



小出院長の *待ちに待った新作！！*
「忘れ得ぬ患者さん」
シリーズ7

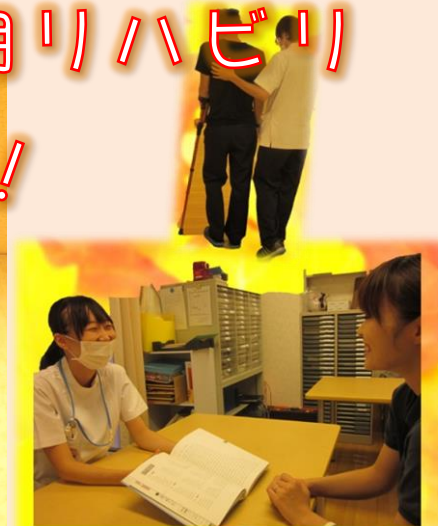
リハビリ学会参加報告

慈誠会トピックス

リハビリクイズ

リハビリコラム
リハビリスタッフの
交通事故日記

平成27年12月より回復期リハビリ
病棟始まります！！



回復への願いに応えられるよう
頑張ります！！

上板橋病院

院長

小出 純

リウマチ指導医

「忘れ得ぬ患者さん」

シリーズ 7



赤羽の某有名クリニックからの RA（関節リウマチ）の紹介患者さんです。

F.M 殿、女性、当時 64 歳。平成 24 年には、元々通院していた、都立某有名病院『専門科』に再紹介され、通院したそうですが、一向に埒が明かず、業を煮やして、平成 25 年 3 月 9 日、当院初診となりました。

血液中の免疫グロブリン、所謂 IgG, IgA, IgM という、人体の免疫の主役を担う、大切なタンパクですが、これらが、IgG:184 (mg/dl)

IgA:1 (mg/dl)

IgM:1 (mg/dl) と、著明に減少していました。

因みに、正常人は、IgG:870~1700, IgA:110~410, IgM :46~260 (mg/dl) なので、彼女は、それぞれ、正常下限のおおよそ 1/5, 1/100 以下, 1/50 しか有りませんでした。

何が恐ろしいかと言え、まず外敵、特に細菌から、全く無防備状態であり、いわゆる、免疫不全状態でした。我々リウマチ専門医は、IgG が、500 切ったら、つまりリウマチの治療薬が効き過ぎた（免疫抑制作用↑）ためと考え、治療薬を減量あるいは一時中止します。さもないと、細菌性肺炎が頻発します。IgG が、200 以下では、肺炎はもちろん、敗血症などの重症感染症が必発であると、教えられてきたのです。

つまり、彼女は、IgG 184 ですので、即座に“真っ青”となるデータを提示してきたのです。

まずは、原因として、頻度の上から、先程のリウマチを治す薬の関与を考える訳ですが、現在使用している薬、投与量、経過などから、直ぐ違うであろうと判りました。次には、いずれの Ig も異常低値であるため、やはり、病的、すなわち他の、固有の病気を合併していると考えるのが筋でした。そこで、真っ先に頭に浮かぶのは、CVID (Common Variable Immunodeficiency : 分類不能型免疫不全症 ; 昔は、原発性後天性無γ-グロブリン血症と言われていた) でした。



かかる、CVID とは、RA に合併することは知られており、海外では、1%~、国内では、0.1% 以下~ くらいでしょうか。確かに、小生も、これまでに、35 年間で、2 例経験しており、この方で、3 例目に当たります。

但し、やや古い、平成 7 年の厚生省報告ですが、日本全国で、これまで、たった 57 例の CVID 患者が報告されており、そのうち、『RA + CVID』となれば、多分、10 例弱に過ぎないのであります！（我々も、もちろん、かつて学会誌に一例報告していますが）。

免疫グロブリンを産生するリンパ球、B 細胞のサブセットをフローサイトメトリーで調べるオーダーを外注し、初診から、2 週間後に、赤羽の紹介先に、『RA + CVID』の合併であろうと、返事を出しておきました。

兎にも角にも、治療が最優先なので、彼女にとっては、生まれて初めて（数年前から合併していたはずですが・・・）、日赤ポリグロビン N 20g（血漿分画製剤）を 4 週間に 1 回、点滴開始しました。

非常に高価なものですが、命には代えられないのです。対症療法に過ぎない訳ですが、免疫グロブリンの補充療法なのです。

その後、計 15 回（両側大腿骨骨折手術・再手術で、二度の中断有）の点滴治療の末、27 年 5 月、やっと、待望の IgG 630（初診時の 3.4 倍）まで、こぎつけ、一旦、卒業出来ました。500 以上であれば、一安心、小休止なのです。

しかし、喜びも束の間、同年 7 月には、IgG 437、8 月には、IgG 281 と減少し、9 月から、かかる点滴投与を再開しております。大変な治療であり、御本人も負担が大ですが、原因不明の為、かかる治療が唯一無二なのです。

何が興味深いかと言えば、頭をシャープにすれば、直ぐ解ります。

RA などの自己免疫疾患というのは、そもそも、かかる免疫グロブリンが、異常に増加し、それに釣られて、一部の自己抗体を作る B 細胞クローンも増えてしまい、免疫異常（亢進）の病気になるはずなのです。

ところが、極々稀に、真逆の免疫不全状態（CVID）でありながら、つまり生体防御に必須な、免疫グロブリンを作るリンパ球、メジャーな B 細胞がほとんど存在してなく、欠落したような状況なのに、何と、自己抗体のみを作るような、極めてマイナーな B 細胞のみが、確実に存在し、生き残り、病気（RA）を作り出し合併してしまう、悪役をしっかりとこなしているのです。

深〜い、話です。 まだまだ、いつか〜続きます。



リハビリスタッフの 交通事故日記



事故瞬間は今でもよく思い出されます・・・

7 月末早朝、自転車で駅に向かっていている途中、正面から来た車が時速 50km 以上で向かってきて、正面衝突してしまいました。顔面で、フロントガラスを破り、15 メートル程、跳ね飛ばされたようです。後日の現場検証時、警察官から「今までの経験からこれほどの事故で、命も助かり、手足の骨折や脳も無事なんて無かったですよ」と驚かれました。

この時の痛みを全く感じなかったのが幸いです。「あれ？車が向かってくる?!」と思った瞬間から、記憶はなく、救急車の中で自宅の電話番号を聞かれ、朦朧とした意識の中、なんとか、応えたようです。

波のような意識のなかで

うっすらまた意識が戻ると大学病院の蘇生室で、私の処置の指示をしていた若い先生が『何、しきってんだ?』と上級医らしき先生から、怒られていたのが可哀想で、こんな場所と状況で社会の厳しさを感じつつ、また意識が遠のきました。

CT を撮りに連れて行かれる様子もボンヤリ記憶し、放射線技師さんが、やたら病衣の上から受傷部を触るので「アッ、そこはダメ・・・」と喘ぎながら、うっすら周囲は消え、また現れるという状態が続きました。

『家族が来てますよ』と看護師に言われ、なんで来たのかなあ・・・? 事故だったかあ・・・? と、今、自分がどんな状態なのかさえ分かりませんでした。頭がボンヤリし、妻が見えても、愛想笑いも出来ない思考停止が続きました。

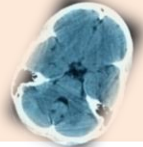
奇跡的な状態でした

救急病棟の個室に運ばれ、しばらくして頭がはっきりし、事故後の検査が続いているのが分かりました。驚いたことに手足の骨折はなく、胸腔内も異常なし、脳は要観察…。全身に挫滅傷（深い皮膚損傷）ができ、顔のケガは酷かったらしく（顔や上下顎の骨折や皮膚が開く挫創、貫通創、皮膚欠損等々）、フランケンシュタインになった夫をみて妻が横で泣いていました。

本人は痛みより傷からの浸出液が全身から多量に垂れ、ナメクジになった気分でした。

「ごめんなさい」と笑顔で妻に笑いかけても、歯の折れたフランケン笑顔では、『謝らないで!』と怒られ、涙をおかわりさせるだけでした。

入院生活はやはり、 ツライですね



入院生活は、酷く辛いものでした。頭を強く打って、脳障害も考慮され、医師や看護師から『痺れなどあればすぐ言って下さい』と言われたものの、すでに口は痺れ、ツライ頭痛は続きました。痛い検査をされるのが怖かったので、報告はしませんでした……。マネしちゃダメですよ。

病棟では歩いちゃダメ!



発熱も続き、むちうちで首も動かないフランケンには、トイレ移動も車いすで監視を強いられました。『トイレの際は、必ず読んで下さい』と白衣の天使は言いますが、頼み事をしても、やはりなかなか来ず、忙しそうだったので、私はナースコールを一度も利用しませんでした。スイマセン(-_-;)。医療従事者なので、病院側の安全への配慮は痛感しています。

それでも、輸液ポンプの電源コードを抜き取り、心電図モニター接合部も外し、乱れた病衣姿で点滴棒を持ち、すぐ隣だったトイレに、毎回、落武者のように歩いて行きました。胴体抑制、ミトン抑制対象になりたくはない・・・けど。

病棟での移動制限で感じたこと

やはり、日常の些細な頼みごとに、適切に対応できていないと、信頼関係は築けず、患者さんの病院での冒険は始まるんだと、

『先生から歩く許可、出てますか!』と看護師に強い口調で注意されながら思いました。



リハビリスタッフの 交通事故日記

点滴中だから良いけど・・・



口唇や口腔内を、沢山縫合され、開口咀嚼できないのに、夕食は“常食”が美味しそうに出ました。

飲める食事かもしれないと物色しましたがチャレンジできませんでした。

処置は、やはり怖いですね

病棟でのケガの処置は、「痛そう～！！」とキャッキヤ言われながら、慎重に優しくして頂けたのが幸いでした。

口腔外科医の処置は、まさにホラーでした。縫い合わせた創部をひっぱり上げたり、壊死組織は除去しなきゃと除痛せずに擦り落としていました。ランボー外科には二度と行きたくないと切に願いましたが、今後の加療として、その先生が主治医になったのでした・・・

医学的問題はないだろうと、すぐに退院でした

救急病棟の主治医から説明を受け、3 日目の朝に退院決定しました。

退院の朝、点滴と心電図モニターを外してもらい、名目上、院内ではトイレ車いす監視だったのですが、歩いて退院の運びになりました。

早期退院したおかげで、帰宅後フラフラで、1 週間はあまり記憶がありません。でも、家族は優しいし、生還し早く帰れて良かったです。

“医療従事者は病気をすべき”？！



“医療従事者は病気をすべき”と、よく聞かれる言葉ですが、この言葉の重みを噛み締めました。交通事故、入院、退院、自宅療養、職場復帰と短くはありましたが、一連の流れを、リハビリ職が体験出来たことは、とても貴重な経験でした。二度としたくないけど・・・

おかげで、患者さんの回復への願いの強さを実感し、早く復職し、患者さんのリハビリをしなきゃと焦っちゃいました。

患者の立場から医療サイドを眺めると

色々、見えてきます。批判ではなく、現実としてですが、一言でいえば、今の医療は医療提供者の都合で全てが決められています。医療（処置・検査など）や生活面（食事・排泄など）など全てです。病院なので当たり前のようなのですが、患者さんになれば違和感がよく分かります。もちろん、患者さんの一人ひとりの望みを叶えていくことは、現実的に、厳しい事も多いと思いますけどね。

主導側の医療提供者として、自覚と責任をもってリハビリをやらねばと思いました。

健常者から患者側に立って気づいたこと

やはり、手すりの有り難さを痛感しました。特に、単純ですが、トイレの手すりは力になり、助けられました。

日常生活を自立させるという意味がまずトイレから始まります。なにより、日常生活活動（ADL）が自立に向かわなければ、今、生きる望みには繋がらないからですね。

不安は常に持ち、病と闘ってるので、機能回復は、どのくらいの時間で、どこまでアップをするかを、主治医や病棟と相談、配慮の上、明確にしないといけないと感じました。リハビリとして、必ず改善結果が見えるように提示することも重要だと感じました。

急性期は、治療とケア、ADL が何よりメインでした。リハビリとしては、ADL を如何にサポートできるかが問われていると感じます。病棟との情報共有は重要ですね。

本当に、ごめんなさい、ありがとうございます！！

時速 50km の車と正面衝突し生きているのは奇跡的で誰かが守ってくれたとしか思えません。

交通事故で、家族を始め、患者利用者様、職員の沢山の皆様に、ご面倒をかけ、励まし優しく支えて頂きました。

本当に、心から感謝しております。生還した事故後は『ごめんなさい』と『ありがとう』の二つの言葉だけでした。人生ってこの二つの言葉に集約されるんだなあって、しみじみ感じています。リハビリを提供できなかった患者様、負担をかけた職員の皆様、ごめんなさい、そして、本当にありがとうございます。おわり<(_ _)>

心臓リハビリ学会参加報告 (PT 白木)

この夏（事故前です）、福岡で日本心臓リハビリ学会に参加し、心臓リハビリテーション指導士の試験も受けてきました。

試験当日、心臓リハビリ研修病院で一緒に実習した同期の循環器内科医の彼は、余裕の表情でしたが、私は落ち着かず、問題も難しかったので、グッタリしました。しかし、先日の合格発表で受験番号があり、合格しました！！（涙）。

高齢者は心臓大血管疾患が非常に多く、心臓リハビリの知識は必須だと感じます。上板橋病院には心臓リハビリ施設基準はありませんが、急性期～回復期～維持期の心疾患既往の患者様も安全にリハビリを実施できる体制が作れると思います。頑張らねば。



トピックス



前号にも書きましたが、上板橋病院に回復期リハビリ開設します！！回復期リハビリ病院は、多くありますが、上板橋病院では、急性期、回復期、療養病棟、在宅（通所リハ・訪問リハ）と、回復期リハ後のフォローアップも可能です！もちろん、地域との連携を重視し、患者様・利用者様にとって最も良いサービスが選択できるようサポートしていきます。

リハビリ施設基準：

脳血管リハビリテーション

運動器リハビリテーション

呼吸器リハビリテーション

リハビリスタッフ（回復期 H28.4月時点）

PT：11～14名 OT：6名 ST：4名（予定）

【資格取得者】

認定呼吸療法認定士 2名

認定訪問療法士 1名

心臓リハビリ指導士 1名

Neurodevelopmental treatment Basic Course 修了（脳障害リハビリ）2名

ケママネージャー1名

など国籍し、回復期入院患者の複数合併疾患にも対応できるよう治療技術の研磨努力しております。

お気軽に問合せ下さいね

上板橋病院

〒174-0071

東京都板橋区常盤台 4-36-9

TEL03-3933-7191 FAX03-3937-7764

【医療相談室】

担当：平田・西山・菅原・亀井

定床 150床 一般病床 36床

医療療養 70床 回復期 44床予定

今月のリハビリクイズ


世界中の過体重、肥満の人の数は 1980 年の時点で 8 億 8500 万人だったとされます。では 2013 年には何人になっていたでしょう？

- ①. 横ばい状態で 9 億人
- ②. 約 1.5 倍で 13 億人
- ③. 2.5 倍で 21 億人
- ④. 減少して 7.5 億人

※答えは下！

前号のリハビリクイズ

「脱水」に関するクイズ！身体からどの程度の水分が失われると命の危機があるのでしょうか？

1. 2~3%
2. 5%
3. 7%
4. 10%
-  100%

正解は 4 の 10%

身体の体重の大部分は水分の重さです。

成人なら体重の約 60%、高齢者では約 50%とされています。簡単に言えば、そこから水分が失われた状態の事を言います。前々号のアンチエイジング記事に、“水太りはしません” “水では脂肪は増えないし太りません” “発汗させることで新陳代謝を促し、脂肪が燃焼する” は間違いで、発汗と脂肪燃焼は関係しないと書きました。今年の夏は暑かったですが、秋雨も長かったですね、あの暑い夏をすっかり忘れていません。皆様、ご自愛して下さいね！！

④.21 億人！！

ワシントン大学健康指標研究所では 188 国を対象に「世界肥満実態調査」を実施しており、2014 年 5 月、1980~2013 年の研究データを発表しました。それによると成功した国は一つもなく、世界全体で 21 億人まで増加しているそうです。世界人口約 71 億人なので約 29%が肥満・・・てことになります。人間って大きくなっていくのでしょうかね