

総説

攻めのリハビリテーション治療とその先へ Aggressive Rehabilitation Therapy and Beyond

酒向 正春

Masaharu Sakoh

ねりま健育会病院 回復期リハビリテーションセンター

1. はじめに

日本は世界一の長寿国である。それゆえ、加齢とともに、疾病や外傷が増加する。そして、後遺障害が増加して、健康寿命を失う現実がある¹⁻⁶⁾。本稿では、後遺障害が発生した時に実践される、攻めのリハビリテーション（以下、リハ）医療の現状と有効性を説明する^{1-3,5-7)}。そして、後遺障害を一生支える日本のリハ医療体制を説明する。また、後遺障害を支える社会参加環境（健康医療福祉都市構想）とタウンリハを紹介する。最後に、95歳で非介護、80歳で8割が就労できるための健康寿命延伸の道筋（筋肉革命95）を概説したい。

2. 攻めのリハビリテーション医療

攻めのリハ治療とは、障害を最小化して、残存能力を最大化する治療と予防の医療である。その対象は、疾病や外傷により心身に障害を受け、運動麻痺、感覚障害、言語障

害、嚥下障害、意識障害、精神障害、高次脳機能障害を生じた全ての患者である。全身管理下に、心肺機能・骨格機能・脳機能に十分な負荷をかけ早期より日中の完全離床と、良質な睡眠と食事を提供して、運動機能や精神・知的・高次脳機能を最大限に回復させる医学であり、人間力を回復する¹⁻⁶⁾。その3基盤を図1に示す。攻めのリハ治療は、3時間の積極的リハ治療と12時間の日中完全離床、24時間の再発予防と全身管理の3基盤からなり、抗重力位で立位歩行訓練とコミュニケーション訓練を繰り返す治療である。24時間の視点で説明すると、6時に起床、21時に消灯、22時に就寝する生活リズムを構築する。睡眠時間は平均6時間であるが、床上時間は睡眠前後の1時間を加えた8時間である。夜は良眠に睡眠管理して、日中に傾眠状態とならずに、覚醒を向上して保つことで攻めのリハ治療が可能になる。セラピストが行う3時間の積極的リハ治療は全国の回復期病棟で可能である。しかし、看護師と介護士が実践する12時間の日中完全離床と、医師が実践する24時間の



図1 攻めのリハ治療の3基盤における時間的視点

再発予防と全身管理は未だ定着されていない。この2基盤が人間力を回復させる治療結果に強く影響する¹⁾。

3. 後遺障害をどのように回復できるのか

攻めのリハ治療の基本は、積極的な立位歩行訓練やADL訓練と同時に行うコミュニケーション訓練であり、筋力と体力や認知機能の向上を常に意識する。歩行困難患者には立位による抗重力位が極めて重要になる。歩行困難患者に対する長下肢装具（KAFO）療法での立位歩行訓練は、覚醒や歩行とADLを向上させる⁷⁾。図2に示すように、連続906入院患者の解析では、脳卒中患者は64%であり、KAFO治療は18.1%（105例）、1カ月以上治療を継続する

KAFO作成例は11.9%であった。歩行困難患者に対するKAFO治療105例で、歩行が見守り以上に改善したのは45%、介助歩行群は15%、歩行困難群は40%であった。右脳損傷による左片麻痺患者は、重症になると劣位半球症候群で固執、抑制困難、学習障害が生じるため、歩行機能の回復が左脳損傷に比べて、難しい現実がある。図3に退院時に歩行機能が見守り、介助、困難となった入院時項目の解析を示す。見守り以上への回復する目安は、年齢が70歳未満、性別は男性、健側握力が17kg以上で平均26kg、意識はJCS3以下、BBSは10以上、MMSEは18以上、FIMは36以上であり、KAFO治療は重症例に対しても覚醒とADLを向上した。さらに、90歳以上の高齢者の下肢

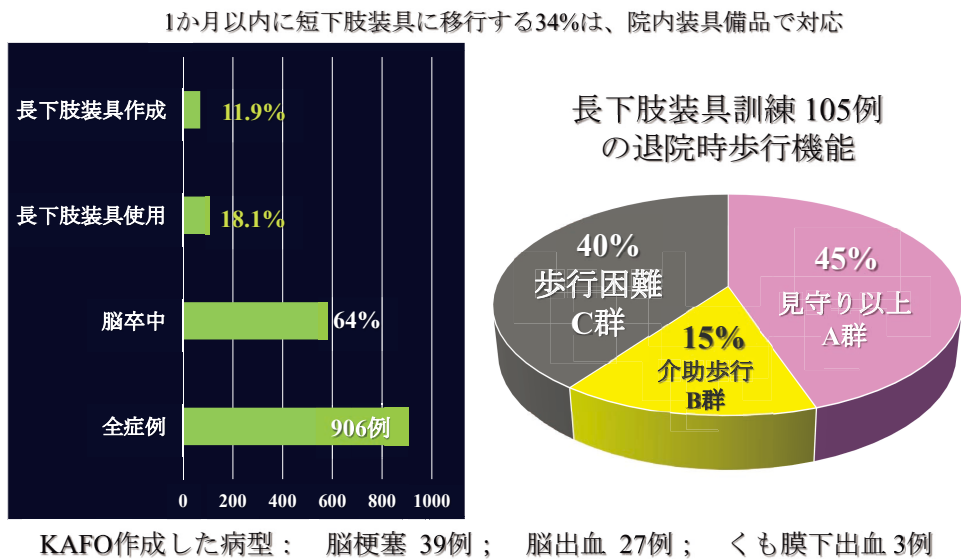


図2 攻めのリハ治療における長下肢装具訓練の解析

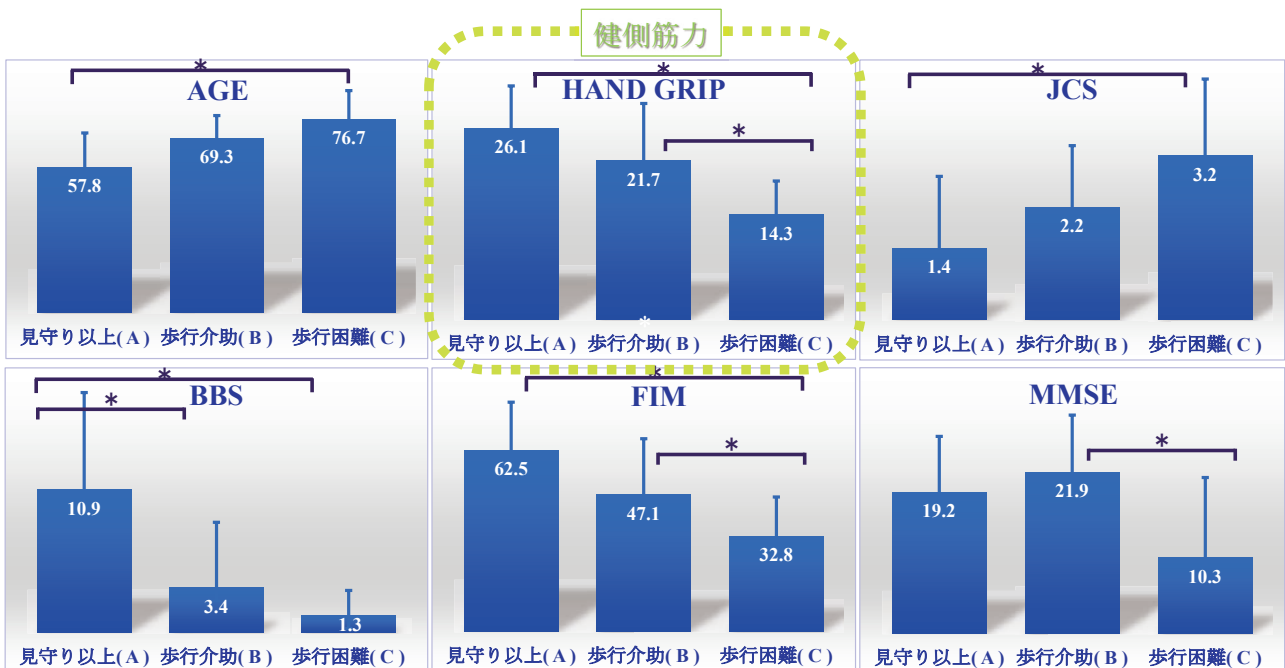


図3 退院時に歩行が可能となる入院時項目の解析

切断や大腿部近位部骨折、感染症や術後に直径 10 cm 以上の重症褥瘡形成した患者でも、本人にリハ意欲と自宅退院意欲があり、認知機能が MMSE 20 以上に保たれて認知症のない患者の回復は良好であった。

この結果を引き出す源は、心理的安全性の高い組織風土の構築である。各職種のリーダーが全員活躍できる組織を作ること、総力戦を挑む信頼を勝ち取ることが基本になるチームビルディングが必須である。一方、日々の臨床現場にはホスピタリティが重要になる。大切なことは、患者と職員、そして、上司と部下が相互満足できるホスピタリティを組織全体で構築することである。それにより、ワクワク感のある職場が構築できる。成長する組織には、やる気のある、よそ者・若者・馬鹿者が必要である⁸⁾。

4. 後遺障害を一生支える日本のリハビリテーション医療体制

図 4 に日本の後遺障害を一生支えるリハ医療介護連携と予防体制を示す^{1,3,9)}。医療連携には急性期、回復期、慢性期があるが、急性期医療従事者には回復期と慢性期医療の現状は見えにくい。急性期リハは病気や外傷発症後 2 週間の ICU などでの廃用予防リハを行い、障害が生じた時は回復期リハ病棟での治療が約 1~6 カ月間実践される。その後は一生に渡り慢性期リハ治療が続く。慢性期は自宅、病院、施設で過ごし、リハ治療は少し複雑である。医療保険では外来リハがあり、介護保険で要支援や要介護を取得すると、通所リハ、訪問リハ、入所リハ、伴走見守りのデイサービスが一生に渡り利用できる。初めて後遺障害に向き合う回復期は、今後の新しい人生を豊かにする Advance Care Planning (ACP) の開始時期になる。また、慢性期の要介護者は、超強化型老健の入所リハを利用すると、毎日個別リハを 3 カ月間受けて歩行や ADL を向上できる。その後在宅復帰を 3 カ月間行くと、入所リハは一生繰り返

し利用できるため、在宅支援で ADL を向上する必須の機能である。そして、慢性期リハ期には 3 期があり、まだまだ回復できる生活期リハ、加齢とともに増加する介助量を軽減する介護期リハ、飲食ができず亡くなる前に心身を支える約 2 週間の終末期リハであり、老健は看取り機能も持つ。要介護者の一生をカバーするリハ医療介護制度は世界の中で日本だけに存在する洗練された制度である。

5. 後遺障害に寄り添う街づくり／タウンリハ（健康医療福祉都市構想）

2003 年我々は社会参加の環境整備が健康寿命を延ばすとの仮説のもとに、障害者に優しい社会参加環境の実現を健康医療福祉都市構想として始動した^{9,10)}。その施策の歴史を図 5 に示す。本構想は健康都市やメディカルタウンなどの単なる健康や医療を中心とした街づくりではない。図 6 のように、社会参加環境整備と社会参加支援体制を促進して、地域住民が主役の街づくりであり、様々な課題を健康・医療・福祉を基盤に情報アクセスやサービス利用をバリアフリー化して、その活動が地域経済活性化を促進する。従来型の縦割り型事業を脱する施策である。患者が街中で社会参加する活動をタウンリハと呼ぶ。我々が提唱した仮説は Nature 誌が 2023 年に証明した¹¹⁾。

2008 年より国土交通省にて「健康・医療・福祉のまちづくりのあり方研究会」と「都市型コミュニティのあり方と新たなまちづくり政策研究会」を 6 年間実践して、2014 年に国土交通省都市局で「健康・医療・福祉のまちづくりの推進ガイドライン」をまとめた¹⁰⁾。具体的街づくり施策として、第 1 弾は東京都と連携した東京都山手通り整備事業であり、8.8 キロの歩道を 24 時間 365 日、安心、安全、快適に散歩できるヘルシーロードを完成した。障害者にも快適な屋外歩行や車イス環境を、線のアプローチとして都心



図 4 後遺障害を一生支えるリハ医療介護連携と予防体制

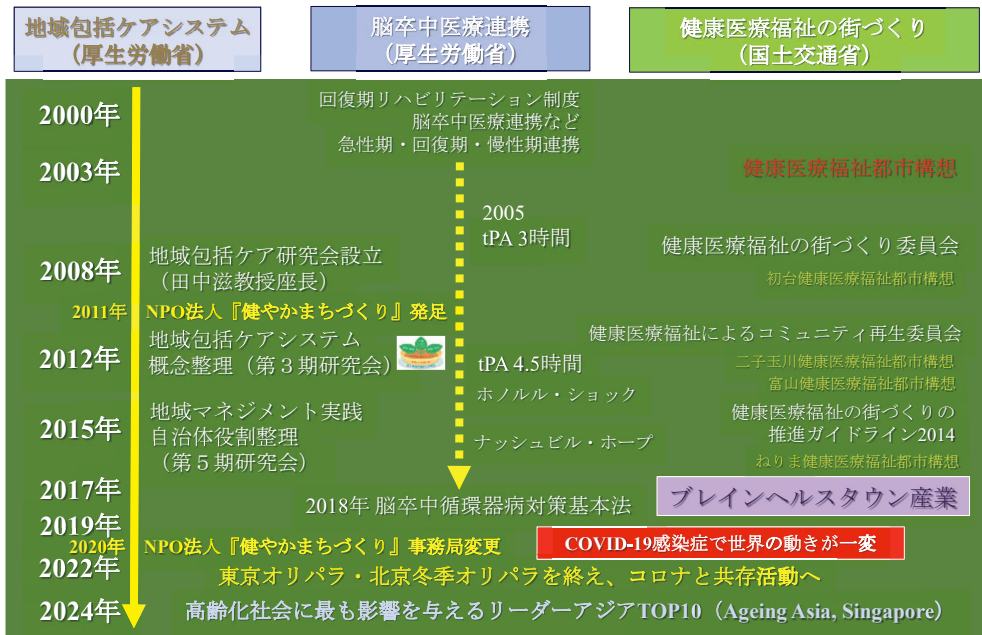


図5 高齢者や障害者が快適に暮らせる街づくり施策の歴史

社会参加や社会貢献を支える環境は健康寿命を延ばす街づくり科学 (Nat.Med. 2023)

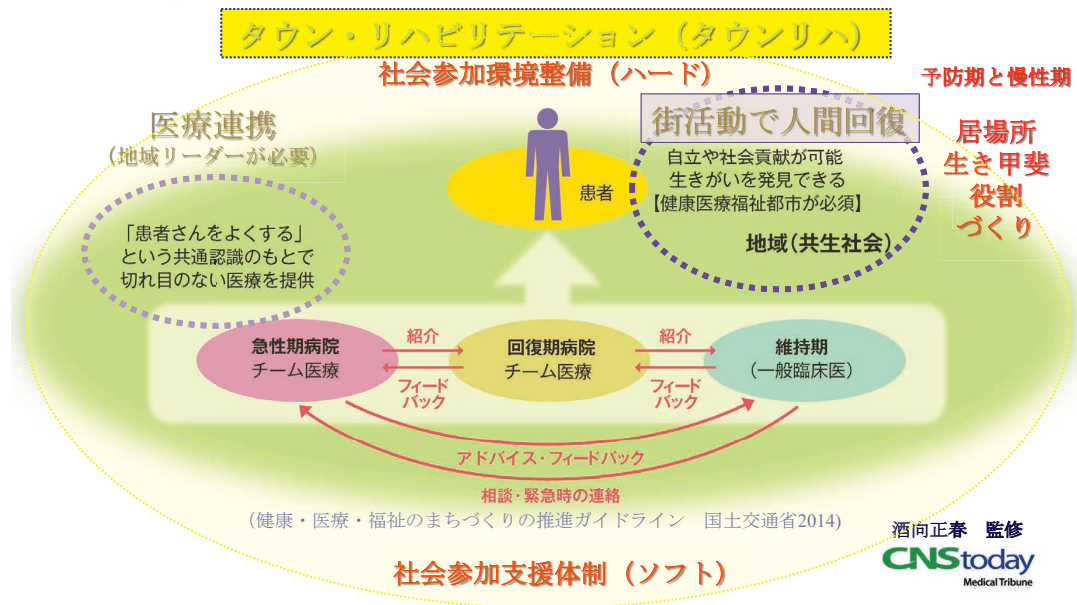


図6 健康医療福祉都市構想の基盤

に整備した。第2弾は東急電鉄と連携した二子玉川大規模開発であり、二子玉川にリハ病院を新設して、誰もが歩いて楽しみ、交流できるヘルシーロード環境を面として整備した。回復期病院退院後に大規模開発域を歩いたり、買い物したり、車いすで活動したり、交流できるタウンリハ環境を実現した。第3弾は富山市モデルであり、我々の研究会メンバーが富山副市長となり2015年に北陸新幹線を完成した。富山市内をユニバーサルデザインとして、歩いて楽しめるコンパクトシティとウォークアブルシティの基盤を作り、車イスでも楽しめる、カッコいい地方都市の街を整

備した。第4弾は現在であり、2016年に練馬区と連携して練馬健康医療福祉都市構想を始動した。陸の孤島で医療過疎地である練馬区大泉学園地区に、2017年に回復期リハ病院と介護老人保健施設を新設した。回復期と慢性期の一施設の新設が、9年を経て医療過疎地を医療福祉充実地区に変え、社会参加支援体制も充実した。病院周囲にカフェやコンビニも新設され、社会参加環境が自然発生し、15年後の2040年に都営地下鉄大江戸線の延伸で病院近くに新駅「大泉学園町駅」ができると、陸の孤島が陸の中心に変わり、社会参加環境整備も充実する予定である¹⁰⁾。

6. 95歳で非介護, 80歳で8割就労する健康寿命延伸の道筋 (筋肉革命95)

超高齢社会の進展は, 高齢者が直面する社会的・心理的課題により, 健康問題を引き起こす世界的な脅威である¹¹⁾. しかし, 可能ならリハビリ治療を必要としない障害のない人生を歩みたい. すなわち, 予防や再発予防による健康寿命延伸の道筋が必要である. 筋肉量は50歳以降に年1%低下する. 我々の回復期入院患者2400例では, 70歳の握力は男性で28kg, 女性で18kgであった. すなわち, 握力が70歳でサルコペニア値に低下すると, 病気や外傷で後遺障害を来すリスクが近いことを意味する. このため, 我々は健康寿命延伸の道筋として筋肉革命95を提唱した¹²⁾. 筋肉強化は脳筋連関の促進により, マイオカインや脳由来性神経栄養因子(BDNF), そして, 多能性幹細胞であるMUSE細胞が増加して, 脳組織や骨組織の健康寿命を延伸して, 生活習慣病も改善する. 2017年にLancetが報告した認知症を遅らせる9因子も運動不足の解消が解決策となる¹³⁾. 2025年Nature誌は5000-7500歩の歩行習慣はタウ蛋白の蓄積を抑制して認知機能を守ることを報告した¹⁴⁾. 筋肉革命95によるグループでの筋肉増強は, 糖尿病, 肥満, 高血圧, 高LDLコレステロール血症, うつ, 社会的孤立, 教育終了の7因子を治療できる. 50歳以降は筋肉革命95による健康寿命の延伸が世界標準となる日は近い.

7. 終わりに

日本は世界一の超高齢国家である. 超高齢者が障害を負っても回復できる攻めのリハビリ治療は世界に誇れる日本の医療基盤である. そして, その後の人生を継続するための障害者にも優しいユニバーサルデザイン環境で, 社会参加を促進する健康医療福祉都市構想は健康寿命を延伸する. さらに, 障害を負わないための予防医学の基盤になる筋肉革命95は, 世界の超高齢国家の指標になり, 日本がリードできる世界貢献となる.

引用文献

- 1) 酒向正春. 攻めのリハ看護を学んで実践しよう. JJN Nurs 2026; 48(2): 115-24.
- 2) 酒向正春. 脳卒中後遺症. 脳神経外科 2009; 37(11): 1129-41.
- 3) 酒向正春. 脳卒中回復期リハビリテーションの実際. 脳と循環 2014; 19(1): 25-9.
- 4) Oka N, Sakoh M, Hirayama M, et al. Relationship between manual dexterity and left-right asymmetry of anatomical and functional properties of corticofugal tracts revealed by T2-weighted brain images. Scientific Reports 2023; 13(1): 2738.
- 5) 酒向正春. 病態別リスク管理. 急性期脳卒中リハビリテーション up-to-date. 総合リハ 2017; 45(2): 115-22.
- 6) Ogawa Y, Sakoh M, Nibe F, et al. Polypharmacy and functional decline in activities of daily living in older rehabilitation inpatients: a retrospective observational study. BMC Geriatrics 2025; 25: 1028.
- 7) 酒向正春, 樋口明伸, 岩澤尚人, 他. 脳卒中後重症片麻痺患者の歩行再建治療に長下肢装具療法が必須である根拠とは. 脳神経外科速報 2020; 30(10): 1105-13.
- 8) 酒向正春. 医療提供体制. 有事における対応力, レジリエンスの発揮. 医療経営白書 2021 度版 (日本医療企画), 30-7, 2021.
- 9) 酒向正春. 高齢先進国のビジョン 健康医療福祉都市構想. 病院 (医学書院) 2012; 71(9): 697-701.
- 10) 酒向正春, 石居真, 米田優登. 国際社会における日本のバリアフリーの現状と今後. JJRM 2026; in press.
- 11) Mak HW, Noguchi T, Bone JK et al. Hobby engagement and mental wellbeing among people aged 65 years and older in 16 countries. Nat Med Sep 2023; 29(9): 2233-40.
- 12) 酒向正春. 筋肉革命95 何歳からでも実現できる95歳で当たり前歩いて楽しむ人生. 日刊現代発行 講談社発売, 1-175, 2025.
- 13) Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet 2017; 390(10113): 2673-734.
- 14) Yau WYW, Kim DR, Rabin JS, et al. Physical activity as a modifiable risk factor in preclinical Alzheimer's disease. Nature Medicine 2025; 31(12): 4075-83.