

CRASEED NEWS



No.40

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40号（2019年1月26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.org

2018年度CRASEEDセミナー報告 臨床に生かす最新の知見と考察！

9/22(土)リハビリテーション のための嚥下障害と栄養

①嚥下障害の基礎と栄養との関連性 嚥下障害の評価とリハビリテーション（広島国際大学 総合リハビリテーション学部 言語聴覚学専攻 准教授 福岡達之先生）；そもそも嚥下とは、どんな仕組みで行われていて、安全に摂食するためにどのような防御機構が私たちに備わっているのか、まずはその正常メカニズムを教えてくださいました。その後、嚥下障害あるいは防御機構が不十分ではないかと疑うスクリーニングテストのポイントを各々紹介していただき、それぞれに対してどんな間接訓練が有効なのかを教わりました。大変わかりやすく、頭の中がとてもきれいに整理できました。

②嚥下障害と栄養管理～看護師の立場から（西宮協立脳神経外科病院 看護部 摂食・嚥下障害看護認定看護師／NST専門療法士 永野彩乃先生）；24時間切れ目なく患者さんの生活をつなぐ看護師さんならではの“気づき”があり、その先へ“つなぐ”があることを改めて教えてくださいました。また、一つの生活場面（シーン）に対して一つ以上の介入視点があること、一つの動作は少しの工夫で一動作以上の活動や筋量アップにつながるというお話が非常に魅力的でした。

③回復期病棟における管理栄養士の関わり（熊本リハビリテーション病院 栄養管理部 栄養管理科 科長 嶋津さゆり先生）；嚥下調整食は嚥下障害に対する標準的な治療である一

方で、栄養価が低い、摂取量が少ないなど、低栄養に陥りやすいという問題点と隣り合わせです。だからこそ個々が今必要とする栄養量をタイムリーに捉え、どのように補給するのか、どの方法であれば摂食できるのか、実際に病棟へ足を運ばれてあらゆる介入を行う熱意あふれる日常を垣間見させていただきました。

④回復期のNST最前線 サルコペニア フレイルの対策（熊本リハビリテーション病院 リハビリテーション科 副部長/栄養管理部長 吉村芳弘先生）；サルコペニアやフレイルの中には医原性サルコペニアもあり、最近よく見聞きする床上安静や絶食という光景の怖さを改めて感じました。また、ご講演の中で紹介された最前線のエビデンスや数字のインパクトはとても印象的で、記憶に残るご講演内容でした。

（みどりヶ丘病院 坂本洋子 先生）

10/14(日)脳卒中予後予測 セミナー

道免和久先生の「予後予測総論」では、そもそも“予後予測”ではなく“帰結予測”が望ましいというお話に始まり、私たちが予測する意義として、適中させることなく、その後の考察が大事なのだということが心に残りました。

小山哲男先生の「予後予測の理論」では、従来の予測法に加えて、FIMや拡散テンソル法MRIを使った予測法を教えてくださいました。患者さんご本人や、ご家族が求めることは各々にたくさんあるとは思いますが、ペー



予後予測セミナー講師 上段左から道免先生、小山先生、下段左から内山先生、梅田先生

スとしてできてほしい動作は獲得しやすい部類に入るものが多いと感じます。拡散テンソル法MRIによる予測法では、発症早期の脳脚DTI-FA値と回復期退院時の帰結の間に相関が認められたというお話でした。症状と病巣の関係を考えることはあっても、今回こういったお話をいただけて大変有意義でした。

内山侑紀先生・小山哲男先生の「予後予測の実践」では、FIMを用いた脳卒中ADL予後予測方法をはじめ、FIM構造解析によるADLのイメージの仕方やFIMから自宅復帰できる確率の求め方、急性期脳卒中やクモ膜下出血、拡散テンソル法MRIを用いた予後研究のお話をいただきました。いずれも大事なポイントをまとめていただいていたので、とてもわかりやすかったです。

最後は症例検討で、梅田幸嗣先生による「歩行・ADLに着目した予後予測について」と、小山哲男先生による「DTI-FA法とFIM対数曲線法を適用した脳卒中の1例」のお話でした。先程の「予後予測の実践」のように、実際の症例を利用して様々な予測法をあてはめて臨床所見も大事にしながらか考察していく流れがわかりやすかったです。脳卒中が起こった後治療を経て、その後、患者さんとしては日常生活の再開が待っているわけで、それをどのように送ることになるかというのはとても大事なことであり、それは脳卒中に限らず他のどんな病気でも言えることですが、こういった予測法を通して、その生活の助けになることができたら幸いに思います。

（ささやま医療センター 波戸本理絵 先生）



左から嚥下セミナー司会の勝谷先生、講師の福岡先生、嶋津先生、永野先生、吉村先生



兵庫医科大学教育研究棟で開催された「予後予測セミナー」

みんなで ブレースクリニック



テーマ 意識障害のある介助量が多い脳卒中患者に対する訓練法は？

症例提示

57歳、女性
【既往歴】
 心房細動、糖尿病、緑内障
【現病歴】
 意識障害 (GCS=E1V1M3) にて前医に救急搬送、頭部CT上くも膜下出血と左前頭葉脳内出血を認めた。同日緊急血管内コイル塞栓術施行、術後MRIにて左大脳半球に広範囲の脳梗塞を認めた。約1ヶ月後、当院に転院、回復期リハビリテーション病棟にてリハビリテ

装具診時身体所見

ションを実施している。
 身長158cm、体重86kg
意識障害: GCS=E3V2M6
 右片麻痺、SIASm(00/000)、健側上肢多動であった
 筋緊張、腱反射共に低下
 足関節背屈0度
 起居動作、単座位保持、移乗動作は全介助
 体幹の介助も多いが声掛けで短時間のみ介助下で起立保持可能

患側振り出し全介助、健側振り出し中等度全介助
 経鼻胃管挿入中
コミュニケーション: 不可、不明瞭な発話にて訓練拒否を示す

論点

急性期を脱した、重度麻痺に加えて意識障害のある脳卒中患者の歩行獲得手段をどうするか。

PT: くも膜下出血後の患者で左前頭葉脳内出血に加え左大脳半球に広範囲の梗塞を認める方です。急性期病院から当院の回復期病棟に入院されてきたばかりです。BMI 34とかなり体重のある方ですし、意識レベルも悪いです。まずはティルトテーブルから開始したいと考えています。また、重度の右片麻痺があり装具は必要かと考えています。

リハ科医A: そうだね、下肢装具は両側金属支柱付き長下肢装具で足被い型、膝継手はリングロック型、足継手がダブルク

レンザックのものがいいでしょう。肩に亜脱臼があるようなので肩装具も必要だね。ただ実際の歩行訓練に関しては、最初は3人介助になるだろう。

リハ科医B: ちょっと待った、ここは天井懸架式免荷装置 (coreframe®) も併用しましょう。coreframeは天井から体幹を吊り上げるタイプの免荷装置で、介助量の軽減が見込める。それに加えて経験上は意識状態も改善するので、従来の方法では歩行が獲得できない人も歩くことができる可能性があるんだ。

PT: わかりました。coreframeで免荷したとしても療法士2人介助でしょうか？ 第一に、この方だと体重制限をクリアできない可能性がありますね。

リハ科医C: 大丈夫。介助者は1人でいけるだろうし、転倒もしないので安全に訓練できるんだ。体重制限は100kgなので、この方はcoreframeに乗せることができる。重度意識障害と重度片麻痺がある人は、少し前までは寝たきり状態を脱することができなかったんだ。けど、今は違う。歩行訓練の量を増やすことができるため、最終的には歩いて帰る人もいるんだ。

リハ科医D: すごいですね！ 今後はどんどん活用していきましょう。

(洛西シミズ病院)
リハ科医A: 桐谷奈央子 先生
リハ科医B: 高橋潤 先生
リハ科医C: 齋藤淳 先生
リハ科医D: 安川俊樹 先生)



coreframeを活用したリハビリテーション



天井懸架式免荷装置 (coreframe®)



リハビリ軍曹の後出しじゃんけんコメント

意識障害かつ重度片麻痺患者へのアプローチ

今回のポイントは意識障害かつ重度片麻痺患者に対して、長下肢装具と吊り下げ型免荷装置を使用して歩行訓練を早期より実施するという事です。まず、意識障害がある中で歩行訓練を実施する意味から考える必要があります。本症例は、一定の意識障害が残存しているため、随意運動を用いた運動学習を中心とする訓練は困難。斜面台による起立性低血圧の予防・改善を実施することが一般的ですが、少しでも不動態筋力低下の予防を行いたいところです。これに対して、上位中枢と脊髄運動ニューロンの中間に位置し歩行運

動の基本となる屈筋・伸筋間の周期的な運動出力を脊髄運動ニューロンに与えるCPG^(*)の存在が脊髄損傷患者を中心にヒトでも証明されてきています。古くからの重度片麻痺脳卒中患者に対する早期からの長下肢装具使用による介助歩行訓練も、CPGを利用することで実施できるの見解もあり、同様の考えで近年では、BWSTT^(**)が普及しています。本例では長下肢装具とBWSTTと組み合わせる意識障害のある重度片麻痺患者の歩行訓練を試みていますが、CPGによる筋活動が生じているかについては記載がないため

不明です。最大の目的は不動態筋萎縮の予防ですので、筋収縮を確認しながら実施することも重要です。また、筋萎縮予防の観点からは、介助下の立ち上がり訓練も患者の協力動作が生じるならば有効です。なお、残念ながら2017年時のコクランレビューでは、トレッドミル訓練は免荷の有無にかかわらず開始時歩行困難例に対して歩行自立を高める効果が得られる可能性が低いとされています。ただ歩かせればよいというのではなく、実施方法については今後さらに研究の余地があると考えられます。

*1 Central Pattern Generator : CPG

*2 体重免荷トレッドミル歩行訓練 (body weight-supported treadmill therapy : BWSTT)

病院紹介



宗教法人 在日本南プレスビテリアンミッション 淀川キリスト教病院



左は病院外観
下はチャペル



当院は大阪市東淀川区に位置する全35診療科の急性期総合病院です。1955年にフランク・A・ブラウン医師により開所され、創立当時から周産期医療、ホスピスをはじめソーシャルワーカーやボランティアの創設など、日本の医療のパイオニアとしての働きをしてきました。2017年4月にはホスピス・こどもホスピス病院を本院に統合し、病床数を581床としています。2018年度からDPC特定病院群に認定された以外にも、多数の施設認定・研修施設指定を受けています。また、関連施設として老人保健施設、訪問看護ステーションを有しており、地域の中核病院として機能しています。

1. 当院の基本方針

キリスト教精神に基づいた「全人医療」を実践することを目標に、周産期医療、脳・心臓・血管診療や救命救急などの急性期医療、総合的がん診療からホスピス・緩和医療まで力を入れています。

2. リハビリテーション科について

中央診療科として、各科と連携を取りながら、月に400件前後の脳卒中、神経筋疾患、循環器、呼吸器、運動器などの急性期リハビリテーション診療を行っています。また、がん治療や、緩和治療で入院されている患者様にもリハビリテーション医療

を行っています。必要に応じて嚥下造影など各種検査や、装具処方も行います。施設基準としては、脳血管リハビリテーション (I)、運動器リハビリテーション (I)、呼吸器リハビリテーション (I)、心大血管リハビリテーション (I)、がん患者リハビリテーションを取得しています。現在はリハビリテーション科専任医師2名 (日本リハビリテーション医学会専門医、うち指導医1名)、理学療法士26人、作業療法士7人、言語療法士5人、健康運動指導士3名が、超早期からのリハビリテーション治療により合併症、廃用症候群の予防や、在宅および社会復帰の推進、回復期リハビリテーション病院への早期の転院を目指してリハビリテーション治療を行っています。

当院では医療教育としての院内勉強会や職場交流会も活発で、クリスマスにはチャペルで演奏会なども行われています。また海外からの見学者なども積極的に受け入れています。生命の始まりから終末まで、高度かつあたたかな医療を提供する、地域に根差したアットホームな病院を目指しています。

淀川キリスト教病院
 古河慶子 先生
 川口杏夢 先生

第56回日本リハビリテーション医学会学術集会

準備進捗状況

この度、第56回日本リハビリテーション医学会学術集会が、兵庫医科大学リハビリテーション医学教室の道免和久主任教授を大会長とし、同教室が主管を務めることとなりました。第56回学術集会は、2019年6月12日(水)から16日(日)に、神戸コンベンションセンターでの開催を予定しております。また初めて日本での開催が決定した第13回国際リハビリテーション医学会世界会議(ISPRM2019)が6月9日(日)から13日(木)と同時開催となります。

『すべてを学べるリハビリ医学会』～『最先端』をテーマに開催準備中

開催テーマは『最先端リハビリテーション医学の今とこれから』(Cutting-Edge Trends of Rehabilitation Medicine)として、最先端のリハビリテーション医学研究、医療技術の総結集を予定しており、ロボット・最先端リハビリテーション機器普及元年にすべく、各種企画・準備を行っています。最先端の分野は機器に限らず、再生医療、ニューロリハビリテーション、運動器疾患、チーム医療、医療制度、地域医療、災害対応、心理、パラスポーツなど多岐にわたります。

プログラム全体は、あらゆる分野での最先端を意識した企画【最先端シリーズ】、関連専門職とのチーム医療や共通テーマについて議論する【繋がるシリーズ】、初学者向けの教育的内容を充実させた【学べるシリーズ】、コアテキストやeラーニング(e-Learning)をテーマとし、教育する方法論などをあつかう【育てるシリーズ】などで構成します。各リハビリテーション関連団体との合同企画や独自テーマのシンポジウムも予定し、リハビリテーション医療に関わる医療者がディスカッションできる場も多数用意しています。さらに、新たな企画である指定パネルセッションでは、特定のテーマの教育講演とともに、テーマごとに募集する一般演題について優秀演題を教育講演後に発表する機会をつくります。エキスパートの意見を交換するとともに、その中で最優秀演題を選出する企画も検討しています。

また、この7月よりリハビリテーション関連専門職が本学会の会員になれる制度(専門職会員制度)が整備されることと、



ISPRM2019が同時開催されることを記念する特別企画として『専門職教育講演』や『療法士の未来を切り開く合同シンポジウム』のほか、『再生医療とリハビリテーション医学』、『リハビリテーション医学の国際化に向けて』などの特別企画を準備しております。文化講演では、経済評論家の森永卓郎氏をお招きし、『日本経済から見た医療の動向とリハビリテーション医療への期待(仮)』というテーマでリハビリテーション医療について語っていただきます。

6月12日(水)、13日(木)には、著名講師陣による招待講演も予定

ISPRM 2019との同時開催を予定している6月12日(水)、13日(木)の日程では、ISPRM 2019と第56回学術集会のJoint Sessionとして、著名な海外講師の招待講演やEnglish Session、国際的テーマの特別企画を準備しており、国内学会のみの参加者も国際学会の雰囲気を感じられます。

じられます。

各種リハビリテーション関連企業による共催セミナーも多数予定しており、大規模な展示場を活用した最先端のロボットや医療機器の展示、展示場のスタンプラリーと連携した神戸スイーツ企画(仮)などを計画しております。

本学会会員はもちろん、すべての関連診療科の医師、関連専門職などが一堂に会する『すべてを学べる日本リハビリテーション医学会学術集会』を目指して、大会長はじめ事務局一同、毎日深夜まで開催準備に邁進しております。CRASEED会員の皆様におかれましては、ご多忙とは存じますが、多数のご応募、そしてご参加を心よりお待ちしております。

なお第56回学術集会に参加された皆様はISPRM 2019の参加費が割引になります。国内で国際学会の業績を得られる機会はなかなかありませんので、この機会に国際学会も是非参加をご検討ください。

最新情報は本学術集会のHP、Twitter、Facebookなどで随時更新しておりますので、是非ご覧ください。

学会HP <http://www.congre.co.jp/56jarm2019/jp/>

『最先端リハビリテーション医学の今とこれから』 “Cutting-Edge Trends of Rehabilitation Medicine”

日 程 : 2019年6月12日(水)～16日(日)
会 場 : 神戸コンベンションセンター(神戸市ポートアイランド内)
大 会 長 : 道免 和久(兵庫医科大学リハビリテーション医学教室)
大会幹事 : 内山 侑紀(兵庫医科大学病院リハビリテーション科)
勝谷 将史(西宮協立リハビリテーション病院)