

---

## 第58回

---

# 日本リハビリテーション医学会 九州地方会

---

日時 2025年9月7日（日）  
9：25～16：30

会場 アバンセ

会長 浅見 豊子

(医療法人安寿会 田中病院 理事長)

事務局：佐賀大学医学部附属病院リハビリテーション科

代表：村田 和樹 事務：高野 友美

〒849-8501 佐賀市鍋島5丁目1-1

Tel：0952-34-3285

E-mail：sa5965@cc.saga-u.ac.jp



## ご 案 内

### ■学会参加費

当日、受付でお支払いください。

会員：3,000 円、非会員：4,000 円、コ・メディカル：1,000 円、学生：無料

### ■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

- ① 午前中の学会参加により、専門医 1 単位・生涯教育単位 10 単位が取得できます。

参加登録時にお渡しする受講カードに記入のうえ、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専門医を 1 単位、認定臨床医 10 単位が取得できます。）

- ② 生涯教育講演 I、II、III は、講演ごとに専門医 1 単位・生涯教育単位 10 単位に認定されます。

単位取得を希望される場合は、当日専門医 1 単位・生涯教育単位 10 単位につき 1,500 円を納めてください。

#### 2. 日本整形外科学会教育研修認定単位

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 1 単位として認定されます。

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。

- ① 研修会に参加される際は、必ず日本整形外科学会の QR コードをご持参ください。

- ② 取得単位の反映は登録データのアップロード完了後になります。しばらく時間を要することをご了承ください。

- ③ 研修会の単位は、認定された N（整形外科専門医資格継続のための単位）のうち、小さい番号の必須分野に自動的に振り分けられます。他の必須分野や認定医継続のための単位（S、R、SS、Re）を希望される方は、会員マイページの単位振替システム上で手続きをお願いします。

### ■一般演題・関連職種セッション演者ならびに座長の皆さまへ

発表は 6 分、質疑応答は 3 分です。発表時間は厳守し、座長の指示に従ってください。発表の 30 分前までに PC 受付をお済ませください。PowerPoint スライドは USB データにて提出をお願いします。次演者（座長）は、前演者（座長）の登壇と同時に次演者（座長）席へご着席ください。

### ■幹事会のお知らせ

学会当日の昼休み（12：10～12：50 予定）に行います。

会場は 4 階第 3 研修室となっております。

ご不明な点がございましたら、学会スタッフにご確認ください。

## ■参加者の皆さまへ

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

## ■抄録集について

当日、参加受付時にお渡しいたします。

なお、九州地方会 HP (<http://kyureha.umin.ne.jp>) にてプログラムおよび抄録集を公開しております。PDF ファイルのダウンロードが可能ですのでご利用ください。

## ■その他のお知らせ

**敷地内全面禁煙**です。皆様のご理解とご協力をお願いします。

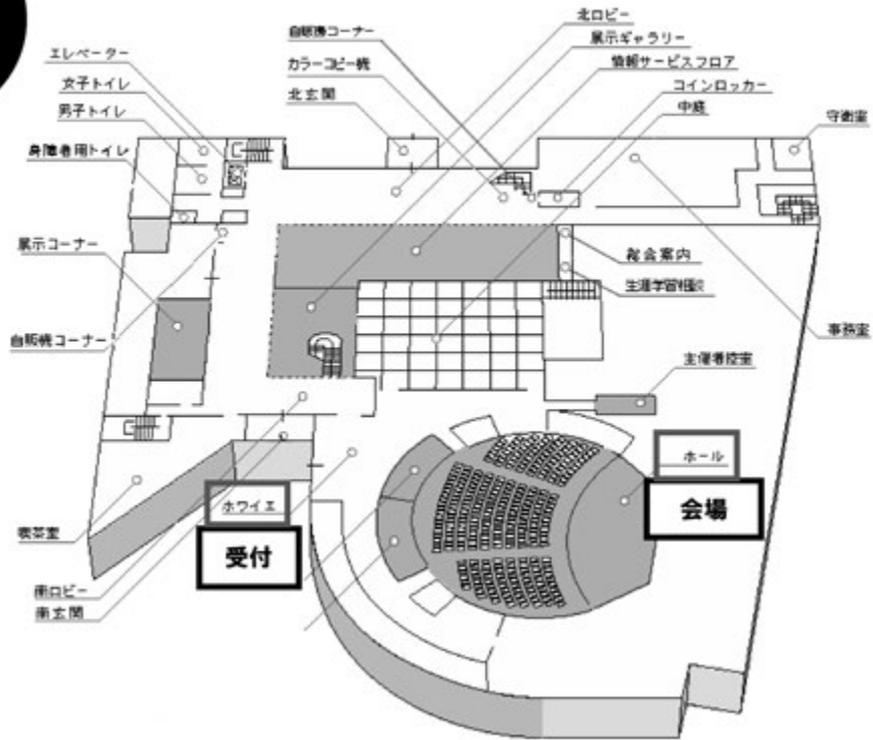
昼休みのホール内・研修室内の飲食は可能ですが、ゴミ等は各自、持ち帰ってください。

## ■駐車場について

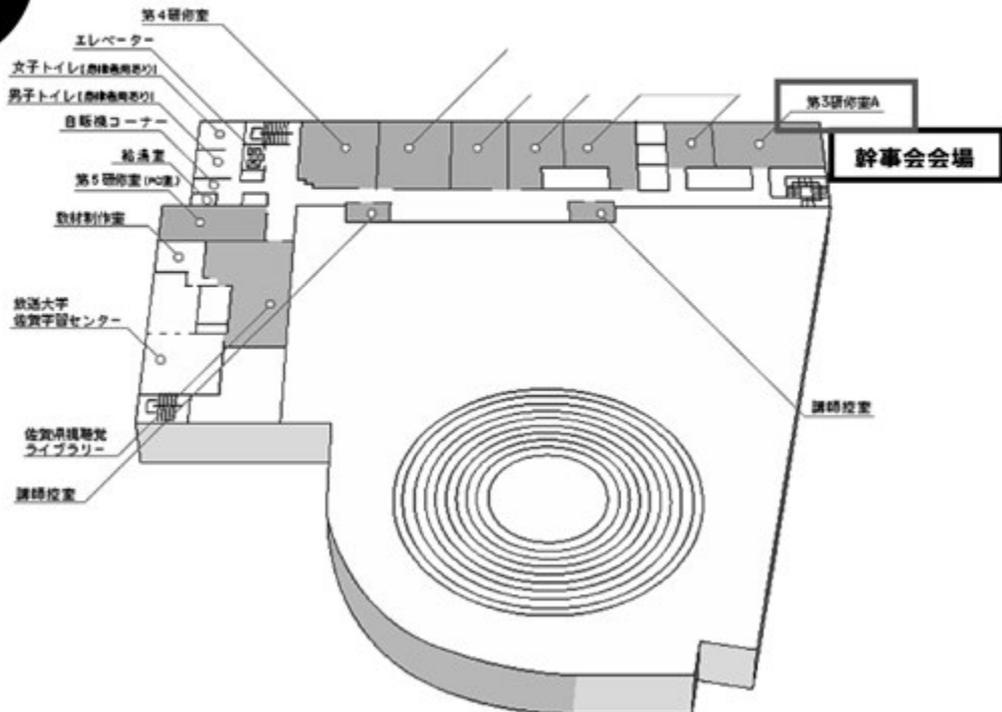
会場北側と南側に駐車場がございますので、そちらをご利用ください。

# 会場案内

1F



4F



## 会場交通案内



### 1. JR佐賀駅から徒歩で10分

佐賀駅の南口から県庁方面に向かって200メートルほど進み「駅前交番西」交差点を右折、そのまま400メートルほど進み「神野東一丁目」(国道264号線が交差)付近で左前方にアバンセ(薄いピンク色の4階建て)が見えます。

### 2. JR佐賀駅からバスで

佐賀駅バスセンター2番乗り場から行先番号58番又は59番の「クレオパーク鍋島」行き(およそ30分間隔で運行、所要時間5分程度)に乗車し、「どん³の森前」バス停で下車してください。

どん³の森の緑地帯にアバンセ(薄いピンク色の4階建て)が見えます。

### 3. 佐賀大和インターチェンジから車で

国道263号線を佐賀市街方面へ5キロほど進み「国立病院前」交差点(右手にSAGAアリーナ、国道34号線との立体交差)を通過、直後の「機動隊前」交差点を右カーブして道なりに進み、1キロ先のJR長崎本線の高架を通過、200メートル先の「神野東一丁目」交差点を右折し一方通行の標識に従って「どん³の森」周回道路に入るとアバンセ(薄いピンク色の4階建て)が見えます。



## スケジュール

時 間	アバンセ 1Fイベントホール
9:00～	受 付
9:25～	開会 会長挨拶
9:30～10:15	一般演題Ⅰ（5演題） 座長：医療法人啓心会 啓心会病院 荻野 美佐 先生
10:15～11:00	一般演題Ⅱ（5演題） 座長：佐賀県医療センター好生館 リハビリテーション科 部長 山之内直也 先生
11:00～11:40	一般演題Ⅲ（4演題） 座長：医療法人智仁会 佐賀リハビリテーション病院 南里 悠介 先生
11:40～12:00	休 憩
12:00～13:00	ランチョンセミナー 座長：佐賀大学医学部附属病院 リハビリテーション科 助教 村田 和樹 先生 「回復期から始めるボツリヌス療法」 講師：社会医療法人財団 白十字会 白十字リハビリテーション病院 副院長 三浦 聖史 先生 「“できる”をひろげる生活期ボツリヌス療法」 講師：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 助教 河村健太郎 先生
13:10～13:30	九州地方会総会
13:30～14:30	教育講演Ⅰ 座長：佐賀整肢学園からつ医療福祉センター センター長 原 寛道 先生 「神経発達症の小児リハビリテーション医療」 講師：社会福祉法人 別府発達医療センター リハビリテーション科 センター長 福永 拙 先生
14:30～15:30	教育講演Ⅱ 座長：佐賀整肢学園子ども発達医療センター 副院長 高杉紳一郎 先生 「整形外科デジタルトランスフォーメーション（DX）活用事例のご紹介」 講師：佐賀大学医学部附属病院 整形外科 教授 森本 忠嗣 先生
15:30～16:30	教育講演Ⅲ 座長：医療法人安寿会 田中病院 理事長 浅見 豊子 先生 「生活期リハビリテーション診療における標準的な訓練コードの開発」 講師：広島大学病院リハビリテーション科 教授 三上 幸夫 先生
16:30～	閉会 会長挨拶

# プログラム

9:25～9:30 開会

開会挨拶

## 一般演題（Ⅰ） 9:30～10:15

座長：医療法人啓心会 啓心会病院 荻野 美佐 先生

1	超高齢頸椎性脊髄症患者における椎弓形成術後のMRI所見と機能予後の関係	大分大学医学部整形外科 宮崎 正志 先生
2	内側型変形性膝関節症に対し両側同時に内側開大式高位脛骨骨切り術を施行した一例	福岡リハビリテーション病院 整形外科 大島由貴子 先生
3	骨粗鬆症患者におけるIL-6を中心としたサルコペニア関連マイオカインの解析	久留米大学医学部整形外科講座 リハビリテーション部 橋田 竜騎 先生
4	癌脊椎転移による両下肢麻痺症例に対しリハビリテーション治療と多職種連携を行い、自宅退院となった1症例	福岡大学病院リハビリテーション科 白井 隆之 先生
5	肩関節術後の疼痛コントロール	福岡みらい病院リハビリテーション科 大塚 洋 先生

## 一般演題（Ⅱ） 10:15～11:00

座長：佐賀県医療センター好生館リハビリテーション科 部長 山之内直也 先生

1	反復経頭蓋磁気刺激による上肢治療時の痙縮軽減と脊髄興奮性の変化	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 古森 元浩 先生
2	ITB療法中にポンプの薬剤漏出を来した一例	産業医科大学 リハビリテーション医学講座 中田 有哉 先生
3	単回の高強度運動療法が70歳未満の血中BDNF濃度に及ぼす影響	ちゅうざん病院リハビリテーション科 末永 文彦 先生
4	地域で生活する高齢な植込み型心臓電気デバイス装着者のフレイル・ロコモの実態と背景	潤和会記念病院 坂本 竜一 先生
5	歩行速度低下の関連因子の同定	熊本大学病院 リハビリテーション科 米村 光信 先生

一般演題（Ⅲ） 11：00～11：40

座長：医療法人智仁会 佐賀リハビリテーション病院 南里 悠介 先生

1	新規リハビリテーション治療機器購入の 困難さに関して	鹿児島市立病院 リハビリテーション部 鶴川 俊洋 先生
2	回復期リハ病棟入院患者の体重減少について	鹿児島市米盛病院 リハビリテーション科 中沢不二雄 先生
3	高齢破傷風患者に対する リハビリテーション治療の経験	長崎大学病院リハビリテーション科 大西 敦斗 先生
4	集中治療センターにおけるリハビリテーションの 現状と課題～福岡徳洲会病院の取り組み～	福岡徳洲会病院 集中治療センター 牟田 隆則 先生

12：00～13：00 昼 休 み

12：10～12：50 幹事会（4階 第3研修室）

ランチョンセミナー 12：00～13：00

座長：佐賀大学医学部附属病院リハビリテーション科 助教 村田 和樹 先生

「回復期から始めるボツリヌス療法」	【講師】 社会医療法人財団 白十字会 白十字リハビリテーション病院 副院長 三浦 聖史 先生
「“できる”をひろげる生活期ボツリヌス療法」	【講師】 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 助教 河村健太郎 先生

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（Ⅰ）

座長：佐賀整肢学園からつ医療福祉センター センター長 **原 寛道** 先生

13：30 ） 14：30	「神経発達症の小児 リハビリテーション医療」	【講師】 社会福祉法人 別府発達医療センター リハビリテーション科 センター長 <b>福永 拙</b> 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）

### 教育講演（Ⅱ）

座長：佐賀整肢学園子ども発達医療センター 副院長 **高杉紳一郎** 先生

14：30 ） 15：30	「整形外科デジタルトランスフォーメーション(DX) 活用事例のご紹介」	【講師】 佐賀大学医学部附属病院 整形外科 教授 <b>森本 忠嗣</b> 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1単位（13, Re）

### 教育講演（Ⅲ）

座長：医療法人安寿会 田中病院 理事長 **浅見 豊子** 先生

15：30 ） 16：30	「生活期リハビリテーション診療における 標準的な訓練コードの開発」	【講師】 広島大学病院 リハビリテーション科 教授 <b>三上 幸夫</b> 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（13, Re）

16：30 閉 会

## 一般演題 (I)- 1

## 超高齢頸椎症性脊髄症患者における椎弓形成術後の MRI 所見と機能予後の関係

大分大学医学部整形外科

宮崎正志・阿部徹太郎・加来信広

高齢化の進行により、80歳以上の超高齢者における頸椎症性脊髄症（CSM）が増加している。的確な診断と治療介入、術後の神経回復予測はリハビリテーション実施における重要な要素である。本研究では、椎弓形成術を受けたCSM患者100例を対象に、80歳以上（Group A：26例）と未満（Group B：74例）で術後機能回復と頸髄MRI所見を比較検討した。Group Aでは術前JOAスコアが有意に低く、MRIでGrade III（T1強調画像で髄内低信号）の割合が多く、回復率も低かった。一方で改善量（Achieved JOAスコア）には有意差がなかった。合併症（特に尿路感染・精神症状）はGroup Aで高頻度であった。超高齢者では神経機能障害の進行が速く、MRI上のGrade III信号変化は予後不良の指標となりうる。一方で、改善量は年齢に依存せず、適切な介入により機能回復は可能である。

## 一般演題 (I)- 2

## 内側型変形性膝関節症に対し両側同時に内側開大式高位脛骨骨切り術を施行した一例

- 1) 福岡リハビリテーション病院 整形外科
- 2) 福岡リハビリテーション病院 リハビリテーション部
- 3) 福岡リハビリテーション病院 脳神経外科
- 4) 福岡リハ整形外科クリニック 整形外科

大島由貴子<sup>1)</sup>・花田弘文<sup>1)</sup>・秀島 麗<sup>1)</sup>・榎 純平<sup>1)</sup>・岡 秀彦<sup>1)</sup>・黒岩慶成<sup>1)</sup>・永澤慶太郎<sup>1)</sup>  
 山口史彦<sup>1)</sup>・久保勝裕<sup>1)</sup>・原 道也<sup>1)</sup>・染川晋作<sup>2)</sup>・内藤卓也<sup>2)</sup>・入江暢幸<sup>3)</sup>・藤原 明<sup>4)</sup>

【症例】65歳女性、趣味で空手を嗜まれている。2011年8月に左膝前十字靭帯再建術、2012年3月に右膝前十字靭帯再建術を施行したが、再建術施行時より両側とも変形性膝関節症の所見を認めていた。保存療法で経過観察していたが疼痛が増悪したため内側開大式高位脛骨骨切り術（OWHTO）を行う方針とした。両膝とも手術適応であり、また早期に空手への復帰を希望されたため2023年12月13日、両側同時にOWHTOを施行した。術後2週免荷、以降は1/3荷重ずつ毎週荷重量を上げていき、術後4週より全荷重歩行を開始した。術後経過問題なく、2024年12月23日に両側抜釘術を施行した。OWHTO施行前、抜釘後では関節可動域は屈曲：右15°左5°改善。OWHTO施行時の入院日数は51日と短縮できた。2025年2月頃より空手活動を徐々に再開されている。【結語】比較的若年で筋力が維持されている症例は両側同時にOWHTOを施行することでスポーツ復帰までの期間を短縮することができる可能性がある。

## 一般演題 (I)- 3

## 骨粗鬆症患者における IL-6 を中心としたサルコペニア関連マイオカインの解析

- 1) 久留米大学医学部整形外科学教室
- 2) 久留米大学病院 リハビリテーション部
- 3) 宗像水光会総合病院 整形外科

橋田竜騎<sup>1)2)3)</sup>・樋口貴彦<sup>3)</sup>・南谷和仁<sup>1)3)</sup>・松瀬博夫<sup>1)2)</sup>

【目的】骨粗鬆症患者におけるサルコペニアの有病率と、それに関連するマイオカインを調査した。【方法】骨粗鬆症外来患者 63 名を AWGS 基準でサルコペニア群 (18名) と非サルコペニア群 (45名) に分類し、年齢・BMI・身体活動量・マイオカイン (IL-6、FGF-21 等) を比較した。統計解析には Wilcoxon 順位和検定と多変量ロジスティック回帰を用いた。【結果】サルコペニア群は年齢が高く、身体活動量が低かった。IL-6 と年齢が独立した関連因子であった。【結論】骨粗鬆症患者の 31 % にサルコペニアを認め、IL-6 が最も強く関連していた。

## 一般演題 (I)- 4

## 癌脊椎転移による両下肢麻痺症例に対し

## リハビリテーション治療と多職種連携を行い、自宅退院となった 1 症例

福岡大学病院 リハビリテーション科

白井隆之・青柳 諒・鎌田 聡

がん骨転移による脊椎病的骨折は、重篤な神経障害を合併することがあり、ADL の低下を招く。今回、脊椎転移性骨腫瘍の病的骨折による両下肢麻痺の 1 症例を経験したので経過を含めて報告する。症例は 63 歳男性、甲状腺濾胞癌の治療中に転移性骨腫瘍による胸椎・腰椎破裂骨折に対して椎体固定術を整形外科にて施行した。患者は自宅退院を強く希望していたが、両下肢完全麻痺の状態であった。リハビリテーション治療だけでなく、当院での抗がん剤・放射線治療も必要であったため、当科転科となった。術後 6 週目より右下肢の随意運動が出現し、平行棒内での起立や車椅子移乗、トイレ移動が可能となった。退院に際し多職種カンファレンスを開催し、環境や訪問サービスの調整を行なった。術後 12 週目で自宅退院となった。重度麻痺を伴う転移性脊椎腫瘍の症例では、自宅退院を目指す場合、リハビリテーション治療だけでなく多職種での連携が特に必要である。

## 一般演題 (I)- 5

## 肩関節術後の疼痛コントロール

1) 福岡みらい病院 リハビリテーション科

2) 九州大学病院 リハビリテーション科

大塚 洋<sup>1,2)</sup>・桑門 想<sup>2)</sup>・川口謙一<sup>2)</sup>・高橋真紀<sup>1)</sup>

【背景】肩関節手術では術後に長期間の患肢固定を必要とする。装具固定から三角巾固定へ移行した段階でリハビリテーション病院へ転院することが多いが、術後最も強い疼痛が生じやすい時期であり、転院後に疼痛コントロールに難渋することも少なくない。

【目的】肩関節術後の疼痛の推移を把握し、対応を検討すること。

【対象・方法】九州大学病院において肩関節手術（鏡視下腱板修復術、人工肩関節置換術）を施行され、2024年4月～2025年3月に当院へ転院し術後リハビリテーションを行った症例28例（男性14例、女性14例、平均年齢：69.9歳、平均入院日数：34.6日）。診療録より後方視的に調査を行った。

【結果】夜間痛優位型：19例、動作時痛優位型：9例

【考察】肩関節術後に生じる疼痛は手術部位に侵襲が加わることにより生じるものと、長期固定による関節拘縮に由来するものの2種類に大別されると考えられる。複合的な疼痛であるため、包括的な対応が必要とされる。

## 一般演題 (II)- 1

## 反復経頭蓋磁気刺激による上肢治療時の痙縮軽減と脊髄興奮性の変化

1) 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

2) 鹿児島大学病院リハビリテーション部

古森元浩<sup>1)</sup>・衛藤誠二<sup>1)</sup>・大瀨倫太郎<sup>1)</sup>・新留誠一<sup>2)</sup>・上野 真<sup>1)</sup>・河村健太郎<sup>1)</sup>・下堂蘭恵<sup>1)</sup>

脳卒中麻痺側上肢の治療のため、5 Hz の反復経頭蓋磁気刺激（rTMS）を障害側運動野に行った際に、しばしば痙縮軽減を認める。その機序を探るため、rTMS 治療時に、治療者、本人が共に痙縮軽減を認めた3症例において、2週間のrTMS治療前後に、麻痺側手指筋からF波を計測し、脊髄興奮性を評価した。3例とも運動閾値の88%以下の弱い刺激強度で治療を行い、FMA（Fugl-Meyer Assessment）改善度0-3点、F/M比は1例で増大、2例で減少を認めた。F/M比が2週間で6.94から5.19に減少した1例では、単回の治療前後でも5.19から3.20に減少した。また、上肢痙縮のない症例では運動閾値の刺激強度で治療を行い、FMA改善度7点、F/M比1.48から1.42へ減少した。運動閾値以下の強度のTMSは脊髄へ直接影響しないとされるが、脊髄興奮性を低下させ、痙縮軽減を促す可能性が示唆された。

## 一般演題 (II)- 2

## ITB療法中にポンプの薬剤漏出を来した一例

産業医科大学病院リハビリテーション医学講座

中田有哉

【症例】60歳男性。X-15年、左被殻出血を発症し右片麻痺 Br Stage III-III-IVが後遺。X-9年、右上下肢痙縮に対し他院でITB療法を開始、右短下肢装具と杖でADL自立、仕事は在宅でのデスクワーク。X-3年、ITBポンプ交換術後よりポンプ上に漿液腫を疑う約50mlの液体貯留が持続した。単純連続モードでバクロフェン280 $\mu$ g/日から開始も徐々に痙縮悪化し330 $\mu$ g/日へ増量し維持していた。X-2年、転居し当科へ転医、MASは右足底屈筋群2、立脚期の踵接地不能な外転歩行を認めた。さらに360 $\mu$ g/日まで増量し、フレックスモードへ注入モードを変更したが十分な効果は得られなかった。X年、機器トラブルを疑いカテーテル造影を行ったところポンプとカテーテルの接続不良を認め、ITBポンプ交換術を施行した。術後は単純連続モード80 $\mu$ g/日で、MASは右足底屈筋群1+、外転歩行の改善を認めた。【考察】ITB療法が奏効しない場合、機器の不具合についても確認し鑑別することが重要である。

## 一般演題 (II)- 3

## 単回の高強度運動療法が70歳未満の血中BDNF濃度に及ぼす影響

- 1) ちゅうざん病院リハビリテーション科
- 2) 和歌山県立医科大学リハビリテーション科

末永文彦<sup>1)</sup>・田島文博<sup>1)</sup>・近本哲士<sup>1)</sup>・天野佐亞哉<sup>1)</sup>・伊勢正人<sup>1)</sup>  
田中正一<sup>1)</sup>・仲地修一郎<sup>1)</sup>・幸田 剣<sup>2)</sup>

高強度の運動療法(HIIT)は、脳血管障害者(CVA)の機能回復に効果があることされる。メカニズムとして、健常若年者で運動により上昇する脳由来神経栄養因子(BDNF)の関与が示唆されている。我々はHIITが非高齢CVAの血中BDNFに及ぼす影響を調査した。対象は当院入院中CVAで運動療法の実施可能な70歳未満の15名(年齢 $55.0 \pm 7.30$ 歳、BMI $23.8 \pm 2.7$ kg/m<sup>2</sup>、NIHSS $8.8 \pm 9.6$ 点 [mean $\pm$ SD])とした。HIITは有酸素運動を中心に午前中に120分間実施し、強度は年齢予測最大心拍数の75%以上を目標とした。運動療法直前、直後、および夕方に採血した。血中BDNFは、運動前 $30 \pm 10$ ng/ml、直後 $28 \pm 10$ ng/ml、回復時 $26 \pm 11$ ng/mlと有意な変化はなかった。CVAでは、運動麻痺により高強度といっても筋活動量の総和が少ないためと推察される。

## 一般演題 (II)- 4

地域で生活する高齢な植込み型心臓電気デバイス装着者の  
フレイル・ロコモの実態と背景

- 1) 潤和会記念病院
- 2) 宮崎大学医学部附属病院リハビリテーション科

坂本竜一<sup>1)</sup>・川崎弘貴<sup>2)</sup>・荒川英樹<sup>2)</sup>

【目的】循環器領域における植込み型心臓電気デバイス（CIEDs）治療は進歩を遂げているが、高齢装着者の運動機能やフレイル、ロコモの実態は不明である。本研究では、CIEDs 装着高齢者のフレイル・ロコモの有病率を調査した。【方法】2021年4月～2024年12月に当科を紹介受診した高齢者380名のうち、CIEDsを装着した地域生活者であり、ADLが自立し要介護認定を受けていない11名（平均77.8歳）を対象に、改定日本版CHS基準およびロコモ度テストを実施した。【結果】フレイル7名（63.6%）、プレフレイル4名（36.4%）であり、ロコモ度は非ロコモ1名（9.1%）、ロコモ度1が1名（9.1%）、ロコモ度2が3名（27.3%）、ロコモ度3が6名（54.5%）であった。【結論】CIEDs 装着高齢者では、フレイルおよびロコモ度3の割合が高く、早期からの予防的介入の重要性が示唆された。

## 一般演題 (II)- 5

## 歩行速度低下の関連因子の同定

熊本大学病院リハビリテーション部

米村光信・福間裕子・高橋慶亮・古閑丈裕・宮本健史

背景/目的：

我が国は今後更なる超高齢社会の進行とそれに伴う介護保険料の増大が喫緊の課題となっている。

我々はこれまでの研究で要介護のリスク因子として「歩行速度低下」を同定した。要介護を抑制するために、「歩行速度低下の関連因子」を同定することが本研究の目的である。

方法：

熊本県荒尾市の65歳以上の住民に対して2016年と2022年に実施した2回の大規模調査においていずれも歩行速度の計測が行われた725人を対象とした。2016年の時点で歩行速度の低かった37人を除外し、歩行速度低下群92人と歩行速度非低下群596人に分類した。歩行速度低下群が非低下群と比較して2016年の調査の時点でどのような因子があるのかを、ロジスティック回帰分析を用いて同定した。

結果：

歩行速度低下に関連する因子として、年齢、身体の痛み・不快感の有無、移動能力、運動習慣の程度、活気の有無、の5項目を同定した。

## 一般演題 (Ⅲ)- 1

## 新規リハビリテーション治療機器購入の困難さに関して

鹿児島市立病院リハビリテーション部

鶴川俊洋

リハビリテーション治療機器の進歩は顕著であり、従来の治療法を凌駕する効果が報告されている。一方で高度急性期病院のリハビリテーション療法士数は潤沢ではなく、また報道のように非常に厳しい病院経営状況を呈している。

筆者（2005年以降は常にリハビリテーション科医一人職場）は物理療法とロボットリハビリテーション機器治療の必要性を感じ、前々勤務・前勤務病院在籍中（COVID19流行前）に所属療法士とともにS大学病院ロボットリハビリテーション外来を見学した。前勤務病院では同病院療法士を招いた勉強会を開催し、歩行練習用医療機器導入に繋がった。在院日数短縮と経営強化が求められる現勤務病院（574床）でも機器のデモ・レンタルを数回行ったが、日々の多忙さ・時間外勤務縮小・経営状況等から療法士・経営陣の興味を引くことができず、導入に至っていない。

治療機器不足にて今後最先端のリハビリテーション治療から取り残されている危機を感じている。

## 一般演題 (Ⅲ)- 2

## 回復期リハ病棟入院患者の体重減少について

鹿児島市米盛病院 リハビリテーション科

中沢不二雄

回復期リハ病棟入院患者は、入院中体重を減らす傾向にある。

今回、回復期リハ病棟入院患者は実際にどの程度体重を減らしているのか、更に患者背景別に、体重減少を評価した。

対象は2024年7、10月及び2025年1、4月退院患者507例、男性162例、女性346例。平均年齢76.4歳（23-98歳）。平均BMI：21.5である。体重の平均と標準偏差を提示した。

結果、97例に体重増加を認めたが、残りは、変化なし18例、減少392例だった。体重増加例は、回復期病棟入棟時の体重を上回り退院したが、入院時の体重を超えた者は47例に過ぎなかった。体重減少は男性、高齢、長期入院に大きく、疾患では四肢外傷、内科的臓器疾患、内科的脳疾患で顕著だった。回復期リハ病棟入院患者の体重減少の原因は幾つか考えられるが、異常な体重減少を見逃さないことが肝要と思われた。

## 一般演題 (Ⅲ)- 3

## 高齢破傷風患者に対するリハビリテーション治療の経験

長崎大学病院

大西敦斗・佐藤 慧・酒井和香・高島英昭

一般に高齢発症の破傷風は重症化リスクが高い。今回良好な転帰を辿った高齢破傷風患者を2例経験した。

1例目は79歳男性、開口障害で発症し第6病日に診断された。第7病日に心肺停止後、自己心拍再開し、気管挿管し人工呼吸器管理を開始、第18病日に抜管した。第43病日に杖なし歩行監視で転院した。

2例目は86歳女性、喋りにくさで発症し第3病日に開口障害が出現、気管挿管し人工呼吸器管理を開始、第4病日に気管切開を施行し第20病日に人工呼吸器を離脱した。気切部閉鎖し第37病日に杖なし歩行監視で転院した。

1例目は第13病日からROM訓練、第33病日から杖なし歩行を行い、2例目は第4病日からROM訓練、第29病日から杖なし歩行を行った。

破傷風に限らず、一般的に人工呼吸器からの早期離脱や浅い鎮静はせん妄や廃用症候群を予防するために推奨されるが、破傷風では積極的な人工呼吸器併用での深鎮静管理による早期からの離床訓練が望ましい可能性がある。

## 一般演題 (Ⅲ)- 4

集中治療センターにおけるリハビリテーションの現状と課題  
～福岡徳洲会病院の取り組み～

- 1) 福岡徳洲会病院 集中治療センター
- 2) 福岡徳洲会病院 リハビリテーション室

牟田隆則<sup>1)</sup>・杉山裕樹<sup>2)</sup>・中島浩貴<sup>2)</sup>・江田陽一<sup>1)</sup>

当院は集中治療センター22床を有し、年間約2,200名の重症患者を受け入れている。2013年より集中治療医をチームリーダーに、多職種が連携する「チームICU」を構築し、原則として入室翌日より早期離床を実施している。専従の集中治療理学療法士およびリハビリテーション科専門医を配置し、日々の多職種カンファレンスにより全身状態を多面的に評価し、整合性の取れたリハビリテーション治療を365日提供している。これにより集中治療センター内にリハビリテーション医療が自然に組み込まれた文化が形成され、当院の大きな強みとなっている。一方で、集中治療センター退室後のPICSラウンドやPICS外来などの集中治療後のフォローアップ体制は未整備であり、今後の重要課題である。今後も多職種チーム医療を基盤に、さらなる質の向上を目指し取り組んでいく。

## 「神経発達症の小児リハビリテーション医療」

講師：社会福祉法人別府発達医療センターリハビリテーション科 センター長 福永 拙 先生

### 【抄録】

平成17年4月施行の発達障害者支援法では神経発達症（発達障害）の早期発見、早期支援を行うことが、国および地方公共団体の責務とされている。医療、教育、福祉、行政機関など多職種連携を地域で構築していくためには、リハビリテーション医療による生活機能評価、および成長・発達の見通しについて協議していくことが必要である。診療科の専門性を問わず、地域の児童らの障害特性理解と支援が、今後益々必要とされている。

### 【略歴】

昭和60年3月 大分医科大学卒業  
 5月 大分医科大学病院研修医  
 昭和61年6月 九州労災病院医師  
 平成元年6月 大分医科大学病院医員（整形外科）  
 平成3年6月 大分医科大学文部教官助手  
 8年3月 博士（医学）号 取得  
 8年7月 大分医科大学病院講師  
 11年4月 別府発達医療センター 副所長  
 31年2月 別府発達医療センター 理事長兼センター長

### 【資格・所属学会】

日本臨床発達心理士会認定 臨床発達心理士  
 日本小児リハビリテーション医学会  
 日本小児神経学会  
 日本専門医機構認定 リハビリテーション科専門医・同学会 指導医  
 日本専門医機構認定 整形外科専門医・同学会 指導医  
 日本医師会認定 産業医

### 【社会における活動】

第45回日本脳性麻痺研究会会長  
 日本小児リハビリテーション医学会評議員

### 【その他公職】

大分大学医学部臨床教授（小児科、整形外科）  
 大分県立看護科学大学臨床教授

### 【受賞歴】

平成27年11月 第49回 高木 賞  
 令和元年5月 藍綬（らんじゅ）褒章（ほうしょう）（厚生労働省）  
 2年10月 大分県知事表彰

教育講演Ⅱ 14:30～15:30

座長：佐賀整肢学園こども発達医療センター 副院長 高杉紳一郎 先生

## 「整形外科デジタルトランスフォーメーション（DX）活用事例のご紹介」

講師：佐賀大学医学部附属病院 整形外科 教授 森本 忠嗣 先生

## 【抄録】

医師の働き方改革、男女共同参画への対応の鍵としてデジタルトランスフォーメーション（DX）が注目され、業務構造・組織文化の変革が求められている。その有用な手段の一つがDX応用である。当科におけるDX応用に関する取り組みが、リハビリテーションに尽力されている学会員の方にお役に立てるのではないかと考え、紹介させていただきたい。

## 【略歴】

平成10年 佐賀医科大学（現 佐賀大学）卒業後、同大学整形外科入局  
平成14年 福島県立医科大学 整形外科  
平成10年 佐賀社会保険病院  
平成19年 長崎労災病院  
平成20年 佐賀記念病院  
平成22年 佐賀大学病院整形外科 助教  
平成26年 佐賀大学病院整形外科 講師  
令和4年 佐賀大学病院整形外科 准教授

## 【所属学会・資格】

理事 最小侵襲脊椎治療学会  
評議員 日本脊椎脊髄病学会、日本腰痛学会、日本脊椎インストゥルメンテーション学会  
世話人 九州MIST研究会（代表）、西日本脊椎外科研究会、佐賀脊椎外科研究会

## 「生活期リハビリテーション診療における標準的な訓練コードの開発」

講師：広島大学病院リハビリテーション科 教授 三上 幸夫 先生

## 【抄録】

近年、生活期リハビリテーション診療では、科学的根拠に基づく介入手法が求められている。これを実践するためには、評価・介入手法・アウトカムの標準化および実現可能性の検証が必要である。今後、生活期リハビリテーション診療における標準的な訓練コードを開発すれば、生活期リハビリテーション診療の介入手法が標準化され、現場での介入の実態を明らかにすることが可能となる。

## 【略歴】

1995年3月 東北大学医学部医学科卒業 医師第376226号  
1995年4月 国立仙台病院（現：仙台医療センター） 初期研修医  
1998年4月 東北大学大学院医学系研究科入学  
2002年3月 東北大学大学院医学系研究科卒業 医博第1906号  
2002年4月 国立療養所宮城病院（現：国立病院機構宮城病院） 外科 医師  
2002年9月 仙台オープン病院 外科 副医長  
2003年8月 フライブルグ大学病院（ドイツ） 外科 助手（助教）  
2005年3月 東北大学病院 消化器外科 助手（助教）  
2007年10月 広島大学病院 整形外科 医師  
2008年4月 市立三次中央病院 整形外科 副医長  
2010年4月 広島市立安佐市民病院 整形外科 副部長  
2012年4月 庄原赤十字病院 リハビリテーション科・整形外科 部長  
2013年4月 広島大学病院 リハビリテーション科 医師  
2016年4月 広島大学病院 リハビリテーション科 助教  
2018年4月 広島大学病院 リハビリテーション科 講師  
2019年4月 和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座 准教授  
2022年5月 広島大学病院 リハビリテーション科 教授 現在に至る

## 【所属学会・資格、社会における活動】

日本リハビリテーション医学会 認定臨床医・専門医・指導責任者・代議員  
日本急性期リハビリテーション医学会 代議員  
日本生活期リハビリテーション医学会 理事  
AOSPRM（アジアオセアニアリハビリテーション医学会）教育委員会委員長  
日本整形外科学会 専門医  
日本パラスポーツ協会 医学委員会副委員長（メディカルチェック部会長）  
心臓リハビリテーション指導士  
JRAT Dx委員会委員長 広島JRAT代表

## 協 賛 一 覧 (順不同)

### 広 告

---

グラクソ・スミスクライン株式会社  
株式会社徳田義肢製作所  
有限会社佐賀有蘭義肢製作所

### 展 示

---

CYBERDYNE株式会社  
フランスベッド株式会社  
オージー技研株式会社  
インターリハ株式会社

本大会の開催にあたり、皆様より多数のご協力を賜りました。  
ここに深甚なる感謝の意を表します。

第58回日本リハビリテーション医学会九州地方会  
会長 浅見 豊子

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** 注用 **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

# NEW

TOKUDA ORTHO Tech Inc.  
MODULAR LEG BRACE  
モジュラーレッグブレース[ネオ]

# NEO

## 1. 工具不要で優れた身体適合

工具を使用せずに調節可能な各種アジャスト機構を搭載。



## 2. 短下肢 ← → 長下肢の簡便な切り替え

ハイトアジャスト機構を開放するだけで簡便に大腿部の脱着が可能に。



## 3. 優れた足部構造

Boa®を搭載し、ワンタッチで着脱可能で、アウトソールはvibram®ソールでMP部の踏み返しが可能に。



## 4. アルコール除菌対応素材を採用

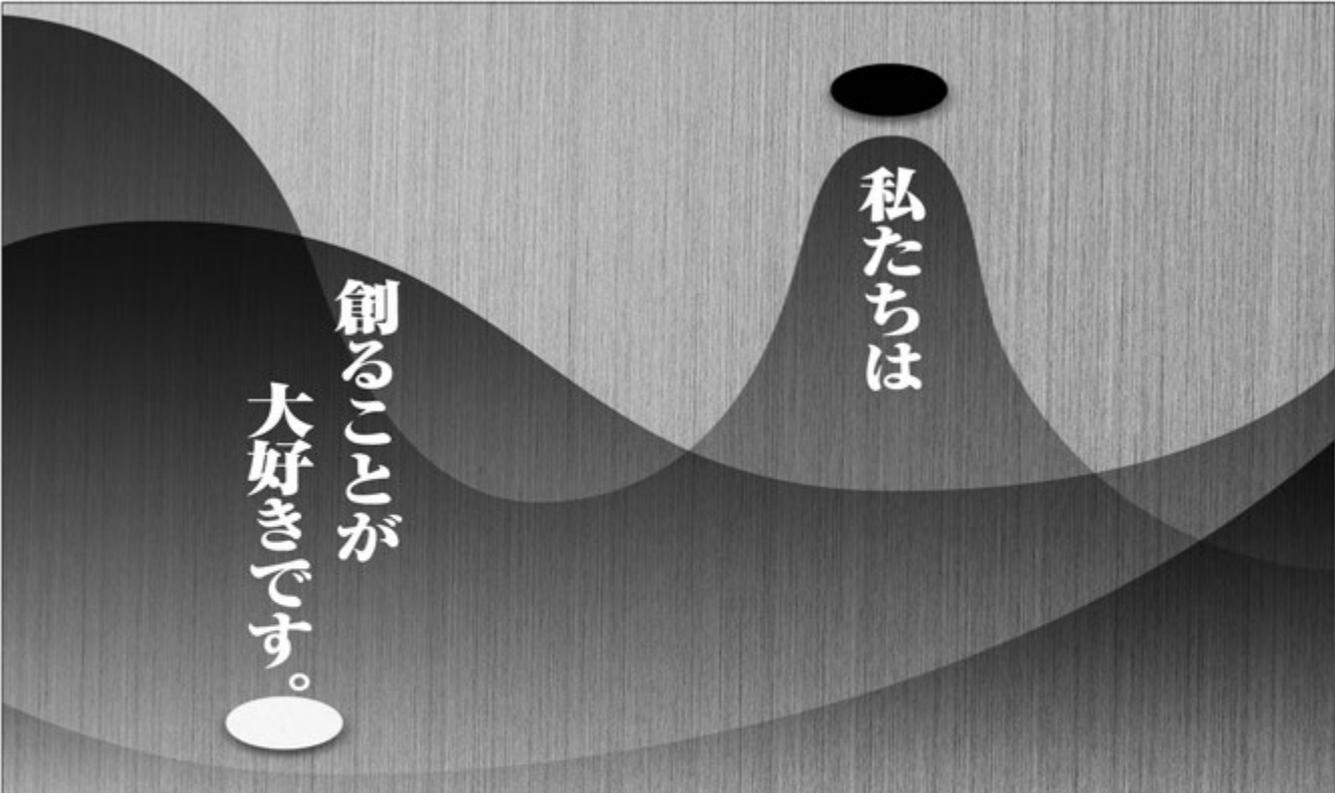
患者様に接するインターフェースは全てアルコール除菌可能に。



TOKUDA ORTHO Tech Inc.

販売元: 株式会社 トクダオルソテック  
製造元: 株式会社 徳田義肢製作所

〒862-0971 熊本県熊本市中央区大江6丁目27-20  
TEL : 096-373-7558 / FAX : 096-364-0865  
<http://www.tokuda-orthotech.co.jp/MLB-NEO/>



私たちは

創ることが  
大好きです。

有限 佐賀有菌義肢製作所  
会社

〒849-0937 佐賀市鍋島4丁目3-5  
TEL(0952)31-3411・FAX(0952)31-4710



