



第53回 日本リハビリテーション医学会 近畿地方会学術集会プログラム



第1会場(東棟1階・コスモホール)

- ◆ 大会長挨拶 (10:00～10:05)
- ◆ 演題発表 セッション1 (10:05～10:40)
- ◆ 演題発表 セッション2 (10:45～11:30)

第2会場(東棟2階・講義室221)

- ◆ 演題発表 セッション3 (10:10～10:45)
- ◆ 演題発表 セッション4 (10:50～11:25)
- ◆ 演題発表 セッション5 (11:30～12:05)

第1会場(東棟1階・コスモホール)

- ◆ 教育講演1 (12:30～13:30)

『摂食嚥下障害の最近のトピックス』

浜松市リハビリテーション病院 特別顧問 藤島 一郎 先生

- ◆ 日本リハビリテーション医学会近畿地方会総会 (13:30～14:00)

- ◆ 教育講演2 (14:00～15:00)

『脳卒中慢性期治療アップデート 脳卒中治療ガイドライン 2021 追補 2023 対応』

近畿大学病院 脳卒中センター センター長・教授 大槻 俊輔 先生

- ◆ 教育講演3 (15:05～16:05)

『認知症の種類とそれぞれの対応の工夫』

近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室 講師 花田 一志 先生

- ◆ 閉会挨拶および次回会長挨拶 (16:05～)

会長：東本 有司（近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室）

日時：令和5年9月17日(日) 10:00～16:00

会場：森ノ宮医療大学

第1会場：東棟1階・コスモホール／第2会場：東棟2階・講義室221

連絡先：近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室

〒589-8511 大阪府大阪狭山市大野東377-2

TEL:072-366-0221 FAX:072-366-0206

URL <http://www.kinkireh.com>

会場へのアクセス

森ノ宮医療大学

〒559-8611 大阪市住之江区南港北 1-26-16 TEL : 06-6616-6911



主要ターミナル駅

「大阪(梅田)」「なんば」「天王寺」から

30分以内

「神戸(三宮)」「京都」「奈良」各方面から

約60分

大阪地下鉄(Osaka Metro)中央線
「コスモスクエア」駅2番出口より

徒歩1分
(南へ約90m)

*駐車場はございませんので、公共交通機関をご利用ください。

参加者の皆様へ

1) 参加受付について

午前 9 時 30 分より参加受付を行います。

2) 参加費および受講料

参加費	2,000 円
日本リハ医学会生涯教育研修会受講料	3,000 円 (30 単位一括)
・当日受付にて参加費 2,000 円と受講料を添えてお申し込みください。	
・受講料の払戻しや受講証明書の再発行はいたしませんので、ご注意ください。	
・演題発表や教育研修会受講のためだけに入場される場合にも、参加費(2,000 円)は別途必要です。	

3) 認定単位

- ・日本リハビリテーション医学会近畿地方会並びに専門医・認定臨床医生涯教育研修会

主演者（年度末に自己申請が必要） 10 単位

学術集会参加 10 単位

研修会受講 30 単位

日本リハ医学会教育研修受講カードは、必要事項をご記入の上、講演終了後、〔リハ医学会保存用〕を、会場出口の係員にお渡しください。講演途中で入退場の場合、受講証明書は交付いたしません。

4) 演者へのお願い

1. 関連専門職種・一般演題発表とともに受付は、森ノ宮医療大学（東棟 1 階）コスモホール入口です。
2. 口頭発表は PC (パソコン) による発表のみにさせていただきます。
3. 関連専門職種・一般演題発表とともに、1 演題に付き発表 5 分、質疑応答 2 分の合計 7 分間です。時間厳守でお願いします。
4. 演者は、発表 30 分前には参加受付をお済ませの上、セッション開始 15 分前までに会場にお越しください。
5. 発表にあたっては、以下の注意点を遵守ください。
 - (1) 発表は PC にてお願いいたします。Microsoft Office PowerPoint で作成したデータを USB フラッシュメモリー又は PC 本体をご持参ください。
 - (2) Mac を利用される方は PC 本体の持ち込みをお願いいたします。PC を持ち込まれる場合、機種・ソフトを問いませんが、コンセント用電源アダプタ、モニター出力端子については、HDMI 端子、またモニター出力端子が Mini Dush-15 ピンでないものは、接続アダプタをご準備頂きお持ち込みください。
 - (3) アニメーション機能につきましては PowerPoint のバージョンによって動作しない場合がありますので、ご注意ください。
 - (4) Windows で動画がある場合には、データのみお持ちいただいてもトラブルが生じる可能性が高いため、各自 PC を持ち込んでの発表をお願いいたします。
 - (5) 各自提出前にウイルスチェックお願いいいたします。

5) その他

- ・施設内は禁煙となっております。ご理解のほど、よろしくお願いいいたします。
- ・クローケなどはございませんので、各自にてお荷物の管理をお願いいたします。
- ・施設内に食堂・売店等ございませんので、昼食はご持参頂きますよう、お願いいいたします。

プログラム

◆ 大会長挨拶

(10:00~10:05)

東本 有司（近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室）

■ 第1会場 ■

◆ 演題発表 セッション1

(10:05~10:40)

座長：大洞 佳代子（医学研究所北野病院 リハビリテーション科）

1-1. 大腿骨近位部骨折の手術症例の嚥下評価

堺市立総合医療センター リハビリテーション科¹⁾、
堺市立総合医療センター リハビリテーション技術科²⁾、堺市立総合医療センター 栄養管理科³⁾
伊藤 円香¹⁾、大野 一幸¹⁾、藤原 麻美子²⁾、馬場 千歳³⁾

1-2. 当院における摂食嚥下機能回復体制加算の取り組み

近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室¹⁾、近畿大学病院 リハビリテーション部²⁾
糸数 万紀¹⁾、村上 沙織¹⁾、磯野 千春²⁾、田村 友美²⁾、杉原 嘉直²⁾、山本 ちはる²⁾、
上田 昌美¹⁾、花田 一志¹⁾、東本 有司¹⁾

1-3. 頸椎椎間板ヘルニア術後の摂食嚥下障害を呈した症例に対するリハビリテーション

－関連専門職種演題－

岡波総合病院 リハビリテーション科 言語療法室¹⁾、
岡波総合病院 リハビリテーション科 理学療法室²⁾
鈴木 真由¹⁾、清水 恒良²⁾

1-4. 1年間のポール歩行運動の前腕骨密度および握力への影響

－関連専門職種演題－

岡波総合病院 リハビリテーション科¹⁾、岡波総合病院 心臓血管外科²⁾、岡波総合病院 看護部³⁾
坂本 恭彦¹⁾、神原 篤志²⁾、谷口 育代³⁾

1-5. 実技訓練を取り入れたリハビリテーション室での急変時対応の対策

医学研究所北野病院 リハビリテーション科

大洞 佳代子

◆ 演題発表 セッション2

(10:45~11:30)

座長：糸数 万紀（近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室）

2-1. 橋骨遠位端骨折後、手根管症候群およびGyon管症候群を来たした1例

和歌山県立医科大学附属病院 リハビリテーション科¹⁾、葛城病院 リハビリテーション科²⁾
岩橋 孝弥¹⁾、小西 英樹²⁾

2-2. 片麻痺側に大腿骨頸部骨折を受傷した患者のリハビリに難済した2例

守山市民病院 リハビリテーション科

太田 智史、布施 郁子、菊地 克久、安藤 厚生

- 2-3. 血友病性関節症に対する人工膝関節置換術後のリハビリテーション
奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座¹⁾、奈良県立医科大学 整形外科学教室²⁾、
奈良県立医科大学 スポーツ医学講座³⁾
稻垣 有佐¹⁾、石田 由佳子¹⁾、小林 恒代¹⁾、塚本 真治²⁾、米田 梓¹⁾²⁾、齊藤 謙一郎¹⁾²⁾、
堀田 直幹¹⁾、松井 元哉¹⁾、山口 知剛¹⁾、小川 宗宏³⁾、田中 康仁²⁾、城戸 顕¹⁾
- 2-4. 人工関節周囲感染に対し両側人工股関節抜去術後にリハビリテーションを施行し
自宅退院となった1例
奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座¹⁾、奈良県立医科大学 整形外科学教室²⁾
山口 知剛¹⁾、齊藤 謙一郎¹⁾²⁾、稻垣 有佐¹⁾、内原 好信²⁾、岡本 公一²⁾、石田 由佳子¹⁾、
小林 恒代¹⁾、塚本 真治²⁾、米田 梓¹⁾²⁾、西村 優輝²⁾、堀田 直幹¹⁾、松井 元哉¹⁾、山本 杏¹⁾、
田中 康仁²⁾、城戸 顕¹⁾
- 2-5. Mini-oneアプローチによるTHA後の股関節外転筋力の推移について
－関連専門職種演題－
岡波総合病院 リハビリテーション科
佐藤 雄介、東 真衣、松石 康平、前川 拓也、岡田 佳大、稻本 光佑、清水 恒良
- 2-6. 有茎皮弁を行った手部デグローピング損傷の一例
兵庫医科大学病院 リハビリテーションセンター¹⁾、
兵庫医科大学医学部 リハビリテーション医学講座²⁾
宮本 康平¹⁾、内山 侑紀¹⁾、喜多尾 衣莉¹⁾、松波 諒樹¹⁾、中川 はるか¹⁾、市川 昌志¹⁾、
安川 俊樹¹⁾、宮部 由利¹⁾、児玉 典彦²⁾、道免 和久²⁾

■ 第2会場 ■

◆ 演題発表 セッション3	(10：10～10：45)
---------------	---------------

座長：原田 理沙（神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科）

- 3-1. ポール歩行運動とサイクルエルゴ運動における血圧変動比較
－関連専門職種演題－
岡波総合病院 リハビリテーション科¹⁾、岡波総合病院 看護部²⁾、岡波総合病院 心臓血管外科³⁾
杉平 唯¹⁾、坂本 恒彦¹⁾、谷口 育代²⁾、神原 篤志³⁾
- 3-2. 成人低ホスファターゼ症のリハビリテーション診療
神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科¹⁾、
神戸大学大学院医学研究科 リハビリテーション機能回復学²⁾
佐保 航¹⁾、原田 理沙¹⁾²⁾、鹿島 遼河¹⁾、中村 謙¹⁾、津田 悠三¹⁾、吉川 遼¹⁾、酒井 良忠¹⁾²⁾
- 3-3. 手術まで時間を要し対麻痺を合併した胸髄硬膜内髄外腫瘍術後の一例
兵庫医科大学病院 リハビリテーションセンター¹⁾、
兵庫医科大学医学部 リハビリテーション医学講座²⁾、
兵庫医科大学 リハビリテーション学部 理学療法学科³⁾
喜多尾 衣莉¹⁾、内山 侑紀²⁾、中川 はるか²⁾、岡 佑樹¹⁾、松波 諒樹¹⁾、宮本 康平¹⁾、
市川 昌志²⁾、安川 俊樹²⁾、宮部 由利²⁾、児玉 典彦³⁾、道免 和久²⁾
- 3-4. 巨大胸部大動脈瘤の術直後に脳梗塞と脊髄梗塞を発症した一例
八尾はあとふる病院 リハビリテーション科
高橋 和子、小野 仁之

3-5. 重症破傷風菌感染患者に対して急性期よりリハビリテーション治療を実施した1例

兵庫県立はりま姫路総合医療センター リハビリテーション科¹⁾、
神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科²⁾、
神戸大学大学院医学研究科 リハビリテーション機能回復学³⁾
相馬 里佳¹⁾、本多 祐¹⁾、大西 宏和¹⁾、小林 槟¹⁾、酒井 良忠²⁾³⁾

◆ 演題発表 セッション4

(10:50~11:25)

座長：東本 有司（近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室）

4-1. 针筋電図の有用性を再認した筋萎縮性側索硬化症の1例

葛城病院 リハビリテーション科¹⁾、葛城病院 整形外科²⁾、
辻外科リハビリテーション病院 リハビリテーション科³⁾、
和歌山県立医科大学 リハビリテーション科⁴⁾
小西 英樹¹⁾、橋本 務¹⁾、大植 瞳²⁾、中土 保³⁾、岩崎 孝弥⁴⁾、幸田 剣⁴⁾

4-2. 人工股関節置換術後の心肺機能の経過と身体機能を追跡できた1例

葛城病院 リハビリテーション科¹⁾、葛城病院 整形外科²⁾、
辻外科リハビリテーション病院 リハビリテーション科³⁾、
和歌山県立医科大学 リハビリテーション科⁴⁾
小西 英樹¹⁾、橋本 勿¹⁾、大植 瞳²⁾、中土 保³⁾、岩崎 孝弥⁴⁾、幸田 剑⁴⁾

4-3. Case Study：特発性胸膜肺実質線維弹性症患者における仰臥位での横隔膜移動距離の改善
－関連専門職種演題－

近畿大学病院 リハビリテーション部¹⁾、近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室²⁾、
近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学³⁾
白石 匡¹⁾、東本 有司²⁾、西山 理³⁾、山崎 亮³⁾、杉谷 竜司¹⁾、水澤 裕貴¹⁾、武田 優¹⁾、
野口 雅矢¹⁾、神吉 健吾¹⁾、木村 保¹⁾、松本 久子³⁾

4-4. 高齢肺炎早期退院を予測する項目とカットオフ値の検討

－関連専門職種演題－

中井記念病院

白仁田 秀一、川俣 和也、濱田 李江、藤田 直哉、浦田 純加、鶴田 晋也、大貫 雅弘、
三嶋 康裕、中井 謙之

4-5. 高齢肺炎入院患者の筋力に影響する因子の検討

－関連専門職種演題－

中井記念病院

白仁田 秀一、川俣 和也、濱田 李江、藤田 直哉、浦田 純加、鶴田 晋也、大貫 雅弘、
三嶋 康裕、中井 謙之

◆ 演題発表 セッション5

(11:30~12:05)

座長：矢木 崇善（介護老人保健施設アロンティアクラブ）

5-1. 住之江区における地域包括ケアの中でのリハビリテーションの現状と課題について

わだ内科整形外科
和田 諭子

5-2. 断端部皮下膿瘍に対し医師と訪問リハビリの連携が在宅生活継続に繋がった一症例

－関連専門職種演題－

岡波総合病院訪問リハビリテーションセンター

米澤 秀典、秋田 祐香

5-3. 外来心臓リハビリテーション患者における漢方薬の使用経験

京都大学医学部附属病院 循環器内科・リハビリテーション科¹⁾、

京都大学医学部附属病院 整形外科・リハビリテーション科²⁾、

京都大学医学部附属病院 脳内科³⁾

小 笹 寧子¹⁾、池 口 良輔²⁾、青 山 朋樹²⁾、松 田 秀一²⁾、谷 川 聖明³⁾

5-4. 社会復帰目的にリハビリテーションに取り組んだ一例

京都大原記念病院 リハビリテーション科

堀 尾 玲子、三 橋 尚志、垣 田 清人

5-5. 当施設訪問リハビリテーション事業の実際 -コロナ禍前後での比較-

介護老人保健施設アロンティアクラブ¹⁾、近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室²⁾

矢 木 崇善¹⁾、宮 山 紘一¹⁾、渡 辺 健太¹⁾、村 上 沙織²⁾、糸 数 万紀²⁾、上 田 昌美²⁾、

花 田 一志²⁾、東 本 有司²⁾

■ 第1会場 ■

◆ 教育講演 1

(12:30~13:30)

座長：東本 有司（近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室）

『摂食嚥下障害の最近のトピックス』

浜松市リハビリテーション病院 特別顧問 藤島 一郎 先生

◆ 日本リハビリテーション医学会近畿地方会総会

(13:30~14:00)

◆ 教育講演 2

(14:00~15:00)

座長：小西 英樹（葛城病院 リハビリテーション科）

『脳卒中慢性期治療アップデート 脳卒中治療ガイドライン2021追補2023対応』

近畿大学病院 脳卒中センター センター長・教授 大槻 俊輔 先生

◆ 教育講演 3

(15:05~16:05)

座長：上田 昌美（近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室）

『認知症の種類とそれぞれの対応の工夫』

近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室 講師 花田 一志 先生

◆ 閉会挨拶および次回会長挨拶

(16:05~)

会長：東本 有司（近畿大学医学部 リハビリテーション医学）

次回会長：池 口 良輔（京都大学医学部附属病院 リハビリテーション科）

1-1. 大腿骨近位部骨折の手術症例の嚥下評価

堺市立総合医療センター リハビリテーション科¹⁾、
堺市立総合医療センター リハビリテーション技術科²⁾、堺市立総合医療センター 栄養管理科³⁾
伊藤 円香¹⁾、大野 一幸¹⁾、藤原 麻美子²⁾、馬場 千歳³⁾

大腿骨近位部骨折診療ガイドラインで生命予後に影響する因子として、内科合併症（特に呼吸循環器系）が挙げられている。そこで2022年に手術を行った75歳以上の大腿骨近位部骨折73例の嚥下評価、食物形態と誤嚥性肺炎について調査した。年齢の中央値は84歳で、認知症高齢者の日常生活自立度でI～IIbが53例、IIIa以下が15例、摂食嚥下障害グレードで6点以下が12例、7点以上が47例であった。退院時の食物形態が入院時より悪化した症例は有意に年齢が高く、IIIa以下が多い傾向があった。誤嚥性肺炎を生じた4例は、摂食嚥下障害グレードで6点以下が有意に多かった。大腿骨近位部骨折の早期手術が推奨されている理由の一つとして、早期に適切な姿勢で食事を摂り、誤嚥性肺炎等を予防するためであるが、入院時の認知症の程度や摂食嚥下障害グレードを評価することは誤嚥性肺炎の予防につながる可能性がある。

1-2. 当院における摂食嚥下機能回復体制加算の取り組み

近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室¹⁾、近畿大学病院 リハビリテーション部²⁾
糸数 万紀¹⁾、村上 沙織¹⁾、磯野 千春²⁾、田村 友美²⁾、杉原 嘉直²⁾、山本 ちはる²⁾、上田 昌美¹⁾、
花田 一志¹⁾、東本 有司¹⁾

【はじめに】2021年4月より摂食嚥下支援加算がスタートし、2022年に摂食嚥下機能回復体制加算と名称変更され、現在に至っている。当院では2020年より多職種カンファレンス、計画書、カンファレンス実施記載のテンプレートの構築等の準備を行い、2021年度より算定を開始した。

【目的】多職種カンファレンスの実際や、2022年度の加算対象患者数、加算点数等を報告する。

【結果】年間嚥下訓練患者カンファレンス総数804人、うち加算対象総数211人、加算総数194名、加算点数合計38600点であった。

【考察】多職種カンファレンスにより、嚥下、口腔ケア、栄養などの情報を効率よく共有し、改善策を得ることができるというメリットがある。一方で多職種が参加しているにもかかわらず加算点数が少ないと、カンファレンスには摂食・嚥下障害看護認定看護師の参加が必須でありカンファレンス時に認定看護師が不在の場合は算定されない、など課題がある。

1-3. 頸椎椎間板ヘルニア術後の嚥下障害を呈した症例に対する リハビリテーション －関連専門職種演題－

岡波総合病院 リハビリテーション科 言語療法室¹⁾、岡波総合病院 リハビリテーション科 理学療法室²⁾
鈴木 真由¹⁾、清水 恒良²⁾

【はじめに】頸椎前方固定術後に嚥下障害が出現することは周知だが、どのような治療・訓練が有益なのか報告例は少ない。今回、頸椎前方固定術後に嚥下障害が出現した症例を経験したので報告する。

【症例】40歳代女性。四肢の痺れ、手指の巧緻性動作低下により当院受診しC5/6頸椎椎間板ヘルニアと診断され、人工椎間板置換術施行。その後、人工椎間板抜去、前方除圧固定術施行。術後も四肢の痺れ、感覺障害、嚥下障害が残存した。咽頭残留感や嚥下時の違和感、努力嚥下等の嚥下障害が認められ、復職を目標にPTとSTを実施した。

【内容】嚥下体操、変法シャキア、抵抗開口訓練、ブローイング、構音訓練、口腔内マッサージ、顔面マッサージ、ペコパンダ等を実施した。

【考察】術後のカラー固定による筋力低下と入院等によるコミュニケーション機会の減少、ADL低下、頸部の硬直、精神的不安・焦燥感が相互に影響しより嚥下障害を複雑化したと考える。

1-4. 1年間のポール歩行運動の前腕骨密度および握力への影響 －関連専門職種演題－

岡波総合病院 リハビリテーション科¹⁾、岡波総合病院 心臓血管外科²⁾、岡波総合病院 看護部³⁾
坂本 恭彦¹⁾、神原 篤志²⁾、谷口 育代³⁾

【目的】当院の外来心臓リハビリではポール歩行運動を導入しており、前腕骨密度や握力の維持に利点があるのかどうかを調査した。

【方法】週1回の外来リハビリでポール歩行運動を実施している患者33名(P群)、実施していない患者25名(NP群)を抽出した。ポール歩行運動時間は15分間とし、調査開始時と1年後にそれぞれ左前腕骨密度、両手握力の計測を行った。

【結果】前腕骨密度は、両群共に有意な変化を認めなかった(P群: 0.528 ± 0.148 vs. 0.521 ± 0.134、NP群: 0.592 ± 0.095 vs. 0.576 ± 0.112)。両手握力の平均値は、NP群で低下傾向を示したのに対し(24.08 ± 7.65 vs. 21.78 ± 5.97)、P群で増加傾向を認めた(17.82 ± 4.56 vs. 18.61 ± 4.52)。

【結論】ポール歩行運動の影響は、前腕骨密度よりも握力改善に早期に顕在化する可能性が示された。

1-5. 実技訓練を取り入れたリハビリテーション室での急変時対応の対策

医学研究所北野病院 リハビリテーション科

大洞 佳代子

【はじめに】リハビリテーション(以下リハ)中の急変時対応が不充分だった事例をふまえ、急変時の対応に関し実技訓練を取り入れた対策を行ったため報告する。

【事例】X年3月、リハ室にて訓練中に痙攣発作を生じ意識レベル低下しドクターコールを呼ぶ事例が起こった。その際、人を呼ぶ・酸素やモニターなどの急変時に必要な物品を運ぶ等の対応に時間を要したため、急変時対応に対し対策を行った。

【方法】対象は入職3年目以下。人数は4～5人／回。内容は、各物品の使用方法、急変時対応の流れなどの講義と実技訓練。実技訓練は「リハ室で担当患者が急変した」と仮定し患者・担当療法士・その場にいた療法士と役割を決め実際の物品を使用し行った。

【結果】2023年4月に、リハ中に肺塞栓症を発症した事例が発生した際、急変時対応を速やかに行う事ができた。

【考察】講義だけでなく実技訓練を行う事で、実際の場面で活用できる対策となった。

2-1. 桡骨遠位端骨折後、手根管症候群およびGyon管症候群を来たした1例

和歌山県立医科大学附属病院 リハビリテーション科¹⁾、葛城病院 リハビリテーション科²⁾

岩橋 孝弥¹⁾、小西 英樹²⁾

【症例】76歳、女性。

【現病歴】3カ月前に転倒し、受傷。近医にて加療を受けるが、手関節可動域制限、手の痺れなどにて、当院紹介受診。

【レ線・CT】手関節の変形治癒、CTで軟部組織による尺骨神経の絞扼が示唆された。

【現症】背屈30、掌屈40。筋力、APB:3-/5、第一背側骨間筋:3-/5、握力:右/左=8kg/20kg。右手手掌全体に痺れがあり、日常生活活動に支障を認めた。

【電気生理検査】手根管およびGyon管での絞扼性の神経障害を認めた。

【治療および経過】桡骨矯正骨切り術および手根管解放正中神経剥離術+Gyon管解放尺骨神経剥離術施行。術後3カ月で手関節可動域は、背屈60度、掌屈60度。筋力はAPB:4/5、第一背側骨間筋:4/5、握力:右/左=13kg/20kgまで改善を認めた。

【考察】桡骨遠位端骨折後、手根管症候群・Gyon管症候群を合併した症例を経験した。稀に尺骨神経の絞扼される可能性を念頭にいれ、できるだけ正確な電気生理検査を実施する必要性を痛感した。

2-2. 片麻痺側に大腿骨頸部骨折を受傷した患者のリハビリに難渋した2例

守山市民病院 リハビリテーション科

太田 智史、布施 郁子、菊地 克久、安藤 厚生

【はじめに】脳血管障害後遺症の片麻痺側に大腿骨頸部骨折を受傷した患者2例について日常生活動作能力の向上に難渋したので報告する。

【症例1】右脳出血後左片麻痺が残存している左大腿骨頸部骨折の患者。受傷前は歩行修正自立。入院時SIAS-motorは0-0/1-1-0。立位保持が見守り、車椅子移乗が中等度介助で、day 12も歩行中等度介助。

【症例2】左脳出血後右片麻痺が残存している右大腿骨頸部骨折の患者。受傷前は車椅子移乗・移動自立。入院時SIAS-motorは1-0/1-1-1。立位保持軽介助、車椅子移乗最大介助で、day 54で車椅子移乗見守り。

【考察】受傷前は移動は修正自立していたため、骨折が治癒すればADL能力の向上が得られると思ったが、期待した改善は得られなかった。非麻痺側や体幹の筋力低下が著明であったことが原因と考えられる。

2-3. 血友病性関節症に対する人工膝関節置換術後のリハビリテーション

奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座¹⁾、奈良県立医科大学 整形外科学教室²⁾、

奈良県立医科大学 スポーツ医学講座³⁾

稻垣 有佐¹⁾、石田 由佳子¹⁾、小林 恭代¹⁾、塚本 真治²⁾、米田 梓¹⁾²⁾、齊藤 謙一郎¹⁾²⁾、堀田 直幹¹⁾、
松井 元哉¹⁾、山口 知剛¹⁾、小川 宗宏³⁾、田中 康仁²⁾、城戸 顕¹⁾

【目的】血友病により、高度な関節変形を伴うと人工膝関節置換術を選択せざるを得ない。本発表の目的は当院で施行した血友病性膝関節症に対する人工膝関節置換術後のリハビリテーションについて検討することである。

【方法】対象は当院で施行した血友病性膝関節症に対する人工膝関節置換術 8 名 9 膝であり、術前平均可動域は伸展 -25° / 屈曲 95° であった。止血管理下に ROM 運動を中心とした術後リハビリテーションを施行した。

【結果】1 例のみリハビリテーション期間中に関節内出血を合併した。全例に疼痛の改善を認め、術後平均可動域は伸展 -10° / 屈曲 105° まで改善した。

【考察】人工膝関節置換術の適応となる血友病性膝関節症では、関節拘縮を合併し、術後リハビリテーションも難渋しやすい。しかしながら、血友病性関節症に伴う疼痛および ROM 制限は QOL を大きく損なっており、十分な周術期止血管理サポート体制のもと、手術加療とリハビリテーションを行っていくことが重要であると考える。

2-4. 人工関節周囲感染に対し両側人工股関節抜去術後にリハビリテーションを施行し自宅退院となった1例

奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座¹⁾、奈良県立医科大学 整形外科学教室²⁾

山口 知剛¹⁾、齊藤 謙一郎¹⁾²⁾、稻垣 有佐¹⁾、内原 好信²⁾、岡本 公一²⁾、石田 由佳子¹⁾、小林 恭代¹⁾、
塚本 真治²⁾、米田 梓¹⁾²⁾、西村 優輝²⁾、堀田 直幹¹⁾、松井 元哉¹⁾、山本 杏¹⁾、田中 康仁²⁾、
城戸 顕¹⁾

【はじめに】人工関節周囲感染に対する人工股関節抜去術後に、併存疾患や感染再燃の懸念などにより、人工股関節再挿入を選択しないことがあるが、ADL 低下は免れない。今回我々は同術後にリハビリテーションを施行し、自宅退院となった 1 例を経験したので報告する。

【症例】92 歳女性。両側人工股関節置換術後感染に対し人工股関節抜去・デブリドマン・抗生剤含有セメントモールド挿入後、術後 52 日目に両側セメントモールド抜去となった。車椅子座位獲得を目標にリハビリテーションを施行した。装具作成し、フレックスボードを使用することで 1 人介助にて移乗可能となった。家族への指導も行い、自宅へ退院となった。

【考察】人工関節周囲感染に対する両側人工股関節抜去術後のリハビリテーションに関する報告は少ない。本報告では、装具作成と主たる介助者である家族へ丁寧な指導を行うことで車椅子移乗の ADL 獲得し自宅退院となった。

2-5. Mini-oneアプローチによるTHA後の股関節外転筋力の推移について －関連専門職種演題－

岡波総合病院 リハビリテーション科

佐藤 雄介、東 真衣、松石 康平、前川 拓也、岡田 佳大、稻本 光佑、清水 恒良

【はじめに】当院は、Mini-one アプローチを用いて THA を施行している。Mini-one は、中殿筋を一部切離するため外転筋力の低下が懸念される。そこで我々は THA 後の患者に対して、術側の外転筋力を術前と術後 3 週で比較し差異を明らかにすることを目的に本研究を実施した。

【方法】対象は THA を施行した 36 名とした。測定は術側の股関節外転筋力とし、術前・術後 3 週に計測した。なお、測定値は、筋力値体重比 (f/kg) として算出した。統計学的解析は Wilcoxon の符号付順位検定を用い、有意水準は 5% とした。

【結果】術前は、 $0.046 \pm 0.022\text{f/kg}$ であり、術後 3 週は、 $0.056 \pm 0.027\text{f/kg}$ であった。

【結論】結果より、術後 3 週時で有意に筋力が回復していた。Mini-one アプローチは、一般的にリハビリに時間を要すると報告されているが、当院では一定期間、股関節外旋制限を設けて中殿筋の再逢着を阻害しないよう配慮しつつ、外転方向への運動は早期より実施しているため、上記結果に至ったと考えられる。

2-6. 有茎皮弁を行った手部デグロービング損傷の一例

兵庫医科大学病院 リハビリテーションセンター¹⁾、兵庫医科大学医学部 リハビリテーション医学講座²⁾

宮本 康平¹⁾、内山 侑紀¹⁾、喜多尾 衣莉¹⁾、松波 謙樹¹⁾、中川 はるか¹⁾、市川 昌志¹⁾、安川 俊樹¹⁾、
宮部 由利¹⁾、児玉 典彦²⁾、道免 和久²⁾

【症例】40 代男性。身長 165.0 cm、体重 53.0 kg。

【症例】X 日に回転ローラーに右手を巻き込まれて受傷した。右第 1 指 DIP 関節以遠の皮膚剥離、第 2~5 指 PIP 以遠の皮膚剥離あり。第 3 指末節骨脱落、伸筋腱断裂あり。第 1 指剥離皮膚の縫合および左両径有茎皮弁による第 2~5 指被覆術施行。X+1 日当科初診、FIM 58 点。X+14 日目有茎皮弁切離。手部全体に疼痛 NRS3/10。X+35 日目第 3 指間離開術施行。第 3 指間に NRS9/10 の疼痛を認めたが鎮痛薬内服で次第に軽減。X+49 日目の手関節背屈 45° 掌屈 50° 母指 IP 屈曲 20° MP 屈曲 30° 横側外転 65° 掌側外転 60° 第 2~5 指 MP アーク 20°~40°、FIM 104 点。今後 X+56 日目に第 2、4 指間離開術(予定)。

【考察】手の機能の再獲得には初期の疼痛コントロールに加え、残存機能を考慮した上肢装具による代償的治療と長期的なリハビリテーション治療の継続が必要である。

3-1. ポール歩行運動とサイクルエルゴ運動における血圧変動比較 －関連専門職種演題－

岡波総合病院 リハビリテーション科¹⁾、岡波総合病院 看護部²⁾、岡波総合病院 心臓血管外科³⁾
杉平 唯¹⁾、坂本 恭彦¹⁾、谷口 育代²⁾、神原 篤志³⁾

【目的】運動様式による血圧変動の違いを調べることで、運動処方に活かすことを目指した。

【方法】外来心臓リハビリテーション参加者 56 名を抽出した。ポール歩行運動 (W 群) または、サイクルエルゴ運動 (C 群) のいずれかを 15 分間施行、運動終了後 1 分以内に計測を行った。負荷設定は、同等の脈拍上昇となるよう設定した。

【結果】W 群では、運動直後の収縮期血圧に有意差はなかったが、拡張期血圧に有意な低下を認めた (71.8 ± 11.9 mmHg vs. 66.2 ± 13.8 mmHg, P = 0.02)。C 群では、収縮期血圧に有意な上昇があったが (127.7 ± 17.9 mmHg vs. 136.2 ± 22.0 mmHg, P = 0.02)、拡張期血圧には有意差を認めなかった。

【結論】ポール歩行運動とサイクルエルゴ運動の比較では、同様の脈拍上昇においては、ポール歩行運動の方が血圧上昇が少ない可能性がある。

3-2. 成人低ホスファターゼ症のリハビリテーション診療

神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科¹⁾、
神戸大学大学院医学研究科 リハビリテーション機能回復学²⁾
佐保 航¹⁾、原田 理沙¹⁾²⁾、鹿島 遼河¹⁾、中村 謙¹⁾、津田 悠三¹⁾、吉川 遼¹⁾、酒井 良忠¹⁾²⁾

【はじめに】低ホスファターゼ症 (HPP) は、組織非特異型アルカリホスファターゼの欠損に伴う骨の石灰化障害を特徴とする稀な先天性代謝異常症である。骨痛等の多彩な症状により QOL や ADL が障害されるが、近年日本で使用可能となった酵素補充療法により症状が改善する可能性がある。

【症例】40 歳女性。X-3 年より手関節痛あり、X-1 年から全身痛が出現した。低 ALP 血症から HPP が疑われ、X 年に遺伝子検査にて確定診断された。治療開始後当リハビリテーション科にて、疲労を避ける生活指導及び機能評価を行った。酵素補充療法開始後 3 カ月で疼痛 VAS は改善を認め、握力も改善した。右膝の骨軟骨損傷を合併したため歩行機能は改善しなかったが治療開始から 2 年の現在も疼痛 VAS の改善は維持されている。

【結語】HPP の症状は多彩であり、きめ細やかなりリハビリテーション評価及び多職種連携における患者評価が機能予後改善につながると考えられた。

3-3. 手術まで時間を要し対麻痺を合併した胸髄硬膜内髄外腫瘍術後の一例

兵庫医科大学病院 リハビリテーションセンター¹⁾、兵庫医科大学医学部 リハビリテーション医学講座²⁾、
兵庫医科大学 リハビリテーション学部 理学療法学科³⁾

喜多尾 衣莉¹⁾、内山 侑紀²⁾、中川 はるか²⁾、岡 佑樹¹⁾、松波 聰樹¹⁾、宮本 康平¹⁾、市川 昌志²⁾、
安川 俊樹²⁾、宮部 由利²⁾、児玉 典彦³⁾、道免 和久²⁾

【症例】20歳代女性。約X-1年より下肢のふらつきと感覚障害が出現したため車椅子を使用していた。X年Y-4月より膀胱直腸障害が出現。X年Y月Z日当院整形外科に入院し Th8-9 硬膜内髄外腫瘍と診断された。Z+4日に当科紹介受診。初診時所見は完全痙攣性麻痺、体感筋力MMT2、Th10以下の全感覚脱失、肛門反射消失。FIMは59点(運動24点、認知35点)。Z+5日に腫瘍摘出術施行。Z+11日両下肢長下肢装具とプライムウォーク股継手を処方し、立位歩行訓練を開始。Z+25日下肢装具を使用してC-postureによる立位保持を獲得。Z+36日のFIM67点(運動32点、認知35点)。回復期病院へ転院の方針となった。

【考察】発症から診断、手術まで時間を要したため対麻痺の予後は不良と考えられた。術後早期の装具を使用した抗重力訓練が体幹機能を改善し移乗・移動動作の改善に重要であったと考えられる。

3-4. 巨大胸部大動脈瘤の術直後に脳梗塞と脊髄梗塞を発症した一例

八尾はあとふる病院 リハビリテーション科

高橋 和子、小野 仁之

心血管疾患の手術治療直後に脳梗塞や脊髄梗塞を発症することは度々散見され、その後遺症に対するリハビリ報告例は少ない。症例:67歳男性。現病歴;梅毒抗原陽性。3年前から胸部大動脈瘤を指摘されるも放置、X年Y月Z日胸部瘤切迫破裂疑いで入院、翌日弓部置換術、施行直後より対麻痺が出現、脊髄ドレナージ術を実施するとともにその2日後には胸部ステントグラフト術を施行。対麻痺は右下肢で重度、左下肢は中等度ながら足趾運動可能であった。頭部にて左内包に低吸収域が確認された。左反回神経麻痺による誤嚥と肺炎および胸水を繰り返し状態改善の後、第124病日に当院回復期リハ病棟へ入院となった。入院時所見;意思疎通可能、注意機能低下、MMSE27点、嘔声あり、右片麻痺(BRSIVIV II)、対麻痺あり、脊髄損傷L2、Frankel分類C、肛門括約筋反射消失にて尿道カテーテル留置、車椅子座位保持可能、歩行困難であった。リハビリ介入し、介助量軽減し、在宅型施設への転帰にて退院となる。

3-5. 重症破傷風菌感染患者に対して急性期よりリハビリテーション治療を実施した1例

兵庫県立はりま姫路総合医療センター リハビリテーション科¹⁾、
神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科²⁾、
神戸大学大学院医学研究科 リハビリテーション機能回復学³⁾
相馬 里佳¹⁾、本多 祐¹⁾、大西 宏和¹⁾、小林 槟¹⁾、酒井 良忠²⁾³⁾

【はじめに】重症破傷風菌感染患者に対する急性期リハビリテーションの実施については様々な議論がある。今回上記疾患に対し、急性期より多職種連携にてリハビリテーションを実施した1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、男性。X年Y月開口障害を主訴に他院受診し破傷風と診断された。第3病日当院転院、ICUにて鎮静の上、人工呼吸器管理となった。第7病日より理学療法士による関節可動域訓練を開始、気管切開後第15病日より言語聴覚士による他動開口訓練と頸関節可動域訓練を開始した。訓練中の筋硬直の程度に合わせてICU担当医に鎮静薬の調節を依頼した。第32病日ICU退室時点で頸部拘縮、開口障害、両肘関節軽度拘縮を認めたが、その他の関節拘縮や重度の嚥下障害は認めなかった。

【考察】重症破傷風菌感染患者に多職種で連携し急性期からリハビリテーションを実施することで関節拘縮や関節可動域制限を予防し、速やかなADL回復に繋がると考えられる。

4-1. 針筋電図の有用性を再認した筋萎縮性側索硬化症の1例

葛城病院 リハビリテーション科¹⁾、葛城病院 整形外科²⁾、

辻外科リハビリテーション病院 リハビリテーション科³⁾、和歌山県立医科大学 リハビリテーション科⁴⁾

小西 英樹¹⁾、橋本 務¹⁾、大植 瞳²⁾、中土 保³⁾、岩崎 孝弥⁴⁾、幸田 剣⁴⁾

【症例】70歳、男性。

【現病歴】左上肢の筋力低下などで当院整形外科へ紹介受診。

【経過】驚手変形を認め、握力は右36kgに対し、左3kgと著減していた。頸MRIでは、C4/5、5/6、6/7で軽度の狭窄を認めた。当科へ電気生理検査依頼あり。

【検査結果】尺側手根屈筋・第一背側骨間筋などから脱神経所見を認めた。僧帽筋と胸椎傍脊柱起立筋から多相性電位や陽性P波などの波形を得た。

【経過】本症例では、頸椎症性筋萎縮症(CSA)との鑑別が必要であった。僧帽筋や胸椎傍脊柱起立筋から神経原性変化を認めたことから、運動ニューロン疾患の疑いと判断した。某大学附属病院へ紹介、ALSの可能性が極めて高いと判断され、精査・経過観察・難病指定申請などを行うこととなった。

【考察】針筋電図などを実施するにあたっても、MNDなどを念頭に置き実施すること、また、リハ医に取って針筋電図検査など電気生理検査に習熟する必要性を再認した。

4-2. 人工股関節置換術後の心肺機能の経過と身体機能を追跡できた1例

葛城病院 リハビリテーション科¹⁾、葛城病院 整形外科²⁾、

辻外科リハビリテーション病院 リハビリテーション科³⁾、和歌山県立医科大学 リハビリテーション科⁴⁾

小西 英樹¹⁾、橋本 勿¹⁾、大植 瞳²⁾、中土 保³⁾、岩崎 孝弥⁴⁾、幸田 剣⁴⁾

【症例】56歳、女性。両側変形性股関節症。術前・術後1ヶ月・5ヶ月の3点において、身体機能と心肺機能を調査し検討をおこなった。CPXは運動負荷試験：10watt Ramp負荷試験とし、定常負荷プロトコールは症候限界までとした。初回のCPXでは20Wattとし、術後1ヶ月で20～30Watt、術後5ヶ月では30～50Wattとした。

【結果】身体機能は、股関節外転筋力、CS-30、6MWDなどを用いたが、いずれのバッテリーにおいても術後4週以降、右肩上がりであった。これに比して、Peak VO₂/Wなど含め、心肺機能は術後1ヶ月で一旦低下するものの、術後5ヶ月で術前以上に回復する傾向が認められた。

【考察】THAの術後1ヶ月程度経過した後に患者さんの状況が許容される場合には有酸素運動療法などを取り入れることで、身体機能の維持・改善のみならず、心肺機能の改善が可能では無いかと推察された。

4-3. Case Study:特発性胸膜肺実質線維弹性症患者における仰臥位での横隔膜移動距離の改善 －関連専門職種演題－

近畿大学病院 リハビリテーション部¹⁾、近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室²⁾、

近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学³⁾

白石 匡¹⁾、東本 有司²⁾、西山 理³⁾、山崎 亮³⁾、杉谷 竜司¹⁾、水澤 裕貴¹⁾、武田 優¹⁾、野口 雅矢¹⁾、
神吉 健吾¹⁾、木村 保¹⁾、松本 久子³⁾

【症例提示】特発性胸膜肺実質線維症 (iPPFE) の 67 歳女性、BMI12.4 で肺機能は肺活量 0.83L、%予測値 33.1% であった。CT では上葉に胸膜肥厚と線維化を認めた。今回、呼吸困難の増強にて呼吸リハビリテーションを開始した。iPPFE 患者は立位・座位では呼吸困難を強く認めるが、臥位で軽減することをよく経験する。よって、姿勢変化(立位・臥位)による横隔膜機能を X 線撮影(吸気・呼気)、超音波診断装置(安静呼吸・深呼吸)を用いて評価した。X 線画像では臥位でより横隔膜移動距離が大きく、超音波診断装置を用いた横隔膜移動距離も臥位で大きかった(深吸気:立位 16.3mm vs 臥位 41.3mm)。

【考察】iPPFE は、立位や座位では重力によって中葉と下葉の代償性過膨張が増強される可能性があり、仰臥位では重力の影響がないため減少すると考える。よって臥位での運動療法はより効果的であると考える。

4-4. 高齢肺炎早期退院を予測する項目とカットオフ値の検討 －関連専門職種演題－

中井記念病院

白仁田 秀一、川俣 和也、濱田 李江、藤田 直哉、浦田 純加、鶴田 晋也、大貫 雅弘、三嶋 康裕、
中井 謙之

【目的】肺炎早期退院に対する各項目のカットオフ値を算出する。

【方法】入院肺炎入院 31 名を対象とし、入院日数中央値 16 日で 2 群に分け、肺炎項目(年齢、A-DROP、CRP、BUN、BMI、alb)、活動とリハビリテーション(リハ)項目(入院前と入院時 PS、入院から離床とリハ開始日数、リハ 1 日平均単位、リハ開始時と退院時 BI とその差、入院中リハ時間外寝たきり日数割合)、筋力項目(リハ開始時と退院時の握力体重比とその差)に比較を行い、有意差を認めた項目で ROC 分析にてカットオフ値を算出した。

【結果】比較での有意差かつ AUC が 0.75 以上のカットオフ値が認められた項目は入院から離床開始日数で 3 日、寝たきり日数割合で 75%、退院時握力体重比で 20%、握力差で ±0kg であった。

【まとめ】握力体重比 20% 以下や握力低下並びに入院から 3 日以降の離床または入院臥床割合 75% 以上は肺炎長期入院を予測する。

4-5. 高齢肺炎入院患者の筋力に影響する因子の検討

中井記念病院

白仁田 秀一、川俣 和也、濱田 李江、藤田 直哉、浦田 純加、鶴田 晋也、大貫 雅弘、三嶋 康裕、
中井 謙之

【目的】肺炎の筋力に影響する因子の検討を行う。

【方法】高齢入院肺炎 31 名を対象にリハビリテーション（リハ）開始時と退院時の握力体重比とその差の項目と肺炎（年齢、A-DROP、CRP、BUN、BMI、alb）、活動とリハ（入院前と入院時 PS、入院から離床とリハ開始日数、リハ 1 日平均単位、リハ開始時と退院時 BI とその差、入院中リハ時間外寝たきり日数割合）の項目に pearson 相関分析を行い、相関係数 0.4 以上の項目を説明変数、入院日数を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】多重ロジスティック回帰分析後、退院時握力体重比は離床開始日数（オッズ比 0.89）、寝たきり日数割合（0.97）、握力差は離床開始日数（0.68）、寝たきり日数割合（0.96）、退院時 BI（0.95）、BI 差（1.15）が検出された。

【まとめ】入院生活活動は肺炎の筋力に強く影響を与える。

5-1. 住之江区における地域包括ケアの中でのリハビリテーションの現状と課題について

わだ内科整形外科

和田 諭子

人口高齢化は非常に大きな社会問題であり、住み慣れた地域で最期まで自分らしく生きていく上でリハビリテーション（以下リハビリ）は重要な役割を果たしている。

当院では住之江区にて外来リハビリ・訪問リハビリを行っており、リハビリの現状とこれからの課題を検討した。

住之江区の総人口は11万8千人と平成26年より5000人減少しているが、65歳以上の人口は31.1%と増加傾向であり、介護認定者数も年々増加している。

2018年より維持期の外来リハビリは介護保険に移行しているが、医療機関と介護事業者との連携が十分に取れているとは言い難くリハビリの管理は難しい。

特に独居の要介護者はリハビリよりも生活介護に重点を置くこととなり今後介護保険を使ってのみのリハビリ介入は難しくなっていくことが考えられる。

多職種連携により、生活機能を維持していく上でリハビリ専門職は他職種への指導についても積極的に関わっていく必要がある。

5-2. 断端部皮下膿瘍に対し医師と訪問リハビリの連携が在宅生活継続に繋がった一症例 －関連専門職種演題－

岡波総合病院訪問リハビリテーションセンター

米澤 秀典、秋田 祐香

【はじめに】病院にてリハビリを経て在宅復帰を遂げた患者が、短期間で再入院するケースを少なからず経験する。

今回、断端部皮下膿瘍により再入院となった患者が、入退院を繰り返さないよう介入した事例を報告する。

【症例】70歳代女性。糖尿病性壊疽により右下腿切断術を施行。退院から18日後に断端部皮下膿瘍により再入院。

【経過】再入院から2ヶ月後、外来通院を条件に退院許可が下りたが、創状態悪化の可能性から義足装着は最低限に留める指示があり訪問リハビリ介入。

【結果】いくつかの生活場面で義足装着は必要であった為、1日の義足荷重時間をノートで管理。外来診察時に荷重時間を報告し医師から具体的な指示を受けた。結果、退院から6ヶ月後も創状態悪化することなく在宅生活が継続できた。

【まとめ】今回のように、訪問療法士が生活支援を行い医師との連携を適時行う事ができれば、再入院防止も可能であるという経験ができた。

5-3. 外来心臓リハビリテーション患者における漢方薬の使用経験

京都大学医学部附属病院 循環器内科・リハビリテーション科¹⁾、

京都大学医学部附属病院 整形外科・リハビリテーション科²⁾、 京都大学医学部附属病院 脳内科³⁾

小笠 寧子¹⁾、池口 良輔²⁾、青山 朋樹²⁾、松田 秀一²⁾、谷川 聖明³⁾

【はじめに】様々な愁訴を訴える外来心臓リハビリテーション患者に漢方薬を使用し、症状改善が得られた症例を経験したため報告する。

【方法】症例1は60歳代男性、急性心筋梗塞後、持続する嘔気・食欲不振に対して平胃散を処方。症例2は70歳代女性、胸部大動脈解離後、持続する胸のつかえ感に対して半夏厚朴湯を処方。症例3は80歳代男性、経カテーテル的大動脈弁置換術後、持続する倦怠感に対して当帰芍薬散を処方。

【結果】症例1は、平胃散開始後翌週には嘔気・食欲不振が2/10に改善。症例2は半夏厚朴湯開始後翌週には、胸のつかえ感が3/10に改善。症例3は、当帰芍薬散開始2週後には倦怠感が5/10に改善、3ヶ月後より倦怠感は2/10まで改善した。

【考察】外来心臓リハビリテーションは、運動療法および疾患管理の役割を担う。循環器治療の適応がない愁訴が残存する患者では、漢方薬を検討してもよいと考えられた。

5-4. 社会復帰目的にリハビリテーションに取り組んだ一例

京都大原記念病院 リハビリテーション科

堀尾 玲子、三橋 尚志、垣田 清人

30代女性。脳腫瘍後の高次脳機能障害を罹患し社会復帰目的に当院回復期リハビリテーション病棟へリハビリテーション目的に入院された。段差や階段昇降などの運動面のリハビリテーションも実施したが、看護師への復職を希望されていたため当院で可能な限り復帰現場に基づいたリハビリテーション加療を実施した。当院入院時には作動記憶や処理速度の低下などの(WAIS-III: 作動記憶 58、処理速度 54) 高次脳機能障害が残存しており、引き続き通院リハビリテーションを実施した。その後、復職された。以上の経過を報告する。

5-5. 当施設訪問リハビリテーション事業の実際 -コロナ禍前後での比較-

介護老人保健施設アロンティアクラブ¹⁾、近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室²⁾

矢木 崇善¹⁾、宮山 紘一¹⁾、渡辺 健太¹⁾、村上 沙織²⁾、糸数 万紀²⁾、上田 昌美²⁾、花田 一志²⁾、東本 有司²⁾

【はじめに】介護報酬改定にて訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）の重要性が高まっている。そんな中、コロナ禍における訪問リハの要望が増加してきた為、報告する。

【方法】平成 29 年度から令和 4 年度までの集計を行った。内容は訪問リハの対象者数、月間実績数、訪問件数、短期集中リハビリテーション実施加算数、リハビリテーション専門職数とした。通所リハビリテーション（以下通所リハ）の月間実績数、利用者数とした。

【結果】訪問リハの対象者は平成 29 年度の 16.3 名から令和 4 年度には 121 名へ、短期集中リハビリテーション実施加算数は 11.6 から 63.5 へとコロナ禍の影響少なく上昇傾向を示し職員数も 6 名から 36 名へ増員を図った。通所リハはコロナ禍前の令和元年度の実績数は 750 名、1 日利用者数は 29 名であったが、令和 2 年度以降 640 名前後、24 名前後と下降した。

【結論】訪問リハはコロナ禍に屈することなく発展し、今後も益々重要性が高まっていくと考える。

摂食嚥下障害の最近のトピックス

浜松市リハビリテーション病院 特別顧問

藤島 一郎

摂食嚥下障害は急速に発展し新知見も加わっている。全てを網羅することは出来ないが、本講演では筆者が大切と思われる以下の事項を取り上げて解説する。

- ・原因疾患および感覚障害とサルコペニア
- ・Speech-swallow dissociation 嚥下と構音の乖離
- ・食道に対する重力の影響と食道期の訓練
- ・口腔期の代償法「イー嚥下」と PAP、PLP
- ・とろみシャーベットによる咀嚼と嚥下誘発
- ・食品の外観（見た目）と食欲・誤嚥性肺炎対策 CiTA
- ・バキューム嚥下
- ・摂食嚥下障害と臨床倫理

脳卒中慢性期治療アップデート 脳卒中治療ガイドライン2021追補2023対応

近畿大学病院 脳卒中センター センター長・教授

大槻 俊輔

脳卒中急性期治療の進歩は目覚しく、脳主幹動脈閉塞に対する血栓溶解及び血栓回収術、また脳内出血に対する厳格降圧療法が機能転帰を劇的に改善させた。残存後遺症に対するリハビリテーションの進歩はシームレスな地域連携により増強され、脳卒中再発予防の科学的根拠に基づいた治療が担保してくれます。高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、フレイルへの総合的管理を脳卒中治療ガイドライン 2021 追補 2023 版より紐解いて解説します。

認知症の種類とそれぞれの対応の工夫

近畿大学医学部 リハビリテーション医学教室 講師

花田 一志

わが国では高齢化とともに認知症高齢者数も増加しており、2013年に約462万人と推定された認知症患者数が、2050年には1000万人を超す可能性があると試算されている。認知機能低下を引き起こす原因疾患としては、アルツハイマー型認知症などいくつかあるが、治療者の関わり方によって症状が変化することもあり、病態を理解した対応が求められている。今回は、認知症の症状、診断、対応方法を中心に解説を行い、多職種連携などについて考えていく。

日本リハビリテーション医学会 近畿地方会 令和5年度のお知らせ

◆ 第54回学術集会および 専門医・認定臨床医生涯教育研修会 ◆

日 時 2024年3月10日(日)

会 場 京都大学・杉浦地域医療研究センター

幹 事 池口 良輔 先生(京都大学医学部附属病院 リハビリテーション科)

●第76回専門医・認定臨床医生涯教育研修会

日時 2023年10月7日(土) 14:00~

会場 京都府医師会館 2階会議室

幹事 三上 靖夫(京都府立医科大学大学院)

※当日は同じ会場で京都府リハビリテーション教育センター

座学研修会が開催されます。

●第77回専門医・認定臨床医生涯教育研修会

日時 2023年11月18日(土) 15:30~

会場 兵庫県民会館けんみんホール

幹事 陳 隆明(兵庫県立総合リハビリテーションセンター)

※当日は同じ会場で兵庫県リハビリテーション医会学術集会が
開催されます。

~~~~~お知らせ~~~~~

上記カレンダーの詳細は、当会ホームページをご覧ください。

(<http://www.kinkireh.com/shukai.html>)。近畿地方会Newsletterは休刊です。

近畿地方会誌は年1回(毎年2月頃)発行されます。随時オンライン公開される  
投稿原稿閲覧には、ホームページからのログインが必要ですので、ご注意ください。

ID:kinki パスワード:kinkijrp

**TEIJIN**

# 患者さんのQuality of Lifeの 向上が私たちの理念です。

健保適用

●在宅酸素療法



酸素濃縮装置(テレメトリー式パルスオキシメータ受信機)

**ハイサンソ*i***

認証番号:230ADBZX00107000

●在宅酸素療法



酸素濃縮装置(呼吸同調式レギュレータ)

**ハイサンソ ポータブル<sup>®</sup> αII**

認証番号:227ADBZX00202000

●NPPV療法



汎用人工呼吸器(二相式気道陽圧ユニット)

**NIPネーザル<sup>®</sup> V-E**(タイプ名)

承認番号:22300BZI00433000

●ハイフローセラピー



加熱式加湿器

**F&P AIRVO™ 2**

**F&P myAIRVO™ 2**

販売名: フローネレーターAirvo  
フローネレーターmyAirvo  
承認番号:22500BZK00417000  
22800BZK00186000

●ASV療法



二相式気道陽圧ユニット

**AirCurve<sup>®</sup> TJ**

販売名:レスメドAirCurve 10 CS-A TJ  
承認番号:22900BZI00028000

●CPAP療法



持続的自動気道陽圧ユニット(CPAP装置)

**スリープメイト10**

承認番号:22700BZI00027000

ご使用前に添付文書および取扱説明書をよく読み、正しくお使いください。

薬価基準収載

ヒト化抗CGRPモノクローナル抗体製剤

# エムガルティ<sup>®</sup>

皮下注120mg オートインジェクター  
皮下注120mg シリンジ

ガルカネズマブ(遺伝子組換え)注射液  
Emgality<sup>®</sup> Subcutaneous Injection Autoinjectors,  
Emgality<sup>®</sup> Subcutaneous Injection Syringes

生物由来製品 処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)



効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報については、電子添文をご参照ください。



製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)  
日本イーライリリー株式会社  
〒651-0086 神戸市中央区磯上通5丁目1番28号



販売元(文献請求先及び問い合わせ先を含む)  
**第一三共株式会社**  
東京都中央区日本橋本町3-5-1

PP-GZ-JP-1393  
2022年6月改訂

## A型ボツリヌス毒素製剤

毒薬 生物由来製品 処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

薬価基準収載

# ボトックス注用 50単位 100単位

BOTOX for injection



※「警告」、「禁忌」、「効能又は効果」、「効能又は効果に関する注意」、「用法及び用量」、「用法及び用量に関する注意」等については、電子添文をご参照ください。

【製造販売元】(輸入)

## グラクソ・スミスクライン株式会社

〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文献請求先及び問い合わせ先

TEL: 0120-561-007 (9:00~17:45/土日祝日及び当社休業日を除く)

FAX: 0120-561-047 (24時間受付)

PM-JP-OBT-ADVT-200002  
改訂年月2022年11月



アンジオテンシン受容体ネブリライシン阻害薬(ARNI)

薬価基準収載

**エンレスト 錠** 50mg 100mg 200mg

Entresto® Tablets サクビトリルバルサルタンナトリウム水和物錠

処方箋医薬品 注意—医師等の処方箋により使用すること

製造販売

(文献請求先及び問い合わせ先)

**ノバルティス ファーマ株式会社**

東京都港区虎ノ門1-23-1 〒105-6333

ノバルティス ダイレクト 販売情報提供活動に関するご意見

TEL: 0120-003-293 TEL: 0120-907-026

受付時間:月~金 9:00~17:30 (祝祭日及び当社休日を除く)

効能又は効果、用法及び用量、  
禁忌を含む注意事項等  
情報等につきましては  
電子添文をご参照ください。

提携

文献請求先及び問い合わせ先

**大塚製薬株式会社**

東京都千代田区神田町2-9

大塚製薬株式会社 医薬情報センター

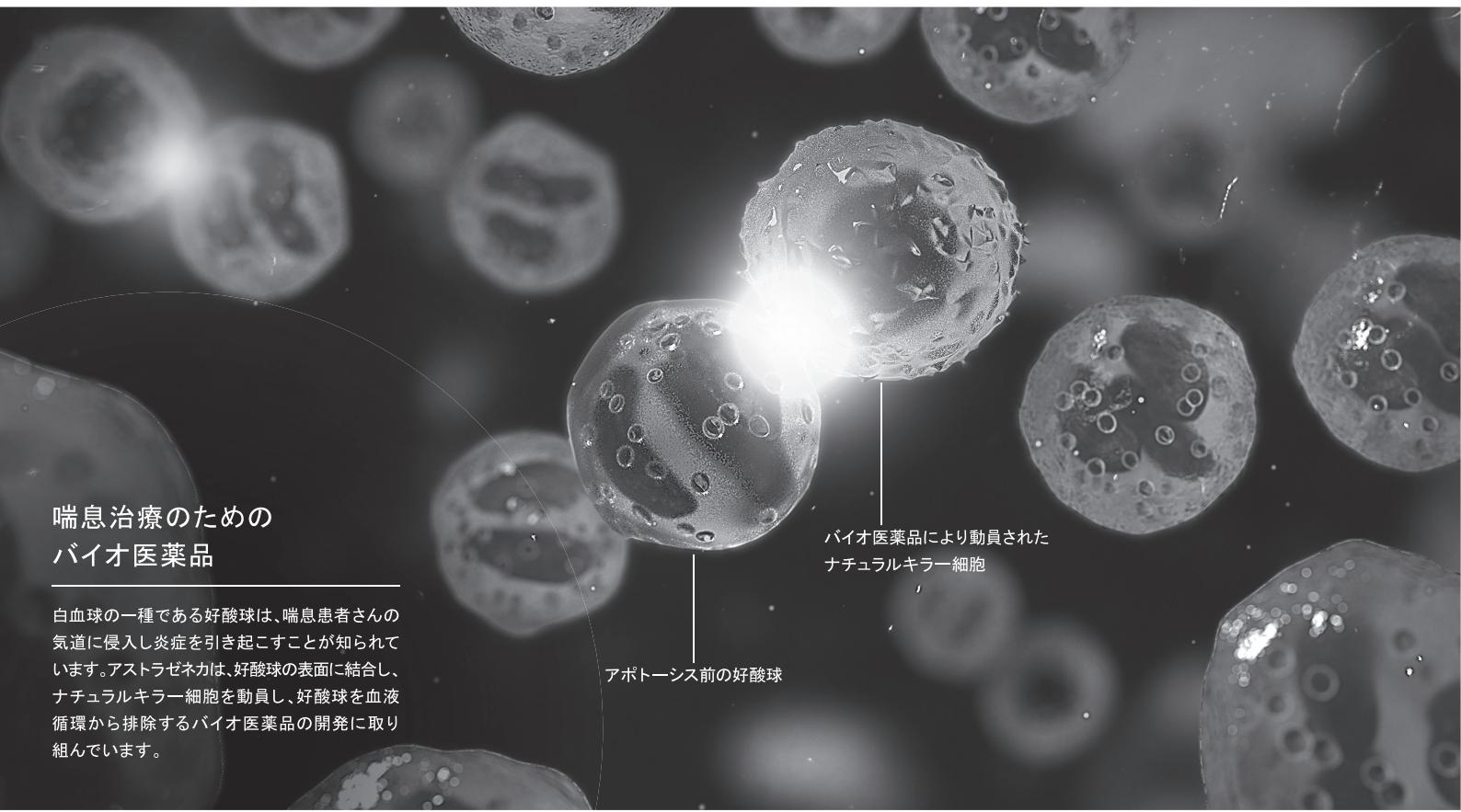
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

ENR00004IH0003

2023年2月作成

ER2302024

## What science can do



処方箋医薬品<sup>(注)</sup>  
クロライドチャネラクチベーター  
**アミティーザ<sup>®</sup>カプセル**  
ルビプロストンカプセル  
Amitiza<sup>®</sup> Capsules <sup>12μg</sup> <sup>24μg</sup>

<sup>(注)</sup>注意—医師等の処方箋により使用すること

「2. 禁忌」、「4. 効能又は効果」、「5. 効能又は効果に関連する注意」、「6. 用法及び用量」、「7. 用法及び用量に関連する注意」等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元 ヴィアトリス製薬株式会社  
東京都港区虎ノ門5丁目11番2号  
〔文献請求及びお問い合わせ先〕メディカルインフォメーション部  
フリーダイヤル 0120-419-043

AMT72N004  
2023年1月作成

**k. KAWAMURA** Think Possibility

**T-support**  
ティーサポート

**TRUNK SOLUTION**  
トランクソリューション

**GAIT INNOVATION**  
ゲイトイノベーション

**GAITSOLUTION Design**  
ゲイツソリューションデザイン

**k. 川村義肢株式会社**

〒574-0064 大阪府大東市御領1-12-1 大東本社 TEL.072(875) 8020

<https://www.kawamura-gishi.co.jp> 川村義肢 検索



まだないくすりを  
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

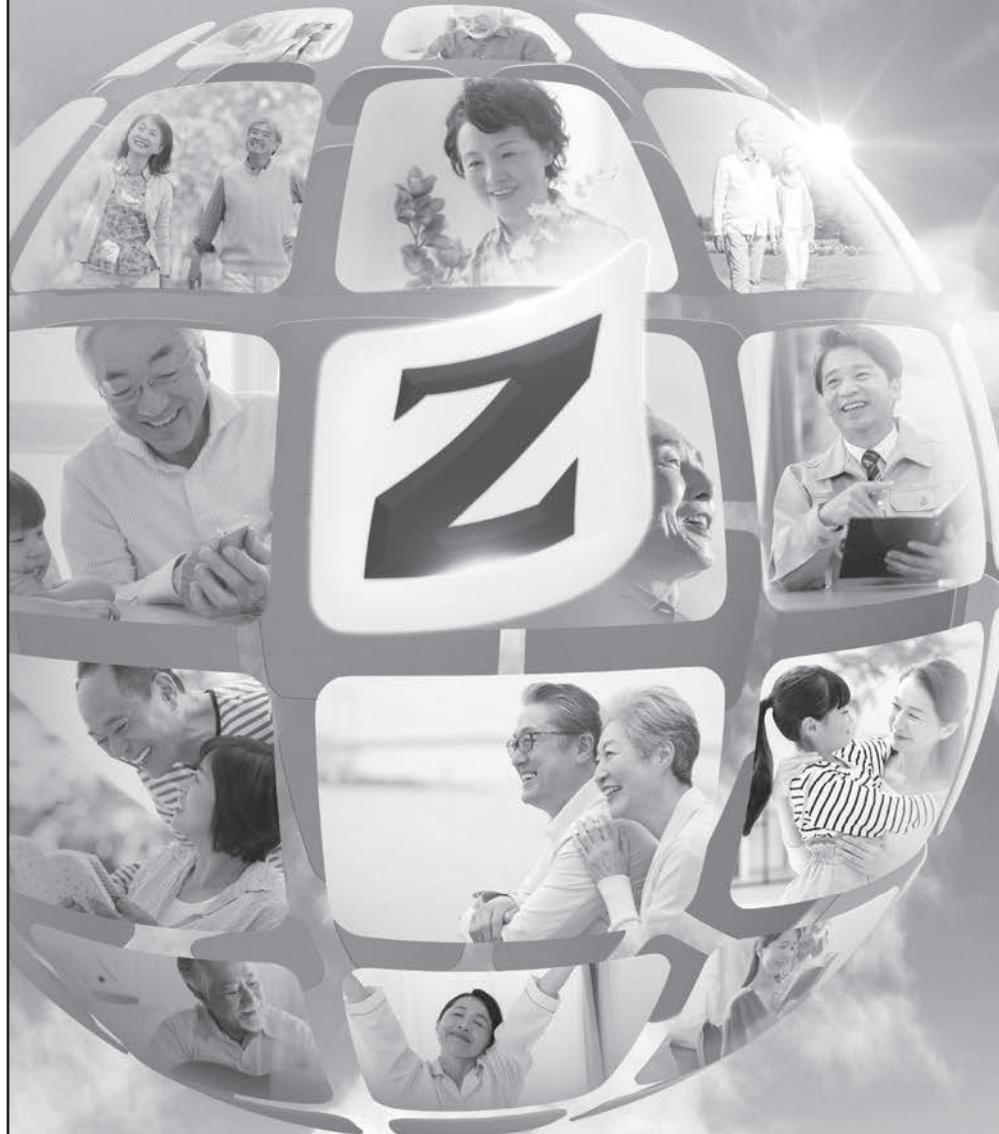
明日は変えられる。



astellas

アステラス製薬株式会社

[www.astellas.com/jp/](http://www.astellas.com/jp/)



薬価基準収載



経皮吸収型 持続性疼痛治療剤  
処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

ジクロフェナクナトリウム経皮吸収型製剤

**ジクトルテープ<sup>®</sup> 75mg**

ZICTHORU<sup>®</sup>Tapes 75mg

1枚中 日局ジクロフェナクナトリウム75mg含有

● 効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については電子化された添付文書をご参考ください。



製造販売元 久光製薬株式会社 〒841-0017 鳥栖市田代大官町408番地

文献請求先及び問い合わせ先：お客様相談室 〒135-6008 東京都江東区豊洲三丁目3番3号

TEL. 0120-381332 FAX.(03)5293-1723

受付時間／9:00～17:50(土日・祝日・会社休日を除く)

URL: <https://www.hisamitsu.co.jp/medical/index.html>



2022年6月作成