

ご挨拶

この度、第29回日本リハビリテーション医学会九州地方会を別府市にて開催する運びとなりました。大分の温泉とおいしい魚料理を堪能して頂けると幸いです。なお、学会運営に際し、不備な点が多々あると思いますが、何卒ご容赦下さいますようお願い申し上げます。

第29回日本リハビリテーション医学会九州地方会会長 諏訪の杜病院院長 武居光雄

日本リハビリテーション医学会専門医・指導責任者・評議員・関連専門職委員会委員

日本リハビリテーション病院・施設協会：

障害児・者のリハビリテーションのあり方検討小委員会副委員長

日本高次脳機能障害学会評議員

大分県高次脳機能障害連絡協議会会長

大分県地域リハビリテーション研究会会長

大分県リハビリテーション協議会副会長

大分県リハビリテーション医学会副理事長

<ご案内>

学会参加費：当日受付でお支払いください。

会員 1,500 円、非会員（医師） 2,000 円、コメディカル 1,000 円

学生 無料（抄録集が必要な方：資料代 500 円）

認定単位について

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研修単位

- 午前中の学会参加により生涯教育単位 10 単位が取得できます。参加登録時にお渡しする受講カードに記入のうえ、午前の部終了後に提出してください。午前の学術集会参加者のみが対象となります（筆頭演者はさらに年度末自己申請により 10 単位）。
- 教育講演 I、II、III はそれぞれ生涯教育単位 10 単位に認定されています。単位取得希望の方は当日 10 単位につき、1,500 円を納めてください。

一般演題演者の先生方へ

一般演題の発表は 7 分、質疑応答は約 2 分です。

発表の 30 分前までに受付をお済ませください。

参加者の方へ

学術集会や教育講演での質疑応答は、非会員・コメディカル・学生の方も可能です。

質問をされる場合は、氏名、所属を述べた上で簡潔に行い、座長の指示に従ってください。

幹事会のお知らせ

学会当日の昼休み（12：15～13：10）に行います。会場は 3 階小会議室 31 となっております。

クローク

会場受付付近に設置しておりますのでご利用ください。

食事について

ビーコンプラザ周辺には飲食店は少なく、別府駅周辺には多数ございます。

*その他、ご不明な点がございましたら学会スタッフにご確認下さい。

<プログラム>

開式 8:50～ 会長挨拶

諏訪の杜病院 院長 武居 光雄

一般演題（Ⅰ） 8:55～9:58

座長 大分大学医学部附属病院 リハビリテーション部准教授 片岡 晶志

1. 当センター回復期リハビリテーション病棟における閉塞性睡眠時無呼吸症候群への対応
農協共済 別府リハビリテーションセンター リハビリテーション科 長岡 博志
2. 横隔膜ペーシングの一例 ～難治性疼痛に対する脊髄刺激装置を利用して～
貝塚病院 脳神経外科 石橋 秀昭
3. 慢性期外来心リハ患者の適正な運動処方について ～心肺運動負荷試験結果による再検討～
国立病院機構 鹿児島医療センター リハビリテーション科 鶴川 俊洋
4. 慢性心不全に和温療法を併用し良好なりハの経過をみた心原性脳塞栓の一例
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 滝吉 優子
5. 脊髄損傷者の褥瘡治療に対する V. A. C. ATS[®]治療システムの使用経験
九州労災病院 リハビリテーション科 橘 智弘
6. 歯科オープンシステムへの取り組み
社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院 小笠原 貞信
7. 広汎性発達障害児の運動機能評価
別府発達医療センター リハビリテーション科 福永 拙

休憩 9:58～10:03

一般演題（Ⅱ） 10:03～11:06

座長 川島整形外科病院 院長 川島 真人

8. 回復期リハ病棟での後療法に苦慮した大腿骨頸部骨折術後症例の検討
吉塚林病院 リハビリテーション科 藤田 典往
9. 左大腿切断後、歩行目的の義足作製が困難であった神経線維腫症1型患者の1例
産業医科大学リハビリテーション医学講座 加藤 徳明

10. 当院における体外衝撃波治療の経験

宮崎大学医学部整形外科 河原 勝博

11. 左片麻痺で左大腿骨骨幹部骨折を受傷し、骨折部固定困難のため左大腿切断に至った 1 例

出水総合医療センター リハビリテーション科 中沢 不二雄

12. ドラッグチャレンジテストが有用であった腕神経叢麻痺の一例

産業医科大学リハビリテーション医学講座 蜂須賀 明子

13. 重度の起立性低血圧を伴うヘルペス脊髄炎の一例

熊本機能病院 神経内科・総合リハビリテーション部 桂 賢一

14. 脳梗塞後にレストレスレッグス症候群を合併した 1 例

ちゅうざん病院 リハビリテーション科 野田 知路

休憩 11 : 06~11 : 11

一般演題 (Ⅲ) 11 : 11~12 : 14

座長 井野辺病院 院長 井野邊 純一

15. 単身生活脳卒中患者の帰来先に影響する因子の検討

ちゅうざん病院 リハビリテーション科 米原 正樹

16. 手指装着型電極を用いた電気刺激治療 (FEE) にて上肢機能の改善をみた回復期脳卒中患者 2 例

井野辺病院 総合リハビリテーションセンター 井野邊 純一

17. 片麻痺・手の回復予測

浅木病院 三好 正堂

18. 機能回復訓練後の栄養摂取法の選択に苦慮した一例

吉塚林病院 内科リハビリテーション科 松尾 龍

19. 頸部表面筋電図と嚥下造影検査同時記録による嚥下障害の客観的評価法に向けての試み

熊本機能病院 総合リハビリテーションセンター 津留 俊臣

20. 一般病院における言語聴覚療法の動向

熊本セントラル病院 リハビリテーション科

吉塚林病院 リハビリテーション科

東 世智

21. 回復期リハビリ病棟における半側空間無視合併患者の実態

長尾病院 服部 文忠

幹事会 12 : 15～13 : 10

九州地方会総会 13 : 10～13 : 25

九州ブロック専門医・臨床認定医生涯教育研修会

教育講演Ⅰ 13:30～14:30

座長 諏訪の杜病院 院長 武居 光雄

「片麻痺上肢への革新的治療法～NEURO の紹介」

東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座主任教授 安保 雅博先生

●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研修単位 10 単位

教育講演Ⅱ 14:30～15:30

座長 大分大学医学部附属病院 整形外科教授 津村 弘

「大分国際車いすマラソン大会 30 年間にわたる医学的研究結果」

和歌山県立医科大学リハビリテーション医学教授 田島 文博先生

●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研修単位 10 単位

教育講演Ⅲ 15:30～16:30

座長 畑病院 院長 畑 洋一

「内部障害患者のリハビリテーション：最近のトピックス」

東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻内部障害学分野教授・専攻長 上月 正博先生

●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研修単位 10 単位

一般演題 (I) 8:55~9:58

1. 当センター回復期リハビリテーション病棟における閉塞性睡眠時無呼吸症候群への対応

農協共済 別府リハビリテーションセンター リハビリテーション科
長岡博志 山浦隆宏 梅木繁子 河野俊郎 西野達生 中村和輝 本田昇司

閉塞性睡眠時無呼吸症候群（以下閉塞性 SAS）は睡眠中の上気道の閉塞により動脈血酸素飽和度（以下 SpO₂）の著明な低下をきたす病態である。回復期リハビリテーション病棟でも同症候群はしばしば遭遇し、日中過眠、頭痛等はリハビリ効率を低下させ、また夜間低酸素血症は脳卒中を含む循環器系疾患の発症誘因の一つになっている可能性がある。今回我々は過去回復期リハビリ病棟にて経験した閉塞性 SAS も 4 症例について検討し、その内詳細な経過が得られた 2 症例について報告する。（症例 1）70 歳男性、第 4 頸髄レベルの頸髄損傷で重度四肢麻痺あり。当方入院時夜間の呼吸困難感、夜間覚醒と日中傾眠傾向があり。簡易型終夜睡眠ポリグラフ検査（PSG）を実施したところ、AHI 46.5/hr と重度の閉塞性 SAS であった。直ちに経鼻的持続陽圧呼吸（NCPAP）を開始し、3%酸素飽和度低下指数（ODI3%）は同療法実施前後で、31dips/hr より 3.5dips/hr に改善した。（症例 2）62 歳男性、脳内出血による左上下肢麻痺あり。夜間覚醒と日中過眠傾向を認めたため、簡易型 PSG 実施し、AHI 46.6/hr と重度の OSAS であった。NCPAP 導入後、ODI3%が 42.0dips/hr から 0.9dips/hr に改善した。これにより、両症例とも自覚症状の改善が得られた。

2. 横隔膜ペーシングの一例 ～難治性疼痛に対する脊髄刺激装置を利用して～

貝塚病院 脳神経外科¹⁾ 機能神経外科²⁾
東京女子医科大学 脳神経外科³⁾
石橋秀昭¹⁾ 平孝臣³⁾ 宮城靖²⁾ 古賀広道¹⁾ 上加世田和文¹⁾

脊髄高位損傷や脳腫瘍術後、筋萎縮性側索硬化症など中枢性呼吸麻痺をきたし人工呼吸器から離脱できない症例は多いと思われる。既に欧米では横隔膜ペーシング機械が実用化されているが、日本では医療器具として承認されていない。第四脳室脳腫瘍術後に中枢性呼吸麻痺をきたした 17 歳男子症例で、平が考案した、横隔膜神経に難治性疼痛に対する脊髄刺激装置を装着しての横隔膜ペーシングを行った。現在まで、毎日断続的な呼吸筋リハビリテーションを行い良好な換気量を得られている。この方式は保険適応外の治療で、まだ国内での施行例が非常に少なく、本症例でも今後の長期にわたる呼吸リハビリテーションの課題が残っているが、中枢性換気障害例に対し一時的でも人工呼吸器からの離脱を模索するのであれば有効な治療法である。

3. 慢性期外来心リハ患者の適正な運動処方について ～心肺運動負荷試験結果による再検討～

国立病院機構 鹿児島医療センター リハビリテーション科
鶴川俊洋

- 【目的】これまで心肺運動負荷試験(以下、CPX)の実施できなかった当院での心リハにおける自転車こぎのトレーニングは、最低負荷強度から開始し、心拍数・血圧・自覚的運動強度を考慮して実施してきた。今回慢性期外来心リハ患者にCPXを行い、既存の運動処方と実際の運動耐容能との一致性を検討した。
- 【対象】発症から3ヵ月以上経過している心リハ実施患者28名(男性22・女性6名、平均年齢63.8才)。
- 【結果】タイムトレンド法を用いて嫌気性代謝閾値(以下、AT)を測定した。CPX直近の運動療法の負荷強度が、今回のATからAT1分前の間の強度である患者は17名(一致率61%)で、よりATの強度の方に近い患者が10名であった。AT時の強度を上回っている患者も10名認めた。トレーニング終了時の心拍数が、AT時の心拍数±5/分の範囲を上回っている患者は11名であった。
- 【まとめ】慢性期心リハ患者の運動処方は一般的に心リハで推奨される運動強度よりも比較的高めであった。

4. 慢性心不全に和温療法を併用し良好なりハの経過をみた心原性脳塞栓の一例

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¹⁾
鹿児島大学病院霧島リハビリテーションセンター²⁾
滝吉優子¹⁾ 松元秀次¹⁾ 上間智博²⁾ 下堂蘭恵¹⁾ 川平和美¹⁾

- 【はじめに】慢性心不全を伴い、心原性脳塞栓を発症し、第50病日に当院に転院となった症例に和温療法を併用し、良好な経過をみたので報告する。
- 【症例】62才男性、右片麻痺(Brunnstrom stage: 上肢Ⅲ; 手指Ⅳ; 下肢Ⅳ)、失語症、NYHA心機能分類Ⅲ度、下腿浮腫なし、頸静脈怒張なし、BNP 232 pg/mL、EF 35.7%。
- 【治療と経過】通常のリハと薬物療法に加えて、週3回で7週間の和温療法(60°Cの低温乾式遠赤外線サウナ浴15分、保温30分による温熱療法)を実施した。運動負荷は1~2Metsから開始し、第7週には5~6Metsまで可能となった。NYHAⅠ度、BNP 65.7、EF 40.9%、心室性期外収縮は約2000回/日から264回/日へと改善した。
- 【考察】心不全症状とBNPの改善ならびに運動負荷量の増加には、和温療法による血行動態や神経体液性因子の改善、不整脈の減少などが寄与したと考えられた。

5. 脊髄損傷者の褥瘡治療に対する V. A. C. ATS®治療システムの使用経験

九州労災病院 リハビリテーション科¹⁾

同 勤労者リハビリテーションセンター²⁾

橘智弘¹⁾ 石井麻利央¹⁾ 河津隆三¹⁾ 白石純一郎¹⁾ 豊永敏宏²⁾

今回、我々は脊髄損傷者の褥瘡に対する陰圧閉鎖療法として、2010年4月ようやくその使用が承認された KCI 社の V. A. C. ATS®治療システムを使用したのを報告する。

症例は頸髄損傷により四肢麻痺 (C7、ASIA impairment scale A) が残存した 65 歳の男性で、2010年8月に仙骨部褥瘡 (DESIGN-R で D4-e3s8i0G5n0p0:16) の治療目的に入院した。デブリードマンを実施した後に止血を確認したうえで、V. A. C. ATS®治療システムを使用して陰圧閉鎖処置を開始したところ、3週間後に褥瘡の大きさは処置開始前の約 1/2 に縮小し、創面の大半を良性肉芽が占めるようになった (D3-e1s6i0g1n0p0:8)。

このシステムの使用方法は簡便であり、日常臨床の中で褥瘡治療現場に遭遇する機会が少なくない我々リハビリテーション科医にとっても有用であると考えられた。

6. 歯科オープンシステムへの取り組み

社団法人是真会 長崎リハビリテーション病院¹⁾

長崎市歯科医師会²⁾

日本歯科医師会理事³⁾

小笠原貞信¹⁾ 栗原正紀¹⁾ 吉田 敏²⁾ 渡邊知英²⁾

田代 俊夫²⁾ 平良浩代²⁾ 高田圭介²⁾ 角町正勝³⁾

【はじめに】入院歯科治療に関して、通常は常勤歯科医師を置くのが一般的であるが、当院では「口のリハビリテーション」の地域における展開をめざし、地元歯科医師会と協議の結果、登録歯科医によるオープンシステムを立ち上げた。当システムは、複数の地域の歯科医師が病院へ訪問診療するという全国でもほぼ例を見ない試みである。

【取り組み内容・結果】平成 20 年 4 月運営委員会を設立。その後長崎市歯科医師会との間で「長崎リハビリテーション病院オープンシステム覚書」を締結、平成 20 年 12 月 1 日システムの開始となった。平成 20～21 年の受診件数実績は 415 件（延べ 1129 件）となった。

【考察・今後の課題】

平成 21 年末、地域の紹介歯科医・退院患者に対するアンケート調査を実施した。その結果、在宅での口腔ケア継続に対して一定の効果が示唆されたものの、地域歯科医師への意識の広がりという点で今後の課題が残った。

7. 広汎性発達障害児の運動機能評価

別府発達医療センター リハビリテーション科¹⁾ 小児科²⁾ 麻酔科³⁾
大分療育センター リハビリテーション科⁴⁾ 精神科⁵⁾
福永 拙¹⁾ 戸澤興治¹⁾ 佐藤美由紀¹⁾ 松塚敦子²⁾
井上久子²⁾ 吉良慎一³⁾ 佐竹孝之⁴⁾ 原かおり⁵⁾

【はじめに】運動発達遅滞を示し、後に広汎性発達障害と診断された児童の発達経過を調査し、幼児期に運動発達遅滞を認めなかった広汎性発達障害児の発達経過とを比較検討した。

【対象症例】評価対象とした児童は、別府発達医療センターに併設されている外来通院の児童および知的障害児通園施設に通う児童を対象とした。初診時の年齢は生後10ヶ月から5才までであった。

【方法】運動発達については、遠城寺式乳幼児分析的発達検査表（九大小児科改訂版）を用いて粗大運動の発達を評価した。標準的な運動発達に比べて、2ヶ月以上の遅れを認める場合に「遅れあり」と判断した。

【結果】幼児期初期に運動発達の遅れをみせるのは、高機能自閉症タイプに多い。また、アスペルガータイプでは、立位、歩行までは早期に獲得するが、協調運動障害を認めるものが多い。

一般演題（Ⅱ）10：03～11：06

8. 回復期リハ病棟での後療法に苦慮した大腿骨頸部骨折術後症例の検討

吉塚林病院 リハビリテーション科
藤田典往 佐久川明美 百合野信夫 東世智 松尾龍

大腿骨頸部骨折の手術的治療では、Garden分類のⅠ～Ⅱ型は観血的骨接合術、Ⅱ～Ⅳ型は人工骨頭挿入術とされるが、実際は、患者背景、全身状態、術者の哲学に応じて決定され、術者のスタンスでタイプによらず拡大的に術式の選択がなされることがある。

H21年1月から11月の間に当院回復期リハ病棟に入棟した大腿骨頸部骨折術後症例の中で、認知症や併存疾患など他因子でなく、術後状態で後療法に苦慮した症例について検討した。症例は82歳男性、自転車で転倒して受傷。Garden分類Ⅲ型に対してスクリュー3本で骨接合されたが、骨切部のギャップがあり疼痛を伴ったため後療法が遅延し、下肢筋力の低下と膝関節の拘縮が進み、最終的に車椅子となった。認知症を認めたが、早期より歩行訓練が出来ておればADLの改善は見込めたものと思われる。

他の症例も検討し、適切な術式選択や手術手技が後療法に影響し、回復期リハ病棟でのリハの到達点も左右するものと思われた。

9. 左大腿切断後、歩行目的の義足作製が困難であった神経線維腫症1型患者の1例

産業医科大学リハビリテーション医学講座
加藤徳明 蜂須賀明子 和田太 蜂須賀研二

症例は43歳女性。3歳時に神経線維腫症1型の診断を受けた。左下肢・臀部の腫瘍は増大し、易出血性であり、経過中に腫瘍切除術や左下腿骨骨折のため荷重不可能となり19歳より左PTB装具装着し杖歩行の生活となった。

平成22年5月28日、左下肢の腫脹が出現し血腫を認めた。その後左下腿は壊死し、6月9日に左大腿切断術を施行された。両側松葉杖歩行可能となったが、義足使用での歩行に強い希望があり、9月3日当科へ紹介となった。左大腿断端部は神経線維腫のため腫大し、股関節伸展に制限を認めた。レントゲン、CTにて下位腰椎・骨盤の変形、左仙腸関節・恥骨結合の不安定性を認め、歩行目的での義足作製の適応はないと判断し、装飾用義足を作製した。

神経線維腫症1型では、脊椎や四肢骨の高度な骨病変や変形、骨折を伴うことがあり、義足作製にあたっては荷重のかかる部位の評価は重要である。考察を加え報告する。

10. 当院における体外衝撃波治療の経験

宮崎大学医学部整形外科
河原勝博 鳥取部光司 帖佐悦男

【はじめに】体外衝撃波治療は整形外科領域として1991年ドイツで偽関節治療に対する有効性が報告され、その後欧米で石灰沈着性腱板炎、テニス肘、足底腱膜炎に対しての報告がされている。本邦では2008年12月に足底腱膜炎に対する治療が承認され臨床治療が始まった。当院では2010年7月より試験的機器を導入し治療を行っているので報告する。

【対象】2010年7月から11月の間に複数回を含めて足底腱膜炎15例、デュケルバン病3例、アキレス腱炎2例、デュピイトレン1例、腱板炎1例の治療を行った。

【結果】足底腱膜炎については治療前VAS scale 48.3 ± 23.1 mm、施行後1カ月後 30.6 ± 26.8 mmであった。またその他の症例についても痛みの改善を認めていた。

【考察】本治療は外来にて原則無麻酔で行える治療であり、腱付着部周囲の疾患に対してこれまでの行われてきたリハビリなどの理学療法、装具療法、局所注射などに加え、新たな治療法の選択肢なるものと思われる。

11. 左片麻痺で左大腿骨骨幹部骨折を受傷し、骨折部固定困難のため左大腿切断に至った 1 例

出水総合医療センター リハビリテーション科
中沢不二雄

症例は 86 歳女性、1998 年に右前頭葉皮質下出血を発症し、左片麻痺寝たきり胃瘻管理で家族の介護を受けて自宅生活を送っていた。徐々に左股関節屈曲拘縮が生じ、左股関節は屈曲 90 度で固定していた。2010 年左股関節屈曲拘縮に対し鍼灸師が左股関節を伸展させようとしたところ、軽度の衝撃と共に左大腿骨の変形が生じた。即日かかりつけ医受診、当院紹介入院、X-P で左大腿骨骨幹部骨折を確認した。入院 3 日目に左大腿骨遠位から髓内釘固定を受け、左大腿骨は整復された。しかし術後徐々に近位骨折端が皮下に突出するようになり、X-P で骨折部固定不良が確認された。発熱、低アルブミン血症が見られ、全身状態不良の為やむなく術後 4 週で左大腿骨骨折部より左大腿を切断した。術後経過問題無く、切断後 3 週で自宅退院となった。左片麻痺、左大腿骨骨幹部骨折、骨脆弱性、股関節屈曲拘縮などの不利な条件が重なり本例は不幸な転帰を辿ったと考えている。

12. ドラッグチャレンジテストが有用であった腕神経叢麻痺の一例

産業医科大学リハビリテーション医学講座
蜂須賀明子 松嶋康之 小田太士 佐伯覚 蜂須賀研二

症例は 61 歳、男性。X-7 年ガス爆発事故によって左腕神経叢損傷（C5 神経根残存、C6-Th1 引き抜き損傷）を受傷した。X-4 年頃より左上肢の激痛が出現し、近医で星状神経節ブロックを行うも効果がなく、疼痛は徐々に悪化し、X 年 5 月 complex regional pain syndrome type II の診断を受けた。X 年 6 月に腕神経叢麻痺および疼痛の精査加療目的で当院当科に入院した。左上肢は肩関節固定術後で肘以下の随意性はなく、左上肢全体の持続痛と発作性の激痛を認めた。ドラッグチャレンジテストを実施し、チアミラール投与でのみ疼痛の改善効果があったため、作用機序が同様であるガバペンチンの内服を開始したところ、左上肢痛が著明に改善した。ドラッグチャレンジテストは薬理学的機序の異なるいくつかの薬剤を静脈内投与して疼痛の機序を明確にする方法であり、難治性の慢性疼痛の薬剤選択に有用である。

13. 重度の起立性低血圧を伴うヘルペス脊髄炎の一例

熊本機能病院 神経内科・総合リハビリテーション部

桂賢一 時里香 佐藤達矢 津留俊臣 徳永 誠

松永薫 木原薫 渡辺 進 中西亮二 山永裕明

【症例】29歳、男性。

【診断】ヘルペス脊髄炎

【現病歴】X年11月四肢脱力が出現し、前医に搬送。四肢・呼吸筋麻痺、腱反射消失からギランバレー症候群を疑い加療した。その後下肢筋力は改善したが腱反射が亢進。脊髄MRIで上位頸髄にT2高信号域を認め、髄液PCRで1型HSV-DNAの増加を認めヘルペス性脊髄炎の診断となる。症状安定後、X+1年3月リハ目的で当院入院となる。

【現症】血圧110/80（臥位）、60/40（座位）。脳神経異常なし。MMT 右上肢2、左上肢3、両下肢4。左下肢で腱反射亢進し病的反射陽性。端座位保持は可能だが途中でめまい出現し、持続は困難。

【入院後経過】座位訓練からリハビリを開始したが、起立性低血圧により重度のめまいを認めた。このため弾性ストッキングを使用し、フロリネフ内服を開始して血圧低下の頻度は減少した。また塩分摂取量を増加して更に離床時間を増やすことができた。

14. 脳梗塞後にレストレスレッグス症候群を合併した1例

ちゅうざん病院 リハビリテーション科

野田知路 今村義典 米原正樹 兼城勇子

前原愛和 仲地 聡 末永英文

【はじめに】脳梗塞後にレストレスレッグス症候群(以下 restless legs syndrome:RLS)を合併した1例を経験したので報告する。

【症例】69歳、男性[現病歴]平成X年10月23日左内包後脚梗塞発症。発症日夕より麻痺側下肢に切断したくなるような不快感出現。症状は夜間に増悪し、動かすと軽減した。11月1日回復期リハ目的で当院転院。[合併症]高血圧、糖尿病[家族歴]RLSなし[転院時所見]意識清明、意思疎通良好、右片麻痺 Br. stage II-I-IV、四肢表在覚正常、覚醒時PLMあり、HbA1c 6.2%、NCSで末梢神経障害あり

【経過】RLSによる不眠、日中傾眠のためリハ意欲低下。11月4日プラミペキソール0.25mg/日（分1夕食後）開始し著効(IRLS37→0点）。リハ介入良好となった。

【考察】糖尿病性末梢神経障害患者の脳卒中では片麻痺側のRLSに注意が必要と思われる。

一般演題（Ⅲ） 11：11～12：14

15. 単身生活脳卒中患者の帰来先に影響する因子の検討

ちゅうざん病院 リハビリテーション科
米原正樹 今村義典 野田知路 兼城勇子
前原愛和 仲地 聡 末永英文

【目的】脳卒中後の帰来先は、回復期リハビリテーション(以下、リハ)の方法・効果を評価する上で重要である。特に、家族介護に依存できない単身者のリハ回復条件は、脳卒中患者全般に関わって在宅復帰・社会復帰の条件の解決として、一般的治療計画においても参考になる要因とされる。

【対象】平成 17 年からの 5 年間に当院回復期リハ病棟に入院した患者で、初回脳卒中でリハ入院するまでの病前生活が結婚歴もなく同居家族もない単身生活であった患者 44 人(男 36、女 8)について性別、年齢、疾病分類、回復機能分類、ADL (FIM 得点) を中心にセルフケア・移動能力について検討した。

【結果】帰来先が自宅退院 28 名、施設入所 11 名、療養目的転院 0 名、専門治療目的転院 5 名であった。

【結論】FIM 得点が 100 点以上では年齢に関係なくほぼ自宅退院の転帰となるが、100 点以上でも高次脳機能障害によりセルフケアに見守りが必要な患者などは施設入所の転帰となった。

16. 手指装着型電極を用いた電気刺激治療 (FEE) にて上肢機能の改善をみた回復期脳卒中患者 2 例

井野辺病院 総合リハビリテーションセンター
井野邊純一 三浦里佳 高田まゆ 加藤貴志

我々は手指装着型電極を用いた電気刺激治療 (FEE) にて慢性期脳卒中患者の上肢機能の改善を報告した (日本リハビリテーション医学会、2010)。今回、発症後 2 週間にて当院にリハビリ入院した、回復期脳卒中患者 2 例にても改善を認めたので報告する。症例 1 は 60 代女性。右放線冠脳梗塞にて左片麻痺。FEE を 1 日約 60 分、週に 5 回施行。3 か月後 Fugl-Meyer Assessment は 11 から 27 点、上肢のグレードは上肢 3 から 9、手指 1 から 4 に改善。症例 2 は 70 代男性。左 MCA 領域の脳梗塞にて右片麻痺。FEE を 1 日約 60 分、週に 5 回施行。2 か月後、上肢のグレードは上肢 2 から 12 と完全に回復し実用手となった。以上から FEE は廃用手に陥ってしまうと予想される重度上肢麻痺患者においても、早期に開始すれば予想以上の改善をもたらす可能性が示唆された。

17. 片麻痺・手の回復予測

浅木病院

三好正堂 大里隆 三好安 船越美紀

片麻痺手のリハビリには、予後予測が大切である。そこで実用手、準実用手（麻痺は軽いが利き手交換を要する）、補助手、用廃手とBrunnstrom stageとの関係について調べた。対象は219例の脳卒中（脳出血66、脳塞栓23、他脳梗塞126、くも膜下出血4例）、男性122女性97、年齢 69.5 ± 11.7 歳、発病から入院までの日数 24.8 ± 15.8 、当院での入院日数 63.0 ± 35.0 日。入院時の手指stageは、1:73例、2:22例、3:10例、4:9例、5:35例、6:64例で、stage6に回復したのはstage1:1/73、2:2/22、3:2/10、4:2/9、5:29/35であった。退院時stage6は100例で、実用手84、準実用手8、補助手8であった。Stage5以下で真の実用手になったのは1例もなかった。実用手にならない理由は、深部感覚低下と巧緻性低下が多く、病変部位として視床、頭頂葉が多かった。一方、回復の良いのは脳幹、放線冠、被殻であった。手の回復を早期に予測することは、ほとんどの例で可能であり、リハビリ上必要である。また「準実用手」の概念を提唱したい。

18. 機能回復訓練後の栄養摂取法の選択に苦慮した一例

吉塚林病院 内科リハビリテーション科

松尾龍 東世智 藤田典往 百合野信男 佐久川明美

症例は78歳男性。脳梗塞後遺症、胃癌全摘術の既往がある。平成×年頃から発熱を繰り返し、6月、7月には肺炎のため近医入院加療された。8月16日に肺炎後廃用症候群の診断で当院回復期リハ病棟転院となった。嚥下造影検査では、食道入口部開大不全、嚥下圧上昇時の喉頭進入、食道蠕動運動低下がみられた。間欠的食道経管栄養法（OE法）及び直接嚥下訓練を施行し、食道入口部開大の改善と嚥出力の向上を認めたが、喉頭進入は残存し、また易疲労性のため、誤嚥のリスクが高く、経口単独による栄養十分量の摂取は困難であった。ご本人が経口摂食以外の代償栄養法を拒否し、退院を希望したため、誤嚥リスクの少ない食形態、食事法と嚥出法の指導を行い、感染時の早期対処として在宅医の支援を依頼した。退院3ヶ月を経過し、明らかな肺炎は発症していない。経口摂取が困難と判断した際の代償栄養法の是非についてその選択に苦慮した経験をしたので報告する。

19. 頸部表面筋電図と嚥下造影検査同時記録による嚥下障害の客観的評価法に向けての試み

熊本機能病院 総合リハビリテーションセンター¹⁾

熊本機能病院 神経生理センター²⁾

熊本機能病院 神経難病センター³⁾

熊本大学大学院 自然科学研究科⁴⁾

津留俊臣¹⁾ 佐藤達矢¹⁾ 時里 香¹⁾ 桂 賢一¹⁾ 徳永 誠¹⁾ 松永 薫¹⁾ 江口議八郎¹⁾

渡邊 進¹⁾ 木原 薫¹⁾ 中西亮二¹⁾ 山永裕明¹⁾ 古閑公治²⁾ 出田 透³⁾ 村山 伸樹⁴⁾

【目的】表面筋電図（SEMG）と嚥下造影検査（VF）を用いて、嚥下障害を有する患者の客観的な嚥下運動機能評価法を検討した。

【対象】嚥下障害を有する 36 歳から 97 歳（平均 69.8 歳）までの患者 24 名、健常対照者として 65 歳から 75 歳（平均 70.6 歳）までの 5 名。

【方法】舌骨上筋と舌骨下筋の SEMG 及び VF をベッド角度 30 度の頸部前傾仰臥位で同時記録した。検査食はバリウム含有ゼリー 2.5cc とし、咀嚼嚥下を行った。SEMG から咀嚼開始点、筋活動終了点、VF を参考にして SEMG の咽頭期筋活動開始点（PSM）を求めた。VF では咽頭期開始点と舌骨挙上開始点を求めた。また SEMG の解析パラメータとして持続時間、筋活動バースト数を求めた。

【結果】患者群では対照群と比べて、有意に PSM から筋活動終了点までの持続時間が延長し、筋活動バースト数が増加した。また VF の咽頭期開始点から舌骨挙上までの時間が患者群で有意に延長した。

【結語】SEMG と VF の同時記録で咀嚼嚥下の客観的評価法の可能性が示唆される。

20. 一般病院における言語聴覚療法の動向

熊本セントラル病院 リハビリテーション科¹⁾

吉塚林病院 リハビリテーション科²⁾

東世智^{1),2)} 松田朱加¹⁾ 佐久川明美^{1),2)}

【目的】一般病棟、回復期リハ病棟を含む 308 床の一般病院において、言語聴覚療法（以下 ST）の処方内容の動向について調査を行ったので報告する。

【対象】2002 年 1 月～2009 年 12 月までに ST が処方された入院患者 1217 名について診療科、疾患、障害等について後方視的に検討した。

【結果】ST 処方件数は年間平均 166 件、平均年齢は 77.6 歳±13 であった。診療科では内科が、疾患では脳血管疾患に比べ呼吸器疾患が増加していた。障害別では言語聴覚障害が減少し嚥下障害が増加していた。さらに、嚥下障害処方に占める誤嚥性肺炎を含む肺炎患者が増加していた。

【考察】回復期リハ病棟を含む一般病院での ST 処方対象として、従来の言語聴覚障害ではなく、嚥下障害、その中でも初発の麻痺性嚥下障害でなく、廃用に起因する嚥下障害が増加している。これに対して予防的かつ、治療的リハビリの取り組みが求められていると考える。

21. 回復期リハビリ病棟における半側空間無視合併患者の実態

長尾病院

服部文忠 薛克良 梶原治朗(OT)

【はじめに】回復期リハビリ病棟における半側空間無視（以下 USN）の実態を検討したので報告する。

【対象と方法】2006年7月から2010年6月まで当院回復期リハビリ病棟に入院したテント下の病棟を含む脳卒中患者533名。診断・リハ評価などの患者属性が含まれたデータベースを基に解析した。診断は線分抹消試験などのスクリーニング検査と行動的無視検査日本版を行った。リハビリはチーム医療としてトップダウンアプローチを行い、ボトムアップアプローチも加えた。

【結果】USNの頻度は26.2%で、うち左半側USNは68.6%、右半側USNは31.4%であった。USN群は入院時FIM、退院時FIM、FIM効率が非USN群に比して有意に低く、在院日数は有意に長かった。FIM利得に有意差はなかったが、自宅復帰率は非USN群71.3%に比較してUSN群47.3%と低かった。

【結論】USNはリハビリの効率が低く、回復期リハビリ病棟の自宅復帰率を下げている。

教育講演 I

「片麻痺上肢への革新的治療法～NEURO の紹介」

東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座主任教授 安保 雅博先生

脳卒中により身体に障害が生じた場合、「歩けますか?」「話せますか?」「手が使えるようになりますか?」に患者・家族の質問は、集約されるといっても過言ではありません。2008年4月より、我々は、今まで良くなるとされていた麻痺側上肢に対して、反復経頭蓋磁気刺激（以下 rTMS）と目的意識のある良質な集中的作業療法を組み合わせた治療法、NEURO（Novel Intervention Using Repetitive TMS and Intensive Occupational Therapy）を開始しています。経過と課題を述べます。

【略歴】

平成 2 年 3 月 東京慈恵会医科大学卒業
平成 5 年 3 月 神奈川県リハビリテーション病院リハビリテーション科医員
平成 6 年 3 月 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座助手
平成 8 年 4 月 東京都立大久保病院リハビリテーション科医員
平成 10 年 1 月 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座助手
平成 10 年 4 月 スウェーデン カロリンスカ研究所/病院
Department of Clinical Neuroscience に留学
平成 12 年 5 月 帰国
平成 12 年 8 月 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座講師
平成 13 年 7 月 東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科診療医長
平成 13 年 9 月 東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科診療部長
平成 19 年 4 月 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座主任教授
平成 21 年 4 月 首都大学東京客員教授

日本保健科学学会理事、日本リハビリテーション医学会評議員

教育講演Ⅱ

「大分国際車いすマラソン大会 30 年間にわたる医学的研究結果」

和歌山県立医科大学リハビリテーション医学教授 田島 文博先生

本年で 30 周年を迎える大分車いすマラソン大会を通じて、医学的データを収集し続けてきた。その結果、脊髄損傷者におけるスポーツの有用性、運動生理学的特徴、免疫学的変化、褥瘡の発症機序など多くの知見を得た。同時に、スポーツ医科学的検討により、パラリンピックでの金メダル獲得等を達成できた。近年では、急性期リハビリテーションとリンクする「筋肉は内分泌器官」の観点に立った運動療法の構築に役立っている。

【略歴】

産業医科大学医学部医学科卒業

医学博士・リハビリテーション科専門医

平成 4 年 ニューヨーク州立大学バッファロー校医学部

リハビリテーション科 Buswell fellow

平成 15 年 浜松医科大学医学部附属病院リハビリテーション部助教授

平成 15 年 和歌山県立医科大学リハビリテーション医学教授

平成 20 年 和歌山県立医科大学スポーツ・温泉医学研究所所長

平成 21 年 文部科学省先端科学研究所指定 和歌山県立医科大学げんき開発研究所所長

【学術活動】

日本リハビリテーション医学会評議員、日本脊髄障害医学会理事（第 46 回学術集会会長）、日本車障害者スポーツ学会常任理事、日本末梢神経医学会理事、日本生理学会評議員、日本体力医学会評議員、日本臨床スポーツ医学会評議員、日本生活支援工学会評議員、日本整形外科学会、米国生理学会会員

【専門】

リハビリテーション一般

研究分野は高齢者、脳血管障害、脊髄損傷のリハビリテーション
運動生理学、物理療法、障害者の病態生理、自律神経、温泉医学
特に障害者スポーツの普及発展に努めている。

【社会的活動】

財団法人日本障害者スポーツ連盟医学委員会副委員長。同メディカルチェック委員会委員長。日本障害者陸上競技連盟チームドクター、等。

教育講演Ⅲ

「内部障害患者のリハビリテーション：最近のトピックス」

東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻内部障害学分野教授・専攻長 上月 正博先生

動脈硬化性疾患の増加と超高齢化を背景に、内部障害者が激増している。2010年より肝臓機能障害も新たに加わった。講演ではこのような内部障害の現状を述べ、さらに、特に心不全、呼吸不全、閉塞性動脈硬化症（末梢動脈疾患）、腎臓機能障害、肝臓機能障害に対する新しいリハビリテーションの最近のトピックスを紹介する。

【略歴】

1981年	東北大学医学部医学科卒業
1984年	東北大学医学部第二内科入局
1987年	オーストラリア・メルボルン大学医学部内科に海外留学（～1989年）
1991年	東北大学医学部附属病院 助手（第二内科、1995年～理学診療科）
1997年	東北大学医学部附属病院 講師（理学診療科）
2000年～現在	東北大学大学院医学系研究科 障害科学専攻 内部障害学分野 教授 東北大学病院 内部障害リハビリテーション科長（兼務）
2002年～現在	東北大学病院 リハビリテーション部長（兼務）
2003年	東北大学病院 病院長特別補佐（兼務）
2004年～2008年	東北大学大学院医学系研究科 障害科学専攻 機能医科学講座 主任教授（兼務）
2008年～現在	東北大学大学院医学系研究科 障害科学専攻長（兼務）
2010年～現在	東北大学大学院医学系研究科 創生応用医学研究センター先進統合腎臓科学教授（兼務）

【専門医】

日本リハビリテーション医学会 専門医・認定医・指導責任者、日本腎臓学会 専門医・指導医、日本内科学会 総合内科専門医・認定医・指導医、日本高血圧学会 専門医・指導医、日本心臓リハビリテーション学会 認定指導士、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会認定士

【賞罰】

日本リハビリテーション医学会・奨励賞 2002年（共同受賞）、日本リハビリテーション医学会・最優秀論文賞 2003年（共同受賞）、日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会・学会賞 2007年（共同受賞）、東北大学病院・病院長賞 2007年・2010年（共同受賞）、科学技術振興機構戦略的創造推進事業（CREST）「脊髄外傷および障害脳における神経回路構築による治療法の開発」2008～2012年度分担研究者、等

【学会・学術活動】

国立大学リハビリテーション部門代表者会議会長（2006～2010年 機関誌編集長 2005年～、幹事）、宮城心臓リハビリテーション研究会会長（2006年～）、宮城県リハビリテーション協議会副会長、臨床運動療法研究会（幹事）監事、日本リハビリテーション医学会理事（常任理事 2008年～、東北地方会代表幹事 2005～2011年、学会誌編集長 2006年、東北地方会学術集会長 2002年）、日本腎臓リハビリテーション学会理事（理事長 2011年～、学術集会長 2011年）、日本心臓リハビリテーション学会理事（学術集会長 2013年、診療報酬対策委員会委員長 2009年～）、日本運動療法学会理事（学術集会長 2010年）、東北大学医師会理事、日本呼吸ケア・リハ学会評議員、日本摂食・嚥下リハ学会評議員、日本高血圧学会評議員、日本腎臓

学会評議員、日本心不全学会評議員、日本抗加齢医学会評議員、日本心血管内分泌代謝学会評議員、日本心脈管作動物質学会評議員、日本内科学会評議員（東北支部）、日本循環器学会評議員（東北支部）、日本内分泌学会評議員（東北支部、東北地方会学術集会長 2006 年）、等多数

【著書】

「変わるリハビリ」(著 ヴァンメディカル 2006 年)、「呼吸・循環障害のリハビリテーション」(編著 医歯薬出版 2008 年)、「新編 内部障害のリハビリテーション」(編著 医歯薬出版 2009 年)、「リハビリ診療トラブルシューティング」(編著 中外医学社 2009 年)、「糖尿病のリハビリテーション実践マニュアル」(編著 全日本病院出版会 2010 年)、「リハ医とコメディカルのための最新リハビリテーション医学」(編著 先端医療技術研究所 2010 年)、「リハビリスタッフに求められる薬・運動・栄養の知識」(編著 南江堂 2010 年)、「現場の疑問に答える心臓リハビリ徹底攻略 Q&A」(編著 中外医学社 2010 年)、等多数