

**第41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8月26日（土）10:00 – 16:15

**会 場**

名古屋市立大学病院 中央診療棟3階 大ホール  
名古屋市瑞穂区瑞穂町川澄1

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：前島伸一郎

〒514-1295 三重県津市大鳥町 424-1 藤田保健衛生大学七栗記念病院

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

一般演題 10:00 - 12:00 受付開始 9:30

座長 岐阜大学医学部附属病院 青木隆明

## 1. 中途視覚障害者の眼科リハビリテーションの症例報告

本郷眼科・神経内科

高柳泰世, 坂部 司

愛知視覚障害者援護促進協議は 1981 年に中途視覚障害者の家庭復帰・社会復帰を援護することを目的に設立したボランティア団体である。本郷眼科・神経内科はその中核として愛知県内眼科医療機関からの紹介などで受診した患者を眼科リハビリテーションワーカーと共に眼科リハビリテーションを施行して殆どが家庭復帰に成功し、社会復帰した例もある。その成功した症例を報告する。

## 2. 肉腫に対するマッサージの影響

名古屋市立大学整形外科

大塚隆信, 三輪真嗣, 林 克洋, 山田 聡, 岡本秀貴

症例は 12 歳, 男児。半年前から持続する左膝痛を主訴に接骨院でマッサージを受けたところ, 疼痛と腫脹が増強した。X 線で左大腿骨遠位に骨破壊と硬化像の混在する病変を認め, MRI では骨外に進展する骨腫瘍を認め, 腫瘍の周囲には広い範囲に信号変化を認めた。また, PET, CT では肝, 肺, 骨に多発転移を認めた。病理組織像では高度な異形成を有する悪性像がみられ, 骨肉腫と診断した。化学療法後, 転移巣はいずれも PR~SD であったが原発巣は PD であり, マッサージによる被膜の破綻が腫瘍進展の原因と考えた。マッサージと腫瘍の進展の関連について文献的考察を加えて報告する。

### 3. 軟骨無形成症に起因する脊柱管狭窄症に対するリハビリテーションの一例

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

軟骨無形成症に起因する脊柱管狭窄症の患者に対し術後のリハビリテーションを経験したので、文献的考察を交えて報告する。症例は小児期に軟骨無形成症と診断され、30歳頃より右下肢痛、右尖足、間欠性跛行が悪化し腰部脊柱管狭窄症を指摘された。35歳時に当院にて胸腰椎移行部後方除圧固定術、腰椎除圧術を施行。術後右下肢痛は改善を認めたが、右尖足の改善には乏しかった。上肢が臀部や下肢に届かず日常生活で介助を多く要するようになった。

座長 刈谷豊田総合病院 小口和代

### 4. くり返す橋出血を繰り返した海綿状血管腫の一例

<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>1</sup>木曾昭史, <sup>1</sup>前島伸一郎, <sup>2</sup>岡崎英人, <sup>1</sup>前田寛文, <sup>1</sup>八木橋恵, <sup>1</sup>千手佑樹, <sup>1</sup>岡本さやか, <sup>1</sup>布施郁子,

<sup>1</sup>堀 博和, <sup>1</sup>園田 茂

本症例は繰り返す橋出血の既往を認めたが、今回の病前ADLは自立していた。複視と運動失調で発症し、近医を受診し海綿状血管腫による橋出血の再発と診断された。保存的に加療され、リハビリ目的で当院に転入院となった。初診時、眼球運動障害、四肢の失調、測定異常、変換運動障害を認め、ADLは監視レベルであった。6週間のリハビリで歩行とADLが自立し、自宅に退院となった。一般的に橋出血は重度で機能予後が悪いが、本症例のような海綿状血管腫からの出血では予後良好な場合がある。

## 5. 強皮症および多発性筋炎の経過中にⅡ型呼吸不全を発症しリハビリテーションを

### 施行した一例

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

Ⅱ型呼吸不全を合併した強皮症および多発性筋炎の症例を経験したため文献的考察を交えて報告する。症例は 77 歳女性。強皮症と多発性筋炎の診断で他院フォローされていた。当院受診した際、意識レベル低下となり気管挿管し緊急入院となった。入院 3 日目より胸部可動域訓練を中心にリハビリテーションを開始し、入院 43 日目に呼吸器離脱した。現在は筋力訓練と有酸素運動を追加し経過をフォローしている。

## 6. 特異な嚥下動態を呈した外傷性混合性喉頭麻痺の一例

<sup>1</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>2</sup>浜松市リハビリテーション病院リハビリテーション部

<sup>3</sup>東京慈恵会医科大学附属柏病院神経内科

<sup>1</sup>杉 貴文, <sup>1</sup>金沢英哲, <sup>2</sup>滝浪綾乃, <sup>3</sup>谷口 洋, <sup>1</sup>高橋博達, <sup>1</sup>藤島一郎

72 歳男性。工作中、木が後頭部を直撃、直後より嘔声と嚥下困難認め、急性期病院に搬送。嚥下不能 (Gr.2) で胃瘻造設。受傷 6 か月後、当院転院。前医では免疫介在性ニューロパチーと診断され、頭部 MRI 正常で脳震盪とされていたが、片側の下位脳神経麻痺を呈していたので再検討をおこなった。CT, MRI では斜台骨髓内濃度、信号変化を認め、頭蓋底骨傷による左末梢性混合性喉頭麻痺と診断。段階的 direct 訓練により、普通食自力摂取可能 (Gr.8) となった。

## 7. 脳卒中後嚥下障害-大脳片側病巣, 両側病巣患者の比較

<sup>1</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>2</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>3</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>4</sup> 藤田保健衛生大学七栗記念病院歯科

<sup>1</sup> 岡崎英人, <sup>2</sup> 松岡明香, <sup>2</sup> 中嶋友美, <sup>2</sup> 富田早紀, <sup>4</sup> 金森大輔, <sup>2</sup> 永田千里, <sup>2</sup> 坂口貴代美, <sup>3</sup> 園田 茂

脳卒中患者は、大脳片側病巣に比し両側病巣は嚥下障害が残存し易いとされているが、回復期リハビリテーション病棟に入院し摂食・嚥下障害臨床的重症度分類（DSS）が同じの患者の予後については不明である。今回、当院回復期リハビリ病棟に入院し、入院時のDSSが同じ大脳片側病巣、両側病巣患者67名の嚥下障害の実態を後方視的に調査し若干の知見を得たので報告する。

## 8. 嚥下造影検査で用いるボースの喉頭侵入・誤嚥における難易度

<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>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> 小川真央, <sup>1</sup> 加賀谷斉, <sup>1</sup> 青柳陽一郎, <sup>1</sup> 大高洋平, <sup>2</sup> 小野木啓子, <sup>1</sup> 柴田斉子, <sup>2</sup> 尾関 恩, <sup>1</sup> 森 志乃,  
<sup>1</sup> 溝越恵里子, <sup>1</sup> 赤堀遼子, <sup>1</sup> 才藤栄一

2011年1月から2016年5月に当院における嚥下造影検査（VF）でLQ10（液体10ml）、MX（コンビーフ4gと液体5mlの混合物）、CUP30（液体30gコップ連続飲み）の3試行を座位かつ代償手技なしに行った136例について、喉頭侵入・誤嚥の有無を評価した。喉頭侵入はCUP30、LQ10、MXの順で多く、誤嚥はCUP30、MX、LQ10の順で多く認めた。また、CUP30では2回目以降の嚥下中誤嚥が多かった。

## 9. バランス練習アシストロボット訓練による動的バランスの変化

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院リハビリテーション科

<sup>2</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>1</sup>大高恵莉, <sup>1</sup>小口和代, <sup>2</sup>大高洋平, <sup>1</sup>松浦広昂, <sup>1</sup>服部亜希子, <sup>1</sup>後藤進一郎, <sup>1</sup>酒井元生, <sup>2</sup>平野 哲,

<sup>2</sup>才藤栄一

中枢神経疾患 17 名（平均 59.6 歳）にバランス練習アシストロボットを用いて全 16 回の訓練を行い、Mini-BESTest を介入前後で評価した。総得点は全対象で改善した。下位項目は、予測的姿勢制御 7 名（41.2%）、反応的姿勢制御 11 名（64.7%）、感覚機能 13 名（76.5%）、動的歩行 13 名（76.5%）で改善を認めた。ロボット訓練により、動的バランスの全てのシステムにおいて改善し得ることが示された。

## 10. 頸髄損傷患者に対する歩行補助ロボット WPAL の応用

<sup>1</sup>国立長寿医療研究センター

<sup>2</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>3</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>4</sup>輝山会記念病院リハビリテーション科

<sup>5</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>6</sup>藤田保健衛生大学病院リハビリテーション部

<sup>7</sup>東名ブレース株式会社

<sup>8</sup>アスカ株式会社開発本部

<sup>1</sup>波多野和樹, <sup>2</sup>平野 哲, <sup>2</sup>才藤栄一, <sup>2</sup>角田哲也, <sup>3</sup>布施郁子, <sup>4</sup>清水康裕, <sup>2</sup>向野雅彦, <sup>2</sup>舟橋怜佑,

<sup>5</sup>田辺茂雄, <sup>6</sup>加藤正樹, <sup>7</sup>宇野秋人, <sup>8</sup>武満知彦

我々は脊髄損傷対麻痺者の歩行再建のため歩行補助ロボット WPAL (Wearable Power-Assist Locomotor) を開発してきた。WPAL を用いて歩行を行う際には、歩行器操作と左右への重心移動が必要であるため、WPAL の基本的適応は神経学的レベル Th4-L1 の完全対麻痺とし、C6-Th3 の場合は個別に検討することとしてきた。今回、神経学的レベルが C6-7 の頸髄損傷患者 5 名に WPAL を用いたので、結果を報告する。





**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**

**血管性認知症の臨床最前線**

**三重大学大学院医学研究科病態神経内科学講座 富本秀和**

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 園田 茂

**脳卒中リハビリテーションー最大限の機能回復をめざしてー**

**鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学 下堂 蘭 恵**

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。

-MEMO-