

第 29 回 日本リハビリテーション医学会中部・東海地方会

日 時：平成 23 年 8 月 27 日（土）10：00～

場 所：大正製薬株式会社 名古屋支店
名古屋市千種区千種 2-17-18 TEL：(052) 733-8112
（地下鉄桜通線：吹上駅下車徒歩 12 分，JR 中央線：鶴舞駅下車 15 分）
（全館禁煙のためご協力願います）

◎**発表時間**：発表 7 分（発表時間を厳守してください），質疑 5 分。

◎**当日，会場にて下記受付をいたします。**

- 1) 発表形式は PC によるプレゼンテーションのみとします。
[Windows で動画の無い場合] Windows で作成された発表データは CD-RW，USB のデータ持ち込みはコンピューターウイルスの感染リスクがある為，CD-R でのファイル提出を推奨します。発表 40 分前には受付に提出してください。ソフトは Power Point で作成してください。ファイル形式は，Power Point 2003 for Windows でお願いします。
[Windows で動画のある場合] ご自分の PC をお持ち込み下さい。コンセント用電源アダプタをご用意ください。
[Macintosh の場合] ご自分の PC をお持ち込み下さい。出力端子接続アダプタおよびコンセント用電源アダプタをご用意ください。
- 2) 演題抄録（A4 サイズ 1 枚に収まるようにワープロにて 400 字以内の抄録，3 語以内の key words をつけてください）をご提出ください。

◎**日本リハビリテーション医学会専門医・認定臨床医生涯教育単位の取得について**

- 1) 本地方会参加により 10 単位が認定されます。
- 2) 本地方会の筆頭演者は 10 単位が履修できます。

当番幹事：近藤和泉

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35
国立長寿医療研究センター機能回復診療部
TEL：0562-46-2311 / FAX：0562-44-8518
E-mail：ik7710@ncgg.go.jp

地方会

一般演題 10:00-12:15 受付開始 9:30

座長：浜松医科大学附属病院 美津島 隆

1. 回復期リハビリ施設の地域への関わり

¹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

²藤田保健衛生大学七栗サナトリウム地域支援室

³藤田保健衛生大学七栗サナトリウムリハビリテーション部

¹園田 茂, ²永田はるみ, ²下村康氏, ³中川由希子, ³宮坂裕之, ¹岡崎英人, ¹岡本さやか, ¹水野志保,

¹成田 渉, ¹尾崎幸恵, ¹崎原尚子

我々は三重県から脳卒中リハビリ連携事業を受託し、津市内の地域スタッフへの事例検討を活用した啓発活動とともに、スタッフ間の連携強化に努めている。そのなかで、回復期リハビリを終えて地域に帰る際の情報提供が必ずしも地域の要望に沿わないことが指摘され、ADLのポイントや、リハビリでやり残した点などを明示する連携シートを試行し始めた。これら連携事業の概要を発表する。

2. 三次元動作解析装置を用いた片麻痺手指機能の定量的評価の検討

¹国立長寿医療研究センター機能回復診療部

²藤田保健衛生大学病院リハビリテーション部

³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

¹尾崎健一, ²首藤智一, ¹近藤和泉, ³才藤栄一, ³加賀谷 齊

我々は三次元動作解析装置を用い、簡便で臨床応用可能な片麻痺の定量的評価法の開発を行っている。今回、手指機能評価の検討を行った。片麻痺患者 34 例を対象とし、KinemaTracer[®]を用いて指折り動作を計測した。母指尖-小指中手指節関節間と示-小指尖-舟状骨結節間の距離変化合計(cm)と、速度合計(cm/sec)を指標とした。15 例を 1 週間以内の別日に 2 回計測し再現性を、34 例 52 計測を同一日に評価した SIAS (Stroke Impairment Assessment Set) および[®]Brunnstrom Stage と比較し基準関連妥当性を検討したので報告する。

3. 代行能力の評価 続々報

本郷眼科・神経内科

高柳泰世

何が出来ないかではなく何が出来るかがリハビリの基本である。出来ないであろうとの憶測で能力を過小評価することは差別と考えられる。私は先回、色覚特性者の代行能力の評価について各県警本部長が警察官採用基準の間違いに気付かれ、改善されてきていることを発表した。2011年6月に漸く47都道府県警全てに於いて「石原表誤読者でも職務遂行に支障がなければ可」と採用基準が改正されたので、その経緯を報告する。

4. 上下肢痙縮に対する A 型ボツリヌス毒素注射の経験

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石原 健, ¹加賀谷 斉, ¹才藤栄一, ¹柴田斉子, ¹平野 哲, ¹田中貴志, ¹濱田芙美, ¹前田寛文,

²尾関 恩, ²太田喜久夫

当院では平成 23 年 1 月から 6 月までに上下肢痙縮に対して A 型ボツリヌス毒素注射を 28 例（うち 9 例は 2 回）に施行した。患者の平均年齢は 48 歳、原疾患内訳は脳出血 10 例、脳梗塞 6 例、頭部外傷 4 例、痙性対麻痺 3 例、脊髄損傷 2 例、脳性麻痺 2 例、脳膿瘍 1 例であった。初回注射部位は下肢 19 例、上肢 6 例、上下肢 3 例だった。Modified Ashworth Scale では注射後に中央値で 1 段階の改善を得た。

5. 高次脳機能障害患者のための日常生活評価法

¹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

²藤田保健衛生大学七栗サナトリウムリハビリテーション部

³藤田保健衛生大学七栗サナトリウム地域支援室

⁴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

⁵国立長寿医療研究センター機能回復診療部

¹成田 渉, ²中川裕規, ²宮坂裕之, ²川上さつき, ²金森理恵子, ²大下真紀, ³下村康氏, ⁴才藤栄一,

⁵近藤和泉, ¹園田 茂

今回、我々は高次脳機能障害患者の日常生活評価表を作成した。入院や自宅生活などの場面を問わずに評価できることを目的としており、記憶、注意など全 6 領域で構成される計 93 個の設問群からなる。今回は 10 名の患者を今回作成した評価法、FIM 認知項目、FAM 障害適応項目で評価し、それぞれの関係について検討したので報告する。

6. 急性期脳卒中における部分免荷トレッドミル訓練の効果～予備的検討～

刈谷豊田総合病院リハビリテーション科

小口和代, 江崎貞治, 伊東加弥子, 山口裕一

2010年10月より開始した, 部分免荷トレッドミル訓練の無作為化比較試験の現況を報告する. 初発脳卒中で, リハビリ室訓練開始時に平行棒内歩行5m要介助の17名を, 週3回実施群9名/非実施群8名に群分けした. 開始後3週以内に平行棒内歩行5m監視を達成した実施群6名/非実施群5名 (両群とも達成まで発症後約2週) において, 達成時の下肢Stroke Impairment Assessment Set 合計は, 実施群6.0/非実施群8.2だった. トレッドミルの課題特異的な効果を実証する可能性がある.

座長: 浜松市リハビリテーション病院 藤島一郎

7. リハビリテーションに難渋したミュンヒハウゼン症候群と診断された1症例

岐阜大学医学部附属病院整形外科リハビリテーション部

山岸宏江, 青木隆明, 平尾純子, 榎田 臣, 佐藤正夫

20代女性. 介護士. 24歳時に四肢の痺れが生じ, 整形外科初診. 頸椎症の診断にて頸椎後方固定術施行. 症状は改善せず, 吃逆, 不随運動, 下肢の屈曲拘縮が進行, 複数の病院を転々とし, ITB療法, 腱解離術なども施行される. 現在車いすADLは自立しているがリハビリ入院継続を希望. 初回手術後約5年の経過から当院精神科にてミュンヒハウゼン症候群の診断確定後, リハビリに精神療法も取り入れ, 集中力の向上と意識の変化によるリハビリが効果的なADLの獲得につながったことを紹介する.

8. 回復期リハビリテーション病棟において無症候性に内頸動脈狭窄症が進行した2症例

¹医療法人社団友愛会岩砂病院リハビリテーション科

²医療法人社団友愛会岩砂病院内科

¹森 憲司, ²岩砂三平

回復期リハビリ病棟においても脳梗塞の再発予防は重要であり, 脳梗塞の病態により, PT-INR値のコントロール, 抗血小板剤の使用, 適切な血圧管理などが不可欠となる. 今回, 無症候性に内頸動脈狭窄症が進行した2症例を経験した. 内頸動脈狭窄症は症例によっては外科的治療の適応になる場合があるため, その診断は重要である. 今回の2症例は無症候性であったために定期的なMRI検査によりはじめて診断された. 回復期リハビリ病棟においての定期的なMRI検査の必要性を再認識した症例であった.

9. 肺動脈性肺高血圧症患者に対する心肺運動負荷試験の安全性の検討

浜松医科大学リハビリテーション科

入澤 寛, 安田千里, 赤津嘉樹, 美津島 隆

肺動脈性肺高血圧症 (PPH) はこれまで予後不良の疾患とされてきたが, 近年は薬物治療法の発展で長期予後を得られる症例が増加した. しかし, PPH 患者の心肺機能評価には 6 分間歩行距離などの簡易試験に頼らざるを得ず, 最高酸素摂取量を測定するような心肺運動負荷試験 (CPX) は危険とされほとんど行われなかった. 今回我々は PPH 患者 7 名に対し呼気ガス分析装置を用い CPX を実施したのでその結果と安全性を報告する.

10. 急性期病院の TBI 患者における摂食・嚥下障害の検討

¹ 松阪中央総合病院リハビリテーション科

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

³ 松阪中央総合病院リハビリテーションセンター

⁴ 松阪中央総合病院脳神経外科

⁵ 松阪中央総合病院神経内科

¹ 尾関保則, ² 太田喜久夫, ³ 青木祐介, ³ 古橋暁子, ⁴ 山中 学, ⁵ 大達清美

本研究の目的は, 急性期病院における TBI 患者の摂食・嚥下障害の頻度や重症度を明確にし, 摂食・嚥下リハビリの介入指針の基本資料とすることである. 当院 (急性期病院 440 床) に入院した TBI 患者のうち, リハビリが実施された 137 名を対象とし, 摂食・嚥下障害の頻度, リハビリ開始時および退院時における摂食状態 (ESS)・補助栄養方法, ADL, 嚥下造影施行例は摂食・嚥下重症度分類 (DSS) を評価したため, 考察とともに報告する.

11. 嚥下造影検査結果から推奨された食形態ごとの摂食・嚥下障害臨床的重症度の分布調査

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

濱田美美, 柴田斉子, 加賀谷 斉, 才藤栄一, 太田喜久夫, 尾関 恩, 田中貴志, 伊藤友倫子, 岡田猛司, 青柳陽一郎, 小野木啓子

摂食・嚥下障害患者が安全に食事を摂取するためには, 嚥下障害の重症度に応じた食形態の調整が必要である. 当院では試行錯誤の結果, 4 種類の嚥下調整食が作られ, 軟菜食や普通食とともに嚥下障害者に提供されている. 2009 年 1 月から 2010 年 12 月まで施行された嚥下造影検査の結果から, 臨床的重症度分類と推奨された食形態の関係を調査した. 推奨された食形態ごとの臨床的重症度の分布から食形態の難易度が判定できた.

13:30～13:45

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

「高齢者の嚥下障害の特徴とその対応法」

藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科

教授 太田喜久夫 先生

司会：刈谷豊田総合病院 小口和代

「Clinical trial and experience of Botulinum toxin injection in Korea to control spasticity in CP」

Seoul National University college of Medicine

Professor Moon Suk Bang, M.D.

司会：国立長寿医療研究センター病院 近藤和泉

◎日本リハビリテーション医学会専門医・認定臨床医生涯教育単位の取得について

- 1) ご自身の登録番号を確認する為、生涯教育研修記録証をご持参下さい。
- 2) 研修会参加により1講演毎に10単位が認定されます。
- 3) 1講演（10単位）毎に受講料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。

-Memo-