

第 53 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 53 回日本リハビリテーション医学会東北地方会は、3 月 4 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/tohokureha53/>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、**2023 年 3 月 1 日（水）**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：8GB）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：2023年3月4（土） 12:00～17:55

- ・幹事会 12:00～12:30
- ・総会 12:40～13:05
- ・地方会 13:15～15:40
- ・生涯教育研修会 15:40～17:50

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ミーティングに参加してご視聴ください。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 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 3 月 10 日（金）までに、主催責任者(jarmtohoku53@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 : 30 幹事会

◆ 12 : 40～13 : 05 総会

《日本リハビリテーション医学会東北地方会》

◆ 13:15～13:20 開催挨拶

主催責任者：宮城厚生協会坂総合病院 リハビリテーション科
藤原 大

◆ 13 : 20～14 : 20 一般演題 1

座長：医療法人京回生会 介護医療院京病院 京 吉彦 先生

1. 回復期リハビリテーション病棟における深部静脈血栓症に対するDダイマー測定の有用性について
寿泉堂香久山病院 脳神経外科
佐藤 正憲
2. 脳卒中（ESUS）後のリハビリ中に再発を来した一症例の振り返り～血栓溶解療法の適応を意識した搬送手順書の作成～
わたり病院 リハビリテーション科
渡辺 亜貴子 ほか
3. 当院回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の転院・転棟・死亡症例の検討
宮城厚生協会長町病院 リハビリテーション科
水尻 強志 ほか
4. 大腿骨近位部骨折術後回復期における後期高齢患者の認知機能低下は退院時ADLを低下させる
山形大学医学部整形外科学講座
寒河江 拓盛 ほか
5. 脛骨顆間隆起骨折に腓骨頭裂離骨折(Arcuate sign)を合併した1例の術後リハビリテーション治療
秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション科
斉藤 公男 ほか
6. 回復期病棟で実施した嚥下内視鏡検査による片側咽頭麻痺所見を契機に、延髄外側梗塞の診断に至った多発外傷の一例
いわてリハビリテーションセンター・診療部
佐藤 義朝 ほか

〈 休 憩 〉

プログラム

◆ 14 : 30 ~ 15 : 30

一般演題 2

座長：宮城県リハビリテーション支援センター 西嶋 一智 先生

7. 当科における赤ちゃん外来患者の動向ーリハビリテーション治療を要した症例に注目してー
青森県立あすなろ療育福祉センター
亀井 敬太 ほか
8. 筋電義手を導入した先天性右前腕欠損児の一例
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
石山 浩明 ほか
9. 6 cm以上の脚長不等に対する二段式装具の使用経験
宮城県立こども病院 整形外科
水野 稚香 ほか
10. 腰部脊柱管狭窄症における握力・背筋力と下肢筋力の違い
秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション科
粕川 雄司 ほか
11. 高齢心不全患者の栄養状態と ADL の関連性
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
村岡 祐太 ほか
12. 食道癌術前補助化学療法 of 骨髄抑制に運動療法が及ぼす影響の検討
岩手医科大学医学部リハビリテーション医学講座
西山 一成 ほか

〈 休 憩 〉

プログラム

〈専門医・認定臨床医生涯教育研究会〉

◆15：40～16：40

生涯教育研修講演Ⅰ

座長：宮城厚生協会 長町病院 リハビリテーション科 阿部理奈 先生

『地域における痙縮治療の実践～ボツリヌス治療と装具療法を中心に～』

西宮協立リハビリテーション病院
リハビリテーション科 部長 勝谷将史 先生

〈 休 憩 〉

◆16：50～17：50

生涯教育研修講演Ⅱ

座長：山形県立保健医療大学理事長・学長 上月正博 先生

『予後改善を目指す包括的呼吸リハビリテーション』

東北大学大学院医学系研究科内部障害学分野
教授 海老原覚 先生

◆17：50～17：55

閉会の辞

抄録目録

◆一般演題 1

1. 回復期リハビリテーション病棟における深部静脈血栓症に対するDダイマー測定の有用性について 9
2. 脳卒中（ESUS）後のリハビリ中に再発を来した一症例の振り返り 9
3. 当院回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の転院・転棟・死亡症例の検討 10
4. 大腿骨近位部骨折術後回復期における後期高齢患者の認知機能低下は退院時ADLを低下させる 10
5. 脛骨顆間隆起骨折に腓骨頭裂離骨折(Arcuate sign)を合併した1例の術後リハビリテーション治療 11
6. 回復期病棟で実施した嚥下内視鏡検査による片側咽頭麻痺所見を契機に、延髄外側梗塞の診断に至った多発外傷の一例 11

◆一般演題 2

7. 当科における赤ちゃん外来患者の動向ーリハビリテーション治療を要した症例に注目してー 12
8. 筋電義手を導入した先天性右前腕欠損児の一例 12
9. 6 cm以上の脚長不等に対する二段式装具の使用経験 13
10. 腰部脊柱管狭窄症における握力・背筋力と下肢筋力の違い 13
11. 高齢心不全患者の栄養状態とADLの関連性 14
12. 食道癌術前補助化学療法の骨髄抑制に運動療法が及ぼす影響の検討 14

◆生涯教育研修講演 I

- 『地域における痙縮治療の実践～ボツリヌス治療と装具療法を中心に～』 15

◆生涯教育研修講演 II

- 『予後改善を目指す包括的呼吸リハビリテーション』 16

一般演題 1

1. 回復期リハビリテーション病棟における深部静脈血栓症に対する D ダイマー測定の有用性について

寿泉堂香久山病院 脳神経外科

○佐藤 正憲

【目的】回復期リハビリテーション病棟における深部静脈血栓症に対する D ダイマー測定の有用性について検討した。

【対象・方法】2019年1月から当院回復期リハビリテーション病棟に入院した新規患者 360 例のうち既に深部静脈血栓症の診断を受けていた 14 例を除く 346 例を対象とした。全例に D ダイマーを測定し、 $5.0 \mu\text{g/ml}$ 以上の場合は下肢エコーを施行し、深部静脈血栓症の発見に努めた。

【結果・考察】346 例中 D ダイマーが 5.0 以上は 53 例で下肢エコーにより 16 例に血栓を認めた。疾患別では脳血管障害群が 5 例、運動器疾患群（脊椎圧迫骨折群）が 9 例、廃用症候群が 2 例で、脊椎圧迫骨折群と廃用症候群で頻度が高かった。血栓が見つかった 16 例中 1 例は中枢型で下大静脈フィルターを留置した。末梢型 15 例には DOAC を投与開始したが 3 例で著明な貧血を来し、投与を中止した。3 例の内 2 例は胃癌と下行結腸癌が判明し、1 例は出血源不明であった。幸いにも肺塞栓症を起こした例は無かった。

【結語】D ダイマー測定により下肢エコー検査の絞り込みが可能で深部静脈血栓症の予防・治療には有用と思われた。深部静脈血栓症に対して抗凝固薬を投与開始した場合、貧血のフォローアップが重要と考えられる。

2. 脳卒中 (ESUS) 後のリハビリ中に再発を来した一症例の振り返り

わたり病院 リハビリテーション科

○渡辺 亜貴子、佐藤 武

【はじめに】脳神経外科のない病院では、入院中の患者が発症時間の明確な虚血性脳卒中を来した場合、しかるべき施設に速やかに搬送する必要がある。我々が経験した症例では、発症から紹介先病院まで搬送するのに 3 時間 15 分を要した。今回、搬送時間を短縮するためにはどうしたらよいかを検討した。

【症例】90 歳女性。塞栓源不明脳塞栓症 (ESUS) を発症し A 病院に入院。発症 48 日目に当院回復期病棟に転院した。転院 49 日目の日曜朝 8:15 再発→8:45 看護師が再発を疑い主治医に連絡（並行して家族に連絡）→9:40 主治医着（日直医により頭部 CT 終了）→9:50 再発と診断し、A 病院に連絡→10:00 受け入れ可の返答→10:40 紹介状等を作成し救急隊に連絡→11:00 当院発→11:30 A 病院着。

【考察とまとめ】反省点は、①主治医の到着を待った、②回り側で血栓溶解療法への適応に関する確信が持てていなかった、③紹介状作成等を省略できなかった、④A 病院よりも近い病院を選択すべきであった可能性、などがあげられる。これらを反映した手順書を作成することとした。また、搬送時間短縮のためには脳神経外科のある近隣の病院と、定期的に情報交換の機会を持つことが重要と思われた。

3. 当院回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の転院・転棟・死亡症例の検討

宮城厚生協会長町病院リハビリテーション科

○水尻 強志、金成 建太郎、阿部 理奈、岩屋 毅、
江原 昌宗

【対象と方法】2014 年度から 2020 年度に当院回復期リハビリテーション入院した脳卒中患者連続 1,865 名中、治療目的での転院・転棟及び死亡症例 208 名 11.2%を対象に転院・転棟・死亡理由、転院先、再入院先について調査した。【結果】紹介理由は内部疾患 43.8%、脳疾患 23.6%、胃瘻造設等 19.7%の順だった。紹介元への転院は 41.8%であり、それぞれ脳疾患で 91.2%、内部疾患で 30.8%、胃瘻造設等で 19.5%だった。再入院先は、回復期リハビリテーション病棟へ脳疾患 80.0%、内部疾患 67.1%、胃瘻造設等 70.0%、一般病棟へ脳疾患 6.1%、内部疾患 20.3%、胃瘻造設等 25.0%だった。【考察】当院における治療目的での転院・転棟及び死亡症例の比率は、回復期リハビリテーション病棟協会調査と同等だった。先行研究と比較して、原因疾患として脳疾患が 1/4 程度に過ぎないことは同じだったが、紹介元への転院は少なかった。当院紹介元として脳卒中専門病院の占める比率が高いことや二次医療圏外からの紹介が一定数あることが要因として考えられた。地域事情を考慮すると、治療目的での転院に関しても医療連携を強化する必要があった。

4. 大腿骨近位部骨折術後回復期における後期高齢患者の認知機能低下は退院時 ADL を低下させる

山形大学医学部整形外科学講座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⁾

山形県立こども医療療育センター整形外科³⁾

山形県立河北病院整形外科⁴⁾

山形済生病院整形外科⁵⁾

山形市立病院済生館リハビリテーション科⁶⁾

○寒河江 拓盛¹⁾、松島 得好²⁾、茂木 紹良²⁾、鈴木 優太³⁾、成田 亜矢¹⁾、高窪 祐弥¹⁾、高野 満夫⁴⁾、佐々木 幹⁵⁾、金内 ゆみ子⁶⁾、高木 理彰¹⁾

【目的】大腿骨近位部骨折患者は年々高齢化している。高齢患者における入院中の認知機能低下はしばしば経験するが、退院時 ADL との関連ははっきりしていない。本研究では、大腿骨近位部骨折術後回復期における後期高齢者の認知機能の変化と退院時 ADL との関連について調査した。

【方法】2008 年 6 月から 2020 年 3 月までにクリニカルパスで転院した 75 歳以上の患者を、年齢、性別、骨折型、受傷前の障害高齢者/認知症高齢者の生活自立度判定で傾向スコアマッチングした。対象は 1132 例で、Barthel Index (BI) と Mini-Mental State Examination (MMSE) を評価し、回復期退院時 MMSE が転院時よりも 2 点以上低下した患者を低下群、1 点以下を維持群として、退院時 BI への影響を後ろ向きに調査した。統計学的解析は EZR を使用し、Mann-Whitney の U 検定、カイ二乗検定、重回帰分析を用いた。

【結果】低下群は、退院時 BI、BI 利得、退院時 MMSE が有意に低値であった ($P=0.03$ 、 $P < 0.01$ 、 $P < 0.01$)。退院時 BI に寄与する因子の重回帰分析では、独立因子は受傷前、術後 2、6 週 BI、術後 4 週 MMSE、認知機能維持であった ($R^2=0.84$ 、すべて $P < 0.01$)。

【考察】大腿骨近位部骨折術後回復期の後期高齢者は、入院中の認知機能低下により退院時 ADL が低下することが示唆された。

5. 脛骨顆間隆起骨折に腓骨頭裂離骨折(Arcuate sign)を合併した1例の術後リハビリテーション治療

秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション科
○斉藤 公男、野坂 光司、齊藤 英知、木島 泰明、河野 哲也、工藤 大輔、粕川 雄司、宮腰 尚久

【はじめに】脛骨顆間隆起骨折に Arcuate sign を呈した腓骨頭裂離骨折を合併した症例を経験した。

【症例】23歳、男性。バイクを時速50kmで運転中、曲がりきれず膝の内反を強制された状態で転倒し受傷し、同日当院救急搬送された。意識は清明でバイタルは安定していた。右膝の疼痛と関節内血腫、膝外側部を中心とした皮下血腫、可動域制限を認めた。単純X線で右膝関節の脛骨付着部剥離骨折、腓骨頭の剥離骨折(arcuate sign)を認めた。MRIで腓骨頭裂離骨折を含む後外側支持機構(以下PLC)の損傷、顆間隆起骨折、大腿二頭筋損傷、大腿骨内顆骨挫傷等を認めた。内反ストレス撮影において健側に比較して関節裂隙開大が著明であった。脛骨顆間隆起骨折および後外側支持機構損傷の診断で受傷後6日で手術を行った。手術は脛骨顆間隆起骨折に対して関節鏡視下修復術(pull-out法)を行い、腓骨頭の剥離骨折に対してpull-out法で整復固定し、PLCは一部suture anchorを用いて修復した。

後療法は術後1週はニーブレース着用とし、術後2週から修復部の保護を目的に回旋制限や伸展及び屈曲可動域制限を行うため、機能的膝装具を着用しリハビリテーション治療を行った。術後4週から全荷重とし、伸展及び屈曲可動域制限を解除した。術後6ヶ月で機能的膝装具の着用を終了した。術後1年で日常生活の制限は認めていない。

【考察】arcuate signはPLC損傷の存在を示唆する重要な兆候である。PLC損傷は膝関節の内反または過伸展や過外旋が強制された場合に生じるとされ、単独で損傷されることは少なく十字靭帯損傷や関節内骨折の合併など重度の膝関節不安定性を呈している。手術による修復後も組織が回復する期間は不安定性のコントロールが必要と考えられ、機能的膝装具を用いた術後リハビリテーションは有効であると考えられる。

6. 回復期病棟で実施した嚥下内視鏡検査による片側咽頭麻痺所見を契機に、延髄外側梗塞の診断に至った多発外傷の一例

いわてリハビリテーションセンター・診療部¹⁾
岩手医科大学・リハビリテーション医学科²⁾
○佐藤 義朝¹⁾、森 潔史¹⁾、熊谷 瑠里子¹⁾、遠藤 英彦¹⁾、阿部 深雪¹⁾、大井 清文¹⁾、西村 行秀²⁾、西山 一成²⁾

【はじめに】回復期病棟で実施した嚥下内視鏡(VE)検査を契機に、延髄外側梗塞の診断に至った一例を経験したので報告する。

【症例】67才、男性。X年9月、作業中に転落し急性硬膜外血腫、頚椎骨折(C5~7)と診断。3病日後、CTで頸部硬膜外血腫出現し呼吸抑制のため気管内挿管を実施。13病日後に抜管。頭部MRIで外傷性クモ膜下出血と側頭葉脳挫傷所見あり。頚椎カラー装着と、嚥下障害のため経鼻経管栄養を開始し10月当院入院。入院時の合計FIM得点は67点。嚥下障害のスクリーニングテストはRSST7回、3cc水飲みテストprofile3。藤島嚥下Grは2だった。

【経過】10月のVE検査で、嚥下時のホワイトアウトが不十分で右咽頭麻痺を疑う筋収縮の左右差があり球麻痺を疑った。11月に再検したMRI検査で右延髄外側梗塞を認め球麻痺の要因と診断。後日施行した嚥下造影(VF)検査で右側優位の食道入口部開大不全を認め、バルーン訓練を開始。間欠的口腔食道経管栄養法と左完全側臥位でゼリー食摂取を開始した。X+1年1月のVF・VE検査で、全粥と副食細刻みトロミ付を嚥下可能となり嚥下Grは5へ改善した。

【考察】VE検査で延髄外側梗塞を疑い、MRI再検にて診断に至った例はまれであり、嚥下前後の咽頭収縮を注意深く観察することの必要を指摘した。

7. 当科における赤ちゃん外来患者の動向—リハビリテーション治療を要した症例に注目して—

青森県立あすなろ療育福祉センター

○亀井 敬太、上里 涼子、大瀧 潮

【目的】当院では、青森県立中央病院と連携し、同院 NICU で治療を受け退院時に異常なしと診断された児に対し、運動器の異常を早期に発見するための外来「赤ちゃん外来」を開設している。今回、赤ちゃん外来受診患者のうちリハビリテーション治療を要した患者の傾向を検討したので報告する。

【方法】対象は2019年9月から2021年12月までに赤ちゃん外来を初診した患者44名のうち、転出症例を除いた41例（男性20名、女性21名）とした。出生週数、出生体重、Apgar score、NICU入院時呼吸管理の有無、低血糖の有無、高ビリルビン血症の有無について、リハビリテーション治療を要した患者（R群）と、経過観察患者（F群）に群分けし比較検討した。

【結果】各群の内訳はR群5名（男性3名、女性2名）、F群36名（男性17名、女性19名）であった。出生週数、出生体重には差がなく、1分後Apgar scoreはR群 4.0 ± 2.0 点、F群 5.3 ± 2.4 点、5分後Apgar scoreはR群 6.2 ± 1.9 点、F群 7.4 ± 1.4 点と、R群でやや低い傾向を認めた。R群に低血糖は認めなかったが、全例呼吸管理の既往があった。高ビリルビン血症の有無には両群間に差を認めなかった。

【考察】赤ちゃん外来は、ハイリスク児を定期的に診察することで、治療が必要な運動器の異常を早期に診断し、早期に治療を開始することを目的としている。今後は同外来の有用性をエビデンスとして示せるよう、データを蓄積し解析を続けていきたい。

8. 筋電義手を導入した先天性右前腕欠損児の一例

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¹⁾

東京大学医学部附属病院リハビリテーション科²⁾

八戸市立市民病院 整形外科³⁾

青森県立はまなす医療療育センター 整形外科⁴⁾

○石山 浩明¹⁾、藤原 清香²⁾、藤田 彩香¹⁾、青木 恵³⁾、盛島 利文⁴⁾、津田 英一¹⁾

【背景】本邦では義手の適応がある上肢形成不全児が年間約63人出生するとされており、青森県における出生数は0.4人と推定される。片側の上肢機能不全児では残存機能を上手に利用し日常生活動作が可能であり、小児の障害に対する適応能力の高さを理由に、医療としての義手導入は十分に行われてこなかった。今回、青森県内在住の先天性前腕欠損児1例に対して、東京大学リハビリテーション科と連携し筋電義手を導入したので報告する。

【症例】在胎30週、2802g、自然分娩で出生。右前腕欠損（短断端）を認めたがその他の合併症はなく、10か月時にはまなす医療療育センターを初診となった。2歳時に筋電義手を含めた義手作製について説明を受け、2歳5か月時に東京大学病院リハビリテーション科を受診し装飾用義手を作製した。両手動作の定着や、ソケットへの慣れ、上肢長がそろった身体イメージの習得を目標に、療育センターで作業療法を実施した。2歳10か月時に東京大学病院にて1電極随意開き自動閉じ式筋電義手を作製した。ハンドの開閉動作を訓練中である。

【考察】小児に対する義手治療の大きな利点の一つは、両手動作の獲得が促進されることである。小児筋電義手の普及には公的支給制度上の問題や、作製・訓練が可能な医療機関に限られるなど幾つかの課題がある。また成長に伴い義手の調整や再作製が必要となるため、これらにも対応可能な診療体制の整備が必要と考えられる。

9. 6 cm以上の脚長不等に対する二段式装具の使用経験

宮城県立こども病院 整形外科

○水野 稚香、落合 達宏、高橋 祐子、小松 繁允

【はじめに】小児の成長過程では、様々な疾患で脚長不等が生じることがある。脚長不等では骨盤側傾に対して脊柱が彎曲されるが、小児においては構築性側弯へ進展するので脚長差を補正する必要がある。補高は足底板では1 cm程度が限界で、それ以上は靴底の補高加工となる。今回6 cmを超えるような脚長不等に対して短下肢装具の下部に義足足部を付けた二段式装具を使用した症例を経験したので報告する。

【症例1】12歳、男児。右先天性脛骨列欠損症で脛骨遠位の欠損を認める Jones 分類Ⅱ型であった。3歳時には近位脛腓骨接合術、足部中央化手術が施行されたが、すでに6 cmの脚長差を認めた。長下肢装具の短下肢部分を二段式装具として6 cmの補高を作成した。6歳時に骨延長が行われるまで、9 cmの脚長差まで補正することが可能であった。

【症例2】13歳、男児。左先天性脛骨列欠損症で脛骨遠位の低形成と遠位脛腓骨部の離開を認める Jones 分類Ⅳ型であった。4歳の時に紹介になり、脛腓骨距骨接合術、足関節固術を施行したが、7 cmの脚長差を認めた。そのため短下肢の二段式装具を作成し7 cmの補高を行った。8歳の骨延長を行うまで二段式装具で体育を含めて日常生活が可能であった。

【考察】二段式装具の利点は6 cm以上の脚長の補高が可能で、短下肢装具の下部に義足部分を用いることにより、安定した歩行やボールを蹴る、走るなど子供らしい動きも滑らかにできることである。

10. 腰部脊柱管狭窄症における握力・背筋力と下肢筋力の違い

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 整形外科学講座²⁾

秋田県立療育機構³⁾

○粕川 雄司¹⁾、本郷 道生²⁾、工藤 大輔¹⁾、木村 竜太²⁾、斉藤 公男¹⁾、島田 洋一³⁾、宮腰 尚久²⁾

【はじめに】腰部脊柱管狭窄症(LSS)では下肢の筋力が低下することがあるが、握力、背筋力、及び下肢筋力がどの程度を低下するかは明らかとなっていない。本研究ではLSSの有無により握力、背筋力、および下肢筋力に違いがあるか検討した。

【方法】運動器検診に参加し、腰部脊柱管狭窄の有無を調査し筋力を測定し得た117名(男性63名、女性54名、平均年齢74歳)を対象とした。東北腰部脊柱管狭窄症による「あしのしびれ・痛み自己チェック票 Ver 2.0」を用い、LSSの診断に必要な10項目の合計点が13点以上をLSSと診断した。筋力は、握力(握力計にて左右2回ずつ測定した平均)、背筋力(腹臥位からの等尺性背筋力を2回測定した平均)、股関節屈曲筋力と膝関節伸展筋力(徒手筋力測定計にて左右2回ずつ測定した平均)を測定した。

【結果】問診票によりLSSと診断したLSSあり群は、24例(20.5%) (男性15例、女性9例、平均年齢75.6歳)であった。LSSあり群とLSSなし群の握力はそれぞれ 27.2 ± 9.3 と 28.5 ± 8.5 、背筋力はそれぞれ 16.0 ± 9.8 と 19.8 ± 10.7 と両群間で有意差はなかったが、股関節屈曲筋力はそれぞれ 10.3 ± 4.8 と 13.4 ± 4.8 、膝関節伸展筋力はそれぞれ 11.2 ± 3.8 と 13.6 ± 3.8 と、LSSあり群がLSSなし群に比べ有意($P = 0.005$ 、 $P = 0.006$)に低値であった。

【結論】問診により調査したLSSでは、LSSがない群に比べ握力と背筋力は低下しなかったが、股関節屈曲筋力と膝関節伸展筋力が低下していた。

11. 高齢心不全患者の栄養状態と ADL の関連性

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

○村岡 祐太、海老原 寛

【目的】75歳以上の高齢心不全患者の入院時栄養状態と心臓リハビリテーション施行後の退院時 ADL との関連性を検証することである。

【方法】2015年4月～2022年7月に篠田総合病院に転院し、心臓リハビリテーションを施行された75歳以上の高齢心不全患者 86例（86.9±5.7歳）を登録した。過去診療録より、入院時の身体特性、合併症、服薬、血液生化学検査、心臓超音波検査、栄養状態（Geriatric Nutritional Risk Index: GNRI）が退院時 ADL（Barthel Index: BI）にどのように影響するのか調査した。退院時 ADL を BI \geq 60 と BI $<$ 60 の2群に分け、退院時 ADL と入院時診療録データとの関係をロジスティック回帰分析にて検証した。

【結果】入院時 GNRI のみが、退院時の高 ADL（BI \geq 60）の独立した予測因子となった（ $P = 0.041$ ；オッズ比、1.125；95%信頼区間、1.005-1.260）。ROC 解析にて、入院時 GNRI は AUC = 0.770（95%信頼区間、0.664-0.876）、カットオフ値は、83.4（感度、85.2%；特異度、62.5%）となった。

【結語】75歳以上の高齢心不全患者において、入院時 GNRI は、退院時 ADL が高くなる予測因子となった。

12. 食道癌術前補助化学療法の骨髄抑制に運動療法が及ぼす影響の検討

岩手医科大学医学部リハビリテーション医学講座¹⁾

岩手医科大学附属病院リハビリテーション部²⁾

○西山 一成¹⁾、藤井 祐輔²⁾、坪井 宏幸²⁾、村上 英恵¹⁾、西村 行秀¹⁾

【背景】切除可能なステージⅡ、Ⅲ期の食道癌に術前補助化学療法が推奨される。化学療法の有害事象は治療中止の要因となりうるが、化学療法中における運動療法が倦怠感や末梢神経障害に有効であることが知られている。しかし、食道癌の術前化学療法において運動療法が骨髄抑制に対してどのような影響を及ぼすのかは不明である。そこで私たちはこれらの関連について検討した。

【方法】2018年から2021年に当院で術前に3コースの分割 DCF 療法を施行された男性食道癌患者 14名を対象とした。対象を化学療法中に運動療法を行った群 (EX) と行わなかった群 (CON) に分け、後方視的に白血球数 (WBC)、好中球数、リンパ球数、ヘモグロビン、血小板数を調べた。

【結果】3コース全体では化学療法後に EX、CON とともに WBC が低下したが、その変化率に差はなかった。一方、3コース目のみでは、化学療法の前後で CON の WBC は 4860 (4640~6115) [中央値 (四分位範囲)] から 3560 (2785-4235) / μ L と減少した [変化率 -32.8 (-42.7~-19.7)%] が、EX では変化しなかった [変化率 10.2 (-10.3~23.4)%]。

【結論】食道癌の術前補助化学療法において、運動療法は白血球減少を抑制する可能性がある。

地域における痙縮治療の実践
～ボツリヌス治療と装具療法を中心に～

西宮協立リハビリテーション病院

リハビリテーション科 部長

勝谷 将史 先生

脳卒中後遺症としての痙縮は生活期脳卒中患者の QOL を低下させる大きな原因となっている。痙縮に対するボツリヌス治療は徐々に広まり、一般的な治療となってきたが施注のみで治療が終了し、運動療法や装具療法と一体的に治療が進められていないケースも散見する。効果的にボツリヌス治療を進めるために装具の基本的な考え方から、生活期における装具の重要性を論じていく。

予後改善を目指す包括的呼吸リハビリテーション

東北大学大学院医学系研究科内部障害学分野

教授

海老原 覚 先生

近年の増加している間質性肺炎においても、COPDと同じように呼吸リハビリテーションは有効である。しかし、間質性肺炎患者はCOPDよりもリハビリテーションの効果が持続しない。そこで様々な工夫を施した、包括的な呼吸リハビリテーションを行うことが必要になってくる。本講演においては、非常に応用圏が広いその工夫の数々を紹介するので、今後の診療に役立てて欲しい。

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) 生涯教育研修会の計画・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

学術集会終了日までとする。

- (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、幹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者で、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は幹事会を召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、議長の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、議長の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。

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。

2023 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（秋田大学リハビリテーション部）

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学講座）
斉藤 公男
（秋田大学医学部附属病院リハビリテーション科）
粕川 雄司（秋田大学医学部附属病院整形外科）
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）
樫本 修（宮城県リハビリテーション支援センター）

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（東北労災病院リハビリテーション科）
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）