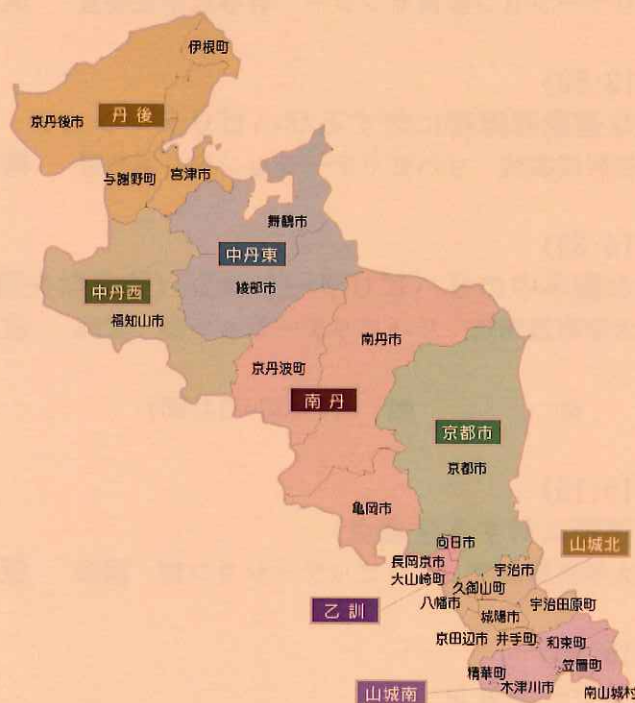


平成 25 年度 京都府リハビリテーション教育センター 第2回 座学研修会

Kyoto Rehabilitation Educational Center
The 2st lecture study session



日 時 平成 26 年 3 月 23 日 (日)
午後 1 時 ~ 午後 5 時
(12 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 (13:00~13:05)

京都府リハビリテーション教育センター長 (京都府立医科大学 名誉教授)
平澤泰介 先生

(ご紹介) (13:05~13:10)

京都府リハビリテーション教育センター 幹事会常任委員 久保俊一 先生

講 演 1. (13:10~13:50)

かかりつけ医に必要な運動器障害に対するリハビリテーション

京都大学医学部附属病院 リハビリテーション部 准教授 柿木良介 先生

講 演 2. (13:50~14:30)

かかりつけ医に必要な脳卒中のリハビリテーション (簡単な失語のみかた)

京都府立医科大学附属病院 リハビリテーション部 講師 近藤正樹 先生

休 憩 (14:30~14:35)

講 演 3. (14:35~15:15)

嚥下障害のみかた (誤嚥に対する注意点)

京都府立医科大学附属病院 リハビリテーション部 講師 板東秀樹 先生

講 演 4. (15:15~15:55)

人工関節後のリハビリテーション

京都武田病院 副院長 藤岡幹浩 先生

休 憩 (15:55~16:00)

講 演 5. (特別講演) (16:00~17:00)

急性期以後のリハビリテーション

和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座 教授 田島文博 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 (17:00~)

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、京都府立医科大学、京都大学、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てい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。

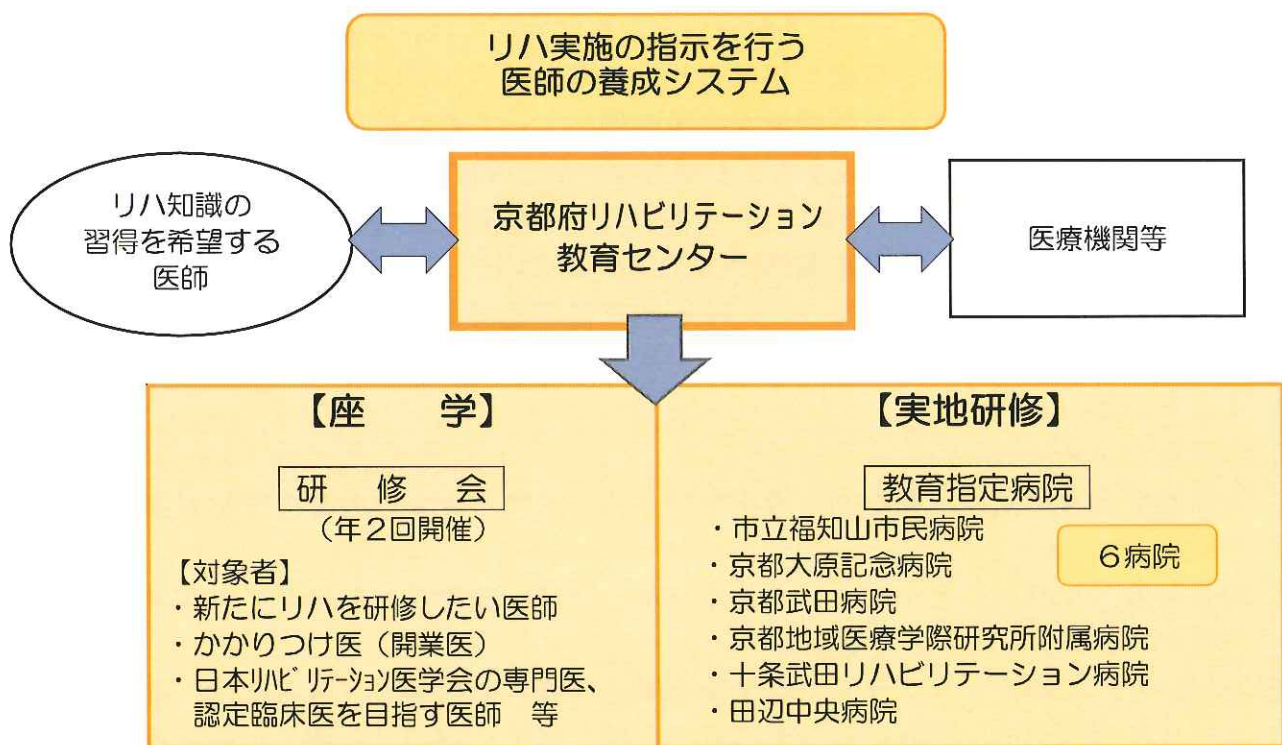
『京都府リハビリテーション教育センター』とは…

【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）医療の需要増加に因應するため、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

抄 録 集

かかりつけ医に必要な脳卒中リハビリテーション (簡単な失語のみかた)

京都府立医科大学附属病院 リハビリテーション部 講師

近藤 正樹 (こんどう まさき)

1. 失語とは

脳卒中の症状は、片麻痺が過半数を占めているが、一割程度に失語がみられる。失語の症状は、「言葉が出ない、出にくい」、「言葉が理解できない、理解しにくい」状態である。この場合の「言葉」は単語であり、文であり、文のつながりを意味する。また、口頭言語（話している、聴いている言葉）と文字言語（文字で書かれたり、読まれたりする言葉）を含んでいる。

2. 失語の種類

失語の第一のタイプは「言葉が出ない」が強いタイプ（運動性失語）であり、第二のタイプは「言葉が理解できない」が強いタイプ（感覚性失語）である。これ以外に第三のタイプとして、音韻の誤りがあり、復唱で障害が顕著となる「伝導性失語」がある。このタイプの失語では病状の自覚があり、発語の修正しようとする傾向が強くなる。

3. 注意すべき症状

失語を診るときに注意すべき症状として、流暢性（言葉の初めが出てこない、続かない）、喚語困難（単語が出てこない）、錯語（単語の誤り）、保続（同じ言葉が続いてしまう）があり、これらの症状によって失語の有無が確認され、失語の特徴が示される。

4. 失語の診察

失語の診察をする際には、自発語の観察（前述の注意すべき症状を観察）、物品呼称、復唱、理解（yes・no、口頭命令）、書字、読字を検査し、その誤りと特徴を記載する。誤りの特徴は、失語の診断と言語療法の方向性を進めていく上で重要となる。

5. 鑑別すべき病態

意識障害、構音障害は特に運動性失語との鑑別、せん妄、認知症は感覚性失語との鑑別に注意が必要な場合がある。

6. 失語の原因病巣、疾患

失語の原因病巣として優位半球（通常は左大脳半球）のシルヴィウス周辺領域（Broca 野、中心前回下部、縁上回、Wernicke 野が含まれ、中大脳動脈灌流域）が重要であるが、基底核、視床でも発症することがある。脳梗塞、脳出血以外にも脳腫瘍や感染性疾患、変性疾患でも失語がみられることがある。

<メモ>

嚥下障害のみかた（誤嚥に対する注意点）

京都府立医科大学附属病院 リハビリテーション部 講師

板東 秀樹（ばんどう ひでき）

最新の統計では本邦における死因の第3位に肺炎が位置しており、高齢化に伴い肺炎による死亡が増えているとされている。高齢者の肺炎の多くに誤嚥が関連していることはよく知られており、学会などを通して誤嚥防止の啓発活動が行われている。しかし嚥下障害に対応できる医師、言語聴覚士、看護師など人員の不足、偏在もあり、誤嚥防止への取り組みが十分浸透していないのが現状である。摂食嚥下障害への対応は急性期から回復期、在宅に至るまで高齢者のリハビリテーションにおいて重要な位置をしめ、リハに関わる医師に対応を求められるケースも増加すると思われる。

誤嚥には咽頭、喉頭の機能のみではなく、認知、姿勢の保持に必要な筋力、口腔衛生、咀嚼、呼吸など様々な生理機能の低下が関連している。誤嚥を繰り返していた高齢者が食事形態と姿勢の調整のみで3食摂取可能となる例も多く、嚥下機能評価の前に栄養、呼吸を含めた全身状態、姿勢の保持と摂食動作に関わる体力、意識レベルや食事への意欲、口腔衛生や義歯の状態に問題がないか把握、調整する必要がある。その上で問診やスクリーニング検査から、実際に嚥下機能を評価する。比較的安全性の高いスクリーニング法として反復唾液嚥下テスト、水飲みテストなどが行われる。スクリーニングで異常が認められた場合、食事内容、姿勢などの調整、結果によっては絶食の指示が必要となる。しかし安易な判断に基づく長期の絶食、胃瘻造設は患者のQOLを低下させる。嚥下障害がないのに不明熱のために絶食となっている症例も多く見られ、慎重な評価が求められる。また嚥下は体調や覚醒の程度による変動が大きいので、判断に迷う場合は後日再評価することも必要となる。簡易検査のみで誤嚥の有無が判断できず、嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査など詳細な評価を必要とする場合には、専門施設への紹介を検討する必要がある。

急性期以後のリハビリテーション (リハ)

和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座教授

田島 文博 (たじま ふみひろ)

先般、厚生労働省老健局から、介護保険制度の改正案が示された。それによると、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う」と、介護のみならず、医療も視野に入れた抜本的改革が明記されたと言える。つまり、医療に求められる事は、質の高い医療だけではなく、「効率的」でなくてはならず、「地域包括ケアシステム構築」に寄与することが求められている。

それでは、地域包括ケアとはなんだろうか？指針には、「医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される」ものを地域包括ケアシステムとしている。そして、具体的な内容に関しては、「保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要」とし、よく言うと自主性に任せ、悪く言うと丸投げ状態である。しかし、医療機関はこの地域包括ケアを視野に入れ、連携するように配慮しなければ医療活動が出来なくなる。何故なら、医療保険が地域包括ケアへの誘導を色濃く打ち出しているからである。

リハの本質は廃用予防といえない。人間の活性化である。人は疾病や傷害に遭った時、命が助かれば身体・精神活動の回復を祈る。その手段がリハである。

ICUで人工呼吸器に繋がれている患者さんでも無理矢理起こし、刺激し、運動負荷を与えれば、意識が回復し、運動機能が改善する。リハは回復のためには手段を選ばず、薬物、手術、装具、運動も作業も何でも使う。最終的には、「環境調整」や「介護」すら導入する。したがって、医療機関は、リハを積極的に導入し、地域包括ケアに寄与する体制をつくる事が急務である。

その場合、リハの導入とは理学・作業療法士の増員ではなく、どんな患者さんも寝たきりにしないという本質的な理念とそれを達成する知識と技術の導入

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