

## 当院スタッフ

新任紹介：リハビリテーション科 医師 川上 路華(かわかみ るか)

平成24年4月より東京都リハビリテーション病院に赴任いたしました。患者さまの笑顔をサポートできるリハビリ医療を目指して頑張りたいと思います。よろしくお願ひいたします。

〔日本医師会認定産業医 所属学会：日本リハビリテーション医学会、日本内科学会、日本臨床神経生理学会、日本義肢装具学会〕

## 勤続15年及び退職者

勤続15年	退職者
向井 英一 (整形外科・リウマチ科医師)	南雲 祐美 (臨床心理士) 他
五十嵐 美千代 (看護師)	
佐藤 かおり (看護師)	
水品 朋子 (作業療法士)	
渡辺 真紀 (管理栄養士)	

## 当院並びに区東部地域リハビリテーション支援センター主催の事業

※現時点で確定しているもの

名称	日時	場所	備考
ケアマネジャー研修会【基礎編】 —地域リハ推進に向けて—  「利用者によくある疾患と障害を理解する」 —生活リハのすすめ—	平成24年2月22日(水) 18:30～20:00	墨田区役所 131 会議室 墨田区吾妻橋 1-23-20	終了しました
	平成24年3月15日(木) 18:30～20:00		
平成23年度 第2回 区東部 地域リハビリテーション連絡協議会 幹事会	平成24年3月21日(水) 19:30～21:00	すみだ産業会館 会議室 3 墨田区江東橋 3-9-10	終了しました
第1回 実践講座【初級者編】 摂食・嚥下リハビリテーション研修会	平成24年5月19日(土) 9:30～16:30	東京都リハビリテーション病院 墨田区堤通 2-14-1	終了しました
ケアマネジャー研修会【実践編 1】 「事例からみる地域リハビリテーションの実際」	平成24年6月13日(水) 18:30～20:00	墨田区役所 131 会議室 墨田区吾妻橋 1-23-20	終了しました
ケアマネジャー研修会【実践編 2】 「困った時の医療・福祉制度の活用術」	平成24年6月19日(火) 18:30～20:00		終了しました
ケアマネジャー研修会【実践編 3】 「福祉用具活用術」	平成24年7月12日(木) 18:30～20:00		対象：墨田区在勤のケアマネジャーで 【基礎編】受講修了者 参加費：無料
療法士向け研修会 認知症のリハビリテーション研修会	平成24年7月21日(土) 14:00～15:45	ティアラこうとう 江東区住吉 2-28-36	対象：墨田区/江東区/江戸川区の PT・ OT・ST 参加費：無料
平成24年度 第1回 区東部 地域リハビリテーション連絡協議会 幹事会	平成24年10月17日(水) 19:30～21:00	すみだ産業会館 会議室 3 墨田区江東橋 3-9-10	対象：区東部地域リハビリテーション連絡 協議会幹事のみ
第2回 実践講座【初級者編】 摂食・嚥下リハビリテーション研修会	平成24年10月20日(土) 9:35～16:15	東京都リハビリテーション病院 墨田区堤通 2-14-1	対象：墨田区/江東区/江戸川区の地域リ ハ従事者 参加費：無料
区民公開講座 「イキイキ人生」 ※詳細な演題は現在調整中	平成24年11月10日(土) 14:00～16:00(予定)	東京ソラマチ スペース 634 ANNEX 墨田区押上 1-1-2	対象：どなたでも参加できます 参加費：無料
第1回 実践講座【経験者編】 摂食・嚥下リハビリテーション研修会	平成24年12月9日(日) 11:45～17:00	東京都リハビリテーション病院 墨田区堤通 2-14-1	対象：墨田区/江東区/江戸川区の地域リ ハ従事者 参加費：無料

### 区東部地域リハビリテーション支援センター

東京都リハビリテーション病院は、東京都より二次保健医療圏「区東部」の地域リハビリテーション支援センターに指定されています。センターの事業は、墨田区、江東区、江戸川区の行政、医師会、医療機関、訪問看護ステーション、ケアマネジャー協会等と協力して地域リハビリテーションに関する資源調査、研修会の開催、諸問題の検討等の活動をしております。

(※各事業の問い合わせは下記宛まで。参加には事前の申込みが必要となります。)

【事務局】 東京都リハビリテーション病院 医療福祉連携室 地域リハビリテーション科 担当：高橋・山下・齋藤

TEL03-3616-8600(内 376) FAX03-3616-8699 ※電話は土・日・祝を除く9時～17時 FAXは24時間受付



# ほっとりハ

(発行)

東京都リハビリテーション病院 医療福祉連携室

〒131-0034 墨田区堤通 2-14-1

TEL：03-3616-8600 FAX：03-3616-8699

URL：http://www.tokyo-reha.jp

## 栄養とリハビリテーション効果 —栄養サポートチーム NST(Nutrition Support Team)の活動—

東京都リハビリテーション病院 リハビリテーション科 医長 武原 格

近年リハビリテーションの分野において、栄養とリハビリテーション効果の関係が注目を集めています。低栄養の患者さまの場合、疲れやすいため必要なリハビリテーションを行えない危険性もあり、十分な栄養を摂取することが重要です。当院においても低栄養の患者さまは少なくなく、リハビリテーションを進めるうえで苦慮しておりました。



栄養サポートチーム NST(Nutrition Support Team)

武原医師

このような現状の改善を目指し、平成23年1月より栄養サポートチーム(Nutrition support team:以下NST)が発足しました。NSTは、医師、歯科医師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師の多職種のチームで活動していましたが、今年度より理学療法士、作業療法士、放射線技師も加わり、リハビリテーション病院らしい体制が整い、より活発な活動が行われております。

月2回の病棟回診を中心に活動は行われ、低栄養の患者さまの抽出、情報収集、問題点に基づいて各職種の専門性を生かした介入計画の設定、介入効果の検証等を行っております。昨年度低栄養と考えられた患者さまは、全入院患者さまの約11%にのぼり、介入により明らかに栄養状態の改善を認めました。同時にADLの改善もみられましたが、低栄養を認めない患者さまに比べ低いADLで留まっており、その原因究明と解決の必要性が浮き彫りになりました。

また、厚生労働省のチーム医療実証事業にも参加し、いくつもの成果をあげました。当院には嚥下障害を認める患者さまも多く入院しており、管理栄養士を中心に嚥下障害食の内容の見直しが行われました。食べ物の形態を留めながらも、歯茎や舌と上顎で潰して食べられる軟らかい「ソフト食」の導入に向けて試食会を繰り返し行い、今年度より昼食にソフト食を提供できるようになりました。他にも薬剤師により嚥下機能に悪影響をおよぼす危険性のある薬剤をまとめた冊子が作成され、臨床医療に役立っています。

さらに今年2月に神戸で開催された日本静脈経腸栄養学会学術大会には、多くのスタッフが参加し知識の向上をはかりました。

今年度は低栄養患者さまの低いADLの原因究明と解決を目的に、筋肉量や身体機能、活動量など個々の患者さまの特徴を把握し、リハビリテーションの進行に伴う変化を追いながら、高いリハビリテーションアウトカムにつなげていく計画が進行しています。

今後もNSTでは、栄養面から多職種連携によるチームアプローチを行い、より質の高いリハビリテーションを提供できるようにサポートを続けていきますのでよろしくお願いいたします。





チャット  
Reha

## 第1回 関節リウマチについてー治療の3つの柱ー

東京都リハビリテーション病院 リハビリテーション部長 向井 英一(整形外科・リウマチ科)

〔・医学博士 ・日本整形外科学会専門医 ・日本リウマチ学会専門医、評議員及び指導医  
・日本リハビリテーション医学会臨床認定医、専門医及び指導責任者等〕

### はじめに 関節リウマチって？

関節リウマチ(**Rheumatoid Arthritis**:以下 RA)は関節滑膜を主たる病変の場とし、慢性かつ進行性に経過する全身性の炎症性疾患と定義されます。免疫異常を背景とすることは確かですが、その原因は未だ明らかではありません。一般に RA では、関節の疼痛やこわばりといった症状を呈し、適切な治療がなされないかぎり関節炎は進行し、滑膜炎から軟骨・骨を侵襲して関節破壊、関節の機能障害を来します。その結果、患者さまの日常生活動作(ADL)は著しく障害され、生活の質(QOL)も低下することとなります。RA の治療目標は、可能な限り早期に診断を下し、炎症の進行による関節の不可逆的な変化が生じる前に治療を開始し、ADLならびに QOL をできるだけ高いレベルに保つことです。そのためには、RA の病期・病状に応じた、薬物治療、手術治療、リハビリテーションの 3 つの柱からなる積極的なマネジメントが不可欠です。

### 1. 薬物療法

RA の関節破壊を防ぐために最も重要なのは、発症早期からの適切な薬剤の使用による疾患活動性の徹底的なコントロールです。RA の関節破壊の進行は予想されるよりも早期から始まり、患者さまの 70%は発症後 2 年以内に X 線画像で関節の骨びらんが認められ、MRI では発症後 4 ヶ月以内に患者さまの 40%に骨びらんが観察されます。この様な関節破壊に伴って機能障害も進行し、発症後 3 年以内に患者さまの約 25%が就業困難になるといわれています。

旧来の RA の薬物療法では、まずは非ステロイド性抗炎症薬(NSAID)により炎症を抑えて痛みをとり、効果が不十分の場合には疾患修飾性抗リウマチ薬(以下 DMARD)、ステロイド剤と、効果は強いけれども、副作用により注意が必要な薬剤を追加していくピラミッド型の治療方法が主流でしたが、結果的に炎症を抑えきれずに関節破壊が進行してしまう例がほとんどでした。これに対して近年では、発症から極めて早期に DMARD を使用することにより、寛解(症状がなくなること)導入の可能性が高くなることが示され、発症早期にタイミングを逃さずに積極的にメトトレキサート(MTX)を代表とする DMARD を用いた治療を開始することが推奨されています。さらに、より高い寛解導入率と関節破壊の進行を阻止する治療戦略が求められるなかで登場してきたのが生物学的製剤です。生物学的製剤は、RA の病巣形成に関与する TNF- $\alpha$  や IL-6 などのサイトカインを阻害する薬剤であり、1998 年に米国で、2003 年には我が国でも承認されて以来、RA の治療に大きな変革をもたらしています。肺感染症などの重篤な合併症の危険性や無効例の存在、高額な薬価など解決すべき問題も残されていますが、発症早期から積極的に DMARD に加え、生物学的製剤を使用することにより、関節の炎症と関節破壊の進展を完全に抑え込むだけでなく、場合によっては薬剤投与不要となる(drug free)寛解も可能となると考えられています。

### 2. 手術療法

生物学的製剤による関節破壊の抑制が可能となることで、将来的には手術治療の適応は減少するものと考えられます。しかし残念ながら関節破壊が進行し ADL 障害をもたらす場合には、隣接関節に悪影響を及ぼさないためにも、時期を逸せずに適切な手術治療を考慮しなければいけません。RA の代表的な手術療法として人工関節置換術があげられます。人工関節は除痛、可動性に優れた手術方法で、股関節、膝関節、肘関節、肩関節のほか、足関節、指関節、手関節などの人工関節もあります。素材やデザイン、手術手技の改良により人工関節の術後の長期成績は向上し、特に人工膝関節、人工股関節では、術後 20 年以上何ら問題なく経過する例も少なくはありません。

### 3. リハビリテーション

関節破壊の進行を防ぐためには、発症早期からのリハビリテーション的アプローチが重要です。

① **RA に関する正しい知識の提供:** 誤った理解により、適切な治療を行うのに困難をきたさないよう、RA に関する正しい知識を平易な言葉で患者さまに提供し、患者さま自身が現在の病状や治療法について正しく理解することが重要です。

② **適切な運動指導:** RA では疼痛と全身の倦怠感から過度の安静をとってしまいがちです。しかし、必要以上の安静は関

節の拘縮と筋力の低下のみならず、心肺機能の低下も引き起こす結果となります。RA の症状が強い時には安静に努めなければいけません。関節機能や全身状態の維持には症状に応じた適度な運動が必要です。関節の拘縮防止には可動域訓練が重要で、関節をゆっくりと最大限動かせる範囲で曲げ伸ばしを行うよう指導します。筋力低下は関節の衝撃緩和作用の低下を生じ、関節破壊を進行させます。したがって、関節周囲筋の筋力増強訓練も重要であり、関節の炎症が強い場合には関節の動きを伴わない等尺性運動を、炎症の程度が弱く、関節のダメージも少ない場合には、重たいなどの負荷に逆らって関節を動かす等張性運動を指導します。いずれも一日のうち、痛みの少ない時間を選んで行い、運動後に痛みや不快感が数時間持続したり、翌日に具合が悪くなったりしない程度とし、決して無理はしないことが肝要です。

③ **関節保護のアドバイス:** 関節の保温は疼痛の軽減に有効であり、特に夏期の室内の冷房や寒い季節の外出時に関節を冷やさないような注意が必要です。また、バッグ等を持つ際には手先で持たずに肩にかけ、できるだけ小関節を使わずに大関節を用いるよう関節に負担をかけない省エネルギーの動作を指導します。特に RA は女性に多い疾患のため、炊事・洗濯などの家事動作の必要性も高く、患者さまの実際の生活に即した指導も必要です。適切な自助具や装具の処方、家屋改造などの環境整備も重要となります。

④ **心のケア:** RA の患者さまは病状の進行、薬の副作用、治療費のことなど、現状や将来に様々な不安や悩みを抱えています。この穏やかさる心理状態を受け止め、心のケアを心がけることは、患者さまのストレスを和らげ、治療に対する前向きな姿勢を引き出し、RA の病勢をコントロールし、QOL を維持するために欠くことができません。

**おわりに:** RA の治療で最も大切なのは、お薬による疾患活動性の徹底的なコントロールで、機能障害の進行を防ぐためには発症早期からのリハビリテーション的アプローチが重要です。ダメージを受けた関節に対しては適切なタイミングでの手術も必要となります。

## X線テレビシステムのご紹介

東京都リハビリテーション病院 放射線技師 豊田 耕平

この度、当院では「X 線テレビシステム」が更新されました。新システムにはいくつかの新機能が搭載されており、少し専門的なお話になりますが、ご紹介をいたします。

まずは「フラットパネルディテクタ(以下 FPD)」が搭載され、フィルム以上の解像力となり処理能力も格段に向上しました。最新のデジタルフィルターで収集した画像は全体のコントラストを均一化し、黒化部分やハレーション部分を自然な感じに抑えて、より鮮明に映し出すことが出来ます。

次に「嚥下撮影用患者動体観察システム」ですが、これは通常の嚥下透視画像にカメラ撮影した患者さまの状態画像を付加する事ができます。当院で行われている嚥下外来の検査に有効的に活用されています。

そして新たな機械には透視機能に加えて断層機能が付いており、新しいデジタル画像技術として「トモシンセシス(デジタルマルチスライス断層)」が追加されています。これによって従来は断層面ごとに撮影をしていましたが、1 回の撮影動作で任意の断層面の画像を再構成できるため、追加撮影がありません。また、以前は臥位だけでしたが、立位で荷重をかけた状態での断層撮影も可能になりました。これにより患者さまへの被ばくや拘束時間の負担も軽減されました。

さらに CT では描出困難であった人工関節等も、金属アーチファクトの影響を受けにくく、金属が埋め込まれた部位の術後の経過観察等、整形外科領域にも高評価を得ています。

最後に「スロットラジオグラフィー(長尺撮影)」になりますが、これは X 線管球と FPD を同期して体軸方向に数センチ分の領域(スロット幅)に区切り、一定速度で動かしながら連続して撮影をします。これにより全脊柱や下肢全長等の画像の歪みが少なくなり、精度の高い距離、角度計測が可能になりました。

以上、新システムのご紹介をさせて頂きましたが、今回導入された X 線テレビシステムによって、トータル的に撮影効率や精度が格段に向上しました。さらに「パルス透視」による被ばくの低減や検査時間の短縮による、患者さまへの負担軽減が大きなポイントとなりました。

