

第 52 回

日本リハビリテーション医学会東北地方会 専門医・認定臨床医生涯教育研修会

WEB開催プログラム

開催日：2022年10月1日(土)



朝日岳

【主催責任者】

山形市立病院済生館 リハビリテーション科

金 内 ゆみ子

〒990-8533 山形県山形市七日町1-3-26

TEL：023-625-5555 FAX：023-642-5844

E-mail:tohokuriha52@gmail.com

第 52 回日本リハビリテーション医学会東北地方会 専門医・認定臨床医生涯教育研修会

■ご参加の先生へ

1. 開催形式のご案内

新型コロナウイルス感染拡大に伴い、第 52 回日本リハビリテーション医学会東北地方会は、10 月 1 日（土）に Web 会議ツール・Zoom のライブ配信で開催します。

2. 事前参加登録と研修単位申込

ライブ配信視聴には事前参加登録が必要です。東北地方会ホームページ <https://square.umin.ac.jp/tohokureha/meeting/tohokureha52/> または、右記の QR コードからご登録をお願いします。

事前参加登録と研修単位申込の締め切りは、**2022 年 9 月 27 日（火）**です。当日の参加受付はありませんのでご注意ください。

【事前登録フォーム】



参加費・受講費

参加費：医師：¥2,000（認定臨床医：10 単位、専門医：1 単位）

医療関係者・学生：無料

単位申請費：1 講演につき ¥1,000（認定臨床医：10 単位、専門医：1 単位）

単位申請がご不要な場合は、参加費で全ての講演の聴講は可能です。

3. Zoom の準備

①Zoom は Windows、Mac に対応しております。サポートされている利用可能な機器（OS のバージョン等）をご確認ください。詳細は Web 会議システム「Zoom」公式ホームページの「Zoom ヘルプセンター> 始めに> デスクトップ」（※PC の場合）をご参照ください。

②Web 会議参加には、処理能力の高い機器（CPU：Core i5 2.6GHz、メモリー：8G）を使用されることを推奨いたします。また、電源アダプターのご用意をお願いします。（電力の消費が大きいため、途中でバッテリーがなくならないようにご注意ください。）

③付属設備の準備と設定（マイク、スピーカー、web カメラ等）は事前に Zoom のオーディオ設定でマイク、スピーカーをテストし、音量を確認してください。Zoom の音量の他に、PC 本体の音量設定も確認してください。PC 内臓のマイク、スピーカーでも可能ですが、ハウリングやエコーなどトラブルが発生しやすいため、Web 会議用のマイク、スピーカー、ヘッドセット（マイク付きヘッドフォン等）を利用することを推奨します。

4. ライブ配信

配信日時：2022年10月1（土） 12：00～17：45

- ・幹事会 12：00～
- ・総会 12：50～
- ・地方会 13：30～
- ・生涯教育研修会 15：35～

配信・視聴方法：Web会議ツール「Zoom」による配信

当日までに「Zoom」へのサインアップをお済ませいただき、ご自身のPC、タブレット等で視聴できる環境にしてください。無料版でも結構です。サインアップの際には、参加登録の際と同じメールアドレスおよび氏名でお願いします。前日までに登録されたメールアドレスへ招待メール（ミーティングIDとパスワードの一覧表）をお送りいたします。

Zoomにサインインの上、招待メールに記載されたミーティングID・パスワードを入力し各ミーティングに参加してご視聴ください。セッションごとに別々のZoomを立ち上げます。次のセッションを視聴する際は一度退出し、次のセッションのミーティングID・パスワードで参加してください。参加確認はZoomログイン記録で行います。尚、当日オンラインでセッションに参加する際、名前は「漢字氏名（例：山形 太郎）」としてください。質問、コメントがある場合はZoom上のQ&A機能を使用して質問内容を記入してください。座長から指名された質問者の先生に質疑応答していただきます。

5. 参加・認定単位と証明書について

参加・研修単位に関しましては、Zoomログイン記録で参加・研修確認を行い、認定登録いたします。参加証明書・受講証明書については、地方会終了後に電子データにて送信いたします。

■当日の進行

1. 主催責任者よりメールでお送りするミーティング ID、パスワードをご使用して各セッション用の Zoom の会場に入室してください。入室前に、ご自分の PC のスピーカーから音声聞こえるよう設定ください。
2. 主催側より座長、演者の先生に音声・映像の操作、接続のご確認をさせていただきます。
3. セッション開始：総合司会よりセッションと座長のご紹介をします。
4. 座長から演題の進行をしていただき、事務局より音声入り発表スライドを配信します。発表は 7 分以内です。
5. この間に、質問のある参加者は随時 Q&A で質問を投稿ください。
6. 座長が適宜選択し、発表終了後に質問者と演者の質疑応答を行います（3 分以内）。
7. 予定した演題が終わればセッション終了です。このセッションの Zoom の会場から退出ください。
※画面右下の赤い「終了」をクリックしてください。

■座長の先生へ

ご担当セッションの開始 10 分前までに、Zoom にログインして画面右上の「スピーカービュー」をご選択ください。

座長の進行に従って、主催側から事前送付いただいた音声入りスライドを流します。この間に参加者から寄せられる Q&A での質問は、座長からも確認できますので、スライド終了後にその中にいくつかを選んで演者へ質問したり、質問者の発言を促すなどお願いします。演者や質問者に発言を促す場合、ミュートを解除してから発言するようにご指示をお願いいたします。

各セッションの進行は座長の先生に一任いたします。発表時間 7 分、討論 3 分です。終了時間の厳守をお願いします。

■演者の先生へ

発表スライド内に COI（利益相反）の開示についてご提示をお願いいたします。

ご発表されるセッションの開始 10 分前までに、Zoom にログインして画面右上の「スピーカービュー」をご選択してください。座長の進行に従って、主催者側から事前送付いただいた音声入りスライドを流します。この間に寄せられる参加者からの Q&A での質問をもとに、スライド終了後に座長から質疑があります。適宜、応答をお願いいたします。発表時間 7 分、討論 3 分です。時間厳守をお願いします。

セッション中に、Web 上で解決困難な問題が生じた場合、事前登録いただいた緊急連絡用電話番号に電話で連絡させていただく可能性があります。ご了承のほどよろしくをお願いいたします。

本学会で発表をいただいた抄録については、日本リハビリテーション医学会の学会誌掲載用抄録として、別途原稿の登録が必要となります。タイトル・所属などを含めて 400 字以内で 10 月 7 日（金）までに、主催責任者(tohokuriha52@gmail.com)へメールにて提出してください。

■座長、演者以外のご参加の先生方へ

ウェビナーによる開催形態を予定しております。視聴のみであれば、マイクや Web カメラのご準備は不要です。演者への質問は、すべて Q&A 機能を通して行うこととなります。チャット機能を使用した質問は、受け付け兼ねますので予めご了承ください。

参加者や発表者等のマイク音声ミュートのオン・オフを必要に応じて、主催者（ホスト）側から操作させていただく場合がございます。また、接続不安定などの場合には、主催者（ホスト）側から強制的に一時的に切断させていただく場合もございます。あらかじめご了承ください。

プログラム

- ◆ 12:00～12:40 幹事会
- ◆ 12:50～13:20 総会

《日本リハビリテーション医学会東北地方会》

- ◆ 13:30～ 開催挨拶

主催責任者：山形市立病院済生館 リハビリテーション科
金内ゆみ子

- ◆ 13:35～14:25 一般演題 1

座長：鶴岡協立リハビリテーション病院 松島 得好 先生

1. 決定木を用いた大腿骨近位部骨折患者に対する入浴自立の予測モデルの作成
北福島医療センター
木皿 悠太 ほか
2. 大腿骨近位部骨折術後回復期における嚥下機能障害の実態と治療
山形大学整形外科学講座
寒河江拓盛 ほか
3. 地域在住高齢者の予測努力肺活量と肺炎死の関連
東北大学医学系研究科 障害科学専攻 肢体不自由学分野
汐川菜々子 ほか
4. 社会生活復帰を目標とした若年の脳梗塞患者に対する急性期リハビリテーション
山形市立病院済生館 リハビリテーション室
本間 大智 ほか
5. 高齢脳卒中患者における回復期リハビリテーションの効果—FIM effectiveness を用いた検討—
至誠堂総合病院 脳神経内科
谷口 央 ほか

〈 休 憩 〉

プログラム

◆14：35～15：15

一般演題 2

座長：山形大学整形外科学講座 高窪 祐弥 先生

6. カテーテルの硬膜下移動により離脱症をきたしたバクロフェン髄注療法の1例

秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション科

工藤 大輔 ほか

7. 小児療育後の脳性麻痺患者診療への取り組み

山形県立河北病院 整形外科 リハビリテーション科

高野 満夫 ほか

8. 保存治療を選択した両裂手症の1例

青森県立あすなろ療育福祉センター 整形外科

上里 涼子 ほか

9. 当院で経験した重症皮膚軟部組織感染症に対し陰圧閉鎖療法を行ったのち植皮した2例

至誠堂総合病院 整形外科

加藤 義洋 ほか

〈 休 憩 〉

プログラム

〈専門医・認定臨床医生涯教育研究会〉

◆15：35～16：35

生涯教育研修講演Ⅰ

座長：山形大学医学部 内科学第一講座 有本 貴範 先生

『心不全に対する心臓リハビリテーション』

東京大学医学部 重症心不全治療開発講座 特任准教授
網谷 英介 先生

〈 休 憩 〉

◆16：45～17：45

生涯教育研修講演Ⅱ

座長：山形市立病院済生館 リハビリテーション科 金内ゆみ子

『集中治療、救急救命病棟における早期離床について

—重症 COVID-19 のリハビリテーション治療で学んだこと—』

東京医科歯科大学病院 リハビリテーション部 部長
酒井 朋子 先生

◆17：45～

閉会の辞

抄録目録

◆一般演題 1

1. 決定木を用いた大腿骨近位部骨折患者に対する入浴自立の予測モデルの作成 …………… 9
2. 大腿骨近位部骨折術後回復期における嚥下機能障害の実態と治療 …………… 9
3. 地域在住高齢者の予測努力肺活量と肺炎死の関連 …………… 10
4. 社会生活復帰を目標とした若年の脳梗塞患者に対する急性期リハビリテーション …………… 10
5. 高齢脳卒中患者における回復期リハビリテーションの効果—FIM effectiveness を用いた検討—
…………… 11

◆一般演題 2

6. カテーテルの硬膜下移動により離脱症をきたしたバクロフェン髄注療法の 1 例 …………… 12
7. 小児療育後の脳性麻痺患者診療への取り組み …………… 12
8. 保存治療を選択した両裂手症の 1 例 …………… 13
9. 当院で経験した重症皮膚軟部組織感染症に対し陰圧閉鎖療法を行ったのち植皮した 2 例 …………… 13

◆生涯教育研修講演 I

- 『心不全に対する心臓リハビリテーション』 …………… 14

◆生涯教育研修講演 II

- 『集中治療、救急救命病棟における早期離床について
—重症 COVID-19 のリハビリテーション治療で学んだこと—』 …………… 15

一般演題 1

1. 決定木を用いた大腿骨近位部骨折患者に対する入浴自立の予測モデルの作成

北福島医療センター¹⁾

福島県立医科大学²⁾

○木皿 悠太¹⁾、藤田 貴昭²⁾、大橋 拓朗¹⁾、
笠原 龍一¹⁾、山本 優一¹⁾、大平 葉子¹⁾、
大槻 剛智¹⁾

【目的】入浴は最も自立の難しい日常生活活動である。本研究の目的は、大腿骨近位部骨折患者における、回復期リハビリテーション病棟入院時から退院時の入浴自立可否を予測できるモデルを作成することである。

【対象】回復期リハビリテーション病棟の大腿骨近位部骨折患者で、入院時に入浴が非自立であった60名とした。

【方法】退院時に院内で入浴(シャワー浴を含む)が自立した者と非自立の者の間で、年齢、入院時の Vitality index (VI)、Barg balance scale (BBS)、膝伸展筋力、HDS-R を比較した。また群間比較で有意差が認められた変数を独立変数、退院時の入浴自立可否を従属変数とした決定木分析を行った。

【結果】VI、BBS、健側・患側の膝伸展筋力、HDS-R で有意差が認められた。決定木分析の結果、第一層はHDS-R (基準値22点)、第二層はBBS (基準値18点)とした予測モデルが作成された。正分類率は81.7%であった。

【考察】入院時のHDS-RとBBSの2つの情報から大腿骨近位部骨折患者の入浴自立可否を予測できる決定木分析が作成された。今後、サンプルを増やすことで、より適切な基準値を調査する必要がある。

2. 大腿骨近位部骨折術後回復期における嚥下機能障害の実態と治療

山形大学整形外科学講座¹⁾

鶴岡協立リハビリテーション病院 リハビリテーション科²⁾

○寒河江 拓盛¹⁾、茂木 紹良²⁾、松島 得好²⁾、
高窪 祐弥¹⁾、高木 理彰¹⁾

【目的】嚥下機能障害は高齢者の16-31.7%に併存しており、窒息や誤嚥性肺炎の予防は回復期においても重要な課題である。本研究では、大腿骨近位部骨折術後患者の回復期における嚥下機能障害とその治療内容について調査した。

【方法】2019年12月から2021年12月に大腿骨近位部骨折術後に回復期リハビリテーション治療を施行した65歳以上の患者168例(平均年齢85.5歳)を対象とした。回復期転院時の水飲みテストがプロフィール3以上、または食事中的ムセのため、嚥下内視鏡(VE)が必要と判断した症例をVEあり群として兵頭スコアで評価した。VE不要と判断した症例はVEなし群とした。VEあり群にはSTが介入し、訓練や食形態、食事姿勢を指導した。肺炎合併の有無を診療録から後ろ向きに調査した。EZRを用いて統計学的に解析し、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。

【結果】VEあり群77例、VEなし群91例であった。VE群の兵頭スコアは平均3.2点(0-11)で、全例に誤嚥は認めなかった。入院後食形態が低下したのはVEあり群8例、VEなし群2例で、退院時に食形態が改善したのはそれぞれ40例、13例であった($p=0.04$, $p < 0.01$)。食事姿勢はVE群のみ2例に調整を要し、肺炎はVEあり群2例、VEなし群1例で、いずれも有意差は認めなかった。

【考察】本研究では、嚥下機能障害に対する治療は食事形態の調整が主であり、全例で経口摂取の継続が可能であった。今後症例数を増やし、体組成や機能予後との関連についても検討したい。

一般演題 1

3. 地域在住高齢者の予測努力肺活量と肺炎死の関連

東北大学医学系研究科 障害科学専攻 肢体不自由学分野

○汐川 菜々子、岡崎 達馬、宮武 ミドリ、
鈴嶋 よしみ、出江 紳一

呼吸機能の指標の一つに肺活量があり、肺活量低値は間質性肺炎等の診断に用いられている。これまで高齢者の肺活量と生存率との関連は不明だったが、我々は最近予測努力肺活量(%FVC)低値と全死亡リスク上昇の関連を明らかにした。しかし、死亡リスク上昇の原因は不明だった。本研究の目的は%FVC低値と関連する死因を明らかにすることである。70歳以上の地域在住高齢者を10年間追跡した宮城県鶴ヶ谷プロジェクトのデータから1048名を解析し、アウトカムを日本の3大主要死因、癌、心血管、肺炎及びその他とした。%FVC80%以上群を基準とし、80%未満群の死亡のハザード比(HR)と95%信頼区間(95%CI)をCox比例ハザードモデルで推定した。その結果、%FVC80%未満群では肺炎死のHRが4.06(95%CI:1.60-8.85)と上昇した。癌と心血管死でHRは上昇しなかったが、その他の死因ではHR2.08(95%CI:1.46-2.98)と上昇した。年齢、性別、喫煙歴で調整後も同様の結果だった。地域在住高齢者において%FVC低値は日本の三大主要死因のうち肺炎死のリスクを上昇させた。

4. 社会生活復帰を目標とした若年の脳梗塞患者に対する急性期リハビリテーション

山形市立病院済生館 リハビリテーション室¹⁾

山形市立病院済生館 リハビリテーション科²⁾

山形市立病院済生館 脳神経外科³⁾

○本間 大智¹⁾、加藤 大輝¹⁾、金内 ゆみ子²⁾、
近藤 礼³⁾

【はじめに】若年者脳卒中の転帰は必ずしも良好ではなく、生活期を見据えた早期からの支援が必要とされる。今回、若年者脳卒中の急性期加療後、脳卒中地域連携パス(以下連携パス)を利用し、早期に転院した症例を報告する。

【症例】40歳代男性、既往歴に外傷性左下垂足があるが、歩行は自立し、職業は運転手。右片麻痺および構音障害で発症し当院入院、左レンズ核線条体動脈領域の分岐粥腫型脳梗塞の診断で、急性期治療を開始した。入院当日よりベッド上でのリハビリテーションを開始した。Br. stageⅢの下肢麻痺と痙縮亢進を認め、歩行は重介助を要した。社会復帰を最終目標に、集中的な歩行練習を計画した。

【経過】第3病日より下腿装具や機能的電気刺激、免荷式トレッドミルを用いて歩行練習を開始した。第7病日より歩行練習支援ロボット「ウエルウォーク」を使用し、平地歩行と比較して約2倍の歩行量を確保した。経過中に神経症状と痙縮の悪化を認めず、連携パスで詳細な情報を回復期病院と共有し、第21病日に歩行は軽介助となり転院した。

【考察】本症例は、重度の右下肢麻痺、病前からの左下垂足、痙縮の増悪に留意しながら早期より最大限の運動量で集中的な歩行練習を行い、連携パスを利用し早期転院が可能であった。病態が変化しやすい急性期から回復期への連携では、詳細な情報提供が重要と考えられた。

5. 高齢脳卒中患者における回復期リハビリテーションの効果

—FIM effectiveness を用いた検討—

至誠堂総合病院 脳神経内科

○谷口 央、谷口 昌光

【目的】 高齢脳卒中患者において訓練量増加が ADL 改善に寄与するという報告があるが、70～75 歳以上の患者を一群として検討することが多い。回復期リハビリテーション病棟での訓練量が平均 7 単位前後となり 85 歳以上の占める割合が増えたことより、75 歳以上をさらに低年齢と高年齢に分け、それぞれの訓練効果について FIM effectiveness を用いて調べた。

【対象】 2018 年 4 月～2022 年 3 月までに脳卒中地域連携パスで急性期病院から転院した脳梗塞および脳出血患者 62 人中 75 歳以上の 45 人とした。

【方法】 入院 FIM 運動項目 (FIM-M) の点数を低得点層 (13～30)、中得点層 (31～54)、高得点層 (55～90) の 3 層に分類し、FIM-M effectiveness を比較した。各得点層で低年齢群 (75～84 歳)、高年齢群 (85 歳以上) に分け、入退院 FIM-M、FIM-M effectiveness を調べた。

【結果】 低・中・高の 3 得点層間で FIM-effectiveness に有意差を認めず。いずれの得点層でも年齢にかかわらず入院 FIM-M に比べ退院 FIM-M は高かったが、中得点層では低年齢群に比べ高年齢群で退院 FIM-M が低い傾向があった。FIM-M effectiveness は、低および高得点層では年齢間で差はなかったが、中得点層では低年齢群に比べ高年齢群で低い傾向があった。

【結論】 75 歳以上の脳卒中患者において、入院時 ADL が低・高得点層では年齢による ADL 改善に違いはないが、中得点層では 85 歳以上で ADL 改善が得られにくい可能性がある。

一般演題 2

6. カテーテルの硬膜下移動により離脱症をきたしたバクロフェン髄注療法の1例

秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション科¹⁾
秋田大学大学院医学系研究科医学専攻機能展開医学系整形外科学講座²⁾

○工藤 大輔¹⁾、本郷 道生²⁾、粕川 雄司¹⁾、
木下 隼人²⁾、木村 竜太²⁾、宮腰 尚久²⁾

【症例】31歳女性。20歳時墜落による頸髄損傷を含む多発外傷を受傷した。機能残存レベルC8の完全麻痺を後遺した。30歳ころより痙縮が悪化、薬物療法、A型ボツリヌス毒素による治療が無効であったため、バクロフェン髄注療法(ITB)を開始した。Ashworth scaleはITB治療前3から治療後1に改善した。ポンプ植え込み術後5ヵ月で痙縮が悪化、外来で用量の調整中であったが、意識障害、発熱、痙攣で救急搬送された。髄液、ポンプ薬液の細菌培養は陰性、ポンプの故障、カテーテル閉塞、損傷も認めなかった。腰椎穿刺によるバクロフェン髄注は有効であった。カテーテル造影所見からカテーテル先端の硬膜下移動が疑われ、カテーテルの交換手術を行い痙縮が改善した。離脱症の主な原因は、カテーテルの閉塞、断裂、キンク、ポンプ内薬液不足、電池切れ、プログラミングミスなどである。カテーテルの硬膜下移動はまれであるが、鑑別として重要である。

7. 小児療育後の脳性麻痺患者診療への取り組み

山形県立河北病院 整形外科 リハビリテーション科¹⁾

山形大学整形外科学講座²⁾

○高野 満夫¹⁾、渡邊 忠良¹⁾、成田 亜矢²⁾、
寒河江 拓盛²⁾、高窪 祐弥²⁾、高木 理彰²⁾

【はじめに】当県における小児療育時期脳性麻痺患者の診療は、県立こども医療療育センター（以下、センター）で行われることが多い。卒後は生活基盤を地元に移行するため通院困難となり、診療継続が問題となる。

当院は小児科、神経内科の常勤医師は不在であるが、小児療育後の脳性麻痺患者の診療を経験することができたので報告する。

【症例】22歳男性。痙性両麻痺、てんかんと診断され、小児療育時期はセンターで診療されていた。卒後は、当院近隣の障がい者福祉施設に通っている。センターまで片道約50分と遠く、家族の希望もあり当院紹介となった。当院ではボツリヌス治療や、リハビリテーションを定期継続して行っている。

【考察】脳性麻痺の診療は、ボツリヌス治療、装具作成のみならず併存疾患（てんかん重積など）の対応なども含むため、他科医師不在での診療は難しい。また、一般病院では脳性麻痺患者に接する機会が少ないため、医療従事者の不安感も否めない。当院は県立病院であり、センターの勤務や脳性麻痺患者の診療経験のある医療従事者が複数従事している。

今後もセンター、医療機関と連携し、小児療育後の診療に助力したい。

一般演題 2

8. 保存治療を選択した両裂手症の1例

青森県立あすなろ療育福祉センター 整形外科¹⁾
弘前大学大学院医学研究科 整形外科²⁾
弘前大学大学院医学研究科 リハビリテーション
医学講座³⁾

○上里 涼子¹⁾、亀井 敬太¹⁾、藤田 有紀²⁾、
市川 奈菜²⁾、津田 英一³⁾

【はじめに】裂手症は上肢中央列の形成障害であり、指の欠損や指間の深い切れ込みを認める手の先天異常である。これまで手術治療の報告は多いが、今回、保存治療を選択した症例を経験したので報告する。

【症例】症例は9歳女児で、右利きである。周産期に異常は指摘されず、生下時に両裂手症と診断された。両手ともに中指・環指を欠損し、手根部に達する深い切れ込みを認めた。左小指には自動運動を認めなかった。初診時に、手掌形成手術についての説明を保護者に行ったが、患者自身が意思表示できる年齢に達してからの手術を希望され、上肢機能の発達を観察し必要な保存治療を行う方針とした。その後、右手はグリップが安定し母指との対立も可能となった。左手は小指の自動運動は困難であったが、母指示指によるピンチ・グリップ、第2・第5中手骨でのscissoringによる大きい物の把持が可能となった。最終的に手掌形成術は、それに伴う機能損失が大きいと判断し選択しなかった。

【考察】裂手症では指間に深い切れ込みがあるため、外観上の観点からも手術治療が選択されることが多い。本症例では、手掌形成術が行われなかったことで、中手骨間での把持機能が維持された。手の先天異常では乳児期に手術治療が行われることが多いため、術者と保護者の意見で治療法が選択される。本症例を経験し、手の先天異常に対する手術治療の適応を今一度考えさせられた。

9. 当院で経験した重症皮膚軟部組織感染症に対し陰圧閉鎖療法を行ったのち植皮した2例

至誠堂総合病院 整形外科
○加藤 義洋、小林 真司、鈴木 光典

【はじめに】上肢と下肢ではリハビリの目標が異なる。下肢は歩行ができれば最低限良いが、上肢は機能が問題となる。当院で経験した重症皮膚軟部組織感染症に対し陰圧閉鎖療法を行ったのち植皮した2例について報告する。

【症例】症例1：92歳男性。体動困難、右上肢の疼痛と広範な腫脹、前腕以遠の色調不良と水泡形成を認め、緊急デブリードマンを施行した。術中培養で、A群連鎖球菌の検出を認めた。デブリードマンを2回追加し、陰圧閉鎖療法（以下NPWT）後、分層植皮を行った。リハビリテーションは患側上肢を安全肢位に固定しながら上肢の可動域訓練と離床訓練を継続したが、痛みと浮腫が強く拘縮をきたし、植皮生着後装具療法を併用するも廃用手となり施設へ退院となった。

症例2：77歳男性。内科で右足背蜂窩織炎にて治療行っても改善が得られず、5週経過して当科紹介となった。糖尿病と脳梗塞による右不全麻痺があり、デブリードマンを施行し、術後NPWTを開始したが、術中の組織培養でMRSAを検出したため開放創とした。創が露出しないようにし立位歩行訓練は継続した。感染の鎮静化を待ってから人工真皮を用いたのち両鼠径部から全層植皮を行った。植皮は生着し歩行訓練ののち、歩行自立で退院した。

【考察】NPWTや植皮は腱の変性や癒着が生じやすい。手指の拘縮をきたさないために皮弁を用いた機能温存を図ったりリハビリも考慮すべきと考えられた。

心不全に対する心臓リハビリテーション

東京大学医学部 重症心不全治療開発講座 特任准教授

網谷 英介 先生

高齢化とともに罹患数および負担が増加する心不全は、原因疾患、患者背景、合併症などによって病態が大きく異なる、幅のある特徴をもつ。それゆえに、症例毎に適切な治療を選択する重要性が高い。運動療法を軸とした心臓リハビリテーションは心不全に対する効果は十分に確立しているものの、外来の導入率が低いなど、課題も存在する。心不全および心臓リハビリテーションの現状や当院での対応、今後の課題などについてまとめる。

集中治療、救急救命病棟における早期離床について －重症 COVID-19 のリハビリテーション治療で学んだこと－

東京医科歯科大学病院 リハビリテーション部 部長
酒井 朋子 先生

4月より ICU とともに救命救急病棟、ハイケアユニット等も早期離床加算算定対象になった。呼吸予備能が低下した重症 COVID-19 患者の離床では呼吸状態の破綻による再挿管や、呼吸努力の上昇による自己自発呼吸誘発性肺傷害の誘発を経験した。現在、呼吸予備能を詳細に評価し、呼吸器モードや酸素投与量を一時的に変更して酸素供給を上げ、酸素需要を上げすぎない安全な離床を心掛けている。早期離床の注意点を共有したい。

日本リハビリテーション医学会東北地方会会則

第1条 名称

この会（以下本会という。）は日本リハビリテーション医学会東北地方会と称する。

第2条 目的

本会は、地域におけるリハビリテーション医学の普及と発展、日本リハビリテーション医学会会員（以下「会員」という。）相互の学術等の交流を図ることを目的とする。

第3条 事業

本会は前条の目的を達成するために次の事業を行う。

- (1) 学術集会の開催
- (2) 生涯教育研修会の参加・実施
- (3) リハビリテーション啓発活動の実施
- (4) その他地方会組織の目的を達成するための事業

2 本会は前項の事業を実施するに当たり、日本リハビリテーション医学会と連携を密にする。

（地方会組織）

第4条 会員

会員は、原則としてその勤務地が青森県、岩手県、秋田県、宮城県、山形県、福島県の所在する日本リハビリテーション医学会会員をもって構成する。

第5条 役員

本会には幹事若干名、代表幹事1名、事務局担当幹事1名、専門医・認定臨床医生涯教育担当幹事若干名、活性化推進幹事代表幹事1名、各県代表幹事を各県1名、学術集会会長1名、副会長、監事2名、顧問若干名を置く。

1. 幹事

- (1) 幹事は各県若干名とする。
- (2) 幹事は会員のなかから幹事2名の推薦により幹事会が推挙し、総会で承認された者とする。
- (3) 幹事の任期は2年とし、再任を妨げない。
- (4) 幹事は、互選で代表幹事を定める。
- (5) 代表幹事は、地方会運営の責任を負う。
- (6) 代表幹事の任期は、連続して3期までとする。

2. 事務局担当幹事

事務局担当幹事は幹事のなかから幹事会で推挙され、本会事務の円滑な運営に関わる。任期は2年とし、再選を妨げない。

3. 専門医・認定臨床医生涯教育担当幹事

専門医・認定臨床医生涯教育担当幹事は幹事のなかから幹事会で推挙され、専門医・認定臨床医生涯教育の円滑な運営に関わる。任期は2年とし、再選を妨げない。

4. 活性化推進幹事代表幹事

活性化推進幹事代表幹事は幹事のなかから幹事会で推挙され、若手専門医の教育、運営に関わる。任期は2年とし、再選を妨げない。

5. 各県代表幹事

各県代表幹事は幹事のなかから幹事会で推挙され、各県のリハビリテーション医学会会員との連絡を行う。任期は2年とし、再選を妨げない。

6. 学術集会会長（以下会長）及び副会長

- (1) 会長、副会長（次期及び次次期会長）は役員会の推薦により選任され、総会で承認された者とする。
- (2) 会長は学術集会を主宰し、幹事会を開催する。

- (3) 会長の任期は学術集会終了の翌日から次期学術集会終了までの日とする。
- (4) 副会長は次期及び次次期会長予定者とし、会長を補佐する。

7. 監事

- (1) 監事は、幹事会で推挙され、総会で承認された者とする。
- (2) 監事は、監事の職務の執行を監査する。
- (3) 監事は、地方会の業務執行及び財産の状況を監査する。
- (4) 監事の任期は2年とし、再任は妨げない。

8. 顧問

顧問は幹事会で推挙されたもので、会の運営に助言を与える。

(会議)

第6条 幹事会

- 幹事会は幹事で構成し、年2回以上開催するものとする。幹事会には幹事以外の役員も出席できるものとする。
- 2 代表幹事が必要と認めた場合、または幹事の3分の1以上の請求があった場合には代表幹事会を招集することができる。
 - 3 議事は、出席者の過半数をもって議決し、可否同数のときは、議長が決するところによる。

第7条

- 総会は年1回以上開催するものとする。
- 2 総会の議事は、出席者の過半数をもって議決し、可否同数のときは、議長が決するところによる。

第8条 学術集会

学術集会は年2回開催する。専門医・認定臨床医生涯教育会を同時開催する。

- 2 学術集会の開催地は東北6県の持ち回りとする。
- 3 学術集会における発表では、主演者は本会員の資格を必要とする。
- 4 非会員は一時会員として学術集会に会員との共同演者として発表することができる。

第9条 専門医・認定臨床医生涯教育研修会

専門医・認定臨床医生涯教育研修会は、年2回の学術集会と同時開催以外に、年1回単独で開催する。

- 2 専門医・認定臨床医生涯教育研修会の開催地は東北6県の持ち回りとする。

第10条 会計

本会は、医学会からの補助金の執行につき、事業内容と会計報告を医学会に行う。

- 2 会計年度は、4月1日から翌年3月31日までとする。

第11条 地方会組織の事務局

本会は事務局を事務局担当幹事の所属する組織内におく。

附 則

- 1 この会則は、平成31年3月23日から施行し、平成31年4月1日から適用する。
- 2 本会則の改正は総会においてその出席会員の半数以上の同意を要する。

申し合わせ事項

1. 非会員の一時会費は1,000円とする。
2. 非会員は総会への参加及び議決に加わることはできない。

2022 年度役員

顧 問

福田 道隆（弘前大学名誉教授）
盛合 徳夫（総合南東北病院）
佐直 信彦（北杜学園仙台青葉学院短期大学）
鈴木 堅二
佐山 一郎（由利本荘医師会病院）
小林恒三郎（医療法人財団弘慈会 石橋病院）
田中 尚文（帝京大学ちば医療センター）
高橋 明（いわてリハビリテーションセンター）

代表幹事

島田 洋一（秋田県立療育機構）

事務局担当幹事

古澤 義人（東北大学大学院肢体不自由学分野）

専門医・認定臨床医生涯教育担当幹事

伊藤 修（東北医科薬科大学医学部リハビリテーション学）

高窪 祐弥（山形大学医学部附属病院リハビリテーション部）

活性化推進幹事会代表幹事

高橋 珠緒（東北大学大学院内部障害学分野）

各県代表幹事

青森県

津田 英一（弘前大学大学院医学研究科リハビリテーション医学講座）

秋田県

粕川 雄司（秋田大学医学部附属病院整形外科）

岩手県

西村 行秀（岩手医科大学リハビリテーション科）

山形県

高木 理彰（山形大学整形外科学講座）

宮城県

出江 紳一（東北大学大学院医工学研究科）

福島県

大井 直往（福島県立医科大学リハビリテーション医学講座）

幹 事

及川 隆司 (八戸看護専門学校)
松本 茂男 (あおもり協立病院)
岩田 学 (黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター)
盛島 利文 (青森県立はまなす医療療育センター)
相馬 正始 (青森市民病院リハビリテーション科)
三浦 和知 (弘前大学大学院医学研究科リハビリテーション医学講座)
大井 清文 (いわてリハビリテーションセンター)
佐藤 義朝 (いわてリハビリテーションセンター)
荻野 義信 (萩野病院)
阿部 深雪 (いわてリハビリテーションセンター)
小笠原真澄 (大湯リハビリ温泉病院)
島田 薫 (森岳温泉病院)
細川賀乃子 (大曲リハビリテーションクリニック)
竹内 直行 (秋田大学大学院理学療法学講座)
工藤 大輔 (秋田大学大学院整形外科科学講座)
斎藤 公男 (秋田大学医学部附属病院リハビリテーション科)
茂木 紹良 (鶴岡協立リハビリテーション病院)
小林 真司 (至誠堂総合病院整形外科)
豊岡 志保 (国立病院機構山形病院)
金内ゆみ子 (山形市立病院済生館)
佐々木 幹 (山形済生病院整形外科)
成田 亜矢 (山形大学リハビリテーション科)
半田 康延 (仙台保健福祉専門学校)
渡邊 裕志 (仙台リハビリテーション病院)
上月 正博 (山形県立保健医療大学)

檜本 修 (宮城県リハビリテーション支援センター)
市江 雅芳 (東北福祉大学健康科学部リハビリテーション学科)
亀山 順一 (亀山整形外科リハビリテーションクリニック)
水尻 強志 (宮城厚生協会長町病院)
富山 陽介 (坂総合病院)
落合 達宏 (宮城県立こども病院)
原田 卓 (東北大学大学院内部障害学分野)
長坂 誠 (東北公済病院リハビリテーション科)
杉山 謙 (内科佐藤病院リハビリテーション科)
藤原 大 (坂総合病院リハビリテーション科)
金成建太郎 (長町病院リハビリテーション科)
西嶋 一智 (宮城県リハビリテーション支援センター)
岡崎 達馬 (東北大学病院肢体不自由リハビリテーション科)
千葉 勝実 (福島第一病院整形外科)
関 晴朗 (国立病院機構いわき病院)
佐藤 武 (医療生協わたり病院)
大平 葉子 (北福島医療センター)
矢吹 省司 (福島県立医科大学医学部整形外科講座)
大内 一夫 (福島県立医科大学附属病院リハビリテーションセンター)
近藤 健男 (竹田総合病院リハビリテーション科)
渡辺亜貴子 (医療生協わたり病院)
瀬田 拓 (ないとうクリニック)
木村 竜太 (秋田大学整形外科)

監 事

及川 忠人 (東八幡平病院)
信田 進吾 (東北労災病院)

第 52 回
日本リハビリテーション医学会東北地方会
専門医・認定臨床医生涯教育研修会

プログラム集