

CRASEED NEWS



No.32

発行：NPO法人 リハビリテーション医療推進機構 CRASEED／年3回発行／第32号（2016年6月9日発行）

〒560-0054大阪府豊中市桜の町3-11-1 関西リハビリテーション病院内 TEL:06-6857-9640 http://craseed.sakura.ne.jp

CRASEEDアドホック講演会「原点回帰 —当事者の視座から学ぶ—」

実体験を交えた講演に 胸を熱くする参加者続々

CRASEEDアドホック講演会の初の試みとして、「原点回帰—当事者の視座から学ぶ—」が1月30日平成記念会館で開催されました。リハ医療に従事されている言語聴覚士の関啓子先生と臨床心理士の定政由里子先生に、実体験を交えて各自の視点で患者心理について述べていただくという極めて珍しい貴重な講演会でした。自身のつらい体験を赤裸々に話していただくことは、かなり勇気の要ることだったと思いますが使命感を持ってこの講演会に臨んでいただいた事と思います。その体験を有難くも聞いた私たち医療者は非常な幸運であり、その思いを胸に患者と接していく事が私たちに引き渡された使命であると感じました。

関先生は言語聴覚士の教授として第一線で活躍されているさなかに脳塞栓症を発症し、期せずして自分の専門分野であった高次脳機能障害・失語症を生じました。しかも左利きであり、右脳損傷でありながら利き手の麻痺を生じるという状態でした。素晴らしいのは、発病当初から患者の立場に留まることなく、今までの知識を再確認しつつ新しいことを見出そうという治療者・研究者の視点を絶えず持ち続けた姿勢でした。知識として持ち合わせていた半側空間無視の机上テストにおいて、右空間に意識が磁石のように吸い付けられ、頭では解っているのにどうしても左端を捉えることが出来なかった、という話は関先生でなくては語り得ない経験であったでしょう。発病当初からの様子を音声・画像を通してお示しいただきましたが、自身をドキュメンタリーとして残していくことが医療の発展に・後進の指導に有用であると目的意識を持ちつつ病気と立ち向かわれてきた事がよく判りました。また現在もたゆまぬ向上心でリハビリテーションを継続し進行中であるとのことでした。治療者には、予後伝えるインフォームド・コンセントを伝えていくことが重要であることにとどまらず、回復



関啓子先生



定政由里子先生



道免和久先生

への希望・インフォームド・チョイスを与えられるように知識と研鑽を積む必要があると教えていただきました。

定政先生は、私の以前の職場の同僚で、常々患者心理についてご相談させていただいていました。的確なアドバイスをいただき尊敬しておりましたが、今回の発表は輪をかけて素晴らしいものでした。小学生の低学年時に交通事故に遭われ対麻痺の状態となりましたが、長い入院生活を経て普通学級に戻られます。お母さんの支援のもと通学されますがそれは定政先生が自動車免許を取る20歳まで続いたそうで、当たり前のように当たり前でないご家族の支えにも感謝しました。普通学級で級友からも特別視されることなく学業は順調に進んだそうですが、在学していた外語系大学の就職活動に参加出来ず分析心理学の学問に進むことになったため、現在こうして定政先生のお話を伺うことが出来るようになりました。ギリシャ神話の神・ヘパイストスの逸話より、障害者の心理過程が読み取れると教えていただきました。障害ゆへの排除と孤独、試練（鍛冶作業にみる一連の工程）、それを通過していく過程で自制・忍耐・希望・感謝が生まれマイナスをプラスに感じる力が生まれてくる、と。私は以前の職場で定政先生に尋ねたことがあります。「こういう風に考え方・見方を変えてみては、もう少し気持ちを前向きに持つことが出来ます、と患者さんを誘導することは出来ないですか」。定政先生の答えは「それは決して誘導できるものではないのです。患者さん自身で気がついてもらわないと。」という事でした。「障害」とは身体的・精神的・心的な機能の侵害、つまり完全さの欠如である。その意味で全ての生き

ている人間は皆が障害者といえます。中でも大きな試練に挑んでいる人がいわゆる障害者であると考えるのが妥当なのかも知れません。リハビリテーションを指導する者として、「もう治りません。」と道免先生の言葉の「諦め促し業」を行なってはいないでしょうか。「今はこの状況から大きく変わらなくても、将来さらに良くなることを目指して一緒にやっていきましょう。」そう確信を持って言えるよう、仕事に取り組む心構えが必要だと反省しました。

ハーピストの平尾祐紀子さんの演奏は印象的でした。ハーブを単独で聴く機会はあまりありませんが、ピアノではないドリュッシーのアラバスクを聞き、夢・夜・月・海というイメージが浮かんできました。文字通り琴線に触れる演奏で、幻想的で、ハーブが「癒しの楽器」たる所以が身をもって体験できました。

このような企画を立案され、実行していただいた道免先生ならびに勝谷先生に感謝するとともに、次回のアドホック講演会を期待します。有難うございました。このような講演会が聞けるところがCRASEEDの醍醐味です。今後も皆様の多数のご参加をお願いします。

（十条武田リハビリテーション病院 石野真輔 先生）



平尾祐紀子さん

みんな で ブレースクリニック



テーマ

片麻痺歩行の装具変更

症例提示

66歳、男性。10年前に脳梗塞を発症、回復期リハビリテーション病院での治療を経て杖歩行自立で自宅へ退院。退院当初はプラスチック製短下肢装具 (PAFO①) を使用していたが、退院から5年後に自己判断で下肢装具の使用をやめてしまい(装具は破棄)、装具なしで歩いていた。その3年後、当院からの訪問リハビリテーションが開始された。詳細は不明だが、リハ医の介入はないままに改めてプラスチック製短下肢装具 (PAFO②) が作製され、装具の使用を指導された。訪問リハビリテーション開始から2年後、担当PTから装具の見直しの提案があり、ブレースクリニックを受診。

受診時所見

身長179cm、体重86kg。重度の運動性失語、理解は短文レベル、表出は時々単語が出る程度、質問にはうなづきや首を横にふり意思疎通可能。右片麻痺 BRS下肢Ⅲ、SIASm(11a/211)、右足は内反尖足、足関節屈 -10° 。

歩行評価

PAFO②使用での杖歩行。杖と同時に右下肢を振り出し、先行した右足に左足を揃える2動作・揃え型の歩行、立脚初期から終期にわたって右膝は過伸展のまま、ストライドは足長以下(写真上段)。

リハ医A：麻痺側下肢の尖足と膝過伸展を顕著にみとめる典型的な片麻痺の歩行ですね。装具がその機能を果たしていないように思われます。

リハ医B：装具の長さが下腿中央まででしかなく、プラスチックの厚みも薄いようです。そのため、足関節の底屈制動力が弱く尖足を容易に許容しています。立脚初期から膝が過伸展となることで、進行方向と逆向きの力が働きます。非常に効率の悪い歩行ですね。また、このままこの装具を使い続けると膝関節の変形が進行する恐れもあります。

担当PT：尖足をしっかりと抑えられる装具に作りかえるべきだと思います。

義肢装具士：長さを腓骨頭の近くまでとし、プラスチックも厚いものを使うことで底屈制動力を大きくすることはできます。しかし、尖足を許す歩き方を5年間も続けているので、装具を作っても自宅で継続して使ってもらえるかが心配ですね。

リハ医B：同感です。装具作製に合わせて短期リハ入院を行い、新しい装具を使いこなせるように集中的に歩行訓練を行いましょう。

装具完成時(写真下段)

リハ医B：右膝の動きが変わりました。立脚中期に反跳膝が出現していますが、少なくとも立脚初期の膝過伸展はなくなり、歩幅が広くなり歩行速度が上がりました。

担当PT：本人も非常に嬉しそうですね。退院までまだ数日間、新しい装具での歩行訓練が行えます。これなら訪問リハビリテーションへ無理なく移行できます。

(**リハ医A**：みどりヶ丘病院
リハビリテーション科 酒田耕先生)

(**リハ医B**：みどりヶ丘病院
リハビリテーション科 森脇美早先生)





リハビリ軍曹の後出しじゃんけんコメント

タマラック継手だけでなく、さまざまなアプローチを！

足関節拘縮があるも制動力の弱い短下肢装具使用者に対する装具再作製という、慢性期脳卒中片麻痺例でしばしば経験する一例である。本例にはタマラック継手付短下肢装具が、再作製された。使用されていた短下肢装具より制動力は高くなったが、タマラック継手は剛性の点から強い制動力があるとは言えない。剛性の点からはPDC継手などの金属を用いた継手の方が高く、作製後の角度調整も可能なので、訓練介入による足関節拘縮の改善が期待でき

るならば使用を検討する価値がある。

また、タマラック継手は足関節背屈方向の自由度が高い点の特徴であるが、本例では立脚終期も足関節は底屈位を取っており、継手機能をより活用するためには継続した足関節可動域改善が必要である(立ち上がり時に足関節が背屈位をとるなら別だが)。

なお、背屈方向の自由度が必要な場合には、プラスチック短下肢装具(P-AFO)の適応となる。P-AFOの底屈制動力を高めるためにはプラスチッ

クの厚み調整が一般的であるが、プラスチックの線上に凹凸をつけるコルゲーションもある。ただし、コルゲーションの位置は重要であり、底屈制動力を高めるためには側方でなく後方に設置した方がよい。さらに強固な制動力を高めるためにはカーボン粘土による補強があるが、作製可能な装具業者は限定される。また、P-AFOやタマラック継手付短下肢装具作製後に、背屈方向の制動角度を変更する場合には下腿部内側にパッドを貼り付ける方法がある。

専門医試験合格コメント

リハビリの奥の深さを実感 専門医取得が第一歩に

このたび無事に専門医試験に合格することができましたので、ご報告致します。

私は平成26年より関西リハビリテーション病院に勤務しており、入職当時よりCRASEEDに参加させてもらいながら、リハビリテーション専門医の取得を目指しておりました。道免教授、坂本先生、松本先生をはじめCRASEEDの各先生方にご指導頂き、心より感謝申し上げます。

今回、リハビリ専門医の試験勉強をするにあたって、改めてリハビリテーション医学の範囲の広さに圧倒され、とても奥が深いことを再認識すると同時に自分の知識や経験が不足していることを痛感致しました。今回の専門医取得が、自分のリハビリテーション医としての第一歩になるのではと思っております。今後、知識の研鑽をつづけ胸を張ってリハビリテーション医と名乗れるように頑張りたいと思います。どうぞこれからもご指導の程、よろしくお願い申し上げます。CRASEEDの皆様、本当にありがとうございます。

(関西リハビリテーション病院 清家美恵子先生)

「医師」から「専門医」になり 視野の広がりを感じる

この度は、諸先輩方のお力添えのお陰で、リハビリテーション専門医試験に合格することができました。この場をお借りして、皆様にお礼申し上げます。

専門医試験に合格した日から、リハ医として何ができるようになる訳でもなく、突然経験値や臨床力が上がる訳ではありません。変わったことと言えば「リハビリに関して最低限度の専門的な知識がありますよ。」という名札をいただいたこと。つまり「専門医として見られる事」のように思います。

今までは、「医師」という名札で生きてきました。今後は各場面で「専門医」という名札を携えながら、医師としての人生を歩むこととなります。

特異性の高い名札が増えるということは、自分がアウトプットするものの影響の範囲も質も、変わってしまうのだろうと感じています。

たかが専門医。されど専門医。今後もインプットし続けるとともに、自分のアウトプットがどのような変化を生むのか。専門医試験に合格して感じることは、その視野の広がり・視点の広がりにあるように思います。

(関西リハビリテーション病院 足立清香先生)

平成29年度から

新専門医制度が開始！

1. はじめに

我が国のこれ迄の専門医制度は、各学会が独自で制度を作成し専門医を認定してきました。平成14年専門医の広告が可能となった事で、学会専門医制度が乱立し、専門医の質の低下への懸念が生じてきました。そこで、1)専門医の質を担保できる。2)患者に信頼され、受診の良い指針になる。3)専門医が「公の資格」として、国民に広く認知されて評価されることを、目的に専門医制度が改革されることになりました。

そこで平成23年「専門医のありかたに関する検討会」で、専門医制度は基本領域とサブスペシャリティ領域二段階制とする、専門医の認定は各学会ではなく、中立的第三者機関で行うこと、専門医育成は研修プログラムに従って行うこと、中立的第三者機関では研修プログラムの評価・認定、研修施設のサイトビジットを行うことが策定され、平成26年5月に従来の社団法人日本専門医制評価・認定機構に代わり、一般社団法人日本専門医機構が設立される運びとなりました。

2. 新専門医プログラムとは？

厚生労働省が公表している「新たな専門医制度の基本的枠組み」を示します **図1**。リハビリテーション科を含む19の基本領域の基本領域専門医と各基本領域でさらに細分化されたSubspeciality専門医の2階建ての枠組みとなっています。

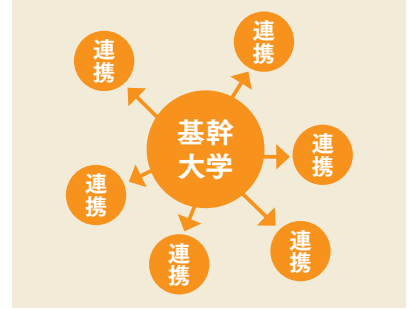
リハビリテーション科の研修目標は「障害の予防、診断、治療を行い、機能の回復

並びに活動性の向上や社会参加に向けてのリハビリテーションを担うリハビリテーション科専門医として、障害に対する幅広い医学知識・専門的治療技能、他の専門領域と適切に連携できるチームリーダーとしての資質を習得する。」ことにあります。

そのために障害をきたす疾患を幅広く主治医として担当すること。具体的には「(1)脳血管障害・外傷性脳損傷など、(2)脊椎脊髄疾患・脊髄損傷、(3)骨関節疾患・骨折(4)小児疾患(5)神経筋疾患(6)切断(7)内部障害、(8)その他(廃用症候群、がん、疼痛性疾患など)を決められた症例数経験すること。また、患者の障害とそれに関連するニーズは疾患の発症から経時的に変化することから、急性期・回復期・維持期のリハビリテーション医療を経験することも必要不可欠とされています。

よって、これまでしばしば行われていたように、急性期あるいは回復期などの1つだけの病院で研修することは、症例・発症からの時期等の研修内容に偏りが生じてしまうため、指導医が在籍ないし指導が可能な、大学病院などの基幹施設と地方の中核病院・回復期リハビリテーション病院・療養型病院・小児施設・診療所などを「専門研修施設群」として、その研修プログラムに属している専攻医は、その施設間を一定期間ローテートして研修をしていくことが求められることとなります **図2**。リハビリテーション科の専門研修プログラムは各県に1つ以上が目安とされ、現在、策定が進行中ではありますが、現在のところ兵庫県では兵庫医科大学と神戸大学の2つの予定です。

図2 施設間をローテート研修



3. いつから？

上記新専門医プログラムは平成29年度採用の専攻医から適用されます。利点としては、基本専門領域について必要かつ十分な研修の質が担保できるようになることが期待され、その結果、養成された専門医が、患者さん・その家族の期待に十分こたえられる力量を示すことができることが望まれます。一方、医師のライフサイクルの観点から見ると、他科で勤務ないし、専門医取得をしていた中堅クラスの医師が他科の勉強をしなくなって転科しての専門医取得を希望する際には、今回の新専門医制度では大学などの基幹病院に6か月以上の勤務が義務付けられることから、通勤時間などの地理的条件や経済的問題などの諸条件を考慮しますと、これまでより、転科のハードルが高くなる懸念されます。

4. おわりに

われわれも、患者さまに満足していただけるリハ医の養成を進めるべく、兵庫医科大学を基幹施設とする専門医プログラムを作成し準備を進めております。

手前味噌な話ですが、これまでの専攻医の受け入れ、専門医合格者数の実績は全国トップクラスです。リハ科にご興味のあるかたは是非説明会にきてください!!

補足：今年度秋までの旧制度での専門医制度での専門医取得が可能で、上記の記載した転科のハードルはありませんので、リハ科転科希望の方は今すぐ「来年(あるいは“そのうち”)」ではなく「今すぐ」お申し込みください。

(関西リハビリテーション病院 松本憲二先生)

図1 新たな専門医制度の基本的な枠組み

