



第57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 (8:55 ~ 9:00)
- ◆ 一般演題発表 セッションⅠ(脳神経Ⅰ) (9:00 ~ 10:05)
- ◆ 一般演題発表 セッションⅡ(運動器・脳神経Ⅱ) (10:10 ~ 11:15)
- ◆ 一般演題発表 セッションⅢ(内部障害・その他(転倒予防・復職)) (11:20 ~ 12:25)
- ◆ ランチョンセミナー (12:40 ~ 13:40)
『反復性経頭蓋磁気刺激 (rTMS) ~ 症状に応じたテーラードな適用 ~』
聖マリアンナ医科大学リハビリテーション医学講座 主任教授 佐々木 信幸 先生
- ◆ 教育講演 1 (13:50 ~ 14:50)
『脳梗塞に対するリハビリテーション医療と複合的再生医療開発』
京都大学大学院 医学研究科 臨床神経学 講師 眞木 崇州 先生
- ◆ 日本リハビリテーション医学会近畿地方会 令和7年度総会 (14:50 ~ 15:20)
- ◆ 教育講演 2 (15:30 ~ 16:30)
『循環器内科医が考える疾病管理としての心臓リハビリテーション医療；現状と課題』
大阪医科薬科大学 循環器内科 講師 坂根 和志 先生
- ◆ 教育講演 3 (16:40 ~ 17:40)
『ロボット・AI・ICT を活用した運動器リハビリテーション診療』
奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座 准教授 稲垣 有佐 先生
- ◆ 閉会挨拶および次回会長挨拶 (17:40 ~)

会 長：小金丸 聡子（大阪医科薬科大学 リハビリテーション医学教室）

日 時：令和7年9月20日(土) 8:30~18:00

会 場：大阪医科薬科大学 看護学部 講堂

連絡先：大阪医科薬科大学 リハビリテーション医学教室

大阪府高槻市大学町2番7号

TEL:072-683-1221 FAX:072-684-6336

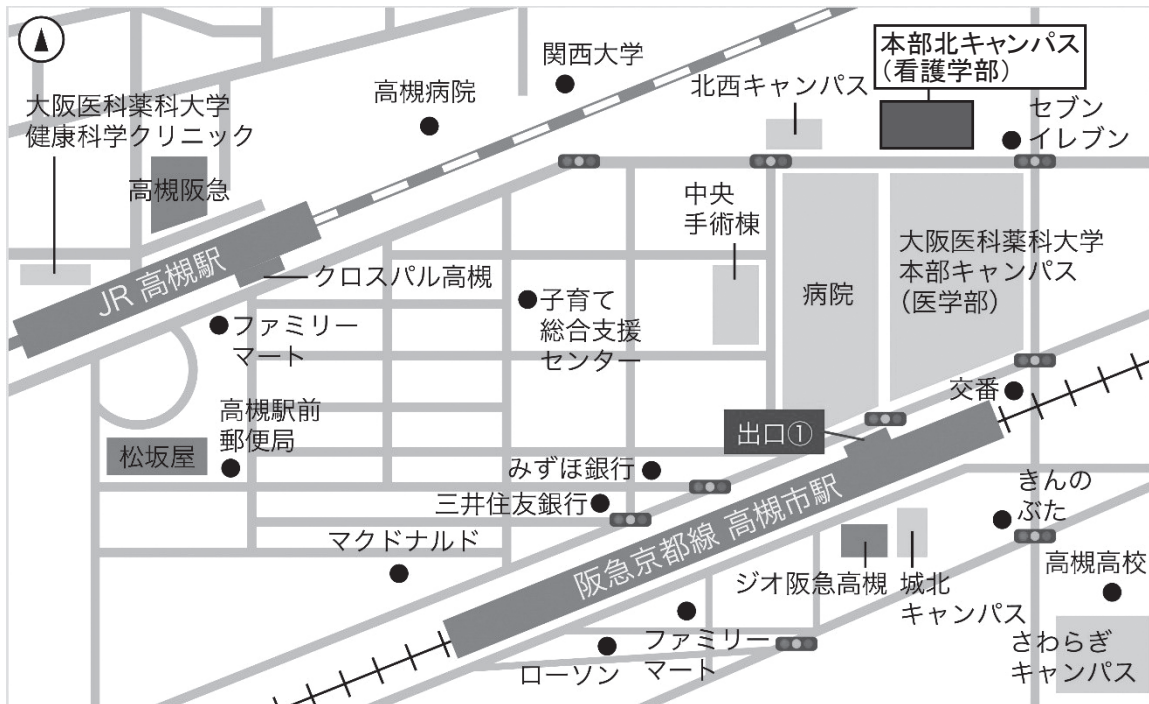
URL <http://www.kinkireh.com>

会場へのアクセス

大阪医科薬科大学 本部北キャンパス 看護学部 講堂

〒569-8686 大阪府高槻市大学町 2 番 7 号

TEL : 072-683-1221



<アクセス>

JR 東海道本線 (JR 京都線) 「高槻」 駅下車 南口より徒歩 10 分

阪急京都線 「高槻市」 駅下車 出口 1

看護学部のある北キャンパスは、大阪医科薬科大学病院のある本部キャンパス (医学部) とは、北側の道路をはさんで向かいの敷地にあります。

阪急高槻市駅からは、出口①から出て右に進み、交番のある交差点を左折して進み、セブンイレブン前の交差点を渡ってください。

JR高槻駅からは南口から出て、東側に道なりに進んでください。

大阪医科薬科大学本院の立体駐車場 (有料) は、駐車台数に限りがあります。できる限り公共交通機関をご利用いただきますようお願い申し上げます。

参加者の皆様へ

1) 参加受付について

8 時 35 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) 専門医 1 単位 認定臨床医 10 単位

学術集会参加 専門医 1 単位 認定臨床医 10 単位

研修会受講 専門医 3 単位 認定臨床医 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 7 分、質疑応答 1 分の合計 8 分間です。時間厳守をお願いします。
3. 演者は、セッション開始 30 分前までには PC 受付にて受付をお済ませの上 (ただし PC 受付開始は 8:35 からになります。)、発表開始 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。
 - (3) 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と、モニター出力端子として HDMI 端子をご準備頂きお持ち込みください。
 - (4) 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。
 - (5) 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。
 - (6) 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。
- ・会場 (看護学部講堂) の室内は飲食禁です。ご理解のほど、よろしくお願いいたします。

プログラム

◆ 大会長挨拶

(8 : 55～9 : 00)

小金丸 聡子 (大阪医科薬科大学 リハビリテーション医学教室)

◆ 一般演題発表 セッション I (脳神経1)

(9 : 00～10 : 05)

座長：磯山 浩孝 (愛仁会リハビリテーション病院 副院長)

I-1. 触覚提示デバイスによる運動覚刺激が脳活動に与える影響：予備的検討

大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科¹⁾、
京都大学大学院医学研究科 脳機能総合研究センター²⁾、
京都大学大学院医学研究科 高次脳科学講座脳統合イメージング³⁾、
京都大学大学院医学研究科 近未来システム・技術創造部門⁴⁾、
立命館大学大学院 先端総合学術研究科⁵⁾、
大阪医科薬科大学医学部 総合医学講座 リハビリテーション医学教室⁶⁾
古川 涼太郎¹⁾、山本 蓮武^{1) 2)}、浦上 英之^{1) 2)}、二階堂 泰隆^{1) 2)}、張 雲山³⁾、中村 達弘³⁾、
山田 真子^{2) 5)}、川上 紗輝²⁾、Bayasgalan Borgil^{2) 5)}、曹 葉迪²⁾、鳥山 雅²⁾、島 淳⁴⁾、
佐浦 隆一⁶⁾、梅田 達也³⁾、小金丸 聡子^{2) 6)}

I-2. 中枢神経浸潤を伴う血管免疫芽球性T細胞リンパ腫患者の身体機能と在宅期間中の活動量の経時的変化 (症例報告)

大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科¹⁾、
大阪医科薬科大学 医学部 総合医学講座 リハビリテーション医学教室²⁾
田中 雄大¹⁾、安田 歩¹⁾、二階堂 泰隆¹⁾、小金丸 聡子^{1) 2)}、佐浦 隆一^{1) 2)}

I-3. 急性大動脈解離(Stanford A 型)手術後に併発した対麻痺に対し、Primewalk を使用し歩行障害が改善した一例

渡辺医学会 桜橋渡辺リハビリテーション病院
伊飼 美明、寺田 幸恵、奥野 杏子

I-4. 脳梗塞後にCI療法とMELTzを併用することで上肢運動機能が改善した一例

兵庫医科大学病院 リハビリテーションセンター¹⁾、
兵庫医科大学病院 医学部 リハビリテーション医学講座²⁾、
兵庫医科大学病院 リハビリテーション学部 理学療法学科³⁾
露口 直樹¹⁾、中川 はるか²⁾、内山 侑紀²⁾、宮部 由利²⁾、児玉 典彦³⁾、道免 和久²⁾

I-5. 運動麻痺を呈した術後悪性脳腫瘍患者の身体機能の回復経過

大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科¹⁾、
大阪医科薬科大学 医学部 総合医学講座 リハビリテーション医学教室²⁾
石田 直也¹⁾、二階堂 泰隆¹⁾、浦上 英之¹⁾、黒田 健司¹⁾、小金丸 聡子^{1) 2)}、佐浦 隆一^{1) 2)}

I-6. 自己免疫性GFAPアストロサイトパチー 3 症例のリハビリテーション入院経過

森之宮病院 リハビリテーション科¹⁾、森之宮病院 脳神経内科²⁾
中江 陽彦¹⁾、河野 倂司²⁾、畠中 めぐみ²⁾、矢倉 一¹⁾、藤本 宏明²⁾、来 真希子²⁾、
林 隆太郎²⁾、瀬川 翔太²⁾、宮井 一郎²⁾

I-7. 非典型的ギラン・バレー症候群を合併したEvans症候群に対して急性期から退院後まで嚥下障害と非対称性・限局性筋力低下の支援を行った一例

和歌山県立医科大学 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 リハビリテーション部²⁾

野中 都¹⁾、岡本 明幸¹⁾、前坂 真帆²⁾、寺村 健三²⁾、前島 ちか²⁾、風呂谷 容平¹⁾、

幸田 剣¹⁾

I-8. パーキンソン病の脳白質拡散異方性とリハビリテーション治療の効果

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 リハビリテーション科¹⁾、

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 脳神経内科²⁾、

西宮協立脳神経外科病院 リハビリテーション科³⁾、兵庫医科大学 リハビリテーション医学講座⁴⁾

丸本 浩平¹⁾、小山 哲男³⁾、内山 侑紀⁴⁾、児玉 典彦⁴⁾、水田 英二²⁾、道免 和久⁴⁾

◆ 一般演題発表 セッションII (運動器・脳神経2)

(10:10~11:15)

座長：原田 理沙（神戸大学大学院医学研究科リハビリテーション機能回復学 特命助教）

II-1. 大腿骨転子部骨折術前に脳梗塞を発症し1本杖歩行獲得に難渋した1症例

近畿大学医学部リハビリテーション医学教室¹⁾、近畿大学病院 リハビリテーション部²⁾

宮里 智美¹⁾、糸数 万紀¹⁾、田野 雅宏²⁾、榊田 藍²⁾、花田 一志¹⁾、東本 有司¹⁾

II-2. 骨粗鬆症に対する入院時骨密度検査の必要性

那智勝浦町立温泉病院 リハビリテーション科¹⁾、和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座²⁾

天ヶ瀬 わかな¹⁾、坂野 元彦¹⁾²⁾、幸田 剣²⁾

II-3. 膝関節内出血をきたしたvon Willebrand病患者に対して遺伝子組換え製剤投与下に早期可動域訓練を施行し機能改善を得た一例

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⁾

堀田 直幹¹⁾、稲垣 有佐¹⁾、梅山 和宏¹⁾、石田 由佳子¹⁾、小林 恭代¹⁾、伊藤 真理奈¹⁾、

宮崎 紗也佳²⁾、北村 哲郎²⁾、岡本 公一¹⁾、松井 元哉¹⁾、山口 知剛¹⁾、城戸 顕¹⁾

II-4. 早期の膝関節特発性骨壊死に対する楔状足底板と杖指導は手術療法を回避できるか？

大阪市立総合医療センター リハビリテーション科¹⁾、

大阪市立十三市民病院 リハビリテーション科²⁾、大阪市立総合医療センター 整形外科³⁾

松井 嘉男¹⁾、金田 浩治¹⁾、青野 勝成²⁾、松浦 正典³⁾

II-5. 小脳橋角部血管芽腫患者における開頭腫瘍摘出術後の歩行変動性の推移

大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科¹⁾、

大阪医科薬科大学 医学部 総合医学講座 リハビリテーション医学教室²⁾

中村 優芽¹⁾、安田 歩¹⁾、石田 直也¹⁾、二階堂 泰隆¹⁾、小金丸 聡子¹⁾²⁾、佐浦 隆一¹⁾²⁾

II-6. 感染のためITBポンプ抜去に至った重症四肢痙縮の一例

和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座

岩橋 孝弥、羽端 章悟、笠松 優衣、岡本 明幸、星野 晶子、野中 都、南方 美由希、幸田 剣

II-7. 腰曲がりを認めた慢性炎症性脱髄性多発神経炎の一例

行岡病院 リハビリテーション科¹⁾、行岡病院 脳神経内科²⁾、大阪行岡医療大学 医療学部³⁾

小仲 邦¹⁾²⁾³⁾、笠波 貴文¹⁾、北川 綾華¹⁾、廣田 哲也¹⁾、岡本 明大¹⁾、桑江 うらら¹⁾

II-8. オルトトップLHプラス装具からタマラック足継ぎ手付装具に変更し足底潰瘍が悪化した下垂足の1例

愛仁会リハビリテーション病院 診療部¹⁾、愛仁会リハビリテーション病院 リハ技術部²⁾、
川村義肢株式会社³⁾
越智 文雄¹⁾、菅原 健人²⁾、佐川 明³⁾

◆ 一般演題発表 セッションIII (内部障害・その他(転倒予防・復職))

(11:20~12:25)

座長：土井 あかね (大阪医科薬科大学 リハビリテーション医学教室 助教)

III-1. 全人工膝関節置換術の全身麻酔導入時に心停止を来した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科⁴⁾
小西 英樹¹⁾、橋本 務¹⁾、大植 睦²⁾、中土 保³⁾、幸田 剣⁴⁾

III-2. α グルコシダーゼ阻害剤による門脈ガス血症の1例

一般財団法人神戸マリナーズ厚生会 ポートアイランド病院
遠藤 秀

III-3. 多職種連携により早期から離床訓練を実施できた高度肥満患者の一例

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⁾
山口 知剛¹⁾、小林 恭代¹⁾、石田 由佳子¹⁾、伊藤 真理奈¹⁾、谷野 有紀²⁾、北村 哲郎²⁾、
堀田 直幹¹⁾、松井 元哉¹⁾、稲垣 有佐¹⁾、城戸 顕¹⁾

III-4. 劣性栄養障害型表皮水疱症における移行期リハビリテーション診療の経験

神戸大学 リハビリテーション科¹⁾、神戸大学大学院医学研究科 リハビリテーション機能回復学²⁾
花房 倫和¹⁾、原田 理沙¹⁾²⁾、山内 朋紀¹⁾、福村 真優¹⁾、長瀬 麻里子¹⁾、白井 俊揮¹⁾、
佐保 航²⁾、鹿島 遼河²⁾、吉川 遼²⁾、酒井 良忠¹⁾²⁾

III-5. 当院「息切れ外来」と外来リハビリテーション治療の報告

兵庫県立はりま姫路総合医療センター¹⁾、
神戸大学大学院医学研究科 リハビリテーション機能回復学²⁾、
神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科³⁾
小林 慎¹⁾、大西 宏和¹⁾、相馬 里佳¹⁾、本多 祐¹⁾、酒井 良忠²⁾³⁾

III-6. 間質性肺疾患患者におけるサルコペニアと基本的ADLおよび呼吸困難に伴うADL制限との関連

兵庫医科大学医学部 リハビリテーション医学講座¹⁾、
兵庫医科大学病院 リハビリテーションセンター²⁾
竹田 倫世¹⁾、内山 侑紀¹⁾、田端 涼子²⁾、池田 泰之²⁾、露口 直樹²⁾、川村 美貴²⁾、
奥村 友香²⁾、中川 はるか¹⁾、市川 昌志¹⁾、宮部 由利¹⁾、道免 和久¹⁾

III-7. 奈良県西和医療センターでの転倒転落予防の取り組み

奈良県西和医療センター リハビリテーション科
岡山 悟志、梅山 和宏、松井 元哉

III-8. 高次脳機能障害を有する医師の復職の一例

大阪医科薬科大学 医学部 総合医学講座 リハビリテーション医学教室¹⁾、
大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科²⁾
濱田 美子¹⁾、黒田 健司²⁾、土井 あかね¹⁾、小金丸 聡子¹⁾、佐浦 隆一¹⁾

◆ ランチョンセミナー

(12:40～13:40)

座長：美馬 達哉（立命館大学院 先端総合学術研究科 教授）

『反復性経頭蓋磁気刺激(rTMS)～症状に応じたテーラーメイドな適用～』

聖マリアンナ医科大学 リハビリテーション医学講座 主任教授 佐々木 信幸 先生

◆ 教育講演 1

(13:50～14:50)

座長：中馬 孝容（滋賀県立総合病院 リハビリテーション科 科長）

『脳梗塞に対するリハビリテーション医療と複合的再生医療開発』

京都大学大学院医学研究科 臨床神経学 講師 眞木 崇州 先生

◆ 日本リハビリテーション医学会近畿地方会 令和7年度総会

(14:50～15:20)

◆ 教育講演 2

(15:30～16:30)

座長：越智 文雄（愛仁会リハビリテーション病院 院長）

『循環器内科医が考える疾病管理としての心臓リハビリテーション医療；現状と課題』

大阪医科薬科大学 循環器内科 講師 坂根 和志 先生

◆ 教育講演 3

(16:40～17:40)

座長：富岡 正雄（尼崎だいもつ病院 副院長・リハビリテーション科 主任部長）

『ロボット・AI・ICTを活用した運動器リハビリテーション診療』

奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座 准教授 稲垣 有佐 先生

◆ 閉会挨拶および次回会長挨拶

(17:40～)

会 長：小金丸 聡子（大阪医科薬科大学 リハビリテーション医学教室）

次回会長：酒井 良忠（神戸大学大学院医学研究科 リハビリテーション機能回復学）

I-1. 触覚提示デバイスによる運動覚刺激が脳活動に与える影響：予備的検討

大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科¹⁾、京都大学大学院医学研究科 脳機能総合研究センター²⁾、
京都大学大学院医学研究科 高次脳科学講座脳統合イメージング³⁾、
京都大学大学院医学研究科 近未来システム・技術創造部門⁴⁾、立命館大学大学院 先端総合学術研究科⁵⁾、
大阪医科薬科大学医学部 総合医学講座 リハビリテーション医学教室⁶⁾
古川 涼太郎¹⁾、山本 蓮武¹⁾²⁾、浦上 英之¹⁾²⁾、二階堂 泰隆¹⁾²⁾、張 雲山³⁾、中村 達弘³⁾、
山田 真子²⁾⁵⁾、川上 紗輝²⁾、Bayasgalan Borgil²⁾⁵⁾、曹 葉迪²⁾、鳥山 雅²⁾、島 淳⁴⁾、
佐浦 隆一⁶⁾、梅田 達也³⁾、小金丸 聡子²⁾⁶⁾

運動覚を定量的に表象する脳活動の報告は少ない。本研究では、触覚提示デバイスを用い、上肢運動中に手指を上方に偏移させる運動覚刺激を与え、脳活動の変化を脳波で検討した。右利きの若年健常者3名(24～25歳)に、触覚提示デバイスに接続されたバーの先端を右の母指と示指でつまみ、バーを前方に9cm押す課題を1ブロック75回、計4ブロック実施した。課題中、デバイスで3条件の上方への偏移刺激(0cm, 1cm, 2cm)をランダムに与えた。128chの脳波計で計測した各条件での事象関連電位を解析した結果、左一次体性感覚野および近傍の感覚運動領域(C1, CP1, C3, CP3, CCP3h)で偏移量に応じた脳波振幅の変化がみられ、運動覚を定量的に表象する脳活動および脳領域が示唆された。本知見は感覚運動障害の病態解明や新たなリハビリテーション治療法開発に資する可能性がある。

I-2. 中枢神経浸潤を伴う血管免疫芽球性T細胞リンパ腫患者の身体機能と在宅期間中の活動量の経時的変化（症例報告）

大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科¹⁾、
大阪医科薬科大学 医学部 総合医学講座 リハビリテーション医学教室²⁾
田中 雄大¹⁾、安田 歩¹⁾、二階堂 泰隆¹⁾、小金丸 聡子¹⁾²⁾、佐浦 隆一¹⁾²⁾

症例は50歳代男性である。血管免疫芽球性T細胞リンパ腫の中枢神経浸潤により自律神経症状、下肢異常感覚、筋力低下などを呈し、メトトレキサートを中心とした化学療法が実施された。治療開始前はMRC筋力スケール57/60点(左足関節背屈のみ減点)、下肢の痺れを伴う疼痛により30m以上の歩行が困難だった。第1クール後に自律神経症状は消失、MRC筋力スケール58/60点、6分間歩行320mと身体機能は改善したが、生活活動範囲・頻度・介助量などから算出されるLife Space Assessment[LSA: 120満点]は在宅期間中の8点のままであった。そこで、第2クールでは運動療法と並行して身体機能の改善を在宅活動に繋げるための生活指導を行った。その結果、第2クール後のLSAは80点となった。以上より、在宅期間中の活動量を客観的に評価するとともに早期から生活指導を行う重要性が示唆された。

I-3. 急性大動脈解離(Stanford A 型)手術後に併発した対麻痺に対し, Primewalk を使用し歩行障害が改善した一例

渡辺医学会 桜橋渡辺リハビリテーション病院

伊飼 美明、寺田 幸恵、奥野 杏子

【はじめに】Stanford A 型急性大動脈解離の脊髄梗塞は稀で, 0.88% と報告され, 急性大動脈解離術後に発症した対麻痺の患者に対し, Primewalk を使用し歩行障害が改善したので報告する。

【現病歴】61 歳男性 X 年 11/23 胸背部痛あり. Stanford A 型急性大動脈解離と診断. 同日大動脈弓部置換術を施行. X 年 2/21 当院転院. 意識清明 排尿排便障害あり. 両下肢麻痺 2/5 右下肢優位. 患者が歩きたいとの強い希望により Primewalk を早期より使用し, 左単下肢装具を使用して 4 点杖歩行が可能となった。

【考察】対麻痺患者に対しては, 車椅子での ADL の自立に向けて訓練が行われることが多い. しかし対麻痺患者にとって, もう一度自分の足で歩きたいとの希望も捨てがたく, Primewalk を用い, 見守り独歩可能となった。

【結論】急性大動脈解離術後の対麻痺の患者に対し, Primewalk の使用は有効であった。

I-4. 脳梗塞後にCI療法とMELTzを併用することで上肢運動機能が改善した一例

兵庫医科大学病院 リハビリテーションセンター¹⁾、

兵庫医科大学病院 医学部 リハビリテーション医学講座²⁾、

兵庫医科大学病院 リハビリテーション学部 理学療法学科³⁾

露口 直樹¹⁾、中川 はるか²⁾、内山 侑紀²⁾、宮部 由利²⁾、児玉 典彦³⁾、道免 和久²⁾

【症例】19 歳男性. X 年に右脳梗塞を発症. X+6 年より前医でボツリヌス療法を実施したが上肢機能の改善は乏しく, CI 療法目的で X+8 年に当科紹介。

【現症】左 SIAS-M:3-2/4-4-3, MAS: 肘関節屈筋群 1、手関節屈筋群 0、前腕回内筋群 1+, 母指屈筋群 1、手指屈筋群 0. 触覚・振動覚: 左鈍麻. FMA (上肢項目): 44/66 点, MAL-AOU: 平均 2.28。

【方法】課題指向型訓練を 1 日 5 時間、10 日間実施. 午前・午後各 1 時間 MELTz[®] (患者の筋電パターンから AI が運動意図を解析して手指運動をアシストする機器) を併用して課題を行った。

【結果】MAS は肘関節屈筋群 0、母指屈筋群 0 と改善. FMA (上肢項目) は 45 点, MAL-AOU は 3.67 に改善した。

【考察】本症例では MELTz[®] の筋電バイオフィードバックを活用し分離運動を活用した結果、共同収縮の抑制と分離運動の出現、動作中の筋緊張のコントロール向上がみられた. CI 療法との併用により中枢・末梢両面からのアプローチが相乗的に作用し、機能回復を高めたと考えられる。

I-5. 運動麻痺を呈した術後悪性脳腫瘍患者の身体機能の回復経過

大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科¹⁾、

大阪医科薬科大学 医学部 総合医学講座 リハビリテーション医学教室²⁾

石田 直也¹⁾、二階堂 泰隆¹⁾、浦上 英之¹⁾、黒田 健司¹⁾、小金丸 聡子^{1) 2)}、佐浦 隆一^{1) 2)}

【目的】術後に運動麻痺を呈した悪性脳腫瘍 (BT) 患者の身体機能の経過を明らかにすること。

【対象・方法】術後に放射線化学療法とリハビリテーション治療を受けた初発 BT 患者のうち、術後初期 (術後 7.9 ± 2.2 日) の Fugl-Meyer Assessment (FMA) 運動スコアが 100 点以下の 30 例 (59.7 ± 17.6 歳) を対象とした。術後初期、初回の放射線化学療法前 (術後 26.8 ± 7.9 日)、退院時 (術後 71.5 ± 16.7 日) の 3 時点で FMA, Trunk Impairment Scale (TIS), Postural Assessment Scale for Stroke Patients (PASS) を評価した。各時点で Friedman 検定により解析し有意差が認められた項目は Bonferroni 法にて多重比較補正を行った ($p < 0.05$)。

【結果】初回放射線化学療法前から退院時では PASS が、術後初期から退院時では TIS と PASS が改善した。一方、FMA は有意な変化はなかった。

【結論】術後に運動麻痺を呈した BT 患者でも、集学的治療により体幹機能とバランス機能は改善する可能性が示された。

I-6. 自己免疫性GFAPアストロサイトパチー3症例のリハビリテーション入院経過

森之宮病院 リハビリテーション科¹⁾、森之宮病院 脳神経内科²⁾

中江 陽彦¹⁾、河野 悌司²⁾、畠中 めぐみ²⁾、矢倉 一¹⁾、藤本 宏明²⁾、来 真希子²⁾、林 隆太郎²⁾、瀬川 翔太²⁾、宮井 一郎²⁾

GFAP 抗体陽性髄膜脳炎は、近年新たに提唱された免疫介在性神経疾患であり、意識障害、認知機能障害、運動麻痺、運動失調、排尿障害など多彩な症状を呈するが、回復期リハビリテーション (回りハ) 治療の蓄積は十分でない。当院で経験した 3 例のうち、男性 2 例は、対麻痺や脊髄病変を伴わない尿排出障害を認め、入院中に尿路結石治療を理由にリハ入院中断を余儀なくされた。退院前には mRS1-2 と認知・運動機能は比較的良く回復し、1 例は復職も達成したが、両者とも退院時も自己導尿手技が必要であった。女性 1 例は、他院回りハ病棟から一旦独居復帰も、後遺する高次脳機能障害から PSL 内服習慣が保てず 1 カ月後に再燃した。mPSL パルス療法後に回りハ治療を行ったが、歩行障害が残存し mRS4 で施設入所した。本症は再発予防のために長期 PSL 内服が必要であり、リハ治療と並行して、感染症予防や服薬環境調整などの生活指導も重要であった。

I-7. 非典型的ギラン・バレー症候群を合併したEvans症候群に対して急性期から退院後まで嚥下障害と非対称性・限局性筋力低下の支援を行った一例

和歌山県立医科大学 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 リハビリテーション部²⁾

野中 都¹⁾、岡本 明幸¹⁾、前坂 真帆²⁾、寺村 健三²⁾、前島 ちか²⁾、風呂谷 容平¹⁾、幸田 剣¹⁾

摂食嚥下障害や局所の筋力低下が生じた抗 GM 抗体陽性 Evans 症候群の一例を報告する。

【症例】50 代男性。出血傾向あり当院血液内科に緊急入院し、Evans 症候群の診断。入院時嘔声あり、原因不明の両側反回神経麻痺と診断。IVIg、ステロイドパルス療法開始。また同日夕方より、左前脛骨筋、進行する左上肢筋の筋力低下を認めた。上肢は神経根炎の可能性が考えられた。入院 8 日目リハビリテーション治療目的に当科紹介。

【経過】11 日目の嚥下造影検査 (VF) で水分誤嚥を認めた。呼吸の増悪なく、血小板数、下肢筋力の改善傾向あり自宅退院の方針。退院時の嚥下指導を実施した。抗 GM1 抗体陽性が判明し非典型的 GBS の診断。17 日目に自宅退院。退院後 2 ヶ月で再度 VF を行い、嚥下機能の改善あり。四肢筋力の改善も認めた。

【考察】症状の多様性や診断の不確実性から、機能回復の予後予測も不確実だったが、指導や外来フォローを行い、在宅移行期の支援や回復の確認を行うことができた。

I-8. パーキンソン病の脳白質拡散異方性とリハビリテーション治療の効果

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 リハビリテーション科¹⁾、

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 脳神経内科²⁾、

西宮協立脳神経外科病院 リハビリテーション科³⁾、兵庫医科大学 リハビリテーション医学講座⁴⁾

丸本 浩平¹⁾、小山 哲男³⁾、内山 侑紀⁴⁾、児玉 典彦⁴⁾、水田 英二²⁾、道免 和久⁴⁾

【背景】拡散テンソル画像 (DTI) 研究では、パーキンソン病 (PD) の初期には健常者以上に皮質脊髄路 (CST) で高い拡散異方性を示し、運動ネットワークの適応的構造変化が起こるとされる。しかし進行期では異方性は低下し適応が破綻する。我々は入院リハビリテーション治療 (リハビリ治療) の効果と脳白質拡散異方性との関連を検討した。

【対象と方法】PD 患者を対象に DTI を撮影し、2 ヶ月間の入院リハビリ治療を実施した。運動症状は UPDRS-Part3 で評価し、画像解析は FMRIB Software Library (FSL) を使用した。UPDRS-Part3 の MCID 2.5 を cut off とし、入院リハビリ治療の効果あり群となし群を Tract-Based Spatial Statistics (TBSS) にて脳白質拡散異方性を比較した。

【結果】PD 患者 94 例中、リハビリ治療の効果あり群 (61 例) と、なし群 (33 例) を比較したところ、効果あり群において有意に両側 CST で高い FA (fractional anisotropy) 値を示した ($p < 0.05$)。

【考察】PD のリハビリ治療効果に CST の拡散異方性が影響する可能性がある。

II-1. 大腿骨転子部骨折術前に脳梗塞を発症し1本杖歩行獲得に難渋した1症例

近畿大学医学部リハビリテーション医学教室¹⁾、近畿大学病院 リハビリテーション部²⁾

宮里 智美¹⁾、糸数 万紀¹⁾、田野 雅宏²⁾、梶田 藍²⁾、花田 一志¹⁾、東本 有司¹⁾

【はじめに】

術前に脳梗塞を発症し手術が遅延、術後に膝折れが生じ歩行訓練に難渋した症例を報告する。

【症例】73歳男性。バイク事故で、右大腿骨転子部骨折の手術予定となる。アスピリンを休薬後8日目に構音障害が出現し左脳梗塞と診断された。明らかな麻痺は認めず、リハビリテーション治療は1週間ベッド上で足関節底背屈の運動、その後免荷車椅子移乗訓練を行い受傷後22日目に手術となった。術後離床は順調に進むも右膝関節に伸展制限をみとめ荷重時に膝折れが出現し1本杖歩行獲得が難しく、2本松葉歩行で転院となった。

【考察】

大腿骨転子部骨折は早期に手術を行うことが望ましいとされる。手術待機期間にADLの維持を積極的に行ったが、骨折による筋肉の短縮や疼痛による股関節の屈曲位は解消されず、術後に拘縮、伸展制限に伴う膝折れが出現したと考えられた。術前長期待機時の患肢のポジショニングなどの工夫が必要であるが、予防法の報告が待たれる。

II-2. 骨粗鬆症に対する入院時骨密度検査の必要性

那智勝浦町立温泉病院 リハビリテーション科¹⁾、和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座²⁾

天ヶ瀬 わかな¹⁾、坂野 元彦¹⁾²⁾、幸田 剣²⁾

目的：50歳以上の日本人の骨粗鬆症有病率は女性で24%、男性で4%であり、その女性の内約33%が未治療とされる。高齢の入院患者は、安静臥床での廃用による骨密度低下のリスクが高いと推測される。当科では疾患・性別によらず全入院患者に骨密度検査を実施しており、その意義を検証する。

方法：2024年4月1日～2025年3月31日の当科入院の内、当科通院・入院歴のある者を除外した転院患者97名につき、診断基準に基づいて有病率と未治療率を計算した。

結果：転院群全体で、有病率は58%、男女別では男44%、女69%であり、いずれも50歳以上の日本人よりも有意に高く、女性の方が有意に高かった。未治療率は52%で50歳以上の日本人よりも有意に高かったが、男女差はなかった(男58%、女49%)。

結論：入院患者は男女共に骨粗鬆症リスクが高いにもかかわらず、未治療率が非常に高く、全症例への入院時骨密度検査が、骨粗鬆症の発見・治療に有用であることが示された。

II-3. 膝関節内出血をきたしたvon Willebrand 病患者に対して遺伝子組換え製剤投与下に早期可動域訓練を施行し機能改善を得た一例

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⁾

堀田 直幹¹⁾、稲垣 有佐¹⁾、梅山 和宏¹⁾、石田 由佳子¹⁾、小林 恭代¹⁾、伊藤 真理奈¹⁾、宮崎 紗也佳²⁾、北村 哲郎²⁾、岡本 公一¹⁾、松井 元哉¹⁾、山口 知剛¹⁾、城戸 顕¹⁾

【目的】膝関節内出血をきたした von Willebrand 病 (vWD) 患者に対し遺伝子組換え製剤 Vonicog Alfa (VA) 投与後、早期から関節可動域訓練を行い、安全に機能改善を得た一例を報告する。

【症例】47 歳女性。転倒後右膝皮下血腫と関節内出血を来し、VA 1300 単位を計 2 回投与後に腫脹と疼痛は一旦改善したが、可動域制限と疼痛再燃を認めたため当院紹介。

【方法】週に一回 VA 投与後に関節可動域訓練を中心とした理学療法を開始し、超音波検査で血腫の増悪の有無およびリハビリテーション治療前後での疼痛を確認し、週毎に運動負荷を調整した。

【結果】膝関節可動域は治療前：伸展 -10° / 屈曲 80° から 4 週目：伸展 -5° / 屈曲 100° と改善し、出血等の合併症は認めなかった。

【結語】vWD 患者に対しても遺伝子組換え製剤等で適切な止血管理下であれば、早期から安全に可動域訓練を実施可能である可能性が示唆された。

II-4. 早期の膝関節特発性骨壊死に対する楔状足底板と杖指導は手術療法を回避できるか？

大阪市立総合医療センター リハビリテーション科¹⁾、大阪市立十三市民病院 リハビリテーション科²⁾、大阪市立総合医療センター 整形外科³⁾

松井 嘉男¹⁾、金田 浩治¹⁾、青野 勝成²⁾、松浦 正典³⁾

【はじめに】膝関節特発性骨壊死 (SONK) は突然発症する著しい疼痛を特徴とし、発症早期症例には保存的加療が選択されるが、その効果に関する詳細な報告は少ない。本研究の目的は SONK に対する保存的加療の成績を調査することである。

【方法】2020 年 1 月から 2025 年 3 月までに当院を受診した発症から 3 か月以内の SONK 患者 22 例を対象とした。全症例に楔状足底板を装着し T 字杖指導を行い、消炎鎮痛薬を処方した。当院での治療開始後 1 か月毎の鎮痛薬使用状況と転機を調査した。

【結果】消炎鎮痛薬使用状況は 1 か月時 (常用：45%、屯用：50%、中止：5%)、2 か月時 (14%、23%、63%)、3 か月時 (5%、20%、75%) であった。保存的加療が奏功せず手術となった患者は 1 例 (5%) であった。

【結語】早期 SONK に対すると楔状足底板と杖指導は除痛効果が高く大多数の症例で手術療法を回避することができた。

II-5. 小脳橋角部血管芽腫患者における開頭腫瘍摘出術後の歩行変動性の推移

大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科¹⁾、

大阪医科薬科大学 医学部 総合医学講座 リハビリテーション医学教室²⁾

中村 優芽¹⁾、安田 歩¹⁾、石田 直也¹⁾、二階堂 泰隆¹⁾、小金丸 聡子^{1) 2)}、佐浦 隆一^{1) 2)}

症例は、左小脳橋角部血管芽腫に対し開頭腫瘍摘出術が施行された40歳代男性である。術前はJCS0、MMT5/5、10m歩行8.68秒、TUG7.93秒と身体機能は良好であった。歩行変動性(IMUセンサーを両足に装着し30m歩行から算出した変動係数[CV:%])は、快適速度2.2、高速度1.9、低速度7.5であった。前庭機能低下により低速度ではCVが増大するが、病変部位と一致していた。術後、腫瘍は全摘出されたが、左延髄外側梗塞を合併し、立位・歩行が困難となった。理学療法では前庭機能改善とADL向上を目的にバランス訓練と基本動作訓練を実施した。X+26日時点でMMT5/5、10m歩行7.71秒、TUG8.93秒と改善したが、CVは快適速度6.0、高速度3.8、低速度9.2と増大しており、前庭機能低下による姿勢バランス不良は持続していた。CVで示される歩行変動性の推移は病態把握に有用と考えられた。

II-6. 感染のためITBポンプ抜去に至った重症四肢痙縮の一例

和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座

岩橋 孝弥、羽端 章悟、笠松 優衣、岡本 明幸、星野 晶子、野中 都、南方 美由希、幸田 剣

痙縮治療としてITB療法を行っていたが、ITBポンプ関連の感染を認め抜去に至った1例を経験したため報告する。

【症例】51歳

【現病歴】17年前に右被殻出血を発症し意識障害と四肢痙縮が残存。3年前にITB療法を開始した。X-2日リフィルを実施、X-1日に腰背部から両下肢に紅斑を生じX日に当院受診。

【臨床経過】受診時発熱は認めず、ITPポンプ部の皮膚に発赤は認めなかった。CTでは第2腰椎後方のカテーテル周囲に脂肪組織濃度変化を認めた。カテーテルトラブルによる感染の可能性を念頭に置きつつ軟部組織感染症として抗菌薬で治療を開始した。X+7日にポンプ部の皮膚に発赤と浮動感が出現し、穿刺により膿汁が回収されたため同日ポンプの緊急抜去術を実施となった。その後は炎症反応、紅斑は改善したが、痙縮悪化のため経口筋弛緩薬を開始し転院となった。

【考察】今回ITB関連感染症のため抜去に至ったが、その後の再留置を含めたマネージメントは検討する必要がある。

II-7. 腰曲がりを認めた慢性炎症性脱髄性多発神経炎の一例

行岡病院 リハビリテーション科¹⁾、行岡病院 脳神経内科²⁾、大阪行岡医療大学 医療学部³⁾

小仲 邦¹⁾²⁾³⁾、笠波 貴文¹⁾、北川 綾華¹⁾、廣田 哲也¹⁾、岡本 明大¹⁾、桑江 うらら¹⁾

[はじめに]慢性炎症性脱髄性多発神経炎(CIDP)は2ヶ月以上にわたり進行性、再発性の経過で四肢の筋力低下やしびれ感をきたす末梢神経炎とされる。CIDP患者へのリハビリテーションにより四肢の筋力の改善と共に腰曲がりが軽減した症例を経験した。

[症例]60代男性。立位困難、両手指の巧緻運動障害を初発として約6年の経過で四肢体幹失調、振動覚低下、四肢深部腱反射が低下し、広基性歩行を呈し、CIDPと診断。急性期病棟での加療1か月後に当院回復期病棟に転院。

[経過]四肢の筋力低下、表在位置覚鈍麻、痺れ、失調、両上肢企図振戦、腰曲がりを認め歩行器歩行の状態であった。関節可動域及び筋力増強訓練を四肢と共に胸腰椎・体幹筋にも行った。握力増強、独歩獲得と共に腰曲がりの軽減を認めた。

[考察]CIDPは四肢遠位の運動感覚障害を呈する疾患であるが体幹筋の筋力低下にも注意する必要がある。

II-8. オルトップLHプラス装具からタマラック足継ぎ手付装具に変更し足底潰瘍が悪化した下垂足の1例

愛仁会リハビリテーション病院 診療部¹⁾、愛仁会リハビリテーション病院 リハ技術部²⁾、

川村義肢株式会社³⁾

越智 文雄¹⁾、菅原 健人²⁾、佐川 明³⁾

70代女性。40歳代でシャルコ・マリー・テュース病と診断。50歳代で下垂足に対し両短下肢装具作成。装具再作成希望で当院装具外来受診。当院来院時使用していた装具は2019年に他院で作成したオルトップLHプラス。装具は屋内外で装着、屋内は杖なし、屋外は両側ノルディックポールで歩行。右内反足、右小趾球に潰瘍がみられ、小趾球はドーナツ型クッションで除圧。装具装着歩行は両側とも立脚期に足背屈と膝屈曲が見られ、装具と下腿後面に隙間ができて装具の中で下腿が動いている状態であった。両側タマラック足継ぎ手付装具を作成、内反防止ベルトを装着し、小趾球はドーナツ型クッションで除圧したが、右小趾足底潰瘍が悪化した。足関節の背屈を許すことで今まで以上に、小指球部に圧が加わったためと考え、足継ぎ手後方に背屈防止ベルトを装着した。小趾球に潰瘍のある患者に足背屈フリーの装具を作成することは慎重に判断するべきである。

Ⅲ-1. 全人工膝関節置換術の全身麻酔導入時に心停止を来した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科⁴⁾
小西 英樹¹⁾、橋本 務¹⁾、大植 睦²⁾、中土 保³⁾、幸田 剣⁴⁾

【症例】77歳，男性【経過】変形性膝関節症に対する手術目的で当院紹介受診．術前冠動脈CTで特に有意な狭窄病変は無く，心エコーでの左室駆出率(EF)は66.5%と問題無かった．全身麻酔を開始したが，導入時にPafから心停止を来した．蘇生処置で心拍再開したが手術を中止した．3日後にペースメーカー(PM)留置術，14日後に独歩自宅退院の転帰となった．その後約3か月間の経過観察を行い，心停止後に40.3%に低下したEFは60%弱まで回復し，心停止後約3.5か月でTKAを実施した．麻酔導入維持，術後経過も問題無く，術後30病日で独歩自宅退院の転帰となった．

【考察】周術期の循環器合併症の中には生命に関わるものもある．麻酔中の心停止は0.03～0.28%と報告されており，稀ではあるが可能な限り術前に予測し回避すべきである．術前評価はもちろん，周術期を通して他科との綿密な管理が重要と考えられた．

Ⅲ-2. α グルコシダーゼ阻害剤による門脈ガス血症の1例

一般財団法人神戸マリナーズ厚生会 ポートアイランド病院
遠藤 秀

α -グルコシダーゼ阻害剤(α -GI)による腸管気腫症および門脈ガス血症は保存的治療が奏功することが多いが，腸管虚血との鑑別が重要である．今回，交通外傷後の高次脳機能障害で入院中の糖尿病患者が門脈ガス血症を呈し，試験開腹にて腸管気腫症と診断された．入院直後より血便を認め，CTで小腸壁にfree airを確認．再入院後に嘔気・嘔吐を呈し，肝内門脈および小腸内にガス像を認めた．イレウス疑いで試験開腹を施行したが，明らかな所見はなく， α -GI内服歴から薬剤起因性と診断．薬剤中止により症状は改善した．腸管壊死との鑑別には薬剤歴の確認が重要である．

III-3. 多職種連携により早期から離床訓練を実施できた高度肥満患者の一例

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⁾

山口 知剛¹⁾、小林 恭代¹⁾、石田 由佳子¹⁾、伊藤 真理奈¹⁾、谷野 有紀²⁾、北村 哲郎²⁾、堀田 直幹¹⁾、松井 元哉¹⁾、稲垣 有佐¹⁾、城戸 顕¹⁾

重症肥満の中でも super-super obesity (以下 SSO, BMI > 60kg/m²) に該当する BMI 81.6 の SSO 患者の急性期リハビリテーション治療を経験したため報告する。患者は50代男性、下肢蜂窩織炎で入院。第5病日よりリハビリテーション治療を開始 (FIM46点)。第7病日に肺炎、左無気肺のため、ICUで人工呼吸器管理となった。第11病日に人工呼吸器離脱、第16病日にICU退出。入院時より起居動作困難であったが、多職種 (医師、理学療法士、作業療法士、看護師) が同時に介入し第18病日より平行棒内での起立・歩行訓練を開始した。第36病日に歩行器歩行可能となり、第85病日より段差昇降訓練を開始し、第128病日に転院。本症例では、早期離床にて廃用を予防し、FIM もリハビリテーション治療開始時 46点から転院時 72点に改善した。SSO 症例では通常のリハビリテーション治療体制では安全かつ効果的に訓練を行うことが困難であり、人員確保や多職種連携によるアプローチが必要である。

III-4. 劣性栄養障害型表皮水疱症における移行期リハビリテーション診療の経験

神戸大学 リハビリテーション科¹⁾、神戸大学大学院医学研究科 リハビリテーション機能回復学²⁾

花房 倫和¹⁾、原田 理沙^{1) 2)}、山内 朋紀¹⁾、福村 真優¹⁾、長瀬 麻里子¹⁾、臼井 俊揮¹⁾、佐保 航²⁾、鹿島 遼河²⁾、吉川 遼²⁾、酒井 良忠^{1) 2)}

【緒言】劣性栄養障害型先天性表皮水疱症 (RDEB) は7型コラーゲン遺伝子変異による皮膚脆弱性、多関節拘縮を伴う希少難病である。RDEBの移行期リハビリテーション診療経験を報告する。

【症例】23歳女性、高校卒業時に当科初診。多関節拘縮を有し電動車椅子使用。大学通学中の通院時間の確保や機能維持の必要性の理解不足が課題であった。本症例では、患者の意思を尊重し医師によるアドバイスを中心に、活動性維持のための可動域訓練を行い、訪問リハビリテーションを導入した。大学を4年で卒業し、就労・自活へ向けた環境調整を志向するに至った。卒業式に和装で出席し、患者会を代表し治療薬早期保険適応の要望書を厚生労働省へ提出する社会活動も実現した。

【考察】本症例では機能低下予防や社会参加への後押しができたと考える。RDEBの新規治療開発が進む中、リハビリテーション診療はアンメットニーズを引き出し活動を育むために不可欠である。

Ⅲ-5. 当院「息切れ外来」と外来リハビリテーション治療の報告

兵庫県立はりま姫路総合医療センター¹⁾、神戸大学大学院医学研究科 リハビリテーション機能回復学²⁾、
神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科³⁾

小林 慎¹⁾、大西 宏和¹⁾、相馬 里佳¹⁾、本多 祐¹⁾、酒井 良忠²⁾³⁾

【はじめに】当院では息切れが主訴の患者を対象に「息切れ外来」を開設しており、当科で外来リハビリテーション治療（以下リハ）を行っている。その実施状況を報告する。

【対象と方法】2022年12月から2024年4月までに息切れ外来を初回受診した患者を対象に、初診時と3ヶ月後の6分間歩行距離(6MWD)、握力、SPPB、骨格筋指数、COPDアセスメントテスト(CAT)を後方視的に調査した。

【結果】期間内に59人(男性46%、平均71.4歳)が受診した。全患者の6MWDが 401.6 ± 112.8 mから 445.7 ± 107.6 m、SPPBが 10.3 ± 2.5 点から 10.8 ± 2.1 点、CATが 18.3 ± 8.7 点から 14.3 ± 8.9 点といずれも有意に改善した($p < 0.05$)。その内、21人(男性62%、平均77.2歳)にリハを行った。リハ実施群と非実施群ではリハ前後の6MWDに有意差はなかったが、リハ実施群のうち非サルコペニア群はサルコペニア群に比べ6MWDが有意に改善した($p = 0.04$)。

【結語】初診から3ヶ月の介入で身体機能の改善を認めた。また、サルコペニアがリハの治療効果を減じる可能性が示唆された。

Ⅲ-6. 間質性肺疾患患者におけるサルコペニアと基本的ADLおよび呼吸困難に伴うADL制限との関連

兵庫医科大学医学部 リハビリテーション医学講座¹⁾、兵庫医科大学病院 リハビリテーションセンター²⁾
竹田 倫世¹⁾、内山 侑紀¹⁾、田端 涼子²⁾、池田 泰之²⁾、露口 直樹²⁾、川村 美貴²⁾、奥村 友香²⁾、
中川 はるか¹⁾、市川 昌志¹⁾、宮部 由利¹⁾、道免 和久¹⁾

【背景】サルコペニアは地域在住高齢者のADL低下に影響するが、間質性肺疾患(ILD)患者での影響は不明である。

【目的】ILD患者におけるサルコペニアとADLの関係を明らかにし、ADL低下に寄与するサルコペニアの構成要素を特定する。

【方法】安定期ILD患者50名を対象にAWGS2019基準でサルコペニアを診断。BI、BI-d (Barthel Index-dyspnea)、6MWT、HADS、EQ-5D-5Lを評価し、サルコペニアの有無でアウトカムを比較。BIおよびBI-dに影響するサルコペニアの構成要素を多変量解析で検討した。

【結果】サルコペニア群では有意にBIが低く、BI-dが高かった。サルコペニアの構成要素においてSMIはBI、歩行速度はBI-dに有意に関連した。

【結論】サルコペニアはILD患者のADLおよび呼吸困難に伴うADL制限に関連し、SMIと歩行速度はこれらの結果に影響する構成要素であることが示唆された。

Ⅲ-7. 奈良県西和医療センターでの転倒転落予防の取り組み

奈良県西和医療センター リハビリテーション科

岡山 悟志、梅山 和宏、松井 元哉

当院における転倒転落予防の取り組みを紹介する。2022年12月から転倒転落予防のためのアセスメントスコアシート(12項目で構成され入院時に看護師がスコアをつけることで転倒転落のリスクと推奨予防具が自動的に表示される)の運用を開始し、医師、作業療法士、看護師の多職種チームが隔週でラウンドを行い、予防具の適切使用を確認している。さらに、転倒転落予防のための医療安全講習会を年に2回開催し、ベンゾジアゼピンの使用を避けるために睡眠薬の院内推奨処方を導入した。しかしながら、転倒転落発生率は2021年度2.7%、2022年度2.9%、2023年度1.9%、2024年度2.7%、インシデントレベル3b以上の事例はそれぞれ0.016%、0.134%、0.038%、0.044%であった。転倒転落予防のため様々な取り組みを行なっているが、発生率は下げ止まっている。現在、今後の方策について悩んでいる。

Ⅲ-8. 高次脳機能障害を有する医師の復職の一例

大阪医科薬科大学 医学部 総合医学講座 リハビリテーション医学教室¹⁾、

大阪医科薬科大学病院 リハビリテーション科²⁾

濱田 美子¹⁾、黒田 健司²⁾、土井 あかね¹⁾、小金丸 聡子¹⁾、佐浦 隆一¹⁾

〔症例〕50代の女性医師が(X-12)年、意識障害にて救急搬送され前頭蓋底の髄膜腫、テント切痕ヘルニアと診断された。緊急開頭腫瘍摘出術と外減圧術、その後も再手術とVPシャント術が繰り返された。既往の関節リウマチに重複して、右片麻痺、記憶障害・注意障害などの高次脳機能障害が残存し、(X-9)年まで回復期病院入院中のPT、OT、ST、高次脳機能障害に対して外来STが継続された。その後、重複障害にて退職したが、X年、リハビリテーション科の診療業務を開始するにあたり、復職の阻害因子となる高次脳機能障害を評価し、業務内容を検討した。

〔評価〕WAIS-IV 全検査：97、言語理解：119、処理速度：79、WMS-R 一般記憶：70、遅延再生：50未満、BADs 年齢補正標準化得点：73であり、記憶障害、注意障害、遂行機能障害を認めた。

〔結果〕週1回半日、指導医のもとで外来患者のリハビリテーション前診察と定型文を用いた電子カルテへの記載から開始し、現在も継続している。

〔考察〕高次脳機能障害のある医師の復職の報告は少ない。本症例では詳細な評価と適切な指導、障害に応じた定型業務の導入により、専門職への復帰の可能性が示された。

反復性経頭蓋磁気刺激(rTMS)～症状に応じたテーラーメイドな適用～

聖マリアンナ医科大学 リハビリテーション医学講座 主任教授

佐々木 信幸

反復性経頭蓋磁気刺激 (rTMS) は最も期待されているニューロモジュレーション技術の一つである。保険適用はうつ病以外に認められていないが、非常に幅広い疾患・病態に対する有効性が報告されている。

リハビリテーション治療領域において最も用いられるのは慢性期の脳卒中麻痺に対する適用であるが、有効性は急性期の方が高い。特に急性期における病巣側大脳賦活性 rTMS にはアポトーシス・ピロトーシス阻害、つまりニューロプロテクション効果も認められている。だからこそ急性期における rTMS 適用は、麻痺の改善を早めるのみならず、最終的な改善度も上げる。

rTMS の効果はコイルを設置した大脳のみにとどまらず、神経的に連絡する遠隔部位にも及ぶ。つまり大脳運動野への賦活性 rTMS は脊髓性の麻痺改善にも有効である。遠隔部に抗炎症作用をもたらすことから炎症性脊髓疾患にも有用であり、当院では HTLV-1 関連脊髓症の対麻痺にも適用している。歩行能力のみならず最小運動閾値の改善、つまり脊髓病変部における神経指令の通過性改善も得られている。

rTMS は電気抵抗の高い頭蓋骨を磁気で容易に通過する。そのため他の電気を用いる非侵襲的脳刺激と異なり、脳内の焦点的刺激が可能である。このメリットを活かすためには、症状の成因の詳細な分析・解釈が必須である。例えば麻痺に対する適用においては、補足運動野～運動前野における運動企画や皮質網様体脊髓路、一次運動野からの皮質脊髓路など、運動指令のどの要素が問題なのかを明らかにした上でのピンポイントな rTMS 適用が望ましい。高次脳機能障害に対する適用はさらに複雑となるだろう。当院では新型コロナウイルス後遺症のブレインフォグに rTMS を適用しているが、認知機能検査や脳血流シンチグラムなどから症状の原因部位を判断し、個別に刺激方法を選択している。

刺激方法の多様性はエビデンス蓄積の障壁でもあるが、画一的な刺激も現状は不適切と考える。

佐々木 信幸

聖マリアンナ医科大学 リハビリテーション医学講座 主任教授

1997 年 東京慈恵会医科大学卒業

2002 年 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学教室助手

2007 年 都立墨東病院リハビリテーション科医長

2015 年 国際医療福祉大学熱海病院リハビリテーション科 教授

2017 年 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座 准教授

2020 年 聖マリアンナ医科大学リハビリテーション医学講座 主任教授

脳梗塞に対する再生医療研究とリハビリテーション治療への期待

京都大学大学院 医学研究科 臨床神経学 講師

眞木 崇州

平均寿命の延伸に伴い脳血管疾患の罹患率は増加しており、心疾患とあわせると日本人の死因の第1位を占める。また、脳梗塞は認知症と並び、要介護の主因の一つである。近年、超急性期に対する血栓溶解療法や血栓回収療法は著しく進歩しているが、その適応は限定的であり、亜急性期以降の神経再生や機能回復を促進する治療法の開発は依然として大きな課題である。脳梗塞後、脳内外の様々な細胞がダイナミックに形質変化を示し、障害と再生過程に関与する。我々は、マウス脳梗塞モデル (tMCAO) における単一細胞 RNA 解析 (scRNA-seq) を統合し、“tMCAO アトラス”を構築した。さらに ex vivo 培養および in vivo 移植実験を組み合わせることで、OPC (オリゴデンドロサイト前駆細胞) が虚血後の時期や低酸素強度に応じて異なる役割を獲得することを見出した。亜急性期には高度低酸素により“血管新生型 OPC (angiogenic OPC)”が誘導され、慢性期には軽度低酸素により“分化促進型 OPC (oligogenic OPC)”が出現することが明らかとなった。高度低酸素での前処理により誘導された angiogenic OPC を静脈内移植すると、血管新生が促進され、神経機能が改善した。このように、“oxygen tone”は OPC の機能的多様性を制御する重要な因子であり、OPC を用いた脳梗塞に対する細胞治療戦略に新たな展望をもたらす。また、脳梗塞後には自律神経系や免疫系を介して脳—臓器連関が変容し、障害の拡大や再生の過程に影響を与えることが示されており、病的環境そのものへの介入も重要である。さらに、我々は、経頭蓋直流電気刺激 (tDCS) と歩行リハビリロボットの併用療法により、慢性期脳梗塞患者の歩行機能改善が得られることを報告しており、こうした神経リハビリテーション技術も再生医療と統合すべき重要な要素である。以上を踏まえ、OPC を用いた細胞治療、病的環境の制御、脳—臓器ネットワークへの介入、刺激療法とリハビリ機器を融合させた複合的再生医療の開発に取り組んでいる。

眞木 崇州

京都大学大学院 医学研究科 臨床神経学 講師

- 2000 年 3 月 京都大学医学部医学科卒業
- 2000 年 4 月 天理よろづ相談所病院・ジュニアレジデント(総合)
- 2002 年 4 月 天理よろづ相談所病院・シニアレジデント(内科系)
- 2005 年 4 月 天理よろづ相談所病院神経内科・医員
- 2007 年 4 月 京都大学大学院医学研究科臨床神経学博士課程
- 2011 年 3 月 京都大学博士(医学)
- 2011 年 4 月 日本赤十字社和歌山医療センター神経内科・医員
- 2011 年 8 月 京都大学医学部附属病院神経内科・医員
- 2012 年 3 月 マサチューセッツ総合病院神経科・リサーチフェロー
(2014 年 2 月まで日本学術振興会海外特別研究員)
- 2015 年 5 月 京都大学大学院医学研究科臨床神経学・特定病院助教
- 2015 年 8 月 京都大学大学院医学研究科臨床神経学・助教
- 2019 年 4 月 京都大学大学院医学研究科臨床神経学・講師

循環器内科医が考える疾病管理としての心臓リハビリテーション医療；現状と課題

大阪医科薬科大学 循環器内科・講師

坂根 和志

心臓リハビリテーション (CR) は、虚血性心疾患のみならず心不全、不整脈、弁膜症、血管疾患など、さまざまな心血管疾患に対して Class I の強い推奨を受ける治療であり、その効果は多数のエビデンスで裏付けられている。運動耐容能の改善、再入院の減少、生命予後の改善、さらには QOL の向上に至るまで、その有用性は明らかである。にも関わらず、我が国における CR の導入率・実施率は依然として極めて低く、薬物療法や手術といった他の心血管治療と比較しても著しく遅れているのが現状である。

この背景には、医療者側の認識不足、患者の通院困難やモチベーションの低下、制度上の制約や地域医療連携の不備など、複合的な要因が存在する。CR の実施率向上には、医療者教育の充実、医療提供制度の見直しや整備とともに、地域に根差した患者中心の多職種連携の強化が不可欠である。

CR の中核は運動療法にあるが、それに加えて、患者評価、栄養指導、服薬・血圧管理、禁煙支援、心理的ケアなど、多面的な生活習慣改善が組み込まれており、セルフケアの獲得が重要な要素となる。セルフケアは、心疾患管理においてあらゆる治療の“上流”に位置づけられ、長期的な予後に大きな影響を及ぼす。しかし、実際には患者が従来のライフスタイルを改めることは容易ではなく、その変容には多職種による継続的な関わりが不可欠である。

本講演では、CR により生活習慣を見直すことで、予後が劇的に改善した症例を紹介しながら、医師、看護師、理学療法士、栄養士などがチームで支援する重要性を論じる。また、デジタルヘルスが進化する現代においても、人と人との対話や関係性が、患者の行動変容を促し、アウトカムに貢献するという原点を再確認したい。あわせて、運動療法に関する実践方法にも触れ、CR の可能性と今後の課題について考察する。

坂根 和志

大阪医科薬科大学 循環器内科・講師

学歴

平成 13 年 4 月 1 日	大阪医科大学入学
平成 19 年 3 月 31 日	大阪医科大学卒業
平成 21 年 4 月 1 日	大阪医科大学大学院医学研究科博士課程入学
平成 26 年 3 月 31 日	大阪医科大学大学院医学研究科博士課程所定の単位を取得退学
平成 27 年 3 月 31 日	博士 (医学) の学位を授与される

職歴

平成 19 年 4 月 1 日	大阪医科大学附属病院にて臨床研修開始
平成 21 年 3 月 31 日	同上終了
平成 21 年 4 月 1 日	大阪医科大学レジデント (循環器内科)
平成 22 年 3 月 31 日	大阪医科大学退職
平成 22 年 4 月 1 日	国立循環器病研究センター 心臓血管内科 レジデント
平成 25 年 3 月 31 日	国立循環器病研究センター 退職
平成 25 年 4 月 1 日	大阪医科大学レジデント (循環器内科)
平成 26 年 4 月 1 日	大阪医科大学 助教 (准) (内科学Ⅲ教室)
(平成 28 年 10 月 1 日 -31 日 国立病院機構岡山医療センター)	
平成 29 年 4 月 1 日	大阪医科大学 助教 (内科学Ⅲ教室)
令和 3 年 4 月 1 日	大阪医科薬科大学 助教 (内科学Ⅲ教室)
令和 6 年 1 月 1 日	大阪医科薬科大学 講師 (内科学Ⅲ教室)

ロボット・AI・ICTを活用した運動器リハビリテーション診療

奈良県立医科大学 リハビリテーション医学講座 准教授

稲垣 有佐

変形性関節症、骨壊死、関節リウマチなどに対する人工関節置換術は疼痛の軽減と ADL 向上、そして QOL 改善のため、本邦において広く施行されている。インプラントの材質そのものは改善し、ナビゲーション、ロボット支援を基盤とした個別化手術、multi modal pain control など手術手技は進歩している。その周術期リハビリテーションにおいても、ROM 訓練、筋力強化訓練、ADL 訓練など従来の方法に加え、新しい技術の導入が進んでいる。ロボット支援リハビリテーション治療は脳卒中や脊髄損傷に対するリハビリテーション治療でその有用性が報告されているが、単関節型の関節運動支援ロボットは人工関節置換術を含む関節手術後のリハビリテーション治療に適応可能である。

運動器リハビリテーション治療では、しばしばその負荷設定が課題となる。特に血友病性関節症における関節内出血後や手術後のリハビリテーション治療では、常に出血リスクを意識しなければならない。我々は関節内出血・滑膜炎に対する artificial intelligence: AI を用いた超音波画像診断解析技術を開発しており、今後他疾患へのリハビリテーション診断への応用が期待できる。

また、加速度測定を応用したウェアラブルセンサーは、周術期の身体活動測定およびそのフィードバックに有用である。さらにスマートフォンアプリなど information and communication technology: ICT の活用により、フィードバックに加え、周術期のより丁寧な情報提供が可能となり、満足度向上へ寄与すると考えられる。本発表では上記技術を活用した運動器リハビリテーション診療に関する知見と当院での取り組みを報告させていただく。

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

○学歴

平成 9 年 4 月	筑波大学医学専門学群入学
平成 15 年 3 月	同上卒業
平成 21 年 4 月	奈良県立医科大学大学院博士課程運動器再建医学入学
平成 25 年 3 月	同上修了
平成 25 年 11 月	同上博士（医学）

○職歴

平成 15 年 5 月	財団法人天理よろづ相談所病院ジュニアレジデント
平成 17 年 4 月	奈良県立医科大学整形外科医員
平成 18 年 1 月	大阪府済生会富田林病院整形外科医員
平成 20 年 7 月	奈良県立医科大学整形外科医員
平成 25 年 3 月	奈良県立医科大学整形外科病院助教
平成 25 年 12 月	University of Oxford, Nuffield Orthopaedic Centre, Research fellow
平成 27 年 1 月	奈良県立医科大学整形外科病院助教
平成 27 年 10 月	同助教
令和 3 年 10 月	同学内講師
令和 4 年 9 月	同リハビリテーション医学講座准教授

脳神経外科・リハビリテーションの専門病院として、
地域の皆様をお支えます。



医療法人 穂翔会

村田病院

Suisyokai Murata Hospital

診療時間	月	火	水	木	金	土・日・祝
9:00~12:00	●	●	●	●	●	/

《診療科目》

脳神経外科・脳神経内科・内科・整形外科
リハビリテーション科

●救急随時受付

●脳ドック（予約制）

理事長 村田 高穂／院長 伊藤 昌広

〒544-0011 大阪市生野区田島4-2-1

TEL 06-6757-0011(代) FAX 06-6757-8499



生薬には、
個性がある。

漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。



株式会社ツムラ <https://www.tsumura.co.jp/> 資料請求・お問合せは、お客様相談窓口まで。

医療関係者の皆様 tel.0120-329-970 患者様・一般のお客様 tel.0120-329-930 受付時間 9:00~17:30(土・日・祝日は除く)

2021年4月制作 (審)

Deymed
DIAGNOSTIC

DuoMAG[®]

モノフェイジック磁気刺激装置

素早いチャージが可能になりました

- 最大2Hzの反復頻度で単相刺激が可能です。
(100%時は0.5Hz)
- ヘッドボックスの接続により、
誘発筋電図の測定ができます。
- タッチパネルで刺激間隔などを簡単設定、
TTLトリガ受信により、刺激の制御が可能です。



医療機器認証番号：304AIBZX00005000

製造業者 Deymed Diagnostic社(チェコ) 発売元 BRAINBOX社(英国)

製造販売業者



株式会社 ミユキ技研

本

社：〒113-0033 文京区本郷3丁目18番14号 本郷ダイヤビル6階
TEL.03-3818-8631 FAX.03-3818-8632

製品についてのお問い合わせ▶

<https://www.miyuki-net.co.jp/>





解熱鎮痛剤

薬価基準収載

劇薬（錠500のみ）

カロナール®錠 200・300・500

アセトアミノフェン錠

〔効能又は効果〕、〔用法及び用量〕、〔警告・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（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）

 **あゆみ製薬株式会社**
東京都中央区銀座四丁目12番15号

CAA4②M-23BAY01

ヤヌスキナーゼ(JAK)阻害剤

薬価基準収載

オルミエント®錠 4mg/2mg

olumiant® (baricitinib) tablets バリシチニブ錠

劇薬・処方箋医薬品 注意—医師等の処方箋により使用すること

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いては電子添文をご参照ください。

Lilly

Lilly Answers リリーアンサーズ

日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口

0120-360-605※1（医療関係者向け）

受付時間 月曜日～金曜日 8:45～17:30※2

※1 通話料は無料です。携帯電話からでもご利用いただけます。

※2 祝祭日及び当社休日を除きます。

www.lillymedical.jp

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先）

日本イーライリリー株式会社

〒651-0086 神戸市中央区磯上通5丁目1番28号

PP-BA-JP-8806

2023年11月作成



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

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。

グラクソ・スミスクライン 株式会社

東京都港区赤坂 1-8-1

製造販売元 [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)

<https://jp.gsk.com>

PM-JP-OBT-JRNA-250001
作成年月2025年2月

