2026年11月14日(土)

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

13:00 ~ 13:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-1] ポスター1

座長:中島 由史(伊万里有田共立病院)、瀧下 明日香(九州中央リハビリテーション学院)

13:00 ~ 13:10

[P-1-01] C8脊髄損傷に脳幹出血を合併した症例における排泄動作障害
―摘便動作における感覚障害の影響について―

*児玉 雄作[1]、永濱 智美[1]、榎畑 純二[1]、重信 恵三[2] (1. 社会医療法人恒心会　恒心会おぐら病院　リハビリテーション部、2. 社会医療法人恒心会　恒心会おぐら病院　リハビリテーション科)

13:10 ~ 13:20

[P-1-02] 重度感覚障害により麻痺側下肢の運動主体感が低下した患者に振り出しの内省を促すことで歩行を獲得した症例

*足立 凌汰[1]、池尻 生実[1]、平野 晋資[2] (1. 福岡リハビリテーション病院 リハビリテーション部、2. 福岡リハビリテーション病院　脳神経内科)

13:20 ~ 13:30

[P-1-03] 脳卒中片麻痺患者の平地歩行と勾配歩行における筋活動の違いについて

*烏山 悠季[1]、矢頭 裕一[1]、原 修平[1]、草野 嵩一郎[1]、川原 靖弘[2] (1. 社会医療法人三佼会宮崎病院、2. 放送大学大学院文化科学研究科)

13:30 ~ 13:40

[P-1-04] 予測的姿勢制御に着目した介入により，歩行能力の改善と散歩の再開に至ったパーキンソン病患者の一例

*萩原 駿一[1]、山川 紘子[1]、大瀬 拓海[1]、山口 滉大[1]、山田 麻和[1]、本多 歩美[1] (1. 社会医療法人春回会　長崎北病院　総合リハビリテーション部)

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

13:00 ~ 13:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-2] ポスター2

座長:楠元 正順(誠愛リハビリテーション病院)、相良 優太(愛野記念病院)

13:00 ~ 13:10

[P-2-01] 人工膝関節全置換術後患者の14日のクリニカルパス達成に関連する因子の検討

*平野 青葉[1]、芦刈 和樹[1]、愛甲 拓海[1]、吉村 将弥[1]、谷口 直也[1]、川島 隆史[1] (1. 明野中央病院リハビリテーション部)

13:10 ~ 13:20

[P-2-02] 人工膝関節全置換術後2週間で膝伸展筋力が術前値を上回る患者の特徴

*川島 隆史[1]、愛甲 拓海[1]、芦刈 和樹[1]、平野 青葉[1]、吉村 将弥[1]、谷口 直也[1] (1. 明野中央病院　リハビリテーション部)

13:20 ~ 13:30

[P-2-03] 右高位脛骨骨切術後に外側ヒンジ骨折を呈し再手術した症例

*松本 賢士[1]、川原 慎也[1,2]、木原 大護[1,2]、甲斐 之尋[1] (1. かい整形外科医院、2. 九州大学病院)

13:30 ~ 13:40

[P-2-04] 歩行時の協調運動改善を図る動作練習がTKA術前後の歩行変化に及ぼす影響：症例報告

*朝木 茉耶[1,2]、今岡 信介[1]、阿南 雅也[2,3] (1. 大分岡病院　リハビリテーション部、2. 大分大学大学院福祉健康科学研究科　健康医科学コース、3. 大分大学福祉健康科学部　理学療法コース)

一般演題（ポスター）｜地域リハビリテーション

13:50 ~ 14:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-3] ポスター3

座長:三宮 克彦(熊本機能病院)、立丸 允啓(小倉リハビリテーション病院)

13:50 ~ 14:00

[P-3-01] 行政における理学療法士の現在

*柳田 優[1] (1. 長崎県小値賀町)

14:00 ~ 14:10

[P-3-02] 地域在住高齢者に対する高負荷運動を軸とした地域介護予防活動「ぴしゃトレ」の試み

*丸中 公貴[1]、清水 洋行[1,3]、堀田 一希[1]、久木崎 航[2,3]、金子 茂稔[3] (1. 株式会社未来図Labo、2. 熊本保健科学大学、3. 株式会社WONDER未来図)

14:10 ~ 14:20

[P-3-03] 地域女性住民における骨粗鬆症予防教室の介入効果について

*池田 章子[1]、内田 由美子[1]、松口 愛[1]、田口 耕介[2]、宇都宮 真紀[2]、酒井 祥平[3]、竹口 守[3]、三根 立己[3] (1. 長崎県理学療法士協会　骨粗鬆症予防対策委員会、2. 公立小浜病院、3. 愛野記念病院)

14:20 ~ 14:30

[P-3-04] 地域在住高齢者における訪問サービスの機能分化に関する検証

*野原 慎二[1] (1. ライフサポート熊本訪問看護ステーション)

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄

13:50 ~ 14:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-4] ポスター4

座長:下田 啓介(米盛病院)、中元寺 聡(福岡志恩病院)

13:50 ~ 14:00

[P-4-01] 妊娠期腰痛・骨盤帯痛に対し妊娠周期に応じた段階的理学療法介入が奏功した１症例

*黒木 希望[1]、矢野 遥香[1]、松元 春香[1]、大山 史朗[1]、山本 晃維[1]、福嶋 麻里[1]、福嶋 秀一郎[1] (1. 医療法人岡田整形外科　岡田整形外科医院)

14:00 ~ 14:10

[P-4-02] 仙骨骨折後に遷延した殿部痛に対し仙腸関節障害へ着目した臨床推論と治療展開

*屋敷 万紀[1]、川井 康平[1]、安藤 将孝[1] (1. 大分リハビリテーション病院リハビリテーション部)

14:10 ~ 14:20

[P-4-03] 脆弱性骨盤骨折患者における起居動作自立日数と回復期リハ病棟退院時における歩行能力の関係

*米村 翔太[1]、泉 清徳[1]、斎藤 孝英[1]、前田 亮介[3]、岡崎 慎吾[2] (1. 社会医療法人　雪の聖母会　聖マリア病院　リハビリテーション室、2. 社会医療法人　雪の聖母会　聖マリア病院　整形外科、3. 社会医療法人　雪の聖母会　聖マリアヘルスケアセンター)

14:20 ~ 14:30

[P-4-04] 腰椎圧迫骨折患者において，入院中の予測と退院後生活との乖離から退院支援の課題が明らかとなった症例

*柴田 紗代子[1]、田中 拓樹[1] (1. 百年橋リハビリテーション病院　リハビリテーション部)

一般演題（ポスター）| 測定・評価

14:40 ~ 15:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-5] ポスター5

座長:東 直人(鹿児島赤十字病院)、今屋 将美(熊本機能病院)

14:40 ~ 14:50

[P-5-01] AI姿勢推定を用いた簡易動作解析の臨床応用可能性
―起立・着座動作を対象として―

*嶋村 剛史[1,2] (1. 熊本保健科学大学　保健科学部リハビリテーション学科、2. 熊本保健科学大学　健康・スポーツ教育研究センター)

14:50 ~ 15:00

[P-5-02] 人工膝関節置換術後の杖歩行自立日数に影響する要因の検討

*豊田 彩[1]、山畑 公弘[1]、武田 晃[1] (1. JCHO天草中央総合病院)

15:00 ~ 15:10

[P-5-03] 手術椎間高位の違いと退院時の日本整形外科学会腰痛評価質問票（JOABPEQ）各下位尺度との関連

*鞭馬 貴史[1]、鶴田 朋幸[1]、國松 陸[1]、平野 青葉[1]、河野 裕輔[1]、谷口 直也[1] (1. 明野中央病院リハビリテーション部)

15:10 ~ 15:20

[P-5-04] 鏡視下腱板修復術患者におけるPain trajectoryを用いた慢性術後疼痛予測に関する探索的検討

*河口 滉[1]、馬場 功時[1]、稲吉 直哉[1]、須崎 裕一[1] (1. 済生会大牟田病院　リハビリテーション部)

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

14:40 ~ 15:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-6] ポスター6

座長:尾道 健太郎(川嶌整形外科病院)、江郷 功起(大牟田市立病院)

14:40 ~ 14:50

[P-6-01] 大腿骨転子部骨折術後の荷重時痛に対する股関節外転筋トレーニングの効果
―疼痛軽減を認めた1症例―

*竹丸 大稀[1]、安藤 将孝[1]、川井 康平[1] (1. 社会医療法人敬和会大分リハビリテーション病院　リハビリテーション部)

14:50 ~ 15:00

[P-6-02] 再骨折を契機とした右大腿骨近位部骨折術後症例の一例
～自宅退院に向けた理学療法介入と歩行形態の再構築～

*仲村 明夏[1]、井上 貴恵[1]、奥 崇詞[1]、土井 篤[2] (1. 社会医療法人　青洲会　福岡青洲会病院　リハビリテーション部、2. （株）レクタス訪問看護ステーション　ラピレス)

15:00 ~ 15:10

[P-6-03] 歩行支援装置を用いた歩行波形フィードバックとSTEP 練習が THA術後患者の歩行に与えた効果

*近廣 若奈[1]、中原 浩喜[1]、川井 康平[1] (1. 大分リハビリテーション病院　リハビリテーション部)

15:10 ~ 15:20

[P-6-04] 視覚障害及び上肢支持制限を伴う大腿骨転子部骨折術後患者に対する体重免荷式歩行器を用いた歩行導入の一例

*大竹 悠斗[1]、坂本 大和[1]、葉山 力斗[1] (1. 社会医療法人大成会福岡記念病院)

一般演題（ポスター）| 教育・管理運営

15:30 ~ 16:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-7] ポスター7

座長:神田 勝利(鹿児島第一医療リハビリ専門学校)、田崎 秀一郎(川﨑病院)

15:30 ~ 15:40

[P-7-01] 職員満足度期査の可視化と組織改善への活用
-ESポートフォリオ分析を用いた取り組み一

*福田 航平[1] (1. 光武内科循環器科病院)

15:40 ~ 15:50

[P-7-02] 当院のリハビリテーション職及び看護職における多職種連携態度と関連要因の検討

*清水 隆基[1]、中山 大貴[2]、早川 智之[2] (1. 天心堂へつぎ病院　リハビリテーション課、2. 九州医療スポーツ専門学校　理学療法学科)

15:50 ~ 16:00

[P-7-03] 全国障がい者スポーツ大会における学生サポーター活動の教育的意義―実地視察を通した活動報告―

*長友 典子[1,2]、大寺 健一郎[1]、村野 信之[1]、大山 史朗[2]、松元 春香[2] (1. 宮崎リハビリテーション学院、2. 宮崎アスレティックトレーナー協会パラトレーナー部会)

16:00 ~ 16:10

[P-7-04] 急性期病院におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算導入の影響

*髙安 信吾[1] (1. 社会医療法人 仁愛会 浦添総合病院)

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

15:30 ~ 16:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-8] ポスター8

座長:鈴木 裕也(製鉄記念八幡病院)

15:30 ~ 15:40

[P-8-01] 末期首下がり症に対する徒手理学療法の即時的・一時的効果

*井ノ上 修一[1]、若松 康子[1]、柿田 謙三[1] (1. ともなが内科クリニック　生活習慣病予防センター)

15:40 ~ 15:50

[P-8-02] 腰椎椎間板ヘルニアの既往がある頸椎の椎間孔狭窄とヘルニアを合併した症例

*加藤 裕[1] (1. 大分整形外科病院)

15:50 ~ 16:00

[P-8-03] 徒手介入により即時改善を認めた前胸部痛～外側胸筋神経の関与が示唆された一症例～

*橋本 裕司[1]、安部 隆義[1]、大鍛治 孝幸[1]、谷 侑太[1]、尾崎 良勝[1]、牟田口 瞬[1]、渡邊 裕介[2] (1. わたなべ整形外科クリニック　リハビリテーション部、2. わたなべ整形外科クリニック　整形外科)

16:00 ~ 16:10

[P-8-04] 非スポーツ者の胸郭出口症候群に対する第一肋骨切除術後1年の患者満足度-3例-

*田中 勇輝[1]、水上 健太[1]、居石 李菜[1]、表迫 樹[1]、小泉 慎二[1]、小窪 雄介[1]、秋吉 寿[1]、下河邉 久雄[2] (1. 秋吉整形外科、2. 戸畑共立病院)

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

16:20 ~ 17:00 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-9] ポスター9

座長:妹尾 昌大(大勝病院)、富岡 一俊(垂水市立医療センター垂水中央病院)

16:20 ~ 16:30

[P-9-01] 抗重力位での運動療法により歩行能力の改善が得られた自己免疫性脊髄症の一例

*坂田 果也[1]、本田 祐一[1]、安藤 信次[1] (1. 臼杵市医師会立コスモス病院　リハビリテーション部)

16:30 ~ 16:40

[P-9-02] 外来パーキンソン病（PD）患者の首下がり（DHS）に対する超音波療法を併用した段階的な運動療法の介入戦略

*山口 滉大[1]、山田 麻和[2]、山川 紘子[1]、大瀬 拓海[1]、萩原 駿一[1] (1. 社会医療法人春回会　長崎北病院　総合リハビリテーション部　理学療法士、2. 社会医療法人春回会　長崎北病院　総合リハビリテーション部　作業療法士)

16:40 ~ 16:50

[P-9-03] 恐怖反応を伴うLateropulsion に対する段階的感覚運動再学習の効果 -橋出血の一症例-

*吉永 幸生[1] (1. 医療法人杉村会 杉村病院 リハビリテーション部)

16:50 ~ 17:00

[P-9-04] ラクナ梗塞発症後,バランス不良と歩行困難を認めた症例の歩行再建を目指した理学療法～姿勢制御に着目～

*高山 湧杜[1]、笠江 省太[1] (1. 医療法人社団 聖山会 川南病院　リハビリテーション室)

一般演題（ポスター）| 呼吸・循環・代謝

16:20 ~ 17:00 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-10] ポスター10

座長:筒井 宏益(江南病院)、今田 琢也(門司掖済会病院)

16:20 ~ 16:30

[P-10-01] 高齢心不全患者におけるリハ前後の身体機能・ADLと再入院に関する検討

*河崎 靖範[1] (1. 熊本リハビリテーション病院　リハビリテーション部　理学療法科)

16:30 ~ 16:40

[P-10-02] ペースメーカーによる心拍応答制限下でAT改善を認めた心不全症例
ーCPXによる経時的評価ー

*大野 耕太朗[1]、境野 成次[2]、山口 祐二[3]、村野 武志[3]、鶴田 豊[3] (1. 鶴田病院リハビリテーション科、2. 鶴田病院循環器内科、3. 鶴田病院外科)

16:40 ~ 16:50

[P-10-03] 島嶼地域病院における心不全未発症入院患者のリスク層別化と予防的介入の可能性

*堤 康平[1] (1. 社会医療法人玄州会光武内科循環器科病院リハビリテーション部)

16:50 ~ 17:00

[P-10-04] 低血圧を伴う超重度の大動脈弁狭窄症患者の離床について
～脈圧・脈圧比に着目して～

*野田 彩乃[1]、挽地 裕[2]、小山 卓[2]、樫山 国宣[2]、鶴 良太[1]、岡部 達哉[1]、吉田 美夏[1] (1. 医療法人輝栄会　福岡輝栄会病院　リハビリテーション科、2. 医療法人輝栄会　福岡輝栄会病院　循環器内科)

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

17:10 ~ 17:50 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-11] ポスター11

座長:花城 範行(宜野湾記念病院)、戸髙 良祐(別府リハビリテーションセンター)

17:10 ~ 17:20

[P-11-01] 複合病態を呈した脳卒中再発症例に対する段階的な装具療法の経験

*中川 涼[1]、田鍋 拓也[2]、長野 弘枝[1]、安田 遼[1] (1. 公益財団法人 健和会 大手町病院 リハビリテーション部、2. 公益財団法人 健和会 大手町リハビリテーション病院 リハビリテーション部)

17:20 ~ 17:30

[P-11-02] 重度感覚障害を呈した右視床出血患者に対し、TENS使用下での感覚入力、動的トレーニングが有効であった一例

*上村 玲央奈[1]、新保 千尋[1]、榎畑 純二[1]、永濱 智美[1] (1. 社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院 リハビリテーション部)

17:30 ~ 17:40

[P-11-03] 回復期病院を退院後、不定愁訴を伴う慢性疼痛が残存しながらも家事動作獲得に至った生活期脳卒中者の1症例

*黒木 裕亮[1]、中原 寿志[1]、柚木 直也[1] (1. 医療法人 魁成会 宮永病院 リハビリテーション室)

17:40 ~ 17:50

[P-11-04] "心を動かし、活きるを支える"
～重症くも膜下出血術後患者に対する退院支援～

*白石 豊章[1]、廣原 円[1]、本山 成美[1]、本田 祐一[1]、安藤 真次[1]、竹村 仁[1] (1. 臼杵市医師会立コスモス病院)

一般演題（ポスター）| 日常生活活動/成人中枢神経

17:10 ~ 17:50 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-12] ポスター12

座長:柳 吉美(くらて病院)、保坂 公大(久留米リハビリテーション病院)

17:10 ~ 17:20

[P-12-01] 超高齢者及び多疾患併存患者に対し積極的歩行練習を導入した効果

*有馬 真之祐[1]、松﨑 哲治[1]、皆田 享平[1]、今村 絵梨[1]、厚東 蒼一郎[1] (1. 夫婦石病院)

17:20 ~ 17:30

[P-12-02] 体幹機能改善を認めるも実用的歩行獲得に至らなかった脳卒中患者の一例

*橋口 聖剛[1]、本島 佳純[1]、緒方 悠実子[1]、坂田 修治[1] (1. 大牟田天領病院リハビリテーション科)

17:30 ~ 17:40

[P-12-03] 回復期重度脳卒中患者に対する「ウェルウォークWW-2000」を用いた歩行訓練がADL向上に寄与した1症例

*本田 洋輔[1]、竹田 豊[1]、倉爪 康裕[1]、外薗 昭彦[2] (1. 潤和会記念病院 リハビリテーション療法部、2. 潤和会記念病院 リハビリテーション科)

17:40 ~ 17:50

[P-12-04] 頸髄損傷後の重度痙性に対するITB療法が運転動作自立に寄与した一症例

*山田 将史[1]、佐々木 翔健[1]、原口 徹朗[1]、本村 楓[1]、木山 良二[2] (1. 加治木温泉病院、2. 鹿児島大学医学部)

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-1] ポスター1

座長:中島 由史(伊万里有田共立病院)、瀧下 明日香(九州中央リハビリテーション学院)

13:00 ~ 13:10

[P-1-01] C8脊髄損傷に脳幹出血を合併した症例における排泄動作障害
―摘便動作における感覚障害の影響について―

*児玉 雄作[1]、永濱 智美[1]、榎畑 純二[1]、重信 恵三[2] (1. 社会医療法人恒心会　恒心会おぐら病院　リハビリテーション部、2. 社会医療法人恒心会　恒心会おぐら病院　リハビリテーション科)

13:10 ~ 13:20

[P-1-02] 重度感覚障害により麻痺側下肢の運動主体感が低下した患者に振り出しの内省を促すことで歩行を獲得した症例

*足立 凌汰[1]、池尻 生実[1]、平野 晋資[2] (1. 福岡リハビリテーション病院 リハビリテーション部、2. 福岡リハビリテーション病院　脳神経内科)

13:20 ~ 13:30

[P-1-03] 脳卒中片麻痺患者の平地歩行と勾配歩行における筋活動の違いについて

*烏山 悠季[1]、矢頭 裕一[1]、原 修平[1]、草野 嵩一郎[1]、川原 靖弘[2] (1. 社会医療法人三佼会宮崎病院、2. 放送大学大学院文化科学研究科)

13:30 ~ 13:40

[P-1-04] 予測的姿勢制御に着目した介入により，歩行能力の改善と散歩の再開に至ったパーキンソン病患者の一例

*萩原 駿一[1]、山川 紘子[1]、大瀬 拓海[1]、山口 滉大[1]、山田 麻和[1]、本多 歩美[1] (1. 社会医療法人春回会　長崎北病院　総合リハビリテーション部)

一般演題（ポスター）｜成人中枢神経

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-1] ポスター1

座長:中島 由史(伊万里有田共立病院)、瀧下 明日香(九州中央リハビリテーション学院)

13:00 ~ 13:10

[P-1-01] C8脊髄損傷に脳幹出血を合併した症例における排泄動作障害 ―摘便動作における感覚障害の影響について―

*児玉 雄作[1]、永濱 智美[1]、榎畑 純二[1]、重信 恵三[2] (1. 社会医療法人恒心会　恒心会おぐら病院　リハビリテーション部、2. 社会医療法人恒心会　恒心会おぐら病院　リハビリテーション科)

キーワード：脊髄損傷、感覚障害、排泄動作

本症例報告は,所属機関の倫理委員会の承認（承認番号：2025-B19）を得て実施した。対象者には,本症例報告の概要について文書および口頭にて十分な説明を行い，本症例報告への同意を得て同意書への署名を取得した。また，個人情報の保護に十分配慮した。

【はじめに】

自律神経過反射は,脊髄損傷患者に生じうる重篤な合併症であり,膀胱・直腸刺激などを契機に急激な血圧上昇を呈し,脳出血を来すことが報告されている。一方,脊髄損傷に脳卒中を併存した症例における機能障害やADL回復過程の詳細な報告は少なく,特に排泄動作に着目した報告は限られている。今回,C8脊髄損傷既往患者に橋出血を合併し排泄動作に困難を認めたため,感覚障害が排泄動作に与える影響について検討した。

【症例紹介】

36歳男性。既往にC8脊髄損傷(ASIA Impairment Scale：A)があり,受傷前は車椅子にてIADLまで自立し,排便は自己摘便にて自立していた。今回,排便中に右上肢の痺れと構音障害が出現し,橋出血と診断された。保存的治療後,リハビリ目的で当院入院となった。

【評価と介入】

初期評価では,握力は(右10/左30)kg,右上肢に表在感覚障害(Semmes Weinstein Monofilament Test：以下SWTにて感覚過敏・痺れ),深部感覚障害(母指探しテストⅡ度)と協調性低下(指追い試験：右1点),それに伴う巧緻性低下（Nine Hole Peg Test：以下9HPT：実施困難(0個)）を認めた。初期は,感覚過敏を主として右手での把持や操作時の不快感・困難感を訴え,排便動作獲得への移行時期には,9HPT：23秒と巧緻性は回復しているにもかかわらず感覚障害に起因する触知困難感を訴え,摘便動作に支障を来した。以上の経過より,手掌の感覚障害の関与が示唆されたため,早期治療介入として,感覚障害に対して痺れ同調TENS(電気刺激),巧緻動作訓練,感覚再教育を実施し,摘便動作への移行時期からは,更に便の性状や肛門の位置把握を目的とした示指の感覚訓練,鏡を用いた視覚的代償を伴う課題指向型の摘便訓練等を実施した。加えて,病棟との連携を深め内服により便性状の調整を図った。

【結果】

結果として,SWTによる感覚改善に伴い触知困難感の軽減を認め,摘便動作への訓練介入により自己にて摘便動作が可能となった。

【考察】

本症例より,感覚障害は摘便動作における触知および操作の双方に影響し,評価・介入において考慮すべき要素であると示唆された。

一般演題（ポスター）｜成人中枢神経

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-1] ポスター1

座長:中島 由史(伊万里有田共立病院)、瀧下 明日香(九州中央リハビリテーション学院)

13:10 ~ 13:20

[P-1-02] 重度感覚障害により麻痺側下肢の運動主体感が低下した患者に振り出しの内省を促すことで歩行を獲得した症例

*足立 凌汰[1]、池尻 生実[1]、平野 晋資[2] (1. 福岡リハビリテーション病院 リハビリテーション部、2. 福岡リハビリテーション病院　脳神経内科)

キーワード：運動主体感、感覚障害、歩行

【倫理的配慮】本症例報告の実施にあたり、対象者には本報告の目的および内容について十分に説明し、書面にて同意を得た。なお、個人が特定されないよう十分に配慮した。

【はじめに】運動主体感とは「この運動は自分によるものだ」という主体の感覚であり、運動時の感覚フィードバックの予測と実際の感覚フィードバックが時空間的に一致することで生成される(Gallagher 2000）。また、脳卒中患者において、感覚障害が重度であるほど運動主体感が低下しやすいと報告されている(宮脇 2022)。今回、重度感覚障害により、麻痺側下肢に対する運動主体感が低下した症例を担当した。本症例に対し、麻痺側下肢の振り出しを内省させたことで、運動主体感が向上し、歩行の獲得に至ったため報告する。【症例紹介】左視床出血を呈した70歳代男性、発症16日目より当院へ転院。基本動作・歩行は全介助であった。機能面において、Brunnstrom Recovery Stage(以下、BRS)は下肢Ⅰ、Borg Balance Scale(以下、BBS)、Fugl-Meyer Assessment下肢運動項目(以下、FMA下肢)は、全て0点であり、麻痺側下肢の感覚は、表在・深部感覚ともに脱失していた。麻痺側下肢の運動主体感は、Numerical Rating Scale(以下、NRS)にて1であり「右足は自分で動かすことはできない」といった発言が聞かれた。【経過・介入】発症16日目より長下肢装具を用いた起立･歩行練習を開始。麻痺側下肢のステップ練習では、姿勢鏡にて視覚フィードバックを行うも「右足は動かない」「自分では動かしていない」といった発言が聞かれた。そこで、運動主体感を再構築するために、発症127日目より、ステップや歩行練習において「必ず右足を前に出して歩いてください」と声掛けを行い、麻痺側下肢の振り出しを強調し、運動を予測させた。そして、振り出した際の足部の位置や動きを視覚的に確認・内省させた。最終評価にて、基本動作は見守りから修正自立となり、4点杖・短下肢装具を使用し、病棟内は、見守りで歩行可能となった。機能面においては、BRS下肢Ⅳ、BBS31点、FMA下肢21点まで改善し、麻痺側下肢の感覚は、表在:重度鈍麻、深部:中等度鈍麻と改善を認めた。麻痺側下肢の運動主体感は、NRS7まで向上し「右足は自分で出している」といった発言が聞かれた。【考察】本症例は、重度感覚障害により麻痺側下肢の感覚フィードバックが阻害され、運動時における感覚の予測と結果の照合が困難となり運動主体感が低下していたと考える。そこで、麻痺側下肢に対し、歩行やステップ時の振り出しを視覚的に確認・内省させることで、運動主体感の再構築を図った結果、歩行の獲得に至った。運動主体感は「feeling of agency(潜在的・無意識レベル)」と「judgement of agency(顕在的・意識レベル)」の二層構造を有し、顕在的レベルにおける動作の内省が、潜在的レベルでの主体感を修飾すると述べている(Synofzik 2008)。今回、麻痺側下肢の振り出しを視覚的に確認させたことで、運動時における感覚予測と結果の照合を促し、それを内省させることで、顕在的レベルでの運動主体感が再構築されたと考える。また、これらの反復により、トップダウン的に顕在的レベルから潜在的レベルの主体感へ修飾され、歩行の獲得に至ったと考える。【結語】麻痺側下肢の振り出しを視覚的に確認・内省させることで運動主体感が再構築され、それを反復することにより、顕在的レベルから潜在的レベルの運動主体感を修飾し、歩行の獲得に至ったと考える。

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-1] ポスター1

座長:中島 由史(伊万里有田共立病院)、瀧下 明日香(九州中央リハビリテーション学院)

13:20 ~ 13:30

[P-1-03] 脳卒中片麻痺患者の平地歩行と勾配歩行における筋活動の違いについて

*烏山 悠季[1]、矢頭 裕一[1]、原 修平[1]、草野 嵩一郎[1]、川原 靖弘[2] (1. 社会医療法人三佼会宮崎病院、2. 放送大学大学院文化科学研究科)

キーワード：片麻痺、勾配歩行、筋活動

被験者にはヘルシンキ宣言に基づいて本研究の目的や方法や研究による利益・不利益などを書面にて説明し、同意書への署名により同意を得た。参加は自由意思に従うもので、得られたデータや個人情報は匿名加工情報対応表を用いて厳重に管理した。

【目的】長崎県は坂道が多い地域であり、多くの地域高齢者は自宅周囲の坂道によって外出の機会が奪われ、社会的フレイルの要因の一つとなっている。当院回復期病棟の患者の中にも自宅周辺に坂道が多く、退院後の生活についての不安や恐怖心等の訴えが聞かれたり、自立できないことで外出の機会が減少する症例も少なくはない。今回の研究は、当院入院中の患者を対象とし、勾配歩行（上り・下り）と平地歩行の筋活動の違い比較・検証することとした。

【対象】当院回復期病棟に入院した脳卒中片麻痺患者5名（すべて男性、平均年齢72.6±5.3歳）を対象とし、病棟内移動が自立、MMSE 24点以上、評価や歩行を阻害する著明な高次脳機能障害がない者とした。下肢Brunnstrom stageはⅣ１名、Ⅴ4名であり、右片麻痺2名、左片麻痺3名とした。

【方法】表面筋電図の導出にはワイヤレスEMGロガーⅢを用い、麻痺側の大殿筋、大腿直筋、内側広筋、半腱様筋、前脛骨筋、腓腹筋内側頭の計測を行ない、10-500Hzのバンドパスフィルタをかけ、平地の最大値（安定区間３周期）で正規化した。歩行周期の導出には薄型９軸ワイヤレスモーションセンサV2を用い、第３腰椎に装着した。計測環境としては当院屋上にある傾斜約9.７～10.５°、距離約10.3mの坂道と平地10.0mを使用し、上り、下り、平地の順でそれぞれ独歩快適歩行速度での計測を行なった。

【結果】表面筋電図によるRMSの値を平地歩行、上り、下りの順で示す。大殿筋（39.93±8.58、45.37±21.93、41.17±13.76)、大腿直筋（36.19±6.67、35.67±19.17、28．59±13.23)、内側広筋（37.38±8.19、34.63±18.88、38.31±22.45)、半腱様筋（32.71±10.10、36．46±24.10、30.87±14.49)、前脛骨筋（39.79±6.12、50.64±5.86、40.90±10.50）腓腹筋（32.29±14.01、34.42±26.32、26.02±14.26）となった。また、ピーク値は平地歩行と比較し大殿筋は上り、下り共に減少、内側広筋は下りで減少、前脛骨筋は上り、下り共に増加となった。

【考察】健常者における坂道歩行においては上り坂では大殿筋、大腿四頭筋、ハムストリングス、前脛骨筋、腓腹筋の筋活動が増加し、下り坂では大腿四頭筋、ハムストリングス、腓腹筋の活動が増加するとされている。今回の結果から、対象患者では下り坂歩行時の大腿直筋、半腱様筋、腓腹筋の筋活動の低下を認めた。これらの筋は下り坂歩行の際に、遠心性収縮を伴いながら膝関節や足関節の安定性に寄与しているが、片麻痺患者は筋出力の調整障害や痙縮、感覚障害等により求心性収縮よりも遠心性収縮のコントロールが難しいことが多く、片麻痺患者では特に下り坂歩行の際に、膝関節や足関節の安定性が低下すると考える。

【まとめ】長崎のような坂道が多い環境では遠心性収縮を用いた訓練の実施や退院後に行う自

主訓練の指導が他の地域よりも重要であり、外出機会を増やすことに繋がるのではないかと考える。

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-1] ポスター1

座長:中島 由史(伊万里有田共立病院)、瀧下 明日香(九州中央リハビリテーション学院)

13:30 ~ 13:40

[P-1-04] 予測的姿勢制御に着目した介入により，歩行能力の改善と散歩の再開に至ったパーキンソン病患者の一例

*萩原 駿一[1]、山川 紘子[1]、大瀬 拓海[1]、山口 滉大[1]、山田 麻和[1]、本多 歩美[1] (1. 社会医療法人春回会　長崎北病院　総合リハビリテーション部)

キーワード：パーキンソン病、Mini-BESTest、Life Space Assessment

本研究は倫理的配慮を行い，対象者に目的・内容・負担・自由意思による参加・同意撤回の権利を口頭および書面にて説明し、同意を得た．なお，個人情報が特定されないように匿名化し，データは研究担当者が厳重に保管する．

【はじめに】在宅パーキンソン病（PD）患者の活動量低下には，姿勢保持障害等の運動症状に加え，疲労感や転倒恐怖感の関与が指摘されている．今回，ふらつき感や疲労感により日課の散歩が困難となったPD患者に対し，予測的姿勢制御(APAｓ)に着目した介入を行った結果，歩行能力の改善と活動範囲の拡大が得られたため報告する．【症例紹介】70代男性．PD（HY stage3）．症状を自覚した４か月後にPDと診断され，リハビリテーション（リハ）開始．レボドパ300㎎/日で日内変動なし．ADL自立だが外出は通院のみ（T字杖使用）．妻の勧めでリハを開始し，「ふらふらしないで歩きたい」との主訴はあるが，当初は体調不良による休みも散見された．【初期評価】MDS-UPDRSpart3：43/132点（筋固縮平均：2.0 /4.0点），Mini-BESTest：19/28点（APAs平均：1.0/2.0点，動的歩行：1.0/2.0点），10m快適歩行：16.46s(30歩)，TUG：R15.9/L17.0s，6分間歩行距離：225m（T字杖）．歩幅減少と円滑さの低下が顕著であった．PDQ39：70/156点，PFS-16：3.9/5.0点，GDS：14/15点と疲労感，うつ症状が強く，LSA：24/120点で活動範囲は敷地内レベルに留まっていた．【統合と解釈】筋固縮や動作緩慢に加え，APAs低下によるバランス障害が歩行時の不安感やふらつき感を招き，非運動症状（うつ・疲労感）と相互に影響して活動制限につながっていると推察した．【介入経過】週に２回，各１時間のリハを4か月実施した．前半2ヶ月は動作の振幅拡大を目的に臥位・座位での粗大運動を主体とした．2か月後，歩行速度と歩幅は拡大傾向だったが動的歩行のバランス能力は依然として低下していた．そこで後半2ヶ月は，視覚的フィードバック下での身体感覚の再獲得を図るとともに，APAs強化に向けた立位バランスやステップ練習を強化し，日常生活を想定した動的歩行練習へ展開した．また，全過程でポジティブフィードバックを徹底し，心理面へ配慮した．【最終評価】MDS-UPDRS part3：23/132点(筋固縮平均：1.4/4.0点)，Mini-BESTest：21/28点（APAs平均：1.3/2.0点，動的歩行平均1.6/2.0点），10m快適歩行：9.44s(18歩)，TUG：R7.7/L7.2s，6分間歩行：388m（独歩）と，運動症状および歩行では臨床的意味のある差を超えた大幅な改善を認めた．PDQ39：13/156点，PFS-16：2.1/5.0点，GDS：９/15点と非運動症状も軽減した．心理面の改善に伴い発話量が増加し，自宅近隣の散歩を再開するなどLSA：56/120点に改善し，「きつくなくなった」と内省が得られた．【考察】本症例において活動範囲が拡大した要因として，症例の著明な易疲労感と消極的な心理状態に配慮し，低負荷な粗大運動から段階的に運動強度を調整したことが挙げられる．初期に身体的・心理的負担の少ない運動から開始し，ポジティブフィードバックを徹底したことで，身体感覚の再獲得とともに自己効力感が向上した．このプロセスにより，後半のAPAs強化に向けた高負荷な立位・歩行練習への円滑な移行ができ，結果として歩行効率の向上による疲労感の軽減と，日課の散歩再開という実生活での活動量拡大に結びついたと考えられる．

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-2] ポスター2

座長:楠元 正順(誠愛リハビリテーション病院)、相良 優太(愛野記念病院)

13:00 ~ 13:10

[P-2-01] 人工膝関節全置換術後患者の14日のクリニカルパス達成に関連する因子の検討

*平野 青葉[1]、芦刈 和樹[1]、愛甲 拓海[1]、吉村 将弥[1]、谷口 直也[1]、川島 隆史[1] (1. 明野中央病院リハビリテーション部)

13:10 ~ 13:20

[P-2-02] 人工膝関節全置換術後2週間で膝伸展筋力が術前値を上回る患者の特徴

*川島 隆史[1]、愛甲 拓海[1]、芦刈 和樹[1]、平野 青葉[1]、吉村 将弥[1]、谷口 直也[1] (1. 明野中央病院　リハビリテーション部)

13:20 ~ 13:30

[P-2-03] 右高位脛骨骨切術後に外側ヒンジ骨折を呈し再手術した症例

*松本 賢士[1]、川原 慎也[1,2]、木原 大護[1,2]、甲斐 之尋[1] (1. かい整形外科医院、2. 九州大学病院)

13:30 ~ 13:40

[P-2-04] 歩行時の協調運動改善を図る動作練習がTKA術前後の歩行変化に及ぼす影響：症例報告

*朝木 茉耶[1,2]、今岡 信介[1]、阿南 雅也[2,3] (1. 大分岡病院　リハビリテーション部、2. 大分大学大学院福祉健康科学研究科　健康医科学コース、3. 大分大学福祉健康科学部　理学療法コース)

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-2] ポスター2
座長:楠元 正順(誠愛リハビリテーション病院)、相良 優太(愛野記念病院)

13:00 ~ 13:10

[P-2-01] 人工膝関節全置換術後患者の14日のクリニカルパス達成に関連する因子の検討

*平野 青葉[1]、芦刈 和樹[1]、愛甲 拓海[1]、吉村 将弥[1]、谷口 直也[1]、川島 隆史[1] (1. 明野中央病院リハビリテーション部)

キーワード：人工膝関節全置換術、クリニカルパス、術後早期

本研究は当院の倫理審査委員会の承認を受け (承認番号：250901RE), 倫理指針に従い実施した. また, オプトアウト方式にて対象者に研究の目的や方法を公開し, 不参加の機会を提供した.

【目的】
近年の医療制度改革により人工膝関節全置換術 (以下：TKA) においては, 入院期間の短縮が求められている. 当院でも片側TKA術後患者のクリニカルパスを14日に短縮したが, 予定通りの退院が困難な症例も散見される. 先行研究では, TKA後の入院期間延長に関連する因子として高齢, 女性, BMIが30以上, 非白人種, 米国麻酔学会術前状態分類 (ASA class) が2以上, 術前ヘモグロビン (Hb) 低値などが報告されている. また, 自宅退院遅延について医療側の退院調整, 介護保険による環境整備遅延が負のバリアンスに関連するとの報告もある. よってクリニカルパス達成には円滑な退院支援が求められ, 術後早期でのクリニカルパス達成の可否を予測することは重要である. 本研究の目的は, 術前因子および術後早期の身体機能のうちTKA術後患者のクリニカルパス達成に関連する因子を明らかにすることであった. 【方法】
対象は2025年10月から2026年2月に当院で片側TKAを施行した70名 (男性22名, 女性48名, 74.5±6.8歳) とした. 除外基準は, 術前に杖または独歩での15m以上の歩行が困難であった者, 認知機能低下, 歩行障害を伴う神経疾患, 入院中に治療を要する合併症, 関節リウマチの既往を有する者とした. 調査項目は在院日数, 年齢, 性別, BMI, 術前Hb値, 同居人の有無, 介護保険認定の有無, 術前および術後3, 5日の術側膝関節ROM, 術側膝関節伸展筋力, 10m歩行時間, 歩行時痛とした. 在院日数が14日以内をクリニカルパス達成 (n = 54) , 15日以上をクリニカルパス未達成 (n = 16) と定義した. 統計解析はクリニカルパス達成の可否を目的変数とし, 術前因子と術後3日目因子, 術前因子と術後5日目因子を説明変数とした2モデルで変数減少法によるロジスティック回帰分析を行った. なお, 有意水準は5%とした.
【結果】
術前因子と術後3日目因子のモデルでは, 介護保険認定の有無および術後3日目の10m歩行時間がクリニカルパス達成の可否に有意に関連した. さらに, 術前因子と術後5日目因子のモデルでは, BMI, 介護保険認定の有無, 術後5日目の10m歩行時間および膝関節伸展筋力が有意な関連因子として抽出された.
【考察】
介護保険認定の有無が両モデルで関連の強い因子として抽出された. 介護保険認定者は全員要支援状態であり, 術前からADLが低下していたことがクリニカルパス非達成に関連したと考えられる. また, 術後3日目および5日目の10m歩行時間が強い関連因子として抽出された. 術後早期の歩行能力の改善が退院に必要なADL獲得につながり, クリニカルパス達成に重要であることが考えられる. さらに, BMIや術後5日目の膝関節伸展筋力も関連因子として抽出され, 術前の身体的負荷および術後早期の筋力改善が退院時期に関連する可能性が示された.
【まとめ】
片側TKA後患者のクリニカルパス達成には術前のADL, 身体機能に加え, 術後早期の歩行速度および膝関節伸展筋力の改善が重要であるといえる.

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-2] ポスター2
座長:楠元 正順(誠愛リハビリテーション病院)、相良 優太(愛野記念病院)

13:10 ~ 13:20

[P-2-02] 人工膝関節全置換術後2週間で膝伸展筋力が術前値を上回る患者の特徴

*川島 隆史[1]、愛甲 拓海[1]、芦刈 和樹[1]、平野 青葉[1]、吉村 将弥[1]、谷口 直也[1] (1. 明野中央病院　リハビリテーション部)

キーワード：人工膝関節全置換術、膝伸展筋力、早期理学療法

本研究は、当院の倫理審査委員会の承認を受け（承認番号：250901RE）、倫理指針に従い実施した。また、オプトアウト方式にて対象者に目的や方法を公開し、不参加の機会を提供した。

【目的】
人工膝関節全置換術（TKA）の術後は膝伸展筋力が低下し、術前と同程度まで改善するには6か月を要すとされている。この筋力低下は術後早期で最も大きく、手術侵襲や腫脹による神経系の抑制（関節原性筋抑制; AMI）が主因であり、改善には大腿四頭筋への神経筋電気刺激（NMES）や荷重訓練が有効とされている。一方で、臨床ではTKA後2週間の入院期間中に、膝伸展筋力が術前値を上回る患者も存在する。しかし、術前値を早期に上回る患者の特性や筋力推移は明らかにされていない。これらを明らかにすることは、術後の予後予測や効果的な理学療法の構築において重要である。本研究の目的は、TKA術後2週間で膝伸展筋力が術前値を上回る患者の特徴を明らかにし、筋力向上に関連する因子を検討することである。
【方法】
2025年10月～2026年2月に当院で片側TKAを施行した109名のうち、除外基準（術前、連続15m以上の杖歩行または独歩困難な者・認知機能低下・関節リウマチの既往・治療を要する術後合併症・神経疾患による歩行障害）に該当せず、データ欠損のない72名（年齢74.4 ± 6.8歳、術後在院日数：13.0 ± 2.0日）を対象とした。なお、当院では14日間のクリニカルパスを使用しており、術当日または術後1日目から退院前日まで毎日理学療法が実施される。測定項目は、術前、術後3・5・7・9日目、退院前日の術側膝伸展筋力と歩行時痛とした。また、術前因子としてBMI、性別、年齢を、術後因子として大腿四頭筋へのNMES開始時期、歩行器歩行自立時期、術後在院日数をカルテより収集した。退院時の術側膝伸展筋力が術前値を上回った群を退院時高値群（n=24）、下回った群を退院時低値群（n=48）とした。統計解析では、各変数の正規性を確認した上で、連続変数は対応のないt検定またはMann–Whitney U検定、カテゴリ変数はχ^2検定を用いて群間比較を行った。
【結果】
術前の術側膝伸展筋力では、退院時高値群（0.42 ± 0.17 Nm/kg）が退院時低値群（0.80 ± 0.27 Nm/kg）と比べ、有意に低値を示した（$p < 0.01$）。一方、他の時期の膝伸展筋力や他の因子において2群間で有意差は認められなかった。
【考察】
膝伸展筋力が術前値より改善する患者は、術前膝伸展筋力が低かった。一方、術後2週間の筋力の推移に2群間の差はなく、膝伸展筋力は術前値にかかわらず術後3日目に同程度まで低下し、その後は類似した経過で改善した。TKA術後早期の筋力低下はAMIによる神経系の抑制が主因とされる。術後2週時点ではAMIの改善が十分ではない可能性があり、このことが両群の筋力推移が類似した一因と考えられる。また、歩行器歩行自立時期やNMES開始時期に群間差がなかったことから、術後早期から実施された標準化された理学療法により、術前筋力の高低にかかわらず一定程度の筋力向上が得られた可能性がある。
【まとめ】
TKA術後2週間で術側膝伸展筋力が術前値を上回る患者は、術前膝伸展筋力が低い傾向にあった。また、術前筋力が低い患者であっても、術後早期からの理学療法により入院期間中に膝伸展筋力を向上させ得ることが示唆された。

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-2] ポスター2
座長:楠元 正順(誠愛リハビリテーション病院)、相良 優太(愛野記念病院)

13:20 ~ 13:30

[P-2-03] 右高位脛骨骨切術後に外側ヒンジ骨折を呈し再手術した症例

*松本 賢士[1]、川原 慎也[1,2]、木原 大護[1,2]、甲斐 之尋[1] (1. かい整形外科医院、2. 九州大学病院)

キーワード：高位脛骨骨切術、外側ヒンジ骨折、BMI高値

【倫理的配慮、説明と同意】
本症例報告はヘルシンキ宣言に則り、患者に研究の趣旨を説明し同意を得た。また個人が特定されないよう、匿名性の確保に十分配慮した。

【はじめに】右変形性膝関節症に対し高位脛骨骨切術(open-wedge high tibial osteotomy:以下OWHTO)後に外側ヒンジ骨折(lateral hinge fracture:以下LHF)を呈し再手術に至った症例を経験したため報告する。

【症例紹介】40歳代女性。身長147.0cm、体重74.0kg、BMI34.2kg/m^2。1年程前より特に誘因なく右膝痛出現し疼痛の増減を繰り返していた。初診時のレントゲン(X-P)所見としてKellgren-Lawrence分類Ⅱ、MRI所見として右膝内側半月板後根断裂、右内側半月板逸脱を認め右変形性膝関節症と診断。関節注射、内服、物理療法で経過観察していたが症状改善せずY年Z月に右OWHTO施行。術式はASPICプレートを用いたOWHTOとし、矯正角9°、開大幅11mm、外側ヒンジは脛骨外側皮質中央付近に設定された。
【経過】右OWHTO後、術後1週時より1/3部分荷重開始し1週毎に荷重量増加した。術後3週時のX-P所見にてTakeuchi分類typeⅠLHFを認めたが特に荷重制限を設けることなく経過観察とし、術後４週で自宅退院。術後6週時のX-P所見にてcorrection lossは認めないものの人工骨の逸脱を認め、主治医より荷重量の軽減指示が出された。術後11週時のX-P所見にてshear stressによる骨片転位及び後傾増大、プレート切損を認め、Z+3ヶ月で再手術となった。再手術後、術後8週間は完全免荷とした。術後8週時より1/3部分荷重開始し1週毎に荷重量増加した。再手術後8週時のX-P所見にて一部骨癒合認め、以降の定期X-P所見でも骨癒合傾向は良好に推移し、再手術後12週で自宅退院となった。また右OWHTO後２週時より骨癒合促進を目的として低出力超音波パルス治療(LIPUS)を実施し、再手術後1年時のCT評価にて骨癒合を認めたため終了した。体重は右OWHTO前74.0kg、再手術前74.6kg、再手術後6ヶ月時点で77.8kgと増加していた。
【考察】HTOに関連して生じるLHFは術後早期から認められることが多く、術後1週時のX-Pで12%、CTで41%認められたとの報告もある。LHFの発生因子として術式因子以外に年齢やBMI、喫煙、荷重開始時期などが挙げられる。本症例は40歳代であったがBMI高値であり、荷重開始時期および荷重量の設定にはより慎重な配慮が必要であった可能性がある。またTakeuchi分類typeⅠLHFであっても遷延癒合を呈する症例が報告されており、LHF発生時に荷重制限を再検討することで再手術を回避できた可能性が示唆された。再手術後の骨癒合経過は良好であるが、体重管理が十分に行えていないのが課題である。体重増加は膝関節への力学的負荷を増大させる因子であり、体重1kgの増加により歩行時の膝関節負荷は約3〜4kg増加すると報告されている。再骨折予防および関節変形の進行予防の観点から体重管理を含めた長期的な患者指導が重要である。

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-2] ポスター2

座長:楠元 正順(誠愛リハビリテーション病院)、相良 優太(愛野記念病院)

13:30 ~ 13:40

[P-2-04] 歩行時の協調運動改善を図る動作練習がTKA術前後の歩行変化に及ぼす影響：症例報告

*朝木 茉耶[1,2]、今岡 信介[1]、阿南 雅也[2,3] (1. 大分岡病院　リハビリテーション部、2. 大分大学大学院福祉健康科学研究科　健康医科学コース、3. 大分大学福祉健康科学部　理学療法コース)

キーワード：人工膝関節全置換術、協調運動、マーカーレスモーションキャプチャ

本症例報告に際し，対象者には研究の目的を口頭および文書にて説明し，プライバシー保護に配慮した上で書面による同意を得た．

【目的】
歩行動作は日常生活活動に不可欠であるが，人工膝関節全置換術（TKA）後には，歩行時の正常な関節機能が十分に回復しない症例が多い（Levinger, 2013）．TKA後1年時点では歩行速度の低下，歩幅の減少，遊脚相における最大膝関節屈曲角度の減少が報告されており（Marino, 2024），これらの歩行異常は転倒リスクの増大（Matsumoto, 2012）および非術側の変形性膝関節症進行（Pua, 2022）につながる可能性がある．したがって，術後早期に定量的な歩行評価を行い，評価結果に基づいて介入することは有害事象の予防に重要である．
近年，マーカーレスモーションキャプチャシステム（OpenCap）が歩行分析の定量化ツールとして注目されており，矢状面における股関節および膝関節角度の妥当性が報告されている（Turner, 2024）．今回，OpenCapを用いてTKA術前後の歩行動作を定量的に評価するとともに，歩行時の協調運動改善を目的とした動作練習を実施した一症例を報告する．
【症例紹介】
対象は，左変形性膝関節症（Kellgren-Lawrence分類：Ⅳ）に対してTKAを施行した70代女性である．入院前はADL・IADLとも独歩で自立しており，趣味であるグランドゴルフの再開を目標としていた．術前評価（X-1日）では，ROMは左膝関節屈曲130°・伸展-10°，膝関節伸展筋力（徒手筋力計，アニマ社製）は左19.2 kgfであった．VASは安静時21 mm・歩行時57 mmであった．10 m歩行テストは快適12.1秒，最大努力8.99秒，TUGは13.2秒であった．OpenCapによる歩行評価では，歩幅0.46 m，歩隔0.15 m，股関節伸展最大角度29.9°，膝関節屈曲最大角度44.0°であった．
【経過】
当院のクリニカルパスに準じ，術後1日目より基本動作練習を開始した．術後3日目から膝関節ROM練習および歩行練習を開始し，歩行器歩行が自立した．術後7日目よりT字杖歩行を開始し，8日目にT字杖歩行が自立した．術後17日目に独歩にて自宅退院となった．介入内容は，膝関節ROM運動・下肢筋力増強運動・歩行練習であった．特に，初期接地から荷重応答期における大殿筋の賦活，および立脚終期から前遊脚期における腸腰筋と下腿三頭筋の協調した動作練習を重点的に実施した．
【結果】
最終評価（X+15日）では，ROMは左膝関節屈曲120°・伸展-15°，膝関節伸展筋力は左6.4 kgfであった．VASは安静時0 mm・歩行時24 mmであった．10 m歩行テストは快適9.38秒，最大努力9.17秒，TUGは12.5秒であった．OpenCapによる歩行評価では，歩幅0.50 m，歩隔0.12 mであった，股関節伸展最大角度27.8°，膝関節屈曲最大角度56.4°であった．
【考察】
先行研究では，術後2週時点では術前より歩幅の減少・歩行速度の低下が報告されている（Fary, 2023; Thai, 2026）．一方，本症例では，術後早期であったが，歩幅および快適歩行速度に改善を認めた．術後の炎症症状の軽減に加え，前遊脚期から遊脚初期における協調運動の学習が膝関節屈曲最大角度の増加をもたらし，推進力の向上に寄与したと推察される．本症例の

経過から，協調運動に着目した動作練習は，術後早期の歩行再獲得に寄与し，マーカーレスモーションキャプチャシステムによる即時的かつ定量的な評価を併用することで，運動療法戦略をより的確に構築できる可能性がある．

一般演題（ポスター） | 地域リハビリテーション

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-3] ポスター3

座長:三宮 克彦(熊本機能病院)、立丸 允啓(小倉リハビリテーション病院)

13:50 ~ 14:00

[P-3-01] 行政における理学療法士の現在

*柳田 優[1] (1. 長崎県小値賀町)

14:00 ~ 14:10

[P-3-02] 地域在住高齢者に対する高負荷運動を軸とした地域介護予防活動「ぴしゃトレ」の試み

*丸中 公貴[1]、清水 洋行[1,3]、堀田 一希[1]、久木崎 航[2,3]、金子 茂稔[3] (1. 株式会社未来図Labo、2. 熊本保健科学大学、3. 株式会社WONDER未来図)

14:10 ~ 14:20

[P-3-03] 地域女性住民における骨粗鬆症予防教室の介入効果について

*池田 章子[1]、内田 由美子[1]、松口 愛[1]、田口 耕介[2]、宇都宮 真紀[2]、酒井 祥平[3]、竹口 守[3]、三根 立己[3] (1. 長崎県理学療法士協会　骨粗鬆症予防対策委員会、2. 公立小浜病院、3. 愛野記念病院)

14:20 ~ 14:30

[P-3-04] 地域在住高齢者における訪問サービスの機能分化に関する検証

*野原 慎二[1] (1. ライフサポート熊本訪問看護ステーション)

一般演題（ポスター）｜地域リハビリテーション

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-3] ポスター3

座長:三宮 克彦(熊本機能病院)、立丸 允啓(小倉リハビリテーション病院)

13:50 ~ 14:00

[P-3-01] 行政における理学療法士の現在

*柳田 優[1] (1. 長崎県小値賀町)

キーワード：行政リハビリ専門職、医療専門職、長崎県小値賀町

【倫理的配慮】
発表を行うにあたり、福祉事務所長、総務課長、副町長、町長の決裁を得た。（７値福第９３８号）

【はじめに】
行政に勤務するリハビリテーション専門職（以下、行政リハビリ専門職）の歴史を紐解くと、老人保健法の機能訓練事業などを契機に、行政に雇用される機会を得た時期があった。しかし、行政に必置義務のない行政リハビリ専門職は、すべての自治体に雇用されているわけではなく、雇用されていたとしても少数で、その職能を行政の中でどのように発揮すればよいか、悩みながら日々の業務に取り組んでいるものも少なくない。（日本公衆衛生協会「行政リハビリ専門職のための手引き」より）
現在、市区町村の行政で働いている理学療法士は約２６５名であり、日本理学療法士協会会員の約０．２％である。（理学療法士協会国民の皆さま向けサイト統計情報２０２４年3月３１日現在より）理学療法士が行政へその専門性を示す必要性を感じている。

【目的】
行政で働く理学療法士がどのような業務を行っているのかを報告すること。
地域包括ケアシステム構築にどのような事業を通して関われるのかを報告すること。

【業務内容】
地方公務員の業務は多岐にわたる。私はその中で主に、地域支援事業における一般介護予防事業、高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業を担当している。
地域支援事業における一般介護予防事業は、住民リーダーの育成や通いの場への関わり、介護予防教室の実施などである。介護人材が不足する中、住民主体での介護予防推進や、リスク者を把握し介護予防教室への参加を勧奨するなどの必要性が増している。行政に理学療法士が常勤していることで、スポット的またスピード感を持って現場に出向き直接関わりを持つことができている。
高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業には、企画調整を担当する医療専門職として、また、地域を担当する医療専門職として従事している。企画調整を担当する医療専門職は国保データベースシステムや地域包括ケア見える化システム、介護保険事業状況報告などから地域特性を分析し、年次計画を作成する役割がある。その計画に基づき、関係団体と連携し、高齢者医療・健康づくり・介護連携体制を整備し、介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組を推進する。地域を担当する医療専門職は、高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）や、通いの場等への積極的な関与等（ポピュレーションアプローチ）を推進する役割がある。地域支援事業や高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施事業はまさに地域包括ケアシステムの構築のために理学療法士の専門性が活かせる事業であり、行政内に理学療法士が雇用されていることで事業内容に厚みが出せている。

【これからの展望】
住民との距離がより近い医療専門職として活動することや、医療専門職不在のため困っている事業へ参画する（アンテナを張る）こと、結果として、行政にリハビリテーション専門職の便

利さを知って頂くことが重要であると感じる。

【おわりに】
国立・社会保障人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（R2推計）」によると、長崎県の人口動態は全国と比較して約１５年早く高齢化が進行しているとされている。その中で小値賀町は県内で最も高齢化率が高い。他自治体に先行し行政内の理学療法士の現在（いま）を発信できればと考える。

一般演題（ポスター）｜地域リハビリテーション

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-3] ポスター3

座長:三宮 克彦(熊本機能病院)、立丸 允啓(小倉リハビリテーション病院)

14:00 ~ 14:10

[P-3-02] 地域在住高齢者に対する高負荷運動を軸とした地域介護予防活動「ぴしゃトレ」の試み

*丸中 公貴[1]、清水 洋行[1,3]、堀田 一希[1]、久木崎 航[2,3]、金子 茂稔[3] (1. 株式会社未来図Labo、2. 熊本保健科学大学、3. 株式会社WONDER未来図)

キーワード：地域介護予防、地域包括支援、高負荷運動

本報告は所属施設の倫理委員会にて承認を得て実施した（承認番号：M2026-1）.三股町社会福祉協議会および全ての対象者に対し,実施内容と個人情報の取り扱い,評価データの学術利用について事前に口頭にて詳細な説明を行い,十分な理解を得た上で同意を得て実施した.

【活動目的】本邦では健康寿命の延伸が強く推奨され，全国でフレイル対策を主眼とした介護予防事業が展開されているが，効果的なプログラムの開発は依然として重要な課題である。宮崎県三股町では，既存の通いの場において参加者の高齢化や運動負荷の低下が進み，新規参加者が入りにくい状況が生じていた．また，リハビリ専門職の不足により，町全体の介護予防を支える体制が十分に整っていなかった．これらの課題を背景に，町民が気軽に参加でき，運動・口腔・栄養・社会参加を包括的に支援する介護予防活動として，2022年10月に「ぴしゃトレ」を開始した．本活動は，先行研究で有効性が示唆されている低強度運動に留まらず，高負荷運動を軸としたプログラム設計，多職種連携，および評価データの活用を特徴としている．本報告の目的は，三股町における「ぴしゃトレ」の活動内容を報告するとともに，その実践から得られた知見に基づき，地域における新たな介護予防モデルとしての汎用性と今後の課題を整理することである．
【活動内容】対象は宮崎県三股町で週1回開催される介護予防活動「ぴしゃトレ」の参加者とした．本活動は理学療法士・作業療法士が指導を担い，既存の体操より高い運動負荷を設定した立位中心の第1部と，機能に応じて選択可能な座位中心の第2部で構成される二層構造とした．運動に加え，弁当販売を通じた栄養支援，看護師による口腔評価・指導を統合した包括的介入を実施した．さらに，地域包括支援センターとの間で身体評価データ等の情報共有体制を構築した．【方法】対象は活動参加者から今回は2023年7月～8月の同時期に参加した30名を対象に主要測定項目（身体機能評価＋QOL評価）の評価を実施した．主要測定項目として，身長,体重,BMI,握力，タンデム立位，4メートル通常歩行速度，2ステップテスト，5回立ち上がりテスト（以下，SS-5），QOL評価（以下，SF-8）を実施した．統計的解析は，Shapiro-Wilk検定および対応のあるt検定を用いた（有意水準5%未満）.
【結果】解析対象者の平均年齢は70.7±8.1歳であった．2023年度の登録者は427名，延べ参加者数は8,247名（1日平均160名）に達した．身体機能評価では，SS-5が初回平均9.76秒から2回目7.78秒へと有意な短縮を認め（p=0.044）．その他の項目も概ね維持傾向であった．QOL評価では，3ヶ月後のGeneral Health（全体的健康感）が有意に向上した（p=0.041）.
【考察】本研究の結果，SS-5の有意な短縮が認められたことは，既存の地域体操より高い負荷設定であっても，地域在住高齢者が安全に実施可能であり，かつ下肢機能の向上に寄与したことを示唆している．また，全体的健康感の有意な向上は，身体機能の改善が参加者の心理面にも肯定的な影響を与えた可能性を示している．1日平均160名という高い参加者数は，身体・心理的実感が住民の満足度や継続意欲に繋がった結果と考えられ，専門職が関与し効果と充足感を両立させたことが，本活動の受容性を高めた要因と推察される．
【結語】「ぴしゃトレ」は，高負荷運動と多職種連携を軸とした新たな介護予防モデルとして，住民の身体機能および全体的健康感の向上に寄与した．

一般演題（ポスター）｜地域リハビリテーション

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-3] ポスター3

座長:三宮 克彦(熊本機能病院)、立丸 允啓(小倉リハビリテーション病院)

14:10 ~ 14:20

[P-3-03] 地域女性住民における骨粗鬆症予防教室の介入効果について

*池田 章子[1]、内田 由美子[1]、松口 愛[1]、田口 耕介[2]、宇都宮 真紀[2]、酒井 祥平[3]、竹口 守[3]、三根 立己[3] (1. 長崎県理学療法士協会　骨粗鬆症予防対策委員会、2. 公立小浜病院、3. 愛野記念病院)

キーワード：骨粗鬆症予防、身体機能評価、行動変容

【倫理的配慮、説明と同意】本研究は対象者全員に調査に関する説明を十分に行い実施した．また，長崎県及び雲仙市担当課の許可を得て発表している．

【はじめに】骨粗鬆症は、加齢に伴う骨強度（骨密度・骨質の劣化）の低下により、骨折を生じやすくなる疾患である．高齢化に伴い骨粗鬆症患者は増加しており、60代女性の3人に1人、70代以上では2人に１人が発症するとされ、壮年期からの予防啓発が求められている．長崎県理学療法士協会（以下，NPTA）は，令和3年度より長崎県から業務委託を受け，県下市町における骨粗鬆症予防対策事業（主に骨粗鬆症に関する講話と身体機能評価・運動指導）を実施している．令和7年度、雲仙市において地域住民に対する骨粗鬆症予防教室（全3回）を実施した．今回、地域女性住民における骨粗鬆症予防教室の介入効果について報告する．
【対象と方法】対象は骨粗鬆症予防教室に参加した長崎県雲仙市在住の65歳以下地域住民で、全3回参加した女性11名（平均年齢57.8±5.5歳）とした．骨粗鬆症予防教室は、令和7年9月～2月にかけて3回実施し、各回の実施時間は150分（18:00～20:30）、運営スタッフはNPTA骨粗鬆症予防対策委員（以下、委員）3名と地域リハ広域支援センター協力病院（以下、広域）２～3名および保健師2名で構成された．スタッフは、骨量測定（タニタ　BD620ビーナスⅢ）、体成分分析（OWA MEDICAL ioi757）、身体機能評価（握力、5回立ち上がりテスト、片足立ち保持時間）、講話と運動指導を役割分担しながら実施した．また、参加者に対してアンケート調査（生活習慣の改善等）を実施した．統計解析は，SPSS Statisticsを用い、介入前後の変化を比較検討した．各項目の比較にはWilcoxonの符号付順位検定を用い、有意水準は5%とした．【結果】5回立ち上がりテストにおいて有意な改善が認められた（p＝0.003）．骨量・体成分・握力・片足立ち保持時間については有意な差は認められなかった．アンケート調査では、参加者全員が、教室参加を機会に、ウォーキングや運動（踵の上げ下げ、スクワット、片足立ちバランス、ランジなど）、食事改善に取り組むなどの行動変容が認められた．【考察】5回立ち上がりテストで有意な改善がみられたことは、下肢筋力の向上が示唆される．今回の参加者は65歳以下であり、身体機能も比較的高いため、指導した運動の負荷量が低く、変化がみられなかった可能性が考えられる．世古らが地域住民に対して実施した骨粗鬆症予防教室では低頻度介入でも骨密度の改善がみられたとの報告があり、運動の負荷量や実施状況の確認が必要と考えられる．また、教室を機に運動や食事について行動変容がみられたことは介入効果と考えられ、今後の継続状況などフォローしていきたい．

一般演題（ポスター）｜地域リハビリテーション

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-3] ポスター3

座長:三宮 克彦(熊本機能病院)、立丸 允啓(小倉リハビリテーション病院)

14:20 ~ 14:30

[P-3-04] 地域在住高齢者における訪問サービスの機能分化に関する検証

*野原 慎二[1] (1. ライフサポート熊本訪問看護ステーション)

キーワード：訪問リハビリテーション、費用対効果、マルコフモデル

【倫理的な配慮】本研究は厚生労働省及び政府統計の資料を用いた二次解析であり、データの匿名性は担保されている。研究の実施にあたっては、ヘルシンキ宣言および「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守した。

【目的】地域在住高齢者に対する訪問サービスには「訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）」と「リハビリ職による訪問看護（以下、リハ職訪看）」が存在し、限られた医療・介護資源の効率的な使い分けと機能分化が課題である。制度上の特性として、訪問リハは機能改善や通所サービス等への移行を見据えた「目標指向型の期間設定」が強く要請され、リハ職訪看は重度医療依存者や進行性疾患に対する「長期的な維持・病状管理」に強みを持つ。しかし現状では、段階的な介入頻度の見直しが可能である自立支援層に対しても、維持・管理を目的とした定常的な介入が継続されている状況もある。一方で、対象者によっては関係性を完全に断ち切る「早期卒業」は重度化リスクを伴う事もあり、完全な終了ではなく、状態に合わせて頻度を調整するモデルの構築が求められている。本研究の目的は、機能改善後の頻度逓減と長期的モニタリングの費用対効果をマルコフモデルにて検証し、対象者特性に応じた機能分化を検討する事である。
【方法】厚生労働省の介護DBオープンデータやe-Statに基づき、軽度な骨折から重度な神経難病までを網羅した10,000人の仮想コホート患者を作成した。選択バイアス排除の為、年齢、要介護度、疾患特性を共変量とした最近傍法（1:1）の傾向スコアマッチングを実施し5,774人を抽出した。これを基に、分析期間5年、サイクル長1年、状態を要支援1から要介護5までの7区分とする状態推移マルコフモデルを構築した。推移確率は介護DBオープンデータの要介護認定情報を採用した。比較モデルとして「5年間とも週2回介入」とする定常介入モデルと「1年目は週2回、2年目は週1回、3〜5年目は月2回介入」とする頻度逓減モデルを設定し、頻度逓減モデルにおいてはマネジメントによる重度化抑制効果を15%と仮定した。介入コストは20分=308単位、1単位=10円、1回40分の介入とした。効果指標には先行研究に基づく効用値（0.85〜0.20）を各要介護度に割り当て、5年間の質調整生存年（以下、QALY）を算出した。さらに、結果の堅牢性を検証する為に、重度化抑制効果を5%及び0%に低下させる一元配置感度分析を実施した。モデル構築及び解析にはPythonを使用した。
【結果】5年間のシミュレーションの結果、定常介入モデルは総平均費用 12,540,128円、獲得QALY 3.0018、頻度逓減モデルは総平均費用 10,419,835円、獲得QALY 3.1037となり、増分費用は -2,120,293円、増分効果は +0.1020の優位（Dominant）な結果を示した。感度分析において、頻度逓減モデルの重度化抑制効果を0%と仮定したワーストケースにおいても -1,651,470円の削減効果が維持された。
【考察】頻度逓減モデルは、社会保障財政において優位な費用対効果を持つ事が実証された。感度分析が示した重度化抑制効果0%でも約165万円の削減という結果は、状態に応じて介入頻度を抑えながらリスク管理を継続するというマネジメント構造に起因する。完全な終了による重度化リスクを予防する為、頻度逓減モデルは社会保障財政における予防的投資としても機能すると考える。
【まとめ】自立支援を目指すべき層には頻度逓減モデルを、長期的な医学管理を要する層には定常介入モデルを割り当てるという、エビデンスに基づいた機能分化の推進が求められる。

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-4] ポスター4

座長:下田 啓介(米盛病院)、中元寺 聡(福岡志恩病院)

13:50 ~ 14:00

[P-4-01] 妊娠期腰痛・骨盤帯痛に対し妊娠周期に応じた段階的理学療法介入が奏功した１症例

*黒木 希望[1]、矢野 遥香[1]、松元 春香[1]、大山 史朗[1]、山本 晃維[1]、福嶋 麻里[1]、福嶋 秀一郎[1] (1. 医療法人岡田整形外科　岡田整形外科医院)

14:00 ~ 14:10

[P-4-02] 仙骨骨折後に遷延した殿部痛に対し仙腸関節障害へ着目した臨床推論と治療展開

*屋敷 万紀[1]、川井 康平[1]、安藤 将孝[1] (1. 大分リハビリテーション病院リハビリテーション部)

14:10 ~ 14:20

[P-4-03] 脆弱性骨盤骨折患者における起居動作自立日数と回復期リハ病棟退院時における歩行能力の関係

*米村 翔太[1]、泉 清徳[1]、斎藤 孝英[1]、前田 亮介[3]、岡崎 慎吾[2] (1. 社会医療法人　雪の聖母会　聖マリア病院　リハビリテーション室、2. 社会医療法人　雪の聖母会　聖マリア病院　整形外科、3. 社会医療法人　雪の聖母会　聖マリアヘルスケアセンター)

14:20 ~ 14:30

[P-4-04] 腰椎圧迫骨折患者において，入院中の予測と退院後生活との乖離から退院支援の課題が明らかとなった症例

*柴田 紗代子[1]、田中 拓樹[1] (1. 百年橋リハビリテーション病院　リハビリテーション部)

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-4] ポスター4

座長:下田 啓介(米盛病院)、中元寺 聡(福岡志恩病院)

13:50 ~ 14:00

[P-4-01] 妊娠期腰痛・骨盤帯痛に対し妊娠周期に応じた段階的理学療法介入が奏功した１症例

*黒木 希望[1]、矢野 遥香[1]、松元 春香[1]、大山 史朗[1]、山本 晃維[1]、福嶋 麻里[1]、福嶋 秀一郎[1] (1. 医療法人岡田整形外科　岡田整形外科医院)

キーワード：妊娠、骨盤帯痛、骨盤底筋

本研究はヘルシンキ宣言および医学系研究に関する倫理指針に則り実施し、プライバシーの保護に十分留意した。対象者には研究の趣旨について十分に説明を行い、書面による同意を得た。

【目的】妊娠期の腰痛および骨盤帯痛は高頻度に認められ、ADL制限やQOL低下を招きうる。一方で、産前産後の疼痛や身体的不快症状は生理的変化として捉えられ、症状を抱えたまま生活している症例も少なくない。近年では産前産後において、医学的・産科的合併症がない限り定期的な運動の継続が推奨されているが、妊娠期に特化した理学療法の実践報告は十分とはいえない。そこで今回、妊娠周期を考慮した段階的理学療法を実施したことで症状改善につながった一症例を報告する。
【症例紹介】対象は、妊娠33周目を迎えた30代女性。立ち上がり動作時に腰痛および腰が抜けるような不快感を訴え、整形外科を受診。筋-筋膜性腰痛症と診断され、通院する産婦人科医師にも承諾を得たうえで、外来通院での理学療法開始となった。既往は、第１子出産、右乳癌全摘術後。初期評価：レッドフラッグ（胎動異常・破水・子宮過収縮・不正出血）無し、深部静脈血栓・マイナートラブル無し、疼痛（NRS）は立ち上がり動作時4/10。立位姿勢は後方重心となり、胸腰椎フラット・骨盤前傾増大・体幹左側屈・尾骨左偏位。筋緊張は内閉鎖筋、多裂筋、腹斜筋の過緊張。機能的には、胸式・腹式呼吸における胸郭・腹部の可動性低下、自動下肢伸展挙上テストでの骨盤回旋による代償（恥骨結合レベルの圧迫にて改善）などから、骨盤底筋機能低下を認めた。筋力は立ち上がりテストにて40cm高での片脚立ち不可レベル。
【理学療法アプローチ】理学療法は、日本臨床スポーツ医学会が示す「妊婦スポーツの安全管理基準」に準拠し、妊娠周期に応じて介入を実施した。妊娠33～36週（早産期）：立位姿勢の修正、腹圧機能および骨盤底筋機能の再教育、動作指導およびコルセット着用指導。妊娠37週以降（正期産期）：ドローインおよびブレーシングによる腹腔内圧調整、骨盤底筋群の弛緩・伸張練習、娩出期を想定した下肢柔軟性改善および呼吸運動へ段階的に移行した。骨盤の不安定性増大を考慮し、コルセットは継続使用とした。外来通院と併行して自主トレーニングも実施。
【経過】週1回、8週間の介入にて、動作時痛NRS1/10へ軽減。立位姿勢アライメントおよび重心偏位が改善し、呼吸運動に伴う胸郭・腹部の可動性拡大が認められた。立ち上がりテストは片脚立ち可能レベルに向上。主観的にも「呼吸が楽になった」「出産への不安が和らいだ」「入眠しやすくなった」との変化が認められた。介入期間中に有害事象は認めなかった。
【考察】初回受診時は妊娠33週であり、後期早産に該当する時期であったため、リスク管理に十分留意して運動療法を実施した。妊娠周期を考慮することで、安全に、かつスムーズな疼痛軽減および機能改善が図られた。また、腹圧機能および骨盤底筋機能の改善によって、身体面のみならず心理面にも好影響を及ぼしたことが伺われる。妊娠周期に考慮した段階的プログラム構築の重要性が示唆された。

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-4] ポスター4
座長:下田 啓介(米盛病院)、中元寺 聡(福岡志恩病院)

14:00 ~ 14:10

[P-4-02] 仙骨骨折後に遷延した殿部痛に対し仙腸関節障害へ着目した臨床推論と治療展開

*屋敷 万紀[1]、川井 康平[1]、安藤 将孝[1] (1. 大分リハビリテーション病院リハビリテーション部)

キーワード：仙骨骨折、仙腸関節障害、疼痛

対象者にはヘルシンキ宣言に基づき,口頭にて本報告の内容や個人情報の保護を十分に説明し,同意を得た.

【目的】
仙骨骨折を受傷後約2か月経過後も左殿部痛が軽減せず,長距離の歩行困難・座位保持困難をきたした症例を担当した.今回,仙腸関節障害に着目し,評価結果からの臨床推論を基に介入を行ったことで,疼痛の軽減に繋がったのでここに報告する.
【症例紹介】
診断名：仙骨骨折
80代,女性.BMI:19.7kg/m^2.既往歴:高血圧,左膝関節・右手関節の骨折,軽度認知症. 受傷前:屋内は独歩,屋外は両杖歩行で,ADL・IADLは自立していた.介護保険利用なし.現病歴:屋外で転倒により仙骨骨折を受傷した.受傷から40日後に当院回復期病院にリハビリ目的で転院となった. ［初期評価(52日後)］運動FIM:52点,MMSE:21点.左仙腸関節ストレステストはGaenslen’s test・Patrick’s test・thigh thrust test・ Distraction test は陽性,Compression testは陰性.One finger test:左PSIS.PSIS-ILA距離間 (R/L):6cm/5.5cm.右側と比較し左殿部の筋萎縮あり.関節可動域は,左股関節:屈曲:120°,伸展:15°,外旋:40°,内旋:25°,左膝関節:伸展:-20°, 左股関節MMT:屈曲:3,外転:2,伸展:2.疼痛部位は左殿部から大腿後面,疼痛誘発動作は歩行・数分の座位保持.疼痛強度:NRS:8～9/10で5~10分臥位を取ることで疼痛は軽減した.歩行は左立脚期が短縮し,前腕支持型歩行車で見守りレベルであった.
【経過】
仙骨骨折と診断され1か月間安静臥床期間があり,左殿部の廃用性筋萎縮を呈し,殿筋群の筋萎縮に対するオーバーユースにより歩行時に左殿部痛が生じたと考える.加えて,仙腸関節ストレステストの4/5項目において陽性,One finger testにてPSISを指し,左側の仙腸関節障害が疑われた.仙腸関節の安定性に寄与する大殿筋・梨状筋の筋力低下により筋による仙腸関節の安定化が不十分となった.そして,代償的に靭帯による仙腸関節の安定性を高めるために仙骨のニューテーションを増大させていたことで一部靭帯にストレスがかかり仙腸関節由来の疼痛が生じたと考えた.そこで殿筋群のオーバーユースと仙腸関節障害による左殿部痛を軽減させるために大殿筋・梨状筋の筋力強化を中心に約2カ月間介入した. ［最終評価（125日後）］運動FIM:76点,MMSE:27点.仙腸関節ストレステストはGaenslen’s test・Patrick’s testのみ陽性.One finger test:梨状筋周囲.PSIS-ILAの距離間(R/L):6cm/6cm.関節可動域:左股関節:屈曲:120°,伸展:15°,外旋:45°,内旋:10°,左膝関節:伸展:-20°,左股関節MMT:屈曲:4,外転:3,伸展:3.疼痛部位は主に左梨状筋を中心とした左殿部に生じ,時折PSIS周囲の疼痛を認めた.疼痛誘発動作は歩行・60分以上の座位保持,NRS:2~5/10で1分程度の座位休憩で痛みは消失した.歩行は左立脚期短縮は改善し,前腕支持型歩行車で自立レベルとなった.
【考察】
本症例の左殿部痛の原因として廃用性筋萎縮を生じた筋のオーバーユース,仙腸関節障害の2点が挙げられた.約3か月間の左大殿筋・梨状筋の筋力強化により,廃用性筋萎縮が改善された.また,筋力強化により仙腸関節が安定したことで過度なニューテーションが軽減した.ニューテーションの制動に関与する仙結節靭帯の緊張が軽減され,仙腸関節障害により惹起した殿部痛が軽減したと考える.

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-4] ポスター4
座長:下田 啓介(米盛病院)、中元寺 聡(福岡志恩病院)

14:10 ~ 14:20

[P-4-03] 脆弱性骨盤骨折患者における起居動作自立日数と回復期リハ病棟退院時における歩行能力の関係

*米村 翔太[1]、泉 清徳[1]、斎藤 孝英[1]、前田 亮介[3]、岡崎 慎吾[2] (1. 社会医療法人　雪の聖母会　聖マリア病院　リハビリテーション室、2. 社会医療法人　雪の聖母会　聖マリア病院　整形外科、3. 社会医療法人　雪の聖母会　聖マリアヘルスケアセンター)

キーワード：脆弱性骨盤骨折、起居動作自立日数、歩行能力

ヘルシンキ宣言に従い、当院ホームページによるオプトアウトを行い、研究概要を公開し対象者が研究対象になることを拒否できる機会を設けた。また本研究は所属機関の倫理委員会の承認を受けて実施した。(研23-1212)

【目的】
脆弱性骨盤骨折は骨脆弱性に起因する骨折であり、高齢化社会に伴い近年増加している。脳卒中患者では起居動作自立日数が早ければ歩行予後が良いと報告があるが、脆弱性骨盤骨折患者においても自立日数が早いほど予後が良いと臨床的に体感している。しかし脆弱性骨盤骨折において起居動作自立日数と歩行予後との関連については明らかにされていない。本研究では、脆弱性骨盤骨折患者を対象に起居動作自立日数と歩行予後との関係性があるかを検討することを目的とした。
【方法】
電子カルテのデータより後方視的に調査を行った。2018年4月から2026年3月まで当院急性期から回復期リハビリ病棟を経て退院した患者を対象とした。骨盤骨折のうち脆弱性骨盤骨折と診断された者、年齢75歳以上の者、保存療法となった者を選択基準とした。また受傷前より車いすの者、改定長谷川式簡易知能評価スケール（以下HDS-R）点数20点以下の症例を除外基準とした、38例（男性6名、女性32名、平均年齢80.4±7.7）が対象となった。調査項目は年齢、性別、Rommens分類、HDS-R、起居動作自立日数、疼痛の有無、MMT（両側腸腰筋、大腿四頭筋）、ROM（股関節屈曲角度）、受傷前歩行形態、退院時歩行形態とした。なお歩行形態については独歩を1、杖歩行2、四輪歩行車歩行3、歩行器歩行4としRommens分類については当院整形外科医が分類した。
起居動作自立日数と退院時歩行形態の相関関係について検定。
一般的に歩行予後にはMMT、疼痛が関係しているということから臨床的な重要性を鑑み、起居動作自立日数、疼痛の有無、MMTの3因子を独立変数とし退院時歩行形態を従属変数として重回帰分析を行った。統計解析には改変Rコマンダー(Ver4.4.1)を使用し全ての検定の有意水準は5%とした。
【結果】
起居動作自立日数と退院時歩行形態の相関関係についてはやや相関が認められた。
($p<0.05, \rho=0.452$)。重回帰分析の結果、起居動作自立日数だけが退院時歩行形態と有意に影響していた
($\beta=0.379$,95%CI[0.03,0.72], $p<0.05$, $R^2=0.26$)。なお疼痛の有無、MMTに関しては有意に影響しなかった。また多重共線性に問題がないこと確認した。
【考察】
本研究において脆弱性骨盤骨折患者における起居動作自立日数は退院時歩行形態とやや相関がみられた。また重回帰分析では起居動作自立日数は退院時歩行形態に対して有意に影響することから歩行予後予測の一助となることが示唆された。つまり起居動作自立日数が短いほど退院時歩行能力が良いと考えられる。疼痛の有無、MMTは有意差が認められなかった。一般的には

痛み、MMTは歩行予後予測に影響を与えているといわれている。しかし今回サンプル数少ないこともあり影響を慎重に判断する必要があると考える。

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-4] ポスター4
座長:下田 啓介(米盛病院)、中元寺 聡(福岡志恩病院)

14:20 ~ 14:30

[P-4-04] 腰椎圧迫骨折患者において，入院中の予測と退院後生活との乖離から退院支援の課題が明らかとなった症例

*柴田 紗代子[1]、田中 拓樹[1] (1. 百年橋リハビリテーション病院　リハビリテーション部)

キーワード：腰部痛、動作指導、退院支援

対象者には十分な説明により同意を取得し，ヘルシンキ宣言の元，本研究を行った．

【目的】　本症例は，入院中に身体機能の改善が得られ，退院後の生活を想定した予測および退院支援を行った．しかし退院後に訪問リハビリに同行することで予測と実際の生活との乖離を認め，退院支援の課題が明らかとなったため報告する．【症例紹介】　80歳代女性．診断名:第2腰椎圧迫骨折(診断日=X)，SQ法グレード2，後壁は保たれており神経症状無．身長148cm，体重57.3kg，BMI26.2kg/m^2．YAM値：腰椎61%．病前は介護保険サービス利用(要支援2)・生活保護受給しながら独居生活．月2回の外出自立．買い物や家事は訪問介護の支援．前院で肝細胞癌治療での入院8日目に誘因無く腰痛出現し上記診断で保存療法．受傷3週後にリハビリ加療目的で当院回復期病棟に紹介入院．依存的で心配性な性格．Demandは早く入院前と同じ状態まで戻りたい．HDS-R：16/30点．NRS：体動時，腰背部に5〜7．MMT：股関節屈曲3/4，膝関節伸展3/4．10m歩行(快適速度)：前腕支持型歩行器にて36.9秒(31歩)．6分間歩行：前腕支持型歩行器にて60m．BBS：26/56点．FIM：57/126点 【経過】　X＋22日より理学療法を開始し，順次，屋内前腕支持型歩行器自立，屋外手掌把持型歩行器(以下歩行器)歩行40分見守りとなっていった．X＋63日に自宅へ同行し動作確認．自宅前段差昇降や浴槽跨ぎ，洗濯物干しに介助が必要であったため，入浴はシャワー浴，家事や外出は訪問介護の支援継続を提案．屋内移動は一本杖＋伝い歩き，屋外は付き添い下の歩行器歩行を目標とした．自宅への外出後より腰部痛増強し離床機会減少．退院前カンファレンスにて，訪問リハビリ導入および将来的な通所介護への移行を提案(区分変更後要介護2)．訪問介護の回数増加を提案したが，現状のままとなりX＋80日自宅退院．退院時はHDS-R：27/30点．NRS：体動時，腰背部に2〜4．MMT：股関節屈曲4/4，膝関節伸展4/5．10m歩行(快適速度)：歩行器にて13.5秒(21歩)．6分間歩行：歩行器にて272m．BBS：40/56点．FIM：112/126点と改善した．退院後，自身で行わない予定であった洗濯物干しや調理，浴槽の使用，また一人での買い物(休憩含め往復4時間)を行っていた．さらにX＋93日に新幹線で他県へ外出し，その後の訪問リハビリ同行時も腰部痛増強(NRS7)しており，コンディショニング中心であった．【考察】　脊椎圧迫骨折において80歳代以上が腰痛持続しやすいと報告されている．本症例も年齢や急性期期間の安静による筋萎縮，また疼痛の変動から当院での運動量不十分，さらに退院後に家事や外出を1人で行うといった予測と異なる動きにより腰部痛が悪化したと考えられる．想定していた入院期間より早期の退院希望があり，入院中は基本動作の改善や外出方法に重点を置いた評価・アプローチに留まり，退院後の生活場面における動作指導や環境設定が不足していた．そのため病前よりもさらに支援が必要であったにも関わらず介護保険サービスの見直しに至らなかった結果，病前同様の訪問介護では支援しきれず本人が動作自立せざるを得なかったことが考えられる．退院前カンファレンスにて現状を十分に伝え，介護保険サービス見直しの徹底や自宅環境に合わせた動作練習，入院期間延長の検討が課題として挙げられた．

一般演題（ポスター）| 測定・評価

2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-5] ポスター5

座長:東 直人(鹿児島赤十字病院)、今屋 将美(熊本機能病院)

14:40 ~ 14:50

[P-5-01] AI姿勢推定を用いた簡易動作解析の臨床応用可能性 ―起立・着座動作を対象として―

*嶋村 剛史[1,2] (1. 熊本保健科学大学　保健科学部リハビリテーション学科、2. 熊本保健科学大学　健康・スポーツ教育研究センター)

14:50 ~ 15:00

[P-5-02] 人工膝関節置換術後の杖歩行自立日数に影響する要因の検討

*豊田 彩[1]、山畑 公弘[1]、武田 晃[1] (1. JCHO天草中央総合病院)

15:00 ~ 15:10

[P-5-03] 手術椎間高位の違いと退院時の日本整形外科学会腰痛評価質問票（JOABPEQ）各下位尺度との関連

*鞭馬 貴史[1]、鶴田 朋幸[1]、國松 陸[1]、平野 青葉[1]、河野 裕輔[1]、谷口 直也[1] (1. 明野中央病院リハビリテーション部)

15:10 ~ 15:20

[P-5-04] 鏡視下腱板修復術患者におけるPain trajectoryを用いた慢性術後疼痛予測に関する探索的検討

*河口 滉[1]、馬場 功時[1]、稲吉 直哉[1]、須崎 裕一[1] (1. 済生会大牟田病院　リハビリテーション部)

一般演題（ポスター）｜測定・評価

2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-5] ポスター5

座長:東 直人(鹿児島赤十字病院)、今屋 将美(熊本機能病院)

14:40 ~ 14:50

[P-5-01] AI姿勢推定を用いた簡易動作解析の臨床応用可能性 ―起立・着座動作を対象として―

*嶋村 剛史[1,2] (1. 熊本保健科学大学　保健科学部リハビリテーション学科、2. 熊本保健科学大学　健康・スポーツ教育研究センター)

キーワード：動画解析、三次元動作解析装置、Bland–Altman解析

本研究は，所属施設の倫理委員会の承認を受けて実施した（承認番号：24032）．書面を用いて対象者に研究の内容および意義の説明を実施した．ヘルシンキ宣言に基づき倫理的配慮を行い，同意を得た．

【目的】

近年，客観的データの重要性が高まっており，簡易的に取得可能なデータの活用・蓄積が進んでいる．簡便に計測・評価が可能なデバイスを用いた報告が増加しており，カメラ映像から骨格検出機能を利用して動作評価を行う研究も散見される．そこで本研究は，**動画解析から算出される関節角度の妥当性を検討し，臨床における客観的データ活用の可能性を明らかにすること**を目的とした．

【方法】

対象は健常成人男性 15名，計測は三次元動作解析装置（MAC3D: Motion Analysis社製）とWebカメラ（C922n: logicool社製）2台を正面と右側方90°の位置に設置して実施した．計測動作は座面高40cmの椅子から5回の連続した起立・着座動作とした．動画解析はVPAnalyzer（ネクストシステム社製）にて動画ファイルを解析し，取得した骨格情報から体幹・股・膝関節の角度（°）を算出した．また，三次元動作解析装置より取得した座標情報から同様に算出した．解析対象は5回動作の内，最初と最後を除いた3回の起立・着座動作の平均角度における各関節角度の最大値と最小値とした．統計解析はBland–Altman解析を実施した．解析ソフトはMATLAB2025b（MothWorks社製）を用いた．

【結果】

最大屈曲角度の平均値は，動画解析 / 三次元動作解析でそれぞれ，体幹前傾33.3 ± 7.7° / 39.4 ± 4.7°，股関節98.0 ± 3.5° / 108.1 ± 4.3°，膝関節89.3 ± 3.5° / 83.3 ± 4.7°であった．

最大伸展角度の平均値は，股関節0.3 ± 3.1° / 12.8 ± 6.9°，膝関節1.2 ± 4.5° / 5.3 ± 6.1°であった．

Bland–Altman解析の結果，平均差は体幹前傾6.1°（95%CI: 3.5 – 8.7°），股関節屈曲10.0°（95%CI: 7.5 – 12.6°），股関節伸展12.5°（95%CI: 8.5 – 16.5°），膝関節屈曲−5.9°（95%CI: −8.4 – −3.4°），膝関節伸展4.1°（95%CI: 0.1 – 8.2°）ですべての項目で固定誤差を認めた．また，体幹最大前傾角度（r=−0.67，p<0.01，回帰直線の傾き=−0.52）および股関節最大伸展角度（r=0.67，p<0.01，回帰直線の傾き=1.21）では，平均値と測定差との間に有意な相関を認め，比例誤差を認めた．

【考察】

本研究では，動画解析と三次元動作解析の間ですべての項目に固定誤差を認め，解析方法の違いによる一定の系統差が確認された．また，体幹前傾最大角度および股関節伸展最大角度では比例誤差を認め，大きい角度域において誤差が増大する可能性が示された．しかし，各関節角度の推移や動作全体の特徴は概ね一致しており，**動画解析を用いた簡易評価でも起立・着座動作の特徴把握に活用できる可能性が示唆された**．臨床応用に向けては，解析条件の標準化や

測定環境の最適化を図るとともに，解析方法に起因する系統差や測定誤差を考慮した上でデータを解釈することが重要である．

一般演題（ポスター）｜測定・評価

2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-5] ポスター5

座長:東 直人(鹿児島赤十字病院)、今屋 将美(熊本機能病院)

14:50 ~ 15:00

[P-5-02] 人工膝関節置換術後の杖歩行自立日数に影響する要因の検討

*豊田 彩[1]、山畑 公弘[1]、武田 晃[1] (1. JCHO天草中央総合病院)

キーワード：変形性膝関節症、術前評価、人工膝関節置換術

対象者には検査実施についての十分な説明を行い、プライバシー保護に関しての書面、口頭での説明を行い同意を得た。

【目的】
変形膝関節症に対する人工膝関節置換術（以下TKA）は除痛目的の有効な手段の一つである。術後の早期移動能力獲得は退院時期の指標、患者の満足度向上のための重要な指標であると考える。当院では人工膝関節置換術（以下TKA）の術後リハビリテーションのプロトコルを標準化し、早期歩行自立を目指した介入を行っている。臨床現場において、同一のプロトコルを遂行しているにも関わらず、杖歩行自立までに要する日数には個人差を認めることが多い。今回、術前の運動機能評価を行い、杖歩行自立日数に影響する要因の検討を行った。
【方法】
当院にて2025年4月から2026年4月まで初回片側TKAを施行した33例（男性5名女性28名　平均年齢75.3±3.4歳、平均BMI24.6±2.9kg/m^2）とした。調査項目は基本属性（年齢、BMI）、術前運動機能評価として膝関節自動可動域（屈曲・伸展）、TUG、術側及び非術側膝関節の歩行時疼痛（NRS）とした。アウトカムは術後の杖歩行自立日数とした。各項目の関連には、スピアマンの順位相関関係数を用いた。データの正規性が認められなかったため、ノンパラメトリック検定を採用した。統計解析にはEZRを用い、有意水準は5%未満とした。
【結果】
術後杖歩行自立日数は平均19.1±5.3日であった。術後杖歩行自立日数と最も強い正の相関を示したのはBMI（r=0.51, P<0.01）であり、次いで非術側の術前疼痛（r=0.42, P<0.01）の順に有意な相関が認められた。一方で、年齢や術前関節可動域は杖歩行自立日数の間に有意な関連は認められなかった。
【考察】
本研究の結果、TKA術後の杖歩行自立日数は、BMIおよび非術側膝関節の術前疼痛と強く関連することが示された。このことから、標準化されたプロトコル下においても、これらの因子にて能力面、自立に要する期間等の予測が立てられ、術前評価の重要度も示唆された。
【まとめ】
今回TKA後の術後杖歩行自立日数に影響する要因の検討を行った。要因としてBMI,術前の反対側の膝関節の疼痛が相関がみられた。術後早期の不安定な術側膝関節にとって、この過度な重心移動を非術側で制御することは容易ではなく、安全な杖歩行自立を遅延させる要因となった可能性があると考える。

一般演題（ポスター）｜測定・評価

2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-5] ポスター5

座長:東 直人(鹿児島赤十字病院)、今屋 将美(熊本機能病院)

15:00 ~ 15:10

[P-5-03] 手術椎間高位の違いと退院時の日本整形外科学会腰痛評価質問票（JOABPEQ）各下位尺度との関連

*鞭馬 貴史[1]、鶴田 朋幸[1]、國松 陸[1]、平野 青葉[1]、河野 裕輔[1]、谷口 直也[1] (1. 明野中央病院リハビリテーション部)

キーワード：日本整形外科学会腰痛評価質問票（JOABPEQ）、椎間高位、社会生活機能

本研究は，当該施設の倫理委員会の承認（承認番号：260101RE）を得て実施した．対象者にはオプトアウト方式により研究参加の同意を得た．

【目的】
腰椎疾患に対する後方除圧術，固定術およびヘルニア摘出術は神経症状や日常生活機能の回復を目的として広く行われている．一方で術後の回復過程は一様ではなく，障害椎間高位の違いにより神経症状やそれに伴う機能障害の様相が異なることが知られており，術後の社会生活機能等を含むQOL回復と関連する可能性がある．しかし，手術椎間高位の違いが術後早期の患者立脚型QOLにどのように反映されるかを検討した報告は限られている．また，術後転帰は術前状態の影響を受けるため，術前値を考慮した評価が必要である．本研究の目的は，腰椎疾患に対する手術患者を対象に，手術椎間高位群と退院時JOABPEQ各下位尺度との関連を検討することである．
【方法】
2023年1月から2025年1月までに当院で腰椎疾患に対して手術を施行され，術前および退院時JOABPEQが取得可能であった531例（男性340例，女性191例）を対象とした．対象者は手術椎間高位に基づき，上位群（L2-4，L3/4：n＝94），中位群（L3-5，L4/5：n＝356），下位群（L4-S，L5/S：n＝81）の3群に分類した．評価項目はJOABPEQの5下位尺度とし，術前および退院時得点を用いた．また年齢，性別，BMI，手術椎間数および術式を収集した．統計解析は退院時JOABPEQ各下位尺度を従属変数，群を固定因子，術前得点，年齢，性別，BMI，椎間数を共変量とした共分散分析（ANCOVA）を実施し，群の主効果を認めた項目についてBonferroni法による多重比較を行った．有意水準は5%とした．
【結果】
術前JOABPEQはすべての下位尺度において退院時スコアと有意に関連していた（$p < 0.001$）．ANCOVAの結果，社会生活機能（問4）において手術椎間高位群の主効果を認め（$p = 0.025$），多重比較では上位群は中位群と比較して有意に高値を示した（$p = 0.021$）．一方，心理的障害（問5）では，手術椎間高位群との関連は認めず，性別（$p = 0.045$）およびBMI（$p = 0.039$）が有意な関連因子であった．その他の下位尺度では有意な主効果および関連因子は認めなかった．
【考察】
術後早期のQOLは術前状態と強く関連することが示された．また社会生活機能においては椎間高位の違いとの関連が示唆された．特に中位群は日常生活に直結する機能障害を生じやすい領域を含むことから，相対的に回復が遅延した可能性がある．一方で下位群では上位群との差は認めず，手術椎間高位と転帰の関係は単純な椎間高位の上下関係ではなく，各椎間高位に特徴的な症状分布の違いが関与する可能性が考えられた．さらに心理的側面では患者個人因子との関連が示され，各下位尺度で関連因子が異なることが示唆された．
【まとめ】
手術椎間高位の違いは術後早期の社会生活機能と関連し，特に中位群で社会生活機能の回復遅延の可能性が考えられた．一方で心理的側面は患者個人因子との関連が示された．これらより，術後早期QOLは各下位尺度で異なる要因と関連する可能性が示唆された．

一般演題（ポスター）｜測定・評価
2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-5] ポスター5
座長:東 直人(鹿児島赤十字病院)、今屋 将美(熊本機能病院)

15:10 ~ 15:20

[P-5-04] 鏡視下腱板修復術患者におけるPain trajectoryを用いた慢性術後疼痛予測に関する探索的検討

*河口 滉[1]、馬場 功時[1]、稲吉 直哉[1]、須崎 裕一[1] (1. 済生会大牟田病院　リハビリテーション部)

キーワード：鏡視下腱板修復術、疼痛、Pain trajectory

本研究は所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には研究内容について十分に説明し、書面にて同意を得た。また、個人情報の保護に十分配慮した。

【目的】
腱板断裂は高齢者の機能障害の主因であり、鏡視下腱板修復術（Arthroscopic Rotator Cuff Repair 以下ARCR）の適応となる症例は増加傾向にある。ARCRは腱板の解剖学的修復により、痛みの軽減と機能回復において多くの症例で良好な成績をもたらしている。一方でARCRの術後研究では6ヶ月時点で24%が慢性術後疼痛（Chronic PostSurgical Pain：以下CPSP）が残存したと報告されている。CPSPの原因として、疼痛が繰り返されることで、二次ニューロンの興奮性の変化や大脳皮質機能障害による中枢神経感作が生じるためと言われている。また、CPSPは改善が困難であり、痛みが慢性化する前に早期発見・対策することが必要であるとされている。また、先行研究にて今井らは、術後1日、3日、5日、7日における安静時疼痛の強度を用いて、疼痛曲線の傾き（疼痛解消率）と切片（術後初期疼痛レベル）を算出するPain trajectoryが予後予測として有用であるとしているが、肩関節術後に関しての報告は少ない。そこで本研究では、ARCR術後患者においての安静時痛・夜間時痛でも同様に術後1週間のPain trajectoryを用いてCPSPが予測できるかどうかを調査した。
【方法】
対象者は同一執刀医のARCRを施行した９例９肩とした。痛みの強度はVASシートを使用して評価し、手術後1日、3日、5日、7日、150日で痛みの強さを測定。安静時痛は午前中のリハビリ介入前に評価し、夜間時痛は夜間睡眠時に出現した疼痛と定義し翌日に聴取した。検証方法は、術後150日時点で疼痛が残存したCPSP群４名と疼痛が消失した軽快群５名に分類した。術後１週間のデータからPain trajectory（切片および傾き）を算出し両群間で比較した。統計解析はEZRを使用しMann-Whitney U検定を用いた。有意水準は５％とした。
【結果】
安静時痛のPain trajectoryにおいて切片が高く傾きが大きい群と切片が低く傾きが小さい群の２群に分かれる傾向が認められた。前者では軽快群が多く、後者ではCPSP群が多かった。中央値は、軽快群の切片が63.9で傾き-9.6、CPSP群は切片27.2で傾き-2.9であった。一方夜間時痛では明確な傾向は認められなかった。Mann-Whitney U検定では、いずれの指標においても優位差は認めなかった。
【考察】
　今回の検証にて、術後１週間における安静時痛のPain trajectoryで切片が高く傾きが大きい症例が慢性痛に移行しにくく、切片が低く傾きが小さい症例は慢性痛に移行しやすい傾向が見られた。術後疼痛は、主に手術侵襲による炎症が起因となっており、その疼痛が繰り返されることで、二次ニューロンの興奮性の変化や大脳皮質機能障害による中枢神経感作が生じCPSPに移行する。そのため、術後初期疼痛レベルを示す切片が高くても疼痛曲線の傾きが大きく疼痛解消率が高ければ、中枢神経感作が生じにくくCPSPへ移行しにくかったと考えられる。しかし、今回Mann-Whitney U検定では、優位な差は認めていない。要因として対象者が９名であり、サンプルサイズが小さいことが挙げられる。
【まとめ】
術後１週間の疼痛曲線の傾きの変化はCPSP予測の指標となる可能性があると考えられた。今後

はサンプル数を増やしてPain trajectoryとCPSP関連性の精査を再検証していく必要があると考える。

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-6] ポスター6

座長:尾道 健太郎(川嶌整形外科病院)、江郷 功起(大牟田市立病院)

14:40 ~ 14:50

[P-6-01] 大腿骨転子部骨折術後の荷重時痛に対する股関節外転筋トレーニングの効果 ―疼痛軽減を認めた1症例―

*竹丸 大稀[1]、安藤 将孝[1]、川井 康平[1] (1. 社会医療法人敬和会大分リハビリテーション病院　リハビリテーション部)

14:50 ~ 15:00

[P-6-02] 再骨折を契機とした右大腿骨近位部骨折術後症例の一例 ～自宅退院に向けた理学療法介入と歩行形態の再構築～

*仲村 明夏[1]、井上 貴恵[1]、奥 崇詞[1]、土井 篤[2] (1. 社会医療法人　青洲会　福岡青洲会病院　リハビリテーション部、2. （株）レクタス訪問看護ステーション　ラピレス)

15:00 ~ 15:10

[P-6-03] 歩行支援装置を用いた歩行波形フィードバックとSTEP 練習が THA術後患者の歩行に与えた効果

*近廣 若奈[1]、中原 浩喜[1]、川井 康平[1] (1. 大分リハビリテーション病院　リハビリテーション部)

15:10 ~ 15:20

[P-6-04] 視覚障害及び上肢支持制限を伴う大腿骨転子部骨折術後患者に対する体重免荷式歩行器を用いた歩行導入の一例

*大竹 悠斗[1]、坂本 大和[1]、葉山 力斗[1] (1. 社会医療法人大成会福岡記念病院)

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-6] ポスター6
座長:尾道 健太郎(川嶌整形外科病院)、江郷 功起(大牟田市立病院)

14:40 ~ 14:50

[P-6-01] 大腿骨転子部骨折術後の荷重時痛に対する股関節外転筋トレーニングの効果
―疼痛軽減を認めた1症例―

*竹丸 大稀[1]、安藤 将孝[1]、川井 康平[1] (1. 社会医療法人敬和会大分リハビリテーション病院　リハビリテーション部)

キーワード：大腿骨転子部骨折、股関節外転筋、荷重時痛

【倫理的な配慮、説明と同意】対象者、ご家族にはヘルシンキ宣言に基づき、あらかじめ口頭にて本報告の内容、個人情報の保護を十分に説明し同意を得た.

【はじめに・目的】
大腿近位部骨折術後患者(以下,HF患者)では,歩行時痛は経時的に軽減する一方,残存例もあると報告されている(坂本ら,2010).また,HF患者では動作時痛の程度が歩行自立度や歩行パフォーマンスに関連していると報告されている(片岡ら,2011.若井,2021.安井,2022).荷重時痛を呈した大腿骨転子部骨折術後患者1症例に対して股関節外転筋トレーニングの負荷量調節により疼痛軽減と歩行パフォーマンス改善を認めたため報告する.
【症例紹介】
症例は80歳女性.身長:150cm,体重:42kg,BMI:18.7kg/m^2.20XX年X月Y日,右大腿骨転子部骨折を受傷しY+1日に観血的骨接合術を施行.整復後アライメント:生田分類・N型.術後26日目に当院へリハビリテーション目的で転院.受傷前は独歩可能であったが,歩容不安定と聴取した.
【経過】
初期評価:入院1日(術後26日)目.疼痛:安静時・右股関節運動時痛,圧痛なし.荷重時痛NRS:5～6/10,右股関節内転位で増強.部位:右大腿近位前外側.最大下肢荷重量(R/L):30kg/42kg.ROM(R/L):股関節:外転:20°/40°,内転:10°/20°.右Oberテスト変法:陽性.MMT(R/L):股関節:外転:2/4,内転:3/4.FBS:27/56点.移動手段:前腕支持型歩行器歩行見守り.10m歩行テスト(m/s,歩数):快速:0.29m/s,34歩．最速:0.31m/s,32歩.歩容:荷重時痛の影響にて右立脚期短縮・右Trendelenburg徴候を認めた.初期評価では,疼痛部位,荷重時痛,可動域制限から,皮下組織と外側広筋間の伸長性・滑走性低下による疼痛(河西,2021)を疼痛発生の臨床推論とした.入院後3週間は,ROMex・歩行練習を中心に介入し,股関節外転筋トレーニングは背臥位で実施したが,荷重時痛は,NRS:5～6/10と改善は乏しかった. そこで,Trendelenburg徴候があること,荷重時の股関節内転位で疼痛が増強することから,骨折部への内反ストレス増大が疼痛に関与している可能性がある（Ceynowa M. et al., 2020）と,臨床推論を修正した.そのため,荷重位における前額面上の骨盤安定性向上を目的に,股関節外転筋トレーニングの方法を背臥位から側臥位・立位へ変更し,立位ではゴムバンドを用いて負荷量を増加させた.介入変更後, 荷重時痛は即時的に軽減し,その後も段階的に軽減した.最終評価:入院64日(術後90日)荷重時痛はNRS:1～2/10へ軽減,最大下肢荷重量(R):42kg.ROM(R/L):股関節:外転:30°/40°,内転:20°/20°.MMT(R/L):股関節:外転:3/4,内転:3/4.FBS:50/56点.移動手段:手掌支持型歩行車で終日自立,独歩は見守り下で約120m可能.10m歩行テスト(m/s,歩数):快速:0.71m/s,25歩.最速:0.90m/s,21歩へ改善.歩容:右Trendelenburg徴候は軽減した.
【考察】
本症例は股関節外転筋トレーニングの負荷量増加に伴う股関節機能改善により,荷重時疼痛の軽減と歩行能力の改善を認めた.大腿骨転子部骨折は関節包外骨折であり,骨折部のmicromotion(Ceynowa M. et al,2020)は骨膜由来疼痛に関与する可能性がある(Haruki N. et al,2025). 本症例では,股関節外転筋の機能改善に伴うTrendelenburg徴候軽減により,骨折部への

内反ストレスおよびmicromotionが軽減し,疼痛軽減と歩行パフォーマンス改善につながった可能性が示唆された.

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-6] ポスター6

座長:尾道 健太郎(川嶌整形外科病院)、江郷 功起(大牟田市立病院)

14:50 ~ 15:00

[P-6-02] 再骨折を契機とした右大腿骨近位部骨折術後症例の一例 ～自宅退院に向けた理学療法介入と歩行形態の再構築～

*仲村 明夏[1]、井上 貴恵[1]、奥 崇詞[1]、土井 篤[2] (1. 社会医療法人　青洲会　福岡青洲会病院　リハビリテーション部、2. （株）レクタス訪問看護ステーション　ラピレス)

キーワード：右大腿骨近位部骨折術後、疼痛、大腿四頭筋筋力低下

本報告はヘルシンキ宣言に基づき実施し、対象者には十分な説明行い同意を得た。また、個人情報の保護に配慮した。

【目的】本症例は再骨折後、元の歩行レベルまで向上が見込めない中、自宅退院を目標とした独居・支援未導入に対し、理学療法介入および歩行補助具の選定を行った経過と課題について報告することを目的とした。
【症例紹介】80代女性。X日に自宅屋外にて転倒し、右大腿骨頸部骨折(Garden Ⅰ)に対して翌日、骨接合術施行。X+9日に再転倒し同側大腿部転子下骨折。翌日、同一部位への反復した手術侵襲を伴う右インプラント周囲骨折骨接合術施行。X+43日に回復期病棟へ転棟。既往歴に右外反型変形性膝関節症(以下、膝OA)あり。独居で屋内外に段差あり。介護保険未申請。受傷前は屋内独歩・屋外杖歩行自立していた。Demandは杖で家に帰りたいとの訴えあり。
【経過】介入開始時では、鵞足部安静時疼痛(NRS):3、荷重時NRS:5、膝伸展MMT:右3-/左4、股関節外転MMT:右2/左3、FTA:右155°/左170°、歩行器歩行時にLR～MStにかけて股関節内旋し膝関節外反が過度に見られた。以上の評価から、外転筋群・大腿四頭筋に対する筋力増強訓練を実施するも、不安定性が残存し歩行距離延長は困難な状態であった。そこで、大腿四頭筋にターゲットを絞り、電気刺激（NMF-1・EMS・IVES）を使用した起立訓練やフロントランジによる運動を行うと共に、歩行による筋収縮促進を図った。その結果、鵞足部安静時NRS:1と改善したが、荷重時NRS:3～5と改善がなかった。膝の疼痛に対して膝サポーター作製や膝周囲軟部組織に対するリリースを実施した。X+71日に家屋調査。家屋状況を把握した上で、屋内は固定式歩行器、屋外はフレンド型歩行器を選定した。家族・多職種が同伴のもとX+107日に外出訓練実施。最終評価では、鵞足部安静時NRS:0、荷重時NRS:1～2、膝伸展MMT:右3+/左4+、股関節外転MMT右3/左3+となり、再度課題修正した上で家族支援や介護保険サービスを併用し、X+125日に退院時同行後自宅退院となった。
【考察】本症例は鵞足部痛により防御性収縮が生じ、大腿四頭筋の筋出力低下が生じたと考えた。先行研究では、鵞足部疼痛は股関節機能や歩行動作と関連が示されており、下肢運動連鎖の破綻が疼痛の発生に影響する。加えて、股関節機能低下は膝関節動的外反を助長すると報告されている。本症例は膝OAと反復侵襲により外側筋群の筋出力低下をきたしていたことで歩行時に骨盤の不安定性が増し、より膝関節外反を誘発し疼痛が出現したと考えた。また、大腿四頭筋は膝関節伸展機構の中核を担い、膝関節の前額面安定性にも関与し、大腿骨近位部骨折術後症例には膝伸展筋力が独立して歩行自立度に影響を与えると報告がある。今回、外転筋群に加え、大腿四頭筋に対するアプローチを強化したことにより、大腿四頭筋の筋出力向上、膝関節安定性および鵞足部痛の軽減効果をもたらした可能性ある。しかし、杖歩行では膝関節痛が増強し不安定性が残存するため生活範囲の狭小化が懸念され、実用的ではなく自宅退院には歩行補助の再選定が必要と考えた。歩行補助具の選定には身体機能に加え、疼痛や環境因子を踏まえた総合的判断が必要とされており、今回家屋調査の内容と身体機能を考慮することで、自宅退院できるまでに改善したと考える。

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-6] ポスター6
座長:尾道 健太郎(川嶌整形外科病院)、江郷 功起(大牟田市立病院)

15:00 ~ 15:10

[P-6-03] 歩行支援装置を用いた歩行波形フィードバックとSTEP 練習が THA術後患者の歩行に与えた効果

*近廣 若奈[1]、中原 浩喜[1]、川井 康平[1] (1. 大分リハビリテーション病院　リハビリテーション部)

キーワード：変形性股関節症、PhysiboGait、股関節伸展角度

本研究はヘルシンキ宣言の趣旨に基づき、倫理的配慮のもとで実施した。対象者には研究の目的および内容、得られたデータの取扱い、個人情報の保護について十分に説明を行い、理解を得たうえで参加の同意を得た。研究参加は自由意思に基づき、いつでも撤回できることを口頭で伝え、同意を確認した。

【はじめに】
THA 術後（以下、THA 後）患者は歩行速度低下や非対称歩行を呈することが報告されている。PhysiboGaitはTHA後の有用性が示されている歩行補助ロボットであるが、アシストトルクの調整のみでは十分な股関節伸展が得られなかった症例に対し、歩行波形情報を評価・フィードバックとして活用し訓練内容を適宜調整した介入が、THA後の歩行速度および股関節伸展角度向上に寄与したため報告する。
【対象】
左変形性股関節症にてTHAを施行した60代男性。PhysiboGait使用前の身体評価は、左股関節屈曲 100°・伸展 10°、MMT 左股関節屈曲・伸展・外転3～4、左足関節底屈 4、FBS：54/56点であった。歩行評価は10m歩行速度1.05m/s、歩幅 59cmであり、左立脚後期の股関節伸展不足および体幹前領による跛行を認め、立脚後期の股関節伸展を意識していたにもかかわらず、実際の歩行波形では不十分であった。左股関節ピーク角度：屈曲 23°・伸展 1°、右股関節ピーク角度：屈曲31°・伸展8°、可動角対称度：0.62であった。
【方法】
術後41日目よりPhysiboGaitを用いた歩行練習を週6日・1回40分程度、約2週間行った。毎回の歩行波形を確認しながらアシストトルクおよび訓練内容を適宜調整し、アシスト歩行後に患者へのフィードバックを行った。また立脚後期の股関節伸展拡大を図るようアシストトルクを調整したが、十分な伸展が得られにくかったため、術後46日目から右ステップモードでのステップ練習を追加した。
【結果】
左股関節可動域は屈曲 105°・伸展15°に拡大し、筋力はMMT：左股関節屈曲・伸展・外転 4、左足関節底屈4～5に向上した。PhysiboGait波形（トルクなし条件）では、左屈曲ピーク角度 23°→25°、伸展ピーク角度 1°→8°、右屈曲ピーク角度31°→30°、伸展ピーク角度 8°→18°、歩幅 59→76cmとなり可動角対称度 0.62→0.68となった。また10m歩行速度1.05→1.56m/s、FBS：54→56点となった。ステップ練習を通じて「思ったより後ろに残す」という股関節伸展に関する内省が得られた。
【考察】
本症例は股関節の既往から長期的に疼痛・機能低下が継続しており、術後も「伸展しているつもり」でも実際には伸展が発揮できない状態が認められた。長期的な疼痛回避による運動パターンの習慣化から、運動イメージと実際の動作の乖離が生じていた可能性がある。
PhysiboGaitによる歩行波形の可視化が客観的フィードバックとして機能し、主観と客観のズレの修正に有用であったと考える。またアシストトルクの調整のみでは改善が得られなかった左立脚後期の股関節伸展に対しては、PhysiboGaitの右ステップモードを反復して行い、この部分練習が「思ったより後ろに残す」という内省を促し、正常歩行のボディイメージ再構築につながったと考えられる。この介入により、歩行速度・股関節伸展角度向上に寄与したと考える。

【まとめ】
アシストトルクの調整のみでは改善が得られなかった本症例に対し、波形フィードバックとステップ練習を組み合わせた訓練内容の検討がTHA 後の歩行速度・股関節伸展角度向上に寄与した可能性が示唆された。今後は症例を積み重ね検討する必要がある。

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-6] ポスター6
座長:尾道 健太郎(川嶌整形外科病院)、江郷 功起(大牟田市立病院)

15:10 ~ 15:20

[P-6-04] 視覚障害及び上肢支持制限を伴う大腿骨転子部骨折術後患者に対する体重免荷式歩行器を用いた歩行導入の一例

*大竹 悠斗[1]、坂本 大和[1]、葉山 力斗[1] (1. 社会医療法人大成会福岡記念病院)

キーワード：体重免荷式歩行器、視覚障害、大腿骨転子部骨折

本発表を行うにあたりヘルシンキ宣言に基づき、対象患者に十分な説明を行い、同意を得た。

【はじめに】先行研究では視覚は歩行において、姿勢制御、速度制御、安全性確保など多様な役割を担うことが報告されている。視覚障害を有する下肢骨折術後患者では、荷重位置の把握や姿勢制御、重心移動の予測が難しく、術後理学療法では術側下肢荷重や歩行再学習において難渋することが推測される。さらに上肢骨折を併存した場合、歩行器使用による代償戦略も制限され、歩行導入は一層困難となる。今回、視覚障害及び上肢支持制限を伴う大腿骨転子部骨折術後患者に対する体重免荷式歩行器を用いた歩行導入を行い、歩行能力改善に至ったため報告する。【症例紹介】70代女性、既往に網膜色素変性症を有し、視覚機能は光覚をわずかに認めるのみで、色覚及び形態覚は消失していた。自宅内転倒により左橈骨遠位端骨折及び右大腿骨転子部骨折を受傷し、X日に骨接合術施行。術翌日より理学療法を開始し、疼痛に応じて荷重を許可された。X+4日より歩行器歩行を開始したが、X+9日より体重免荷式歩行器を用いた歩行訓練へ変更。X+18日に回復期病院へ転院となった。【評価と問題点】歩行器歩行開始時、術側下肢荷重率は30%で、立脚初期から立脚中期にかけて過度な体幹前傾を認めた。加えて、左橈骨遠位端骨折の併存により上肢支持が不十分で荷重調整が困難であった。10m歩行は30秒以上を要し、最大歩行距離は10m。患者は歩行器歩行時に「痛みは強くないが、体重をかける感覚がわからない」や「これ以上かけると転びそう」と訴えており、視覚障害及び上肢支持制限が適切な荷重入力を阻害している一因である可能性が推察された。【介入内容】視覚障害および上肢支持制限を考慮し、安全性を確保した段階的荷重学習を目的として、体重免荷式歩行器を選択した。免荷率は疼痛及び立脚期の安定性に応じて調整し、40%から開始した。【結果】訓練開始後、即時的に、股関節伸展角度の増大を認め、立脚初期に呈していた体幹前傾は軽減。歩行距離と速度は増大し、患者の荷重に対する不安感も軽減した。患者は「これ(体重免荷式歩行器)なら体重をかけやすい」や「体重が乗っている感じがする」といった発言が見られた。体重免荷式歩行器導入後は合計400m程度の練習量を確保でき、最終的に免荷率25%で180mの連続歩行が可能となった。X+17日の評価では、術側下肢荷重率75%、通常歩行器での跛行は軽減、10m歩行時間は21.07秒に改善した。【考察】本症例では視覚障害による荷重位置や重心移動の予測困難に加え、上肢骨折による支持制限が重複したことで、通常歩行器を用いた歩行練習では十分な荷重入力及び反復訓練が困難であったと考えられる。体重免荷式歩行器は、転倒リスクを低減し、安全性を確保した状態で、適切な荷重調整により段階的な荷重学習や反復的かつ律動的な歩行練習を可能にする。さらに免荷歩行に関する先行研究では、歩行速度や歩幅、歩行対称性の改善や歩きにくさや重だるさの軽減といった主観的効果が報告されており、本症例における歩行距離及び歩行速度の向上、跛行の軽減はこれらの知見と一致する結果であった。以上より体重免荷式歩行器は視覚障害や上肢支持制限を伴う下肢骨折術後患者において歩行導入及び荷重再学習の有効な選択肢となり得る可能性が示唆された。

一般演題（ポスター） | 教育・管理運営

2026年11月14日(土) 15:30 ~ 16:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-7] ポスター7

座長:神田 勝利(鹿児島第一医療リハビリ専門学校)、田崎 秀一郎(川﨑病院)

15:30 ~ 15:40

[P-7-01] 職員満足度期査の可視化と組織改善への活用 -ESポートフォリオ分析を用いた取り組み一

*福田 航平[1] (1. 光武内科循環器科病院)

15:40 ~ 15:50

[P-7-02] 当院のリハビリテーション職及び看護職における多職種連携態度と関連要因の検討

*清水 隆基[1]、中山 大貴[2]、早川 智之[2] (1. 天心堂へつぎ病院　リハビリテーション課、2. 九州医療スポーツ専門学校　理学療法学科)

15:50 ~ 16:00

[P-7-03] 全国障がい者スポーツ大会における学生サポーター活動の教育的意義―実地視察を通した活動報告―

*長友 典子[1,2]、大寺 健一郎[1]、村野 信之[1]、大山 史朗[2]、松元 春香[2] (1. 宮崎リハビリテーション学院、2. 宮崎アスレティックトレーナー協会パラトレーナー部会)

16:00 ~ 16:10

[P-7-04] 急性期病院におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算導入の影響

*髙安 信吾[1] (1. 社会医療法人 仁愛会 浦添総合病院)

一般演題（ポスター）| 教育・管理運営
2026年11月14日(土) 15:30 ~ 16:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-7] ポスター7
座長:神田 勝利(鹿児島第一医療リハビリ専門学校)、田崎 秀一郎(川崎病院)

15:30 ~ 15:40

[P-7-01] 職員満足度期査の可視化と組織改善への活用 -ESポートフォリオ分析を用いた取り組み一

*福田 航平[1] (1. 光武内科循環器科病院)

キーワード：職員満足度、組織改善、パーパス

本研究は、ヘルシンキ宣言に基づいた規定を順守し、職員へ口頭にて研究の目的、方法、個人が特定されないことを説明し、同意を得た。なお、当院倫理員会にて承認を得て実施した。

【目的】
近年、医療現場では人材不足や業務の高度化を背景に、職員満足度（Employce Satistaction：ES）が組織の持続性や医療の質を支える重要な基盤であると指摘されている。当院は「完気と笑顔で世界を変える」「住民の健康・生命・生活を守り、未来を拓く」というパーパスの実現を目指しているが、そのためには職員自身がやりがいと安心感をもって働ける組織づくりが不可欠である。本研究の目的は、リハビリテーション科における職員満足度調査結果をES ポートフォリオ分析として可視化し、組織の強みと優先的に改善すべき課題を構造的に明らかにすることで、パーパス実現に資する組織改善の方向性を検討することである。
【方法】
当院リハビリテーション科職員を対象に、先行する職員満足度調査に関する文献および実務資料を参考に作成した調査票を用いた無記名アンケートを実施した。調査内容は5段階評価による設問および自由記載とした。各設問について満足度と関心度を算出し、ES ポートフォリオ分析を用いて 「現状維持項目」「重点維持項目」「要注意項目」「重点改善項目」の 4象限に分類した。なお、調査項目はリハビリテーション科の業務特性を考慮し、一部表現を調整した。
【結果】
ES ポートフォリオ分析により、組織の強みと課題が可視化された。重点維持項目には、上司への信頼、職員の安全配慮、情報提供、上司からのフィードバックなどが位置し、組織の安定性を支える要素であることが示された。一方、部署の雰囲気、他部門との連携、職務遂行環境、精神的不安などは、職員の関心度が高い一方で満足度が低く、組織全体への影響が大きいと考えられる重点改善項目として抽出された。自由記載では、思者の笑顔や感謝の言葉にやりがいを感じている一方で、自身の評価の分かりにくさや不安を抱えながら業務に従事している意見が多くみられた。
【考察・結論】
ES ポートフォリオ分析により、職員満足度を単なる高低評価ではなく、優先順位をもった組織課題として警理することが可能であった。重点維持項目は当院パーパスを日常的に体現している組織の強みであり、重点改善項目については、症例検討の工夫やチーム横断的な研修、リーダーによる面談強化など具体的対策につなげることができた。本手法は、職員満足度調査を組織改善へと結び付け、パーパスを現場で実感できる行動へ落とし込む上で有用であると考えられた。

一般演題（ポスター）｜教育・管理運営

2026年11月14日(土) 15:30 ~ 16:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-7] ポスター7

座長:神田 勝利(鹿児島第一医療リハビリ専門学校)、田崎 秀一郎(川崎病院)

15:40 ~ 15:50

[P-7-02] 当院のリハビリテーション職及び看護職における多職種連携態度と関連要因の検討

*清水 隆基[1]、中山 大貴[2]、早川 智之[2] (1. 天心堂へつぎ病院　リハビリテーション課、2. 九州医療スポーツ専門学校　理学療法学科)

キーワード：多職種連携態度、心理的安全性、チームアプローチ

本研究はヘルシンキ宣言と「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、当院臨床研究倫理審査委員会の承認（承認番号:2025-06-008）を得て実施した。対象者には目的・方法や不同意による不利益がない旨を説明し同意を得た。データは匿名化し個人情報保護に厳重に配慮した。

【背景】
患者の生活の質向上には，日常生活動作の改善を担うリハビリテーション職（リハ職）と生活支援を担う看護職との協働が重要である．多職種連携には，チーム機能や個人の自信（自己効力感），心理的安全性が重要とされるが，その関連性の検証は不十分である．本研究は両職種を対象に多職種連携態度の差異と各要因との関連を検討し，支援モデル構築の基礎的知見を得ることを目的とした．
【方法】
当院のリハ職76名，看護職134名に無記名自記式アンケートを実施した（2025年10-11月）．調査には多職種連携態度尺度（修正版ATHCTS），職場の心理的安全性尺度日本語版（日本語版PS尺度），チームアプローチ評価尺度改訂版（TAAS-R），一般性セルフ・エフィカシー尺度（GSES）を用いた．分析方法はリハ職と看護職における修正版ATHCTSの群間比較にMann-WhitneyのU検定，各職種における修正版ATHCTSと日本語版PS尺度，TAAS-R，GSESとの関連性の検討にSpearmanの順位相関係数を用いた．統計解析にはIBM SPSS Statistics version 27.0を用いて有意水準5%とした．
【結果】
有効回答は60名（リハ職42名，看護職18名，回収率29%）．修正版ATHCTSはリハ職が有意に高かった（$p<0.05$）．職種別では，看護職で修正版ATHCTSが日本語版PS尺度（$r=0.59$），TAAS-R（$r=0.56$）と正の相関，GSESの「能力の社会的位置づけ」と負の相関（$r=-0.55$）を示した（各$p<0.05$）．リハ職では，日本語版PS尺度の「チームリーダー」とのみ正の相関を示した（$r=0.33$，$p<0.05$）．
【考察】
リハ職は看護職より連携態度が有意に高かった．リハ職では情報補完のため他部門へ協働を働きかける機会が多いためと考えられる．看護職では病棟内で密な情報共有を図る傾向にあるとされている．この結果は連携意識の優劣ではなく，職種特性によるアプローチの方向性の違いが反映されたと推察される．看護職は修正版ATHCTSと日本語版PS尺度，TAAS-Rに正の相関を示し，心理的安全性が高いほど連携に肯定的になることが示唆された．一方，GSESの「能力の社会的位置づけ」とは負の相関を示した．自己効力感が高い人ほど自己完結性が強く他職種に頼るニーズが低いことや，役割過重の負担感から新たな連携を回避している状況が推察される．リハ職は心理的安全性の「チームリーダー」とのみ正の相関を示した．本指標には意見の尊重や困難時のサポートといった役割が含まれる．現場ではリハ職の「機能・能力改善」と看護職の「安全優先」とで優先順位が競合しやすいと報告されている．これを調整し，最善のプラン提案を支援する上司の存在が，連携促進の最大の基盤になると示唆された．以上より，業務負担感から連携への余裕を持ちにくい看護職の背景を考慮し，リハ職から相手の負担に配慮した働きかけを行う必要がある．リハ課内では，他部門との葛藤を恐れず提案できるよう，

リーダーが現場を支援する体制構築が望まれる．また看護職へは，リハ職から統合的な解決策を提案していくことが重要である．本研究は基本属性（年齢・性別）の偏りによる限界があり，今後は多施設共同研究を通じた検証が課題である．

一般演題（ポスター）|教育・管理運営
2026年11月14日(土) 15:30 ~ 16:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-7] ポスター7
座長:神田 勝利(鹿児島第一医療リハビリ専門学校)、田崎 秀一郎(川崎病院)

15:50 ~ 16:00

[P-7-03] 全国障がい者スポーツ大会における学生サポーター活動の教育的意義―実地視察を通した活動報告―

*長友 典子[1,2]、大寺 健一郎[1]、村野 信之[1]、大山 史朗[2]、松元 春香[2] (1. 宮崎リハビリテーション学院、2. 宮崎アスレティックトレーナー協会パラトレーナー部会)

キーワード：障がい者スポーツ、理学療法士養成教育、社会参加支援

本報告は学生ボランティア活動の視察報告であり、介入や侵襲を伴う研究ではない。報告にあたっては、個人および団体が特定されないよう匿名化を行い、プライバシーの保護に十分配慮した。

【背景】障がい者スポーツは、単に機能維持に留まらず対象者の活動と社会参加を促進する重要な領域である。昨今、理学療法士（以下、PT）には病院内での機能的アプローチのみならず、生活の場における障壁を取り除き、主体的な社会参加を支援する視点が強く求められている。しかし、現在のPT養成カリキュラムは依然として治療的側面に比重があり、地域社会やスポーツ現場で多職種と連携し社会参加を具体的に支援するプロセスを体験する機会は十分ではない。学生が習得した知識を実社会で活用し、対象者が直面する社会的課題を深く理解できるかが教育上の課題となっている。
【目的】本学では教育的課題への一助として、本県開催の全国障がい者スポーツ大会へ学生サポーター（以下、団サポ）を派遣予定である。本報告の目的は、学生の活動プロセスを教員視点から視察し、その役割と機能を明らかにすることである。特に誘導案内、身体介助、対人交流という一連の関わりや将来PTを目指す学生にとってどのような実践的学習の場となるかを、現場での視察に基づき提示することである。
【視察内容・結果】大会期間中、各会場で活動する団サポを対象に運営体制や活動実態、現場の課題について実地視察を行った。学生は県支給の記名入りベストとキャップを着用し、組織の一員としての自覚と責任感を持って活動に臨んでいた 。主な活動内容は、選手の引率・誘導・応援、弁当の配布、道具の運搬など多岐にわたる。運営面では、県職員による指示系統のもとで活動していた。また、養成校ごとに事前準備の状況や教員による引率実態に差が認められた。さらに、活動環境として屋外会場では天候不順の影響を受けやすく、待機時間の発生や急な役割変更など、現場での臨機応変な対応が運営上の重要な側面となっていた。この状況から、運用上の検討事項としてシャトルバスの運用状況、連絡ツールの活用、および遠方に居住する学生への配慮などが今後の運営課題として挙げられる。
【考察】本活動の教育的意義は以下の3点に集約される。第一に、「知識の具現化とICF視点の統合」である。選手の活躍や直面する物理的障壁を目の当たりにすることで、机上の知識が臨床に直結する実践的な知見へと統合される。これは、環境因子が活動・参加に与える影響をリアルタイムに分析する貴重な機会となる。第二に、「リスク管理意識の醸成」である。管理された病院内とは異なる屋外や混雑下でのリスク予測（疲労、熱中症、転倒予防等）は、医療従事者としての観察眼と責任感を養う。第三に、「専門職としての視座の変容」である。「患者さん」ではなく目標を持つ「選手」と接することで、対象者の強みに着目し、社会参加を多角的に支援するパートナーとしての意識を形成する。今後は、養成校と行政間の連携システムを強化し、事前学習や連絡体制を整備することが持続的な教育効果に繋がると示唆される。
【結論】全国障がい者スポーツ大会での活動は、学生が社会参加支援の意義を実践的に理解するための貴重な場となる。今後、学外活動を教育カリキュラムと密接に連携させ、共生社会に貢献できる広い視野を持った理学療法士の育成に努めたい。

一般演題（ポスター）｜教育・管理運営
2026年11月14日(土) 15:30 ~ 16:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-7] ポスター7
座長:神田 勝利(鹿児島第一医療リハビリ専門学校)、田崎 秀一郎(川崎病院)

16:00 ~ 16:10

[P-7-04] 急性期病院におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算導入の影響

*髙安 信吾[1] (1. 社会医療法人 仁愛会 浦添総合病院)

キーワード：急性期医療、リハビリテーション、他職種連携

本研究は後ろ向きに収集した診療情報を匿名化して解析した。個人情報保護に十分配慮し、適切にデータ管理を行った。

【目的】
急性期病院におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（以下、本加算）は、多職種による早期介入と継続的なリハビリテーション提供体制を評価する加算である。一方で、人的配置や運用負担、特に休日を含めた提供体制の維持に対する懸念から導入を躊躇する施設も少なくない。本研究の目的は、当院における本加算導入前後の変化を施設基準関連指標から明らかにし、その有用性を検証することである。
【方法】
対象は2024年2月から2026年3月に当院急性期病棟へ入院した患者とした。当院では2024年7月より整形病棟および腫瘍外科病棟で本加算を導入し、その後段階的に計5病棟へ拡大した。主解析は加算導入病棟における導入前後比較、副次解析は加算病棟と非加算病棟の同時期比較とした。評価項目は①早期リハビリテーション実施率（入院後3日以内）、②休日平日比（休日/平日提供量）、③ADL低下率、④リハビリテーション処方率とした。統計解析にはMann-Whitney U検定、カイ二乗検定またはFisherの正確確率検定を用い、有意水準は5%未満とした。
【結果】
早期リハ実施率は91.6%から90.6%で高水準を維持し、有意差は認めなかった（p＝0.144）。休日平日比は86.7%から87.2%で安定して推移し、有意差は認めなかった（p＝0.727）。一方、リハビリテーション処方率は63.6%から70.2%へ有意に上昇した（p＜0.001）。ADL低下率は1.23%から0.92%へ低下傾向を示した（p＝0.071）。加算病棟は非加算病棟と比較して、早期リハ実施率、休日平日比、ADL低下率、処方率のいずれも良好であった。
【考察】
本研究の重要な所見は、リハビリテーション処方率の有意な上昇と休日提供体制を維持し得た点である。本加算は入棟後48時間以内の多職種評価を要件とし、早期からの介入体制構築を促進するものである。当院においても、連携の仕組み化により介入対象の拡大と継続的な提供体制の両立が図られた可能性がある。さらに非加算病棟との比較において各指標が良好であったことは、本加算がリハビリテーションの質と継続性向上に寄与する可能性を支持する結果と考えられる。ADL低下率は有意差には至らなかったものの臨床的には改善傾向を示した。一方で、本研究は後ろ向き観察研究であり、時系列変化や病棟特性の影響を排除できない点が限界である。しかし本結果は、導入に伴う運用負担への懸念に対し、実装の可能性と有用性を示す実践的知見となり得る。
【まとめ】
本加算の導入は、リハビリテーション処方率の向上と休日提供体制の維持に関連し、非加算病棟との比較でも良好な結果を示した。急性期病院における多職種連携の推進およびリハビリテーション提供体制の質向上に有用である。

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄

2026年11月14日(土) 15:30 ~ 16:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-8] ポスター8

座長:鈴木 裕也(製鉄記念八幡病院)

15:30 ~ 15:40

[P-8-01] 末期首下がり症に対する徒手理学療法の即時的・一時的効果

*井ノ上 修一[1]、若松 康子[1]、柿田 謙三[1] (1. ともなが内科クリニック　生活習慣病予防センター)

15:40 ~ 15:50

[P-8-02] 腰椎椎間板ヘルニアの既往がある頸椎の椎間孔狭窄とヘルニアを合併した症例

*加藤 裕[1] (1. 大分整形外科病院)

15:50 ~ 16:00

[P-8-03] 徒手介入により即時改善を認めた前胸部痛～外側胸筋神経の関与が示唆された一症例～

*橋本 裕司[1]、安部 隆義[1]、大鍛治 孝幸[1]、谷 侑太[1]、尾崎 良勝[1]、牟田口 瞬[1]、渡邊 裕介[2] (1. わたなべ整形外科クリニック　リハビリテーション部、2. わたなべ整形外科クリニック　整形外科)

16:00 ~ 16:10

[P-8-04] 非スポーツ者の胸郭出口症候群に対する第一肋骨切除術後1年の患者満足度-3例-

*田中 勇輝[1]、水上 健太[1]、居石 李菜[1]、表迫 樹[1]、小泉 慎二[1]、小窪 雄介[1]、秋吉 寿[1]、下河邉 久雄[2] (1. 秋吉整形外科、2. 戸畑共立病院)

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

2026年11月14日(土) 15:30 ~ 16:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-8] ポスター8

座長:鈴木 裕也(製鉄記念八幡病院)

15:30 ~ 15:40

[P-8-01] 末期首下がり症に対する徒手理学療法の即時的・一時的効果

*井ノ上 修一[1]、若松 康子[1]、柿田 謙三[1] (1. ともなが内科クリニック　生活習慣病予防センター)

キーワード：首下がり症、パーキンソニズム、徒手的理学療法

ヘルシンキ宣言に基づき、症例本人に本報告の意義と目的を説明し、同意を得た。また、個人情報が特定できないよう十分に配慮した。

【はじめに】首下がり症（drop head syndrome：以下,DHS）は、頚椎が前方に過屈曲し、首が垂れて前を向くことができない病態（水平注視障害）を主症状とする症候群である。早期に診断され治療することが重要であり、進行すればするほど予後が不良である。今回、末期のDHSに対し、徒手的理学療法（manual physical therapy）を取り入れた介入を実施したところ、一時的ではあるものの、即時的な効果を得ることができたので報告する。【症例紹介】80代女性。主病因は脳血管性パーキンソニズム。[経過]当施設を利用される2年半ほど前、近医の神経内科クリニック（リハビリ施設なし）でパーキンソニズムの診断を受け、内服薬治療を開始、現在に至る。と同時に総合病院整形外科の外来リハビリを開始される。総合病院のリハ終了後、当施設を利用されていたが、パーキンソニズム症状が悪化したため、神経内科専門病院へ入院となった。[パーキンソニズムについて] Hoehn-Yahrの重症度分類stageⅣ。障害高齢者の日常生活自立度はA1。 [DHSについて] 当施設を利用される10か月ほど前から特にひどくなり、総合病院の整形外科で、DHSに対する手術やネックカラーを提案されている。【理学療法】当施設を利用されている間、DHSについては、日によって若干の変動はあるものの大きな変化は見られず、介入効果も一時的で次回利用時には元に戻っていたため、終了間近の状態を提示する。[評価] 立位・座位で chin on chest deformityを呈している。進行度は末期。上嶋の分類はgrade４。頭部を挙上しての前方注視は甚だ困難で、体幹後屈に左斜頸（頚椎左側屈・右回旋）で代償している。頚椎他動可動域は、屈曲60°、伸展－35°、回旋：右45°/左30°、側屈：右0°/左30°。頚椎モビリティーテストは、C3～C7の側方移動と椎間関節すべり運動に制限がみられた。筋のインバランスは、斜角筋群と後頭下筋群、胸鎖乳突筋に硬化・短縮を、頭部屈筋群と頸部伸展筋群に弱化（MMT1～MMT2）がみられた。[介入]頚椎に対する徒手的理学療法：始めと終わりに、頭頚胸椎のアライメントを整える目的で鉛直方向への徒手的頚椎牽引を行い、頚椎側方モビライゼーション、椎間関節モビライゼーション、斜角筋群と後頭下筋群、胸鎖乳突筋のリリース＆ストレッチを実施。弱化筋を賦活する目的で頭部屈曲運動（うなずき運動；chin nod exercise)、頚椎伸展運動（顔面を天井に向けたままベッドに頭を押し付ける）を実施した。頚椎以外に対しても、骨盤を含めた脊柱全体のアライメント調整やパーキンソニズムに対し介入した。【結果】立位における上部胸椎を含めた施行前後の頚椎伸展角度については、静止位：前－85°/後－45°、努力伸展時：前－60°/後－35°と。右側屈角度は、静止位：前－20°/後0°、努力伸展時：前－20°/後0°と、それぞれ即時的な改善がみられた。【考察・まとめ】わずかな時間の理学療法介入で筋力が強化されたとは考えにくいため、関節モビライゼーションによる関節面の適合化や副運動の改善、ストレッチや筋賦活による筋インバランスの改善により、筋力が出力されやすい状態が一時的にでも作り出されたのではないかと考える。徒手的理学療法は、DHSの即時効果に寄与しうることが示唆された。

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 15:30 ~ 16:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-8] ポスター8
座長:鈴木 裕也(製鉄記念八幡病院)

15:40 ~ 15:50

[P-8-02] 腰椎椎間板ヘルニアの既往がある頸椎の椎間孔狭窄とヘルニアを合併した症例

*加藤 裕[1] (1. 大分整形外科病院)

キーワード：頸椎椎間板ヘルニア、頸椎椎間孔狭窄、腰椎椎間板ヘルニアの既往

本発表の実施にあたり、対象者には研究目的、方法、参加は自由意志であること、同意の撤回はいつでも可能で あること、データは匿名化し個人情報は厳重に管理すること（個人情報保護）を、高等で説明し同意を得ました

【目的】診療の中で多く対峙する疾患に頸椎椎間板ヘルニア（以下、CDH）があります。部位は違えど、腰椎では牽引療法にエビデンスは認められていません。またこれは理学療法についても同様です。今回、対側の椎間孔狭窄を合併したCDH症例を担当し、疼痛発生メカニズムの共有により症状が軽減した経験を得たのでここに報告します。

【症例紹介】50代女性。既往のCDHは理学療法開始（X年）の10年前に診断を他院で受け、その当時から左下腿から足底の感覚低下と痺れがありました。今回はX年Y月から出現した右上肢の痺れと痛み、左第4－５指の軽度な痺れ、左肩甲骨内側の疼痛、左大腿から下腿と足底の痺れと感覚低下を主症状に当院を受診されました。今回、X年の３ヶ月前に当院でC5/6左椎間板ヘルニア　C6/7左頸椎症性神経根症　L5/S左腰椎椎間板ヘルニアの診断を受けています。2025年撮影の画像からはレントゲンでストレートネックと前額面で頭頸部が右へシフト、MRIではC5/6正中やや左にヘルニアを認め昨年の画像より悪化していました。またC6/7右椎間孔狭窄とヘルニアも確認されました。この画像所見から右上肢症状の原因はC6/7右神経根によるものだと考えられます。腰部はL5/S脊柱起立筋群に脂肪変性を認め、以前指摘されていたL5/S椎間板ヘルニアによる神経の圧迫は見られませんでした。下肢ROMに制限はなく、手術歴もなく、胸郭出口症候群（以下、TOS）を疑う小胸筋・後外側四角腔（以下、QLS）・斜角筋での圧迫による再現はありませんでした。立位アライメントは腰椎が前弯し胸椎後弯の結果、頸椎はストレートネックを呈しています。

【結果】症状の原因は右上肢ではC6/7DH・椎間孔狭窄によるもの、左上肢は10年前の症状の遺残とC5/6DHによるものと仮定し対応をしました。椎間孔狭窄は骨性の要素があるため改善は難しいこと、しかし、椎間板については水分含有量によって症状の軽減が可能な可能性があると判断しました。下肢にROM制限がないこと、呼吸器疾患の合併症がないこと、手術・骨折歴がないことを確認しています。また疼痛のため防御性収縮を常時認めたため、模型や画像所見を用いて疼痛発生物理ストレスの仮説を説明し、また疼痛の再現性により理解を促しました。その結果、防御性収縮はなくなり、疼痛回避動作も取れるようになりました。

【考察】既往による腰椎前弯によって頸椎が結果ストレートになり、椎間板の可動性が低下するためヘルニア症状が増悪している可能性が示唆されました。生物学的な側面より物理ストレスを明確にし、心理面に対応することが患者教育の上でとても重要だと再確認できました。

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 15:30 ~ 16:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-8] ポスター8
座長:鈴木 裕也(製鉄記念八幡病院)

15:50 ~ 16:00

[P-8-03] 徒手介入により即時改善を認めた前胸部痛～外側胸筋神経の関与が示唆された一症例～

*橋本 裕司[1]、安部 隆義[1]、大鍛治 孝幸[1]、谷 侑太[1]、尾崎 良勝[1]、牟田口 瞬[1]、渡邊 裕介[2] (1. わたなべ整形外科クリニック　リハビリテーション部、2. わたなべ整形外科クリニック　整形外科)

キーワード：エコー、外側胸筋神経、即時効果

【倫理的配慮】
　本発表はヘルシンキ宣言に基づき、当院の倫理委員会の承認を得て、患者に十分な説明を行い同意が得られた後に実施した。

【目的】
　前胸部痛は胸郭出口症候群や頸椎神経根症など多様な病態を含む。近年、末梢神経の機能的絞扼や滑走に着目した報告は多いが、外側胸筋神経（lateral pectoral nerve：LPN）に起因する前胸部痛の報告は乏しい。特に同神経は主に運動枝とされるため、LPNと疼痛との関連については十分に検討されていない。本症例はエコーを用いた評価および介入により即時的改善を認め、LPNの関与が示唆されたため報告する。
【症例紹介】
　40歳代男性。重量物運搬後より前胸部痛が出現し、反復作業により増悪した。咳嗽や重量物の挙上動作で疼痛が持続するため当院受診となった。既往に頸椎椎間板ヘルニアおよび胸郭出口症候群があった。発症8日目の評価では咳嗽、挙上抵抗時に右前胸部痛NRS6/10、感覚障害は認めなかった。烏口突起より3横指遠位の第2肋骨上に限局して疼痛を認めた。胸郭出口症候群および頸椎由来症状の評価を行ったが、上肢症状や疼痛誘発テストは陰性であった。右大胸筋はMMT3と筋力低下および疼痛を認めた。 エコーにて大胸筋―小胸筋間に胸肩峰動静脈を確認し、同部位への圧迫にて再現痛を認めた。本症例ではエコーを用いて解剖学的位置関係を確認しつつ、症状の再現性および介入による即時的変化を指標として総合的に評価した。同部位での圧痛および動作時痛の増強から、LPN周囲組織との相対的な滑走性低下の可能性が示唆された。姿勢評価では頭部前方位、肩甲骨前傾・内旋・下方回旋を呈していた。
【経過】
　既往の頸椎由来および胸郭出口症候群は否定的であった。圧痛部位およびエコー下での再現痛、大胸筋の選択的筋力低下からLPNの関与を疑い、LPN周囲に対して滑走を考慮した操作および圧変動操作を実施した。初回介入直後の深呼吸や徒手抵抗下での収縮時痛はNRS1/10まで軽減し、MMTは5へ改善、圧痛も消失した。その後、週1回計3回の介入で症状は消失し、日常生活および作業時の疼痛も再発は認めなかった。
【考察】
　LPNは胸肩峰動静脈に伴走し大胸筋―小胸筋間を走行する解剖学的特徴を有し、周囲組織の影響を受けやすい位置関係にある。本症例では同部位での圧迫により症状が再現されたことから、神経の機械的刺激に対する関与が示唆された。さらに、反復負荷による大胸筋の過緊張や不良姿勢に伴う小胸筋短縮が神経周囲環境に影響を与え、機能的絞扼を助長した可能性が考えられた。LPNは主に運動枝とされるが、末梢神経は機械的刺激に対する感受性を有しており、圧迫や伸張により疼痛を生じ得ることが知られている。さらに、神経周囲組織にも侵害受容器が存在することから、滑走性の低下や局所的な機械的ストレスが疼痛発生に関与した可能性がある。本症例ではエコー上で明確な滑走異常の描出には至らなかったが、①特定部位での再現性、②神経走行に近似した圧痛、③介入直後の疼痛軽減と筋出力の同時改善を認めたことから、筋単独ではなく神経機能の関与が大きいと解釈した。特に、疼痛軽減と同時に筋出力の改善を認めた点は、神経機能の可逆的変化を示唆する所見と考えられる。さらに、解剖学的位置

関係および症状再現部位からLPNの関与が最も考えられた。症状の再現性および即時的変化に基づく評価と介入は、前胸部痛に対する臨床的アプローチの一助となる可能性がある。

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 15:30 ~ 16:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-8] ポスター8
座長:鈴木 裕也(製鉄記念八幡病院)

16:00 ~ 16:10

[P-8-04] 非スポーツ者の胸郭出口症候群に対する第一肋骨切除術後1年の患者満足度-3例-

*田中 勇輝[1]、水上 健太[1]、居石 李菜[1]、表迫 樹[1]、小泉 慎二[1]、小窪 雄介[1]、秋吉 寿[1]、下河邉 久雄[2] (1. 秋吉整形外科、2. 戸畑共立病院)

キーワード：胸郭出口症候群、患者満足度、第一肋骨切除術

【倫理的配慮、説明と同意】本研究はヘルシンキ宣言に則り,患者に本研究の主旨やリスクを書面で説明し,同意を得た上で行った.

【目的】胸郭出口症候群（TOS）術後の長期経過に関する報告は散見されるが,リハビリテーションの視点から患者満足度を評価した報告は散見されない.今回,術後1年時の患者満足度を評価した3症例を報告する.【症例紹介】＜症例1＞30代男性.左上肢の痺れに対し他院および当院で約1年間の保存療法を行うも改善なく,血管造影にて鎖骨下動脈狭窄を認めたため第一肋骨切除術を施行した.理学所見はRoos test 30s,Wright test陽性,Adson test陽性,上肢牽引テスト陽性であった.姿勢はスウェイバック姿勢を呈し,肩甲帯は下制・内旋・下方回旋・翼状肩甲を認めた.MMTは前鋸筋および僧帽筋中部・下部が4であり,DASH scoreは30点であった.＜症例2＞30代女性.他院にて頚肋切除術後も症状改善に乏しかったため,第一肋骨切除術を施行した.理学所見はRoos test 5s,Morley test陽性,Wright test陽性,Adson test陽性,上肢牽引テスト陽性であった.肩甲骨は下制・内旋・下方回旋・翼状肩甲を認め,MMTは前鋸筋および僧帽筋中部・下部が4,母指球筋・小指球筋が4−であり筋萎縮を認めた.DASH scoreは30点であった.＜症例3＞30代女性.右上肢のだるさと痺れを主訴に,当院で1年半の保存療法を行うも改善なく,血管造影にて鎖骨下動脈狭窄を認めたため第一肋骨切除術を施行した.理学所見はRoos test 15s,Morley test陽性,Wright test陽性,Adson test陽性,Eden test陽性,上肢牽引テスト陽性であった.肩甲骨は下制・下方回旋・翼状肩甲を認め,MMTは前鋸筋および僧帽筋中部・下部が4であり,DASH scoreは32点であった.【経過】＜症例1＞術後1か月までは筋緊張緩和を目的にリラクゼーション,ストレッチを中心に実施し,術後2か月から肩甲帯,体幹筋力トレーニングを実施した.術後3か月で骨盤,肩甲帯アライメントの改善,術後6か月でTOS所見の消失,肩甲帯MMT5,DASH score5まで改善しリハビリ終了.術後1年でのDASH score5であった.＜症例2＞術後2か月までは症例1と同様で実施.術後3か月でTOS所見はほぼ消失.術後5か月で肩甲帯MMT5,DASH score8.3まで改善しリハビリ終了.術後1年でのDASH score11.6であった.＜症例3＞症例1・2と同様,筋緊張緩和を優先的に図ったが術後5か月まで変化が乏しく,右前腕の痺れや疼痛が残存した.術後6か月より疼痛と筋緊張が緩和したため,肩甲帯筋力トレーニング,ストレッチを中心に実施した.術後8か月で痺れ,TOS所見は消失し,肩甲帯アライメントの改善,肩甲帯MMT5,DASH score8.3まで改善しリハビリ終了.術後1年でのDASH score15であった.【考察】上肢疾患におけるDASH scoreの臨床的に意味のある最小変化量（MICD）は約10〜15点とされておりリハビリ介入6か月時は臨床的に有意な改善と考えられる.今回の3症例はいずれも約1年間と長期の保存療法を経て手術に至った症例であることもあり術後1年時も軽度の機能障害が残存し,DASH scoreの改善は術後半年と比較しても大きな変化は認めなかった.神経圧迫による変化は圧迫強度および持続時間に依存し,強く長く圧迫されるほど神経障害は重症化するため,これに伴う神経の構造変化による症状が長期間持続することが報告されている.本症のように保存療法期間が長く手術に至った症状は完全には消失せず,回復遅延をきたし軽度ながら残存する可能性が考えられた.

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-9] ポスター9

座長:妹尾 昌大(大勝病院)、富岡 一俊(垂水市立医療センター垂水中央病院)

16:20 ~ 16:30

[P-9-01] 抗重力位での運動療法により歩行能力の改善が得られた自己免疫性脊髄症の一例

*坂田 果也[1]、本田 祐一[1]、安藤 信次[1] (1. 臼杵市医師会立コスモス病院　リハビリテーション部)

16:30 ~ 16:40

[P-9-02] 外来パーキンソン病（PD）患者の首下がり（DHS）に対する超音波療法を併用した段階的な運動療法の介入戦略

*山口 滉大[1]、山田 麻和[2]、山川 紘子[1]、大瀬 拓海[1]、萩原 駿一[1] (1. 社会医療法人春回会　長崎北病院　総合リハビリテーション部　理学療法士、2. 社会医療法人春回会　長崎北病院　総合リハビリテーション部　作業療法士)

16:40 ~ 16:50

[P-9-03] 恐怖反応を伴うLateropulsion に対する段階的感覚運動再学習の効果 -橋出血の一症例-

*吉永 幸生[1] (1. 医療法人杉村会 杉村病院 リハビリテーション部)

16:50 ~ 17:00

[P-9-04] ラクナ梗塞発症後,バランス不良と歩行困難を認めた症例の歩行再建を目指した理学療法～姿勢制御に着目～

*高山 湧杜[1]、笠江 省太[1] (1. 医療法人社団 聖山会 川南病院　リハビリテーション室)

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経
2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-9] ポスター9
座長:妹尾 昌大(大勝病院)、富岡 一俊(垂水市立医療センター垂水中央病院)

16:20 ~ 16:30

[P-9-01] 抗重力位での運動療法により歩行能力の改善が得られた自己免疫性脊髄症の一例

*坂田 果也[1]、本田 祐一[1]、安藤 信次[1] (1. 臼杵市医師会立コスモス病院　リハビリテーション部)

キーワード：坑重力位、歩行能力、神経筋活動

【倫理的配慮】本報告の発表に際し、症例本人に対して目的・内容・個人情報の取り扱いについて十分な説明を行い、書面による同意を得た。なお、本報告はヘルシンキ宣言の倫理的原則に基づき作成した。

【はじめに】
自己免疫性脊髄症による両下肢筋力低下を呈し、歩行介助を要した症例を経験した。抗重力位での筋出力訓練および姿勢制御アプローチを意識して実施した結果、歩行機能の改善が得られたので報告する。
【症例紹介および初期評価】
60歳代後半女性。自己免疫性脊髄症（第12胸椎～第1腰椎レベルの馬尾神経障害）と診断され、発症後70日目に当院へ転入。転入時のMMTは体幹筋3、腸腰筋3/4、大殿筋2/3、中殿筋3/3、下腿三頭筋2/2。感覚は両足部外側に表在感覚鈍麻。BBSは31点、TUGは24.3秒、最大歩行距離は歩行器使用にて20m。歩行分析では両立脚中期での骨盤前傾・腰椎過前弯、トレンデレンブルグ徴候の動揺を認め、立脚中期から後期にかけての支持性低下および前方推進力の著明な不足を認めた。
【アプローチ内容】
筋活動を効率的に引き出す抗重力位での運動療法に着目し、立位保持および膝立ち位での側方移動課題を実施し股関節周囲筋の収縮を促通した。また、大腿部から下腿にかけて螺旋状に弾性緊張帯を装着した状態で歩行練習を実施し体性感覚を通じた感覚フィードバックを増強させ、抗重力位での運動と組み合わせることで歩行に必要な筋の出力向上を促した。さらに、バランスマットやステップ台を利用し体幹筋と股関節周囲筋の連動や足関節底屈筋の収縮を促した。
【結果】
発症後144日目（退院時）の最終評価にてMMTは体幹筋４、腸腰筋4/4、大殿筋4/4、中殿筋4/4へと改善した。下腿三頭筋は2/2まであったが両脚での踵骨挙上が可能となった。BBSは47点、TUGは18.8秒、最大歩行距離は杖歩行にて127mとバランス・歩行能力ともに著明に改善した。歩容は骨盤帯の動的安定性が向上し、前方推進力の改善が見られた。室内歩行器歩行、屋外杖歩行見守りレベルでの歩行が可能となった。
【考察】
本症例の歩行改善に向けたアプローチとして、筋出力および神経筋活動に対しては、歩行と類似した筋活動を効率的に引き出すために、抗重力位での運動療法を積極的に行ったことで歩行時の神経筋活動の改善につながったと考える。また、歩行中の姿勢制御に対しては、立位・膝立ちでの運動療法を行ったことで股関節周囲筋と体幹筋の協調性が向上した。さらに歩行時に弾性緊張帯による皮膚・皮下組織への持続的な圧迫刺激による体性感覚への入力を強化した状態での歩行練習を行ったことで歩行時の姿勢制御の改善が得られたのではないかと考える。本症例のような自己免疫性脊髄症による歩行障害に対し、坑重力位での運動療法や弾性緊張帯を用いた介入は、姿勢制御能力を向上させ歩行能力改善に寄与することが示唆された。

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経
2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-9] ポスター9
座長:妹尾 昌大(大勝病院)、富岡 一俊(垂水市立医療センター垂水中央病院)

16:30 ~ 16:40

[P-9-02] 外来パーキンソン病（PD）患者の首下がり（DHS）に対する超音波療法を併用した段階的な運動療法の介入戦略

*山口 滉大[1]、山田 麻和[2]、山川 紘子[1]、大瀬 拓海[1]、萩原 駿一[1] (1. 社会医療法人春回会　長崎北病院　総合リハビリテーション部　理学療法士、2. 社会医療法人春回会　長崎北病院　総合リハビリテーション部　作業療法士)

キーワード：パーキンソン病、首下がり、超音波療法

本症例への介入は，事前にヘルシンキ宣言の勧告に従い，文書による十分な説明と同意のもとで実施した．

【はじめに】PDにおけるDHSの発症率は0.4～6%とされ，装具療法やリドカイン注射，手術療法の他，理学療法介入が重要とされている．今回，ドパミンアゴニスト（DA）の増量を契機にDHSを呈したPD患者に対し，外来リハにおいて超音波療法と段階的な運動療法を行い一定の効果を認めたため報告する．
【症例紹介】70代後半男性，BMI：23.2kg/m^2，独居でIADLまで自立．Hoehn-Yahrの重症度分類：Ⅲ，罹病期間：5年，Lドパ換算用量相当量：915mg/日（期間中1000mg/日に増量あり），Demands：頭があがるようになりたい．長く歩けない．
【介入前評価】MDS-UPDRS PartⅢは16/132点で，動作の狭小化や首下がりが目立った．頭部前方位角（CV角）は12度，首下がり症の臨床分類は中等度であった．NRS 8/10と持続的な頸部痛と，胸鎖乳突筋および僧帽筋の過緊張を認めた．静的立位・歩行時の視線は下方偏位，頭部前屈位に伴う胸椎後弯，骨盤後傾位姿勢，膝関節軽度屈曲位を呈し，立脚後期の股関節伸展角度の減少，歩幅の狭小化，腕振り減少がみられた．体幹筋力（徒手筋力計）は屈曲8.0 lbf／伸展9.7 lbf，10 m歩行時間は13.9秒（24歩），6分間歩行距離は263.3 mであった．
【統合と解釈】本症例のDHSは，DA増量を契機とした頸部筋の筋緊張異常に加え，元々の体幹筋，頸部伸展筋の筋力低下が助長因子と推察した．さらに，頭頸部前屈位の持続や頸部痛により頸部伸展筋群の不使用が生じ，代償として胸椎後弯や骨盤後傾姿勢が持続した結果，頸部伸展筋，体幹筋力が二次的に低下したと考えた．
【介入】介入は週2回，1回60分実施し，約2か月ごとに定期評価を行った（Ⅰ期・Ⅱ期・Ⅲ期に区分）．全期で筋緊張異常へのコンディショニングとして，僧帽筋へ超音波療法（周波数3 MHz，連続モード，強度1.5 W/cm^2，15分/回照射）を実施した．Ⅰ期ではティルトリクライニング型車いすを使用し，頸部筋群の過緊張を軽減しつつ，正常なアライメントにおける体幹筋のインナーマッスルを強化した．Ⅱ期では四つ這いや骨盤前傾位を保持した端座位などの抗重力位での運動を導入した．Ⅲ期では静的立位時のアライメント改善に伴い，動的立位など段階的な動作移行を行った．
【Ⅲ期後評価】MDS-UPDRS PartⅢは17/132点，CV角は30度に改善し，胸鎖乳突筋および僧帽筋の過緊張が軽減した．首下がり症の臨床分類は正常域となり，NRS 2/10と頸部痛なく頭頸部の保持が可能となった．静的立位・歩行時では頭頸部前屈および前方突出の改善，膝関節屈曲角度の軽減と，立脚後期の股関節伸展増大かつ腕振りが出現した．体幹筋力は屈曲25 lbf／伸展44 lbfに向上，10 m歩行時間は9.2秒（18歩），6分間歩行距離は440.7mとなった．本人から「友人に姿勢が良くなったと言われる」との内省が得られた．
【考察】PDによるDHSでは，僧帽筋をはじめ頸部伸筋群の二次的な変化が生じるとされるが，超音波を用いたコンディショニングにより筋緊張の調整を図ることができた．DHSは従重力位からの運動開始が推奨されており，適切な頸部位置での体幹筋の賦活との複合的介入が改善に寄与したと推察した．また，姿勢改善と筋出力向上の結果，歩幅や歩行速度の改善に繋がったと考えられた．

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経
2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-9] ポスター9
座長:妹尾 昌大(大勝病院)、富岡 一俊(垂水市立医療センター垂水中央病院)

16:40 ~ 16:50

[P-9-03] 恐怖反応を伴うLateropulsion に対する段階的感覚運動再学習の効果 -橋出血の一症例-

*吉永 幸生[1] (1. 医療法人杉村会 杉村病院 リハビリテーション部)

キーワード：Lateropulsion、重力知覚、感覚統合

本症例はヘルシンキ宣言に基づき十分な説明を行い本人の同意を得た。個人情報保護に配慮し匿名化した。

【目的】
Lateropulsion（LP）は、主観的身体垂直の障害を基盤とする姿勢定位障害とされ、脳卒中発症後に見られる特徴的な姿勢制御障害の一つである。Nolanら（1）はLPを主観的身体垂直の障害に基づく姿勢定位異常と位置づけ、Pusher syndrome（PS）はその行動表現と整理している。脳卒中発症後に認められる姿勢制御障害はPSとして扱われることが多いが、行動の背景要因を検討することが重要である。本症例では、pushing様行動を病巣所見及び患者の主観的体験から恐怖反応を伴うLPと解釈し、重力知覚と身体垂直統合障害への理学療法介入を実施した経過を報告する。

【症例紹介】
50代男性。既往に右被殻出血を有し今回橋被蓋を含む広域左橋出血を発症した。右被殻出血の後遺症は軽微であり、左上下肢のBr.stageはV、ADLは自立していた。右上下肢のBr.stageはIV、立位にて右側偏倚と強い恐怖反応、患側下肢荷重感覚脱失を認め、患側荷重回避とpushing様行動を呈し、「体重を乗せるのが怖い」との発言も聞かれた。能動的な押し行動は明確ではなく、典型的なPSとは異なると判断した。Functional Ambulation Category（FAC）は1点であった。

【理学療法介入】
橋被蓋部病変による前庭脊髄路および重力知覚路の障害を主病態と仮定し、感覚再構築と抗重力姿勢下での荷重学習を段階的に実施した。重力下にて症状顕在化がみられた為、非重力位である背臥位より介入を開始しPNFパターン運動にて患側荷重感覚再認識を図った。座位ではBobath概念に基づく骨盤楕円運動により、左右荷重制御の再学習を行った。座位から立位の移行では恐怖反応が強く認められたため恐怖反応の軽減を優先し、高坐位を経由し立位へ段階的に移行した。高坐位にて体幹伸展と協調した患側下肢への荷重促通を実施し、歩行時には弾性バンドを用い遊脚開始の外的提示及び下腿の二重振り子運動の再学習を図った。

【結果】
介入開始1週で患側荷重感覚の再認識が出現し、2週で片手のみでの立位保持が可能となった。3週で把持物なし立位保持が60秒以上可能、前腕支持歩行器での歩行が可能となりFACは1点から3点へ改善、恐怖反応は軽減した。

【考察】
先行研究（1）はLPを主観的身体垂直の障害と位置づけ、pushingは二次的行動と整理している。本症例では明確な押し行動のないpushing様行動を、恐怖反応を伴うLPと解釈した。橋被蓋部は前庭脊髄路や内側毛帯との関連が報告されており、重力知覚および身体垂直認知の統合に関与するとされる。本症例でもこれらの統合障害により重力下での姿勢制御が破綻し、姿勢不安に起因する恐怖反応が生じた可能性が考えられた。そこで非重力位から段階的に荷重感覚

入力を再構築し、重力負荷を漸増させたことにより姿勢制御の再学習が促され、患側荷重感覚の再認識に伴い恐怖反応が軽減し、LPの改善に寄与した可能性が考えられた。さらに外的誘導による遊脚再学習も短期間での機能改善に寄与した可能性が示唆された。本症例はLPを行動のみで捉えるのではなく、その背景にある重力知覚と身体垂直認知の統合障害に着目する重要性を示唆する症例であった。

【まとめ】
恐怖反応を伴うLateropulsionに対する段階的な感覚運動再学習は、有効な介入戦略の一つとなり得る可能性が示唆された。

【参考文献】
1) Nolan KJ, et al.

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経
2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-9] ポスター9
座長:妹尾 昌大(大勝病院)、富岡 一俊(垂水市立医療センター垂水中央病院)

16:50 ~ 17:00

[P-9-04] ラクナ梗塞発症後,バランス不良と歩行困難を認めた症例の歩行再建を目指した理学療法～姿勢制御に着目～

*高山 湧杜[1]、笠江 省太[1] (1. 医療法人社団 聖山会 川南病院　リハビリテーション室)

キーワード：姿勢制御、皮質網様体脊髄路、小脳内部モデル

対象者及びご家族に対して,発表の目的と個人情報の取り扱い等について口頭及び文書にて説明し,対象者家族に同意を得た.

【目的】臨床において脳卒中患者は,感覚障害や運動麻痺等,多様な身体機能の変化により姿勢制御が破綻し,歩行困難となるケースがある.姿勢制御における身体機能の中で,錐体路に近い位置を走行する皮質網様体脊髄路が重要な役割を担っている.今回,ラクナ梗塞発症後にバランス不良を認め,歩行困難となった1症例の理学療法を経験し,姿勢制御に着目した治療を実施したので若干の考察を加え報告する.
【症例紹介】80代女性.右放線冠～基底核レベルのラクナ梗塞の診断で入院.発症翌日から理学療法を開始.Brunnstrom Recovery Stage(以下：BRS)は上肢Ⅲ～Ⅳ,手指Ⅴ,下肢Ⅳ.発症5日目に症状の進行と梗塞巣の拡大を認めた.6日目のBRSは上肢Ⅰ,手指Ⅰ,下肢Ⅳ.起居動作は中等度介助.座位保持,立位保持は体幹の前傾,麻痺側への傾きが強く中等度介助.7日目の位置覚検査では軽度鈍麻,立体認知覚は中等度鈍麻.9日目より平行棒内歩行を開始.手すりを引き込むことで重心をコントロールし,麻痺側への傾きを防ぐ歩容であった.腹部症状に伴う離床制限を経て,20日目に歩行練習を再開.21日目のサイドウォーカー歩行では,非麻痺側への重心移動が出来ず,麻痺側下肢の振出しが困難な為,重心移動の介助が必要であった.また,姿勢の崩れへの認識はあるが自己修正は困難.半側空間無視により左側への注意力は不十分であった.
【経過】本症例に対し麻痺側への積極的な荷重,歩行練習,バランス練習(リーチ,ステップ,跨ぎ動作)を実施.発症61日目のBRSは上肢Ⅳ,手指Ⅴ,下肢Ⅴ～Ⅵ,感覚検査では左右差なく,立位保持自立,1本杖歩行見守り,独歩見守り～軽介助となり,発症98日目に自宅退院となった.
【考察】本症例は下肢の運動麻痺の程度以上のバランス不良を認め,歩行困難であった.右放線冠の梗塞により皮質網様体路及び錐体路の障害,感覚を統合する能力が障害されたことで姿勢制御の破綻が生じたことが大きな要因であると考えた.姿勢制御獲得には運動学習が有効であると考えられている.そこで,小脳の内部モデルを利用し運動の再学習を図った.高草木は「運動を反復することにより,小脳への遠心性コピーとフィードバック情報（運動の結果）の誤差は減少すると考えられる。」と報告している.今回,歩行練習やバランス練習(リーチ,ステップ,跨ぎ動作)の反復練習を実施し失敗に対するフィードバックを繰り返し行った.感覚統合障害がある為,初めは視覚代償や声掛け等の外在的フィードバックで感覚情報の修正を図り,徐々に固有感覚を通して内在的フィードバックを促した.適切な難易度設定とフィードバックによる誤差学習を反復したことで姿勢制御の改善に向けた内部モデルの再構築に繋がったと考える.さらに,吉尾は「股関節への荷重と筋紡錘の伸長刺激は脊髄小脳神経回路を介して末梢の筋活動の賦活とともに,橋網様体脊髄路への賦活によって股関節・体幹を中心とした姿勢制御に貢献している。」と報告しており,麻痺側への積極的な荷重が下肢,体幹近位部の筋活動を賦活し,姿勢制御の改善に繋がったのではないかと考える.

一般演題（ポスター）｜呼吸・循環・代謝

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-10] ポスター10

座長:筒井 宏益(江南病院)、今田 琢也(門司掖済会病院)

16:20 ~ 16:30

[P-10-01] 高齢心不全患者におけるリハ前後の身体機能・ADLと再入院に関する検討

*河崎 靖範[1] (1. 熊本リハビリテーション病院　リハビリテーション部　理学療法科)

16:30 ~ 16:40

[P-10-02] ペースメーカーによる心拍応答制限下でAT改善を認めた心不全症例 ーCPXによる経時的評価ー

*大野 耕太朗[1]、境野 成次[2]、山口 祐二[3]、村野 武志[3]、鶴田 豊[3] (1. 鶴田病院リハビリテーション科、2. 鶴田病院循環器内科、3. 鶴田病院外科)

16:40 ~ 16:50

[P-10-03] 島嶼地域病院における心不全未発症入院患者のリスク層別化と予防的介入の可能性

*堤 康平[1] (1. 社会医療法人玄州会光武内科循環器科病院リハビリテーション部)

16:50 ~ 17:00

[P-10-04] 低血圧を伴う超重度の大動脈弁狭窄症患者の離床について ～脈圧・脈圧比に着目して～

*野田 彩乃[1]、挽地 裕[2]、小山 卓[2]、樫山 国宣[2]、鶴 良太[1]、岡部 達哉[1]、吉田 美夏[1] (1. 医療法人輝栄会　福岡輝栄会病院　リハビリテーション科、2. 医療法人輝栄会　福岡輝栄会病院　循環器内科)

一般演題（ポスター）｜呼吸・循環・代謝
2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-10] ポスター10
座長:筒井 宏益(江南病院)、今田 琢也(門司掖済会病院)

16:20 ~ 16:30

[P-10-01] 高齢心不全患者におけるリハ前後の身体機能・ADLと再入院に関する検討

*河崎 靖範[1] (1. 熊本リハビリテーション病院　リハビリテーション部　理学療法科)

キーワード：高齢心不全、リハビリテーション、再入院

本研究はヘルシンキ宣言に則り、データ抽出後、集計分析した後は個人情報を除去し、施設内の倫理委員会の審査を経て承認を得た（承認番号2025-45）。

【目的】高齢心不全患者は増加傾向にあり、再発を繰り返すことで身体機能およびADL低下を来しやすい疾患である。心不全リハの有効性が報告され急性期から慢性期にかけて重要な治療介入とされている。しかし、高齢心不全患者におけるリハ前後の身体機能やADL、さらに退院後の生活状況や再入院との関連を検討した報告は少ない。今回、当院で入院リハを実施した心不全患者を対象にリハ介入前後の身体機能およびADLの変化、さらに病前ADLへの回復状況や退院後のサービス利用、再入院との関連について検討することを目的とした。

【方法】対象は、2020.4.1～2025.3.31（5年間）に心不全で当院に入院し、心リハを実施した114名（年齢84±10歳、男女比56/58、リハ実施日数36±23日、運動麻痺合併症例16%）とし、急性期病院への転院例および死亡退院例は除外した。評価項目はリハ開始時および終了時の6分間歩行試験（6MD:m）、10m歩行時間（秒）、膝伸展筋力（HHD左右平均値:kgf）、FIM得点（点）とし、さらに病前ADL（MSWによる要介護度情報）と退院時FIM得点を比較した。加えて、退院後の在宅サービス（通所・訪問リハ、通所介護、訪問看護）利用状況及びそれまでの再入院回数を調査した。

【結果】リハ開始時から終了時において、6MD（60→140m）は有意に延長した（p＜0.01）。10m歩行時間（17.8→16.3秒）は有意に短縮し（p＜0.05）、膝伸展筋力（15.7→17.8kgf）は有意に向上した（p＜0.05）。FIM得点（75→90点）は有意に改善した（p＜0.01）。要介護度に基づく病前ADLと退院時FIMの比較では、自立の割合が減少し、監視レベルは大きな変化がなかった。一部介助レベルは減少した一方で、中等度以上の介助を要する患者は増加した。病前ADLにまで回復した患者は85%であり、15%は何らかのADL低下を残して退院していた。退院後の在宅サービス利用状況は、通所・訪問リハいずれかまたは両方を利用していた患者が40%、通所介護または訪問看護を利用していた患者が20%、サービス未利用が40%であった。入院回数は初回入院が83%、2回目以上の入院が17%であった。

【考察】本研究の結果、心不全患者においてリハ介入により運動能力、歩行能力、筋力、ADLのいずれも改善することが示された。これは適切な包括的心リハが、身体機能の維持向上に寄与することを示唆する。一方で病前ADLへの完全回復率は85%であった。高齢心不全患者では、加齢や併存疾患などが機能回復を妨げる要因と考えられる。また、退院後の通所・訪問リハ利用率は40%にとどまり、リハ継続が十分に行われていない現状が明らかとなった。心不全は慢性疾患であり、退院後の生活指導やリハ継続が不十分な場合、再入院リスクが高まることが報告されている。本研究でも再入院率は17%であり、在宅における支援体制の強化が求められる。

【まとめ】心不全患者に対するリハは、身体機能およびADLの改善に有効であった。しかし、病前ADLまでの回復には限界があり、退院後のリハ継続率も低いことが示された。心不全患者

の機能維持および再入院予防のためには、在宅における医学管理とリハを含めた生活指導が重要である。

一般演題（ポスター）|呼吸・循環・代謝
2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-10] ポスター10
座長:筒井 宏益(江南病院)、今田 琢也(門司掖済会病院)

16:30 ~ 16:40

[P-10-02] ペースメーカーによる心拍応答制限下でAT改善を認めた心不全症例 ーCPXによる経時的評価ー

*大野 耕太朗[1]、境野 成次[2]、山口 祐二[3]、村野 武志[3]、鶴田 豊[3] (1. 鶴田病院リハビリテーション科、2. 鶴田病院循環器内科、3. 鶴田病院外科)

キーワード：心不全、CPX、運動耐容能

本症例報告は個人が特定されないよう十分配慮し、年次表記等を匿名化した。発表に際しては対象者に説明を行い、同意を得た。

【目的】
心不全患者の運動耐容能制限には複数の循環因子が関与し、特に心拍応答が制限された症例では、運動耐容能の変化を適切に捉えたうえで運動強度を設定することが重要である。心肺運動負荷試験（CPX）は、嫌気性代謝閾値（AT）を含む運動耐容能の生理学的背景を評価できる検査である。本報告の目的は、ペースメーカーによる心拍応答制限下でAT改善を認めた心不全症例について、CPXによる経時的評価からその臨床的意義を検討することである。
【症例紹介】
80歳代男性。20XX年にALアミロイドーシスと診断され、DRd療法2コース後に血液学的寛解を達成した。その後、心アミロイドーシスに伴う心不全を呈し、レート応答型ではない70 bpm固定レートのDDIペーシング下で管理されていた。
【経過】
CPXでは、AT 7.5→9.2 mL/kg/min、Peak VO_2 8.2→9.9 mL/kg/min、$\Delta VO_2/\Delta WR$ 7.39→8.50 mL/min/Wと改善した。身体機能では、SPPB 10→12点、6分間歩行距離340→400 mと改善した。NT-proBNPは2191.0→1755.1 pg/mLへ低下した。心エコーでは、最終評価時に左室駆出率58.7%と収縮能は保たれていたが、E/e’平均16.1と拡張能異常を認め、壁肥厚および高輝度斑点状エコー所見は持続していた。
【考察】
ペースメーカーによる心拍応答制限が持続していた一方で、AT、Peak VO_2、$\Delta VO_2/\Delta WR$、SPPB、6分間歩行距離は改善しており、適切な運動介入により運動耐容能および身体機能は改善しうることが示唆された。しかし、最終評価時においてもATとPeak VO_2は近い値を示し、心エコーでも拡張能異常および心アミロイドーシスに特徴的な構造的所見が持続していたことから、循環予備能制限は残存していた可能性がある。したがって、ペースメーカーによる心拍応答制限例では、CPXによる循環応答の経時的評価に基づいて運動強度を設定することが、リスク管理を踏まえた適切な運動療法の提供につながると考えられた。

一般演題（ポスター）｜呼吸・循環・代謝
2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-10] ポスター10
座長:筒井 宏益(江南病院)、今田 琢也(門司掖済会病院)

16:40 ~ 16:50

[P-10-03] 島嶼地域病院における心不全未発症入院患者のリスク層別化と予防的介入の可能性

*堤 康平[1] (1. 社会医療法人玄州会光武内科循環器科病院リハビリテーション部)

キーワード：心不全、予防的リハビリテーション、リスク層別化

研究対象は過去の診療録及び評価データを用いた後ろ向き研究であり，対象者への新たな侵襲や負担は生じない．収集したデータは匿名化し，研究用IDを用いて管理することで個人が特定されないようすること，収集したデータは研究目的以外で使用しないよう十分に配慮した．また，この研究は倫理委員会の承認を得て実施した．

【目的】
　心不全は高齢化に伴い増加しており，発症後の治療のみならず発症前段階からの予防的介入の重要性が指摘されている.島嶼地域では医療資源が限られており，心不全発症後の継続的管理には一定の制約がある.そのため入院患者の段階で将来的な心不全発症リスクを評価することは重要と考えられる.
　本研究では心不全未発症入院患者を対象にリスク層別化を行い，臨床指標との関係およびリハビリテーション介入の可能性について探索的に検討した.
【方法】
　当院入院患者558例を対象とした.再入院症例については重複解析を避けるため直近入院のみを採用した.年齢，Alb，eGFR，ADL，内服管理などのデータが揃った270例を解析対象とした.心不全発症リスクの層別化には岡田らが報告した心不全発症予測スコアを参考にした（Okadaら）.同スコアは年齢，BMI，eGFR，Alb，ADL，内服管理，BNPなどから構成されるが，本研究ではBNPが全例で測定されていないためBNPを除いた項目を用いて探索的にリスク評価を行った.
【結果】
　解析対象270例のうち，低リスク群94例（34.8%），中リスク群156例（57.8%），高リスク群20例（7.4%）であった.リスクが高い群ほど高齢者の割合が高く，Alb低値およびADL低下例を多く認める傾向がみられた.また内服管理が困難な症例は高リスク群で多く認められた.さらに低リスク群においてもeGFR60未満の症例が41例（43.6%）認められた.
【考察】
　慢性腎臓病は心血管疾患および心不全発症の重要な危険因子とされており，eGFR低下は将来的な心血管イベントと関連することが報告されている（Ene-Iordacheら）.また日本人心不全患者においてもeGFR低下は死亡および再入院リスクと関連することが示されている（Hamaguchiら）.
　本研究では低リスク群と分類された患者においても腎機能低下を有する症例が43.6%認められ，臨床的に低リスクと評価された患者においても潜在的な心血管リスクを有する可能性が示唆された.さらに高齢者ではADL低下などの身体機能低下が心血管イベントと関連することが報告されており（Araiら），機能評価は心不全予防の観点から重要であると考えられる.
　島嶼地域では医療資源が限られることから，入院患者段階で予防的リハビリテーション介入を検討することは，重症化予防の観点からも有用である可能性が示唆された.
【まとめ】
　心不全未発症入院患者においてリスク層別化を行うことで，将来的な心不全発症リスクを有する可能性のある患者群を抽出できる可能性が示唆された.臨床指標およびADLに基づく評価は心不全予防の観点から重要であり，入院患者段階での予防的リハビリテーション介入の必要性が示唆された.

一般演題（ポスター）｜呼吸・循環・代謝
2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-10] ポスター10
座長:筒井 宏益(江南病院)、今田 琢也(門司掖済会病院)

16:50 ~ 17:00

[P-10-04] 低血圧を伴う超重度の大動脈弁狭窄症患者の離床について ～脈圧・脈圧比に着目して～

*野田 彩乃[1]、挽地 裕[2]、小山 卓[2]、樫山 国宣[2]、鶴 良太[1]、岡部 達哉[1]、吉田 美夏[1] (1. 医療法人輝栄会　福岡輝栄会病院　リハビリテーション科、2. 医療法人輝栄会　福岡輝栄会病院　循環器内科)

キーワード：大動脈弁狭窄症、低血圧、離床基準

本症例はヘルシンキ宣言に沿って行い、収集した情報は個人情報が特定できないよう十分に配慮をした。

【はじめに】心血管疾患におけるリハビリテーション（以下，リハ）に関するガイドラインでは，超重度大動脈弁狭窄症（以下，AS）は突然死のリスクが高く，循環動態が急激に変化し得るため，積極的な運動療法は原則禁忌とされている．特に著明な低血圧を伴う症例では，離床に伴う前負荷および後負荷の変動が心拍出量低下や失神を誘発する危険性が高く，離床可否の判断に難渋することが多い．本症例は一般的な離床基準を満たさない持続的な低血圧状態にあったが，循環動態を反映する指標として脈圧および脈圧比に着目し，段階的離床を実施した結果，安全に自宅復帰したためその経過を報告する．

【症例紹介】90歳代女性．診断名は超重度ASおよび慢性心不全であり，既往に持続性心房細動と慢性腎臓病を有していた．血液生化学所見はNT-proBNP 27902.7pg/mLと高値を示し，胸部X線にて両側胸水貯留を認めた．心エコー図検査ではLVEF 48%，Vmax 4.65m/s，meanPG 62mmHg，AVA 0.61cm^{2}であり，超重度ASと診断された．安静時血圧は収縮期血圧60-80mmHg，拡張期血圧40-60mmHgと低値で推移していたが，脈圧は25±7mmHg，脈圧比（脈圧/収縮期血圧）は0.31±0.06を維持していた．長谷川式簡易知能評価スケールは3点と著明な低下を認めた．過去1年間に心不全増悪による入院を3回繰り返していたが，家族は根治的な外科的治療を希望せず，介助量軽減と車椅子レベルでの自宅復帰を強く希望された．

【方法】本症例の過去の入院経過を踏まえ，血圧の絶対値のみならず，循環動態評価が重要と考えた．そこで，離床指標として「脈圧20mmHg以上」かつ「脈圧比0.25以上」を基準とした．評価項目は血圧，心拍数，心電図変化に加え，表情や活気などの臨床所見を総合的に評価した．リハ介入はベッド上での関節可動域訓練および筋力訓練から開始し，設定した指標を逸脱しない範囲で，起き上がり・端座位，起立・立位保持，移乗へと段階的に離床を進めた．

【結果】脈圧および脈圧比を指標とした管理の下で段階的離床を遂行した結果，循環動態を維持しながらリハを進行できた．最終的に家族介助下での車椅子移乗および座位保持が可能となり，自宅復帰を達成した．リハ介入期間を通じてAS三徴候（失神，胸部症状，心不全増悪）の出現を認めず，不整脈の増悪や著明な血圧低下といった有害事象も認めなかった．

【考察】超重度AS患者の離床においては，体位変換に伴う前負荷減少や後負荷増大に対し，固定された弁口面積により心拍出量を維持できず，脳灌流低下を来すリスクがある．本症例のような慢性的な低血圧症例では，従来の血圧閾値のみでは離床耐容能を正確に評価できず，リハ中止や過度な安静を強いる要因となる．今回，一回拍出量の代用指標となり得る脈圧および脈圧比を指標としたことで，収縮期血圧が低い状態であっても循環動態の増悪を予兆段階で把握でき，安全に離床を進められた可能性がある．低血圧を伴う超重度AS患者において，脈圧および脈圧比は離床判断の有用な臨床指標となる可能性が示唆された．

【まとめ】著明な低血圧を呈する超重度ASの超高齢患者に対し，脈圧および脈圧比に着目した管理下で段階的離床を実施し，自宅復帰に至った．本知見は，一般的な離床基準の適用困難症例におけるリハ戦略の一助となる可能性がある．

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

2026年11月14日(土) 17:10 ~ 17:50 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-11] ポスター11

座長:花城 範行(宜野湾記念病院)、戸髙 良祐(別府リハビリテーションセンター)

17:10 ~ 17:20

[P-11-01] 複合病態を呈した脳卒中再発症例に対する段階的な装具療法の経験

*中川 涼[1]、田鍋 拓也[2]、長野 弘枝[1]、安田 遼[1] (1. 公益財団法人 健和会 大手町病院 リハビリテーション部、2. 公益財団法人 健和会 大手町リハビリテーション病院 リハビリテーション部)

17:20 ~ 17:30

[P-11-02] 重度感覚障害を呈した右視床出血患者に対し、TENS使用下での感覚入力、動的トレーニングが有効であった一例

*上村 玲央奈[1]、新保 千尋[1]、榎畑 純二[1]、永濱 智美[1] (1. 社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院 リハビリテーション部)

17:30 ~ 17:40

[P-11-03] 回復期病院を退院後、不定愁訴を伴う慢性疼痛が残存しながらも家事動作獲得に至った生活期脳卒中者の1症例

*黒木 裕亮[1]、中原 寿志[1]、柚木 直也[1] (1. 医療法人 魁成会 宮永病院 リハビリテーション室)

17:40 ~ 17:50

[P-11-04] "心を動かし、活きるを支える"
～重症くも膜下出血術後患者に対する退院支援～

*白石 豊章[1]、廣原 円[1]、本山 成美[1]、本田 祐一[1]、安藤 真次[1]、竹村 仁[1] (1. 臼杵市医師会立コスモス病院)

一般演題（ポスター）｜成人中枢神経

2026年11月14日(土) 17:10 ~ 17:50 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-11] ポスター11

座長:花城 範行(宜野湾記念病院)、戸髙 良祐(別府リハビリテーションセンター)

17:10 ~ 17:20

[P-11-01] 複合病態を呈した脳卒中再発症例に対する段階的な装具療法の経験

*中川 涼[1]、田鍋 拓也[2]、長野 弘枝[1]、安田 遼[1] (1. 公益財団法人 健和会 大手町病院 リハビリテーション部、2. 公益財団法人 健和会 大手町リハビリテーション病院 リハビリテーション部)

キーワード：複合病態、課題難易度、装具療法

【倫理的配慮】
ヘルシンキ宣言に基づき，本報告の趣旨と内容を口頭・書面にて説明し同意を得た．

【目的】
運動療法を実施する際，個々の能力に応じた治療環境の設定は重要であり，その一つの手段として装具の活用が挙げられる．今回，既往に右陳旧性脳出血を有し，新たに左小脳出血発症にて立位バランス・歩行能力低下をきたした症例に対して，課題難易度に着目し，長下肢装具(KAFO)をはじめとする段階的な装具療法の実施により，良好な転帰を得たため報告する．
【症例紹介】
60歳代女性．左小脳出血の診断で他院入院．18病日に当院回復期病棟へ転入．頭部CTで小脳虫部から左小脳半球外側部にかけて血腫を認めた．既往に右陳旧性脳出血(被殻)あり．病前ADLは,短下肢装具(AFO)着用し，屋内伝い歩き自立．主訴は「左足で踏ん張れない」．初期評価(18病日) では，Brunnstrom Recovery Stage(Lt)：Ⅲ/Ⅲ/Ⅲ，GMT(Rt/Lt)：5/2，表在・深部感覚：重度鈍麻，Scale for the Assessment and Rating of Ataxia(SARA)：12.5点，Berg Balance Scale(BBS)：21点，静止立位荷重量：右45kg/左12kg 最大荷重量：右48kg/左20kg，Functional Ambulation Categories(FAC)：1点，全般性注意障害，左半側空間無視あり．
【経過】
AFO着用下での立位姿勢は，左膝過伸展，左骨盤帯後方回旋を認め右荷重偏位．左下肢へ荷重を誘導およびアライメント修正を行うと左膝関節に動揺を認め，恐怖心の惹起と伸展パターンの増強から荷重位保持は困難であった．また，重度感覚障害や注意障害から，左下肢の各部位の識別や荷重感のフィードバックは困難であった．左膝関節への弾性包帯着用を試みるも，支持性向上に繋がらず，効果的な立位・歩行練習の実施に至らなかった．そこで，KAFOを用いたところ恐怖心が軽減し，筋緊張亢進が抑制され，十分な左下肢荷重が可能となった．また，「左足で支えている感じがする」，「腰が引けるから前にやらないと」などの内省も得られ，23病日よりKAFOを用いた立位・歩行練習を集中的に実施．60病日に左骨盤帯後方回旋の軽減，左膝関節の動揺軽減を認め，膝軟性装具とAFOの併用へ移行．膝軟性装具の使用頻度を漸減し，74病日にAFOのみの訓練へ移行した．最終評価(88病日)では，SARA：6点，BBS：43点,静止立位荷重量：右32kg/左28kg 最大荷重量：右50kg/左40kg，FAC：4．膝関節動揺は消失し，AFOとロフストランド杖および伝い歩きにて屋内歩行自立となった．
【考察】
本症例は，画像所見や主訴に加えて左膝関節の動揺を認めていたことから，既往の左片麻痺後遺症に左下肢失調が重複した可能性があり，筋出力制御が更に困難となり，支持性低下をきたしたと考える．才藤らは，運動学習におけるパフォーマンスの変化において，①量(頻度)②難易度③フィードバックが重要と述べており，特に難易度を強調している．KAFOによる膝関節の物理的固定は，左下肢の筋出力制御の難易度を適切に調整し，十分な荷重と感覚フィードバックの獲得に寄与したと考えられる．このような治療環境下で，段階的に装具調整を行いながら，反復的な課題指向型練習を実施できたことが，立位バランス・歩行能力向上に結びついたと推察される．脳卒中の再発により，臨床上，神経症候が重複し，介入に難渋する症例は少なくない．このような場合においても，課題難易度に着目した段階的な装具療法は，適切な運動学習を促進する有効な手段と考える．

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経
2026年11月14日(土) 17:10 ~ 17:50 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-11] ポスター11
座長:花城 範行(宜野湾記念病院)、戸髙 良祐(別府リハビリテーションセンター)

17:20 ~ 17:30

[P-11-02] 重度感覚障害を呈した右視床出血患者に対し、TENS使用下での感覚入力、動的トレーニングが有効であった一例

*上村 玲央奈[1]、新保 千尋[1]、榎畑 純二[1]、永濱 智美[1] (1. 社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院 リハビリテーション部)

キーワード：視床出血、感覚障害、経皮的電気神経刺激（TENS）

【倫理に関する記述】
　本報告は患者から紙面にて同意を得、当院倫理審査委員会による承認(2025-B20)を得て実施した。

【はじめに】
視床は感覚伝導路の重要な中継核であり、視床出血後には重度の感覚障害を呈しやすく、Hiraokaらの報告によると視床出血後の約半数は歩行獲得が困難であると述べられている。感覚障害に対しては、経皮的電気神経刺激（TENS）の有効性や、足底への感覚刺激により下肢荷重の非対称性が改善することが報告されている。しかし、これらの介入は主に感覚入力の改善に着目したものであり、歩行能力の獲得には荷重下での立位や歩行練習といった動的なトレーニングも重要であると考えられる。今回、視床出血後に重度の感覚障害を呈した患者に対し、TENS併用下での動的トレーニングを実施し、歩行能力向上に至った症例を報告する。
【方法】
症例は60歳代男性で、X年Y月Z日右視床出血を発症し、第71病日に大河原式短下肢装具を装着し１本杖歩行自立となったが、本症例の主訴として、「装具・杖を使用せずに歩行ができるようになりたい」との要望であった。本症例は重度感覚障害を呈しており、歩行動作において麻痺側荷重や重心移動の拙劣さを認めていた。そこでTENS（ESPURGE・伊藤超短波社製）や足底刺激に加え、動的トレーニングを併用した介入を実施した。
介入前評価は下肢Brunnstrom recovery stageⅥ、表在・深部感覚は3-4/10であった。歩行は接触介助レベル、歩行周期全般を通じ後方重心であり、麻痺側荷重、重心移動が不足し、上肢の筋緊張亢進を認めていた。
理学療法介入として足底刺激はボールやバランスディスクを使用し、座位から立位と段階的に実施した。動的トレーニングは、裸足にて立位やスクワット動作による重心移動練習、歩行練習を実施した。介入中は、麻痺側足底へ電極を貼付。患者が痛み・不快刺激とならない程度に、13-20mAの強度で刺激入力を行った。期間は４週間とし、評価項目は、TUG、10m歩行速度、Functional Balance Scale （FBS）、ModifiedFallsEfficasyScale(MFES)、体重計を用いて左右の荷重比を評価した。TUG、歩行速度は介入前後とも装具着用、杖なしで測定した。
【結果】
介入前→介入後を示す。表在・深部感覚に変化は認めなかった。TUGは12.42秒→12.66秒、10m歩行速度は快適速度で0.69m/s →0.83m/s、努力速度で0.84m/s→0.90m/s、FBSは44点→52点、MFESは114点→140点と改善を認めた。左下肢荷重は15kg→35kgと増加を認めた。歩行は杖なしで自立となり、後方重心や麻痺側荷重が改善し、上肢の筋緊張の軽減を認めた。
【考察】
感覚障害は歩行などの動作獲得に影響するとされるが、感覚入力に対する理学療法の効果としては、一定の見解が得られていない。今回、足底に対するTENSや物品を用いた感覚入力を実施し、段階的に動的トレーニングとして麻痺側への重心移動を促したことが、下肢の筋出力向上や荷重の非対称性の改善が得られ、歩行能力の向上に繋がった可能性がある。今後は重心動揺計なども定量的な評価と歩行パラメータとの関連性の検証が必要と考える。

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経
2026年11月14日(土) 17:10 ~ 17:50 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-11] ポスター11
座長:花城 範行(宜野湾記念病院)、戸髙 良祐(別府リハビリテーションセンター)

17:30 ~ 17:40

[P-11-03] 回復期病院を退院後、不定愁訴を伴う慢性疼痛が残存しながらも家事動作獲得に至った生活期脳卒中者の1症例

*黒木 裕亮[1]、中原 寿志[1]、柚木 直也[1] (1. 医療法人 魁成会 宮永病院 リハビリテーション室)

キーワード：生活期脳卒中者、慢性疼痛、家事動作

今回の介入にあたり、症例の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、十分な説明を行ったあとに口頭および書面で同意を得た。

【目的】慢性疼痛は抑うつや不安、破局的思考など心理的要因と相互に影響し合いながら、活動制限や生活範囲の狭小化を招く危険性がある。慢性疼痛患者に対する評価は痛みを生物-心理-社会モデルで捉え、介入はfear-avoidanceモデルに伴う不活動を是正するために患者教育や身体活動量のペーシングを行うことが有効であると報告されている。今回、不定愁訴を伴う慢性疼痛を有した生活期脳卒中者を担当し、疼痛および心理面の改善が乏しい中で介入目的を疼痛軽減から家事動作獲得へ移行したことで生活活動度の向上と生活範囲の拡大が得られ、活動量の向上が推察された経過を疼痛・心理面の変化とあわせて検討したため報告する。
【症例紹介】症例は左被殻出血を発症し、右片麻痺を呈した50歳代女性。第183病日に回復期病院を退院。第203病日に1回40分、週2回の訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）を開始。訪問リハ開始時、Brunnstrom Recovery Stage（以下、BRS）は上肢Ⅲ・手指Ⅱ・下肢Ⅳで一本杖とプラスチック型短下肢装具を用いて屋内移動は自立レベル。疼痛は麻痺側腹部・肩関節を中心に、日によって麻痺側肘・手・股関節にも疼痛が出現する不定愁訴を伴う慢性疼痛を認め、Numerical Rating Scale（以下、NRS）は8点。HOPEは「痛みを何とかしてほしい」であり、疼痛軽減への期待が強かった。
【経過】訪問リハ開始時は麻痺側機能向上と疼痛軽減を目的に関節可動域練習や麻痺側上下肢の促通練習を中心に提供したが、麻痺側機能の向上と疼痛の軽減は得られず、経過は難渋した。そこで第281病日より、慢性疼痛の心理面と活動に関する評価を追加。介入目的も本症例の希望のあった掃除・調理・洗濯等の家事動作獲得に変更。疼痛はNRSは8点、Pain Catastrophizing Scale（以下、PCS）は39点、Hospital Anxiety and Depression Scale（以下、HADS）は不安:9点、抑うつ:11点、Central Sensitization Inventory（以下、CSI）は33点で破局的思考と不安・抑うつ傾向を認めた。活動はFrenchay Activities Index（以下、FAI）は1点、Life Space Assessment（以下、LSA）は13点で活動量の低下が推察された。疼痛や活動に対する内省は「痛いからじっとしていたい」と訴えた。その後の介入は家事動作獲得を目標に痛みに関する患者教育やIADL動作練習、環境・物品調整を実施。介入目的変更後、約3カ月経過した第365病日はNRSが7点、PCSが31点、HADSが不安:9点、抑うつ:11点、CSIが39点、FAIが14点、LSAが29点。疼痛や活動に対する内省は「何かをしていると痛みが紛れる」と訴えた。
【考察】本症例は慢性疼痛や心理面の改善は得られなかったが、疼痛や活動に対する内省の変化と家事動作の獲得・生活空間の拡大を認め、活動量が向上したと推察された。先行研究では20週以上の介入により慢性疼痛の改善を認めた報告もあり、本症例も疼痛や心理面の改善にはさらなる介入期間が必要であった可能性が示唆された。また、疼痛や心理面の改善が得られなくても、疼痛や活動に対する内省の変化を得られたことが活動量の改善に寄与した可能性が示唆された。
【まとめ】慢性疼痛のリハビリテーションでは疼痛や心理面の改善が得られなくても疼痛や活動に対する内省の変化を得ることが重要である可能性が示唆された。

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経
2026年11月14日(土) 17:10 ~ 17:50 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-11] ポスター11
座長:花城 範行(宜野湾記念病院)、戸髙 良祐(別府リハビリテーションセンター)

17:40 ~ 17:50

[P-11-04] "心を動かし、活きるを支える" ～重症くも膜下出血術後患者に対する退院支援～

*白石 豊章[1]、廣原 円[1]、本山 成美[1]、本田 祐一[1]、安藤 真次[1]、竹村 仁[1] (1. 臼杵市医師会立コスモス病院)
キーワード：重症くも膜下出血、精神活動賦活化、退院支援

本発表はヘルシンキ宣言に基づき、対象者及び御家族へ十分な説明を行い、同意を得て実施した。

【はじめに】
くも膜下出血（以下SAH）発症後、塞栓コイル術、V-P シャント術、気管切開術、胃瘻造設術を施行され、発症後5か月で当院転入院した症例に対し、運動療法と並行して精神活動賦活化および気管カニューレ抜管に取り組んだ結果、FIMの改善は軽度であったが、移乗動作・発語・嚥下など生活に直結する機能が向上し、自宅退院に至った一症例を報告する。
【症例紹介】
70代女性。職業は訪問介護員。元々社交的な性格だった。202X年Y月、勤務中にSAH発症し、塞栓コイル術施行。P.O3日：第3側脳室血腫除去術、P.O20日：気管切開術施行。その後正常圧水頭症に対して、P.O1か月：V-Pシャント術施行。P.O1.5か月：回復期リハビリテーション病院転院し、P.O4か月：胃瘻造設術を経て、P.O5か月：当院地域包括ケア病棟へ転入院となった。
【入院時評価】
GCS：E4VTM5、Br‐stage：右Ⅱ-Ⅱ-Ⅲ、四肢拘縮（特に右上肢、両側内反尖足）、FIM26点（運動13点、認知13点）、基本動作やADLは全介助レベルであった。意思表示は頷きや首振りにて可能だが、離床には消極的であった。一方で「家に帰りたい。声が出るなら抜管したい」との希望があり、家族も自宅退院と抜管を望んでいた。
【介入内容】
①精神活動賦活化：うつ傾向に対し入院3日後よりアマンタジン塩酸塩錠開始。運動療法とともに知人や家族との面会機会を増やした。
②気管カニューレ抜管：医師・ST等と協働し、呼吸リハビリテーションを実施。気切部閉鎖時間を段階的に延長し、適宜血ガス測定しながら抜管まで進めた。
③ADL拡大：本人の訴えを傾聴しながら、離床時間を延長し、移乗介助量の軽減に向けて起立・立位・歩行練習を実施した。
【結果】
GCSやBr-stage、拘縮に著しい改善を認めなかったが、FIM39点（運動16点、認知23点）へ改善。移乗は一部介助、歩行器での介助歩行20m程度可能となった。内服と運動療法に加え、面会機会の増加により精神活動が賦活化され、抜管後は挨拶や訴えを単語レベルで表出できるようになった。嚥下機能も改善し、ゼリー等の経口摂取が「お楽しみ」程度で可能となった。
退院前家屋訪問にて、環境調整・介護サービス調整・家族への介助指導を実施し、入院2か月で自宅退院となった。
退院1か月後に退院後訪問を実施したが、家族の支援やショートステイを利用しながら、体調変化なく安定した自宅生活を継続していた。
【考察】
重症SAH患者に対して、本人の希望である「家に帰りたい」「話したい」を実現するために多角的なアプローチを行い、本人の意欲を引き出す関わりを継続したことで、FIMの改善は軽微であっても、移乗・発語・嚥下など実生活に直結する機能が向上し、自宅退院へ繋げることができた。発症5か月を経過し、回復過程が緩徐となる期間であっても、精神活動賦活化や継続的な運動療法を実施することで、患者および家族のＱＯＬの向上に寄与できることが示唆された。

一般演題（ポスター） | 日常生活活動/成人中枢神経

2026年11月14日(土) 17:10 ~ 17:50 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-12] ポスター12

座長:柳 吉美(くらて病院)、保坂 公大(久留米リハビリテーション病院)

17:10 ~ 17:20

[P-12-01] 超高齢者及び多疾患併存患者に対し積極的歩行練習を導入した効果

*有馬 真之祐[1]、松﨑 哲治[1]、皆田 享平[1]、今村 絵梨[1]、厚東 蒼一郎[1] (1. 夫婦石病院)

17:20 ~ 17:30

[P-12-02] 体幹機能改善を認めるも実用的歩行獲得に至らなかった脳卒中患者の一例

*橋口 聖剛[1]、本島 佳純[1]、緒方 悠実子[1]、坂田 修治[1] (1. 大牟田天領病院リハビリテーション科)

17:30 ~ 17:40

[P-12-03] 回復期重度脳卒中患者に対する「ウェルウォークWW-2000」を用いた歩行訓練がADL向上に寄与した1症例

*本田 洋輔[1]、竹田 豊[1]、倉爪 康裕[1]、外薗 昭彦[2] (1. 潤和会記念病院 リハビリテーション療法部、2. 潤和会記念病院 リハビリテーション科)

17:40 ~ 17:50

[P-12-04] 頸髄損傷後の重度痙性に対するITB療法が運転動作自立に寄与した一症例

*山田 将史[1]、佐々木 翔健[1]、原口 徹朗[1]、本村 楓[1]、木山 良二[2] (1. 加治木温泉病院、2. 鹿児島大学医学部)

一般演題（ポスター）｜日常生活活動/成人中枢神経
2026年11月14日(土) 17:10 ~ 17:50 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-12] ポスター12
座長:柳 吉美(くらて病院)、保坂 公大(久留米リハビリテーション病院)

17:10 ~ 17:20

[P-12-01] 超高齢者及び多疾患併存患者に対し積極的歩行練習を導入した効果

*有馬 真之祐[1]、松﨑 哲治[1]、皆田 享平[1]、今村 絵梨[1]、厚東 蒼一郎[1] (1. 夫婦石病院)

キーワード：超高齢者、多疾患併存患者、積極的歩行練習

本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施された（承認番号2024-1）
対象者には、研究目的・方法・同意取得方法・個人情報の保護について説明し、文書と口頭で同意を得た

【目的】当院は地域高齢者医療を担うケアミックス病院であり、入院患者の平均年齢は82.0歳と高く、多疾患併存例が多い。本研究は、このような超高齢者及び多疾患併存患者に対し積極的な歩行練習を導入することで、移乗・移動能力およびADLに与える影響を検証することを目的とした。

【方法】対象は、指尖介助または近監視で歩行可能な入院患者のうち同意を得た15名とした。研究期間は令和6年10月～11月の2か月間とし、初期評価、介入、最終評価の3期間で実施した。介入は、1日60分のリハビリテーションのうち20分を歩行練習に充てた。評価項目はFunctional Independence Measure（FIM）、Functional Balance Scale（FBS）、Mini-Mental State Examination（MMSE）、立位姿勢、10m歩行、6分間歩行試験（6MWT）、歩行数等とした。統計解析は初期評価と最終評価を対応のあるt検定で比較し、さらに歩行数と各評価項目の変化量およびMMSEとの関連を検討した。また、本研究の一年前の患者群とFIM、FBS、MMSEの変化量を比較した。本研究は倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】初期評価と最終評価の比較（以下()内に　初期評価平均±標準偏差・最終評価平均±標準偏差を示す）において、FIM(74.8±21.0・89.2±14.9)、FBS(37.5±15.8・45.1±10.4)、立位姿勢（前面・側面）、10m歩行歩幅、6MWT、60分歩行数、20分歩行数に有意な改善を認めた。一方、60分歩行数と各評価項目の変化量との間に有意な関連は認められなかった。さらに、MMSEの変化と訓練終盤20分の歩行数の変化との間に有意な正の相関を認めた（$r=0.54$, $p<0.05$）。また、本研究の一年前の患者群と比較し、FBSは優位な差を認めた。また、MMSEにおいては有意な差の傾向にあった。

【考察】積極的な歩行練習の導入により、歩行能力のみならずバランス能力やADLの改善が認められた。歩行量と機能改善量に関連が見られなかったことから、個々の能力に応じた歩行負荷設定でも効果が得られる可能性が示唆された。また、歩行量の増加が認知機能改善と関連したことから、全身運動による脳血流増加の影響が考えられる。以上より、超高齢かつ多疾患併存患者に対しても積極的歩行練習は有効である可能性が示された。今後は症例数を増やし更なる検討が必要である。

一般演題（ポスター）| 日常生活活動/成人中枢神経
2026年11月14日(土) 17:10 ~ 17:50 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-12] ポスター12
座長:柳 吉美(くらて病院)、保坂 公大(久留米リハビリテーション病院)

17:20 ~ 17:30

[P-12-02] 体幹機能改善を認めるも実用的歩行獲得に至らなかった脳卒中患者の一例

*橋口 聖剛[1]、本島 佳純[1]、緒方 悠実子[1]、坂田 修治[1] (1. 大牟田天領病院リハビリテーション科)
キーワード：脳卒中、歩行能力、体幹機能

ヘルシンキ宣言および人を対象とする医学的研究に関する倫理指針に従い実施した。

【目的】
脳卒中後の歩行障害は日常生活活動や生活の質に大きく影響する。歩行障害に対しては、歩行補助具や機器を使用した歩行練習を行うことが推奨されており、脳卒中患者の歩行再獲得は重要な課題である。今回、麻痺側上下肢機能および体幹機能が改善したにもかかわらず、歩行再獲得に至らなかった症例を経験したため、その要因について検討した。

【症例紹介】
症例は左被殻出血と診断された60代男性である。病前の日常生活は全て自立していた。第０病日に意識障害で救急搬送され、血圧コントロールを主とした保存療法が行われた。第9病日にリハビリテーション目的で当院回復期病棟へ入院した。入院時Stroke Impairment Assessment Set（以下、SIAS）運動項目は上肢0-0、下肢0-0-0であり、重度運動麻痺を呈していた。感覚は主観的な低下を認めた。体幹機能はTrunk Control Test（以下、TCT）12点、Trunk Impairment Scale（以下、TIS）7点であった。

【経過】
第10病日から長下肢装具（以下、KAFO）装着下での歩行練習を開始したが、介助下歩行に対する恐怖心が強く、第16病日までは起立・立位訓練を中心に介入した。第17病日からKAFO装着下での平行棒内歩行練習を開始し、第23病日から後方介助での2動作歩行練習を開始した。第55病日から下肢の連合反応が出現し始め、第72病日に足継手を背屈遊動へ変更した。第92病日にカットダウンし、短下肢装具（以下、AFO）とサイドケインでの歩行練習を開始した。この頃より近位監視レベルでの歩行が可能となった。第104病日から四点杖を使用し、右股関節の外旋位をツイスターで矯正した。最終評価（第178病日）では、SIAS運動項目が上肢2-1、下肢3-2-0で上下肢ともに近位部が改善した。体幹機能はTCTが72点、TISが13点でどちらも改善した。AFOと四点杖を使用し起立・立位保持、歩行は可能であったが、歩行速度が0.10m/s、TUGが84秒08であり実用歩行獲得には至らなかった。第186病日に施設転院となった。

【考察】
本症例は、麻痺側運動機能および基本動作能力の改善を認めたが、実用的歩行獲得には至らなかった。実用的歩行には0.4～0.8m/s以上の歩行速度が必要とされるが、本症例では0.1m/sに留まった。要因として、SIASが共同運動レベルに留まり分離運動が不十分であったことに加え、予測的姿勢制御能力の障害が残存していたことが考えられた。TCTは改善した一方で、TISは13点に留まった。粗大な体幹機能は改善したものの、歩行に必要な体幹の選択的運動や協調性の獲得が不十分であった可能性が示唆された。歩行再獲得には、基本動作能力のみならず、動的な体幹制御や予測的姿勢制御に対する介入も重要であったと考える。

一般演題（ポスター）｜日常生活活動/成人中枢神経
2026年11月14日(土) 17:10 ~ 17:50 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-12] ポスター12
座長:柳 吉美(くらて病院)、保坂 公大(久留米リハビリテーション病院)

17:30 ~ 17:40

[P-12-03] 回復期重度脳卒中患者に対する「ウェルウォークWW-2000」を用いた歩行訓練がADL向上に寄与した1症例

*本田 洋輔[1]、竹田 豊[1]、倉爪 康裕[1]、外薗 昭彦[2] (1. 潤和会記念病院 リハビリテーション療法部、2. 潤和会記念病院 リハビリテーション科)

キーワード：回復期重度脳卒中、ウェルウォーク、ADL

本件はヘルシンキ宣言に基づき対象者の保護には十分留意し,対象者,ご家族には本件の主旨を十分に説明し,書面にて同意を得た.部内の倫理委員会,所属長に承認を得た.

【はじめに】重度脳卒中患者に対し歩行リハビリテーション支援ロボット「ウェルウォーク」(以下,WW) を使用した歩行訓練はADL向上のための有用な手段となる可能性が示唆されている.今回,重度麻痺に加えPusher現象および呼吸管理により多大な介助を要した症例に対し,早期からWWで立位・歩行訓練を実施し,活動性およびADL改善に至った経過を報告する.
【症例紹介】本症例は左視床出血を発症した60代男性. 急性期に意識障害のため人工呼吸器管理となり気管切開を施行された.第40病日に当院へ転院.[初期評価(第40病日)]身長170cm,体重78.7kg,BMI27.1,認知・高次脳機能の評価は全期間を通し実施困難,BRS㊧上肢Ⅰ手指Ⅰ下肢Ⅰ,TCT0/100点,BBS0/56点, SCP6/6点,FIM18/126点.
【経過】回復期の介入当初,重度のPusher現象によりリクライニング車椅子への移乗は2〜3人介助を要し,活動性低下に起因するサルコペニア肥満を認めた.介助量過大に加え,気管切開術後の呼吸・全身状態管理により十分な運動量確保が困難であり,頭頸部・体幹の支持性向上およびPusher現象改善を目的にWWを用いた立位・歩行訓練を導入.到達目標は移乗介助量軽減および標準型車椅子への離床とした.失語症により意思疎通困難であり,嚥下障害に伴う呼吸状態の不安定さを認めたため,医師指示のもと十分にリスク管理を実施.
　第48病日より麻痺側下肢にロボット脚を装着,体幹支持ハーネスにより転倒防止を図り,セラピスト2名体制(①後方から体幹伸展保持と重心移動,②気管カニュレ管理に加え頭頸部保持と非麻痺側下肢の振り出し介助)で実施. 免荷・介助量を段階的に調整しながら姿勢制御を促進した.約2ヶ月の集中訓練により頭頸部および体幹の伸展保持も一部可能となり第93病日に気管カニュレ抜管,第121病日に昼食のみ経口摂取開始.Pusher現象も改善し長下肢装具装着での1人介助にて立位・歩行訓練が可能となった.しかし,依然として日中の活動性および筋肉量低下を認めた. [中間評価(第121病日)]体重/BMI:78.3kg/27.1,BRS上肢Ⅱ手指Ⅱ下肢Ⅱ, TCT12点,BBS1点, SCP4.5点, FIM30点.
　第148病日には体幹機能向上に伴い座位姿勢安定が得られたため標準型車椅子での離床と車椅子自己駆動を一部獲得.食事に関しては毎食自己摂取へ移行.活動性向上に伴い体重も減少し,最終的に重介助を要した移乗動作は1人介助まで改善.第218病日に施設退院となった. [最終評価(第218病日)]体重/BMI:68.9kg/24.8,BRS上肢Ⅱ手指Ⅱ下肢Ⅲ,TCT25点,BBS5点, SCP3.0点, FIM34点.
【考察】WWでの早期歩行訓練がADL向上に寄与した要因として以下の3点を挙げる.第1に,安全懸架下での反復的な抗重力伸展活動が頭頸部・体幹および非麻痺側を含めた全身の機能改善を促した点である.第2に,直立姿勢の強制と視覚フィードバックを用いた姿勢制御の再学習によりPusher現象が軽減した点である.第3に,リズム性運動による脊髄レベルのCPG活性が歩行・呼吸同期(LRC)を介して脳幹の呼吸・嚥下中枢へ波及し,呼吸安定と嚥下機能改善を促進した可能性がある.これらはWWによる高頻度な歩行訓練を起点とした機能改善の連鎖として捉えられる.
【研究の意義】重度障害を呈する症例においてもWWを用いた立位・歩行訓練はADL改善に寄与する可能性がある. 今回は一症例の報告であり,今後症例数を集積し検討する必要がある.

一般演題（ポスター）｜日常生活活動/成人中枢神経
2026年11月14日(土) 17:10 ~ 17:50 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-12] ポスター12
座長:柳 吉美(くらて病院)、保坂 公大(久留米リハビリテーション病院)

17:40 ~ 17:50

[P-12-04] 頸髄損傷後の重度痙性に対するITB療法が運転動作自立に寄与した一症例

*山田 将史[1]、佐々木 翔健[1]、原口 徹朗[1]、本村 楓[1]、木山 良二[2] (1. 加治木温泉病院、2. 鹿児島大学医学部)

キーワード：ITB療法、頸髄損傷、外来リハビリテーション

本発表は、所属施設倫理審査委員会の承認を得たものである。本人家族には口頭説明の上、同意を得た。

【はじめに】
脊髄損傷患者において重度の痙性は姿勢保持や基本動作を阻害し、ADL自立を制限する要因となる。髄腔内バクロフェン療法（ITB療法）は重度痙性に対する治療法の一つである。今回、頸髄損傷後に重度痙性を呈し坐位動作が不安定であった症例に対しITB療法を導入し、動作の安定性向上および自動車運転再開に至ったため報告する。
【症例紹介】
40歳代男性。倒木事故によりC6-7レベルの頸髄損傷を受傷し224日経過。ASIA分類B。回復期病院退院後も両下肢・体幹に伸筋優位の重度痙性（MAS3-4）を認めた。肩関節MMT5、肘伸展・手関節背屈MMT3、それ以下MMT0。体幹安定性は低く、上肢支持なしでの座位保持は困難であった。移乗は側方アプローチで軽介助、転落は週1-2回認めた。動作安定および運転再開を目的に外来リハを開始した。
【経過】
外来ではPT・OT各1時間を週2-3回実施。物理療法とストレッチを併用し動作練習を行ったが、痙性はMAS3-4で推移し安定した練習は困難であった。外来開始90日後、他院にてITB療法施行。約2週間後に外来再開。導入後は一時的に変動を認めたが、MAS1-1+で安定した。右肘伸展はMMT4まで改善、その他筋力変化なし。座位保持は上肢支持なしで60秒可能となり、移乗は自立した。転落頻度は2-3か月に1回へ減少した。移乗および車椅子積み込み動作が自立し、施行90日後に運転を再開した。現在は自立通院し就労も再開している。
【考察】
ITB療法導入後、痙性の軽減と安定化により座位保持および移乗動作が改善した。転落頻度の減少から動作の安定性向上が示唆された。痙性軽減により過剰な筋収縮が減少し、反復した動作練習が可能となったことが運転動作獲得に寄与した可能性が示唆された。また筋緊張変化に応じた継続的な評価と課題調整が動作安定性向上に関与した可能性が示唆された。
【まとめ】
重度痙性を呈した頸髄損傷症例に対しITB療法を導入し、座位保持および移乗動作の改善とともに運転自立に至った。ITB療法とリハビリテーションの併用は機能改善に寄与する可能性が示唆された。