

特集にあたって

横 山 巖*

リハビリテーション医療は新しい医療の領域であるが、日本リハビリテーション医学会が今年、創立 25 周年を迎えたことを思うと、わが国に本格的なリハビリテーション医療が発足してから既に 4 分の 1 世紀が経過したことになる。しかし、新しい医療の領域であり、後発の領域であることに伴って、また、わが国の医療全体の問題とも係わって、リハビリテーション医療には現在、色々な面で「これはおかしい」、「何とかしなくては」という問題点が山積しているように思われる。

本誌 15 巻 7 号 (1987) の巻頭言で坂井和夫博士はリハビリテーション医療の問題点として、1) 教育、2) 医療現場、3) 法的問題、4) 地域における問題等を挙げ、医学部教育においてリハビリテーション医学の講座を有する大学が極めて乏しいこと、ST、MSW には資格制度もないこと、リハビリテーション・チームのリーダーとなるべき医師がリハビリテーション医学の教育を受けていないことが多いにも拘らず、医師の職権において処方権があることから生じたりハビリテーション医不要論、脳卒中患者のリハビリテーションの名目で発症後超長期の入院が平然と行われていること、地域におけるサービスが低調であること等を論じておられたが、筆者も全く同感である。筆者自身が問題点と考えていることの一つは、リハビリテーション医が失語症、麻痺性構音障害に関する身体障害者診断書・意見書(身体障害者手帳交付のための)を書けないことで、これを書けるのが耳鼻科と気管食道科のみに限られるということである。失語症の診断書を耳鼻科医が書くことは果たして妥当であろうか、身体障害者福祉審議会審査部にこの問題を提起し、結局挫折してしまっただけはリハ医学 22 巻 6 号の

エディトリアルに記したが、リハビリテーション医に診断書が書けるようにしたいと思っても、未だ標榜科目としてリハビリテーション科は認められていないのである。これも大きな問題である。今回の特集の中で長尾竜郎博士は問題点を、世界、日本、県、地域、病院、専門職、リハ部、障害者、自分、の各レベルに分けて表示されたが、その中の日本の項を紹介すると、リハに対する日本人の文化的障壁(甘え、諦め等)、地域格差、医師卒前卒後教育におけるリハ医学教育の遅れ、リハ科標榜不可、リハ医の存在が診療報酬に無関係、ST・SWの身分法未成立、福祉制度上の問題(中途障害、重複障害の処遇等)、身障福祉法の問題(高次神経機能障害が十分反映されない等)となっている。これは日本レベルでの問題点であり、さらに県、地域、病院、リハ部…と各レベルが夫々の問題点を抱えているので、まさに問題点は山積しているわけである。

今回の特集は、リハビリテーション医療の問題点と題して、日本リハビリテーション医学会の専門医・認定医 30 名の方々に執筆をお願いした。お一人の御意見が 1 頁に載るようにしたので、400 字詰 4 枚では意を十分に盡せなかったとの御不満が残ったかも知れないが、30 名という多数の御意見を載せるためにはやむをえなかったのでお許しをお願い申し上げる次第である。

御意見は 1・2 のトピックスに集中することなく、極めて多彩な興味ある内容となった。

今回の特集がリハビリテーション医療における問題点の再確認の役割を果たし、これらの問題点の改善に一石を投ずることとなれば幸いである。

* 七沢リハビリテーション病院脳血管センター