

**第 40 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 29 年 2 月 18 日（土）9:30 - 15:30

**会 場**

エーザイ名古屋コミュニケーションオフィス  
名古屋市東区泉 2-13-23

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地方会参加費・認定単位**

地方会学術集会：参加費 1,000 円

学会参加 10 単位、発表筆頭演者 10 単位

**地方会当番幹事：小口和代**

〒448-8505 愛知県刈谷市住吉町 5-15

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院リハビリテーション科

一般演題 9:30 - 11:45 受付開始 9:00

座長 輝山会記念病院 清水康裕

## 1. 手術適応となった関節リウマチ患者における四肢骨格筋量の検討

<sup>1</sup>名古屋大学医学部附属病院リハビリテーション科

<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院リハビリテーション部

<sup>3</sup>名古屋大学医学部保健学科リハビリテーション療法学

<sup>1</sup>岡田貴士, <sup>1</sup>門野 泉, <sup>1</sup>西田佳弘, <sup>2</sup>鈴木謙太郎, <sup>2</sup>加古誠人, <sup>2</sup>佐藤幸治, <sup>3</sup>杉浦英志

関節リウマチ (RA) などの炎症性疾患では一般的に筋肉量が低下することが知られている。当院で 2015 年 5 月から 2016 年 6 月までに初回手術を受け、周術期リハビリテーションを施行した RA 患者の四肢骨格筋量をその他の検査項目を交えて検討を行った。骨格筋肉量の計測は InBody720 (InBody ジャパン社) を用いて入院から手術日前日までの期間に行った。患者は 16 名（男性 5 名、女性 11 名）、平均疾患活動性は DAS28-CRP で 2.42、四肢骨格筋量は男性  $7.1\text{kg}/\text{m}^2$  女性  $5.3\text{kg}/\text{m}^2$  であった。

## 2. 脳卒中後の麻痺側下肢の関節脱臼・亜脱臼にボツリヌス療法を施行した 2 例

<sup>1</sup>三仁会あさひ病院リハビリテーション科

<sup>2</sup>三仁会あさひ病院整形外科

<sup>1</sup>河村美穂, <sup>2</sup>伊藤岳史, <sup>1</sup>猪田邦雄

脳卒中後の麻痺側下肢痙攣性により、人工膝関節脱臼を認めて整復位保持が不能であった症例、また大腿骨人工骨頭挿入術後に股関節亜脱臼を来たして疼痛が強く、歩行困難であった症例に対してボツリヌス療法を施行し、良好な整復位保持が可能になり、歩行能力、ADL が改善した症例を経験したので報告する。

### **3. 診断に苦慮した重症筋無力症による嚥下障害の1例**

<sup>1</sup>聖隸浜松病院リハビリテーション科

<sup>2</sup>東京慈恵会医科大学神経内科

<sup>3</sup>浜松市リハビリテーション病院リハビリテーション科

<sup>1</sup>鄭 偉, <sup>2</sup>谷口 洋, <sup>3</sup>藤島一郎

78歳女性。誤嚥性肺炎で発症し、嚥下障害と考えられていたが、治療に抵抗性で訓練には難渋していた。典型的な日内変動や易疲労性を認めず、また、全盲のため、眼瞼下垂や眼球運動制限の評価が難しかった。VF所見で神経筋疾患のパターンであり、頸部筋力が弱く重症筋無力症(MG)が鑑別に上がり、テンションテストで著明な嚥下機能改善を認め、発症3か月でMGと診断した。

### **4. ADL・歩行能力の改善を認めた高齢軸索型ギランバレー症候群の一例**

<sup>1</sup>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

<sup>2</sup>藤田保健衛生大学医学部連携リハビリテーション医学講座

<sup>3</sup>藤田保健衛生大学七栗記念病院リハビリテーション部

<sup>1</sup>八木橋恵, <sup>1</sup>岡本さやか, <sup>3</sup>山路千明, <sup>3</sup>小川未有, <sup>3</sup>荒井真里, <sup>2</sup>岡崎英人, <sup>1</sup>前島伸一郎, <sup>1</sup>園田 茂

高齢軸索型ギランバレー症候群で機能・能力が著しく改善した一例を報告する。症例は84歳男性で左上下肢の脱力から発症した。急性期病院で呼吸器管理、気管切開を施行されて第45病日に当院転院となった。入院時、重度四肢麻痺(MMT2レベル)、ADL全介助であったが、入院3か月後には上肢MMT3レベル、下肢4レベルに改善し、歩行器歩行屋内修正自立、ADL概ね修正自立レベルとなった。

座長 中部ろうさい病院 田中宏太佳

## 5. リハビリテーション継続にて嚥下や歩行能力などが改善した右延髄外側・右小脳梗塞の1例

<sup>1</sup>国立病院機構東名古屋病院神経内科

<sup>2</sup>国立病院機構東名古屋病院リハビリテーション部

<sup>1</sup>見城昌邦, <sup>1</sup>犬飼 晃, <sup>1</sup>饗場郁子, <sup>1</sup>齋藤由扶子, <sup>1</sup>横川ゆき, <sup>1</sup>片山泰司, <sup>1</sup>橋本里奈, <sup>1</sup>榎原聰子,

<sup>2</sup>坪井丈治, <sup>2</sup>蕨野博明, <sup>2</sup>真川泰徳

39歳男性。フィギュアスケートをして帰宅途中に頭痛出現。痛み軽度で様子をみていたが、右上下肢使いづらく、しゃべりにくくなり、A病院に救急搬送。右上下肢失調、右Horner症候群、嚥下障害、右顔面および左頸部以下の温痛覚低下あり、頭部MRI、3D-CTA検査から右椎骨動脈解離後の右延髄外側・右小脳梗塞と診断された。発症52日後、リハビリテーション継続目的で当院転院。OE法など施行し右横向き嚥下でゼリー食摂取可能に、両側ロフストランド杖歩行も見守りで可能になった。

## 6. 延髄梗塞後慢性期嚥下障害の回復過程

<sup>1</sup>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

<sup>2</sup>藤田保健衛生大学病院リハビリテーション部

<sup>3</sup>藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科

<sup>1</sup>陳 輝, <sup>1</sup>柴田斉子, <sup>1</sup>千手佑樹, <sup>1</sup>赤堀遼子, <sup>2</sup>山路 紗, <sup>2</sup>栗飯原けい子, <sup>1</sup>森 志乃, <sup>1</sup>田矢理子,

<sup>1</sup>青柳陽一郎, <sup>3</sup>小野木啓子, <sup>1</sup>加賀谷齊, <sup>1</sup>才藤栄一

左延髄梗塞発症7か月後から介入し、経管栄養から3食経口摂取となった症例を報告する。67歳、男性。頭部MRIにて左橋から延髄に脳梗塞像あり。VFで食塊は両側梨状窩を通過したが、左梨状窓に残留を多く認めた。筋電図で左輪状咽頭筋の弛緩不全と、右輪状咽頭筋の弛緩のタイミング異常を認めた。マノメトリーでは左食道入口部において、嚥下時の圧低下不足、咽頭収縮時間の短縮、収縮圧低値を認めた。間接訓練として右食道入口部のバルーン拡張と舌運動、Shaker訓練を実施。直接訓練は右側傾、頭部左回旋でのゼリー摂取から段階的に進め、2か月後に座位、頭部左回旋で咀嚼嚥下食、全粥の経口摂取が可能となった。舌・咽頭収縮筋の強化が改善に寄与したと考え、治療経過を経時データとともに報告する。

## 7. 代償手段を用いて復職に至った前大脳動脈領域に生じた脳梗塞の一例

<sup>1</sup>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

<sup>2</sup>藤田保健衛生大学医学部連携リハビリテーション医学講座

<sup>3</sup>藤田保健衛生大学七栗記念病院リハビリテーション部

<sup>1</sup>舟橋怜佑, <sup>1</sup>前島伸一郎, <sup>1</sup>岡本さやか, <sup>3</sup>渡辺 誠, <sup>1</sup>布施郁子, <sup>1</sup>八木橋恵, <sup>3</sup>大石明紀, <sup>3</sup>平松佑麻,

<sup>2</sup>岡崎英人, <sup>1</sup>浅野直樹, <sup>1</sup>田中慎一郎, <sup>1</sup>堀 博和, <sup>1</sup>平岡繁典, <sup>1</sup>園田 茂

前大脳動脈(ACA)領域に生じた脳梗塞で復職を果たした症例を報告する。症例は57歳の女性で介護職員。倦怠感で発症し、左ACA梗塞の診断で保存的加療された。記憶障害や注意障害、軽度の右不全片麻痺を認めたため、発症2週間後から、約8週間にわたって回復期リハビリテーションを実施した。その結果、記憶障害の改善は乏しかったが、代償手段が復職に有効であったと考えられたため、訓練経過について報告する。

## 8. リハビリテーション中の継時的な運動強度の測定

<sup>1</sup>藤田保健衛生大学リハビリテーション医学Ⅰ講座

<sup>2</sup>藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科

<sup>3</sup>藤田保健衛生大学病院リハビリテーション部

<sup>1</sup>松浦広昂, <sup>1</sup>向野雅彦, <sup>1</sup>平野 哲, <sup>1</sup>才藤栄一, <sup>1</sup>加賀谷齊, <sup>1</sup>角田哲也, <sup>1</sup>波多野和樹, <sup>2</sup>大塚 圭,

<sup>3</sup>加藤正樹, <sup>3</sup>山田純也, <sup>3</sup>青嶋保志

従来のパルスオキシメーターより容易に計測が可能な、頭部に装着する『耳朶式パルスオキシメータ』を開発した。これを用いて脳卒中片麻痺患者及び健常人に対して6分間歩行時に脈拍を継続的に計測し、平均運動強度(%HRR)・生理的コスト指数(PCI)を算出した。重度麻痺患者では%HRR・PCIともに高い傾向が得られた。歩行中の脈拍測定は運動負荷や運動効率のモニタリングに有用である可能性がある。

## 9. 心臓リハビリテーションを施行した高齢心不全患者における入院日数とイベント発症の関係

<sup>1</sup>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

<sup>2</sup>藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院リハビリテーション部

<sup>1</sup>喜久村かおり、<sup>2</sup>河野裕治、<sup>1</sup>青柳陽一郎、<sup>1</sup>溝越恵里子、<sup>1</sup>才藤栄一

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院に入院し、心臓リハビリテーションを行った高齢心不全患者を対象に、入院時検査所見、入院日数を診療記録より抽出し、退院後の心不全増悪によるイベント発症（再入院、心臓死亡）の有無で比較検討した。イベント発症群は入院日数が有意に長かった。さらに、入院日数が25日を超えると再入院の可能性が高まることが示唆された。本結果は、急性期病院退院後の医療機関における心不全の重症度評価の一助となる可能性がある。

座長 剱谷豊田総合病院 小口和代

## 10. 胃癌術後に生じた重度栄養障害例に対するリハビリテーションの経験—病棟とりハの協働による活動向上アプローチの重要性

愛知医科大学リハビリテーション科

家田一文

胃切除術に伴う重度栄養障害、全介助となり、1年半にわたるリハビリテーションと栄養管理によって改善した症例を報告する。80代男性。胃癌術後に持続する嘔吐、食欲不振で、BI 0点、重度摂食嚥下障害、SGAC（高度の栄養不良）に悪化。当初の再建術に問題が発見され、再手術を施行された後リハビリ、主治医、病棟看護師が集中的に栄養管理と病棟での活動向上アプローチを行い、自宅退院となった（BI 95点、普通食自己摂取、SGAA）。

## 11. リハビリテーション部における感染対策の質向上に関する検討

<sup>1</sup>名古屋大学医学部附属病院リハビリテーション科

<sup>2</sup>名古屋大学医学部保健学科リハビリテーション療法学

<sup>1</sup>杉山純也, <sup>1</sup>岡田貴士, <sup>1</sup>門野 泉, <sup>1</sup>西田佳弘, <sup>2</sup>杉浦英志

リハビリテーションにおける感染対策の重要性は極めて高い。当院では感染制御チームの活動にリハビリ医1名、療法士2名が関わっている。しかしICTラウンドや個人の手指消毒薬の消費量統計などの結果はあまり良好ではない。スタッフへの意識調査では標準予防策や個人用防護具装着に関する正しい知識が不足し手指消毒に対する意識が高くないことが分かった。この点を補う教育が感染対策の質向上に繋がると考えられる。

## 12. "自宅環境チェックリスト(Home Environment Checklist)"の開発および信頼性・妥当性の検討

<sup>1</sup>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

<sup>2</sup>藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科

<sup>3</sup>藤田保健衛生大学病院リハビリテーション部

<sup>1</sup>千手佑樹, <sup>1</sup>向野雅彦, <sup>2</sup>尾関 恩, <sup>1</sup>柴田斎子, <sup>1</sup>喜久村かおり, <sup>3</sup>大河内由紀, <sup>3</sup>水谷公司, <sup>3</sup>加藤正樹,

<sup>4</sup>Birgit Prodinger, <sup>1</sup>才藤栄一

患者の健康状態の理解には、能力だけでなく、環境要因の評価が重要である。しかし、現存の環境因子の評価用スケールの多くはセルフリポート式であり、認知障害患者等には適用が困難であった。我々は、臨床家による評価のための10項目から構成された環境要因チェックリストを作成し、理学療法士1名、作業療法士1名での検者間信頼性を評価した。重み付け $\kappa$ 係数は全ての項目で0.7以上であり、評価スケールとして使用ができる信頼性が確認できた。

- M E M O -

## 総会

12:50 - 13:10

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 13:15 - 15:30 受付開始 12:15

### The prevention of falls in elderly

Physical and Rehabilitation Medicine Second University of Naples  
Francesca Gimiglian

司会：国立長寿医療研究センター 近藤和泉

### 認知症に対するリハビリテーション

国立長寿医療研究センター 大沢愛子

司会：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 前島伸一郎

### ◎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

### ◎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。