

第 56 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10月5日（土）

【会 場】

福島県立医科大学保健科学部講堂

【主催責任者】

福島県立医科大学医学部リハビリテーション医学講座

林 哲生

〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地

TEL：024-547-1519 FAX：024-547-1518

E-mail:jarmtohoku56@gmail.com

第56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症の5類移行に伴い、第56回日本リハビリテーション医学会東北地方会は、10月5日（土）に現地(会場)参加、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。東北地方会ホームページ

<https://square.umin.ac.jp/tohokureha/meeting/tohokureha56/>

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、~~2024年9月28日（土）~~ 10月4日（金）です。

また、【現地（会場）参加】の場合も日本リハビリテーション医学会東北地方会ホームページよりお願いいたします。

参加費・受講費（単位申請費）

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

受講費：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が可能です。

3. 【WEB参加】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ので、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（マイク、スピーカー、webカメラ等）の準備と設定は、事前にZoomのオーディオ設定等でテスト・確認をお願いいたします。また、PC本体の音量設定もご確認ください。PC内臓のマイク、スピーカーでも利用できますが、ハウリング等のトラブルが発生しやすいため、ヘッドセット（マイク付きヘッドフォン等）等のご利用を推奨いたします。

4. プログラム

開催日時：2024年10月5日（土） 12：00～17：20

- ・幹事会 ※1) 12：00～（受付 11：30～）
- ・総会 12：50～（受付 12：30～）
- ・地方会 13：20～（受付 12：30～）
- ・生涯教育研修会 15：10～（受付 12：30～）

※1) 幹事会は役員・幹事の先生方のみのご参加となります。

【現地（会場）参加】

- ・開始前までに受付を済ませ、会場内に着席をお願いします。

【WEB（ウェビナーによるライブ配信）参加】

- ・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をお願いします。
- ・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 とパスコード）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・パスワードを入力し、ご視聴ください。
- ・WEB参加の受講確認はZoomのログイン記録で行います。WEBでセッションに参加する際の名前は「参加登録時の漢字氏名」としてください。参加登録時の漢字氏名と参加者名が一致しない場合、受講確認ができず、単位申請が行えないことがありますので、ご注意をお願いいたします。
- ・発表、講演において、質問・コメントがある場合は、Zoom上のマイク、ビデオをONにして発言して下さい。

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（ウェビナーによるライブ配信）参加】

- ・Zoomの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、ログイン記録による参加・受講確認、及び参加費・受講費の入金を確認した後にメール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、パスワードを使用してZoomに入室してください。入室前に、ご自分のPC等のスピーカーから音声が聞こえるよう設定してください。
2. セッション開始：総合司会よりセッションと座長をご紹介します。
3. 座長から演題の進行をしていただき、演者より口頭発表（WEB発表の演者は、スライド共有により発表スライドを配信）していただきます。発表時間は7分以内です。
4. 会場参加の方は、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。
5. WEB参加の方は、マイクとビデオをONにして発言して下さい。
6. 質疑応答は3分以内となります。
7. 退室の際は、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。

■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。
- ・総合司会より、セッション名及び座長をご紹介します。
- ・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分以内、討論3分以内です。終了時間の厳守をお願いします。
- ・WEB発表の演者はリアルタイムで参加いただいております。座長の進行に従って、ZOOMでスライド共有を行い、発表していただきます。

■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にログインしてください。座長の進行に従って、ZOOMでマイクをONにしてPowerPointのスライドショーを共有し、発表を行ってください。発表時間7分以内、討論3分以内です。時間厳守をお願いします。
- ・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25日（金）までに、主催責任者(jarntohoku56@irc.or.jp)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

- ・会場での現地参加とウェビナーによるWeb参加のハイブリッド開催となります。
- ・Web参加で視聴のみの場合は、マイクやWebカメラのご準備は不要です。**演者への質問は、マイクとビデオをONにして発言して下さい。**

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》

- ◆ 13:20～ 開催挨拶

主催責任者：福島県立医科大学リハビリテーション医学講座
林 哲生

- ◆ 13:25～14:15 一般演題 1

座長：医療生協わたり病院
渡辺 亜貴子 先生

1. 県内の医療連携体制による小児筋電義手治療

WEB

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
青木 恵 ほか

2. 内科的疾患に伴う意識障害のリハビリテーション治療経過と転帰

会場

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
松田 尚也 ほか

3. 90歳以上の大腿骨近位部骨折の受傷背景と治療予後の検討

会場

竹田総合病院診療部
近藤 健男 ほか

4. 左大腿切断後、義足装着前訓練を外来理学療法で実施し、義足装着訓練を回復期病棟で1ヶ月行い、切断から半年で復職した一例

WEB

竹田総合病院リハビリテーション科
嶋崎 睦 ほか

5. 廃用症候群を併発した中性脂肪蓄積心筋血管症に対しリハビリを施行した一例

WEB

東北医科薬科大学病院リハビリテーション科
高橋 麻子 ほか

プログラム

◆14：15～15：05 一般演題2

座長：竹田総合病院リハビリテーション科
近藤 健男 先生

6. 頸髄損傷における栄養状態と麻痺の改善との関連

WEB

総合せき損センター整形外科
入江 桃 ほか

7. 小児側弯症に対する脊椎固定術における術後Dダイマーと静脈血栓塞栓症の関連

WEB

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

8. 筋力低下を伴った頸部神経根症に対するGoodSamaritan牽引療法～手術に至った症例を含めた検討～

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 ほか

9. 運動が味覚閾値に及ぼす影響の有酸素運動と症候限界運動の違い

会場

東北大学大学院医学系研究科臨床障害学分野
勝俣 泰紀 ほか

10. バーチャルリアリティ（VR）機器を用いた、小児片麻痺治療の小経験

会場

福島県立医科大学リハビリテーション医学講座
柏原 裕樹 ほか

〈 休憩 〉

プログラム

〈専門医・認定臨床医生涯教育研究会〉

◆15：10～16：10

生涯教育研修講演1

座長：福島県立医科大学リハビリテーション医学講座

大内 一夫 先生

災害リハビリテーション

長野保健医療大学地域保健医療センター教授

大井 直往 先生

〈休憩〉

◆16：20～17：20

生涯教育研修講演2

座長：福島県立医科大学リハビリテーション医学講座

林 哲生 先生

腰痛の基礎と臨床

福島県立医科大学保健科学部学部長

矢吹 省司 先生

◆17：20～ 閉会の辞

抄録目録

◆一般演題1

1. 県内の医療連携体制による小児筋電義手治療 ……9
2. 内科的疾患に伴う意識障害のリハビリテーション治療経過と転帰 ……9
3. 90歳以上の大腿骨近位部骨折の受傷背景と治療予後の検討 ……10
4. 左大腿切断後、義足装着前訓練を外来理学療法で実施し、義足装着訓練を回復期病棟で1ヶ月行い、切断から半年で復職した一例 ……10
5. 廃用症候群を併発した中性脂肪蓄積心筋血管症に対しリハビリを施行した一例 ……11

◆一般演題2

6. 頸髄損傷における栄養状態と麻痺の改善との関連 ……12
7. 小児側弯症に対する脊椎固定術における術後Dダイマーと静脈血栓塞栓症の関連 ……12
8. 筋力低下を伴った頸部神経根症に対するGoodSamaritan牽引療法
～手術に至った症例を含めた検討～ ……13
9. 運動が味覚閾値に及ぼす影響の有酸素運動と症候限界運動の違い ……13
10. バーチャルリアリティ（VR）機器を用いた、小児片麻痺治療の小経験 ……14

◆生涯教育研修講演Ⅰ

- 災害リハビリテーション …… 15

◆生涯教育研修講演Ⅱ

- 腰痛の基礎と臨床 …… 16

一般演題 1

1. 県内の医療連携体制による小児筋電義手治療

弘前大学医学部附属病院 リハビリテーション科¹⁾
青森県立はまなす医療療育センター²⁾
青森県立あすなろ療育福祉センター³⁾

○青木恵¹⁾、石山浩明¹⁾、藤田彩香¹⁾、松田尚也¹⁾、田村一平¹⁾、盛島利文²⁾、吉川圭³⁾、津田英一¹⁾

希少疾患である先天性上肢欠損児に対する義手治療には、至適な時期に専門機関により治療を開始することが望まれる。しかし、地方においては専門的な治療環境に恵まれていないのが現状である。東京大学医学部附属病院（東大病院）では、平成25年より四肢形成不全外来を開設し、同疾患の児に対する積極的な義手・筋電義手による治療を行っている。令和4年には、県内の療育センター通院中の前腕欠損児（当時2才）が東大病院の専門外来を受診し筋電義手治療を開始した。複数回の通院を経て筋電義手が完成し、県内の療育センターにて義手を用いた作業療法を継続している。この症例を機に、小児に対する早期からの筋電義手の導入と作業療法の有用性が県内でも認識された。令和5年度には厚労省の補装具装用訓練等支援事業のもと、新規症例に対し県内医療機関において筋電義手の導入を開始した。青森県は公共交通機関の利便性が悪く、一極集中型の医療体制では通院に際し患者家族に大きな負担が生じる可能性があるため、当院と2つの療育センターが中心となってネットワークを形成し、義手の導入から訓練、日常的な使用までを切れ目なくサポートしていく体制を構築した。この医療連携により、これまで4例の先天性上肢欠損児に対して筋電義手導入に向けた治療を開始した。現状と今後の展望について紹介する。

2. 内科的疾患に伴う意識障害のリハビリテーション治療経過と転帰

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

○松田尚也 田村一平 石山浩明 藤田彩香 津田英一

【緒言】

中枢神経疾患に起因する意識障害に比べ、中枢神経疾患以外の病態に起因する意識障害のリハビリテーション治療に関する報告は少ない。内科的疾患に伴う意識障害の経過やリハビリテーション治療に対する影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】

2023年度に当院にて入院リハビリテーション治療を実施した症例の内、開始時に中枢神経疾患以外の病態に起因する意識障害（意思疎通困難かつJCS II・III 桁）を認めた症例を対象とした。意識障害及び治療の経過、阻害因子や有害事象に関し後方視的に診療録レビューを行った。

【結果】

対象症例は15例。平均年齢75.4歳。意識障害に至る外因的要因として有機リン中毒1例、熱中症1例、低体温症1例、内因的要因として感染症7例、肝不全2例、電解質異常2例、尿毒症1例を認めた。発症からリハビリテーション治療開始までの平均日数は5日、死亡例は2例、端座位可能となった症例は12例でその期間は平均4.3日、阻害因子は血圧低下、発熱などを認めたが、有害事象の発生は認めなかった。頼診元は救命科が最多8例で発症からの平均日数は3.6日、その他の科は7例で発症からの平均日数は7.4日であったが、端座位可能となるまでの期間に差はなかった。

【結語】

内科的疾患による意識障害症例は数日で端座位へ進むことができる可能性があるが、より早期のリハビリテーション治療が有効か否かは今後も検討が必要である。

一般演題 1

3. 90歳以上の大腿骨近位部骨折の受傷背景と治療予後の検討

竹田健康財団竹田総合病院 診療部¹⁾
竹田健康財団竹田総合病院 リハビリテーション部²⁾

○近藤健男¹⁾、嶋崎睦¹⁾、黒木優佑¹⁾、
成田知代²⁾、伊東ゆかり²⁾、長谷川敬一²⁾

【はじめに】本研究では回復期リハビリテーション病棟を退院した90歳以上の大腿骨近位部骨折患者の受傷背景と治療予後を検討し、その現状を明らかにすることを目的とした。

【対象・方法】2023/4/1-2024/3/31に当院回復期病棟を退院した患者の患者背景と治療方法効果について調査検討した。

【結果】大腿骨近位部骨折患者は20名で全例外科治療が施行されていた。手術までの日数は 5.1 ± 7.9 日。年齢 93.1 ± 1.9 歳、男性4・女性16。患者の受傷前FIM-M 79.0、FIM-C 31.0。16名は親族と同居のもと生活していた。転倒原因は18名が日常生活での屋内転倒。介護保険は要介護10名・要支援2名・未申請8名。回復期病棟転入時FIM-M 28.0、FIM-C 25.0と受傷前より著しく低下していた。回復期病棟入院期間は 58.5 ± 18.2 日。退院時FIM-M 45.5、FIM-C 24.5と運動項目で改善した患者もいたが、認知面での改善は低かった。FIM-M 30以下5名、31-60 11名、61以上4名。転帰先は自宅18名、介護老人保健施設2名。

【考察とまとめ】回復期病棟で治療を行った90歳以上の受傷機転は日常生活での移動中の転倒が大多数で、移動補助具や環境整備などが転倒予防において重要と考えられる。適切な手術とリハビリテーションを施行しても受傷前の状況に戻る患者は2割程度で残りは中等度程度の介助を要する状態となった。9割近くの患者が自宅退院・在宅介護となるため、十分な在宅介護ができる状態を帰結として想定した治療が重要と考えられる。

4. 左大腿切断後、義足装着前訓練を外来理学療法で実施し、義足装着訓練を回復期病棟で1ヶ月行い、切断から半年で復職した一例

竹田総合病院リハビリテーション科¹⁾、同形成外科²⁾、
同リハビリテーション部³⁾、有限会社アングル義肢装具士⁴⁾、
福島県立医大リハビリテーション医学講座⁵⁾

○嶋崎睦¹⁾、近藤健男¹⁾、黒木優佑¹⁾、小川智子²⁾、
成田知代³⁾、羽入和貴³⁾、阿部将克³⁾、押山貴廣³⁾、
杉山圭佑³⁾、清野勇⁴⁾、柏原裕樹⁵⁾、大内一夫⁵⁾、
林哲生⁵⁾

【症例】53歳男性。左下肢壊死性筋膜炎により左大腿切断術を当院形成外科で施行。術後38日、車椅子と両松葉杖歩行で退院。術後71日、当科を初診。

【経過】断端浮腫は軽減し、表皮創部を含めて状態良好。断端長は坐骨結節から20cmと中断端。義足を使用した立位歩行で復職希望あり、義足の作成と装着の適応があると判断した。断端熟成にシリコンライナーを処方し、週1回外来理学療法にて義足装着前訓練を開始した。術後108日、仮義足を処方・採型した(骨格構造、TSB式ソケット、多軸遊動膝継手、足関節固定、SACH式足部)。仮合わせは外来で行い、納品に合わせ、術後120日、回復期リハビリテーション病棟に入院。義足装着訓練を行い、仮義足用の本ソケットを作成し、術後151日、ロフトランドクラッチを使用した義足歩行で退院。外来理学療法を継続し、術後175日、職場復帰された。

【考察】義足装着前訓練を外来で実施可能な場合は、在院日数が短縮でき、患者満足度や医療経済面でも有利であると思われる。

5. 廃用症候群を併発した中性脂肪蓄積心筋血管症に対しリハビリを施行した一例

東北医科薬科大学病院 リハビリテーション科

○高橋麻子、伊藤修

【症例】74歳男性。めまいと意識障害を主訴に前医に救急搬送された。EF15%と低心機能であったが冠動脈に有意狭窄はなく、心筋炎疑いで対症療法が開始されたが、炎症反応高値が遷延し発熱も再燃したため、入院から約2ヶ月後のX日に精査加療目的に当院総合診療科に転院。感染症、膠原病の精査では特記所見なく、X+14日に心不全について精査加療目的に循環器内科に転科。精査の結果、中性脂肪蓄積心筋血管症の診断となった。心不全症状は改善したが長期入院による低栄養と廃用が進行しており、X+49日にリハビリ継続目的に当科に転科した。転科時体重 34.6kg、BMI 13.9。中性脂肪蓄積心筋血管症に対して脂質制限食＋MCTオイル利用とし、OT追加し基本動作訓練、下肢筋トレ、日常動作訓練を継続し、X+85日にリハビリ継続目的に紹介元へ転院した。当院転院時FIM60点、退院時 FIM99点、退院時体重36.2kg。筋肉量を計測したところ、当科転科時と比較し体重増加分の筋肉量の増加を認めた。

【考察】中性脂肪蓄積心筋血管症は、心筋細胞、冠動脈に中性脂肪が蓄積し心不全、冠動脈疾患、不整脈などをきたす希少難病である。さらに今回の症例では炎症反応の遷延と長期入院による低栄養、筋力低下があった。不整脈や低心機能に注意しつつ脂肪制限や中鎖脂肪酸摂取を併用しリハビリを施行し、筋肉量の増加およびADL改善を認めた。

一般演題 2

6. 頸髄損傷における栄養状態と麻痺の改善との関連

総合せき損センター 整形外科¹⁾
福島県立医科大学 リハビリテーション科²⁾

○入江 桃¹⁾、林 哲生¹⁾²⁾、久保田 健介¹⁾、
益田 宗彰¹⁾、坂井 宏旭¹⁾、河野 修¹⁾、
前田 健¹⁾

【はじめに】高齢化に伴い、高齢者の脊髄損傷が増加している。特に頸髄損傷では、嚥下障害、肺炎、低栄養、褥瘡等の合併症リスクがある。脊髄損傷患者の約40-50%に低栄養のリスクがあると言われており、脊髄損傷治療においては栄養管理も重要である。

【目的】頸髄損傷患者における栄養状態と受傷後の麻痺の改善との関連について調査した。

【対象と方法】2016年11月～2022年7月に当院にて急性期より加療を行った外傷性頸髄損傷のうち、受傷後6ヶ月以上経過観察可能であった91例を対象とした。栄養指標はPrognostic Nutritional Index(PNI)を用いた。受傷後1ヶ月時点におけるPNI値を良好群と不良群の2群に分類し、PNI良好群および不良群のSpinal Cord Independence Measure(SCIM)およびASIA motor scoreの改善率を調査した。また、受傷後6ヶ月時点のSCIMおよびASIA motor scoreの改善率に影響する因子を検討した。

【結果】PNI良好群は不良群と比較して、受傷後1ヶ月時のSCIMおよびASIA motor scoreの改善率がいずれも有意に良好であった。受傷後6ヶ月時のSCIM改善率には受傷後1ヶ月時のmotor scoreおよび年齢が有意な因子となっており、motor scoreの改善率においては受傷後1ヶ月時のPNIとmotor scoreが有意な因子となっていた。

【考察】近年、脳卒中領域で早期の栄養学的介入がADL改善に影響すると報告されている。脊髄損傷においても早期の介入がADL改善に関連するといった報告もあり、今回の検討でも同様の結果が得られた。

【結語】受傷後の栄養状態の管理は麻痺の改善に重要な役割を果たす事が示唆された。

7. 小児側弯症に対する脊椎固定術における術後Dダイマーと静脈血栓塞栓症の関連

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 保健学専攻 理学療法学講座²⁾
秋田県立医療療育センター整形外科³⁾
秋田大学大学院医学系研究科機能展開医学系整形外科科学講座⁴⁾

○工藤大輔¹⁾、本郷道生²⁾、三澤晶子³⁾、粕川雄司¹⁾、
木村竜太⁴⁾、尾野祐一⁴⁾、渡辺 学⁴⁾、宮腰尚久⁴⁾

【目的】小児側弯症手術において静脈血栓塞栓症(VTE)は極めてまれであるが、術後リハビリテーション治療において重篤な合併症となりうる。今回、小児側弯症術後のVTEについて調査した。

【方法】2022年から2024年の間に当院で手術を行った小児側弯症患者のうち術後1週のDダイマーを測定した23例(男2、女21、特発性16、症候性7)、年齢中央値15歳を対象とした。手術は前後合併手術の1例を除き、すべて後方固定術であった。手術時間、術中出血量、固定椎間数、術翌日ドレーン量、術後1週のCRP、WBC、Hb、Dダイマー、37度以上の発熱の有無、下肢浮腫、胸部症状の有無を調査し、Dダイマーが2SD以上に上昇、または臨床的にVTEが疑われた例に対し、造影CTを施行した。

【結果】中央値で手術時間356分、術中出血量816ml、固定椎間数11椎間、術翌日ドレーン量525mL、術後1週のCRP1.91 mg/dL、WBC5600/ μ L、Hb11.9 g/dL、Dダイマー4.13 μ g/mLであった。術後1週での発熱は5名、下肢浮腫、胸部症状は認めなかった。Dダイマー2SD以上は2名で、いずれも造影CTでVTEを認めた。VTEの有無では、Dダイマー(4.01 vs. 14.9 μ g/mL, $p=0.008$)、発熱($p=0.04$)に有意差を認めた。

【結論】小児側弯症に対する脊椎固定術において、術後1週のDダイマー上昇と発熱は、VTEの早期発見に有用である可能性がある。

一般演題 2

8. 筋力低下を伴った頸部神経根症に対する Good Samaritan 牽引療法 ～手術に至った症例を含めた検討～

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
整形外科科学講座²⁾
秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻理学療法学講座³⁾

○粕川雄司¹⁾、工藤大輔¹⁾、木村竜太²⁾、
尾野祐一²⁾、本郷道生³⁾、宮腰尚久²⁾

【目的】 Good Samaritan 牽引療法は、体位によらず頸椎を適切な屈曲位で牽引することのできる持続牽引法であるが、その限界についての検討は少ない。本研究では、Good Samaritan 牽引療法の治療成績を手術に至った症例も含め検討し、本法の有用性と限界を明らかにすることである。

【方法】 対象は頸部神経根症で入院し筋力低下が継続し本牽引を行った31例（男性20例、女性11例）、平均年齢54歳である。牽引療法で症状が軽快した牽引群（n=22）と牽引療法の後症状が残存し手術を要した手術群（n=9）の2群に分け、臨床症状、牽引に伴う合併症、外来受診までの期間、入院までの期間、牽引期間、入院時と最終経過観察時の田中らの頸部神経根症治療成績判定基準、再発の有無について検討した。

【結果】 上肢MMTは、4が24例、3が3例、2が4例であった。合併症は3例（10%）に認められたが、神経根症状の増悪例はなかった。年齢は、牽引群（平均48歳）よりも手術群（63歳）が有意に高かった（ $p = 0.01$ ）。外来受診までの期間は、牽引群（平均29日）に比べ手術群（62日）で有意に長かった（ $p = 0.04$ ）。入院時と最終経過観察時の田中スコアは、牽引群で平均8.7点から17.8点（ $p < 0.01$ ）に、手術群も平均8.3点から18.5点（ $p < 0.01$ ）と有意に改善していた。

【結論】 筋力低下を伴った頸部神経根症に対する Good Samaritan 牽引療法は、71%の症例で約2週間の牽引により筋力は回復したが、10%の症例では疼痛の増悪などで牽引を中止して保存的治療を継続した。

9. 運動が味覚閾値に及ぼす影響の有酸素運動と症候限界運動の違い

東北大学大学院医学系研究科臨床障害学分野

○勝又泰紀、三浦平寛、宮城翠、海老原覚

【目的】 味覚閾値は運動、リハビリテーション介入により変化することが報告されている。しかしながら、先行研究では一つの強度での検討が多く、運動方法における比較を実施している報告は少ない。そこで目的を嫌気性代謝閾値レベルの有酸素運動と症候限界運動における味覚閾値の変化を検討することとした。

【方法】 自転車エルゴメータを用いて有酸素運動と症候限界運動を実施。運動量を酸素消費量により統一した。運動の前後、1時間の味覚閾値、食欲、口腔水分量、血糖値、乳酸値をそれぞれ測定し、3時点でそれぞれの数値を比較した。

【結果】 15人の健康成人が参加した。症候限界運動において甘味閾値が運動直後に上昇したが、有酸素運動での変化はなかった。また食欲は両者で時間経過による変化はみられたが、その変化量に強度間で差はみられなかった。その他のパラメータについても有意差はなかった。

【結論】 症候限界運動では、甘味閾値が上昇することが分かった。このことから、運動強度の違いが味覚に変化をもたらすことが示唆された。今後患者を対象とした検討をすることで味覚や食欲などを考慮し、運動後の摂食につながるリハビリテーション方法開発の可能性が示唆された。

10.バーチャルリアリティ (VR) 機器を用いた、小児片麻痺治療の小経験

福島県立医科大学リハビリテーション医学講座¹⁾
福島県立医科大学リハビリテーションセンター²⁾

○柏原裕樹¹⁾、小野洋子²⁾、佐藤夏海²⁾、
柳沼里英²⁾、大内一夫¹⁾、林 哲生¹⁾

症例は11歳 男子 脳血管奇形。7歳時に脳出血を発症し、血種除去術、左側V-Pシャント術を施行。左麻痺、左半側空間無視についてのリハビリテーションを当科で通院している。11歳までの間に脳出血を計4回（右尾状核出血3回、右視床出血1回）発症しており、経過で判明した脳血管奇形についてサイバーナイフによる単回照射を2回施行されている。2024年の3月に発症した4回目の出血以降、痙性麻痺が進行し、下肢についてボツリヌス注射を6月に施行し、AFO装具での杖歩行を試みているが、実用歩行が得られず、自宅内トイレ歩行も見守りが必要である。また、左上肢も肘関節、手関節、手指の自動伸展が得られず、目指している補助手としての利用にも至っていない。

今回、medi VR 「カグラ」貸与の機会を得、従来の一曰2単位×3回（PT、OT、ST）のうち、PT,OTを同機器による座位リーチング動作訓練に充てた。3週間強と短期間であるが、TUGテストの向上と、肘伸展、肩関節屈曲が自動で行えるようになり、更に、座位姿勢の大幅な改善とを認め、実生活では、トイレ歩行が自立した。

上肢機能の汎化に課題を残すが、一連の経過について、考察を交えて報告する。

災害リハビリテーション

長野保健医療大学 地域保健医療センター教授

大井 直往 先生

災害発生初期から避難所での生活環境を整えることで、身体を活発にし、活動を維持し、参加の場を構築することが、災害関連死や要介護状態の発生および身体状況悪化を防ぐことにつながる。今までの2019年東日本台風災害でのJRAT活動の経験、2024年能登半島地震での経験、また2011年東日本津波原発事故大震災からの復興状況についての知見から、これからの災害リハビリテーションが目指す方向について考えてみたいと思う。

腰痛の基礎と臨床

福島県立医科大学 保健科学部 学部長

矢吹 省司 先生

腰痛は、慢性痛に関する疫学調査で最も多い痛みである。腰痛の場合、3ヶ月以上持続する腰痛を「慢性腰痛」という。慢性腰痛では、組織の損傷（器質的要因）のみならず、関節痛に比して心理・社会的な要因も大きく関与していることが明らかになっている。本講演では、主に我々が行ってきた腰痛に関する基礎的・臨床的研究から明らかになってきた事実と近年の慢性疼痛や腰痛に関するガイドラインの内容を含めて発表する。

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。

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

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

海老原 覚（東北大学リハビリテーション科）

福島県

林 哲生（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）
及川 忠人（東八幡平病院）
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）
木村 竜太（秋田大学整形外科）
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）
高窪 祐弥（山形大学リハビリテーション科）
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）
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）
信田 進吾（東北労災病院）

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）
瀬田 拓（ないとうクリニック）
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）
林 哲生（福島県立医科大学
リハビリテーション医学講座）
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）
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）

監事

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