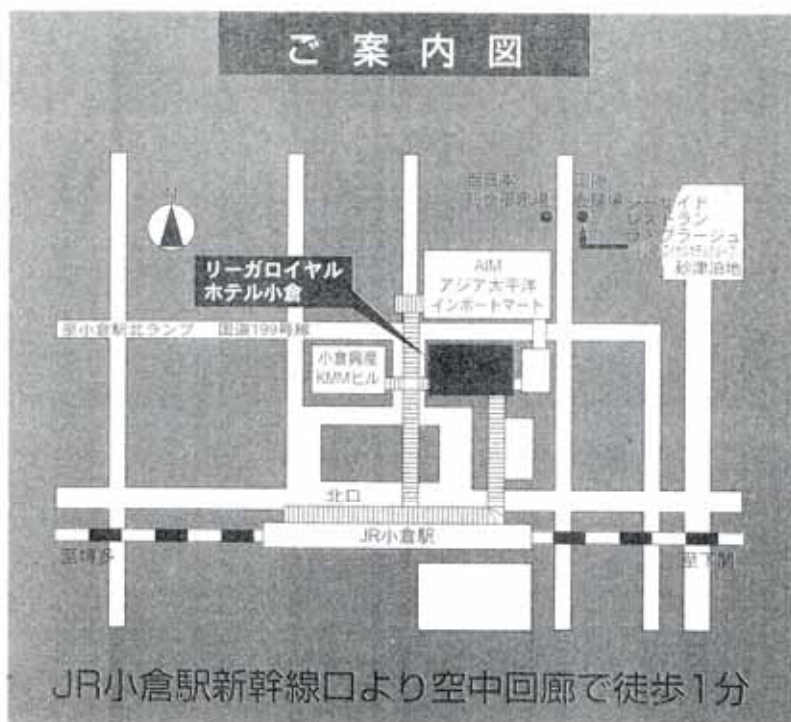


第 24 回
日本リハビリテーション医学会九州地方会

平成 20 年 9 月 7 日(日)
リーガロイヤルホテル小倉

会長 浜村明德(小倉リハビリテーション病院院長)

<会場案内図>



交通機関と所要時間

新幹線ご利用の場合

東京	約5時間	小倉
新大阪	約2時間	小倉
博多	20分	小倉

航空機ご利用の場合

東京	1時間35分	北九州空港	40分	小倉
			バス	
東京	1時間40分	福岡空港	1時間30分	小倉
大阪	1時間5分		バス	

高速道路ご利用の場合

九州自動車道 門司I.C (本州方面からの車) または八幡I.C (福岡方面からの車) で北九州都市高速に乗り換え、小倉駅北ランプより約2分

駐車場料金のご案内

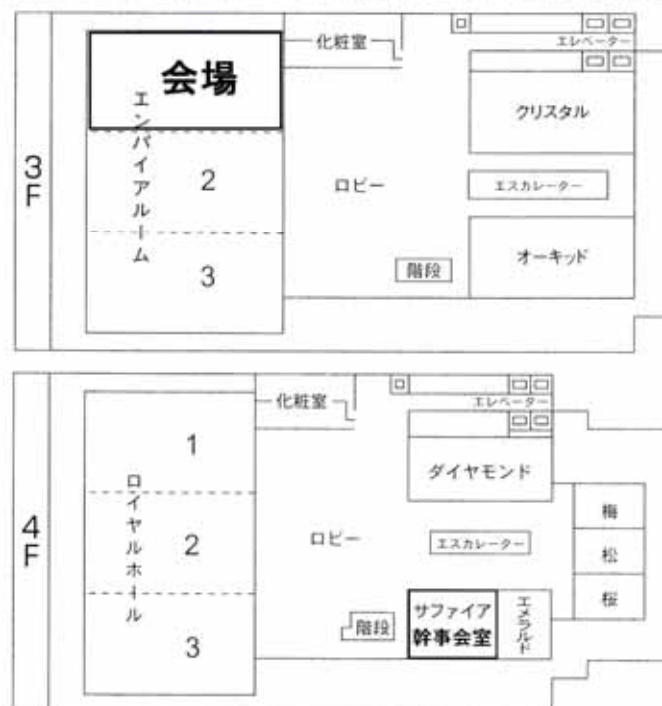
ご宿泊ご利用	1泊	1,050円
ご婚礼ご利用	6時間以内	無料
ご宴会ご利用	3時間以内	無料

リーガロイヤルホテル小倉

〒802-0001 北九州市小倉北区浅野2丁目14-2

TEL 093 (531) 1121

リーガロイヤルホテル小倉 宴会場のご案内



<ご案内>

学会参加費：当日受付にてお支払い下さい。

会員 1,500 円， 非会員 2,000 円(医師) 1,500 円(医師以外)

認定単位：

1) 日本リハビリテーション医学会専門医・認定臨床医生涯教育研修単位

* 午前中の学会参加により生涯教育単位 10 単位が取得できます。参加登録時にお渡しする受講カードに必要事項をご記入の上、午前の部終了後に提出して下さい。(筆頭演者はさらに年度末自己申請により 10 単位取得可能です)

* 教育講演 ・ ・ は各々生涯教育単位 10 単位が取得できます。単位取得希望の方は当日 10 単位につき 1,500 円を納めて下さい。

2) 日本整形外科学会教育研修認定単位

* 教育講演 ・ ・ は各々専門医資格継続単位 1 単位が取得できます。単位取得希望の方は当日 1 単位につき 1,000 円を納めて下さい。(当日受付も可能です)

受講証明書は講演終了後、受付へ提出して下さい。

一般演題演者の先生方へ

* 一般演題の発表は 5 分、ディスカッションは 2 分です。

* ご発表の 30 分前までに受付をお済ませ下さい。

幹事会のお知らせ：

学会当日の昼休み(12：15～13：00)に行います。

会場はリーガロイヤルホテル小倉 4 階小宴会場「サファイア」となっております。

ご不明な点がございましたら学会スタッフにご確認下さい。

<プログラム>

受付 8:30～

開会 9:00

会長あいさつ

一般演題 9:05～9:40 座長 長尾病院リハビリテーション部 薛克良

1. 前脳基底部の損傷により記憶障害、作話、幻視を認めた一例
産業医科大学リハビリテーション医学講座 加藤徳明
2. 半盲・幻視・変形視、地誌的障害・記憶障害を呈した脳梗塞の一症例
遠賀中間医師会おかがき病院 竹之山利夫
3. 脳出血開頭術後のリハビリに漢方薬を併用し、著明改善を認めた高齢者の一例
-偶然か必然か？-
川内市医師会立市民病院 竹迫賢一
4. 健側下咽頭に送り込まれた食塊が患者食道入口部を通過した Wallenberg 症候群の一例
今村病院分院 三石敬之
5. 外傷性脳損傷後に意欲低下を示し甲状腺機能低下が判明した一例
産業医科大学リハビリテーション医学講座 白石純一郎

一般演題 9:40～10:15 座長 九州労災病院リハビリテーション科 河津隆三

6. 嚥下障害が遷延した頸髄損傷の一例
長尾病院 松浦弘治
7. 重症肺血症に伴う四肢壊疽後切断例に対するリハビリテーションアプローチの経験
佐賀大学医学部付属病院 山之内直也
8. 血友病患者に生じた腸腰筋内血腫による大腿神経麻痺の一例
久留米大学リハビリテーションセンター 篠崎夏子
9. リハ介入により生活改善が得られた重度脳性麻痺児の一例
熊本セントラル病院 東世智
10. 在宅までに困難を伴った三症例の経験
国立病院機構長崎病院 谷口龍之

休憩 10:15～10:25

一般演題 10:25～11:00 座長 聖マリア病院リハビリテーション科 井手睦

11. 脳卒中高齢者 102 症例の膀胱機能と ADL 能力からみた尿失禁介護のアウトカム
北九州古賀病院排泄管理指導室 岩坪暎二
12. 在宅透析患者に対するリハビリテーションの効果
諏訪の杜病院 武居光雄
13. 後期高齢者におけるリハビリの心機能と BNP 値に及ぼす影響
高良台リハビリテーション病院 中尾一久
14. 当院におけるがんに対するリハビリテーションの現状
国立病院機構鹿児島医療センター 鶴川俊洋
15. 当院の回復期病棟におけるノロウイルス感染症発生事例を通してアウトブレイク時の医療従事者の対応および経済的損失についての検証
八女リハビリ病院 柳東次郎

一般演題 11:00～11:30 座長 飯塚病院リハビリテーション科 黒木洋美

16. one-way ball valve 式ドレナージ回路の初期使用試験

長崎大学脳神経外科 石坂俊輔

17. 脳卒中後遺症患者と健常者の運動学習の比較-運動学習阻害課題を用いての検討-

鹿児島大学大学院 有馬美智子

18. 当院における嚥下造影実施状況

九州労災病院 石井麻利央

19. リハビリによる初発脳卒中と再発脳卒中のADL能力の改善効果の比較検討

ちゅうざん病院 仲田聡子

一般演題 11:30～12:05 座長 熊本機能病院神経内科 渡邊進

20. 当院における日常生活機能評価(看護必要度B項目)とFIMと関連性についての検討

熊本機能病院 津留俊臣

21. 訪問リハビリテーション調査から

ちゅうざん病院 野田知路

22. 当院における急性期病院との医療連携システムの報告

小倉リハビリテーション病院 大野重雄

23. 高齢脳卒中患者の早期歩行獲得を目的としたリハビリテーションクリニカルパスの有用性

白十字病院 中村健正

24. 超高齢者における回復期リハビリテーション病棟から自宅退院を可能にする因子の検討

佐伯中央病院 小寺聡

九州地方会総会 13:10～13:30

専門医・臨床認定医生涯教育研修会(九州ブロック)

教育講演 13:30～14:30

座長 小倉リハビリテーション病院 院長 浜村明徳

「急性期・回復期リハの役割と連携」

長崎リハビリテーション病院 理事長 栗原正紀

教育講演 14:30～15:30

座長 熊本リハビリテーション病院 副院長 山鹿真紀夫

「下肢切断とリハビリテーション - QOLと地域性を考慮して - 」

登別厚生年金病院 副院長 成田寛志

教育講演 15:30～16:30

座長 産業医科大学リハビリテーション医学講座 教授 蜂須賀 研二

「リハビリ医に必要な臨床神経生理学的検査の原理と臨床応用」

九州大学大学院医学研究院 脳研臨床神経生理 教授 飛松省三

一般演題

1．前脳基底部の損傷により記憶障害，作話，幻視を認めた一例

産業医科大学リハビリテーション医学講座

○加藤徳明、岡崎哲也、蜂須賀研二

九州労災病院リハビリテーション科

岩井泰俊

国立病院機構肥前精神医療センター

橋本学

症例は60歳女性。平成19年10月27日にくも膜下出血を発症し、前交通動脈瘤破裂の診断で、同日、開頭動脈瘤クリッピング術と脳室ドレナージ術が施行された。術後、顕著な記憶障害と作話、幻視が残存し、高次脳機能評価目的に2月5日当院当科へ入院となった。頭部MRIで前脳基底部に限局した病変を認めた。知能はWAIS-で正常下限、記憶はWMS-Rで障害域であり、また発症前数年にわたる逆行性健忘も認めた。前頭葉機能はBADSの成績は境界域であったが、それ以外はほぼ正常範囲であった。リハビリテーション投与後3週間で幻視は消失し、塩酸ドパミン投与後2ヶ月で作話の減少と記憶の軽度改善を認めた。

前脳基底部の損傷では、記憶障害と豊富な作話を生じることがある。本症例は限局した前脳基底部損傷により高度の記憶障害と作話、幻視を生じており、文献的考察とともに報告する。

2．半盲・幻視・変形視・地誌的障害・記憶障害を呈した脳梗塞の1症例

遠賀中間医師会おかがき病院

○竹之山利夫、鈴木宗幸

【はじめに】右脳梁膨大部後域から帯状回にかけての病変で、左同名性半盲、幻視、変形視、地誌的障害を呈した症例を報告する。【症例】63歳、男性、右利き。主訴：視野が狭い。おかしい光景を見る。場所が分からない。病歴：急に左視野が見えなくなり、数日間左視野に怖い光景を見るようになり、その後プラズマが走り、秋の紅葉が見えていた。改善せず入院した。経過：入院時神経学的異常はなく、自宅の地図が書けず、病室・詰所などの位置が分からず、物が歪んで見えると訴えた。抗血小板療法と高次脳機能障害に対する訓練を開始し、症状は急速に改善し2週間目の視野検査で正常化し、3週間で自宅退院した。【考察】入院前の症状は、同名性半盲に伴う幻視（光視と複雑幻視）と考え、変形視は2次視覚野の病変により、地誌的障害は脳梁膨大部後部の病変によるものと考えた。【まとめ】内科治療に加え、地図の活用、日記風にメモを纏めたことも有用であったと考えた。

3 . 脳出血開頭術後のリハビリに漢方薬を併用し、著明改善を認めた高齢者の1例

・偶然か必然か？・

川内市医師会立市民病院 リハ科

○竹迫賢一

(症例) 83歳女性, 脳出血。

(経過) H20.2.8 開頭血腫除去術。H20.2.15 回復期リハ病棟・リハ科に転棟転科。術後の脳室偏位を伴う本症例に、脳浮腫と局所の微小循環改善を目標に、漢方薬(五苓散と桂枝茯苓丸)を併用した所、その後のリハが短期間で非常に順調に経過した。

Barthel Index は、回復期リハ入棟時 10 点。回復期 34 日目には 95 点に達し、杖歩行自立で退院した。熊本方式では、重症リハコ・スでリハ期間 3 ヶ月以上を想定すべき患者が、1 ヶ月余りで病前レベルに復帰した。退院時 CT 画像では脳浮腫は消失。(結語) チ・ム医療としての開頭術、リハ、リハ医の漢方薬処方、リハ結果で著効を示した高齢老女の1例を提示した。この漢方薬の効果が必然的なものなら、脳浮腫を伴う症例に是非勧めるべきリハ補助薬と考えられる。

4 . 健側下咽頭に送り込まれた食塊が患側食道入口部を通過した Wallenberg 症候群の1例

今村病院分院 リハビリテーション科

○三石敬之、堂園浩一郎

症例は 61 歳、男性。

2008 年 4 月 28 日起床時に頭痛、左上肢のしびれ、めまい、歩行困難を自覚し、前医を受診した。眼振、嘔声、嚥下障害、左半身の温痛覚低下、右上下肢の運動失調がみられた。MRI 拡散協調運動画像で右延髄外側に高信号域の出現がみられ、MRA で右椎骨動脈の描出がないことから延髄外側梗塞と診断され加療された。

2008 年 5 月 29 日当院へ転院となった。転院時、嚥下造影で食塊の送り込み側は左(健側)、食道入口部通過は頸部正中位では不通過、頸部回旋を用いると優位通過側は右(患側)であった。1 週間後の嚥下造影では、頸部正中位で咽頭送り込み側は左(健側)、食道入口部通過は右(患側)であった。その後も、咽頭送り込み側は左(健側)、食道入口部優位通過側は右(患側)と変化しなかった。

谷口らは、Wallenberg 症候群で患側食道入口部を優位に通過する症例は、咽頭送り込み側も患側である報告したが異なる症例が存在した。さらなる病態の検討が必要と考えた。

5．外傷性脳損傷後に意欲低下を示し甲状腺機能低下が判明した1例

産業医科大学リハビリテーション医学講座

○白石純一郎、橋本学、牧野伸一郎、高橋真紀、岡崎哲也、蜂須賀研二

症例は53歳の男性。1990年外傷性脳損傷後に職を転々としたがうまくいかなかった。2006年頃には何事にもやる気がなく自室に閉じこもるようになり、2008年3月高次脳機能精査を目的に当科受診した。病歴、面接より意欲低下がうかがわれ、神経心理学的検査では記憶障害、軽度知能低下、注意障害を認めた。頭部MRIでは右前頭葉に陳旧性脳挫傷を認めた。理学所見にて甲状腺腫大を認めたため血液内分泌検査を行ったところFT4、コルチゾールが低下していた。慢性甲状腺炎、汎下垂体機能低下を考えチラージン、コートリルを開始したところ意欲低下が改善した。今後神経心理学的所見についても経過観察する予定である。外傷性脳損傷後の意欲低下では前頭葉障害のみでなくホルモン異常その他うつ様症状をきたす疾患も鑑別にあげながら診察・検査を行うことが重要と考える。

一般演題

6．嚥下障害が遷延した頸髄損傷の一例

長尾病院 リハ科

○松浦弘治、薮野倫巳、桑野知恵子、堀江千栄子、薛克良、浅山滉、服部文忠

【症例】75歳男性。【既往歴】高血圧、痛風、早期胃癌。【病名】中心性頸髄損傷。【障害名】四肢不全麻痺、嚥下障害。【病歴、経過】自宅の階段から転落し、前頭部打撲。頸髄損傷（C4レベル）の診断。前方固定術（C3-4）、気管切開術施行。受傷2ヶ月後にリハビリテーション目的に当院に転院時、スピーチカニューレ使用し会話可能、両上肢MMT 1、両下肢MMT 4、経鼻経管栄養使用。転院日から40度の高熱があり、抗生剤投与を行った。入院時VE：唾液誤嚥著明。VF：喉頭蓋が前方固定部に一致して反転しない。ゼリーが喉頭蓋谷に残留し、誤嚥が生じていた。経口摂食は困難と判断し、胃瘻造設。経過中誤嚥性肺炎を繰り返し、リハビリテーション阻害因子であった。転院4ヶ月後にカニューレを抜去し、肺炎は鎮静化した。抜去3ヶ月後のVE：唾液誤嚥は減少していた。VF：ゼリー、粥、とろみで誤嚥がみられた。嚥下反射遅延はないが、咽頭残留があり、クリアランス不良であった。原因として前方固定術による上喉頭神経の障害が疑われた。

7．重症肺血症に伴う四肢壊疽後切断例に対するリハビリテーションアプローチの経験

佐賀大学医学部附属病院 リハビリテーション科

○山之内直也、浅見豊子、秋山菜奈絵、兒玉香菜子、江里口誠

症例は58歳、女性。平成19年3月嘔気、全身倦怠感、顔面紫斑が出現した後、ショック状態となる。重症肺血症の診断にて他医で人工呼吸管理下に加療施行。その後、抜管され全身状態改善するも四肢壊疽生じ、当院形成外科へ転院。形成外科では両手部、両足部切断術、植皮術など施行されたが、右下肢は最終的に右下腿切断となった。リハ科は入院翌日より、長期臥床による廃用症候群の改善およびコミュニケーション機器の検討から関与を開始した。現在は、右下腿義足、左PTB装具、電動車いす、手部支持台式ロフトランド杖を使用し、ADLの自立度は改善できている。

今回、重度障害例ではあったが、症例に応じた適切な補装具などの導入が、意欲やADLの向上につながったと考えられた。

8．血友病患者に生じた腸腰筋内血腫による大腿神経麻痺の1例

久留米大学リハビリテーションセンター

○篠崎夏子、松瀬博夫、名護健、馬場敦子、志波直人

久留米大学小児科

稲田浩子、松尾陽子

柳川リハビリテーション病院

井上明生

【はじめに】血友病では関節内血腫などにより、リハビリテーション（リハ）の介入が必要となることがある。今回、腸腰筋内血腫を生じ、それによる特徴的な肢位と大腿神経麻痺を呈した症例を経験した。【症例】16歳男性。生後11か月時に血友病Aと診断。

【現病歴】2007年11月28日左腰部違和感および左下肢のしびれが出現。11月29日久留米大学病院小児科受診、同日入院。【初診時所見・経過】左股関節は伸展マイナス30度でそれ以上の伸展では、腰～左大腿に疼痛が誘発され腰椎が前弯した。MRIにて左腸腰筋内出血を認め、補充療法及び腰部～下腿ギプスシーネ固定施行。12月10日固定除去し、リハを開始。左下肢の感覚鈍麻と異常感覚、膝蓋腱反射の低下、左膝伸展MMT2と左大腿神経麻痺を認めたが、徐々に症状は改善、独歩可能となった。【結語】腸腰筋内血腫により特徴的な肢位と共に大腿神経麻痺を生じた一例に対し、補充療法による出血のコントロールの下リハを行い症状は改善した。

9．リハ介入により生活改善が得られた重度脳性麻痺児の一例

熊本セントラル病院 リハビリテーション科

○東世智、大久保博晶、佐久川明美

[はじめに] リハ介入により生活改善が得られた重度脳性麻痺児の一例を報告する。

[症例・経過] 出生前より水頭症、孔脳症を認めており、在胎 35 週、3114g で出生。

5 歳 5 か月当院初診時、身長 97cm、体重 8.6Kg。痙性四肢麻痺を認め、自動運動なし。下顎呼吸、シーソー呼吸を認め、栄養は哺乳瓶でのミルク摂取であった。不快な事に対して泣く様な反応がある他はコミュニケーション困難であった。痙性改善による変形予防と、姿勢改善、呼吸改善、反応性の向上、嚥下反射誘発を目標にリハビリ開始。5 歳 9 ヶ月、経鼻経管栄養開始。吸引器の導入。座位保持装置の作製。6 歳 1 ヶ月、気管切開、胃瘻造設。6 歳 4 ヶ月、養護学校就学。7 歳 6 ヶ月現在、身長 109.5 cm、体重 13.3Kg。右上肢自動運動出現、頸部の自動回旋運動出現。呼吸状態改善。表情変化での意思表示可能。

[考察] 重度脳性麻痺児に対し、医療連携とリハ介入により適切な成長を促すことで、機能や反応の変化が見られ、スムーズな就学が可能となった。

10．在宅までに困難を伴った 3 症例の経験

国立病院機構長崎病院 リハビリテーション科

○谷口龍之

長崎市障害福祉センター

穠山富太郎

中村整形外科

中村美貴子

在宅までに困難を伴った 3 症例を経験したので報告する。症例 1、17 歳男性、交通外傷による脳挫傷のため除脳硬直、開眼は可、四肢麻痺、気管切開、経管栄養で当科入院。胃瘻造設、痙性斜頸にボツリヌス治療 5 回、両内反尖足変形矯正術、右上肢筋解離、移行術施行、3 年後、自宅へ退院。顔の表情も豊かになり、父の運転するワゴン車で移動、気管切開カニューレ交換、入浴サービスを受けている。症例 2、55 歳男性、アルコール中毒による意識障害。意識は回復し、糖尿病性末梢神経炎による四肢麻痺、仙骨部褥創のため入院。2 年後、見守りで車椅子移乗、短下肢装具で 2 本杖歩行、褥創も治癒、自宅へ退院。症例 3、69 歳男性、脳梗塞治療経過中、ARDS、気胸、気管切開、人工呼吸器装着という経過をたどり、全身状態回復、ベッド上経管栄養で入院。1 年後、呼びかけに反応あり、車椅子、移乗は要介助、経口摂取可能となり自宅へ退院した。

一般演題

1 1 . 脳卒中高齢者のオムツ介護と ADL 能力からみた尿失禁介護のアウトカム

北九州古賀病院 排泄管理指導室

○岩坪暎二、八木廣朗

目的：脳卒中高齢者のオムツ介護は在宅復帰に障害で、膀胱直腸機能と自己管理能力が関与する。北九州病院方式排泄管理前向き研究(過去3年間)のアウトカムを検討した。
対象と方法：脳卒中要介護高齢者 102 例(男 48 例、女 54 例、年齢 80.5 ± 9.55 歳)の膀胱機能(正常 3 点・低下 2, 1 点・廃絶 0 点)、尿意伝達(可能 1 点・不能 0 点)、トイレ動作(自立 2 点・声掛け誘導でできる 1 点・寝たきり 0 点)の合計をオムツ外しスコア(6 点、5 点、、、1 点、0 点)と区分すると、6 点(确实)4 名、5 点(可能 13 名)、4 点(努力次第 16 名)、3 点(かなり困難 15 名)、2 点(困難 15 名)、1 点(見込みなし 20 名)、0 点(不可能 19 名)に分かれた。結果：(1)膀胱機能は、正常 17(17%)例、低下 56(55%)、廃絶 29(28%)。(2)介護取組 1 ヶ月後の結果は、排尿自立 3 名、パッド使用 19 名、夜のみオムツ 23 名、昼夜オムツ 56 名、導尿 1 名となりスコアと有意に相関した。結語：確実な予測で排泄介護に取り組むためのオムツ外しスコア化は有意義であった。

1 2 . 在宅透析患者に対するリハビリテーションの効果

医療法人光心会 諏訪の杜病院

○武居光雄、岩根美紀

【目的】外来通院中の透析患者にリハを行いその効果を検証した。

【方法】ポリスルホン膜を使用し、週 3 回 4 時間透析を行なった。全身のリスク管理を行ないながら歩行・体操等の軽いスポーツ・自転車エルゴメーター等を用い、Borg 指数を指標として 4~7METs 程度の運動を継続的行なった、同時に食事指導・栄養指導等の包括的リハビリテーションを提供した。評価項目は、TP、ALB、T-cho、TG、BUN、CRE、Kt/V、PCR、CTR、透析開始時安静時心拍数、心エコー(LAD, LVDD, EF)、握力、Pinch、開眼片脚立位時間、10m 歩行速度、6 分間歩行距離、TUGT、最大一步幅である。

【結果・考察】改善を示す項目が多かった。透析導入早期からの十分な包括的リハの提供、十分な至適透析の実施により、心肺機能の再調整が図れ耐久力が向上した。

13. 後期高齢者におけるリハビリの心機能とBNP値に及ぼす影響

高良台リハビリテーション病院

○中尾一久、佐藤一也、杉野由美子、三浦夕美子、安河内貴子

【目的】脳性ナトリウム利尿ペプチド（以下BNP）は主に心室から分泌され、心疾患のスクリーニング等に広く活用されている。今回我々は、高齢者においてリハビリが心機能とBNP値に及ぼす影響を検討した。【対象と方法】リハビリが可能な入院後期高齢者で、心不全等の症例は除外した73名（男性：18名、女性：55名）に対し、入院時と退院時にFIM（運動項目）・左室駆出率（以下EF）・BNP値を測定した。【結果と考察】リハビリによりFIMは有意に改善したが、EFとBNPは有意な変化を認めず、BNP値はやや低下傾向を示し、心機能の改善を示唆した。又、EFの改善度即ち心機能がより改善するとBNP値は上昇する傾向を示した。【結語】後期高齢者においては、リハビリがADLと心機能の向上をもたらし、その結果BNP値を上昇させる可能性があるため、心不全兆候に注意しリハビリをする必要があると考えられた。

14. 当院におけるがんに対するリハビリテーションの現状

国立病院機構鹿児島医療センター リハビリテーション科

○鶴川俊洋

当院は循環器・がん専門病院(366床)で約130床はがん診療科の病床である。今回の調査対象は19年7月から20年6月までにリハビリを処方したがんを基礎疾患とする連続53名、男性24/女性29名、年齢19~90歳。依頼診療科は血液内科27/外科9/消化器内科5/耳鼻咽喉科5/泌尿器科4/産婦人科3名。リハ算定は脳血管等32(脳・末梢神経系10/廃用症候群22)/運動器15/呼吸器6名。移動能力はリハ開始時監視歩行可能22/ベッド上生活のみ31名。リハ治療内容は予防的1/回復的28/維持的22/緩和的2名。転帰は自宅退院22(再入院後死亡4、再入院中1)/転院14/死亡退院10/入院中(6月30日現在)7名。今回は、予後の予想しにくい血液疾患や運動機能障害・心疾患など多彩な障害象を併せ持つがん症例に対して良質なりハ医療を展開することの難しさをリハ資源の少ない急性期病院から現状報告する。

15 . 当院の回復期病棟におけるノロウイルス感染症発生事例を通して

アウトブレイク時の医療従事者の対応および経済的損失についての検証

八女リハビリ病院

○柳東次郎、長卓徳、柳泉、山本英正、柳東

（緒言）

当病棟で 2008 年 2 月に発生したノロウイルスのアウトブレイクに対して行った院内感染対策とそれに伴う患者の反応および経済的損失について検討、検証した。

（経過と対策）

感染者および感染を疑わせる症状を持つ患者は説明と同意のもとコホート隔離を行った。職員にはガウンテクニックと手洗い、次亜塩素酸ナトリウムでの消毒、清掃を周知徹底させた。リハ内容も隔離患者に対してはセラピストがガウンを纏ってのベッドサイドリハまでとした。しかし発生源や感染経路の同定は困難で、病棟全体の人の出入り(面会者・入棟患者)も制限を行った。最初の患者の発生から終息までに約 4 週かかり患者数は入院患者 13 人、職員 3 人、計 16 名であった。

（結語）

長期間の日常生活の制限が発症および未発症入院患者双方に被害者の意識をもたらし、対応に難渋した。経済的損失に関しては入棟患者制限に伴う病棟稼働率の低下による入院診療報酬の低下が大部分であった。

一般演題

16 . one-way ball valve 式ドレナージ回路の初期使用経験

長崎大学脳神経外科

○石坂俊輔、福田雄高、竹下朝規、溝田新吾、林健太郎
松尾孝之、北川直毅、陶山一彦、永田泉

脳神経外科疾患における脳室、腰椎ドレナージは必須の治療法であり、その適応疾患も様々である。本邦の多くの脳神経外科施設では、脳室、腰椎ドレナージは開放式回路を使用しており、頭部の高さを変えることは非常に制限されている。そのため、患者は基本的に仰臥位を強いられ、特に急性期脳卒中においてはリハビリテーションの阻害因子となる。今回われわれは、one-way ball valve を使用した閉鎖式ドレナージ回路アクティバルブ（カネカメディクス社製）を用いることで、患者の頭部の高さの制限をなくし、脳卒中における急性期リハビリテーション、またその他の疾患の管理においても有用であったと考えられ、この使用経験を報告する。

17. 脳卒中後遺症患者と健常者の運動学習の比較

運動学習阻害課題を用いての検討

鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 リハビリテーション医学

○有馬美智子、緒方敦子、下堂蘭恵、川平和美

【目的】目的は運動学習への阻害課題の影響が健常者と脳卒中後遺症患者で異なるかを検討することである。

【対象】対象は健常成人 10 名（ 49 ± 9 歳：平均 $\pm$ 標準偏差）と左半側空間無視等の高次脳機能障害がない脳卒中左片麻痺患者 9 名（ 50 ± 13 歳）である。

【方法】下肢機能評価訓練装置（平面上を滑動する足部支持台の位置（足部マーカー）と目標軌道とを同一画面上に表示し、被検者に足部マーカーで目標軌道を追従させる）を用いて、全員右下肢で 10 試行の練習の後、測定は行なった。評価の手順は学習課題である正像の軌道追従課題 10 試行を行った後、学習阻害課題（鏡像：左右反転）10 試行を行い、5～7 時間後と翌朝に再度学習課題を 10 試行ずつ行った。運動技能の指標は、目標軌道と足部マーカーの運動軌道との間の軌跡誤差と所要時間を用いた。

【結果】初回練習後、5～7 時間後、翌朝の正像の運動・時間誤差（cm sec）は、それぞれ健常者群で 3.5 ± 0.3 、 3.7 ± 0.3 、 3.0 ± 0.2 、脳卒中患者群で 5.3 ± 0.6 、 5.7 ± 0.6 、 4.7 ± 0.5 であった。つまり健常者群、脳卒中患者群共に、阻害課題試行後 5～7 時間の運動学習が阻害され、翌日には有意に（ $p < 0.01$ ）改善した。

【考察】脳卒中後遺症の患者でも、運動学習能力は阻害課題によって健常者と同じように阻害されるが、睡眠後は回復することが示唆された。

18. 当院における嚥下造影実施状況

九州労災病院 リハビリテーション科

○石井麻利央、橘智弘、岩井泰俊、河津隆三

同 勤労者リハビリテーションセンター

豊永敏宏

【目的】当院では急性期より嚥下評価のため嚥下造影（VF）を行うことは多い。そこで当院の VF 実施状況について検討する。【方法】平成 18 年 4 月から平成 20 年 5 月までに VF を行った患者の診療科、疾患構成、重症度について、後方視的に検討した。【結果】VF を実施した患者は 273 名（男性 182 名、女性 91 名）で、実施件数は 373 件であった。平均年齢は 74.4 歳（18 - 99 歳）、平均施行回数は 1.5 回/人（最大 10 回）であった。診療科は、内科 62 名、リハ科 55 名、脳血管内科 48 名、脳神経外科 48 名、神経内科 41 名、その他 19 名であった。疾患は、脳血管障害 133 名、肺炎 71 名、神経筋疾患 33 名であった。初回実施時の嚥下障害グレード（藤島 1993）は、重症 79 名、中等症 42 名、軽症 143 名、正常 9 名であった。【結語】当院での VF 実施状況について検討した。考察を交えて発表する。

19. リハビリによる初発脳卒中と再発脳卒中の ADL 能力の改善効果の比較検討

ちゅうざん病院 リハビリテーション科

○仲田聡子, 今村義典, 大竹克昌, 野田知路, 澤田稔夫
前原愛和, 橋口英明, 溝口照章, 末永英文

【目的】初発または再発に関わらず、脳卒中後の ADL 能力は、リハビリにより有意に改善することが知られている。しかし、初発と再発で、それぞれの改善効果を比較した検討は少ない。今回、私たちは、機能的自立評価法 (FIM) を用いて、初発と再発脳卒中で、ADL 能力の改善に差があるかを検討した。

【方法】2007 年 1 月から 2007 年 12 月までに、入院時 FIM 18 点を除いた脳卒中 (梗塞、塞栓症、くも膜下出血を除く出血) で当院に入院した 62 人を初発 (36 人) と 2 回目以上の再発 (26 人) に分けて、入院時および退院時の FIM の 6 項目についてそれぞれ比較した。

【結果】初発と再発では、入院時 FIM、退院時社会的認知で有意差があったが (入院時 FIM: 初発 76.4 ± 28.8 、再発 59.7 ± 30.8 、 $P < 0.05$ 、退院時社会的認知: 初発 15.1 ± 5.5 、再発 12.0 ± 5.7 、 $P < 0.05$)、その他の項目では有意差は認められなかった。

【考察】再発脳卒中は、初発脳卒中に比べて入院時の ADL 能力が低いものの、リハビリの効果は初発脳卒中と同等に期待できるものと考えられた。

一般演題

20. 当院における日常生活機能評価 (看護必要度 B 項目) と FIM との関連性についての検討

熊本機能病院 神経内科

○津留俊臣、時里香、徳永誠、松永薫、木原薫、渡邊進
江口議八郎、中西亮二、山永裕明、出田透

平成 20 年度診療報酬改定により、日常生活機能評価が回復期病棟に導入された。この日常生活機能評価表は、重症度・看護必要度評価表 B 項目の内容とほぼ一致している。当院ではこれにさきがけ、看護必要度評価表作成に至るデータ収集のための病院として参画した。

今回当院で実施した看護必要度評価対象者で、2007 年 10 月から 2008 年 6 月までの間に退院し、看護必要度および FIM が明らかな症例 195 名について、それぞれのデータおよび看護必要度と FIM との関係について調査した。看護必要度点数が低ければ FIM の点数は高く、看護必要度点数が高ければ FIM の点数は低いという結果であった。ただ看護必要度は患者の必要としている看護量で表現し、FIM は患者のしている ADL を表現している。各項目ごとの比較なども検討して述べる。

2 1 . 訪問リハビリテーション調査から

ちゅうざん病院 リハビリテーション科

○野田知路、大竹克昌、仲田聡子、今村義典、前原愛和
溝口照章、澤田稔夫、橋口英明、末永英文

はじめに：当院における訪問リハビリテーション（以後リハ）は、在宅生活支援と機能維持を目的に入院治療を終了、または近医より指示された患者に主として関わっている。今回、訪問リハの実態とその在り方を目的に調査したので報告する。

対象：平成 19 年 12 月に訪問リハを実施中の 51 名（男性 27 名、女性 24 名、平均年齢 66.9 ± 14.7 歳）、医療保険 33 名、介護保険 18 名である。

疾病分類は、脳血管障害 32 名、頸髄・脊髄損傷 5 名、骨折 5 名、関節リウマチ 2 名、その他 7 名である。

障害分類は、片麻痺 29 名、四肢麻痺 8 名、その他の A D L 障害 14 名である。

開始機転は、当院退院患者 29 名、他院 22 名である。リハプログラムは、A D L 訓練、歩行訓練、機能訓練、嚥下訓練、言語訓練、心理的サポートを中心に、P T を 27 名、O T を 22 名、S T を 2 名に実施。

結果：開始時 A D L（F I M 得点）からの変化による、期間、改善内容、その他の効果について検証し報告する。

2 2 . 当院における急性期病院との医療連携システムの報告

小倉リハビリテーション病院

○大野重雄、梅津祐一、高尾聖二、大野素子
徳永武男、藤田雅章、浜村明德

回復期リハビリテーション（以下リハ）病棟は、合併症を含めてより重症の患者の受け入れを、より早期から求められる傾向にある。それ故、回復期リハ病棟では、亜急性期の医学管理能力の向上と、急性期病院との緊密な連携が必要不可欠である。当院は回復期リハ病棟 4 病棟（158 床）を中核とするリハ専門病院であり、病病連携を重要課題としてリハシステムの充実に努めてきた。seamless な医療を行う上で医療情報の連携の必要性は言うまでもないが、病院間の医療スタッフの信頼関係の構築や、患者・家族の安心が連携において重要であると考えている。当院ではこのような理念の下に急性期病院からの紹介患者に対して医師を中心とした病院訪問を直接行い“face to face”の医療連携を実践している。平成 19 年度入院紹介患者 901 件の内、紹介元病院への病院訪問は約 80%、その内約 90%は医師が病院訪問を直接行った。今回は、急性期病床を併設していない当院と急性期病院との医療連携を報告することにより、日常臨床の参考として頂きたい。

2 3 . 高齡脳卒中患者の早期歩行獲得を目的としたリハビリテーションクリニカルパスの有用性

医療法人白十字会 白十字病院 内科
○中村健正
同 リハ科
金義昭

下肢運動麻痺を有する 65 歳以上の脳卒中急性期症例を対象に、リハビリテーション（以下、リハ）介入後 4 週間以内の歩行獲得を目標とするクリニカルパス（以下、パス）を作成し、その有用性について検討した。パスを適用した 54 例のうち 37 例（68.5%）が目標を達成し、目標達成までの日数はリハ介入後 9.6 ± 6.0 日であった。脳卒中急性期病棟入院中の歩行能力の改善（Functional independence measure 歩行点数の増加）をパス導入前（41 例）と比較すると、改善例の割合はパス導入後のほうが高く（導入前 39.0%、導入後 66.7%、 $p = 0.007$ ）、改善効率（＝歩行点数増加量/急性期病棟滞在日数）も同様であった（ $p = 0.024$ ）。多変量解析ではパスの使用は歩行能力の改善に独立して寄与する因子（ $p = 0.042$ ）であった。急性期病棟滞在日数、急性期病棟から自宅への直接退院率はパス導入前後で差はなかった。パスを導入した急性期リハは高齡脳卒中患者の歩行能力の早期改善に有用である可能性が示唆された。

2 4 . 超高齡者における回復期リハビリテーション病棟から自宅退院を可能にする因子の検討

佐伯中央病院 リハビリテーションセンター
○小寺聡、小寺隆元、山口明伸、臼井美和子、山本巖雄、小寺隆
黒木記念病院 リハビリテーション科
深田健治

【目的】近年の高齡化に伴い超高齡者（85 歳以上）のリハビリテーションが増加してきている。今回我々は、超高齡者において回復期リハビリテーション病棟での自宅退院に関連する因子を検討した。

【方法】2006 年 4 月から 2008 年 1 月までの期間に当院回復期リハビリテーション病棟に入院した 85 歳以上の 116 例を対象に自宅退院希望の有無、同居人数、日常生活自立度、腎機能、栄養状態などをカルテより確認し、自宅退院との関連を retrospective に検討した。

【結果】自宅退院との関連を認めた因子は、自宅退院の希望があること（OR 3.3）、入院時の FIM スコア：自宅退院群 vs 施設退院群 = 70.9 vs 47 ($P=0.001$) などであった。同居人数、腎機能、栄養状態には有意な関連は認めなかった。

【結語】超高齡者において、自宅退院の希望があること、FIM スコアが高いことが回復期リハビリテーション病棟から自宅退院することと関連していた。

教育講演

「急性期・回復期リハの役割と連携」

長崎リハビリテーション病院・理事長 栗原正紀先生

機能分化と連携によって短期間に効率よく質の高い医療サービスを提供することが求められている。高齢社会に於いて重要なことはリハビリテーションの流れが地域医療の基盤を成すことである。そのためには急性期で専門的治療と廃用症候群・合併症の予防を行い、回復期が残存する障害に対して集中的にリハサービスを提供し、在宅復帰を支援するという役割・機能分担とそれぞれの視点が異なることを理解した連携構築が重要となる。

昭和 53 年 長崎大学医学部卒業後、同大学医学部附属病院脳神経外科学教室に入局

平成 2 年 長崎大学脳神経外科講師、その後、十善会病院脳神経外科部長

平成 11 年 十善会病院副院長を歴任。この間、長崎実地救急医療連絡会をたちあげ救急医療システムの構築を、また長崎斜面研究会の初代代表として地域リハビリテーション、まちづくりなどに参画

平成 13 年 近森リハビリテーション病院院長就任

平成 18 年 8 月 社団法人是真会理事長就任、

平成 20 年 2 月 長崎リハビリテーション病院開設

現在：長崎大学医学部非常勤講師、長崎大学工学部非常勤講師

専門：日本脳神経外科学会専門医、日本脳卒中学会専門医

主な公職：

日本リハビリテーション病院・施設協会常務理事

（急性期・回復期リハ検討小委員会委員長）

全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会副会長

NPO 地域における包括的医療のあり方を考える研究会副理事長

日本脳神経外科学会評議員

日本脳神経外科救急学会評議員

日本摂食嚥下リハビリテーション学会評議員

長崎県脳卒中検討委員会委員

著書：

「救急車とリハビリテーション」 荘道社 1999

「これからの脳卒中リハビリテーション」 青海社 2004 共同執筆

「地域リハビリテーションプラクシス」 医療文化社 2004 共同執筆

「救急ナビゲーター」 荘道社 2005 共同執筆

「脳神経外科体系」 中山書店 2005 共同執筆

「脳卒中急性期治療とリハビリテーション」 南江堂 2006 共同執筆

「続・救急車とリハビリテーション」 荘道社 2008

教育講演

「下肢切断とリハビリテーション - QOL と地域性を考慮して - 」

登別厚生年金病院・副院長 成田寛志先生

近年、下肢切断は人口の高齢化と糖尿病などの全身性疾患が原因によるものが増加し、切断後の歩行獲得率が低下している。反面、外傷や腫瘍などが切断の原因である場合は比較的高い身体活動性が保たれるため高機能の義足が処方され、スポーツ・レクリエーション活動が盛んに行われている。このように術後の QOL を考慮しての切断手技の選択から術後のリハビリテーション施行および使用目的、地域性を考慮した義足パーツ選択が必要となっている。

昭和 56 年 札幌医科大学医学部医学科卒業、札幌医科大学医学部「付属病院病理部」兼「病理学第一講座」医員

昭和 57 年 郵政省札幌簡易保険局郵政医事官

昭和 60 年 札幌医科大学医学部「整形外科学講座」助手

昭和 61 年 北海道立札幌肢体不自由児総合療育センター整形外科医長

昭和 63 年 小樽協会病院整形外科医長

平成 2 年 札幌医科大学医学部「リハビリテーション部」助手

平成 5 年 日本オリンピック委員会在外研修員としてアメリカ合衆国ワシントン DC ジョージタウン大学などでスポーツ医学の研修及びスポーツ整形の診療・手術に携わる

平成 11 年 札幌医科大学医学部「リハビリテーション部」講師

平成 16 年 青森県立保健大学健康科学部大学院博士前期課程理学療法学科教授

平成 17 年 青森県立保健大学研究科委員、倫理委員会委員、産業医

平成 18 年 青森県立保健大学健康科学部大学院博士後期過程。合教授

平成 19 年 厚生年金事業振興団登別厚生年金病院副院長

学位：平成 2 年 医学博士（札幌医科大学）

現在：札幌医科大学医学部非常勤講師、青森県立保健大学大学院客員教授

資格：

病理解剖資格認定医、日本整形外科学会専門医、日本リハビリテーション医学会認定臨床医、日本リハビリテーション医学会専門医、義肢装具等適合判定医、日本体育協会公認スポーツドクター、日本医師会健康スポーツ医、日本アンチドーピング機構公認ドーピングコントロールメディカルオフィサー、脳性麻痺国際スポーツリクリエーション協会国際クラス分け委員、日本医師会認定産業医

教育講演

「リハビリ医に必要な臨床神経生理学的検査の原理と臨床応用」

九州大学大学院医学研究院 脳研臨床神経生理・教授 飛松省三先生

当教室では「頭を開けずに脳を見る、測る、探る」ことを研究している。つまり、ヒトの脳神経系の働きを非侵襲的脳機能計測法で可視化し、脳神経疾患の診断・治療に役立てることが目標である。本講演ではリハビリ医に必要な中枢の臨床神経生理学的検査法として、脳波、感覚・運動誘発電位、事象関連電位、脳磁図、機能的MRIを取りあげて解説する。さらに、顔、文字、運動認知に関する最近の知見を紹介する。

昭和 54 年 九州大学医学部附属病院研修医（脳研神経内科）
昭和 55 年 九州労災病院神経内科医師
昭和 56 年 九州大学医学部医員（脳研神経内科）
昭和 58 年 九州大学医学部助手（脳研神経内科）
昭和 60 年 シカゴ・ロヨラ大学医学部神経内科（客員研究員）
昭和 62 年 九州大学医学部助手（脳研生理）
平成 3 年 九州大学医学部講師（脳研臨床神経生理）
平成 11 年 九州大学大学院医学系研究科教授（脳研臨床神経生理）
平成 12 年 九州大学大学院医学研究院教授（脳研臨床神経生理）
平成 18 年 国際医療福祉大学非常勤講師、三重大学医学部非常勤講師
平成 18 年 九州大学大学院医学研究院副研究院長

学位：昭和 60 年 医学博士（九州大学）

免許等：

昭和 58 年 日本神経学会専門医
昭和 63 年 日本内科学会認定内科医
平成 18 年 日本臨床神経生理学会認定医脳派分野、筋電図・神経伝達分野

所属学会：

日本神経学会、日本臨床神経生理学会、日本認知神経科学会、日本生体磁気学会、日本生体医工学会、日本ヒト脳機能マッピング学会、日本神経心理学会、日本神経科学学会、International Federation of Clinical Neurophysiology

研究分野：

ヒトの感覚情報処理（特に視覚）機構、磁気刺激によるヒトの運動機能の解析、高次脳機能の非侵襲的解析