

第55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 1 (11:05 ~ 11:55)
- ◆ 一般演題発表 セッション 2 (12:30 ~ 13:20)
- ◆ 一般演題発表 セッション 3 (13:25 ~ 14:10)
- ◆ 教育講演 1 (14:20 ~ 15:20)
『脳卒中急性期治療』
奈良県立医科大学脳神経内科・脳卒中センター 病院教授 斎藤 こずえ 先生
- ◆ 日本リハビリテーション医学会近畿地方会 令和6年度総会 (15:25 ~ 15:55)
- ◆ 教育講演 2 (16:00 ~ 17:00)
『脊髄損傷完全麻痺者のための医工学融合研究：
T-HAL 法の考案と起立着座支援移動機器 Qolo の開発』
筑波大学医学医療系リハビリテーション医学 准教授 清水 如代 先生
- ◆ 教育講演 3 (17:00 ~ 18:00)
『リハビリテーション医療と栄養の最近の動向』
奈良県立医科大学 ロボット技術活用地域リハビリテーション研究センター 招聘教授
平成まほろば病院 ロボットリハビリテーションセンター センター長
田中 優 先生
- ◆ 閉会挨拶および次回会長挨拶 (18:00 ~)

会 長：小林 恭代（奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座）

日 時：令和6年9月28日(土) 11:00~18:00

会 場：ミグランズコンベンションルーム（橿原市役所分庁舎内）

連絡先：奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座

奈良県橿原市四条町840番地

TEL:0744-22-3051 FAX:0744-29-8802

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

会場へのアクセス

ミグランスコンベンションルーム

〒634-0804 奈良県橿原市内膳町1丁目1番60号

TEL：0744-47-2924 FAX：0744-47-2787



<アクセス>

近鉄「大和八木駅」南出口から南へ徒歩3分

ミグランスは市役所分庁舎・カンデオホテルズ奈良橿原などが一体となった複合施設です。
コンベンションルームへは東玄関からお入りいただき、エレベーターで4階へお上がり下さい。

<アクセス・近郊よりお越しの方へ>

近鉄「京都」駅、「大阪難波」駅より近鉄特急で「大和八木」駅下車

「京都」駅より近鉄特急で約50分

「大阪難波」駅より近鉄特急で約30分

*地下駐車場（有料）は台数に限りがありますので、公共交通機関をご利用ください。

参加者の皆様へ

1) 参加受付について

10 時 30 分より参加受付を行います。

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)

- ・当日受付にて参加費 2,000 円と受講料を添えてお申し込みください。
- ・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。
- ・教育研修会受講のためだけに入場される場合にも、参加費 (2,000 円) は別途必要です。

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
学術集会参加 10 単位
研修会受講 30 単位

日本リハ医学会教育研修受講カードは、必要事項をご記入の上、講演終了後、〔リハ医学会保存用〕を、会場出口の係員にお渡しください。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) 演者へのお願い

1. 口頭発表は PC (パソコン) による発表のみにさせていただきます。
2. 一般演題は、1 演題につき発表 5 分、質疑応答 2 分の合計 7 分間です。時間厳守でお願いします。
3. 演者は、発表 30 分前までには PC 受付にて受付をお済ませの上、セッション開始 15 分前までに会場にお越しください。
4. 発表にあたっては、以下の注意点を遵守ください。
 - (1) 発表は PC にてお願いいたします。Microsoft Office PowerPoint で作成したデータを USB フラッシュメモリー又は PC 本体をご持参ください。
 - (2) Macintosh を利用される方は PC 本体の持ち込みをお願いいたします。PC を持ち込まれる場合、機種・ソフトを問いませんが、コンセント用電源アダプタ、モニター出力端子については、HDMI 端子、またモニター出力端子が Mini DisplayPort-15 ピンでないものは、接続アダプタをご準備頂きお持ち込みください。
 - (3) アニメーション機能につきましては PowerPoint のバージョンによって動作しない場合がありますので、ご注意ください。
 - (4) Windows で動画がある場合には、データのみお持ちいただいてもトラブルが生じる可能性が高いため、各自 PC を持ち込んでの発表をお願いいたします。
 - (5) 各自提出前にウイルスチェックをお願いいたします。

5) その他

- ・施設内は禁煙となっております。ご理解のほど、よろしくお願いいたします。
- ・クロークなどはございませんので、各自にてお荷物の管理をお願いいたします。

プログラム

◆ 大会長挨拶

(11:00~11:05)

小林 恭代 (奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座)

◆ 演題発表 セッション1

(11:05~11:55)

座長：岡山 悟志 (奈良県西和医療センター リハビリテーション科部長、奈良県立医科大学臨床教授)

1-1. 視神経脊髄炎のリハビリテーション経験

近畿大学病院 リハビリテーション科¹⁾、ホームケアクリニック堺²⁾、
和泉市立総合医療センター 脳神経内科³⁾
稲田 莉乃¹⁾、村上 沙織³⁾、糸数 万紀¹⁾、上田 昌美²⁾、花田 一志¹⁾、東本 有司¹⁾

1-2. 地誌的見当識障害を有した症例のリハビリテーションの経験

行岡病院 リハビリテーション科 脳神経内科¹⁾、大阪行岡医療大学医療学部²⁾
小仲 邦¹⁾²⁾、今泉 孝典¹⁾、山本 みゆき¹⁾、山本 柁也¹⁾、新堂 昌宏¹⁾、行岡 正雄¹⁾²⁾

1-3. 起立性低血圧により離床に難渋したギランバレー症候群の一例

兵庫医科大学病院 リハビリテーションセンター¹⁾、
兵庫医科大学医学部 リハビリテーション医学講座²⁾、
兵庫医科大学 リハビリテーション学部 理学療法学科³⁾
大川 建志¹⁾、内山 侑紀²⁾、勝盛 拳人¹⁾、青柳 貴之¹⁾、川村 美貴¹⁾、市川 昌志²⁾、
竹田 倫世²⁾、宮部 由利²⁾、児玉 典彦³⁾、道免 和久²⁾

1-4. 大腿骨近位部骨折術後症例における退院時能力における予測因子について

平成記念病院 リハビリテーション課¹⁾、平成記念病院 リハビリテーション科²⁾、
平成まほろば病院 リハビリテーション課³⁾、畿央大学大学院健康科学研究科⁴⁾
湯浅 友貴¹⁾、徳田 光紀¹⁾⁴⁾、池本 大輝²⁾⁴⁾、森川 雄生²⁾⁴⁾、岡村 将輝¹⁾、黒田 琴葉¹⁾、
藤沢 直輝³⁾、倉田 翔太¹⁾、中山 直樹¹⁾、寺田 奈穂¹⁾、原田 侑真³⁾、新名 美鈴¹⁾、
尾崎 麻希²⁾、大庭 直樹²⁾

1-5. 身体的フレイルを合併した高齢の心不全入院患者において座位行動を低強度活動へ置き換えることの重要性

奈良県西和医療センター リハビリテーション科¹⁾、
奈良県立医科大学附属病院 リハビリテーション医学講座²⁾、
奈良県西和医療センター リハビリテーション部³⁾、奈良東病院 リハビリテーション科⁴⁾
梅山 和宏¹⁾、岡山 悟志¹⁾、吉田 陽亮³⁾、堀田 直幹²⁾、松井 元哉²⁾⁴⁾、城戸 顕²⁾

1-6. 腎移植レシピエントの経過

奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座¹⁾、奈良県立医科大学附属病院 医療技術センター²⁾
笹木 庄吾¹⁾、小林 恭代¹⁾、谷野 有紀²⁾、北村 哲郎¹⁾²⁾、城戸 顕¹⁾

1-7. 感染を伴った難治性皮膚潰瘍にCLAPが有用であった1例

守山市民病院 リハビリテーション科¹⁾、京都岡本記念病院 整形外科²⁾
米田 義崇¹⁾、奥村 法昭²⁾

座長：鉄村 信治（医療法人健和会 奈良東病院 理事長、奈良県立医科大学 臨床教授）

2-1. 回復期リハビリテーション入院中にrTMSを実施し改善した一例

京都大原記念病院 リハビリテーション科

中村 拓真、垣田 清人

2-2. 右痙性片麻痺の上肢に対しボツリヌス療法および電気刺激・磁気刺激療法を併用した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 集学的身体活動賦活法開発講座³⁾

守田 洋一郎¹⁾、垣田 真里¹⁾、菱川 法和¹⁾、大橋 鈴世¹⁾²⁾、沢田 光思郎¹⁾³⁾、三上 靖夫¹⁾²⁾³⁾

2-3. 視床出血を来した患者に反復促通療法、ロボットリハビリテーション治療、静磁場刺激を組み合わせ良好な経過をたどった1症例

奈良県立医科大学 ロボット技術活用地域リハビリテーション研究センター¹⁾、

平成まほろば病院 リハビリテーション科²⁾

堀田 直幹¹⁾、田中 優¹⁾²⁾、村田 加代子²⁾、青山 雄一²⁾、城戸 顕¹⁾

2-4. 生活期の脳血管障害者に対する集中的なりハビリテーション治療の報告

那智勝浦町立温泉病院¹⁾、和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座²⁾

坂野 元彦¹⁾、上田 幸輝¹⁾、武内 菜摘¹⁾、幸田 剣²⁾

2-5. 痙縮に対する振動刺激療法の効果の検討 ―反射性・非反射性要素に着目して―

平成記念病院 リハビリテーション課¹⁾、九州看護福祉大学 リハビリテーション学科²⁾、

平成記念病院 リハビリテーション科³⁾

小栗 拓馬¹⁾、和田 善行¹⁾、宮良 広大²⁾、尾崎 麻希³⁾、大庭 直樹³⁾

2-6. 機械学習を利用した片麻痺患者の歩行速度を規定する関連指標の抽出

関西医科大学 リハビリテーション医学講座

鈴木 良和、堀 彩乃、小倉 久幸、田口 周、長谷 公隆

2-7. 延髄外側梗塞（ワレンベルグ症候群）の長期経過中に再度摂食嚥下機能障害を生じた症例

社会医療法人 岡本病院(財団) 京都岡本記念病院 リハビリテーション科¹⁾、

京都府公立大学法人 京都府立医科大学大学院 リハビリテーション医学²⁾、

京都府公立大学法人 京都府立医科大学 集学的身体活動賦活法開発講座³⁾

近藤 裕介¹⁾、濱中 紀成¹⁾、木村 匡男¹⁾、沢田 光思郎²⁾³⁾、三上 靖夫²⁾³⁾

座長：石田 由佳子（奈良医大リハビリテーション医学講座 講師）

3-1. 環軸椎回旋位固定に対してリハビリテーション治療介入をおこなった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科⁴⁾
小西 英樹¹⁾、橋本 務¹⁾、大植 睦²⁾、中土 保³⁾、幸田 剣⁴⁾

3-2. 人工膝関節全置換術後短期間の機能障害の推移

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科⁴⁾
小西 英樹¹⁾、橋本 務¹⁾、大植 睦²⁾、中土 保³⁾、幸田 剣⁴⁾

3-3. 長母指伸筋腱断裂Zone T1に対して直接縫合した2例

JCHO星ヶ丘医療センター
粕谷 泰祐

3-4. 脊髄損傷の急性期痙縮に対し、拡散型体外衝撃波治療とボツリヌス療法を併用した1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 リハビリテーション部²⁾
西村 眞衣子¹⁾、原田 理沙¹⁾、臼井 俊輝¹⁾、長瀬 麻理子¹⁾、鹿島 遼河¹⁾、佐保 航¹⁾、
平林 卓也²⁾、村中 由香²⁾、酒井 良忠¹⁾

3-5. 破傷風後の痙縮に対してITB療法とボツリヌス毒素療法を行った1例

医療法人社団松下会白庭病院 脳神経外科¹⁾、
奈良県立医科大学附属病院 脳神経外科²⁾
前田 裕仁¹⁾、川田 和弘¹⁾²⁾、角谷 美帆¹⁾²⁾

3-6. 人工膝関節置換術にて疾患活動性が改善した関節リウマチの1例

三重大学大学院医学系研究科 整形外科¹⁾、
三重大学医学部附属病院 リウマチ膠原病センター²⁾
若林 弘樹¹⁾、西村 明展¹⁾、刀根 慎恵¹⁾、内藤 陽平¹⁾、中島 亜矢子²⁾、長谷川 正裕¹⁾

◆ 教育講演 1

(14 : 20～15 : 20)

座長：稲垣 有佐（奈良県立医科大学リハビリテーション医学講座 准教授）

『脳卒中急性期治療』

奈良県立医科大学脳神経内科・脳卒中センター 病院教授 斎藤こずえ 先生

◆ 日本リハビリテーション医学会近畿地方会 令和6年度総会

(15 : 25～15 : 55)

◆ 教育講演 2

(16 : 00～17 : 00)

座長：小林 恭代（奈良県立医科大学リハビリテーション医学講座 学内講師）

『脊髄損傷完全麻痺者のための医工学融合研究：

T-HAL法の考案と起立着座支援移動機器Qoloの開発』

筑波大学医学医療系リハビリテーション医学 准教授 清水 如代 先生

◆ 教育講演 3

(17 : 00～18 : 00)

座長：新名 直樹（社会医療法人高清会 香芝旭ヶ丘病院 内科・リウマチ科 部長）

『リハビリテーション医療と栄養の最近の動向』

奈良県立医科大学 ロボット技術活用地域リハビリテーション研究センター 招聘教授

平成まほろば病院 ロボットリハビリテーションセンター センター長

田中 優 先生

◆ 閉会挨拶および次回会長挨拶

(18 : 00～)

会 長：小林 恭代（奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座）

次回会長：佐原 亘（大阪大学医学部附属病院 リハビリテーション科）

1-1. 視神経脊髄炎のリハビリテーション経験

近畿大学病院 リハビリテーション科¹⁾、ホームケアクリニック堺²⁾、

和泉市立総合医療センター 脳神経内科³⁾

稲田 莉乃¹⁾、村上 沙織³⁾、糸数 万紀¹⁾、上田 昌美²⁾、花田 一志¹⁾、東本 有司¹⁾

症例は36歳女性。X年7月ふらつき・構音障害が出現し近医入院。頭部MRIで小脳・両側大脳半球皮質下白質・左内包・脳梁にFLAIR高信号域を認め、症状進行性であり当院脳神経内科へ転院。転院時JCSⅡ-20, 構音障害・右上下肢筋力低下・四肢腱反射亢進・Babinski徴候両側陽性であった。AQP4抗体陽性が判明し視神経脊髄炎の診断でメチルプレドニゾロン点滴・血漿交換療法が施行された。当科介入時JCSⅠ-2, MMSE14点, 意識障害の改善に伴い四肢体幹の運動失調や失語・失認・感覚障害が明らかとなった。神経筋再教育・協調訓練・歩行訓練・構音訓練等を施行しFIM20→119点, IADLはlawtonの尺度0→8点, SARA34→6点へ改善し自宅退院となった。現在は独歩にて外来通院が可能となっている。視神経脊髄炎のリハビリテーション報告は少なく文献的考察とともに報告する。

1-2. 地誌的見当識障害を有した症例のリハビリテーションの経験

行岡病院 リハビリテーション科 脳神経内科¹⁾、大阪行岡医療大学医療学部²⁾

小仲 邦¹⁾²⁾、今泉 孝典¹⁾、山本 みゆき¹⁾、山本 柁也¹⁾、新堂 昌宏¹⁾、行岡 正雄¹⁾²⁾

〔はじめに〕地誌障害は街並失認と道順障害に分類され、脳梁膨大後域と海馬傍回が責任病巣とされる。我々は多発性硬化症で地誌障害を認めた症例のリハビリテーションの介入を経験した。

〔方法〕70代女性。人とぶつかることを主訴に病院受診。地誌障害、左同名半盲、左半側空間無視、構成失行、相貌失認を認めた。視神経炎の既往、右頭頂後頭葉から脳梁に脳病変を認め、多発性硬化症と診断。急性期加療後、発症約2か月後に地誌障害のため当院回復期病棟に転院。

〔結果〕HDS-R27/30点、コース立方体組み合わせテストI.Q.39。入院時、病棟内移動に誘導を要した。院内の監視下移動を繰り返した後、発症約3か月後より市街地の屋外歩行を行い、退院時は病院と屋外目的地の往復が可能となった。屋外目的地を二ヵ所回することはできなかった。

〔考察〕屋内外の段階的な移動の訓練はランドマークの外観及び各地点間の位置の記憶を定着させ有用だった。

1-3. 起立性低血圧により離床に難渋したギランバレー症候群の一例

兵庫医科大学病院 リハビリテーションセンター¹⁾、兵庫医科大学医学部 リハビリテーション医学講座²⁾、
兵庫医科大学 リハビリテーション学部 理学療法学科³⁾

大川 建志¹⁾、内山 侑紀²⁾、勝盛 拳人¹⁾、青柳 貴之¹⁾、川村 美貴¹⁾、市川 昌志²⁾、
竹田 倫世²⁾、宮部 由利²⁾、児玉 典彦³⁾、道免 和久²⁾

【症例】44歳女性【診断名】ギランバレー症候群(GBS)【現病歴】X年5月中旬に下痢症状出現し後に複視が出現し31日当院入院。第2病日に全眼筋麻痺と四肢のしびれおよび運動失調を認め、GBSと診断。同日より大量 γ グロブリン療法を施行。第5病日に当科紹介。【現症】全眼筋麻痺、両側眼瞼下垂、開口障害、四肢腱反射消失、四肢筋力低下。第8病日のFIM:52点(運動:18点、認知:34点)。【経過】症状進行中は四肢の他動的な関節可動域訓練を行った。第15病日から四肢の筋力は徐々に改善したが第29病日の起立負荷試験で起立耐容能の低下(60°で7分)を認め離床に難渋した。その後昇圧剤の投与や弾性包帯の使用により第36病日に起立耐容能が改善(60°で12分)し、抗重力訓練の実施が可能となった。第37病日のFIM:61点(運動:26点、認知:35点)。【考察】GBSの急性期では早期の起立負荷試験の実施と起立耐容能改善のための昇圧剤や弾力包帯の併用が重要である。

1-4. 大腿骨近位部骨折術後症例における退院時能力における予測因子について

平成記念病院 リハビリテーション課¹⁾、平成記念病院 リハビリテーション科²⁾、
平成まほろば病院 リハビリテーション課³⁾、畿央大学大学院健康科学研究科⁴⁾

湯浅 友貴¹⁾、徳田 光紀¹⁾⁴⁾、池本 大輝²⁾⁴⁾、森川 雄生²⁾⁴⁾、岡村 将輝¹⁾、黒田 琴葉¹⁾、藤沢 直輝³⁾、
倉田 翔太¹⁾、中山 直樹¹⁾、寺田 奈穂¹⁾、原田 侑真³⁾、新名 美鈴¹⁾、尾崎 麻希²⁾、大庭 直樹²⁾

【目的】大腿骨近位部骨折術後の退院時能力を予測するために身体機能や超音波画像診断装置(エコー)、体組成計を用いた評価を実施し検討した。

【方法】受傷前歩行が自立していた大腿骨近位部骨折術後患者を対象とし、術後2週目及び退院時に両側膝伸展筋力、患側下肢荷重率、10m歩行速度、エコーによる両側大腿四頭筋の筋輝度、体組成計によるPhase angleを測定した。また歩行獲得日数も記録した。退院時の身体機能や歩行能力と2週目の各評価項目について相関分析を実施した。

【結果】2週目の筋輝度と膝伸展筋力は両側ともに負の相関を認めた。2週目及び退院時におけるPhase angleと両側膝伸展筋力に正の相関、退院時歩行速度と正の相関を認めた。2週目の下肢荷重率と歩行獲得日数との間に負の相関を認めた。

【結論】退院時の身体機能や歩行能力は術後2週目における評価が予測因子として有用である可能性が示唆された。

1-5. 身体的フレイルを合併した高齢の心不全入院患者において座位行動を低強度活動へ置き換えることの重要性

奈良県西和医療センター リハビリテーション科¹⁾、
奈良県立医科大学附属病院 リハビリテーション医学講座²⁾、
奈良県西和医療センター リハビリテーション部³⁾、奈良東病院 リハビリテーション科⁴⁾
梅山 和宏¹⁾、岡山 悟志¹⁾、吉田 陽亮³⁾、堀田 直幹²⁾、松井 元哉²⁾⁴⁾、城戸 顕²⁾

【目的】身体的フレイルを合併した高齢の心不全入院患者 (HF 患者) において、座位行動 (SB) を低強度活動 (LPA) に置き換えることが退院時の日常生活動作 (ADL) にどのような影響を与えるのかを Isotemporal substitution model を用いて推定する。

【方法】心臓リハビリテーションの開始時に加速度計を内蔵した活動量計を用いて身体活動量を測定しえた入院患者から HF 患者 30 例を抽出し解析した。退院時の Barthel Index (BI) について、SB から LPA への置き換え効果を推定した。

【結果】SB の中央値は 764 分、LPA は 75 分であった。60 分間の SB を LPA に置き換えることは退院時の BI と有意な正の相関を示した ($B = 5.2$, $p = 0.039$)。

【結語】HF 患者において、SB を LPA に置き換える取り組みは退院時の ADL を改善させる可能性がある。

1-6. 腎移植レシピエントの経過

奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座¹⁾、奈良県立医科大学附属病院 医療技術センター²⁾
笹木 庄吾¹⁾、小林 恭代¹⁾、谷野 有紀²⁾、北村 哲郎¹⁾²⁾、城戸 顕¹⁾

「はじめに」腎移植は生存期間だけでなく、サルコペニア・フレイルや QOL の観点からも近年推奨されている。腎移植は手術による侵襲に加え、術後の炎症や免疫抑制療法により、身体機能低下を認めることが多い。また腎移植患者の平均年齢は 40 歳代後半であり、就業中である方も多く、早期に復職を希望されることが多い。今回、腎移植後に身体機能低下を認めた 30 歳代後半の症例の 3 ヶ月の経過を報告する。

「症例紹介・経過」本症例は 30 歳代男性で、腎移植後に身体機能低下を認めた。術後 3 日目よりリハビリテーション治療を開始したが、移植前までの身体機能の改善に 3 ヶ月を要した。

「考察」本症例は 30 歳代後半であり若年であったが、高齢者の場合、より身体機能改善に時間を必要となることが予測される。また腎移植後運動療法の効果や開始時期について不明な点が多数あるため、今後は症例数の積み重ねによるガイドラインの確立を望む。

1-7. 感染を伴った難治性皮膚潰瘍にCLAPが有用であった1例

守山市民病院 リハビリテーション科¹⁾、京都岡本記念病院 整形外科²⁾

米田 義崇¹⁾、奥村 法昭²⁾

【症例】63 歳男性

【既往歴】糖尿病、うっ血性心不全

【現病歴】1ヶ月前にバイクで転倒し、受傷。様子を見ていたが体動困難となり救急要請となる。

【画像所見】右下腿腓腹筋内側頭背側から下腿遠位レベルまでの膿瘍貯留あり。

【現症】右下腿内側に 8cm 大の白色壊死を伴う皮膚潰瘍あり。腓腹筋筋膜上に広範な皮下ポケットを認めた。

【治療および経過】デブリドマン、開放創のまま軟膏処置を継続、入院 2 週間後に NPWT-id 開始、入院 1.5 か月後に全層植皮と持続局所抗生剤還流 (CLAP; iMAP) を施行した。感染は鎮静化したため杖歩行自立にて退院となった。

【考察】皮下ポケットが広範な場合 NPWT のみではポケットが縮小せず、植皮後の感染コントロールが困難となる場合がある。本症例ではポケットからの浸出液が継続していたため、CLAP を併用することで感染の鎮静化を図れた。

2-1. 回復期リハビリテーション入院中にrTMSを実施し改善した一例

京都大原記念病院 リハビリテーション科

中村 拓真、垣田 清人

60代男性。左大脳半球の脳梗塞後に上肢優位の右片麻痺を罹患し、当院回復期リハビリテーション病棟へリハビリテーション目的に入院した。左上肢の麻痺に対しては反復性経頭蓋磁気刺激療法 (rTMS) や神経筋電気刺激療法を含めてリハビリテーションを実施し、粗大な麻痺は改善し (Fugl-Meyer Assessment 上肢項目 21→43点、Action Research Arm Test 8→36点)、ADLは自立した状態となった。一方、左手の巧緻動作が不十分であり、復職 (調理師) に必要な動作の獲得には至っていない状態で自宅退院したため、引き続き通院リハビリテーションを実施した。

2-2. 右痙性片麻痺の上肢に対しボツリヌス療法および電気刺激・磁気刺激療法を併用した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 集学的身体活動賦活法開発講座³⁾

守田 洋一郎¹⁾、垣田 真里¹⁾、菱川 法和¹⁾、大橋 鈴世¹⁾²⁾、沢田 光思郎¹⁾³⁾、三上 靖夫¹⁾²⁾³⁾

【はじめに】ボツリヌス療法と装着型随意運動介助型電気刺激 (WIVES) および反復末梢磁気刺激 (rPMS療法) を併用した右痙性片麻痺の症例を経験した。

【症例】左視床出血後に右上肢麻痺が残存した 60 歳代の男性。動作時の右肩の突っ張り感と疼痛が徐々に増悪したため、発症2年後に当科へ入院した。上肢の痙縮はMASで肩関節外転1+, 屈曲1, 肘関節伸展1+, 前腕回外1+, 手指伸展0であった。上肢機能 (FMA-UE) は58点であった。入院でボツリヌス療法を施行した。総指伸筋に対してWIVESを用いた動作訓練と併用した。三角筋、上腕三頭筋に対してrPMSを施行した。動作時の右肩の突っ張り感と疼痛が軽快し、上肢機能が改善した。

【考察】ボツリヌス療法およびrPMSによる肩関節痙縮の軽減、WIVESと動作訓練の併用による手指随意性の向上との相乗効果で上肢機能が改善したと考えた。上肢使用機会の増加により、さらに上肢機能が向上する可能性がある。

2-3. 視床出血を来した患者に反復促通療法、ロボットリハビリテーション治療、静磁場刺激を組み合わせ良好な経過をたどった1症例

奈良県立医科大学 ロボット技術活用地域リハビリテーション研究センター¹⁾、
平成まほろば病院 リハビリテーション科²⁾
堀田 直幹¹⁾、田中 優¹⁾²⁾、村田 加代子²⁾、青山 雄一²⁾、城戸 顕¹⁾

高血圧が既往の58歳男性。車から降車時、左半身麻痺を発症、救急要請され前医に搬送。来院時、JCS1、左上下肢完全麻痺を認めた。頭部CTで右視床出血を認めたが、血腫が少量で保存加療となった。経過良好であり、約2週間後に当院回復期リハビリテーション病棟へ転院となった。【転院時所見】意識清明、筋力はMMT2-3程度の左上下肢不全麻痺、感覚は表在感覚、深部感覚ともに脱失、認知機能はMMSE30点、FIM運動22認知23 【経過】自立歩行、職業復帰を目標として開始。下肢は立位訓練から車いす移乗・歩行訓練に移行し、2週間後に歩行ロボットの使用を開始した。上肢も反復促通法を行い、1ヶ月後に静磁場刺激を開始した。3か月後1本杖歩行獲得しFIM運動81認知35と順調な経過をたどった。【結語】視床出血後の片麻痺に対して反復促通療法、ロボット、静磁場刺激によるリハビリテーション治療を組み合わせることで麻痺が改善しADLが改善した一例を経験した。

2-4. 生活期の脳血管障害者に対する集中的なりハビリテーション治療の報告

那智勝浦町立温泉病院¹⁾、和歌山県立医科大学リハビリテーション医学講座²⁾
坂野 元彦¹⁾、上田 幸輝¹⁾、武内 菜摘¹⁾、幸田 剣²⁾

当院ではADLが低下した生活期の障がい者を対象に入院の上で集中的なりハビリテーション治療を実施して、高強度長時間の運動を行う取り組みをしている。この取り組みはテレビ番組で紹介され、当院でのリハビリテーション治療を希望する全国からの生活期の障がい者を受け入れている。今回は、その中から79歳男性の左脳梗塞の症例を報告する。発症後に回復期病棟を経て、自宅へ退院していた。発症9年後に当院のことをテレビ番組で知り、入院を希望してリハビリテーション治療を行なった。初診時に麻痺側の筋力はMMT3程度で、起立に介助が必要な状態で、10mの歩行が不可能であったが、退院時点では10m歩行が約43秒で可能となり、6分間で約67mの歩行が可能となった。生活期で発症から長時間が経過していても、高強度長時間の運動療法を積極的に実施することで、歩行機能を改善することができたと考える。

2-5. 痙縮に対する振動刺激療法の効果の検討 – 反射性・非反射性要素に着目して –

平成記念病院 リハビリテーション課¹⁾、九州看護福祉大学 リハビリテーション学科²⁾、
平成記念病院 リハビリテーション科³⁾
小栗 拓馬¹⁾、和田 善行¹⁾、宮良 広大²⁾、尾崎 麻希³⁾、大庭 直樹³⁾

【目的】痙縮の評価指標の Modified Tardieu Scale (MTS) では筋の伸張速度が規定され、反射性・非反射性要素を評価しうる。痙縮に対して振動刺激療法を行い、MTS 可動域を用いて即時変化を検討した。

【方法】対象は上肢麻痺を有する脳卒中患者 10 例。徒手的に肘関節を伸展して肘屈筋を伸張し、MTS 可動域を評価した。筋の伸張速度は V1 (できるだけゆっくり) と V3 (できるだけ速く) を用いた。MTS 可動域の検者間信頼性を振動刺激前に検討した。振動刺激を上腕二頭筋筋腹に 5 分間実施し、刺激前後の痙縮を評価した。統計学的解析は MTS 可動域の検者間信頼性には級内相関係数 (ICC)、振動刺激での即時変化には Wilcoxon の順位和検定を用いた。

【結果】検者間信頼性を示す ICC は、V1 では 0.97, V3 では 0.83 で、先行研究に比べ高かった。振動前後の即時変化は V3 では $P=0.005$ と有意な MTS 可動域の増大を認めた。

【結論】MTS 可動域での評価では、振動刺激により反射性要素の痙縮が軽減する可能性が示唆された。

2-6. 機械学習を利用した片麻痺患者の歩行速度を規定する関連指標の抽出

関西医科大学 リハビリテーション医学講座
鈴木 良和、堀 彩乃、小倉 久幸、田口 周、長谷 公隆

【背景】片麻痺患者の歩行速度に関与する指標抽出をマルコフ連鎖モンテカルロ (MCMC) 法による重要度サンプリングによって試みた。

【方法】生活期片麻痺患者 53 例を対象とし、3次元歩行分析 (アニマ社製) で得た歩行データから、機械学習による指標抽出を行なった。健常者 105 名の歩行データで構成されたマハラノビス (MH) 空間における患者データの MH 距離を算出し、MCMC 法により MH 距離と歩行速度の決定係数が最も良くなる MH 距離の構成要素を抽出した。得られた特徴量から k-means 法を行い、同定された各群で MCMC 法を実施することで、各群の歩行速度を規定する指標を抽出した。

【結果】低速度群で健常側踵接地時の麻痺側股関節伸展角度と膝関節伸展角度が抽出され、高速度群で麻痺肢踵接地の股関節内転角度と麻痺肢爪先離地での trailing limb angle 冠状面成分が抽出された。

【考察】機械学習による歩行分析では、経験則に基づかない新たな知見が得られる可能性が示唆された。

2-7. 延髄外側梗塞（ワレンベルグ症候群）の長期経過中に再度摂食嚥下機能障害を生じた症例

社会医療法人 岡本病院(財団) 京都岡本記念病院 リハビリテーション科¹⁾、
京都府公立大学法人 京都府立医科大学大学院 リハビリテーション医学²⁾、
京都府公立大学法人 京都府立医科大学 集学的身体活動賦活法開発講座³⁾
近藤 裕介¹⁾、濱中 紀成¹⁾、木村 匡男¹⁾、沢田 光思郎^{2) 3)}、三上 靖夫^{2) 3)}

延髄外側梗塞の長期経過中に再度摂食嚥下機能障害を生じた症例について報告する。症例は80歳男性で、X-13年前に延髄外側梗塞（ワレンベルグ症候群）に伴う食道入口部の開大不全により摂食嚥下機能障害をきたし、バルーン法を含む間接嚥下訓練を実施した。栄養摂取量確保の目的で胃瘻を造設し、摂食嚥下機能の改善を認めたため直接嚥下訓練などを追加したところ摂食可能となり、胃瘻を留置したまま注入自己管理で自宅へ退院した。退院後、摂食嚥下機能はさらに改善し完全経口摂取となり、X-10年前に胃瘻を抜去した。X年、誤嚥性肺炎を発症し、再度経口摂取困難となり、リハビリテーション治療を実施した。脑梗塞の再発は認めなかったが、嚥下造影検査で、食道入口部の開大不全を認めた。本症例と延髄外側梗塞の新規症例とを比較し、摂食嚥下機能障害の再発例の特徴について嚥下造影検査の動画を交え、考察する。

3-1. 環軸椎回旋位固定に対してリハビリテーション治療介入をおこなった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科⁴⁾
小西 英樹¹⁾、橋本 務¹⁾、大植 睦²⁾、中土 保³⁾、幸田 剣⁴⁾

【はじめに】環軸椎回旋位固定 (atlantoaxial rotatory fixation:以下AARF) の1例を経験した。

【症例】10歳、女兒。誘因なく、頸部の可動性消失などで当院受診。

【所見】頸部は左回旋位45度、cock robin positionを呈し、頸部の自動運動は疼痛により困難であった。単純X線でAARFを認め、CTでは環軸椎の捻転度は34.5度であった。

【経過】体重の10%の5kg、1日20時間の牽引加療をおこなった。数日で疼痛は軽快し、頸部の自動運動も回旋15度程度可能となり、CTでは環軸椎捻転度は2週で23.5度、4週で6.4度とほぼ整復位を獲得することができた。頸部の回旋は右65度、左60度まで改善を認め、フィラデルフィアカラー装着し、軽快退院となった。

【考察】AARFの経過観察においては臨床所見のみで判断するのではなく、その治療効果判定にCTが有用と考えられた。

3-2. 人工膝関節全置換術後短期間の機能障害の推移

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科⁴⁾
小西 英樹¹⁾、橋本 務¹⁾、大植 睦²⁾、中土 保³⁾、幸田 剣⁴⁾

【はじめに】人工膝関節置換術前後の機能障害に対して、後視法的調査をおこなった。

【対象および方法】65例を対象とした。年齢は64～87歳である。これらの症例に対して、術前・退院時・術後6ヵ月の時点で、膝関節可動域、Time Up and Go test、10m歩行、膝関節屈伸筋力、CS-30などを調査した。

【結果】術前より退院時に低下していた機能障害は他動的ROM、CS-30、膝屈伸筋力であった。術後6ヵ月で術前機能障害より改善したバッテリーとしてはTime Up and Go test、CS-30、快適歩行、速歩、膝伸展筋力であった。

【考察】人工膝関節置換術前後の機能障害の報告は多数あり、短期間で回復するものや長期間必要など様々である。今回の調査で、術後6ヵ月で術前まで回復しないしは術前を上回るバッテリーなどを知り得ることができた。

3-3. 長母指伸筋腱断裂Zone T1に対して直接縫合した2例

JCHO星ヶ丘医療センター

粕谷 泰祐

【はじめに】長母指伸筋腱断裂(以下EPL)Zone T1に対して直接縫合した2例の後療法と経過について報告する。

【症例1】31歳女性。受傷2日後に4-0 津下ループ針を用いた core suture 4-strand と 6-0 プロリンによる補助縫合を施行し、術後4週後まで IP、MP 関節伸展位で thumb spica 固定した後に ROMex を開始した。術後12週後時点で %TAM83%、母指伸筋腱機能度 88%、Buck-Gramcho 法 excellent であった。

【症例2】38歳男性。受傷3日で症例1と同様の腱縫合と外固定を選択した。IP 関節で断端がよったため 10 度伸展位で c-wire 固定を加えた。術後4週後に wire 抜去し ROMex を開始した。術後12週と6ヶ月時点で %TAM は 73% から 90%、母指伸筋腱機能度 58% から 74%、Buck-Gramcho 法は 12 週時点で excellent であった。

【考察】EPL の Zone T1 損傷は強固な縫合が困難であり初期外固定を選択した。腱の短縮次第で術後12週以降も回復しうることから、慎重な経過観察が重要である。

3-4. 脊髄損傷の急性期痙縮に対し、拡散型体外衝撃波治療とボツリヌス療法を併用した1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 リハビリテーション部²⁾
西村 真衣子¹⁾、原田 理沙¹⁾、臼井 俊輝¹⁾、長瀬 麻理子¹⁾、鹿島 遼河¹⁾、佐保 航¹⁾、平林 卓也²⁾、
村中 由香²⁾、酒井 良忠¹⁾

【はじめに】ボツリヌス療法は痙縮の治療として広く用いられるが急性期での使用は少なく、拡散型体外衝撃波治療(ESWT)は痙縮治療の新しい選択肢として近年注目を集めている。脊髄損傷急性期の痙縮に対してボツリヌス療法とESWTを併用したので報告する。

【症例】50代男性。後縦靱帯硬化症があったが受傷前は独歩可能であった。X月Y日、自転車運転中に自動車と衝突し当院に救急搬送され、頸髄損傷(AIS C)と診断された。Y+4日、理学療法と作業療法を開始したが、下肢に MAS3-4 の痙縮を認めた。Y+7日、後方徐圧固定術を施行された。術後も下肢痙縮が著明で、姿勢保持不可能であった。両下肢に週2回のESWTとボツリヌス療法を行い、端坐位及び介助立位訓練が可能となった。

【考察】脊髄損傷急性期にリハビリテーション治療の阻害因子となる非常に強い痙縮を認めた症例に対し、ボツリヌス療法とESWTを併用した。急性期病院での早期離床と有効な訓練が可能であった。

3-5. 破傷風後の痙縮に対してITB療法とボツリヌス毒素療法を行った1例

医療法人社団松下会白庭病院 脳神経外科¹⁾、奈良県立医科大学附属病院 脳神経外科²⁾

前田 裕仁¹⁾、川田 和弘¹⁾²⁾、角谷 美帆¹⁾²⁾

破傷風は重篤な中枢神経感染症である。感染から10か月後でも重度の痙縮が残存し、バクロフェンの髄腔内投与後にボツリヌス毒素療法を行った一例を報告する。症例は79歳、男性。78歳時に畑で指の挫創を受傷した。二週間後に開口障害をきたし前医で集中治療を受けた。受傷後約10か月でリハビリ目的に転院した。Barthel Indexは60点と起居活動に介助が必要であった。筋緊張は両下肢と体幹で顕著。足背屈は受動で右-10度左5度と尖足で股関節膝関節も可動性が低下していた。発症後11か月目にバクロフェン50 μ gを髄腔内投与後速やかに股関節、膝関節ともに90度以上稼働でき痙縮と診断した。感染から4年後も下肢に痙縮残存しボツリヌス毒素を300t単位投与した。痙縮は改善傾向となり歩行は改善した。破傷風症例に対するボツリヌス毒素療法の報告がなく今後推移を検討していく予定である。

3-6. 人工膝関節置換術にて疾患活動性が改善した関節リウマチの1例

三重大学大学院医学系研究科 整形外科¹⁾、三重大学医学部附属病院 リウマチ膠原病センター²⁾

若林 弘樹¹⁾、西村 明展¹⁾、刀根 慎恵¹⁾、内藤 陽平¹⁾、中島 亜矢子²⁾、長谷川 正裕¹⁾

症例は40歳女性、罹病期間15年のStageIV, Class3の関節リウマチ(RA)患者である。6ヵ月前より両膝関節炎が悪化し、人工膝関節置換術(TKA)目的に受診された。両膝関節は関節破壊が著明であり(右Larsen IV, 左V), 外反変形と伸展障害がみられた。RA治療は抗リウマチ薬併用下に生物学的製剤で加療され、プレドニン8mg/日が併用されていた。RAはCDAI14.3, SDAI15.9と中等度疾患活動性であり、膝関節機能はKnee score (KS)は右12点, 左0点, Functional score (FS)は55点であった。変形の強い左からTKAを施行した。術中インプラント挿入の際、脛骨内側が沈んだため、術後テリパラチドを使用し、荷重制限をして理学療法を施行した。術後1年KS右74点, 左87点, FS70点に改善し、RA疾患活動性もCDAI2.9, SDAI2.99と寛解に至っている。

脳卒中急性期治療

奈良県立医科大学脳神経内科・脳卒中センター 病院教授

斎藤 こずえ

脳卒中の急性期治療には時間制限があり、速やかな治療が予後を改善することが知られる。特に、発症から4.5時間以内に施行の必要がある tPA 静注療法は投与可能時間が限られており速やかな治療への移行が重要である。”Time is brain”をテーマに当院でも医師や看護師のみならず、理学療法士や事務といったコメディカルからもダイレクトに SCU 担当に連絡ができる体制を整えている。リハビリ中に発症することもしばしばで、特に理学療法士の先生方は患者の変化を最も鋭敏に観察できる。ぜひ脳卒中急性期治療について理解を深めていただきたい。

脊髄損傷完全麻痺者のための医工学融合研究：T-HAL法の考案と起立着座支援移動機器Qoloの開発

筑波大学医学医療系リハビリテーション医学 准教授

清水 如代

脊髄損傷完全麻痺者における二つの医工学融合研究を概説する。

- 1) 装着型サイボーグ HAL は、生体電位センサをもつ。主動筋ではない残存筋をトリガーとして選択し、麻痺患者の運動意図に沿った随意的な麻痺肢訓練 (T-HAL 法) を実施している。
- 2) 起立着座支援移動機器 Qolo は体幹前傾によりばねが作動し、膝関節伸展及び起立動作を補助する機器である。医工学融合研究チームによる開発の経緯、意義について紹介する。

リハビリテーション医療と栄養の最近の動向

奈良県立医科大学 ロボット技術活用地域リハビリテーション研究センター 招聘教授

平成まほろば病院 ロボットリハビリテーションセンター センター長

田中 優

2024 年の診療報酬改定の中で急性期リハビリテーションや介護報酬面でのリハビリテーションと栄養の連携の大切さは認識されている。2024 年改訂版リハビリテーション栄養のガイドラインは脳血管障害、COPD、心不全、がん、大腿骨近位部骨折、嚥下障害、リハビリテーション薬剤、栄養士による介入、強化型運動療法、歯科口腔ケア、SDH、入院関連サルコペニアをあつかい それらを基に最近の動向について話したい。

GAIT INNOVATION

ゲイト イノベーション

装具の高さ、周径を装着したまま、工具を使わず調整を可能にする事でリハビリテーションの時間を最大限に活用頂ける備品用長下肢装具です。



T-support

ティーサポート

脳卒中片麻痺患者の下肢装具を用いた歩行トレーニング時に併用することで、立脚期では下肢の支持性を向上させ、遊脚期にはスイングを補助します。



※本製品は、宝塚リハビリテーション病院
中谷知生先生のご指導のもと、
川村義肢株式会社が開発を
担当した商品です。

リハビリテーションの
効果をより高いものに
するために



GAIT SOLUTION Design
ゲイトソリューション デザイン

油圧緩衝器付短下肢装具ゲイトソリューションデザイン
最新の理論と技術、美しく機能的なデザイン「歩きやすさ」と
「装具と靴、2つの履きやすさ」をかなえた短下肢装具

※本商品は、国際医療福祉大学 教授 山本澄子先生のご指導のもと川村義肢株式会社が開発を担当した商品です。(特許第4156909号)



K 川村義肢株式会社

<大東本社> 〒574-0064 大阪府大東市御領1-12-1 Tel.072-875-8020 Fax.072-875-8041

<http://www.kawamura-gishi.co.jp/>

川村義肢

検索



サイバニクスで未来を拓く

HAL®医療用単関節タイプ 能動型
展伸・屈伸回転運動装置 管理医療
機器、特定保守管理医療機器
認証番号：302AIBZX00017000



HAL®腰タイプ 介護・自立支援用

CYBERDYNEは、『人』+『サイバー・フィジカル空間』を扱う「サイバニクス技術」(人・ロボット・情報系の融合複合技術)を駆使し、「ロボット産業」、「IT 産業」に続く「サイバニクス産業」の創出を推進する未来開拓企業です。

「CYBERDYNE」、「装着型サイボーグ」、「Wearable Cyborg」、「ROBOT SUIT」、「ロボットスーツ」、「ROBOT SUIT HAL」、「ロボットスーツ HAL」、「HAL」、「Hybrid Assistive Limb」はCYBERDYNE（株）の登録商標です。

CYBERDYNE株式会社

〒305-0818 茨城県つくば市学園南二丁目2番地1
(代表) 029-855-3189 URL: www.cyberdyne.jp



+ Redefining healing potential

REGENETEN インプラント

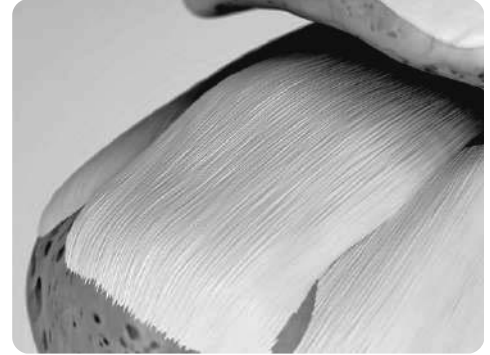
腱板組織の足場となる、気孔を有する配向されたコラーゲン繊維シートです。気孔内に腱組織が入り込むことにより腱厚が約 2mm 増加し、腱板損傷部位の修復を促進します。



1. REGENETEN インプラントを滑液包側腱板に固定



2. 12 週までに腱様組織がインプラントに入り込み¹



3. インプラントは 6 ヶ月で吸収され、腱様組織は既存の腱と一体化する¹

Clinical value

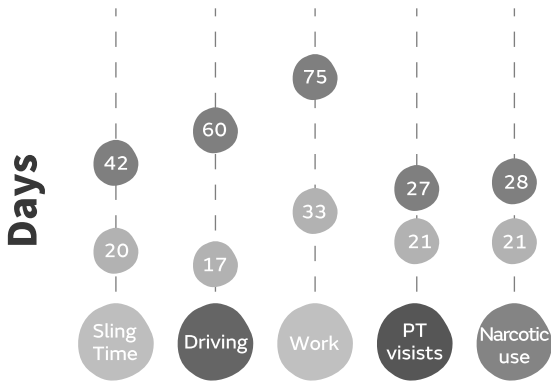
腱板不全断裂

修復せず、腱板損傷部に REGENETEN インプラントを固定することにより、早期の復帰が期待出来ます。

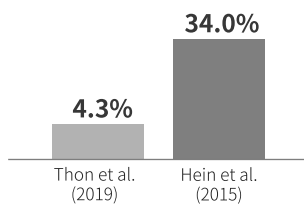
一次修復可能な大広範囲断裂

修復部に REGENETEN インプラントを固定することにより、再断裂率の低下が期待出来ます。

Recovery, REGENETEN インプラント vs. Standard of Care²⁻⁶



Re-tear rate(%), REGENETEN インプラント vs. Standard of Care^{7,8}



Reference:

1. Arnoczky SP, et al. Arthroscopy. 2017;33(2):278-2 2. McIntyre LF, et al. Arthroscopy. 2019;35(8):2262-71. 3. DiSilvestro KJ, et al. Clin Orthop Relat Res. 2016;474(12):2557-2570. 4. Acevedo DC, et al. J Bone Joint Surg Am. 2014;96(14):e123. 5. Dickinson RN, et al. J Shoulder Elbow Surg. 2017;26:915-922. 6. REBUILD Registry, data on file. Data shown represents REBUILD Registry cut-off on January 16th, 2020 (Patients Enrolled: N=482). 7. Thon SG, et al. Am J Sports Med. 2019;47(8):1901-8. 8. Hein J, et al. Arthroscopy. 2015;31(11):2274-81

MBT

奈良県立医科大学
MBTコンソーシアム
と株式会社三笠の
共同開発

日本リハビリテーション医学会学術集会で発表されました。

手指の筋力トレーニング手袋を開発しました！

特許取得の特殊な編み技術

にぎるくん^{プラス}+

※
世界初！

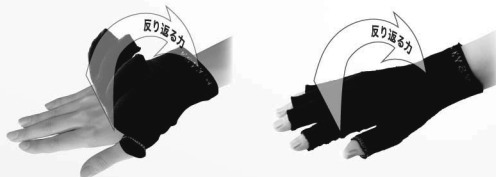
特許取得
7045029

靴下会社だからできる
特許取得の編み技術

反り返る力

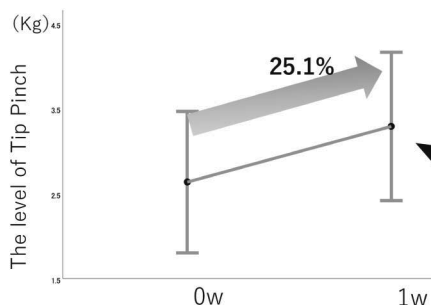
手袋からの
抵抗機能で
手指の筋力
トレーニング！

装着イメージ



※当社調べ。写真、イラストはイメージです。

結果（手指機能の変化）

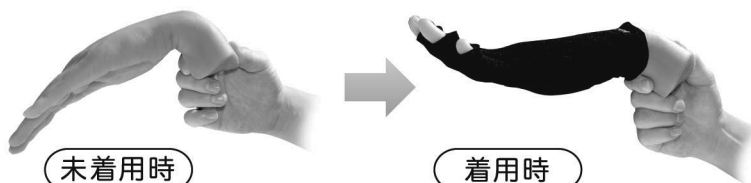


25%
UP!!

第59回リハビリテーション医学会学術集会 資料より

装着時間と手指筋力の変化は相関があり、
手指筋力を改善させる可能性があります。

シリコン製のマネキンが着用した場合



日本
中小企業
大賞2023
JAPAN SMES AWARD 2023

新規チャレンジ
—ユニークビジネス部門—
最優秀賞



握力強化の手袋開発

三笠工業株式会社
手指機能強化手袋を開発
パーキンソン病の症状改善に期待
「にぎるくん」は、手指の筋力トレーニングに効果的であることが、実験で確認された。パーキンソン病の症状改善に期待が持たれている。

メディアにも
取り上げられています。



三笠 HP



さらに詳しく
知りたい方は
こちらから♪



M I K A S A 株式会社 三笠

☎0120-419-240 10:00-17:00 <月～金(祝日を除く)>

〒234-0055 神奈川県横浜市港南区日野南 3-2-71

第三種医療機器製造販売業許可証取得工場



骨粗鬆症治療剤 薬価基準収載

オスタバロ[®] 皮下注カートリッジ1.5mg

OSTABALO[®] Subcutaneous Injection Cart 1.5mg アバロパラチド酢酸塩注射剤

処方箋医薬品^{注)} 注)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、禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。

製造販売元

帝人ファーマ株式会社

東京都千代田区霞が関3丁目2番1号 ☎0120-189-315

文献請求先及び問い合わせ先：メディカル情報グループ

OSC029-DP-2211
2022年11月作成



抗TFPIモノクローナル抗体 15mg・60mg・150mg:薬価基準収載 300mg:薬価基準未収載

アレモ®皮下注

15mg	発売準備中
60mg	新発売
150mg	新発売
300mg	発売準備中

Alhemo® Subcutaneous Injection コンシズマブ(遺伝子組換え)
生物由来製品、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〈資料請求先〉
ノボ ノルディスク ファーマ株式会社
〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1
www.novonordisk.co.jp

JP24AHM00033
(2024年7月作成)

膝に特化した 歩行分析計

iMU
One



歩行解析計 iMU One は
膝内反モーメントをわずか5分で推測できる
ウェアラブルデバイスです

動作解析装置不要
膝内反モーメント計測

変形性膝関節症の
機械的因子の一つ
膝内反モーメントKAMを
センサを1台装着し
5mほど歩くだけで
推測できます。

診療報酬
250点申請可能

一般医療機器
(クラスⅠ)で、
D250、平衡機能検査
5.動作分析検査
(診療報酬250点)に
対応しています。

診療・リハビリ・研究
多方面で活用可能

どこでも簡単に
計測ができるため、
日々の診療に取入れる
ことができ、臨床判断
の支援やリハビリの即
時的効果の検証等に
活用いただけます。

販売名：歩行解析計 iMU One 一般の名称：歩行分析計 医療機器届出番号：13B3X10340000001

製造販売業者

iMU 株式会社

東京都中央区日本橋室町二丁目 4 番 3 号日本橋室町野村ビル 7 階

<https://www.imujapan.com>

販売業者

京セラ株式会社 メディカル事業部

本社：京都市伏見区竹田鳥羽殿町 6 番地

東京事業所：東京都品川区東品川 3 丁目 32-42 I-S ビル TEL 03-5782-7038

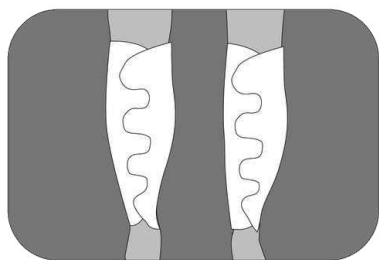
<https://www.kyocera.co.jp/prdct/medical/>

奈良県立医科大学 / MBTコンソーシアム 共同開発

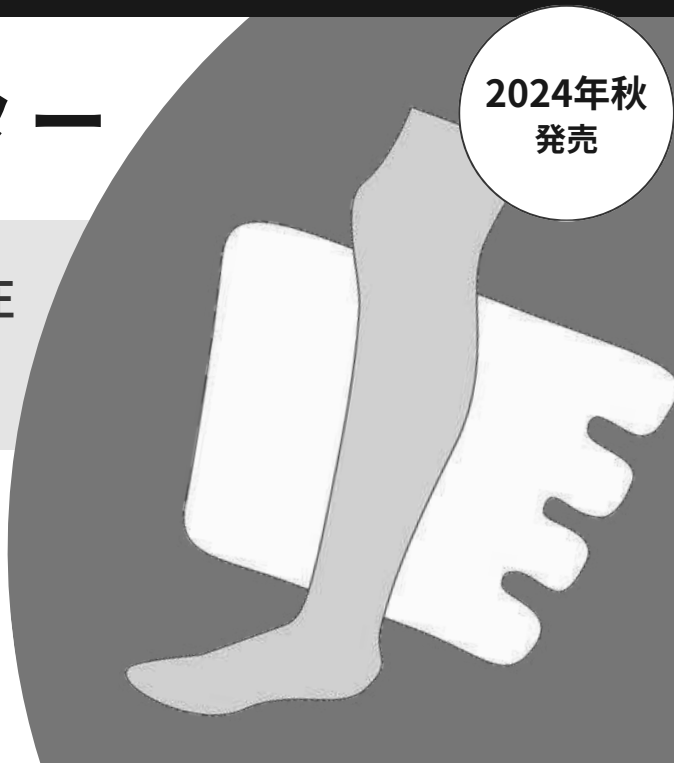
おみ足着圧サポーター

2024年秋
発売

太もも・ふくらはぎをマジックテープで着圧
はさみでカット！サイズ調整可



2枚セット 6,500円
(税・送料込み)





確かな技術で
確かな適合を

3D CAD/CAM 導入
足装具インソール (go-tec)
側弯症装具 (シェノーブレース)



富金原義肢
FUKINBARA-GISHI.CO., LTD

571-0039 大阪府門真市速見町13番17号
TEL: 06-6909-6528 FAX: 06-6909-6260
E-mail: fg@fukinbara-gishi.com
<https://www.fukinbara-gishi.com/>



まだないくすりを
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

www.astellas.com/jp/

明日は変えられる。

 **astellas**
アステラス製薬株式会社

GSK

A型ボツリヌス毒素製剤

薬価基準収載

毒薬 生物由来製品 処方箋医薬品 (注意－医師等の処方箋により使用すること)

ボトックス[®] 50単位 100単位 注用

BOTOX for injection

※「警告」、「禁忌」、「効能又は効果」、「効能又は効果に関連する注意」、「用法及び用量」、「用法及び用量に関連する注意」等については、電子添文をご参照ください。

【製造販売元】(輸入)

グラクソ・スミスクライン株式会社

〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文献請求先及び問い合わせ先

TEL: 0120-561-007 (9:00～17:45 / 土日祝日及び当社休業日を除く)

FAX: 0120-561-047 (24時間受付)

PM-JP-OBT-ADVT-200002
改訂年月2022年11月

von Willebrand 因子非依存型 遺伝子組換え血液凝固第VIII因子製剤

薬価基準収載

オルツビーオ[®] 250 500 1000 2000 3000 4000 静注用

ALTUVIII[®] Intravenous エファネソクトコグ アルファ(遺伝子組換え)

生物由来製品 処方箋医薬品 (注意－医師等の処方箋により使用すること)

新発売

「効能又は効果、用法及び用量、注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。資料は当社医薬情報担当者にご請求ください。

2023年11月作成
MAT-JP-2308302-1.0-11/2023

製造販売: サノフィ株式会社

〒163-1488
東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

sanofi

病気だけでなく、
創薬の常識にも立ち向かう。
未知のイノベーションで、
病気より先に未来へ行く。
できそうもない薬でなければ
私たちが生み出す意味はない。

創造で、想像を超える。



中外製薬



ロシュ グループ



Boehringer
Ingelheim



チロシンキナーゼ阻害剤／抗線維化剤
創薬 | 処方箋医薬品 | 注意 - 医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

オフエブ® 100mg
カプセル 150mg

ニンテタニブエタンスルホン酸塩製剤 OFEV® Capsules 100mg・150mg

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等
情報等につきましては製品電子添文をご参照ください。

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先）

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
DI センター

〒141-6017 東京都品川区大崎 2 丁目 1 番 1 号

ThinkPark Tower

TEL : 0120-189-779

< 受付時間 > 9:00 ~ 18:00（土・日・祝日・弊社休業日を除く）

2023 年 3 月作成



社会医療法人平成記念会は

「切れ目のない医療と介護」を地域の皆様に提供します



社会医療法人 平成記念会

〒634-0813 奈良県橿原市四条町827 ☎0744-29-3300

<http://www.heisei.or.jp>



◆ 平成記念病院（救急・急性期・回復期）

〒634-0813 奈良県橿原市四条町827 ☎0744-29-3300

診療内容：呼吸器内科 消化器内科 循環器内科 脳神経内科 脳神経外科
整形外科 消化器・乳腺外科 皮膚科 歯科口腔外科 放射線科
リハビリテーション科 各種健診 各種内視鏡検査 訪問リハビリ
病床数：300床（一般病棟180床 回復期90床 地域包括30床）

◆ 平成まほろば病院（回復期）

〒634-0074 奈良県橿原市四分町82-1 ☎0744-21-7200

診療内容：内科 リハビリテーション科 訪問リハビリ
病床数：116床（回復期106床 地域包括10床）

◆ へいせいたかとりクリニック（在宅医療）

〒635-0136 奈良県高市郡高取町大字兵庫202 ☎0744-48-3301

診療内容：内科 整形外科 リハビリテーション科 訪問診療（24時間対応可）
訪問リハビリ

◆ 介護老人保健施設 鷺栖の里（施設介護・通所リハ）

〒634-0074 奈良県橿原市四分町85-1 ☎0744-21-1600

事業内容：入所（100床）通所リハビリテーション（60名）短期入所療養介護

◆ 通所介護事業所 あ・える神宮前

〒634-0063 奈良県橿原市久米町558 ☎0744-44-3670

◆ 通所介護事業所 あ・える田原本

〒636-0311 奈良県磯城郡田原本町大字八尾582-1 ☎0744-33-0222

◆ 訪問看護ステーション あおい

〒634-0074 奈良県橿原市四分町82-1 ☎0744-21-6262

◆ 居宅介護支援事業所 しじょう

〒634-0074 奈良県橿原市四分町82-1 ☎0744-21-6161

◆ 社会福祉法人 特別養護老人ホームたかとり（全室個室ユニット90床 通所介護30名 短期入所10名）

平成記念福祉会 〒635-0136 奈良県高市郡高取町大字兵庫196 ☎0744-52-1500



平成記念病院



平成まほろば病院



へいせいたかとり
クリニック



介護老人保健施設 鷺栖の里



医療法人 上本町



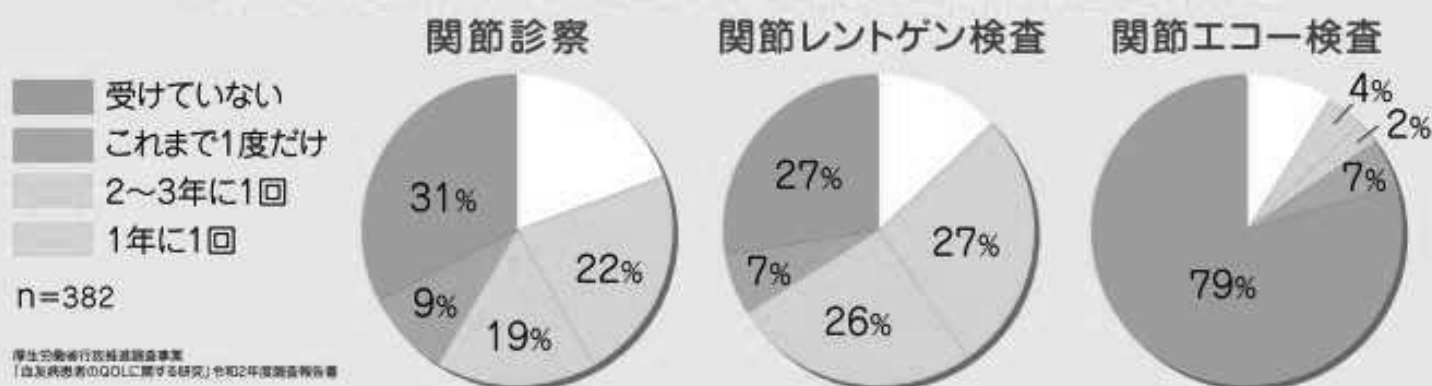
ぼく小児科

小児科・アレルギー科

血液内科 (大人は血友病のみ対応)

関節のチェック(評価)してますか？

●直近5年間に受けた関節評価と頻度



血友病関節外来

【土曜日の午後】不定期開催のため外来日はお問い合わせください。

担当：稲垣 有佐

◆いながき ゆうすけ

奈良県立医科大学 整形外科・リハビリテーション科(血友病専門)

Our values are Safe,Clean & Comfortable

地域の皆様に信頼していただける、
安心で安全な医療に努めます。



医療法人 興生会

吉本整形外科・外科病院

〒639-2101 奈良県葛城市正田676-1



TEL.0745-69-5353

FAX.0745-69-5352

病 床 数 57床

診 療 科 目 整形外科・外科・内科・脳神経外科
リハビリテーション科

診 療 時 間 【午前診療】 09 : 00 ~ 11 : 30 (月 ~ 土)
【午後診療】 13 : 30 ~ 15 : 00 (月 ~ 金)
【夜間診療】 17 : 00 ~ 18 : 30 (月・水・金)

受付時間		月	火	水	木	金	土
整形外科	午前診	8:00 ~ 11:30	●	●	●	●	●
	午後診	13:30 ~ 15:00 (予約制)	●	●	●	●	—
		16:30 ~ 18:30	●	—	●	—	—
内科	午前診	8:00 ~ 11:30	—	●	—	●	—
脳外科	午前診	8:00 ~ 11:30	—	—	—	—	●



当院ではロボットアーム手術支援システムを導入し、人工股関節全置換および人工膝関節全置換の手術を保険診療で行っています。



Yoshimoto Orthopedic Surgery Hospital

医療・介護・福祉サービスを総合的に提供しています



奈良東病院グループ

NARA HIGASHI HOSPITAL GROUP

心に残る、質の高いサービス

Nara Kyoto Osaka

介護・福祉サービスの明日を見つめて



- ◆奈良東病院
- ◆施設入所・住宅系サービス
- ◆訪問・通所・地域密着型サービス
- ◆居宅介護支援サービス
- ◆地域包括支援センター
- ◆日本語学校・介護福祉士養成校
- ◆保育園

奈良東病院グループ
【総合相談窓口】

奈良県天理市中之庄町392-1 TEL.0743-65-5141
【受付時間】AM9:00~PM5:00 【定休日】日曜・祝日・年末年始(12/30~1/3)
【運営法人】医療法人健和会、社会福祉法人大和清寿会、株式会社ライフエール

救 急
労災指定

原田病院

外科・整形外科・消化器外科・肛門科・乳腺外科

皮膚科・泌尿器科・リハビリテーション科

〒542-0082 大阪府中央区島之内2丁目17番15号

TEL 06-6211-1006

【交通アクセス】

地下鉄堺筋・千日前線 日本橋駅より徒歩4分

近鉄線 日本橋駅より徒歩4分