

第55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

開催プログラム

開催日：2024年3月23日（土）

【会 場】

東北大学医学部6号館1階 講堂

【主催責任者】

東北大学大学院医学系研究科内部障害学分野

岡崎 達馬

〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町1-1

TEL : 022-717-7353 FAX : 022-717-7355

E-mail: jarmtohoku55@gmail.com

第 55 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

～参加者へのお知らせ～

1. 開催形式のご案内

第 55 回日本リハビリテーション医学会東北地方会は、現地(会場)及び Web 会議ツール「Zoom」のライブ中継のハイブリッドで開催します。

2. 事前参加登録と研修単位申込

【現地(会場)参加】と【WEB(ウェビナーによるライブ配信)参加】を選択できます。どちらの場合でも事前参加登録が必要です。

東北地方会のホームページ(<http://square.umin.ac.jp/tohokureha/>)から登録をお願いいたします。

事前参加登録と研修単位申込の締め切りは 2024 年 3 月 22 日(金)まで、当日のWEB参加受付はありません。【現地(会場)参加】の場合は、当日も参加を受付いたします。

■参加費・受講費

参加費：¥2,000(認定臨床医：10 単位、専門医：1 単位)

受講費：¥2,000(認定臨床医：20 単位、専門医：2 単位)

参加費・受講費の領収書につきましては、地方会開催までに電子領収書を発行・送信いたします。

単位申請がご不要な場合は、参加費で全ての講演の聴講が可能です。

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いたします。(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)

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内蔵のマイク、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など)を利用することを推奨いたします。

4. 参加について

[会場参加の場合]

口頭発表終了後、座長の進行により質疑応答となりますので、質問等がある方は、挙手のうえ、座長より指名された後にご発言をお願いいたします。**会場内では、マスクの着用をお願いします。**

[WEB 参加の場合]

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、スマートフォン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。

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)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・パスワードで各ミーティングに参加して、ご視聴ください。

参加確認は Zoom ログインの記録を確認いたします。当日オンラインでセッションに参加する際、名前は「**参加登録時の漢字氏名**(例:宮城太郎)」としてください。質問、コメントがある場合は Zoom 上のチャット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けます。

■ 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チャット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。退室は、画面右下の赤い「終了」をクリックしてください。
8. WEB参加の方は、お送りしたID／パスコードで全日程(幹事会を除く)を視聴できますが、単位証明書の発行は、事前申し込み／入金いただいた分のみとなります。

5. 参加・認定単位と証明書について

【現地(会場)参加】

当日、現地にて参加証明書・受講証明書を交付いたします。

【WEB参加】

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。

～座長および口演者へのお願い～

■ 座長の先生へ

ご担当セッションの開始 10 分前までに、会場内の「次座長席」にお座り願います。セッション開始時に座長席にお移りいただきます。WEB の場合には、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。

総合司会より、セッション名及び座長をご紹介させていただきます。

各セッションの進行は座長の先生に一任いたします。発表は口演 7 分、討論 3 分です。時間厳守でお願いします。

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、参加者から寄せられるチャット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の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いたします。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ご指示お願いします。

■ 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」をご選択ください。座長の進行に従って、事務局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チャットでの質問をもとに、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、別途原稿の提出が必要となります。タイトル・所属などを含めて 400 字以内で 2024 年 4 月 8 日(月)までに、主催責任者(jarntohoku55@gmail.com)へメールで提出してください。

■ 座長、演者以外の先生へ

「発言する時」以外は必ず音声をミュートにするようご注意ください。ミュートしない場合、音声のハウリング等の原因となり他の視聴者が聞きづらくなってしまいます。発言時は、座長から音声ミュートを解除するよう指示がありますので従ってください。

セッション中は Web カメラでご自身の映像を視聴者に配信いたします。Web カメラのご用意がない場合音声のみを配信いたします。

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)側から強制的に一旦切断を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^{※1)}

◆12:50～13:20 総会

※1) 幹事会は役員・幹事の先生方のみのご参加となります。

《日本リハビリテーション医学会東北地方会》

◆13:20～ 開会挨拶

主催責任者: 東北大学大学院医学系研究科 内部障害学分野

岡崎 達馬

◆13:25～14:05 一般演題1

座長: 東北大学大学院医学系研究科 宮城 翠 先生

1. 回復期病棟で視能矯正を行い複視の改善を得た SAH の一例

会場

宮城厚生協会 長町病院

江原 昌宗

2. 舌接触補助床により脳梗塞後の嚥下障害・構音障害を改善した一症例

会場

坂総合病院

東江 拓海

3. 脊髄損傷患者に呼吸筋訓練を実施し、体幹角度別に呼吸筋力を評価した 1 例

会場

東北大学大学院医学系研究科 内部障害学分野

松井 太瑠日

4. 回復期リハビリテーションの経過中に、起立性振戦と診断した右大脳半球梗塞の一例

WEB

いわてリハビリテーションセンター・診療部

佐藤 義朝

< 休 憩 >

◆14:15～15:00

一般演題2

座長： 東北大学大学院医学系研究科 三浦 平寛 先生

5. 包括的呼吸リハビリテーションの効果を示した片肺患者の一例

会場

東北大学大学院医学系研究科 内部障害学分野

宮城 翠

6. 足趾手術のため入院した晩期関節リウマチ患者に対する SARAH 集中プログラムによる介入効果

会場

山形大学 リハビリテーション部

高窪 祐弥

7. 膝前十字靭帯再建術後のアスリートに対する視覚的リアルタイムフォードバックの効果

会場

弘前大学大学院医学研究科 整形外科学講座

木村 由佳

8. 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)により歩行困難となった1例

会場

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

< 休 憩 >

《専門医・認定臨床医生涯教育研修会》

◆15:10～16:10

生涯教育研修講演Ⅰ

座長： 東北大学大学院医学系研究科 岡崎 達馬 先生

『生活期のリハビリテーション医療は如何にあるべきかー脳卒中患者を中心にー』

会場

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座・教授

川手 信行 先生

< 休 憩 >

◆16:20～17:20

生涯教育研修講演Ⅱ

座長： 東北大学大学院医学系研究科 海老原 覚 先生

『循環器病対策推進計画における心臓リハビリテーション医療』

会場

東北医科薬科大学医学部リハビリテーション学・教授

伊藤 修 先生

◆17:20～ 閉会の辞

抄 録 目 録

■ 一般演題 1

回復期病棟で視能矯正を行い複視の改善を得た SAH の一例	10
舌接触補助床により脳梗塞後の嚥下障害・構音障害を改善した一症例	10
脊髄損傷患者に呼吸筋訓練を実施し、体幹角度別に呼吸筋力を評価した 1 例	11
回復期リハビリテーションの経過中に、起立性振戦と診断した右大脳半球梗塞の一例	11

■ 一般演題 2

包括的呼吸リハビリテーションの効果を示した片肺患者の一例	12
足趾手術のため入院した晩期関節リウマチ患者に対する SARAH 集中プログラムによる介入効果	12
膝前十字靭帯再建術後のアスリートに対する視覚的リアルタイムフォードバックの効果	13
甲状腺機能亢進症(バセドウ病)により歩行困難となった 1 例	13

■ 生涯教育研修講演 I

『生活期のリハビリテーション医療は如何にあるべきかー脳卒中患者を中心にー』	14
---------------------------------------	----

■ 生涯教育研修講演 II

『循環器病対策推進計画における心臓リハビリテーション医療』	14
-------------------------------	----

一 般 演 題 1

1. 回復期病棟で視能矯正を行い複視の改善を得た SAH の一例

宮城厚生協会 長町病院

○江原 昌宗、原田 昂、岩屋 毅、阿部 理奈、
金成 建太郎、水尻 強志

【はじめに】脳血管疾患による眼球運動障害や複視は視能矯正により改善を得られるとされている。しかしながら、回復期リハビリテーション病棟で視能矯正が実施された報告は少ない。今回、くも膜下出血により右眼の外転神経麻痺を生じた症例に対し療法士が視能矯正を行い、改善を得た症例を経験した為報告する。

【症例】60代女性、主病名：くも膜下出血、併存症：高脂血症。

【病歴】くも膜下出血を発症し、外転神経麻痺、複視、歩行障害を後遺した。50 病日に当院へ転院となった。入院5日目から迷路性眼球反射促通法や健側遮断、両眼注視訓練等の視能矯正を行った。入院 40 日目に外転神経麻痺は改善し複視も軽減し自宅退院を得た。自主トレーニングを継続し退院 27 日目の外来で複視の改善を認めた。

【考察】脳血管障害による眼球運動障害や複視に対し、特殊な器具を使用しない視能矯正を療法士が実施し、改善を得た症例だった。回復期リハビリテーション病棟においても視能矯正を積極的に行う有用性が示されたと考える。また、先行報告では6日目以降は治療効果が得られなかったとされた両眼注視訓練の方法を改定した事により、長期経過で複視の改善が得られた症例でもあった。

2. 舌接触補助床により脳梗塞後の嚥下障害・構音障害を改善した一症例

坂総合病院

○東江 拓海、藤原 大、木口 らん、伊藤 泰輝、
富山 陽介

今回われわれは脳梗塞による舌運動麻痺が原因で嚥下障害・構音障害を来した患者に対し、舌接触補助床 (palatal augmentation prosthesis:以後 PAP) を装着し、良好な結果を得たので報告する。症例は 73 歳、女性。脳底動脈塞栓症を発症し、四肢不全麻痺、構音障害、嚥下障害を来した。嚥下障害のため経口摂取は困難であり、経鼻経管栄養が開始された。発症 1 カ月後、入院リハビリテーション目的に当院へ紹介された。初診時、意識は清明だが舌運動麻痺のため嚥下障害・構音障害は重度であった。嚥下造影検査で、舌は口蓋に接触できず食塊の送り込みは困難、口腔内残渣多量であった。嚥下反射惹起遅延があるものの、咽頭収縮は良好であり、舌運動麻痺による準備期、口腔期の障害が嚥下障害の原因と考えられた。その後とろみ水とゼリー食による直接嚥下訓練を開始したが、食塊の送り込みは困難であった。発症 4 カ月後、PAP を用いた直接嚥下訓練を開始した。嚥下造影検査で、舌は口蓋部と接触可能で食塊の送り込みの改善を認め、ペースト食レベル(学会分類コード 2-1)まで摂取可能であった。その後もペースト食による直接嚥下訓練を継続し、1 日 3 食ペースト食摂取可能となり経管栄養終了した。コミュニケーションは筆談やジェスチャーが主であったが、PAP 装着後より発話明瞭度が向上し、推測は要すが発話によるコミュニケーションが可能となった。

3. 脊髄損傷患者に呼吸筋訓練を実施し、体幹角度別に呼吸筋力を評価した 1 例

東北大学大学院医学系研究科内部障害学分野

○松井 太瑠日、高橋 諒、高橋 珠緒、岡崎 達馬、海老原 覚

【背景】

脊髄損傷患者（脊損患者）の死因の第 1 位は肺炎である。呼吸筋力が弱いと咳が弱くなり、気道を浄化できず肺炎の死亡率が増加する。脊損患者の低負荷高反復回数呼吸筋訓練は呼吸筋力を強化した。健常人で体幹角度により呼吸筋力は変化し、仰臥位で最小、60 度で最大だった。

【目的】

現在不明である脊損患者における高負荷低反復回数呼吸筋訓練と体幹角度の、呼吸苦や呼吸筋力への影響を明らかにする。

【方法】

25 歳男性の C4 頸髄損傷患者に、吸気筋訓練器を用いて体幹角度 0 度(仰臥位)で半年間訓練し、体幹角度 0 度,30 度,45 度で呼吸苦と筋力を測定した。

【結果】

脊損患者は体幹角度が大きくなると安静時の呼吸苦が強くなった。

最大吸気筋力は、開始時に比べ訓練開始半年後に各々の角度で 120~300%増大した。体幹角度が大きいくらい、呼吸筋力が強くなる傾向がみられた。最大吸気筋力は、変化しなかった。呼吸苦は半年後に改善していた。

【考察】

体幹角度が大きいくらいほど腹腔内臓器が重力の影響を受けて頭側に移動しづらくなり、呼気が不十分になるため呼吸苦が強くなると考察した。

C4 頸髄損傷では横隔膜等の吸気筋は収縮するが、腹筋等の呼気筋は収縮しない。呼吸筋訓練により吸気筋が強化された。

4. 回復期リハビリテーションの経過中に、起立性振戦と診断した右大脳半球梗塞の一例

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講座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】

起立性振戦(Orthostatic Tremor; OT)は、起立時の不安定性や緊張感のため、両下肢に律動的な筋収縮を認める。大脳半球梗塞後の回復期に OT を来した症例を経験したので報告する。

【症例】

79 才、男性。振戦の家族歴なし。X 年 8 月、左片麻痺が出現し A 病院へ搬送となり、血栓回収術を実施。頭部 MRI で右 MCA 領域に梗塞巣あり。左片麻痺と構音障害、嚥下障害、および高次脳機能障害が残存。9 月リハビリ目的でセンター入院。入院時の Brunnstrom stage は上肢 IV、手指 V、下肢 V。体幹下肢運動年齢は 12 ヶ月。10m 最大歩行速度は歩行車で 32.8m/min。合計 FIM 得点は 31 点で、ADL 全般に介助を要した。

【経過】

起立時に僅かに体幹・下肢に振戦あり、表面筋電図を実施。両大腿直筋・大腿二頭筋・前脛骨筋・腓腹筋に 13Hz 前後の律動的筋活動を認め、一部は相反性筋放電を伴った。脳梗塞による二次性 OT と診断し、11 月クロナゼパム 0.5mg/日を開始。立ち上がり・歩行訓練を継続し、約 1 週後から歩容が改善。退院時の体幹下肢運動年齢は 19.5 ヶ月。10m 最大歩行速度は 64.2m/min。合計 FIM 得点は 63 点へ改善し、X+1 年 1 月退院した。

【考察】

OT の振戦は軽度のため、脳卒中回復期に見逃される可能性がある。診断を想起するためには、起立時の体幹・下肢の動揺を注意深く観察することが重要である。

5. 包括的呼吸リハビリテーションの効果を示した片肺患者の一例

東北大学大学院医学系研究科内部障害学分野¹⁾
仙台厚生病院呼吸器内科²⁾

○宮城 翠¹⁾、岡崎 達馬¹⁾、矢満田 慎介²⁾、海老原 覚¹⁾

症例は 80 歳男性。20XX-20 年に前医にて胸腺癌摘出。その後左多発肺転移が見つかり左肺全摘出施行。20XX-5 年に寛解を認めるも、20XX-2 年頃より呼吸苦が出現。前医にて定期的に外来フォローされていたが SpO₂ の有意な低下はなく、片肺切除による拘束性換気障害は認めるものの、それ以外の息切れの要因となる疾患は明らかとならず、呼吸器リハビリテーションの適応となり、20XX 年 X 月 X 日に入院となった。

入院時の身長 163cm、体重 43.7kg 修正ボルグスコアは 3。呼吸機能検査にて FVC 0.83L、FEV₁ 0.81L であった。6 分間歩行試験は 170m、最小 SpO₂ は 90%であった。入院翌日から理学療法と作業療法が開始となり、胸郭ストレッチ、筋力増強訓練、呼吸法指導を実施、自主訓練メニューも指導とした。また、栄養サポートチームに依頼をし、元々胃部不快感が強かったため、1 日 1400kcal に加え栄養補助食品 400kcal を補食として追加した。この様に運動療法と栄養療法を併用したところ、体重は 1.5kg 増加、呼吸機能は FVC 1.21L、FEV₁ 1.11L の改善を認め、6 分間歩行試験も 210m が可能となり退院となった。本症例は片肺患者に対する包括的リハビリテーションが有効であった症例と思われる報告する

6. 足趾手術のため入院した晩期関節リウマチ患者に対する SARAH 集中プログラムによる介入効果

山形大学リハビリテーション部¹⁾、山形大学整形外科学教室²⁾、山形県立河北病院整形外科³⁾、山形市立病院済生館リハビリテーション科⁴⁾

○高窪 祐弥¹⁾、村川 美幸¹⁾、菊池 瑞恵¹⁾、佐藤 孟士¹⁾、高橋 りお¹⁾、梁 秀蘭²⁾、和根崎 禎大²⁾、麻生 正²⁾、寒河江 拓盛¹⁾、成田 亜矢¹⁾、高野 満夫³⁾、金内 ゆみ子⁴⁾、高木 理彰²⁾

関節リウマチ (rheumatoid arthritis; RA) 患者に対する上肢リハビリテーション介入として、当科では SARAH プログラムを積極的に施行している。今回、足趾手術のため入院した晩期関節リウマチ患者に対し、SARAH 集中プログラムによる介入が上肢機能改善に効果的であった 1 例を報告する。

症例は、77 歳、女性。RA 罹病期間 27 年。Steinbrocker 機能障害分類 Stage 4、Class II。入院時 CDAI 16、CRP 0.1mg/dl。エクササイズ日記を用い、具体的な目標 (“だし”を自ら調理すること)とともに、アドヒアランスを抽出した。療法士の介入は週 5 日で、土日もセルフトレーニングを行った。4 週間の入院で、両上肢の可動域の改善がみられ、握力は右 102 mmHg、左 120 mmHg から、退院時 右 130 mmHg、左 140 mmHg に増加していた。

当科で行っている SARAH プログラムの集中介入により、上肢機能の短期的な改善が得られた。

7. 膝前十字靭帯再建術後のアスリートに対する視覚的リアルタイムフィードバックの効果

弘前大学大学院医学研究科整形外科学講義¹⁾、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²⁾

○木村由佳¹⁾、石橋恭之¹⁾、津田英一²⁾

【目的】膝前十字靭帯(ACL)再建術後には下肢に動作の非対称が残存し、再損傷との関連が考えられている。本研究の目的は ACL 再建術後患者を対象に、3 次元動作解析システムを用いた視覚的リアルタイムフィードバック(FB)を行い、前後の動作を比較することである。

【方法】初回 ACL 再建術後平均 8 か月の女性 17 例を対象とした。計測には 3 次動作解析システム(Vicon)と床反力計を使用した。被験者には両脚での drop vertical jump を行わせ、その後、3 次元動作解析のスティックピクチャーを見せながら動作のフィードバックと修正を行った。最後に再度 drop vertical jump を行わせ、フィードバック前後の患側と健側のキネマティクスとキネティクスを比較した。

【結果】股関節、膝関節のキネマティクスは患健差を認めず、FB 前後でも有意差を認めなかった。患側と健側の床反力垂直成分最大値、健側の膝伸展モーメント、膝外反モーメントは FB 前には有意に高値であったが、FB 後には膝伸展モーメント、膝外反モーメントの患健差を認めなかった。また、健側の膝外反モーメントは FB 後に有意に低値となった。

【考察】リアルタイム FB により、キネティクスの非対称が改善される可能性が示唆された。

8. 甲状腺機能亢進症(バセドウ病)により歩行困難となった 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整形外科学講座²⁾、秋田大学大学院医学系研究科理学療法専攻³⁾

○粕川雄司¹⁾、工藤大輔¹⁾、木下隼人²⁾、木村竜太²⁾、尾野祐一²⁾、岡本憲人²⁾、斉藤公男¹⁾、本郷道生³⁾、宮腰尚久²⁾

【はじめに】甲状腺機能亢進症(バセドウ病)は、頻脈、高血圧、発汗、ほてり、手の振るえなどを主症状とする疾患である。今回、歩行困難と下肢脱力にて発症し、バセドウ病の治療により症状が軽快した症例を報告する。

【症例】22 歳女性。2 カ月前から立ち上がりづらさを自覚、1 カ月前から階段が昇りづらくなり、歩行時のふらつきを生じたため、近医を受診した。頸椎から胸椎 Magnetic resonance imaging(MRI)にて、脊髄圧迫病変はなかったが症状が続き、当院整形外科へ紹介となった。Romberg 徴候は陽性で、両側アキレス腱反射亢進、両側 Babinski 反射が陽性であった。両側三角筋・上腕二頭筋・腸腰筋の筋力は徒手筋力検査で 3~4 と低下していた。本人は自覚がなかったが両手の振戦を認め、頸椎 MRI の放射線科レポートで甲状腺の腫大が指摘され、血液検査で甲状腺ホルモン(遊離 T3・T4)、甲状腺刺激抗体(TSAb)、甲状腺刺激ホルモン(TSH)レセプター抗体(TRAb)値が高値で、TSH が低値であった。以上よりバセドウ病と診断された。内分泌内科にてヨウ化カリウムとメルカゾール内服による治療が開始され、歩行時のふらつきや上肢の振戦が改善した。

【結論】バセドウ病は、神経筋症状や筋力低下を生じることがあり、神経症状を呈する疾患として鑑別する必要がある。バセドウ病に対する薬物治療にて症状は改善する。

生涯教育研修講演 I

生活期のリハビリテーション医療は如何にあるべきか

—脳卒中患者を中心に—

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座・教授

川手 信行 先生

リハビリテーション医療は急性期、回復期、生活期のすべての時期に関わる医療であるが、期間では生活期が最も長い。その間に、疾患や障害、二次的合併症は変化する。その変化を捉え対応し、患者のよりよい生活を支える事がリハビリテーション医療の目標であり、生活期は本来その中核となるべきと考える。今回は脳卒中患者を中心に生活期のリハビリテーションは如何にあるべきかフロアーの方々と共に考えてきたい。

生涯教育研修講演 II

循環器病対策推進計画における心臓リハビリテーション医療

東北医科薬科大学医学部リハビリテーション学・教授

伊藤 修 先生

循環器病治療は目覚ましい進歩を遂げているが、治療後の身体機能の回復、重症化予防、緩和ケアに関しては改善の余地がある。心臓リハビリテーションは、動脈硬化性疾患、心不全、大血管疾患に対して、危険因子を是正、身体機能や QOL を改善、再発・再入院率や医療費を減少させ、全国・地域の循環器病対策推進計画においても重要な施策となっている。本講演では、心臓リハビリテーション診療の進歩や東北地方の現況について紹介する。

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なう。

- (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の日までとする。
- (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

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研修会を同時開催する。

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事ができる。

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。

令和5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 (埼玉医科大学医学部 国際医療センター)

高橋 明 (いわてリハビリテーションセンター)

代表幹事

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)

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 (山形大学リハビリテーション部病院)

活性化推進幹事会代表幹事

藤原 大 (坂総合病院リハビリテーション科)

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 海老原 覚 (東北大学リハビリテーション科)

福島県 大内 一夫 (福島県立医科大学リハビリテーション
医学講座) ※交代のため代行

幹事

及川 隆司 (八戸看護専門学校)
岩田 学 (黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター)
相馬 正始 (青森市民病院リハビリテーション科)
大井 清文 (いわてリハビリテーションセンター)
及川 忠人 (東八幡平病院)
阿部 深雪 (いわてリハビリテーションセンター)
島田 薫 (森岳温泉病院)
島田 洋一 (医療法人久幸会)
工藤 大輔 (秋田大学大学院整形外科学講座)
木村 竜太 (秋田大学整形外科)
小林 真司 (至誠堂総合病院整形外科)
金内ゆみ子 (山形市立病院済生館)
高窪 祐弥 (山形大学リハビリテーション科)
上月 正博 (山形県立保健医療大学)
渡邊 裕志 (仙台リハビリテーション病院)
亀山 順一 (亀山整形外科リハビリテーションクリニック)
富山 陽介 (坂総合病院)
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)
藤原 大 (坂総合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)
瀬田 拓 (ないとうクリニック)
関 晴朗 (国立病院機構いわき病院)
大平 葉子 (北福島医療センター)
近藤 健男 (竹田総合病院リハビリテーション科)
松本 茂男 (あおもり協立病院)
盛島 利文 (青森県立はまなす医療療育センター)
三浦 和知 (健生病院整形外科)
佐藤 義朝 (いわてリハビリテーションセンター)
萩野 義信 (萩野病院)
小笠原真澄 (大湯リハビリ温泉病院)
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)
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)
茂木 紹良 (鶴岡協立リハビリテーション病院)
豊岡 志保 (国立病院機構山形病院)
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)
樫本 修 (宮城県リハビリテーション支援センター)
水尻 強志 (宮城厚生協会長町病院)

落合 達宏 (宮城県立こども病院)
信田 進吾 (東北労災病院)
杉山 謙 (内科佐藤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)
岡崎 達馬 (東北大学大学院医学系研究科
内部障害学分野)
高橋 珠緒 (東北大学大学院内部障害学分野)
千葉 勝実 (福島第一病院整形外科)
佐藤 武 (医療生協わたり病院)
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)
渡辺亜貴子 (医療生協わたり病院)

監事

矢吹 省司 (福島県立医科大学医学部
整形外科講座)
粕川 雄司 (秋田大学リハビリテーション部)

《 M E M O 》

第 55 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