

第51回
日本リハビリテーション医学会九州地方会
プログラム・抄録集

2022年2月20日（日）

開催形式 ハイブリット開催
現地会場 宮崎大学医学部 臨床講義室 205 教室
会 長 帖佐 悦男（宮崎大学医学部）

■事務局

宮崎大学医学部 整形外科学教室
〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原 5200
TEL / 0985-85-0986 FAX / 0985-84-2931
E-mail / rehabili@med.miyazaki-u.ac.jp



ご 案 内

第 51 回日本リハビリテーション医学会九州地方会は、新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、現地開催と WEB 配信を併用する「ハイブリッド開催」を予定しております。最新の情報は九州地方会ホームページ (<http://kyureha.umin.ne.jp/information.html>) に掲載いたしますので、随時ご確認くださいませようお願いいたします。

◆ 学会参加費

会員：3,000 円	非会員（医師）：4,000 円	メディカル：1,000 円	学生：無料
------------	-----------------	---------------	-------

◆ 参加受付方法

【現地参加の場合】

当日、直接会場にお越しいただき、受付にて参加費をお支払いください。

事前のお申し込みは不要です。

【WEB 参加の場合】

1. 下記 URL より WEB 参加事前申し込みをしてください。

▼WEB 参加申し込みフォーム

<https://forms.gle/46XgtvHJvtbtDcXG9> （九州地方会ホームページに掲載）

WEB 参加申し込み締め切り：2022 年 2 月 13 日（日）

2. 下記口座に参加費および生涯教育研修受講費（単位取得ご希望の方）をお振込みください。

<振込先口座>

宮崎銀行 清武支店 普通預金 265943

第 51 回日本リハビリテーション医学会九州地方会 会長 帖佐悦男

（ダイゴジユウイチカイニホンリハビリテーションイガクカイキュウシュウチホウカイ カイチョウ チョウサエツオ）

参加費納入締め切り：2022 年 2 月 15 日（火）

3. 後日、お振込みを確認できた参加者の皆様へ Zoom のルーム ID とパスワードが記された案内メールをお送りします。当日、ログインしてご参加ください。

Zoom のお名前は「ご所属名_お名前」でご参加をお願いします。

※尚、座長・演者の先生方は下記のようにお願いします。

座長：例「座長_一般 2_お名前」

演者：例「一般 2-5_お名前」

◆ 認定単位

1. 日本リハビリテーション医学会専門医・臨床認定医生涯教育研修単位

午前中の学会参加により専門医 1 単位、生涯教育単位 10 単位を取得できます。

【現地参加の場合】

参加登録時にお渡しする受講カードに記入の上、午前の部終了後に提出してください。午前の学術集会参加者のみ対象となります（筆頭演者は更に年度末自己申請により 1 単位取得できます）。

【WEB 参加の場合】

WEB 参加申込フォームにて、受講のお申し込みをしてください。申し込み後、参加費と合わせて受講費をお振り込みください。当日のログ履歴と照合が取れた方が認定となりますので、Zoom で参加する際は「ご所属名」お名前」でご参加ください。対象者には学会終了後に「参加証明書」「受講証明書」をメールでお送りします。その後、日本リハビリテーション医学会事務局より単位が付与されます。

2. 日本整形外科学会教育研修認定単位 **※現地受講のみ対象**

教育講演Ⅰ、Ⅱ、Ⅲはそれぞれ整形外科専門医資格継続単位あるいは資格継続単位（S・Re・SS）1 単位として認定されています。単位取得希望の方は当日 1 単位につき 1,000 円を納めてください。

日本整形外科学会教育研修認定単位は現地受講者のみが対象となります。WEB 受講では認定されませんのでご了承ください。

◆ 一般演題演者の先生へ

一般演題の発表は 6 分、質疑応答は 4 分です。発表時間は厳守し座長の指示に従ってください。

【現地で発表される場合】

現地でご発表予定の先生は、動作確認のため事前に発表データの提出をお願いします。提出方法についてはメールでご案内します。

発表データ提出締め切り：2022 年 2 月 16 日（水）

◆ WEB で参加される座長・演者の先生へ

後日、Zoom のルーム ID とパスワードが記された案内メールをお送りします。当日、ログインしてご参加ください。発表順が分かるように、Zoom のお名前は下記のようにお願いします。

座長：例「座長 〇一般 2 〇お名前」

演者：例「一般 2-5 〇お名前」

◆ 参加者の方へ

学術集会や教育講演での質疑応答は、非会員・メディカル・学生の方も可能です。質問をされる場合には、所属、氏名を述べて簡潔に質問を行い、座長の指示に従ってください。

Zoom で質問される場合は、チャットで座長宛にお送りください。

◆ 抄録集

当日、参加受付時にお渡しいたします。なお、九州地方会ホームページ (<https://kyureha.umin.ne.jp>) でプ

会場周辺および会場までの案内図



宮崎大学医学部

- ◆高速道路利用
清武ICで降りて約10分
- ◆JR利用
日豊本線「清武駅」で下車、バスまたはタクシーを利用。
- ◆バス利用
宮崎交通バス「宮崎大学・大学病院」行「大学病院」で下車。
- ◆タクシー利用
宮崎空港から約20分
JR清武駅から約10分
JR南宮崎駅から約25分



清武キャンパス
KiyotakeCampus

日 程 表

時間	宮崎大学医学部臨床講義室 205 教室
8:30 ~	受付
9:10 ~	開会挨拶
9:15 ~ 10:00	一般演題Ⅰ（4 演題） 座長：延岡リハビリテーション病院 院長 <div style="text-align: right;">金井 一男</div>
10:05 ~ 10:50	一般演題Ⅱ（4 演題） 座長：早稲田クリニック 副院長 <div style="text-align: right;">鈴木 幹次郎</div>
10:55 ~ 11:40	一般演題Ⅲ（4 演題） 座長：宮崎県立こども療育センター 所長 <div style="text-align: right;">川野 彰裕</div>
11:40 ~	休憩
12:30 ~ 12:50	九州地方会 総会
13:00 ~ 14:00	教育講演Ⅰ 座長：宮崎大学医学部 教授 <div style="text-align: right;">帖佐 悦男</div> 「パラスポーツを支える医科学研究について」 演者：宮崎大学医学部附属病院リハビリテーション部 教授 <div style="text-align: right;">荒川 英樹 先生</div>
14:05 ~ 15:05	教育講演Ⅱ 座長：宮崎大学医学部附属病院コミュニティ・メディカルセンター 准教授 <div style="text-align: right;">鳥取部 光司</div> 「脳疾患におけるリハビリテーション医療」 演者：名古屋市立大学医学研究科リハビリテーション医学分野 教授 <div style="text-align: right;">植木 美乃 先生</div>
15:10 ~ 16:10	教育講演Ⅲ 座長：宮崎大学医学部附属病院リハビリテーション部 教授 <div style="text-align: right;">荒川 英樹</div> 「高齢者脊椎変性疾患の病態とリハビリテーション治療」 演者：九州大学病院リハビリテーション科 准教授 <div style="text-align: right;">川口 謙一 先生</div>
16:10 ~	閉会挨拶

プログラム

会場 宮崎大学医学部臨床講義室 205 教室

開会挨拶 (9:10)

宮崎大学医学部 教授 帖佐 悦男

一般演題 I (9:15 ~ 10:00)

座長：延岡リハビリテーション病院 院長 金井 一男

1. 適切な運動療法により筋力と ADL の改善に至ったミトコンドリア病を伴う変形性膝関節症術後の一症例
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 金子 浩之
2. 神経伝導検査により針刺しによる正中神経損傷が否定された 1 症例
産業医科大学リハビリテーション医学講座 井上 董
3. 競輪選手における臼蓋形成不全は変形性股関節症の原因となるか？ 競輪選手におけるペダリング運動は臼蓋後方に応力が集中する
久留米大学整形外科 橋田 竜騎
4. 股関節疾患患者のロコモティブ症候群の改善に対する人工股関節全置換術の効果
宮崎大学医学部附属病院リハビリテーション部 山口 洋一郎

一般演題 II (10:05 ~ 10:50)

座長：早稲田クリニック 副院長 鈴木 幹次郎

5. 左麻痺・失語症例の MEG を用いた検討
潤和会記念病院リハビリテーション科 河野 寛一
6. 小脳出血保存的加療後の正常圧水頭症に対し VP シャント術を施行し症状改善を得た一例
産業医科大学医学部リハビリテーション医学講座 尾崎 文
7. 維持血液透析患者における TAVI 後のリハビリテーション治療の経験
新王子病院リハビリテーション科 牧野 健一郎
8. 免疫チェックポイント阻害剤による免疫関連副作用(irAE)を発症した一例
琉球大学病院リハビリテーション科 名嘉 太郎

一般演題Ⅲ (10:55 ~ 11:40)

座長：宮崎県立こども療育センター 所長 川野 彰裕

9. 痙縮の新しい電気生理的な定量評価法について

沖縄県立南部医療センター・こども医療センターリハビリテーション科 安里 隆

10. 複数の誘因が重なって全身症状を伴う痙縮を呈した頸髄損傷者の治療経験

九州労災病院リハビリテーション科 吉田 歩美

11. 第1腰椎脱臼骨折による脊髄損傷に対し、プライムウォークを使用し歩行獲得し復学した1例

恒心会おぐら病院リハビリテーション科 重信 恵三

12. 上肢装具の動向 ～佐賀県内某義肢装具製作所の調査から～

佐賀大学医学部附属病院リハビリテーション科 藤井 達哉

九州地方会総会 (12:30 ~ 12:50)

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Ⅰ（13:00～14:00）

座長：宮崎大学医学部 教授 帖佐 悦男

「パラスポーツを支える医科学研究について」

講師：宮崎大学医学部附属病院リハビリテーション部 教授 荒川 英樹 先生

日本リハビリテーション医学会専門医 1 単位・認定臨床医生涯教育研修単位 10 単位

日本整形外科学会教育研修認定単位 1 単位 [1][2] S

教育講演Ⅱ（14:05～15:05）

座長：宮崎大学医学部附属病院コミュニティ・メディカルセンター 准教授 鳥取部 光司

「脳疾患におけるリハビリテーション医療」

講師：名古屋市立大学医学研究科リハビリテーション医学分野 教授 植木 美乃 先生

日本リハビリテーション医学会専門医 1 単位・認定臨床医生涯教育研修単位 10 単位

日本整形外科学会教育研修認定単位 1 単位 [8][13] Re

教育講演Ⅲ（15:10～16:10）

座長：宮崎大学医学部附属病院リハビリテーション部 教授 荒川 英樹

「高齢者脊椎変性疾患の病態とリハビリテーション治療」

講師：九州大学病院リハビリテーション科 准教授 川口 謙一 先生

日本リハビリテーション医学会専門医 1 単位・認定臨床医生涯教育研修単位 10 単位

日本整形外科学会教育研修認定単位 1 単位 [7][13] SS

1. 適切な運動療法により筋力と ADL の改善に至ったミトコンドリア病を伴う変形性膝関節症術後の一例

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

金子 浩之 (かねこ ひろゆき)、大濱 倫太郎、下堂 蘭 恵

【はじめに】ミトコンドリア病では多彩な症状のため運動療法を慎重に行う必要がある。今回、ミトコンドリア病を伴う右変形性膝関節症術後に対して運動療法を行い CPK 値で負荷量を調整、体成分分析装置にて経時的評価を行い、ADL 改善を得た症例を経験した【症例】70 歳代男性。X-5 年、筋生検、遺伝子検査でミトコンドリア病の確定診断あり。年々 ADL が低下し、両変形性膝関節症の悪化で X 年 8 月右人工膝関節置換術、同月当科転科・転棟した。【方法】CPK 値測定を 2 週間毎に行い、体成分分析装置(InBody S20)を使用し、骨格筋量、体脂肪量等を計 5 回測定した。運動療法は筋力増強訓練、歩行訓練を行った。【結果】転科後、CPK 値は正常値内を維持、骨格筋量はやや増加、体重、体脂肪量は減少した。mFIM58 点から 81 点に、上下肢 MMT は 2 から 4 に改善した【考察】ミトコンドリア病を有する患者で適切な管理下での運動療法は筋力向上に寄与し、ADL を改善すると考えられ、文献的考察を加え報告する。

2. 神経伝導検査により針刺しによる正中神経損傷が否定された 1 症例

- 1) 産業医科大学リハビリテーション医学講座
- 2) 九州労災病院門司メディカルセンターリハビリテーション科

井上 董 (いのうえ すみれ)¹⁾、松嶋 康之¹⁾、佐伯 覚¹⁾、蜂須賀 研二²⁾

【症例】80 歳代、女性

【経過】X 年 Y 月に内視鏡手術目的で入院し、Z 日に右肘正中皮静脈から採血を行ったが、「指先がしびれる気がする」と訴え抜針した。整形外科医が診察し、右手根管症候群と正中神経損傷疑いで投薬を開始した。Y+1 月神経伝導検査では右正中神経前腕部の運動神経伝導速度は正常で遠位潜時の遅延があり、手根管症候群の所見であった。患者は右手指のしびれの既往は否定した。Y+4 月以降、筋力や感覚障害は変動し、診察時に不能な動作をしていることが目撃された。Y+10 月に前腕部の感覚神経伝導速度を測定し正常であった。また 10 年前に手根管症候群と診断されていたことが判明した。【考察】本症例では既存の障害として手根管症候群があり、採血により前腕皮神経損傷の可能性はあるが、既存の正中神経症状を過度に訴えたものと考えた。多彩な訴えの患者に対し、臨床所見や筋電図検査をもとに対処することが重要である。

3. 競輪選手における臼蓋形成不全は変形性股関節症の原因となるか？

競輪選手におけるペダリング運動は臼蓋後方に応力が集中する

- 1) 久留米大学 整形外科
- 2) 久恒病院 整形外科

橋田 竜騎（はしだ りゅうき）¹⁾、秋穂 俊輔²⁾、原 光司¹⁾、松瀬 博夫¹⁾、田川 善彦¹⁾、原 正文²⁾、志波 直人¹⁾

我々は競輪選手のパフォーマンス向上、スポーツ障害予防を目標にメディカルチェックを実施している。サッカーやハンドボールなどの競技は高強度の負荷を股関節に与えるため、変形性股関節症のリスクと報告されている。これまで、競輪選手の股関節を調査した報告は少ない。そこで久留米競輪男子選手 11 人 22 股に対して股関節画像評価を行った。画像評価では、寛骨臼形成不全は 50%に認められた。臼蓋形成不全は歩行中に臼蓋前外側へのストレスが増大し、軟骨変性の原因になると報告されている。筋骨格筋系解析ソフト Anybody を用いてサイクリング運動解析中に寛骨臼への応力を検討した。運動解析では、ペダリング動作中の応力は臼蓋内側後方に集中していた。競輪選手に寛骨臼形成不全は高頻度で認められたが、競技中に寛骨臼にかかる応力は歩行中にかかる応力と部位が異なっていた。自転車競技による変形性股関節症のリスクは少ないと考えられた。

4. 股関節疾患患者のロコモティブ症候群の改善に対する人工股関節全置換術の効果

- 1) 宮崎大学医学部附属病院リハビリテーション部
- 2) 宮崎大学医学部整形外科

山口 洋一朗（やまぐち よういちろう）¹⁾、坂本 武郎²⁾、宮崎 茂明¹⁾、中村 嘉宏²⁾、日吉 優²⁾、帖佐 悦男¹⁾²⁾

【背景】2020年にロコモティブシンドローム（LS）の段階を判定するための臨床判断値（CDL）にあらたに「ロコモ度3」が設定された。今回、ロコモ度3の状態で行った人工股関節全置換術（THA）を受けた患者のLSの改善を評価し、CDLの改善に関連する指標を調査した。【対象と方法】THAを受けた125人の患者のうち、術前評価でCDLロコモ度3であった105人である。LSは、立ち上がりテスト、2ステップテストと25問の質問からなるロコモ25を使用して評価した。CDLの改善に関連する指標を含め評価項目は、THAの前とTHAの3カ月後に測定した。【結果】THAの前は、すべての被験者がCDLロコモ度3であった。術後3カ月後、49人（46.7%）でCDLの改善が見られた。回帰分析の結果は、THA前の立ち上がりテストとロコモ25がCDLの改善に有意に関連していることを示した。【結論】THAの3カ月後、約半数でLSの改善が見られた。立ち上がりテストとロコモ25は、CDLの改善の指標として有用である。

5. 左麻痺・失語症例の MEG を用いた検討

- 1) 潤和会記念病院リハビリテーション科
- 2) 同リハビリテーション療法部

河野 寛一 (かわの ひろかず)¹⁾、本田 美和²⁾、迫田 京佳¹⁾、外菌 昭彦¹⁾

【目的】左麻痺・失語症 9 例について、MEG による音声言語の脳内プロセスの解析を試みた。【対象と方法】症例：男 8 人、女 1 人 (平均年齢 61.4 歳)、脳梗塞 6 人、脳出血 3 人。全例右側病変。全例右利き (矯正右利き 3 人)。評価：純音、合成単音、言語音刺激に対する脳内反応を MEG(Elekta Neuromag)で測定し、MNE 法で解析した。【結果】A 群 5 人：言語の脳内シグナルが N100 で左側頭葉にあり、その後 200ms 以降のシグナルは右前頭葉に移行。B 群 2 人：N100 が右側頭葉、その後左前頭葉へシグナルが移行する。他 1：右側頭葉の反応無く、左側のみシグナルが観察。他 2：N100 は右側でその後両側前頭葉でシグナルが観察されるが右側が優位。【考察】右利きでは、一般的に言語情報の脳内プロセスは左上側頭回から左前頭葉に進行するが、左麻痺失語症例ではそのプロセスが左右大脳半球間を移動する例がある。

6. 小脳出血保存的加療後の正常圧水頭症に対し VP シャント術を施行し症状改善を得た一例

産業医科大学医学部リハビリテーション医学講座

尾崎 文 (おざき あや)、徳永 美月、越智 光宏、佐伯 覚

症例は 55 歳男性。トラック運転手。右小脳出血の診断で保存的に加療されたが、血液維持透析中にせん妄を認め急遽自宅退院した。第 6 病日に当院脳神経外科へ紹介入院し、第 19 病日に当科へ転科したが、覚醒度や自発性、食事摂取量が低下し座位耐性が低く離床困難であった。頭部 CT で水頭症を認め、タップテストを 3 回施行した。いずれも一時的に覚醒度と食事は若干改善し離床できる時もあったが、典型的かつ劇的とはいえ判断に難渋した。脳神経外科と当科、家族で協議し、第 60 病日に VP シャント術を行われた。術翌日より覚醒度や自発性は改善し、完食できるようになった。高次脳機能障害を認めたが経時的に改善し、病棟内歩行器監視レベルとなった。第 94 病日に回復期病院へ転院した。通常タップテストの効果判定は三徴によって行うが、二次性水頭症で障害が重度な場合、VP シャント術の適応判断が困難となる。文献的考察を加え報告する。

7. 維持血液透析患者における TAVI 後のリハビリテーション治療の経験

- 1) 新王子病院リハビリテーション科
- 2) 産業医科大学リハビリテーション医学講座

牧野 健一郎（まきの けんいちろう）¹⁾、田中 亮²⁾

低侵襲な重症大動脈弁狭窄症の治療である TAVI は、2021 年 2 月より維持血液透析患者にも適応が拡大された。当院で透析治療を受ける患者が TAVI を受け、その後のリハビリテーション治療を行った経験を報告する。

症例は 77 歳から 89 歳の 4 人（男性 3、女性 1）、透析期間は 3 年から 21 年、2 人は待機的に行われ ADL も自立し TAVI 施行から 37 日と 44 日で退院できた。しかし、腰痛や身体能力低下のために TAVI 後のプロトコールにはのらなかった。他の 2 人は下肢小切断や胸水の入院加療中に心不全が悪化し緊急的に TAVI を受けたが、ADL 自立に至らず 120 日を超える入院加療を要している。いずれの症例も弁口面積や平均圧格差は改善している。

外科的治療が高リスクの透析患者の治療選択にもなる TAVI だが、複数の合併症を持つ透析患者ではより長い治療期間を要し、身体状況が大きく影響していた。

8. 免疫チェックポイント阻害剤による免疫関連副作用(irAE)を発症した一例

琉球大学病院 リハビリテーション科

名嘉 太郎（なか たろう）、普久原 朝規、仲舛 美希、杉浦 由佳、神谷 武志

免疫チェックポイント阻害剤による免疫関連副作用（Immune-related Adverse Events: irAE）は時に多臓器に発生し、その治療は難渋する。

症例は 83 歳女性、X 年 9 月に不正出血を契機に悪性黒色腫と診断され、遠隔転移なく小線源治療が開始された。同年 12 月よりペムブロリズマブが開始された。1 ヶ月後に胸部痛・呼吸困難・複視を自覚し入院となった。完全房室ブロック・心筋炎に対して緊急ペースメーカーを導入、2 型呼吸不全から重症筋無力症を疑われ最終的に irAE の診断となった。ペムブロリズマブを中止し、ステロイド大量療法・IVIg・血漿交換療法を実施した。リハビリテーション治療は離床訓練・排痰を中心に実施した。排痰は不良で気管切開・人工呼吸器管理後に無気肺となり、排痰補助装置を導入した。その後呼吸循環機能と筋力は軽度改善したが、X+1 年 7 月に肺転移を認めホスピスへ転院となった。

irAE 患者に対する診療はがんの再燃を考慮し、QOL を重視した視点が重要である。

9. 痙縮の新しい電気生理的な定量評価法について

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター リハビリテーション科

安里 隆 (あさと たかし)

【初めに】当院では2000年より小児痙縮の治療として選択的脊髄後根切断術（以下SDR）を施行している。【方法】SDRの術中において、患児の足底前足部を皿電極にて電気刺激し、中枢へ上行するインパルスと同側の第一仙髄（以下S1）前根と後根、同側の腓腹筋で記録した。【結果】足底の電気刺激によりS1前根と腓腹筋で電位が測定された。電位の大きさはSDRの術後に低下し、臨床上的定性的な痙縮評価法と一致した。【考察】以上の結果より、痙縮が亢進した状態において、表在覚は脊髄で選択的に制御されず、深部覚と同様に後根から前根へ流れこむことが証明された。この新しい反射弓が痙縮の定量評価法と成り得る可能性について議論願いたい。

10. 複数の誘因が重なって全身症状を伴う痙縮を呈した頸髄損傷者の治療経験

九州労災病院リハビリテーション科

吉田 歩美 (よしだ あゆみ)、濱村 威、橘 智弘

症例は50歳代の男性で、受傷から約30年が経過した四肢麻痺者(C4残存、ASIA impairment scale A)である。X年7月に右脛骨骨折を受傷し、シーネ固定が原因の右踵部褥瘡を形成した。X年10月に腹部から下肢に強い痙縮を認め、呼吸苦を自覚するようになった。痙縮は増強し、嘔吐症状も認めるようになって当科を受診し、緊急入院した。腹部CT検査で直腸に多量の便塊を認め、痙縮の最大の要因と考えた。頻回の処置で大量の便を排出し、痙縮は軽減したものの日常生活動作の支障になっていた。骨癒合を確認してシーネを除去し、褥瘡が改善するにつれて、さらに痙縮は軽減した。誘因を除去できたと判断し、経口筋弛緩薬による薬物療法を開始したところ、約1か月間で日常生活に支障ない程度まで痙縮は軽減した。

複数の誘因が重なって全身症状を伴う痙縮を呈したと考えられたが、適切な治療により社会復帰へ導くことができた。

11. 第1腰椎脱臼骨折による脊髄損傷に対し、プライムウォークを使用し歩行獲得し復学した1例

- 1) 恒心会おぐら病院 リハビリテーション科
- 2) 恒心会おぐら病院 整形外科

重信 恵三（しげのぶ けいぞう）¹⁾、上山 綱介¹⁾、下道 俊¹⁾、小倉 雅²⁾

十代男性。X年昼過ぎに従兄弟と釣りにでかけた際、車が脱輪し、車両を動かしていた際に崖と車に挟まれ受傷。両下肢完全麻痺認め、へりにて某院に緊急搬送され、CT、Xp、MRI 施行し、第1腰椎脱臼骨折（AO-type C）及び脊髄損傷の診断にて、同日加療目的に入院。同日緊急手術（Th11～L3 後方固定術）施行。術後も麻痺の状況に変化なかった（Frankel A）。ステラミック治療検討も、新型コロナの影響にて受け入れ不可とのことで、同年 Th12～L2 前方固定術施行。術後も麻痺状況には変化なかった。リハビリ目的に当院転院。入院時、両下肢（L1 以下）完全麻痺（改良 Frankel 分類 A）、ROM 制限なし、神経因性膀胱認め、尿道バルーン留置し、車椅子自走可能であった。両長下肢装具（両側支柱付き KAFO、内側型股継手 Prime Walk、膝継手スイスロック）作成し、装着し、両口フストランド杖使用し歩行獲得に至った。また ADL は階段昇降、入浴の一部を除き自立となり、復学に至った。画像を交え提示する。

12. 上肢装具の動向 ～佐賀県内某義肢装具製作所の調査から～

- 1) 佐賀大学医学部附属病院リハビリテーション科
- 2) 佐賀有菌義肢製作所

藤井 達哉（ふじい たつや）¹⁾、浅見 豊子¹⁾、村田 和樹¹⁾、坂田 亮二²⁾

【目的】Raschke らは、上肢装具の市場は減少していくという予測をした。そこで今回、上肢装具の動向をみる目的で最近の上肢装具製作状況を調査した。

【対象・方法】佐賀県内某義肢製作所の 2015 年から 2021 年の上肢装具製作数を調査した。

【結果】上肢装具製作数は 19546 件で、全装具中の上肢装具の割合は 21.3%から 31.7%と増加していた。全上肢装具中の指装具比率は増加し、肩装具比率は減少していた。また、既製品比率が増える傾向にあった。

【考察】上肢装具の製作数は減少していなかった。肩装具比率の減少は、近年の術式や術後リハビリテーションの進め方に影響を受けたものと考えられた。既製品の増加傾向は、早期に装着でき、既製品種類が増加したことが要因と考えられた。

【まとめ】上肢装具の動向として、全装具中の比率低下はみられなかった。優れた既製品の開発が上肢装具の市場に好影響を与えることが期待された。

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 I (13:00 ~ 14:00)

座長：宮崎大学医学部 教授 帖佐 悦男

「パラスポーツを支える医科学研究について」

講師：宮崎大学医学部附属病院リハビリテーション部 教授 荒川 英樹 先生

2020年からの新型コロナウイルス感染症のパンデミックは未だ終息への途上であるが、東京パラリンピックが2021年夏、無事に開催された。パラスポーツは、戦傷者のリハビリテーション治療、社会復帰への福祉的な取り組みが起源であるが、近年はスポーツとしての認知度も向上し、普及や振興も進展している。しかし一方で、地域における社会的な課題、障がい者の医学的課題も多い。パラスポーツの現状や医科学研究について考える。

日本リハビリテーション医学会専門医 1 単位・認定臨床医生涯教育研修単位 10 単位

日本整形外科学会教育研修認定単位 1 単位 [1][2] S

座長：宮崎大学医学部附属病院コミュニティ・メディカルセンター 准教授 鳥取部 光司

「脳疾患におけるリハビリテーション医療」

講師：名古屋市立大学医学研究科リハビリテーション医学分野 教授 植木 美乃 先生

脳血管障害、パーキンソン病などの脳疾患は、超高齢社会において罹患患者数は増加している。薬物療法等の発展に伴い、患者の生命予後は改善している。一方で、脳血管障害では片麻痺等の後遺症が残存することがあり、機能回復に寄与するためのリハビリテーションや的確な予後予測を行い活動につなげていく事が重要である。本講演では今後も罹患数の増加が見込まれる脳疾患のリハビリテーション医療について述べさせていただく。

日本リハビリテーション医学会専門医 1 単位・認定臨床医生涯教育研修単位 10 単位

日本整形外科学会教育研修認定単位 1 単位 [8][13] Re

座長：宮崎大学医学部附属病院リハビリテーション部 教授 荒川 英樹

「高齢者脊椎変性疾患の病態とリハビリテーション治療」

講師：九州大学病院リハビリテーション科 准教授 川口 謙一 先生

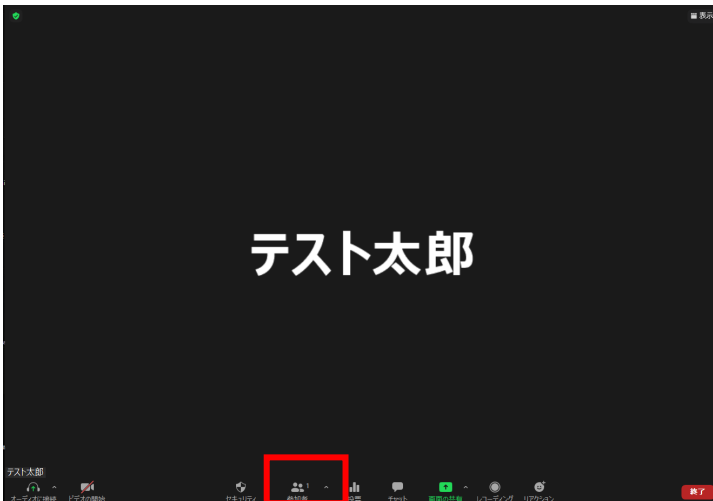
社会の高齢化に伴い、高齢者の脊椎変性疾患は増加の一途をたどっており、腰痛や下肢痛による身体機能低下は健康寿命延伸の阻害因子となる。近年、脊椎変性疾患に対する運動療法を中心としたリハビリテーション治療の効果検証や新たな知見が報告されている。一方で、手術の低侵襲化が進み高齢者にもその適応が広がる傾向にある、本講演では、高齢者に代表的な脊椎変性疾患の病態と術後を含めたリハビリテーション治療について概説する。

日本リハビリテーション医学会専門医 1 単位・認定臨床医生涯教育研修単位 10 単位

日本整形外科学会教育研修認定単位 1 単位 [7][13] SS

参加者用 ZOOM マニュアル～ご参加にあたってのお願い～

- ・**お名前**をご確認ください。
- ・日本リハ専門医・認定臨床医の単位申請には、受講者のログが必要となります。



①「参加者」ボタンをクリックしてください



②ご自身にカーソルを合わせ「詳細」をクリックしてください



③「名前の変更」をクリックし、ご所属とフルネームをご入力ください

参加者用 ZOOM マニュアル～ご参加にあたってのお願い～

- ・インターネットは**有線接続**を推奨しております。

※不安定な接続環境ですと、画質や画像落ち、音声の途切れに繋がります。

- ・参加中は常時**マイクオフ（ミュート）**でお願い致します。



マイクオフの状態

- ・ご質問は**チャット**で**座長あて**にお送りください。

- ・**スクリーンショット・撮影、コピー・録画**はご遠慮ください。

※本研究会は記録のため運営事務局によって録画・録音されます。予めご了承ください。