

特集にあたって*

上田 敏¹⁾

脳卒中はわが国のリハビリテーション(以下、リハ)における最大の対象疾患である。対象患者の数が多いだけでなく、学会の演題数でも雑誌論文や単行書の数でも脳卒中は最も高い比率を占めている。これは欧米諸国とはかなり異なった日本の特徴で、例えばアメリカでは演題や論文のテーマとしては脊髄損傷と脳外傷が圧倒的に多く、脳卒中は3～4位にすぎない。ヨーロッパでは骨関節疾患の比重が高い。これはそれぞれの国の研究費支出の動向や種々の歴史的、社会的事情(アメリカの場合にはベトナム戦争による脊損者、脳外傷対策の必要など)に影響されており、必ずしもそれらの国で脳卒中患者がそれほど少ないわけではない。

いずれにせよ、わが国のリハは他の国々より脳卒中の臨床的経験でも研究の面でも、少なくとも量的にはまさっているといえる。そして、質的にも世界に貢献できるような業績が生まれつつあり、将来は脳卒中のリハでは日本が先進国といわれるようになるのも決して夢物語でないと思われる。

しかし、それは現在の姿に満足してよいということではない。現在のわが国の脳卒中リハにはいくつかの大きな問題点があり、それを克服することなしに世界をリードするなどということは考えられないからである。その意味で、将来の躍進のために現在のあり方を考え直してみようというのがこの特集の趣旨である。

問題点の第1はリハ開始の時期が欧米に比べてまだはるかに遅いことである。早期リハの重要性は戦後のリハの黎明期から叫ばれていたし、先駆的な業績が発表されるようになってからでも20年近くはたっており、一般病院でのリハ部門の普及に伴って、脳卒中発作後のリハ開始は全般的に徐々に早くはなってきたい

るものの、まだ問題は解決されていない。わが国では発作後1か月以内にリハが始まれば早い方で、1週間以内というのはまだ限られた少数の病院でしか行われていないのが実状であるが、例えばアメリカなどでは発作後3日(72時間)以内の開始を「早期群」、2週間以内の開始を「通常群」(ノ)として比較し、歩行およびADLの最終成績が早期群の方がよかったという研究がされているほどである。

ただ、早期リハを本当に普及させるためには、それを安全に行う技術が確立され、また早期になるほど問題の多い嚥下障害や排泄障害などの管理と、それらの障害自体のリハのプログラムが確立されることが必要である。本特集の初めの近藤氏ら、森氏ら、出江氏らの論文はこの課題に応えようとするものである。

次の問題点は、急性期が過ぎていわゆる回復期に入り、歩行とADLの自立に向けての積極的な訓練が始まる時期のリハ・プログラムのあり方である。わが国のリハのための入院期間は欧米に比べ概して非常に長い、これを医療保障の完備のために心ゆくまで必要な訓練を受けていられるとプラスに評価するか、非効率で不徹底なプログラムのために社会復帰が遅れていると反省するかは大事なところである。最近の廃用症候群の再認識などの動向を踏まえて、この問題を論じたのが大川らの論文である。

第3の問題点は病院から在宅生活へのスムーズな復帰と在宅生活(社会参加を含めた)の確立のためのフォローアップがまだまだ弱いことである。これは医学的リハだけの課題ではないが、少なくとも病院として努力を払うべき点が多々あることも確かである。特集の終わりをかざる下山氏、塚本氏らの論文は主としてこの問題を論じている。

この他にも再検討を要する点は少なくないが、今回は主要な問題点に限った。本特集が読者諸兄姉の日常診療のお役に立てば幸いである。

* Introduction to the Special Issue.

¹⁾ 東京大学医学部付属病院リハビリテーション部
Satoshi Ueda, MD: Central Rehabilitation Service, University of Tokyo Hospital