2026年11月15日(日)

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-13] ポスター13

座長:松林 亮太(竹田医師会病院)、賀好 宏明(産業医科大学病院)

9:00 ~ 9:10

[P-13-01] FADIRテスト陽性例における超音波動態観察から得られた知見

*樋口 友紀[1]、福田 謙典[2] (1. 医療法人三和会　本多整形外科　リハビリテーション科、2. Lupo Seravie)

9:10 ~ 9:20

[P-13-02] 右寛骨臼周囲骨切り術(PAO)術後の一例
～理学療法に対する合併症リスク管理～

*空 咲良[1]、久多良木 詩織[1]、小原 聖也[1] (1. 独立行政法人地域医療機能推進機構　宮崎江南病院)

9:20 ~ 9:30

[P-13-03] 大腿骨転子部骨折を受傷した脳梗塞を既往にもつ高齢患者の体幹機能に対する促通反復療法の効果

*藤田 優[1]、向井 大輔[1]、山口 純平[1]、早川 亜津子[1]、高尾 尊身[2] (1. 社会医療法人義順顕彰会種子島医療センターリハビリテーション室、2. 社会医療法人義順顕彰会種子島医療センターリハビリテーション科)

9:30 ~ 9:40

[P-13-04] 荷重非対称性改善に着目した左大腿骨頸部骨折の一例
-既往に脳梗塞を有するケース-

*菊田 凜平[1]、中山 慎也[1]、永井 博規[1] (1. JCHO宮崎江南病院　リハビリテーション部)

一般演題（ポスター）| スポーツ・健康

9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-14] ポスター14

座長:臼元 勇次郎(鹿児島第一医療リハビリ専門学校)、宮﨑 茂明(宮崎大学医学部付属病院)

9:00 ~ 9:10

[P-14-01] 左右非対称性から考察した両側脛骨疲労骨折の理学療法介入の一症例

*太田原 一貴[1,3]、常盤 直孝[1,2]、大迫 亜矢[1]、福満 義人[1]、山本 惠太郎[1] (1. やまもと整形外科　リハビリテーション部、2. フィジカルケア宮崎、3. デイジー)

9:10 ~ 9:20

[P-14-02] 串間市におけるスポーツで健康・体力・生きがいづくり事業を通して　ー活動報告の共有ー

*金丸 元紀[1,2]、西尾 峻[1]、大山 史朗[2]、松元 春香[2] (1. 串間市民病院　リハビリテーション科、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)

9:20 ~ 9:30

[P-14-03] 第44回大分国際車いすマラソンにおける国内クラシファイアとしての活動報告

*三浦 幸治[1] (1. 一般財団法人潤和リハビリテーション振興財団延岡リハビリテーション病院)

9:30 ~ 9:40

[P-14-04] カウンタームーブメントジャンプ着地時の足部位置制御と投球コントロールとの関連

*南屋 崇斗[1]、坂口 弘城[1]、羽田野 佑弥[1]、遠矢 拓己[1]、松田 友秋[2]、中村 好成[1] (1. 医療法人社団創成会　なかむら整形外科クリニック、2. 医療法人朋詠会　獅子目整形外科病院)

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-15] ポスター15

座長:白石 豊章(臼杵市医師会立コスモス病院)、鳥井 泰典(聖マリア病院)

9:50 ~ 10:00

[P-15-01] 歩行自立イベントにおける課題遂行能力の変化の検討：整形外科疾患を有する高齢者15例のパイロットスタディ

*松田 健志[1,2]、中原 雅美[2]、斉藤 直人[1]、田村 裕昭[3]、川嶌 眞之[3] (1. 川嶌整形外科病院リハビリテーション科、2. 国際医療福祉大学保健医療学専攻理学療法学分野、3. 川嶌整形外科病院整形外科)

10:00 ~ 10:10

[P-15-02] 回復期病棟入院中から歩数計を使用し活動量が向上した一症例～退院後3ヶ月までの活動量の変化を追って～

*佐藤 清久[1] (1. 北九州病院　北九州安部山公園病院　リハビリテーション科)

10:10 ~ 10:20

[P-15-03] 臨床所見と研究結果を吟味したことで, 良好な結果が得られた一症例

*福本 周市[1]、伊波 大[1]、岩切 友那[1]、太田 愛月[1] (1. 医療法人青葉会　のざきクリニック)

10:20 ~ 10:30

[P-15-04] 体幹伸展筋持久力運動による重心動揺の変化について：腰痛を有する患者のシングルケーススタディ

*若松 早姫[1]、松田 健志[1]、斉藤 直人[1]、川嶌 眞人[2]、川嶌 眞之[2] (1. 川嶌整形外科病院　回復期リハビリテーション科、2. 川嶌整形外科病院　整形外科)

一般演題（ポスター）| 地域リハビリテーション

9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-16] ポスター16

座長:片岡 高志(大分大学医学部付属病院)、吉田 純一(青洲の里訪問リハビリテーション)

9:50 ~ 10:00

[P-16-01] 地域在住高齢者を対象としたご当地体操の運動強度（METs）評価とリスク管理

*上瀧 健二[1]、國富 里沙[1]、小玉 龍生[1]、入口 脩[1]、鳥取 大祥[1]、濱中 智也[1]、水上 奏[1] (1. 帝京大学福岡医療技術学部理学療法学科)

10:00 ~ 10:10

[P-16-02] 共生型サービスから就労移行において多施設間の役割明確化が有効であった右被殻出血後の事例

*堀田 一希[1]、丸中 公貴[1]、久木﨑 航[1]、金子 茂稔[1] (1. 株式会社未来図Labo)

10:10 ~ 10:20

[P-16-03] 左被殻出血により重度右片麻痺を呈し当院へ搬送された一例
～離島における早期リハビリテーション介入～

*遠藤 樹[1]、上梨 凌平[1]、畠本 裕一[1]、山口 純平[1]、早川 亜津子[1]、髙尾 尊身[2] (1. 社会医療法人義順顕彰会種子島医療センター　リハビリテーション部、2. 社会医療法人義順顕彰会種子島医療センター　病院長)

10:20 ~ 10:30

[P-16-04] 重度感覚鈍麻を呈した被殻出血患者に対して段階的な歩行・走行練習を実施し、走行獲得までに至った、1症例

*永山 雲琉[1]、黒木 祐亮[1]、中原 寿志[1]、田上 茂雄[1]、柚木 直也[1] (1. 医療法人魁成会宮永病院)

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄

10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-17] ポスター17

座長:川上 健二(中村病院)、五十峯 淳一(八反丸リハビリテーション病院)

10:40 ~ 10:50

[P-17-01] 内側開大式脛骨粗面下骨切り術後1年の6分間歩行テストに影響する術前因子の検討

*桑原 亘希[1]、本田 遼太郎[1]、西村 勇輝[1]、河瀬 慶大[1]、松本 穂香[1]、舌間 崇士[2]、舌間 寛士[2] (1. 医療法人至高会　舌間整形外科　リハビリテーション部、2. 医療法人至高会　舌間整形外科)

10:50 ~ 11:00

[P-17-02] 脛骨腓骨遠位開放骨折術後における長母趾屈筋の滑走性改善により歩行能力が改善した一症例

*谷口 雄基[1]、花田 智[1]、竹之内 淳[1]、池田 沙希[1]、海田 博志[1]、田中 涼太[1] (1. 都城市郡医師会病院)

11:00 ~ 11:10

[P-17-03] 創部治癒遷延を呈した両下腿切断の症例～歩行・階段昇降獲得に向けて～

*田中 穂乃加[1]、笠作 康太郎[1]、岡 高史[1] (1. 福岡青洲会病院 リハビリテーション部)

11:10 ~ 11:20

[P-17-04] 高度外反膝に対する人工膝関節全置換術後に歩行時膝関節不安定性が残存した一症例

*熊野 夢稀[1]、田中 創[1,2]、梶原 康宏[1,2]、友岡 佑太[1]、川端 悠士[3]、末長 菜央[3]、木村 光浩[4] (1. 福岡整形外科病院リハビリテーション科、2. 福岡整形外科病院臨床研究センター、3. 周東総合病院リハビリテーションセンター、4. 周東総合病院)

一般演題（ポスター）｜呼吸・循環・代謝

10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-18] ポスター18

座長:神﨑 良子(九州栄養福祉大学)、多和田 千秋(牧港中央病院)

10:40 ~ 10:50

[P-18-01] 慢性閉塞性肺疾患における栄養状態とADL回復との関連の検討

*吉藤 卓也[1]、平山 徹[1]、大角 崇史[2]、安藤 博彰[3]、岡本 啓太郎[4] (1. 医療法人秀明会　だいかく病院リハビリテーション科、2. 医療法人秀明会　だいかく病院　理事長　整形外科、3. 医療法人秀明会　だいかく病院　院長　呼吸器内科　、4. 医療法人秀明会　だいかく病院　循環器科・心臓外科)

10:50 ~ 11:00

[P-18-02] 外来男性COPD患者の運動耐容能と体幹骨格筋指数との関係

*末永 拓也[1,2]、堀江 淳[3]、松本 雄次[1]、小谷 将太[4]、加藤 剛[1]、大田尾 浩[2] (1. かとうクリニック内科・呼吸器内科　リハビリテーション室、2. 西九州大学大学院　生活支援科学研究科　保健医療学専攻、3. 京都橘大学　健康科学部　理学療法学科、4. 神戸国際大学　リハビリテーション学部　理学療法学科)

11:00 ~ 11:10

[P-18-03] 短期的な吸気筋トレーニングを実施した閉塞性細気管支炎の一症例

*池山 諒[1]、中尾 周平[1]、衛藤 誠二[2]、下堂園 恵[2] (1. 鹿児島大学病院リハビリテーション部、2. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学)

11:10 ~ 11:20

[P-18-04] 多職種連携による重度低栄養患者の栄養状態およびADL改善の一例

*大草 舞衣[1] (1. 済生会八幡総合病院リハビリテーション技術科)

一般演題（ポスター）| 調査・統計

11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-19] ポスター19

座長:福榮 竜也(霧島市立医師会医療センター)、宮﨑 宣丞(熊本保健科学大学)

11:30 ~ 11:40

[P-19-01] 臨床実習支援システム導入における事前調整項目の検討
-教員へのアンケート調査-

*吉澤 隆志[1]、齊藤 貴文[1]、北村 匡大[1]、松本 典久[1]、大田 瑞穂[1]、古後 晴基[1] (1. 令和健康科学大学 リハビリテーション学部 理学療法学科)

11:40 ~ 11:50

[P-19-02] 患者満足度調査を接遇改善と組織成長につなげる試み

*濵﨑 瞬[1] (1. 社会医療法人玄州会　光武内科循環器科病院)

11:50 ~ 12:00

[P-19-03] 地域包括医療病棟における転倒転落予測に基づく実用的評価基準の検討

*髙橋 博愛[1]、柴﨑 千佳子[1]、甲斐 有希[2]、田中 勇樹[2]、石松 元太郎[3]、稲富 久人[4,5] (1. 宗像水光会総合病院　医療安全管理室、2. 宗像水光会総合病院　リハビリテーション室、3. 宗像水光会総合病院　医事課、4. 宗像水光会総合病院　泌尿器科、5. 宗像水光会総合病院　内科)

12:00 ~ 12:10

[P-19-04] テキストマイニング手法を用いたリハビリテーション科における過去３年間のインシデント分析

*江郷 功起[1]、冨松 高司[2]、竹嶋 順平[3] (1. 地方独立行政法人大牟田市立病院リハビリテーション科、2. 地方独立行政法人大牟田市立病院医療安全対策室、3. 帝京大学福岡医療技術学部)

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-20] ポスター20

座長:松﨑 哲治(夫婦石病院)、元村 隆弘(北九州古賀病院)

11:30 ~ 11:40

[P-20-01] 両下腿切断を有する被殻出血後重度左片麻痺症例に対する理学療法

*笠作 康太郎[1]、秋吉 亜希子[1]、岡 高史[1] (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)

11:40 ~ 11:50

[P-20-02] 脳卒中急性期の多面的評価と在宅復帰時歩行能力の関連

*彌永 毅哉[1]、山口 雄介[1] (1. 福岡和白病院リハビリテーション科)

11:50 ~ 12:00

[P-20-03] 脳アミロイドアンギオパチーを有するCVA2症例の早期離床における比較検討

*黒田 美空[1] (1. 熊本赤十字病院リハビリテーション科)

12:00 ~ 12:10

[P-20-04] 歩行時に身体の後方偏倚を認めた左視床出血症例に対する前庭リハビリテーションの一考察

*秋山 恵輝[1]、馬場 智大[1]、平川 善之[1]、多田隈 博[2] (1. 医療法人　博仁会　福岡リハビリテーション病院　リハビリテーション部、2. 医療法人　博仁会　福岡リハビリテーション病院　診療部)

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄

2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-13] ポスター13

座長:松林 亮太(竹田医師会病院)、賀好 宏明(産業医科大学病院)

9:00 ~ 9:10

[P-13-01] FADIRテスト陽性例における超音波動態観察から得られた知見

*樋口 友紀[1]、福田 謙典[2] (1. 医療法人三和会　本多整形外科　リハビリテーション科、2. Lupo Seravie)

9:10 ~ 9:20

[P-13-02] 右寛骨臼周囲骨切り術(PAO)術後の一例
～理学療法に対する合併症リスク管理～

*空 咲良[1]、久多良木 詩織[1]、小原 聖也[1] (1. 独立行政法人地域医療機能推進機構　宮崎江南病院)

9:20 ~ 9:30

[P-13-03] 大腿骨転子部骨折を受傷した脳梗塞を既往にもつ高齢患者の体幹機能に対する促通反復療法の効果

*藤田 優[1]、向井 大輔[1]、山口 純平[1]、早川 亜津子[1]、高尾 尊身[2] (1. 社会医療法人義順顕彰会種子島医療センターリハビリテーション室、2. 社会医療法人義順顕彰会種子島医療センターリハビリテーション科)

9:30 ~ 9:40

[P-13-04] 荷重非対称性改善に着目した左大腿骨頸部骨折の一例
-既往に脳梗塞を有するケース-

*菊田 凜平[1]、中山 慎也[1]、永井 博規[1] (1. JCHO宮崎江南病院　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15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-13] ポスター13

座長:松林 亮太(竹田医師会病院)、賀好 宏明(産業医科大学病院)

9:00 ~ 9:10

[P-13-01] FADIRテスト陽性例における超音波動態観察から得られた知見

*樋口 友紀[1]、福田 謙典[2] (1. 医療法人三和会　本多整形外科　リハビリテーション科、2. Lupo Seravie)

キーワード：股関節インピンジメント、FADIRテスト、外閉鎖筋

本研究はすべての対象者にヘルシンキ宣言に基づき倫理的配慮を行い、書面を用いて研究の内容および意義を説明し、同意を得た上で実施した。

【目的】大腿骨寛骨臼インピンジメントは、大腿骨と寛骨臼の形態異常が主要因とされてきたが、近年では軟部組織に起因する病態も報告されている（N.Sankar et al., 2013）。今回、FADIRテストにおいて鼠径部痛を訴える症例に対して股関節他動内旋運動時の軟部組織動態を超音波画像診断装置（以下エコー）にて観察し比較した。FADIR陽性側（以下症状側）と非症状側での軟部組織動態の相違はFADIRテストにて再現された鼠径部痛と関連している可能性が示唆されたため、考察を踏まえて報告する。

【方法】対象はFADIRテストにて鼠径部痛が誘発され、外閉鎖筋に圧痛所見を認めたこと、1回20分、週2回のエコーアシスト下運動療法を実施した11例（男性5例、女性6例、平均年齢58.8歳）であり、治療前、治療直後、1、２、３カ月後にNRSと屈曲位内旋可動域を計測し、Friedman検定およびBonferroni補正を用いて経時的変化を分析した。方法は股関節90°屈曲位にて股関節後方より外閉鎖筋を抽出し、他動内旋運動時の組織動態を症状側・非症状側で比較した。

【結果】治療前と比較して、NRSは２か月以降で有意に減少し（P<0.01）、屈曲位内旋可動域は1カ月以降で有意な改善を示した（P<0.05）。FADIRテスト時の外閉鎖筋の動態観察において、非症状側では大腿骨頭の後方突出を許容するだけの外閉鎖筋の形態変化が観察されたが、症状側では非症状側と比較して股関節他動内旋に伴う外閉鎖筋の形態変化が極めて乏しく、骨頭のObligate Translationが観察された。また、Translationするタイミングと同期して主訴と一致する鼠径部痛が出現した。したがって、徒手にて同筋の柔軟性改善を実施したところ、股関節他動内旋時の組織動態は非症状側同様へと変化しており、FADIRテスト時の疼痛は消失し屈曲位内旋可動域も改善した。

【考察】今回FADIRテストにて再現された鼠径部痛は、陰性時には他動股関節内旋時の軟部組織動態が非症状側と類似しており、疼痛との関係を示唆する結果となった。 肩関節において、軟部組織の硬さに起因するobligate translationがインピンジメントを助長することが報告されているが、股関節においても同様に骨の形態異常のみならず、外閉鎖筋の硬さがobligate translationを生じさせ股関節前方インピンジメントを惹起している可能性が考えられる。

【まとめ】FADIRテストは関節内病変の検出に有用であるとされているが、感度が高く関節内外病変を区別することは難しい現状にある。したがってFADIRテスト陽性例においても関節外由来の鼠径部痛を疑う一要因としてエコーを用いた外閉鎖筋の動態観察が極めて有用である可能性が考えられる。

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-13] ポスター13
座長:松林 亮太(竹田医師会病院)、賀好 宏明(産業医科大学病院)

9:10 ~ 9:20

[P-13-02] 右寛骨臼周囲骨切り術(PAO)術後の一例 ～理学療法に対する合併症リスク管理～

*空 咲良[1]、久多良木 詩織[1]、小原 聖也[1] (1. 独立行政法人地域医療機能推進機構　宮崎江南病院)

キーワード：Periacetabular Osteotomy、合併症予防、歩行獲得

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき本人に発表の趣旨を説明し同意を得た。

【目的】
寛骨臼周囲骨切り術（Periacetabular Osteotomy： PAO）は関節温存術であり、異常な関節圧力や関節不安定性を改善し変形性股関節症の進行を予防するが、腸腰筋の反復収縮による恥骨骨切り部位のインピンジメント、恥骨疲労骨折や偽関節などの合併症が報告されている（Disantis et al., 2022; Malviya et al., 2015）。本邦では施行施設が限られており、術後理学療法に関する報告は少ない。本報告は、変形性股関節症に対してPAOを施行した一例において、術後合併症予防を含めた理学療法管理と歩行再獲得過程について検討することを目的とした。
【症例紹介】
症例は50歳代女性で20歳代に臼蓋形成不全と指摘された。XX年に歩行距離増加や長時間での座位姿勢保持にて右股関節の疼痛を認め他院受診し、右変形性股関節症と診断された。その後、歩行時痛の増悪、階段昇降困難となりXX年＋1年後に前方進入での右PAOが施行された。術後20日目にリハビリ加療目的にて当院に転院となり、同日より理学療法が開始された。自宅退院、事務職への復職を希望していた。
【経過】
プロトコルは、術後6週は免荷かつ股関節屈曲90°制限、その後1週毎に1/3荷重、2/3荷重とし、術後9週より全荷重であった。術後3週時評価では、右大腿前面・外側の痺れはNumerical Rating Scale（NRS） 6、股関節可動域（右/左）は、屈曲90°/115°、伸展0°/10°、徒手筋力テストは非術側下肢3レベル、日本整形外科学会股関節機能判定基準（JOAスコア）11点であった。術後3～6週の理学療法では、疼痛管理、腰背部リラクゼーション、股関節周囲筋の等尺性運動、制限内での股関節可動域運動を中心に実施した。偽関節やインピンジメントのリスクを考慮し、過度な股関節可動域練習や腸腰筋の単独収縮は避け、筋力トレーニングは殿筋群の等尺性運動を中心として再教育を図った。術後6週以降は、股関節可動域制限なしでの関節可動域練習、股関節周囲筋筋力増強運動、部分荷重を開始した。荷重開始後の疼痛増悪はみられなかったが、歩行時の恐怖心や骨盤動揺を認めた。座位・立位での荷重練習や筋力増強運動、片脚立位を段階的に導入したことで、骨盤動揺は軽減され両松葉杖歩行から片松葉・1本杖歩行獲得へと繋がった。術後10週評価では右大腿前面・外側の痺れはNRS 2、股関節可動域（右/左）は屈曲100°/120°、伸展5°/10°、徒手筋力テスト（右/左）は股関節屈曲2/5、伸展3/4であったが、その他は非術側を含めて4～5レベルへ改善した。JOAスコア72点、10m歩行時間は片松葉にて13.3秒であり術後合併症なく片松葉、1本杖レベルで自宅退院となった。
【考察】
本症例は股関節疼痛出現から手術施行までに期間があり、右下肢荷重逃避や活動量低下による両下肢筋力低下が考えられた。PAO術後は組織治癒と機能回復に基づく段階的負荷管理が重要とされている。今回合併症のリスク管理として、過度な股関節可動域練習や腸腰筋の単独収縮を回避し、免荷中は単関節での等尺性運動、荷重後は閉鎖性運動連鎖を中心として段階的に進めた。その結果、合併症の出現や疼痛の増悪なく、良好な歩行機能獲得に有効であ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15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-13] ポスター13

座長:松林 亮太(竹田医師会病院)、賀好 宏明(産業医科大学病院)

9:20 ~ 9:30

[P-13-03] 大腿骨転子部骨折を受傷した脳梗塞を既往にもつ高齢患者の体幹機能に対する促通反復療法の効果

*藤田 優[1]、向井 大輔[1]、山口 純平[1]、早川 亜津子[1]、高尾 尊身[2] (1. 社会医療法人義順顕彰会種子島医療センターリハビリテーション室、2. 社会医療法人義順顕彰会種子島医療センターリハビリテーション科)

キーワード：促通反復療法、体幹機能、高齢患者

当院の医の倫理審査会の承認を得て(種倫R8-1号),患者・家族に書面をもって同意を得た.

【目的】 近年,脳梗塞を既往にもち大腿骨骨折を受傷する症例が増加している.今回,脳梗塞を2回発症した大腿骨転子部骨折高齢患者の体幹機能に着目し促通反復療法を実施し良好な結果を得たため報告する.【症例紹介】 85歳女性.身長142㎝.体重33.0kg.BMI16.4. 現病歴:X－249日,左アテローム血栓性脳梗塞を発症し14日後に再梗塞を発症.基本動作全介助,ADL全介助となったが,体幹・下肢への促通反復療法を実施し歩行器歩行の獲得,トイレ動作の獲得し自宅退院することができた.今回,X日に右大腿骨転子部骨折を受傷.X+5日に髄内釘固定術を実施.【経過】 初回評価(X＋6～8日) MMT(R/L):股関節屈曲(1/4)伸展(1/3)外転(1/3)膝関節伸展(1/4) 体幹屈曲(1)回旋(1/1) ROM-T(°): 右股関節屈曲(75)/伸展(-20) 疼痛部位:鼠径部NRS:安静時7 動作時10 TCT(点):24 BBS:0 Brs(右上肢/手指/下肢):Ⅳ/Ⅳ/Ⅴ FIM(運動項目/認知項目)(点):20/14 初期評価より,安静時・動作時の疼痛,股関節可動域制限,体幹機能低下,両下肢筋力低下を認めた.そのため理学療法として,関節可動域練習,筋力増強練習,ストレッチ,起立練習など下肢に対するアプローチを実施.並行して体幹の促通反復療法を実施.X+23日,立位保持や移乗動作に向上がみられ車椅子でのトイレ誘導を開始した.X+36日,見守り下での歩行器移動を開始した.さらに理学療法は,段階的に四つ這いやニーリングなどの姿勢練習,独歩練習を実施した.X+55日,居宅訓練を実施し家族と介助練習,動作時の注意点を確認した. 最終評価(X＋61日) MMT(R/L):股関節屈曲(4/4)伸展(3/3)外転(3/4)膝関節伸展(4/5) 体幹屈曲(3) 回旋(3/2) ROM-T(°): 右股関節屈曲(115)/伸展(10) 疼痛部位:鼠径部NRS:安静時0 動作時0 TCT(点):100 FACT(点):17点 BBS:43 片脚立位:右3秒 左8秒 10MWT歩行率(歩行器)至適:0.80 最大:1.01 TUG(秒):23.85 Brs:Ⅳ/Ⅳ/Ⅴ FIM(点):57/14 退院後評価(X+151日) MMT(R/L):股関節屈曲(4/4)伸展(2/3)外転(2/3) 膝関節伸展(4/5) 体幹屈曲(3) 回旋(3/3) ROM-T(°): 右股関節屈曲(115)/伸展(10) 疼痛NRS:安静時0 動作時0 TCT(点):100 FACT(点):17 BBS:43 片脚立位:右2秒 左6秒 10MWT歩行率(歩行器)至適:0.71 最大:0.91 TUG(秒):22.72 Brs:Ⅳ/Ⅳ/Ⅴ 【考察】 促通反復療法は,徒手的な促通手技を用い患者に意図した自動運動を実現させ,その反復により運動性下行路の再建・強化を図り麻痺の回復を目指すものである.また,体幹の促通手技は,脳卒中片麻痺患者の体幹能力や歩行能力の改善を促進させることが報告されている.今回の症例では,歩行器歩行,トイレ動作自立を再獲得し自宅退院することができた.既往に脳梗塞を持つ大腿骨骨折患者に対して体幹機能向上を促す促通反復療法は有用であ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15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-13] ポスター13

座長:松林 亮太(竹田医師会病院)、賀好 宏明(産業医科大学病院)

9:30 ~ 9:40

[P-13-04] 荷重非対称性改善に着目した左大腿骨頸部骨折の一例 -既往に脳梗塞を有するケース-

*菊田 凜平[1]、中山 慎也[1]、永井 博規[1] (1. JCHO宮崎江南病院　リハビリテーション部)

キーワード：荷重非対称性、深部感覚、大腿骨頸部骨折

個人情報の取り扱いに注意して匿名性を遵守した。

【はじめに】
今回、左上腕骨近位端骨折・左大腿骨頸部骨折を呈した症例を担当した。患者は既往に脳梗塞があり、介入時より立位及び歩行時に左右の荷重非対称性を有していた。今回左右の荷重非対称性改善に向けて深部感覚障害を考慮しつつ多角的なアプローチを行い改善が見られたためここに報告する。
【症例紹介】
80歳代女性、自宅にて一過性の意識消失あり転倒し左上腕骨近位端骨折受傷、翌日にT2nail試行、入院28日目に病室内で尻餅をつき左大腿骨頸部骨折(Garden分類Ⅳ)を受傷、翌日に人工骨頭置換術を施行した。48歳で脳梗塞による左不全麻痺の既往があった。Demandは、杖での自宅復帰であった。今回受傷日をX日とし、X+25日を初期評価、X+40日を中間評価、X+60日を最終評価とした。
【経過】
初期評価では、左股関節屈曲可動域は95°で、最終域にて疼痛あり、左股関節伸展は5°。徒手筋力評価（右/左）では、股屈曲4/3股外転4/2膝伸展4/2と、全体的な筋力低下を認めた。疼痛評価(Numberical Rating Scale)では荷重時に6/10、左不全麻痺に対するBrunstromステージは上肢Ⅴ手肢Ⅵ手指Ⅵであった。体重計使用した立位最大荷重量(右/左）は43kg/27kgであり、非術側に骨盤を傾斜させた立位姿勢であった。歩容では、患側立脚期での骨盤側方動揺とトレンデレンブルグ歩行を認めた。初期評価より患側下肢への荷重不良に着目し、股関節周囲筋の筋力低下が荷重非対称性に最も影響していると考え、介入を進めた。大臀筋強化を目的としたヒッププリフトや階段昇降、中臀筋強化を目的とした側臥位外転運動やクラムexを行った。結果としてメニューに対する動作は可能になったが、著名な荷重非対称性改善には至らなかった。X+40日後に患者より足趾部の荷重感覚不明瞭さ訴えあり中間評価を行った。左環趾小趾位置覚検査2/5（正当数）Romnerg徴候(+)足底表在感覚軽度鈍麻であった。この結果から、既往の脳梗塞後の深部感覚障害や表在感覚低下が荷重非対称性に繋がったと考え、深部感覚障害に対するアプローチも追加。介入内容は、姿勢鏡や体重計にて視覚を用いた荷重状況の確認や、バランスマット上での立位exやボールを用いて荷重感覚のフィードバックを行なった。X+60日後の最終評価では、左股関節屈曲可動域115°、伸展15°、徒手筋力評価(右/左)では股屈曲4/3、股外転4/3、膝伸展4/4と改善、静的最大荷重量(右/左）は43kg/40kgと増加、左環趾小趾位置覚検査では4/5（正当数）と改善を認めた。
【考察】
股関節周囲筋の筋力強化による骨盤側方安定性の獲得に加え視覚や触覚を用いた感覚フィードバックによる深部感覚の再学習などの多方面からの介入が更なる荷重非対称性の改善に繋がったと考える。
【結論】
今回の介入では、既往の脳梗塞による深部感覚障害が荷重非対称性に影響している可能性が考えられた。介入過程での再評価の重要性を感じ、多角的なリハ介入が荷重能力及び歩容の改善に影響したと考える。今後も既往や患者からの訴えを取り入れたリハ介入を展開していきたい。

一般演題（ポスター）｜スポーツ・健康

2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-14] ポスター14

座長:臼元 勇次郎(鹿児島第一医療リハビリ専門学校)、宮﨑 茂明(宮崎大学医学部付属病院)

9:00 ~ 9:10

[P-14-01] 左右非対称性から考察した両側脛骨疲労骨折の理学療法介入の一症例

*太田原 一貴[1,3]、常盤 直孝[1,2]、大迫 亜矢[1]、福満 義人[1]、山本 惠太郎[1] (1. やまもと整形外科　リハビリテーション部、2. フィジカルケア宮崎、3. デイジー)

9:10 ~ 9:20

[P-14-02] 串間市におけるスポーツで健康・体力・生きがいづくり事業を通して　ー活動報告の共有ー

*金丸 元紀[1,2]、西尾 峻[1]、大山 史朗[2]、松元 春香[2] (1. 串間市民病院　リハビリテーション科、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)

9:20 ~ 9:30

[P-14-03] 第44回大分国際車いすマラソンにおける国内クラシファイアとしての活動報告

*三浦 幸治[1] (1. 一般財団法人潤和リハビリテーション振興財団延岡リハビリテーション病院)

9:30 ~ 9:40

[P-14-04] カウンタームーブメントジャンプ着地時の足部位置制御と投球コントロールとの関連

*南屋 崇斗[1]、坂口 弘城[1]、羽田野 佑弥[1]、遠矢 拓己[1]、松田 友秋[2]、中村 好成[1] (1. 医療法人社団創成会　なかむら整形外科クリニック、2. 医療法人朋詠会　獅子目整形外科病院)

一般演題（ポスター）| スポーツ・健康

2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-14] ポスター14

座長:臼元 勇次郎(鹿児島第一医療リハビリ専門学校)、宮﨑 茂明(宮崎大学医学部付属病院)

9:00 ~ 9:10

[P-14-01] 左右非対称性から考察した両側脛骨疲労骨折の理学療法介入の一症例

*太田原 一貴[1,3]、常盤 直孝[1,2]、大迫 亜矢[1]、福満 義人[1]、山本 惠太郎[1] (1. やまもと整形外科　リハビリテーション部、2. フィジカルケア宮崎、3. デイジー)

キーワード：左右非対称、疲労骨折、理学療法

本症例に、本報告の趣旨と内容を口頭および文書で説明し、書面にて同意を得た。

【目的】
脛骨疲労骨折はランニングなどの反復負荷により生じる骨ストレス障害の一つであり、下肢アライメントや荷重動作などのバイオメカニクス的要因が発症に関与すると報告されている。一方、人体には構造的・機能的な左右非対称性が存在し、これが下肢の荷重分布や運動連鎖に影響を及ぼす可能性がある。本症例では、Postural Restoration Institute®（以下 PRI）コンセプトに基づいた人体の左右非対称性に着目し、評価および理学療法介入を行い、その臨床的意義について報告する。
【症例紹介】
10代女性、高校陸上部に所属する中距離ランナー。X年12月にMRI検査にて両側脛骨中下1/3内側より骨膜高信号（右＞左）を認め、両側脛骨疲労骨折の診断を受ける。同月に理学療法を開始。初期評価では日常生活で痛み、圧痛あり。静的立位ではスウェイバック姿勢、片脚立位ではknee-inと足部外転位を認め、左で著明であった。PRI評価Adduction Drop Test（以下ADT）が両側陽性、Pelvic Ascension Drop Test（以下 PADT）両側陽性、Hruska Adduction Lift Tests（以下HADLT）右１点、左２点。評価結果より、立脚戦略での荷重応答不良が反復ストレスの要因と考え、適切な左右での立脚獲得によるランニング復帰を目的に介入を行った。
【経過】
理学療法は、両側脛骨疲労骨折と診断された日をYとし、当日より介入を開始。走る、飛ぶなどの運動制限を行い、圧痛消失、シングルレッグポップテスト15回、生活上での痛み消失まではランニングを禁止した。PRIエクササイズを中心に介入を進めていき、Y＋33日目でADT両側陰性。Y＋47日目でPADT両側陰性。Y＋75日目にHADLT両側3点、圧痛、生活上での痛み消失、シングルレッグポップテスト15回可能となり、1分ラン+2分歩行を５セットから開始。痛みがなければ段階的にセット数および時間を上げていった。Y＋77日にMRI検査にて左脛骨の高信号は消失し、右は骨膜部に軽度残存を認めるまで回復し、疼痛症状もほぼ軽減した。
【考察】
本症例では左右非対称な立脚戦略により荷重応答が低下していたと考えられた。評価結果より左下肢では右下肢と比較して荷重受容が不十分となっており、床反力を効率的な推進力へ変換できず、代償的な足部での蹴り出しが必要となっていた可能性がある。一方右下肢では支持機能が優位となり、Alexandreらは股関節内転角度の増加が脛骨の曲げストレスを増大させると報告している。そのことから右では荷重時の股関節内転が左より増大していた可能性がある。このような左右スタンス機能の不均衡に伴う脛骨への回旋および曲げストレスの増大が、両側疲労骨折の発生に関与した可能性が考えられる。これらを踏まえ、左右のスタンス機能を考慮した理学療法を実施した結果、自覚症状ならびMRI検査にて両脛骨の所見の改善が認められた。

一般演題（ポスター）| スポーツ・健康

2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-14] ポスター14

座長:臼元 勇次郎(鹿児島第一医療リハビリ専門学校)、宮﨑 茂明(宮崎大学医学部付属病院)

9:10 ~ 9:20

[P-14-02] 串間市におけるスポーツで健康・体力・生きがいづくり事業を通して －活動報告の共有－

*金丸 元紀[1,2]、西尾 峻[1]、大山 史朗[2]、松元 春香[2] (1. 串間市民病院　リハビリテーション科、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：総合型地域スポーツクラブ、地域連携、運動継続支援

今回の報告はヘルシンキ宣言に基づき，個人のプライバシーに配慮した．また，事業主催である宮崎県教育委員会と総合型クラブから発表に関する承諾を得ている．

【はじめに】
串間市において，スポーツで健康・体力・生きがいづくり事業（地域スポーツクラブ・医療分野連携推進モデル事業）を行う上で，事業元である宮崎県教育委員会と総合型地域スポーツクラブ（以下：総合型クラブ）より，当院へ協力依頼があった．本事業は，県内でも初の試みであり，本報告では，令和7年度に携わった活動報告を行う．
【活動目的】
県民のうち，女性や働く世代・子育て世代，障がい者の運動・スポーツ実施率は低い状況である．また，医療機関を受診している方が，健康状態に応じた安全かつ効率的な運動・スポーツを地域で安心して楽しめる機会をモデル的に創出するため，総合型クラブ等と医療・福祉関係者との連携の推進を目的とする．
【活動内容】
①宮崎県教育委員会と総合型クラブが主催する健康運動教室（以下：教室）を開催するにあたり，会議・打合せの参加・助言．②教室で，専門的な運動に関する講義．③教室のPRでチラシ配布・ポスターの設置．
【活動経過】
①教室についての会議・打合せを，総合型クラブと以下の内容で行った．対象者は，第1・2回は医師より運動を勧められた・健康診断で数値が悪かった等の中高年，第3回は運動が苦手・運動を始めたい等の小学生と保護者とした．年齢層を絞り込むことで，運動リスク管理と既存事業との差別化を図った上で，集客できるのではないかと思案した．内容は，自身の体を評価した上で，運動の重要性を理解する講義を行った後，総合型クラブが行うニュースポーツ等の体験へ繋ぐかたちとした．今回は，参加者の疾病や競技レベルも様々である可能性から，運動リスクの低いニュースポーツ等を採用した．また，告知方法に関しては，第3回はSNSの活用を提案した．
②教室後も，参加者が主体的に運動の継続ができることを目標とした．第1回を2025年11月28日，第2回を2026年1月30日，第3回を2026年2月20日，ともに金曜日の18：30～20：00で全3回開催した．第1・2回の参加者は10名であり，第3回は，子供19名・保護者15名の計34名であった．第1・2回は，講義の中で自身の体を評価した後，各種ストレッチングと筋力トレーニングを体験してもらった．第3回に関しては，親子で遊びの中から運動の楽しさを学ぶことを重視した．また，教室後に会議を実施し，講義内容の見直しを図った．
【まとめ】
串間市は，総人口が令和2年から令和6年にかけて約1,600人以上減少し，高齢化率は令和8年時点で約48%台と，全国平均（約29%）を大きく上回っている．また，年少人口（0～14歳）も，減少傾向が続いており，学校の統合や休校も生じている．こうした中，教室の第3回で，参加者増加を認めており，告知方法や本市の現状を逆に活かすことで，課題であった参加促進の可能性が示唆された．今後は，上記を踏まえ，対象者を学生と保護者で，病院受診やリハビリテーション終了者等も含め検証することで，運動リスク管理と運動の継続が自身のケアや参加促進

にも繋がっていくのではないかと考察する．本報告によって，総合型クラブと理学療法士の関りが認知され，スポーツ普及や健康・体力・生きがいづくりに寄与できればと考える．

一般演題（ポスター）| スポーツ・健康

2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-14] ポスター14

座長:臼元 勇次郎(鹿児島第一医療リハビリ専門学校)、宮﨑 茂明(宮崎大学医学部付属病院)

9:20 ~ 9:30

[P-14-03] 第44回大分国際車いすマラソンにおける国内クラシファイアとしての活動報告

*三浦 幸治[1] (1. 一般財団法人潤和リハビリテーション振興財団延岡リハビリテーション病院)

キーワード：大分国際車いすマラソン、クラス分け、理学療法活動

個人情報が特定されないよう倫理的な配慮を十分に行った。開示すべき利益相反はなし。

【活動目的】

大分国際車いすマラソンは、世界最大規模の車いす単独マラソン大会として国際的に高く評価されている。本大会は障がいの種類や程度に基づき、T51、T33/52、T34/53/54の競技クラスで実施される。今回、本大会の国内クラス分けに従事した経験から、その活動内容を報告するとともに、公平な競技運営における国内クラシファイアの役割と、身体的・技術的評価における理学療法士の専門性の活用について検討することを目的とする。

【活動内容】

本大会における国内クラス分けは競技クラス未確定およびクラスステイタスの有効期限切れの競技者23名（海外4名、国内19名）を対象とした。実際にクラス分けを行う際には2名1組でパネルを編成して実施した。日本パラ陸上競技連盟（以下、JPA）のクラス分け規程に基づき、①身体的評価では競技者がパラ陸上競技の最小障がい基準（Minimum Impairment Criteria:以下、MIC）を満たすか、②技術的評価では競技特有の技術と競技パフォーマンスを実行できるか、③競技観察では実際のレース中のパフォーマンスを観察し、①②との整合性を確認する、といったプロセスにて評価を行った。併せて、障がいの永続性や進行度を考慮し、将来的な追跡再評価の必要性を示す「競技クラスステイタス」の判定も実施した。

【活動経過】

理学療法士等の資格を有する9名の国内クラシファイアで分担し、対象競技者23名のクラス分けを実施した。全競技者がMICを満たしていることを確認し、競技クラスを決定した。これにより、競技者が公平な条件下で大会へ出場することが可能となった。クラス分けの目的は、「パラスポーツの参加対象者を定め、種目における障がいの影響を最小限に抑えることである。」とある。評価の過程では、解剖学・運動学的な知識に基づいた詳細な機能評価と、それが競技動作に及ぼす影響を分析する能力が不可欠であり、理学療法士の専門性が極めて有効に機能すると考える。

【理学療法学研究としての意義】

パラスポーツにおける理学療法士の役割は多岐にわたるが、公平な競技運営を支える「クラス分け」への参画は、職能を活かした重要な社会貢献の一つである。本報告は、今後国内クラシファイアを目指す理学療法士にとって、有用な情報提供になると考える。

一般演題（ポスター）｜スポーツ・健康

2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-14] ポスター14

座長:臼元 勇次郎(鹿児島第一医療リハビリ専門学校)、宮﨑 茂明(宮崎大学医学部付属病院)

9:30 ~ 9:40

[P-14-04] カウンタームーブメントジャンプ着地時の足部位置制御と投球コントロールとの関連

*南屋 崇斗[1]、坂口 弘城[1]、羽田野 佑弥[1]、遠矢 拓己[1]、松田 友秋[2]、中村 好成[1] (1. 医療法人社団創成会　なかむら整形外科クリニック、2. 医療法人朋詠会　獅子目整形外科病院)

キーワード：カウンタームーブメントジャンプ、足部位置制御、投球コントロール

本研究はヘルシンキ宣言の倫理原則に基づき,当院倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認日:令和7年10月6日).対象者には研究の目的および方法について十分に説明し,書面による同意を得た上で実施した.なお,本研究において開示すべき利益相反はない.

【目的】
投球障害に対するリハビリテーションでは,運動連鎖の観点から上肢運動に影響を及ぼす下肢機能の特徴を把握することが重要である.投球動作においては,フットコンタクト以降のステップ脚股関節運動が骨盤回旋や体幹・上肢動作の支持に重要な役割を果たすことが報告されている(内田ら,2018).一方,ジャンプ課題は運動能力の指標として広く用いられ,その中でもカウンタームーブメントジャンプ(CMJ)は代表的な評価方法の一つとして用いられる(笹代ら,2014).CMJにおける下肢の運動制御は投球動作の正確性や再現性,および安定性などに影響を及ぼす可能性が考えられるが,このような観点で検討した報告は我々が渉猟した範囲では確認できなかった.そこで本研究は,CMJ着地時の足部位置変化と投球コントロールとの関連性を探索的に検討し,今後の検証的研究につながる基礎的知見を得ることを目的とした.
【方法】
対象は高校野球投手7名(平均年齢16.4歳,全員右投げ)とした.投球動作では,ウォーミングアップ後に18.44m先の的(FIELDFORCE社製ストライクゾーンネット)に対し全力投球を20球実施し,的内投球数を記録した.なお的の大きさは高さ約107㎝,横幅約66㎝で,的の最下端が地面より約36㎝の位置に接地した.CMJは,上前腸骨棘間距離に基づく足部基準位置から8回実施し,前方および左右側方よりスマートフォンカメラ(Google Pixel)を用いて着地時の足部位置を計測した.足部位置の偏位量は,基準位置からの前後方向および左右方向の変位量を合成した値として左右下肢それぞれで算出し,各試行の平均値を代表値とした.統計解析は,小サンプルによる探索的検討であることを踏まえ,CMJ着地時の足部位置の偏位量と的内投球数との関連について,スピアマンの順位相関係数を用いて行った.
【結果】
CMJ着地時の足部位置の偏位量と的内投球数との関係を検討した結果,左右下肢ともに負の相関を認めた.特に左下肢では,右下肢(r=-0.80)と比較してより強い負の相関を認めた(r=-0.95).
【考察】
本研究では,CMJ着地時の足部位置の偏位量と投球コントロールとの関連が認められ,特に左下肢で強い関係性が示された.本研究で用いた足部位置の偏位量は,着地位置のばらつきを表す指標であり,動作の正確性や再現性,および安定性といった運動制御の一側面を反映する可能性がある.右投げ投手における左下肢はステップ脚として機能し,股関節運動は骨盤回旋や体幹・上肢動作を支持に関与することが報告されている(内田ら,2018).また股関節筋力はボールリリース時の肩関節角度とも関連することが示されている(内田ら,2019).これらを踏まえると,左下肢の足部位置の偏位量は,ステップ脚における動作の安定性を反映し,投球時の姿勢や上肢動作の安定性を介して投球コントロールと関連した可能性が考えられる.一方で,本研究は少数例を対象とした探索的検討であり,因果関係や機序を明らかにするためには,今後サンプル数を増やした検討が必要であると考えられた.
【まとめ】

CMJ着地時の足部位置偏位は投球コントロールと関連し,特に左下肢において強い関係性が示された.足部位置制御は支持脚機能を介して投球コントロールに関与する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15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-15] ポスター15

座長:白石 豊章(臼杵市医師会立コスモス病院)、鳥井 泰典(聖マリア病院)

9:50 ~ 10:00

[P-15-01] 歩行自立イベントにおける課題遂行能力の変化の検討：整形外科疾患を有する高齢者15例のパイロットスタディ

*松田 健志[1,2]、中原 雅美[2]、斉藤 直人[1]、田村 裕昭[3]、川嶌 眞之[3] (1. 川嶌整形外科病院リハビリテーション科、2. 国際医療福祉大学保健医療学専攻理学療法学分野、3. 川嶌整形外科病院整形外科)

10:00 ~ 10:10

[P-15-02] 回復期病棟入院中から歩数計を使用し活動量が向上した一症例～退院後3ヶ月までの活動量の変化を追って～

*佐藤 清久[1] (1. 北九州病院　北九州安部山公園病院　リハビリテーション科)

10:10 ~ 10:20

[P-15-03] 臨床所見と研究結果を吟味したことで, 良好な結果が得られた一症例

*福本 周市[1]、伊波 大[1]、岩切 友那[1]、太田 愛月[1] (1. 医療法人青葉会　のざきクリニック)

10:20 ~ 10:30

[P-15-04] 体幹伸展筋持久力運動による重心動揺の変化について：腰痛を有する患者のシングルケーススタディ

*若松 早姫[1]、松田 健志[1]、斉藤 直人[1]、川嶌 眞人[2]、川嶌 眞之[2] (1. 川嶌整形外科病院　回復期リハビリテーション科、2. 川嶌整形外科病院　整形外科)

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-15] ポスター15
座長:白石 豊章(臼杵市医師会立コスモス病院)、鳥井 泰典(聖マリア病院)

9:50 ~ 10:00

[P-15-01] 歩行自立イベントにおける課題遂行能力の変化の検討：整形外科疾患を有する高齢者15例のパイロットスタディ

*松田 健志[1,2]、中原 雅美[2]、斉藤 直人[1]、田村 裕昭[3]、川嶌 眞之[3] (1. 川嶌整形外科病院リハビリテーション科、2. 国際医療福祉大学保健医療学専攻理学療法学分野、3. 川嶌整形外科病院整形外科)

キーワード：歩行自立、課題遂行能力、縦断研究

本研究は、社会医療法人玄真堂倫理委員会の承認を得た(承認番号20260423-02)。また、ヘルシンキ宣言に基づき、対象者に十分な説明と同意を得て実施した。

【目的】脆弱性骨折を受傷した高齢者は,生命予後・機能的予後が良好であるとの先行研究を根拠に,早期離床が推奨される.しかし,その一要素である歩行自立が,どのような能力の変化に影響を与えるかについては十分に検討されていない.
　本研究は,歩行自立をイベントとした解析（イベントスタディ：以下ES)において,どのようなアウトカム指標が適しているか,どの評価指標が変化する傾向があるかを探索するパイロットスタディである.主にイベント発生前のトレンド検証とイベント前後でアウトカム指標の平均変化量の比較を実施した.

【方法】大分県の整形外科病院,回復期リハビリテーション病棟に入院した患者15名を対象とした.各対象者に週2回の頻度で**10m歩行**,**5回立ち座りテスト**(以下5STS),**セミタンデム立位保持時間**(ST立位),**2分間ステップテスト**(2minT)を測定した.測定期間は2026年2月15日～4月15日とした.イベント定義は「補助具使用の有無に関わらず,病院内の移動が自立した時点」とした.イベントを達成した対象者群に各測定項目について単変量回帰分析を用いてプレトレンドの検証およびイベント前後の平均の差,効果量を比較した.有意水準は5%とした.

【結果】対象者のうち8例(平均年齢86.3±4.2歳,女性8例,脊椎・骨盤骨折4例,大腿骨近位部骨折4例)が入院中に歩行自立となった.７例(平均年齢90±6.8歳,女性６例,脊椎・骨盤骨折5例,大腿骨近位部骨折2例)は歩行自立に至らなかった.歩行自立例のうち,イベント発生前の傾きβはそれぞれ10m歩行(β:-3.7,p=0.1),5STS(β:0.65,p=0.80),ST立位(β=-4.1,p=0.52),2minT(β=7.1,p=0.27)で有意なトレンドはみられなかった.またイベント週を基準とした(イベント前1週)-(後1週)の差の差分の変化量Δ(平均±SD)と効果量dはそれぞれ,10m歩行(Δ=-2.6s±4.0,d=-0.65),5STS(Δ=-4.7s±10,d=-0.45),ST立位(Δ=20s±21,d=0.97),2minT(Δ=8.9回±15,d=0.58)であった.

【考察】本研究では,いずれの指標も**イベント前に有意なトレンドはなく,ESの前提条件は満たしている**と考えられた.また先行研究によると10m歩行の最小可検変化量は0.08～0.16s/m,5STSは2.0～2.8秒(健常者)であり(ST立位と2minTは参考値なし),10m歩行と5STSは少なくとも参考値より大きな変化量と中程度の効果量であった.ST立位,２minTは参考値がないため明確ではないが,比較的大きな変化量と効果量を示した.いずれの指標においてもばらつきが大きく,サンプルサイズも小さいので,慎重な解釈が必要であると考えられる.本研究の結果から,**歩行自立後には複数の課題遂行能力が改善する傾向が示唆された**.しかし,その変化の大きさや一貫性はアウトカムによって異なる可能性がある.今後は個人因子や時間因子などの交絡を考慮した解析により,より精度の高い検証が必要である.

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-15] ポスター15
座長:白石 豊章(臼杵市医師会立コスモス病院)、鳥井 泰典(聖マリア病院)

10:00 ~ 10:10

[P-15-02] 回復期病棟入院中から歩数計を使用し活動量が向上した一症例～退院後3ヶ月までの活動量の変化を追って～

*佐藤 清久[1] (1. 北九州病院　北九州安部山公園病院　リハビリテーション科)

キーワード：回復期、活動量、歩数計

本症例に本報告の趣旨と内容について口頭にて説明し、文書にて同意を得た。

【目的】
　一般的に回復期病棟では、集中的なリハビリテーションと歩行を含めた日常生活の改善、自宅復帰を目指している。その中で、自宅復帰後のスムーズな自宅生活への移行と継続して活動量の維持向上ができるように、回復期病棟入院中から活動量の向上に取り組む必要があると考える。今回、第1腰椎椎体骨折患者に対して歩数計を使用して回復期病棟入院中から活動量の向上に取り組み、退院後3ヶ月までの活動量の変化の経過を追った一症例について報告する。
【症例紹介】
　80歳代、男性、妻と二人暮らし、受傷前より指定難病である特発性多中心性キャッスルマン病に罹患され、独歩で日常生活は自立していた。元々歩数計を使用していたとのことであるが、外出頻度は少なかった。X日に腰痛出現しA病院に救急搬送され、第1腰椎椎体骨折と診断された。コルセット作成し、X+18日に当院に転院となった。
【経過】
　入院時は腰部痛が顕著にみられており、基本動作や移動に介助を要していた。徐々に腰部痛が軽減して歩行器歩行自立となったが、日常生活における移動はトイレに行く程度であった。X+46日に病棟内移動が独歩自立となり、この時点の評価では、10m歩行テスト（快適）1.01m/秒（19歩）、Berg balance scale（BBS）49点、Time up and go test（TUG）8.91秒、6分間歩行距離200m（3分21秒にて下肢疲労にて終了）であった。依然として移動はトイレに行く程度であった。この時期から3軸加速度センサー付き歩数計（dretec H-235デイリーパートナー）を使用して歩数の計測を開始した。歩数計は起床から消灯まで装着（入浴時以外）し、計測は毎日実施した。開始時の平均歩数は1047歩/日であり、症例と一緒に目標歩数を設定し、1週間毎にフィードバックをしながら徐々に目標歩数を増加していった。退院前評価では、10m歩行テスト（快適）1.15m/秒（16歩）、BBS52点、TUG8.25秒、6分間歩行距離410m、平均歩数は3584歩/日であった。介護支援専門員に歩数計にて目標設定を行い、活動量の維持向上に努めていることを伝達し、X+93日に自宅退院となった。自宅退院3ヶ月後では、屋内外ともに独歩自立、一部の家事や近所への散歩も実施しているとのことであった。また、通所リハビリテーションは4回/週利用、継続して歩数計を使用しているとのことであり、平均歩数は2471歩/日であった。
【考察】
　1日の歩数は身体活動を評価する最も代表的な指標であり、歩数計は活動量を客観的に評価する有用なツールである。本症例においても元々使用していた歩数計を用いることで自己の活動量を可視化でき、目標設定とフィードバックを定期的に行ったことが回復期病棟入院中の活動量の向上に繋がったと考える。回復期病棟退院前後の活動量の変化は、先行研究では一定の見解を得られていない。本症例においては退院3ヶ月後でも歩数計を継続して使用できていたが、歩数平均は減少している。このことから、生活状況に応じた活動内容の提供や定期的なフィードバックの機会が必要であると考える。また、自宅生活の中での身体活動は多様であり、歩数を含めた多角的な活動量の評価を実施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15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-15] ポスター15

座長:白石 豊章(臼杵市医師会立コスモス病院)、鳥井 泰典(聖マリア病院)

10:10 ~ 10:20

[P-15-03] 臨床所見と研究結果を吟味したことで, 良好な結果が得られた一症例

*福本 周市[1]、伊波 大[1]、岩切 友那[1]、太田 愛月[1] (1. 医療法人青葉会　のざきクリニック)

キーワード：クリニカルリーズニング、仙腸関節、バレーボール選手

ヘルシンキ宣言に基づき, 患者に十分説明し書面にて同意を得て実施した

【目的】これまで多くの研究報告がなされ, 理学療法の発展に寄与してきた. しかし, 研究結果をどのように臨床へ応用するかは, 各セラピストのクリニカルリーズニング能力に依存する部分が大きい. 臨床では研究結果を批判的に吟味し, 個々の症例へ適切に反映させる必要がある. 今回, 研究知見を参考に統合的な評価を行い, 良好な結果が得られた症例を経験したため報告する.
【症例紹介】症例は16歳女性, 高校バレーボール部所属. ポジションはレフト. 主訴は「腰が痛くてバレーができない」であった. 疼痛は左Posterior Superior Iliac Spine（以下; PSIS）周囲に限局し, NRS7/10. 安静時痛はなく, 体幹屈曲, 伸展, 車への乗降, 靴下やズボンの着脱, 起き上がり動作で疼痛が出現した. 一方, 自転車走行やジョギングでは疼痛を認めなかった. 既往として左足関節捻挫があった. 発症は10日前の練習中であり, アタック後に左下肢で着地した際に腰痛が出現した. 大会を20日後に控えており, 競技復帰を希望していた. Functional testでは, しゃがみ込み時に左股関節内旋がみられ, 最終域付近で疼痛が出現した. Gillet testは左陽性, 立位アライメントでは左PSIS上方偏位を認め, 左PSISに圧痛を認めた. 自動運動では体幹屈曲・伸展ともに約30°で疼痛が出現したが, 側屈・回旋では疼痛なく全可動域可能であった. 左腸骨を後傾位に保持した状態で体幹屈曲を行うと, 可動域は約90°まで改善した. 他動運動では左股関節屈曲最終域で疼痛を認めたが, 著明な硬さは見られなかった. また, 腰椎の他動運動では可動域制限や疼痛はなかった. 以上より, 左PSIS部圧痛, 左PSIS上方偏位, Gillet test左陽性, 腰椎由来所見の乏しさから左仙腸関節機能障害を疑った. 仙腸関節疼痛誘発テストではGaenslen test, Thigh thrust testが陽性であった.
【介入】左腸骨後傾位で症状軽減を認めたため, 左股関節伸筋群を利用した左腸骨後傾誘導を行なった. 左股関節伸展方向への等尺性収縮を6回×3セット実施した. また, 効果維持を目的にセルフエクササイズを指導した.【経過】
Day1介入後, 体幹屈曲は最終域まで可能となったが, 最終域で痛みが残存した. 体幹伸展は疼痛なく可能となった. Day2介入前には靴下・ズボン着脱時の痛みは消失し, 体幹屈曲最終域と起床時のみ痛みが残存していた. Day2介入後には体幹屈曲最終域の痛みも消失したため, 段階的に競技参加を促した. Day3では疼痛なくバレーボール競技復帰となり理学療法終了となった.
【考察】Laslettらは, 仙腸関節疼痛誘発テストが3項目以上陽性の場合, 感度91%, 特異度78%で仙腸関節由来疼痛を示唆すると報告している. 本症例では陽性所見は2項目であったが, 左PSIS部圧痛, Gillet test陽性, 腰椎機能障害所見の乏しさを統合し, 仙腸関節機能障害の可能性が高いと判断した. 研究結果は臨床意思決定における一因子であり, 患者の問題が何なのか探索することが重要だと考える.

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-15] ポスター15
座長:白石 豊章(臼杵市医師会立コスモス病院)、鳥井 泰典(聖マリア病院)

10:20 ~ 10:30

[P-15-04] 体幹伸展筋持久力運動による重心動揺の変化について：腰痛を有する患者のシングルケーススタディ

*若松 早姫[1]、松田 健志[1]、斉藤 直人[1]、川嶌 眞人[2]、川嶌 眞之[2] (1. 川嶌整形外科病院　回復期リハビリテーション科、2. 川嶌整形外科病院　整形外科)

キーワード：筋持久力、重心動揺、腰痛症

【倫理的配慮、説明と同意】
本研究はヘルシンキ宣言に基づき当院倫理委員会の承認を得て実施した。（承認番号：20260514-01）対象者には研究容について説明し口頭にて了承を得た。

【はじめに】
腰痛症は非特異的腰痛ともいわれ、原因は様々である。腰痛患者は屈筋、側腹筋と比較し、伸筋の持久力が典型的に減少しているといわれている。体幹伸展筋は、バランス課題において重要な役割を果たしていると考えられる。そこで腰痛を有する患者に体幹伸展筋の疲労を誘発するため反復出力負荷を行い、その前後でバランス課題のパフォーマンスがどのように変化するかを観察した。
【対象と方法】
対象者は腰部伸展時に上位腰椎棘突起に疼痛があり、左右側屈時に両肋骨外側部に伸張感がある20代の男性である。立位アライメントは、やや前方重心で、胸椎後弯増強し頭部前方位傾向、骨盤は軽度後傾し膝軽度屈曲位、右肩が左に比べ軽度高く高低差がある状態であった。筋持久力テストは屈曲48.2秒、伸展100.2秒、側腹筋右35.4秒、左50.6秒であった。被験者に重心動揺計（アニマ社製　GRAVICORDER　G-620）で、開眼にて30秒間静止立位の足圧中心の変化を記録した。重心動揺計のサンプリング周期は20Hz、サンプリング時間は開眼30秒とした。腰背部を筋疲労状態にするための負荷試行として先行研究の方法を参考に、被検者にベッド端から上半身を外に出し、大腿部を検者によって固定したBiering-Sorensen肢位で、上肢は胸の前で交差させ、手を反対側の肩に置くように指示する。上半身が水平位から落ちたらベッド上で30秒間休憩を入れ、同様の方法を6回繰り返し行った。重心動揺計での測定は、負荷前後、負荷から24時間後に行った。
【結果】
負荷前後で比較した結果、単位軌跡長が負荷前は1.24㎝/sであったのに対し負荷後は1.22㎝/s（変化率2%）、24時間後の単位軌跡長は0.96㎝/s（38%）であった。Y方向単位軌跡長は、負荷前後で0.77㎝/sであったが、24時間後は0.61㎝/s（21%）であった。Y方向動揺平均中心変位は、負荷前が-2.79㎝、負荷後が-1.70cm（39%）、24時間後が-1.26cm（55%）であった。Y方向最大振幅、Y方向実効値においても、負荷前と比較し、負荷後、24時間後ともに減少しており、値は負荷前＞負荷後＞24時間後となっていた。このように重心移動の前後方向に関わるY方向の解析項目において負荷前後、24時間後の値が減少傾向にあった。
【考察】
先行研究では重心動揺計の各種パラメーターのMCIDは変化率20〜25%という報告がある。本研究の対象者では、負荷試行直後は大きな変化はなく、24時間後で特に前後方向の軌跡長の減少および後方への中心偏移減少がみられた。体幹伸展時に腰部の疼痛があり、側腹筋の筋持久力テストにおいて左側に対する右の割合が69.8%と左右差がある状態であったため、体幹筋を賦活する方法として負荷を加えたところ、腰方形筋、姿勢保持筋である脊柱起立筋が働き、重心制御の変化が、疲労の回復に伴って表れた可能性が考えられる。本研究はシングルケースであり、体幹伸展筋力と重心の動揺については慎重な解釈が必要ではあるが、今後検討を重ねて関係を明らかにしていきたい。

一般演題（ポスター） | 地域リハビリテーション

2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-16] ポスター16

座長:片岡 高志(大分大学医学部付属病院)、吉田 純一(青洲の里訪問リハビリテーション)

9:50 ~ 10:00

[P-16-01] 地域在住高齢者を対象としたご当地体操の運動強度（METs）評価とリスク管理

*上瀧 健二[1]、國富 里沙[1]、小玉 龍生[1]、入口 脩[1]、鳥取 大祥[1]、濱中 智也[1]、水上 奏[1] (1. 帝京大学福岡医療技術学部理学療法学科)

10:00 ~ 10:10

[P-16-02] 共生型サービスから就労移行において多施設間の役割明確化が有効であった右被殻出血後の事例

*堀田 一希[1]、丸中 公貴[1]、久木﨑 航[1]、金子 茂稔[1] (1. 株式会社未来図Labo)

10:10 ~ 10:20

[P-16-03] 左被殻出血により重度右片麻痺を呈し当院へ搬送された一例 ～離島における早期リハビリテーション介入～

*遠藤 樹[1]、上梨 凌平[1]、畠本 裕一[1]、山口 純平[1]、早川 亜津子[1]、髙尾 尊身[2] (1. 社会医療法人義順顕彰会種子島医療センター　リハビリテーション部、2. 社会医療法人義順顕彰会種子島医療センター　病院長)

10:20 ~ 10:30

[P-16-04] 重度感覚鈍麻を呈した被殻出血患者に対して段階的な歩行・走行練習を実施し、走行獲得までに至った、1症例

*永山 雲琉[1]、黒木 祐亮[1]、中原 寿志[1]、田上 茂雄[1]、柚木 直也[1] (1. 医療法人魁成会宮永病院)

一般演題（ポスター）| 地域リハビリテーション

2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-16] ポスター16

座長:片岡 高志(大分大学医学部付属病院)、吉田 純一(青洲の里訪問リハビリテーション)

9:50 ~ 10:00

[P-16-01] 地域在住高齢者を対象としたご当地体操の運動強度（METs）評価とリスク管理

*上瀧 健二[1]、國富 里沙[1]、小玉 龍生[1]、入口 脩[1]、鳥取 大祥[1]、濱中 智也[1]、水上 奏[1] (1. 帝京大学福岡医療技術学部理学療法学科)

キーワード：予防理学療法、リスク管理、運動強度

本試験は、「ヘルシンキ宣言に基づく倫理的原則」および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施した。
また、本研究は帝京大学福岡医療技術学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：帝福倫24-12）。

【的】地域在住高齢者を対象としたご当地体操は、全国各地で開発されている。福岡県大牟田市においても、2005年に「よかば～い体操」が開発され、フレイル予防を目的として普及している。また、各地区で実施できるよう、体操テキストおよびDVDが配布されている。本体操は安全性に配慮し、立位および座位の2パターンが用意されている。しかし、安全性を前提として作成されている一方で、運動強度に基づくリスク管理の観点からの検討は十分ではない。本研究の目的は、よかば～い体操の運動強度（METs）を定量的に評価し、リスク管理の基礎資料を得ることである。

【方法】対象は健常学生15名、男性10名、女性5名、平均年齢22.0±2.5歳とした。測定条件は、開始前の安静、立位での体操、座位での体操の3条件とし、実施順序は封筒法により無作為に決定した。測定には呼気ガス分析装置（AE-310S、ミナト医科学社製、日本）を用い、breath-by-breath法により酸素摂取量などを測定した。統計解析には一元配置分散分析を用い、Post-hoc検定としてGames–Howell法を用いた。

【結果】安静時におけるVO_2は384.5±62.9 mL/min、METsは2.4±0.1、心拍数は79.0±15.3 bpm、呼吸交換比（R）は0.85±0.04であった。立位での体操時におけるVO_2は707.1±29.1 mL/min、METsは3.1±1.7、心拍数は93.0±15.3 bpm、呼吸交換比（R）は0.78±0.10であった。座位での体操時におけるVO_2は555.7±62.9 mL/min、METsは2.4±0.1、心拍数は83.2±28.3 bpm、呼吸交換比（R）は0.80±0.10であった。VO_2、METs、呼吸交換比（R）において条件間に有意差を認めた。

【考察】本研究の結果より、よかば～い体操の運動強度は軽度から中等度の有酸素運動に相当することが明らかとなった。また、座位と立位では運動強度に差があり、立位で実施する方が高い運動負荷を示すことが示唆された。

【まとめ】運動強度が明確になったことにより、厚生労働省が示す身体活動・運動強度の目安と照合し、地域在住高齢者への運動指導やリスク管理に活用できる可能性がある。今後は、実際の地域在住高齢者を対象とした検証を行い、より実践的なリスク管理指標の確立につなげる必要がある。

一般演題（ポスター）| 地域リハビリテーション
2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-16] ポスター16
座長:片岡 高志(大分大学医学部付属病院)、吉田 純一(青洲の里訪問リハビリテーション)

10:00 ~ 10:10

[P-16-02] 共生型サービスから就労移行において多施設間の役割明確化が有効であった右被殻出血後の事例

*堀田 一希[1]、丸中 公貴[1]、久木﨑 航[1]、金子 茂稔[1] (1. 株式会社未来図Labo)

キーワード：脳血管障害、就労支援、多職種連携

本事例には報告の趣旨を口頭で説明し，書面にて同意を得ている．

【はじめに】脳血管疾患患者の就労支援において，医療や福祉から職業リハビリテーションへの移行は，支援機関ごとの役割分担が不明確になりやすく，対象者の不安や目標の曖昧さを招くことがある．今回，右被殻出血後に就労移行支援事業所への移行を目指した事例に対し，移行先事業所との相互見学や役割の明確化を行った．その結果，円滑な移行と主体的な機能訓練の実践につながったため報告する．【事例紹介】41歳男性．右被殻出血を受傷し左片麻痺を呈している．2024年7月より日常生活動作（以下，ADL）の改善および入浴動作獲得を目的にA通所介護事業所を利用し，2025年1月より手段的日常生活動作（以下，IADL）訓練および屋外歩行耐久性向上や移行準備を目的に当事業所へ異動となった．2026年1月よりB就労移行支援事業所への実移行が内定していた．【初回評価】2025年1月の当事業所利用開始時において基本動作は自立していたが，就労を見据えた屋外移動能力や耐久性に課題を認めた．身体機能は握力右41.5kgおよび左0kgで測定不可であり，タンデム立位は10.0秒，Timed Up and Go Test（以下，TUG）は16.7秒，4m歩行テストは10.0秒，体重は85.0kgであった．本人は就労移行に対して具体的なイメージができておらず就労移行に対する意欲は高くなかった．加えて当事業所においても就労移行支援に関する知見が乏しく具体的な当事業所で取り組むべき課題の明確化が不十分であった．【介入・経過】担当相談員の了承を得て，当事業所スタッフと移行先スタッフによる相互事業所見学を実施した．さらに地域運営推進会議にて共生型サービスや就労移行支援について知見を共有する場を作った．その結果，当事業所では基礎的な身体機能や屋外歩行耐久性の向上を担い，移行先では具体的な就労タスクや職業準備訓練を担うという役割分担を共有し明確化することができた．この内容を基に本人とも協議し，当事業所で完結すべき課題と移行先で取り組む内容を具体化した．これにより就労移行までに自宅から就労移行支援事業所までに渡る必要がある横断歩道を安全に渡ることができる歩行速度1m/秒にする等の具体的な目標設定が可能となり，日々の訓練への動機づけが強化された．月1回実施する握力やタンデム立位，TUG，4m歩行，体重の評価をフィードバックしながら，目標指向的なアプローチを継続した．【結果】2025年12月時点の再評価において，握力右44.7kgおよび左0kgで測定不可であり，タンデム立位10.0秒，TUG11.7秒，4m歩行4.6秒と各指標の向上を認めた．事例からは，「（移行先で）取り組むべき内容が明確になったことで当事業所では身体機能の向上に集中できた」との発言が聞かれた．2026年1月より予定通りB就労移行支援事業所へ移行し，トラブルなく訓練を開始できていた．【考察】本事例では，多施設や多職種間で早期から役割を共有し，それを事例へ具体的に提示したことが奏功したと考える．役割の明確化は，事例自身が現在の訓練の意味と将来の生活を関連づける助けとなり，主体性を引き出す要因となった．共生型サービスから就労支援への移行において，相互理解に基づく具体的な目標設定と移行プロセスの可視化が重要であることが示唆された．

一般演題（ポスター）｜地域リハビリテーション
2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-16] ポスター16
座長:片岡 高志(大分大学医学部付属病院)、吉田 純一(青洲の里訪問リハビリテーション)

10:10 ~ 10:20

[P-16-03] 左被殻出血により重度右片麻痺を呈し当院へ搬送された一例 ～離島における早期リハビリテーション介入～

*遠藤 樹[1]、上梨 凌平[1]、畠本 裕一[1]、山口 純平[1]、早川 亜津子[1]、髙尾 尊身[2] (1. 社会医療法人義順顕彰会種子島医療センター　リハビリテーション部、2. 社会医療法人義順顕彰会種子島医療センター　病院長)

キーワード：被殻出血、早期リハビリテーション、離島

【倫理に関する記述】
当院の医の倫理審査会の承諾を経て(種倫第R8-2号),本人･家族に書面を持って同意を得た.

〇遠藤　樹[1)]上梨　凌平[1)]畠本　裕一[1)]山口　純平[1)]早川　亜津子[1)] 髙尾　尊身[2)]
１)社会医療法人　義順顕彰会　種子島医療センター　リハビリテーション室
２)社会医療法人　義順顕彰会　種子島医療センター　リハビリテーション科

【目的】本症例は馬毛島での建設作業中に歩行障害が出現,船にて種子島へ搬送し当院へ入院.推定血腫量30mL・保存療法を選択.重度右片麻痺が診られており,失語症にて本症例との具体的な目標設定に難渋.当院にて早期から理学療法介入を行ったことにより移乗動作の獲得・連続70mの介助歩行が可能となったため報告する.

【背景】
脳卒中に対する早期リハビリテーション介入は機能回復を促進するとされているが,離島医療における脳卒中患者への早期リハビリテーションは,医療資源の不足や搬送制約･専門職の偏在により早期介入が制限される可能性から,発症直後からの介入に遅れが生じる可能性が懸念されている.

【症例紹介】
45歳男性.左被殻出血により重度右片麻痺及び失語症を呈した.入院前ADL自立.独居,建設業にて来島中.

【方法】
発症翌日より理学療法開始.バイタルサイン管理下にて抗重力姿位への段階的介入を実施した.初期より感覚入力および促通反復療法を併用し,麻痺側荷重・運動出力の促通を図った.離床は意識レベルおよび循環動態を指標に段階的に進行し,装具療法・電気刺激療法を組み合わせて歩行を展開した.

【経過】
初期は安静度:ベッド上介入,血圧140mmＨｇ以下コントロール.意識レベル
JCSⅡ-10,Brunnstrom Stageは上肢Ⅱ･手指Ⅱ･下肢Ⅰ,FIM:29点,起居動作は困難.X+1日よりバイタルサイン管理下にて関節可動域練習･促通反復療法･抗重力姿位への誘導を行い,X+4日より離床開始･車椅子移乗および起立練習を実施.X+8日より長下肢装具を用いて3人介助での歩行練習を開始,段階的に短下肢装具へ移行した.X＋38日にはJCSⅠ-1, Brunnstrom Stageは上肢Ⅱ･手指Ⅱ･下肢Ⅱ,FIM:48点,起居動作自立,移乗見守り,連続70mの介助歩行が可能.

【結果】
発症早期より促通反復療法･抗重力姿位への誘導を進めた結果,意識レベルの改善および麻痺側支持性の向上が認められ,最終的に起居動作自立･移乗動作見守り,連続70mの介助歩行が可能となった.

【考察】
離島医療における制約が指摘される一方で,当院では多職種間における迅速な情報共有や役割の分担により,早期リハビリテーション介入が実現.発症翌日より理学療法を開始し,促通反復療法･バイタルサインなど条件に応じて抗重力姿位へ誘導することで,脳の可塑性を介した運動機能回復および意識レベルの改善に寄与したと考えられる.また,早期から条件に応じて積極的な機能回

復練習を行ったことにより,リハビリ効率の向上･ADL向上に繋がった.
【まとめ】
左被殻出血を発症後,状態に応じた機能回復練習･離床と負荷調整を行うことで,安全に機能回復を図ることが出来た.離島医療における早期リハビリテーションは,脳卒中リハビリテーションの要として位置付ける必要がある.

一般演題（ポスター）| 地域リハビリテーション
2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-16] ポスター16
座長:片岡 高志(大分大学医学部付属病院)、吉田 純一(青洲の里訪問リハビリテーション)

10:20 ~ 10:30

[P-16-04] 重度感覚鈍麻を呈した被殻出血患者に対して段階的な歩行・走行練習を実施し、走行獲得までに至った、1症例

*永山 雲琉[1]、黒木 祐亮[1]、中原 寿志[1]、田上 茂雄[1]、柚木 直也[1] (1. 医療法人魁成会宮永病院)

キーワード：重度感覚鈍麻、歩行・走行獲得、BWSTT

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】
Time to Walking Independently After Stroke（TWIST）スコア3点と歩行獲得可能性が低い状態であった被殻出血後重度感覚鈍麻症例に対し、Body Weight-Supported TreadmillTraining（以下：BWSTT）を含め、身体機能や歩行能力に応じて段階的かつ戦略的に介入内容や負荷量を調節しながら歩行練習から走行練習へ発展させた。その結果、走行獲得に至ったため歩行困難期、歩行獲得期、走行獲得期に分けて経過を報告する。
【症例紹介】
症例は右被殻出血により左片麻痺を呈した５０歳代男性。第20病日に当院回復期病棟へ入院となった。病前はADL自立しており、趣味としてフルマラソンに参加するなど活動性は高かった。初期評価では、Brunnstrom Recovery Stage（以下：BRS）は上肢Ⅳ、手指Ⅳ、下肢Ⅳで、協調性や運動制御に乏く、左下肢中心とした表在感覚および深部感覚は重度鈍麻を認めた。歩行は平行棒内歩行見守りレベルであり、左下肢の振り出し位置にばらつきを認めていた。TWISTスコアは3点であった。
【経過】
〈歩行困難期：第20病日～第30病日〉ステップ練習、ニーリング平行棒内歩行練習を反復して実施した。その際、視覚的フィードバックを用いて足部接位置を修正しながら歩行パターンの再学習を図った。その結果、第30病日に平行棒内歩行自立レベルとなった。〈歩行獲得期：第30病日～第45病日〉時速1.5㎞/hで５分間のBWSTTを開始し、最終的には時速7.0km/hで17分間まで段階的に負荷量を増加させた。第45病日にはBRSは上肢Ⅵ、手指Ⅵ、下肢Ⅵにまで改善しフリーハンド歩行自立となった。〈走行獲得期：第45病日～第　66病日〉素早い重心移動や下肢支持切り替えの練習に加え、BWSTTでの走行練習を実施した。開始時は時速1.5㎞/ｈで5分間から実施し、最終的には時速7.0㎞/ｈで10分間と５分間の２セットまで段階的に速度や距離を増加させた。さらに最終段階では、フロントランジ、サイドランジ、ジャンプスクワットなど高強度トレーニングも実施し10m移動は3.15秒、9歩となり、両脚支持期の消失および平均0.07秒の両脚浮遊期を認めたことから、走行獲得に至ったと判断した。
【考察】
本症例は、視覚的フィードバックの活用や、足底感覚・位置覚入力を意識した介入、BWSSTを段階的に実施した。これにより、Central Pattern Generator（CPG）が賦活され歩行パターンの再学習が促され、歩行獲得に至った可能性があると考える。また走行のような高速かつ連続的な運動では、感覚フィードバックに依存した制御よりも、予測的なフィードフォワード制御が重要になると報告されている。トレッドミルでの段階的な走行練習により予測的運動制御の再学習が促され、走行獲得につながった可能性があると考える。一方、感覚障害の改善は限定的で、視覚情報や反復運動学習を活用した代償的戦略が移動能力改善に重要であったと考える。
【まとめ】
重度感覚鈍磨を呈した症例に対し、視覚的フィードバックやBWSTTを用いた段階的な歩行・走行練習を実施した結果、歩行獲得から走行獲得に至った。反復的運動学習およびフィードフォワード制御の再学習が、移動能力改善に寄与し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15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-17] ポスター17

座長:川上 健二(中村病院)、五十峯 淳一(八反丸リハビリテーション病院)

10:40 ~ 10:50

[P-17-01] 内側開大式脛骨粗面下骨切り術後1年の6分間歩行テストに影響する術前因子の検討

*桑原 亘希[1]、本田 遼太郎[1]、西村 勇輝[1]、河瀬 慶大[1]、松本 穂香[1]、舌間 崇士[2]、舌間 寛士[2] (1. 医療法人至高会 舌間整形外科　リハビリテーション部、2. 医療法人至高会　舌間整形外科)

10:50 ~ 11:00

[P-17-02] 脛骨腓骨遠位開放骨折術後における長母趾屈筋の滑走性改善により歩行能力が改善した一症例

*谷口 雄基[1]、花田 智[1]、竹之内 淳[1]、池田 沙希[1]、海田 博志[1]、田中 涼太[1] (1. 都城市郡医師会病院)

11:00 ~ 11:10

[P-17-03] 創部治癒遷延を呈した両下腿切断の症例～歩行・階段昇降獲得に向けて～

*田中 穂乃加[1]、笠作 康太郎[1]、岡 高史[1] (1. 福岡青洲会病院 リハビリテーション部)

11:10 ~ 11:20

[P-17-04] 高度外反膝に対する人工膝関節全置換術後に歩行時膝関節不安定性が残存した一症例

*熊野 夢稀[1]、田中 創[1,2]、梶原 康宏[1,2]、友岡 佑太[1]、川端 悠士[3]、末長 菜央[3]、木村 光浩[4] (1. 福岡整形外科病院 リハビリテーション科、2. 福岡整形外科病院臨床研究センター、3. 周東総合病院リハビリテーションセンター、4. 周東総合病院)

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-17] ポスター17
座長:川上 健二(中村病院)、五十峯 淳一(八反丸リハビリテーション病院)

10:40 ~ 10:50

[P-17-01] 内側開大式脛骨粗面下骨切り術後1年の6分間歩行テストに影響する術前因子の検討

*桑原 亘希[1]、本田 遼太郎[1]、西村 勇輝[1]、河瀬 慶大[1]、松本 穂香[1]、舌間 崇士[2]、舌間 寛士[2] (1. 医療法人至高会 舌間整形外科　リハビリテーション部、2. 医療法人至高会　舌間整形外科)

キーワード：内側開大式脛骨粗面下骨切り術、6分間歩行テスト、術前因子

【倫理的配慮、説明と同意】
本研究はヘルシンキ宣言の趣旨に従い実施し、対象者へ本研究の目的、方法を十分に説明し同意を得た。

【目的】
膝関節術後のリハビリテーションにおいて、自宅に退院してからも地域内外の歩行能力を向上することが重要である。当院では、内側コンパートメントのみ損傷を認める膝関節に対して内側開大式脛骨粗面下骨切り術 （以下：DTO）を年齢や生活背景を考慮し施行している。DTOは、膝関節機能や歩行能力の改善が期待される術式であるが、術後の歩行能力にて長期の運動耐容能に影響する術前因子については、十分に検討されていない。本研究の目的はDTO後1年時の6分間歩行テスト（以下： 6 MWT）に関連する術前因子を明らかにすることである。

【方法】
対象は、2020年～2024年に当院にてDTOを施行し、術前からDTO後1年に評価を行えた12名12膝、（年齢59.1±10.0歳、男性6名、女性6名、BMI：25.0±3.8kg/m^2）とした。評価項目は、動作時痛、膝関節屈曲・伸展筋力、膝関節可動域、 6 MWT、10m歩行テスト（以下：10MWT）、Time Up and Go Test、5回立ち上がりテスト、Pain catastrophizing scale（以下：PCS）、Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score（以下：Koos）とした。筋力は、術側の膝関節伸展・屈曲筋力をμTas-F1を用い、最大等尺性筋力を測定し体重にて除した膝関節体重比とした。動作時痛はVisual analogue scaleで測定し、膝関節可動域は、他動的に測定した。統計処理は、術前及びDTO後1年の比較をWilcoxonの符号付き順位検定を用い比較、DTO後1年の6MWTに関連する術前因子をSpearmanの順位相関係数を用いて解析した。なお、有意水準は5%未満とした。

【結果】
6MWTは、術前：454.1±80.8mからDTO後1年：519.3±76.7mであり、術前と比べDTO後1年に有意な増加が認められた(p <0.01)。また、DTO後1年の6MWTに関連する術前因子として、10MWT(r=-0.80)、6MWT(r=0.87)、術側の膝関節屈曲筋力(r＝0.69)、PCS無力感(r=-0.69)、Koos-QOL(r=0.67)、Koos-ADL (r=0.61)に各相関関係に有意な相関が認められ、その他の項目では相関を認めなかった。

【考察】
本研究では、DTO後1年時点の6MWTの改善を認め、術後の運動耐容能向上が示唆された。特に術前 6 MWTおよび10MWTとの関連が強かったことから術前の移動能力が長期予後に影響する可能性がある。また、膝屈曲筋力やPCS無力感、Koosとの関連を認めたことから身体機能のみならず心理面や主観的評価も術後の運動耐容能に影響する可能性が示唆された。術前から身体機能と心理面の双方へ介入する重要性が考えられる。

【まとめ】

DTO後1年の６MWTには、術前の歩行能力、膝関節屈曲筋力、PCS無力感、Koosの下位尺度であるADL、QOLが関連する可能性が示唆された。術前からの評価および早期介入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15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-17] ポスター17
座長:川上 健二(中村病院)、五十峯 淳一(八反丸リハビリテーション病院)

10:50 ~ 11:00

[P-17-02] 脛骨腓骨遠位開放骨折術後における長母趾屈筋の滑走性改善により歩行能力が改善した一症例

*谷口 雄基[1]、花田 智[1]、竹之内 淳[1]、池田 沙希[1]、海田 博志[1]、田中 涼太[1] (1. 都城市郡医師会病院)
キーワード：脛骨腓骨遠位開放骨折、長母趾屈筋、歩行能力

本報告はヘルシンキ宣言に基づき、症例のプライバシー保護と匿名化を徹底した。実施にあたっては、対象者に対して発表の目的、個人情報の保護、公表の拒否権について十分に説明を行い、書面にて同意を得た。

【はじめに】脛骨腓骨遠位開放骨折は軟部組織損傷が著しく、術後の機能予後に難渋することが多い。特に後方組織の損傷や侵襲による長母趾屈筋（以下FHL（Flexor Hallucis Longus）)の滑走不全は、足関節背屈制限や蹴り出し期の推進力低下を招く要因となる。本報告では、FHLの機能改善に着目した結果、歩行能力の改善に至った理学療法経過を報告する。
【症例紹介】70代男性。作業中の事故により左脛骨腓骨遠位開放骨折を呈し、デブリードマン、創外固定術を経て骨折観血的手術を施行。
【評価結果と問題点】術後１日目より理学療法開始。術後２週間は免荷・固定、術後３週目より1/3荷重・Range of motion（ROM)開始、術後3週目評価では足関節背屈ROM（膝伸展位）がActive -10°/Passive -5°であった。術後5週目より全荷重開始。NRSは荷重時8（左足関節)、JOAスコアは（足部）30点であった。歩行では（片松葉杖にて)、立脚終期（Terminal Stance（以下TSt））に十分な足関節背屈を認めず、早期踵離地と推進力低下を認めた。FHL伸張テストでは 左側足関節底屈位での母趾背屈は60°に対し、背屈位では10°に制限され（右側：底屈位65°背屈位30°)、内果後方に伸張痛を認めた。また、FHLのMMTは3であり（右側5）,母趾屈曲時の抵抗に対して内果後方への疼痛・出力低下を認めた。歩行テストでは(片松葉杖にて)、10m歩行時間：17秒4・27歩、TUG(Timed Up and Go Test（以下TUG))は21秒であった。触診では背屈運動に伴い内果後方の軟部組織が深層へ強く引き込まれる所見であった。 背屈制限および歩行障害の主要因は関節包の拘縮に加え、FHLの滑走不全であると考えた。
【介入内容と結果】FHLの滑走性改善と歩行パターンの再構築に向け介入を進めた。FHL、内果後方におけるFHL腱と隣接する後脛骨筋、長趾屈筋、Kager's fat pad（以下KFP）に対して治療を行った。足関節背屈位を保持した状態での母趾自動底背屈運動による分離運動練習・FHL、隣接する後脛骨筋、長趾屈筋、KFPへの徒手的リリースを行った。歩行ではTStでのForefoot rockerを意識し、母趾によるPush-offを促通。またFHLを中心とした後方組織に対して超音波治療を行った。術後8週、FHL伸張テストの左右差は改善し、足関節背屈ROMはActive0°/Passive5°へ改善した。自覚的指標においても、NRSは３へと軽減し、JOAスコアは60点までそれぞれ改善した。FHLのMMTは4へと改善し、抵抗運動時の疼痛・筋力が改善した。歩行ではTStの背屈角度が増大して早期踵離地が消失し、母趾によるPush-offが可能となった。歩行テストでは10m歩行時間15秒4・25歩、TUGは19秒へ改善。T字杖での歩行が可能となった。脛骨遠位部骨折では、FHLが通過する距骨後方の滑車構造等で腱の滑走障害が生じやすい。距骨の後方を通過するFHLは背屈時の距骨の後方移動を一時的に制動する組織である。FHLの伸長性および滑走性の低下は足関節背屈の原因とされる。本症例ではこの動態が阻害され、足関節背屈の制限因子になっていたと推察する。【結論】脛骨腓骨遠位開放骨折術後において、FHLの滑走性は歩行の質を決定付ける重要因子である。臨床所見から病態を深く考察し、運動療法へ繋げる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15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-17] ポスター17
座長:川上 健二(中村病院)、五十峯 淳一(八反丸リハビリテーション病院)

11:00 ~ 11:10

[P-17-03] 創部治癒遷延を呈した両下腿切断の症例～歩行・階段昇降獲得に向けて～

*田中 穂乃加[1]、笠作 康太郎[1]、岡 高史[1] (1. 福岡青洲会病院 リハビリテーション部)

キーワード：両側下腿切断、治癒遷延、階段昇降

入院時に直接本人へ発表の趣旨を説明し理解・同意を頂いた。当院倫理委員会にて承認済（青発倫2026-02）。

【目的】
近年の血管障害を原因とした切断者を対象とした調査では、切断時平均年齢54歳の血管性切断者の復職率は30%以下、また糖尿病や末梢動脈疾患といった血管性切断者は外傷性切断者に比べて復職率が低くなると報告されている。本症例は既往に左下腿切断を有し、今回、右下腿切断術後に創部治癒の遅延により断端形成に約10週を要し荷重開始が遅れた。こうした中でも、工夫した運動療法を継続することで歩行や階段昇降が自立となり、入院前と同様の社会生活を獲得し復職することができたため報告する。
【症例紹介】
両下腿切断を呈した50歳代後半の男性。職業は高校教師で担当科目は美術・書道。診断名は右下腿切断術後(X年)。既往歴は左下腿切断術(X-1年)後、糖尿病、腎不全、高血圧症。入院前ADLは片ロフストランド杖で歩行、階段昇降自立。家屋状況は2階建て一軒家で2階に書道部屋を所有。義足作成ならびに自宅退院に向けてのリハビリ目的で38病日に当院回復期病棟に転院した。
【理学療法評価・経過】
初期評価はMMT(R/L)股屈曲4/5、伸展3/4、外転3/4。Demandは「自宅の2階で書道がしたい」であった。術前ADLが自立であったことから、歩行・階段昇降獲得は可能と予測し、目標達成のためにNeedsは「歩行・階段昇降獲得」と設定。プログラムは断端荷重不可のため、筋力増強運動やバランス練習を中心に実施した。しかし55病日に右下腿創縁壊死、左下腿創縁の残糸膿瘍の壊死組織除去術を施行し、5日間は左義足の装着も不可となった。この期間は体幹・股関節周囲筋の筋力増強運動を多種目かつ高頻度で実施した。76病日で右下腿断端での荷重開始となったが、84病日でCOVID-19罹患。隔離期間は限られた環境下で体幹・股関節周囲筋の強化、バードドックなどのバランス練習に取り組んだ。また、自主トレーニングを指導し運動量を確保した。隔離解除後は座位や立位でダイナミックなバランス練習を実施。102病日でソケット完成・平行棒内歩行練習を開始し、ロフストランド杖歩行へと段階的に進め、110病日で階段昇降練習を開始。115病日にロフストランド杖歩行自立、123病日に階段昇降が自立した。最終評価ではMMT股屈曲4＋/5、伸展4/5、外転4/5。130病日に自宅退院となり、自宅2階での書道も可能となった。
【考察】
切断術後の義足の製作は一般的に2-4週後とされている。本症例は断端形成に約10週かかり荷重開始までに時間を要した。断端形成が遅れた中で歩行・階段昇降が獲得できた要因として、年齢と術前ADL(歩行自立)、運動療法の3点が考えられる。第一に、筋力、歩行速度や歩幅も加齢によって低下するとされており、両側下腿切断の場合においても年齢という要素は大きく関連していると考える。第二に、症例の病前ADLは左下腿義足装着で仕事を含めて自立した社会生活を送っていた。このため、耐久性や筋力はある程度保たれていたと考えられる。そして第三に、限られた状況下でも工夫した運動療法を積極的に実施したことが挙げられる。これらの三点の要因に加え、アドヒアランスが比較的高い状態であったことが大きい。断端形成がたとえ

通常の倍以上の時間を要した場合でも、上記のような条件下の症例であれば病前と変わらない生活レベルの獲得、復職を含めた社会復帰も可能であることが示唆されたと考える。

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-17] ポスター17
座長:川上 健二(中村病院)、五十峯 淳一(八反丸リハビリテーション病院)

11:10 ~ 11:20

[P-17-04] 高度外反膝に対する人工膝関節全置換術後に歩行時膝関節不安定性が残存した一症例

*熊野 夢稀[1]、田中 創[1,2]、梶原 康宏[1,2]、友岡 佑太[1]、川端 悠士[3]、末長 菜央[3]、木村 光浩[4] (1. 福岡整形外科病院リハビリテーション科、2. 福岡整形外科病院臨床研究センター、3. 周東総合病院リハビリテーションセンター、4. 周東総合病院)

キーワード：人工膝関節全置換術、外反膝、膝関節不安定性

対象には症例報告の趣旨と内容について十分な説明を行い，同意，承諾を得た．

【目的】
高度外反膝に対する人工膝関節全置換術（Total Knee Arthroplasty：TKA）は，内反膝に対するTKAと比較して術後に膝関節不安定性が生じやすく，術後合併症や患者満足度の低下につながることが報告されている.この膝関節不安定性には，軟部組織バランスのみならず，体幹・股関節・足部を含めた運動連鎖や動的アライメントの関与が示唆されている．しかし，外反膝に対するTKA術後の膝関節不安定性に対して，動的アライメントの観点から評価・介入を行った報告は少ない．今回，高度外反膝に対するTKA術後において，術前から認めていた歩行時膝関節不安定性が術後も残存した症例に対し，動的アライメントに着目した評価および介入を実施し，良好な経過を得たため報告する．
【症例紹介】
対象は60歳代女性で，診断名は右変形性膝関節症である．既往に右人工股関節全置換術（S-ROM）と右大腿骨外顆不顕性骨折を有していた．術前大腿脛骨角（femoro tibial angle：FTA）は129°と高度外反膝を呈していた．歩行時膝関節内外反角度は画像解析ソフトImage Jにて測定した．術前評価では，立脚期における外反角度最大値は29.5°，内外反変化量は18.5°であった．X日にTKAが施行され，術後FTAは160°，背臥位での外反ストレステストは右10°，左5°であった．術後初期評価時（X+3~6日）の関節可動域（ROM）は膝関節屈曲90°，股関節伸展-5°，外転10°であった．筋力（MMT）は大殿筋2，中殿筋3，ハムストリングス3であった．また，歩行時立脚期に膝関節不安定性の主訴があった．さらに座位側方リーチは，右21.3cm，左24.5cmであり，立ち直りが出現し水平保持可能であった．足部はFootPostureIndex-6（FPI-6）11点で過回内を認めていた．術後は見守りで杖歩行可能となったX+23日に膝関節内外反角度を算出し，外反角度最大値は14.9°，内外反変化量9.1°であった．
【経過】
本症例では，術前より認めていた歩行時膝関節不安定性の訴えが術後も残存したことから，術後初期評価の結果に基づき，股関節可動域制限，殿筋群およびハムストリングスの筋力低下，足部過回内が影響している可能性を考えた．それらに対し，膝関節および股関節の可動域改善，殿筋群・ハムストリングスの筋力強化に加え，側方リーチやスクワットなどの動的課題，さらに内側ヒールウェッジを併用した歩行・荷重練習を実施した．その結果，最終評価時（X+42~49日）のROMは膝関節屈曲105°，股関節伸展0°，外転15°となり，MMTは大殿筋4，中殿筋4，ハムストリングス4へ改善した．また歩行時膝関節内外反角度は，外反角度最大値8.4°，内外反変化量11.3°へと改善を認めた.さらに側方リーチは右34.4cm，左42.0cmへ改善し，体幹・骨盤の協調性向上とともに歩行時の膝関節不安定性の主訴は消失した．なお足部に関しては変形が強く，FPI-6の変化は認めなかった．
【考察】
本症例では，術後FTAは改善を認めたものの外反アライメントが残存しており，静的アライメントのみでは歩行時膝関節不安定性を説明できない要因の関与が考えられた．これに対し，膝関節のみならず股関節機能や足部への介入を実施した結果，歩行時の膝関節内外反角度の改善

とともに不安定感の消失を認めたことから，動的アライメントに基づく介入の重要性が示唆された．

一般演題（ポスター）｜呼吸・循環・代謝

2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-18] ポスター18

座長:神﨑 良子(九州栄養福祉大学)、多和田 千秋(牧港中央病院)

10:40 ~ 10:50

[P-18-01] 慢性閉塞性肺疾患における栄養状態とADL回復との関連の検討

*吉藤 卓也[1]、平山 徹[1]、大角 崇史[2]、安藤 博彰[3]、岡本 啓太郎[4] (1. 医療法人秀明会　だいかく病院リハビリテーション科、2. 医療法人秀明会　だいかく病院　理事長　整形外科、3. 医療法人秀明会　だいかく病院　院長　呼吸器内科　、4. 医療法人秀明会　だいかく病院　循環器科・心臓外科)

10:50 ~ 11:00

[P-18-02] 外来男性COPD患者の運動耐容能と体幹骨格筋指数との関係

*末永 拓也[1,2]、堀江 淳[3]、松本 雄次[1]、小谷 将太[4]、加藤 剛[1]、大田尾 浩[2] (1. かとうクリニック内科・呼吸器内科　リハビリテーション室、2. 西九州大学大学院　生活支援科学研究科　保健医療学専攻、3. 京都橘大学　健康科学部　理学療法学科、4. 神戸国際大学　リハビリテーション学部　理学療法学科)

11:00 ~ 11:10

[P-18-03] 短期的な吸気筋トレーニングを実施した閉塞性細気管支炎の一症例

*池山 諒[1]、中尾 周平[1]、衛藤 誠二[2]、下堂園 恵[2] (1. 鹿児島大学病院リハビリテーション部、2. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学)

11:10 ~ 11:20

[P-18-04] 多職種連携による重度低栄養患者の栄養状態およびADL改善の一例

*大草 舞衣[1] (1. 済生会八幡総合病院リハビリテーション技術科)

一般演題（ポスター）｜呼吸・循環・代謝

2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-18] ポスター18

座長:神﨑 良子(九州栄養福祉大学)、多和田 千秋(牧港中央病院)

10:40 ~ 10:50

[P-18-01] 慢性閉塞性肺疾患における栄養状態とADL回復との関連の検討

*吉藤 卓也[1]、平山 徹[1]、大角 崇史[2]、安藤 博彰[3]、岡本 啓太郎[4] (1. 医療法人秀明会　だいかく病院リハビリテーション科、2. 医療法人秀明会　だいかく病院　理事長　整形外科、3. 医療法人秀明会　だいかく病院　院長　呼吸器内科　、4. 医療法人秀明会　だいかく病院　循環器科・心臓外科)

キーワード：COPD、栄養、離床

本研究はヘルシンキ宣言に基づき実施し、当院倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者にはオプトアウト方式により研究内容を公開し、研究参加を拒否する機会を保障した。収集したデータは匿名化し、個人が特定されないよう十分配慮した。

【目的】
慢性閉塞性肺疾患（以下、COPD）は慢性炎症やエネルギー代謝異常を背景に低栄養や骨格筋機能低下を伴う全身性疾患であり、これらが身体機能や予後に影響を及ぼすことが知られている。しかし、臨床現場において栄養状態とADL回復との関連を直接的に検討した報告は十分ではない。本研究の目的は、COPD患者における栄養状態とADL回復との関連を明らかにすることである。【方法】
当院に呼吸器疾患を原疾患として入院し既往にCOPDを有している患者66例（平均年齢83.8±8.0歳、男性50例、女性14例）を対象とした後方視的観察研究とした。ADLはBarthel Index（以下、BI）を用い、入院時および退院時の差をBI変化量として評価した。栄養状態の指標として入院時の血清アルブミン値（以下、Alb）およびBMIを用いた。離床タイミング、在院日数、肺気腫重症度（Goddardスコア）を収集した。肺気腫重症度は当院呼吸器内科医がCT画像に基づくGoddardスコアを用いて評価した。Spearmanの順位相関係数を用い、重回帰分析により独立関連因子を検討した。
【結果】
AlbはBI変化量と有意な正の相関を示した（ρ＝0.23，p＝0.03）。一方、肺気腫重症度とBI変化量との間には有意な相関は認められなかった（ρ＝−0.03，p＝0.84）。離床タイミングは在院日数と有意な正の相関を示した（ρ＝0.45，p＜0.01）。重回帰分析の結果、AlbはBI変化量の独立した関連因子として抽出された（β＝0.28，p＝0.02）。
【考察】
COPDは慢性炎症やエネルギー消費の亢進を背景に低栄養が進行し、骨格筋量および筋力低下を介して身体機能の低下を引き起こすとされている。Landboらは低栄養はCOPD患者の死亡率や身体機能低下と関連することが報告しており、本研究においてもAlbがBI変化量と有意な正の相関を示したことから、同様に関与している可能性が示唆された。本研究では、重回帰分析においてAlbがBI変化量の独立した関連因子として抽出されたことから、栄養状態は他の因子の影響を考慮しても機能回復に関与する可能性が示された。これは栄養状態が単なる背景因子ではなく、機能回復に対して独立した影響を有する可能性を示す結果である。また、離床タイミングは在院日数と有意な正の相関を示しており、離床遅延は入院期間の延長に関連する可能性が示唆された。離床遅延は廃用性変化や全身持久力低下を招き、回復過程を遅延させると考えられることから、早期離床は重要な介入可能因子であると考えられる。肺気腫重症度がBI変化量と優位な相関を示さず、機能回復は肺構造よりも全身状態に依存する可能性が示唆された。低栄養は呼吸筋機能低下や免疫機能低下を介して増悪リスクを高めることが報告されており、単なる身体機能低下にとどまらず疾患経過そのものにも影響を及ぼす可能性がある。栄養状態はリハビリテーションの効果にも関与し、十分な栄養基盤がなければ運動療法による機能回復は限定的となると考えられる。
【結論】

COPD患者のADL回復は肺構造異常のみではなく、栄養状態および身体活動を含む全身状態に強く依存する可能性が示唆された。したがって、COPD患者の機能回復を最大化するためには、運動療法と並行した栄養管理の最適化を行うことが重要であると考えられる。

一般演題（ポスター）｜呼吸・循環・代謝
2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-18] ポスター18
座長:神﨑 良子(九州栄養福祉大学)、多和田 千秋(牧港中央病院)

10:50 ~ 11:00

[P-18-02] 外来男性COPD患者の運動耐容能と体幹骨格筋指数との関係

*末永 拓也[1,2]、堀江 淳[3]、松本 雄次[1]、小谷 将太[4]、加藤 剛[1]、大田尾 浩[2] (1. かとうクリニック内科・呼吸器内科　リハビリテーション室、2. 西九州大学大学院　生活支援科学研究科　保健医療学専攻、3. 京都橘大学　健康科学部　理学療法学科、4. 神戸国際大学　リハビリテーション学部　理学療法学科)

キーワード：COPD、最大仕事量（PWR）、体幹骨格筋指数（TSMI）

本研究は，ヘルシンキ宣言の精神に基づき実施した。対象者には研究の趣旨・内容および個人情報の取り扱いについて書面および口頭で説明した。研究への参加は自由意志であり，不参加でも不利益にならないことを説明した。本研究は当院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。（承認番号：2025001）

【目的】慢性閉塞性肺疾患（COPD）は呼吸困難感による不活動から運動耐容能が低下する。運動耐容能の低下は死亡や入院リスクの増加など負の転帰と関連する。近年同じく，体幹骨格筋指数（Trunk Skeletal Muscle Index：TSMI）もCOPD患者の急性増悪の独立したリスク因子として報告されている。両者はいずれも予後に関わる指標であるが，その関係性についてはこれまで十分に検討されていない。我々は，この負の転帰を予測する指標間には関係があるのではないかと仮説を立てた。TSMIは生体電気インピーダンス法（BIA法）により簡便に測定可能であり，臨床応用の観点からもその測定意義は大きい。本研究の目的は，外来男性COPD患者における運動耐容能の指標である最大仕事量（Peak Work Rate：PWR）とTSMIの関係を明らかにすることとした。

【方法】外来男性COPD患者を対象とした横断研究である。基本情報は，年齢，身長，体重，BMI，%FEV1，%FVC，GOLDの病期分類，GOLDのABE分類，MMSEを評価した。運動耐容能はPWRで評価した。体組成評価はTSMI，体脂肪率をInbody270で評価した。身体機能はmMRC息切れスケール，握力，体重比膝伸展筋力を評価した。統計解析はPWRと各測定項目間の相関をPearsonの積率相関係数を用いて検討した。その後，Model 1としてPWRを従属変数，TSMIを独立変数とした単回帰分析を行った。Model 2として，共変量と考えられる，%FEV1.0，体脂肪率，mMRC息切れスケール，年齢を投入した重回帰分析を行った。統計学的有意水準は5%とした。

【結果】解析対象者は外来男性COPD患者49名（平均±標準偏差：70.7±7.0歳）であった。相関分析の結果，PWRとTSMIの間には相関があった（r=0.65,p＜0.001）。Model 1の結果，PWRとTSMI（標準化係数β：0.65，p＜0.001）には関係があった。共変量を投入したModel 2においてもPWRとTSMI（標準化係数β：0.34，p＝0.011）の関係は堅持された。

【考察】外来男性COPD患者のTSMIは運動耐容能の指標であるPWRと関係していた。この関係は共変量を投入した後でも堅持された。COPDでは過膨張により横隔膜が平低化・短縮し，吸気筋力が低下する。加えて，気道閉塞により腹筋群などの呼気補助筋が運動時に早期から活性化され，呼吸仕事量が増大することが報告されている。またCOPD患者では脊柱起立筋断面積が最大運動時のVO_2と正の相関を示すことも報告されており，体幹筋量と運動耐容能の間に関連があることが示唆されている。このようなCOPD患者特有の病態によって，体幹の骨格筋量が少ないと換気需要に応答することが困難となり，呼吸困難感が生じるため，運動耐容能の指標であるPWRとTSMIに関係がみられたのではないかと推察した。

【結論】外来男性COPDにおいて，TSMIはPWRの独立した関係因子であった。運動耐容能が低

下している外来男性COPD患者には，呼吸機能や息切れのみではなく，体幹筋量の評価，アプローチする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15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-18] ポスター18
座長:神﨑 良子(九州栄養福祉大学)、多和田 千秋(牧港中央病院)

11:00 ~ 11:10

[P-18-03] 短期的な吸気筋トレーニングを実施した閉塞性細気管支炎の一症例

*池山 諒[1]、中尾 周平[1]、衛藤 誠二[2]、下堂園 恵[2] (1. 鹿児島大学病院リハビリテーション部、2. 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学)

キーワード：閉塞性細気管支炎、吸気筋トレーニング、呼吸筋力低下

ヘルシンキ宣言に基づき倫理的配慮を行い、個人情報の保護に十分留意した上で、本人に対して研究内容を説明し、同意を得た。

【目的】閉塞性細気管支炎（bronchiolitis obliterans; BO）は、末梢気道である細気管支の不可逆的閉塞をきたすことにより呼吸不全を呈する指定難病で、確立された治療法がなく予後は不良である。BOに対する理学療法の報告は少なく、その有用性について一定の見解は得られていない。今回、吸気筋筋力低下が顕著なBOの症例に対して、短期的な吸気筋トレーニング（inspiratory muscle training; IMT）を取り入れた理学療法を行い、呼吸筋筋出力や歩行耐久性の向上が得られたため報告する。
【症例紹介】40代女性。X-1年6カ月、濾胞性リンパ腫と診断され、その後一年間かけて化学療法が行われ部分寛解となった。X-6カ月頃より労作時呼吸困難の自覚あり、X-1カ月頃より呼吸困難の増悪および食欲不振が出現。前院でステロイドや抗生物質、抗菌薬にて治療され、一時状態が改善するも労作時呼吸困難、低酸素血症が再燃し、X-8日精査目的に当院へ転院。X日BOの診断となる。
【経過】X-4日より廃用予防、ADL改善目的にリハビリテーション科紹介となり、下肢筋力増強、胸郭ストレッチ、歩行訓練を中心に理学療法を開始した。X+1日初期評価時は、最大呼気圧（maximal expiratory pressure; MEP）65.0cmH_2O（95.5%）、最大吸気圧（maximal inspiratory pressure; MIP）39.6cmH_2O（62.6%）と吸気筋力は予測値より大幅に下回り、快適に行える連続歩行距離は20mと耐久性低下を認めた。また、大半のADLは休息を挟まないと困難であり、動作時も息切れを認めていた。X+10日よりIMTとしてPOWER breathe® メディクを導入。30呼吸を1日2回、最大吸気圧の30%の負荷で実施した。更にX+14日より排痰・呼吸介助、エルゴメーターをプログラムに取り入れた。X+21日最終評価時、MEP74.1cmH_2O（109.0%）、MIP43.0cmH_2O（68.0%）と呼吸筋筋出力の向上を認め、連続歩行距離は50mと延伸した。また、食事はスムーズに可能、更衣、病棟内移動はゆっくりであれば休まずに可能となり、食事、排泄、整容、病室内移動時の息切れは軽減、入浴時の酸素流量は1~2L/minから1L/min以下へ減少した。
【考察】BOの症例に対してIMTを取り入れた理学療法を行い、呼吸筋筋出力向上、歩行距離延伸、一部のADLにおいて動作速度の向上、息切れの軽減を認めた。慢性閉塞性肺疾患や気管支喘息は経過により、エアトラッピングが生じ、肺過膨張の進行および換気量低下から横隔膜の可動性低下を来し、吸気筋力が低下する。IMTは横隔膜をはじめとする吸気筋筋活動を改善し、呼吸仕事量が減少することで呼吸困難を減少させる。閉塞性換気障害であるBOも類似した機序で吸気筋力が低下し、IMTにより呼吸筋筋出力が向上したと考える。また、今回は短期的なIMTであったが呼吸筋筋出力の向上を得られた。しかし、ADLの改善は一部であり大幅な身体活動量向上には至らなかった。先行研究では通常のリハビリテーションに2週間のIMTを併用すると、MIPの有意な改善、および6分間歩行試験直後の呼吸困難感の有意な低下を認めたが、運動耐容能の改善には至らなかったと報告されている。今後、より長期的なIMT、理学療法により、更なる呼吸筋力や肺機能の改善、身体活動量向上に繋がるか検証が必要である。

一般演題（ポスター）|呼吸・循環・代謝
2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-18] ポスター18
座長:神﨑 良子(九州栄養福祉大学)、多和田 千秋(牧港中央病院)

11:10 ~ 11:20

[P-18-04] 多職種連携による重度低栄養患者の栄養状態およびADL改善の一例

*大草 舞衣[1] (1. 済生会八幡総合病院リハビリテーション技術科)

キーワード：リハビリテーション栄養、位相角、重度低栄養

済生会八幡総合病院倫理委員会の承認を得た。(承認番号:227)

【目的】重度低栄養患者への積極的な栄養・運動療法は有効と報告されている．しかし実践的な報告数は限りがあり，急性期市中病院での報告は少ない．そこで今回急性期市中病院での重度低栄養患者に対し，多職種と協同し介入を行った結果，早期にADLが改善されたため報告する．
【症例紹介】70歳代女性，155㎝32kg．白血病治療過程でるい痩が進行．嚥下機能が著しく低下し，誤嚥性肺炎を繰り返しADL全介助となり，リハビリ目的に当院転院となった．併存疾患にはバセドウ病があり，Demandは自宅退院であった．握力(右/左)3/4kg，MMT(右/左)上下肢3/3，HHD(右/左)は測定困難， SMM2.49kg，ASMI2.79kg，下腿周径(右/左)22.0/22.0㎝，基本動作は軽介助～中等度介助，歩行形態は歩行器軽介助，BI 20点，FIM 70点，6MWTは連続歩行約30m．位相角2.0°であった．
【経過】
本症例は嚥下機能低下のため経鼻栄養にて管理されていた．管理栄養士や看護師と協同し，摂取カロリー・たんぱく質量の決定，経鼻栄養の時間決定によるリハビリ時間の確保及びB-SESの導入を行った．重度低栄養，バセドウ病であったため，低負荷・高頻度運動から開始した．経過に伴い病室内ADLが向上し身体活動量が増加したため，再度管理栄養士に摂取カロリーの増加や栄養補助食品の追加を依頼した．介入6週後に最終評価を実施した．体重33.6kg，握力(右/左)3/3kg，MMT(右/左)上下肢4/4，HHD(右/左)9.1/8.6kg，SMM2.29kg，ASMI2.53kg，下腿周径(右/左)23.5/23.5㎝，基本動作は見守り～軽介助，歩行形態は歩行器見守り，BI 55点，FIM 94点，6MWTは連続歩行約186m，位相角2.5°であった．なお部位別骨格筋量評価では総骨格筋量の低下は主に体幹筋量の著明な減少に起因したが，四肢では増加傾向が認められた．
【考察】
リハ栄養の効果が得られる期間として3ヶ月要すと報告されている．体重・骨格筋量の増加量が乏しかった原因として，本症例はバセドウ病の既往により通常より多い基礎代謝量，介入期間の不足が推測された．総骨格筋量は体幹筋量の著明な減少に起因したが，骨格筋量の増加量が乏しい中でADLの改善が見られた要因として，位相角の改善があったためと考える．栄養状態の改善及び運動療法を実施したことにより，筋細胞内のミトコンドリアの増加や筋繊維の肥大が起こり，細胞膜の機能が向上したことが考えられる．細胞膜機能向上により筋繊維自体の興奮性が高まり，筋出力が向上し身体機能・ADLの向上に繋がったと考える．今後は急性期における重度低栄養患者に対し，筋肥大を目的とするよりも，神経筋機能の回復に焦点を当てた低負荷・高頻度運動プロトコールの標準化が臨床的有用性を高める上で望まれる．
【まとめ】
バセドウ病併存の重度低栄養患者に対し，多職種連携による栄養管理と低負荷・高頻度運動を6週間実施した．結果，体重や骨格筋量の増加は僅かであったが，BIは20から55点，6MWTは30から186mへ著明に改善した．位相角の向上（2.0°→2.5°）より，細胞膜機能の改善が筋出力向上に寄与したと示唆された．急性期の重度低栄養患者では，筋肥大より神経筋機能の回復に焦点を当てた介入が臨床的に有用であることが示唆された．

一般演題（ポスター） | 調査・統計

2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-19] ポスター19

座長:福榮 竜也(霧島市立医師会医療センター)、宮﨑 宣丞(熊本保健科学大学)

11:30 ~ 11:40

[P-19-01] 臨床実習支援システム導入における事前調整項目の検討 -教員へのアンケート調査-

*吉澤 隆志[1]、齊藤 貴文[1]、北村 匡大[1]、松本 典久[1]、大田 瑞穂[1]、古後 晴基[1] (1. 令和健康科学大学 リハビリテーション学部 理学療法学科)

11:40 ~ 11:50

[P-19-02] 患者満足度調査を接遇改善と組織成長につなげる試み

*濵﨑 瞬[1] (1. 社会医療法人玄州会　光武内科循環器科病院)

11:50 ~ 12:00

[P-19-03] 地域包括医療病棟における転倒転落予測に基づく実用的評価基準の検討

*髙橋 博愛[1]、柴﨑 千佳子[1]、甲斐 有希[2]、田中 勇樹[2]、石松 元太郎[3]、稲富 久人[4,5] (1. 宗像水光会総合病院　医療安全管理室、2. 宗像水光会総合病院　リハビリテーション室、3. 宗像水光会総合病院　医事課、4. 宗像水光会総合病院　泌尿器科、5. 宗像水光会総合病院　内科)

12:00 ~ 12:10

[P-19-04] テキストマイニング手法を用いたリハビリテーション科における過去３年間のインシデント分析

*江郷 功起[1]、冨松 高司[2]、竹嶋 順平[3] (1. 地方独立行政法人大牟田市立病院リハビリテーション科、2. 地方独立行政法人大牟田市立病院医療安全対策室、3. 帝京大学福岡医療技術学部)

一般演題（ポスター）| 調査・統計
2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-19] ポスター19
座長:福榮 竜也(霧島市立医師会医療センター)、宮﨑 宣丞(熊本保健科学大学)

11:30 ~ 11:40

[P-19-01] 臨床実習支援システム導入における事前調整項目の検討 -教員へのアンケート調査-

*吉澤 隆志[1]、齊藤 貴文[1]、北村 匡大[1]、松本 典久[1]、大田 瑞穂[1]、古後 晴基[1] (1. 令和健康科学大学 リハビリテーション学部 理学療法学科)

キーワード：臨床実習支援システム導入、事前調整項目、教員へのアンケート

【倫理的配慮】
事前に対象に対し，研究趣旨，結果の処理方法，研究結果発表の場などについて十分に説明した．その後，本研究に同意しアンケートに返答した者を研究対象とした．なお，本研究は，研究校の研究倫理委員会の承認を得た上で実施した（承認番号：23-039）．

【目的】
臨床実習の実施にあたり，臨床実習支援システム［富士フイルムシステムサービス株式会社］（以下，システム）を導入する養成校が増加傾向にある．このシステムは，理学療法士養成における学生・臨床実習指導者（以下，指導者）・教員のコミュニケーションを円滑化するクラウド型システムである．具体的には，従来，紙面に記載してきたデイリーノート・実習評価の情報などをクラウド上に記入するものである．臨床実習は学外施設にて行われるため，教員は学生がいかなる症例を担当しどのような経験を積んでいるかを知る機会がほとんどない状況であった．しかし，システムを利用することで教員が学内にいながらにして実習中の学生状況を把握することが可能となる．
研究協力施設である4年生大学（以下，研究校）では，2023年度後期の臨床実習からシステムを本格導入した．なお，実際の導入にあたり，研究校では事前に様々な事前調整が必要であった．ここで，システムは今後，リハビリテーション教育において広く活用されていくと考えられるが，具体的に導入前にどのような調整が必要かについて十分に知られているとは言い難い状況がある．よって，本研究の目的は，教員へのアンケートを基に，システム導入にあたり事前調整が必要となると考えられる項目について明らかにすることである．

【方法】
対象は，2023年度後期に行われた研究校の臨床実習［検査測定臨床実習Ⅰ］（以下，実習）を担当した教員8名とした．
なお，研究校の実習は全て関連の病院・施設（以下，施設）にて行われる．故に，施設によっては10名を超える学生が実習を行う場合がある．しかし，施設に設置してあるPCは基本的に1台であり，複数の指導者が同時に使用することは物理的に不可能な状況であった．
実習終了後にインターネット上（Google Forms）にて，アンケートを実施した．アンケート内容は，①実習施設の所属長の理解，②実習施設の指導者の理解，③実習施設のWiFi設備，④実習施設のセキュリティーの問題，⑤大学の導入目的の理解，⑥大学のコスト面，⑦大学の所属長の理解，⑧大学教員の理解，⑨大学による使用機器（タブレットなど）の準備，⑩学科教員のシステム操作の理解の10項目であり，事前調整が必要と思われる項目を複数選択可にて回答を得た．

【結果】
アンケートの回答数としては，①4（50.0%），②7（87.5%），③7（87.5%），④4（50.0%），⑤4（50.0%），⑥4（50.0%），⑦3（37.5%），⑧3（37.5%），⑨5（62.5%），⑩5（62.5%）であった．

【考察】
システム導入にあたり，教員としては特に②・③についての事前調整が重要と考えていることが明らかとなった．研究校では，システム導入前に実習施設を訪問し所属長および指導者に対し目的や操作方法などの説明を行った．また，設備が整っていない施設にはポケットWiFiを送付することとした．加えて，学生約2名に対し1台のタブレットを購入し実習施設へ貸与した．これらの事前調整によって，実習において大きなトラブルなくシステムの導入および利用ができたと考える．本研究の結果を踏まえ，システム導入を検討する際，養成校は実習施設と②・③の項目を主として事前調整を行うことが肝要と考えられた．

一般演題（ポスター）|調査・統計
2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）
[P-19] ポスター19
座長:福榮 竜也(霧島市立医師会医療センター)、宮﨑 宣丞(熊本保健科学大学)

11:40 ~ 11:50

[P-19-02] 患者満足度調査を接遇改善と組織成長につなげる試み

*濵﨑 瞬[1] (1. 社会医療法人玄州会　光武内科循環器科病院)

キーワード：患者満足度、リハビリテーション、組織成長

本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施した。無記名で実施し、回答をもって同意を得た。（承認番号:GM25-05-03）

【目的】
患者満足度調査は医療サービスを患者視点で評価する重要な手段であるが、その結果が接遇改善や組織成長に十分結びついていない現状がある。本研究の目的は、地域病院リハビリテーション部において実施した患者様接遇アンケートの結果をCSポートフォリオ分析により可視化し、患者満足度を構成する要素と改善優先度を明らかにした。そして、患者満足度調査を接遇改善および組織成長につなげる実践的手法としての有用性を検討することである。
【方法】
対象は調査期間中に当院リハビリテーション部を利用した入院・外来・訪問患者とし、無記名自記式アンケートを任意回答で実施した。アンケートは、リハビリ全般の満足度、提供時間、待ち時間、料金、説明のわかりやすさ、職員の接遇態度（挨拶、ふるまい、私語、身だしなみ、名札着用）、相談のしやすさ、学生実習対応など14項目で構成し、5段階評価とした。各項目の満足度平均値および全体満足度との関連性を算出し、CSポートファリオ分析を行った。
【結果】
分析の結果、職員とのコミュニケーションや相談のしやすさに関する項目は、満足度・関心度ともに高く、「重点維持項目」として位置付けられ、当科の強みが示された。一方、計画書の説明やリハビリ提供時間に関する項目は、満足度は低いが関心度が高い「重点改善項目」として位置付けられ、患者満足度全体に大きく影響する接遇上の改善優先領域が明確となった。また、待ち時間やリハビリ料金は「要注意項目」として位置付けられた。
【考察】
CSポートフォリオ分析を用いることで、患者満足度調査結果を接遇改善の優先順位として可視化することが可能であった。本取り組みは、日常の接遇対応として具体化する実践であり、接遇改善を通じた組織成長に寄与するものと考えられる。今後は改善介入後の再評価および他部門への展開が課題である。
【まとめ】
患者満足度調査を分析・可視化することで、接遇改善の方向性を明確にすることができた。本研究は、満足度調査を実践的な質改善活動へ結びつける一手法を示したものであり、継続的な改善活動の基盤となる可能性が示唆された。

一般演題（ポスター）| 調査・統計

2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-19] ポスター19

座長:福榮 竜也(霧島市立医師会医療センター)、宮﨑 宣丞(熊本保健科学大学)

11:50 ~ 12:00

[P-19-03] 地域包括医療病棟における転倒転落予測に基づく実用的評価基準の検討

*髙橋 博愛[1]、柴﨑 千佳子[1]、甲斐 有希[2]、田中 勇樹[2]、石松 元太郎[3]、稲富 久人[4,5] (1. 宗像水光会総合病院　医療安全管理室、2. 宗像水光会総合病院　リハビリテーション室、3. 宗像水光会総合病院　医事課、4. 宗像水光会総合病院　泌尿器科、5. 宗像水光会総合病院　内科)

キーワード：地域包括医療病棟、転倒転落、転倒転落リスクアセスメントシート

本研究は後方視的観察研究として実施し、個人情報の保護に十分配慮した。研究実施にあたっては所属施設の倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：26014）。

【目的】 地域包括医療病棟は高齢者救急患者の受け入れを担う重要な役割を有しており、入院患者は転倒転落のハイリスク群である。転倒転落の予測と予防は臨床現場における重要課題であるが、簡便かつ実用的な評価指標の確立には課題が残る。本研究では、入院中の転倒転落の有無と各種臨床指標との関連を検討し、特に院内で使用している転倒転落リスクアセスメントシート（以下アセスメントシート）の有用性を評価することを目的とした。

【方法】地域包括医療病棟に入院し退院した患者を対象とし、調査項目は入院時あるいはリハビリテーション介入時の年齢、性別、Barthel Index（以下B.I）、握力、在院日数、アセスメントシートとした。なお、アセスメントシートは、武蔵野赤十字病院で作成された院内評価指標を用いた。対象を入院中の転倒転落の有無で非転倒群と転倒群の2群に分類し、有意差を認めた転倒転落予測に有効な項目についてROC曲線を用いてカットオフ値を算出した。

【結果】対象は584例（非転倒群561例、転倒群23例）であった。性別および入院時診療科に有意差は認めなかった。変数の比較（非転倒群vs転倒群）では、アセスメントシート（17.4±8.0vs24.9±7.1点、p<0.001）および在院日数（22.1±15.7vs 29.3±18.9日、p=0.035）に有意差を認めた。一方、B.I（24.1±27.9vs15.9±24.5点、p=0.401）、BMI（20.7±4.3vs20.5±4.3kg/m^2、p=0.816）、握力（19.6±10.7vs16.4±8.3kgf、p=0.209）、年齢（81.9±12.9vs84.9±9.3歳、p=0.266）には有意差を認めなかった。転倒転落予測に有効なアセスメントシートについてROC曲線解析の結果、カットオフ値は22点以上であった。また、曲線下面積は0.777（95%信頼区間0.680–0.875）、感度0.672、特異度0.826であり、中等度の判別能を示した。

【考察】本研究において、院内で使用しているアセスメントシートは転倒発生と有意に関連し、一定の予測能を有することが示された。特に特異度が高く、低リスク患者の識別に有用である可能性が示唆された。地域包括医療病棟では多職種による迅速なリスク評価と介入が求められることから、本アセスメントシートのような簡便で実用的な指標は臨床現場において有用と考えられる。一方で感度は十分とは言えず、単独指標としての限界もあるため、今後は他の臨床指標との併用や運用方法の工夫により、より精度の高い転倒予測の構築が必要である。本カットオフ値は臨床現場におけるスクリーニング指標として活用可能であると考えられる。

【まとめ】本研究により、院内で使用している転倒転落アセスメントシートは転倒転落予測に有用であり、カットオフ値を用いた実用的な評価基準を提示することができた。地域包括医療病棟における転倒転落予防の一助となることが期待される。

一般演題（ポスター）| 調査・統計

2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-19] ポスター19

座長:福榮 竜也(霧島市立医師会医療センター)、宮﨑 宣丞(熊本保健科学大学)

12:00 ~ 12:10

[P-19-04] テキストマイニング手法を用いたリハビリテーション科における過去３年間のインシデント分析

*江郷 功起[1]、冨松 高司[2]、竹嶋 順平[3] (1. 地方独立行政法人大牟田市立病院リハビリテーション科、2. 地方独立行政法人大牟田市立病院医療安全対策室、3. 帝京大学福岡医療技術学部)

キーワード：テキストマイニング、インシデント分析、医療安全

本研究は当院研究倫理審査委員会の承認（承認番号2547）を得て実施した。対象となった当院スタッフには研究目的を文章及び口頭で説明し同意を得た。解析対象データは匿名化し、個人情報保護に十分配慮した。

【目的】
　医療安全とリハビリテーションに関する報告を検索すると日本医療機能評価機構の医療事故データベースを用いた大規模の報告が散見されるが、単一施設での報告は見られない。またヒヤリハットの報告の多くはレベル別集計にとどまり、事象や原因に焦点をあてた分析や自由記述データを体系的に解析した報告は少ない。そこで本研究では単一施設での一次集計を行い、その後インシデント報告書の自由記述をテキストマイニング（情報発掘）手法を用いて分析し、発生要因の特徴を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】
　過去3年間に当科スタッフ（PT・OT・ST、最大23名）から報告されたインシデント報告236件を対象とした。電子カルテ内のインシデント報告データを用い、年度別・レベル別に一次集計した。次に文章として記載された「事例の具体的内容」（以下具体的内容と略す）と「事例の背景要因の概要」（以下背景要因と略す）を選定しそれぞれを解析した。解析にはテキストマイニングソフトKH Coder（Ver.3）を用い、特徴語の出現回数を抽出し、語同士の関連を共起ネットワーク分析で検討した。
【結果】
　年度別では令和4年度33件、5年度71件、6年度132件と増加傾向を示した。レベル別ではレベル0が126件、レベル1が83件、レベル2が15件、レベル3aが11件、レベル3bが1件であった。具体的内容の特徴語の出現回数では「患者」が抽出284回と最も多く、「リハビリ」168回、「ベッド」154回、「行う」130回、「車椅子」96回、「確認」91回、「歩行」69回、「練習」67回と上位を占めた。共起ネットワーク分析では「ベッドサイドや車椅子移乗」「点滴」「病棟内と多職種」「終了時の忘れ」の4群に分類され、「ベッドサイドや車椅子移乗」が最大であり、「患者」「リハビリ」「ベッド」「行う」は同一群に含まれていた。背景要因では同様に「患者」が抽出118回と最も多く、「確認」92回、「考える」54回、「行う」49回、「ベッド」39回、「不足」34回、「状態」34回、「転倒」33回と上位を占めた。共起ネットワーク分析では「転倒転落リスク」「ベッド周囲の確認」「点滴やチューブ対応」の3群に分類され、「転倒転落リスク」が最大であり、「患者」「行う」「転倒」が同一群に含まれていた。
【考察】
　報告件数の増加は重大事象の増加ではなく、レベル0〜1が大半を占めたことから、報告意識の向上と安全文化の醸成を反映した結果と考えられる。具体的内容では「患者」「ベッド」「車椅子」などリハビリ場面の語が多く、移乗やベッドサイド動作が主要場面であった。背景要因では転倒転落リスクや確認不足、患者状態把握の不足が抽出され、リハビリ特有の移乗や歩行練習などの動的環境におけるリスク認識と標準化された確認行動の徹底、教育的介入が重要であることが示された。今後は標準化された確認手順と教育介入により、リスク認識と対応力の向上が必要である。
【結語】

本手法は自由記述データから特徴語とクラスターの関連を可視化し、単なる単語検索や分類整理とは異なり複数の文章データ内容を総合的に捉えることでインシデントの特徴把握に有用であり、医療安全対策の質向上に寄与す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15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-20] ポスター20

座長:松﨑 哲治(夫婦石病院)、元村 隆弘(北九州古賀病院)

11:30 ~ 11:40

[P-20-01] 両下腿切断を有する被殻出血後重度左片麻痺症例に対する理学療法

*笠作 康太郎[1]、秋吉 亜希子[1]、岡 高史[1] (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)

11:40 ~ 11:50

[P-20-02] 脳卒中急性期の多面的評価と在宅復帰時歩行能力の関連

*彌永 毅哉[1]、山口 雄介[1] (1. 福岡和白病院リハビリテーション科)

11:50 ~ 12:00

[P-20-03] 脳アミロイドアンギオパチーを有するCVA2症例の早期離床における比較検討

*黒田 美空[1] (1. 熊本赤十字病院リハビリテーション科)

12:00 ~ 12:10

[P-20-04] 歩行時に身体の後方偏倚を認めた左視床出血症例に対する前庭リハビリテーションの一考察

*秋山 恵輝[1]、馬場 智大[1]、平川 善之[1]、多田隈 博[2] (1. 医療法人　博仁会　福岡リハビリテーション病院　リハビリテーション部、2. 医療法人　博仁会　福岡リハビリテーション病院　診療部)

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-20] ポスター20

座長:松﨑 哲治(夫婦石病院)、元村 隆弘(北九州古賀病院)

11:30 ~ 11:40

[P-20-01] 両下腿切断を有する被殻出血後重度左片麻痺症例に対する理学療法

*笠作 康太郎[1]、秋吉 亜希子[1]、岡 高史[1] (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)

キーワード：重複障害、在宅復帰、課題指向型アプローチ

【倫理的配慮】本症例報告は、本人および家族に口頭で十分な説明を行い、同意を得た。その後当院倫理委員会にて承認済み（青発倫2025-80）。

【目的】被殻出血において推定出血量60mlは重度後遺症や機能予後不良が強く示唆される因子である。本症例は既往に両下腿切断という重度の身体障害を有し、今回、推定出血量66mlの右被殻出血による重度左片麻痺および左半側空間無視を呈した極めて稀で、かつ重症度の高い症例である。一般的に在宅復帰が困難と予想される条件下で、課題指向型の理学療法介入により在宅復帰に至った経過について報告する。

【症例提示】60歳代女性、右利き、発症前は既往に全身熱傷に伴う両下腿切断、高血圧症、腰部脊柱管狭窄症などを有していたが、両義足装着と両T字杖使用下で短距離歩行は自立し、入浴は夫の介助が必要であったがその他の日常生活動作は自立していた。今回、腰部脊柱管狭窄症の加療のため他院入院中に右被殻出血を発症。当院に救急搬送後、同日に内視鏡下血腫除去術を施行され、急性期治療後の第25病日に当院回復期病棟へ転棟した。

【理学療法評価・経過】初期評価は12段階片麻痺グレードで左下肢3、表在感覚重度鈍麻、深部感覚脱失、関節可動域は両膝関節伸展0度・屈曲90度、MMTは右下肢3+、FIM運動項目は17点で下肢運動機能は著しく低下していた。基本動作重度介助、HDS-Rは25点、高次脳機能障害は左半側空間無視がみられていた。画像所見の推定出血量が66mlであった点などを考慮して、麻痺側上肢機能の回復および実用歩行の獲得は困難と予測した。症例のデマンドは「夫とドライブに行きたい」であった。この目標を達成するため、ニードを「移乗動作の介助量軽減」と設定して介入した。理学療法プログラムは抗重力位の運動療法を中心に両義足装着下での起立練習と立位アライメント調整、義足＋長下肢装具を装着し麻痺側下肢への荷重練習、体幹安定性向上を目的とした歩行練習などを段階的に実施した。その結果、退院時の最終評価は12段階片麻痺グレード下肢７、表在・深部感覚ともに中等度鈍麻、FIM運動項目は34点へ改善し、移乗動作は見守りレベルとなった。入院中に要介護3の認定を受け、介護保険サービスの調整を行い、第150病日に自宅退院となった。退院後は夫とドライブにも行けているとのことである。

【考察】脳卒中患者に対する理学療法では麻痺側足底からの刺激入力が脳への感覚入力の賦活に重要とされている。しかし、本症例は両下腿切断があり刺激入力方法に苦慮した。足底からの荷重感覚の代替として両義足装着下での適切なアライメント修正、長下肢装具を使用した麻痺側への荷重練習や歩行練習など、膝・股関節を中心に下肢からの感覚入力を意識した理学療法プログラムは、運動麻痺の機能回復、日常生活動作の向上に有効であることが示唆されたと考える。片麻痺と両下腿切断という重度の重複障害症例においても、「夫とドライブに行きたい」という具体的な生活目標を明確化し、課題指向型の理学療法により、基本動作能力の向上、在宅復帰という実用的なアウトカムを達成できる可能性が示唆されたと考える。

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-20] ポスター20

座長:松﨑 哲治(夫婦石病院)、元村 隆弘(北九州古賀病院)

11:40 ~ 11:50

[P-20-02] 脳卒中急性期の多面的評価と在宅復帰時歩行能力の関連

*彌永 毅哉[1]、山口 雄介[1] (1. 福岡和白病院リハビリテーション科)

キーワード：脳卒中急性期、歩行、予後予測

本研究は当院の倫理審査委員会の承認を得た(承認番号：00258)。解析には匿名化したデータを使用し、個人情報の保護に十分配慮した。なお、本研究は後ろ向き研究であり、対象者への侵襲や不利益が生じないように配慮して実施した。

【目的】脳卒中発症後の歩行能力の回復は在宅復帰や生活の質を左右する重要な要因である。脳卒中急性期時期の評価における歩行の予後に関連する因子としては麻痺側下肢機能や体幹機能および座位保持能力などが関連すると報告されている。当院でも発症早期にStroke Impairment Assessment Set（以下、SIAS）や、Motricity Index（以下、MI）、Trunk Impairment Scale（以下、TIS）を実施しているが、意識障害の影響などで正確な評価が困難な例もある。そこで本研究は、急性期における脳卒中発症早期の意識障害を含む機能評価と在宅復帰時の歩行能力との関連を検討することを目的とした。
【方法】対象は2023年１月から2025年12月に入院した初発脳卒中患者の内、発症10日目の下肢運動麻痺がBrunnstrom Recovery Stage(以下、BRS)がⅤ以下であり、かつ転院先からの返書において自宅退院時の歩行能力を確認できた31名とした。評価は発症後10日目にSIAS、TIS、MI、BRS、Japan Coma Scale（以下、JCS）、Mini Mental State Examinationを実施した。また、当院または転院先から自宅へ退院した患者の歩行能力を診療録および返書からFunctional Independent Measure(以下、FIM)移動項目を調査した。解析は、R(ver4.5.2)を使用し、各評価項目と退院時のFIM移動項目におけるSpearmanの順位相関係数を算出した。その後、歩行自立の可否（FIM移動項目1-5：0、６or7：1）を目的変数、事前の相関分析により多重共線性を排除して選定したBRSおよびJCS（0＝0、1以上＝1）を説明変数とし、Firthのペナルティ付きロジスティック回帰分析を実施した。有意水準は5%とした。予測モデルの判別能を示すArea Under the Curve（以下、AUC）を算出し、さらに交差検証を行った。
【結果】SIAS、MI、TIS、BRS、歩行可否はいずれも互いに中等度から強度の有意な相関を示した（p＜0.05）。Firthのペナルティ付きロジスティック回帰分析の結果、予測モデル全体の有意性が確認された（p＝0.006）。各変数のオッズ比（以下、OR）および95%信頼区間（以下、CI）は、BRSがOR：2.50、95%CI：1.27-6.33、p＝0.006、JCSがOR：0.24、95%CI：0.002-3.10、p＝0.308であった。意識障害(JCS1以上)による負の影響をモデル内で調整した結果、発症10日目のBRSは退院時の歩行自立を予測する独立した強力な有意因子として抽出された。また、予測モデルの判別能を示すAUCは0.864、交差検証後のAUCは0.794であった。
【考察】SIASやMI、TISは運動機能を評価する指標であり相互に相関し、多重共線性を認めやすく、独立した予測因子に挙げることは困難であった。また、急性期脳卒中患者では認知障害や意識障害の合併が高頻度にみられ、せん妄を含む意識障害は約15%～30%に出現し、急性期における認知機能評価に関して約29.5%の症例で評価困難と報告されている。したがって、急性期でも簡便に評価が可能なBRSとJCSから自宅退院時の歩行能力の可否を判断できることは、理学療法のプログラム立案の一助となると考える。

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経
2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）
[P-20] ポスター20
座長:松﨑 哲治(夫婦石病院)、元村 隆弘(北九州古賀病院)

11:50 ~ 12:00

[P-20-03] 脳アミロイドアンギオパチーを有するCVA2症例の早期離床における比較検討

*黒田 美空[1] (1. 熊本赤十字病院リハビリテーション科)

キーワード：急性期リハビリテーション、脳アミロイドアンギオパチー、早期離床

本報告は後ろ向きに検討した2症例の症例報告であり、当院の倫理規定に基づき倫理審査の対象外と判断した。対象者には本報告の目的および個人情報の取り扱いに十分説明し口頭にて同意を得た。また、個人情報の保護に十分配慮し、匿名化を行った。

【目的】
急性期脳卒中患者における早期離床は機能的予後の改善に寄与するとされる。その一方で、脳アミロイドアンギオパチー（以下CAA）を有する場合、脳出血リスクが高いことが知られている。しかし、早期離床やリハビリテーション介入に関する報告は少ない。そこで今回、CAAを有し麻痺重症度が類似した２症例に対し、リスク管理と機能的予後の差異を検討した。
【症例紹介】
・症例①：80代女性。病前ADL自立。特記既往無し。右皮質下脳出血（10cc）の診断にて保存加療。発症時にCAA指摘あり。リハビリ介入時評価：BRS上肢Ⅴ・手指Ⅴ・下肢Ⅴ、左USNと注意機能障害あり。
・症例②：80代女性。病前ADL自立。既往に、認知症・高血圧あり。左放線冠領域脳梗塞の診断にてDOAC加療。発症時のCAA指摘無し。第6病日に塞栓原精査にてDVTを認めDAPTへ変更。リハビリ介入時評価：BRS上肢Ⅳ・手指Ⅴ・下肢Ⅴ、軽度注意障害あり。
【方法】
両症例に対し、脳卒中治療ガイドライン・日本リハビリテーション医学会の中止基準をもとに離床プロトコル・客観的な中止基準を設定、段階的離床とリスク管理下で介入。生理的反応と神経学的評価、ADL評価を行い機能的予後の差異を比較した。
【経過】
・症例①：第2病日よりリハビリ開始。中止基準に抵触なく離床開始。杖歩行獲得し、第15病日に転院となった。
・症例②：第１病日よりリハビリ開始。離床時に中止基準より血圧逸脱あったため第5病日より離床開始。歩行器歩行獲得していたが、第8病日に右半球の広範囲出血を発症。その際にCAA指摘あり。第22病日に死亡退院となった。
【考察】
CAAを有する脳卒中患者の離床は厳格なリスク管理のもと実施することで、合併症予防に寄与することが報告されている。今回予後に差が生じた原因として、症例①は離床後もバイタルが安定していたこと、初期よりCAAリスクが周知されていたことに対し、症例②はCAAの特徴である散在性の微小出血や血圧逸脱のある認知症患者であったが指摘なく、さらに抗凝固療法加療のため出血リスクがあった。また、脳梗塞ということもあり血圧管理が比較的寛容に設定されていた。以上2症例の比較検討から、特に急性期における脳卒中リハビリテーションはセラピストがCAAという病態の理解を深め、潜在的にCAAのリスクを有している可能性を考慮するとともに、早期離床時のリスク管理の一助にしていきたい。

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-20] ポスター20

座長:松﨑 哲治(夫婦石病院)、元村 隆弘(北九州古賀病院)

12:00 ~ 12:10

[P-20-04] 歩行時に身体の後方偏倚を認めた左視床出血症例に対する前庭リハビリテーションの一考察

*秋山 恵輝[1]、馬場 智大[1]、平川 善之[1]、多田隈 博[2] (1. 医療法人　博仁会　福岡リハビリテーション病院　リハビリテーション部、2. 医療法人　博仁会　福岡リハビリテーション病院　診療部)

キーワード：視床出血、歩行、前庭機能

【倫理的配慮】
本報告は，対象者に対して本発表の趣旨と個人情報の保護に関する説明を口頭で十分に説明した上で，患者本人から同意を得て実施した。

【目的】
前庭情報は前庭神経核から脳幹を上行し，視床を経由して頭頂島前庭皮質へ伝達され，姿勢制御に関与することが示唆されている。しかし，前庭経路の損傷部位と歩行への影響については不明な点が多い。今回，左視床出血を発症し歩行時に身体の後方偏倚を認めた症例に対し，前庭機能評価および前庭リハビリテーション（VR）を実施し，経過から得られた知見を報告する。
【症例紹介】
症例は60代男性で左視床出血発症後20病日に当院へ入院した。病前ADLは独歩で自立していた。入院時のCT画像では，左視床腹側中間核（Vim），後外側腹側核（VPL），背内側核周辺に損傷を認めた。理学療法評価は，Fugl-Meyer Assessment（FMA）下肢27点，FMA協調性5点，Trunk Impairment Scale（TIS）8点，表在・深部感覚軽度鈍麻、複視を認めた。Berg Balance Scale（BBS）は22点で歩行は身体の後方偏倚とふらつきを認め歩行器使用と介助を要した。高次脳機能は，判断・病識低下を認め，危険認識や適切な行動選択が困難であった。
【経過】
屋内独歩自立を目標に，介入初期は体幹機能に着目した機能訓練を実施し，97病日にはTIS14点となり独歩軽介助となった。一方，身体の後方偏倚とふらつきは残存し，特に頭部後屈運動時に増大する所見を認めた。また，重力受容経路の損傷で生じる病巣と対側の頭部傾斜と斜偏視の眼球傾斜反応所見が確認され，歩行時のふらつきには前庭機能の関与も疑われ評価を実施した。前庭機能評価は，Head Impulse Test（HIT）は後屈時のみ陽性，頭振り眼振検査では右向き水平性と下眼瞼向き眼振，頭位眼振検査は前屈位で持続する下眼瞼向き眼振を認め，VOR抑制検査は陽性，Dynamic Visual Acuity（DVA）は0.6logMAR以上の低下を認めた。また，BBSは39点，Functional Gait Assessment（FGA）は9点であり頭部運動時や方向転換を伴う動作で減点を認めた。以上から，本症例は中枢性の前庭機能低下を呈し，歩行不安定性への関与を仮説し107病日よりVRを追加実施した。VRは視線安定化を目的にGaze Stabilization Exerciseを座位・立位・歩行へ段階的に実施し，また感覚代行として前足部への荷重感覚入力を目的にランジ歩行や段差昇段練習を実施した。156病日には眼振やVOR抑制異常に変化なかったが，DVAは0.5logMAR，BBSは47点，FGAは18点へ向上し，歩行中の後方不安定性は軽減した。しかし，高次脳機能障害は残存し，屋内移動は独歩見守りとなり施設退院に至った。
【考察】
視床VimとVPLは前庭神経核から頭頂島前庭皮質へ至る経路に関与し，また下眼瞼向き眼振やVOR抑制異常は小脳から前庭神経核への脱抑制との関連が報告されている。本症例では同様の経路の損傷と前庭機能不均衡の所見を認めたことから，小脳損傷は認めないものの前庭神経核の脱抑制を含む前庭機能低下を生じた可能性が推察された。また，HITにて後半規管の前庭動眼反射の低下が推察され，特に頭部後屈運動を伴う歩行時の姿勢定位へ影響し，身体の後方偏倚を認めた可能性が推察された。VR介入後はDVAおよび動的バランス能力が向上し，前庭代償

や感覚再重み付けが寄与した可能性が考えられた。本症例を通し，視床病変後は前庭機能不均衡に由来した歩行不安定性を招く可能性と前庭機能評価に基づく介入が必要となる可能性が示された。