



日本リウマチリハビリテーション研究会  
第 35 回 学術集会 抄録集

輪・和・Wa  
～リウマチリハビリテーション・マジック～

会期：2020年11月22日（日）

会場：神戸国際会議場

神戸国際展示場 2号館

大会長 蓬萊谷 耕士

（社会医療法人仙養会 北摂総合病院）

【大会事務局】

社会医療法人仙養会 北摂総合病院 リハビリテーション科

〒569-8585 大阪府高槻市北柳川町 6-24

TEL：072-696-2121

E-mail：[35th.jarr.meeting.kobe@gmail.com](mailto:35th.jarr.meeting.kobe@gmail.com)

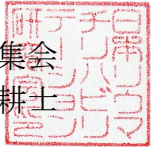
ホームページ URL：<https://www.35th-jarr.com>



2020年11月吉日

施設長 様

第35回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会  
大会長 蓬萊谷 耕士



## 学術集会出張のお願いについて

拝啓

晩秋の候、貴職におかれましては、ますますご清祥の事とお慶び申し上げます。

平素より当研究会の活動に格別のご理解とご協力を賜り、深く感謝申し上げます。

さて、この度、下記要領にて第35回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会を開催する運びとなりました。

つきましては、貴施設\_\_\_\_\_氏の学術集会参加に際し、格別のご高配を賜りますよう謹んでお願いを申し上げます。

敬具

記

会 期：2020年11月22日（日）

内 容：特別講演・シンポジウム・ミニレクチャー・一般演題など

会場等：神戸国際会議場・神戸国際展示場2号館とWeb配信

〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-9-1/神戸市中央区港島中町6-11-1

備 考：当研究会への参加は、併催の第4回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会への参加も兼ねております。

以上

## 第 35 回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会開催にあたって

大会長 蓬萊谷 耕士（社会医療法人仙養会 北摂総合病院）

このたび、第 35 回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会を 2020 年 11 月 22 日（日）に、神戸国際会議場ならびに神戸国際展示場 2 号館にて開催させていただきます。歴史ある本研究会の大会長を拝命いたしましたこと大変光栄に思います。

昨年のラグビーW 杯で、日本代表は「one team～for japan, all attitude～」をスローガンに各選手が自分の役割を確実に遂行し、史上初のベスト 8 という偉大な成績を成し遂げました。その活躍が自然災害で被災された方に勇気を与え、日本中が歓喜にあふれ、国民が笑顔になりました。

リウマチリハビリテーションにおいても、リハビリテーション関連職がリハビリテーションの本質であるチーム医療の「輪」を作り、各職種が「リウマチリハビリテーション・マジック（知識・技術・ユーモア）」を用いて、それぞれの役割を遂行することで、患者さんが「和み」、そして患者さんとその家族を含むチームがダブルピースの「Wa」となるようなリウマチリハビリテーション医療を提供したいものです。そこで、大会のテーマは、「輪・和・Wa～リウマチリハビリテーション・マジック～」といたしました。

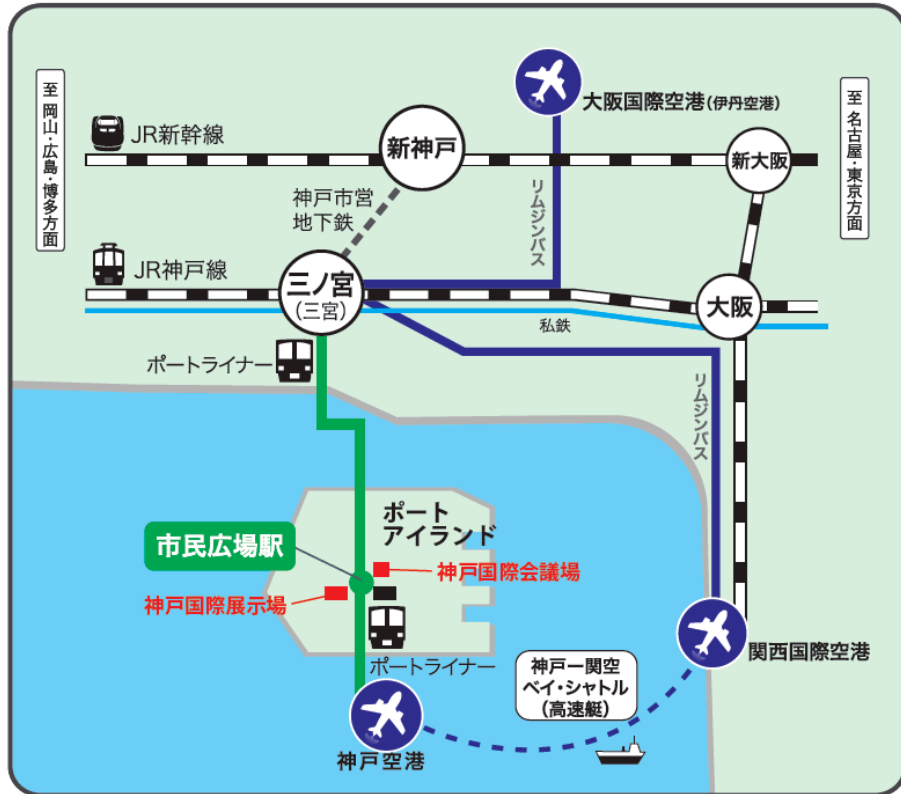
特別講演 1 では、菊池啓先生（堺咲花病院）に「笑いと関節リウマチ」をテーマにお話ししていただきます。笑うことが関節リウマチに与える影響と、医療者に求められる関わり方についてご講演いただきます。

特別講演 2 では、分身ロボット「OriHime」を開発された吉藤健太郎氏（オリィ研究所）にご登壇いただきます。吉藤氏は、テクノロジーを用いて多くの障がい者の社会参加を支援してこられました。ICT や IoT が普及した現在において、社会参加支援におけるテクノロジーの利用など、豊富なご経験をもとにご講演いただきます。

その他にも、4 名の先生にご登壇いただき、「社会参加支援の Pitfall とその対策」と題してシンポジウムを行います。社会参加支援をする上での落とし穴とその回避方法について議論できればと思っております。さらに、ミニレクチャーとして、患者さんを笑顔にするための患者教育のコツについて、池嶋香先生（淀川キリスト教病院）にご講演いただきます。薬物療法の発展した現在でも、患者さんを笑顔にできるリハビリテーション医学・医療について考える機会となればと思っております。

世界中で COVID-19 が蔓延しており、多くの学術集会が中止や開催手法の変更を余儀なくされています。本研究会は、現在の状況を鑑みまして、第 4 回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会と併催となりました。本研究会にご参加いただく皆様には、第 4 回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会へも参加していただけます。また、COVID-19 の影響で会場にお越しになれない皆様にも参加していただけるよう、会場と Web 配信によるハイブリッド型学術集会といたしました。ウィズコロナでも学術集会を満喫していただけるように鋭意準備を進めております。多くの皆様のご参加を心よりお待ちしております。

# 交通案内



飛行機で	神戸空港	タクシー ▶▶▶ 約8分	三宮駅	タクシー ▶▶▶ 約10分
	大阪国際空港 (伊丹空港)	リムジンバス ▶▶▶ 約40分	三宮駅	ポートライナー ▶▶▶ 約10分
	関西国際空港	リムジンバス ▶▶▶ 約70分	神戸空港	ポートライナー ▶▶▶ 約8分
		神戸空港	ポートライナー ▶▶▶ 約8分	
※「高速艇・ベイシャトル」の時間には、関西国際空港第1、2ターミナルと棧橋間の連絡バス、および神戸空港ターミナルと棧橋間の徒歩連絡時間を含みます。				
新幹線で	JR 新神戸駅	タクシー ▶▶▶ 約20分	三宮駅	タクシー ▶▶▶ 約10分
	JR 新大阪駅	市営地下鉄 ▶▶▶ 約2分	三宮駅	ポートライナー ▶▶▶ 約10分
		JR・私鉄 ▶▶▶ 約30~40分		

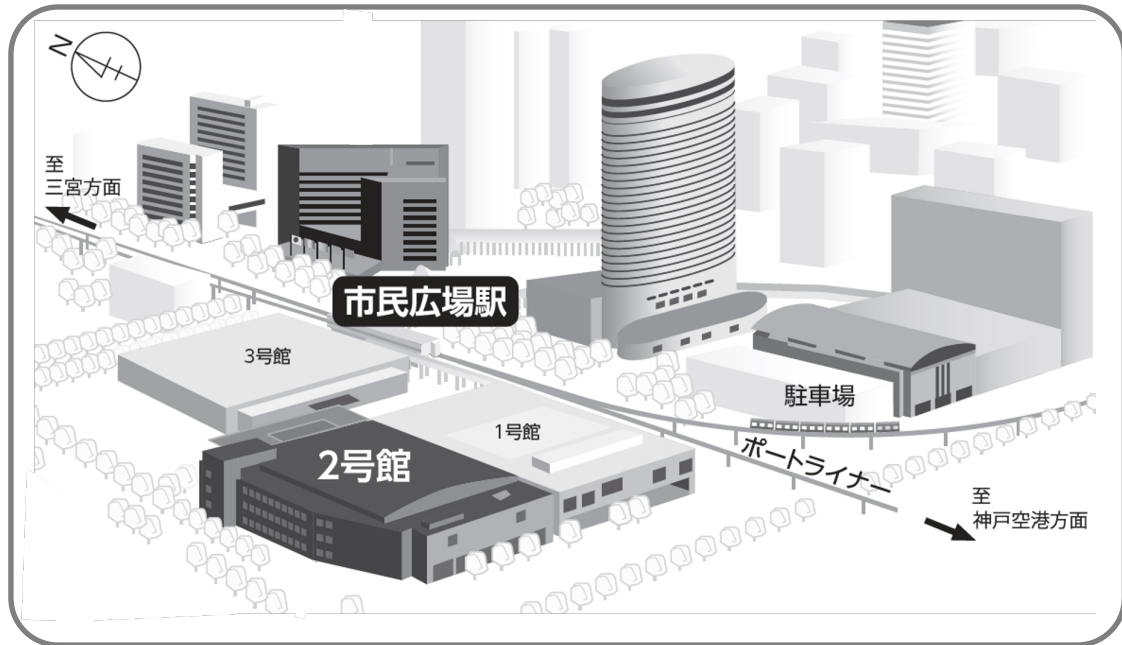
## ※ポートピアホテルバス

JR 新神戸駅、JR 三宮駅と神戸ポートピアホテルの間を、ポートピアホテルバス（無料）が運行しております(8:30~21:30の間、おおむね20分毎)。乗車定員を超えての乗車はできませんので、あらかじめご了承ください。ポートピアホテルバスの「のりば」「時刻表」の詳細は、[神戸ポートピアホテルのホームページ](#)にてご確認ください。

# 会場案内

## 神戸国際会議場・神戸国際展示場 2号館

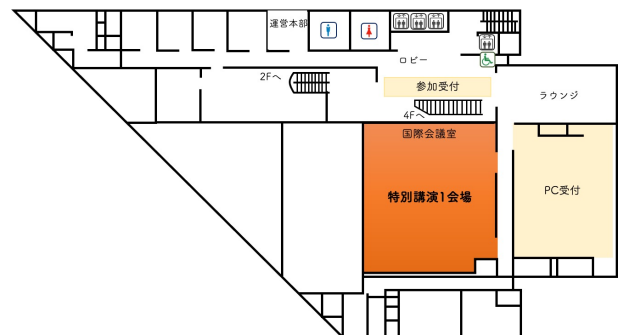
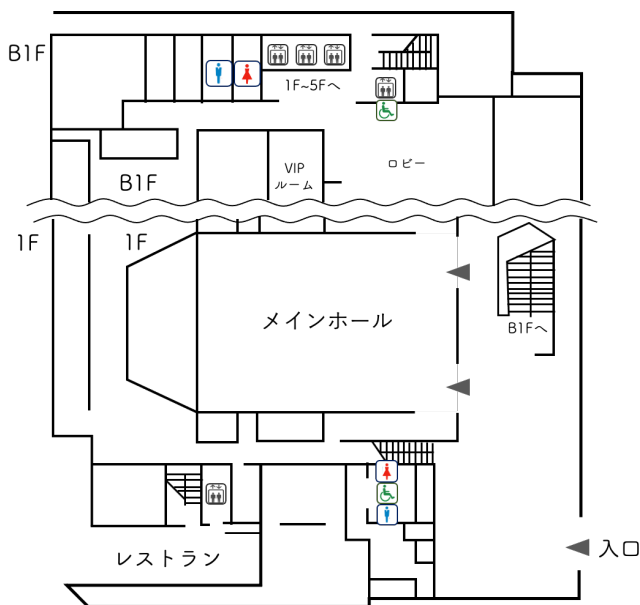
(神戸市中央区港島中町 6-9-1/神戸市中央区港島中町 6-11-1)



【神戸国際会議場フロアマップ】

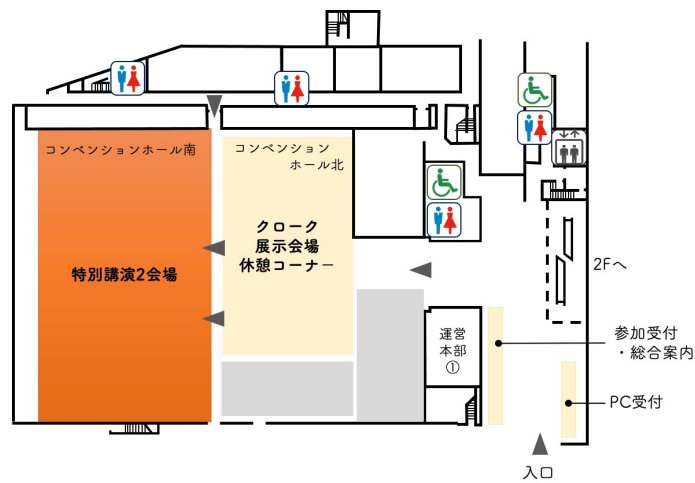
B1F・1F

3F





【神戸国際展示場 2号館フロアマップ (1F)】



※会場案内は、第35回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会の関係箇所のみ掲載しています。

※第4回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会の会場案内は、第4回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会プログラム集もしくは抄録アプリをご参照ください。

【プログラムと会場】

プログラム	会場
特別講演 1	神戸国際会議場 3階 国際会議室
特別講演 2	神戸国際展示場 2号館 1階 コンベンションホール南
開会式/会長講演 ミニレクチャー ビデオセッション シンポジウム 一般演題/閉会式	神戸国際会議場 4階 会議室 401・402

# 第35回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会 日程表

9:00	開会式
	<p>会長講演 「関節リウマチ患者支援の近未来をデザインする」 演者：蓬萊谷耕士 座長：谷村浩子</p>
10:00	<p>シンポジウム 「社会参加支援のPitfallとその対策」 座長：蓬萊谷耕士</p>
11:00	
12:00	<p>特別講演1 「笑いと関節リウマチ」 講師：菊池啓（堺咲花病院） 座長：松下功</p>
13:00	<p>「サーマルギプス®の臨床応用（ビデオセッション）」（東洋アルミニウム株式会社 共催）</p>
	<p>ミニレクチャー 患者の笑顔を引き出すために モチベーションを高めるには— 講師：池嶋香（淀川キリスト教病院） 座長：櫛田里恵</p>
14:00	
	<p>一般演題（5演題） 座長：中村めぐみ</p>
15:00	
16:00	<p>特別講演2 「分身ロボットOri-limeによる新たな働き方、社会とのつながり方」 講師：吉藤健太郎（オリイ研究所） 座長：佐浦隆一・蓬萊谷耕士</p>
16:30	
17:00	閉会式

（敬称略）

# 第35回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会 プログラム

**会長講演** 9:10~9:40

座長：谷村 浩子（京都医健専門学校 作業療法科）

「関節リウマチ患者支援の近未来をデザインする」

北摂総合病院 リハビリテーション科 蓬萊谷 耕士

**シンポジウム：社会参加支援のPitfallとその対策** 9:50 ~11:00

座長：蓬萊谷 耕士（北摂総合病院 リハビリテーション科）

S-1 「寛解時代に求められる社会参加への支援を再考する

～ライフステージと患者の要望を考慮した Better solutions of pitfall～

道後温泉病院 リハビリテーション科 島原 範芳

S-2 「社会参加支援と外来でのリハビリテーション診療」

丸の内病院 リハビリテーション部 田口 真哉

S-3 「高齢の関節リウマチ患者の施設利用や入居の現状と問題点」

京都大原記念病院グループ 医療連携室 土井 博文

S-4 「社会参加支援のためのPitfall～義肢装具士が学んだこと～」

何出（なんで）製作所 市川 俊介

**特別講演 1** 11:10 ~12:20

座長：松下 功（金沢医科大学 リハビリテーション医学科）

「笑いと関節リウマチ」

堺咲花病院 整形外科 菊池 啓

**東洋アルミニウム株式会社共催 ビデオセッション** 12:45 ~13:10

コーディネーター：谷村 浩子（京都医健専門学校 作業療法科）

蓬萊谷 耕士（北摂総合病院 リハビリテーション科）

「サーマルギプス（THERMAL GIPS®）の臨床応用」

**ミニレクチャー** 13:20 ~13:55

座長：櫛田 里恵（丸太町リハビリテーションクリニック）

「患者の笑顔を引き出すために –モチベーションを高めるには–」

淀川キリスト教病院 リハビリテーション課 池嶋 香



一般演題

14:05 ~ 15:00

座長：中村 めぐみ（森ノ宮医療大学 保健医療学部 作業療法学科）

- 1 当院外来通院後期高齢 RA 患者の通院手段と身体特性  
田窪リウマチ・整形外科 リハビリテーション室 阿部 敏彦
- 2 生物学的製剤導入による筋肉量と歩行の変化  
新潟県立リウマチセンター リハビリテーション科 水澤 園子
- 3 リウマチ手ボタン穴変形に対し創外固定器を使用した 1 症例  
南川整形外科 リハビリテーション部 大平 健二
- 4 関節リウマチ患者のマスク着用自助具の考案  
JA 静岡厚生連リハビリテーション中伊豆温泉病院 作業療法科 林 正春
- 5 両上肢ムチランス変形を呈した関節リウマチ患者における長柄ヘアブラシの作製  
JA 静岡厚生連リハビリテーション中伊豆温泉病院 作業療法科 二之宮 篤子

特別講演 2

15:10 ~ 16:40

座長：佐浦 隆一（大阪医科大学 総合医学講座 リハビリテーション医学教室）  
蓬萊谷 耕士（北摂総合病院 リハビリテーション科）

- 「分身ロボット OriHime による新たな働き方、社会とのつながり方」  
オリィ研究所 所長 吉藤 健太郎  
(敬称略)

## 【参加者の皆様】

### 1. 参加受付

- ・ 第35回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会への参加登録により、第4回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会には全日程、ご参加頂けます。
- ・ 原則、[オンライン参加登録](#)をお願いします。
- ・ 参加証明書・領収書は参加登録完了後にメールにて送付いたします。  
なお、本学術集会は第4回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会と併催となりますので、メールは第4回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会運営事務局より送付いたします。
- ・ ネームカードは当日会場にて発券いたします。
- ・ 当日、会場の端末でも参加登録も可能ですが、受付に時間がかかりますので、事前にオンライン参加登録をお済ませください。
- ・ 詳細は[第35回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会ホームページ](#)にてご確認ください。

ネームカード発券・当日登録：神戸国際展示場2号館 1階ロビー  
受付時間：7：30～14：00

### 2. 参加費

日本リハビリテーション医学会 会員区分	参加登録費
A. 正会員	20,000 円
B. 専門職会員	7,000 円
C. 非会員（医師）	21,000 円
D. 非会員（医師以外） 理学療法士 作業療法士 義肢装具士 社会福祉士 等	8,000 円

参加登録期間：～2020年11月22日（日）16：00まで

※上記の会員区分は、日本リハビリテーション医学会の会員区分です。

※通常、日本リウマチリハビリテーション研究会会員は、「D.非会員（医師以外）」に該当し、抄録集は非配付となりますが、第35回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会ホームページからお申し込みいただいた「D.非会員（医師以外）」には、第4回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会の抄録集（3,000円）を進呈いたします。

※また、当日は第4回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会抄録アプリを利用してご確認ください。

### 3. 会場内での注意

会場内での録音・録画は一切禁止いたします。

会場は敷地内全面禁煙です。喫煙される方は敷地外の指定された喫煙場所をご利用ください。

会場内は携帯電話での通話は禁止です。携帯電話の電源はお切りになるか、マナーモードに設定してください。

### 4. クローク

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。

お預けの荷物はその日のうちにお引き取りください。

場所：神戸国際展示場 2 号館 1 階 コンベンションホール北  
時間：11 月 22 日 7:30~17:30

### 5. 年会費の納付・新入会の申し込み

会場（神戸国際会議場 4 階 会議室 401・402）前の事務局ブースにて、年会費の納入、新入会申し込みを受けつけます。

新入会ご希望の方は、事務局ブースに備え付けの入会申請書に必要事項をご記入の上、入会金 3,000 円（年会費なし）をお支払いください。

### 6. 無線 LAN

国際会議場ならびに神戸国際展示場 2 号館にて無線 LAN をご利用いただけます。SSID およびパスワードは会場内に掲示いたします。

### 7. インターネットでの参加

- ① 参加登録後に第 4 回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会運営事務局より送付されるログイン情報（ID とパスワード）を用いて[第 4 回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会ホームページ](#)よりログインしてください。
- ② ログイン後、日程表により第 35 回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会のコンテンツを選択し、視聴してください。
- ③ インターネットでの質疑は、システム上のオープンチャット機能を用いて行います。質問のある方は、チャットにて入力してください。質問が多い場合、質問の採択は座長に一任いたしますので、あらかじめご了承ください。

## 【演者の皆様へ】

### 1. 発表

- ・ 発表開始 10 分前までに、会場内最前列の次演者席にご着席ください。
- ・ 舞台上にはモニター、キーパッド、マウス、卓上タイマーがあります。お預かりしたデータの 1 枚目のスライドをオペレーターが投影しますので、2 枚目からはご自身で送り・戻しの操作をお願いいたします。
- ・ 発表時間が 20 分以内の場合では、発表時間の終了 1 分前に黄ランプ、終了時には赤ランプでお知らせいたします。
- ・ インターネットを通しての発表方法は、別途、個別にご連絡いたします。
- ・ 討論時間は、座長の指示に従ってください。
- ・ 発表時間は厳守してください。

### 2. 発表データの受付

- ・ 発表セッションの 60 分前までに、PC 受付で発表するスライドデータをご提出ください。スライドデータは、USB もしくは CD-R でご持参ください。
- ・ データは、会場PCへのウイルス感染などを防ぐため、必ずウイルス定義データを最新のものに更新した状態のセキュリティソフトでチェックを済ませてご持参ください。また、バックアップデータも必ずご持参ください。
- ・ CD-Rにデータをコピーするときは、ファイナライズ（セッションのクローズ作業）を必ず行ってください。この作業が行われていないと、作成したPC 以外では、データを開くことができませんのでご注意ください。
- ・ ファイル名は、「演題番号\_演者名」としてください。
- ・ 本学術集会で使用可能なデータ形式は、「4. 発表データの作成要領」をご参照ください。
- ・ お預かりしたデータは、会期終了後に事務局ですべて消去いたします。

PC 受付：（場所）神戸国際会議場 3F レセプションホール  
神戸国際展示場 2 号館 1F ロビー

（時間）11月20日（金） 11：30～17：30

11月21日（土） 7：30～16：45

11月22日（日） 7：30～14：00

※発表を行う場所以外のPC受付でもPCデータの受付は可能です。

### 3. 発表時間

- ・ 一般演題：発表 7 分、質疑応答 3 分の計 10 分
- ・ シンポジウム：各発表 10 分、討論 30 分
- ・ 発表時間を厳守していただき、円滑な進行へのご協力をお願いいたします。
- ・ なお、発表時間が 1 分以上超過した場合は発表途中で座長からお声をかけさせていただく場合がございますのでご注意ください。

#### 4. 発表データの作成要領

- ・ 発表スライドは全てワイドスクリーン（16：9）となりますので、16：9での発表データのご準備をお願いします。
- ・ 本学会で使用可能なデータ形式は以下の通りです。  
OS：Windows 10  
アプリケーション：Power Point 2010・2013・2016
- ・ レイアウトの乱れや文字化けを防ぐために OS 標準フォント（MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝、Arial、Century、TimesNewRoman）で作成してください。
- ・ 出力解像度は、フルHD（1920×1080）です。このサイズより大きい場合、スライド周辺が切れてしまいますので、画面の設定をフルHDに合わせたうえで、レイアウトの確認をしてください。また、小さい場合は画質の劣化につながりますので、ご注意ください。
- ・ Macintoshをご使用の方は不具合を避けるため、ご自身のPC本体をお持込みください。また、プレゼンテーションに動画を含む場合も、ご自身のPCをご持参いただくことをお勧めします。
- ・ 動画を含む場合は、所定の動画フォルダに動画データが格納されていることをご確認ください。また、他のPCでの動作確認も事前に行ってください。Windowsの場合、Windows10及びWindows Media Player12の初期状態に含まれるコーデックで再生できる動画データをお持ちください。（動画ファイルはWMV形式を推奨します。）
- ・ 会場 PC へのウイルス感染などを防ぐため、必ずウイルス定義データを最新のものに更新した状態のセキュリティソフトで、事前に提出される USB もしくは CD-R のウイルスチェックを行ってください。

#### 5. PC 本体をお持込みの方へ

- ・ 外部モニター端子をご確認のうえ、コネクタを必要とする場合は必ずご持参ください。特にMacintoshや薄型PCなどの一部機器では出力端子の規格が異なる場合があります。
- ・ 外部モニターに正しく出力されるか、あらかじめご確認ください。
- ・ 電源アダプター、バックアップデータ（CD-RまたはUSBメモリ）は必ずご持参ください。
- ・ スクリーンセーバーや省電力機能、パスワード設定などの発表の妨げになるツールは事前に解除しておいてください。
- ・ データは最新のウイルス駆除ソフトを用いてウイルスチェックを行ってください。
- ・ PC受付で試写後、発表セッションの開始20分前までに、演者ご自身でPCを発表会場内のPCオペレーター席へお持ちください。また、発表後は忘れずにPCオペレーター席でPCをお受け取りください。
- ・ 映像出力はミラーリング形式のため、発表者ツールは使用できません。

#### 6. 研究会誌への投稿について

- ・ 本抄録 14 ページの「投稿規定」をご参照の上、研究会誌投稿用の原稿をご準備ください。
- ・ 研究会事務局受付（神戸国際会議場 4 階 会議室 401・402）にてご提出ください。
- ・ 後日の提出を希望される場合は、郵送もしくは電子メールにてご提出ください。郵送の場合、CD-R 等の電子的ファイルと印刷原稿 1 部を下記までお送りください。電子メールに

添付される場合は、件名に「日本リウマチリハビリテーション研究会誌提出」と記載してください。

**【研究会誌投稿用原稿送付先】**

〒569-8585 大阪府高槻市北柳川町 6-24

社会医療法人仙養会 北摂総合病院 リハビリテーション科 蓬萊谷耕士

E-mail : koji.horaiya@jhts.or.jp

**【座長の皆様へ】**

- 担当セッション開始予定の10分前までに会場内の次座長席にご着席ください。
- 進行は時間厳守でお願いします。

**【質問をされる皆様へ】**

- 会場での質問者は、マイクの前にあらかじめ並んで待機してください。
- 発言は、座長の許可を得て、所属と氏名を述べてから簡潔にお願いいたします。
- インターネット配信での質問は、システム上のオープンチャット機能を用いて質問を入力してください。なお、質問が多い場合、質問の採択は座長に一任いたしますので、あらかじめご了承ください。
- スムーズな進行にご協力ください。

**【正会員の皆様へ】**

当日、研究会事務局受付（神戸国際会議場 4 階 会議室 401・402）にて、未納の年会費および次年度の年会費の納入を承ります。

**【非会員の皆様へのお願い】**

第35回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会にご参加いただき、誠にありがとうございます。本学術集会への参加を機に、是非、本研究会へのご入会をご検討ください。

入会を希望される方は、研究会事務局受付（神戸国際会議場 4 階 会議室 401・402）までお越しください。新入会の場合は参加費とは別に年会費 3,000 円が必要になります。

## 日本リウマチリハビリテーション研究会誌 「投稿規定」

### 1. 原稿の募集

- 1) 記念講演・特別講演を除き、投稿者は本研究会会員に限ります。非会員の方は、投稿者名から削除する場合があります。
- 2) 原稿・図・表は Microsoft Word、PowerPoint、Excel を使用し、CD-R 等の電子ファイルと印刷原稿 1 部をお送りください。
- 3) 印刷原稿には、図・表の挿入箇所を朱書にてご指示いただくか、ワード原稿本文中に直接貼り付けしてください。

### 2. 執筆要項

- 1) 書式：A4 サイズにて、1 行 44 文字、1 ページ 38 行で作成してください。余白は、上下左右 20 mm としてください。原稿枚数は一般演題とシンポジウム等は A4 サイズ 6 枚以内、記念講演・特別講演等は A4 サイズ 10 枚以内にてお願いします。句読点は、「、」「。」で統一してください。図・表・写真は原稿枚数に含まれます。1 枚あたりの頁換算の指定はしませんが、誌面における図・表等の大きさを考慮のうえ作成してください。なお、図・表・写真等でカラー印刷が必要な場合は別途料金（3 万円程度）を請求させていただきます。
- 2) 体裁：第 1 頁目は 1 行目にタイトル、3 行目に所属名、4～6 行目に執筆者名を MS ゴシックにてご記入ください。

本文は以下に従い作成ください。

- ① 第 1 項目目の本文は 8 行目よりお書きください。
- ② 原稿は横書きで新かなづかいで平易に書き、学術用語は現在慣用のもの、数字は算用数字を用いてください。外来語はカタカナを、人名は原語を用いてください。
- ③ 図表は、鮮明なものを PowerPoint もしくは Word、Excel に別途添付し、表題・番号は表上部に、図題・番号は図下部に書いてください。図表のタイトルを含めて図形化するのをお控えください。
- ④ 単位は CGS 単位とし m、cm、cm<sup>2</sup>、Å、ml、dl、kg、mg、msec、秒、分、時等を用いてください。

### 3) 文献

- ① 文中の引用箇所には肩番号（右肩に <sup>1)</sup> <sup>2)</sup> <sup>3)</sup>）を付してください。
- ② 文献の書き方
  - a. [雑誌] 著者名：表題、誌名、巻：始頁-終頁、発行年。
  - b. [単行本] 著者名：表題、書名（編集者）、始頁-終頁、発行地、発行所、発行年。
- ③ 共著者が多数の場合は 3 名まで連記し（姓を先に）、後は“他”、“et al”を付します。
- ④ 発行所が複数の場合、最初の発行地または本社のある所を採ります。
- ⑤ 外国雑誌の略称は Index Medicus によりお書きください。

### 3. 査読

査読は世話人が行い、代表世話人が論文受理の可否を決定します。

### 4. 校正

著者校正は必要な場合に行います。

## 第 35 回日本リウマチリハビリテーション研究会

### 学術集会会場での感染防止対策について

11月22日（日）、神戸国際会議場および神戸国際展示場2号館にて第35回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会を現地開催するにあたり、下記の感染対策を実施いたします。

学術集会会場でのご参加を予定されている参加者・演者・座長の皆様におかれましては、下記対策をご確認いただきますとともに、安全・安心な学術集会の開催成功に向け、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

1. 神戸国際会議場・国際展示場「新型コロナウイルス感染症拡大防止に向けたお願い」ならびに併催学会「第4回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会」の感染拡大防止対策に準じた運営
2. 事前参加登録による、参加人数・参加予定者情報の把握、参加者数のコントロール
3. 会場での入室管理による、講演会場入室人数のコントロール
4. 講演会場席数の削減（3密の回避）
5. 講演会場の入室口と退室口の分離による、すれ違い頻度の低減
6. 参加証自動発券機導入による、対面受付頻度の低減
7. シンポジウム討論時、講演者間アクリルパネル設置（ないし物理的距離の確保）による飛沫感染防止
8. 会場入り口におけるサーマルカメラによる、来場者体温確認（既定の体温以上が検知された場合、再検温の上、ご帰宅いただく場合がございます。）
9. 参加者、協賛企業関係者・スタッフへの日次検温のお願い、運営スタッフの日次検温の実施
10. 参加者へのマスク着用のお願い、スタッフ・関係者のマスク着用の厳守
11. トイレ等共用施設の定時消毒
12. 会場各所に手指消毒剤の設置
13. 講演会場の換気徹底
14. 懇親会、交流会等の中止

※今後、感染状況等に変化が見られ、新型コロナウイルス感染症における神戸市ならびに神戸国際会議場・国際展示場の対応方針が変更された場合は、施設の利用の可否や利用人数の制限、その他の項目についても変更することがあります。



会 長 講 演

## 関節リウマチ患者支援の近未来をデザインする

蓬萊谷 耕士

社会医療法人仙養会 北摂総合病院 リハビリテーション科

2010年に目標達成に向けた治療（treat to target：T2T）が提唱されて10年が経過した。今更ではあるが、T2Tの基本的な考え方に記載されている目標は、「症状のコントロール、関節破壊などの構造的変化の抑制、身体機能の正常化、社会活動への参加を通じて、患者の長期的QOLを最大限まで改善すること」である。本学術集会では、この「社会参加を通じて、長期的QOLを最大限まで改善すること」に焦点をあてたいと思う。

2015年リウマチ白書では、今したいことは、多い方から「旅行」「外出」「自分のことは自分でしたい」である。一方、不安なことは、「病気の悪化・進行」、「日常生活動作の低下」、「薬の副作用や合併症」、「老後の不安」などである。リハビリテーション医療では、できる限りの不安を取り除き、長期的に自分がしたいことができるように支援していくことが大切である。

不安を取り除くためには、関節リウマチ患者の心理的側面に着目する必要がある。小嶋（2014）は関節リウマチ（RA）患者のQOLは身体症状と心理的要因が複雑に絡み合っており、両者の影響を考えなければQOLに真の向上は望めないと述べている。安田ら（2011）も、精神的健康に影響する重要な要因として、「手指機能、周囲の支援、痛み、仕事への参加、ライフストレス」を掲げており、心身機能へのアプローチの必要性が示唆される。また、島原ら（2018）は、良好な疾患活動性が維持され、痛みも弱くHAQも維持されているRA患者の中にも強い無力感に苛まれている患者が存在し、心理的側面の評価の重要性を報告している。心理的側面へのアプローチとして、Sharpe（2016）は認知行動療法が効果的としており、早期からのアプローチの必要性を報告している。そして、その方法としてインターネットなどを利用したアプローチも述べている。

「自分がしたいことを長期的にできるように支援する」には、3つの寛解の達成を目指すことが重要である。身体機能の維持・改善に効果のあるSARAHや筋力増強訓練によるマイオカインの効果（中崎：2019）などが報告されている。また、活動と参加の制約にも、従来から自助具の作製や補装具、生活指導が有用な支援ツールとして重宝されている。

近年、IoT（Internet of Things）やICT（Information and Communication Technology）が進歩し、関節リウマチ体調チェックツール、リウマチダイアリー、リウマジョイなどRAの体調や病勢をモニタリングするためのアプリも開発されてきている。次は、患者の不安を解消するためのリウマチリハビリテーションの支援アプリの開発が期待される。また、3Dプリンター技術も進化し、テーラードの自助具や装具の作製も容易になるのではないだろうか。自助具などのデータさえあれば、破損しても患者自身で再作製でき、長期に使用が可能となる。

今年に入り世界的に流行しているCOVID-19により、テレワークも一般化した。これはRA患者を含む障がい者にとっては修学・就労や社会参加の可能性が飛躍的に広がったといえる。

会長講演では、これからの社会参加支援について私なりの見解を述べたいと思う。

特 別 講 演

## 笑いと関節リウマチ

菊池 啓

堺咲花病院 整形外科

2015年6-7月近畿大学医学部堺病院整形外科外来通院患者の中で承諾の得られた396名に笑いのアンケート調査を行った。

笑いの10項目で調査し、各項目に関し、性別、年齢別、疾患別（関節リウマチと慢性疼痛を比較）、地域性（淡路島関連病院で関節リウマチ患者に対し同じ調査を実施）に差異がないかを比較検討した。

結果では、対象患者は関節疾患が多く、笑っていた時期は20-50代、最近、大声で笑ったのは数日以内、おかしい時に笑い、会話で笑い、笑いが似合う有名人は明石家さんま、社会と家庭に笑いが必要、主治医にくすぐられたら笑い、このアンケートでほほ笑む、が各項目の多数であった。

そこで、各項目を個々に分析すると、年齢や性別よりも関節リウマチでは社会と家庭に笑いが必要と答える患者が多いのに対し、慢性疼痛患者では笑いが少なく、医療では受付に笑いが必要との結果が多かった。そして、医師のみならず医療スタッフは患者も取り込んで、笑いを取り入れた治療をすることがすべての患者に対し有用であろうとの結果を得た（臨床リウマチ、28：271-278,2016）。

発表の日（11月22日、良い夫婦の日）に笑いで参加者皆様の免疫能が高まることを期待しています。

---

### 【講師 略歴】

- 1980年 近畿大学医学部卒業
- 1987年 近畿大学大学院（生理学）卒業
- 1987年 近畿大学医学部整形外科助手
- 1990年 同 講師
- 1999年 近畿大学医学部堺病院助教授
- 2004年 同 教授
- 2016年 同 病院長
- 2018年 堺咲花病院 病院長

## 特別講演 2

### 分身ロボットOriHimeによる新たな働き方、社会とのつながり方

吉藤 健太郎  
オリィ研究所 所長

#### 【プロフィール】

高校時代に電動車椅子の新機構の発明に関わり、2004年の高校生科学技術チャレンジ（JSEC）で文部科学大臣賞を受賞した。2005年、インテル国際学生科学技術フェア（ISEF）（アメリカ開催）に日本代表として出場し、グランドアワード3位に輝く。自身の不登校の経験をもとに、孤独解消を目的とした分身コミュニケーションロボット「OriHime」を開発し、この功績から2012年に「人間力大賞」を受賞した。同年、開発したロボットを多くの人に提供すべく、株式会社オリィ研究所を設立した。自身の体験から「ベッドの上にながら、会いたい人と会い、社会に参加できる未来の実現」を理念に、開発を進めているロボットコミュニケーターである。

AERA「日本を突破する100人」やフォーブス誌が選ぶアジアを代表する青年30人「30 Under 30 2016 ASIA」にも選出され、2018年デジタルハリウッド大学大学院の特任教授に就任している。

#### 【講演にあたって】

吉藤氏は、書籍の中で『人は高齢化や病気、怪我などで、いままで「できた」ことができなくなっていくとき、絶望にも近い悲しみや将来への不安を覚える。しかし「できない」と思っていたことが「できる」に変わった瞬間、未来に対して希望を持つことができる。』（書籍：サイボーグ時代）と述べている。

このような理念のもと、分身ロボット OriHime や眼球運動だけで PC のカーソルを動かし、文字入力ができる装置 OriHime eye+switch、自立走行が可能で、物を運ぶ事ができる OriHime-D などを開発してきた。これらのツールにより、身体が動かなくても自分の意思に基づき行動する機会を作り、テクノロジーによって多くの障がい者の社会参加支援に取り組んできた。そして、その社会参加支援の一つとして、現在のコロナ禍では一般的になりつつあるテレワークの概念をいち早く取り入れ、重度身体障がい者の就労も数多く実現し、利用者に多くの希望と喜びを与えている。吉藤氏の利用者の立場に立った研究・開発はゴールがなく、常にアップデートされている。

講演では、これまでの開発経緯と想い、リハビリテーション医学・医療におけるテクノロジーとの融合など、豊富な経験に基づく話が聴講できることを期待している。

（文責：蓬萊谷 耕士）

#### 【書籍】

- 吉藤健太郎：「孤独」は消せる。サンマーク出版、2017
- 吉藤オリィ：サイボーグ時代 ～リアルとネットが融合する世界でやりたいことを実現する人生の戦略～。きずな出版、2019

≡ ニ レ ク チ ャ ー

## 患者の笑顔を引き出すために ―モチベーションを高めるには―

池嶋 香

淀川キリスト教病院 リハビリテーション課

身体の不調があるときや嫌いなことをするときには憂うつな気分になる。そして、嬉しいときや希望に満ちているときは意欲的になる。これらの心の状態は、脳内で分泌されるホルモンをはじめとする生理的な反応によって日々大きな影響を受けている。

たとえば、何もやる気が起こらないときでも、ちょっとしたきっかけでやる気になることがあり、このとき脳内では線条体が活性化しているという。線条体は運動機能や意思決定に関わる部位である。この「ちょっとしたきっかけ」を自分でコントロールできれば、やる気スイッチなるものをオンにすることが自在にできそうである。自分の感情をコントロールすることは簡単ではないが、脳機能の観点から「効果あり」と報告されているさまざまな方法を試し、患者さんも医療者もモチベーションを高める「ワザ」を習得したいものである。

関節リウマチの痛みや筋力低下によって動作の不便を感じている患者さんは、沈んだ気分になり易く、不安を抱えていることも多い。そのようなときは医療者の言葉かけや傾聴によって希望が与えられる可能性がある。ただし、効果的な言葉のかけ方は難しく、傾聴にも「ワザ」が必要であることがわかる。コミュニケーションの「ワザ」として、コーチングのスキルを活用するのも有効である。「フィードバック」や「ティーチング」が医療者主導で行われるのに対し、コーチングは対話によって患者さんを勇気づけ、気づきを引き出し、患者さんの自発的な行動を後押しするものである。関節リウマチの上肢のトレーニングである SARAH エクササイズも日々の日記やパーソナルエクササイズガイドをセラピストとともに完成させることによって気づきや自発的な行動を促し目標達成に導いている。それが、ランダム化比較試験において、開始後 12 ヶ月時点での継続率 60%を示すことができた所以であろう。

脳機能の観点から報告されている「ワザ」やコミュニケーションの「ワザ」によって、患者さんが意欲的に行動できるようになれば、笑顔を引き出せることにつながり、それは医療者側にも笑顔をもたらしてくれるのである。

---

### 【講師 略歴】

1988 年 京都精華大学 美術学部造形学科 卒業

1989 年 京都芸術高等学校 美術科教員

2001 年 国立療養所犀潟病院附属リハビリテーション学院 作業療法学科 卒業

2001 年 淀川キリスト教病院 リハビリテーション課 作業療法士

シ ン ポ ジ ウ ム



## 寛解時代に求められる社会参加への支援を再考する

## ～ライフステージと患者の要望を考慮した Better solutions of pitfall～

○島原 範芳<sup>1)</sup> 中野 正規<sup>1)</sup> 内山 裕貴<sup>1)</sup> 上甲 雄太郎<sup>1)</sup> 上田 有輝<sup>1)</sup> 清家 瑠真<sup>1)</sup>  
 佐藤 信治<sup>1)</sup> 赤松 和紀<sup>1)</sup> 祖川 稔史<sup>1)</sup> 菱川 法和<sup>2)</sup> 中村 めぐみ<sup>3)</sup> 平和 晃<sup>4)</sup>  
 田中 由紀<sup>5)</sup> 澤田 直哉<sup>6)</sup> 奥田 恭章<sup>6)</sup> 大西 誠<sup>6)</sup> 遠山 将吾<sup>7)</sup> 佐浦 隆一<sup>8)</sup>

- 1) 道後温泉病院 リウマチセンター リハビリテーション科
- 2) 京都府立医科大学大学院 リハビリテーション医学
- 3) 森ノ宮医療大学 保健医療学部 作業療法学科
- 4) 白浜はまゆう病院 南紀白浜温泉リハビリテーションセンター
- 5) 道後温泉病院 看護部
- 6) 道後温泉病院 リウマチセンター 内科
- 7) 京都府立医科大学 集学的身体活動賦活法開発講座
- 8) 大阪医科大学 総合医学講座 リハビリテーション医学教室

関節リウマチ（RA）の治療戦略の変遷は目覚ましいものがあるが、寛解、低疾患活動性が達成できるようになったからこそその課題もある。それは誤用や過用を予防しつつ、ライフステージで患者さんが望む生活様式や社会活動を獲得、維持することである。患者さんの日常生活機能の維持を軸に、生活期であれば就労や育児、育児、老年期にかけては余暇活動だけでなく、同居者の介護負担軽減などリハビリテーション医療への要望と果たすべき役割は拡大している。

基礎療法、薬物療法、手術療法、リハビリテーション治療の4本柱からなるRA診療の効果を患者さんの望む地域社会活動に繋げる方策と、それらを維持するための地域包括RAケアシステムの構築及び実用的な運用が急務である。

生活支援の実践では、関節保護やエネルギー保存を優先し日常生活活動をセーブするだけでなく、日常生活関連活動（APDL）、社会活動も含め、如何に活動を許容範囲内で、拡大できるかといった点を考慮し、対応する必要がある。そして多職種の職能を最大限に活かせるように連携し、リハビリテーション医療に期待される治療効果と患者さんの要望をすり合わせ、最良の着地点を模索することが重要である。

本シンポジウムでは、就労時の足関節の痛みを訴える生活期の女性RA患者さんに対して関節を保護するだけでなく、就労時の外観や長時間装着を考慮して、軟性ポリエチレンを用いて装具を作製した1例や、人工膝関節置換術と生物学的製剤導入後の高齢RA患者さんが自宅退院後に介護の必要な夫との生活再構築のためにAPDLを含めた活動コントロールのほか、家屋訪問調査や介護保険サービスの利用準備などを行った事例を報告し、参加者とともに社会参加のための支援について討論したい。

寛解時代に求められる社会参加への支援には誤用や過用といった落とし穴を回避し、患者さんの望む最良の着地点を獲得することが重要である。さらにその支援には患者さんの質の良い生活を拡大していくための「活動を育む」という視点を忘れてはならない。

## 社会参加支援と外来でのリハビリテーション診療

- 田口 真哉<sup>1)</sup> 高山 絢夫<sup>1)</sup> 山崎 奈津子<sup>1)</sup> 吉岡 洋樹<sup>1)</sup> 牛丸 憲史<sup>1)</sup>  
 小林 梨恵<sup>1)</sup> 両角 裕貴<sup>1)</sup> 田中 なつこ<sup>1)</sup> 藤井 里咲子<sup>1)</sup> 芳川 茉莉子<sup>1)</sup>  
 上野 剛汰<sup>2)</sup> 青木 栞李<sup>2)</sup> 山崎 秀<sup>3)</sup> 高梨 哲生<sup>3)</sup> 佐浦 隆一<sup>4)</sup>  
 1) 社会医療法人 抱生会 丸の内病院 リハビリテーション部 作業療法部門  
 2) 社会医療法人 抱生会 丸の内病院 リハビリテーション部 理学療法部門  
 3) 社会医療法人 抱生会 丸の内病院 リウマチ膠原病センター  
 4) 大阪医科大学 総合医学講座 リハビリテーション医学教室

リハビリテーション医学分野における社会参加の意味とは、疾患ごとに意味が異なり、そして多様である。システムティックレビューでは、「仕事、家庭での活動、余暇活動ができる」、「家庭、社会における役割を持てる」などが、社会参加の定義である。

関節リウマチ診療において、薬物治療の劇的な進歩により、家庭での活動から仕事、余暇活動などへと社会参加の幅にも広がりを見せた。これまでは、外科的な治療などの入院機会というものが1つの社会参加支援の中心となっていた。しかし、関節リウマチ治療の進歩によって、地域で生活をする患者さんへの社会参加支援の重要性も高まっている。その支援の場の1つに、外来でのリハビリテーション診療が挙げられる。

地域での生活、仕事、余暇活動など、入院では支援できなかったこと、しきれなかったことが、外来でのリハビリテーション診療では可能となる。しかし、入院時とは異なり、地域で生活を送る患者さんへの社会参加支援では、何を目的として支援するべきか、治療者と患者間での目的を共有し、掲げることが非常に難しい。それは、限られた外来でのリハビリテーション診療時間や治療の中で、患者さんの病歴や背景を聴取し、関係性を築き、治療者と患者間で共有した情報から社会参加支援の目的や目標を設定する必要があるからである。そのような状況の中で、外来でのリハビリテーション診療で社会参加を支援していく上で、大切なことは、「作業療法士として何をすべきか」ではなく、多くの選択肢の中から「作業療法士として何ができるのか」を考えることである。当院の外来でのリハビリテーション診療では、目的や目標の設定のきっかけとして関節リウマチ患者さんの手のリハビリテーション診療に特化し、支援を行っている。手がきっかけとなり、今ある社会参加の維持、そして、それが新しいことへの挑戦への窓口になるということを筆者らは関節リウマチ診療に携わりながら常々感じている。

そこで、これまでのリウマチ治療の経験をもとに本シンポジウムでは、作業療法士による外来でのリハビリテーション診療における社会参加支援について話を進めていきたい。

## 高齢の関節リウマチ患者の施設利用や入居の現状と問題点

○土井 博文<sup>1)</sup> 佐浦 隆一<sup>2)</sup>

1) 京都大原記念病院グループ 医療連携室

2) 大阪医科大学 総合医学講座 リハビリテーション医学教室

日本における社会保障施策にとって、直前に迫る 2025 年問題は重要な課題である。

2025 年問題とは、第一次ベビーブーム（1947 年～1949 年）の時に生まれた、いわゆる“団塊の世代”が後期高齢者（75 歳）の年齢に達し、医療や介護などの社会保障費の急増が懸念される問題を指す。近年、低い出生率も影響し、第二次ベビーブーム（1971 年～1974 年）に生まれた、いわゆる“団塊ジュニアの世代”が高齢者の支え手になったとしても、2025 年問題は、社会保障の構造的課題となっている。そこで、国は、この 2025 年問題を念頭に「地域包括ケアシステムの構築」による包括的支援体制とネットワークづくり、「公費負担の見直しと公平化」、「介護人材の確保」のための施策を進めている。

2000 年 4 月に始まった介護保険制度は、家事などの生活活動の支援サービスによる関節保護と社会参加のため、第 2 号被保険者にも該当する関節リウマチ（以下、RA）の患者さんに広く活用されていた。しかし、2006 年 4 月の介護保険改定で導入された「介護予防」によって RA 患者さんの生活支援による障害予防は転換点を迎えた。介護予防は、一般的な疾患や加齢変化によって要介護状態とならないよう、健康増進を目的に運動や活動支援によって健康な状態を保つことを目的としている。

RA では仕事や家事など社会的役割を發揮している患者さんが多く、RA 患者さんにとって重要な障害予防、すなわち、訪問介護による関節保護のための家事代行が難しくなった。このため、RA 患者さんが求める「障害予防」と使えない「介護予防」のミスマッチが存在し、RA 患者さんの介護保険制度の活用はそれほど多くない。

2003 年の生物学的製剤の登場により、RA は専門医療チームによって緩解から治癒を目指せる疾患となったが、RA 専門チーム以外の支援者にとって、「よくある既知の疾患」から「あまり経験のない疾患」へと変化し、これらのことは 2011 年介護保険改定時に提唱された「地域包括ケアシステム」の中での RA 患者さんの立ち位置にも影を落としている。これは生物学的製剤による治療のパラダイムシフトの裏側で起こった、もう一つの深刻な療養生活でのパラダイムシフトである。

生物学的製剤による生命予後の改善は RA 患者さんの高齢化をもたらした。また、単純に平均余命の延伸により高齢発症 RA 患者さんが増加した。その結果、RA 以外の疾患を発症して複合的な管理を要する患者さんや脳血管障害など他の障害を重複する患者の増加がもたらされた。脳卒中やフレイルなどの障害や疾患を持つ高齢者と同様に、RA 患者さんが単身または高齢世帯、老々/認認介護などの在宅生活の困難さのため、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームなどの住宅型施設、老健施設や特別養護老人ホームへの施設入所を希望しても、薬価や疾患の管理を理由に断られることも少なくなく、療養生活や QOL 維持のために RA そのものの治療方針の変更（機能をとるか？介護をとるか？という究極の選択）が求められる時代を迎えている。本日は、RA 患者さんと在宅および各種施設間に存在する現実と抱える問題点を示し、解決の糸口が見つけられればと願っている。

## 社会参加支援のための Pitfall～義肢装具士が学んだこと～

○市川 俊介

合同会社何出（なんで）製作所

決して多くはない職種人口であるからこそ、それぞれの義肢装具士が臨床で学んだ経験を学術集会などで発信をして共有することで「患者さん」への恩恵が増大することは疑いのないことです。

今回のテーマ「社会参加支援のための Pitfall」において、義肢装具士が扱う「生体とのインターフェイス」である補装具、なかでも装具を主として、浅学な演者が犯した失敗や学んだ知識を報告し、本研究会会員の皆様へのメッセージにさせていただきたいと考えます。

シンポジウムでは、

- ・ 作製目的の確認（代替方法の提案と確認、既製品の使用履歴を確認）
- ・ 装具設計の確認（骨・関節アライメントを保持するか、矯正するか）
- ・ 材料選択の確認（軟らかい材料にするか、硬い材料にするか）
- ・ 生活環境の確認（自分で装着するのか、介護者に装着してもらおうのか？どのような場面で使用するのか）
- ・ 使用場面の確認（要求される耐久性の程度、湿気や温度の程度、他に併用する補装具の有無）

について述べます。

補装具はオーダーメイドを主としますが、目的と役割について説明し、補装具が実装する機能に優先順位を設定することが重要であり、それが、利点だと考えます。しかし、高額な代金や納期が必要なことは欠点であるため、類似の機能を有した既製品の使用を提案、または使用履歴を聞き取ることで、患者さんの満足度を向上させることができます。

装具は、骨・関節のアライメントをどのように保持または矯正するのかによって、使用する材料の硬さのみならず装着手順なども影響を受けます。装着手順を考慮する際に関節可動域や手指巧緻性を確認しなければ、装具の使用で二次障害を引き起こしてしまいます。

使用する環境についても注意が必要です。高温多湿の使用環境が予想される場合、熱による塑性変化をきたしやすくなります。演者は、小児の足底装具に成人の足底装具と同じ材料を用いた結果、2週間で「役に立たない装具」になってしまった失敗を少なからず経験しています。

義肢装具士として「社会」という複雑な多次元での活動を支援する場合、目前の課題のみならず、より多くの側面を想像したり、共有したりすることで未然の危機を回避することができると思っています。

東洋アルミニウム株式会社 共催

# ビデオセッション

## ビデオセッション

### サーマルギプス（THERMAL GIPS®）の臨床応用

コーディネーター  
谷村 浩子 ・ 蓬萊谷 耕士

#### 【サーマルギプス（THERMAL GIPS®）とは】

サーマルギプスはアルミニウムの金属特性を持った熱可塑性樹脂を使用した素材です。他の熱可塑性素材と同様、湯で軟化させ、モールディングして使用します。アルミニウム含有樹脂なので、成形性だけでなく放熱性にも優れており、患部をしっかりと固定できます。

#### 【セッションの目的】

新素材のサーマルギプスとその臨床応用についてビデオを用いて紹介します。患者さんに提供するスプリント素材の選択肢の一つになると思います。



東洋アルミニウム株式会社

ホームページ：<https://www.toyal.co.jp/products/feature/thermal.html>

問い合わせ先：[tetsuya-matsui@toyal.co.jp](mailto:tetsuya-matsui@toyal.co.jp) 担当：松井哲也

# 一 般 演 題

## 当院外来通院後期高齢 RA 患者の通院手段と身体特性

○阿部 敏彦

田窪リウマチ・整形外科 リハビリテーション室

【はじめに】平成 20 年 4 月から都道府県単位で都道府県の市町村在住の 75 歳以上もしくは 65 歳以上の方で一定の障害があると認定を受けた方を対象者とし、保険料の自己負担割合（1 割または 3 割）が異なる後期高齢者医療制度が施行されている。そこで今回当院外来通院中の 75 歳以上の後期高齢 RA 患者の通院手段と身体特性を調査したので報告する。

【方法】対象は、令和 1 年より令和 2 年 6 月（誕生日：昭和 20 年以前）中に当院外来通院の 75 歳以上の女性 RA 患者（74 名）とした。平均年齢  $78.2 \pm 3.4$  歳、平均罹病期間  $17.8 \pm 10.2$  年、平均リハ歴  $11.7 \pm 5.1$  年、患者住所は当院（松山市）の市内 48 名（65%）であった。調査項目は、RA の活動性として朝のこわばり（MS：分）、CRP、mHAQ、薬物療法（生物学的製剤、RA 薬、骨粗鬆症治療薬）、上肢機能（握力値右左、平均、最大値）、下肢機能（10m 歩行速度）、身体組成（身長、体重、BMI）、身体機能（%YAM、eGFR）、ADL 評価（日本リウマチ協会薬効検定委員会 ADL 得点、拡大 ADL 評価：FAI）とした。また通院手段には、家族構成、来院介助者、交通機関、自宅から病院までの移動時間、運転免許証取得の年代と有無を調査した。また全症例を年齢別に 2 群（1 群：75 歳 21 症例、2 群：76 歳以上 53 症例）に分け各項目に対して統計学的に比較検討した。

【結果】全症例の結果データは、薬物療法使用率：生物学的製剤 35%、ステロイド剤（PSL）74%、メトトレキサート（MTX）54%、NSAIDs 28%、骨粗鬆症治療薬 85%）、上肢機能：握力値右  $15.6 \pm 5.7$ 、左  $14.3 \pm 5.5$ 、最大値  $16.3 \pm 5.6$ kg、下肢機能：10m 歩行速度  $8.7 \pm 2.4$  秒、身体組成：身長  $147.7 \pm 6.5$ cm、体重  $50.8 \pm 8.8$ kg、BMI  $23.2 \pm 3.5$ 、身体機能：%YAM 80%未満 82%、eGFR 60%未満 69%、ADL 評価：ADL 得点上肢  $9.1 \pm 3.2$  点、下肢  $9.5 \pm 2.8$  点、FAI（屋内家事）9.6、（屋外家事）4.0、（戸外活動）1.3、（趣味）1.7、（仕事）0.2、（合計）16.8 点、機能的寛解率 mHAQ 0.5 以下 74%、介護保険利用率 32%であった。

＜通院手段＞家族構成は、一人暮らし 32%、夫婦 28%、本人+子供 15%、来院介助者は、本人 45%、娘 22%、夫 18%、交通機関は、自家用車 69%、バス 15%、タクシーまたは鉄道 8%、移動時間（自宅～病院）は、20 分未満 32%、20～40 分 31%、40～60 分 7%、60～90 分 14%、90～120 分 5%、120 分以上 11%であった。

＜年齢別 2 群間比較＞統計学的有意な差（ $P < 0.01$ ）が認められた項目は、MS 1 群 0.8、2 群 6.7 分、%YAM 1 群 72、2 群 63%、eGFR 1 群 50.0、2 群 58.3（mL/m/1.73m<sup>2</sup>）、FAI（屋外家事）1 群 5.1、2 群 3.6 点、FAI（仕事）1 群 0.4、2 群 0.08 点であった。平均罹病期間及びリハ歴、上下肢機能、身体組成、ADL 得点、FAI（屋内家事、戸外活動、趣味、合計）、mHAQ において有意な差が認められなかった。

【考察】高齢 RA 患者に対する外来リハビリテーション診療では、家事動作を含めた拡大 ADL のみならず、腎機能障害のため MTX の使用が制限されるも生物学的製剤の変更や、骨粗鬆症薬の選択内容を外来通院介助者を含め家族に説明する機会をリハビリテーション部門でも取り入れる必要があると思われる。



## 生物学的製剤導入による筋肉量と歩行の変化

○水澤 園子<sup>1)</sup> 中俣 義幸<sup>1)</sup> 田崎 真美子<sup>1)</sup> 島垣 昇<sup>1)</sup>  
本間 智明<sup>1)</sup> 布川 まどか<sup>1)</sup> 渡辺 和也<sup>1)</sup> 石川 肇<sup>2)</sup>

新潟県立リウマチセンター 1) リハビリテーション科 2) リウマチ科

【はじめに】関節リウマチ（以下、RA）患者では、疾患活動性が亢進することで身体機能が低下し、不動によるサルコペニアが生じることが知られている。そこで、疾患活動性を改善し身体機能を向上させる目的で、RAの薬物治療に生物学的製剤（以下、bDMARD）が多く用いられている。

【目的】bDMARD導入前後の筋肉量と歩行能力の変化を調査し、筋力低下と筋萎縮の進行が防止されるかを明らかにする。

【方法】対象は、当院にて2018年2月～2019年9月にbDMARDを開始した中等度以上の疾患活動性のRA患者40名（男性10名、女性30名）である。年齢は平均 $64.0 \pm 15.9$ 歳、平均罹病期間は $7.5 \pm 9.6$ 年で、bDMARD導入直前と導入後12ヵ月の時点で、DAS28-ESR、筋肉量（総量、骨格筋量、部位別筋肉量）、Timed up&go test（以下、TUG）、10m歩行速度を測定し、ウィルコクソン符号付順位検定を用いて比較検討した。筋肉量の評価には体成分分析装置In Body770を使用した。

【結果】bDMARD導入後、DAS28-ESR（導入前/後： $3.9 \pm 1.5 / 2.5 \pm 1.0$ 、 $p=0.67E-5$ ）とTUG（ $9.1 \pm 4.0$ 秒/ $8.0 \pm 3.2$ 秒、 $p=0.58E-3$ ）は、有意に改善した。筋肉量（総量、骨格筋量、部位別筋肉量）は不変であった。10m歩行速度（ $7.1 \pm 3.2$ 秒/ $6.5 \pm 2.9$ 秒、 $p=0.0505$ ）は改善傾向にあった。

【考察】DAS28-ESRの有意な改善がみられ、bDMARD導入により多くは中等度以上の疾患活動性が臨床的寛解となった。寛解達成によりTUGは有意に改善し10m歩行速度に改善傾向がみられ、身体機能の改善を認めた。bDMARD導入後12ヵ月で筋肉量全てにおいて有意差は認められなかったが、減少することなく維持できていると考えられる。RA治療にbDMARDが用いられることにより、身体機能が改善しサルコペニアの進行が防止された。

## リウマチ手ボタン穴変形に対し創外固定器を使用した 1 症例

○大平 健二<sup>1)</sup> 南川 義隆<sup>2)</sup> 外山 雄康<sup>3)</sup> 中筋 一光<sup>1)</sup> 山川 直人<sup>1)</sup>

1) 南川整形外科 リハビリテーション部 2) 同 整形外科

3) 関西医科大学総合医療センター 整形外科

【はじめに】近年、関節リウマチ（以下、RA）の手指変形に対する手術療法は増加傾向にあり、その適応は機能再建のみでなく、審美的再建にまで波及しつつある。今回、RA によるボタン穴変形に対し、整容的側面改善目的で、創外固定器を用いた症例を担当する機会を得たので、若干の考察を踏まえて報告する。

【症例】30 歳代の女性、右利き。RA 罹病歴 8 年で、寛解状態であったが、右中指に進行したボタン穴変形を認めた。PIP 関節は 90° 屈曲位で尺側に偏位しており、他動的には伸展矯正困難であったが、機能的には問題ないとのことであった。今回は、審美的再建目的で滑膜切除術と V-Y 伸筋腱再建術後、創外固定器 LBD（ケイセイ医科工業製）を装着した。

【後療法と経過】術後 2 日目より創外固定器による関節牽引と関節可動域訓練、ADL 指導を開始した。PIP 関節は屈曲 45°、伸展 0° までと制限を設け、リハビリテーション治療時以外は掌側スプリントにて伸展位固定とした。PIP 関節は、術直後より他動伸展 0° まで可能であったが、自動伸展はほぼ認められなかった。DIP 関節は、徒手にて PIP 関節を伸展位に保持した状態で、自動屈曲運動を励行した。術後 3 週目で PIP 関節関節裂隙は保持されていたため、LBD を除去し、残存した PIP 関節の尺側偏位矯正目的でバディテーピングを実施した。術後 5 週目で尺側偏位は改善傾向を示したが、PIP 関節自動伸展不足が残存したため、カペナスプリント処方となった。その後も自動伸展不足は残存したが、スプリント療法を継続したことで、術後 9 週目で PIP 関節伸展 -30° まで獲得した。加えて術後半年間にわたって長期間スプリント着用を継続したところ、自動伸展不足の増大は認められなくなった。

【結果】術前評価時と術後 18 ヶ月の最終評価時の結果を示す。PIP 関節 ROM（伸展/屈曲）は、術前 -64/90° から最終評価時 -24/60° であり、DIP 関節 ROM は、術前 +38/44° から最終評価時 +6/54° であった。VAS は、術前 3 から最終評価時 2 であった。健側比握力は術前 94.6% から最終評価時 47.1% となり、Hand 20 は術前 35 から最終評価時 25 であった。最終評価時の満足度は、「ある程度満足」であった。

【考察】創外固定器の利点は、安全かつ低侵襲で緩徐に軟部組織を伸張できること、二期的手術を可能とすることである。今回の症例では、伸筋腱再建術と創外固定術後に伸展位保持と屈曲制限を長期間設けつつ訓練が行えたことで、ADL と QOL が両立可能な結果につながった。創外固定器除去後の訓練では、カペナスプリントと PIP 関節伸展位での DIP 関節自動屈曲運動が有効であった。

## 関節リウマチ患者のマスク着用自助具の考案

○林 正春

JA 静岡厚生連リハビリテーション中伊豆温泉病院 作業療法科

【はじめに】関節リウマチ（RA）で使用される治療薬の生物学的製剤、免疫抑制剤、ステロイドは免疫力を低下させ、感染の危険を招く恐れがある。感染すると RA 治療薬の中断で、疾患活動性の悪化から骨破壊の進行などを招く恐れもあり、RA 患者の感染予防は重要である。中でもマスクの着用は欠かせないメソッドのひとつであるが、上肢 ROM 制限や手指変形で着用が困難な場合、独居で介助者が不在で着用が困難な場合がある。今回 1 名の RA 患者でマスク着用自助具を作製する機会を得たため報告する。なお、発表に際し、対象者並びに当院倫理委員会での承認を得ている。

【事例】70 代、女性、RA 歴約 40 年、使用薬物：MTX、プレドニソロン、ロキソニン、stage V、class 2、人工関節置換術（両側股関節膝関節・右肘関節）独居、自動車運転可能、介護保険未申請。

【作業療法評価】両上肢骨性の ROM 制限（右側制限優位）、両側 MP 関節尺側偏位、左側足関節痛、足趾変形、扁平足、B.I. 100 点（更衣動作自助具使用）、調理や掃除動作は時間を要するが可能。訴えは、不織布マスク着用時、左側の耳には自力でマスク紐を掛けられるが、右側の耳にはリーチ困難で紐がかけられないこと。

【作製プランと材料】片耳かけタイプと両耳へのリーチが困難な事例用にマスク固定タイプの 2 種類を試作。材料は、①アルミ丸パイプ（厚さ 0.5 mm 外径Φ10 mm 長さ 1000 mm 重さ約 20g）②クリーニング店の角型ハンガー（2800 mm×720 mm）③オストロンⅡ（常温重合レジン）④アルミ板（12 mm×2 mm×995 mm）を選定。

### 【作製方法】

- ① 片耳かけタイプ作製手順<工程Ⅰ>アルミ丸パイプを約 50cm の長さに切断。<工程Ⅱ>角型ハンガーの一部からコの字型パーツ（720 mm×850 mm）を切り出し、先端部 2 箇所にもマスク紐を掛けられるようにはさみ等で 10 mm 程の溝を作る。<工程Ⅲ>アルミ丸パイプの片側にのこぎりで、幅 3 mm、深さ 10 mm の溝を作る。<工程Ⅳ>パイプの溝にコの字型パーツを約 45° の角度で挿入しオストロンで固定。重さ 21g。作製時間 10 分程度。
- ② マスク固定タイプ作製手順<工程Ⅰ>アルミ板（12 mm×2 mm×995 mm）を Y 字に成形する。<工程Ⅱ>コの字型パーツを 2 個切り出し、マスク紐をかける切込みを入れる。<工程Ⅲ>Y 字本体の先端 2 箇所にカシメでコの字型パーツを固定。

【結果】2 種類の自助具とも上肢に負担なくマスクを着用することができた。

【考察】マスク着用自助具作製において、身近な素材である角型ハンガーを利用し、事例の機能障害に配慮した形状を考え作製することができた。しかし、視力低下への配慮やマスクの種類によって異なる紐の形状にも対応できるパーツを検討する必要性を感じた。今後は、様々な障害やマスクの種類にも対応可能なマスク着用自助具を作製していきたい。なお、演題発表に関連し、開示すべき COI 関係にある企業等はない。

## 両上肢ムチランス変形を呈した関節リウマチ患者における長柄ヘアブラシの作製

〇二之宮 篤子 林 正春

JA 静岡厚生連リハビリテーション中伊豆温泉病院 作業療法科

【はじめに】関節リウマチ（RA）患者の関節変形において、関節構造が消失するムチランス変形は重度の機能障害であり、ADL 低下は免れない。平田ら（2015）は手のムチランス変形がある患者では経年的に頸椎の変形進行リスクが高いことを報告している。その進行予防には手術療法や頸椎装具療法に加え、患者の日常生活における動作指導が不可欠である。ムチランス変形患者における頸椎保護の観点から装具と自助具を適用した経過を報告する。尚、本研究は患者の承諾と当院倫理委員会の承認を受けている。

【症例】50歳代女性。RA 診断後 28 年。これまでに右 TKA、左 TKA、左 THA を施行されている。両側足関節は外反変形、靴型装具使用。右股関節での骨破壊進行があり THA が必要であるが、頸椎変形の進行によって手術を適用できなかった。主治医からは、頸椎カラー着用、車椅子併用によって移動以外の ADL 現状維持が今後の目標と診断された。両側肩関節・肘関節・前腕・手関節・手指の各関節で Larsen grade V。娘と二人暮らし。自助具使用と生活環境調整にて、自宅内では洗体以外の ADL 自立。患者の懸念は整髪時の頭部へのリーチ制限。娘の介助負担を増やしたくない思いがあった。これまで両側上肢の問題を頸椎前屈にて補ってきたため、新しい動作方法習得と自助具が必要となった。

【方法と結果】頭部へのリーチは、両肘関節屈曲・前腕回内外中間位への筋収縮で上肢の安定性を増やし肩関節屈曲で挙上する運動パターンであった。これまで“竹製孫の手”を柄にした長柄ヘアブラシを用いており、両手掌で柄を挟み込み肩関節回旋と頸椎屈曲・回旋にてブラシを頭部に当てることで整髪していた。頸椎カラー装着での整髪動作のために長柄ヘアブラシを改良した。①ヘアブラシ柄の中央をボルトで一点止めしゴムワッシャーを挟んで固定、同下端と長柄部分の間にスパイラルステー（弾性装具の支柱に用いられる平板なバネ）を折り曲げて設置し、ヘアブラシに可動性を持たせた。②肩関節屈曲運動で長柄ヘアブラシを持ち上げ、頭部の適当な位置に当てたら肩関節伸展運動にてヘアブラシを引き下ろす動作パターンを練習した。その結果、頸椎の運動抑制という条件下でも頭部の丸みに合わせてブラシを動かせるようになった。

【考察】本症例では頸椎変形の進行予防と頸椎運動を制限した整容動作の獲得が課題であった。濱ら（2008）は上肢ムチランス変形の RA 患者に対して ADL や運動機能評価を行い、患者に適した軽量ネックカラーを作製した。今回もムチランス変形特有の運動パターンを評価し、自助具の改良点を絞り込んだ。頸椎運動を肩関節運動と自助具で補って頭部へのリーチを実現することができた。椎名（2011）は、ムチランス変形に至った RA 患者では QOL 維持が重要と述べている。本症例のように ADL 維持の意欲が高い患者では、変形進行の予防という土台の上に現在の身体機能を活かし、できる ADL を維持することで QOL が維持されると考える。（COI なし）

---

# Memo

## 第35回日本リウマチリハビリテーション研究会学術集会

### 実行委員会

大会長	蓬萊谷 耕士	(北摂総合病院 リハビリテーション科)
実行委員長	佐浦 隆一	(大阪医科大学 総合医学講座 リハビリテーション医学教室)
副実行委員長	谷村 浩子	(京都医健専門学校 作業療法科)
実行委員	岩井 有香	(大阪医科大学附属病院 リハビリテーション科)
	田村 裕子	(大阪医科大学附属病院 リハビリテーション科)
	木下 靖代	(大阪医科大学附属病院 リハビリテーション科)
	小栗山 絵美	(北摂総合病院 リハビリテーション科)
	遠近 太郎	(北摂総合病院 リハビリテーション科)
学術集会 事務局	社会医療法人仙養会	北摂総合病院 リハビリテーション科 〒569-8585 大阪府高槻市北柳川町6-24

---

#### 日本リウマチリハビリテーション研究会

代表世話人：佐浦 隆一 (大阪医科大学 総合医学講座 リハビリテーション医学教室)

事務局：大阪医科大学 総合医学講座 リハビリテーション医学教室

〒569-8686 大阪府高槻市大学町2-7

E-mail jarr.omc@gmail.com

HP <http://jarr-omc.sakura.ne.jp/Index.html>

---