

### 3. 喫煙防止(若年層): コミュニティへの介入

著者

Cindy Stern BHSc(Hons)

概要

QUESTION

質問

若年層での喫煙防止のためのコミュニティへの介入の有効性はどのくらいか?

臨床の要点

喫煙は世界中の人々において重大な健康問題である。喫煙は疾患と死亡につながりうる。コミュニティへの介入は、若年層(25才未満)の喫煙を防止するための方法の1つかもしれない。このレビューの目的として、コミュニティへの介入は‘喫煙しない行動を支持する、特定の地区・地域における同格で広範囲なあらゆるプログラム’と定義されている。

コミュニティへの介入群と介入がないコントロール群を比較した13の研究のうち2つの研究が、介入群において喫煙率が低いことを報告した。両方の研究は心血管疾患防止プログラムの一部であった。(レベルII)

コミュニティへの介入と学校ベースのプログラムとを比較した3研究では、1つの研究で、喫煙の自己申告が有意に減少した。(レベルII)

別の研究はマスメディアや学校・宿題を受け取るグループと、マスメディアからの情報のみ受けるグループとの間で比較して喫煙状況において有意な差を示した。(レベルII)

エビデンスの特性

この論文は17のコントロールされた試験(18の比較試験)を含むコクランのシステマティックレビューからのエビデンスに基づく研究の概要です。異種性は介入、コミュニティ、被験者、および結果で存在していました。メタアナリシスは不可能でした。

多成分からなるコミュニティへの介入は、介入なし及び単一のプログラム又は学校ベースのプログラムと比較された。

推奨されるベストプラクティス

限られたエビデンスでは、共同体介入が若年層で喫煙を防ぐことにおいて有効であるかもしれないことを示唆した。(グレードB)

#### 4. 禁煙: 催眠術療法

著者

Jennifer Ong

概要

臨床上の質問:

禁煙のための催眠術療法の有効性に関する最良の利用可能なエビデンスは何か?

臨床の要点:

何年もの間、世界中の医学専門家は、催眠術療法を過敏性腸症候群、喘息、および慢性疼痛を含む様々な病状を改良するために行動のパターンを変えるための治療のツールと見なしてきた。禁煙において、催眠術療法は喫煙欲を弱めて、禁煙の意志を強めることを目的としている。しかしながら、介入試験の大部分が不適切にコントロールされているため、結果の妥当性の検討が困難である。(1)

\* 催眠術療法が代替の非薬理的療法や非介入よりも禁煙に効果的であるとは立証されていない。(1) (レベル I)

\* ランダム化された前向き研究で、徹底的な催眠術療法による介入は最小量のアプローチで行った同様の研究より高い禁煙率をもたらした。(2) (レベル III)

エビデンスの特性:

このエビデンス概要は文献と選択されたエビデンスに基づく健康管理データベースの構造的な検索に基づいています。この概要に含まれるエビデンスは以下のものよりなっている。

\* 9の異なる研究のコクランレビュー

\* 徹底的な催眠術療法群かキャンセル待ちのコントロール群にランダムに割り当てられた20人対象のコホート研究(2)

推奨されるベストプラクティス

\* 禁煙に対する特定の療法として催眠術療法を推薦するには不十分なエビデンスである。(グレード A)

## 5. 禁煙: 電話カウンセリング

著者

Brad Pidgeon BSc, BPsych (Hons)

概要

臨床上的の問題

禁煙のための電話カウンセリングの有効性に関する最良の利用可能なエビデンスは何か?

臨床の要点

喫煙の健康への影響はよく考証されている (1)。電話でのサポートや情報提供、カウンセリングサービスは喫煙者が禁煙することを補助するかもしれない (1)。これらのサービスは個別にあるいは他の禁煙サービスの補助法として適用されうる (1)。

\* コクランレビューは3回またはそれ以上の電話が、標準の自助教材や簡単なアドバイスのような最小限の介入、または薬物療法だけのものに比べて禁煙のオッズ比が増したと結論付けた (1)(レベル I)。

\* 10 の無作為化試験のシステマティックレビューによって、電話カウンセリングを受けた群がコントロール群に比べ、禁煙率をかなり増加させたことがわかった(2) (レベル I)。

エビデンスの特性

このエビデンス概要は文献と選択されたエビデンスに基づく健康管理データベースの構造化された検索に基づいています。概要に含まれるエビデンスは以下から来ています:

\* 3万6000人以上の参加者を含む、48の無作為化試験のコクランレビュー(1)

\* 10の無作為化試験のシステマティックレビュー(2)

推奨されるベストプラクティス

\* 電話カウンセリングは禁煙のために推奨でき、複数のセッションは最も有用である傾向がある (グレード A)。

## 6. 栄養不良(大人の病気に関連した): 食事指導

作者

Mojtaba Dorri DDS, MSc, MPhil

概要

問題

成人の病気に関連した栄養不良に対する食事指導に関する、より利用可能なエビデンスは何か

臨床の結論

栄養不良は、長期的な食物摂取量の減少によって引き起こされる。

それは病気の重大な合併症として起こりうる。それは、罹患率や死亡率の増加や入院期間の延長に関連している。高齢者の5~10パーセントは栄養不良による影響を受ける。

\* 病気に関連した栄養不良は、10%から55%の入院患者や、食物充足している地域で報告されている。病気に関連した栄養不良(レベルII)の管理には、経口栄養補助食品よりもエネルギーと栄養価の高い食品の使用を奨励する食事指導がよいことが示唆されている。

\* エビデンスの系統的レビューは、病気に関連した栄養不良を管理する食事指導の対策のためのエビデンスが不十分であると報告した。

著者は食事指導と栄養補助食品が単食事指導のみまたは食事指導なしと比べ、短期的な体重増加を強化するのにより効果的かもしれないと結論づけた。しかしこれらは、持続可能性や、生存率や死亡率が改善されたかは明確ではない。

\*無作為化比較試験は、栄養不良のリスクである慢性閉塞性肺疾患(COPD)の通院患者の食事カウンセリングと食物栄養価の強化の影響を評価するために行われた。

食事相談と食物栄養価の強化は、COPDで栄養的リスクのある通院患者で体重増加とアウトカムが改善がみられた。それは、介入期間と介入期間を過ぎた期間においても同様な結果であった。

無作為化比較試験はストックホルム(スウェーデン)の老人保健施設から退所した蛋白エネルギー栄養障害(PEM)のリスクがある患者の栄養治療の組み合わせの効果を調査した。

結果は、複合の栄養介入(食事相談と液体栄養補助食品)は、短い書面での食事指導と比較して、体重減少を防ぎ、老人保健施設から退所した栄養不良のリスクのある患者の日常

生活動作を改善した。

#### エビデンスの特性

このエビデンスの概要は、文献と選択されたエビデンスに基づく健康管理データベースの構造化検索に基づいている。概要に含まれるエビデンスは以下から来ている。

- \* 2714 の無作為化された対象者による 36 の研究 (37 の比較) の体系的レビュー
- \* 54 人の対象者の無作為化比較試験。 3

#### 推奨されるベストプラクティス

\*成人の病気に関連した栄養不良管理に関する、食事指導の効果のエビデンスは乏しい。  
(グレードB)

\*食事指導さらに栄養補助食品は、病気に関連した栄養失調の管理の食事指導だけまたはアドバイスがない場合より効果的かもしれない。(グレードB)

## 7. Heart Failure: Management Programmes

### 心不全：管理プログラム

著者

Helen Elizabeth Brown BSc (Hons) MSc

要約

問題

入院率や死亡率を減少させるために、心不全管理プログラムに関する一番有効な証拠はどのようなものであるか。

臨床上の重要な事実

心不全は、多くの先進国において重大な公衆衛生的問題<sup>2</sup>であり、主要な死亡原因でもある。大部分のガン<sup>2</sup>の予後と同じように、心不全は、身体的、精神的健康の著しい低下と関連している。国際臨床ガイドラインは、心不全患者経過を改善する為にベストプラクティスマodelとして疾病管理プログラムを勧めた<sup>1</sup>。疾病管理プログラムは心不全を患う患者の罹患率と死亡率を減少させる可能性があり、徐々に増えつつある<sup>3</sup>。

\*11 研究のメタアナリシス<sup>2</sup>では、入院における疾病管理プログラムの好い効果の有力な証拠を提供しただけではなく、心不全患者の死亡率の低下における臨床的で統計的に重要な効果も提供した (レベル1)。

\* 心不全のための学際的なマネージメント戦略に関する系統的レビューによって、これらのプログラムが入院率の 27%減少と総入院回数の 43%の減少に関連していることがわかった<sup>3</sup>(レベル1)。

\*学際的なマネージメント戦略の成功に不可欠な3つの要素には、特に訓練された心不全の看護師、投薬や食事の指導を含む患者と介護者の教育、および心不全の教育を受けた臨床医への容易なアクセスが挙げられる<sup>3</sup>(レベル1)。

\* 30のうち4研究は、心疾患のための疾病管理プログラムから統計的に重要な全死因死亡率減少をもたらした<sup>2</sup>(レベル1)。

\*大規模多施設試験における心不全の管理を専門にする看護師に焦点を合わせた疾病管理プログラムの無作為化比較試験では、標準のグループ(心臓内科医の継続管理)と比べて、

介入グループにおいて、死亡率に統計学的な有意差がみられなかったが、臨床的に有用な潜在的な差がみられた。しかし、短期入院の回数はやや増加した<sup>4</sup>（レベル1）。

\* より特定のエビデンスが必要である。それは、異なった人口と研究設定効果的なプログラムの開発を支援するために必要であり、そのためには、よく明記された介入のより多くの無作為化比較試験が必要である<sup>5</sup>。

#### エビデンスの特性

このエビデンス概要は文献と選択されたエビデンスに基づくヘルスケアデータベースの構造化された検索に基づいている。エビデンスに含まれるのは以下の通り。

- \* 36 試験のメタアナリシス<sup>2</sup>
- \* 29 試験を含む系統的レビュー<sup>3</sup>
- \* 1023 人の参加者を含む多施設無作為化比較試験<sup>4</sup>
- \* ‘観点’ レポート<sup>5</sup>--これは専門の意見を意味するのか?

#### 推奨されるベストプラクティス

\* 疾病管理プログラムは死亡率と入院率を減少させることができる。しかしながら、疾病管理プログラムの様々なタイプが同じような効果がみられ、この治療介入の恩恵は、年齢、疾患の重篤度、および疾病管理プログラムモデルを含む様々なローカルの要素に依存する。そしてそれは、学際的チームや戦略を含むかもしれないし含まないかもしれない(グレード B)。

## 8. Stroke Patients (Hemiparetic): Treadmill Retraining

脳卒中患者(半身まひ): トレッドミル再訓練

著者

Dr Tharanga Rathnayake MBBS

要約

問題

脳卒中片麻痺患者が行うトレッドミル歩行再訓練のためのエビデンスはどのようなものがあるか。

臨床上の重要な事実

体重のサポート用の安全ベルトの使用の有無に関わらず、トレッドミル訓練は脳卒中後の歩行訓練方法である。

\*脳卒中後の歩行の治療において、トレッドミル訓練と体重サポートの有効性を、コークランの系統的レビューは、個々もしくは組み合わせて評価した。レビューで、トレッドミル訓練(体重サポートの有無に関係なく)は、歩行速度や歩行自立のための他の介入との間に統計的に有意な相違がないが明らかになった1(レベル1)。

エビデンスの特性

このエビデンス概要は文献と選択されたエビデンスに基づくヘルスケアデータベースの構造化された検索に基づいている。エビデンスに含まれるのは以下の通り。

\* 622 人の参加者を含む 15 試験のコークランの系統的レビュー<sup>1</sup>

推奨されるベストプラクティス

\* 明確な研究調査結果の欠如のため、脳卒中片麻痺患者によるトレッドミル歩行訓練の使用は、臨床判断に基づくべきである(グレード B)。



## 9. 肥満: 低脂肪食

著者

Mark Pratt B.Sc. Health Care Studies. B.Sc.(Hons) Nursing Practice/RN

概要

臨床上の課題:

長期的な減量の達成において、低脂肪食は他の減量のための食事と比べてどれくらい効果的か?

臨床の要点

肥満とそれに関連した健康志向の流行が減量を目的とした低脂肪食を強く推進した。低脂肪食の目的は減量および肥満に関連した疾患のリスクファクターを減らすことである。

\* 低脂肪食は 12、24、および 36 カ月で有意に減量に関連することがわかった。(1 : レベル 2)

\* 低脂肪食は拡張期および収縮期の血圧、脂質、空腹時血糖のようなリスクファクターの減少に関連していた。(1 : レベル 2)

\* 低カロリー・高蛋白食は、空腹時血糖、食後血糖の低下、およびインシュリン反応の低下に関連していた。(1 : レベル 2)

\* 6、12、および 18 カ月での減量において、低脂肪食と他の減量食との間には、有意な差がなかった。(2 : レベル 1)

\* 介入群において、血清脂質、血圧、空腹時血糖では有意な差はみられなかった。(12 カ月での介入群における総コレステロールを除いて。)(3・レベル 2)

エビデンスの特性:

このエビデンス概要は文献と選択されたエビデンスに基づく健康管理データベースの構造的な検索に基づいています。この概要に含まれるエビデンスは以下のものからなっています。

\* 39 の無作為化比較試験の 2 つの系統的レビュー (1, 2)

\* 6 つの RCT のコクラン系統的レビュー (3)

推奨されるベストプラクティス:

\* 低脂肪食は、低カロリー・高蛋白のようなダイエットに比べよいというエビデンス不十

分である。(グレード B)

## エビデンス要約の翻訳リスト

- | No. | タイトル  |
|-----|---|
| 1   | Complementary Therapies (Naturopathy, Massage & Acupuncture): Clinician Information |
| 2   | Urinary Incontinence: Clinical Assessment   |
| 3   | Urinary Drainage: Choice and use of Bags  |
| 4   | Peritoneal Dialysis: Clinician Information  |
| 5   | Older Adults: Bathing & Skin Care   |
| 6   | Deep Venous Thrombosis: Clinician Information                                       |
| 7   | Obesity: Low-Fat Diets  |
| 8   | Smoking Prevention (Young People): Community Interventions                          |
| 9   | Malnutrition (Adult Illness-Related): Dietary Advice                                |
| 10  | Smoking Cessation: Hypnotherapy   |
| 11  | Smoking Cessation: Individual Behavioral Counselling                                |
| 12  | Diabetes (Non-Hospitalised Patient): Management                                     |
| 13  | Smoking Cessation: Nicotine Replacement Therapy                                     |
| 14  | Smoking Cessation: Self-Help Interventions  |
| 15  | Smoking Cessation: Hospitalised Patient Interventions                               |
| 16  | Diabetes: Specialist Nurses   |
| 17  | Smoking Cessation: Telephone Counselling  |
| 18  | Smoking (Prevention): School-Based Programs   |
| 19  | Hypoglycaemia: Management   |
| 20  | Coronary Heart Disease: Nurse-Led Cardiac Clinics                                   |
| 21  | Cardiac Rehabilitation: Interventions   |
| 22  | Diabetes (Type 2): Dietary Management   |
| 23  | Blood Glucose (Cerebrovascular Accident): Management                                |
| 24  | Smoking: Cessation  |
| 25  | Weight-Loss Maintenance (Long Term): Structured Weight-Loss Programs                |
| 26  | Diabetes: Visual Impairment Prevention  |
| 27  | Diabetes: Nephropathy & Foot Disease Management                                     |
| 28  | Stroke: Physical Fitness Training   |
| 29  | Ischaemia (Lower Limb): Bypass Surgery  |
| 30  | Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Positive Pressure Ventilation                |
| 31  | Post-Thrombotic Syndrome: Compression Stockings                                     |
| 32  | Thromboembolism: Low Molecular Weight Heparin                                       |
| 33  | Smoking Cessation: Relapse Prevention   |

- 34 Cardiovascular Disease: Risk Estimation and Prevention
- 35 Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Ambulatory Oxygen
- 36 Obesity (Morbid): Surgery
- 37 Stroke: Treadmill Training & Body Weight Support
- 38 Urinary Incontinence (Post-Stroke): Prevention & Treatment
- 39 Stroke (Acute Ischaemic): Ginkgo Biloba
- 40 Hypertension: Interventions
- 41 Stroke: Patient & Caregiver Information
- 42 Pressure Area Care.doc
- 43 Myocardial Chest Pain.doc
- 44 Informed Consent.doc
- 45 Restraint Standards.doc
- 46 Local Applications – Heat.doc
- 47 Local Applications – Cold.doc
- 48 Medication Administration.doc
- 49 Wound Swab.doc
- 50 Patient – Transfer.doc
- 51 Discharge – Against Medical Advice.doc
- 52 Hygiene Management.doc
- 53 Pressure-Relieving Cushions.doc
- 54 Blood Glucose Monitoring.doc
- 55 First Aid Management of the Adult Patient with a Hydrofluoric Acid
- 56 First Aid Management of the Adult Patient with a Thermal Injury.doc
- 57 Complex Regional Pain Syndrome – Stress Loading.doc
- 58 Functional Re-Training in Rheumatoid Arthritis.doc
- 59 Central Venous Catheter (Bolus Administration) – Cytotoxics.doc
- 60 Central Venous Catheter (Continuous Infusion) – Cytotoxics.doc
- 61 Intramuscular Administration – Cytotoxics.doc
- 62 Oral Administration – Cytotoxics.doc
- 63 Patient Assessment – Observation During Chemotherapy.doc
- 64 Patient Care – Post-Cytotoxic Drug Administration.doc
- 65 Patient Assessment – Pre-Treatment.doc
- 66 Admission Issues – Residential Aged Care.doc
- 67 Informed Consent.doc
- 68 Medication Oral Administration.doc
- 69 Blood Glucose Monitoring.doc

- 70 Stroke – Physical Fitness Training.doc
- 71 Occupational Therapy Discharge Planning in Acute Care.doc
- 72 Chronic Low Back Pain – Exercise Therapy.doc
- 73 Intermittent Claudication – Exercise.doc
- 74 Stroke – Physiotherapy for Postural Control and Lower Limb Function
- 75 Basic Hand Hygiene.doc
- 76 Heart Failure – Exercise.doc
- 77 Muscle Disease– Strength Training.doc
- 78 Older Adults– Physical Activity Programs.doc
- 79 Urinary Incontinence in Women (Postnatal) – Pelvic Floor Muscle
- 80 Hip Fracture – Mobilisation Strategies Post–Surgery
- 81 Peripheral Neuropathy – Exercise.doc
- 82 Stroke – Shoulder Supportive Devices.doc
- 83 Adult Stroke – Cognitive Rehabilitation for Spatial Neglect .doc

## VII 謝 辞

本研究の各種データベース検索に関し、大阪大学生命機能科学図書館の諏訪敏幸氏のご指導に深く感謝いたします。

### Ⅲ 関連業績一覧

## 関連業績一覧

### I 論文発表

- 1) Hiuge-Shimizu A, Kishida K, Funahashi T, et al. Absolute value of visceral fat area measured on computed tomography scans and obesity-related cardiovascular risk factors in large-scale Japanese general population (The VACATION-J study). *Annals of Medicine*. 2011(in press)
- 2) 原田浩二, 森山美知子, 百田武司, 長束一行, 大森豊緑, 脳卒中の再発予防に関する医療施設の患者教育の実態調査, 広島大学保健学ジャーナル, 2011 (in press)
- 3) 原田浩二, 森山美知子, 百田武司, 長束一行, 大森豊緑, 心筋梗塞患者の再発予防に向けた地域連携と患者教育の実態, 日本医療マネジメント学会, 2011 (in press)
- 4) 長束一行, 頸動脈エコーによる内膜中膜複合体肥厚度の測定, 日本医事新報, 4490: 65-68, 2010.
- 5) 長束一行, 抗血栓薬の不応症 (レジスタンス), 脳と循環, 15: 150-152, 2010.
- 6) 富井康宏, 上原敏志, 上ノ町かおり, 谷岡真衣, 大島明子, 長束一行, 峰松一夫, 都市部二次医療圏における脳卒中患者の嚥下評価と栄養管理の実態. -急性期病院と回復期リハビリテーション病棟の比較-, 日摂食嚥下リハ会誌, 14: 258-264, 2010.
- 7) 長束一行, 社会的調整, 脳卒中レジデントマニュアル, 峰松一夫監修, 横田千晶編, 中外医学社, 267-275, 2010.
- 8) 長束一行, 「頸動脈病変の評価-プラークの分類・プラークスコア」, 頸動脈エコー法の臨床撮り方と読み方, 山崎義光編集, 新興医学出版社, 42-44, 2010.
- 9) 堤博美, 木村穰, 筋力, 筋形態, 血清ホルモン動態による上肢加圧トレーニング効果の検討, 関西医科大学教養部紀要, 30 ; 125-140, 2010
- 10) 木村 穰, 糖尿病診療の今後の展望-運動療法を効果的に取り込むには-糖尿病治療の展望, 臨床スポーツ医学, 27, 2010
- 11) 木村 穰, KMF ネットワークの構築と健康科学センターの活動 特集=生活習慣病における身体活動とスポーツの効能, Medicament News, 8, 2010
- 12) 木村 穰, 身体活動エネルギー (メッツ) 概念を取り入れたロコモティブシンドローム対策, Progress in Medicine, Vol.30, No.12, 2010
- 13) 木村穰, 中村耕三, METs と身体運動, ロコモティブシンドローム, メディカルレビュー社, 2010
- 14) 日比野重明, 木村穰, 予防医学としての健診・人間ドック結果の有効利用, 健診人間ドック フォローアップハンドブック, 中外医学社, 2010

### II 学会発表

- 1) R. Dojiri, H. Uno, K. Kajimoto, K. Konaka, H. Moriwaki, K. K. Miyashita, K. Nagatsuka, H. Nairtomi: How commonly is stroke found in patients with isolated vertigo/dizziness attack ? XIX. European Stroke Conference 5.25-28, 2010, Barcelona, Spain.

- 2) A. Watanabe, M. Oomura, H. Uno, K. Kajimoto, K. Konaka, Y. Tadokoro, A. Umesaki, K. Miyashita, K. Nagatsuka, H. Naritomi: Clinical features of toilet-related stroke. XIX. European Stroke Conference 5.25-28, 2010, Barcelona, Spain.
- 3) T. Tanaka, H. Yamamoto, A. Kada, T. Ura, N. Ohta, S. Miyata, T. Miyata, K. Nagatsuka: Influence of renal impairment and genetic subtypes to warfarin control. XIX. European Stroke Conference 5.25-28, 2010, Barcelona, Spain.
- 4) H. Moriwaki, H. Niki, Y. Yamamoto, Y. Manabe, H. Nishimura, N. Metoki, S. Takagi, B. Mihara, K. Nagatsuka, H. Naritomi: STOP-BAD Group: Early Predictors and Therapeutic Strategies in Patients with Progressive-Type Lacunar Infarction: A Prospective, Multi-Centered, Observational Study. International Stroke Conference 2011 Feb.9-11, 2011 Los Angeles, California.
- 5) T. Tanaka, H. Kanki, A. Watanabe, R. Doijiri, M. Sawada, M. Yasui, M. Uemura, K. Nagatsuka: Validation Of New Ultrasound Parameters For Assessment Of The Collateral Pathway Through The Ophthalmic Artery In Internal Carotid Artery Occlusion. International Stroke Conference 2011 Feb.9-11, 2011 Los Angeles, California.
- 6) 原田浩二, 森山美知子, 百田武司, 長束一行, 大森豊緑 (2010). 心筋梗塞の二次予防に関する医療施設の保健指導の実態調査, 第 48 回日本医療・病院管理学会学術総会, 広島市.
- 7) 百田武司, 森山美知子, 原田浩二, 長束一行, 松本昌泰, 大森豊緑 (2010). 脳卒中の二次予防に関する医療施設の保健指導(患者教育)の実態調査, 第 48 回日本医療・病院管理学会学術総会, 広島市.
- 8) 百田武司 (2010, 12). 「シンポジウム 糖尿病合併症の療養指導におけるチーム医療の実践 脳梗塞地域連携パスの中での糖尿病管理」, 第 4 回中四国糖尿病研修セミナー (主催: 日本糖尿病学会中国四国支部), 広島国際会議場, 広島市.
- 9) 坂本知三郎, 長束一行, 脳卒中連携パスを用いた地域連携システムの構築, 第 64 回国立病院総合医学会, 2010 年 11 月, 福岡
- 10) 瀧本洋司, 坂本知三郎, 白銀 暁, 吉田直樹, 視床出血による感覚障害を呈する患者に対する拇指対向性運動への 2 つのアプローチ, 第 47 回日本リハビリテーション医学会学術集会, 2010 年 5 月, 鹿児島
- 11) 石野真輔, 坂本知三郎, 松本憲二, 兼松まどか, 斎藤 淳, 佐藤健一, 辻村美佳, 中島誠爾, 水田忠久, 松下 誠, 道免和久, 回復期リハビリテーション病院における臨床心理士の有用性について, 第 47 回日本リハビリテーション医学会学術集会, 2010 年 5 月, 鹿児島
- 12) 吉田和希, 池上由子, 上野麻衣子, 田中陽子, 石田浩一, 坂本知三郎, 坂本勇二郎, 訪問栄養指導の介入の実際, 第 52 回全日本病院学会, 2010 年 10 月, 神戸
- 13) 園山真弓, 坂本知三郎, 坂本勇二郎, 地域における外来リハビリテーションクリニックの役割, 全日本リハビリテーションケア合同研究会, 2010 年 11 月, 山形
- 14) 小西隼矢, 森田優希, 石川加奈子, 本田晋也, 石田浩一, 松本憲二, 坂本知三郎, 坂本勇二郎, 当院における移乗・歩行の介助レベルを変更する際の基準～客観的な評価と行動に



- ついて～，第18回日本慢性期医療学会，2010年8月，大阪
- 15) 三好大輔，山下夢子，兼田敏克，夏山真一，大和健一郎，上杉太一，松本憲二，坂本知三郎，坂本勇二郎，当院の退院時指導の現状について，第18回日本慢性期医療学会，2010年8月，大阪
- 16) 家門孝行，反保壮一郎，森山信彰，大場潤一郎，石田浩一，吉田直樹，松本憲二，坂本知三郎，坂本勇二郎，当院回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション施行量と効果の関係性，第18回日本慢性期医療学会，2010年8月，大阪
- 17) 宮内拓史，木村 穰，上田加奈子，久保田眞由美，中山英恵，柳田優子，岡下さやか，東野亮太，木村香里奈，堤博美，岩坂壽二，病棟急性期心臓リハビリテーションから回復期リハへの移行～CPX パス導入の有効性についての検討～，第17回日本心臓リハビリテーション学会，鹿児島
- 18) 岡下さやか，木村 穰，齋藤 瞳，上田加奈子，宮内拓史，中山英恵，東野亮太，木村香里奈，堤博美，岩坂壽二，心臓リハビリテーション効果に及ぼす心理的因子の検討，第17回日本心臓リハビリテーション学会，鹿児島
- 19) 久保田眞由美，木村穰，柳田優子，齋藤瞳，岩坂壽二，心臓リハビリにおける各種心理指標の変化の検討，第17回日本心臓リハビリテーション学会，鹿児島
- 20) 中川明仁，木村穰，田嶋佐和子，上田加奈子，馬場天信，齋藤瞳，佐藤豪，肥満患者の活動性に関わる心理的特性についての検討，第31回日本肥満学会，群馬
- 21) 中山英恵，木村穰，高橋伯夫，大倉ひろ枝，東野亮太，柳田優子，岡下さやか，宮内拓史，久保田眞由美，上田加奈子，岩坂壽二，減量時内臓脂肪量の変動に関連する因子の解析，第31回日本肥満学会，群馬

