

第 57 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

第 57 回日本リハビリテーション医学会東北地方会は、2 月 22 日（土）に現地会場と Web 会議ツール・Zoom のライブ配信のハイブリット形式で開催します。

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/tohokureha57/> 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、2025 年 2 月 17 日（月）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（オンライン参加の方）

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：2025年2月22日（土） 12:50～17:55

- 総会 12:50 - 13:20
- 地方会（一般演題） 13:25 - 15:30
- 教育研修会 15:40 - 17:55

配信・視聴方法：Web 会議ツール「Zoom」による配信

オンライン参加の方は当日までに「Zoom」をインストールし、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。事前参加登録されたメールアドレスまで、前日までに招待メール（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：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きます。

5. 参加・認定単位と証明書について

オンライン参加の方の参加・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. オンライン参加の方は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. 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。
3. 座長から演題の進行をしていただき、演者にご発表いただきます。発表は7分以内です。
4. 質問のあるオンライン参加の方は随時チャットで質問を投稿ください。
5. 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）。
6. 予定した演題が終わればセッション終了です。

■座長の先生へ

発表中にオンライン参加の方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。スライド終了後、会場参加の方からの質問に加え、チャットの質問も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。オンラインの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。

オンラインでご発表される先生は、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、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。

オンライン発表のセッション中に、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 2 月 28 日（金）までに、主催責任者(jarmtohoku57@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

Zoom を併用したハイブリット形態での開催を予定しております。オンライン参加の方は視聴のみであれば、マイクや Web カメラのご準備は不要です。演者への質問は、すべてチャット機能を通して行うこととなります。

オンライン参加の方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》

◆ 13:25～13:30 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
富山 陽介

◆ 13:30～14:30 一般演題 1

座長：仙台リハビリテーション病院 院長 渡邊 裕志先生

1. Virtual reality (VR) 機器を用いたリハビリテーションによって症状の改善が得られた慢性疼痛症候群の一例

山形大学医学部整形外科
仁藤敏哉 ほか

2. 中枢性片麻痺肢に末梢神経障害の合併を疑った一症例

宮城厚生協会長町病院リハビリテーション科
阿部 理奈 ほか

3. 視床出血患者のめまいに gaze stability exercise が奏功した一例

宮城厚生協会 坂総合病院 リハビリテーション科
江原 昌宗 ほか

4. レベチラセタムの副作用による精神症状のためリハビリテーション治療に支障を来した2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
松田 尚也 ほか

5. 左側頭葉皮質下出血例の回復過程に対応する ASL 法による脳循環動態の検討演

東八幡平病院リハビリテーション科
及川忠人 ほか

〈 休 憩 〉

プログラム

◆14:35～15:30

一般演題 2

座長：宮城厚生協会長町病院 リハビリテーション科科长 阿部 理奈先生

6. STSS 罹患後の大腿超短断端切断に対し大腿四辺形ソケット使用で歩行獲得しえた一例
東北大学 大学院医学系研究科 臨床障害学
鈴木直輝 ほか
7. 地域在住高齢者におけるコロナ禍前後の筋力とロコモ度の変化
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
8. COVID-19 合併大腿骨近位部骨折の手術時期と回復期リハビリテーションの転帰
弘前大学医学部附属病院リハビリテーション科
那須智彦 ほか
9. 災害リハビリテーション支援者における心的外傷後ストレス障害と活動支援中の心身状況との関連
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 祐樹 ほか
10. 地域在住高齢者の総コレステロールと呼吸器疾患死亡の関連：鶴ヶ谷コホート
東北大学大学院医学系研究科臨床障害学分野
兪 睿 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 副院長 金成 建太郎 先生

『嚙下障害の診かた～最近の話題も踏まえて～』

岐阜大学大学院医学系研究科脳神経内科学分野
浜松市リハビリテーション病院リハビリテーション科
國枝 顕二郎 先生

〈 休 憩 〉

◆16:50～17:50

生涯教育研修講演Ⅱ

座長：宮城厚生協会坂総合病院 院長 富山 陽介 先生

『実施者別になつたりハビリテーション料の意義
～医療情報の歴史と将来の医療 DX の観点から考える～』

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター
根本 明宜 先生

◆17:50～17:55

閉会の辞

抄録目録

◆一般演題 1

1. Virtual reality (VR) 機器を用いたリハビリテーションによって症状の改善が得られた慢性疼痛症候群の一例 ……9
2. 中枢性片麻痺肢に末梢神経障害の合併を疑った一症例 ……9
3. 視床出血患者のめまいに gaze stability exercise が奏功した一例 ……10
4. レベチラセタムの副作用による精神症状のためリハビリテーション治療に支障を来した 2 例 ……10
5. 左側頭葉皮質下出血例の回復過程に対応する ASL 法による脳循環動態の検討演 ……11

◆一般演題 2

6. STSS 罹患後の大腿超短断端切断に対し大腿四辺形ソケット使用で歩行獲得しえた一例 ……12
7. 地域在住高齢者におけるコロナ禍前後の筋力とロコモ度の変化 ……12
8. COVID-19 合併大腿骨近位部骨折の手術時期と回復期リハビリテーションの転帰 ……13
9. 災害リハビリテーション支援者における心的外傷後ストレス障害と活動支援中の心身状況との関連 ……13
10. 地域在住高齢者の総コレステロールと呼吸器疾患死亡の関連：鶴ヶ谷コホート ……14

◆生涯教育研修講演 I

- 『嚥下障害の診かた～最近の話題も踏まえて～』 ……15

◆生涯教育研修講演 II

- 『実施者別になつたりハビリテーション料の意義
～医療情報の歴史と将来の医療 DX の観点から考える～』
……16

一般演題 1

1. Virtual reality (VR) 機器を用いたリハビリテーションによって症状の改善が得られた慢性疼痛症候群の一例

山形大学医学部整形外科¹⁾

山形大学医学部リハビリテーション科²⁾

○仁藤 敏哉^{1) 2)}、高窪 祐弥^{1) 2)}、寒河江 拓盛¹⁾
2)、赤羽 武^{1) 2)}、成田 亜矢^{1) 2)}、高木 理彰^{1) 2)}

【目的】慢性疼痛症候群などの神経障害は、特に上肢の機能に影響を与え、独立性や生活の質に大きな影響を及ぼす。Virtual reality (VR) は、神経リハビリテーション治療の有望なアプローチとして期待されている。特にヘッドセットを使用した完全没入型システムは、患者の集中力を高める可能性があるため、大きな注目を集めている。今回慢性疼痛症候群患者に対して完全没入型の mediVR カグラ® (mediVR 社製) を用いたリハビリテーション治療を行った症例を経験したので報告する。

【症例】23 歳女性、コロナワクチン接種後、左上肢の疼痛、重苦感がみられ、ワクチン障害と診断されたが、その後、徐々に左上肢の脱力、握力の低下がみられた。精査目的に当院整形外科へ紹介となり、造影 CT 検査にて左鎖骨下動脈狭窄の所見を認め、左胸郭出口症候群と診断し、第一肋骨切除術を実施した。術後 10 カ月の時点で左手握力の軽度改善を認めたが、左上肢の重苦感、疼痛が残存したため慢性疼痛症候群と診断し、VR を用いたリハビリテーション治療を行った。1 回 30 分間の VR によるリハビリテーション治療を 12 日間で 5 回施行した。VR 実施前は握力が右 24.3kg、左 9.2kg であったが、5 回実施後は右 27.0kg、左 18.7kg と握力の改善を認めた。上肢障害評価表 (QuickDASH) は VR 実施前が総合 68.2 点に対して、VR 実施後は総合 59.0 点と改善を認めた。【考察】本症例による結果から VR を用いたリハビリテーション治療は慢性疼痛症候群における上肢の機能改善に有用であると思われた。

2. 中枢性片麻痺肢に末梢神経障害の合併を疑った一症例

宮城厚生協会長町病院リハビリテーション科

○阿部 理奈、金成 建太郎、水尻 強志、
臨床検査技師 佐藤 彩奈、原田 理沙子、阿部 直樹

【はじめに】脳卒中患者は、健側肢の過用により絞扼性神経障害を生じることが知られている。一方で、麻痺肢に合併する末梢神経障害の報告は少ない。今回、中枢性片麻痺肢に末梢神経障害の合併を疑った症例を経験したため報告する。

【症例】56 歳女性。X-3 年、高血圧性出血 (橋) を発症。左不全片麻痺、左上肢中枢性疼痛が後遺。屋内歩行自立、ADL 自立で自宅退院。退院後、肥満増悪、複数回の転倒、中枢性疼痛悪化により車椅子移動となった。X 年左上肢痙縮および不随意運動増悪による皮膚障害を認め、ボツリヌス治療目的に入院。入院を機に歩行訓練も開始した。歩行訓練開始から 1 週間目より、麻痺肢の内側足底神経領域に異常知覚が出現した。重度の肥満があり電気生理学的には評価困難だった。神経エコーにて麻痺肢の内側足底神経が軽度腫大していた。歩行訓練中止により症状は速やかに消失した。

【考察・結語】本症例は麻痺肢の末梢神経障害が疑われた。脳卒中患者は、痙縮、不随意運動、装具不適合など様々な理由で末梢神経障害を生じうる。症状が特定の末梢神経領域に一致する場合は電気生理学的評価やエコー検査が有用な場合がある。

3. 視床出血患者のめまいに gaze stability exercise が奏功した一例

宮城厚生協会坂総合病院リハビリテーション科¹⁾

宮城厚生協会長町病院リハビリテーション科²⁾

○江原 昌宗¹⁾、藤原 大¹⁾、阿部 理奈²⁾、金成 建太郎²⁾、水尻 強志²⁾

【はじめに】脳卒中において小脳病変がめまいを生じやすい事は周知されているが、視床病変においても4%程度めまいを起こすと報告されている。視床出血によりめまいを来した患者に対して前庭リハビリテーションである gaze stability exercise (以下GSE) を実施し、改善を認めた症例を報告する。【症例】60代女性。主病名：左視床出血、併存症：高血圧、脂質異常症。【病歴】X日に左片麻痺を発症、右視床出血の診断で保存治療された。左片麻痺、めまい、体幹機能障害が後遺した。X+32日に回復期リハビリテーション病棟に転院した。転院時から起居の際に強いめまいを訴えていた。視床出血に伴うめまいとしてGSEを実施し5日間で改善を認め、dizziness handicap inventory(一部抜粋し実施)は12/40から4/40に改善した。ADL・IADLともに自立しX+57日目に自宅退院した。【考察】視床病変がめまいを起こす原因は、前庭神経核から大脳皮質への経路に視床がある事が挙げられる。前庭リハビリテーションであるGSEは視床を経由する前庭神経路障害も改善させることが推察されたが、渉猟しえた限りでは症例報告は1症例のみだった。視床出血によるめまいにもGSEが有効である事が示唆された症例だった。

4. レベチラセタムの副作用による精神症状のためリハビリテーション治療に支障を来した2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⁾

青森市民病院 リハビリテーション科²⁾

ときわ会病院 外科³⁾

○松田 尚也¹⁾、相馬 正始²⁾、峯岸 晶子³⁾、津田 英一¹⁾

【緒言】レベチラセタム(LEV)は、広く処方されている新規抗てんかん薬である。副作用として精神症状が報告されているが、そのリハビリテーション治療への影響に関する報告は少ない。LEVによる精神症状のため、リハビリテーション治療に影響を及ぼした2例を報告する。

【症例】症例1: 19歳、女性。脳動静脈奇形塞栓術後に右脳内出血、脳室穿破を発症した。予防的にLEV内服を開始した。亜急性期以降も活動性・発語が乏しく、ADL全般に介助を要し、訓練に対する意欲も低下していた。LEVをバルプロ酸に変更後、徐々に改善し病棟内ADL自立となった。

症例2: 80歳、男性。外傷により右前頭葉脳挫傷を受傷した。急性期病院にて予防的にLEV内服を開始した。回復期病院転院後に易怒性が増悪し向精神薬治療が必要となり、ADLは低下し訓練にも支障を来した。LEVをバルプロ酸に変更後、易怒性・異常行動は改善し、訓練を継続できADLは向上した。

【結語】LEV内服症例では精神症状の副作用に注意し、出現時には変更や中止を検討しリハビリテーション治療を継続すべきである。

5. 左側頭葉皮質下出血例の回復過程に対応する ASL 法による脳循環動態の検討

東八幡平病院リハビリテーション科

○及川 忠人、諸富 隆、菊地 康文、吉田 研二、井上 芳和、大石 和幸

症例：55 歳 男性

症状経過：令和 X 年 9 月 Y 日に救急搬送され、A 病院に入院となり、入院後 28 病日から流涎、整容時に右上肢に違和感があり、29 病日から右顔面痙攣を認めたため、CT スキャンを実施し、左側頭葉皮質下出血（2 x 3 cm）を認め、保存的治療を開始した。主として、右上腕および手指の巧緻性の低下へのリハビリテーションを希望し、発症後 36 病日に当院入院となった。

入院後経過：入院時軽度の運動性失語と顔面を含む右上下肢の脱力感を認めたが、歩行は可能であった。右上肢の巧緻運動障害及び重度の感覚障害（触覚、温感覚、痛覚等）の回復を目的に、リハビリテーションを開始した。入院時の CT スキャンでは病巣の高信号は消失し、軽度の低信号域を認め、MRI では側頭葉皮質下領域に高信号領域が出現し、側頭葉皮質下出血が認められた。FLAIR において血腫周辺の前方向後方に脳浮腫による高信号域の併存を認めた。約 70 日間の総合的運動療法・作業療法を中心にリハビリテーションを実施し、右手指の巧緻性の回復を認め CPU の操作も可能となったが、触覚や温覚等の重度の感覚障害は残存した。80 病日の MRI 検査では、DWI, T2, T1, FLAIR の高信号域の消退を認め、更に ASL 法による脳循環検査では、血腫周辺の局所脳血流量の低下範囲の著しい狭小化を認めた。この現象は機能回復に対する病態所見であると考えられる。

結語：本報告で特筆すべきことは、巧緻性や感覚障害の回復過程に対応して局所脳血流量が明確に変容したことである。

6. STSS 罹患後の大腿超短断端切断に対し大腿四辺形ソケット使用で歩行獲得しえた一例

東北大学 大学院医学系研究科 臨床障害学
 ○鈴木 直輝、宮城 翠、古澤 義人、三浦 平寛、今泉 祐樹、中澤 ちひろ、高橋 珠緒、小畑 景祐、岡崎 達馬、海老原 寛

【はじめに】劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (streptococcal toxic shock syndrome : STSS) は COVID-19 パンデミック収束後に頻度が増えている。STSS では壊死性筋膜炎から死の転帰をとる場合も多く、救命できても四肢の切断を要する場合も多い。

【症例】39 歳女性。STSS に罹患し、18 回の手術による陰圧閉鎖療法を経て右大腿の極短断端となった。歩行再獲得の意思が強く、股関節の筋力が保持されていたため股義足ではなく大腿義足を選択した。四辺形ソケット、サスペンションベルト併用、油圧制御膝継手、エネルギー蓄積型足部で構成された義足を用い、両松葉杖で独歩を獲得した。断端荷重部の痛みや皮膚の表皮剥離に対しては布厚のスパッツで圧保護と接着性向上を達成した。体幹 CT や DEXA, BIA で評価した傍脊柱筋をはじめとする筋量は経過中、保たれていた。SF-36 や PEQ などの QOL スコアも改善が見られた。切断から 5 か月で自宅退院となった。

【考察】歩行再獲得には歩行意欲の高さ、大腿義足の工夫、病前の運動習慣による股関節および体幹筋の予備力と早期からの体幹リハビリテーション介入により筋力が保持されたことが重要であると考えられた。

7. 地域在住高齢者におけるコロナ禍前後の筋力とロコモ度の変化

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学専攻³⁾
 ○粕川 雄司¹⁾、野坂 光司²⁾、土江 博幸²⁾、木島 泰明²⁾、工藤 大輔¹⁾、木下 隼人²⁾、木村 竜太²⁾、尾野 祐一²⁾、本郷 道生³⁾、宮腰 尚久²⁾

【目的】コロナ禍前後で高齢者の運動能力の低下やロコモ度の悪化が懸念される。本研究の目的は、地域在住の高齢者においてコロナ禍前後で筋力やロコモ度に変化しているかを検証することである。

【方法】対象は運動検診に参加した 60 歳以上の高齢者で、コロナ禍前 (2017 年から 2019 年) と、コロナ禍後 (2023 年) に測定した 235 名を解析した。年齢、性別、身長、体重、握力、背筋力、股関節屈曲筋力、膝関節伸展筋力、ロコモチェック、ロコモ度テスト (立ち上がりテスト、2 ステップテスト) を評価した。

【結果】2017 年男性 38 名、女性 40 名 (平均年齢 75 歳)、2018 年男性 38 名、女性 32 名 (平均年齢 76 歳)、2019 年男性 27 名、女性 25 名 (平均年齢 75 歳)、2023 年男性 20 名、女性 15 名 (平均年齢 76 歳) で性別と平均年齢は各実施年で有意差はなく、身長と体重も各実施年で有意差はなかった。握力と背筋力は各実施年で有意差はなかったが、股関節屈曲筋力は 2018 年 (17 kg) に比べ 2023 年 (12 kg) は有意に低値 ($p < 0.001$) であった。また、膝関節伸展筋力は 2017 年 (14 kg) と 2018 年 (16 kg) に比べ 2023 年 (12 kg) は有意に低値であった ($p < 0.01$)。ロコモの頻度、立ち上がりテストと 2 ステップテストによるロコモ度 (I, II, III) の頻度も各実施年で有意差はなかった。

【結論】60 歳以上の高齢者において、コロナ禍前に比べコロナ禍後では、股関節屈曲筋力と膝関節伸展筋力が有意に低下していたが、ロコモの頻度やロコモ度は有意な変化はなかった。

8. COVID-19 合併大腿骨近位部骨折の手術時期と回復期リハビリテーションの転帰

弘前大学医学部附属病院リハビリテーション科¹⁾
津軽保健生活協同組合健生病院 整形外科²⁾、リハビリテーション科³⁾

○那須智彦¹⁾、木村宗一郎²⁾、三浦和知²⁾
白戸香奈子³⁾、森永伊昭³⁾、宮本誠一³⁾、津田英一¹⁾

【目的】COVID-19 合併大腿骨近位部骨折に対する手術時期が回復期リハビリテーションの転帰に及ぼす影響を調査した。

【対象と方法】2024 年 12 月末までに健生病院で手術を行った COVID-19 合併大腿骨近位部骨折 9 例を対象とした。隔離解除前手術群 6 (男 1、女 5) 例と隔離解除後手術群 3 (女 3) 例に分け、患者背景、骨折受傷と COVID-19 発症のタイミング、入院期間、回復期リハビリテーション病棟転入時と退院時の総 FIM・運動 FIM を比較した。

【結果】隔離解除前手術群と隔離解除後手術群ではそれぞれ手術時年齢 84 歳、82 歳、骨折先行 5 例、0 例、COVID-19 発症から手術までの期間 2 日、11 日、入院期間は 59 日、58 日 (うち回復期 38 日、29 日)、退院時総 FIM79、80、運動 FIM57、56、総 FIM 利得 32、17、運動 FIM 利得は 32、17 であった。

【結論】両群間で入院期間、退院時の総 FIM、運動 FIM に差はなかったが、隔離解除前手術群で運動 FIM 利得が高い傾向が示された。

9. 災害リハビリテーション支援者における心的外傷後ストレス障害と活動支援中の心身状況との関連

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¹⁾

福島県立医科大学 保健科学部²⁾
○渡辺 祐樹¹⁾、野村 潤¹⁾、渡邊 秋江¹⁾、菅野 健一¹⁾、矢吹 省司²⁾、大内一夫¹⁾、林哲生¹⁾

【目的】大規模災害後、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の発症リスクが増加する。災害支援者にもそのリスクが懸念されるが、災害リハビリ支援者に関する研究は少ない。本研究では日本災害リハビリテーション支援協会 (JRAT) 支援員の PTSD と活動時の心身状況との関連を検討した。

【対象】福島 JRAT 支援員として能登半島地震に派遣されたリハビリ職 21 名 (43.7±7.8 歳、男性 14 名) とした。

【方法】PTSD は出来事インパクト尺度改訂版 (IES-R) で評価し、カットオフ値を基に 2 群に分類した。関連要因として、災害支援経験、講習会参加、派遣時期・場所、睡眠・食事の質、活動時の身体症状・精神症状・疲労感を調査した。統計解析は χ^2 乗検定を使用し、有意水準は 5% とした。

【結果】全体の 28.6% が IES-R でカットオフ値を上回った。活動時の身体症状や疲労感は PTSD と有意に関連していた ($p < 0.05$)。

【考察】28.6% の JRAT 支援員が PTSD のリスクを抱え、活動時の身体症状や疲労感が PTSD と関連していた。この結果を踏まえ、支援者の負担軽減に向けたアセスメントや環境調整が重要である。

【倫理的配慮】調査の趣旨を対象者に説明し、同意を得た上で任意にて回答を得た。

10. 地域在住高齢者の総コレステロールと呼吸器疾患死亡の関連：鶴ヶ谷コホート

東北大学大学院医学系研究科臨床障害学分野
兪 睿、岡崎 達馬、宮城 翠、鈴木 直輝、
海老原 寛

低い総コレステロール（TC）値と全死因死亡率の
関係には様々な結果が報告されている。呼吸器疾
患死との関係では低 TC 値は英国の中年男性で危
険因子だったが、地域在住高齢者を含む他の集団
での影響は不明である。

目的：低 TC 値の地域在住高齢者の全死因及び呼吸
器疾患死への影響を解析する。

方法：70 歳以上の仙台市鶴ヶ谷地区在住高齢者を
追跡した鶴ヶ谷コホートを TC 値 171mg/dL 以上（男
性）、192mg/dL 以上（女性）で上位 75%と下位 2
5%の 2 群に分け、Kaplan-Meier 生存分析と log-
rank 検定で 15 年間の全死因死亡率、Cox 比例ハザ
ードモデルで 11 年間の死因別死亡率を解析した。
結果：TC 値下位群は上位群より 2 歳平均年齢が高
かった。全死因死亡率は上位群より下位 TC 群で悪
かった。呼吸器疾患の死亡率は上位群に比べ下位
群で調整前の HR (95%CI) が 3.40 (1.80-6.43)、年
齢、性別、喫煙歴、飲酒歴、BMI 及び収縮期血圧で
調整したモデルで 2.75 (1.44-5.26) だった。

結語：低 TC は免疫の中心、T 細胞の増殖に悪影響
する。低 TC 値を避けることが、呼吸器疾患死予防
に有効である可能性が示唆された。

嚥下障害の診かた
～最近の話題も踏まえて～

岐阜大学大学院医学系研究科脳神経内科学分野

浜松市リハビリテーション病院リハビリテーション科

國枝 顕二郎 先生

超高齢社会の到来や高度医療の進歩により、嚥下障害患者は激増している。嚥下障害の評価はスクリーニングと臨床観察、およびVEやVFなどの精査からなる。咽頭残留や誤嚥が見られた場合は、代償手段を駆使して安全な摂食条件を設定して対策を立てる「治療的視点」が欠かせない。嚥下（活動）により機能は改善し構造（神経や筋）も変化するため（活動-機能-構造連関）、環境を整えて摂食訓練を積極的に行うことが効率的な機能改善につながる。我々は、嚥下時に胸腔内に強い陰圧を形成して食塊の咽頭通過を改善させる「バキューム嚥下」や、食道機能を鍛える「腰上げ（ブリッジ）空嚥下訓練」を報告し、臨床応用を進めている。本講演では、新しい知見も紹介しながら嚥下障害の考え方や対応について述べたい。

実施者別になったリハビリテーション料の意義
～医療情報の歴史と将来の医療 DX の観点から考える～

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター

根本 明宜 先生

1999年に島根県立中央病院で日本初の電子カルテが稼働し、2020年には一般病院で57%、400床以上の病院では91%まで普及している。リハビリテーション(以下リハ)部門は診療録の共有で最も恩恵を受けている部門の一つで、リハ部門システムも日々の診療に欠かせないものとなっている。

データの二次利用は課題とされていたが、レセプトオンラインの義務化、NDBの整備、次世代医療基盤法の策定などで研究目的での利用が可能になっている。2024年の診療報酬改定で、リハ料が実施者ごとに区別して請求されるようになった。リハ分野でのNDBを用いたリアルデータでの臨床研究の進展が期待される。

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

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. 非会員の一时会費は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。
3. 前期地方会として以下内容で実施する。
 - 総会、幹事会
 - 若手医師および医学生向け企画
 - 専門医・認定臨床医生涯教育研修会
4. 後期地方会として以下内容で実施する。
 - 幹事会
 - 一般演題セッション
 - 専門医・認定臨床医生涯教育研修会

2024 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）
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（東北大学大学院臨床障害学分野）

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

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

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（健生病院整形外科）

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）

島田 洋一（医療法人久幸会）

竹内 直行（秋田大学大学院理学療法学講座）

工藤 大輔（秋田大学医学部附属病院リハビリテーション科）

斉藤 公男（市立秋田総合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（山形県高次脳機能障がい者支援センター）

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）

高窪 祐弥（山形大学リハビリテーション科）

成田 亜矢（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）

檉本 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 (宮城厚生協会坂総合病院)
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)
金成 建太郎 (宮城厚生協会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(東北大学大学院臨床障害学分野)
高橋 珠緒 (東北大学大学院臨床障害学分野)
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)
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

矢吹 省司 (福島県立医科大学保健科学部 理学療
法学科)
粕川 雄司 (秋田大学リハビリテーション部)