

## 学術シンポジウム2

### 脳画像を看護・リハビリテーションにどう活かすか

- ◆日 時：11月18日(金) 14:40～16:00
- ◆座 長：増田 知子 千里リハビリテーション病院 セラピー部部長
- ◆シンポジスト：吉尾 雅春 千里リハビリテーション病院 副院長  
久松 正樹 中村記念南病院 急性期病棟師長
- ◆指定発言者：瀬瀬 功 橋本病院 作業療法士・副主任  
脇坂智紗子 光風園病院 言語聴覚士

## 学術シンポジウム2 略歴

### 座長

**増田 知子**（ますだ ともこ）  
千里リハビリテーション病院 セラピー部部長

#### ■ 略歴 ■

##### 学歴

2002年	札幌医科大学保健医療学部卒業
-------	----------------

##### 職歴

2002年	札幌市内の病院に勤務
2006年	医療法人社団和風会橋本病院入職
2007年	医療法人社団和風会千里リハビリテーション病院入職
	現職 セラピー部部長

##### 資格

理学療法士  
専門理学療法士（神経）  
認定理学療法士（脳卒中）

##### 所属学会

（一社）日本神経理学療法学会  
（一社）日本支援工学理学療法学会  
日本リハビリテーション医学会  
日本義肢装具学会

シンポジスト

**吉尾 雅春 (よしお まさはる)**  
千里リハビリテーション病院 副院長

■ 略歴 ■

資格

1974年	理学療法士
2002年	博士(医学, 札幌医科大学No.2089)
2007年	死体解剖資格

略歴

1974年	九州リハビリテーション大学校理学療法学科卒業後, 中国労災病院勤務, 星ヶ丘厚生年金病院, 有馬温泉病院, 協和会病院に勤務
1988年	兵庫医科大学第一生理学教室研究生(1988~1995年)
1994年	札幌医科大学保健医療学部講師・同解剖学第二講座研究員(1995~2006年)
2003年	札幌医科大学保健医療学部教授
2006年	千里リハビリテーション病院副院長, 現職

社会活動

2014年	日本神経理学療法学会代表運営幹事
2021年	日本神経理学療法学会監事

主な書籍

運動療法学総論第4版, および各論第4版  
神経理学療法学第2版  
脳卒中理学療法理論と技術第4版  
症例で学ぶ「脳卒中のリハ戦略」  
他

**久松 正樹 (ひさまつ まさき)**  
中村記念南病院 急性期病棟師長

■ 略歴 ■

2002年	社会医療法人医仁会 中村記念病院 ICU SCUに勤務
2012年	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師資格取得
2014年	社会医療法人医仁会 中村記念病院 回復期リハビリテーション病棟
2016年	同病院 回復期リハビリテーション病棟師長
2019年	社会医療法人医仁会 中村記念南病院回復期リハビリテーション病棟師長
2022年	同病院 急性期病棟師長

指定発言者

**額額 功** (こうげつ いさお)

橋本病院 副主任

■ 略歴 ■

2005年	四国リハビリテーション学院(現 四国医療専門学校)卒業
2005年4月～	医療法人社団和風会 橋本病院

資格

認定作業療法士  
MTDLP 指導者

その他

香川県作業療法士会 理事兼学術部長  
日本作業療法士協会養成教育委員会 MTDLP 教育推進班 班員

**脇坂 智紗子** (わきさか ちさこ)

光風園病院

■ 略歴 ■

2012年より(医)愛の会 光風園病院に言語聴覚士として入職し3年間回復期病棟で勤務  
その後、同病院の維持期病棟配属となり、現在は維持期病棟でST主任を務める

## S2-1

# 脳画像を看護・リハビリテーションにどう活かすか

千里リハビリテーション病院 副院長

吉尾 雅春

患者の環境因子について考えるとき、まず自宅環境や地域、職場などをあげていませんか？

実は何よりも重要な環境因子は患者の目の前にいる医療スタッフ、そうあなた自身なのです。その存在によって患者は180度違った方向に導かれてしまう可能性があるのです。

「セラピストは現象を見て判断し、アプローチしていくべきである。脳には個別性があり、脳画像を見る意味はない。」という主張がありました。1950年前後の反射生理学を基礎に発展した神経生理学的アプローチの中でのリーダーたちの言動です。脳が可視化できるようになり、脳あるいは脊髄の科学が相当解明されたこの時代に、脳画像を紐解くことをしないのは適切ではありません。脳画像が導入されて半世紀が経とうとしていますが、歴史は積み重ねなければなりません。脳画像は医療スタッフたちに患者の持つ可能性や関わり方のヒントを教えてください。

脳のことに限らず、リハビリテーション界では常識として扱われている事柄が何ら根拠のない、全く誤った見解であることも多いのです。そのような状況で日々、リハビリテーション医療が行われているとしたら・・・。精神論だけでケアを行っているとしたら・・・。

根本的に変革して、新たな取り組みによって結果を積み上げ、未来に提供していかなければなりません。基礎を大切にしつつ進化・飛躍していかなければ新しい価値を見出すことはできません。人間をみる医療スタッフとして、脳に向き合っていく必要があります。脳画像を読み解くことによって、目の前の患者がなぜ病室で転倒するのか、易怒性はいつまで続くのか、なぜ姿勢が歪むのか、なぜ内反足になるのか、なぜドアにぶつかりそうになるのか、なぜ口頭でお願いしても伝わらないのか、きっと納得できるようになります。脳画像を理解できると個としての患者の障害とそれに対する戦略が見えてきます。血栓回収療法が普及し、これまでの脳卒中の分類から見えていた病態とは異なった姿を見せるようになりました。脳画像はそれらにも応えて医療スタッフを根拠に基づく医療の世界に導いてくれるものと思います。

---

## S2-2

---

# 看護ケアを導き出す脳画像の見方とその経験

中村記念南病院 急性期病棟師長

久松 正樹

例えば頭に聴診器を当てたとします。しかし頭蓋内の音は私達の耳には届きません。頭を触ってみても、頭蓋内の事は分かりません。フィジカルアセスメントは問診・視診・触診・打診・聴診などの身体診査を用いて目の前の患者に何が起きているのかをアセスメントし、必要な看護ケアを導き出します。しかし、脳神経の領域では、これらフィジカルアセスメントの情報では推測が難しい時があります。つまり必要な情報が足りないのです。その情報を補うツールに脳画像があると考えます。診断のために使用されるCTやMRIの画像は「医師が使うもの」と私は教えられました。しかし今は「脳画像はアセスメントを多角的に行うための重要な引き出し」と考えています。脳画像を知ることで収集した情報を裏付ける根拠に用いることが出来ます。脳画像を見ることが出来ると次の行動を予測することが出来ます。脳画像を学ぶことで脳の構造を理解することが出来ます。

急性期から回復期までを経験した看護師として脳画像をどのように看護ケアに活かしてきたのか？その経験を実際の事例を用いて解説します。