第 23 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 20 年 8 月 23 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 3 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] 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．ファイルで提出したい場合は予め当番幹事に確認の上，前日までに事務局に送付下さい.
[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：鈴木善朗
〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町65
名古屋大学附属病院リハビリテーション部
TEL＆FAX：052-744-2686
E-mail：meidaireha@gmail.com

地方会

一般演題　10:00-12:30　受付開始 9:30

座長：名古屋市総合リハビリテーションセンター　小川鉄男

１．長野県諏訪地域における重症児地域療育ネットワークの現状と課題

信濃医療福祉センター
朝貝芳美

長野県地域療育ネットワークの拠点として信濃医療福祉センターがある．障害の重症度や種別によりニーズは異なるが，在宅重症児保護者からの当センターへの要望では短期入所，通園，医療管理（緊急時の入院）に対する要望が大きい．しかし現状では少子化，医師・看護師不足からニーズに対応できず，デリバリーサービスによる在宅支援にも限界がある．地域の社会資源を活用したネットワークづくりの現状と課題について報告する．

２．眼科難病疾患『網膜色素変性症の臨床』

本郷眼科・神経内科・名古屋大学公衆衛生学教室
高柳泰世

網膜色素変性症は網膜の周辺の杆体細胞の変性により夜盲・求心性視野狭窄を主症状とする．原因，病理などは未だ解明されていない．名古屋市の統計では原因疾患のトップになってきた．予防法，治療法など不明なため，JRPS と言う網膜色素変性症友の会が結成され，世界的な団体になっている．万能細胞移植など新しい研究が期待されるが，視覚障害の他に合併症のない症例については，視覚代行リハビリテーションが重要である．

３．多発外傷後に回復期リハビリテーション病棟において無症状のうちに発見できた大動脈弁閉鎖不全症の一例

海南病院回復期リハビリテーション病棟
江崎貞治

胸部鈍的外傷に伴う外傷性大動脈弁閉鎖不全症については本邦では３１例の報告があるがリハビリテーション分野では兵頭ら（Jpn J Rehabil Med 2007; 44: 36-39）の報告があるのみである．それらの多くは心不全を発症して発見されている．今回我々は回復期リハビリテーション病棟において身体診察所見により胸部鈍的外傷に伴う大動脈弁閉鎖不全症を無症状のうちに発見し，治療しえた一例を経験したので報告する．

４．弁膜症患者の術後急性期 ADL における検討

[1]浜松労災病院リハビリテーション科，[2]浜松医科大学リハビリテーション科
赤津嘉樹[1]，山内克哉[2]，美津島　隆[2]

弁膜症の患者は心不全により活動が制限され冠動脈バイパス術後の患者に比べ，しばしば術後の離床が遅延する．そこで弁置換術後患者 17 例の ADL を FIM で評価し術後 7 日目の FIM80 点以下の群を遅延群（n=8），FIM80 点以上を順調群（n=9）とし 2 群を後方視的に調査し比較した．患者背景因子では術後在院日数で有意差を認めた．また術後 7 日目の血液検査（Hb，Ht，CRP）の値で有意差を認めた．遅延群は炎症反応が高値であり，合併症の管理が影響したことが示唆された．早期からの介入により ADL の向上を図ることが重要である．

座長：刈谷豊田総合病院　小口和代

５．嚥下造影施行後における胸部及び腹部レントゲン撮影の有用性の検討

[1]藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座
[2]藤田保健衛生大学大学医療科学部リハビリテーション学科
田中貴志[1]，加賀谷　斉[1]，馬場　尊[2]，才藤栄一[1]，横山通夫[1]，八谷カナン[1]，沢田光思郎[1]，
尾崎健一[1]

嚥下造影検査（VF）後の胸部及び腸内バリウム残留に対する X 線撮影の有用性を，胸部は X 線上の誤嚥の有無と誤嚥量の関連について，腹部は X 線上の貯留深度と摂取量の関連について検討した．胸部では VF 中に誤嚥を認めた 30 例中，誤嚥量 1g 以上でも X 線上残留を認めない例が 2 例存在し，残留を正確に評価しない可能性が示唆された．腹部では 30 例の VF 施行例中 21 例に残留を認め，摂取量と貯留深度との間に相関関係を認めなかった．

６．頭頸部癌に対する放射線治療中の筋力と栄養評価

浜松医科大学リハビリテーション科
山内克哉，入澤　寛，安田千里，美津島　隆

頭頸部癌に対して放射線治療を行った際に，嚥下障害や筋力低下を経験する．それらの症例に対して，筋力と嚥下，栄養状態を検討したので報告する．対象は放射線療法のみが施行された頭頸部癌患者 10 名で，放射線治療前，治療中，治療後の 3 回，上下肢筋力を測定し，嚥下，栄養状態の評価を行った．経過中に，筋力は徐々に低下した．嚥下状態は悪化し摂食量・体重も低下したが，食事形態を再検討する事で全例経口摂取可能となり退院した．

７．高度肥満を有する脳卒中患者の入院リハビリテーション

[1]藤田保健衛生大学七栗サナトリウム，[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]藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座，[4]藤田保健衛生大学藤田記念七栗研究所
前田博士[1]，園田　茂[1]，岡崎英人[1]，岡本さやか[1]，水野志保[1]，平野　哲[1]，成田　渉[1]，
鈴木　亨[2]，近藤和泉[4]，永井将太[2]，奥山夕子[1]，登立奈美[2]，才藤栄一[3]

肥満は脳卒中の危険因子であるのみならず，リハビリテーション（以下リハ）の阻害因子でもある．特に高度肥満を有しかつ麻痺が重度な症例では，リハ開始当初の起居動作，座位などにも苦慮し，帰結予測が困難である．今回，高度肥満を有する脳卒中リハ症例の経過をまとめ，どこにポイントを置いてリハを行うべきなのか考察したので報告する．

８．橋出血患者のリハビリ予後

[1] 藤田保健衛生大学七栗サナトリウム，[2]藤田保健衛生大学藤田記念七栗研究所
[3]藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科
[4]藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座
水野志保[1]，園田　茂[1]，近藤和泉[2]，岡本さやか[1]．岡崎英人[1]，前田博士[1]，平野　哲[1]，成田　渉[1]，
鈴木　亨[3]，才藤栄一[4]

脳幹部出血では片麻痺，四肢および体幹失調などにより非麻痺部位が無かったり，感覚障害が強かったりとリハビリテーションに難渋することが多い．今回，当院のデータベースを後方視的に検討し，橋出血患者の意識障害が改善された時点での SIAS や FIM とゴール設定との関係，実際の帰結との関係を考察したので報告する．

座長：中部ろうさい病院　田中宏太佳

９．ロボット(WPAL: Wearable Power-Assisted Locomotor)による歩行再建 – 第３報：従来型装具との比較検討 -

[1] 藤田保健衛生大学坂文種報德會病院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講座
[3]藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科
[4] 藤田保健衛生大学病院リハビリテーション部
清水康裕[1]，才藤栄一[2]，鈴木　亨[3]，村岡慶裕[3]，田辺茂雄[3]，加藤正樹[4]，土本友香[4]，窪田慎治[4]

我々は脊髄損傷患者の歩行補助ロボットを開発中である．今回，3 名の脊髄損傷患者に対して骨盤帯長下肢装具（Primewalk）と歩行補助ロボット（WPAL）の歩行時のエネルギー消費を比較した．対象は 28 歳・T12，47 歳・T11，56 歳・T6 である．双方の装具を装着下に歩行を行い，30 秒毎の移動距離，歩数，心拍数変化，エネルギー消費量（PCI），自覚的運動強度（Borg 指数）を比較した．いずれの症例でも WPAL の方が移動距離は長く，エネルギー消費は低かった．WPAL の歩行能力も含めて報告する．

10．両下肢下垂足に対し，靴取り替え可能な両側支柱付き靴型装具を作製した１例

浜松医科大学リハビリテーション科
安田千里，入澤　寛，山内克哉，美津島　隆

症例は慢性炎症性脱髄性多発神経炎の 18 歳男性．両下肢下垂足に対し，靴取替え可能な両側支柱付き靴型装具（革靴，運動靴）を作製した．従来使用していたプラスチック短下肢装具と比較し，10m 歩行で所要時間の短縮（9.4 秒→8.5 秒（革靴），7.8 秒（運動靴）），速度の増加（1.1m/sec→1.2m/sec（革靴），1.3m/sec（運動靴））及び歩容の改善を認めた．TPO に合わせて靴の取替えが可能となり，デザイン面でも患者の高い満足が得られた．本例のような若年者には有用と思われる．

11．ハムストリングス広範切除後，歩行獲得した大腿部滑膜肉腫患者の下肢筋力の推移

[1]浜松医科大学リハビリテーション科，[2]同整形外科
入澤　寛[1]，美津島　隆[1]，山内克哉[1]，安田千里[1]，西村行秀[2]

悪性腫瘍などでハムストリングスを全切除した場合でも，歩行能力を再獲得できることはこれまで経験的に知られてきた．今回我々は滑膜肉腫によってハムストリングス全てを含む広範切除術施行後の患者にリハビリテーションを行い，2 週程度で独歩可能なレベルまで歩行能力を改善させることを得た．本症例のリハビリテーション経過，および等速性筋力測定器，徒手筋力計を用いて測定した下肢筋力の推移を文献的考察を交え報告する．

12．THA，TKA 患者の術直前静的動揺性の検討

[1]順天堂大学医学部附属静岡病院整形外科，[2]同リハビテーション室
大林　治[1]，金子和夫[1]，佐藤広美[2]，小林敦郎[2]

末期変形性関節症例の人工股関節全置換術（THA）78 例（男性 15 例、女性 63 例），人工膝関節全置換術（TKA）50 例（男性 8 例，女性 42 例）の術直前に，ｷﾈﾄｸﾞﾗﾋﾞｵｺｰﾀﾞｰ（G-7100 アニマ社）を用い 30 秒間の開眼静止立位による静的動揺性を重心動揺計により計測した．対照は健常者 37 例とした．THA 群では比較的若年から動揺性の悪化がみられるが，高齢者群では 3 群間に有意な差はなかった．

13．ヒッププロテクターによる転倒・骨折減少効果に関する研究

[1]介護老人福祉施設ルミナス大府，[2]国立長寿医療センター整形外科．[3]同リハビリテーション科，
[4]あさひ病院整形外科
長屋政博[1]，原田　敦[2]，中澤　信[3]，猪田邦雄[4]

本研究では，介護施設入所の介助車椅子レベル以上の高齢者に対して，硬性および軟性のヒッププロテクターの 2 つの介入群を設定し，硬性プロテクター群では，対象者は 137 名，軟性プロテクター群では，対象者は 148 名と，246 名のコントロール群との間で大腿骨頚部骨折率，他の骨折率，転倒率について比較検討を行った．また調査開始時の血液検査および超音波骨評価と調査開始後の転倒との関連を検討した．ヒッププロテクター装着群では，転倒がコントロール群に対して有意に少なかった．

-Memo-

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

「なおらないことをめぐって」
立命館大学大学院先端総合学術研究科　教授　立岩真也先生

「疼痛性疾患に対してリハ医が行える手技」
名古屋大学医学部保健学科　教授　鈴木重行先生

司会：　名古屋大学附属病院　鈴木善朗

◎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．