



医療連携

榛名荘病院
Harunaso Hospital

日本医療機能評価機構認定病院
日本医療機能評価機構リハビリテーション機能認定施設

だより

発行：榛名荘病院医療連携室
〒370-3347 群馬県高崎市中室田町5989
<http://www1.newweb.ne.jp/wa/haruna/>

榛名荘病院の基本理念

- 一、生命を尊重し、安全で良質な医療を提供します。
- 一、患者さまの意志と権利を尊重します。
- 一、医療技術向上のため、研鑽に努めます。
- 一、地域の医療、福祉のために寄与します。

県内初！ 関東では4番目 日本医療機能評価機構認定 「付加機能(リハビリテーション機能)」認定を受けました



榛名荘病院は2006年10月16日付で付加機能(リハビリテーション機能)認定を受けました。今回のリハビリテーション機能認定は、群馬県内の病院では初めて、関東では4番目の認定となります。

付加機能認定は、日本医療機能評価機構認定病院が付加機能として「救急医療機能」「リハビリテーション機能」「緩和ケア機能」の認定を受けることができます。

認定を受けたことで一層、リハビリテーションの質の向上、院内の連携が達成されています。

2006 年間手術見学者数

茨城県	3名	福島県	2名	北海道	1名
秋田県	1名	栃木県	1名	東京都	1名
千葉県	1名	富山県	1名	島根県	1名
鹿児島県	1名	USA	1名	順不同	

上記数字は、他県から手術見学を希望して訪れる脊椎脊髄外科医の人数です。センター開設以来、総数35名、昨年は14名見学に来られました。

頭蓋頸椎移行部、上位頸椎部手術、脊柱変形矯正手術を中心に様々な手術を見学していただき、おおむね好評を得ています。

見学される医師達の大部分は、日頃の学会活動などを通して当センターでの診療に興味を持ったとのこと。当センターの診療が他県の医師からも高く評価されていることの現われと受け止めています。

私たちにとりましても見学者が訪れてくださることで、他県との医師と交流が深まり情報交換のよい機会となっています。

今後も対外的な情報発信の一環として積極的に見学希望者を受け入れていきたいと考えております。



吾妻郡教育委員会のご要望を受け側弯症(背骨変形)研修会を開催



研修会演終了後も熱心な質問が寄せられた

2006年10月5日、榛名荘病院中央病棟4階ホールで清水敬親センター長が「側弯症診療の現況報告(県内の実態)」、柴山永江看護師長が「自己血輸血の実際」と題して側弯症治療の最前線を話しました。

研修会は、吾妻郡教育委員会からのご要望を受けて開催。当日は養護教諭を中心とする30人が来院されました。側弯症は放置すると背骨の曲がりが増進することから早期発見が重要であり、そのためには学校医をはじめ専門以外の医療機関、さらに行政との連携が必要不可欠であることを訴えました。

講演終了後の質疑応答では背骨の曲がりを見出すポイント等、熱心な質問が寄せられました。



Annual Meeting of 41st Scoliosis Research Society

September 13-16, 2006 Monterey, California, USA

第41回国際側弯症学会

2006年9月13日～16日、アメリカ・カリフォルニア州・モンレーで「第41回国際側弯症学会」が開催されました。今学会で清水敬親センター長(群馬脊椎脊髄病センター)は多数の脊柱変形治療経験の中でも特に治療が困難とされる"重度頸椎後弯変形の治療"について発表し注目を集めました。



学会開会



Dr.Jeffery Coe (今学会のlocal host)



Welcome Receptionでの清水センター長



日本を代表する側弯症治療のドクターたちと歓談

清水センター長 学会報告内容について

本学会は脊椎関連で国際的に最も権威ある学会であり、脊柱変形(背骨の異常な曲がり)の原因究明と治療に関して世界中の専門家が一堂に会して議論を行う場です。毎年講演発表の採用率は10%程度と大変厳しく、今回日本から「唯一採用された演題」なので責任と緊張の中での発表となりました。

演題は"Correction Surgeries for Severe Kyphotic Deformities with Myelopathy due to Various Etiologies"「様々な原因により生じた脊髄障害を伴う重度頸椎後彎の矯正手術」で、背骨の変形の中でも特に治療が難しい頸椎(首)の後弯治療について、センター長を筆頭に当センターで開発を進めてきた「頭蓋-頸椎-体幹固定装置」と「RRS Loop Spine System」を用いての術式と結果を報告しました。

まだアメリカではできない手術であり、脊柱変形分野でも日本発のアイデアが通用するという実感を得ることができました。



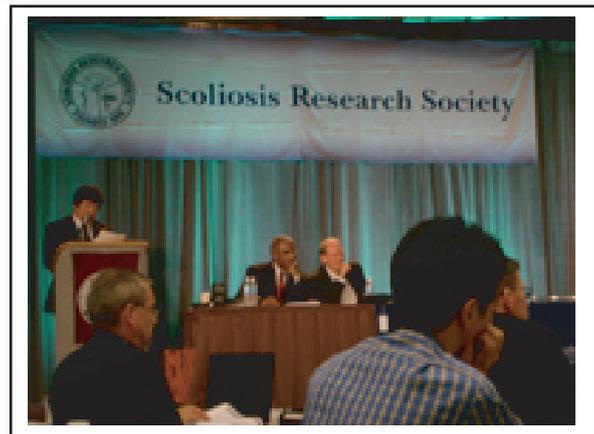
学会会場となった
モンレーカンファレンスセンター



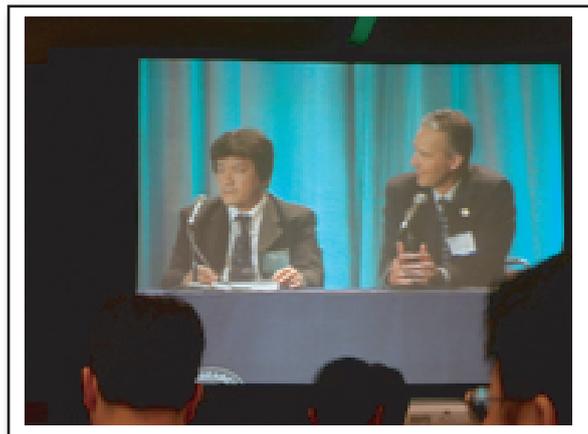
モンレー湾にはグランドキャニオンとほぼ同じ大きさの海溝がある



学会開催中はモンレー
JAZZ festivalも開催中であった



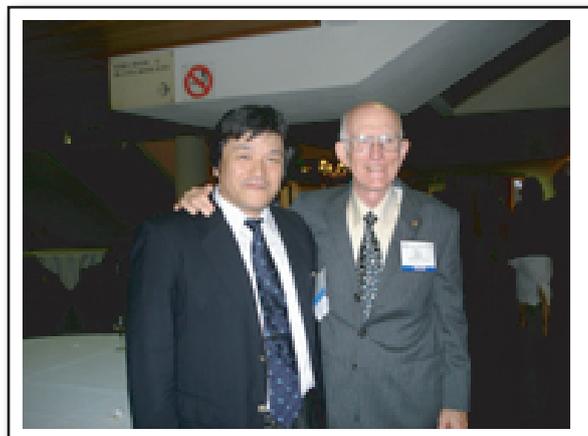
今学会で日本から講演に採用されたのは
清水センター長のみでした



発表後のパネルディスカッション
隣りは側弯症学会でアメリカを代表するDr Newton



学会終了後、次々と各国のドクターから質問責めにあう



清水センター長の側弯症治療に多大な影響を与えた
カンザス大学Asher名誉教授 (Isola開発者) に最高の
賛辞をいただきました



日本から参加した側弯症専門医たち
(日本の側弯症治療を支える先生方)



Dr. Newtonと清水センター長



『医療連携だより』第9号（平成18年4月発行）からシリーズで連載している「認知症への取り組み」は、平成10年よりはるな脳外科で取り組んでいる認知症に対する取り組みをご紹介します。当院では認知症に対する取り組みを薬物治療・リハビリ（ST）の両面で行っており、昨年は . 認知症の診断、 . 認知症の治療・リハビリ（薬物治療）までをご紹介します。今号では . 認知症の治療・リハビリ（神経心理治療、理学療法的アプローチ）をご紹介します。

. 認知症の治療・リハビリ

リハビリテーション「認知治療」

神経心理 医学博士 福島和子

認知症の認知障害

近年、これまで「痴呆」という言葉で説明されてきた症状を「認知症」と呼びかえるようになってきた。この目的は1つには痴呆という言葉に含まれる差別的意味を排除しようとするものである。一方では、痴呆というあいまいな症状が脳の認知機能障害として認識されてきたことの表われでもある。

はるな脳外科ではこのことを踏まえ、平成10年より、物忘れを訴えて外来受診した患者さんと脳血管障害で入院された患者さんの認知状態を診断し、その認知機能を改善するための認知リハビリ(認知治療)を行ってきた。

前号で述べたように認知症は「脳血管性痴呆」と「アルツハイマー病などの変性症による痴呆」に大別される。これらは発症の仕方と経過が異なるが、認知障害という観点では共通している。どちらも記憶障害(物忘れ)が主な症状である。そして過去の記憶が思い出せない、日常の行動が出来なくなるなどの症状がある。これらの症状は脳の働き、つまり、認知機能が障害されたために起こる。この認知機能を改善させ、日常生活を向上させること、これが認知リハビリの目的である。

認知リハビリ（福島式認知治療）の方法

まず認知レベル検査によって認知症の患者さんの認知状態を診断する。そのレベルによって認知治療プログラムの課題を決定する。

プログラムはレベルに従って、視覚認知課題・聴覚言語認知課題・作業記憶 記銘 課題があり、下位レベルから順次施行していく。各課題はおののおの下位課題があり、それらが達成されると次のレベルの

課題に進む。

この課題は1日に3回（最低でも2回）施行する。

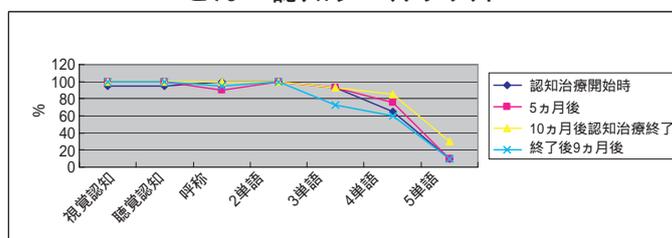
症例1 アルツハイマー病（Aさん）の経過と結果

72歳 女性 診断名：アルツハイマー病
経過：平成11年、物忘れを訴えて外来受診し、軽度アルツハイマー病と診断され経過観察を行った。平成16年MMSE18点、長谷川式痴呆検査（HDS-R）13点と認知症の程度が中等度になったので認知治療を開始した。平成16年5月から平成17年9月まで認知治療を行った。

認知レベルテストの図で見るとおり、認知治療開始5ヶ月後、10ヵ月後とテストの結果は上昇したので認知治療を終了した。この時点でのMMSEは16点、HDS-R16点であった。

認知治療を終了した後はデイサービスを週に2日受けていた。9ヶ月経って認知レベルテストを施行したところ、記憶力が低下してきていることがわかった。またHDS-Rも10点と今までで最も低い点数を示した。これは認知治療によってどうやら保たれていた記憶力が、認知治療終了により低下したと考えられた。

Aさん 認知レベルテスト



症例2 脳血管性認知症（Bさん）の経過と結果

75歳 女性 診断名:脳梗塞

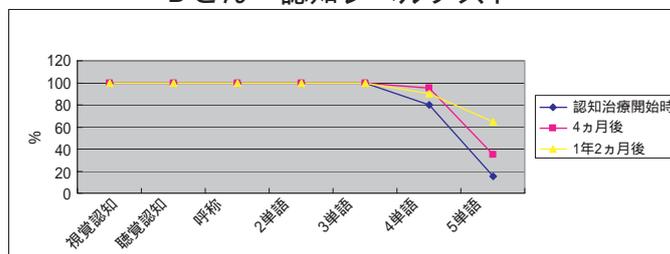
経過: Bさんは脳梗塞を起こして入院したが手足の麻痺もなく言葉にも障害は出なかった。しかし家に帰って生活しようとしたとき、今までしていた趣味や習い事を全くしたいと思わなくなっていた。友達とも会うのが億劫で物事も忘れやすくなっていた。MMSEは20点、HDS-R15点で軽度認知症と診断され認知治療を開始した。

1年2ヶ月の認知治療の結果、4単語、5単語の記録が飛躍的に向上した。これは例えば買い物などに行く時、4つから5つの品物を覚えていて買い物できるということを意味する。またMMSEが24点に、HDS-Rが24点に上昇しこの時点で認知症ではないと診断された。

Bさんは今までできなかった日常生活のすべてができるようになり、趣味も習い事も再開して楽しく生活している。

AさんBさんの例のように、認知治療の効果はその認知症の種類によって異なる。脳血管性の認知症の場合は症状の改善にかなりの効果がある。アルツハイマー病などの進行性の認知症に対してはその症状の進行を少しでも遅らせることができ、このことは家族や介護の問題において大いに助けになると思われる。

Bさん 認知レベルテスト



認知症、脳梗塞による左片麻痺患者に対する認知運動療法的アプローチ

リハビリテーション科 池田 達哉

はじめに

今回運動麻痺は軽度であったが、認知症により動作、ADLに介助を要した症例に対し、一般的な理学療法とともに認知レベルに合わせた対応や環境設定等の工夫を行い、改善がみられたので紹介する。

症例: 83歳 女性 診断名:急性硬膜下血腫、脳梗塞、認知症。障害名は左片麻痺。合併症として糖尿病、高血圧。病前生活は日常生活自立、家事もしていた。長男夫婦と同居し、key personは嫁。注意力が散漫で転倒を繰り返していた様子。

初期評価

軽度の左片麻痺が認められ、起居動作軽介助。座位、立位はつかまれば可能であったがバランスは不良。移乗動作はブレーキ、フットレストの操作、立ち上がり、方向転換、着座に介助が必要。歩行は平行棒内にて軽介助。耐久性は1往復。日常生活動作は食事以外全介助。全体的に注意が転動し、特に左側へ注意が向きにくい。動作の途中でキョロキョロする

場面が目立つ。右耳高度難聴。左耳は大きめな声は聞こえる。言語聴覚士からの情報として認知レベルテストは視覚、聴覚認知、呼称で低下。記銘課題は遂行困難。MMSE、HDS-Rは指示が入らず実施不可能。

問題点

身体機能面	認知機能面
左片麻痺	視覚刺激で注意が転導しやすい
起居動作介助	集中の持続性低下
移乗動作介助	聴覚認知の低下
立位、歩行能力低下	記銘力低下
ADL介助	

認知機能障害の具体例

目に入ったもの、動いたものに注意が引き付けら

れてしまう、治療中に疲れたと言って帰ってしまう、課題の後半になると反応が鈍くなる、同じ内容でも理解できる時とできない時がある、課題の内容が覚えられない、車椅子の操作が覚えられない。

治療プログラムと対処法

運動療法として、筋力増強運動、起居動作練習、座位・立位バランス練習、歩行練習を行った。

認知的アプローチ

- 集中の持続性低下
訓練治療時間を短くし、回数を増やした。また人の少ない時間帯で集中しやすい環境とした。
- 記銘力低下
与える指示は簡潔に繰り返し同じ指示を与えるようにした。
- 視覚刺激で注意が転導しやすい
歩行練習中は特にキョロキョロして止まってしまう、行き先を変えてしまうことが多いため、目的地を設定してから行った。

経過及び退院時の評価

約1ヶ月の退院時には、起居動作は自立。歩行は独歩で200m程度可能になったが、それ以上の距離になると膝折れや、つまずくことがあり、その危険認識に欠けるところがあり監視はまだ外せない状態であった。ADLは声かけが必要であったが、直接的な介助は減少した。キョロキョロすることが減り、課題にしっかり注意が向けられるようになった。状況判断も可能。言葉を聴き取ろうという態度がみられるようになり、聴覚認知の改善に伴い指示が入りやすくなった。

まとめ

視覚、聴覚認知の改善に伴い、記銘力、注意障害も改善傾向にあった。歩行、ADLでは監視は外せない状況だったが、運動麻痺や筋力も改善した。

非常に高度な認知症でも認知のレベルを把握し、それに応じた対策、環境設定と運動療法を組み合わせることにより動作能力の改善は望めると考えさせられた症例であった。

また、コミュニケーションの取り方や動作レベル等病院内で情報を共有し、リハビリテーション科のみならず、どの職種でも同様の対応ができることが重要であると思われた。

日付	認知レベル	動作能力	ADL
9月25日	視覚認知80%	起居動作軽介助	FIM 39点
	聴覚認知55%	立ち上がり、移乗介助	食事以外は重度介助
	呼称90%	平行棒内歩行1往復	
	記銘課題不可能		
	MMSE、HDS-R不可能		
10月29日	視覚認知95%	起居動作自立	FIM 61点
	聴覚認知85%	移乗監視	声かけや見守りでできる
	呼称95%	独歩監視 200m	動作が増えた
	記銘課題2単語		
	MMSE 9点、HDS-R 2点		

文責：リハビリテーション科 神経心理 医学博士 福島和子



第55回東日本整形災害外科学会

東京都 9月15日(金)、16日(土)

当センターから4演題(3医師、1看護師)採用されました。

「ダウン症候群に生じた重度環軸関節脱臼の1例 術前牽引の有効性について(笛木敬介医師)」

ダウン症候群患者に生じた重度の転位と深刻な脊髄圧迫を呈した環軸関節脱臼に対して、慎重な術前牽引を行うことで、安全に比較的良好な整復位で後頭頸椎固定術を行い治療した。

「再燃した化膿性頸椎炎に対する波形鋼線による後方固定を併用した多椎間前方除圧固定術の1例(井野正剛医師)」

菌交代現症により再悪化し、多椎間の破綻を生じた難治性の化膿性頸椎炎の症例に対し、その特異な臨床経過を報告した。感染巣と連続しないinstrumentとして選択した波形鋼線が、アライメントの矯正、保持と初期固定性の向上に有用であった。

「下肢麻痺を呈した頸椎後縦靭帯骨化症、胸椎黄色靭帯骨化症、胸椎部硬膜内髄外腫瘍を合併した1例(田内 徹医師)」

比較的急速な下肢麻痺を生じ、頸椎から胸椎までの3個所にわたる複合病変が発症に関与していると思われた症例を経験した。索路障害の責任高位の決定を行うことは困難であるため、障害に関与のある3個所すべての手術を行い良好な麻痺の改善が得られた。しかし手術侵襲を軽減させるために手術順序や手順に工夫が必要であった。

「頸椎手術の術後せん妄への取り組み - リスクファクターの検討 - (鈴木秀和看護師)」

頸椎手術の術後せん妄のリスクを検討し事前に対応することは、患者の安静を保つためにも重要である。今回の結果からハイリスク患者とは70歳以上の患者、70歳未満の患者でも高血圧・糖尿病・精神疾患がある患者と考えられ、特に手術翌日に注意する必要があると考える。写真

写真



写真

群馬脊椎脊髄疾患研究会

群馬県 9月30日(土)

前橋市内のホテルで群馬県内の整形外科医、内科医などが参加して群馬脊椎脊髄疾患研究会が開催された(会長:群馬脊椎脊髄病センター清水敬親センター長)。

特別講演では、独立行政法人労働者健康福祉センター神戸労災病院 勤労者腰痛センター長 鷲見正敏氏を迎え、ご自身の頸椎ヘルニア体験を交えて貴重なご講演をいただいた。

特別講演



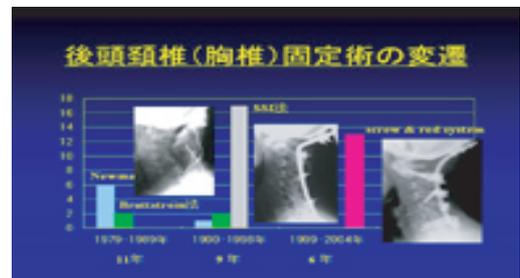
講師：独立行政法人 労働者健康福祉センター神戸労災病院 勤労者腰痛センター長

鷲見 正敏氏

演題「頸椎手術の適応と術式選択における工夫」

鷲見正敏氏が医師になられてからのご経験を、世界の頸椎手術の変遷と対比させながら、大きく10年単位で区切ってお話しいただいた。また、保存的治療やさまざまな術式について、詳細なデータ分析に基づいて説明された。

最後に「科学的とされいてるわれわれの常識の99.9% 仮説にすぎない」という竹内薫氏の言葉を引用し、問題を投げかけられた。



第41回日本脊髄障害医学会

千葉県 11月9日(木)、10日(金)

シンポジウム2「脊椎インストゥルメンテーション手術における最近の進歩」において清水敬親センター長(群馬脊椎脊髄病センター)がシンポジストとして『頸椎後方instrumentationに要求される真の実力について』と題した講演を行った。近年海外から輸入されている頸椎内固定材料の問題点を指摘し、日本人の頸椎疾患の特徴にマッチした機材・器具の開発、並びに従来あきらめられてきたような高度な変形矯正にも耐えられるような内固定材料の開発の必要性とセンターでの実際のインプラント開発経緯を紹介した。脳神経外科の手術手技を当然のごとく加味した当センターの頸椎手術の数々を披露し、聴衆(整形外科医+脳神経外科医)の興味を引いた。

写真

榛名聖公会で慰霊祭を開催

2006年11月29日、平成18年度逝去者慰霊祭を病院敷内にある榛名聖公会で開催いたしました。
慰霊祭には22人のご遺族のみなさまが参列されました。



榛名荘友の会

ぐんまフラワーパークへ日帰り旅行

2006年10月21日、毎年行っている榛名荘友の会「秋の日帰り旅行」を実施しました。参加者は、会員のみなさま12人、職員6人。天候にも恵まれ、事故や怪我もなく無事に終わることができました。
榛名荘友の会は2007年、結成22年となります。

使用済みテニスボールでボランティア ~東京福祉大学テニス部のみなさんが来院~

1月13日、東京福祉大学テニス部学生9人が榛名荘病院各病棟内食堂・デイルームの椅子に使用済みテニスボールを取り付けるボランティアに訪れました。

入院中の患者が椅子を動かす際に耳障りな音を不快に感じることもあるだろうと思いついたのがきっかけ(同大学テニス部長 山口怜生さん談)。テニスボールは2ヶ月程度で使用不能になることから、同部のみならず地域のみなさんから集めたテニスボールで医療・福祉機関に同様のボランティア活動を行っているとのこと。患者や患者ご家族のみなさまからは「見た目もかわいい」と好評です。



青は藍より出でて藍より青く…

榛名荘病院長 津久井 知道
医療連携室長

新年おめでとうございます。医療連携だよりも早いもので3年目に入りました。

今回の記事は脊椎脊髄病センター医師の国際学会発表を中心のお知らせとなっています。また今年にはセンターの井野正剛医師がスイスのシュルテス・クリニックへ留学する予定です。脊椎脊髄病外科の第一人者であるグロブ教授のもとで研鑽を積み、日本での臨床に役立てたいと意気込んでいます。「出藍の誉れ」を期待しております。



榛名荘病院 医療連携室

直通電話 **027-374-2895**
フリーダイヤル **0120-287226**
直通FAX **027-374-2896**
メールアドレス haruna-renkei@r8.dion.ne.jp

◇**榛名荘病院** 【診療科目】一般内科、外科、整形外科、神経内科、呼吸器科、血管外科、糖尿病外来、心臓外来、神経科、皮膚科、婦人科、眼科、歯科、リハビリテーション科

【外来受付時間】午前8時30分～午前11時30分 午後1時30分～午後5時 月曜日～土曜日(土曜日午後・日曜日・祝祭日・年末年始休診) ☎027-374-1135

◇**はるな脳外科** 【診療科目】脳神経外科、内科、リハビリテーション科

【外来受付時間】午前8時30分～11時(午後休診) 月曜日～土曜日(金曜日・日曜日・祝祭日・年末年始休診) ※救急は24時間対応 ☎027-343-2220

◇**群馬脊椎脊髄病センター** 【診療科目】整形外科(脊椎脊髄病疾患)、リハビリテーション科

【外来受付時間】午前8時30分～午前11時30分 月曜日～土曜日(土曜日午後・日曜日・祝祭日、年末年始休診) 完全予約制 電話受付時間15時～18時 ☎027-343-8000 側弯症外来は、第2・第4土曜日 午前8時30分～11時。初診からセンター長の予約を承ります。