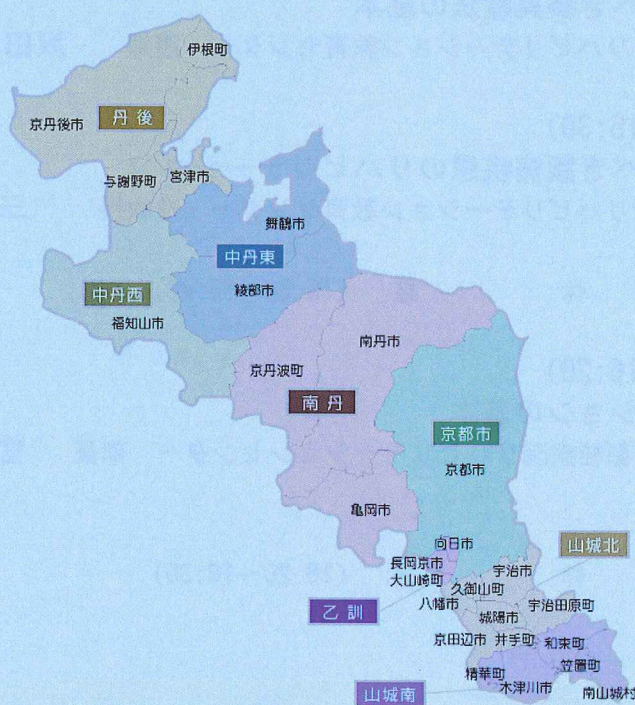
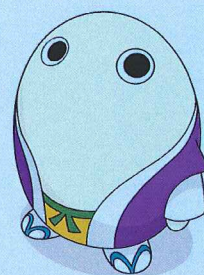


平成 26 年度 京都府リハビリテーション教育センター 第3回 座学研修会

Kyoto Rehabilitation Educational Center
The 3rd Lecture Study Session



- 日 時** 平成 26 年 10 月 4 日 (土)
午後 2 時 ~ 午後 5 時 30 分
(午後 1 時 10 分 ~ 受付開始)
- 会 場** 京都府立医科大学 図書館ホール
- 主 催** 京都府リハビリテーション教育センター
- 後 援** 京都府医師会
京都私立病院協会
京都府病院協会



プログラム

開 会 (14:00～)

京都府リハビリテーション教育センター長 (京都立医科大学 名誉教授)

平澤泰介 先生

講 演 1. (14:10～14:50)

一般医が知っておくべき装具療法の基本

京都府リハビリテーション教育センター 講師

沢田光思郎 先生

講 演 2. (14:50～15:30)

一般医が知っておくべき腰痛疾患のリハビリテーション

京都府リハビリテーション教育センター 准教授

三上靖夫 先生

休 憩 (15:30～15:40)

講 演 3. (15:40～16:20)

呼吸器リハビリテーションの基本

京都桂病院リハビリテーションセンター 部長

宮崎博子 先生

休 憩 (16:20～16:30)

講 演 4. (特別講演) (16:30～17:30)

脳卒中のリハビリテーション

東京慈恵会医科大学 リハビリテーション医学講座 教授

安保雅博 先生

座長 京都府立医科大学大学院医学研究科 運動器機能再生外科学 教授

京都府立医科大学附属病院 リハビリテーション部 部長

久保俊一 先生

閉 会 (17:30～)

京都府健康福祉部

山口寛士 部長

ごあいさつ

京都府リハビリテーション教育センター
センター長 平澤泰介

我が国の高齢化は世界に類を見ない速度で進行しており、これまでに経験したことのない超高齢社会を迎える中、ここ京都では、「オール京都体制」で、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らせる社会構築のため、2011年6月に「京都地域包括ケア推進機構」を立ち上げ、医療・介護・福祉のそれぞれの分野の方々が力を合わせ、「京都式地域包括ケア」の推進に取り組んでいます。

そのような中、京都地域包括ケア推進機構では、今年度、新たなステージとして「認知症」・「リハビリテーション」・「看取り」を「地域包括3大プロジェクト」として位置づけており、私もリハビリテーション部会長として、その推進につとめております。

とりわけ、高齢化に伴い、病院・施設・在宅でのリハビリテーションの需要は高まることが予想されており、リハビリテーション医については、京都府でも2025年までに200名を養成する目標を掲げられており、誰もが回復期や在宅などで、リハビリテーションを受けられる環境を今後整備していくためにも、リハビリテーションに関わる医師を教育・養成することが必要であります。

そのため、全国でも初めての試みではありますが、京都大学、京都府立医科大学、京都府医師会をはじめとした医療関係団体、リハビリテーション関連病院、京都府・京都市の行政関係者が一体となって、オール京都体制でリハビリテーション医師等を教育・養成する「京都府リハビリテーション教育センター」を、昨年7月に設立いたしました。

この教育センターでは、

①専門的な教育を受け、先端的知識を学びリハビリテーションの専門医を目指す
医師

②開業医等、リハビリテーションの基本事項を学び、在宅リハを通じて将来地域
包括ケアを推進しようとする医師

などを対象とした教育プログラム（座学及び実地研修）を提供し、さらには、京都府のリハビリテーション医療に貢献する意志を持たれて、京都で活躍したいと思われる他地域の人材も受け入れることで、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ていきたいと考えております。

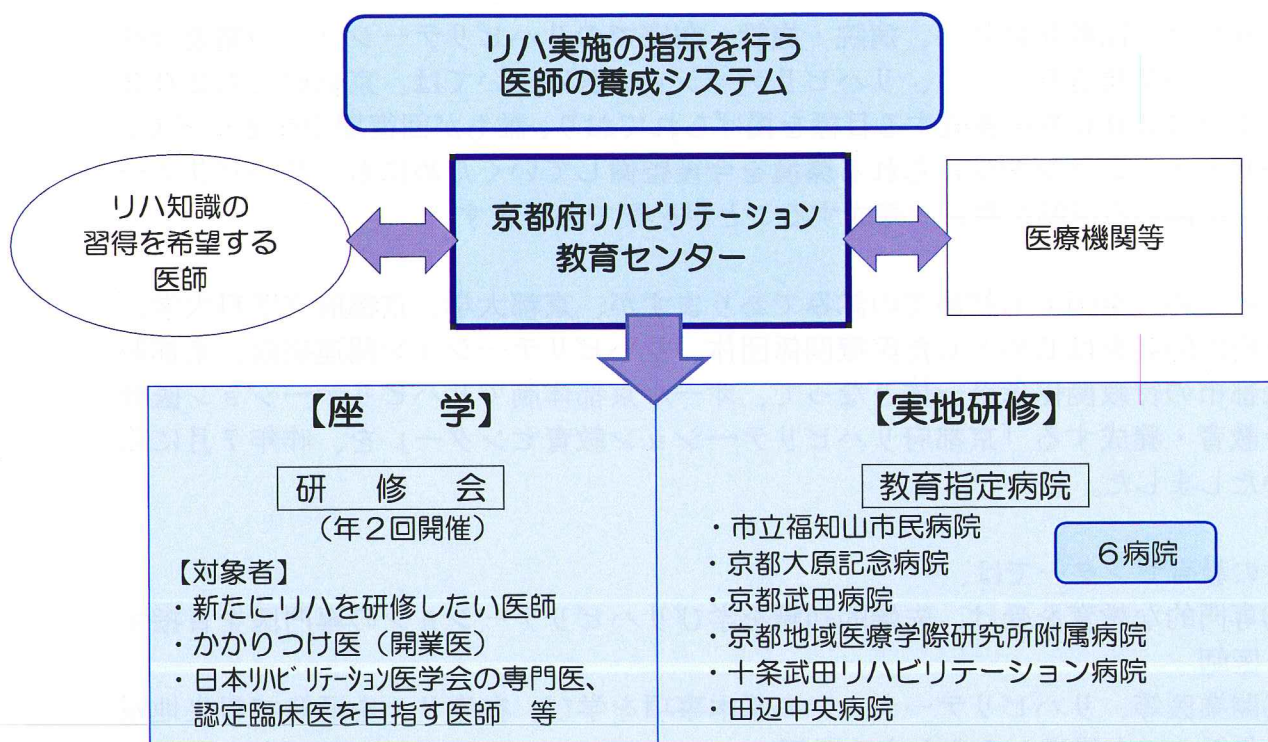
『京都府リハビリテーション教育センター』とは…

【趣旨・目的】

高齢化の進行に伴うリハビリテーション（以下リハ）医療の需要増加に應えるため、京都府においてリハ医等の教育・養成を行い、府立医大、京大、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医療を充実させる。

【業務内容】

- I 研修部門 リハ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

一般医が知っておくべき装具療法の基本

京都府リハビリテーション教育センター 講師

沢田 光思郎（さわだ こうしろう）

自由に移動したいという気持ちは、食事や排泄と同様、人間にとって非常に高い欲求であり、老若男女、障害の有無に関わらない共通の願いである。そのため、プライマリ・ケアの現場においても、地域住民の移動能力の維持・向上は切実な課題と言える。

障害を持った方や高齢な方が歩行能力改善を願うとき、また運動器の痛みに苦しんでいるとき、私たちができる手段のひとつに「装具」の処方がある。装具とは、上肢、下肢、体幹を外部からサポートする器具であり、主として、以下の機能を有する。すなわち、過剰な動きに対する「固定」、変形に対する「矯正」、麻痺や筋力低下に対する「支持・代償」などである。（ちなみに失われた四肢を補う物は義手や義足と呼ばれ、装具と区別される。）

当日の講演では、一般医が処方しやすい装具、装具使用者が外来を受診した際のチェックポイント、装具処方に関連する社会制度、普段は見ることのできない装具作製方法、ロボット、移動周辺機器などを紹介し、参加された皆様が少しでも装具に親しみを感じるとともに、日々の臨床のスキルアップにつながることを期待する。

一般医が知っておくべき腰痛疾患のリハビリテーション

京都府リハビリテーション教育センター 准教授

三上 靖夫 (みかみ やすお)

国民生活基礎調査によると、腰痛は有訴者率、通院者率ともに各年代に渡って上位を占めており、腰痛疾患は一般医にとっても接する機会が多い運動器疾患である。リハビリテーションは、腰痛疾患に対する保存療法の中で重要な位置を占める。本講演では、腰痛に対するリハビリテーションに関する最近の知見と、中高年者に多い主な腰痛疾患の病態と生活指導を含めたリハビリテーションについて概説する。

急性腰痛に関し、ベッド上安静とした群が、痛みに応じて活動を維持した群よりも成績で劣っているというエビデンスレベルの高い論文が出ている。安静は極力短くし、痛みが許す範囲で活動した方が早く回復し、再発の防止にもつながるとされている。一方、慢性腰痛に対しても、運動療法が有効であるとのデータが示されている。適正なプログラムを処方し、患者側のコンプライアンスを向上させることが重要である。

腰痛疾患は様々な病態を含んでおり、それぞれの病態に応じたリハビリテーションが必要となる。

1. 腰椎椎間板ヘルニア：椎間板が脊柱管内へ突出して神経を圧迫することで腰下肢痛などが生じる疾患である。椎間板内圧が上昇する前屈位や座位で症状が悪化することが多い。コルセットの処方を行い、腰部に負担をかけない生活動作と体幹筋力の強化を指導する。
2. 腰椎椎間板症：椎間板の変性によって椎体間の支持性が低下して腰痛をきたす疾患で、しばしば慢性腰痛の原因となる。座位や立位などの姿勢を長く維持することが、腰痛のため困難となる。同一姿勢を長時間とらないよう指導し、体幹筋の強化を図るとともに、体幹の屈伸や捻じり運動など座位でもできる簡単な柔軟体操を取り入れることが必要である。家事を行う時などに軟性コルセットの装着が有効なこともある。

3. 腰部脊柱管狭窄症：椎間板の膨隆、骨や靭帯の肥厚によって脊柱管が狭くなり、脊柱管内を走行する神経が圧迫を受けて発症する疾患で、典型的な症状が間欠跛行である。姿勢によって症状が変化することが特徴である。症状が生じない歩き方などを指導する。

〈メモ〉

呼吸器リハビリテーションの基本

京都桂病院リハビリテーションセンター 部長

宮崎 博子 (みやざき ひろこ)

「呼吸リハビリテーション (以下、リハ) とは、呼吸器の病気によって生じた障害を持つ患者に対して、可能な限り機能を回復・維持させ、これにより、患者自身が自立できることを継続的に支援してゆくための医療である」。これが 2001 年、わが国で提唱された呼吸リハステートメントである。

肺炎や ARDS など急性呼吸器疾患の発症急性期や、COPD や間質性肺炎といった慢性呼吸器疾患の急性増悪期の呼吸リハは、呼吸状態を安定させ、肺合併症や廃用症候群などの二次性合併症を予防し、早期離床を促進して早期の在宅復帰促進に有効である。開胸・開腹・開心手術の周術期の呼吸リハも同様に、術後呼吸器合併症を減少し在院日数を短縮する。

一方、慢性呼吸器疾患の安定期には、疾病の自己管理を目的とする患者教育、栄養管理、運動療法、社交生活支援、生活・環境面の工夫や心理面のサポートも含めた包括的呼吸リハが効果を発揮する。欧米の大規模評価 GOLD で、運動療法を中心とした包括的呼吸リハにより、呼吸困難の軽減、運動耐容能の改善、健康関連 QOL の向上、入院回数と入院日数の減少、COPD による不安・抑うつ減少が A 判定のエビデンスを得ている。

さらに近年では、呼吸リハによる COPD 患者の生命予後の延長も期待されている。生命予後は肺機能検査の結果と必ずしも一致するものではなく、B (Body-mass index : 体格指数)、O (airflow Obstruction : 肺機能による気流閉塞の程度、一秒量)、D (Dyspnea : 呼吸困難、息切れ指数)、E (Exercise capacity : 運動耐容能、6 分間歩行距離) の頭文字で表す BODE インデックスに相関することが明らかにされた。なかでも E が直接生命予後に関係し、日常生活活動度 (ADL) や戸外活動量の低い者ほど、急性増悪を起こしやすく予後の悪いことも報告されている。E を維持するには、重症度に応じた安全で有効な呼吸リハが必要である。

本日は呼吸リハについて概説し、呼吸リハの実際を、当院の手法や結果も含めて紹介する。

〈メモ〉

メモリーメモリの中身

脳卒中のリハビリテーション

東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座 教授

安保 雅博 (あぼ まさひろ)

はじめに

本邦では、毎年 20～30 万人が脳内出血、脳梗塞、クモ膜下出血に代表される脳血管疾患を発症しており、その有病者数は全国で約 200 万人とされている。脳卒中は、たとえ命を取りとめたとしても、少なからずの患者で何らかの後遺症を残すことが大きな問題であり、寝たきり状態の主たる原因となっている。

脳卒中リハビリテーションのガイドライン

まもなく「脳卒中治療ガイドライン 2014 (以下 GL2014)」が発刊されるであろうが、脳卒中リハの原則として GL2009 は、①急性期・回復期・維持期と一貫した流れでリハを行うこと、②予後予測に基づいて適切な目標 (短期ゴール、長期ゴール) とリハ・プログラムを設定すること、③リハ・チームとして包括的にアプローチをしていくこと、などを挙げている。急性期では、可能な限りの早期離床を目指すべきとの考え方が一般的である。回復期では、急性期を脱して、リハの介入によりさらなる機能改善が期待できる患者を対象に、歩行自立を含めた ADL 動作の獲得、しいては在宅復帰を目的としてリハを行うとしている。

脳卒中後遺症に対する最新のリハビリテーション

臨床的有用性が近年注目されている新しいリハ介入手段を、表 1 として挙げた。最近特に注目されているものとして、反復性経頭蓋磁気刺激とボツリヌス毒素療法が挙げられる。現在、我々の教室は、この 2 つを積極的に使用して、『Taylor-made Intensive Neurorehabilitation』を 1 つの課題として臨床研究を行っている。

表 1 : 脳卒中に対する新しいリハビリ介入手段
1.CIMT (Constraint-induced movement therapy. CI療法)
2.rTMS (Repetitive transcranial magnetic stimulation. 反復性経頭蓋磁気刺激)
3.tDCS (Transcranial direct current stimulation. 経頭蓋直流電気刺激)
4.FES (Functional electrical stimulation. 機能的電気刺激)
5.BWSTT (Body weight supported treadmill training)
6.CIAT (Constraint-induced aphasia therapy. CI失語症治療)
7.FIT (Full-time integrated treatment) program
8.ノルアドレナリン系・ドパミン系作動薬
9.ボツリヌス毒素療法

〈メモ〉

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