

# 国際医療福祉大学医学部 5 年生 リハビリテーション医学科 臨床実習テキスト

Ver. 1.0 (2021/4/5)

## <目次>

1. はじめに
2. 回復期リハビリテーション病棟が目指すこと
3. 回復期リハビリテーション病棟の入院基準と退院時期
4. リハビリテーション科医師の役割
5. 脳卒中のリハビリテーション
6. リハビリテーション医療における問診
7. 全身状態評価
8. 運動機能評価
9. ADL・IADL 評価
10. 言語・認知・精神機能評価
11. リハビリテーション処方原則
12. 回復期リハビリテーション病棟におけるカンファレンス
13. 自動車運転再開のための評価と訓練
14. 嚥下訓練
15. 介護保険制度の概略
16. 身体障害者手帳

## 【1. はじめに】 <2021年4月1日 主任教授：角田亘>

リハビリテーション医学は、医師国家試験（および OSCE や CBT）では、ほとんど問われることのない医学分野である。医師国家試験合格というものは、もちろん医学生にとっては大きな目標/目的のひとつであるが、皆さんは、医師国家試験に受かるがためだけに本学に入学をしたのではない。世界一を目指す本学医学部に入学した皆さんには、本学でしか学べないことを沢山学んでいただきたい（言うまでもないことであるが、本学でしか学べないことは数多ある。医師国家試験に受かるだけでよければ、その辺にある三流や五流の医大に行けばよい）。本学でしか学べないことの一つが、「真」のリハビリテーション医学/医療である（将来的には、医師国家試験で問われないような知識と経験をどれくらい持っているかで、医師としての真の度量が決定されるのも事実である）。

リハビリテーション医学は、比較的新しい医学分野であるため、本邦の大学医学部の中で「まともなリハビリテーション医学の講義や実習」があるところは、いまだ少ない（20 大学程度と推測される）。一方で、本学は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などリハビリテーション専門職の教育ですでに確固たる実績と定評があり、リハビリテーション医療の分野では、本学卒業生が全国で一大勢力を築いている。さらには、いまやリハビリテーション医学/医療の重要性は間違いなく高まってきており、皆さんがいかなる診療科に進んだとしても、リハビリテーション医学/医療の知識なくして成功することはあり得ない。よって私は、本学医学生の皆さんには「本邦で（そして、おそらくは世界でも）最高レベルのリハビリテーション医学/医療の教育」を行っていきたいと思っている。そして、（他の診療科分野については言及しないが）皆さんには、「リハビリテーション医学/医療の知識と経験については、絶対に日本の他大学の医学生に負けないように（すなわち、日本で一番に）」なって欲しい（本学の成長の歴史を知る私には、そのように医学生の皆さんを教育する責務がある）。加えて本心では、皆さん（学年全員約 140 人）の中から、少なくとも 5 人くらいは（できれば 10 人くらいは）医学部卒業後にリハビリテーション医学の道に進む人が現れてほしいと思っているのも事実である（リハビリテーション科医師になりたい、もしくは“なることに多少の興味がある”人は、実習中に当科医師までお知らせをいただくと幸いである）。

リハビリテーション科医師は、「患者の身体症状、精神的苦痛、日常生活、社会的役割、生活環境、人間関係などを把握し、これら全てに対して多面的かつ専門的なアプローチを行う」ことが望まれる。つまりは、「ただ症状だけを診る」のではなく、「生活や人生を含めた患者の全て」に対峙していかねばならない。リハビリテーション医学/医療が目指すべきことは、単なる症状の回復だけではなく、「（症状の回復を含めた）患者の生活と人生の回復」なのである。

米国の作家である F. Scott Fitzgerald は「There are no second acts in American lives（アメリカ人の人生に第二幕はない）」と有名な言葉を残したが、リハビリテーション科医師は「A rehabilitation doctor can prepare a second act for disabled persons all over the world（世界中の障害をかかえた人々に対して、人生の第二幕を用意する）」である。医学界では、医療の AI（人工知能）化がこれから発展していくようであるが、「患者をひとり人間として捉える」ことが大原則であるリハビリテーション医学/医療は AI 化とは縁がない。リハビリテーション医療とは、「確固たる専門的医学知識」と“熱く優しいハート”とを持ち合わせた“人間”だけが行える医療なのである。リハビリテーション科医師は、個々の患者とじっくりと向き合い、時間をかけて丹念にその患者の新しい生活と人生を作り上げていく。

さらには、医療の専門化かつ細分化が進むに伴って、チーム医療の重要性が謳われるようになってきているが、リハビリテーション医療は「チーム医療の最たるもの」でもある。リハビリテーション医療においては、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、薬剤師、栄養士、義肢装具士、社会福祉士など非常に多職種の人たち（多くの medical professionals かつ specialists）が、医師を中心として包括的なアプローチを繰り広げていく。リハビリテーション医療の現場をみることで、チーム医療の実際とこれら医療専門職の重要性についても、学んでいただきたいと思う（願わくば“多職種連携”を重んじる本学関連施設における医療専門職のレベルの高さにも、ぜひ気づいてほしい）。

市川病院リハビリテーション科での臨床実習期間中は、皆さんには、どうぞ全身でどっぷりとリハビリテーション医学/医療の世界に浸かっていただきたい。そして、遠い将来のいつの日か「国際医療福祉大学医学部でリハビリテーション医学/医療を学ぶことができた幸運」をあらためて皆さんに感じていただくことができれば、それは私の本望である。

## 【2. 回復期リハビリテーション病棟が目指すこと】

### ◆臨床実習における目標：回復期リハビリテーション病棟における治療ストラテジー（first strategy と second strategy）を理解する。

- 回復期リハビリテーション病棟に入院する患者は、間違いなくなんらかの障害を抱えており、それによって生活に支障をきたしている。そしてついには、QOL も障害されている。
- 回復期リハビリテーション病棟に入院する患者が、第一に目的とすることは「障害された機能（症状）の回復」である（いわゆる **first strategy**）。例えば「脳卒中後の片麻痺」「頭部外傷後の失語症」「大腿骨頸部骨折術後の下肢体幹の筋力低下」「廃用症候群患者の心肺持久力低下」などといった症状の回復が、まずは目指される。そして、症状の回復に伴って、生活と QOL も改善されることが望まれる。
- しかしながら、現状ではリハビリテーション医療は万全のものではなく、回復期リハビリテーション病棟で適切な訓練を行っても機能障害（症状）が残存することが珍しくはない。そのような場合は「機能障害（症状）が残存していても生活することができる」ことを目的としてリハビリテーション訓練を行うこととなる（**second strategy**）。機能障害が残存しても、生活や QOL の改善をあきらめてはならないのである。
- つまりは、入院中に、その経過（リハビリテーション訓練による機能障害の改善の程度）によって、リハビリテーション医療の目的が変わることになる（strategy が変わる）。別の言い方をすると、**回復期リハビリテーション病棟では、「症状を治すことで生活を治す」場合と、「症状が残っても、別の手段で生活を治す」場合がある。**
- とにかく、回復期リハビリテーション病棟入院患者においては、（first strategy であろうと、second strategy であろうと）**「生活を治す（生活できるようになる）こと」（および「QOL を高めること」）**が最終的な目標となる（逆に言うと、生活の改善に結びつかない機能回復は、あまり重要視されないこともある）。なお、ここでいう「生活」は、「日常生活（特に、日常生活動作＝ADL）」を指すことが多いが（「日常生活のみならず」社会生活）を指すこともある。
- 回復期リハビリテーション病棟入院患者においては、訓練においては ADL が遂行できるようになったものの、実生活ではそれを遂行できないことがある。これは「**できる ADL（能力としては ADL を遂行できる）**」と「**している ADL（実際には、ADL を遂行できていない）**」の解離である。回復期リハビリテーション病棟入院中においては（特に、その後半においては）「できる ADL」を「している ADL」にしていくことが重要となる（訓練成果を実生活に生かしていく）。

## 【3. 回復期リハビリテーション病棟の入院基準と退院時期】

### ◆臨床実習における目標：回復期リハビリテーション病棟にはどのような患者が入院してきて、どのようになれば退院するのかを理解する。

#### ① 入院基準

- 原則的に、回復期リハビリテーション病棟では、**「急性期治療を終えてすでに全身状態は安定しており、今後に長期的にリハビリテーション訓練を行うことで身体機能・ADL レベルの改善が期待できる患者」**を受け入れる。全身状態が安定しているということは、リハビリテーション訓練を十分に行える状態にあるものと解釈される。
- 実際には、回復期リハビリテーション病棟の患者の受け入れ基準は、各施設間で大きく異なっている。施設によっては、急性期治療が完全には終了していない時期に患者を受け入れることもある。
- 「リハビリテーション訓練を行うことで改善が期待できるか否か」を入院前に（患者を診察することなく）診療情報だけで判断することは容易ではないが、一般的に「発症後 2 週間以上が経過しているものの意識障害（JCS2～3 桁）が続いている脳卒中患者」「発症後 2 週間以上が経過しているものの全身状態が不安定なためもしくは片麻痺が重度のため車椅子に乗車できていない脳卒中患者」「急性期病院に入院後 3 週間以上にわたってベッド上臥床が続いており経口摂取が進んでいない低栄養患者」などの場合は機能予後が悪いと考えられている。

<回復期リハビリテーション病棟への入院基準（最低条件）>

- 意識障害がないかあっても軽度（JCS1 桁レベル）である。
- 酸素投与が不要であり、持続点滴の必要性がなくなっている。
- 車椅子への乗車（車椅子での移動）が可能である。**
- 炎症反応が沈静化している（持続した発熱がみられない、CRP がほぼ正常範囲内にある）。

## ② 退院時期

- ・原則的に、「入院下でのリハビリテーション訓練が必要ではなくなった時」が、回復期リハビリテーション病棟からの退院時期であると考えられる。具体的には、たとえば以下のごとくである。

### 1: ADLが自立した時

2: ゴールであったIADLが自立した時 (例: 公共交通機関をひとりで利用できるようになった。自分で料理をすることができるようになった)

### 3: リハビリテーション訓練を行っても症状/機能の改善が見られなくなった時(回復のプラトー状態になった時)

4: 全身状態の悪化などのために、リハビリテーション訓練を行うことができなくなった時

- ・本邦では、それぞれの疾患/病態に応じて、回復期リハビリテーション病棟に入院できる期間の上限が定められている。ただし、多くの場合では、この上限日数にいたる前に、入院下でのリハビリテーション訓練が事実上必要ではなくなる。
- ・実績指数という制度の導入によって、機能回復の可能性が小さい患者を不用意に長期的に回復期リハビリテーション病棟に入院させておくことは以前にも増して望まれなくなった。

## <ポイント>

- ・以前に比して、発症後/受傷後/手術後のより早い時期に、患者が回復期リハビリテーション病棟に転院してくるようになっている。結果的に、以前と比して、より重症度が高い時期に(いまだ回復が進んでいない時期に)転院してくることとなっている。
- ・回復期リハビリテーション病棟は、(ある程度は)患者を選ぶことができる病棟(患者を受け入れるか否かを、前もって慎重に決定することができる病棟)と考えられる。しかしながら、地域医療のニーズなどを考慮して、必要以上に患者受け入れを断るべきではない。
- ・リハビリテーション訓練による機能回復が持続している場合には、むやみに早期に退院させないほうがよい(さらなる回復の可能性が残されているようであれば、入院を継続するのがよい)。
- ・設定したリハビリテーションゴールのレベルと、実際にプラトーとなった機能レベルは、一致しないこともある(つまり、設定したゴールレベル以上に回復する場合もあれば、ゴールレベルまで届くことなく回復が止まってしまう場合もある)。退院時期は、(設定されたゴールレベルへの到達よりも)プラトーへの到達に基づいて決定したほうがよい。
- ・ADLは自立したものの、なんらかの症状(例: 脳卒中後の上肢麻痺、脳卒中後の失語症、大腿骨頸部骨折後の歩行不安定)が残っている場合は、外来リハビリテーションを継続するとよい。

## 【4: リハビリテーション科医師の役割】

### ◆臨床実習における目標: リハビリテーション科医師の役割を理解する。

- ・回復期リハビリテーション病棟のチーム医療においては、リハビリテーション科医師は「チームのリーダー」としての働きが期待される。
- ・リハビリテーション科医師は、入院患者の「主治医」となるため、入院患者に対して行われる治療、リハビリテーション訓練、看護ケア、食事提供など全てについて「責任を負う」こととなる。
- ・リハビリテーション科医師には、「チームのリーダー」として、チームを構成する各医療スタッフの意見・判断・考えを最大限に重んじたうえで、それをひとつにまとめることが求められる。

## <リハビリテーション科医師が実際にやるべきこと>

- ① 入院患者の主治医として、入院時に問診・診察を行う。その結果に基づいて入院中の治療方針を決定して、それを患者とその家族に説明する。
- ② リハビリテーション処方を行う (リハビリテーション科療法士に、入院中の治療方針を示したうえで、リハビリテーション訓練についての指示をする)。
- ③ 定期的な症例カンファレンスにおいて、各医療スタッフの意見をまとめて、治療方針の決定および修正を行う。
- ④ 患者の全身状態を管理する (定期的な画像検査や血液検査の確認、内服薬の処方や変更、食事内容の決定、合併症発症時の処置などを行う。安全にリハビリテーション訓練が行えるようにする)。

- ⑤ 必要があれば、他診療科の医師にコンサルトを行う。
- ⑥ 定期的に患者およびその家人に、その時点での病状（機能回復の程度）とその後のリハビリテーション訓練の方針を説明する。
- ⑦ 退院の時期と退院先を決定する（介護力や生活環境をふまえて、自宅退院できるのか否かを判断する。自宅退院できない場合は、いかなる施設/病院に入るべきかを決定する）。
- ⑧ 自宅退院をする場合は、退院後の生活について助言・提案を行う（介護保険サービスを如何に利用すべきかを考える）。
- ⑨ 患者もしくは家人の心理状態を把握して、それに対する精神的サポートを行う。
- ⑩ 他の医療スタッフの診療内容について助言を行う。

#### <ポイント>

- ・原則的に、リハビリテーション科医師は、毎日患者を診察するべきである（特に、リハビリテーションを行う日には、それに先立って回診することが望ましい）。
- ・医療スタッフと患者（もしくはその家人）との間にトラブルが生じた場合には、リハビリテーション科医師が中心となって解決を目指す。
- ・リハビリテーション科医師の意見は、決して「絶対的なもの」ではない。リハビリテーション科医師は「チームをまとめるリーダー」という役割をもつが、「医療の独裁者」であってはならない。

## 【5. 脳卒中のリハビリテーション】

### ◆臨床実習における目標：リハビリテーションを含めた脳卒中診療の概略を理解する。

#### (1) 脳卒中の概略

- ・本邦では、毎年約 29 万人が脳卒中を新たに発症しており、脳卒中を抱える患者数は 50 万人以上と推定されている。
- ・脳卒中は寝たきりとなる最大の原因疾患である（寝たきり患者の約 1/3 は、脳卒中を原因とする）。
- ・脳卒中は、**脳梗塞**、**脳出血**、**クモ膜下出血**に大別される。本邦では、脳卒中全体の約 3/4 を脳梗塞が占める。
- ・脳梗塞は、その発症機序から**アテローム血栓性脳梗塞**（内頸動脈、中大脳動脈、脳底動脈などの脳主幹動脈の動脈硬化性の閉塞もしくは高度狭窄による）、**ラクナ梗塞**（微小な脳動脈である穿通枝の動脈硬化性の閉塞による）、**心原性脳塞栓症**（心腔内で形成された血栓が脳内に至り、脳動脈を閉塞することによる）の 3 型に分類される。心原性脳塞栓症の原因としては、非弁膜症性心房細動が最多を占める。
- ・脳出血は、高血圧や糖尿病からの脳動脈硬化によって脳深部の動脈が破裂することで発症する。被殻、視床、小脳、脳幹などに好発する。脳動静脈奇形などの血管奇形、アミロイドアンギオパチーなどを原因として発症することもある。
- ・クモ膜下出血の 80%以上は、脳動脈瘤（中大脳動脈分岐部、前交通動脈、内頸動脈からの後大脳動脈分岐部などに好発する）の破裂によって発症するが、もやもや病などの血管奇形を原因として発症することもある。
- ・脳卒中が「嫌な病気」である理由は、①前兆がなく発症することが多い、②予防ができないことがある（高血圧、糖尿病、心臓病、喫煙などの危険因子がない人に発症することもある）、③ひとたび発症すると長期的な入院生活が必要となる、④適切なリハビリテーション訓練を施行されてもなんらかの症状が残ることが珍しくない、⑤脳卒中の発症によって生活が一変してしまう（患者家族の生活も変わる、経済的な負担も生じる）などである。

#### (2) 脳卒中の症状と診断

- ・脳卒中の症状は、病巣部位とその大きさによって、大きく異なったものとなる。

##### ① 片麻痺

- ・一次運動野（Brodmann 4 野）から起始する**錐体路（上位運動ニューロン。たとえば、放線冠、内包、中脳の大脳脚、橋底部を通る）が障害されると、片麻痺が生じる**。延髄上方以上で錐体路が障害されると、その対側に片麻痺が生じるが、延髄下方でそれが障害されると（錐体交叉した後で障害されると）同側に片麻痺が生じる。
- ・脳卒中後の片麻痺は、下肢麻痺よりも上肢麻痺がより顕著に出現する（より重症になる）ことが多い。
- ・一次運動野の一部のみが障害された場合や微小な病巣の場合は、上肢麻痺だけが、もしくは下肢麻痺だけが出現することもある。