

第 44 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 31 年 2 月 9 日（土） 9:30 - 15:30

会 場

今池ガスビル ダイアモンドルーム
愛知県名古屋市千種区今池 1-8-8

日本リハビリテーション医学会中部・東海地方会
事務局：藤田医科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：山内克哉

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山 1-20-1

浜松医科大学医学部附属病院リハビリテーション科

一般演題 9:30 - 12:00 受付開始 9:00

座長 浜松医科大学 永房鉄之

1. 視覚障害リハビリテーションワーカーにより単独歩行による通学が可能になった報告三例

¹NPO 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

^{1,2}高柳泰世, ^{1,2}坂部 司, ^{1,2}山本 潔, ^{1,3}田中雅之, ^{1,3}大塚 拓

NPO 法人愛知視覚障害者援護促進協議会は 1981 年(S56 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、様々な活動をしてきた。ガイド技術、日常生活訓練、白杖単独歩行訓練、点字・パソコンなどのコミュニケーション訓練、視覚補助具の使用法などロービジョン訓練講座などを開催してきた。白杖による移動訓練は定位と移動の訓練を行うものである。今回歩行訓練により単独白杖歩行による通学が可能になった三症例を報告する。

2. RTX を用いた呼吸理学療法を行った開腹術後の呼吸不全の一例

浜松医科大学リハビリテーション科

清水 恵, 渡辺浩司, 永房鉄之, 山内克哉

53 歳の男性。進行胃癌で胃空腸バイパス術を施行。術中から酸素化不良で直接 ICU へ収容された。CT で両肺下葉の高度無気肺を認めた。当科で人工呼吸器装着中から RTX を用いた呼吸理学療法を開始。良好な痰の咯出と呼吸状態の改善が得られ、入室後 8 日目に一般病棟に転棟した。近年では、ICU における早期リハビリテーションが積極的に行われており、当院でも積極的に行っている。本症例について若干の考察を加えて報告する。

3. 誤嚥性肺炎で入院した患者の退院後の生存率

¹藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座

²JCHO 中京病院リハビリテーション科

³JCHO 中京病院リハビリテーションセンター

⁴藤田医科大学医療科学部看護学科

⁴藤田医科大学医療科学部リハビリテーション学科

¹戸田芙美, ¹加賀谷齊, ³萩野未沙, ³水谷真季, ³稲葉紋子, ³安藤紗絵香, ¹柴田齊子, ⁴小野木啓子

⁵尾関 恩, ¹才藤栄一

誤嚥性肺炎で入院した患者の退院後の生存率を調査した。対象は 2014 年 7 月から 2 年半の間に誤嚥性肺炎で入院し生存退院した 260 名とし、入院中の臨床的重要度分類 (DSS) と退院から 1 年以内の死亡の有無などをカルテより後方視的に調査した。対象を DSS4 以下と DSS5 以上で分け、生存率を Kaplan-Meier 法を用いて表し比較した (Log rank 検定, $p < 0.05$)。退院 1 年後の生存率は DSS4 以下群で DSS5 以上群より有意に低かった。

4. 頸髄損傷患者における嚥下障害～7例の比較

¹中伊豆リハビリテーションセンター 内科

²中伊豆リハビリテーションセンター 脳神経外科

¹草川仁志, ²檜前 薫, ¹水嶋和彦

2013 年 9 月からの 5 年間に当センターに入院した頸髄損傷患者のうち、嚥下障害があり嚥下造影 (VF) を施行された 7 名について、嚥下機能の障害と損傷髄節・治療法・気管切開既往、向精神薬使用の要因を比較検討した。液体嚥下、咀嚼嚥下の両者での嚥下反射惹起時間の遅延は認められず、咽頭収縮不全による喉頭蓋谷残留および梨状陥凹の残留が特徴であると思われた。

5. 当院の臨床倫理に対する取り組み

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聖隷淡路病院リハビリテーション科

¹國枝顕二郎, ¹金沢英哲, ¹昆 博之, ¹小川美歌, ²重松 孝, ¹藪崎敦子, ¹黒川雅史, ¹宮川晋治

¹棚橋一雄, ¹高橋博達, ¹藤島一郎

臨床現場では、達成可能な医療とその限界等による倫理的課題に直面することも少なくない。例えば障害の回復が困難な場合や本人が意思表示できない場合など、関係者の様々な価値観が対立し倫理的問題が生じる。近年、当院では対応に難渋する症例を中心に倫理カンファレンスを開催するなど、臨床倫理に対する取り組みを行っている。当院での取り組みについて紹介するとともに、今後の展望や課題などについて述べたい。

6. 看護必要度 B 項目を用いた高齢入院患者の動態調査

¹藤田医科大学ロボット技術活用地域リハビリテーション医学

²藤田医科大学医学部リハビリテーション医学 I 講座

³藤田医科大学医療科学部看護学科

¹太田喜久夫, ²松浦広昂, ³小野木啓子

高齢者は安静臥床や二次性サルコペニア等で Hospital associated deconditioning が生じやすく、退院後もフレイル状態に陥りやすい。2017 年度に当院に 1 週間以上入院した 65 歳以上の全入院患者 971 名を対象として看護必要度 B 項目と退院先を調査し、リハビリテーション医療介入の必要性について検討した。急性期病棟における自宅退院患者 108 名の看護必要度 B 項目の中央値は入院時 4、退院時 5 で、自宅退院時 2 点以上のものは 58.3%と多く、地域包括ケアシステム構築に必要な情報と考えられた。

7. ICF リハビリテーションセット採点のための医療者用 e-learning ツールの作成

¹ 藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅱ講座

² 藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座

³ 藤田医科大学医療科学部リハビリテーション学科

⁴ 藤田医科大学病院リハビリテーション部

¹ 千手佑樹, ² 向野雅彦, ³ 尾関 恩, ⁴ 大河内由紀, ⁴ 水谷公司, ² 才藤栄一, ¹ 園田 茂

国際機能分類(ICF)には項目毎に評点として 0-4 点をつける仕組みがあるが、実用的な採点基準がないことが問題である。我々は、30 項目からなる ICF リハビリテーションセットの採点用ガイドを作成し、検者間信頼性の検討を行ってきた。本研究では、さらに客観性の高い採点を行うため、採点用ガイドを元に典型例のリストを作成し、ガイドと例示を用いて採点の練習を行うことのできる e-learning ツールを作成したので報告する。

8. 病院施設における高次脳機能障害の診療

浜松市リハビリテーション病院 高次脳機能センター

昆 博之, 國枝顕二郎, 藤島一郎

当院では高次脳機能障害の診療を充実させるために、平成 28 年 11 月に高次脳機能センターを設置した。急性期病院からの転院リハビリテーションを主体とする当院のような病院施設は高次脳機能障害の初期臨床を担っており、高次脳機能障害者の長期に亘る治療歴の中で重要な役割を果たすと考える。本発表では病院施設の立場からこの 2 年間の取り組みや課題、さらに高次脳機能障害者の自動車運転再開支援の現状について報告する。

9. ディープラーニングを用いた脳卒中患者の帰結予測の試み

¹藤田医科大学医学部連携リハビリテーション医学講座

²藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅱ講座

¹岡崎英人, ²竹尾淳美, ²木曾昭史, ²石本 立, ²堀 博和, ²渡邊克章, ²千手祐樹, ²水野志保

²岡本さやか, ²園田 茂

近年コンピュータの処理能力の向上に伴い、ディープラーニング（DL）が容易に行えるようになった。DL は画像判別など多岐にわたって利用されているが、脳卒中後の ADL の帰結予測に関する報告はない。今回、回復期病棟入退院した脳卒中患者を対象に入院時の臨床データから退院時 Functional Independence Measure がどの程度判別できるか試み若干の知見を得られたので報告する。

10. 脳卒中患者における発症直後から回復期退院までの ADL の変化

¹藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座

²藤田医科大学病院看護部

³藤田医科大学病院リハビリテーション部

¹角田哲也, ¹大高洋平, ¹前田寛文, ²三鬼達人, ³加藤正樹, ¹柴田斉子, ¹才藤栄一

発症直後の急性期から回復期退院まで一貫した施設における ADL の検討は少ない。当院急性期病棟でリハビリテーションを開始後に当院回復期病棟に入棟され、退院に至った脳卒中患者において、急性期開始時と回復期入棟時、退院時の FIM 合計点を電子カルテより後方視的に調査し、急性期期間、及び回復期期間の FIM 利得、FIM 効率をそれぞれ算出した。脳卒中発症後早期よりリハビリテーションを開始し、回復期退院まで連続して集中的なリハビリテーションを行うことにより、高い帰結を得ることが可能であることが示された。

11. 集中治療室（GICU）における早期離床・リハビリテーションチームの課題

¹愛知医科大学医学部リハビリテーション科

²愛知県済生会リハビリテーション病院

¹菅亜吏可, ¹木村伸也, ¹橋詰玉枝子, ²家田一文, ¹林 博教

【目的】ICUで早期離床・リハビリテーション加算請求に関わる専任チームの課題を明らかにする。

【方法】2018年7～12月の早期離床・リハビリテーション加算請求例と、同年1～6月にGICUでリハビリテーションを実施した例（対照群）の原疾患，術式，障害，GICU在室日数，転帰，治療内容等を調査した。【結果と考察】加算例で，心臓外科・循環器内科の患者が半数以上を占めた。リハビリテーションとケア内容を対照群と比較する。

座長 湖山リハビリテーション病院 殷 祥洙

12. 産学共同研究で開発した訓練機器「ねじりハ・シリーズ」の有効性

¹浜松医科大学リハビリテーション科

²獨協医学大学リハビリテーション科

¹永房鉄之, ¹山内克哉, ¹渡邊浩司, ¹清水 恵, ¹安田千里, ²美津島隆

【目的】産学共同研究で開発した訓練機器「ねじりハ・シリーズ」の片手ねじ，両手ねじによる有効性を検討した。【対象・方法】デイケア通所者で介入群 9名，コントロール群 7名に分け，介入群は片手ねじ，両手ねじを各 10分，合計 20分，週 3回，計 3週間実施した。握力，ピンチ力（三指つまみ），ボックスブロックテストによる評価を行った。【結果】介入群にて両側の握力，右側のピンチ力が訓練前に比べ，有意に向上した。「ねじりハ・シリーズ」を用いた訓練により手指機能の向上を図れることが示唆された。

13. 回復期リハビリテーション病院入院中の痙縮に対するバクロフェン髄注療法（ITB）の検討

¹ 鶴飼リハビリテーション病院リハビリテーション科

² 名古屋セントラル病院脳神経外科

¹ 津金慎一郎, ² 竹林成典, ¹ 鄭 統圭, ¹ 今井幸恵

痙縮に対する ITB は有効とされており、単科の回復期リハビリテーション病院に入院した症例に対して行ったので報告する。2017 年 4 月～2018 年 11 月に、当院入院中の 4 人が急性期病院に転院して ITB を受けた。急性期病院の入院期間は 11～28 日間。全例が当院に再入院し、痙縮の改善を認めた。回復期リハビリテーション病院入院中にも、痙縮が問題になる場合は、急性期病院に一旦転院して ITB を行うことが有効である。

14. 当院における around knee osteotomy 後のリハビリテーション

豊川市民病院整形外科

裴 漢成

近年、膝関節機能温存を目的に脛骨のみならず、大腿骨でも骨切り術行うことの有用性が報告されており、当院でも変形が大腿骨にも認められる場合には、膝周囲骨切り術（around knee osteotomy ; AKO）を積極的に実施している。ただ、一般的には AKO 後は免荷期間が長く設定され、忌避される理由の一つにもなっている。そこで当院では、独自の平行棒内プロトコルを作成し、早期荷重訓練内容を標準化すべく取り組んできた。今回、2016 年 1 月から当院で実施した AKO 35 例のうち、術後 3 日目からの早期荷重を許可した 30 例の入院経過（独歩獲得時期、入院期間）及び、CT で評価した術後 3 週時点の骨折の有無について報告する。

15. 反復性膝蓋骨脱臼に対する内側膝蓋大腿靭帯再建後にリハビリテーションを行った3例

¹名古屋大学医学部附属病院リハビリテーション科

²名古屋大学保健学科リハビリテーション療法学

¹杉山純也, ¹金野鈴奈, ¹菱田愛加, ¹岡田貴士, ¹門野 泉, ¹西田佳弘, ²杉浦英志

反復性膝蓋骨脱臼では大腿四頭筋萎縮が起こり, 一般的な手術法である内側膝蓋大腿靭帯再建術では術後膝蓋骨周囲に強い疼痛を訴えることが多い, 今回この術式に対しリハビリテーションを行った3例につき報告する. 術翌日より全荷重可動域訓練を許可されたが疼痛により実施が困難であり, 大腿四頭筋筋力低下と膝蓋骨周囲の疼痛により歩行獲得には期間を要した. 歩行以外の日常生活活動の改善にも焦点を置いた訓練が重要であった.

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

骨粗鬆症を伴った高齢者脊柱変形の安全安心な治療を目指して

-筋力、歩行能力評価も踏まえたリハビリテーションと疼痛ケアの重要性-

浜松医科大学整形外科 松山幸弘

司会：浜松医科大学リハビリテーション科 山内克哉

リハビリテーション科医の産業医活動

和歌山県立医科大学リハビリテーション医学

文部科学省認定障がい者スポーツ研究拠点 田島文博

司会：浜松市リハビリテーション病院 藤島一郎

◎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。