

# 第5回 リハビリテーション科専門医会学術集会

## プログラム 抄録集

開催日 2010年11月20日(土), 21日(日)  
会場 パシフィコ横浜 アネックスホール  
〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1丁目1-1  
TEL: 045-221-2155  
主催 日本リハビリテーション医学会  
リハビリテーション科専門医会  
代表世話人 菊地尚久(横浜市立大学附属病院)

## ごあいさつ

第5回リハビリテーション科専門医会学術集会代表世話人 菊地 尚久  
(横浜市立大学附属病院リハビリテーション科准教授)

第5回リハビリテーション科専門医会学術集会の開催にあたり、ご挨拶申し上げます。  
今回専門医会が日本リハビリテーション医学会の内部組織として発足してから5年目の節目に本学術集会を横浜で開催できることを光栄に思います。

今回の学術集会ではテーマを「より優れたリハ医療の提供を目指して」としました。リハビリテーション科専門医は市民に対してよりよいリハビリテーション医療を提供するのが使命と考えており、その提言の一つとして本学術集会を企画しました。教育研修講演では栄養とリハビリテーション(横浜市立大学リハビリテーション科 若林秀隆先生)、小児関節リウマチとリハビリテーション(横浜市立大学発生成育小児医療学 横田俊平先生)、神経疾患に対する呼吸リハビリテーション(東海大学リハビリテーション科 花山耕三先生)の3講演をお願いしました。シンポジウムでは「障害者の社会復帰支援」として、各分野でご活躍の先生方から障害者の社会復帰に対してどのようにリハビリテーション医が支援していけばよいかを考えてみたいと思います。パネルディスカッションでは「リハビリテーションにおけるシステム連携」として、現状ではシステム連携が不十分と思われる疾患にスポットを当て、急性期から回復期、維持期にリハビリテーション医療をどのように連携していくべきであるかを問いたいと思います。企画では「学生・初期研修医に対する教育・広報」として、アンケート結果と各施設からの現状報告を通して、より多くの優れたリハビリテーション科専門医を育成する上でのポイント・問題点について考えたいと思います。さらに7分野の症例検討を行います。臨床家にとって個々の症例は臨床技術を高める上で非常に大切であり、ある症例を提示して、みんなで議論することは意義深いと考え企画しました。

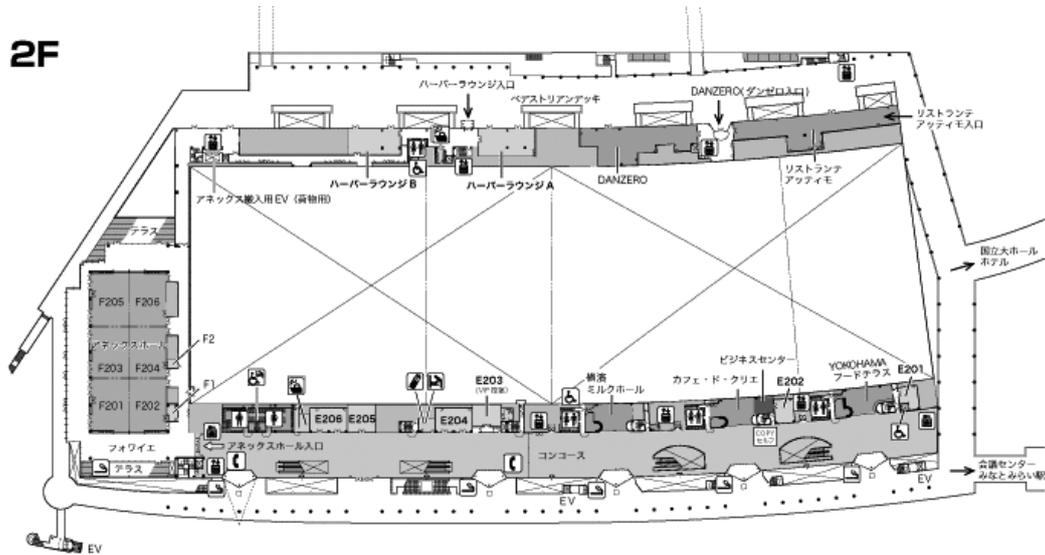
専門医会の目的の一つは専門医の質の向上ですので、スペシャリストが集まり、議論することで個々の質を高めていければと考えます。本学術集会の良いところは1会場で行うことで、自分にとって得意な分野も、普段なじみが薄い分野も勉強できる場所だと思います。

猛暑がようやく終わり、秋本番の季節となりました。専門医会で十分勉強した後は、横浜・東京での観光・ショッピングや中華街での食事でもリフレッシュしていただき、また新たな気持ちで診療活動に従事されることを期待しております。

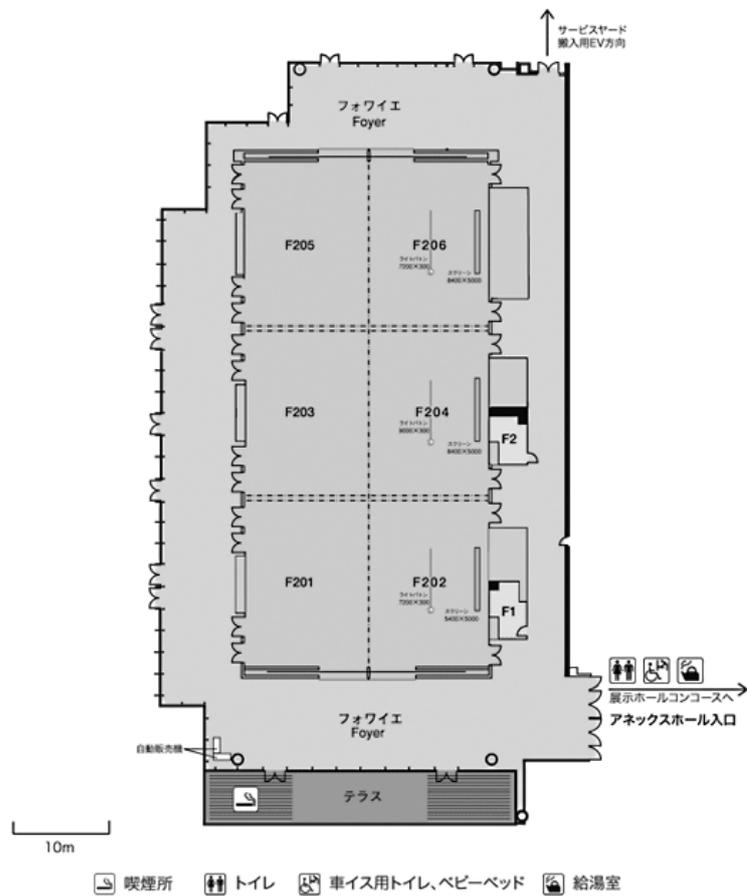
最後に本学会の準備にあたり、ご協力いただいた専門医を始めとする日本リハビリテーション医学会会員の先生方に厚く御礼申し上げます。



# ◀ 会場案内図 ▶



受付は2F アネックスホール入口となります。会場は1会場のみでフォワイエでの試写となります。症例検討では会場を4分割して検討を行います。



## 参加者へのお知らせとお願い

### ◆参加受付

| 日程  |           | 時間         | 場所                  |
|-----|-----------|------------|---------------------|
| 1日目 | 11月20日(土) | 8:30-18:00 | パシフィコ横浜<br>アネックスホール |
| 2日目 | 11月21日(日) | 8:30-11:30 |                     |

### ◆参加費

| 区分        | 費用                |
|-----------|-------------------|
| リハ学会員     | 12,000円           |
| 非会員(医師)   | 12,000円           |
| 非会員(医師以外) | 3,000円            |
| 初期研修医・医学生 | 無料                |
| 意見交換会     | 無料                |
| 託児所       | 無料(予約のみ)          |
| 実技セミナー    | 3,000円(予約のみ、資料含む) |

### ◆ランチョンセミナー

1日目のランチョンセミナーは無料です。弁当は数に限りがございますのでご了承ください。事前受付は必要ありません。

### ◆クローク

手荷物はクロークをご利用ください。貴重品のお預かりはできませんので、あらかじめご了承ください。お預けの荷物は当日中にお引き取り下さい。

| 日程  |           | 時間         | 場所                  |
|-----|-----------|------------|---------------------|
| 1日目 | 11月20日(土) | 8:30-18:30 | パシフィコ横浜<br>アネックスホール |
| 2日目 | 11月21日(日) | 8:30-13:00 |                     |

### ◆学術集会運営本部連絡先

| 日程        | 連絡先              |
|-----------|------------------|
| 学術集会開催期間中 | パシフィコ横浜 アネックスホール |

## 認定単位について

専門医会学術集会参加(10単位)＋教育講演受講(10単位×3講演＝30単位)  
教育講演受講カードは、受付される時間によるお渡しできる枚数が異なります。

## 演者・座長へのお知らせとお願い

### ◆発表時間

事前連絡した通り、座長より連絡あります。

### ◆発表形式

以下の要領にてパソコンによる発表のご準備をお願いいたします。

会場には Windows のパソコンをご用意しております。

対応アプリケーションは Windows 版 PowerPoint です。

パソコン操作はご自身で行ってください。

Macintosh、PowerPoint 以外のソフト、動画をご使用の場合には、必ずご自身のパソコンをご持参下さい。

| OS                     | 作成ソフト              | データ預かり | パソコン持ち込み |
|------------------------|--------------------|--------|----------|
| Windows XP,<br>Vista,7 | PowerPoint (Win 版) | ○      | ○        |
|                        | 上記以外のソフト           | ×      | ○        |
| Macintosh              |                    | ×      | ○        |

#### Windows

1. CD-R、USB フラッシュメモリは Windows で横込み可能なもののみとさせていただきます。
2. ご発表データは CD-R または USB フラッシュメモリに保存した後、別のパソコンにコピーして正常に再生されることをご確認ください。
3. CD-R または USB フラッシュメモリのウイルスチェックを事前に行ってください。
4. フォントは文字化けを防ぐため、下記のフォントにて作成してください。

日本語・・・MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝

英語・・・Century、Century Gothic、Times、Times New Roman

動画データをご使用の場合は、必ず発表データが作動するノートパソコンをお持ち込みください。

#### Macintosh

ご自身のノートパソコンをご持参下さい。CD-R、USB フラッシュメモリでのデータの持ち込みはできません。

## ◆パソコンお持込時のご注意

Macintosh および Windows ノートパソコンをお持込の方は下記の点にご注意ください。

モニター出力端子は D-sub15 ピンに限定いたします。

D-sub15 ピン以外の変換ケーブルが必要な機種をご使用の方は、変換ケーブルをご持参下さい。

動画がある場合、外部出力画面に表示されないことがありますので、事前に発表に使用するパソコンに外部出力モニターを接続して確認してください。当日も PC センターで試写して、動作を必ずご確認ください。

スクリーンセーバー、ウイルスチェック、省電力設定をあらかじめ解除してください。

会場には必ず電源アダプターをご持参下さい。

パソコンのトラブルによる映像の投影が不可能となっても、事務局では責任を負いかねます。バックアップデータを持参されることをお勧めいたします。

## ◆パソコン・データ受付

当日は発表会場内の PC 受付にて、ご発表時間の 1 時間前（朝一番のご発表は 30 分前）までにデータを確認してください。データは CD-R または USB フラッシュメモリに保存して PC 受付にお持ちください。（CD - RW は不可）

お預かりしたデータは事務局が責任を持って消去いたします。

パソコンをお持込みの場合は、PC 受付で受付後、演者ご自身でパソコンを講演会場内のオペレーター卓へお持ちください。お預かりしたパソコンは、セッション終了後オペレーター卓でご返却いたします。

| PC 受付        | パシフィコ横浜<br>アネックスホール |
|--------------|---------------------|
| 11 月 20 日（土） | 8:30-17:00          |
| 11 月 21 日（日） | 8:30-12:00          |

## 座長の先生方へ

講演・シンポジウム・パネルディスカッションの先生方へ

セッション開始時刻の 20 分前までに、ホール内の次座長席までお越しください。

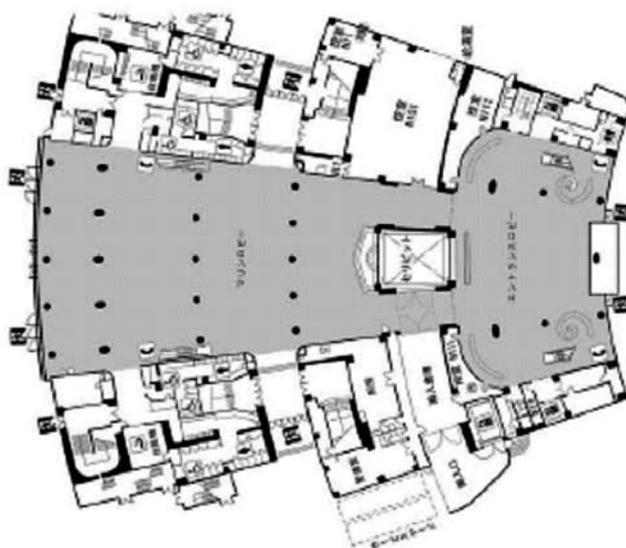
パシフイコ横浜 来場者用無線LAN(無料)通信エリア図  
 PACIFICO YOKOHAMA Public Wireless LAN

通信可能エリア  
 Service area

エリア共通パスワード: PACIF  
 PASSWORD

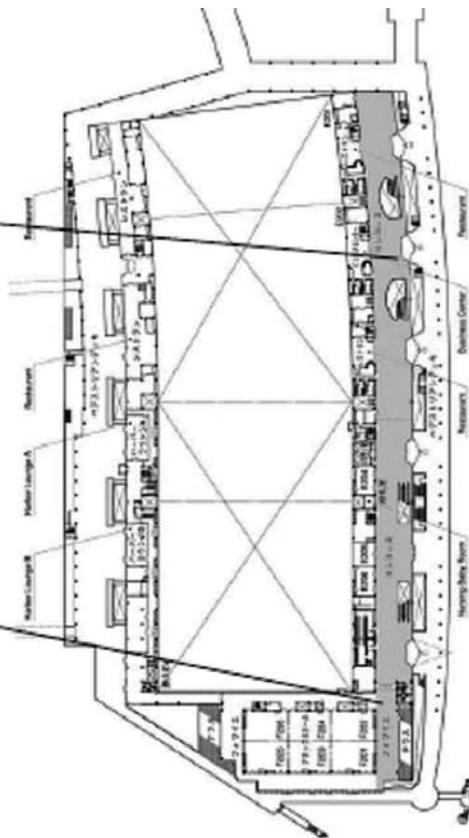
国立大ホール  
 National Convention Hall

SSID : FREE-PACIFICO 8  
 PASSWORD : PACIF



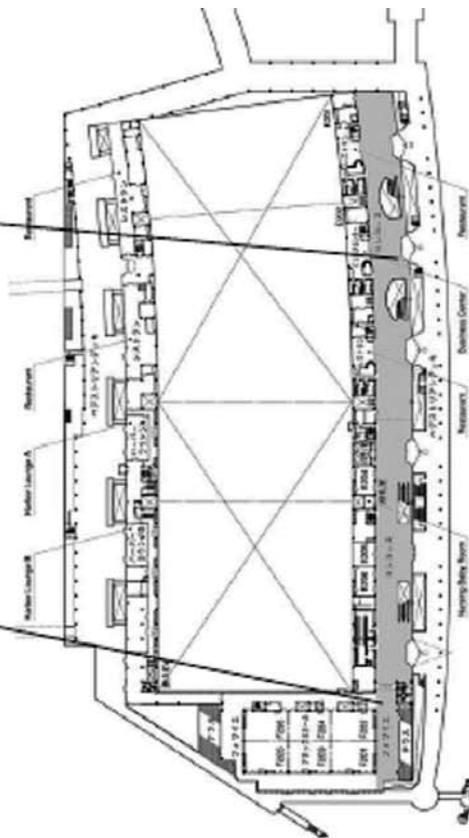
アネックスホール  
 Annex Hall

SSID : FREE-PACIFICO 10  
 PASSWORD : PACIF



展示ホール  
 Exhibition Hall

SSID : FREE-PACIFICO 9  
 PASSWORD : PACIF



# 《 プログラム 》

認定単位（合計 40 単位）：専門医会学術集会参加（10 単位）＋教育講演受講（10 単位×3 講演）

## 1 日目 11 月 20 日（土）

8:55 ～ 9:00 開会式

9:00 ～ 11:00 企画 1：「学生・初期研修医に対する教育・広報」

座長：石合 純夫（札幌医科大学）

青柳陽一郎（川崎医科大学）

1. アンケート結果報告

札幌医科大学医学部リハビリテーション医学教室 石合純夫

2. 川崎医科大学リハビリテーション医学教室から

川崎医科大学リハビリテーション医学教室

青柳陽一郎 椿原彰夫 平岡 崇 目谷浩通 関聡介

3. 和歌山県立医科大学リハビリテーション医学教室から

和歌山県立医科大学リハビリテーション医学教室 中村 健

4. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科運動機能修復学講座リハビリテーション医学から

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科運動機能修復学講座リハビリテーション医学 衛藤誠二

5. リハ部の立場として 熊本大学から

熊本大学医学部附属病院リハビリテーション部 大串 幹

6. リハ部の立場として 福島県立医科大学から

福島県立医科大学附属病院リハビリテーションセンター 矢吹省司

7. 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室から

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 松本真以子

11:00 ～ 12:00 教育研修講演 1

座長：菅原英和（初台リハビリテーション病院）

リハビリテーションと臨床栄養—栄養ケアがリハを変える

横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科 若林秀隆

13:00 ～ 15:00 シンポジウム「障害者の社会復帰支援」

座長：佐伯 覚（産業医科大学）

浅見豊子（佐賀大学）

1. リハビリテーション科外来から

昭和大学保健医療学部 川手信行

2. リハビリテーション専門病院から

神奈川リハビリテーション病院 青木重陽

3. 福祉行政の立場から

横浜市障害者更生相談所 高岡徹

4. 職業リハの立場から

広島西障がい者就業・生活支援プレSENター「もみじ」 松田啓一

5. 介助犬の利用

日本介助犬アカデミー 高柳友子

15:00～16:30 総会

16:35～16:55

企画2：関連専門職育成におけるリハ医不足－関連専門職委員会からの調査報告

座長：朝貝芳美（信濃医療福祉センター）

金沢大学医薬保健研究域保健学系 染矢富士子

17:00～18:00 企画3：症例検討

I-A～I-D（17:00～17:25）

I-A：脊髄損傷 座長：赤星和人（市川市リハビリテーション病院）

脊柱屈曲伸展動作後に急速に症状進行を認めた後脊髄動脈症候群の2例

神奈川県リハビリテーション病院リハビリテーション科 高倉朋和

I-B：神経疾患 座長：羽田康司（帝京大学医学部附属溝口病院）

誘発されない運動神経伝導速度波形をどう解釈するか？

－多発末梢神経障害を合併した農薬有機リン中毒患者2症例から考察－

沖縄県立宮古病院 リハビリテーション科 本永英治

I-C：脳疾患 座長：小林一成（東京慈恵会医科大学附属第三病院）

重症妊娠高血圧症候群で帝王切開術後PRESを発症し、失調、視覚障害など多様な障害に対し急性期より介入した症例

聖隷浜松病院リハビリテーション科 大野綾

I-D：嚥下障害 座長：平岡 崇（川崎医科大学）

延髄梗塞後の嚥下障害に対して喉頭つり上げ術を実施した1例

藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科 太田喜久夫

II-A～II-C（17:30～17:55）

II-A：脳外傷 座長：岡崎哲也（産業医科大学）

脳外傷者の就労に対するアプローチ

横浜市総合リハビリテーションセンター 小林宏高

II-B：小児 座長：半澤直美（横浜市戸塚地域療育センター）

脳性麻痺児の下肢へのボツリヌス毒素A治療（以下B治療）の際の股関節への影響（2例の報告）

聖ヨゼフ医療福祉センター リハビリテーション科 神田豊子

II-C：骨関節疾患 座長：田中一成（大阪医科大学）

当院回復期病棟における認知症大腿骨頸部/転子部骨折症例の入院期間について

－認知症があると回復期入院期間が短い？－

江南病院 リハビリテーション科 渡辺充伸

19:30～21:30 意見交換会（横浜スカイビル27階 横浜クルーズクルーズ）

## 2日目 11月21日(日)

9:00～10:30 パネルディスカッション「リハビリテーションにおけるシステム連携」

座長：近藤和泉（国立長寿医療研究センター）

菊地尚久（横浜市立大学）

1. リハビリテーションにおけるシステム連携の重要性

横浜市立大学附属病院リハビリテーション科 菊地尚久

2. 脊髄損傷

島根県立中央病院リハビリテーション科 永田智子

3. 脳外傷

滋賀県立成人病センターリハビリテーション科 川上寿一

4. 小児

おぐらリハビリテーション病院リハビリテーション科 野元佳子

5. まとめ

国立長寿医療研究センター 近藤和泉

10:30～11:30 教育研修講演2

座長：正門由久（東海大学）

「小児関節リウマチとリハビリテーション」

横浜市立大学大学院医学研究科 発生成育小児医療学 横田俊平

11:30～12:30 教育研修講演3

座長：池田 聡（鹿児島大学）

「神経疾患に対する呼吸リハビリテーション」

東海大学医学部リハビリテーション科 花山耕三

12:30～ 閉会の辞

菅 俊光（関西医科大学）

13:00～13:30 リハビリテーション患者データベース説明会

13:30～15:30 実技セミナー「骨関節疾患のリハビリテーションテクニック」

（横浜市立大学附属市民総合医療センター3Fリハビリテーション部）

15:30～17:30 「平成22年度 女子医学生、研修医等をサポートするための会」

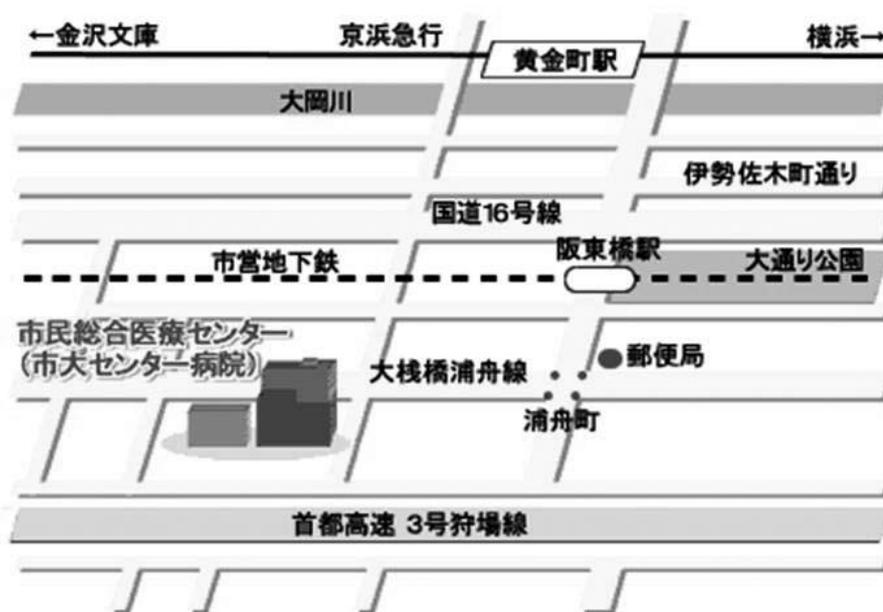
女子学生・研修医のためのティータイムセミナー

『リハビリテーション科専門医のお仕事 -Part 2-』

## 実技セミナー「骨関節疾患のリハビリテーションテクニック」

対 象： リハ科専門医を目指す医師、若手リハ科専門医

会 場： 横浜市立大学附属市民総合医療センター 3F リハビリテーション部



定 員： 20名 (5名×4グループ)

受講料：3000円 (資料含む)

日 時： 2010年11月21日 (日) 13:30-15:30

目 的：

骨関節機能障害は出現頻度の高い病態であり、リハビリテーション治療の主要な対象障害である。特に外傷、変形性関節症、関節周囲炎、軟部組織の疼痛性炎症性疾患、関節リウマチその他のリウマチ性疾患は、一般リハビリテーション科診療において、かなりの比重を占めている。セラピストが行う治療手技を正しく理解し、自ら実践することは適切なリハ処方・リハ計画を行う上で必須であるが、実際に治療手技を経験することは容易ではない。そこで本セミナーは、骨関節疾患に対して広く行われている基本的な治療技術を学び、かつ手技を実践することを目的とする。

内 容：徒手療法

関節モビライゼーション

マッサージ

物理療法

温熱療法ホットパック

温熱療法パラフィン浴

温熱療法マイクロウェーブ

温熱療法超音波療法

治療的電気刺激

牽引療法

作業療法

スプリント作製

自着性テープによる Functional taping

自助具作製

運動療法

簡単な等尺性筋力強化

CKC と OKC

テキスト：当日配布資料

責任者：横浜市立大学附属病院リハビリテーション科 水落和也

講師：横浜市立大学附属病院リハビリテーション科医師

横浜市立大学附属病院リハビリテーション科 PT/OT

横浜市立大学附属市民総合医療センター PT/OT

定 員 30名程度（先着順：受付終了しました）

備 考 本セミナー参加による単位認定はありません。



# ランチョンセミナー

日 時 2010年11月20日(土) 12:00-13:00

場 所 アネックスホール

テーマ 痙縮に対するボツリヌス療法

演 者 昭和大学藤が丘リハビリテーション病院 リハビリテーション科 笠井史人

座 長 横浜市立大学医学部 リハビリテーション科 佐鹿博信

共 催 グラクソ・スミスクライン株式会社

参加費 無料

## リハビリテーション科女性専門医ネットワーク (RJN) 懇親会のお知らせ

リハ科女性医師が集う機会として、第3回リハ科専門医会 (H20年12月福岡)、第4回リハ科専門医会 (H21年10月諏訪)、第47回日本リハ医学会学術集会 (今年5月鹿児島) でRJN 懇親会を開催しましたが、楽しい中にも貴重な意見交換ができ、有意義なひと時を過ごせています。

さて、11月の第5回リハ科専門医会の際に、今年2回目のRJN 懇親会を開催いたします。まだ、専門医でない方も、お子様連れでもご参加可能です。申込方法は下記のとおりです。どうぞ、皆様奮ってご参加くださいますよう、よろしく願いいたします。

(RJN 委員会担当 理事 浅見豊子)

### RJN 懇親会 in 横浜

日 時： 11月20日土曜日 21:30～23:30 (専門医会意見交換会の後)

場 所： 横浜スカイビル 28階 LIVING BAR SUEHIRO

(専門医会の意見交換会会場の1階上)

参加費：3500円 (お子様は別途料金)

担当世話人：栗林 環 (横浜市立脳血管医療センターリハビリテーション科)

岩崎紀子、小池純子 (横浜市総合リハビリテーションセンター)

RJN 担当：藤谷順子 (国立国際医療研究センター)、浅見豊子 (佐賀大学医学部附属病院)

## リハビリテーション科女性専門医ネットワーク (RJN) ティータイムセミナーのお知らせ

「平成 22 年度 女子医学生、研修医等をサポートするための会」  
女子学生・研修医のためのティータイムセミナー  
『リハビリテーション科専門医のお仕事 -Part 2-』参加のご案内

リハビリテーション科女性専門医ネットワーク委員会 (RJN)

1. 日 時：平成 22 年 11 月 21 日（日）15：30 - 17：30
2. 場 所：パシフィコ横浜アネックスホール
3. 対 象：医学部学生（1 から 6 年）、研修医（後期研修医も含む） 先着 50 名  
\* 男性の参加も歓迎いたします。
4. 主 催：社団法人日本リハビリテーション医学会  
共 催：日本医師会
5. 参加費および飲食費：無料
6. 託児所：事前申し込みで申し込み受け付け終了しております。
7. プログラム：（司会：国立国際医療研究センターリハ科 藤谷順子）
  - 1) 女性医師とリハビリテーション科専門医  
(佐賀大学医学部附属病院リハ科 浅見豊子)
  - 2) 地域連携による脳卒中の治療 (国立山形病院リハ科 豊岡志保)
  - 3) 「動く」 '歩く' '活動する' の援助とは  
(熊本大学医学部附属病院リハ部 大串 幹)
  - 4) リハビリテーション研究最前線のトピックス  
(滋賀県立成人病センターリハ科 中馬孝容)
  - 5) リハ医の日常生活 (刈谷豊田総合病院リハ科 小口和代)
  - 6) 学生・初期研修医に対するリハビリテーション科の教育とその問題点  
(横浜市立大学リハ科 菊地尚久)
  - 7) 質疑応答

平成 22 年度老人保健健康増進等事業  
「リハビリテーションの提供に係る総合的な調査研究事業」のお知らせ

リハビリテーション患者データベース 説明会

日 時： 2010 年 11 月 21 日（日） 13：00-13：30

会 場： パシフィコ横浜アネックスホール

対 象： リハ科専門医、リハビリテーション患者データベースに興味・関心のある方  
内 容： 昨年に引き続き、平成 22 年度も「リハビリテーションの提供に係わる総合的な 調査研究事業」が継続採択されました。既に多くの参加施設にご協力いただいておりますが、この度専門医会学術集会にご参加いただいた皆様に、広くリハビリテーション患者データベースについて関心を持っていただきたく、13 時～説明会を開催いたします。参加に関する制限（資格有無・事前登録等）はございませんので、お気軽に会場 までお越しください。

主 催： 日本リハビリテーション医学会  
データマネジメント特別委員会

《 抄 録 集 》

## 教育研修講演 1

### リハビリテーションと臨床栄養—栄養ケアがリハを変える

横浜市立大学附属市民総合医療センター リハビリテーション科 若林 秀隆

リハビリテーション（以下、リハ）栄養とは、栄養状態も含めて ICF（国際生活機能分類）で評価を行ったうえで、適切な予後予測のもとでリハと栄養管理を実践することである。栄養障害を認める患者では、リハと栄養管理を併用するリハ栄養ケアプランで、リハプラン単独の場合よりも ADL や QOL の向上を期待できる。

レジスタンストレーニングや持久性増強訓練など積極的な機能訓練を行って、筋力や持久力の改善などの訓練効果を出すためには、患者の栄養状態が良好で栄養管理が適切なことが必要である。しかし、実際には患者の栄養状態が不良で栄養管理が不適切なことは少なくない。このような患者に積極的な機能訓練を行うと栄養状態が悪化して、筋力、持久力もかえって低下する可能性がある。

リハ科医師がリハ依頼箋を処方する際、現時点の栄養状態と栄養管理を考慮しなければ、レジスタンストレーニングや持久性増強訓練などを適切に処方することは不可能である。また、リハゴール、訓練内容、訓練時間を適切に判断することも不可能である。そのため、すべてのリハ科医師に一定の臨床栄養の知識と技能が求められる。

リハ栄養の一例としてサルコペニアについて紹介する。サルコペニアとは、狭義では加齢に伴う筋肉量の低下、広義ではすべての原因による筋肉量と筋力の低下である。広義で考えるとサルコペニアの原因には、加齢、活動（廃用性筋萎縮など）、栄養（不適切な栄養管理による飢餓）、疾患（悪液質・侵襲・神経筋疾患など）の4つがある。

加齢や廃用によるサルコペニアであればレジスタントトレーニングが最も効果的である。必須アミノ酸であるロイシンやビタミンDなどの有効性を認める報告もあるが、栄養管理単独ではサルコペニアの改善は少ない。一方、飢餓によるサルコペニアでは適切な栄養管理が必要であり、低栄養状態でのレジスタントトレーニングは逆効果となる可能性がある。疾患によるサルコペニアの場合には、適切なリハと栄養管理も必要であるが、原疾患の治療が最も重要である。原疾患の治療に難渋する場合には、適切なリハ栄養管理を行ったとしても、サルコペニアは維持もしくは悪化することが多い。

実際のサルコペニアを認める患者では、これら4つのうち、複数の要因を認めることが少なくない。そのため、リハだけでも栄養管理だけでも筋肉量、筋力、ADL、QOLの向上のためには不十分なことが多く、リハ栄養の考え方が重要である。

## シンポジウム「障害者の社会復帰支援」

### リハビリテーション科外来の立場から

昭和大学医学部リハビリテーション医学教室 川手 信行  
水間 正澄

リハビリテーション（以下、リハと略す）外来では、すでに在宅復帰をした患者（障害者）が主体あり、障害者の生活支援や職業復帰支援が外来での役割と考えている。当科では発足当初より地域リハを展開し、生活支援に取り組んできた。主なものを以下に挙げる。

1. 「地域リハ懇談会」：近隣3区（品川区・大田区・目黒区）を中心に講義形式による疾患、障害理解、各区や事業所からの話題提供・地域連携、講演会などを年3回程度行い、地域福祉行政との連携に力を入れ、「顔の見える」連携を行ってきた。
2. 地域行政との連携：品川区と協力し、「リハ専門チーム」を結成し、品川区独自の介護予防対策の「身近でリハ」などの立ち上げに協力した。また、品川区、大田区、目黒区の障害者福祉センターでのリハ相談事業を通して連携を行っている。
3. 高次脳機能障害患者への支援  
「高次脳機能障害患者の家族の会・品川支部」の立ち上げに協力し、3か月に1回の集会、年2回の勉強会などを開催、品川区行政の協力を得て高次脳機能障害の社会生活支援の拡充を支援している。またNPO法人「いきいき福祉ネットワーク」に発足当初から関わり、高次脳機能障害患者・中途障害者の復職支援・生活支援を行っている。

また、復職支援に関して、（これはどのリハ科外来でもやっている事と思われるが）、本人・家族が望む場合に職場責任者と面談し、復職に関する注意、障害に対する理解について話し、復職への具体的な計画を立てたりする。復職が可能か否かは、障害者の障害程度や能力よりも、受け入れる会社側の考え方、方針、経営状況などによって大きく変わるため、未だにどの様な障害者が復職できるのか目安はない。しかし、50歳代以下で本人にやる気のある障害者には、積極的に復職あるいは就業支援に関わるようにしている。当日は、復職が可能であった症例を何例か報告する。

特定機能病院である大学病院リハ科が地域リハ活動や障害者生活支援を展開しているのは奇異に感じられるかもしれない。リハ医療の最大の目標が、『障害者が地域社会の中で「よりよい生活」を送れるよう支援をすること』である以上、病院の特性に関わらずリハ専門医として地域リハ活動に関わり、障害者の生活支援をしていくのは当然の任務であると考えます。また、その事を「リハ専門医の教育施設・病院」として次の世代のリハ専門医に伝えていく必要があると思われる。

## シンポジウム「障害者の社会復帰支援」

### リハビリテーション専門病院から

神奈川県リハビリテーション病院 青木 重陽

障害者の社会復帰の支援にあたって、医療機関と社会復帰支援機関との間に円滑な連携が必要であるが、双方の機関における共通理解・共通認識は十分ではない。例えば、高次脳機能障害者の医療機関と就労支援機関との連携に関して、就労支援機関の支援利用の適応に対する両機関の認識の違いがあることが報告されている<sup>1)</sup>。

当院は、脳外傷者を中心とした高次脳機能障害者に対して、急性期治療後の入院リハから社会復帰に至るまでの支援を多く行っている。我々は入院リハが終了し退院した後、社会復帰支援機関を利用するためには、その間をつなぐ訓練・プログラムが必要であると考え、その実践を行ってきた。本シンポジウムでは外来グループ訓練“通院プログラム”での経験を中心に述べたい。

通院プログラムは、原則として当院外来リハ以外に具体的な通い先がない高次脳機能障害者を対象とした外来グループ訓練である。1期6～7名で週2日4ヶ月間実施し、多職種が包括的にアプローチする。特に最近では障害の自己認識（すなわちメタ認知）の向上を重視し、障害の認知を促し行動をより適切な形に変容していくような働きかけを進めている。このプログラムを受けた16期計103名を対象として障害認識と転帰を調査した。障害認識は本人と家族のつけた評価尺度の差で判断し、尺度に社会的スキル評価法kiss-18と脳外傷者認知行動障害尺度TBI-31を用いた。プログラム前後の本人と家族の差はkiss-18がプログラム前平均 $11.3 \pm 10.1$ 、後 $9.1 \pm 7.6$ 、TBI-31は前 $0.93 \pm 0.71$ 、後 $0.70 \pm 0.57$ であり、ともに有意に差が小さくなった（TBI-31の施行は最近の28例のみ）。転帰は、新規就労・復職36名、就学3名、作業所通所27名、主婦業など6名で、計72名69.9%が何らかの社会参加を果たし、職業訓練中が17名で、プログラム後もどこにもつながらなかった者は14名であった。高次脳機能障害者の社会復帰には障害認識の向上が大切であることが示唆された。

当事者（と家族）には、社会復帰支援機関利用の前段階として獲得しておくべき事項があると思われる。この獲得には単に情報のやりとりのみでなくそのためのリハプログラムを考慮すべきものもあると考えている。

参考)

- 1) 田谷勝夫：高次脳機能障害に対する理解と研究モデル事業の試行。  
職リハネットワーク 60；5-8, 2007

## シンポジウム「障害者の社会復帰支援」

### 福祉行政の立場から

横浜市障害者更生相談所 高岡 徹

#### 【はじめに】

障害者の社会復帰にあたっては、急性期や回復期における医学的リハビリテーションが十分に実施される必要がある。その上で、医療では対応困難な職業面や生活面などのサポートを行政が受け持つことになる。

#### 【行政における障害者施策】

各自治体では、障害者だけでなく、生活保護や高齢者に対する多くの福祉施策が計画・実行されている。これらは〇〇プランなどと銘打って数年計画が立案され、予算が立てられている。例えば、横浜市の障害者プランには、居宅介護・移動支援など生活を直接支える事業や日中活動の場の拡充、グループホームなど生活の場の充実、就労支援の一層の拡充を図ると書かれている。

また、障害者自立支援法などではその内容変更によって大きな対応の変化が求められる。こうした国や自治体の制度、あるいは障害に対する姿勢を知っておくことは重要である。

#### 【身体障害者更生相談所の役割】

身体障害者が障害者自立支援法のサービスを利用する場合には身体障害者手帳を所持している必要がある。自治体により所管は異なるが、更生相談所が手帳に関する判定や発行を行っている場合も多い。その他、補装具の判定や自立支援医療の判定も更生相談所で行っている。措置の時代には、更生相談所における判定により施設利用が決定されたが、現在は利用者の選択による契約制度となり、行政の直接的関与はなくなっている。

補装具の支給や障害者支援施設の利用などの際には早期に手帳交付を受けたいとの要望があり、更生相談所としても状況に応じて、再認定の仕組みなどを利用してできる限り早期の交付ができるよう配慮をしている。

#### 【おわりに】

行政サービスは基本的に申請主義であり、情報提供も不十分なことが多い。しかし、実は有用な事業や便利な制度が用意されていることもよくあることである。患者の社会復帰支援のために、リハ医は積極的に情報収集を行い、利用していくことが求められる。

## シンポジウム「障害者の社会復帰支援」

### 職業リハの立場から

広島西障がい者就業・生活支援プレSENター センター長 松田 啓一

ここでは本番のシンポジウムへのイントロダクションとして、予定している論点をごく簡単に提示しておく。

論点が拡散しないように、考察対象とする障害者を年齢、経済状況、障害種別、障害程度によってある程度絞込んでおく。年齢層としては40代～50代、つまり「労働年齢」としては後半期だが、まだまだ働ける（あるいは働かなければならない）世代であり、傷病前に長年の社会経験があるという想定である。経済状況としては配偶者などの家族が働けば何とかやっていける程度とする。障害種別としては特に脳血管系を想定する。つまり再発の可能性が0ではないということである。障害程度としてはADLはほぼ自立、家からどこかへ通い何らかの活動に従事できるレベルとする。以上要するに、社会復帰に当たって当人は別としても家族や支援者はその方向性について最も迷うケースと言えよう。

多くの場合、上記のような障害者なら社会復帰といえれば完全に傷病前の社会的地位に復帰することが希望となろう。たとえば営業部長だったら営業部長に復帰することが希望となろう。しかし、これからの長い人生を考えた場合、完全に元の地位に復帰することがたとえ可能だったとしても本当に得策かどうかは微妙な問題である。ここに今回提示したい論点が潜んでいる。がむしゃらに頑張っても営業部長に復帰しても再発でより重度の障害になってしまったら元も子もない。いったん退職して嘱託短時間労働という方向もあるはずである。つまりより緩やかな働き方へのソフトランディングという方向である。残存能力を一気に使い果たさず小出しにして持続可能な人生を歩むことと言い換えることもできよう。元より「持続可能な人生」というのはどんな中高年にも当てはまることと思われるが、上記のような障害者の社会復帰においてはより重要な道標だと思われる。しかし、社会復帰を前にしてこのことに気づく障害者は少ないように感じる（最も早く気づくのは配偶者だろうか）。ただ、気づいてももう一つの問題が横たわっている。それはソフトランディングに伴うある種の「あきらめ感」や「敗北感」である。このような社会復帰に際して「敗北感を伴わないソフトランディング」を可能にする支援というのはないのだろうか。シンポジウムではこれを中心的論点として論じてみたい。

## シンポジウム「障害者の社会復帰支援」

### 介助犬の利用

日本介助犬アカデミー / 横浜市総合リハビリテーションセンター 高柳 友子

#### 生きた「補装具」 介助犬 の可能性と現状

介助犬 とは、肢体不自由者の日常生活動作を助け、障がい者の自立と社会参加を促進することを目的に訓練され、身体障害者補助犬法による認定を受けた犬のことをいう。身体障害者補助犬法(以下 補助犬法)は 2002 年に制定された法律で、横浜市総合リハビリテーションセンターは、介助犬認定法人として 2003 年に厚生労働大臣より指定を受け、介助犬の希望相談から障がいやニーズ評価、合同訓練の総合評価、認定試験、継続指導を行っている。

介助犬は、落としたものを拾って渡す・手が届かないものを持ってくる といったリーチ動作、ドアの開閉、引き出しや冷蔵庫を開けて指示されたものを持ってくるなどのほか、脳卒中片麻痺やリウマチによる歩行障がいの補助としてバランスを保ち、手摺の役割を果たして歩行介助をする介助犬もある。介助内容は、肢体不自由者の個々の機能やニーズに合わせて決められるが、そのニーズ評価や訓練内容の決定、合同訓練時の注意や禁忌・中止基準等について、訓練事業者に対して、リハ専門職からのリハ医学的連携体制が必要となる。補助犬法ではリハ専門職が介助犬訓練において、訓練事業者と連携体制を取らなければならないことが謳われているが、リハ専門職には介助犬の存在は未だ知られておらず、介助犬の有効性についても、どのような点をどのように評価し、適応者がどのような障がい者であるか等も理解されていないため、現状ではこの連携体制は稀有であると思われる。現在実働している介助犬はわずか 50 頭余り。その障がい像は、頸髄損傷、脊髄損傷、脳卒中片麻痺、多発性硬化症、関節リウマチ等々、様々である。

介助犬の有効性は機能的な面に留まらない。緊急時の連絡手段として携帯電話や電話の子機を持ってくる、緊急通報システムを作動する、などの動作が介助犬によって確保されることは障がい者に安心をもたらす。それゆえに安心して自らの最大限の機能を発揮して動作を行う、独りで外出するなどの自信もつき、前向きになる。また、介助犬の世話をする責任を負うことが大きな自信となり、愛情を注ぐ対象に必要とされているという思いが生きがいとなり、社会性の向上にもつながる。

現状では、介助犬適応者が、介助犬の存在を知らない、または名前は知っていても自らが適応となり得ることを知らないのが現状である。より多くのリハ専門医から、介助犬により積極的に社会参加することが出来る適応例に紹介されることを期待したい。

## 企画3 症例検討

### I-A 脊髄損傷

#### 脊柱屈曲伸展動作後に急速に症状進行を認めた後脊髄動脈症候群の2例

神奈川リハビリテーション病院リハビリテーション科 高倉 朋和  
横山 修  
高内 裕史  
伊藤 良介

胸腰椎移行部は胸郭の支持を受けず、姿勢変化により負荷が集中し脊髄血流障害をきたす可能性がある。今回、日常における脊柱屈曲伸展動作後、急速な症状進行を認めた後脊髄動脈症候群の2例を経験したのでリハ経過ならびに発症機序に関する考察を交え報告する。症例1：64歳女性。自宅風呂場浴槽にかがみ込み、起き上がった瞬間背部の違和感と下肢感覚障害が出現し数時間で対麻痺・膀胱直腸障害が進行した。Th6-9レベルの脊髄梗塞の診断で急性期加療後、当院に入院しリハを実施した。症例2：60歳男性。看板を持ち上げようとした際背部に違和感を覚えその後20分ほどで急速に対麻痺・膀胱直腸障害が進行した。Th9-12レベルの脊髄梗塞の診断でヘパリン投与等急性期加療後、後索障害を主とする不全対麻痺に対し当院に入院しリハを実施した。いずれの症例も不全対麻痺は回復傾向を認めたが再発予防に留意したりハ管理が肝要と考えられた。

## 企画3 症例検討

### I-B 神経疾患

#### 誘発されない運動神経伝導速度波形をどう解釈するか？

#### —多発末梢神経障害を合併した農薬有機リン中毒患者2症例から考察—

沖縄県立宮古病院 リハビリテーション科 本永 英治

多発神経障害を合併した有機リン中毒患者2症例を経験した。有機リン系農薬中毒に合併する多発神経障害が指摘はされているがその詳細な神経障害像の報告は極めて少ない。

当院では10年間で11症例の農薬中毒による患者を経験した。有機リン中毒による遅発性神経障害は、病的に脊髄、および末梢神経中の長い軸索の変性によるものといわれているが、今回、その症例に加え、PAMに拮抗しない有機リン（プロチオホス系）とGABA阻害薬（フィプロニル）系の相乗作用による神経筋接合部での神経伝達物質・アセチルコリンの過剰反応による神経障害と考えられる症例を、電気生理学（筋電図）検査により考察してみた。有機リン系農薬の種類を詳細に聞き出すことと筋電図検査はリハビリでも重要でかつ予後予測にも役立てられると考えられる。

## 企画3 症例検討

### I-C 脳疾患

#### 重症妊娠高血圧症候群で帝王切開術後 PRES を発症し、 失調、視覚障害など多様な障害に対し急性期より介入した症例

聖隷浜松病院リハビリテーション科 大野 綾

重症妊娠高血圧症候群で帝王切開術後 RPLS (Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome) を発症し、失調、視覚障害など多様な障害に対し急性期より介入した症例を報告する。

34 歳女性

【診断名】 RPLS

【現病歴】 重症妊娠高血圧症候群にて帝王切開術施行後、著明な肺水腫と呼吸不全をきたし人工呼吸管理となった。呼吸器離脱時意識障害が遷延、MRI にて両側後頭葉中心に病変を認め RPLS と診断された。第 10 病日より介入した。

【介入経過】 著明な眼球運動障害、右不全麻痺、右に強い四肢・体幹失調、重度視覚障害を認めた。視覚障害に関し、皮質盲の状態から視力・視野は徐々に改善したが、Balint 症候群の部分症状を疑わせる所見が残存した。最終的に屋内 ADL 自立、家事動作・外出などは一部監視を要する状態で約 80 病日自宅退院となった。

【考察】 画像所見では予測しがたい多様な障害を認め、予後予測も困難であった。特に視覚障害に対する評価、訓練方法に関し悩みの多い症例であった。

## 企画3 症例検討

### I-D 嚥下障害

#### 延髄梗塞後の嚥下障害に対して喉頭吊り上げ術を実施した1例

藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科 太田喜久夫  
藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学I講座 柴田 斉子  
山之内直也  
加賀 谷齊  
才藤 栄一  
藤田保健衛生大学医学部耳鼻咽喉科学講座 岩田 義弘

輪状咽頭筋開大不全による梨状窩残留を認めた症例に対し、輪状咽頭筋切断術と喉頭吊り上げ術を実施した。術前のVF、320列MSCT所見を呈示し、手術適応を決定した経緯を振り返り、術前後の訓練法の検討を行う。

【症例】62歳女性。H16年、脳動脈瘤破裂に対するクリッピング術後の右延髄梗塞による嚥下障害あり。普通食を摂取していたが梨状窩残留が徐々に増大し、食事時間の延長および、夜間の唾液によるムセが頻回となったことを主訴に当院を紹介受診。H22年9月に輪状咽頭筋切断術と喉頭つり上げ術を実施した。

術前のVFでは右梨状窩残留を中等量認め、頸部回旋でも除去不能であった。320列MSCTでは右咽頭麻痺による咽頭腔拡大を認め、嚥下中も右咽頭腔は収縮を認めなかった。マノメトリーでは咽頭腔圧に比べ食道内圧が高く、耳鼻咽喉科と協議の結果、輪状咽頭筋切断だけでなく喉頭吊り上げ術も必要と判断した。

## 企画3 症例検討

### II-A 脳外傷

#### 脳外傷者の就労に対するアプローチ

横浜市総合リハビリテーションセンター 小林 宏高

##### 【はじめに】

障害の理解を深めるアプローチを工夫し、職業的リハビリテーション（以下、リハ）を行うことで復職に至った高次脳機能障害の症例を報告する。

##### 【症例】

57歳、女性。職業は百貨店店員。交通事故により多発外傷、脳外傷（外傷性くも膜下出血など）を受傷。A病院で保存的に加療された。その後、Bリハ病院入院を経て、受傷後約4ヶ月で自宅へ退院し、当センターを受診。初診時、麻痺を認めず、歩行、ADLは自立。高次脳機能障害として記憶障害、注意障害、自己意識性の低下等を認めた。社会的目標を職務再設計による復職と考えた。症例は復職に向けた準備の必要性を当初は感じていなかったが、医学的リハの継続と模擬会議プログラムなど多職種によるアプローチにより障害の理解が深まり、受傷後11ヶ月より職業的リハを開始。受傷後約1年5ヶ月で職場に復帰した。発表時にはより詳細な障害像、アプローチについて考察を加え報告する。

## 企画3 症例検討

### II-B 小児

#### 脳性麻痺児の下肢へのボツリヌス毒素 A 治療（以下 B 治療）の際の 股関節への影響（2例の報告）

聖ヨゼフ医療福祉センター リハビリテーション科 神田 豊子  
信濃医療福祉センター リハビリテーション科 朝貝 芳美

症例1は初診時2歳3ヶ月の重症心身障害児（以下 SMID）。股関節の開排に制限と明らかな左右差があり右は亜脱臼。母子入園待機中、長野県で大腿部に B 治療施行、母子入園時、開排制限の改善あるもレントゲンで亜脱臼の悪化判明。症例2は初診時2歳9ヶ月未熟児出生の中等度痙直型両麻痺。初診時腹ばい、四這いのみ。初診時までに、他院で立位訓練を受けており、初診後も他院での立位訓練を併行して希望があった。股関節開排角度は初診時に制限あり、MP は30%未満だったが、3歳時に股関節外転装具装着。3歳4ヶ月時 MP の悪化はあるも（右41,0%、左19,5%）その後3年間近く右側 MP は30%を維持。杖歩行を5歳より開始したが、両下肢の交差で前進できないため6歳時 B 治療を当センター整形外科医により施行。施行後下肢交差軽減。B 治療施行一日後の開排角度も制限やや緩和。MP はほぼ変化なし。[結果と考察] 大腿部にも B 治療施行の場合、開排制限の改善があっても定期的にレントゲンをとる必要がある。現在の B 治療は、亜脱臼の悪化の要因には対処できていないと推測された。Miller らによれば、MP 60%をこえる亜脱臼を脱臼に進行させないためには手術を要するので大腿部にも B 治療をおこなう際、MP の大きい症例では慎重に行うことが適当。Miller らは、MP 30%から60%の群及び、18歳未満の MP 30%未満の群は、亜脱臼が進行しないよう十分なレントゲンチェックを要すとしている。保健適応が大腿部にはないため、症状にあわせ、治療目的を股関節の ROM(range of motion) におくなど、考慮の必要がある。

### 企画3 症例検討 II-C 骨関節疾患

#### 当院回復期病棟における認知症大腿骨頸部 / 転子部骨折症例の 入院期間について —認知症があると回復期入院期間が短い？—

江南病院 リハビリテーション科 渡辺 充伸  
内賀嶋英明  
江南病院 神経内科 日野 洋健

大腿骨頸部 / 転子部骨折症例の回復期リハビリにおいて認知症の合併は入院期間が遷延する要因の一つと言われていたが、近年認知症の合併は逆に入院期間が短縮する傾向にあるという報告が散見される。そこで2009年1年間に当院回復期リハビリ病棟に転入となった大腿骨頸部 / 転子部骨折の64例に対しHDS-Rによる認知症の有無で入院期間について検討した。HDS-R  $\leq$  20 (認知症あり: 32例)の入院期間平均は43.1日であり、HDS-R  $\geq$  21 (認知症なし: 32例)の平均46.8日に比べ有意に短縮していた ( $p < 0.05$ )。骨折治療法別では骨接合術例では有意差を認めなかったが、人工骨頭置換術例でHDS-R  $\leq$  20が平均31.1日と、HDS-R  $\geq$  21の平均51.4日に比べ有意に短縮していた ( $p < 0.01$ )。同じADLでも認知症は要介護度が増し、在宅前の準備期間を施設で待機できるのも入院期間が短縮した一要因と思われる。

## パネルディスカッション「リハビリテーションにおけるシステム連携」

### リハビリテーションにおけるシステム連携の重要性

横浜市立大学附属病院リハビリテーション科 菊地 尚久

リハビリテーション医療として急性期、回復期、維持期へのシステム連携は効率よく充実した医療を提供する上で非常に重要である。脳卒中に関しては、長年急性期リハビリテーションの重要性が叫ばれ、また回復期リハビリテーションを行う病棟との連携も構築される中で以前と比較して、システム連携が進んでいる印象を受ける。しかしながら未だに多くの疾患では、急性期リハビリテーションが十分に施行されているにも関わらず、回復期、維持期にうまくつながらない状況にあるのが現状である。

脊髄損傷においては救命救急医療の発展に伴い、急性期医療と急性期リハビリテーションは徐々に充実してきているが、傷病の特徴として特に頸髄損傷においては高齢者が多いこと、不全麻痺であってもADLの介護量が大きいことなどから、回復期リハビリテーションの受け皿を探すのに苦労することが多く、我々のデータでは回復期リハビリテーションでADLの向上が期待される症例においてもリハビリテーションの提供量が少ない療養型病床群への転院が多いことが問題となっている。その結果として在宅復帰の比率が低下していることが予測される。

脳外傷においては、意識障害遷延例や重度の運動機能障害を残す症例を除き、急性期加療後比較的早期にADLが自立して在宅復帰する症例が多い。しかしながら高次脳機能障害の残存のために復職・復学が困難な症例や復職・復学しても社会適応ができずにドロップアウトしてしまう症例もみられる。これらの患者に対してはリハビリテーション科医が急性期以後にもフォローする体制が重要であるが、システムとして十分に整備されていないのが現状である。

小児疾患においては、療育の場面では従来と比較して、脳性麻痺などの運動障害主体の乳幼児の比率が減少し、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害などの発達障害が主体の子供たちに対するリハビリテーションを行う比率が増加しているのが現状である。これらの障害児に適切な療育を与えるにはリハビリテーション科医と児童精神科医の連携が不可欠であるが、現在は児童精神科医が非常に少ないため、リハビリテーション科医が単独で対応しなければいけない場面が多いことが問題であると思われる。

これら3つの領域における以上の問題に関してこれから発表される先生方の意見を聞き、フロアも含めて議論を行い、問題点を抽出し、いかに解決していくべきであるか考えていきたい。

## パネルディスカッション「リハビリテーションにおけるシステム連携」

### 脊髄損傷リハにおける回復期リハ病棟と急性期病院との連携 -- 脊損センター・労災病院を持たぬ地域のリハ連携 --

島根県立中央病院 リハ科 永田 智子  
島根県立中央病院 整形外科 市本 裕康  
齊鹿 稔  
出雲市民リハビリテーション病院 リハ科 木佐 俊郎  
酒井 康生

#### 【はじめに】

高齢化社会へ向かい、不全四肢麻痺の増加が指摘されている。急性期病院の脊髄損傷リハでは、労災事故や交通事故による重篤な四肢麻痺・対麻痺に専門的・集約的リハを保障する一方、高齢者の不全四肢麻痺患者への対応も求められる。長期入院に伴う患者・家族の負担軽減、退院後の在宅支援体制を確保するためには地域完結型のリハが望ましい。

島根県は労災病院やいわゆる脊損センターをもたない。当院は、島根県中部で圏域唯一の三次救命救急センターをもつ基幹的の病院で、1965年に労災福祉事業団の委託を受け労災病棟60床を開設、これを1993年リハ科専門医常駐のリハ病棟へ改変、さらに2002年～2008年まで回復期リハ病棟とし当地域の脊髄損傷リハの入口で一定の役割を果たしてきた。現在、回復期リハ病棟は圏域内の他病院へ完全移行し連携をもつ。

#### 【目的】

当院における外傷性脊髄損傷の発生の特徴と、急性期病院からみた脊髄損傷リハのシステム連携を検討する。

#### 【方法】

2000年～2009年までに当院へ入院しリハ療法を行った外傷性脊髄損傷症例をカルテに基づき後方視的に調査した。全症例、リハ開始時からリハ科専門医がかかわり転院先の適応判断も行った。リハ病棟とは、機能病棟として確立された院内のリハ病棟と院内・院外の回復期リハ病棟とした。転院時の連携状況も調査した。

#### 【結果・考察】

症例数146（男性109、女性37）、平均年齢65.0±16.9歳（16～91歳）、うち65歳以上は62.3%。四肢麻痺91.1%（完全32、不全101）、対麻痺8.9%（完全7、不全6）。受傷原因は、転落39.0%、転倒28.8%、交通事故25.3%、スポーツ1.4%、その他5.5%。転帰は、自宅退院85例（58.2%）、脊髄損傷専門病院への転院9例（6.1%）。労災受傷は9.6%、リハ病棟利用は54.1%だった。全国調査に比べ、高齢者、不全四肢麻痺が多く労災、交通事故は少なかった。

転院時の情報提供は、担当医・対診科医・リハ科医の紹介状、療法士情報提供書、看護連絡書、FIM経過が含まれ、調整は医療相談員が担当した。県外の脊髄損傷専門病院には、上記に加え事前相談や転院前診察の機会を設けていた。

脳卒中および大腿骨頸部骨折では回復期リハ病棟との地域連携が確立された。期間と質とを保障する回復期リハ病棟は、高齢者の脊髄損傷にも有用である。当地域では、急性期と回復期にリハ科専門医が常駐して連携をもつ。このように急性期から専門医が一貫してかかわることで、脊髄損傷にも地域の回復期リハ病棟を活用したシステム連携が構築できる。

## パネルディスカッション「リハビリテーションにおけるシステム連携」

### 脳外傷のシステム連携

滋賀県立成人病センターリハビリテーション科 川上 寿一

**【目的】** 脳外傷などによる高次脳機能障害のリハビリテーションに当たっては、医療、生活、社会にわたるプログラムが示されている。本県では、高次脳機能障害に対する拠点的な医療機関がなかったこと、施設等が地理的に散在していることから、リハ医療機能の向上とともに、地域社会での支援体制への取り組みを行うことが課題となっている。

**【方法】** 当院における診断・評価、治療の実施と、地域支援機関などとの連携を行うとともに、本県における支援体制の構築を進める。支援体制は、当事者の生活の場における地域でのネットワーク支援が、当該地域における障害者への支援基盤を充実することにつながることを目標としている。支援機関との事例検討、体制整備のための会議や研修・啓発などの機会を活用する。

**【結果】** 平成 18 年 6 月に当科の診療開始後、平成 22 年 4 月までの間に高次脳機能障害を中心とした診療は 94 名におこなった。回復期リハ病棟への入院診療は 53（うち脳血管障害 26、脳外傷 20）名で、転帰は復職 12 名、復学 5 名、就労 2 名、休職・休職中 8 名、作業所利用 1 名、在宅・デイなどの利用 20 名、施設入所・入院など 5 名であった。外来通院のみでの診療は 41（うち脳血管 18 脳外傷 14）名で、転帰は復職 7 名、就労 8 名、求職中 3 名、作業所利用 8 名であり、28 名は外来通院開始後に社会参加の状況が変化した。各種機関とのカンファレンスは、入院・外来とも、介護保険関連機関以外に、高次脳機能障害支援センター、働き暮らし支援センター、職場・学校関係者、弁護士、障害福祉サービス提供機関、地域・市町保健福祉行政機関担当者などで行われた。

体制整備のための県レベルでの会議のほか、平成 21 年度から実務担当者による会議を 2 月に 1 回程度開始した。これは、高次脳機能障害支援センター、自立支援施設、相談機関、障害者職業センターなどの職員により構成され、事例の検討により課題の整理などをおこなった。当事者に直接支援をおこなっている関係者との事例検討により間接的な支援をおこなうことなどで、支援コーディネーターの活動は全県域における直接的な支援と間接的な支援となってきている。

**【考察】** 専門的な支援機関の物理的な機能と、関わる人としての機能を活用することにより、地理的な散在の条件をこえられることを目標としていたが、支援体制は当事者とその社会に存在する関係への対峙を行うことでもあり、人と地域社会的なシステムへの働きかけへの意義はあるものと考えられる。

## パネルディスカッション「リハビリテーションにおけるシステム連携」

### 地域の小児療育におけるリハビリテーション科医の役割

おぐらリハビリテーション病院 野元 佳子  
久松 憲明  
堀ノ内啓介  
重信 恵三

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 川平 和美

【はじめに】文部科学省の推計では、肢体不自由等で従来の特別支援教育の対象となる児童生徒数が全児童生徒数の2.2%であるの比べ、注意欠如/多動性障害等の発達障害は6.3%と多い。発達に問題を抱え支援を要する子どもが地域に相当数存在すると予想されるが、それに対応すべき発達障害の専門家は全国的に不足し、鹿児島県の地方においては療育センター等も未整備で、既存の資源で及格的に援助を行っていくほかないのが実情である。当院はリハ専門医が勤務する地域の唯一の病院で、主に成人の脳卒中や骨関節疾患を診療しているが、非常勤の小児科医、リハスタッフと共に小児療育にも携わってきた。その過程で、地域の多くの子どもを支援できるような仕組みと支援体制の確立・運営にリハ科医が果たすべき役割があるのではないかと感じている。当院の小児療育の実態を振り返り、当地域におけるリハ科医の役割と連携の重要性について考察する。

【対象・方法】平成16年9月～平成22年8月に発達評価やリハ目的で当院を受診した小児136名の経過記録に基づく、主診断名、支援の実際、地域他機関との連携について調査結果に加えて、地域の小児療育に関わる11の医療福祉施設に対しアンケート調査や当院が主催した情報交換会で得た情報とを合わせて、地域の療育資源の現状把握と課題の抽出を行った。

【結果】診断の内訳としては広汎性発達障害が約25%と多く、次に注意欠如/多動性障害18%、構音障害、後天性脳障害等であった。支援内容としては院内での評価・療育、母親支援、担任教諭等との情報交換が主で、他機関との連携は医療機関とは紙面で、学校とは合同カンファレンス、他療育機関とは療法士の個人的なつながりにより、不定期に行われていた。地域の11施設との情報交換会で初めてお互いの施設概要を知った、という感想が多く聞かれ、施設間の連携がうまく図れていない現状を改めて課題として認識した。

【考察】発達に問題のある子どもに対しては、特に生活の場となる学校で不応や二次障害を起こさせないための支援が重要と考えられる。少ない資源で多くの子どもを支援するには、関係職種の守備範囲をふまえた上での協業と役割分担の明確化も必要であろう。支援体制の推進には、日常の診療において発達障害同様、見えにくい障害とされる高次脳機能障害に携わり、病状や機能面だけでなく患者の生活を見つめ、他科や地域他職種との連携に関わる機会の多いリハ科医は、そのコーディネータ役に適した存在である。地域で活動するリハ科医の小児療育における役割を再考したい。

## 教育研修講演 2

### 「小児関節リウマチとリハビリテーション」

横浜市立大学大学院医学研究科 発生成育小児医療学 横田 俊平

#### 若年性特発性関節炎の診断・治療の進歩

若年性特発性関節炎 (Juvenile Idiopathic Arthritis: JIA) は、小児期の慢性関節炎の大半を占める疾患である。現在、細かく 7 亜型に分類されるが、大きくは「全身型」、「関節型」、「症候性（乾癬関連関節炎、付着部炎関連関節炎）」に分けると理解しやすい。また最近の治療の進歩により、できるだけ早期に診断し関節予後を推定して、積極的な抗炎症療法を適用することで関節破壊を防止する動きが急である。血液検査により RF、抗 CCP 抗体、抗核抗体の検出により病型分類を行い、赤沈値、MMP-3 から関節炎症の度合いや予後推定を行うこと、また最近は関節エコーを積極的に取り入れて診断と同時に滑膜炎の実態を把握する努力が行われている。「全身型」は炎症性サイトカイン IL-6 が主導的な役割を担う全身炎症性疾患であることが判明し、IL-6 レセプター・モノクローナル抗体 (tocilizumab) により IL-6 シグナルを遮断することで炎症を終息に導くことが可能となった。炎症は「全身型 JIA」の病原因子であるが、実は生理的には感染症などの外的要因や傷害関連内的要因 (DAMP) に対して生体防御機能の 1 つとして発現するものである。モノクローナル抗体により特異的にこの防御システムが遮断されると易感染性を誘導する可能性があり、これが副作用の 1 つと考えられ臨床的には注意深い観察が必須である。「関節型」は、MTX を中心とし少量のプレドニゾロンを併用する MAP 療法により、約 70% の患児を寛解に誘導できる。その約 15% は MTX による嘔気を訴えるが、関節破壊の進行は止めることができる。MAP 療法により JIA の標準的な治療法が確立したと言える。しかし残り約 30% の難治例は治療に難渋していた。幸いなことに、最近になり小児にも生物学的製剤の適応が広がり、TNF  $\alpha$  阻害薬である etanercept (エンブレル<sup>®</sup>)、IL-6 シグナル阻害薬である tocilizumab (アクテムラ<sup>®</sup>) により、またもう 1 つの TNF  $\alpha$  阻害薬である adalimumab (ヒューミラ<sup>®</sup>) (来年中に承認予定) により、難治例であっても治療が可能となり、患児の QOL は著しく向上した。今後、このような患児についてのリハビリテーションの方法論も大いに議論される必要があると思われる。

## 教育研修講演 3

### 「神経疾患に対する呼吸リハビリテーション」

東海大学医学部リハビリテーション科 花山 耕三

#### Paralytic condition における呼吸リハビリテーション

##### 1. Paralytic condition とは

肺障害は病態より大きく閉塞性と拘束性に分けられる。Paralytic condition とは拘束性障害のうち、原因が一時的には肺・胸郭にあるのではなく、呼吸運動にかかわる神経系から筋に至る経路にあるものである。すなわち、脳の呼吸中枢から始まり、脊髄、末梢神経、神経筋接合部、筋がその病変の主座となりうる。また、呼吸筋力低下が主要な問題である状態と考えれば、加齢、廃用、鎮静などもこの範疇に含まれると考えられる。

##### 2. Obstructive condition とのちがい

閉塞性障害が主である COPD における呼吸リハビリテーション（以下、リハ）の目的の大きな柱は ADL の維持、改善であり、運動療法をいかに行うかが重要である。これに対して呼吸筋力低下をきたす状態では、しばしば重度の四肢の運動障害を合併する。この場合、呼吸運動による生命の維持がまず優先され、ADL を含めて筋力が不十分な場合に外部に動力を求めることとなる。

##### 3. Paralytic condition における呼吸リハ

Paralytic condition における呼吸リハは非侵襲的人工換気（NPPV）、特に陽圧換気の導入、普及により発展し、患者の QOL も向上した。その最もよいモデルはデュシェンヌ型筋ジストロフィーとされている。その理由は、進行性であるが急激ではないこと、知的面、咽喉頭筋機能が比較的保たれることなどである。これらの条件が欠けるほど、そのケアおよびリハは難しくなってくる。たとえば、筋委縮性側索硬化症では進行が急激であり、早期より球麻痺を生じることよりその対応はより難しくなる。また高位頸髄損傷では、慢性期の管理は筋ジストロフィーに比べてそれほど難しくはないが、急性期には NPPV 導入は必ずしも容易でなくまた普及も進んでいない現状である。リハの目的は、胸郭・肺のコンプライアンスの維持、気道の清浄化、換気の正常化であるが、それには機器の使用を含めたさまざまな技術が必要である。

##### 4. 神経筋疾患・脊髄損傷の呼吸リハガイドライン策定に向けて

これらの疾患は一般の医療現場では希少な疾患であり、NPPV をはじめ一連の呼吸リハの普及が進まない現状がある。リハ学会では、麻痺性疾患の呼吸リハをどのように行うべきか一定の線を示し啓蒙するためガイドラインを作成する方針とし、策定委員会が設置された。本委員会は発足して間もないが、有用なガイドライン策定をめざして活動していく所存である。

## ◀ 協賛企業一覧 ▶

日本ウイール・チェアー株式会社

インターリハ株式会社

株式会社大仁商店

株式会社有菌製作所

財団法人鉄道弘済会

有限会社木村義肢工作研究所

医歯薬出版株式会社

有限会社湘南義肢研究所

エーザイ株式会社

株式会社医学書院

第一三共株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社

(順不同)