第 33 回日本リハビリテーション医学会中部・東海地方会
ならびに専門医・認定臨床医生涯教育研修会

日　時

平成 25 年 8 月 31 日（土）9：30〜16：15

会　場

エーザイ名古屋コミュニケーションオフィス 6F ホール
名古屋市東区泉 2-13-23
TEL 052-931-1313（当日会場直通 TEL 052-931-1330 ）
(※駐車場の利用ができませんので，公共交通機関をご利用ください)
（全館禁煙のためご協力願います）

日本リハビリテーション医学会中部・東海地方会
事務局：藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学 I 講座内

地方会

◎日本リハビリテーション医学会専門医・認定臨床医認定単位について

地方会認定単位：10 単位

(本地方会の筆頭演者は年度末自己申請により 1 演題 10 単位履修可)

地方会当番幹事：片桐伯真

〒433-8105 静岡県浜松市北区三方原町３４５３

聖隷三方原病院リハビリテーション科

TEL：053-436-1251 / FAX：053-438-0652

E-mail：norikata-r@sis.seirei.or.jp

一般演題　9:30-12:30

（受付開始 9:00）

総会 13:40～13:55

専門医・認定臨床医生涯教育研修会　特別講演 14:00～16:15

(受付開始 13:00)

一般演題　9:30-12:30　受付開始 9:00

座長：浜松医科大学リハビリテーション科　美津島 隆

１．リンパ脈管筋腫症に対するリハビリテーションの経験

名古屋大学医学部附属病院リハビリテーション部
門野 泉，鈴木善朗

リンパ脈管筋腫症は妊娠可能年齢の女性に発症する稀少な疾患で，難治性疾患克服事業の治療対象疾患にも指定されている．呼吸苦・気胸・血痰などを契機に診断され，進行性の閉塞性換気障害により呼吸不全に至る例も多い．当院では 2007 年から 2013 年の期間，5 名の患者に対しリハビリテーションを行ったので報告する．転帰は死亡１名，HOT 導入による自宅退院が４名であった．

２．重症中枢性呼吸障害を伴う両側脳幹梗塞に対する夜間陽圧換気療法が ADL 改善に有効であった１症例

[1]石原　健，[1]柴田斉子，[2]小杉美智子，[1]加賀谷 斉，[1]平野　哲，[1]沢田光思郎，[1]田中慎一郎，
[1]溝越恵里子，[3]尾関　恩，[1]小野木啓子，[3]太田喜久夫，[1]才藤栄一
[1]藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座
[2]刈谷豊田総合病院リハビリテーション科
[3]藤田保健衛生学医療科学部リハビリテーション学科

73 歳男性．両側橋にわたる梗塞を発症し，気管切開，胃瘻増設後の 115 病日に当科へ入院した．両側不全片麻痺，失調，摂食・嚥下障害，神経因性膀胱を認め，FIM39 点であった．Cheyne-Stokes 呼吸を認め，労作性呼吸苦により訓練実施に難渋したが，夜間陽圧換気療法（ASV）を導入し無呼吸と労作性呼吸苦が減少したことにより，著明に ADL が改善．経口摂取自立，気切閉鎖に至り自宅退院した例を経験したので報告する．

３．頚椎症経過中に発症した脳梗塞により左上肢麻痺を生じた１例

豊橋市民病院リハビリテーション科
石川知志，八木　了

症例は 63 歳の男性で，左前腕から手尺側のしびれを自覚し，平成 24 年 10 月当院整形外科を受診した．MRI で頚部脊柱管の狭窄が見られ，内服薬で症状は軽減していた．平成 25 年 5 月左上肢の筋力低下を生じたため，頚椎由来の症状悪化と考えられ手術を予定した．しかし，頭部 MRI で急性期脳梗塞が見つかったため，手術を中止し，脳梗塞の対応をして症状は改善した．頚椎症の経過中に大脳局在病変により左上肢麻痺を生じた 1 例を経験したので報告する．

4. 軸索型ギラン・バレー症候群患者の神経伝導検査所見とリハビリテーションによる効果の検討

[1]国立病院機構東名古屋病院神経内科
[2]名古屋大学リハビリテーション療法学
[3]中部大学生命健康科学部
[1]後藤敦子，[1]榊原聡子，[1]田村拓也，[1]片山泰司，[1]見城昌邦，[1]横川ゆき，[1]齋藤由扶子，[1]饗場郁子，[1]犬飼　晃，[1]松岡幸彦，[1]伊藤栄一，[2]寳珠山 稔，[3]古池保雄

【はじめに】ギラン・バレー症候群（以下 GBS)患者の神経伝導検査所見と入院リハビリテーション後の機能予後との関連について検討した．

【対象】対象は，2011 年 7 月から 2013 年 4 月までに GBS の臨床診断で入院し，リハビリテーションを行った 9 例とした．内訳は，男性 5 例，女性 4 例で，発症年齢は 32～83 歳(平均 54.5 歳)であった．

【方法】正中および尺骨神経，脛骨神経，腓腹神経にて神経伝導検査を実施し，電気生理学的に脱髄および軸索変性の程度を判定した．機能予後は，Hughes らの重症度分類(G)を用いた．

【結果】(1) 病型は脱髄型 3 例・軸索型 5 例・混合型 1 例であった．(2) 機能予後は G0)1 例，G1)3 例，G2)1 例，G3) 1 例，G4) 3 例であった．(3) 重症例では F 波出現率の低下と神経伝導の異常がみられた．

【考察】神経伝導検査は GBS 患者の機能予後を予測する上で有用と考えられた．

5. 腰椎疾患による腰痛および下肢痛に対するトラマドール塩酸塩/アセトアミノフェン配合錠の治療効果および副作用に関する JOABPEQ 評価を用いた検討

A study using JOABPEQ criterion for the effectiveness and side effect of Tramadol hydrochloride / Acetaminophen combination tablets in low back pain and leg pain with lumbar lesion

公立南丹病院整形外科
成田　渉，小倉　卓，林田達郎，琴浦義浩，村上幸治，小牧伸太郎，藤原靖大

【目的】慢性疼痛の治療薬として NSAIDs とは異なる作用機序にようトラマドール塩酸塩/アセトアミノフェン配合錠（以下本剤）が近年注目されている．腰椎疾患による腰痛および下肢痛を認める患者に対する効果について検討した．

【対象と方法】NSAID s の効果が不十分で,使用前後に JOABPEQ の記載が可能であった 30 例を評価した．観察期間は４週とした．疼痛関連障害が 32.5（平均）から 38 点，腰椎機能障害が 41.2 から 52.1 点，歩行障害は 31.3 から 38.4 点に改善した．副作用は悪心（40%）・眠気(33%)を認めた．

6. 人工膝関節（TKA）術後で良好な可動域を獲得するための新しい後療法

[1]社会医療法人大雄会総合大雄会病院人工関節センター,
[2]社会医療法人大雄会総合大雄会病院リハビリテーション科,
[3]愛知医科大学リハビリテーション部
[1]丹羽滋郎, [2]石原敦司, [2]中武仁士, [2]日比野宏映, [3]山本隆博, [1]中根邦雄

近年 TKA の術後は安定しているが，可動域（ROM）においては，日本人の生活様式に十分適応しているとは思われない．今回，2013 年 1 月～4 月の期間で，我々が特許取得した ROM マシーン（Non-Gravity ROM Machine）を使用し，TKA(CR)術肢を無重力状態（筋活動ゼロ）にしての新しいコンセプトで，後療法を行って来たので，従来法の後療法と術後成績を比較検討したので報告する．

7. 急性期総合病院併設回復期リハビリテーション病棟の現状と課題

刈谷豊田総合病院リハビリテーション科
小口和代，小杉美智子，岡本亜希子

2004 年より急性期総合病院（現在 641 床）内で回復期（同 42 床）を運営している．2012 年入院リハ新患は 3241 名，内当院回復期転入は 243 名（平均年齢 70 歳）だった．疾患区分は脳血管 50%，運動器 39%，廃用 11%で，退院患者の平均在院日数は急性期 28 日/回復期 63 日，平均 FIM は転入時 71（運動 46 認知 25）/退院時 91（運動 63 認知 28）だった．当院は臨床研修指定病院であり，研修医教育への関与が今後の課題である．

座長　藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座　青柳陽一郎

8. 下腿周囲径（サルコペニアの筋肉量）と加齢，体格の比較

熊野市立五郷診療所
高倉廣喜

寝たきり患者では，下腿三頭筋の萎縮がみられる．運動機能に異常がみられない高齢者の下腿三頭筋径を評価した．対象：50 歳から 87 歳，67 名．対象筋肉：左下腿筋の腓腹筋最大径（腓腹筋径）およびヒラメ筋径（承山）．同時に身長，体重，膝周囲径そのほかを測定した．結果：腓腹筋径とヒラメ筋径は，体重と強い相関を示した．データの分散が小さく，もっとも年齢との相関が見られたのは，腓腹筋径／膝関節周囲径であった．

9．肥厚性硬膜炎による嚥下障害の一例

[1]聖隷浜松病院リハビリテーション科
[2]浜松市リハビリテーション病院
[1]國枝顕二郎，[1]大野　綾，[2]藤島一郎

症例は 70 歳代男性．X 年 4 月下旬より頭痛，嘔気，嚥下困難感，嗄声を認め当院入院．嚥下機能検査等で右 IX・X 脳神経症状を認めた．頭部 MRI にて肥厚性硬膜炎と診断された．入院時 VE では経口摂取困難と判断して絶食(FILS 2)とし，VF を経て経口摂取訓練を開始した(FILS 7)．ステロイドパルス療法開始後，神経症状や嚥下機能は徐々に改善し普通食摂取可となった(FILS 10)．肥厚性硬膜炎による嚥下障害の報告は少なく文献的考察を踏まえて報告する．

10．喉頭蓋管形成術と摂食・嚥下リハビリテーション

浜松市リハビリテーション病院
金沢英哲，藤島一郎

喉頭蓋管形成術は舌全摘出術時の誤嚥予防目的に考案された術式だが，近年では脳血管障害患者等の嚥下障害に対する適応がほとんどである．喉頭蓋を筒状に縫縮することで誤嚥を劇的に軽減でき，経口摂取は大幅な改善が期待できる．但し，永久気管孔が必要である．発声時に気管孔を塞げば肉声を維持できる点が大きなメリットである．当センター開設後２年弱で８例施行し全例成功しているが，手術手技の難易度が高く，全国的には普及していない．術式を解説し，術後リハのすすめかたについて報告する．

11．右IX，X，ＸＩ脳神経障害により嚥下障害を呈した一例

[1]浜松市リハビリテーション病院リハビリテーション科
[2]近畿大学医学部附属病院リハビリテーション科
[1]大洞佳代子，[1]重松　孝，[1]杉山育子，[1]金沢英哲，[1]藤島一郎，[2]福田寛二

【目的】IX，X，ＸＩ脳神経障害により嚥下障害を呈した一例を経験したので報告する．【症例】48 歳，男性．感冒症状を契機に第 4 病日より嚥下障害，第 5 病日に発熱と嗄声を認めた．検査にてIX，X，ＸＩ脳神経障害と診断．神経炎を疑いステロイドパルス，免疫グロブリン投与を施行．第 40 病日より症状の改善がみられ当院転院後リハビリ加療により第 68 病日には常食経口摂取可能となった．【考察】神経障害の原因として神経障害のパターンよりヘルペス感染が疑われた．

12. 脳性麻痺失調と自傷行為児に対する経頭蓋磁気刺激の応用

信濃医療福祉センター
朝貝芳美

1996 年に 7 例の脳性麻痺失調に対する経頭蓋磁気刺激効果について報告した．近年，うつ病などに対する効果も報告されている．対象は失調 1 例，自傷行為 2 例，年齢は平均 5 歳．Magstim model 200 を用いて，失調例では後頭部，自傷行為例では前頭前野背外側部を最大出力の 70%で 1 刺激 10 回，頻度は週 1 回 4 週間刺激した．失調，自傷行為に 2～3 週後から効果がみられ，痙攣など副作用はみられなかった．

13. 外来にて低頻度反復経頭蓋磁気刺激（rTMS）を施行した慢性期脳梗塞片麻痺患者の 1 例

浜松医科大学医学部附属病院リハビリテーション科
髙橋七緒，赤津嘉樹，安田千里，片山直紀，永房鉄之，美津島 隆

60 歳代男性，左片麻痺を有する慢性期脳梗塞患者に対し，週 2 回 4 週間の外来通院での健側運動野に対する低頻度 rTMS（1Hz, 600 発）とそれに続く上肢機能訓練を施行し, MAS, FMA, MAL, STEF, 握力を施行後 4 週，8 週，12 週，16 週で評価した．低頻度 rTMS 施行後，筋緊張の低下がみられ，上肢機能訓練により FMA 運動項目，MALQOM が改善し，刺激後 16 週まで維持された．以上より外来での rTMS は慢性期脳梗塞患者の機能改善に有効であることが示唆された．

座長　浜松市リハビリテーション病院　藤島一郎

14. NPO 法人愛知視覚障害者援護促進協議会における視覚代行リハビリテーションの実践報告と課題

[1]NPO 法人愛知視覚障害者援護促進協議会
[2]本郷眼科・神経内科
[3]名古屋市総合リハビリテーションセンター
[4]名古屋大学
[5]藤田保健衛生大学
[1,2,4,5]高柳泰世，[1,3]田中雅之，[1,4]坂部　司，[1]山本　潔，[4]上野真治

視覚はいったん機能を失うと回復しないため，視覚以外の感覚を代行して以前に近い日常生活動作が出来るように訓練することを私共は視覚代行リハビリテーションと呼称している．中途視覚障害者にとって緊急の課題は歩行であり，日常生活動作である．その援護の目的で，1981 年に愛知視覚障害者援護促進協議会を発足した．32 年間のボランティア活動の結果，本郷眼科・神経内科，名古屋市総合リハビリテーションセンター，名古屋大学ローヴィジョン・リハビリテーション外来の 3 カ所で中途視覚障害者を視覚代行リハビリテーションにつなげることが出来ているので，その 2012 年度の実践報告と課題について述べたい．

15. 右半側空間無視を生じた左利き患者における左視床出血の１例検討

[1]国立長寿医療研究センターリハビリテーション科
[2]藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学ＩＩ講座
[1]森　志乃，[1]大沢愛子，[2]前島伸一郎，[1]尾崎健一，[1]近藤和泉

半側空間無視は，急性期を除けば右半球損傷後に生じる左半側空間無視が殆どである．左半球損傷後に右半側空間無視が生じることは比較的まれであり，その半球優位性や責任病巣，発現機序，神経心理学的症状の質的差異に関しては未だ不明な点も多い．今回我々は，83 歳の左利き症例に生じた，左視床出血にともなう右半側空間無視を経験したので，近年の新しい文献的考察を加えて報告する．

16. 高次脳機能障害支援経過手帳によるインテーク時間短縮効果

[1]藤田保健衛生大学七栗サナトリウム
[2]三重県高次脳機能障がい者生活支援事業相談支援体制連携調整委員会
[3]徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部
[4]三重県身体障害者総合福祉センター
[1,2]園田　茂，[2,3]白山靖彦，[2,4]田辺佐知子，[1]下村康氏，[2,4]鈴木　真

記憶障害・遂行機能障害などの高次脳機能障害患者が新たな医療・福祉機関を受診する際に用いる支援経過手帳を作成した．この手帳には病歴，症状などが記載される．手帳持参群 30 名と，手帳無し群 32 名を対象に，インテークにかかった時間を測定した．手帳持参群は平均 34 分，手帳無し群は平均 57 分と有意な差を認めた．手帳持参群では支援者・家族の時間負担，説明負担の VAS も評価した．支援経過手帳は高次脳機能障害患者にとって有用な手段と考えられた．

17. 当院における職業復帰支援の現状と課題

[1]浜松労災病院リハビリテーション科
[2]浜松医科大学附属病院リハビリテーション科
[1]塚本穂波，[1]杉山宏行，[2]美津島 隆

労災病院は勤労者の早期職業復帰支援を社会的命題として課せられた医療機関であり，当院では H.22 年より「職場復帰マニュアル」を作成し運用している．職業復帰支援が必要と見込まれる患者を対象とし，作成した書面によって患者に説明し，同意を得て，情報収集，職業能力評価，多職種によるカンファレンスを行い，更に適応のある患者に対して職業復帰訪問指導まで行っている． H.22 年 4 月 1 から H.25 年 6 月 30 日までの期間に当院で治療を受け，職業復帰支援を行った患者は 39 名，訪問指導まで行ったのは 13 名，訪問指導を行ったなかで復職を果たしたのは 11 名であった．急性期病院でもある当院において，未だ発展途上にあり課題も多い取り組みではあるが，いくつかの事例を挙げて現状と課題について考察し報告する．

18. 近赤外時間分解分光法を用いた姿勢変化時の脳血流変化の測定

[1]遠州病院リハビリテーション科
[2]浜松医科大学付属病院リハビリテーション科
[1]入澤　寛，[1]蓮井　誠，[2]美津島 隆

これまで，脳血流評価は PET や SPECT といった静止時の測定のみであったが，近赤外線光による組織酸素モニター法を応用した近赤外時間分解分光法（Near-Infrared Time-Resolved Spectroscopy；TRS）を用いることで，姿勢変化時の脳血流変化を測定することが可能となった．我々はボランティアに対し，能動的な姿勢変換（臥位→立位）を行った際の脳血流変化を TRS で測定したところ，脳血流が低下する群と上昇する群が存在することが明らかになった．若干の考察を交えて報告する．

19. バクロフェン髄注療法を施行した５症例

[1]藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座
[2]藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科
[1]田中慎一郎，[1]加賀谷 斉，[1]平野　哲，[1]小野木啓子，[1]柴田斉子，[1]尾関　恩，[1]石原　健，
[1]沢田光思郎，[1]八谷カナン，[1]溝越恵理子，[2]太田喜久夫，[1]才藤栄一

2007 年 7 月から 2011 年 7 月までに当科で痙縮治療のためにバクロフェン髄注療法（ITB 療法）を施行した 5 例について報告する．年齢は 10 歳から 50 歳，男性３例，女性２例，原疾患は脊髄損傷２例，脳出血１例，頭部外傷１例，脳性麻痺１例であった．１例ではカテーテル逸脱や感染のために最終的に抜去したが，他の 4 例では目的とした痙縮の軽減が得られている．

総会

13:40〜13:55

研修会に先立って総会を行います．ぜひご出席下さい．

専門医・認定臨床医生涯教育研修会

特別講演 14:00〜16:15　受付開始 13:00

「認知リハビリテーションのエビデンス」

東京慈恵会医科大学附属第三病院リハビリテーション科 教授　渡邉　修先生

司会：相澤病院　原　寛美

「災害リハビリテーション：来るべき大震災にどのように備えるか？」

東北大学医学系研究科障害科学専攻長・内部障害学分野 教授　上月正博先生

司会：国立長寿医療研究センター　近藤和泉

◎日本リハビリテーション医学会専門医・認定臨床医認定単位について

研修会認定単位：１講演毎に 10 単位

受講料　　：１講演（10 単位）毎に 1,000 円.

認定単位非取得者は単位数に関係なく受講料 1,000 円を当日受付します.

◎認定臨床医資格要件

認定臨床医認定基準第２条２項２号に定める指定の教育研修会（必須以外）に該当します.

平成 19 年度より「認定臨床医」受験資格要件が変更となり，地方会で行われる生涯教育研修会も１講演あたり10単位が認められます.