東京，1983
- 12) 上田 敏：リハビリテーションを考える。第1版，p.136，青木書店，東京，1983
- 13) 砂原茂一，三沢義一，小川 孟，今田 拓，細村迪夫，大村潤四郎，土屋和夫，野村 敏，岩倉博光：障害論。砂原茂一(編)，リハビリテーション概論，第1版，pp.1-46，医歯薬，東京，1984
- 14) Delisa, J. A., Martin, G. M., Currie, D. M., Gans, B. M., Gatens, P. E., Leonard, J. A. and McPhee, M. C. : Major rehabilitation problems. In : Delisa, J. A. (ed.), Rehabilitation medicine principles and practice, pp.389-561, J. B. Lippincott Co., Philadelphia, 1988

- 15) Delisa, J.A., Martin, G.M., Currie, D.M., Gans, B.M., Gatens, P.F., Leonard, J.A. and McPhee, M.C. : Rehabilitation of specific disorders. In : Delisa, J.A. (ed.), Rehabilitation medicine principles and practice, pp.563-875, J.B. Lippincott Co., Philadelphia, 1988
- 16) Levenson, C., Lowman, E.W., Long, C. and Knapp, M.E. : Part III Evaluation and management of specific disorders. In : Krusen, F.H., Kottke, F.J. and Ellwood, P.M. (eds.), Handbook of physical medicine and rehabilitation, 2nd ed., pp.519-796, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1971
- 17) 福井罔彦, 笹生俊一, 本多純男, 伊地知正光, 須賀哲夫 : 各種疾患におけるリハビリテーション. 大井淑雄, 初山泰弘, 間藤方雄(編), リハビリテーション医学, 初版, pp.409-670, 朝倉書店, 東京, 1987
- 18) 上田 敏, 福井罔彦, 緒方 甫, 磯山富太郎, 武智秀夫 : リハビリテーション医学の臨床各論. 津山直一(監), 標準リハビリテーション医学, 第1版, pp.208-327, 医学書院, 東京, 1986
- 19) 服部一郎, 細川忠義, 和才嘉昭 : 疾患別リハビリテーションプログラムの組み方. リハビリテーション技術全書, 第2版, pp.817-1052, 医学書院, 東京, 1984
- 20) 初山泰弘 : 末梢神経損傷のリハビリテーション. 津山直一(監), 標準リハビリテーション医学, 第1版, pp.261-269, 医学書院, 東京, 1986
- 21) 伊地知正光 : 末梢神経疾患のリハビリテーション. 大井淑雄, 初山泰弘, 間藤方雄(編), リハビリテーション医学, 初版, pp.484-490, 朝倉書店, 東京, 1987
- 22) 砂原茂一 : 技術の体系, 理学療法, リハビリテーション. 第1刷, pp.113-114, 岩波書店, 東京, 1980
- 23) 伊橋光二, 伊藤直栄 : 術前術後の肺理学療法評価とプログラミング, 理・作・療法, Vol.21, pp.384-392, 医学書院, 東京, 1987
- 24) 伊藤直栄, 紀伊克昌, 半田健壽, 柳澤 健 : 運動療法. 細田多穂, 柳澤 健(編), 理学療法ハンドブック, 第1版, pp.143-328, 協同医書, 東京, 1986
- 25) 中島雅之輔 : 発達からみた乳児脳性運動障害の治療. 第1版, pp.94-106, 新興医学, 東京, 1978
- 26) 厚生省健康政策局 : 理学療法士及び作業療法士法・厚生省健康政策局(監), 現行医療法規総覧, p.3801, 中央法規, 東京, 1978
- 27) 日本理学療法士協会 : 理学療法業務. 日本理学療法士会(編), 理学療法白書, pp.18-19, 日本理学療法士協会, 東京, 1985
- 28) 宇都宮初夫 : Joint Mobilization. 細田多穂, 柳澤 健(編), 理学療法ハンドブック, 第1版, pp.709-739, 協同医書, 東京, 1986
- 29) 伊藤直栄 : 手づくりの治療. 理・作・療法, Vol.14, p.665, 医学書院, 東京, 1980
- 30) Ebner, M. : Connective tissue massage, theory and therapeutic application, E. and S. Livingstone, Edinburgh, 1962
- 31) 伊藤直栄 : 固い浮腫を見逃すな. 理学療法ジャーナル, Vol.23, p.122, 医学書院, 東京, 1989
- 32) 東保潤の介 : 深部軟部組織へのアプローチ. 理学療法ジャーナル, Vol.23, pp.861-862, 1989
- 33) 秋定雅禪 : 筋肉中の水分量の変化(ラットの頸骨筋使用), 1989年日本磁気共鳴医学会発表
- 34) 伊藤直栄, 酒井桂太, 篠田昱子, 石神重信 : 高齢者肺癌患者術直後 ICU における理学療法の試み. 信大・医短・紀要, Vol.9, pp.29-35, 1983
- 35) Ito, N., Ihashi, K. and Saitoh, A. : Trial of intensive post-operative physical therapy in ICU on operation day for the advanced aged patients diagnosed lung and esophagus cancer. 10th International congress of WCPT, in Australia, pp.605-608, 1987
- 36) 大山 健 : 高齢社会と心の豊かさ. 社団友愛の灯=ユース, No.43, 社団友愛の灯協会, 東京, 1989
- 37) 小野三嗣 : 運動・疲労の代謝, 栄養学. 大井淑雄, 初山泰弘, 間藤方雄(編), リハビリテーション医学, 初版, pp.214-222, 朝倉書店, 東京, 1987

(1. 12. 11 受稿)