

患者一人ひとりに ふさわしい 社会復帰を めざす



リハビリのゴールは 社会への復帰

岡山駅から車で40分。労働者健康福祉機構吉備高原医療リハビリテーションセンターは岡山県のほぼ中央、緑濃いさわやかな高原都市の中にあります。すぐ横に吉備高原職業リハビリテーションセンターが隣接しており、二つの施設によって障害を負った方々に職業能力を取り戻させようと医療と職業訓練の両面からのリハビリを行うために昭和62年に建てられました。また、高原都市の中には障害のある方を雇用する二つの事業所があり、センターを退院した人の一部はこれらの事業所で働

いています。

取材当日、山の緑に囲まれた赤い屋根はさんさんと降り注ぐ明るい日の光に照らされていました。その明るさが建物の中にも続いていました。病院内はぴかぴかに磨き上げられていて清潔で、すれ違う病院スタッフは親切でていねいでした。そして、何よりも重度の障害を負っているはずの患者さんの表情の明るさに驚かされました。

理学療法室では下半身の自由を失った人が仰向けになって汗を流しながら15キロのバーベルを持ち上げていました。作業療法室では車いすに座ったまま思いっきりドッジボールを投げて、バランスの

訓練をしている患者さんの姿がありました。そして、両手両足が不自由なまだ若い患者さんは電動車いすを顎で操作しながら廊下をゆっくり走らせていました。その表情にかげりはなく、みんな社会復帰に向けたトレーニングに一生懸命でした。

「ここには急性期が過ぎて症状が安定した人たちが来られます。筋力トレーニングによって動かなくなった足や手が動くようになればそれがリハビリのゴールだと一般には考えられています。しかし、私たちはそうは考えません。手足がある程度動くようになっても多くの人の手を借りながら病院や施設を転々とする



運営方針を熱く語る 徳弘院長

県内から、そのほか中四国、近畿、東海などの急性期病院から転院してきた患者さんが多いようです。センターの医師たちは中四国の労災病院と定期的なコンファレンスをもって、このセンターで行っているリハビリを紹介し、ここでリハビリすればもっと社会復帰が容易になり、その方の生活の質（QOL）を改善することができると思われる患者を紹介してもらうように働きかけているそうです。

患者さんは労災事故や交通事故、病気などで障害を負った人たち。脊髄損傷や脊髄性^{せきすい}麻痺^{まひ}によって下半身が麻痺したり手足が麻痺している人が40%、脳血管障害や脳の損傷を負った人が38%、骨関節疾患の人が18%、切断の人が2%を占めています。年齢は60代が25%で最も多く、70代以上が28%、50代が21%、40

代以下が26%…と若い人が比較的多いことが特徴です。

リハビリのゴールを決める

リハビリテーション科の初診患者は最初に日常動作（ADL）がどこまで自分でできるかのチェックを受けます。例えば、自分でコップから飲み物を飲むことができるかどうか、食べることができるか、上半身の更衣ができるか…。それらを自分ひとりで行えるか、一部介助が必要か、全介助が必要か。さらに、患者の家族関係や経済面についても聞きます。それによってどこまでの自立が可能かを予測するのです。

すべての項目について全介助が必要で、家庭に介護する人がいない場合は施設内で介助を受けながら生活するしか

状態が続くのだとしたら、医療の効率としては非常に低いと思うのです。手足の機能が失われるなど、どれほど大きな障害を負った患者さんでもその人に残された機能を最大限に活用して社会復帰することこそゴールだと考えます。このセンターでは医者と看護師だけでなく、理学療法、作業療法、言語療法、リハビリテーション工学などいろんな分野の専門家が力を合わせてそのゴールに向けたケアを行っています」

センターの運営方針を徳弘昭博院長はそのように説明されました。この方針を打ち出し、それを実践されてきた院長先生は、胸の中に熱いハートをもった方だとお見受けしました。

リハビリ患者146名のプロフィール

センターは吉備高原都市に住む人たちのための一般診療も行っていますが、中心となる活動はもちろんリハビリテーションです。平成17年度は146名がリハビリの治療を受けています。4分の3が岡山



理学療法室での筋カトレーニング

ありません。しかし、家庭で介護する人がいる場合には自宅を改造して家庭内に必要な設備を整えれば、介助者の手助けを大幅に省くことができ家庭内で自立した生活を送ることが可能になります。また、身体機能の一部を失っていても車いすや義手・義足、自助具などでそれを補うことで自立ができる人は社会的自立が可能になります。

十分な労働能力がある人は障害者雇用施設に雇用されたり、新たな職業能力を身につけるために隣の職業リハビリセンターに入ることもできます。社会的に自立できても労働能力が十分でない場合は、授産施設など福祉的施設に行くことになります。あるいは介助者がそばについていることが必要ですが、必要最小限の身の回りのことは家庭内で自立し、場合によってはSOHOの設備を整えて、コンピュータを使って家庭の中で就労するという選択も可能です。

センターでは入院する前に医師が患者と家族を交えてこのことを話し合い、ゴールを設定します。そのゴールの到達までに半年や1年、最も長い人の場合には2年近くかかる場合もあります。その間、患者は医師や理学療法士その他専門家の援助を受けながら家庭内自立、あるいは社会的自立のために必要なリハビリテーションを行うのです。



医用工学研究室でのパソコンの指導

平成17年にセンターを退院した146名のその後をみると、家庭に復帰した人が72%、職業復帰した人が4%、新たに職業能力を身につけるために隣の職業リハビリセンターに入所した人が1%、授産施設に入所した人は10%、ほかの病院に転科転院した人が12%、亡くなった人が1%でした。

センター内の各施設を 訪ねる

[理学療法室と作業療法室]

センターには温熱、電気、光線あるいは冷温水などによる物理的療法や運動機能回復訓練を行う理学療法室、日常生活活動訓練を行う作業療法室などがあります。それらを見学させていただきました。作業療法室には調理台や浴

槽、便器などがあり、その高さがボタンひとつで自由に変えられるようになっています。大半の患者は車いすを使って生活していますが、自立の第一歩としてここで車いすから便器や浴槽に身体を移乗する練習をし、あるいは車いすに座ったまま調理する練習をするわけです。

自動車の前半分だけを切り取った形の運転台もあります。下半身が不自由な人がこれによって運転台に移乗し、アクセルとブレーキを手で操作する練習をするのだそうです。

[言語療法室]

作業療法室の隣に言語療法室がありました。脳血管障害などによる麻痺でうまくしゃべれなかったり、食べ物をうまく飲み込めない患者に対して言語療法士がコミュニケーションと摂食嚥下^{えんげ}の能力回復

のための治療をここでを行います。

[温室と野菜畑]

中庭には温室と野菜畑がありました。ここで機能回復訓練の一環として草花や野菜を栽培したり、机の前で話をするのが堅苦しすぎるという場合に、ここで草花に囲まれながらコミュニケーションすることもあったとのことでした。

[医用工学研究室]

興味深かったのは医用工学研究室です。3名のエンジニアがここで患者の自立を助けるさまざまな道具を研究開発しています。

例えば、車いすに座り続けることによる褥瘡^{じよくそう}を予防するためのエアクッションの開発。患者をセンサーシートに

座らせ、お尻の各部分の圧力を計測し、お尻の形状に合わせて一人ひとりに合ったクッションを作るのだそうです。

ぜんそく
喘息の薬をうまく吸い込めない人のために開発された「吸えるぞうくん」は薬を吸い込もうとする患者の吸気をセンサーで感知し、次の瞬間に粉末の薬を吹き出す装置です。

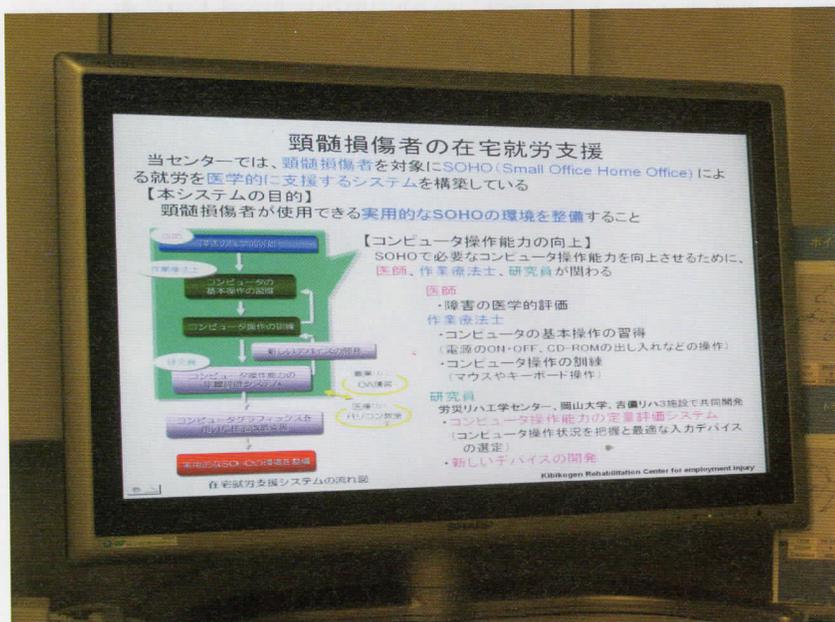
パソコンのマウスもさまざまなタイプのものがありました。パソコンは障害者の自立のために非常に重要な役割を果たします。障害者は外出してコミュニケーションする機会がなかなかもてないのですが、パソコンさえあればインターネットで世の中のことを知ることができます。そしてメール送信すればいつでもだれとでもコミュニケーションがとれるのです。

だが、麻痺で細かい指先の

操作ができない人が少なくありません。そこで細かい動作ができなくても扱えるマウスを開発しているのです。例えば、右クリックと左クリック、ダブルクリックの代わりに大きなボタンを押す方式にしたもの、あるいは手首の部分でボールを転がしてカーソルを動かし、早く押すことでクリック、ゆっくり押すことでダブルクリックするもの…などです。

研究員たちはこれらを使ってパソコン教室を開き、患者と家族たちにパソコンを教えています。このようにしてパソコンの技術を身につけ、家の中をSOHOオフィスに改造して、家庭内就労している人も少なくないようです。

医用工学研究室では家庭内で自立できる環境を整えるために自宅の改造計画図面のデータを入力して3D画像を作成するというサービスも行っています。ベッドやリフター、天井走行機、車いすなどの大きさや形のデータも入力して改造した家の中でそれがうまく設置できるかどうか、車いすや天井走行機で家の中をうまく移動できるかどうか、そして、車いすから便器や風呂に移乗するとき身体をどう動かせばよいかをアニメーション画像でやってみるのです。自宅の改造計画を具体的に検証するのに役に立つし、患者本人には家に帰ってからの自



SOHOオフィスによる在宅就労の支援も行われている

分の生活を具体的にイメージでき、それをスムーズにするために、退院までにどんなリハビリが必要かがよくわかるといいます。

[病室]

最後に2階の病室を見せていただきました。ナースコールや病室内の照明の点滅、ベッドの上下、カーテンの開閉、テレビのスイッチと選局などがすべてコンピュータ制御になっていて、ひとつの操作パネルにまとめられています。患者のベッドのちょうど顔の横にストローのような筒が突き出ています。手指を自由に動かさない人がそれに息を吹き込むことで機器のオン・オフや選局ができるようになっているのです。

自宅内にこれと同じ設備をするには100万円以内の金額で可能で、この装置さえあれば障害のある方は家庭内でも自立した生活が可能なのです。身体の機能の一部を失った障害のある方が自立できる可能性はIT化のおかげで大きく広がりました。

QOLの向上に向けて

障害のある方の生活の質(QOL)を向上させるための第一歩は、他人にかける世話をできるだけ小さくして自

立することです。その次に、さらに条件が許せば、世の中のために働いて恩返しすることです。センター事務局長の田中秀明さんが最後にこんなふうに話してくださいました。

「ある患者さんがこんなふうにいるのをきいたことがあります。ここのリハビリは自分が前の病院で受けていたリハビリとは全く違う。筋肉が動くように筋力トレーニングすればよいというのではなく、障害のある方一人ひとりのQOL向上に照準を置いてくれている。退院してからもここまで車を走らせて通院しようと思っている、ということです。

この人は別の病院でリハビリを受けてウチに転院してきた患者さんで、ウチでやっているリハビリの特徴が本当によくわかるのはそういう人だけかも知れません。

当センターのリハビリの進め方は、大学との共同研究や全国の医師を対象としたリハビリ研修会の開催、研究レポートの発行などを通じて広報していますが、医療制度改革で長期療養型医療の経営が厳しくなりつつある中で、同じような運営ができるところがほとんどなく、そのためまだ十分に知られていない部分があります。筋力トレーニングだけのリハビリを終えて、その後家庭にこもってQOLの低い生活を余儀なくされている障害のある方は世の中には多いと思われます。

よその病院で動かなかった腕が動くようになるというのはありません。しかし、当センターのやり方でリハビリすれば、もっとQOLの高い生活への道筋をつけるお手伝いができる。そのことをもっと知っていただくことが当センターの使命だと思っています」



リハビリに励む患者さんたちの作品