

第11回慢性期リハビリテーション学会 教育講演

疾患治療を効果的に進めるためのリハビリテーション

◆日 時：10月19日（木）13:30～15:30

◆座 長：藤田 博司 医療法人愛の会 光風園病院 副院長・診療部長

◆演 者：木下 祐介 第11回慢性期リハビリテーション学会 学会長
石川 朗 神戸大学大学院 保健学研究科パブリックヘルス領域 教授

第11回慢性期リハビリテーション学会 教育講演 略歴

座 長

藤田 博司 (ふじた ひろし)

医療法人愛の会 光風園病院 副院長・診療部長

略歴

1977年	山口大学医学部卒業 山口大学医学部附属病院 研修医
1978年	広島大学医学部第3内科 助手
1979年	済生会下関総合病院内科勤務
1994年	済生会下関総合病院 中央検査科科长
1996年	済生会下関総合病院 呼吸器内科科長
2000年	医療法人愛の会 光風園病院 副院長

所属学会

日本呼吸器学会
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
日本肺癌学会

演 者

木下 祐介 (きのした ゆうすけ)

第11回慢性期リハビリテーション学会 学会長

略歴

1995年	日本大学医学部卒業
1996年	日本大学医学部皮膚科学教室 入職
2004年	初台リハビリテーション病院 入職
2005年	光風園病院 入職
2017年	光風園病院 院長 就任
2006年4月	下関大腿骨頸部骨折・脳卒中地域連携パス研究会 会長 就任
2010年6月	日本慢性期医療協会 理事 就任
2019年5月	山口県病院協会 理事 就任

石川 朗 (いしかわ あきら)

神戸大学大学院 保健学研究科パブリックヘルス領域 教授

■ 略歴 ■

学歴

1986年3月	札幌医科大学衛生短期大学理学療法学科 卒業
4月	理学療法士取得
1987年4月	東京理科大学工学部建築学科入学
1991年3月	同大 卒業
1994年3月	日本大学大学院理工学研究科博士前期課程 医療・福祉工学専攻修了, 修士の学位授与
1996年4月	日本大学大学院理工学研究科博士後期課程 医療・福祉工学専攻入学
1999年3月	博士の学位授与

職歴

1986年4月	帝京大学医学部附属病院リハビリテーション部入職
1991年4月	同 主任
1997年3月	同 退職
1997年4月	札幌医科大学保健医療学部理学療法学科 講師
2002年2月	同 助教授
2003年4月	札幌医科大学医学部附属病院リハビリテーション部 副部長
2007年4月	札幌医科大学保健医療学部理学療法学科 准教授
2011年4月	神戸大学大学院保健学研究科 リハビリテーション科学領域 准教授
2012年11月	神戸大学大学院保健学研究科 地域保健学領域 教授
2016年10月	神戸大学 生命・医学系大保健学域 教授
2018年4月	神戸大学大学院保健学研究科 パブリックヘルス領域 教授 (兼務)
2022年12月	放送大学学園 客員教授

学会活動等

社団法人 日本理学療法士学会会員,
日本義肢装具学会会員, 評議員
日本集中治療医学会会員,
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会会員, 理事, 第32回学術集会副会長
日本呼吸器学会会員
日本呼吸療法医学会会員
神戸在宅呼吸ケア勉強会世話人代表
CURE 神戸 理事

資格

専門理学療法士 (基礎・運動器・内部障害・生活環境支援)

著書等

15レクチャーシリーズ理学療法テキスト (中山書店): 総編集

EL-1

疾患治療を効果的に進めるための リハビリテーションの必要性

第11回慢性期リハビリテーション学会 学会長
木下 祐介

私の勤務する、光風園病院はリハビリテーション専門病院ではなく、リハビリテーションに力を入れている慢性期医療の病院です。私もリハビリテーションの専門家ではなく、リハビリテーションの必要性を感じている慢性期医療の現場で働く一医師です。今回の教育講演では、普通の慢性期医療の病院の立場で活用できるリハビリテーションの取り組みについて一緒に学びたいと考えています。

さて、慢性期医療の現場では、急性期病院や在宅から入院してこられる患者さんの治療にあたる時に「もっと早くから適切にリハをしていれば」と感じる事がないでしょうか？私は、特に最近では新型コロナウイルス感染症の治療後の患者さんの廃用症候群の怖さを感じています。予備力の低い高齢の方の中には、感染症は治癒したものの、「歩けない」、「食べられない」といった影響が長期間続き、感染する前の状態に戻る事ができない方も少なくありませんでした。一方で、コロナに限らず私たち慢性期医療の現場でも疾患治療にリハビリテーションがきちんと活かされているか、自分自身を振り返ってみなければならぬと思っています。

橋本康子会長の提唱されている「基準リハビリテーション」、「基準介護」の概念にもあるように、廃用症候群を生んでしまってからリハビリテーションを始めるのではなく、はじめから廃用症候群を生まないように治療する事が大切です。効果的・効率的に治療を進めるためには、急性期から慢性期まで全ての医療現場であらゆる疾患に対してリハビリテーションが必要だと思っています。そして、ここで言うリハビリテーションはセラピストが行う訓練だけではありません。医師、看護師、介護職、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカーなど、患者さんを支えるあらゆる職種がリハビリテーションの考えを共有し、それぞれの立場で実践していく事が必要です。

木戸学会長が掲げる、第31回日本慢性期医療学会のテーマは「超少子高齢化時代と慢性期医療～ well Beingを目指した予防という役割～」です。慢性期医療の現場では、第一に廃用症候群の原因となる疾患を予防することが大切です。そして、予防の取り組みにもかかわらず病状が悪化してしまった場合には、不必要な廃用症候群を生まないように最大限の注意を払いながら疾患治療にあたる必要があります。

今回の教育講演では、慢性期医療の現場で最も向き合うことの多い疾患の一つである誤嚥性肺炎に焦点を絞り、石川朗先生から誤嚥性肺炎予防のための呼吸リハビリテーションについてご講演いただきます。そして、予防に必要なリハビリテーションとケアの知識と技術は、そのまま誤嚥性肺炎の治療に活用することができると思います。参加者の皆様と力を合わせて明日からの慢性期医療の更なる質の向上につなげることができればと願っています。よろしくお願いたします。

EL-2

誤嚥性肺炎予防の呼吸リハビリテーション

神戸大学大学院 保健学研究科パブリックヘルス領域 教授
石川 朗

肺炎は、気道を通して侵入した細菌やウイルスなどの病原微生物が、肺内で増殖し炎症が生じた病態である。本邦における肺炎の死亡者数は2016年では第3位であった。しかし、2019年の死因は悪性新生物、心疾患、老衰、脳血管疾患の順で、肺炎は第5位、誤嚥性肺炎は第6位であった。この肺炎死亡順位の低下は、原死因選択ルールの変更によるもので、肺炎と誤嚥性肺炎を合算すると老衰を上回り第3位となる。肺炎に対するリハビリテーションは、肺炎死亡者の約96%は65歳以上の高齢者が占め、このうち80%は誤嚥性肺炎であることが重要である。

看護師やセラピストが介入する多くの肺炎は、高齢者施設入所中や在宅介護を受けている患者に発症する 경우가非常に多い。これらの肺炎を、日本呼吸器学会が2011年に医療・介護関連肺炎（nursing and health-care associated pneumonia：NHCAP）として分類した。その定義は、①長期療養型病床群もしくは介護施設に入所している、②90日以内に病院を退院した、③介護を必要とする高齢者、身障者、④通院にて継続的に血管内治療を受けているもので発症した肺炎とされている。したがって、リハビリテーション対象者で発症した肺炎の多くはNHCAPと推察され、その主な発生機序は誤嚥性肺炎である。

誤嚥性肺炎は、胃内容物の嘔吐に伴った誤嚥によって生じる化学性肺炎と、口腔内細菌を不顕性に誤嚥して生じる細菌性肺炎とに分類され、高齢者に生じる誤嚥性肺炎の多くは細菌性肺炎である。化学性肺炎は、加齢による食道・胃移行部の括約筋の弛緩などによる胃食道逆流現象と、嚥下・咳反射の低下が関係している。細菌性肺炎は、口腔内の細菌を夜間睡眠中に不顕性に誤嚥することで生じる。そのため、口腔ケアが特に重要となる。また、脳血管障害などでは嚥下・咳反射の低下が著明であり、さらに加齢に伴う免疫能の低下によって高齢者には細菌性肺炎が多い。

誤嚥性肺炎は、誤嚥の量や内容などの侵襲因子と活動量や栄養、免疫能などの抵抗因子のバランスが崩れた時に発症する。このうち、リハビリテーションに関連する因子は、侵襲と抵抗に共通する。唾液の不顕性誤嚥の患者は、睡眠薬や抗うつ剤の服用率が高い。睡眠薬や抗うつ剤の服用率を低下させるためには、日中に積極的な離床を図り、サーカディアンリズムを構築することが不可欠である。また、栄養療法と併用しながら日中の活動量を増やすことによって、体力の向上につながり、抵抗因子の改善にも結びつく。さらに、咳嗽力の改善を目的とした、呼吸筋のトレーニングなども重要である。加えて、化学性肺炎による誤嚥性肺炎に対しては、胃食道逆流現象予防のため、食後2時間程度は座位を保持することや嚥下しやすい食事形態の変更も必要である。誤嚥性肺炎は繰り返す。したがって、最も重要な介入は予防である。その予防には、リハビリテーションの役割は大きい。