

特集にあたって

上 田 敏*

わが国における各種神経疾患のリハビリテーションの歴史を振り返ってみると、ほぼ3つの段階を区別することができるというよいであろう。

第1段階はリハビリテーション以前の時期であるから、むしろ「前史」あるいは「有史前」といった方がよいかもしれない。各種神経疾患が本格的なリハビリテーションの対象となる以前の時期であり、ほぼ1960年代までとみてよいであろう。

もちろん神経疾患の中でもポリオや脳性麻痺を含む小児肢体不自由は戦前からリハビリテーションの対象になっていたし、脊髄損傷は戦後間もなくから、脳卒中は1950年代からリハビリテーションが始まっていた。しかしこれらはいずれも整形外科や内科・物療内科の領域で行われており、それ以外の多様な神経疾患（その多くは現在では主として神経内科の対象である）に対してはほとんどリハビリテーションらしいことは行われていなかった。これは当時神経内科自体がまだ内科の一部であって科として独立していなかったことも一部関係していたが、リハビリテーション医学自体の未成熟、すなわちリハビリテーション医自体にも、ましてPTやOTには多種多様で診断そのものが困難なことが多い神経疾患に取り組むだけの知識や経験が不足していたことも否定しきれないように思われる。

第2の段階は、このようにリハビリテーションの見地からはほとんど放置されているに等しかった各種神経疾患がようやく本格的なリハビリテーションの対象となってきた時期である。ほぼ1960年代半ばから最近までの約20年間とみてよいであろう。この期間は同時に神経内科そのものにおいても治療法の研究に力が注がれた時期であり、パーキンソン病に対するL-DOPA療法の大きな成果をはじめ、脊髄小脳変性症に対する

TRH療法など、かつてはリハビリテーション以外にはほとんど全く治療法がないと考えられていた神経疾患にも治療の希望が生まれてきた。これはそれまで神経内科医のなかに隠然たる影響を及ぼしていたtherapeutic nihilism（治療についての悲観主義）の思想を打破するのに大きく役立ち、かえってリハビリテーションへの理解を高めるのに貢献した。一方リハビリテーション医の中にも神経内科の研修を経てこの分野に入ってくる者が徐々に増加し、確実な知識の上に立ってこれらの患者のリハビリテーションに取り組むことが可能になってきた。

この段階の意義はこのように大きかったが、しかし今から振り返ってみると、そこには同時に大きな問題点も含まれていたように思われる。それはリハビリテーション医学が、悲観主義でない、より積極的な姿勢をもって各種神経疾患に取り組んだのはよかったが、やむを得ないことながら当初は手持ちの理論や技術を新しい対象に適用することから始めざるを得なかったことである。すなわちポリオや脊損で発展した「古典的」理論・技術（筋力増強、装具、杖など）や脳性麻痺や脳卒中で発展した「神経生理学的」理論・技法を、各種神経疾患という、本質的にかなり異なった対象にそのまま適用するような傾向があったことである。

各種神経疾患の多くは、ポリオ・脊損などと違って疾患そのものが活動的で多くは進行性であり、「疾患と障害との共存」の代表的なものである。そこでは従来のリハビリテーション医学のように障害だけに眼を注いでいてもほぼ問題ないというのとは全く異なり、疾患と障害の双方に十分な目くばりをしつつ、その両者を総合的に把握しながらでなければリハビリテーション・プログラム自体を立てていくことができない。もし万一、このような配慮なしにポリオ・脊損・脳性麻痺等々の病態や全身状態の比較的安定した疾患と同様

* 東京大学病院リハビリテーション部

なプログラムを実施したとしたら、過用性筋力低下 (overuse weakness), 過用性損傷 (overuse damage), さらに過労による再発・再悪化をも招きかねず, リハビリテーションがかえって患者に損害を与えることになりかねない。

このような点がひろく反省されるようになってきたのは最近, 1980年代の半ばからであり, この反省の上に立って進められなければならないのが, これからはじまる神経疾患のリハビリテーションの第3の段階である。

この第3の段階の特徴は, 神経疾患の病態生理の正確な認識の上に立って, その特性に合致したリハビリテーション・プログラムを立て, マイナスの影響を起こす危険を十分に自覚しつつ細心にそれを避け, その範囲内で最大限のプラスの成果をひきだすようなリハビリテーションということになろう。しかしこれは言うは易く, これを本当に実現するのには長期間にわたる多大の努力を要するものである。

第3の段階の課題をもう少し具体的に述べてみると次のようになろう。

- 1) 過用性筋力低下, 過用性損傷の危険を十分に認識して, その予知法・診断法を確立・普及していくこと。
- 2) 過用によるマイナスと廃用によるマイナスの利害得失を慎重に個々の例について比較衡量して運動種別や運動量を決定する習慣をつけると共に, その基準を科学的に確立・普及していくこと。これは過用と廃用とを機械的に対立させることを意味するのではなく, むしろ過用を防ぎつつ廃用によるマイナスをも極力防ぐ (拘縮予防などについてはそれは十分可能である) ことをめざすものである。

3) 神経内科的薬物療法とリハビリテーションの併用の場合が今後ますます増えると考えられるので, その場合の併用の基準を確立・普及すること。たとえば多発性硬化症, ギランバレー症候群, 多発性神経炎などにおいてステロイドを減量しつつ同時に運動量を増やす (またはより負担の多い運動種別に変える) ようなことは絶対に避け, 減量後一定期間は運動量・種別を固定する, 逆に運動の量・質を高めている間は減量しない, などの基準の確立である。

4) 神経疾患に限ったことではないが, やはり神経疾患では特に, 機能障害 (impairment) の改善に重点をおいたプログラムではなく, 能力障害 (disability), 社会的不利 (handicap) の改善に重点をおいたプログラムを重視するという, リハビリテーション上の思想の転換をひろめること。

以上は要するに, 第3段階における神経疾患のリハビリテーションは, リハビリテーション医が神経内科をよく学び, また神経内科医と恒常的に協力しつつ, 個々の患者の病態を密接にフォローして, 時々刻々とPT・OTの処方を変更・修正・追加 (あるいは中止) をしていくものにならなければならないということである。第3段階について「過用」を強調することが, 第1段階のような「ことなかれ主義」への逆行ではないかとおそれるむきもあるようであるが, 以上を見れば明らかなように, それとは全く異なり, 積極的な姿勢を堅持しつつ, 疾患に応じたきめ細かな注意を拂うということにほかならないのである。

この特集が, そのような第3段階への幕あけとなることを祈るものである。