

平成 28 年度 京都府リハビリテーション教育センター 第7回 座学研修会

Kyoto Rehabilitation Educational Center
The 7th Lecture Study Session



日 時 平成 28 年 10 月 1 日 (土)
午後 2 時 30 分 ~ 午後 5 時 50 分
(午後 1 時 40 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

開会挨拶 (14:30～)

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

講 演 1. (14:35～15:35)

「膝のスポーツ傷害に対する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 スポーツ・障がい者スポーツ医学
准教授 新井 祐志 先生

座長 同志社大学スポーツ健康科学部

教授 北條 達也 先生

講 演 2. (15:35～16:35)

「摂食嚥下障害の診断と治療」

藤田保健衛生大学医学部 リハビリテーション医学Ⅰ講座
教授 加賀谷 齊 先生

座長 京都府立医科大学附属病院リハビリテーション部

准教授 堀井 基行 先生

休 憩 (16:35～16:45)

講 演 3. (16:45～17:45)

「脳内身体表現の変容をターゲットとするリハビリテーション」

東北大学大学院医工学研究科 リハビリテーション医工学分野
教授 出江 紳一 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

教授 三上 靖夫 先生

閉会挨拶 (17:45～)

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
教授 三上 靖夫 先生

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、「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委員長として、その推進につとめております。

住まいを基盤として、健康維持、疾病予防、生活支援、医療サービス、介護サービスが充実し、住み慣れた地域で暮らせるという大きな目的を「地域包括ケアシステム」は担っています。それにはリハビリテーション医療の充実と前進は欠かせないことができません。

そのため、全国でも初めての試みとして、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、2013年7月に設立いたしました。この教育センターでは、①新たにリハを学びたい医師、②リハの基本事項を学び、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かかりつけ医（開業医）等、③専門的な教育を受け、先端的知識を学び臨床認定医等の取得を目指す医師などを対象とした教育プログラム（座学研修や実践セミナー等）の提供を始めています。さらに、2014年10月に設立した京都府立医科大学リハビリテーション医学教室とも連携し、リハビリテーションに関わる医師等を教育・養成することで、京都府内全域で均衡の取れたリハ医療を充実させていきたいと思っております。

医療、介護、予防、住まい、生活支援の視点における共通の要はリハビリテーションであり、総合リハビリテーション推進プランを「京都式地域包括ケア推進プラン」の中軸に位置づけつつ、急性期・回復期・社会参加に向けた対策をさらに推進し、高齢者や障害者（児）が安心して住み慣れた地域に暮らしつづけられるようにならなければなりません。

多職種のチームワークによる在宅リハビリテーションを含めた在宅医療の円滑な推進とレベルアップのためにも、本教育センターの働きが役立つことを願っています。

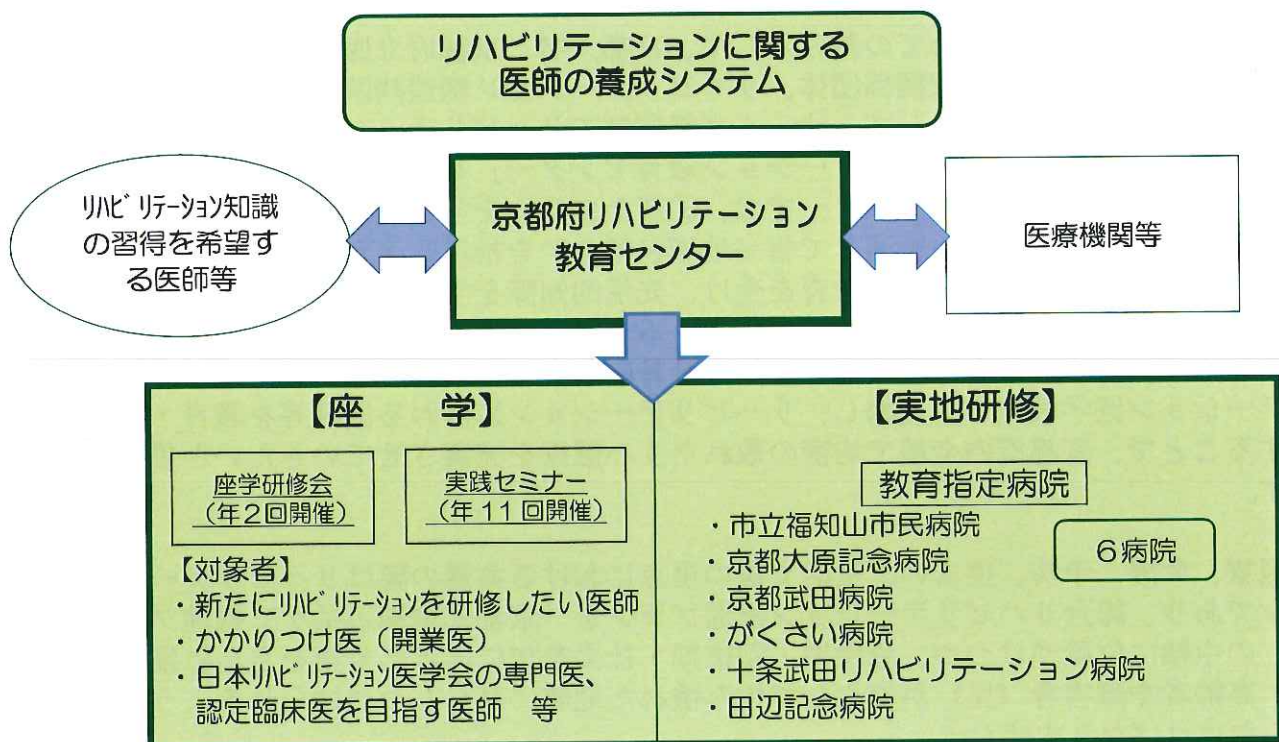
『京都府リハビリテーション教育センター』とは…

【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ビリテーション医等の教育・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

膝のスポーツ傷害に対する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スポーツ・障がい者スポーツ医学 准教授
新井 祐志 (あらい ゆうじ)

スポーツ傷害にはオーバーユースに伴う障害と、急激な力により組織が損傷する外傷があり、下肢の占める割合が高い。骨形態による安定性が高い股関節や足関節と比べて、膝関節の安定性は靭帯や筋肉などの軟部組織に強く依存している。そのため、膝のスポーツ傷害では軟部組織に関連するものが多い。代表的な膝のスポーツ障害として、ジャンパー膝、鷲足炎、ランナー膝（腸脛靭帯摩擦症候群）、疲労骨折などがあり、外傷には半月板損傷、前十字靭帯損傷、内側側副靭帯損傷、膝蓋骨脱臼、骨軟骨骨折などがある。

ジャンパー膝や鷲足炎では、靭帯や腱の骨付着部への応力集中の結果、組織の微小な損傷が生じる。ランナー膝の病態は膝屈伸の反復による腸脛靭帯と大腿骨外顆部の摩擦が引き起こす炎症である。これらの原因として、筋力不足、柔軟性不足、アライメント不良などがある。予防として運動前には十分ストレッチを行い、運動後には十分アイシングを行う。発症しても重症でなければ運動継続が可能であり、適切なコンディショニングにより増悪させないことが重要である。

一方、外傷は特定の部位に強い外力が瞬間的に加わることで受ける損傷である。元の競技レベルに復帰するには、多くの場合損傷した組織の修復や再建とその後のリハビリテーションを必要とする。靭帯損傷では術後 1 ヶ月まで膝の可動域訓練、筋力トレーニングを中心に行い日常生活レベルの動作を目標に訓練する。その後は膝の筋力に応じてスクワットやジョギング、ステップ動作などのアスレチックリハビリテーションを進めていく。術後約半年から 9 ヶ月での競技復帰が目標となる。早すぎる復帰は再断裂の危険を伴うため、十分な筋力回復や種目特有の動作の獲得が重要である。

〈メモ〉

摂食嚥下障害の診断と治療

藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学 I 講座 教授

加賀谷 斉 (かがや ひとし)

摂食嚥下障害は誤嚥性肺炎の発症に大きく関わるため極めて重要な病態であるが、正確な診断がなされていないことも多い。脳卒中や神経筋疾患の他、高齢者に多い大腿骨近位部骨折や骨粗鬆症患者においても問題となる。

摂食嚥下障害のスクリーニングテストとしては、質問紙法、反復唾液嚥下テスト、改訂水飲みテスト、フードテストなどが本邦ではよく用いられている。スクリーニングテストは簡便ではあるが、主として摂食嚥下障害や誤嚥の有無の診断に用いられることが多く、その対処法までは推測が困難なことも多い。また、不顕性誤嚥（むせない誤嚥）の検出が困難である。

スクリーニングテストにより摂食嚥下障害が疑われる場合、または誤嚥性肺炎が疑われた場合には、積極的に嚥下造影検査または嚥下内視鏡検査が推奨される。嚥下造影検査は、バリウムなどの造影剤を含んだボラスを飲食してもらい、透視を行う。被曝はあるが、嚥下の瞬間を捉えることが可能である。嚥下内視鏡検査は鼻から喉頭ファイバーを挿入し、直接咽頭、喉頭を観察可能である。実際に飲食するものを使って検査可能であるが、嚥下反射の瞬間はホワイトアウトにより通常は直視できないので、嚥下反射中の誤嚥は見落とす可能性はある。一方、ベッドサイドでも検査が可能のため、集中治療室などでも検査可能であり、被曝がないため頻回の検査が可能である。

嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査を行い、適切と思われる対処法を行う。代償法としては、食物形態調整、姿勢調整などがあり、訓練法としては、間接訓練、直接訓練が行われる。現在、最もエビデンスの高い治療法としては、舌骨上筋群を強化し、食道入口部を開大するシャキア訓練であるが、その他にも様々な訓練が行われる。

〈メモ〉

脳内身体表現の変容をターゲットとするリハビリテーション

東北大学大学院医工学研究科リハビリテーション医工学分野 教授

出江 紳一 (いずみ しんいち)

身体を自在に動かすには自己身体への認識が必要である。通常はおおよそ自分の手が届く範囲や一步の距離が分かっているので、特段意識せずに棚の物を取ったり溝をまたいだりすることができる。けれども感覚が鈍麻すると自分の手足であるという感覚が薄れ動作が困難となる。また自在な動作を行うには自己身体の状態をモニタリングしながら要素的な運動を適切なタイミングと順序で実行する仕組みが必要である。たとえば箸と茶碗を持ち体幹のバランスを保ちながら咀嚼し嚥下するという食事動作一つをとってみても、それが極めて精緻に組み合わされた運動であることが分かる。人の身体をオーケストラに喩えると、音を出していない演奏者も含めた全体を自己として感じ、かつ動かす指揮者のようなものが脳に備わっているのではないかと私たちは考え、この指揮者のような神経ネットワークを脳内身体表現と名付け、その神経ネットワークが果たしている機能を「身体性」と呼ぶこととした。なお、この「指揮者」には主体性はなく行動の意志は別に存在する。

たとえば脳卒中などで麻痺が生じると、病前のように「指揮」をしても身体は意図した通りに動かず、環境に適応できない動作は行われなくなる。そして動かさない手足への注意は時間とともに減少していき、「指揮」をすること自体を忘れていく。もし麻痺の状態に合わせて環境に適応した動きができるように「身体性」を修正することができれば、活動が保たれるであろう。つまり、脳卒中後の新しい構造・機能の状態と活動・参加をつなぐためには、「身体性」が適応的に更新される必要がある。リハビリテーションの臨床に「身体性」の概念を導入することにより、回復に必要な「構造・機能と活動・参加との連関」を明らかにすることができるかもしれない。

本講演では、脳内身体表現を捉える糸口として身体性注意の定量化、身体意識を増強するための介入として模倣、運動企図、新規に開発した装置による末梢神経磁気刺激を紹介する。

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