

報 告

リハビリテーション医学会

横浜市立脳血管医療センター リハビリテーション部 長谷川 拓

1. はじめに

第48回日本リハビリテーション医学会学術集会は、2011年11月2日(水)・3日(木・祝日)、幕張メッセ(千葉県美浜区)を会場に、国立障害者リハビリテーションセンターの赤井正美先生を会長として開催された。今学会は東日本大震災を受け、当初予定されていた6月初めの開催を延期して、評議員会・総会を分離した上、学術集会のみ会期を2日間に短縮して開催された。主なプログラムは、会長講演、特別講演、海外からの招待講演、教育講演、シンポジウム、リハ医学会50周年特別企画、パネルディスカッション、ワークショップ、共催セミナー(モーニングセミナー・ランチョンセミナー)、機器展示会であり、一般演題は661(口演381、ポスター280)演題であった。尚、来年、2013年は学会設立50周年を迎える年にあたる。

2. 「impairmentに切り込むリハを目指して」

近年の再生医学、脳科学などリハビリテーションに関連する医学領域の目覚ましい発展は、中枢神経系での可塑性に注目してリハビリテーション訓練と結びつけることで、新たな可能性を示すようになった。従来からリハビリテーション医学では中枢神経系疾患がその介入対象の多くを占めており、組織回復がほとんど期待できないため、もっぱら機能変換や代償手段を多用する傾向があったことは否めない。しかし、患者は機能障害そのものへの対応を強く求めているのも事実である。今学会のメインテーマの「impairmentに切り込むリハを目指して」は、まさにリハビリテーションが機能障害に対して、積極的か

つ直接的に介入していくという一つの方向性を示しているように感じられた。

3. 主な内容

ここでは拝聴した講演を中心に、その内容の一部を紹介させていただく。

1) ボツリヌス療法

日本では2010年10月に脳卒中後の上肢痙縮、下肢痙縮に対するBTX-Aの保険での投与が承認された。適切なリハと併用し、反復投与することで効果が出ると言われている。しかし、BTX-Aによる上肢の能動的運動機能の改善は事実上まだ報告がされていない。

2) 反復性経頭蓋磁気刺激(rTMS: repetitive transcranial magnetic stimulation)

最近、TVなどのメディアでも取り上げられた治療法の一つである。低頻度(1Hz以下)と高頻度(5Hz以上)があり、局所神経活動抑制作用を持つ低頻度rTMSを適用した場合、刺激側大腦から非刺激側大腦にいたる半球間抑制が減少し、ついには非刺激側大腦の神経活動が(抑制から開放されることで)促進されると報告されている。治療として用いる場合は、障害された機能を代償する部位の対側に低頻度rTMSを適用されることが望ましい。

また、エビデンス構築といった面ではまだ課題が残るが、メタ可塑性(ある刺激に対する反応性が、先行刺激を与えることによって増強・減弱するというもの)の概念に基づいた新たな刺激法(6Hzのpriming刺激を先行させた低頻度rTMS)の適用や、脳の可塑性を高める薬剤(レボドパなど)の併用、またボツリヌス療法をpre-conditioningとして用い、その効果が最大となる4-8週にrTMSを用いるといった、rTMSを中核とした治療的アプローチの有益効果

横浜市立脳血管医療センター

〒235-0012 神奈川県横浜市磯子区滝頭1-2-1

をさらに向上させる可能性が示唆されている。

3) BMI (Brain-Machine Interface)、BCI (Brain-Computer Interface)

脳からの信号を計測し、それを利用して機器操作を行い生活環境の制御、コミュニケーションの補助、運動の補助を行おうとする新技術である。この技術に拡張現実 (Augment Reality: AR) を統合させることで、代理ロボットを介してのリモート環境を制御できるようになり、将来的には脳からの信号で操作できるインテリジェントハウスの開発も可能と言われている。また、運動補助への利用も試みられており、BMI 型上肢アシストスーツといった、脳からの信号で作業療法様の他動運動を行わせるなど、BMI 技術が障害者の活動領域拡張や自立支援につながると言われている。

4) がんのリハビリテーション

がんは日本人の死亡原因の第 1 位であり、がん生存者は 2015 年には 533 万人に達すると予測されている (2015 年問題)。しかし、治癒を目指した治療から QOL を重視したケアまで切れ目のない支援をするといった点で、日本のがん医療は未だ不十分である。がんセンターなど高度がん専門医療機関ではリハビリテーション科医が常勤している施設はほとんどなく、療法士もわずかである。2010 年度の診療報酬改定で、がん患者リハビリテーション料が新規で算定可能となり、治療後を見越して障害発生前からリハビリ介入を行うことができるようになった。また、がんのリハビリテーションガイドラインも作成中である。今後は ADL のみならず QOL の改善を目指したがんのリハビリ普及、リハビリスタッフ間の連携や一般市民への啓発活動、リンパ浮腫のケアや喉頭摘出後の代用音声訓練、緩和ケア病棟におけるリハビリなどが課題であり、がん専門医療機関だけでなく急性期病院や地域医療においても、がん予防から末期まで様々な病期のリハビリテーションへの対策も急務である。

5) 最新リウマチ (RA) 治療

1999 年に本邦に導入された MTX や 2004 年以後の生物学的製剤により、RA の早期における関節破壊

の進行阻止が可能となってきたことから、早期診断、早期抗リウマチ薬の使用が推奨される治療体系ができあがった。それに伴ってリハビリテーションアプローチも初期の、障害が可逆的な時期の早期リハの重要性や関節保護、患者教育などがクローズアップされている。

今後の方向性として、薬物療法と手術療法について非手術療法としてのリハの介入が求められる中で、内科、整形外科、リハ科の協働が重要であること。また、炎症や変形残存関節に対し、関節障害に応じたリハ介入が必要であること。院内のチーム医療の構築から一歩進んだ、院外での多職種間の連携や施設間の連携がさらに拡大される必要であること。RA リハ目標が抗炎症による除痛から、就労や社会参加へシフトされ、新たな過運動、過負荷による障害に対し、関節保護や持久力維持のための水中運動、有酸素運動が推奨され、RA に合併した生活習慣病に対しても地域リハに付随した社会啓発活動が推進されること、などが挙げられる。

4. 最後に

今回初めてリハビリテーション医学会に参加させていただいた。筆者は作業療法士として主に中枢神経系疾患の急性期から回復期を対象とした病院に勤務し、リハビリテーション科医と仕事を共にしている。今学会では教育講演やシンポジウム、パネルディスカッションなどを中心に拝聴したが、リハビリテーション科以外の医師や、各分野の専門家からの話を多く聞くことができたことから、改めてリハビリテーションの対象範囲の広さを認識した。また、その医学としての専門性や今後の可能性について考えさせられた。と同時に、医師同士が熱くディスカッションする姿や講演・発表に聞き入る姿に、リハビリテーションに従事する者として共通の念を感じることでできた良い機会となった。学会を通して、現在のリハビリテーションで今、何が話題になっているか、また日本のみならず世界のリハビリテーションの流れや取り巻く環境がどうなっているかを感じることができるまたとない機会となった。リハビリテーション科医と仕事を共にするコ・メディカルであれば、一度は参加する価値のある学会であると感じた。