



第51回 日本リハビリテーション医学会 近畿地方会学術集会プログラム



- ◆ 大会長挨拶 (11:00~11:05)
- ◆ 一般演題発表 セッションⅠ (関連専門職種) (11:05~12:10)
- ◆ 一般演題発表 セッションⅡ (12:20~13:20)
- ◆ 一般演題発表 セッションⅢ (13:30~14:20)
- ◆ 教育講演1 (14:30~15:30)
『日常診療では是非とも知っておきたい膝関節と股関節の意外な関係』
大阪公立大学大学院医学研究科 整形外科 講師 箕田 行秀 先生
- ◆ 教育講演2 (15:30~16:30)
『意欲や自発性に着目した認知症リハビリテーション』
大阪市立弘済院附属病院 神経内科 部長 吉崎 崇仁 先生
- ◆ 日本リハビリテーション医学会近畿地方会 令和4年度総会 (16:30~17:00)
- ◆ 教育講演3 (17:00~18:00)
『頸髄損傷者が健康で活動的な生活を送るための呼吸管理あれこれ』
大阪急性期・総合医療センター リハビリテーション科 副部長 土岐 明子 先生
- ◆ 閉会挨拶および次回会長挨拶 (18:00~)

会 長：中土 保 (辻外科リハビリテーション病院 副院長)

日 時：令和4年9月3日(土)11:00~18:10

開 催 形 式：WEB中継・オンライン開催

連 絡 先：辻外科リハビリテーション病院:中土 保(なかつち たもつ)
TEL:06-6771-0681

URL <http://www.kinkireh.com>

第51回大会日本リハビリテーション医学会近畿地方会学術集会 および教育研修会のWEB開催への変更について

平素より日本リハビリテーション医学会近畿地方会の運営にご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症第7波の急速な拡大に伴い大阪府から医療非常事態宣言が発出され、急激な環境変化に対して慎重に検討を重ねた結果、2022年9月3日に開催予定の第51回学術集会及び専門医・認定医生涯教育研修会は、感染拡大防止の観点から、開催形式をオンライン中継へ変更し、WEB開催とする運びになりました。

この4月に大阪公立大学として新たな一步を踏み出した大学を学会場として、活発な議論を期待し、楽しみにされていた先生方も多いと思われそうですが、この昨今の状況を鑑みご理解いただきますようよろしくお願い申し上げます。なお、完全WEB開催となりますが、現地開催と同様の活発な質疑応答や議論を進めていただければ幸いです。

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、参加を悩まれている先生方や、勤務先から参加を止められている先生方もおられるかと存じます。オンライン中継開催では、会場への移動なく、講演参加・受講や、研修単位取得も可能となります。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

* ご注意 *

今回のWEB中継ご参加の方々におかれましては、インターネットを介し、電子チケット販売サイト：Peatix（ピーティックス）での事前参加申込と参加・受講費支払い手続きが必要となります。8月31日受付〆切です。ご注意下さい。

<問い合わせ先>

日本リハビリテーション医学会近畿地方会事務局

office@kinkireh.com

日本リハビリテーション医学会近畿地方会 代表幹事

酒井 良忠

第51回日本リハビリテーション医学会近畿地方会学術集会 会長

中土 保

参加者の皆様へ

1) 参加受付について

インターネットを介し、電子チケット販売サイト：Peatix（ピーティックス）での事前参加申込と参加・受講費支払い手続きが必要となります。8月31日受付〆切です。

2) 参加費および受講料

参加費 2,000 円

日本リハ医学会生涯教育研修会受講料 3,000 円 (30 単位一括)

- ・参加費や受講料の払戻しや受講証明書の再発行はいたしませんのでご注意ください。
- ・教育研修会聴講のためだけに参加申込される場合にも、参加費 (2,000 円) は必要です。

3) 認定単位

- ・日本リハビリテーション医学会近畿地方会並びに専門医・認定臨床医生涯教育研修会
主演者（年度末に自己申請が必要） 10 単位（認定臨床医）・1 単位（専門医）
学術集会参加 10 単位（認定臨床医）・1 単位（専門医）
研修会受講 30 単位（認定臨床医）・1 単位（専門医）
- ・本会では、講演途中で入退場の場合、受講証明書は交付いたしません。

4) WEB 開催内容・参加受付について

- ・今回はビデオアプリ Zoom を利用し、PC でご参加いただきます。スマートフォンでの参加はできませんので、ご留意下さい。
- ・電子チケット販売サイト：Peatix（ピーティックス）にある当会専用参加受付ページ*で、事前参加申込を行い、事前アンケートにて必要な参加者情報（氏名、職種、生年月日、ご所属先、電話番号、今回の研修会でご利用のメールアドレス）をご登録下さい。
*Peatix（ピーティックス）にある当会専用申込受付サイトへは、
当会 HP（<http://www.kinkireh.com/index.html>）の第 51 回学術集会開催要項にある URL ご利用ください。
- ・*参加申込登録の際、スマートフォンまたは携帯電話メールアドレスのご利用を避けて下さい。
- ・*本申込登録時に、参加費 ¥2000（聴講のみ）もしくは参加費 ¥2000 + 受講費 ¥3000 = 合計 ¥5000（聴講 + 日本リハビリテーション医学会単位取得）のお支払い手続き（クレジットカード決済）もお済ませください。
- ・*参加登録内容の確認と管理は、日本リハビリテーション医学会近畿地方会事務局で行い、参加申込後、参加に掛かるご連絡は当事務局（office@kinkireh.com）から届きます。セキュリティーにより当事務局からのメールがはじかれないよう事前設定下さいますよう、お願い申し上げます。

5) 参加方法とログイン・参加確認と単位発行について

・参加方法

*参加申込確認後、当事務局 (office@kinkireh.com) から、ご登録のメールアドレスにご本人確認のお問い合わせメールを入れます。必ず回答お返事して下さい。

*参加申込とご入金確認後、8/26頃と9/1～開催直前に、当事務局 (office@kinkireh.com) から、当会参加申込でご登録のメールアドレスに、WEB 開催参加に掛かる情報を個別お届けします。当日は、この電子メールにある情報に従って、PC でビデオアプリZoomを利用し、ID とパスワード等でログインして研修会にオンライン参加をして下さい。なお、参加確認と単位取得承認は、アクセスログで確認しますので、安定してアクセス可能な通信環境での受講をお願いいたします。また、参加の際に ZOOM 上に表示される参加者氏名は漢字・ひらがな・カタカナ・ローマ字でフルネーム表記とし、あだ名やイニシャルのご利用はご遠慮ください。

*講演の録画・早回し等は出来ません。

*会員の皆様の通信環境により多少の音声の途切れ等が発生しますので、できる限り通信状況の良い回線をご利用の上、視聴をお願い致します。

・当日の参加確認と開催後の単位発行

*ご入金と当日参加のログ確認後、9/7以降、ご登録のメールアドレスに、参加確認状況をご連絡差し上げ、単位発行手続きを進めさせていただきます。この単位発行は、日本リハビリテーション医学会近畿地方会事務局から直接電子メールでお届けします。必ず、参加ご登録メールアドレスで office@kinkireh.com からのメール受信を可能にし、迷惑メールボックス・スパムに入ったりしないよう、事前確認と設定しておいてください。

*本 WEB 開催参加では、日本リハビリテーション医学会発行による教育講演受講単位：認定臨床医 1 講演 10 単位と専門医・1 講演 1 単位 (両方¥3000 にて単位一括発行) のみ取得可能です。日本整形外科学会単位取得はございませんので、悪しからずご了承くださいませ。

プログラム

◆ 会長挨拶

(11:00~11:05)

中土 保 (辻外科リハビリテーション病院 副院長)

◆ 一般演題発表 セッション I (関連専門職種)

(11:05~12:10)

座長: 杉山 恭二 (大阪公立大学 リハビリテーション学研究所)

- I-1. 僧帽弁疾患に対するロボット支援下手術と従来型手術の術後リハビリテーション経過の比較
大阪公立大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹⁾、大阪公立大学医学研究科 整形外科学²⁾、
大阪公立大学医学研究科 心臓血管外科学³⁾、大阪公立大学医学研究科 循環器内科⁴⁾
谷口 耕大¹⁾、池渕 充彦¹⁾²⁾、高橋 洋介³⁾、柴田 敦⁴⁾、清水 将史¹⁾、中村 博亮²⁾
- I-2. 大学病院における大規模嚥下スクリーニングの実施と今後の課題について
大阪公立大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹⁾、大阪公立大学医学研究科 整形外科学²⁾、
大阪公立大学医学研究科 看護部³⁾、大阪公立大学医学研究科 栄養部⁴⁾、
大阪公立大学医学研究科 救命救急センター⁵⁾、大阪公立大学医学研究科 歯科口腔外科⁶⁾、
大阪公立大学医学研究科 耳鼻咽喉病態学⁷⁾
川嶋 将義¹⁾、池渕 充彦¹⁾²⁾、荒木 千佳¹⁾、大窪 恵子³⁾、倉田 恭子³⁾、中 麻里子³⁾、
岡村 春菜⁴⁾、河本 晃宏⁵⁾、中原 寛和⁶⁾、阪本 浩一⁷⁾、中村 博亮²⁾
- I-3. 高齢心不全患者における歩行自立度と身体機能の検討
大阪公立大学大学院 リハビリテーション学研究所¹⁾、市立池田病院²⁾
横山 遥香¹⁾²⁾、上月 渉¹⁾、上田 哲也¹⁾、井戸田 弦¹⁾、樋口 由美¹⁾
- I-4. リハビリテーションプログラムとしてのボッチャの有用性の予備的検証
—立ち上がり動作との下肢筋活動の比較—
大阪公立大学大学院 リハビリテーション学研究所¹⁾、
大阪公立大学大学院 現代システム科学研究科²⁾、
大阪公立大学医学部附属病院 リハビリテーション部³⁾、
大阪公立大学医学研究科 整形外科学⁴⁾
片岡 正教¹⁾、杉山 恭二¹⁾、岩田 晃¹⁾、樋口 由美¹⁾、淵岡 聡¹⁾、佐賀 亮介²⁾、
池渕 充彦³⁾⁴⁾、高橋 真治⁴⁾、中村 博亮⁴⁾
- I-5. 当院救急ICUにおける早期リハビリテーションプロトコルの導入と効果
大阪公立大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹⁾、大阪公立大学医学研究科 整形外科学²⁾
加藤 良一¹⁾、池渕 充彦¹⁾²⁾、松本 忠義¹⁾、中村 博亮²⁾
- I-6. 右TKA術後の立位姿勢に着目し歩行時の疼痛が改善した1症例
大阪府済生会中津病院 リハビリテーション技術部¹⁾、大阪府済生会中津病院 整形外科²⁾
芦田 俊吾¹⁾、服部 暁穂¹⁾、乾 健太郎²⁾
- I-7. 回復期リハビリテーション病院における転倒転落事象の分析
多根脳神経リハビリテーション病院
豊田 尚子、谷口 幸、福井 久美子、川崎 いづみ

I-8. 自走式トレッドミル歩行と電動トレッドミル歩行の下肢関節角度の比較

大阪公立大学大学院 リハビリテーション学研究所¹⁾、
大阪公立大学大学院 現代システム科学研究科²⁾、
大阪公立大学医学部附属病院 リハビリテーション部³⁾、大阪公立大学医学研究科 整形外科学⁴⁾
杉山 恭二¹⁾、片岡 正教¹⁾、岩田 晃¹⁾、樋口 由美¹⁾、淵岡 聡¹⁾、佐賀 亮介²⁾、
池淵 充彦³⁾⁴⁾、高橋 真治⁴⁾、中村 博亮⁴⁾

◆ 一般演題発表 セッションII

(12:20~13:20)

座長：金田 浩治（大阪市立総合医療センター リハビリテーション科）

II-1. 関節リウマチ患者のボタンホール変形に対し、リングスプリントを使用した一症例

神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科¹⁾、神戸大学医学部附属病院 整形外科²⁾
松田 誉大¹⁾、原田 理沙¹⁾²⁾、吉川 遼¹⁾²⁾、三浦 靖史¹⁾、酒井 良忠¹⁾

II-2. 筋内転移した肺がんの2例

日本生命病院 整形外科¹⁾、日本生命病院 リハビリテーション科²⁾
菊池 潤太¹⁾、平林 伸治²⁾、西原 俊作¹⁾

II-3. 歩行可能な痙縮患者に対しITB療法を行い、投与量の調整に難渋した一例

和歌山県立医科大学附属病院 リハビリテーション医学講座¹⁾、
和歌山県立医科大学附属病院 脳神経外科²⁾
岩崎 由将¹⁾、岡本 明幸¹⁾、向井 裕貴¹⁾、梅本 安則¹⁾、西林 宏起²⁾、田島 文博¹⁾

II-4. 重心と支持基底面の意識化が転倒予防に有効であった脊髄性小児麻痺の1例

京都府立医科大学大学院 リハビリテーション医学¹⁾、
京都府立医科大学附属病院 リハビリテーション部²⁾、
京都府立医科大学附属病院 卒後臨床研修センター³⁾
藤沢 優美¹⁾、沢田 光思郎¹⁾、菱川 法和¹⁾、清水 直人²⁾、木村 洋輝¹⁾、梶 健太郎³⁾、
中西 雄紀³⁾、三上 靖夫¹⁾

II-5. 不随意運動の強いアテトーゼ型頸髄症の術後療法としてボツリヌス注射を施行した一例

大阪大学医学部附属病院 リハビリテーション科
数井 ありさ、具田 陽香、佐原 亘

II-6. 回復期リハビリテーション病棟でのmediVRカグラの使用が有用と考えられた脳梗塞の一例

みどりヶ丘病院 リハビリテーション科¹⁾、
関西リハビリテーション病院 リハビリテーション科²⁾、
兵庫医科大学 リハビリテーション科医学教室³⁾
土田 直樹¹⁾、酒田 耕¹⁾、松本 憲二²⁾、道免 和久³⁾

II-7. 両下肢麻痺を初発症状で発症した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の症例報告

-10年以上機能回復続けている稀な症例-
和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座¹⁾、葛城病院 リハビリテーション科²⁾
羽端 章悟¹⁾、小西 英樹²⁾、梅本 安則¹⁾

座長：原田 理沙（神戸大学医学部附属病院 整形外科・リハビリテーション科）

Ⅲ-1. 中足骨骨折、脳塞栓症後、総腸骨静脈に巨大血栓と肺塞栓症を来した1例

葛城病院 リハビリテーション科¹⁾、葛城病院 整形外科²⁾、
辻外科リハビリテーション病院 リハビリテーション科³⁾、
和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座⁴⁾
小西 英樹¹⁾、橋本 務¹⁾、大植 睦²⁾、中土 保³⁾、坂野 元彦⁴⁾

Ⅲ-2. 軽微な外傷による肩関節脱臼後、腕神経叢麻痺を呈した1例

葛城病院 リハビリテーション科¹⁾、葛城病院 整形外科²⁾、
辻外科リハビリテーション病院 リハビリテーション科³⁾、
和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座⁴⁾
小西 英樹¹⁾、橋本 務¹⁾、大植 睦²⁾、中土 保³⁾、坂野 元彦⁴⁾

Ⅲ-3. 急性骨髄性白血病の中樞神経浸潤に対するリハビリテーション治療経験

兵庫医科大学病院 リハビリテーションセンター¹⁾、
兵庫医科大学 リハビリテーション医学講座²⁾
竹内 由起¹⁾、児玉 典彦²⁾、田中 雄士¹⁾、豊田 奈央¹⁾、長田 尚樹¹⁾、中川 はるか¹⁾、
安川 俊樹²⁾、竹田 倫世²⁾、内山 侑紀²⁾、道免 和久²⁾

Ⅲ-4. 回復期リハビリテーション病棟での新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)感染症(COVID-19)の発生と感染制御の取り組み

伊丹せいふう病院¹⁾、今井病院 内科²⁾
中村 純子¹⁾、大武 陽一²⁾、壹岐 友佳子¹⁾、高野 博之¹⁾、谷口 里美¹⁾、植松 正保¹⁾

Ⅲ-5. 脳卒中片麻痺患者に対する反復末梢神経磁気刺激の効果に関する検討

関西医科大学 リハビリテーション医学講座
西口 真由、松本 佐和子、小倉 久幸、梶本 かさね、田口 周、久保 峰鳴、長谷 公隆

Ⅲ-6. 地域包括ケア病床における虚弱高齢者に対するリハビリテーション治療の身体機能改善効果

和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座¹⁾、橋本病院²⁾
常岡 寛子¹⁾、坂野 元彦¹⁾、橋本 忠晃²⁾、梅本 安則¹⁾、田島 文博¹⁾

座長：中土 保（辻外科リハビリテーション病院 リハビリテーション科）

『日常診療では是非とも知っておきたい膝関節と股関節の意外な関係』

大阪公立大学大学院医学研究科 整形外科学 講師 箕田 行秀 先生

◆ 教育講演 2

(15 : 30~16 : 30)

座長：池瀧 允彦（大阪公立大学医学部附属病院 リハビリテーション部）

『意欲や自発性に着目した認知症リハビリテーション』

大阪市立弘済院附属病院 神経内科 部長 吉崎 崇仁 先生

◆ 日本リハビリテーション医学会近畿地方会 令和4年度総会

(16 : 30~17 : 00)

◆ 教育講演 3

(17 : 00~18 : 00)

座長：大田 陽一（大阪公立大学大学院医学研究科 整形外科学）

『頸髄損傷者が健康で活動的な生活を送るための呼吸管理あれこれ』

大阪急性期・総合医療センター リハビリテーション科 副部長 土岐 明子 先生

◆ 閉会挨拶および次回会長挨拶

(18 : 00~)

会 長：中土 保（辻外科リハビリテーション病院 副院長）

次回会長：大串 幹（兵庫県立リハビリテーション中央病院 リハビリテーション科）

I-1. 僧帽弁疾患に対するロボット支援下手術と従来型手術の術後リハビリテーション経過の比較

大阪公立大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹⁾、大阪公立大学医学研究科 整形外科学²⁾、大阪公立大学医学研究科 心臓血管外科学³⁾、大阪公立大学医学研究科 循環器内科⁴⁾ 谷口 耕大¹⁾、池淵 充彦¹⁾²⁾、高橋 洋介³⁾、柴田 敦⁴⁾、清水 将史¹⁾、中村 博亮²⁾

【目的】ロボット支援下心臓手術後のリハビリテーション(以下リハビリ)についての報告は少ない。本研究では当院で僧帽弁疾患に対する手術方法と術後リハビリ経過の関連について調査することを目的とする。

【方法】2020年1月～2021年12月の間に、僧帽弁疾患に対して当院で待機的にロボット支援下手術又は胸骨正中切開での手術を施行した患者85例を対象とし、傾向スコアマッチング法を用いて背景因子の調整を行い、ロボット支援下手術を施行した患者をR群(15例)、胸骨正中切開で手術をした患者をMS群(15例)として、2群間で術後のリハビリ経過を比較検討した。

【結果】年齢や術前 Barthel Index、膝関節伸展筋力、心機能は2群間で有意差を認めなかったが、R群ではMS群と比較して離床期間、在院日数は有意に短かった。

【結論】ロボット支援下手術では胸骨正中切開での手術と比較して、患者背景に関わらず術後の回復が早く、早期退院が可能となる可能性が示唆された。

I-2. 大学病院における大規模嚥下スクリーニングの実施と今後の課題について

大阪公立大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹⁾、大阪公立大学医学研究科 整形外科学²⁾、大阪公立大学医学研究科 看護部³⁾、大阪公立大学医学研究科 栄養部⁴⁾、大阪公立大学医学研究科 救命救急センター⁵⁾、大阪公立大学医学研究科 歯科口腔外科⁶⁾、大阪公立大学医学研究科 耳鼻咽喉病態学⁷⁾ 川嶋 将義¹⁾、池淵 充彦¹⁾²⁾、荒木 千佳¹⁾、大窪 恵子³⁾、倉田 恭子³⁾、中 麻里子³⁾、岡村 春菜⁴⁾、河本 晃宏⁵⁾、中原 寛和⁶⁾、阪本 浩一⁷⁾、中村 博亮²⁾

2019年日本の死亡原因の中で誤嚥性肺炎が第6位、高齢になるほどその比率は上昇しており、両者の関連性については周知のことである。当院の2020年度新規入院患者数の内、誤嚥性肺炎の診断がついたのは主病名で46/19,447件(0.2%)、主病名以外で285件(1.5%)であった。このことから潜在的な嚥下障害患者を見落としている可能性が示唆され対応が必要である。そこで、2022年3月より摂食嚥下手順書を導入した。内容としては入院患者の嚥下スクリーニングとしてEAT-10、RSST、食事場面の観察を実施。異常のある場合は摂食嚥下認定看護師への介入もしくは、必要に合わせてリハビリテーション介入(ST介入)を行うこととした。対象は2022年3、4月で1933件、EAT-10の結果で誤嚥疑いがあると判断されたのは132件(6.8%)、RSSTで7件(0.2%)、摂食嚥下認定看護師への依頼が5件、ST介入は9件であった。しかし、132件中43件(32.6%)は未評価や手順通り実施出来ていないこともあり今後の課題である。

I-3. 高齢心不全患者における歩行自立度と身体機能の検討

大阪公立大学大学院 リハビリテーション学研究科¹⁾、市立池田病院²⁾
横山 遥香¹⁾²⁾、上月 渉¹⁾、上田 哲也¹⁾、井戸田 弦¹⁾、樋口 由美¹⁾

【はじめに】心不全患者の生命予後の延伸には歩行能力の低下防止が重要であるが、心不全患者の歩行評価はまだ確立されていない。本研究では歩行自立度評価の FAC (Functional Ambulation Scale) を使用し、心不全患者における FAC と身体機能の関連性を検討することとした。

【方法】2021年8月から2022年4月までに入院した高齢心不全患者24例(年齢 82.9 ± 6.3 歳)を対象とした。評価項目はFAC、身体機能評価(歩行速度、SPPB)、ADL評価(BI)とし、退院時に評価した。統計解析はFAC5点を自立群(13人)、FAC4点以下を非自立群(11人)に分類し、2群間の比較検討を行った。

【結果】歩行速度は自立群 0.86 ± 0.24 m/s、非自立群 0.57 ± 0.20 m/s、SPPBは自立群 9.8 ± 1.7 点、非自立群 6.2 ± 2.6 点、BIは自立群 98.5 ± 5.6 点、非自立群 85.0 ± 14.0 点であり、それぞれ自立群が有意に高値を示した。

【結論】心不全患者の歩行自立度は身体機能と関連していることが示唆された。

I-4. リハビリテーションプログラムとしてのボッチャの有用性の予備的検証 —立ち上がり動作との下肢筋活動の比較—

大阪公立大学大学院 リハビリテーション学研究科¹⁾、大阪公立大学大学院 現代システム科学研究科²⁾、
大阪公立大学医学部附属病院 リハビリテーション部³⁾、大阪公立大学医学研究科 整形外科⁴⁾
片岡 正教¹⁾、杉山 恭二¹⁾、岩田 晃¹⁾、樋口 由美¹⁾、淵岡 聡¹⁾、佐賀 亮介²⁾、池淵 充彦³⁾⁴⁾、
高橋 真治⁴⁾、中村 博亮⁴⁾

【はじめに】パラスポーツであるボッチャは、年齢や性別、障がいの有無に関係なく楽しめる軽スポーツである。本研究はリハビリテーションプログラムとしてのボッチャの有用性について予備的に検証することを目的とした。

【対象と方法】対象は若年健常者7名とした。リハプログラムとしてよく用いられる立ち上がり動作と立位でのボッチャの投球動作における筋活動を計測した。被験筋は両側の大殿筋、中殿筋、大腿直筋、半腱様筋、前脛骨筋、腓腹筋とし、各動作での平均振幅を算出し比較した。

【結果】投球動作中の筋活動は、前足の中殿筋、前脛骨筋、腓腹筋で有意に高く、後足の大殿筋で有意に低かった。

【結論】立位でのボッチャの投球動作における前足の筋活動では、立ち上がりと同様もしくはそれ以上の筋活動が認められ、特に前足の股関節、足関節周囲筋の賦活に有用なリハプログラムとして活用できる可能性が示唆された。

I-5. 当院救急ICUにおける早期リハビリテーションプロトコルの導入と効果

大阪公立大学医学部附属病院 リハビリテーション部¹⁾、大阪公立大学医学研究科 整形外科²⁾
加藤 良一¹⁾、池淵 充彦¹⁾²⁾、松本 忠義¹⁾、中村 博亮²⁾

【目的】集中治療患者に対して、早期リハビリテーション(以下、早期リハ)が推奨されている。今回、当院の特性に合わせた早期リハプロトコルを導入したので報告する。

【方法】運動・認知・嚥下訓練の介入時期や内容および医師、看護師、MSWも含めた役割を明確にしたプロトコル作成による業務の標準化と、療法士病棟担当制と多職種カンファレンスによる情報の共有化に努めた。非挿管や重度意識障害などの患者を除外した281症例に関して、プロトコル導入前後の各種アウトカムを比較検討した。

【結果】実施中に重篤な有害事象は生じなかった。リハ開始までの日数、端座位・立位・歩行開始までの日数、人工呼吸器装着日数、在院日数は導入後に有意に減少した。

【結論】早期リハプロトコルの導入によって、安全性を担保しつつ、早期介入と早期離床、在院日数短縮を達成できた。

I-6. 右TKA術後の立位姿勢に着目し歩行時の疼痛が改善した1症例

大阪府済生会中津病院 リハビリテーション技術部¹⁾、大阪府済生会中津病院 整形外科²⁾
芦田 俊吾¹⁾、服部 暁穂¹⁾、乾 健太郎²⁾

【症例紹介】両変形性膝関節症と診断された70歳台後半の男性。3年前より右膝痛を自覚し当院で右TKAを施行した。

【評価とリーズニング】術後右膝関節伸展の可動域は -5° と改善し、安静時痛は消失した。一方、立位では膝関節が伸展 -35° と著明に屈曲し骨盤が後傾し、歩行時は膝関節屈曲位が増大し膝蓋骨下縁にVAS40と疼痛が出現した。骨盤が後傾位のため膝関節屈曲モーメントが増大し大腿直筋の遠心性収縮による単脚支持が疼痛を助長すると考えた。

【介入と結果】立位で体幹前傾させ骨盤前傾を促した中で膝関節伸展運動や荷重練習を反復した。上肢の支持方法を調整することで中間位まで姿勢を調整した。介入後骨盤後傾位は改善し、立位および歩行時の膝伸展角度が増加し、荷重時の疼痛はVAS0と右膝関節痛は消失した。

【結論】立位および歩行時の膝伸展角度の改善により荷重下での膝屈曲モーメントが減少したことで、疼痛なく歩行を行うことが可能となったと考える。

I-7. 回復期リハビリテーション病院における転倒転落事象の分析

多根脳神経リハビリテーション病院

豊田 尚子、谷口 幸、福井 久美子、川崎 いづみ

【はじめに】回復期リハビリテーションの対象患者は障害からの回復過程にあり、転倒リスクは高く、実際に当院でも年間 50 件程度の転倒転落事象がある。そこで、転倒する患者の特徴を把握するために、転倒した症例の転倒転落アセスメントスコアシート上の危険度と機能的自立度評価 (以下 FIM) を調査した。

【方法】2019 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日に発生した転倒転落事象 164 件を対象とした。

【結果】転倒の頻度は、アセスメントスコアシート調査結果では、[危険度 I : 4%、II : 62%、III : 34%]であった。また、転倒発生時の症例の FIM を見ると、運動 FIM (移動・移乗) : 監視～軽介助が 50%、認知 FIM : 自立～監視が 72%を占めていた。

【考察】危険度が高い症例や自立度が低い症例に転倒が多いわけではなかった。転倒転落事象は、患者の自立レベルだけでなく、病院スタッフの監視や支援の程度にも影響されると考えられる。

I-8. 自走式トレッドミル歩行と電動トレッドミル歩行の下肢関節角度の比較

大阪公立大学大学院 リハビリテーション学研究科¹⁾、大阪公立大学大学院 現代システム科学研究科²⁾、
大阪公立大学医学部附属病院 リハビリテーション部³⁾、大阪公立大学医学研究科 整形外科⁴⁾

杉山 恭二¹⁾、片岡 正教¹⁾、岩田 晃¹⁾、樋口 由美¹⁾、淵岡 聡¹⁾、佐賀 亮介²⁾、池淵 充彦³⁾⁴⁾、
高橋 真治⁴⁾、中村 博亮⁴⁾

【はじめに】トレッドミル歩行練習は、電動トレッドミル (MT) が多用されてきたものの、自らの力でベルトを駆動させる自走式トレッドミル (NMT) が開発され普及し始めている。本研究の目的は、NMT と MT の歩行時下肢関節角度の違いを調査することである。

【対象と方法】対象は、健常成人 20 名とした。運動課題は、1.5m/s の歩行とした。測定条件は、NMT、MT の 2 条件とした。三次元動作解析装置を用いて、股・膝・足関節の矢状面の関節角度を計測した。条件間での比較には、t 検定を用い有意水準は 5%未満とした。

【結果】NMT の歩行時下肢関節角度は MT に比べて、立脚期では股・膝関節角度が有意に大きく、足関節角度は有意に小さく、遊脚期では膝関節角度が有意に大きかった ($p < 0.05$)。

【結論】NMT の歩行時関節角度は MT と一部異なるため、その点を考慮してリハビリテーションで使用する必要があることが示唆された。

Ⅱ-1. 関節リウマチ患者のボタンホール変形に対し、リングスプリントを使用した一症例

神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科¹⁾、神戸大学医学部附属病院 整形外科²⁾
松田 誉大¹⁾、原田 理沙¹⁾²⁾、吉川 遼¹⁾²⁾、三浦 靖史¹⁾、酒井 良忠¹⁾

今回我々は、変形が強い関節リウマチ患者のボタンホール変形に対して、リングスプリントを用いて矯正を行った症例を経験したので報告する。

【症例】25歳女性。StageⅣ、ClassⅡ。現病歴：X-4年に当院リウマチ科受診。X-3年よりエタネルセプトの投与開始し寛解となる。右中指のボタンホール変形が残存し、X年5月当科紹介となる。身体所見：DAS28(CRP)2.43。右中指はPIP関節の可動域が-55度-90度でボタンホール変形を認めた。手術治療を希望されなかったため、リングスプリントを曲げ具合を加工しながら装着し、-20度まで矯正した。手指の使用をしない時間帯に装着し、月1回曲げ具合を調整して矯正を続けた。X+1年9月PIP関節の可動域は-10度-90度と改善した。

【考察】高度なボタンホール変形は手術適応であるが、矯正可能な症例ではリングスプリントによる矯正も有効であると考えられた。

Ⅱ-2. 筋内転移した肺がんの2例

日本生命病院 整形外科¹⁾、日本生命病院 リハビリテーション科²⁾
菊池 潤太¹⁾、平林 伸治²⁾、西原 俊作¹⁾

肺がんの筋転移はHaygood TM(2012)によると1.6%である、転移部の有痛例と無痛例を経験したので報告する。

【症例1.】65歳男性。20XX年3月肺非小細胞がんcT3N0M1c stageⅣB OTHの診断で化学療法開始された。8月腸転移による腸重積で手術治療受け、術後リハ開始した。初診時PET-CTで右大腿内側に腫瘤を認めたが、経過中に歩行時に疼痛や障害はなかった。20XX年12月死亡した。

【症例2.】42歳女性。20XX年11月左上腕・肩痛を主訴に受診し生検でがん転移診断された。肺腺がんcT2aNsM1c stageⅣB LYM,SKI,OTHにて化学療法開始され疼痛腫脹は軽減した。XX+1年4月に疼痛腫脹は再発し肘屈曲0～10度に運動制限を生じてリハ紹介された。上腕3頭筋内の腫瘤は筋内に浸潤性に認めた。再度の化学療法で腫瘤は縮小し疼痛軽減と肘屈曲は0～70度に改善した。治療が継続されている。

Ⅱ-3. 歩行可能な痙縮患者に対しITB療法を行い、投与量の調整に難渋した一例

和歌山県立医科大学附属病院 リハビリテーション医学講座¹⁾、

和歌山県立医科大学附属病院 脳神経外科²⁾

岩崎 由将¹⁾、岡本 明幸¹⁾、向井 裕貴¹⁾、梅本 安則¹⁾、西林 宏起²⁾、田島 文博¹⁾

【背景】バクロフェン髄注療法 (ITB 療法) は重症四肢痙縮に適応がある治療法である。しかし、重症とはいえない四肢痙縮に対しても機能的に適応となるケースがある。今回我々は胸髄損傷による中等度の痙性対麻痺患者に対してバクロフェン髄注療法の適応を評価し、手術・その後のリハビリテーション治療と経過を観察した症例を経験したので報告する。

【臨床経過】70 歳代女性。X 年に胸髄症+転倒による胸髄損傷を受傷し不全対麻痺は残存していたが、リハビリテーション治療により歩行可能となっていた。X+17 年頃から痙縮による両大腿前面部疼痛と跛行歩行による歩行障害を認めており、ITB 療法の適応となった。ITB デバイスを留置し、投与量 50 μ g/day で開始した。大腿前面部疼痛と跛行の改善を認めたが、下肢支持性の低下を認めた。歩行訓練の状態をチェックしながら流量を調整し歩行が可能となった。

【考察】歩行可能な痙縮症例に対する ITB 療法は細かな流量調整が重要である。

Ⅱ-4. 重心と支持基底面の意識化が転倒予防に有効であった脊髄性小児麻痺の1例

京都府立医科大学大学院 リハビリテーション医学¹⁾、京都府立医科大学附属病院 リハビリテーション部²⁾、

京都府立医科大学附属病院 卒後臨床研修センター³⁾

藤沢 優美¹⁾、沢田 光思郎¹⁾、菱川 法和¹⁾、清水 直人²⁾、木村 洋輝¹⁾、梶 健太郎³⁾、中西 雄紀³⁾、

三上 靖夫¹⁾

【はじめに】両下肢に重度の麻痺を認める脊髄性小児麻痺患者に対して、歩行時の転倒対策目的でリハビリテーション治療を行ったので報告する。

【症例】3 歳時にポリオに罹患した 70 歳台女性。X 年に当科初診し、以降 8 回の入院によって、両松葉杖および両長下肢装具を使用した歩行を獲得した。X+7 年に自宅内で歩行中に転倒し不安感を自覚したため、転倒対策目的で入院した。2 週間の入院中に支持基底面から重心が逸脱しない歩幅と体幹角度を決定して歩行訓練を行い、転倒防止を図った。さらに屋外の不整地にて応用歩行訓練を行い、重心と支持基底面を意識化させた。退院時には転倒に対する恐怖感が軽減した。

【考察】重心位置と支持基底面の検討と意識化が、転倒予防に有効であったと考えた。

Ⅱ-5. 不随意運動の強いアテトーゼ型頸髄症の術後後療法としてボツリヌス注射を施行した一例

大阪大学医学部附属病院 リハビリテーション科
数井 ありさ、具田 陽香、佐原 亘

症例は58歳男性。出生時からの脳性麻痺で30歳時に頸髄症を発症し、頸椎後方椎体間固定術(C4-C6)を施行され、以後経過良好であった。20××年4月、上下肢麻痺が出現し急速に進行、歩行不能となった。頸椎Xp・脊髓造影CTで環軸椎亜脱臼と歯突起後方偽腫瘍を認め、手術の方針となった。術前にハローベスト固定を施行し、20××年5月、頸胸椎後頭間固定術(Oc-T3)+C1後弓切除術を施行した。不随意運動の抑制のため、術後1週で左胸鎖乳突筋と左僧帽筋に30Uずつボツリヌス注射(ボトックス注[®])を施行した。著明な不随意運動の減少を認め、術後7週時に右胸鎖乳突筋に30U、右僧帽筋に20Uを追加注射した。術後7か月時点でADLは自立しており、経過良好である。不随意運動は頸髄症の発症・増悪・再発に大きく関与し、椎体間固定術後には早期のimplant failureを引き起こす可能性がある。術後後療法として緊張の強い筋に対するボツリヌス注射は有用であると考えられる。

Ⅱ-6. 回復期リハビリテーション病棟でのmediVRカグラの使用が有用と考えられた脳梗塞の一例

みどりヶ丘病院 リハビリテーション科¹⁾、関西リハビリテーション病院 リハビリテーション科²⁾、
兵庫医科大学 リハビリテーション科医学教室³⁾
土田 直樹¹⁾、酒田 耕¹⁾、松本 憲二²⁾、道免 和久³⁾

【はじめに】リハビリテーション治療においてVR技術の利用が注目され「mediVR KAGURA」(以下カグラ)も2019年の導入以降、多彩な効果が報告されてきている。今回我々は当院回復期病棟で、カグラを使用し注意障害、バランス障害に対する改善効果を認めたと考えられる症例を経験したので報告する。

【症例】76才女性。ふらつきを主訴に救急要請。右後頭葉～視床内側に急性期脳梗塞を認め入院。バランス低下、注意機能低下が後遺し、12病日に回復期病棟に転棟。転棟時、周囲への注意は散漫で歩行器歩行監視レベルであった。カグラ導入初期評価BBS 48点、重心動揺軌跡長 3.4、PASAT 2秒条件 0%。

【方法】週2回 一回2単位で通常機能訓練に併用し16病日から全4週カグラを導入。

【結果】BBS 52点、重心動揺軌跡長 2.57、PASAT 2秒条件 25%まで改善し48病日に独歩自立となった。

【考察】脳卒中後の注意機能障害、バランス障害に対して回復期病棟でカグラを使用することは有効であること示唆された。

Ⅱ-7. 両下肢麻痺を初発症状で発症した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の症例報告 -10年以上機能回復続けている稀な症例-

和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座¹⁾、葛城病院 リハビリテーション科²⁾
羽端 章悟¹⁾、小西 英樹²⁾、梅本 安則¹⁾

【症例】66歳、女性

【既往歴】気管支喘息

【現病歴】53歳で好酸球性多発血管炎性肉芽腫症と診断されステロイド治療後、当院関連施設へ入院加療となる。

【初診時現症】両下肢痛や両下肢の異常感覚を認めた。大腿四頭筋 MMT3/3、前脛骨筋 MMT3-/3- で、歩行は接地時の疼痛があるため困難で、車椅子移動であった。

【経過】筋力低下と異常感覚に対しては靴下、インソール、厚底の靴を履いて筋力増強訓練を実施し、両側の AFO 作成し立位歩行訓練を行った結果、杖歩行で自宅退院した。退院後も運動療法を継続し、屋内独歩・屋外杖歩行となり、歩行速度も改善した。通院リハビリを終了後もフォローし、握力と3分間歩行の改善がみられた。

【考察】好酸球性多発血管炎性肉芽腫症において神経系だけの症状で、他の臓器障害がなく病状に応じて運動療法を行ったことが機能改善につながったと考えられた。

Ⅲ-1. 中足骨骨折、脳塞栓症後、総腸骨静脈に巨大血栓と肺塞栓症を来した1例

葛城病院 リハビリテーション科¹⁾、葛城病院 整形外科²⁾、
辻外科リハビリテーション病院 リハビリテーション科³⁾、
和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座⁴⁾
小西 英樹¹⁾、橋本 務¹⁾、大植 睦²⁾、中土 保³⁾、坂野 元彦⁴⁾

【症例】71歳、女性。

【現病歴】左足を捻挫し、当院受診。左上下肢の脱力を認め、右脳塞栓症を認め、入院加療開始。

【経過】左Br.stage 上肢はV、下肢IVと下肢に強い麻痺を認めた。約4週経過時点で、左下肢の浮腫や疼痛など出現。エコーにて総腸骨静脈から膝窩静脈にかけての深部静脈血栓を認めた。造影胸部CTでも肺塞栓症を認めた。緊急でIVCフィルター留置やヘパリン持続投与、ウロキナーゼ、抗AT-Ⅲ製剤などの投与を開始した。エコー上で血流再建まで約2週間を要した。

【考察】患者側の問題としては、肺塞栓症などの病状説明後の不安感が増大し、積極的な離床を阻害する因子となった。また、医療提供側の問題としては、療法士の必要以上の不安感などが生まれ、積極的な運動療法へ導くことができなかったことが課題と考えられた。今後は症例を積み重ね繰り返し、医療スタッフ、患者さんの不安を除いていくことがリハ医の使命と考えられた。

Ⅲ-2. 軽微な外傷による肩関節脱臼後、腕神経叢麻痺を呈した1例

葛城病院 リハビリテーション科¹⁾、葛城病院 整形外科²⁾、
辻外科リハビリテーション病院 リハビリテーション科³⁾、
和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座⁴⁾
小西 英樹¹⁾、橋本 務¹⁾、大植 睦²⁾、中土 保³⁾、坂野 元彦⁴⁾

【症例】60歳、男性。

【臨床経過】自宅で転倒し受傷。肩関節脱臼を認め、徒手整復を施行。その後、上肢挙上困難など出現。

臨床所見上は腋窩神経・正中神経麻痺と判断した。低周波・中周波などに加え、麻痺筋を選択的に強化すべく、代償動作抑制や巧緻性訓練など開始した。3週の時点で筋針電図を実施。三角筋・円回内筋・示指総指伸筋などから神経原性変化を認め、干渉波の著しい減少・振幅低下などの所見を認めた。約3ヶ月の経過で、肩自動外転は40から110度、ボタンの掛け外しなどの動作も可能となった。筋電図上は神経原性波形の消失ないし減少、最大収縮時の干渉波は頻度・振幅の改善を認めた。最も遠位筋である短母指外転筋は臨床所見・筋電図所見ともに回復の遅延や程度は遅れていた。

【考察】肩関節脱臼後の腕神経損傷の報告はみられるが、きめ細やかな臨床所見を取り、筋電図などでの裏付け、それらを繰り返すことが肝要と再認した。

Ⅲ-3. 急性骨髄性白血病の中樞神経浸潤に対するリハビリテーション治療経験

兵庫医科大学病院 リハビリテーションセンター¹⁾、兵庫医科大学 リハビリテーション医学講座²⁾

竹内 由起¹⁾、児玉 典彦²⁾、田中 雄士¹⁾、豊田 奈央¹⁾、長田 尚樹¹⁾、中川 はるか¹⁾、安川 俊樹²⁾、竹田 倫世²⁾、内山 侑紀²⁾、道免 和久²⁾

【症例】59歳男性。

【現病歴】骨髄異形成症候群から急性骨髄性白血病に移行し同種造血幹細胞移植施行。約4年間の寛解を維持。X年Y月上旬より右上下肢脱力出現。頭部画像で左前頭葉・頭頂葉に占拠性病変を認め、生検にて急性骨髄性白血病の中樞神経浸潤と診断。Y+1月Z日当院へ転院しZ+1日当科へ紹介受診。当科初診時は右完全弛緩性麻痺、左前頭頭頂葉を中心とする高次脳機能障害を認めた。FIM:50/126点。原疾患の予後を考慮し、PSが低下しないように抗重力肢位を保つ目的と機能改善のため装具療法を併用して立位・歩行訓練を開始した。Z+3日より全脳照射開始、Z+27日より化学療法も開始された。

【考察】急性骨髄性白血病の成人患者の中樞神経浸潤はまれであり、治療法が確立していない。患者の回復にそったリハビリテーション医療は患者のADL、QOLの改善の一助になると考える。

Ⅲ-4. 回復期リハビリテーション病棟での新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)感染症(COVID-19)の発生と感染制御の取り組み

伊丹せいふう病院¹⁾、今井病院 内科²⁾

中村 純子¹⁾、大武 陽一²⁾、壹岐 友佳子¹⁾、高野 博之¹⁾、谷口 里美¹⁾、植松 正保¹⁾

SARS-CoV-2のオミクロン株が流行した第6波において回復期リハビリテーション病棟でCOVID-19の発生を経験したため感染制御の取り組みを報告する。院内感染予防対策委員会を主体として標準予防策、院内感染対策を講じ第5波までは院内の患者の発生を認めなかった。2022年1月、オミクロン株の流行中に1例目の陽性を認め、直ちに緊急対策を開始した。①保健所と連携し、陽性者の急性期病院への転院打診、②濃厚接触者の割り出しPCR検査、③ゾーニング、④入退院の抑制、⑤隔離部屋へのPPE装着等の標準予防策、飛沫・接触・エアロゾル対策、環境対策を徹底した。同時期に急性期病院のCOVID-19病床も満床であったため、軽症者は院内治療とし、中等症者は転院搬送となった。前述の①から⑤の対策が実行され、1ヶ月半を経て回復期病棟は通常体制へ戻った。オミクロン株の高い伝播性によりリハビリ医療や院内業務に影響を及ぼし感染制御の重要性が示唆された。

Ⅲ-5. 脳卒中片麻痺患者に対する反復末梢神経磁気刺激の効果に関する検討

関西医科大学 リハビリテーション医学講座

西口 真由、松本 佐和子、小倉 久幸、梶本 かさね、田口 周、久保 峰鳴、長谷 公隆

【はじめに】反復末梢神経磁気刺激 (rPMS) は、侵害受容器を刺激せずに深部の運動神経と固有感覚神経を興奮させることが可能であり、麻痺肢の神経筋再教育や痙縮軽減の簡便な手法として注目されている。その即時的効果について、ボツリヌス療法を行なっている生活期片麻痺患者を対象に表面筋電図と圧センサーを用いて検証した。

【方法】ボツリヌス療法の施注前評価時及び施注後において、上肢及び下肢痙縮筋の拮抗筋に対して rPMS を実施した。その前後における痙縮筋の伸長運動時における被動抵抗と筋活動を、ハンドヘルドダイナモメーター付 EMG 計 (アニマ社製) を用いて評価した。

【結果】筋活動および被動抵抗感は、rPMS 実施後に有意に低下した。

【結論】rPMS は痙縮抑制に有効な手法であることが報告されてきており、ボツリヌス療法の補助療法としての役割が期待される。圧センサー及び筋電図計を用いた痙縮評価は簡便であり、rPMS 効果の検証に役立つと考えられる。

Ⅲ-6. 地域包括ケア病床における虚弱高齢者に対するリハビリテーション治療の身体機能改善効果

和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座¹⁾、橋本病院²⁾

常岡 寛子¹⁾、坂野 元彦¹⁾、橋本 忠晃²⁾、梅本 安則¹⁾、田島 文博¹⁾

【目的】昨今 COVID-19 の蔓延により、地域で暮らす高齢者の身体活動は減少し、虚弱高齢者の割合が増加している。我々は、身体機能と ADL 改善を目的に地域包括ケア病床に入院した虚弱高齢者に対する運動療法の効果を調査した。

【方法】2020年9月から2022年3月までに入院した33名の高齢者(年齢 82.3 ± 4.6 歳)に4週間の運動療法を行なった。米国スポーツ医学会ガイドラインに沿って有酸素運動、レジスタンストレーニングなどを1日2回、1回60分、週6回実施して、入院時と退院時に6分間歩行距離などを測定した。

【結果】24名の患者を解析対象とした。入院時と比較して退院時には6分間歩行距離は有意に改善した(入院時 234.6 ± 80.8 m、退院時 285.9 ± 97.2 m)。その他の評価パラメータについても全て有意な改善を認めた。

【結論】入院による4週間のリハビリテーション治療によって、虚弱高齢者の身体機能の向上が図れることが明らかとなり、特に移動能力の改善に効果的であることを示した。

日常診療で是非とも知っておきたい膝関節と股関節の意外な関係

大阪公立大学大学院医学研究科 整形外科学 講師

箕田 行秀

本講演では、股関節疾患・膝関節疾患・下肢アライメントの関係について概説する。股関節・膝関節・下肢アライメントはお互い影響を及ぼし合う。従って、股関節・膝関節の治療を行う場合、股関節・膝関節など疼痛のある関節だけではなく、下肢全体のアライメントもあらかじめチェックして治療計画を立てることが勧められる。

意欲や自発性に着目した認知症リハビリテーション

大阪市立弘済院附属病院 神経内科 部長

吉崎 崇仁

認知症とは高次脳機能障害による生活障害と定義できるが、当院のリハビリではその生活機能の回復～維持を目指している。認知症では病識が障害され自分ができていないことを把握できていないためリハビリが困難とされる。当院で導入した人間作業モデル(MOHO)では患者の技能だけでなく意欲や自発性も評価することが特徴であり、明るくりハビリを継続することで認知症が進行しても生活動作を維持できるようになっている。

頸髄損傷者が健康で活動的な生活を送るための呼吸管理あれこれ

大阪急性期・総合医療センター リハビリテーション科 副部長

土岐 明子

急性期から生活期にわたり頸髄損傷者には様々な呼吸器合併症が起こりうる。痰詰まり、無気肺、肺炎など気道分泌物の貯留、排出困難によるもの。嚥下障害による誤嚥性肺炎。低酸素 / 高炭酸ガス血症や睡眠時呼吸障害など換気障害によるもの。気管切開チューブに関連するトラブル。適切な呼吸管理を行うことで初めて健康で活動的な生活を送ることができると言って過言ではない。当センターで行っている種々の呼吸管理方法を紹介する。

日本リハビリテーション医学会 近畿地方会 令和4年度のお知らせ

◆ 第52回学術集会および 専門医・認定臨床医生涯教育研修会 ◆

日 時 2023年3月5日(日)
会 場 三宮コンベンションセンター 10:00 ~ 17:00 (予定)
幹 事 大串 幹 (兵庫県立リハビリテーション中央病院)

● 第74回専門医・認定臨床医生涯教育研修会

日時 2022年10月1日(土) 14:00~17:20
会場 京都府立医科大学附属図書館ホール
幹事 三上 靖夫 (京都府立医科大学大学院)
※当日は同じ会場で京都府リハビリテーション教育センター
座学研修会が開催されます。

● 第75回専門医・認定臨床医生涯教育研修会

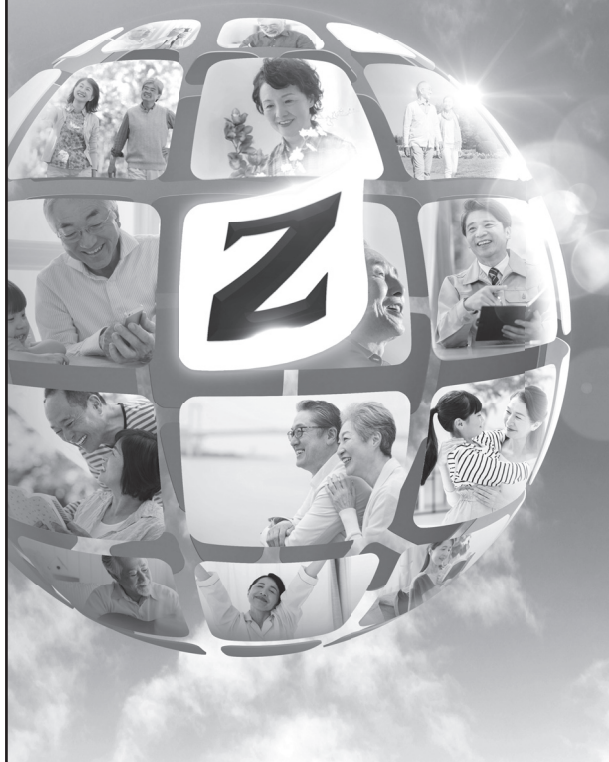
日時 2022年11月11月19日(土) 15:30-17:30
会場 兵庫県民会館 けんみんホール
幹事 陳 隆明 (兵庫県立総合リハビリテーションセンター)
※当日は同じ会場で兵庫県リハ医会学術集会が開催されます。

~~~~~お知らせ~~~~~

上記カレンダーの詳細は、当会ホームページをご覧ください。
(<http://www.kinkireh.com/shukai.html>)。近畿地方会 Newsletter は休刊です。
近畿地方会誌は年2回(春と秋)発行されます。随時オンライン公開される投稿
原稿閲覧には、ホームページからのログインが必要ですので、ご注意ください。

ID:kinki パスワード:kinkijrp

hisamitsu®



経皮吸収型 持続性疼痛治療剤

薬価基準収載

処方箋医薬品 (注意-医師等の処方箋により使用すること)

ジクロフェナクナトリウム経皮吸収型製剤



ジクトルテープ® 75mg

ZICHTORU® Tapes 75mg

1枚中 日局ジクロフェナクナトリウム75mg含有

- 効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元

 **久光製薬株式会社**

〒841-0017 鳥栖市田代大官町408番地

文献請求先及び問い合わせ先：お客様相談室

〒135-6008 東京都江東区豊洲三丁目3番3号

TEL. 0120-381332 FAX. (03) 5293-1723

受付時間/9:00-17:50(土日・祝日・会社休日を除く)

URL: <https://www.hisamitsu.co.jp/medical/index.html>



2022年6月作成



神経障害性疼痛治療剤

薬価基準収載



**タリージェ錠® 2.5mg・5mg
10mg・15mg**

一般名：ミロガバリンベシル酸塩 (Mirogabalin Besilate)
処方箋医薬品 注意-医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等の詳細については、電子添付等をご参照ください。

製造販売元 (文献請求先及び問い合わせ先を含む)



第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1

2022年3月作成