

**第26回**  
**日本リハビリテーション医学会**  
**九州地方会**

日 時：平成21年9月13日

場 所：崇城大学市民ホール（熊本市民会館）大会議室

会 長：水 田 博 志

（熊本大学大学院医学薬学研究部運動骨格病態学 教授）

## ご案内

学会参加費：当日受付でお支払いください。

会員 1,500 円、非会員（医師） 2,000 円、コメディカル・学生 無料

認定単位について

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

- 午前中の学会参加により生涯教育単位 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が対象となります。（筆頭演者はさらに年度末自己申請により 10 単位）
- 教育講演Ⅰ、Ⅱ、Ⅲはそれぞれ生涯教育単位 10 単位に認定されています。単位取得希望の方は当日 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はそれぞれ専門医資格継続単位あるいは運動器リハビリテーション医資格継続単位 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。

※受講証明書は講演終了後、受付に提出してください。

一般演題演者の先生方へ：

発表は 6 分、質疑応答は 3 分です。

ご発表の 30 分前までに PC 受付をお済ませください。

幹事会のお知らせ：

学会当日の昼休み（11：50～12：50）に行います。

会場は崇城大学市民ホールの第 9 会議室となっています。

クローク

市民ホール内の特設クロークをご利用ください。

なお、クロークの設置は 8：30～16：00 となっていますのでご了承ください。

## プログラム

開 会 9:00 会長挨拶

### 一般演題（Ⅰ） 9:05～10:00

座長 熊本リハビリテーション病院リハビリテーション科 田中 智香

1. 難治性疼痛に対する脊髄刺激療法－ADL向上の為のリハビリテーションの有用性について－  
熊本託麻台病院脳神経外科 平田好文
2. 補足運動野反復磁気刺激によるパーキンソン病（PD）の治療効果－上肢運動機能評価システムによる解析－  
熊本機能病院リハビリテーション科 松永 薫
3. 大腿ハイブリッド訓練法の高齢者への応用と検証  
久留米大学リハビリテーションセンター 吉光一浩
4. 1型糖尿病患者に行ったりハビリテーションの一例  
出水総合医療センターリハビリ科 中沢不二雄
5. 高度肥満の頸髄損傷患者に早期より人工肛門による排便管理を行った1例  
福岡リハビリテーション病院 吉村豊暢
6. 重症心身障害児・者に対する嚥下造影検査  
産業医科大学リハビリテーション医学講座 松嶋康之

休憩 10:00～10:05

### 一般演題（Ⅱ） 10:05～11:00

座長 熊本機能病院総合リハビリテーション部 部長 渡辺 進

7. 出血性潰瘍による重度貧血とショック状態から脳梗塞を生じ、救命とリハビリが順調であった1例  
川内市医師会立市民病院リハビリテーション科 竹迫賢一
8. 前腕浴が脳卒中片麻痺上肢、手指機能や痙性に与える影響  
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 衛藤誠二
9. 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の血糖コントロール改善状況  
佐伯中央病院リハビリテーションセンター 小寺隆元
10. 脳卒中片麻痺患者に対するプール歩行訓練の効用  
新生会病院脳神経外科・リハビリテーション科 横山信彦
11. 当院の脳卒中患者における病院完結型リハビリテーション診療体制の有用性  
九州労災病院リハビリテーション科 橘 智弘
12. 慢性期脳卒中患者自宅復帰に関する社会的背景の検討  
熊本赤十字病院神経内科 和田邦泰

休憩 11:00～11:05

一般演題(Ⅲ) 11:05～11:50

座長 熊本大学医学部附属病院リハビリテーション部 大串 幹

13. 外傷性脳損傷後に機能低下を認め、水頭症との鑑別に苦慮した一例  
産業医科大学リハビリテーション医学講座 吉川真理
14. 椎骨脳底動脈血行不全から重度障害を呈した環軸椎亜脱臼の一例  
ちゅうざん病院リハビリテーション科 仲地 聡
15. 高次脳機能障害者の地域生活支援～専用作業所を開設して～  
諏訪の杜病院 武居光雄
16. マッサージにより筋肉内出血を呈した、血友病インヒビターの1例  
産業医科大学リハビリテーション医学講座 兼城勇子
17. 当院における心大血管疾患リハビリテーションの現状と課題  
佐賀大学医学部附属病院リハビリテーション科 永野智子

九州地方会総会 13:00～13:20

九州ブロック専門医・認定臨床医生涯教育研修会

教育講演Ⅰ 13:30～14:30 座長 熊本大学大学院医学薬学部教授 水田 博志

「脳性麻痺における痙縮治療の進歩とリハビリテーション医療」

藤田保健衛生大学藤田記念七栗研究所リハビリテーション研究部門教授 近藤 和泉先生

- 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 10 単位
- 日本整形外科学会専門医資格継続単位 1 単位 (13、03)、あるいは運動器リハビリテーション医資格継続単位 1 単位

教育講演Ⅱ 14:30～15:30 座長 熊本大学名誉教授 高木 克公

「記憶障害の臨床」

熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野教授 池田 学先生

- 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 10 単位
- 日本整形外科学会専門医資格継続単位 1 単位 (13)、あるいは運動器リハビリテーション医資格継続単位 1 単位

教育講演Ⅲ 15:30～16:30 座長 佐賀大学名誉教授 渡辺 英夫

「脊椎脊髓損傷の臨床

—救急から車椅子スポーツ、社会復帰までの実際、ITB 療法も含めて—

総合せき損センター副院長兼リハビリテーション科部長 植田 尊善先生

- 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 10 単位
- 日本整形外科学会専門医資格継続単位 1 単位 (13、07)、あるいは運動器リハビリテーション医資格継続単位 1 単位

## 一般演題 (I)

### 1. 難治性疼痛に対する脊髄刺激療法

—ADL向上の為のリハビリテーションの有用性について—

熊本託麻台病院 脳神経外科 平田好文、村上雅二  
熊本大学 脳神経外科 倉津純一

#### 1)はじめに

難治性疼痛に対して、脊髄刺激療法(SCS)を行った症例の中で、リハビリテーション(リハ)を積極的に行うことにより、ADLやQOLの改善が認められた症例を経験したので、SCSにおけるリハの有用性について報告する。

#### 2)対象・方法

過去7年間で上肢の慢性難治性疼痛に対して、SCS植込みは30例であった。リハを必要とした疾患、期間と改善したADL・QOL向上について検討した。

#### 3)結果

SCS植込み30例中10例でリハを必要とした。

(1)疾患：脳卒中後疼痛5名、CRPS2名、頸椎疾患3名

(2)リハの期間：1~8年(平均3.5年)

(3)ADL・QOLの改善内容：関節拘縮やADL障害の改善によって、箸による食事可能2名、経口摂取可能1名、結婚2名、車の運転可能3名

#### 4)結論

難治性疼痛のみならず、ADL障害を伴っている症例に対しては、QOLを改善する為にSCSとリハを行うことが必要である。

### 2. 補足運動野反復磁気刺激によるパーキンソン病(PD)の治療効果

—上肢運動機能評価システムによる解析—

熊本機能病院 リハビリテーション科 松永 薫、時里 香、津留俊臣  
徳永 誠、木原 薫、渡辺 進、中西亮二、山永裕明、出田 透  
熊本大学大学院自然科学研究科 人間環境情報学科 村山伸樹

(目的) PDに対する反復磁気刺激(rTMS)治療の効果を上肢運動機能評価システムを用いて解析した。(方法) rTMS群4例、sham刺激群3例のPD患者を対象とした。刺激は週1回ずつ8週間反復した。rTMS群では5Hzで1日合計1000パルスの刺激を行った。評価はUPDRS、ハミルトンのスコアと自己評価に加え、等速描円運動課題を用いた上肢運動機能評価システムを用いて、静止時振戦、筆圧、滑らかさ、動作時振戦、描画の巧緻性、追跡能力を評価した。(結果) rTMS群では、刺激期間中および終了後4週間、UPDRS、ハミルトンのスコア、自己評価の持続的な改善がみられた。上肢運動機能評価では、rTMS群は動作時振戦と滑らかさが毎回刺激直後に改善し、8週間の刺激期間中も徐々に改善する傾向がみられた。sham刺激群では明らかな改善傾向は認められなかった。(結論) 補足運動野rTMSは上肢運動評価システムを用いた客観的な評価でもPDに対して有効であると考えられた。

### 3. 大腿ハイブリッド訓練法の高齢者への応用と検証

久留米大学リハビリテーションセンター<sup>1</sup>

帝京大学福岡医療技術学部理学療法学科<sup>2</sup>

九州工業大学工学部機械知能工学科<sup>3</sup>

吉光一浩<sup>1</sup>、高野吉朗<sup>2</sup>、松瀬博夫<sup>1</sup>、前田貴司<sup>1</sup>、志波直人<sup>1</sup>、田川善彦<sup>3</sup>

電気刺激による筋収縮を主動筋の運動抵抗とする訓練法であるハイブリッド (HYB) 法が、高齢者に対し安全かつ有効であるか検証した。被験者は健常高齢者 20 名、平均年齢  $67.8 \pm 4.8$  歳。HYB 訓練法を用いる群 (HYB 群) と市販の機器を用いるコントロール群 (CTL 群) に無作為にそれぞれ 10 名ずつ分けた。各群は、1 回 19 分、週 2 回、12 週間、計 24 回の運動を行った。評価は膝屈伸筋力と MRI を用いた膝屈筋群、伸筋群の筋横断面積の比較で行った。膝伸展筋力は、いずれの群においても有意に筋力の増強がみられたが、膝屈曲筋力は HYB 群において有意に筋力の増大を認めたものの、CTL 群は有意差がなかった。筋横断面積は HYB 群、CTL 群いずれにおいても有意に横断面積の増大がみられた。HYB 法は従来の装置に比べ、膝屈曲筋・伸展筋共に効率良く筋力が増大できた。また全訓練期間を通して問題なく安全に行えた。

### 4. 1 型糖尿病患者に行ったりハビリテーションの一例

出水総合医療センターリハビリ科 中沢 不二雄

1 型糖尿病は自己免疫疾患で、治療はインスリン投与が中心であるが、リハビリが果たす役割も大きい。今回、急性期よりリハビリを行い、良好な経過をたどった一例を経験したので報告する。症例は 50 歳男性、突然に体調不良を訴え意識消失し、救急車で受診した。高血糖 ( $1348\text{mg/dl}$ ) アシドーシス、尿ケトン認め、糖尿病性ケトアシドーシスと診断され緊急入院となった。入院 4 日目よりベッドサイドリハを開始し、7 日目より一般病床に移し、座位をとらせる様にした。インスリンを持続点滴から皮下投与へ変更する共に、車椅子に乗る時間を長くし、持久力をつけるようにした。併せてインスリン自己注射、自己血糖検査および食事の注意点を指導した。当初は血糖の変動が大きかったが、定期的なリハビリと規則正しい食事を続ける事により、血糖値の変動が一定になり、インスリン投与量を決めるのに大きな助けになった。

5. 高度肥満の頸髄損傷患者に早期より人工肛門による排便管理を行った1例  
福岡リハビリテーション病院 吉村豊暢、原 道也  
福岡大学病院 喜多村泰輔、岩崎敬雄

【はじめに】 排便障害は頸髄損傷患者や介護者にとって大きな問題の一つである。今回、高度肥満の頸髄損傷患者に早期より人工肛門を造設し、介護の軽減を図りリハビリテーションを行った一例を報告する。

【症例】 43歳 男性 8月5日交通事故により第6頸椎脱臼骨折、  
頸髄損傷（C7麻痺）受傷 身長175cm 体重135kg

【経過】 同日後方より整復固定術を行うが、棘突起骨折もあり8月18日に前方固定術を予定し、手術室にて麻酔導入後CPAとなり蘇生した。深部静脈血栓症による肺塞栓症と診断し人工呼吸器管理を行った。8月21日気管切開術施行。8月28日人工呼吸器離脱。ベットサイドでのリハビリテーション施行。人工呼吸器離脱後より坐位訓練開始。高度肥満に対して1200kcal/dayでの栄養管理を行うが排泄ケアに時間と人力を要し、また、車いす自立後もトイレ移乗は難しいと判断し、9月18日人工肛門造設術を行った。現在体重は98kgまで減少したが、車いす移乗には介助を要しトイレでの排泄は困難な状況にあり、本人や家族は人工肛門による管理に満足している。

【結語】 頸髄損傷の患者の排便管理に人工肛門は選択枝の一つと考える。

6. 重症心身障害児・者に対する嚥下造影検査

産業医科大学リハビリテーション医学講座<sup>1</sup>  
北九州市立総合療育センター<sup>2</sup>  
松嶋康之<sup>1,2</sup>、松尾圭介<sup>2</sup>、佐伯満<sup>2</sup>、蜂須賀研二<sup>1</sup>

北九州市立総合療育センターでは平成17年に摂食嚥下外来を開設し、リハビリ科医が嚥下造影検査（VF）を行っている。今回、平成17年4月から平成21年3月までの4年間に摂食嚥下外来にてVFを行った84名のうち、大島の分類による重症心身障害児・者73名について、対象者のプロフィール、食事状況、VF結果について後方視的に調査を行った。年齢は1～5歳21名、6～14歳18名、15歳以上34名であり、原因疾患は脳性麻痺が58名と多数を占めた。受診時の食事状況は、経口摂取のみ58名、経口摂取と経管栄養の併用12名、経管栄養のみ3名であった。VFの結果、誤嚥は44名（60.3%）に認め、その内むせのない誤嚥も26名（誤嚥者の59.1%）に認めた。重症心身障害児・者の多くは誤嚥のリスクが高い状態で経口摂取を行っており、安全に食事を行うためには、VF結果をもとに食形態や食事姿勢の指導を行う必要がある。

## 一般演題（Ⅱ）

### 7. 出血性潰瘍による重度貧血とショック状態から脳梗塞を生じ、救命とリハビリが順調であった1例

川内市医師会立市民病院 リハビリテーション科 竹迫賢一

症例：49歳男性，重度貧血と意識障害を伴う消化管出血性ショックで紹介され，輸血と内視鏡的緊急止血術（クリップ法）で，救命し得たが，血行力学的な多発性脳梗塞を併発。入院4日目，バーセルインデックス（B. I）30点で，急性期の脳卒中リハを開始した。1ヶ月後，回復期リハ病棟に入棟。B. I 50点で重症リハコースを予想したが，漢方薬を併用し，脳卒中リハに取り組んだところ，1ヶ月たらずでB. I 100点に達し，杖なし独歩，mRS 1で自宅復帰した。

考察とまとめ：1) Hb2.5g/dlで生存し得た。2) 重度貧血（血液が薄い）でも，脳梗塞が生じた。3) 脳卒中リハに併用した漢方薬は，五苓散と桂枝茯苓丸で，その常用量を併用したが，リハ期間の短縮と社会復帰可能な回復に役だった。4) 本症例自ら“漢方薬が効いた”と言われたが，この漢方薬は，頭痛とめまいに対する体調管理にも効果的だった。

### 8. 前腕浴が脳卒中片麻痺上肢、手指機能や痙性に与える影響

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<sup>1</sup>

鹿児島大学病院霧島リハビリテーションセンター<sup>2</sup>

鹿児島大学工学部機械工学科<sup>3</sup>

衛藤誠二<sup>1</sup>、砂永彩子<sup>2</sup>、林良太<sup>3</sup>、松元秀次<sup>1</sup>、下堂菌恵<sup>1</sup>、川平和美<sup>1</sup>

<目的>脳卒中片麻痺上肢への前腕浴が、上肢機能や痙性に与える影響を検討する。<対象と方法>対象は麻痺側上肢、手指機能がBrunnstrom stage III以上の脳卒中片麻痺患者11名（年齢：59.3±17.1歳、罹病期間7.3±5.3ヵ月（平均±SD）である。前腕浴40度15分間の前後に、STEF（簡易上肢機能検査）、MAS（Modified Ashworth Scale）を、一部の症例には痙性の指標として、母指外転筋から記録したF波振幅を、また独自に開発した筋緊張度測定装置で、肘の他動的屈伸時の抵抗を測定した。<結果>STEFは有意に改善した。MAS、F波振幅、筋緊張度は、いずれも有意ではないが改善する傾向を認めた。痙性の強い症例で、筋緊張度の明らかな低下を認めた。<結語>麻痺側上肢に対する前腕浴は、痙性を抑制して上肢、手指機能を改善させる可能性が示唆された。

## 9. 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の血糖コントロール改善状況

佐伯中央病院リハビリテーションセンター 小寺隆元、田邊 稔、  
春田竜美、白井美和子、伊藤威之、小寺 隆  
黒木記念病院リハビリテーション科 深田健治

【目的】回復期リハビリテーション病棟（以下リハ病棟と略す）における脳卒中患者の血糖コントロール改善状況を把握し、今後のリハ病棟における糖尿病治療の参考となることを目的とした。

【方法】2006年1月から2009年5月に当院リハ病棟を退院となった脳卒中患者のうち、糖尿病を認め、入院時と2ヵ月後のHbA1cを測定していた22例を対象に後向きにHbA1c、FIM、糖尿病治療法等を検討した。

【結果】入院時と2ヵ月後を比較してHbA1c7.6%から6.6%に、FIM65.1点から73.5点と改善を認めた。糖尿病治療法は入院時、インスリン5例、経口薬13例、薬剤なし4例で2ヵ月後、薬剤なし6例と漸増していた。22例中7例で血糖コントロール悪化を認め、その内4例は薬剤の減量や中止を認めた。

【結語】概ね血糖コントロールの改善を認めたが、薬剤減量、中止例では、血糖コントロール悪化にも注意が必要と考えられた。

## 10. 脳卒中片麻痺患者に対するプール歩行訓練の効用

(医) 新生会 新生会病院 脳神経外科 リハビリテーション科  
横山信彦

片麻痺患者では座位保持、起立訓練、歩行訓練と順を追って訓練を進めていくことが一般的であるが、我々の施設では脳卒中回復期リハの早期から積極的にプールでの歩行訓練を行っている。水中では水圧、粘性抵抗による体幹の保持が容易になるとともに、常に波の細かな外乱が加わることにより身体バランスの訓練にもなる。起座位保持困難な患者でも、プールでは立位保持、下肢の振り出しが可能であることに患者自身が驚き、その後の訓練意欲の改善につながっている。拡張期血圧はプール訓練後に下がる傾向にあり、心血管系にも好影響を与えていると考えている。近年注目されているつり上げ式トレッドミル訓練との差異について考察を行い、諸氏のご批判を賜りたい。

## 1 1. 当院の脳卒中患者における病院完結型リハビリテーション診療体制の有用性

九州労災病院リハビリテーション科 橘 智弘、石井麻利央  
白石純一郎、河津隆三  
同 勤労者リハビリテーションセンター 豊永敏宏

病院完結型リハビリテーション(以下、リハ)診療体制の有用性について検討することを目的に調査した。2008年4月1日から2009年3月31日に当院の回復期リハ病棟を退棟した脳卒中患者100人を対象に、年齢、性、病型、入棟時FIM指数、退棟時FIM指数、転帰、発症から入棟までの日数、入棟日数、発症から退棟までの日数を後方視的に調査した。対象者を当院で急性期治療を受けた群(病院完結群)と他院で急性期治療を受けた群(地域完結群)に分けて各項目を比較した。病院完結群(n=77)は地域完結群(n=23)に比べて、入棟時FIM指数、退棟時FIM指数、家庭復帰率に差がなかったものの、発症から入棟までの日数と発症から退棟までの日数が有意に小さかった。病院完結型リハ診療体制は地域完結型と比べて、リハ治療結果に差を生じることなく脳卒中発症からリハ治療完結までの期間を短縮することができ、有用であると考えられた。

## 1 2. 慢性期脳卒中患者自宅復帰に関する社会的背景の検討

熊本赤十字病院神経内科 和田邦泰、寺崎修司  
熊本赤十字病院リハビリテーション科 佐久間克彦、中島伸一

【背景・方法】脳卒中のリハビリは、最終的には自宅復帰を目標としている。一方、急性期は在院日数短縮が求められ、回復期リハビリ病棟も算定期間に限があり、一定の自宅復帰率や重症患者率が求められるなど、慢性期脳卒中患者自宅復帰には、家族の理解と協力、自宅復帰後のかかりつけ医の協力が不可欠である。そこで、市民の慢性期脳卒中患者自宅復帰に関するアンケート調査を行った。【結果】2441人中、2174人(男1194人、51±11歳)が回答(回収率89.1%)。脳卒中のリハビリ入院期間に何らかの制限があることは、867人(39.9%)が知っているものの、実際に家族の介護が必要となった場合、自宅で介護が可能と答えたのは、192人(8.8%)、家族の介護が必要となったときに相談することができる「かかりつけ医(ホームドクター)」がいると答えた人は、554人(25.5%)であった。

## 一般演題 (Ⅲ)

### 1 3. 外傷性脳損傷後に機能低下を認め、水頭症との鑑別に苦慮した一例

産業医科大学リハビリテーション医学講座 吉川真理、岩井泰俊、  
田中信宏、小田太士、岩永 勝、和田 太、蜂須賀研二

症例は61歳女性。54歳時、交通外傷により急性硬膜下血腫を受傷。同日開頭血腫除去術が施行された。その後水頭症の合併を認めV-Pシャント術も行われた。以後、ADLは監視下にて自立レベルであった。60歳時、次第に自発性の低下を認め、ADLは介助量が増大した。水頭症増悪を考慮し、シャント圧の調整を行ったところ、自発性、ADL共に改善を認めた。61歳時、徐々に物忘れや歩行障害が増悪したため精査入院となった。

入院時の頭部CTで脳室の拡大を認めた。水頭症増悪を考慮し、まずシャント圧を変更したが、画像・身体所見は著変なかった。その後Tap testも施行したが、機能的改善は得られず、水頭症による症状悪化の可能性は低いと考えた。これまで、中高年で受傷した外傷性脳損傷は、若年者と比較し、機能予後が悪いとの報告がある。本症例では、機能低下を来す合併疾患はなく、加齢その他の要因による機能低下であると考えた。

### 1 4. 椎骨脳底動脈血行不全から重度障害を呈した環軸椎亜脱臼の一例

ちゅうざん病院リハビリテーション科 仲地 聡、今村義典  
前原愛和、仲田聡子、大竹克昌、野田知路、末永英文

【はじめに】作業中に頸部伸展にてめまいや失神発作を繰り返し精査受けるも診断不明。後に小脳梗塞、脳幹部梗塞、高位頸髄損傷に至った症例を経験したので診断経過および今後の治療について検討し報告する。

【症例】53歳男性、職業：車整備工

【既往歴】高校時代に柔道にて受傷後、歯状突起の偽関節を指摘。

【病歴】数年前より作業中にめまい発作を起すようになり、A病院受診し脳梗塞疑いと診断。2007年3月B病院のMRIにて脳梗塞以外を疑われるも診断不明。2008年5月24日突然の意識障害（JCS300）、呼吸不全、徐脳硬直、四肢麻痺にてC病院に緊急入院。歯状突起骨折後偽関節による環軸椎亜脱臼による頸髄損傷の診断にてレスピレーター管理となった。気管切開、胃瘻造設後、2008年8月19日リハビリ継続目的で当院に紹介入院。小脳脳幹部梗塞にてリハ実施。経過より椎骨脳底動脈の血行動態による障害像として今後の予後のためにも病態の検索が必要であった。

## 15. 高次脳機能障害者の地域生活支援～専用作業所を開設して～

諏訪の杜病院 武居光雄、高田政幸  
浅倉恵子、岩根美紀

今まで高次脳機能障害者に対して、詳細な評価を行い、個別性の高いリハビリテーションを提供、同時に家庭や社会復帰に向けた支援を行ってきた。ところが、実際は社会の理解や認識不足により社会復帰が困難であることを痛感してきた。そこで病院のスタッフとともに任意で、当事者と家族とスタッフが共に支え合い生きてゆく『共生』をテーマに自分の居場所作りや就労・社会参加を視野に入れた支援を行なうため、平成19年6月に高次脳機能障害者専用地域福祉作業所工房『きらら』を開設した。平成21年3月に法人格（一般社団法人『共生の会』）取得。現在、利用登録者14名、月に延べ100人以上が利用している。折りしも、本年4月より3年計画で厚生労働科学研究費「高次脳機能障害者の地域生活支援の推進に関する研究」が開始された。

## 16. マッサージにより筋肉内出血を呈した、血友病インヒビターの1例

産業医科大学リハビリテーション医学講座 兼城勇子、牧野健一郎  
岡崎哲也、高橋真紀、佐伯 覚、蜂須賀研二  
北九州市立総合療育センター 松尾 圭介

【はじめに】血友病インヒビター保有者では止血管理が難渋する。今回、マッサージにより筋肉内出血を生じた一例を経験した。

【症例】55歳男性。2006年腸重積の手術を契機に、インヒビター出現(22 BU/ml)。

【現病歴】上肢、腰部～臀部の筋硬結を主訴に、当院受診。筋疲労によるものと判断し、軽擦的マッサージを指導した。整骨院にて、腰部～臀部、上腕に対する、指圧マッサージを3日に渡り受けた。その後、両前腕に出血・腫脹を認め、出血管理目的で入院となった。

【初診時所見・経過】両上腕～前腕に、出血斑・腫脹を認め、CTにて前腕の筋面積が増大していた。補充療法による出血コントロールの下愛護的リハを行い、上肢の止血が得られ、腰～臀部の筋硬結も軽快した。

【結語】インヒビターを保有する血友病患者への、リハ指導は十分に注意しなければならない。

## 17. 当院における心大血管疾患リハビリテーションの現状と課題

佐賀大学医学部附属病院リハビリテーション科

永野智子、浅見豊子、江里口誠、山之内直也

同 循環器内科 浅香真知子

【目的】当院では心大血管疾患に対するリハ（心リハ）を、2009年1月より心リハチーム（リハ医、循環器専門医、PT、NS、栄養士）として、また同年4月よりは心大血管リハの基準Ⅰ（心リハⅠ）を取得し臨床心理士も加入した形態で行っている。今回、当院での心リハの現状を調査し今後の課題を検討した。【対象と方法】2009年1月から6月までの心リハ例69例、男性45例、女性24例、平均年齢72歳について、基礎疾患名、手術やPCIの施行件数、在院期間、リハ実施期間、合併症の有無、転帰等の調査を行った。身体機能は、①寝たきり ②座位保持可能 ③立位可能 ④室内歩行可能 ⑤屋外（病棟内200m以上）歩行可能の5段階にて評価した。また、心リハチームと心リハⅠの2群に分けての比較検討も行った。【結果・考察】心リハⅠとなり症例数は増加し、身体機能回復度、チーム連携などに改善傾向をみた。しかし、心リハ室のスペースや運動メニューなどに課題も残された。

## 教育講演 I

「脳性麻痺における痙縮治療の進歩とリハビリテーション医療」

藤田保健衛生大学 藤田記念七栗研究所リハビリテーション研究部門

教授 近藤 和泉 先生

1980年代以降、選択的後根切除術が行われるようになり、ボツリヌス菌毒素が使用され、さらに日本では選択的筋解離術が、より機能的な帰結を考慮した方法で実施されている。髄腔内バクロフェン投与なども加わって、脳性麻痺の痙縮に対しては、適応さえ誤らなければ、万全の体制で臨めるようになった。脳性麻痺ガイドライン作成を通じて得られた知見を基に、リハ医療者が今後どのような治療サービスを提供していくべきかを考えてみたい。

昭和 57 年 弘前大学医学部卒業  
昭和 60 年 弘前大学医学部大学院入学，リハビリテーション医学専攻  
平成元年 大学院を修了，医学部附属脳研リハ部門助手  
平成 7 年 同部門助教授  
平成 14 年 弘前大学医学部附属病院リハビリテーション部 副部長（助教授）  
平成 18 年 輝山会記念病院（副院長）  
平成 20 年 現職

### 【留学等】

昭和 63 年 London の Bobath Center における脳性麻痺児の神経発達学的治療コース修了  
平成 8 年～9 年 カナダ、McMaster 大学 Bar-Or 教授の下に留学，あわせて小児の機能評価の権威である Rousenbaum 教授の指導を受ける

### 【学会・社会活動】

日本リハビリテーション医学会 評議員・脳性麻痺ガイドライン策定委員会委員  
日本義肢装具学会 評議員  
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 評議員  
産科医療保障制度・審査委員会 委員

### 【業績等】

GMFM, PEDI, GMFCS などの小児の評価尺度の日本への導入・定着  
欧文原著：主著 5  
平成 17 年度日本摂食・嚥下リハビリテーション学会論文賞（共同受賞）

## 教育講演Ⅱ

### 「記憶障害の臨床」

熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野（神経精神科）

教授 池田 学 先生

本講演では、1) 臨床場面で用いることの多い記憶の分類を概説した上で、2) 様々な病態と記憶障害の関連について分かりやすく述べてみたい。抄録には、これらの理解に必要な基本用語の解説をまとめた。

臨床場面では、情報の取り込み（記録）から再生までの保持時間によって、即時記憶（immediate memory）、近時記憶（recent memory）、遠隔記憶（remote memory）という分類がよく用いられる。すなわち、即時記憶とは、数字の順唱などで検査される、干渉が入らない、時間的にいえばせいぜい数十秒後までの記憶で、容量も限られている。これが障害されている場合は、注意力や集中力の障害あるいはある程度進行した認知症のような広汎な脳障害の存在などが疑われる。近時記憶（recent memory）とは、即時記憶よりも長い間（数分から数十日）保持されている記憶、新しい情報の獲得いわゆる学習能力に相当する。即時記憶と異なり一旦脳裡から消えて再び想起される。アルツハイマー病では、もっとも初期から障害されやすい記憶である。遠隔記憶（remote memory）とは、数ヶ月から何十年にもわたる記憶である。何度も繰り返し思い出しているような記憶で壊れにくい。なお、即時記憶は認知心理学で用いられる短期記憶にほぼ相当し、近時記憶と遠隔記憶は共に長期記憶に含まれる。作動記憶（working memory）は、短期記憶から発展した概念で、情報の保持機能を有するだけでなく、認知的処理にも関与するシステムである。

Squire の記憶分類は、長期記憶の機能を脳の構造と対応させている点で重要である。記憶を大きく、言語化やイメージ化が可能な陳述記憶（declarative memory）とそれができない非陳述記憶（non-declarative memory）に分類している。陳述記憶はさらに Tulving が区分したエピソード記憶（episodic memory）と意味記憶（semantic memory）に分けられる。エピソード記憶とは、ある特定の時間・空間に起こった個人の生活史や社会的出来事の記憶であり、しばしば感情を伴っている。意味記憶とは、いわゆる知識に相当し思考の素材となるもので、辞書のようなものである。通常、健忘症候群や初期のアルツハイマー病では、エピソード記憶が重篤に障害され、以前から獲得されていた意味記憶は障害されない。選択的意味記憶の障害は、semantic dementia の主要徴候である。

非陳述記憶には手続記憶 (procedural memory) やプライミング効果 (priming) 等が含まれる。手続記憶とは、意識にはのぼらないが反復により次第に習熟する技能 skill である。パーキンソン病など皮質下性疾患で障害される。健忘症候群や認知症のリハビリテーションに用いることができる。

1960年岡山県生まれ。1984年東京大学理学部卒業。1988年大阪大学医学部卒業。同大学医学部附属病院神経科精神科にて研修の後、1993年大阪大学大学院医学研究科(精神医学)にて博士号取得。同年より1年間東京都精神医学総合研究所に国内留学、神経病理学の基礎を学ぶ。1994年兵庫県立高齢者脳機能研究センター研究員兼医長として、認知症患者の診療と臨床研究に従事する。1996年9月愛媛大学医学部精神科神経科助手として赴任し、中山町にて認知症性疾患の地域疫学調査とケアシステムの構築に関する研究に着手する。2000年より1年間ケンブリッジ大学神経科に国外留学、認知症性疾患の神経心理学的研究に従事する。2002年より、愛媛大学医学部神経精神医学講座助教授。2007年より、熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野(神経精神科)教授。精神症状の神経基盤に関する画像解析、認知症の疾患別治療法の開発、中山町における認知症疫学調査とケアシステムの構築、Semantic dementiaの意味記憶障害、2003-2006年には厚生労働省の研究班長として認知症患者の自動車運転に関する研究などに取り組んだ。熊本では、県全域の若年性認知症の実態調査、高次脳機能障害患者の支援ネットワーク構築、うつ病と自殺予防介入プロジェクトなどに着手している。

#### 【所属学会等】

- ・日本老年精神医学会 (理事, 認定医, 指導医)
- ・日本神経心理学会 (理事, 学会誌編集委員)
- ・日本高次脳機能学会 (監事, 学会誌編集委員)
- ・World Federation of Neurology: Research Group of Aphasia and Cognitive Disorders
- ・日本神経精神医学会 (理事)
- ・日本精神神経学会 (学会誌編集委員, 指導医)
- ・Quarterly Journal of Mental Health (Editorial Board)
- ・日本認知症学会 (学会誌編集委員), 他

#### 【主要研究領域】

老年精神医学, 神経心理学, 老年期精神疾患の疫学, など

### 【主要著書】

- 池田 学：老人性認知症. ガイドライン外来診療 2008. 日経メディカル, 東京, 357-364, 2008
- 池田 学：認知症の診断と治療. 認知症ケアのためのケアマネジメント (日本認知症ケア学会編, 本間 昭編著). ワールドプランニング, 東京, 43-57, 2008
- Manabu Ikeda : Fronto-temporal dementia. Therapeutic strategies in dementia (eds. Ritchie CW, Ames DJ, Masters CL, Cummings J). Clinical Publishing, Oxford, 287-299, 2007
- 池田 学：記憶障害. 言語聴覚士のための基礎知識 臨床神経学・高次脳機能障害学 (岩田 誠, 鹿島晴雄編). 医学書院, 東京, 196-200, 2006
- 池田 学: 前頭側頭型認知症. 現代老年精神医療 (武田雅俊, 編). 永井書店, 大阪, 603-608, 2005
- 池田 学, 田辺敬貴：痴呆 (1) 症状の見方と鑑別診断. コア・ローテーション 精神科 (武田雅俊, 鹿島晴雄編). 金芳堂, 京都, 235-240, 2004
- 池田 学, 田辺敬貴：前頭側頭型痴呆. 老年精神医学講座; 各論 (日本老年精神医学会編). ワールドプランニング, 東京, 51-69, 2004
- 池田 学, 小森憲治郎, 田辺敬貴：記憶障害. ダイナミック神経診断学 (柴崎 浩, 田川皓一, 湯浅龍彦編). 西村書店：290-297, 2001
- 池田 学, 田辺敬貴：ヒトの記憶障害. 脳科学大辞典 (甘利俊一, 外山敬介編). 朝倉書店：196-200, 2000
- 池田 学, 小森憲治郎：前向健忘と逆向健忘. 臨床精神医学講座 S2 巻 記憶の臨床 (松下正明 総編). 中山書店：157-172, 1999
- 池田 学, 田辺敬貴：側頭葉. 臨床精神医学講座 第 21 巻 脳と行動 (松下正明 総編). 中山書店：319-331, 1999
- 池田 学, 田辺敬貴：神経心理学的検査. 臨床精神医学講座 第 16 巻精神医学的診断法と検査法 (松下正明 総編). 中山書店：159-184, 1999

### 【主要論文】

- Shinagawa S, Toyota Y, Ishikawa T, Fukuhara R, Hokoishi K, Komori K, Tanimukai S, Ikeda M : Cognitive function and psychiatric symptoms in early- and late-onset frontotemporal dementia. Dement Geriatr Cogn Disord 25 : 439-444, 2008
- Shinagawa S, Ikeda M, Toyota Y, Matsumoto T, Matsumoto N, Mori T, Ishikawa T, Fukuhara R, Komori K, Hokoishi K, Tanabe H : Frequency and clinical characteristics of early-onset dementia in consecutive patients in a memory clinic. Dement Geriatr Cogn Disord 24 : 42-47, 2007
- Matsumoto N, Ikeda M, Fukuhara R, Shinagawa S, Ishikawa T, Mori T, Toyota Y, Matsumoto T, Adachi H, Hirono N, Tanabe H : Caregiver's burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in the local community elderly people. Dement Geriatr Cogn Disord 23 : 219-224, 2007
- Mori T, Ikeda M, Fukuhara R, Nestor PJ, Tanabe H : Correlation of visual hallucinations with occipital rCBF changes by donepezil in DLB. Neurology 66 : 935-937, 2006
- Ikeda M, Patterson K, Graham KS, Lambon Ralph MA, Hodges JR : A horse of a different colour: Do patients with semantic dementia recognize different versions of the same object as the same? Neuropsychologia 44 : 566-575, 2006
- Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, Komori K, Tanabe H : Dementia-associated mental and behavioral disturbances in community dwelling elderly: findings from the first Nakayama study. J Neurol Neurosurg Psychiatry

75: 146-148, 2004

- Ikeda M, Shigenobu K, Fukuhara R, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, Komori K, Tanabe H : Efficacy of fluvoxamine as a treatment for behavioral symptoms in FTLD patients. *Dement Geriatr Cogn Disord* 17 : 117-121, 2004
- Ikeda M, Shigenobu K, Fukuhara R, Maki N, Hokoishi K, Nebu A, Nomura M, Komori K, Tanabe H : Delusions of Japanese patients with Alzheimer' s disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 18 : 527-532, 2003
- Ikeda M, Brown J, Holland AJ, Fukuhara R, Hodges JR : Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer' s disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 73 : 371-376, 2002
- Ikeda M, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, Tachibana N, Komori K, Shigenobu K, Fukuhara R, Tanabe H : Increased prevalence of vascular dementia in Japan : A community based epidemiological study. *Neurology* 57 : 839-844, 2001
- Ikeda M, Mori E, Hirono N, Imamura T, Shimomura T, Ikejiri Y, Yamashita H : Amnesic Alzheimer patients remembered the Kobe Earthquake. *Br J Psychiatry* 172 : 425-428, 1998

## 教育講演Ⅲ

### 「脊椎脊髄損傷の臨床

ー救急から車椅子スポーツ、社会復帰までの実際、ITB 療法も含めてー」

労働者健康福祉機構 総合せき損センター

副院長兼リハビリテーション科部長 植田 尊善 先生

総合せき損センターが 1979 年 6 月に開設以来、2008 年 12 月までに入院治療を行った脊椎脊髄損傷急性期（受傷後 14 日以内入院）例は、頸椎部損傷 1341 例、胸椎腰椎部損傷 769 例で、合計 2110 例となった。急性期には脱臼骨折や破裂骨折など、不安定性の強い例に対しては、内固定手術を施行し、早期離床、早期リハを開始している。車椅子例においては、車椅子操作はもちろんであるが移乗動作、入浴動作、排尿排便訓練を進め、自動車運転訓練も行っている。院内に併設された、プールやテニスコート、体育館などを利用した、車椅子テニスなどのスポーツも盛んに行われている。対麻痺例で、約 6 ヶ月、四肢麻痺例で約 1 年の治療を行い、約 80%が自宅に復帰した。重度痙縮例に対しては、2001 年から治験が開始された髄腔内バクロフェン注入療法 (ITB) を行っている。ITB 治療は 2006 年 4 月に保険収載され、脳や脊髄などの障害による重度痙縮例が適応となっている。中枢神経の抑制性伝達物質である GABA の誘導体バクロフェンを直接髄腔内に投与し、脊髄後角を中心に存在する GABA 受容体に作用させるものである。血液脳関門の問題がなく、 $\mu\text{g}$  単位の微量で顕著な痙縮減少効果が確認された。腹部皮下に埋め込まれたポンプから髄腔内へカテーテルを通じて薬液が投与される。投与量や投与モードが自在に変更可能である。フェノールやアルコールなどと異なり脊髄への破壊的障害はなく、歩行可能例にも適応できる。すなわち、脳あるいは脊髄のあらゆる疾患に対して、重度痙縮をコントロールできる可能性がある治療法である。リハと連動し今後も新たな適応が展開されていく可能性が充分ある新しい治療法である。

#### 【現職】

労働者健康福祉機構 総合せき損センター 副院長兼リハビリテーション科部長

#### 【略歴】

昭和 55 年 (1980) 3 月 九州大学医学部卒業

昭和 55 年 (1980) 5 月 九州大学医学部整形外科教室入局

昭和 56 年 (1981) 6 月 山口労災病院整形外科  
昭和 57 年 (1982) 6 月 九州大学付属病院麻酔科ローテート  
昭和 58 年 (1983) 6 月 総合せき損センター 整形外科  
平成 2 年 (1990) 6 月ー平成 3 年 6 月 米国ミズーリ州セントルイス, ワシントン大学整形外科リサーチフェロー (主にブタ, サルを用いた脊髄電気生理実験、脊椎側湾症手術等)  
平成 3 年 (1992) 7 月 総合せき損センター復職  
平成 7 年 (1995) 3 月 医学博士号を九州大学より授与  
平成 14 年 (2002) 4 月 整形外科部長兼リハ科部長  
平成 20 年 (2008) 7 月 現職

**【資格および認定医, 専門医】**

昭和 55 年 5 月 26 日 医師免許証獲得 医籍登録 251149 号  
昭和 62 年 3 月 27 日 日本整形外科学会認定専門医 106334 号  
平成 2 年 3 月 27 日 厚生省認定麻酔標榜医 第 24467 号  
平成 5 年 8 月 26 日 厚生省認定外国医師臨床修練指導医 第 1590 号  
平成 8 年 3 月 16 日 日本リハビリテーション医学会認定専門医 622 号  
平成 11 年 6 月 20 日 A Fellow of the International Medical Society of Paraplegia

**【所属学会】**

日本整形外科学会  
日本リハビリテーション医学会  
日本脊椎脊髄病学会 (理事)  
日本脊髄障害医学会 (評議員)  
日本職業・災害医学会 (評議員)  
日本脊髄外科学会  
神経組織の成長・再生・移植研究会  
日本側弯症学会  
西日本整形外科・災害外科学会  
西日本脊椎研究会  
九州リハビリテーション医学会 (評議員)  
福岡リハビリテーション研究会 (評議員)  
九州ミエロパチー研究会 (幹事)  
大分大学整形外科非常勤講師  
国際脊髄医学会 (フェロー)