

2. 鳥取県東部地域における 神経難病リハビリテーションの現状

澤田 誠（独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター）

宮川：続きまして「鳥取県東部地域における神経難病リハビリテーションの現状」ということで、国立病院機構鳥取医療センターの澤田誠先生、よろしくお願いします。

第4回神経難病リハビリテーション研究会
シンポジウム「地域における神経難病リハビリテーションの現状」

鳥取県東部地域における 神経難病リハビリテーションの現状

NHO鳥取医療センター
理学療法士
澤田 誠

澤田：よろしくお願いします。まず、このような機会をお与えいただきまして、小森先生、宮川先生、上出先生、誠にありがとうございます。

ここは米子市で鳥取の西部ですが、私は東部の鳥取医療センターという所で働いています。西部と東部では状況に少し違いがありますので、その辺も含めてお話できればと思います。

本日の内容

- ・鳥取県について
- ・NHO鳥取医療センターの紹介
- ・当院の取り組み
 - ・パーキンソン病患者のリハビリテーション
 - ・筋委縮性側索硬化症患者のリハビリテーション
- ・神経難病患者の在宅を支援する取り組み

本日の内容ですが、まずは鳥取県鳥取医療センターの紹介をさせていただいて、当院の取り組みを報告させていただきます。また、在宅の神経難病患者さんを支援する東部の取り組みも報告させていただければと思います。

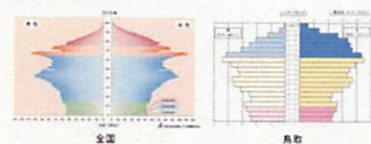


まず鳥取県のご紹介ですが、ご覧のように日本の西に位置します。鳥取砂丘や松葉ガニという自然の恵みがある所なのですが、鳥取県の特徴は人口が少ないというのが一番だと思います。人口ランキングで最も下で58万人。先ほど千葉県は高齢者が71万人ということだったのですが、鳥取県は人口が58万人です。イメージがつきにくいと思うので、鳥取県と世田谷区を比べてみますと、鳥取県の人口が58万人、世田谷区はこの面積で83万人という、このような差があるところです。人口密度が低いというのが特徴だと思います。

鳥取県の高齢化の現状

〈国税調査、人口推計による〉

- ・人口587,772人、65歳以上154,873人
- 鳥取県の高齢化率26.3%(全国15位)(全国の高齢化率22.7%)
- ・75歳以上は14.6%(全国11位)
- 山間部が高く、全国の10年先を進む



高齢化を見てみますと、人口が58万人に対して65歳以上が15万人、高齢化率は26.3%となっています。75歳以上に関しては14.6%と全国11位です。山間部はより高く、全国の10年先を進むといわれています。人口ピラミッドを見てみますと、鳥取県は少し上に押し上げられたような形となっています。

NHO鳥取医療センターのご紹介



神経難病棟 50床
 一般病棟(パーキンソン病)49床
 回復期リハ病棟 50床
 重症心身障がい児・者病棟 150床
 認知症治療病棟 50床
 精神科病棟 109床
 計 458床

【神経難病に関して】

国の重症難病患者入院施設確保事業における鳥取県難病医療連絡協議会の協力病院として登録され、神経難病患者さんの外来、入院診療を担っている。

次に鳥取医療センターのご紹介です。大きく精神科、小児科、神経内科の3つの柱を持っております。神経難病に関しては神経難病病棟50床、一般病棟の中でパーキンソンのリハビリテーション入院を行っています。神経難病に関しては鳥取県難病医療連絡協議会の協力病院として外来・入院診療を担っています。

リハビリテーション科(身体障害部門)



【人数】
 37名
 【主に関わる分野】
 ・回復期リハビリ
 ・重症心身障がい児者
 ・神経難病

リハビリテーション科に関しまして、37名が回復期、重症心身障がい児・者、神経難病という分野に関わっています。

神経難病チーム

鳥取医療センター リハビリテーション科では神経難病の患者さんに関わるリハビリテーションスタッフでチームを組んで取り組んでいる。



理学療法士 5名
 作業療法士 5名
 言語聴覚士 3名

最近チーム化が進んできていまして、PT 5名、OT 5名、ST 3名で神経難病の患者さんに関わっていますが、年々需要が増えてきています。

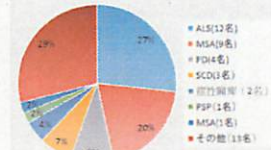
当院が関わっている神経難病疾患

総数(2010-2015)

疾患名	人数
PD	173名
SCD	37名
ALS	18名

※入院・外来者

神経難病病棟 患者内訳



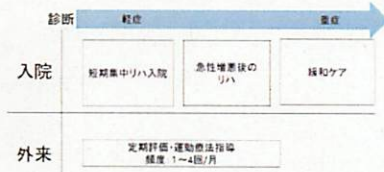
鳥取県 ALS患者数 59名

当院が関わっている神経難病の患者さんですが、2010年から2015年をまとめてみますと、パーキンソン病が最も多く173名、ALSは18名となっています。ただ、入院の患者さんを見てみますとALSの方が最も多く、27%、12名の方が入院されています。鳥取県全体だと59名ですので、4分の1ぐらいの方が当院に入院されていることになります。

パーキンソン病患者に対するリハビリテーション

続いてパーキンソン病に関するリハビリテーションです。

当院でのパーキンソン病リハビリテーション体制



当院の体制として、もともと療養所であったことから、緩和ケアが中心でした。それに加えて急性増悪後のリハを行っていました。しかし、徐々にできるだけ早期にやっ

った方がいいのではないかということになり、外来を強化しました。ただし、外来では頻度に限界があり、月に1~4回という頻度でやっていました。近年患者さんの要望もあって集中リハ入院を始めているところで

短期集中リハビリテーション入院

高取医療センター パーキンソン病
短期集中リハビリテーション入院のご案内

対象: 軽症患者
(歩行での日常生活が可能なレベル)
目的: 集中リハビリテーションによる能力改善
自宅継続可能な自主訓練の獲得

期間: 4週間
頻度: 5回(1時間2セット)/週

1日3時間を目標!

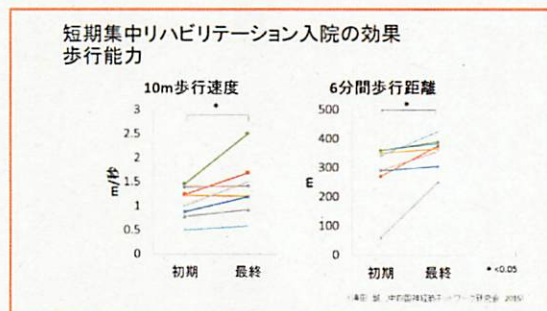
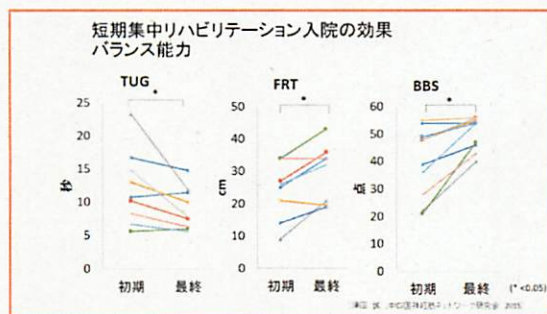
この入院では、軽症の患者さんを対象にしたいと思っています。1日3時間の運動を目標にしています。

短期集中リハビリテーション入院の効果

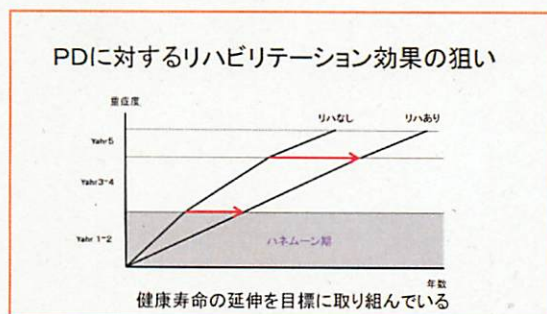
- ・ヤールⅢの患者に年1回4週間の入院集中的リハビリテーションを実施することにより症状の進行を予防し、抗パーキンソン病薬を減らす
(P. Saitoh, Li et al. Neurorehabilitation Research 2017)
- ・発症後早期の患者に年1回多職種による年1回4週間の入院集中的リハビリテーションを実施することにより運動機能、ADLが改善し抗パーキンソン病薬の内服量を維持できた。
(Hasegawa G et al. Neurorehabilitation Research 2015)

発症早期からの積極的な介入による予防的な効果が示されている。

近年、短期集中リハビリテーション入院の効果が示されてきています。発症後早期の患者さんに対して多職種で関わると運動機能が改善し、ADLも改善して、パーキンソン病の内服量を維持させるような効果が報告されています。当院もできるだけ発症早期から介入できるように体制を整えているところです。



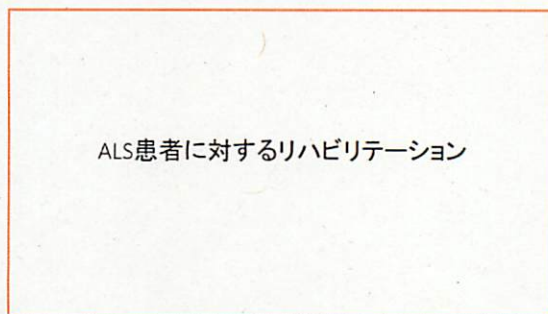
当院での短期データになります。バランス能力や歩行能力の改善を認めており、今後は長期効果を検討していきたいと思っています。



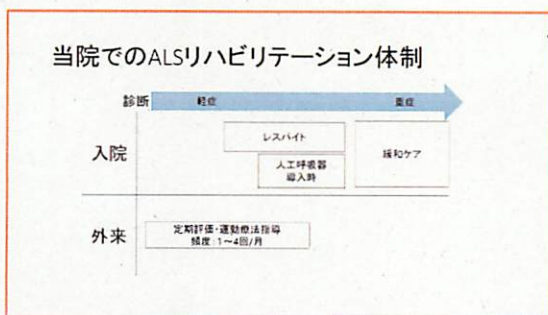
当院でのPDに対するリハビリテーションの狙いは、重症患者さんに良くなってもらうというのももちろんあるのですが、できるだけ早期から介入して健康寿命の延伸を目標に取り組んでいます。



今後の課題です。右側の地域包括ケアシステムの図にもあるように、病院が入院という役割だけでなく、家屋調査や活動範囲の評価などを行い、できるだけ地域に出ていけるようにしたいと思っています。活動・参加に対するアプローチを OT 中心に検討しています。

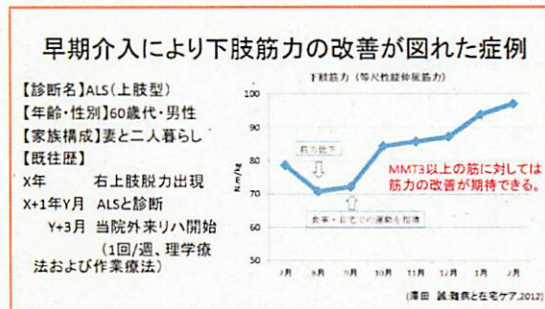


続いて ALS に対するリハビリテーションですが、当院はあまり ALS 患者さんの人数が多くなく、今回は症例を中心にご報告させていただきます。



当院の ALS におけるリハビリテーション対策ですが、やはり緩和ケアが中心に行われていました。それに加えてレスパイトや、人工呼吸器導入の際介入を行っていま

した。ただ、やはり早期からの介入を行いたいということで、外来で早期から介入させていただいています。



早期介入によって下肢筋力の改善が図れた症例です。上肢型の 60 歳の男性で、妻とお 2 人で暮らされていました。発症後 3 カ月で当院の外来リハを開始しています。夏ごろに下肢の筋力が少し落ちてしまい、進行したかと思ったのですが、よく話を聞いてみると、食事が取れていないことや、活動量が低下しており、食事療法と運動療法を指導しました。エンシュアを追加し、涼しい時間に運動してもらうようにすると、また筋力が徐々に改善していきました。MMT 3 以上の筋に対しては、やはり筋力の改善が期待できることを経験させていただきました。



このように早期からの介入をしたいと思っていたところに、この研究会を中心とした多施設共同研究に入れていただきました。当院はあまり数が多くなく、良い結果を出せなかったのですが、参加していただい

ていた患者さんからはすごく評判が良く、毎日必ずしていただいております。

発話によるコミュニケーション獲得の試み

【診断名】筋萎縮性側索硬化症(呼吸筋型)
 【性別】男性 【年齢】60歳代
 【現病歴】X-2年・労作時息切れ自覚。
 X年1月 呼吸困難感にて近医受診し、慢性呼吸不全の血液ガス所見 (SpO₂:80%, pCO₂:70台, pO₂:50) みられ入院。
 ALSと診断。2月 **気管切開**。人工呼吸器装着。4月当院転院。
 【主訴】喋れない
 【コミュニケーション手段】筆談

続いて発話によるコミュニケーションを獲得できた ALS の患者さんです。呼吸筋麻痺型の方で、動作時の息切れから発症し、呼吸不全で近医を受診し、気管切開となりました。最初は筆談でコミュニケーションを取られていました。

人工喉頭による発声

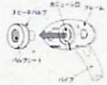


まずは人工喉頭を試し、(動画) おおよそ話せるようになりました。私たちはある程度満足されるかと思ったのですが、やはり言葉を短くして伝えなければいけないということで、もう少し何とかしてほしいという訴えがありました。

スピーチカニューレによる発声

スピーチバルブを用いた発声方法

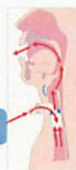
メラソフィットクリア



・TPPVに接続可能

・患者に合わせて穴のサイズ、位置を変更。

・人工呼吸器を離脱すると、十分な換気が得られず、**適応とならなかった。**



そこでスピーチカニューレを試したのですが、スピーチバルブのタイプでは換気が十分できず発話困難でした。そこでメラソフィットクリアという、人工呼吸器に接続できるタイプに変更しています。これは患者さんに合わせて穴のサイズや位置を変更することが出来ました。

発声方法の変遷

スピーチカニューレによる発声



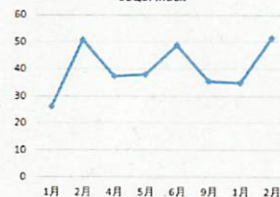
スピーチカニューレ+拡声器



それに変えたところ、(動画) このように話せるようになりました。ただ、また少しずつ進行しまして、声が小さくなりました。OT から拡声器の提案が有り、追加しました。(動画)

発声方法獲得によるSEQoI indexの推移

SEQoI index



・機能低下が進んでも代償手段の提案でQOLの改善を図ることが出来た。

このように発話によるコミュニケーション手段を獲得していきました。SEQoI にてQOL の評価を行っていました。コミュニケーションの変遷に伴って上がったたり、また不満が出てきて下がったりということで上下しましたが、最終的には初期より良い値を保つことが出来ました。

在宅における人工呼吸器装着ALS患者数

患者数42名（在宅24名 入院・施設18名）



鳥取県東部の
在宅TPPV装着患者
1名

（鳥取県立鳥取市立総合病院 鳥取県立鳥取市立総合病院 支援センター
平成26年度 調査報告より抜粋）

次に呼吸器装着後の在宅生活についてですが、ここからは東部の課題でもあると思います。鳥取県における在宅 TPPV 患者は7名になっていますが、東部に関しては1名しかおられません。

NPPV装着後の在宅復帰した症例

【診断名】ALS(上肢型)
【年齢・性別】60歳代・男性
【家族構成】妻と二人暮らし
【既往症】
X年 右上肢脱力出現
X+1年Y月 ALSと診断
Y+17月 NPPV導入目的で入院



この方はNPPVの装着後に在宅復帰をした症例です。NPPVが安定してリハも安定したところで在宅に帰るといった時に、訪問看護師さんがALS・NPPVに関わったことがないという状況でした。退院調整を開始して、まずは呼吸リハ、カフアシストを指導しました。訪問看護師さんが、かなり熱心で3回も当院に来ていただいて指導を行いました。

訪問看護師に対する指導

—カフアシスト操作・呼吸リハ(3回)—



ALSについて、呼吸リハ、カフアシスト、を指導させて頂きました。この施設がすごく熱心だったので、このようなスムーズな連携ができましたが、他の施設で同様というのは難しいと思います。

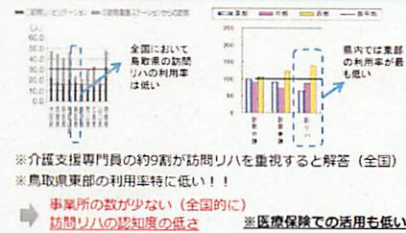
鳥取県の在宅支援サービス



・鳥取県東部は
在宅支援サービス
が少ない

鳥取県の在宅支援サービスについてです。東部と西部を比較し回復期は比較的变化らないのですが、訪問介護ステーション、診療所、訪問リハなどを見てみますと、西部の半分ぐらいの数となっています。

【訪問リハビリの現状・課題】



※介護支援専門員の約9割が訪問リハを重視すると解答（全国）
※鳥取県東部の利用率特に低い！！

事業所の数が少ない（全国的に）
訪問リハの認知度の低さ ※医療保険での活用も低い

（さとに訪問クリニック 安住慎太郎 先生よりご提供）

鳥取県は全国的に訪問リハの利用率が低いといわれています。さらに東部は県内で最も低いという値となっています。ケアマネージャーは使いたいのですが、地域性なかなか訪問リハを使っただけいけないと言っておられました。

神経難病患者の在宅を支援する取り組み

それ以外に、神経難病患者さんの在宅を支援する取り組みが東部でも行われています。

難病患者地域支援対策推進事業 ～訪問指導事業～

【概要】
要支援難病患者やその家族に対して、在宅療養に必要な医学的指導等を行うため、専門の医師、対象者の主治医、保健師、看護師、理学療法士等による訪問指導（診療）班を構成し、訪問指導（診療）事業を実施するものとする。

コミュニケーション支援(OT)



連絡入力装置の導入

環境調整(PT)



身体機能評価に基づくADL指導

これは県が主導で訪問指導事業というのが行われています。難病の患者さんが在宅で生活されていて、そこに専門的な知識を持つスタッフがいないというときに、県からの依頼で専門的な知識・技術をもつリハスタッフが行くということがあります。当院でもコミュニケーション支援としてOTが、環境調整としてPTが患者さんのお宅に訪問することがあります。

東部地域神経難病等在宅支援連絡会

【目的】

ALS等医療依存度の高い神経難病患者が、地域で安心して暮らせるよう、保健・医療・福祉サービスを提供する関係者の資質向上を図るとともに、連携をとりながら支援ネットワークをつくる。

【会場】NHO鳥取医療センター

【開催期日】

年4回、午後6時～7時30分

【参加範囲】

医療関係者（医師・看護師・MSW等）、訪問看護事業関係者、市町保健・福祉担当者、その他難病等在宅支援に関心のある者

また、3カ月に1回東部地域神経難病等在宅支援連絡会が当院を会場として開催されています。その参加範囲は医療関係だけで

なく、訪問看護事業関係者や市町村の行政職員や、それ以外にも関心のある方ということで、広く開いています。

鳥取県東部地域での研修会

在宅リハビリ・ケア研究会

NHO鳥取医療センター
リハビリテーション研修会

「第7回 在宅リハビリ・ケア研究会」



今回のテーマ
「地域とのつながりを考える
～社会・包摂の取り組みを拓こう～」

地域ケアスタッフと医療職との連携



神経難病リハビリテーションを地域へ公開

また、それ以外に研修会も実施しています。これも東部の課題だと思のですが、医療と行政とは比較的つながっていて、コミュニケーションを取る機会が多いのですが、介護・地域のスタッフとコミュニケーションを取ることがあまりできていません。そこで地域との連携を図る研究会が開催されています。また、当院でも年に1回、神経難病リハビリテーション研修会を地域へむけて開催しています。

まとめ

- 鳥取医療センターでは神経難病病棟を中心に東部地域の神経難病リハビリテーション医療を担っている。
 - 健康寿命の延伸や在宅生活の維持により注力していく。
- 【今後の課題】
- 医療と介護の連携強化がより重要になってくる
 - 症例を通じた連携・研究会等が必要



人口密度が低くても、人交密度の高い地域を目指して

まとめです。鳥取医療センターでは神経難病病棟を中心に東部地域の神経難病リハビリテーションを担っています。今後、健康寿命の延伸や在宅生活の維持に向けて更に注力していきたいと思っています。今後の課題ですが、先ほど申しましたように、医療と行政の連携は比較的できていると思います。ただし、今後医療と介護の連携がより重要になってくると思います。症例を通じた

連携だけではなくこの研究会のような形が地域でも必要ではないかと考えています。今後の目標ですが、神経難病のリハビリテーションでの連携において、人口密度は低い地域ですが、人が交わる人交密度の高い地域を目指していきたいと思っています。

これは当院の桜の下で終末期の方と庭に出て、最後みんなで花見をしたという写真です。これが、病院でできることもすごくいいと思います。ただ、患者さんが「自分の住んでいた地域でこういうことをしたい」といったときに、それを叶えられるような地域をつくっていければと思っています。以上です。ご清聴ありがとうございました。

宮川：澤田先生、どうもありがとうございました。それではフロアから何か質問はありますか。小森先生、どうぞ。

小森：発表をありがとうございます。医療と行政やつながりやすく、介護とつながりにくいと。その間に入れるのは保健師さんなのですが、保健師さんとはどのような関係をつくっていますか。

澤田：保健師さんは定期的に変わってしまいますのでその方毎に連携を取っています。ただ、その時々状況が違うので毎回同じように密に連携を取るの難しいのが現実です。

小森：ぜひそこは保健師さんを育てるということで、よろしくお願いします。

宮川：他にありませんでしょうか。よろしいですか。それでは、先生、鳥取県の東部地域で神経難病のリハビリテーションを頑張ってください。どうもありがとうございました。