

進行性神経疾患の病態理解に基づく理学療法実践

座長:松木 明好(四條畷学園大学)



神経理学療法評価の視点:パーキンソン病患者の臨床から考える

登戸内科・脳神経クリニック リハビリテーション科 科長

三上 恭平

神経変性疾患の中でパーキンソン病の患者数はアルツハイマー病に次いで多く、今後も世界的に増加すると推定されている(Dorsey ER.2018). 世界に類を見ない高齢化の進む本邦においては、その増加率はさらに高いと考えられ、パーキンソン病に対する専門的な理学療法のニーズも、今後ますます増加すると推定される。

パーキンソン病は、大脳基底核のみならず、脳幹や大脳皮質など広範な神経領域に生じる神経細胞の変性により、様々な症状を引き起こす(Braak H. 2003). 理学療法の対象となるのは主に運動症状もしくは運動症状により影響を受けた日常生活動作であるが、運動症状が出現する10年以上前から、非運動症状は出現しており(Poewe W. 2017), 我々理学療法士の前に来た患者が示す症状の背後には、広範な神経領域の変性が関わる病態が存在している可能性がある。そのため、理学療法の臨床場面では、Evidence が確立していない複雑な現象に直面することも少なくない。このような未知の現象に我々理学療法士が対応していくためには、すでに報告されている Evidence を参照しつつ、一人一人の患者が呈する現象をつぶさに観察し、背後にある病態を行動として観察可能な変数まで落とし込みながら、理学療法として対応可能な形に解釈する必要がある。

我々はこれまでに前屈姿勢や側屈姿勢のあるパーキンソン病患者が示す自身の姿勢に対する気づきにくさや適切な修正の困難さの背景に、患者が主観的に垂直位と認識する姿位(主観的垂直姿位)自体が前屈や側屈方向に傾いていることが影響してのではないかと仮説を立て、姿勢異常の重症度と主観的垂直姿位の傾きとの関係性を臨床で実施可能な方法で明らかにしてきた(Mikami K, 2017. 2020). さらに実際の姿勢よりも主観的垂直姿位が垂直位に近い患者と傾いている患者の2つの subtype が存在し、リハビリテーションの治療成績が subtype で異なっていた(Mikami K. 2022). この他にも小字症や、転倒につながる自身で制御可能な範囲を超えた遠方からのリーチング動作にいくつかの Subtype が存在し、患者の示す行動や訴えから現象の背景に存在する病態について報告してきた。このように行動上の subtype を捉えることは、患者の病態理解につながる可能性がある。

今回の SIGs では、臨床場面でパーキンソン病の患者が示す様々な現象に対して、その背景にある病態の評価を、自験例を提示しながら時間の許す限り紹介したい。

略歴

【経歴】

- 2006年 岩手リハビリテーション学院 卒業
盛岡友愛病院勤務
- 2012年 医療法人社団神天会 登戸内科・脳神経クリニック リハビリテーション科(現在に至る)



姿勢制御評価と神経理学療法 ～前庭機能に着目して～

奈良県立医科大学 耳鼻咽喉・頭頸部外科教室 講師

塩崎 智之

進行性神経疾患による姿勢制御障害は転倒のリスクを高め神経理学療法において重要な問題である。進行性神経疾患の姿勢制御障害の原因は多岐にわたり、病態由来の問題だけでなく誤った代償による二次的な問題も影響する。そのため、機能面や能力面を測定・評価し、病態を紐解いていく作業が必要になる。

姿勢制御に重要な感覚としては視覚・体性感覚・前庭覚があるが、本邦では前庭機能の評価を行っているリハビリテーション専門施設は少なく教育・研究ともに諸外国と比較遅れている(加藤ら, 2017)。とくに進行性神経疾患であるパーキンソン病や脊髄小脳変性症では変性により前庭機能が低下することが数多く報告されている(Smith et al. 2018, Gordon et al. 2014)にも関わらず臨床において詳細な評価が行われていないという問題が挙げられる。進行性神経疾患の姿勢制御障害の病態を把握するためには前庭機能評価は避けて通れないと言える。

前庭機能評価は専門施設でしか行えないと考えられがちであるが、専門的な機器がなくとも行えることはあり病態を推察する材料になる。前庭器の主な機能は前庭動眼反射、前庭脊髄反射を介して視線を安定させることと無意識的に姿勢を保つことである。また、大脳皮質への上行路を介して垂直認知に影響する。前庭動眼反射は眼振検査、video Head Impulse test (vHIT)、前庭脊髄反射は Vestibular evoked myogenic potential (VEMP)、Galvanic body sway test (GBST)、姿勢制御への前庭覚の寄与については modified clinical test sensory interaction and balance (mCTSIB)、垂直認知は subjective visual vertical (SVV)などで機能を細分化して評価することが可能である。細分化した評価を行うことで症例に起こっている現象が病態由来のものであるか誤学習などの二次的な問題であるかを理解でき理学療法の戦略につながる可能性がある。

本シンポジウムでは姿勢制御評価のなかでも前庭機能に着目して話題提供を行い、実際の症例データを共有し進行性神経疾患の病態理解を進めていく。客観的なデータから個別性の高い症例に起こる現象を説明することができるのかを様々な視点からディスカッションできれば幸いである。

略歴

【経歴】

- 2007年 鹿児島大学医学部保健学科理学療法学専攻卒業
社会医療法人共愛会戸畑リハビリテーション病院 リハビリテーション科入職
- 2014年 医療法人友誼会西大和リハビリテーション病院 リハビリテーション科入職
- 2016年 畿央大学大学院健康科学専攻修士課程修了
- 2017年 奈良県立医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科教室 助教
- 2023年 奈良県立医科大学医学研究科博士課程修了
奈良県立医科大学耳鼻咽喉・頭頸部外科教室 講師(現在に至る)

【資格】

- 専門理学療法士(神経)
- 日本めまい平衡医学会専門会員



歩行バイオメカニクス評価と神経理学療法

大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科 主任・リスクマネージャー

二階堂 泰隆

「病的歩行」とは何であろうか。それを昨今話題の生成 AI に尋ねてみると「筋肉、骨、関節、神経の異常が原因で起こる歩行パターンの変化を指し、具体的には歩行時の歩幅、リズム、速度などの異常を指す。病的歩行には様々なタイプがあり、しばしば診断の手がかりや治療計画の立案に役立つ。」と明確な回答が得られる。しかしどうだろう、どこか物足りなさを感じるのには私だけではないはずである。むしろそのモヤモヤとした感覚こそが、我々がまだ理解しきれていない部分かもしれない、AI による回答がもたらすこの感覚は、我々が取り組むべき課題を暗に示してくれているのかもしれない。

進行性神経疾患の場合、「病的歩行」は病態生理学的観点、運動障害学的観点、心理・社会的観点など多様な要素が複合して生じると考えられ、さらには患者、家族、医療・介護者などその立場の違いからも解釈は変化しうるものと考えられる。では我々はそのような複雑な事象に対しどう向き合ったらよいのだろうか。そこで“Margin of stability (MOS)”という概念を紹介したい。MOS は倒立振り子モデルに基づいた歩行パラメーターの一つで、速度を加味し外挿された身体重心と支持基底面境界との位置関係から算出される(モーションキャプチャーシステムを使用)。MOS はその値が小さいと動的安定性が低く、大きいと動的安定性が高いことになるが、その解釈は観察する対象によって変わる。

例えば健常者の場合、歩行中の前方方向の MOS はかなり小さく動的安定性が低いが、それイコール歩行能力が低いとはならない。むしろ不安定な歩行状況下で姿勢バランスを保つ能力があると解釈できる。一方、パーキンソン病(PD)や特発性正常圧水頭症(iNPH)の場合、もし前方方向の MOS が健常者並みに小さくなると、たちまち姿勢が不安定となり転倒リスクが高まることになるであろう。実際のところ、彼らの MOS は健常者のそれよりも大きく動的安定性は高い傾向にある。つまり MOS の増大は代償的歩行戦略を反映していると解釈することができる。

私が担当するセッションでは、iNPH の歩行・バランスの病態仮説を検証する観察研究から介入研究へと展開させていったプロセスを紹介するとともに、PD や iNPH の歩行バイオメカニクス評価における MOS データを用いた病的歩行に関する一つの見解を共有したいと思う。

略歴

【経歴】

1999年 日産学園京都自動車工業専門学校 卒業
1999年 ~2003年 大阪日産モーター株式会社
2007年 行岡リハビリテーション専門学校 卒業
大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科 入職
2013年 ~2019年 学校法人大阪医専 非常勤講師 兼務
2014年 大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科博士前期課程 修了
2018年 神戸大学大学院保健学研究科保健学専攻博士課程後期課程 修了
2021年 大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科 主任・リスクマネージャー(現在に至る)

【資格】

専門理学療法士(神経)
博士(保健学)
3学会合同呼吸療法認定士
メンタルヘルスマネジメントⅡ種(管理者コース)
2級自動車整備士

【学術業績】

<https://researchmap.jp/Pekio-1100>



脳画像解析と神経理学療法

国立精神・神経医療研究センター 身体リハビリテーション部

板東 杏太

パーキンソン症候群や脊髄小脳変性症には、複数のサブタイプが含まれる。特に、脳幹変性をきたす場合は、理学療法を展開する上で姿勢保持障害や自律神経障害などの症状を考慮する必要がある。脳幹変性の有無については、脳画像(MRI 画像)を確認することが有用である。本発表では、以下の3構成でMRI画像の臨床応用を考える。

1. 画像からサインを見つける

脳幹の変性を示唆するMRI画像上の特徴(サイン)が多数報告されている。実際に臨床においてもこれらの特徴を確認し、治療方針の決定に役立っている。例えば、多系統萎縮症、脊髄小脳失調症3型における“Hot cross bun”サイン、進行性核上性麻痺における“Humming bird”サインなどがある。しかし、これらのサインは変性がある程度進んだ状態で観察される。では、さらに発症早期の場合はどうするか？

2. 画像にサインを付加する

早期では、画像上の特徴(サイン)が確認できない場合も多い。次の手として、MRI画像に統計処理を行うことが考えられる。代表的な解析手法としてボクセルベース・モルフオメトリー(voxel-based morphometry: VBM)がある。この手法では、同年齢の健常成人群と比較して、脳容積が有意に低下している部位を調べることができる。つまり、①のようにはっきりとサインがない発症早期でも、脳幹変性の有無を確認できる可能性がある。ここでは、VBMの活用方法と注意点について述べる。

3. 画像から実際の数値を取り出す

神経変性疾患は、進行性であることが多い。よって、理学療法評価は微細な変化(例えば mm³ オーダーの変化)を正確に捉える必要がある。②では、一般線形モデルを用いた個人症例 VS 健常群の比較にて、画像上の特徴を抽出した。しかし、縦断的に個人内の変化をみる場合には様々な問題点がある。ここでは、FreeSurferなどに代表される surface-based morphometry(SBM)を用いた脳幹体積の算出方法と臨床応用について述べる。

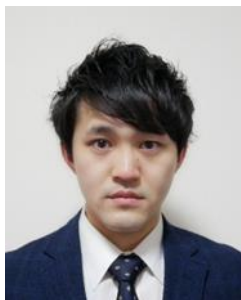
略歴

【経歴】

- 2007年 医療法人 栄寿会 天満病院 リハビリテーション部
- 2012年 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター身体リハビリテーション部(現在に至る)
- 2014年 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 脳病態統合イメージングセンター 先進脳画像研究部(併任)
- 2020年 東京医科歯科大学 医歯学総合研究科博士課程後期課程 修了

進行性神経疾患における神経理学療法の展開

座長:岡田 洋平(畿央大学)



限られたエビデンスの中での EBP の実践

国立精神・神経医療研究センター病院 身体リハビリテーション部

近藤 夕騎

Evidence-based practice (EBP) は、利用可能な最良のエビデンス・医療者の経験・患者の価値観を統合し、最善の医療を行うことと定義される。EBP には、「科学的根拠(エビデンス)」、「病態と状況」、「患者の好みと行動」、そしてそれらを統合する位置に「臨床の専門知識」が含まれる。つまり、「エビデンス」という名前から誤解されがちであるが、EBP は単に現時点で最良と思われるエビデンスを、目の前にいる患者にそのまま適用するわけではないことに注意が必要である。

進行性神経疾患においては、現在のところエビデンスが限定的である。厚生労働省の定めるいわゆる“難病”に該当する進行性神経疾患は、治療法が確立されていない希少な疾病を意味し、その特性から理学療法実践に適用可能なエビデンスが不足していることが課題として挙げられる。エビデンスが不足しているという理由で、一部の理学療法士は、教科書に記載されている介入(ツール)のみを盲目的に実施したり、また、患者の好みと行動にのみ焦点を当てたアプローチに頼った結果、医療者ではなく便利屋に似た振る舞いをしたりすることがあるかもしれない。

理学療法士が限られたエビデンスの中で、EBP を実践する上で重要なことは、病態を踏まえて丁寧に理学療法評価を行うことであると考えている。もちろん今後の進行性神経疾患における理学療法及びリハビリテーション医療の発展のために、エビデンスを積み重ねることも必要である。本シンポジウムでは、以下の論点に焦点を当てた話題提供を行う。

1. 個別性の高い進行性神経疾患において、EBP を患者の状態に応じて調整する方法
2. エビデンスで対応しきれない患者の個別性に基づいた理学療法実践
3. 直接性のエビデンスがない場合に、非直接性のエビデンスを進行性神経疾患に適用する際の留意点

これらの話題提供を踏まえ、今後の進行性神経疾患に対する理学療法実践の在り方について議論したい。

略歴

【経歴】

- 2014年 国際医療福祉大学 小田原保健医療学部 理学療法学科 卒業
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター病院 身体リハビリテーション部(現在に至る)
- 2019年 首都大学東京(現 東京都立大学)大学院 人間健康科学研究科 博士前期課程(健康科学)修了
- 2021年 筑波大学大学院 理工情報生命学術院 システム情報工学研究群 博士後期課程 在学中

【所属】

- 日本理学療法士協会
日本支援工学理学療法学会 専門会員 A
日本神経理学療法学会 専門会員 A
日本リハビリテーション医学会
日本パーキンソン病・運動障害疾患学会

進行性神経疾患における神経理学療法の展開

座長:岡田 洋平(畿央大学)



進行する症状の中での予後予測の戦略

国際医療福祉大学 市川病院 リハビリテーション室 神経難病センター 主任

浅川 孝司

難病とは、1)原因がわからない、2)治療方法がない、3)希少疾患である、4)長期療養を必要とする、これら4条件を満たす疾患を示す。世界中には3万もの「難病」と言われている。その「難病」中から、5)客観的な診断基準がある、6)本邦において患者数が一定以上に達しない、という6条件を満たすと「指定難病」としてカテゴリー化される。現在、本邦における指定難病は338疾患ある。その中の脳神経系に障害をきたす病を「神経難病」と言っている。代表的な疾患名は、パーキンソン病(11万人)、脊髄小脳変性症(2万5千人)、筋ジストロフィー(2万5千人)、多系統萎縮症(1万2千人)、筋萎縮性側索硬化症(1万人)がある。

これら神経難病はその定義からも推測できる通り、難治性で慢性の進行性疾患である。その進行スピードや経過年数には疾患によって様々である。例えば、パーキンソン病は約20年かけ徐々に病気が進行する。一方、クロイツフェルト・ヤコブ病は1-2年で死をむかえる。また同じ疾患の中でも個人差が存在すること、さらに希少性故に経験の蓄積が難しい事が、包括的ケア介入を困難にさせる一因となっている。

このような神経難病患者への理学療法介入を行う中で、予後予測は重要な評価ポイントであり、多職種で共有すべき情報であり、さらに患者介入のヒントとなる。一般的に理学療法介入で予後予測が必要な場面は、リハビリテーション介入におけるゴール設定(目標設定)を行う時と、患者のその後の人生に関わる時の2ポイントが挙げられる。それぞれの時期に、的確に評価し、1つ1つの情報を統合・解釈する必要がある。

本シンポジウムでは、神経難病患者への予後予測について私見をまとめ、case study を通じその実践を紹介する。また、神経難病に共通する問題も提示し、議論の土台となる情報源にしていきたい。

略歴

【経歴】

- 2004年 国際医療福祉大学理学療法学科 卒業
University College London 留学
- 2008年 医療法人社団芳英会 吉野内科・神経内科医院 入職
- 2016年 新潟大学大学院医歯学総合研究科医科学専攻修士課程(医科学修士)修了
- 2020年 国際医療福祉大学成田病院 入職
国際医療福祉大学市川病院 入職(現在に至る)
- 2024年 国際医療福祉大学大学院医学研究科医学専攻臨床医学研究分野リハビリテーション医学博士課程 修了

進行性神経疾患における神経理学療法の展開

座長:岡田 洋平(畿央大学)



進行性神経疾患と共に歩む目標設定の実際

西大和リハビリテーション病院 リハビリテーション部 主任

尾川 達也

私達が進行性神経疾患患者と関わる際、どのような目標を設定しているだろうか。例えば、症状が進行していない段階では、本人の希望する心身機能や活動・参加に関する具体的な目標に設定し、積極的に運動療法を実施するかもしれない。一方、症状が進行すると、実際と希望との乖離、もしくは希望が表出されず具体的な目標を設定しにくいなど、現状維持のための廃用症候群や合併症予防が目標の主となるかもしれない。

このような目標は理学療法士としては一般的かもしれないが、進行性神経疾患患者の特異性を考慮した場合、本当に適切な目標になっているのだろうか。つまり、数年後もしくは数十年後、必ず死亡すると伝えられた患者が、どのように病気を経験し自然史を送っていくのか、こういったナラティブな知見を踏まえて議論しなければ、タイトルにある「共に歩む」目標設定の実践には近づけないのではないかと考える。

進行性神経疾患患者のナラティブな視点として、Ploughman ら(2012)は 20 年以上経過している軽症の MS 患者を対象に、診断直後からの経過についてインタビューを行っている。その中で、病気を否定しながらも自己管理を基本とした経験的学習の繰り返しにより、不安の解消や症状管理の自信が付き、病気を自己の感覚に統合していったと語っていた。つまり、初期の段階では言語的説得やその場しのぎの治療よりも、患者の主体的行動を支援することが病気の容認にとって重要であり、自己管理を促進するような目標設定は有用となるかもしれない。一方、進行の早い疾患、もしくは症状が進行した段階では、異なる経験も語られている。King ら(2009)は、ALS 患者が症状をどのように対処するかについてインタビューを行った。その結果、患者は継続的な変化とその適応を主とした周期的な意思決定を行うと語りつつ、医療者から病気との付き合い方に関する指針がないことを批判していた。こういった課題に対して、近年では短期的な緩和ケア介入を治療に統合する試みが進められ、一定のエビデンスも報告されている。

これらの知見からわかることは、私達には患者の状況に合わせて自己管理と緩和ケアの視点を使い分ける、もしくは併用しながら目標を設定する知識と技術が必要になるのかもしれない。本シンポジウムでは、病気を経験といったナラティブな側面を紐解きながら、患者のより良い人生を支援するために理学療法士としてどのような目標を設定すればよいかについて考え、患者と「共に歩む」方法について議論したいと思う。

略歴

【経歴】

- 2009年 医療法人友誼会 西大和リハビリテーション病院(現在に至る)
- 2015年 畿央大学大学院健康科学研究科 修士課程 修了
- 2021年~ 日本地域理学療法学会 理事
- 2023年 畿央大学大学院健康科学研究科 博士後期課程 修了

進行性神経疾患における神経理学療法の展開

座長:岡田 洋平(畿央大学)



進行性神経疾患における神経理学療法の効果判定

茨城県立医療大学 保健医療学部理学療法学科 助教

宮田 一弘

理学療法の基本プロセスは、検査・測定→評価→予後予測・(診断)→介入→効果判定の流れである。このプロセスは常に循環しているものの効果判定はアウトカム(帰結・結果)によって、適切に実施されなければならない。

アウトカムはエンドポイントにもなるため死亡や再発などのイベント自体を指すこともあるが、理学療法の臨床では、一般的にアウトカムメジャーによって測定される。アウトカムメジャーは、アウトカムを評価する標準化される評価尺度のことで、特定の概念を反映する定量化された物差しである。脳卒中を例にすると、アウトカムには modified Rankin Scale や Stroke Impact Scale, アウトカムメジャーには Fugl-Meyer Assessment, Berg Balance Scale, 10m 快適歩行テストなどが該当する。また、近年は客観的なアウトカムメジャーのみでなく、患者の主観的な報告である患者報告式アウトカム(PRO: patient reported outcome)の重要性が謳われている。

効果に関しては、予防(prevention), 改善(improvement), 抑止(deterrence)が挙げられる。予防はイベント発生までの期間を遅らせること、改善は現状からのスコアの増加量、抑止はスコア減少量の抑制制度合である。脳卒中や骨折などの一過性の疾患であれば、最初は改善に重きが置かれ、その後は長期的に予防が重要となる。進行性神経疾患においては症状の進行速度によって改善が難しい場合もあるため、予防や抑止が重要であると考えられる。この点は、進行性神経疾患の特徴であると考えられることもできるが、健常者であっても加齢によりロバスト→プレフレイル→フレイルという経過は迫るため、広義では類似しているのかも知れない。

アウトカムメジャーの得点や変化得点の解釈にはいくつかの方法があり、カットオフ値、臨床的に意義のある最小変化量(MIC: minimal important change), 能力層(strata)などが用いられる。最近では、Smallest Worthwhile Effect (SWE)といわれる利益と害のトレードオフを考慮して開発された方法も提案されている。SWE は関心のある介入の利益、リスク、コストを考慮して患者にとって重要な変化を判断する方法である。MIC と一致している部分もあるが、SWE は対象の介入と代替案の両方を考慮している点で新しい。

本シンポジウムでは、効果検証の考え方について共有した上で、進行性疾患に対する理学療法の「効果」とは何かを議論する機会としたい。

略歴

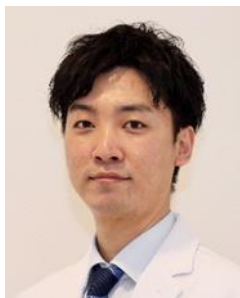
【経歴】

- 2009年 茨城県立医療大学保健医療学部 理学療法学科 卒業
日高リハビリテーション病院 入職
- 2011年 日高病院 入職
- 2014年 群馬大学大学院保健学研究科 博士前期課程 修了(保健学)
- 2017年 茨城県立医療大学保健医療学部 理学療法学科 助教(現在に至る)
- 2019年 群馬大学大学院保健学研究科 博士後期課程 修了(保健学)

シンポジウム 3 : 3月3日(日) 11:15 – 12:45

進行性神経疾患の生活支援とリハビリテーション

座長: 上出 直人(北里大学)



進行性神経疾患の生活支援とリハビリテーション: 作業療法士の立場から

福岡大学医学部 脳神経内科 助教

長城 晃一

作業療法士の立場より、パーキンソン病をはじめとする進行性神経疾患をもつ方の生活支援は個々の生活行為の文脈や意味合いを捉えることから始まる。例えば料理という生活行為一つをとっても、空腹を満たすためだけのものか、家族や誰かのために作るためなのか、あるいは料理そのものが好きであるのか、など主観的にもつ意味合いが個人によって異なる。

進行性神経疾患をもつ方の生活行為の特徴として、発症初期は比較的自立した生活を営む方も多く、家事や趣味活動、就労といった活動に従事している方も多く存在するが、病期の進行に伴い、自身でそのような活動が徐々に困難となってくる。作業療法の目的は、可能な限り本人が望む生活行為を円滑に遂行できるよう本人自身が生活上の困りごとに対処できるようサポートし、自身の生活環境に適応しながら、納得する生活を過ごしてもらうことに他ならない。これは、どのステージであっても重要視する視点である。本シンポジウムでは、パーキンソン病の作業療法の概要に触れながら、在宅訪問支援における課題、ならびに当事者・家族・多職種との協働について実践を提示し、今後の在宅場面における生活支援を再考する機会としたい。

略歴

【経歴】

2006年に作業療法士免許を取得後、身体障害・老年期領域で臨床に従事。前職の北九州市役所を経て、2021年より現職。2022年に博士(医学)の学位を取得。専門は、パーキンソン病における在宅医療支援、非運動症状モニタリング、情報通信技術を用いた支援など。



多職種で支える進行性神経疾患の意思決定-看護師の立場から

国立精神・神経医療研究センター病院 医療連携福祉相談部/看護部 看護師長

花井 亜紀子

進行性神経疾患の多くは難病であり、原因不明で根治が困難な疾患である。すなわち患者は、その病や障害と一生付き合いながら生活している「生活者」であり、神経難病の支援は、病気によって侵害された生活障害に対して、治療や対症療法とともに、QOLの維持・向上を目指すアプローチが必須となる。また神経難病の多くは、症状が進行性であり、慢性的な経過をたどる。その症状は多種多様であり、個人差も大きい。そんな病気と付き合いながら生活の中で、患者・家族はたびたび意思決定を強いられる場面に直面し、患者の苦悩や困難感は計り知れない。治療の選択のみならず、日常生活の再編に関わる生活様式や生活手段の選択、社会的役割の選択など様々で、時に生命に直結する医療的ケアの選択や療養の場の選択などにも至る。容易ではない意思決定の連続は、発症期から終末期まで続き、意思決定を支援することは、神経難病の支援でも大変重要なことといえる。筋萎縮性側索硬化症(ALS)診療ガイドラインでは、意思決定について「患者、家族や介護者と多職種の専門家が情報を共有しながら、意思決定までのプロセスを重視した協働意思決定(Shared decision making:SDM)を進める」ことを推奨している。SDMとは、医療・ケアチームが医学的情報を説明し、本人・家族はそれを受けて本人の生活や人生にとってどんな意味をもつのかを説明し、双方の情報を共有した上で、本人家族の最善の選択を共に考えていくプロセスである。このプロセスをたどる中で、様々な決定は医療中心ではなく、本人家族の価値観や人生観すなわち生活や人生のなかでなされるということ認識すべきである。SDMは医療・ケアチームで取り組むものであり、看護師は患者の生活場面に直接関わり、その時間も長いことからチームアプローチの中心的役割を担うことが求められる。また、患者の生活の大部分は在宅にあり、病院での生活はごく一部であることから、在宅支援者のサポートは欠かせない。病状の経過に伴いより重要となっていくものであり、在宅支援者を含めたチーム作りが意思決定支援の基礎固めといっても過言ではない。そしてチームの関係性こそが、患者家族の最善の選択を支える糸口であり、鍵となる。意思決定支援は、患者家族との関係性を深化させ、本人の意思が反映された生活や生き方の実現に向けて、多専門職種チームで日々最善を尽くすことが重要である。療養生活の専門家である看護師は、その中心でありたいと思っている。

略歴

【経歴】

2000年 国立精神・神経センター国府台病院附属看護学校 卒業
2000年 国立精神・神経センター国府台病院 入職
2009年 辻仲病院柏の葉 入職
2013年 国立精神・神経医療研究センター病院 入職
2015年 国立精神・神経医療研究センター病院 入退院支援室 配属
2023年 同 入退院支援係長(看護師長) 現在に至る

【資格】

日本看護協会認定 緩和ケア認定看護師
日本難病看護学会認定 難病看護師
3部学会合同呼吸療法士
介護支援専門員

【所属学会】

日本緩和医療学会
日本難病看護学会 評議員、教育推進委員
日本難病医療ネットワーク学会 編集委員
日本在宅連合学会 評議員
日本神経治療学会



進行性神経疾患の遠隔リハビリテーション-理学療法士の立場から

国立精神・神経医療研究センター病院 身体リハビリテーション部

鈴木 一平

遠隔リハビリテーションとは、様々な情報機器、情報通信技術を用いて、リハビリテーション従事者と患者が物理的に離れている環境で、リハビリテーションを行う方法である。情報通信技術の発展とインターネット環境の整備、通信機器の普及は、遠隔医療の普及の支えとなり診療の形態に変化をもたらしてきた。

ヨーロッパや北米、オセアニアでは、遠隔リハビリテーション(Telerehabilitation)の報告も徐々に増加しており、本邦では2020年の新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより、在宅ワークや医師によるオンライン診療や遠隔リハビリテーションも注目を集める事となった。

実際に、コロナ禍では身近な病院、在宅において対面でのリハビリテーションの提供が困難な状況が増えており、私自身も担当病棟でクラスターが発生し、入院患者に対面した介入が出来ない歯がゆさを経験した。この頃から、自費でオンラインリハビリテーションを提供する事業の話に耳にする機会が増えたように感じている。

2022年に、パーキンソン病患者に対する遠隔リハビリテーション研究会が発足し、遠隔でリハビリテーションを行う前段階として、パーキンソン病の標準的理学療法プログラムの作成する取り組みが始まった。内容は検討中であるが、患者本人のみで実施できる運動メニューと、担当する初学理学療法士が参考にして実施しやすいメニューを作成し纏めている。

遠隔リハビリテーションのメリットは、感染拡大のリスクを軽減し、地域によるリハビリ施設の不均質などの問題を解決する可能を秘めている事である。リハビリテーション従事者、患者の双方の時間や交通費の負担軽減は、今まで受診が困難であった患者にとって、リハビリテーション普及に繋がると考えられる。また、モニターを使用するトレーニングは、画面をフィードバックに使用し、録画した動画を記録として残すことも可能であり、リハビリテーション従事者に頼れない状況が、能動的に学習する意識を高める傾向もある。

一方で、非対面で使用する機器の操作に不慣れなため、導入に抵抗感を持つ患者もいる。運動処方のための、硬さや強さバランスなどの正確な評価が困難であり、体調に変動がある患者や転倒のリスクの高い患者に対して、高強度でチャレンジングな運動の処方は行い難いデメリットもある。

診療報酬の問題や簡便で安定した通信技術、我々リハビリテーション従事者の経験不足など課題の多い分野ではあるが、対面、遠隔それぞれの特徴を理解し、柔軟なアイデアを組み合わせることで、本シンポジウムのテーマでもある「Aging in place」を達成する一助になると考えている。

略歴

【経歴】

- 2004年 和風会 多摩リハビリテーション学院 理学療法学科 卒業
- 独立行政法人 国立病院機構 西新潟中央病院 リハビリテーション科 入職
- 2010年 独立行政法人 国立病院機構 村山医療センター リハビリテーション科 入職
- 2012年 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター病院 身体リハビリテーション部 入職(現在に至る)