

平成 30 年度 京都府リハビリテーション教育センター 第 12 回 座学研修会

Kyoto Rehabilitation Educational Center
The 12th Lecture Study Session



日 時 平成 31 年 2 月 3 日 (日)
午後 2 時 ~ 午後 5 時 10 分
(午後 1 時 30 分 ~ 受付開始)

会 場 同志社大学 寒梅館



プ ロ グ ラ ム

【生涯教育研修会】

・研修講演 1. (14:00～15:00)

「心不全の心臓リハビリテーション～包括的な管理を考える～」

京都府立医科大学附属病院 リハビリテーション部

講師 白石裕一 先生

座長 京都大学医学部附属病院 リハビリテーション科

准教授 池口良輔 先生

・研修講演 2. (15:05～16:05)

「回復期リハビリテーション病棟における活動向上とリスク対策」

藤田医科大学医学部 リハビリテーション医学Ⅰ講座

准教授 大高洋平 先生

座長 京都大原記念病院

副院長 三橋尚志 先生

・研修講演 3. (16:10～17:10)

「音声・嚥下障害の予防とリハビリテーション」

京都府立医科大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

教授 平野 滋 先生

座長 京都府立医科大学大学院医学研究科 リハビリテーション医学

病院教授 三上靖夫 先生

※京都府リハビリテーション教育センター第12回座学研修会は、
日本リハビリテーション医学会近畿地方会専門医・認定臨床医
生涯教育研修会、京都リハビリテーション医学研究会との共催
プログラムです。

＜取得できる単位＞

●公益社団法人日本リハビリテーション医学会

専門医・認定臨床医生涯教育研修会単位：30単位一括（3,000円）

日本専門医機構専門医：3単位一括（3,000円）

●公益社団法人日本医師会

日本医師会生涯教育制度単位：講演1時間あたり1単位

（最大カリキュラムコード6、最大単位数3）

●公益社団法人日本整形外科学会：1講演1単位につき1,000円

●公益社団法人日本理学療法士協会：専門・認定理学療法士制度ポイント5ポイント

●一般社団法人日本作業療法士協会：SIG認定1ポイント

ご挨拶

京都府リハビリテーション教育センター
センター長 久保 俊一
(京都府立医科大学大学院教授)
(日本リハビリテーション医学会理事長)

京都府リハビリテーション教育センター座学研修会は、今回で第 12 回を迎えます。

少子高齢化が進むわが国では、疾病構造が急速に変化しつつあり、必要とされる医療の内容も大きく移り変わってきました。中でも、リハビリテーション医学・医療はその影響が大きい分野であります。本邦におけるリハビリテーション医学・医療の原点は戦前の脊髄性小児麻痺（ポリオ）、関節結核、脳性麻痺などの肢体不自由児に対する療育にあるとされています。戦中は戦傷により、戦後と高度成長期には労働災害や交通事故により対象となる患者が増加しました。四肢の切断・骨折、脊髄損傷のリハビリテーション医学・医療が大きな課題となりました。そして、超高齢社会となった現在、リハビリテーション医学・医療の対象として、小児疾患や切断・骨折・脊髄損傷に、中枢神経・運動器・循環器・呼吸器・腎臓・神経筋疾患、関節リウマチ、摂食嚥下障害、がん、などの疾患や障害が積み重なり、周術期の身体機能障害の予防・回復、フレイル、サルコペニア、ロコモティブシンドロームなども加わり、ほぼ全診療科に関係する疾患、障害、病態を扱う領域になっているといっても過言ではありません。しかも疾患、障害、病態は複合的になっており、加齢が関与している場合も少なくありません。

日本リハビリテーション医学会では 2017 年度から、リハビリテーション医学について「機能回復」「障害克服」「活動を育む」の 3 つのキーワードを挙げています。すなわち、疾病・外傷で低下した身体的・精神的機能を回復させ、障害を克服するという従来解釈の上に立って、ヒトの営みの基本である「活動」に着目し、その賦活化を図る過程がリハビリテーション医学の中心であるという考え方を示しています。日常での「活動」としてあげられる、起き上がる、坐る、立つ、歩く、手を使う、見る、聞く、話す、考える、服を着る、食事をする、排泄する、寝る、などは、複合的かつ有機的に行われることにより、家庭での「活動」、学校・職場・スポーツなどの社会での「活動」につながっていきます。

リハビリテーション医学・医療の専門家はリハビリテーション科医です。リハビリテーション診療において、リハビリテーション科医は的確なリハビリテーション診断のもと、適切なリハビリテーション治療を行わなければなりません。その際には、患者および家族に face to face でその効用と見通しを説明しながら、患者の意欲と家族の協力を高める努力は欠かせません。

また、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、公認心理師、社会福祉士/医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員/ケアマネジャー、介護福祉士などの専門職からなるリハビリテーション医療チームの要として、専門職の特性を熟知した上で、チーム間の意思疎通を図り、それぞれの医療機関において、リハビリテーション医療という資源をバランスよく差配する役目を担っています。さらに、近年、リハビリテーション科医の活躍の場は急性期病院、回復期リハビリテーション病棟、在宅など広い範囲にわたっています。加えて、国の施策として構築が急がれている地域包括ケアシステムの中核で大きく活躍が期待されているのもリハビリテーション科医です。

京都府リハビリテーション教育センターは、平成25年に「京都式地域包括ケア」の推進事業の一つとして、京都府、京都市、京都府立医科大学、京都大学、京都府医師会などオール京都体制でスタートしました。リハビリテーション医学・医療の基本的内容を網羅した実践セミナー、先端的な内容を学ぶ座学研修会、見学や体験を含む実地研修などを通して、日頃からリハビリテーション診療に携わる医師、リハビリテーション科の認定医・専門医を目指す医師、リハビリテーション医学・医療に興味を持つ学生・医師をはじめ、リハビリテーション治療に関わる各専門職を対象とし、京都における質が担保されたリハビリテーション医学・医療の普及を目指しています。

2018年4月からは、日本専門医機構のもと、新しいリハビリテーション科専門研修プログラムが開始され、教育体制が整いつつあります。高齢化に伴って急速にリハビリテーション医療のニーズが高まっている現在、社会から信頼される質の高いリハビリテーション科専門医の育成が求められています。京都においても、京都府立医科大学と京都大学が連携して充実したプログラムを作成しています。専門医教育とともに、一般的なリハビリテーション医学・医療教育も必要であり、本座学研修会が果たすべき役割は大きいと考えています。

今回の研修会では、京都府立医科大学附属病院リハビリテーション部講師の白石裕一先生に「心不全の心臓リハビリテーション～包括的な管理を考える～」について、藤田医科大学医学部リハビリテーション医学I講座准教授の大高洋平先生に「回復期リハビリテーション病棟における活動向上とリスク対策」について、京都府立医科大学大学院医学研究科耳鼻咽喉科・頭頸部外科教授の平野 滋先生に「音声・嚥下障害の予防とリハビリテーション」について、ご講演いただきます。

様々な分野におけるリハビリテーション医学・医療の最前線を学んでいただき、皆様の日々の診療にお役立ていただけましたら幸いです。

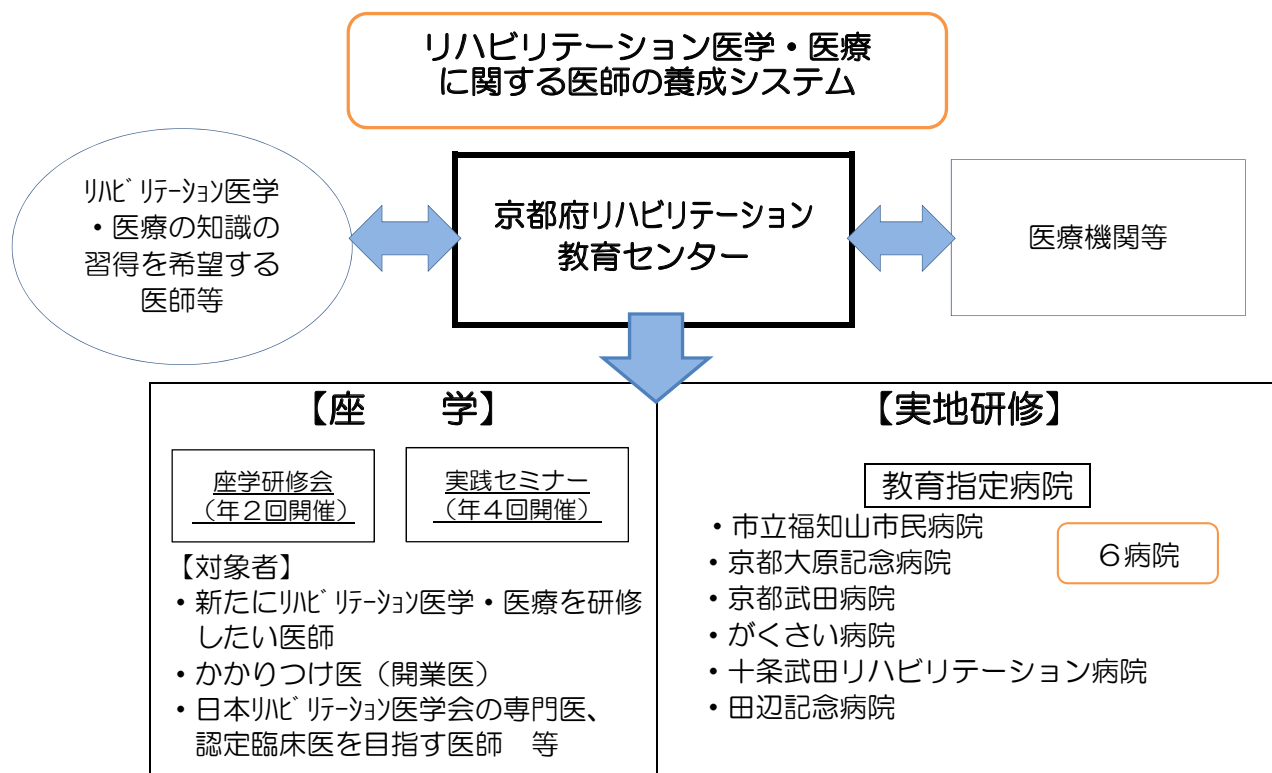
『京都府リハビリテーション教育センター』とは…

【趣旨・目的】

高齢化の進行に伴うリハビリテーション医療の需要増加にこたえるため、京都府においてリハビリテーション科医等の教育・養成を行い、京都府立医科大学、京都大学、医療関係団体、行政のオール京都体制により、府内全域で均衡の取れたリハビリテーション医療を充実させる。

【業務内容】

- I 研修部門 リハビリテーション科医教育プログラムの作成
実地研修を受け入れる病院の指定
個別の研修計画の策定と実施 等
- II 調整部門 段階的にリハビリテーション医学・医療の知識を習得するためのキャリアパス支援
各地域からの研修希望者の受入調整 等



【運営委員】

京都府立医科大学、京都大学、京都府医師会、京都私立病院協会、京都府病院協会、教育指定病院、京都府、京都市

抄 錄 集

心不全の心臓リハビリテーション治療～包括的な管理を考える～

京都府立医科大学附属病院 リハビリテーション部 講師

白石 裕一（しらいし ひろかず）

循環器リハビリテーション治療とは医学的な評価に基づいた運動処方と疾患指導（患者教育及びカウンセリング）が主軸とされ、心不全患者においては心不全のステージによってどちらに重きを置くべきかが変わってくる。初発の心不全においては両方とも導入することができることが多いが、再発を繰り返す症例では再入院を防止するための疾患指導に重きを置くことが多くなる。また、心不全患者の最近の流れとして高齢者、左室駆出率の保たれた HF pEF 患者が増加している、フレイルサルコペニアの合併、複合障害の合併などが多くなりいわゆる心臓の治療（薬物療法、非薬物療法）のみを行うのでは解決しない問題が多くなってきた。

運動療法については 2016 年 ESC から発表された心不全のガイドライン (European Journal of Heart Failure . 2016;18: 891-975) で左室駆出率の低下した HF rEF 患者に対しての運動療法はクラス 1、エビデンスレベル A で推奨されている。また HF pEF 患者への介入についても骨格筋の弱った患者における運動療法は積極的に推奨されて (Circulation. 2016;134: 73-90) いて十分なエビデンスがあるといっている。

心不全患者の運動耐容能は重要な予後規定因子であり、心肺運動負荷試験の PeakVO₂ で 17ml/Kg/min をカットオフ値として予後曲線がはっきり分かれる。すなわち約 5Mets の運動耐容能が望まれる。運動耐容能は心機能の他、骨格筋の要素も大きく関与しその評価の重要性に注目が集まっている (Nature Reviews Cardiology volume 14, pages 550-559 (2017))。心不全の骨格筋萎縮には高齢化に伴うサルコペニア、活動量の減少に伴う廃用、循環動態に伴う骨格筋血流低下、腸管浮腫から腸内細菌の translocation による炎症 (Lancet Volume 353, Issue 9167, 29 May 1999, 1838-1842)、低栄養などの関与が注目されている。

当院では心不全患者において早期からのリハビリテーションを導入して、離床をはかっている。運動耐容能の評価は CPX や 6 分間歩行、骨格筋の評価には握力、膝伸展筋力、大腿直筋エコーを用いた評価を行っている。また、管理栄養士による栄養評価は、採血指標 (GNRI、CONUT) のほか、塩分感受性、入院中の食事摂取エネルギー量のチェックを行うとともに自宅での食事内容も調査して栄養状態の多面的な評価を行うよう努めている。本講演では心不全の心臓リハビリテーションについてエビデンスを紹介しながら当院での取り組みについて紹介する予定である。

回復期リハビリテーション病棟における活動向上とリスク対策

藤田医科大学医学部 リハビリテーション医学 I 講座 准教授

大高 洋平 (おおたか ようへい)

リハビリテーション医療では“動く”ことを手段として、“動けない”が“動ける”になる過程を支援する。その過程、特に回復期において、転倒は最も頻度の高いインシデントである。回復期において活動を向上させる際には、課題・環境の難易度設定、反復練習、成功体験の強化、そして失敗から学ぶことが必要である。動けない状態の中で、動くことから多くの失敗と困難が生じるが、それを活かし乗り越え、成功への道筋を探る。そこには失敗、すなわち転倒が生じるリスクがあり、しかも動けば動くほどそのリスクは増える。リハビリテーション医療において、転倒という事象は、ある意味必然的であり、それに対し真正面から取り組む必要がある。

多くの転倒は、自ら“動く”結果として生じるもので、どこかから加えられたリスクではない。また、“動く”ことは将来“動ける”ためには必須である。転倒を活動の視点から捉えることなく、ただのリスクとみなして、転倒をゼロにすることだけを考えるのなら、患者を常に監視し拘束しなくてはならない。それでは、“動く”ことで“動ける”を支援するリハビリテーション医療の目的に反する。活動性を上昇させるアクセル機能と、転倒を可能な限り最少にさせるための抑制的なブレーキ機能の両方をうまく使い分けながら、適切に活動調整を行っていくことが重要である。おおまかには、活動性の変化する時期に転倒が多発することから、入棟初期には少しブレーキ気味に、そして活動性が不連続に向上する移乗や歩行の自立時期においては、遅延なく安全に安静度アップができるようなアクセルの仕組みが必要と考えている。“動ける”ことを最大限に得たうえで、その合併症である転倒をいかに減じるか、という考え方と方策を示すことが本講演のテーマである。

音声・嚥下障害の予防とリハビリテーション

京都府立医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 教授

平野 滋 (ひらの しげる)

音声障害と嚥下障害は緊密な関係にある。いずれもが加齢や脳血管障害、神経筋疾患などで発生するが、加齢やALSなどの神経筋疾患では音声障害が先行することが多い。

加齢に伴う咽喉頭の老化は多くの場合、音声障害から始まり、そのうち嚥下障害を来すようになるので、声が掠れ始めたら要注意である。いったん障害がおこると、そのリハビリテーションは決して容易ではなく、咽喉頭の知覚、口腔・咽喉頭の筋力強化、声帯の鍛錬が必要である。

(1) 音声・嚥下障害のリハビリテーション：音声リハビリテーションとして、呼吸トレーニング、音声機能拡張訓練 (vocal function exercise : VFE) などが、嚥下リハビリテーションとしては、知覚改善のためにアイスマッサージ、間接訓練として開口訓練、シャキア法、おでこ体操、メンデルソン手技、Kポイント手技など多種多様な方法が考案されている。直接的な接触訓練も同様である。多くの方法は経験的に行われており、エビデンスがあるのはシャキア法くらいとの指摘がある。今後エビデンスに基づいたリハビリテーション法の開発が必要であろう。

(2) 音声・嚥下障害の予防：今後の超高齢化社会を鑑みるとリハビリテーションに至らないような予防法の開発が急務である。すでにいくつかのエビデンスを伴う予防方法が開発されつつある。咽喉頭の知覚維持のための TRPV1 刺激、咽喉頭粘膜の干渉波刺激、声帯の訓練のための VFE、抗酸化治療などである。

いずれにしても今後エビデンスに基づいた音声・嚥下障害の予防法の開発やリハビリテーション法の確立が望まれる。

京都府リハビリテーション教育センター

〒 602-8566

京都市上京区河原町通広小路上る梶井町 465
(京都府立医科大学内)

TEL 075-251-5274 FAX 075-251-5389

Email kyo.reha.edu.c@gmail.com