2026年11月14日(土)

特別講演

10:20 ~ 11:50 | 第1会場（天瑞：4F）

[SL] 特別講演

座長：松田 友秋（獅子目整形外科病院）

10:20 ~ 11:50

[特別講演] 「未来への躍進」のためのプロフェッショナリズム

加藤 浩 (山形県立保健医療大学大学院)

教育講演

13:00 ~ 14:30 | 第1会場（天瑞：4F）

[EL-1] 教育講演1（内部障害）

座長：中尾 周平（鹿児島大学病院）

13:00 ~ 14:30

[教育講演1（内部障害)] 内部障害領域における“予後を見据えたリハ戦略”
～未来をつくる初期介入～

花田 智 (都城市郡医師会病院)

教育講演

14:40 ~ 16:10 | 第1会場（天瑞：4F）

[EL-2] 教育講演2（神経系）

座長：黒木 裕亮（宮永病院）

14:40 ~ 16:10

[教育講演2（神経系)] 脳卒中後の歩行調整障害をどう捉え、どう変えるか
～未来への歩行再建を考える～

西 祐樹 (長崎大学 生命医科学域［保健学系］、畿央大学 ニューロリハビリテーション研究センター)

シンポジウム

16:20 ~ 17:50 | 第1会場（天瑞：4F）

[Sym] シンポジウム（運動器）

座長：遠矢 拓己（なかむら整形外科クリニック），矢野 剛士（獅子目整形外科病院）

16:20 ~ 16:40

[シンポジウム1] 運動器理学療法「躍進」のためのケーススタディ
ケーススタディを通して再考する運動器理学療法の臨床推論

田中 創 (福岡整形外科病院 臨床研究センター，福岡整形外科病院 リハビリテーション科，愛知医科大学 医学部 疼痛医学講座)

16:40 ~ 17:00

[シンポジウム2] 運動器理学療法「躍進」のためのケーススタディ
経験を言葉に、言葉を次の臨床へ
―変形性股関節症のケーススタディから考える臨床推論―

奥村 晃司 (社会医療法人玄真堂 かわしまクリニック)

17:00 ~ 17:20

[シンポジウム3] 運動器理学療法「躍進」のためのケーススタディ
腰痛に対する理学療法の解像度を上げる
―ケーススタディから学ぶ実践知―

多々良 大輔 (switch physio｜株式会社 オンボーディング)

九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

16:20 ~ 17:50 | 第3会場（海峰：3F）

[PP] 九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

座長:花田 智(都城市郡医師会病院)、常盤 直孝(フィジカルケア宮崎)

16:20 ~ 16:30

[福岡県] 回復期脳卒中患者における活動レベルの経時変化から分類した軌跡クラスと転倒リスクの関連：成長混合モデル

松﨑 英章[1]、福田 哲平[2]、古川 大将[2]、松尾 匡浩[2]、城田 健裕[2]、津島 桃花[2)]・吉田 栞[2]、高山 篤大[2]、藤本 泰裕[2]、大石 優利亜[2] (1. 九州栄養福祉大学リハビリテーション学部理学療法学科、2. 福岡みらい病院リハビリテーション科)

16:30 ~ 16:40

[大分県] BHA術後の足部しびれ感に対するしびれ同調TENSの有効性 ―A-B-Aデザインによる末梢神経障害症例の単一研究―

谷 尚隼[1]、中原 浩喜[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)

16:40 ~ 16:50

[佐賀県] 拘縮肩におけるAxillary pouchの肥厚と関節可動域の関連

福田 謙典[1] (1. Lupo Seravie)

16:50 ~ 17:00

[長崎県] 膝周囲骨切り術後患者における大腿四頭筋および膝蓋下脂肪体のエコー評価と歩行能力の関連

永江 槙一[1]，長谷川 隆史[1]，杉本 奈々美[1]，戸村 莉帆[1]，山口 和也[1]，西 啓太[2] (1. 医療法人和仁会 和仁会病院 リハビリテーション部、2. 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科)

17:00 ~ 17:10

[熊本県] Asian Working Group for Cachexia 2023基準で評価したカヘキシアと回復期脳卒中患者のリハビリテーションアウトカムとの関連

長野 文彦[1]、吉村 芳弘[1]、松本 彩加[1]、備瀬 隆広[2]、葛原 碧海[2]、木戸 善文[2] (1. 熊本リハビリテーション病院 サルコペニア・栄養支援センター、2. 熊本リハビリテーション病院 リハビリテーション部)

17:10 ~ 17:20

[鹿児島県] 一過性のバーチャルリアリティ運動が実行機能と脳血流変化に与える影響

伊香 孝則[1,2]、白土 大成[3]、赤井田 将真[4,5]、三宅 悠斗[1,3]、立石 麻奈[6]、倉津 諒大[1]、牧迫 飛雄馬[3] (1. 鹿児島大学 大学院保健学研究科、2. 医療法人玉昌会 キラメキテラスヘルスケアホスピタル リハビリテーション室、3. 鹿児島大学 医学部保健学科 理学療法学専攻、4. 鹿児島大学 医学部、5. 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 予防老年学研究部、6. 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 老化疫学研究部)

17:20 ~ 17:30

[沖縄県] 当学院理学療法学科学生における実習 施設への就職希望割合と選択時に重要視した条件

末吉勇樹[1]、島袋公史[1,2]、佐久田衛[1]、石田隆志[1] (1. 沖縄リハビリテーション福祉学院 理学療法学科、2. 琉球大学工学部 知能情報コース)

17:30 ~ 17:40

[宮崎県] 介護老人保健施設の認知症専門棟における転倒・転落とDementia Behavior Disturbance Scaleとの関連性

宮永 陽亮[1]、松本 滝大[2]、甲斐 昌幸[1]、谷口 勝代[1]、大野 智美[1]、窪田 圭佑[1] (1. 介護老人保健施設ひむか苑 支援相談室、2. 潤和会記念病院 リハビリテーション療法部)

セレクション演題

13:00 ~ 13:40 | 第3会場（海峰：3F）

[S-1] セレクション演題1

座長:松澤 雄太(都城リハビリテーション学院)、新保 千尋(恒心会おぐら病院)

13:00 ~ 13:10

[S-1-01] 地域課題は未来の健康寿命を変えられるか ―ラグ構造と性差から読み解く九州の地域理学療法戦略―

*平良 雄司[1]、瀬底 正仁[2,4]、田中 峻也[2,3]、立花 修平[1]、立津 統[1] (1. 琉球リハビリテーション学院、2. YANBARUメディカルイノベーション合同会社、3. アグリマス株式会社、4. 株式会社グスクード)

13:10 ~ 13:20

[S-1-02] 地域在住高齢者におけるウォーカビリティと社会的フレイルの関連-自動車依存地域に着目した横断研究-

*福榮 竜也[1]、宇都 良大[2]、愛下 由香里[1,3] (1. 霧島市立医師会医療センター　医療支援部　リハビリテーション室、2. きくち内科・糖尿病クリニック、3. 鹿児島大学大学院保健学研究科)

13:20 ~ 13:30

[S-1-03] 救急病棟における初回離床までの時間と入院関連機能障害の関連

*竹下 直志[1] (1. 米盛病院リハビリテーション課)

13:30 ~ 13:40

[S-1-04] 「50m歩行」を課題設定した指向型アプローチが急性期脳卒中患者の自宅復帰に及ぼす影響

*酒匂 隆志[1]、花田 智[2]、土屋 美香子[2]、蔵満 美幸[2]、川村 祥耀[2]、大田 元[3] (1. ハルモはりきゅう治療院、2. 都城市郡医師会病院　リハビリテーション科、3. 都城市郡医師会病院　脳神経外科)

セレクション演題

13:50 ~ 14:30 | 第3会場（海峰：3F）

[S-2] セレクション演題2

座長:落合 錠(シルバーケア野崎)、宮永 陽亮(介護老人保健施設ひむか苑)

13:50 ~ 14:00

[S-2-01] 腱板断裂術後早期における関節可動域と疼痛（種類別評価）との関連性の探索的検証

*馬場 功時[1]、松田 友秋[2,3]、河口 滉[1]、稲吉 直哉[1]、須崎 裕一[1] (1. 福岡県済生会大牟田病院リハビリテーション部、2. 獅子目整形外科病院、3. 山形県立保健医療大学大学院)

14:00 ~ 14:10

[S-2-02] 慢性足関節不安定症者における複数方向へのジャンプ着地およびドロップ着地時の姿勢安定性と動作戦略の違い

*内海 悠人[1,2]、有田 吏久仁[2,3]、石川 心優[2]、柏田 そら[2]、河内山 紗己[2,4]、鈴木 雄太[2] (1. 甘木中央病院　リハビリテーション科、2. 九州栄養福祉大学　リハビリテーション学部、3. 小波瀬病院　診療技術部　リハビリテーション科、4. 宗像水光会総合病院　リハビリテーション科)

14:10 ~ 14:20

[S-2-03] 当院NICUにおける哺乳支援の標準化とその予備的検討

*安藤 駿太郎[1]、白木 剛志[1]、廣重 愼一[1] (1. 長崎みなとメディカルセンターリハビリテーション部)

14:20 ~ 14:30

[S-2-04] 局所振動刺激は歩行時の外部膝関節内転モーメントを減少させるか？

*羽田 清貴[1]、羽田 見奈[2]、奥村 晃司[1]、尾崎 悠人[1]、大平 高正[3]、岡本 雄嗣[4]、枝村 和也[5]、片岡 維新[6]、甲下 修士[7]、穴見 圭汰朗[8]、阿部 稔[9]、川嶌 眞之[10]、川嶌 眞人[10] (1. 社会医療法人玄真堂　かわしまクリニック　リハビリテーション科、2. 社会医療法人玄真堂　川嶌整形外科病院　回復期リハビリテーション科、3. 訪問看護リハステーション大分駅南、4. 医療法人源算会　猿渡整形外科スポーツリハクリニック リハビリテーション科、5. 医療法人平成会　サンライズ酒井病院　リハビリテーション科、6. 医療法人平成会　介護老人保健施設サンライズビュー リハビリテーション部、7. 独立行政法人　国立病院機構 大分医療センター リハビリテーション科、8. 国立大学法人　大分大学医学部附属病院 リハビリテーション部、9. 特定医療法人社団春日会　黒木記念病院 リハビリテーション部、10. 社会医療法人玄真堂　川嶌整形外科病院 整形外科)

一般演題（口述） | 物理療法 / 骨関節・脊髄

13:00 ~ 13:40 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-1] 口述1

座長:寒竹 啓太(産業医科大学病院)、永濱 良太(恒心会おぐら病院)

13:00 ~ 13:10

[O-1-01] 脊椎圧迫骨折患者における疼痛と動作能力の回復構造
―主成分分析を用いた探索的検討―

*矢野 剛士[1]、松田 友秋[1]、獅子目 亨[1] (1. 獅子目整形外科病院)

13:10 ~ 13:20

[O-1-02] 鏡視下腱板修復術後6か月における肩関節機能のPASS達成に関連する疼痛および心理社会的因子の検討

*田中 康明[1] (1. 重工記念長崎病院リハビリテーション科)

13:20 ~ 13:30

[O-1-03] 筋スパズムを主体とした肩後面痛に対する超音波併用電気刺激療法とテーピングの有効性

*寺町 寛[1]、坂口 弘城[1]、徳丸 信代[1]、羽田野 佑弥[1]、南屋 崇斗[1]、遠矢 拓己[1]、松田 友秋[2]、中村 好成[3] (1. 医療法人社団 創成会　なかむら整形外科クリニック　リハビリテーション室、2. 医療法人 朋詠会 獅子目整形外科病院　リハビリテーション部、3. 医療法人社団　創成会　なかむら整形外科クリニック)

13:30 ~ 13:40

[O-1-04] 脊髄損傷後神経障害性疼痛に対する周波数変調TENSの効果
―疼痛の質的変化に着目した1症例―

*川瀬 智恵[1]、新保 千尋[1]、松元 良宏[2] (1. 恒心会おぐら病院リハビリテーション部、2. 鹿児島大学病院リハビリテーション科)

一般演題（口述） | 成人中枢神経

13:50 ~ 14:30 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-2] 口述2

座長:山田 隆治(隼人温泉病院)、堤 偉史(百年橋リハビリテーション病院)

13:50 ~ 14:00

[O-2-01] 特発性正常圧水頭症患者のシャント術後のTUG改善度に及ぼす要因の検討

*髙塚 翔太郎[1]、筑紫 和幸[1]、東 龍之介[1] (1. 熊本市民病院)

14:00 ~ 14:10

[O-2-02] 回復期脳卒中患者における麻痺側下肢細胞外水分比と日常生活活動との関連

*木須 達哉[1]、松下 武矢[1]、嶋田 賢[1]、佐藤 伸哉[1] (1. 一般社団法人是真会　長崎リハビリテーション病院　臨床部)

14:10 ~ 14:20

[O-2-03] 脳卒中後片麻痺患者における歩行速度および運動麻痺に基づくサブグループ分類と歩行時の運動学的特徴

*戸髙 良祐[1]、渡邉 唯我[1]、梶山 哲[1]、阿南 雅也[2] (1. 社会福祉法人　農協共済　別府リハビリテーションセンター、2. 大分大学　福祉健康科学部　理学療法コース)

14:20 ~ 14:30

[O-2-04] 回復期リハビリテーション病棟における初発脳卒中患者の歩行自立後の転倒要因について検討

*田川 恒平[1]、木須 達哉[1]、中山 研一[1]、萩野 裕樹[1]、松本 千賀子[1]、秦 千尋[1]、小川 健治[1] (1. 長崎リハビリテーション病院　臨床部)

一般演題（口述）|スポーツ・健康

14:40 ~ 15:10 | 第3会場（海峰：3F）

[O-3] 口述3

座長:綱 翔太郎(conditioning studio KAURA)

14:40 ~ 14:50

[O-3-01] 中高生アスリートにおけるハムストリングス肉離れの競技復帰時期と再発に関する検討

*白石 佳成[1]、田渕 俊紀[1] (1. 百武整形外科・スポーツクリニックリハビリテーション部)

14:50 ~ 15:00

[O-3-02] 術前%BWからみたQT ACLR術後の短期筋力の回復予測

*田渕 俊紀[1]、井手 智輝[1]、上原 博斗[1]、野中 咲希[1]、江頭 正英[1]、蒲原 悠汰[1]、立川 千紘[1]、西古 亨太[2] (1. 百武整形外科・スポーツクリニック リハビリテーション部、2. 百武整形外科・スポーツクリニック 整形外科)

15:00 ~ 15:10

[O-3-03] 中高生女子陸上短距離選手におけるシーズン前後の100m自己ベストタイム改善効果と関連要因の検討

*﨑田 美保[1]、久木崎 航[1,2]、今村 修[3]、河野 真和[4] (1. （株）未来図Labo、2. 熊本保健科学大学 保健科学部 リハビリテーション学科、3. 宮崎県立都城商業高校　保健体育科,宮崎県高体連陸上競技専門部長、4. 宮崎市立大淀中学校　保健体育科,宮崎市中体連陸上競技専門部長)

一般演題（口述）|呼吸・循環・代謝

14:40 ~ 15:10 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-4] 口述4

座長:吉永 龍史(嬉野医療センター)

14:40 ~ 14:50

[O-4-01] 医療・介護関連肺炎患者における入院関連機能障害と栄養・全身状態の関連

*松尾 涼平[1]、藤田 大輔[2] (1. 社会医療法人福西会　福西会病院、2. 福岡国際医療福祉大学　医療学部　理学療法学科)

14:50 ~ 15:00

[O-4-02] DIEP flap術後における理学療法士介入の役割ー周術期患者教育および段階的離床を通してー

*目島 さつき[1]、葛城 遼平[2] (1. 中頭病院　リハビリテーション部、2. 医学研究所北野病院　乳腺外科)

15:00 ~ 15:10

[O-4-03] 当院におけるRobotic MVP導入初期における離床状況と離床を阻害する要因の追加報告~MICS MVP群との比較～

*祖慶 竜一郎[1]、金城 功治[1]、崎浜 正吾[1]、山内 昭彦[2] (1. 友愛医療センター リハビリテーション科、2. 友愛医療センター 心臓血管外科)

一般演題（口述） | 小児・発達 / 骨関節・脊髄

15:20 ~ 16:10 | 第3会場（海峰：3F）

[O-5] 口述5

座長:岡澤 和哉(九州大学病院)、浪本 正晴(熊本託麻台リハビリテーション病院)

15:20 ~ 15:30

[O-5-01] 超低出生体重児における簡易的座位保持装置(牛乳パックチェア)の有効性

*原田 旭[1]、塩屋 雄一[1]、岩下 大志[1] (1. やまびこ医療福祉センター　リハビリテーション部)

15:30 ~ 15:40

[O-5-02] 特発性側弯症の角度変化からみた予後予測と悪化例の検討

*清武 昌也[1]、森山 秀一[1]、山田 秀大[2]、天児 芽実[1]、後藤 正宗[1]、佐藤 史穂[1] (1. 山田整形外科クリニック　リハビリテーション科、2. 山田整形外科クリニック　整形外科)

15:40 ~ 15:50

[O-5-03] 脛骨近位端偽関節に対する支柱付き膝サポーター介入により歩行安定性が改善した一例

*友岡 佑太[1,2]、田中 創[1,3]、梶原 康宏[1,3]、谷口 隆憲[4]、森 詩乃[5]、西上 智彦[2,6] (1. 福岡整形外科病院 リハビリテーション科、2. 県立広島大学 大学院 総合学術研究科 保健福祉学専攻、3. 福岡整形外科病院 臨床研究センター、4. 福岡国際医療福祉大学 医療学部 理学療法学科、5. 福岡整形外科病院 整形外科、6. 県立広島大学 保健福祉学部 保健福祉学科 理学療法学コース)

15:50 ~ 16:00

[O-5-04] 当院における脊椎椎体骨折入院患者の受傷機転と骨密度の関連について（第一報）

*小濱 泰斗[1]、山田 大輔[1]、岩城 孝輔[1]、谷口 ひかる[1]、海江田 光裕[2]、海江田 光祥[2] (1. 医療法人吉野会　はやと整形外科リハビリテーション部、2. 医療法人吉野会　はやと整形外科　整形外科)

16:00 ~ 16:10

[O-5-05] 末梢神経ラジオ波焼灼療法における術前伸展制限の有無が術後疼痛に及ぼす影響

*岡田 弦樹[1]、佐藤 永梨[1]、寺岡 朋香[1]、松下 宗矢[1]、上田 玲巳[1]、城内 若菜[1]、林田 実[2] (1. 成尾整形外科病院 リハビリテーション科、2. 成尾整形外科病院　整形外科)

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄

15:20 ~ 16:10 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-6] 口述6

座長:指宿 勝巳(霧島杉安病院)、奈須 勇樹(九州大学病院)

15:20 ~ 15:30

[O-6-01] 人工膝関節全置換術における術前疼痛の潜在的因子と術後疼痛の改善度，及び到達度との関連

*松田 友秋[1,2]、矢野 剛士[1]、獅子目 亨[3]、加藤 浩[2] (1. 獅子目整形外科病院　リハビリテーション部、2. 山形県立保健医療大学大学院　保健医療学研究科保健医療学専攻 博士後期課程 理学療法学分野、3. 獅子目整形外科病院　整形外科)

15:30 ~ 15:40

[O-6-02] 前足部の肢位が足底腱膜の腱厚に与える変化について

*山田 大輔[1]、新保 千尋[2]、海江田 光祥[3]、小濵 泰斗[1]、谷口 ひかる[1] (1. 医療法人吉野会　はやと整形外科　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部、3. 医療法人吉野会　はやと整形外科 整形外科)

15:40 ~ 15:50

[O-6-03] 人工膝関節全置換術前後での足部アライメントの変化

*牟田 宏平[1]、堀之内 一輝[1]、寺谷 威[2]、宇藤 一光[2] (1. 整形外科押領司病院　リハビリテーション部、2. 整形外科押領司病院　整形外科)

15:50 ~ 16:00

[O-6-04] ロボティックアーム手術支援システム導入前後における人工股関節全置換術の身体機能と患者満足度の比較

*中道 雄輔[1]、下田 啓介[1] (1. 米盛病院　リハビリテーション部)

16:00 ~ 16:10

[O-6-05] 末期変形性股関節症患者における脊柱アライメント異常と股関節機能および身体機能との関連

*大段 喬[1]、田中 創[1,2]、村上 剛史[3]、松田 匡弘[3]、徳永 真巳[3] (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. 福岡整形外科病院 整形外科)

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション

16:20 ~ 17:00 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-7] 口述7

座長:新地 昭彦(潤和会記念病院)、丸山 元大(キラメキテラスヘルスケアホスピタル)

16:20 ~ 16:30

[O-7-01] 地域在住高齢者における運動習慣と生活機能との関連 ―基本チェックリスト各領域に着目した横断研究―

*酒井 祥平[1] (1. 医療法人伴帥会　愛野記念病院)

16:30 ~ 16:40

[O-7-02] 地域在住要支援高齢者の生活空間に関連する因子の検討－探索的横断研究－

*保坂 公大[1,2]、内之浦 真士[1]、西村 政次郎[1]、大田尾 浩[3]、柴田 元[1] (1. 医療法人かぶとやま会　久留米リハビリテーション病院、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. 西九州大学　リハビリテーション学部)

16:40 ~ 16:50

[O-7-03] 要支援者の「活動の途切れ」に対する理学療法士の役割
－地域ケア会議における難渋事例の分析と対応－

*長田 達寛[1] (1. 介護老人保健施設　サンフローラみやざき)

16:50 ~ 17:00

[O-7-04] 期間限定の在宅復帰を見据えた支援により在宅療養に至った重度片麻痺症例

*河埜 壮馬[1]、黒木 裕亮[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（口述）| 調査・統計

17:10 ~ 18:00 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-8] 口述8

座長:安村 大拙(那覇市立病院)、杉木 優一郎(かごしま高岡病院)

17:10 ~ 17:20

[O-8-01] 回復期脳梗塞患者における入院時評価を用いた在宅復帰予測モデルの構築

*鐵見 竜司[1]、新島 剛[2] (1. 済生会八幡総合病院、2. 関西中央福祉会　平成リハビリテーション専門学校　理学療法学科学科長)

17:20 ~ 17:30

[O-8-02] 情報過多社会における理学療法士の学習変容と職能団体の役割－アーカイブ配信導入実績と学習意識調査から－

*長友 春佳[1,2]、中原 寿志[1,3]、黒木 裕亮[1,3]、松澤 雄太[1,4] (1. 宮崎県理学療法士会 学術局、2. 潤和会記念病院、3. 宮永病院、4. 都城リハビリテーション学院)

17:30 ~ 17:40

[O-8-03] 股関節伸展可動域における筋性制限因子の寄与度分析 ―L8直交表を用いた実験計画法による検討―

*大平 高正[1]、奥村 晃司[2]、羽田 清貴[2]、岡本 雄嗣[3]、枝村 和也[4]、阿部 稔[5]、甲下 修士[6]、牟田口 瞬[8]、穴見 圭汰朗[7]、山田 桂輔[9]、片岡 維新[10] (1. 訪問看護リハステーション大分駅南、2. 社会医療法人玄真堂　かわしまクリニック　リハビリテーション科、3. 医療法人源算会　猿渡整形外科スポーツリハクリニック　リハビリテーション科、4. 医療法人平成会　サンライズ酒井病院　リハビリテーション科、5. 特定医療法人社団春日会　黒木記念病院　リハビリテーション部、6. 独立行政法人　国立病院機構大分医療センター　リハビリテーション科、7. 国立大学法人　大分大学医学部附属病院　リハビリテーション部、8. わたなべ整形外科クリニック　リハビリテーション部、9. 医療法人聡明会　児玉病院リハビリテーション科、10. 医療法人平成会　介護老人保健施設サンライズ・ビュー　リハビリテーション部)

17:40 ~ 17:50

[O-8-04] 脊椎椎体骨折患者におけるModified Falls Efficacy Scaleと在院日数および身体機能との関連について

*土田 早紀[1]、新保 千尋[1]、遠藤 翔[1]、永濱 智美[1]、榎畑 純二[1] (1. 恒心会おぐら病院　リハビリテーション部)

17:50 ~ 18:00

[O-8-05] 回復期リハビリテーション病棟に入棟した大腿骨近位部骨折術後患者の歩行形態に関わる因子の検討

*西山 裕太[1]、野口 雄平[1]、長谷川 隆史[1] (1. 医療法人和仁会　和仁会病院リハビリテーション科)

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)

特別講演

📅2026年11月14日(土) 10:20 ~ 11:50 | 🏛第1会場（天瑞：4F）

[SL] 特別講演

座長：松田 友秋（獅子目整形外科病院）

「未来への躍進」のためのプロフェッショナリズム

加藤浩（山形県立保健医療大学）

10:20 ~ 11:50

[特別講演]「未来への躍進」のためのプロフェッショナリズム

加藤 浩 (山形県立保健医療大学大学院)

特別講演

2026年11月14日（土）10:20 ~ 11:50｜第1会場（天瑞：4F）

特別講演

座長：松田 友秋（獅子目整形外科病院）



［講師紹介］

加藤 浩（カトウ ヒロシ）

山形県立保健医療大学大学院

［職歴］

2023年　山形県立保健医療大学大学院　研究科長（現在に至る）
2020年　山形県立保健医療大学保健医療学部理学療法学科　学科長　教授（～2022年3月まで）
2014年　九州看護福祉大学大学院看護福祉学研究科健康支援科学専攻　専攻長（～2018年3月まで）
2008年　九州看護福祉大学看護福祉学部リハビリテーション学科　教授
2003年　吉備国際大学保健科学部理学療法学科　助教授
1991年　九州大学医学部附属病院リハビリテーション部　入職

［学歴］

2004年　広島大学大学院医学系研究科保健学専攻博士課程後期修了　博士（保健学）
1991年　国立療養所福岡東病院附属リハビリテーション学院　理学療法学科　卒業

［主な資格］

専門理学療法士（運動器）

［業績］

1. Koichi Moriguchi, Kuniaki Moridera, Tomoki Noguchi, Nariyuki Mura, Toshiaki Sato, Hiroshi Katoh: Latent Factor Structure of Dynamic Postural Control and Ankle Mobility in Young Female Volleyball Players During Single-Leg Tasks: A Pilot Study. *J. Funct. Morphol. Kinesiol.* **2026**, *11(3)*, 264. https://doi.org/10.3390/jfmk11030264
2. Yuki Nasu, Satoshi Hamai, Tsutomu Fujita, Kazuya Okazawa, Tomoaki Tanaka, Kenichi Kawaguchi, Yasuharu Nakashima, Nariyuki Mura, Toshiaki Sato, Hiroshi Katoh: Factor Analysis of Gait Parameters and Patient-Reported Outcome Measures in Women with Hip Osteoarthritis: A Pilot Study. *Biomechanics*. **2026**, *6(2)*, 49. https://doi.org/10.3390/biomechanics6020049
3. Masayoshi Sonoda, Hiroshi Katoh: Characteristics of Temporal Changes in Mechanical Energy Flow among Lower-Limb Segments during Walking with Knee Extension Restriction. *Clinical and Health Sciences Journal*. **2026**, *1*, 7–13. https://www.chs-journal.jp/pdf/no01_02.pdf
4. Ryosuke Karashima, Shintaro Kishimoto, Takuya Ibara, Kiyotaka Hada, Tatsuo Motoyama, Masayuki Kawashima, Yusuke Murofushi, Hiroshi Katoh: Effects of Weight-Bearing-Induced Changes in Tibial Inclination Angle on Varus Thrust During Gait in Female Patients with Knee Osteoarthritis. *Biomechanics*. **2025**, *5(4)*, 98. https://doi.org/10.3390/biomechanics5040098
5. Tomoaki Matsuda, Junichi Watanabe, Tasuku Sotokawa, Toru Shishime, Hiroshi Katoh: Estimation of the External Knee Adduction Moment Using Inertial Measurement Unit Sensors on the Shank and Lower Back: A Pilot Study. *J. Funct. Morphol. Kinesiol.* **2025**, *10(3)*, 356. https://doi.org/10.3390/jfmk10030356

6. Kazuya Okazawa, Satoshi Hamai, Tsutomu Fujita, Yuki Nasu, Shinya Kawahara, Shinya Kawahara, Shinya Kawahara, Yasuharu Nakashima, Hitoshi Ishikawa, Hiromi Fujii, Hiroshi Katoh: The Relationship Between Driving Performance and Lower Limb Motor Function After Total Knee Arthroplasty Using a Driving Simulator: A Pilot Study on Elucidating Factors Influencing Accelerator and Brake Operations. *Life*. **2025**, *15(5)*, 768. https://doi.org/10.3390/life15050768
7. Taiki Morikawa, Nariyuki Mura, Toshiaki Sato, Hiroshi Katoh: Validity of the estimated angular information obtained using an inertial motion capture system during standing trunk forward and backward bending. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. **2024**, *16(1)*, 154. https://doi org/ 10.1186/s13102-024-00942-1.
8. Takeshi Shimamura, Hitoshi Ishikawa, Hiromi Fujii, Hiroshi Katoh: Smoothness Evaluation Indices during Sit-to-Stand-to-Sit Motions in Healthy Older Females and after Hip Fracture Using an Accelerometer: A Pilot Study. *Geriatrics*. **2023**, *8(5)*, 98. https://doi.org/10.3390/geriatrics8050098
9. Chihiro Niibo, Ryouta Nagahama, Hidefumi Fukuda, Hiroshi Katoh: Influence of Kyphosis Posture on Lower Extremity Joint Moment Power during Walking. *Asian J of Human Services*. **2023**, 25, 217–224. https://doi.org/10.14391/ajhs.25.217

[主な社会活動]

一般社団法人日本運動器理学療法学会，副理事長 （～2026年6月）
運動器理学療法学編集委員会，副編集長（～2026年6月）
第10回日本運動器理学療法学会学術大会　大会長（2022年9月）
日本理学療法士協会, 認定試験委員会 委員（～2022年3月）

[特許]

2010年　計測精度を高めた新しい関節角度計（特願：2010-245518）
2009年　歩行能力の改善を目的とした筋力トレーニング機器（特願：2009-092646）
2006年　身体動作能力の質を定量化するシステム装置（特願：2006-021691）

[受賞歴]

2024年　公立大学法人山形県立保健医療大学教員業績評価最優秀者
2023年　公立大学法人山形県立保健医療大学教員業績評価最優秀者
2021年　公立大学法人山形県立保健医療大学教員業績評価最優秀者
2013年　経済産業省　第5回ものづくり日本大賞（中国経済産業局長賞）受賞．
臨床普及型の表面筋電図解析評価システム「EMGマスター」の開発製造
2005年　第27回石本デサントスポーツ科学振興財団自由研究課題　優秀入選
原著：wavelet表面筋電図周波数解析を用いた歩行時の質的筋活動分析．デサントスポーツ科学27: 56-65, 2006
2001年　第12回理学療法ジャーナル賞　準入賞（医学書院)
原著：短時間フーリエ変換を用いた歩行時中殿筋の量・質的評価の試み－健常者と変形性股関節症患者の時間周波数特性－．PTジャーナル34: 53-59, 2000

[研究室URL]

https://researchmap.jp/hkato_sopt

特別講演

2026年11月14日（土）10:20 ~ 11:50｜第1会場（天瑞：4F）

特別講演

座長：松田 友秋（獅子目整形外科病院）

「未来への躍進」のためのプロフェッショナリズム

加藤 浩（山形県立保健医療大学大学院）

私は理学療法士として臨床現場で12年間勤務した後，教育・研究の道へ進み，本年で24年目を迎えました．これまで臨床・教育・研究という異なる立場で活動してきましたが，一貫して大切にしてきたものがあります．それは「志」です．中国・三国時代の諸葛孔明は，「志がなければ学問の完成はない」と説きました．この言葉に触れたとき，私は「学問」を「理学療法学」と置き換えて考えました．そして，理学療法学を発展させるためには，確かな志を持ち続けることが不可欠であると強く感じました．以来，「志」は私自身の仕事の原動力となり，臨床，教育，研究のあらゆる場面で判断の軸となってきました．

本講演では，その志の一つである「プロフェッショナリズム」について考えてみたいと思います．プロフェッショナル（Professional）の語源は，Progress（前進する）とfession（話す）からきています．つまり，プロフェッショナルとは，一歩前に出て，人前で自分の意見を述べることが出来る人という意味です．まさに，本学会で発表される先生方は皆さん，プロフェッショナルと言えるでしょう．この言葉には，専門的知識や技術を有するだけではなく，自ら一歩前へ踏み出し，自身の考えや成果を社会へ発信し，新たな価値を創造していくという意味が含まれているのです．その第一歩が「情報発信」です．

私は若い頃，臨床疑問を解決するために論文を読み続け，情報を集めることに力を注いでいました．そのようなある日，上司から「加藤君，そんなに情報が欲しいですか？」と尋ねられました．私は迷うことなく「はい，欲しいです」と答えました．するとその上司は，「それなら良い方法がありますよ．情報を探すのではなく，あなた自身が研究を情報として世に発信することです．学会で発表しなさい」と助言してくださいました．さらに，「情報を発信すれば，その研究に関連する情報も，人も，自然とあなたの周りに集まってきます」と続けられました．当時の私は，必要な情報は自分で探し集めるものと考えていたため，情報を得るために，まず自分が発信するという逆転の発想に，大きな衝撃を受けました．まさに目から鱗が落ちるような経験であり，この言葉は，その後の私の研究活動の原点となりました．それ以来，私は研究発表という形で継続的に情報発信を行ってきました．学会発表や論文発表を継続する中で，多くの研究者や専門職との出会いが生まれ，理学療法という枠を超えた学際的な研究へと発展していきました．

理学療法を取り巻く環境は大きく変化し，今後は従来以上に学際的視点と社会への情報発信が求められる時代となるでしょう．本講演では，私自身の経験をもとに，未来を切り拓く理学療法士に必要なプロフェッショナリズムとは何か，そして「志」を持ち続けることが未来への躍進につながることについて，参加者の皆様とともに考えたいと思います．

志　一　　理学療法の「理念」を明確にしよう！（何のために? 誰のために?）」
志　二　　プロフェッショナル（Professional）としての「誇り」を高く持とう！
志　三　　理学療法士としての「責任」を持とう！
志　四　　理学療法の「夢」を持ち続けよう！（10 年先のVision を持とう！）
志　五　　失敗を恐れるな！（怖いのは失敗を恐れて何もしないことだ！）
志　六　　臨床的感性（直感）を大切にしよう！（“select”から“choice”へ）
志　七　　磨かれた臨床的感性を科学的に表現できる力を持とう！
志　八　　研究は手段であり目的ではない！（目標なき研究は，発展・継続しない）
志　九　　やる前から無理だと諦めるな！まずは何事もやってみる勇気を持とう！
志　十　　100%完璧な理学療法を行うことは無理だろう．
　　しかし，100%を目指した理学療法を行うことは絶対出来るはずだ！
志　十一　　業務（流れ作業）ではなく仕事（クリエイティブ）を楽しもう！

九州の理学療法士の皆さんへ

理学療法士としての“夢”を持ち続けてください．そして，皆さん，一人一人が，自らの考えや成果を社会へ発信し続けて下さい．必ず，その発信を見ている人がいます．未来（夢）へ歩み続ける中で，日々の臨床に行き詰まることもあるでしょう．そのような時は，今日，皆さんが抱いた「志」を思い出して下さい．そして，再び，一歩ずつ前へ進んで下さい．そうすれば，10年後，必ずやそこには“美しい花（臨床に資する優れた研究と高度な臨床技術）”が咲いているはずです．

教育講演

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 14:30 | 第1会場（天瑞：4F）

[EL-1] 教育講演1（内部障害）

座長：中尾 周平（鹿児島大学病院）

内部障害領域における“予後を見据えたリハ戦略” ～未来をつくる初期介入～

花田 智（都城市郡医師会病院）

13:00 ~ 14:30

[教育講演1（内部障害）] 内部障害領域における“予後を見据えたリハ戦略”
～未来をつくる初期介入～

花田 智 (都城市郡医師会病院)

教育講演１（内部障害）

2026年11月14日（土）13:00～14:30｜第1会場（天瑞：4F）

教育講演１（内部障害）

座長：中尾 周平（鹿児島大学病院）



［講師紹介］

花田 智（ハナダ サトル）

都城市郡医師会病院

［職歴］

2002年：古賀総合病院　入職

2007年：宮崎大学医学部附属病院　入職

2008年：藤元中央病院　入職

2013年：都城市郡医師会病院　入職　現在に至る

［学歴］

2002年：川崎医療福祉大学医療技術学部 リハビリテーション学科 理学療法専攻卒業

2012年：千葉大学大学院工学研究科（後期課程）人工システム科学専攻 メディカルシステムコース卒業

［主な資格］

日本心臓リハビリテーション学会上級心臓リハビリテーション指導士

日本集中治療医学会認定集中治療理学療法士

日本理学療法士協会専門理学療法士（心血管）

心不全療養指導士

［主な業績］

・Hanada S, et al. Etiology-specific predictors for short-term functional outcomes of OHCA: A Japanese Nationwide registry study, AJEM;2026:106;90-95

・Hanada S, et al.Changes in walking speed 6 months after discharge may be more sensitive to subsequent prognosis than handgrip strength in patients hospitalized for heart failure.IJC;2024:400;131778

［主な社会活動］

2018年～　日本心臓リハビリテーション学会評議員

2021年～　宮崎県理学療法士会　理事

2021～22, 24～　日本循環器理学療法学会　理事

［主な受賞歴］

2026年　第90回日本循環器学会メディカルスタッフ賞審査講演会【検査・治療部門】　優秀賞

2024年　第30回日本心臓リハビリテーション学会学術集会　優秀演題賞

2020年　8th Asian Preventive Cardiology & Cardiac Rehabilitation Conference Best Paper Award (for Cardiac Rehabilitation)　他

教育講演１（内部障害）
2026年11月14日（土）13:00 ~ 14:30｜第1会場（天瑞：4F）
教育講演１（内部障害）
座長：中尾 周平（鹿児島大学病院）

内部障害領域における“予後を見据えたリハ戦略”
～未来をつくる初期介入～

花田 智（都城市郡医師会病院）

近年のレジストリでは，対象年齢が80歳を超えてきており，高齢化社会がさらに進行している．それに伴い，循環器，呼吸器，腎臓など内部障害領域の併存症を有する方の割合も増加し，内部障害は誰しもが関わる領域となってきていることを皆さんも肌感覚としてお持ちではないだろうか？さらに，病院機能が分化され，入院期間の短縮化が進んでいるいることから，我々理学療法士にはリスク管理も行いつつ，短期間で「予後を見据えた介入」に取り組むことが求められている．このように，高齢かつ複雑化した患者像に対しては，以前のように「とりあえず有酸素運動を行えば良い」といったステレオタイプの理学療法では対応できない時代になっている．このような多様性に富んだ疾患像に対して，個別性を持った介入をどのように行っていくのか，どのように情報を整理していくのかが重要である．そこで，本講演では，１）内部障害に対するリスク管理，２）リスク管理を踏まえた運動療法介入，３）目標設定型アプローチ，４）地域へ繋ぐための連携の実践の流れ，以上4項目を中心に「予後を見据えたリハ戦略”ー未来をつくる初期介入ー」について講演させていただこうと思う．

１）については，演者は，普段循環器領域に携わることが多いため，循環器疾患から見た各疾患との関連性を中心に介入する上でのリスク管理するポイントについて説明をしたい．

２）,3）については，急性期でどのような目標が有効で，どのようにプランニングしていくのか，その際の注意点などを講演したい．

４）は，急性期から回復期以降どのような連携を進めていくのか，我々が実際に取り組んでいる活動について紹介をさせていただきたいと思う．

当日は，心不全を中心に我々の施設や本邦発出のデータをお示ししながら，内部障害におけるリアルワールドを皆さんと共有していくことで，受講生の皆さんの中に1人でも多く方に「内部障害に関わることの面白さ」，その魅力に触れてもらえる時間を提供できればと思う．

教育講演

2026年11月14日(土) 14:40 ~ 16:10 | 第1会場（天瑞：4F）

[EL-2] 教育講演2（神経系）

座長：黒木 裕亮（宮永病院）

脳卒中後の歩行調整障害をどう捉え、どう変えるか ～未来への歩行再建を考える～

西 祐樹（長崎大学 生命医科学域 ［保健学系］、畿央大学 ニューロリハビリテーション研究センター）

14:40 ~ 16:10

[教育講演2（神経系）] 脳卒中後の歩行調整障害をどう捉え、どう変えるか ～未来への歩行再建を考える～

西 祐樹 (長崎大学 生命医科学域［保健学系］、畿央大学 ニューロリハビリテーション研究センター)

教育講演２（神経系）

2026年11月14日（土） 14:40 ~ 16:10｜第1会場（天瑞：4F）

教育講演２（神経系）

座長：黒木 裕亮（宮永病院）



[講師紹介]

西 祐樹（ニシ ユウキ）

長崎大学 生命医科学域（保健学系）
畿央大学 ニューロリハビリテーション研究センター

[職歴]

2017年　医療法人友紘会西大和リハビリテーション病院リハビリテーション部入職
2022年　畿央大学大学院健康科学研究科　客員研究員
2022年　長崎大学生命医科学域（保健学系）（現職）

[学歴]

2015年　長崎大学医学部保健学科理学療法学専攻　卒業
2021年　畿央大学大学院健康科学研究科　博士課程修了（健康科学博士）

[主な資格]

専門理学療法士（神経）

[業績]

・Nishi Y, Ikuno K, Minamikawa Y, Osumi M, Morioka S: Tailored transcutaneous electrical nerve stimulation improves dysesthesia in individuals with spinal cord injury: A randomized N-of-1 trial. The Journal of Spinal Cord Medicine, 1-10, 2025.
・Nishi Y, Fujii S, Ikuno K, Terasawa Y, Morioka S: Adjustability of gait speed in clinics and free-living environments in people with Parkinson’s disease. Journal of Movement Disorders, 17(4):416-424, 2024.
・Nishi Y, Ikuno K, Takamura Y, Minamikawa Y, Morioka S: Modeling the Heterogeneity of Post-Stroke Gait Control in Free-Living Environments Using a Personalized Causal Network. IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering, 32:3522-3530, 2024.

[主な社会活動]

一般社団法人 日本ペインリハビリテーション学会, 代議員
日本基礎理学療法学会, 広報・渉外部
日本物理療法学会, 国際渉外部

教育講演２（神経系）
2026年11月14日（土）14:40 ~ 16:10｜第1会場（天瑞：4F）
教育講演２（神経系）
座長：黒木 裕亮（宮永病院）

脳卒中後の歩行調整障害をどう捉え、どう変えるか
～未来への歩行再建を考える～

西 祐樹（長崎大学 生命医科学域［保健学系］，畿央大学 ニューロリハビリテーション研究センター）

脳卒中後の歩行障害は，麻痺側下肢機能の低下，感覚障害，姿勢制御障害などを背景として，歩行速度の低下，歩幅の短縮，左右非対称性，歩行変動性の増大として表出する．これらは転倒リスクを高め，ADLやQOLの低下に直結する重要な問題である．従来，臨床では10m歩行試験，2分間歩行試験，6分間歩行試験などの標準化された歩行評価が用いられ，一定条件下における歩行能力，すなわちCapacityの把握や，回復過程および介入効果の判定に大きな役割を果たしてきた．一方で，臨床場面ではしばしば，評価室やリハビリテーション室では安定して歩行できるにもかかわらず，病棟や自宅では転倒する，あるいは外来では歩きやすいが生活場面では思うように歩けない，といったCapacityとPerformanceの乖離に直面する．リハビリテーションは，平坦で整備された空間，明確な課題設定，医療従事者による見守りや介助が存在する比較的安定した環境で実施される．これに対して，自由生活環境では，床面，障害物，時間的制約，周囲の人の動き，疲労，注意負荷，心理的緊張などが複雑に変化する．そこでは歩行は単なる移動能力ではなく，多様な目的や文脈の中で遂行される生活行為である．この乖離は，脳卒中後の歩行障害を，一定条件下における歩行能力の低下としてのみ捉えることの限界を示している．

近年，自由生活環境における歩行速度には，主に二つの選好速度が存在することが示されている．比較的低い速度は，認知負荷が高い状況，狭い空間，周囲への注意を要する場面での歩行に対応し，比較的高い速度は，特定の目的地へ向かう場面や広い空間での歩行に対応すると考えられる．すなわち，生活場面における歩行速度は単に速いか遅いかではなく，環境や目的に応じて選択される適応的な運動戦略である．本講演では，このような環境や文脈に応じた歩行速度をはじめとした歩行戦略の適応が十分に行えない状態を「歩行調整障害」として位置づける．同じ歩行速度の低下を示す症例であっても，速度を高める際に歩幅を十分に拡大できずケイデンスに依存しているのか，安定性を確保するために速度を抑制しているのか，あるいは二重課題や疲労によって歩行の規則性が崩れやすいのかによって，背景にある制御戦略は異なる．したがって，脳卒中後歩行を理解するためには，代表値としての歩行能力だけでなく，条件変化に対する応答，代償戦略の特徴，歩行が破綻する文脈を読み解く必要がある．

歩行調整障害を捉えることは，介入方針の個別化にも直結する．速度変化に伴う歩幅とケイデンスの調整，方向転換時の支持性と身体方向の制御，疲労に伴う歩行変動性の変化などを観察することで，どの要素を治療課題として扱うべきかが明確になる．重要なのは，個々の症例がどの条件で歩行を変化させにくいのか，どの代償に依存して歩行を成立させているのか，どの文脈で歩行が破綻するのかを踏まえ，評価と介入を連続的に設計することであると考えられる．本講演では，自験例を交えながら，脳卒中後歩行におけるCapacityとPerformanceの乖離を手がかりに，歩行調整障害を環境，課題，身体機能，心理的文脈との相互作用から整理し，個別化されたリハビリテーションへ接続する視点について考えていきたい．

シンポジウム

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:50 | 第1会場（天瑞：4F）

[Sym] シンポジウム（運動器）

座長：遠矢 拓己（なかむら整形外科クリニック），矢野 剛士（獅子目整形外科病院）

運動器理学療法「躍進」のためのケーススタディ
田中 創（福岡整形外科病院 臨床研究センター）
奥村 晃司（社会医療法人玄真堂　かわしまクリニック）
多々良 大輔（switch physio｜株式会社 オンボーディング）

16:20 ~ 16:40

[シンポジウム1] 運動器理学療法「躍進」のためのケーススタディ
ケーススタディを通して再考する運動器理学療法の臨床推論

田中 創 (福岡整形外科病院 臨床研究センター，福岡整形外科病院 リハビリテーション科，愛知医科大学 医学部 疼痛医学講座)

16:40 ~ 17:00

[シンポジウム2] 運動器理学療法「躍進」のためのケーススタディ
経験を言葉に、言葉を次の臨床へ
―変形性股関節症のケーススタディから考える臨床推論―

奥村 晃司 (社会医療法人玄真堂 かわしまクリニック)

17:00 ~ 17:20

[シンポジウム3] 運動器理学療法「躍進」のためのケーススタディ
腰痛に対する理学療法の解像度を上げる
―ケーススタディから学ぶ実践知―

多々良 大輔 (switch physio｜株式会社 オンボーディング)

シンポジウム（運動器）

2026年11月14日（土） 16:20 ~ 17:50｜第1会場（天瑞：4F）

シンポジウム（運動器）

座長：遠矢 拓己（なかむら整形外科クリニック），矢野 剛士（獅子目整形外科病院）



［講師紹介］

田中 創（タナカ ソウ）

福岡整形外科病院 臨床研究センター
福岡整形外科病院 リハビリテーション科
愛知医科大学 医学部 疼痛医学講座

［職歴］

2003年4月 副島整形外科病院 リハビリテーション科 入職
2013年1月 九州医療スポーツ専門学校・付属クリニック 入職
2019年4月 福岡整形外科病院 リハビリテーション科 入職
2022年4月 愛知医科大学 医学部 疼痛医学講座 研究員
2024年3月 福岡整形外科病院 臨床研究センター 研究員（兼任）

［学歴］

2003年3月 西日本リハビリテーション学院 理学療法学科 卒業
2018年3月 畿央大学大学院 健康科学研究科 修士課程 修了
2022年3月 愛知医科大学大学院 医学研究科 博士課程 修了

［主な資格］

理学療法士，専門理学療法士（運動器），博士（医学）

［業績］

・Tanaka S, et al. Sex Differences in Preoperative Pain Intensity Among Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty: A Propensity Score–Matched Cross-Sectional Study. Osteoarthritis Cartilage. 2026;34(5),707-715.
・Tanaka S, et al. “But it feels swollen!”: the frequency and clinical characteristics of people with knee osteoarthritis who report subjective knee swelling in the absence of objective swelling. PAIN Reports. 2021;6(4), e971.
・Tanaka S, et al. Identifying participants with knee osteoarthritis likely to benefit from physical therapy education and exercise: A hypothesis-generating study. Eur J Pain. 2021;25(2),485-496.

ResearchMap: https://researchmap.jp/loose_no_6

［主な社会活動］

日本運動器理学療法学会（理事）　日本理学療法士協会（代議員）
日本疼痛学会（代議員）　日本運動器疼痛学会（代議員）
日本ペインリハビリテーション学会（代議員）

［受賞歴］

第28回 日本ペインリハビリテーション学会学術大会 最優秀賞
第32回 福岡県理学療法士学会 優秀賞
第12回 日本リハビリテーション栄養学会学術集会 最優秀賞
第6回 日本運動器理学療法学会 大会長賞

シンポジウム（運動器）

2026年11月14日（土） 16:20 ~ 17:50｜第1会場（天瑞：4F）

シンポジウム（運動器）

座長：遠矢 拓己（なかむら整形外科クリニック），矢野 剛士（獅子目整形外科病院）

運動器理学療法「躍進」のためのケーススタディ
ケーススタディを通して再考する運動器理学療法の臨床推論

田中 創（福岡整形外科病院 臨床研究センター，福岡整形外科病院 リハビリテーション科，愛知医科大学 医学部 疼痛医学講座）

運動器理学療法におけるケーススタディは，単なる症例報告ではなく，個々の患者が呈する多面的な問題を統合的に理解し，臨床推論を深化させる重要な営みである．近年，エビデンスに基づく理学療法 (Evidence-Based Practice: EBP) の重要性が強調されている一方で，実際の臨床では，単一の病態や評価指標のみでは説明できない複雑な症例に遭遇することが少なくない．

特に運動器疾患では，構造的病態のみならず，疼痛メカニズム，身体機能，心理社会的因子，生活環境などが相互に影響し合うため，個別性を踏まえた統合的視点が求められる．ケーススタディは，こうした複雑性を可視化し，「なぜこの患者にこの問題が生じているのか」，「どのような評価・介入が必要なのか」を臨床推論として整理できる点に意義がある．

また，ケーススタディは，臨床で得られた実践知を共有し，新たな研究課題や仮説生成につながる重要な役割も担う．特に近年では，疼痛科学やバイオメカニクス，心理社会的評価など多面的評価が進む中で，症例を通じて病態理解を深める重要性はさらに高まっている．

本シンポジウムでは，運動器疾患に対する理学療法実践を例に，疼痛・機能・病態をどのように統合して臨床推論を行うのか，またケーススタディを通して理学療法実践をどのように深化させるかについて議論したい．

シンポジウム（運動器）

2026年11月14日（土）16:20 ~ 17:50｜第1会場（天瑞：4F）

シンポジウム（運動器）

座長：遠矢 拓己（なかむら整形外科クリニック），矢野 剛士（獅子目整形外科病院）



［講師紹介］

奥村 晃司（オクムラ コウジ）

社会医療法人玄真堂 かわしまクリニック

［職歴］

2000年4月　医療法人玄真堂　川嶌整形外科病院リハビリテーション科　入職
2001年3月　医療法人玄真堂　かわしまクリニックリハビリテーション科　異動
2006年3月　医療法人玄真堂　川嶌整形外科病院リハビリテーション科　異動
2013年4月　社会医療法人玄真堂　川嶌整形外科病院リハビリテーション科　主任
2016年4月　社会医療法人玄真堂　川嶌整形外科病院リハビリテーション部　病院リハビリテーション科科長
2023年4月　社会医療法人玄真堂　川嶌整形外科病院リハビリテーション部　統括科長
2023年5月　社会医療法人玄真堂　かわしまクリニックリハビリテーション科　異動

［学歴］

2000年3月　聖十字会　西日本リハビリテーション学院卒業
2006年4月　広島大学大学院　保健学研究科保健学専攻　博士課程前期　入学
2008年3月　広島大学大学院　保健学研究科保健学専攻　博士課程前期　修了　保健学修士

［主な資格］

保健学修士
日本理学療法士協会　専門理学療法士（運動器，スポーツ）

［業績］

【主な単・編著】

1）吉尾雅春(監)，福井勉(編)：標準理学療法学 [専門分野] 運動療法学 総論第5版：基本的運動療法 関節可動域運動：146-161．医学書院，2023
2）対馬栄輝(編)：人工股関節全置換術後の理学療法　明日の臨床を変える　Art & Science：股関節機能の評価：60-77．文光堂，2020
3）福井勉(編)：理学療法NAVI　エキスパート直伝　運動器の機能破綻はこう診てこう治す：骨盤側方swayを大きくする股関節症における治療効果を判定する重要な症候：15〜32．医学書院，2019
4）有馬慶美，三宮克彦，他(編)：実践編　ケースで学ぶ　理学療法　臨床思考　第2版：第1章　骨関節障害理学療法　変形性股関節症：44-57．文光堂，2019
5）永井聡，対馬栄輝(編)：股関節理学療法マネジメント　機能障害の原因を探るための臨床思考を紐解く：股関節の不安定性：229〜247．MEDICALVIEW，2018
6）福井勉(編)：新ブラッシュアップ理学療法　– 新たな技術を創造する臨床家８８の挑戦：歩行動作改善に対する骨盤側方運動の一視点：160〜163．株式会社ヒューマン・プレス，2017
7）福井勉(編)：ブラッシュアップ理学療法　88の知が生み出す臨床技術：股関節屈曲・伸展運動の機能的可動性を改善させる：211-214．三輪書店，2017

8）対馬栄輝(編)：筋骨格系理学療法を見直す　はじめに技術ありきの現状からどう新展開するか：運動学と理学療法の結びつきを見直すヒント：文光堂，2011
9）嶋田智明，他(編)：実践MOOK・理学療法プラクティス　変形性関節症　何を考え,どう対処するか：変形性股関節症の保存療法・手術療法：201～212．文光堂，2008

【筆頭論文・共著論文】

1）奥村晃司：視覚ベースの動作解析・評価　股関節　変形性股関節症保存療法の歩行動作介入例．PTジャーナル 59：379-382．医学書院，2025
2）奥村晃司：アライメントからみた股関節のスポーツ傷害と理学療法．理学療法 32：415-422．メディカルプレス，2015
3）奥村晃司：変形性股関節症の理学療法の工夫　治療方針と理学療法評価法・治療の一視点．PTジャーナル 48：615-623．医学書院，2014
4）奥村晃司：中高年の股関節の痛み　歩行時の股関節痛に対するアプローチ．臨床スポーツ医学 31：190-196．文光堂，2014
5）奥村晃司：変形性股関節症患者の歩行障害に対する教示法の実際．理学療法 26：1456-1467，メディカルプレス，2009
6）奥村晃司：変形性股関節症の保存的療法としての運動療法．Monthly Book MEDICAL REHABILITATION 80：15-24，全日本病院出版会，2007

シンポジウム（運動器）
2026年11月14日（土）16:20 ~ 17:50｜第1会場（天瑞：4F）
シンポジウム（運動器）
座長：遠矢 拓己（なかむら整形外科クリニック），矢野 剛士（獅子目整形外科病院）

運動器理学療法「躍進」のためのケーススタディ
経験を言葉に、言葉を次の臨床へ
―変形性股関節症のケーススタディから考える臨床推論―

奥村 晃司（社会医療法人玄真堂 かわしまクリニック）

日々の臨床では，これまで学んで得た知識だけでは解決できない患者に出会うことがある．評価結果から問題点を抽出し，病態を推論して介入しても，期待した変化が得られないこともある．経験を積んだ理学療法士は，患者の問題となる関節機能や姿勢，歩行などの運動・動作にみられるわずかな変化から問題を捉え，介入につなげる場面もある．なぜそのように考え，介入を選択したのかを問われたとき，その思考過程を十分に言語化できないことも少なくない．

変形性関節疾患の代表的な一つである変形性股関節症では，画像所見や病期が同程度であったとしても，疼痛，関節可動域，筋機能，歩行様式，活動量，生活背景など，患者が抱える問題はそれぞれ異なる．同じ病名であっても病態形成の過程は千差万別であり，患者に生じている症状や現象には，関節構造の変化のみでは説明できない多様な因子が複雑に関与している．既存のエビデンスや解剖学・運動学・病態学といった「理論知」をそのまま患者に当てはめるだけでは，目の前の患者に生じている現象を説明できず，十分な対応ができないことがある．

臨床では，患者を観察し，実際に触れ，その動きを確認し，介入に対する反応を確かめながら，「ここがおかしい」「ここに問題がありそうだ」と理論との違いを感じ取る．このような経験の中で培われながら，十分に言語化されていない「暗黙知」は，臨床判断を支える重要な要素となる．それを単なる経験や直感で終わらせるのではなく，理論知と照合し，評価により確かめ，介入と再評価を通して仮説を検証することで，変形性股関節症を患う患者を理解し，介入につなげる「実践知」へと発展させていかなければならない．

この知の往還が現れやすい臨床場面の一つが歩行観察である．患者に認められる跛行を，単一の筋力低下や関節可動域制限として捉えるのではなく，疼痛を回避するための戦略なのか，股関節への力学的負荷に対する適応なのか，骨盤・体幹や隣接関節による代償動作なのか，長期間にわたる代償によって獲得された運動戦略なのかを再考する必要がある．歩行という現象から，患者個々が抱える病態や症状，その背景にある要因を繰り返し推論することが臨床推論であり，そこには理論知と暗黙知の双方が関与している．

暗黙知のままでは，その経験は個人の中に留まる．ケーススタディでは，対象となる症例について，「何を見たのか」「なぜそう考えたのか」「何を根拠に介入したのか」「患者はどのように変化したのか」「その変化は仮説を支持したのか」を振り返る．無意識に行っていた臨床判断を言語化することで暗黙知は可視化され，理論知との照合を通して検証可能な実践知へと変化していく．

ケーススタディは，希少症例や成功した治療を提示するためだけのものではない．期待した反応が得られなかった症例や自らの仮説が覆された経験にも，臨床を前進させる重要な学びが存在する．なぜ期待した変化が得られなかったのか，なぜ自らの予測とは異なる反応を示したのかを問い直す過程にこそ，新たな気づきが生まれる．

症例がもつ「個別性」を深く掘り下げ，病態や症状，動作，治療に対する反応を丁寧に捉え直すことは，臨床の中で経験的，あるいは無意識に行ってきた判断を言語化し，自らの臨床推論を問い直す機会となる．その思考過程を他者と共有し，異なる視点から議論することで，自分一人では気づかなかった解釈や新たな仮説が生まれ，個人の経験は検証可能かつ共有可能な知へと発展していく．

こうして個々の症例を深く理解することは，その症例だけに通用する答えを導き出すことではない．そこで得られた気づきや問いは，類似する他の症例を捉える新たな視点となり，臨床における「普遍性」を見いだす契機となる．得られた知を次の患者の評価や治療に還元し，その結果を再び問い直すことで，新たな経験と学びが生まれる．

症例との臨床経験を言語化し，他者との議論を通して実践知として共有する．理論知と照らし合わせながら新たな知へと発展させ，再び臨床へ還元する．この循環を生み出すことに，ケーススタディの本質的な価値があると考える．

本シンポジウムでは，変形性股関節症の保存療法を題材として，ケーススタディを通して臨床推論を深め，一症例という「個別性」から臨床に応用可能な「普遍性」を見いだす価値について，参加者の皆様とともに議論したいと考える．

シンポジウム（運動器）

2026年11月14日（土）16:20 ~ 17:50｜第1会場（天瑞：4F）

シンポジウム（運動器）

座長：遠矢 拓己（なかむら整形外科クリニック），矢野 剛士（獅子目整形外科病院）



［講師紹介］

多々良 大輔（タタラ ダイスケ）

switch physio｜株式会社 オンボーディング

[職歴]

1997年　医療法人清幸会　土肥病院
1998年　医療法人三光会　誠愛リハビリテーション病院
2005年　医療法人正明会　諸岡整形外科病院・クリニック リハビリテーション科 科長
2011年　医療法人オアシス　福岡志恩病院　リハビリテーション部 部長
2023年　switch physio 代表
2025年　株式会社 オンボーディング 代表取締役

[学歴]

1997年　川崎リハビリテーション学院 卒業
2022年　九州看護福祉大学大学院看護福祉学研究科健康支援科学専攻（修士課程） 修了

[主な社会活動]

理学療法士として個人事業「switch physio」にて自費リハビリテーションを実践する一方，「株式会社オンボーディング」代表取締役として，整形外科クリニックのリハビリテーション部門に対する運営コンサルティング・セラピスト育成支援を展開している．臨床家と経営者という二つの立場を掛け合わせた視点から，医療従事者向けの講演やクリニックアドバイザー活動を通じて，理学療法士の社会的価値の向上に取り組んでいる．

https://www.instagram.com/onboarding.inc/

シンポジウム（運動器）
2026年11月14日（土）16:20 ~ 17:50｜第1会場（天瑞：4F）
シンポジウム（運動器）
座長：遠矢 拓己（なかむら整形外科クリニック），矢野 剛士（獅子目整形外科病院）

運動器理学療法「躍進」のためのケーススタディ
腰痛に対する理学療法の解像度を上げる
―ケーススタディから学ぶ実践知―

多々良 大輔（switch physio｜株式会社 オンボーディング）

【はじめに】

運動器疾患において腰痛は，理学療法士が日々の臨床で最も頻繁に出会う症状の一つである．しかしその原因や症状は多岐にわたり，画一的なアプローチでは対応できないことも多い．臨床経験の浅い若手理学療法士がよく直面する壁は，「評価データは集まったのに，どこから手をつければよいかわからない」という状況である．その結果，介入が固定化され，患者それぞれの問題に応じた対応が困難となる．こうした課題を乗り越えるための有効な学習手段が，ケーススタディである．実際の症例を丁寧に掘り下げることで，臨床推論の筋道を体験的に習得できる．仮説を立て，介入し，その結果から問題点を絞り込むという動的な思考プロセスを共有し，運動器理学療法の実践力を高めるためのフレームワークを提案する．

【ケーススタディが問う臨床推論の本質】

ケーススタディから学ぶ真の意義は，「正解を知ること」ではなく，「思考のプロセスを追体験すること」にある．臨床場面では，客観的な評価・計測・観察の手順化といった再現可能な「スキル」を土台としながら，そこから得られた断片的な情報を統合し，過去の症例や動作パターンとの類似性を直感的に結びつける能力―「iconicity（アイコニシティ）」―が問題の本質を見抜く鍵となる．そしてその直感に理論を重ね合わせ，最も可能性の高い問題点を推論する「abduction（アブダクション）」のプロセスを経ることで，はじめて最適な介入へとつながる「センス」が発揮される．

腰痛では，画像所見と臨床症状が一致しないケースも珍しくない．だからこそ，「なぜその評価を選んだのか」「なぜその介入に至ったのか」という推論の文脈が重要であり，ケーススタディの追体験は，こうしたセンスを育むための良質な学びの機会となる．まず「大きなフレーム」で介入の入口をつかみ，段階的に問題を絞り込んでいくという，シンプルで再現性の高い臨床推論の手順について，症例を通じて解説する．

【介入を「治療的検査」として捉える：仮説検証の実践】

立てた仮説に基づき，主要な機能障害に対して徒手療法，特定の方向への運動，安定性を高める介入などを「治療的検査」として試みる．そしてその直後の症状変化や動きの改善を「再検査」することによって仮説の妥当性を確かめた上で，エクササイズや日常生活での注意点の指導へと繋げることが重要である．ケーススタディにて，この一連の思考の流れを追うことで，介入を選ぶ根拠とその検証方法を一体として学ぶことができる．患者の反応をリアルタイムに受け取り，仮説を柔軟に修正しながら進めるこのプロセスの反復こそが，「なんとなくの介入」を「根拠のある選択」へと変え，臨床意思決定能力を高める．そしてその積み重ねが，センスの土台となる「iconicityのスキル化」―すなわち，パターン認識を再現可能な評価能力として構造化すること―へとつながっていく．

【おわりに】

センスは生まれつきの才能ではない．標準化されたスキルと，類似パターンを見抜く能力の積み重ねによって，習得可能なものである．

日常の臨床における運動器理学療法の「躍進」は，特殊テクニックの習得によってではなく，こうした地道な仮説検証の積み重ねによってもたらされる．ケーススタディはその積み重ねを加速させる優れた学習の場である．介入の結果を誠実に受け止め，仮説を修正し続けること――このプロセス自体が理学療法士としての専門性を育てる．本シンポジウムが若手理学療法士の皆さんにとって，臨床に自信を持って向き合うための一助となれば幸いである．

九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:50 | 第3会場（海峰：3F）

[PP] 九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

座長:花田 智(都城市郡医師会病院)、常盤 直孝(フィジカルケア宮崎)

16:20 ~ 16:30

[福岡県] 回復期脳卒中患者における活動レベルの経時変化から分類した軌跡クラスと転倒リスクの関連：成長混合モデル

松﨑 英章[1]、福田 哲平[2]、古川 大将[2]、松尾 匡浩[2]、城田 健裕[2]、津島 桃花[2)]・吉田 栞[2]、高山 篤大[2]、藤本 泰裕[2]、大石 優利亜[2] (1. 九州栄養福祉大学リハビリテーション学部理学療法学科、2. 福岡みらい病院リハビリテーション科)

16:30 ~ 16:40

[大分県] BHA術後の足部しびれ感に対するしびれ同調TENSの有効性 ―A-B-Aデザインによる末梢神経障害症例の単一研究―

谷 尚隼[1]、中原 浩喜[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)

16:40 ~ 16:50

[佐賀県] 拘縮肩におけるAxillary pouchの肥厚と関節可動域の関連

福田 謙典[1] (1. Lupo Seravie)

16:50 ~ 17:00

[長崎県] 膝周囲骨切り術後患者における大腿四頭筋および膝蓋下脂肪体のエコー評価と歩行能力の関連

永江 槙一[1]，長谷川 隆史[1]，杉本 奈々美[1]，戸村 莉帆[1]，山口 和也[1]，西 啓太[2] (1. 医療法人和仁会 和仁会病院 リハビリテーション部、2. 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科)

17:00 ~ 17:10

[熊本県] Asian Working Group for Cachexia 2023基準で評価したカヘキシアと回復期脳卒中患者のリハビリテーションアウトカムとの関連

長野 文彦[1]、吉村 芳弘[1]、松本 彩加[1]、備瀬 隆広[2]、葛原 碧海[2]、木戸 善文[2] (1. 熊本リハビリテーション病院 サルコペニア・栄養支援センター、2. 熊本リハビリテーション病院 リハビリテーション部)

17:10 ~ 17:20

[鹿児島県] 一過性のバーチャルリアリティ運動が実行機能と脳血流変化に与える影響

伊香 孝則[1,2]、白土 大成[3]、赤井田 将真[4,5]、三宅 悠斗[1,3]、立石 麻奈[6]、倉津 諒大[1]、牧迫 飛雄馬[3] (1. 鹿児島大学大学院保健学研究科、2. 医療法人玉昌会 キラメキテラスヘルスケアホスピタル リハビリテーション室、3. 鹿児島大学 医学部保健学科 理学療法学専攻、4. 鹿児島大学 医学部、5. 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 予防老年学研究部、6. 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 老化疫学研究部)

17:20 ~ 17:30

[沖縄県] 当学院理学療法学科学生における実習 施設への就職希望割合と選択時に重要視した条件

末吉勇樹[1]、島袋公史[1,2]、佐久田衛[1]、石田隆志[1] (1. 沖縄リハビリテーション福祉学院 理学療法学科、2. 琉球大学工学部 知能情報コース)

17:30 ~ 17:40

[宮崎県] 介護老人保健施設の認知症専門棟における転倒・転落とDementia Behavior Disturbance Scaleとの関連性

宮永 陽亮[1]、松本 滝大[2]、甲斐 昌幸[1]、谷口 勝代[1]、大野 智美[1]、窪田 圭佑[1] (1. 介護老人保健施設ひむか苑 支援相談室、2. 潤和会記念病院 リハビリテーション療法部)

九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:50 | 第3会場（海峰：3F）

[PP] 九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

座長:花田 智(都城市郡医師会病院)、常盤 直孝(フィジカルケア宮崎)

16:20 ~ 16:30

[福岡県] 回復期脳卒中患者における活動レベルの経時変化から分類した軌跡クラスと転倒リスクの関連：成長混合モデル

松﨑 英章[1]、福田 哲平[2]、古川 大将[2]、松尾 匡浩[2]、城田 健裕[2]、津島 桃花[2)]・吉田 栞[2]、高山 篤大[2]、藤本 泰裕[2]、大石 優利亜[2] (1. 九州栄養福祉大学リハビリテーション学部理学療法学科、2. 福岡みらい病院リハビリテーション科)

キーワード：脳卒中、潜在クラスモデル、転倒リスク

【目的】
回復期脳卒中患者では、FIM運動項目得点で示される活動レベルが中等度の状態で転倒リスクが高いことが報告されており、活動レベルの経時変化を考慮した転倒リスク評価の必要性が指摘されている。近年、成長混合モデル（GMM）は、個人の経時データが示す軌跡の類似性から複数の軌跡クラスを特定し、各対象者をそれらに分類する手法として整形外科疾患等で用いられている。一方、脳卒中患者では活動レベルの軌跡クラスが特定されておらず、転倒リスクとの関連も明らかでない。本研究では、脳卒中患者における活動レベルの軌跡クラスをGMMによって特定し、転倒リスクとの関連を検討する。
【方法】
本研究は、2023年4月から2025年3月までに回復期病棟に入棟した65歳以上の脳卒中患者233名を対象とした後ろ向きコホート研究である。入棟日から各評価日までの経過週数を時間変数とするGMMを用い、2週毎に評価したFIM運動項目得点を活動レベルの軌跡とするモデルを構築した。適合度（BIC）に加え、極端な少数クラスが生じないことを確認し、最適なクラス数のモデルを選択した。次に、対象者の各軌跡クラスへの所属確率を算出し、最も高い所属確率のクラスに分類した。最後に、性、年齢、脳卒中病型、発症後の経過日数、FIM認知項目得点を調整したCox比例ハザード解析によって各軌跡クラスの転倒リスクハザード比（HR）と95%信頼区間（CI）を比較した。
【結果】
対象者（平均年齢80.4歳, 女性48.5%）の活動レベルの経時データから4クラスのモデルが最適と判断され（BIC：7,797.9）、低レベルから緩徐な回復（緩徐回復：n=84）、低レベルから急速な回復（急速回復：n=33）、中等度レベルから漸増的な回復（漸増回復：n=76）、高レベルで早期にプラトー（早期プラトー：n=40）の4クラスを特定した。早期プラトークラスは入棟時のFIM運動・認知項目得点が高く、年齢が低かった。転倒リスクは早期プラトークラスに対して急速回復クラスで有意に高かった（HR：3.57, 95%CI：1.09-11.73）。
【考察】
本研究は、回復期の標準指標であるFIMを用いて、GMMにより4つの活動レベルの軌跡クラスを特定し、そのうち急速回復クラスで転倒リスクが高かった。これらの結果から、活動レベルの回復過程の違いを踏まえた転倒リスク評価の重要性を示唆された。したがって、FIMによる活動レベルの経時評価は、回復期脳卒中患者の転倒リスク再評価に有用である可能性が示された。
【倫理的配慮】
対象者には、入院時に診療データの研究への二次利用の可能性が説明され、同意の署名を得た。なお、本研究はヘルシンキ宣言に準拠し、研究施設の倫理審査委員会の承認を得て実施され、研究概要を公開してオプトアウトを受け付けた

九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:50 | 第3会場（海峰：3F）

[PP] 九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

座長:花田 智(都城市郡医師会病院)、常盤 直孝(フィジカルケア宮崎)

16:30 ~ 16:40

[大分県] BHA術後の足部しびれ感に対するしびれ同調TENSの有効性 ―A-B-Aデザインによる末梢神経障害症例の単一研究―

谷 尚隼[1]、中原 浩喜[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)

キーワード：しびれ同調TENS、busy line effect、脊髄広作動域ニューロン

【はじめに】
しびれ感は「感覚神経の障害によって起こる自発的異常感覚」とされ、臨床で頻繁に遭遇するが、日常生活や生活の質に大きく影響を及ぼす。現在の主な治療法は薬物療法であり、非薬物的介入、とりわけ理学療法的アプローチの有効性については確立された方法が乏しい。近年、中枢神経障害による四肢のしびれ感に対して、しびれ同調TENSの有効性が報告されているが、末梢神経障害に対する報告は限定的である。今回、人工骨頭置換術（以下、BHA）を施行後、足部のしびれ感を訴えた末梢神経障害症例に対し、しびれ同調TENSの導入効果を検討した。
【対象】
右大腿骨頸部骨折に対してBHAを施行された80代女性。既往歴として1ヵ月前に第5腰椎圧迫骨折があり、BHA術後より右足部から足尖部に強いしびれ感を呈していた。発症からの72日経過後のMMT（右/左）は股関節屈曲・伸展（2/2）、外転（3/3）、膝関節屈曲・伸展（4/2）、足関節底背屈（4/4）であった。しびれ感の評価として、Numerical Rating Scale（以下、NRS）、Neuropathic Pain Symptom Inventory（以下、NSPI）、Short-Form McGill Pain Questionnaire-2（以下、SF-MPQ-2）を用いた。NRSは足背部5/10、足底部8/10、足尖部8/10、安静時での非接触時8/10と高値を示した。NSPIは26点、SF-MPQ-2は39点。ADL動作ではトイレ動作4点、ベッド移乗4点、トイレ移乗3点、歩行2点であった。
【方法】
即時的および経時的効果を検討するため、A-B-A単一症例デザインを採用し、各期はベースライン5日、介入7日、フォローアップ7日とし、合計19日間実施した。ベースライン期およびフォローアップ期では通常練習（起立・歩行練習、トイレ動作練習）を行い、介入期では通常練習に加えてTrio300（伊藤超短波株式会社製）を用いたしびれ同調TENSを1日60分併用した。設定は先行研究に基づき、パルス幅50μs、周波数・強度は主観的閾値にて調整した。各期間において、毎日同時刻にNRS、NSPI、SF-MPQ-2を評価し、介入期ではしびれ同調TENS実施前後と実施中の即時的なNRSも評価し、経時的トレンドおよびProve法に基づき視覚的分析を行った。
【結果】
ベースライン期：NRS（足底・足尖部・安静時）7～8/10、NSPI 23点、SF-MPQ-2 39点と高値を維持した。介入期：即時効果としてNRSが足部全体で1～2/10へ低下、NSPIは7点、SF-MPQ-2は18点に改善したことから、変化の即時性が示唆された。FIMではベッド移乗が4→5点、トイレ移乗が3→4点に向上した。フォローアップ期：NRSは一時的上昇もみられたが、最終的に足背部0/10、足底2/10、足尖部・安静時3/10を維持し、持ち越し効果が示唆され、変化の方向性および安定性が認められた。これらより、Prove法における三要素を満たすと考えられた。
【考察】
本症例の右下肢のしびれ感はBHA術後より出現していることから、術中の牽引や不適切な体位による総腓骨神経障害が原因である可能性が高いと推察される。本症例を通して、しびれ同調TENSが、末梢神経障害に起因するしびれ感の軽減にも有効である可能性が示された。作用機序として、末梢神経から中枢神経への痛覚情報の伝達を抑制するbusy line effectや脊髄広作動域ニューロンの抑制などが関与したと考えられる。即時効果のみならず介入後の持続的改善が確認され、非薬物的介入としての臨床的意義があると考える。ただし、単一症例であるため、今後は多症例での検証を通じて一般化可能性を検討する必要がある。
【倫理的配慮、説明と同意】

対象者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。

九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:50 | 第3会場（海峰：3F）

[PP] 九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

座長:花田 智(都城市郡医師会病院)、常盤 直孝(フィジカルケア宮崎)

16:40 ~ 16:50

[佐賀県] 拘縮肩におけるAxillary pouchの肥厚と関節可動域の関連

福田 謙典[1] (1. Lupo Seravie)

キーワード：拘縮肩、Axillary pouch、関節可動域

【目的】
Axillary pouch（以下AP）の肥厚は，肩関節拘縮の要因のひとつとして知られている（Do et al.，2021）。一方，超音波画像診断装置（以下US）を用いて計測されたAPの厚みと関節可動域との間の相関係数は低いことが報告されている（Park, 2017）。
この要因として，APの計測部位が一貫していないことが挙げられる。
そこで，本研究では複数の部位でAPの厚みを計測し，適切な計測部位を検討することで可動域との関連性を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】
対象は肩関節可動域制限を主訴に来院し，拘縮肩と診断された30名30肩（男性7名，女性23名，平均年齢58±9歳，罹病期間は6.5±2.9ヶ月）とした。USの測定肢位は背臥位かつ肩甲骨面90°挙上位として，US画像上で上腕骨頭，骨端部，外科頚の3部位でAPの厚みを計測した。可動域は日本整形外科学会の計測方法に基づき，座位で屈曲，外転，外旋，内旋の角度を計測した。
なお，内旋は結帯肢位における母指先端が達した椎骨レベルで測定した。
統計学的解析は有意水準を5%未満とし，骨頭，骨端部，外科頚におけるAPの厚みと可動域制限の関係について，Spearmanの順位相関係数を算出した。
【結果】
骨頭，骨端部，外科頚の3部位のAPの厚みと屈曲，外転，外旋，内旋可動域とのすべての間に有意な負の相関が認められた。それらの中でも，骨頭レベルの厚みが可動域と最も強い負の相関を示した（屈曲 $r = -0.64$，外転 $r = -0.62$，下垂位外旋 $r = -0.52$，内旋 $r = -0.54$）。
【考察】
本研究で検討したAPの厚みと可動域の間には，3部位すべてにおいて有意な負の相関を認め，さらに骨頭レベルにおいて最も強い負の相関係数が算出されたことから，APの厚みだけでなく，特に骨頭レベルのAPの厚みは可動域制限と最も関連することが示唆される。過去の報告では，ArthrographyにおいてAPの肥厚が可動域と相関することを示しており（石垣ら，2021），本研究もそれを支持する結果となった。近年では，MRIを用いたAPの厚みの計測も行われているが，これまで可動域との関係性については一定の見解が得られていない。MRIでは上肢下垂位での計測であるため，APが撓み正確な評価が困難である可能性がある。その一方，USでは伸長した肢位での計測が可能でありAPの評価に有用である。また、従来の計測方法である骨端部での計測（Kim et al.，2017）では，APの付着部とAPが折り重なる実質の両方の厚みを計測していた可能性が指摘される。拘縮肩例に認める関節水腫によるAPの形状変化を肥厚と捉えてしまうことは，正確な計測に影響を及ぼす。これに対して，骨頭レベルでの計測では，AP実質の厚みのみを計測可能であることからすべての可動域との間に強い相関が認められたと考えられる。
【結論】
拘縮肩に対する理学療法を考えるうえで，APの肥厚状態を評価することはひとつの重要な要素となり得る。本研究の結果から，その評価方法には，USを用いた骨頭レベルでの計測が臨床的に有用であることが示唆される。
【倫理的配慮】
本研究は臨床研究に関する倫理指針に従って実施した。対象者には、研究内容の説明を文書および口頭にて行い同意を得た。

九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:50 | 第3会場（海峰：3F）

[PP] 九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

座長:花田 智(都城市郡医師会病院)、常盤 直孝(フィジカルケア宮崎)

16:50 ~ 17:00

[長崎県] 膝周囲骨切り術後患者における大腿四頭筋および膝蓋下脂肪体のエコー評価と歩行能力の関連

永江 槙一[1]，長谷川 隆史[1]，杉本 奈々美[1]，戸村 莉帆[1]，山口 和也[1]，西 啓太[2] (1. 医療法人和仁会 和仁会病院 リハビリテーション部、2. 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科)

キーワード：膝蓋下脂肪体，PTT 角，超音波診断装置

【はじめに、目的】
膝蓋下脂肪体 (IFP)は膝関節の滑走機構に関与し，その可動性低下は膝関節の疼痛や関節可動域(ROM)制限の一因となる．超音波エコーを用いた膝蓋腱と脛骨近位骨端のなす角 (PTT 角)の変化量は，IFPの滑走性を定量的に評価する指標として臨床応用されている．一方，内側広筋(VM)の筋輝度や大腿前面筋厚をBMIで補正したSonographic Thigh Adjustment Ratio(STAR)などの指標は身体機能との関連が報告されている．しかし，膝周囲骨切り術(AKO)術後のIFP滑走性および大腿四頭筋の筋厚と筋輝度が，歩行能力と関連するか否かは明らかになっていない．本研究の目的は，AKO術後患者におけるIFP滑走性および大腿四頭筋の筋形態指標と歩行能力との関連を検討することである．
【方法】
対象は2025年3月から2026年2月に当院でAKOを施行した14名を対象とした．術後51.8±7.5日時点で超音波エコーを用いて膝屈曲0°および90°におけるPTT角を測定し，その変化量をIFPの滑走性と定義した．また筋形態指標としてVM，大腿直筋，中間広筋の筋厚と筋輝度およびSTARを算出した.身体機能評価として膝ROM，安静時および運動時の疼痛強度 (NRS)，握力，10m歩行時間，6 分間歩行テスト(6MWT)を評価した．統計解析として，術側と非術側のPTT角変化量の比較にはWilcoxonの符号順位検定を実施し，相関関係の解析にはSpearmanの順位相関係数を用いて算出した．尚，有意水準は5%とした．
【結果】
PTT角変化量は，術側で 11.2±4.3°であり，非術側の17.3±4.4°より有意に低値を示した(p<0.05)．術側のPTT角変化量と膝屈曲ROMとの間に強い正の相関 (ρ=0.70, p<0.05)，10m歩行時間と有意な負の相関 (ρ＝-0.63)，6MWTと有意な正の相関 (ρ＝0.62)を認めた．一方で，STARを含むすべての筋厚と筋輝度において有意な相関は認められなかった．
【考察】
AKO術後早期の膝ROMや歩行速度および耐久性には，IFP 滑走性が関与する可能性が示唆された．先行研究では，膝屈曲に伴うIFPの形態変化や滑走性がROMに影響することが報告されている．また，歩行能力との関連については，Sugimotoらが変形性膝関節症患者において歩行中のIFP厚の変化量や歩行速度が健常者より有意に低いことを報告している．本研究の結果からPTT角変化量がAKO術後においてもROMや歩行効率に影響を及ぼす一要因であることを示唆している．一方で，大腿四頭筋の筋厚や筋輝度は歩行能力と関連がなかった．PuaらはTKA術後90日時点でも膝周囲に腫脹が残存することを報告しており，術後の腫脹や炎症が，筋厚および筋輝度の測定値に影響し，歩行能力と関連しなかった可能性がある．今後は筋厚や筋輝度に加え，術後のリスク管理等を考慮した筋力評価など包括的な検討が必要である．
【結論】
AKO 術後早期において，IFP の滑走性は歩行能力と関連する可能性が示唆された．
【倫理的配慮】
対象者にはヘルシンキ宣言に則り，本研究の内容と目的，プライバシー保護等について説明し，同意を得た．

九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:50 | 第3会場（海峰：3F）

[PP] 九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

座長:花田 智(都城市郡医師会病院)、常盤 直孝(フィジカルケア宮崎)

17:00 ~ 17:10

[熊本県] Asian Working Group for Cachexia 2023基準で評価したカヘキシアと回復期脳卒中患者のリハビリテーションアウトカムとの関連

長野 文彦[1]、吉村 芳弘[1]、松本 彩加[1]、備瀬 隆広[2]、葛原 碧海[2]、木戸 善文[2] (1. 熊本リハビリテーション病院 サルコペニア・栄養支援センター、2. 熊本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：悪液質、回復期、脳卒中

【目的】
2023年にAsian Working Group for Cachexia（AWGC）より、アジアにおけるカヘキシア診断基準が提唱された。本研究の目的は、回復期脳卒中患者を対象として、カヘキシアと退院時ADL、認知レベル、嚥下レベル、在院日数との関連について検証することである。
【方法】
対象は2015-2023年に当院回復期リハビリテーション（リハ）病棟に連続入院し、入院時に経口摂取が可能（食欲評価のため）であった脳卒中患者であり、研究デザインは後方視的コホート研究である。嚥下レベルはFood Intake LEVEL Scale（FILS）で評価し、7点以上を経口摂取可能と定義した。除外基準は重度意識障害、データ欠損とした。AWGC 2023基準に基づき、入院時にカヘキシアの有無を評価した。アウトカムは退院時のFunctional Independence Measure（FIM）運動・認知スコア、退院時FILS、在院日数の4つとした。重回帰分析により潜在的な交絡因子（年齢、性別、入院時FIM運動・認知・FILSなど）の影響を調整し、カヘキシアとアウトカムとの関連を解析した。統計解析にはSPSS ver.21を使用し、P＜0.05を統計学的に有意とした。
【結果】
全対象者1,218名において、除外基準に該当する157名を除外し、脳卒中患者1,061名において嚥下レベルの評価を行った。入院時に経口摂取可能（FILS≧7）であった856名（平均年齢78±7歳、男性445名、女性411名）を最終的な解析対象とした。入院時、AWGC 2023基準で評価したカヘキシアは172名（20%）に認めた。カヘキシアの基礎疾患の内訳は、がん120名、慢性心不全52名、慢性腎臓病26名などが多くみられた。重回帰分析の結果、入院時のカヘキシアは退院時FIM運動（β=-0.092, P=0.009）、退院時FIM認知（β=-0.084, P=0.016）とそれぞれ有意な負の関連を認め、退院時FILS（β=-0.044, P=0.852）、在院日数（β=0.048, P=0.521）とは有意な関連を認めなかった。
【考察】
入院時のカヘキシアは、回復期脳卒中患者の退院時ADLおよび認知レベルの低値と独立して関連することが示唆された。カヘキシアは慢性炎症や代謝異常により筋萎縮や低栄養を招き、身体機能の回復を阻害する。さらに、炎症性サイトカインの影響などを通じて認知機能にも悪影響を及ぼす可能性がある。従来の脳卒中リハに加えて、早期からカヘキシアを評価し、基礎疾患の治療や病態に応じた栄養介入につなげることが臨床上重要と考える。
【まとめ】
回復期脳卒中患者において、AWGC 2023基準で評価したカヘキシアは、退院時FIM運動および認知スコアの低値と独立して関連した一方、退院時FILSおよび在院日数とは関連しなかった。カヘキシアは身体面のみならず認知面の回復にも関連する可能性があり、回復期早期からの評価が重要である。基礎疾患の治療に加え、栄養状態や活動量を踏まえた多職種による包括的介入へつなげることが、機能回復を支援する上で重要と考える。
【倫理的配慮、説明と同意】
本研究は、ヘルシンキ宣言および人を対象とする医学研究のための倫理的原則に従い、院内倫理委員会の承認を得てオプトアウト方式に基づき実施された。研究情報をホームページで公開

し、対象者が研究参加を拒否できる機会を保障するとともに、拒否による診療上の不利益が生じないよう配慮した。

九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:50 | 第3会場（海峰：3F）

[PP] 九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

座長:花田 智(都城市郡医師会病院)、常盤 直孝(フィジカルケア宮崎)

17:10 ~ 17:20

[鹿児島県] 一過性のバーチャルリアリティ運動が実行機能と脳血流変化に与える影響

伊香 孝則[1,2]、白土 大成[3]、赤井田 将真[4,5]、三宅 悠斗[1,3]、立石 麻奈[6]、倉津 諒大[1]、牧迫 飛雄馬[3] (1. 鹿児島大学 大学院保健学研究科、2. 医療法人玉昌会 キラメキテラスヘルスケアホスピタル リハビリテーション室、3. 鹿児島大学 医学部保健学科 理学療法学専攻、4. 鹿児島大学 医学部、5. 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 予防老年学研究部、6. 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 老化疫学研究部)

キーワード：VR運動、実行機能、ストループ課題、脳血流変化、NIRS

【目的】
近年、バーチャルリアリティ（Virtual Reality：以下、VR）を使用したVR運動が注目されており、従来の現実空間で行う実運動よりも実行機能を改善する可能性が示唆されている。実運動による実行機能の改善には脳血流の増加が関与していることから、VR運動による実行機能の改善も同様に脳血流の増加が関与している可能性が考えられる。本研究の目的は、一過性のVR運動が実行機能に与える影響と脳血流との関連を検討することとした。
【方法】
健常成人14名（男性10名、平均年齢22.4±1.7歳）を対象とした。被験者は、安静座位を保つコントロール条件、卓球台に見立てたテーブルとラケットを用いた卓球を行う実運動条件、VRを用いた卓球を行うVR運動条件の3条件をランダムな順序で実施した。なお、実運動条件およびVR運動条件は10分間の運動とした。各条件の前後では、タブレット端末を用いて実行機能課題であるストループ課題を実施し、課題中の脳血流変化は近赤外線分光法を使用して計測した。また、コントロール条件において条件前後でストループ課題の完遂時間が顕著に短縮した場合、学習効果の影響を考慮した追加解析を実施した。学習効果は、条件前後でのストループ課題の完遂時間の短縮が上位25%に該当した者を学習効果ありと判定した。統計解析は、対応のあるt検定またはWilcoxonの符号付順位検定を用いて検討し、有意水準は5%とした。本研究はヘルシンキ宣言に基づき、対象者に口頭および書面にて説明を行い、同意を得て実施した。
【結果】
各条件の実施前後におけるストループ課題の完遂時間は、コントロール条件（-4.5秒）、実運動条件（-4.2秒）、VR運動条件（-7.7秒）のすべての条件で有意に短縮していたが（$p<0.05$）、脳血流はどの条件においても有意な変化は認められなかった。コントロール条件においてストループ課題の学習効果がみられた4名を解析から除外した10名による追加解析の結果、いずれの条件下においても有意な脳血流の変化は認められなかったが、VR運動条件でのみストループ課題の完遂時間が有意に短縮していた（$p=0.019$）。
【考察】
実運動条件、VR運動条件の前後において実行機能課題中の脳血流変化は認められなかったが、一過性のVR運動が運動単独で行うよりも実行機能の改善に有益であることが示唆された。VR運動条件で実施したVR卓球は広い環境や対戦相手も必要ないことが利点であり、今後多様な年齢の対象者で検討することで、VR運動による実行機能の改善と脳血流との関連が有効であるか明らかにすることができるかもしれない。
【まとめ】
一過性のVR運動が実行機能に与える影響と脳血流との関連を検討するために、コントロール条件、実運動条件、VR運動条件の3条件の前後における実行機能および脳血流変化を調査した。本研究において、有意な脳血流変化は認められなかったが、学習効果を考慮した際にVR運動条件でのみ有意な実行機能の改善が認められた。これらの結果より、一過性のVR運動が実行機能改善を目的としたアプローチの検討に寄与する可能性が示唆された。
【倫理に関する記述】

本研究は、鹿児島大学桜ヶ丘地区臨床研究倫理委員会で承認を受けて実施した（承認番号24001倫）。本研究において開示すべき利益相反はない。

九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:50 | 第3会場（海峰：3F）

[PP] 九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

座長:花田 智(都城市郡医師会病院)、常盤 直孝(フィジカルケア宮崎)

17:20 ~ 17:30

[沖縄県] 当学院理学療法学科学生における実習 施設への就職希望割合と選択時に重要視した条件

末吉勇樹[1]、島袋公史[1,2]、佐久田衛[1]、石田隆志[1] (1. 沖縄リハビリテーション福祉学院 理学療法学科、2. 琉球大学工学部 知能情報コース)

キーワード：臨床実習、理学療法学生、計量テキスト分析

【目的】
理学療法士養成校での臨床実習は、学生自身の専門職としての職業的自覚を促し、キャリア形成にも影響を与える重要な教育機会である。学生は、臨床実習で実際の施設環境や指導体制に触れ、将来働く場を具体的にイメージできたことで、実習経験施設に就職希望する学生も少なくない。本研究は、理学療法学科最終学年学生を対象に、実習経験施設への就職希望状況および希望した要因を明らかにすることを目的とした。
【方法】
2024年度と2025年度の過去２年間、当学院に在籍した理学療法学科最終学年学生計108名を対象に、実習経験のある施設への就職希望に関する自記式Web質問紙調査をGoogle Formsを用いて各年度の卒業直前に実施した。調査は無記名で行い、横断的研究とした。調査内容は、基本属性に加え、「①第一希望をした就職先は実習で経験した施設であるか」や「②実習経験のある施設での実習種別」を選択式アンケートにて調査し、その人数と割合を算出した。また、「③実習施設に就職を希望した際に重要視した条件」を記述式 (自由記載)にて回答を求めた。さらに、質問③で得られた回答結果を、KH Coder (Ver3.0)を用いて抽出語の算出と単語同士の結びつきの強さを示す共起ネットワーク図を作成し計量テキスト分析を行った。
【結果】
分析対象者は、108名中104名 (男性62名、女性42名)だった (有効回答率96.3%)。「①第一希望をした就職先は実習で経験した施設であるか」についての設問では、「実習経験のある施設」と回答した学生は55名/104名 (52.9%)だった。「実習経験のある施設」と回答した学生を対象に、「②実習経験のある施設での実習種別」については、総合臨床実習Ⅰ期 (40.0%)、評価実習 (27.2%)、総合臨床実習Ⅱ期 (21.8%)、地域実習(5.5%)および見学実習(5.5%)の順で高かった。自由記述である「③実習経験のある施設を選択する際に重要視した条件」において、抽出語は「雰囲気」(17回)、「職場」(12回)、「関係」(8回)、「人間 (6回)」、「教育 (5回)」などの抽出語の出現頻度が高かった。共起ネットワーク分析では、「関係 – 人間 (Jaccard係数0.62)」や「雰囲気 – 職場 (Jaccard係数0.47)」、「教育 – 新人 (Jaccard係数0.40)」などが共起関係を認めた。
【考察】
本研究の結果は、半数以上の学生が就職先における第一希望に「実習経験のある施設」を選択していた。特に総合臨床実習での臨床経験や実習先の環境、雰囲気などの印象が就職希望に強く影響している可能性が示唆された。石坂らは、理学療法学部生の就職決定因子において、上司の理解や役職者の理解、臨床場面での技術指導の充実のニーズが高かったと報告している。学生は、臨床実習を通じて実践的な学習だけでなく、職場の雰囲気や指導体制などを実際に経験することで、自己効力感や職場適応感が高まり就職希望に繋がっていると考える。そのため、養成校と実習施設の連携を強化し、実習支援を充実させることで、学生は職業適合性が高い進路選択が可能になると考える。
【まとめ】
実習経験のある施設は、学生の就職先の選択において重要な選択肢となっており、実習を通して得られた職場の雰囲気や人間関係、教育体制などの経験が就職希望に影響する可能性が示唆された。そのため、臨床実習は、学生の進路選択を支援する重要な機会であると考える。
【倫理的配慮】

本研究は、当学院倫理委員会の承認を得て実施した（倫理審査承認番号：2024-02）。対象者には研究内容を説明し、自由意思による参加とした。また、無記名で実施し、回答の有無が成績や卒業に影響しないこと、個人が特定されないことを説明し、倫理的配慮を行った。

九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:50 | 第3会場（海峰：3F）

[PP] 九州ブロック特別企画：各県代表推薦発表

座長:花田 智(都城市郡医師会病院)、常盤 直孝(フィジカルケア宮崎)

17:30 ~ 17:40

[宮崎県] 介護老人保健施設の認知症専門棟における転倒・転落とDementia Behavior Disturbance Scaleとの関連性

宮永 陽亮[1]、松本 滝大[2]、甲斐 昌幸[1]、谷口 勝代[1]、大野 智美[1]、窪田 圭佑[1] (1. 介護老人保健施設ひむか苑 支援相談室、2. 潤和会記念病院 リハビリテーション療法部)

キーワード：認知症、転倒・転落、DBD

【はじめに，目的】
介護老人保健施設における認知症高齢者の転倒・転落は，骨折や生活機能低下に直結する重大な問題である．近年，BPSD (認知症に伴う行動・心理症状)の評価指標としてDementia Behavior Disturbance Scale (以下，DBD)が介護現場で広く活用されているが，転倒リスクとの関連性は明らかでない．本研究の目的は，認知症専門棟入所者の転倒・転落とDBDとの関連性を明らかにし，そのカットオフ値を導出することである．
【方法】
2021年4月～2024年10月に当施設認知症専門棟へ入所した認知症高齢者119名を対象に後方視的調査を行った．「転倒あり群」と「転倒なし群」に分類し，DBDの28項目および合計点との関連性を群間比較した．有意項目とDBD合計点を独立変数としたロジスティック回帰分析を実施し，ROC曲線にてカットオフ値を算出した．統計ソフトはRコマンダー (ver.R4.4.2)を用い，有意水準は5%未満とした．
【結果】
DBD合計点は「転倒あり群」で有意に高く ($p<0.05$)，ロジスティック回帰分析ではDBD合計点のみが有意な独立因子として抽出された (オッズ比1.10，95%信頼区間：1.04－1.17)．ROC解析により，カットオフ値は16.5点 (感度56.2%，特異度81.7%，AUC0.75)と算出された．
【考察】
DBD合計点は認知症高齢者の転倒リスク予測に有効なスクリーニング指標となる可能性が示された．一方，個別項目との関連は限定的であり，転倒リスクは多因子的であると考えられる．身体拘束に頼らず，DBD合計点を指標とした早期抽出と多職種による個別アセスメントが求められる．
【理学療法学研究としての意義】
本研究は，BPSDと転倒リスクの関連性を数量的に検討した初期的報告であり，理学療法士による認知症高齢者の包括的リスクアセスメントや，チームアプローチに基づく予防介入の重要性を示唆する．
【倫理的配慮】
本研究はヘルシンキ宣言に基づき，所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した (倫理承認番号：20250820-1)．対象者の診療記録を匿名化し，プライバシー保護に配慮した．

セレクション演題

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第3会場（海峰：3F）

[S-1] セレクション演題1

座長:松澤 雄太(都城リハビリテーション学院)、新保 千尋(恒心会おぐら病院)

13:00 ~ 13:10

[S-1-01] 地域課題は未来の健康寿命を変えられるか ―ラグ構造と性差から読み解く九州の地域理学療法戦略―

*平良 雄司[1]、瀬底 正仁[2,4]、田中 峻也[2,3]、立花 修平[1]、立津 統[1] (1. 琉球リハビリテーション学院、2. YANBARUメディカルイノベーション合同会社、3. アグリマス株式会社、4. 株式会社グスクード)

13:10 ~ 13:20

[S-1-02] 地域在住高齢者におけるウォーカビリティと社会的フレイルの関連-自動車依存地域に着目した横断研究-

*福榮 竜也[1]、宇都 良大[2]、愛下 由香里[1,3] (1. 霧島市立医師会医療センター　医療支援部　リハビリテーション室、2. きくち内科・糖尿病クリニック、3. 鹿児島大学大学院保健学研究科)

13:20 ~ 13:30

[S-1-03] 救急病棟における初回離床までの時間と入院関連機能障害の関連

*竹下 直志[1] (1. 米盛病院リハビリテーション課)

13:30 ~ 13:40

[S-1-04] 「50m歩行」を課題設定した指向型アプローチが急性期脳卒中患者の自宅復帰に及ぼす影響

*酒匂 隆志[1]、花田 智[2]、土屋 美香子[2]、蔵満 美幸[2]、川村 祥耀[2]、大田 元[3] (1. ハルモはりきゅう治療院、2. 都城市郡医師会病院　リハビリテーション科、3. 都城市郡医師会病院　脳神経外科)

セレクション演題

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第3会場（海峰：3F）

[S-1] セレクション演題1

座長:松澤 雄太(都城リハビリテーション学院)、新保 千尋(恒心会おぐら病院)

13:00 ~ 13:10

[S-1-01] 地域課題は未来の健康寿命を変えられるか ―ラグ構造と性差から読み解く九州の地域理学療法戦略―

*平良 雄司[1]、瀬底 正仁[2,4]、田中 峻也[2,3]、立花 修平[1]、立津 統[1] (1. 琉球リハビリテーション学院、2. YANBARUメディカルイノベーション合同会社、3. アグリマス株式会社、4. 株式会社グスクード)

キーワード：健康寿命、地域差、性差

本研究は公的統計データ二次解析であり個人情報を含まない。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に基づき実施した。倫理審査対象外である。

【目的】健康寿命の延伸は地域理学療法の中核課題である。地域課題が何年の時間差をもって将来の健康寿命に影響し、その関連構造に性差や地域差があるかは十分明らかでない。本研究は47都道府県の健康寿命に関連する地域要因のラグ構造と性差を可視化し、九州での再現性を検証したうえで、地域理学療法が優先して介入すべき課題と性別戦略を提示することを目的とした。【方法】47都道府県を対象とした生態学的研究である。目的変数は2022年都道府県別健康寿命（全体・男性・女性）の3指標とした。説明変数はe-Stat等の公開統計から、スポーツ年間行動者率およびボランティア活動率（2011・2016・2021年）、完全失業率および高齢就業者割合65歳以上（2010・2015・2020年）、有訴者率および通院者率（2010・2013・2016・2019年）の6系統を投入した。Spearman相関で最適ラグを探索し、標準化後にLASSO回帰（Leave-One-Out交差検証により正則化パラメータを最適化）で変数選択した。九州7県で方向性を再現確認し、選択変数でk-meansおよびWard法によるクラスター分析をシルエット係数最大基準で行った。解析にはPython 3.11を用いた。【結果】最適ラグは6〜12年前に集中した。完全失業率は2010年（ρ=-0.61）で最強の負相関、高齢就業者割合は2010年（ρ=+0.50）で正相関、スポーツ年間行動者率は2011年（ρ=+0.48）、通院者率は2013年（ρ=-0.38）、ボランティア活動率は2016年（ρ=+0.36）が最適であった。LASSO回帰では完全失業率2010、通院者率2013、有訴者率2013、スポーツ2011、高齢就業者割合2010、ボランティア2016の6変数が残存した。男性ではスポーツ2016（ρ=+0.51）が上位、女性では完全失業率2010（ρ=-0.56）が最強関連となり性差が明確であった。九州7県では6系統すべてが全国と同方向を示し、スポーツ年間行動者率は強い正相関（ρ=0.714）を示した。全体は「高健康寿命群（高スポーツ・高高齢就業・低失業・低通院）」と「低健康寿命群」、男性は「高スポーツ・低通院群」と「低スポーツ・高通院群」、女性は「低失業・高高齢就業群」と「高失業・低高齢就業群」に類型化され、沖縄は単独クラスターとなった。【考察】本研究の結果は、地域剥奪指標と平均寿命・要介護リスクの関連を示した先行研究や、中高年期の運動習慣が長期的に健康寿命を延伸するという疫学所見と整合的であった。さらに、社会参加・ボランティアが認知機能・IADL維持に寄与するJAGES系コホート研究、失業や経済的不安定が抑うつと身体機能低下を介して将来のADL障害を増やすとする社会疫学的知見、健康決定要因の性差に関する研究とも方向性が一致した。本研究では、関連が6〜12年前で最強となるラグ構造を統合的に提示し、地域理学療法の介入優先順位を時間軸つきで示した。また、沖縄県においては、食文化・労働構造・コミュニティ形成様式の独自性を踏まえた個別戦略が必要と考えられる。【まとめ】健康寿命は過去の雇用・活動・受療環境の蓄積と関連し、その構造には明確な性差がある。理学療法士は男性の身体活動・受療、女性の雇用基盤に多職種連携で介入することで、「現在」の課題解決から「未来」の健康寿命延伸に寄与し得る。本研究は生態学的研究であり、個人レベルの因果関係を示すものではない。

セレクション演題

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第3会場（海峰：3F）

[S-1] セレクション演題1

座長:松澤 雄太(都城リハビリテーション学院)、新保 千尋(恒心会おぐら病院)

13:10 ~ 13:20

[S-1-02] 地域在住高齢者におけるウォーカビリティと社会的フレイルの関連-自動車依存地域に着目した横断研究-

*福榮 竜也[1]、宇都 良大[2]、愛下 由香里[1,3] (1. 霧島市立医師会医療センター　医療支援部　リハビリテーション室、2. きくち内科・糖尿病クリニック、3. 鹿児島大学大学院保健学研究科)

キーワード：社会的フレイル、地域在住高齢者、ウォーカビリティ

本研究は霧島市立医師会医療センター臨床研究倫理委員会の審査と承認を受けたのち実施した（承認番号： 202204）。

【はじめに】
フレイルは加齢に伴う生理機能の低下により脆弱性が増大した状態であり，身体的，心理的，社会的側面を含む多面的な概念である。社会的フレイルは対人交流や社会参加の減少などを特徴とし，要介護発生や死亡リスクと関連することが報告されている。近年，高齢者の健康と生活環境の関連が注目されており，街の歩きやすさを示すウォーカビリティが指標として用いられている。自動車に依存する地域では外出頻度や身体活動量が低く，社会参加の少なさや社会的孤立と関連することが報告されている。しかし，ウォーカビリティと社会的フレイルとの関連は十分に検証されていない。そこで本研究は，地域在住高齢者を対象に，ウォーカビリティと社会的フレイルとの関連を検証することを目的とした。
【方法】
要介護認定を受けていない地域在住高齢者198名（平均年齢75.3±5.7歳，女性68.4%）を対象とした。基本属性は先行研究を参考に年齢，性別，BMI，ポリファーマシー，教育歴，主観的物忘れを調査した。社会的フレイルは先行研究に基づき，独居，外出頻度の減少，友人の訪問の減少，自己の有用性を感じていない，毎日の会話なしの5項目中2項目以上該当する場合と定義した。ウォーカビリティは対象者の居住住所に基づきWalk Scoreを用いて評価した。Walk Scoreは1.6km圏内の施設への近接性および道路連結性に基づき算出される指標である（得点範囲：0〜100点）。先行研究のWalk Scoreの分類基準に基づき，50点未満を自動車依存地域，50点以上を歩行移動可能地域と分類した。統計解析は各変数と社会的フレイルの関連について単変量ロジスティック回帰分析を行った。関連が示された変数を共変量として，Walk Scoreと社会的フレイルの関連を多変量ロジスティック回帰分析より検証した。従属変数は社会的フレイルの有無，独立変数はWalk Scoreの2群とした。
【結果】
社会的フレイルは57名（28.7%）であった。社会的フレイル該当者の内訳は自動車依存地域が39名（39.4%），歩行移動可能地域が18名（18.2%）であった。単変量解析の結果，年齢は社会的フレイルと有意に関連した（p＝0.004）。女性は男性と比較してオッズ比1.90（p＝0.061）であったため，年齢および性別を共変量とした。多変量解析の結果，自動車依存地域は歩行移動可能地域と比較して社会的フレイルと有意に関連した（オッズ比2.28，95%信頼区間1.15–4.60，p＝0.018）。
【考察】
自動車依存地域に居住する高齢者は，歩行移動可能地域と比較して社会的フレイルと関連した。自動車への依存が高い地域は，施設への近接性が低く，徒歩での外出機会が少なくなることが報告されている。その結果，他者との交流機会の減少や社会参加の減少を招き，社会的フレイルに関連した可能性がある。本研究結果は，社会的フレイル予防において，生活圏におけるウォーカビリティといった地域環境要因への着目が重要であることを示唆する。

セレクション演題

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第3会場（海峰：3F）

[S-1] セレクション演題1

座長:松澤 雄太(都城リハビリテーション学院)、新保 千尋(恒心会おぐら病院)

13:20 ~ 13:30

[S-1-03] 救急病棟における初回離床までの時間と入院関連機能障害の関連

*竹下 直志[1] (1. 米盛病院リハビリテーション課)

キーワード：HAD、離床、ADL

本研究は当院倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号YR2537号）。対象者には研究内容を公開し，オプトアウト方式により研究参加拒否の機会を保障した。取得したデータは匿名化し，個人が特定されないよう配慮した。

【目的】入院関連機能障害（Hospitalization Associated Disability：HAD）は入院を契機として新たに生じる日常生活動作（Activities of Daily Living：ADL）の低下を指し，高齢患者において転帰不良や再入院率の上昇と関連することが報告されている。急性期医療では病態管理や安静指示により活動量が低下しやすく，救急病棟はHAD発生のリスク環境と考えられる。HAD発生率に関する報告は散見されるが，初回離床までの時間との関連を検討した報告は少ない。本研究の目的は，当院救急病棟におけるHADの発生状況を明らかにするとともに，初回離床までの時間とHADとの関連について検討することである。

【方法】本研究は単施設後ろ向き観察研究とした。対象は2024年10月1日から2025年9月30日までに当院救急病棟に入院した患者のうち，65歳以上で入院前の生活が自立または軽介助レベルであった症例とした。入院前Barthel Index（BI）20点以下，ADLに直接影響する疾患，終末期症例，短期入院症例などを除外し，最終解析対象は207例とした。主要アウトカムはHADの発生とし，入院前BIから退院時BIが10点以上低下した場合をHADと定義した。説明変数として年齢，性別，CRP，認知症の有無，初回離床までの時間などを調査した。初回離床までの時間は0–24時間，24–48時間，48時間以上の3群に分類した。初回離床はリハビリテーション実施時に限らず，看護師・看護補助者による起立動作やトイレ移動なども含めて評価した。統計解析は単変量解析および多変量ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】対象207例のうち78例（38%）にHADを認めた。初回離床までの時間別のHAD発生率は，0–24時間群32%，24–48時間群52%，48時間以上群59%であり，離床までの時間が延長するほどHAD発生率が高い傾向を認めた（$p<0.01$）。多変量ロジスティック回帰分析では，0–24時間群を基準として，24–48時間群（OR 3.29，95%CI 1.19–9.28）および48時間以上群（OR 3.38，95%CI 1.35–8.75）がHADの独立した関連因子として抽出された。

【考察】本研究では，当院救急病棟において約4割の症例にHADを認めた。また初回離床までの時間の遅延がHAD発生と強く関連しており，特に24時間以内に離床できない症例ではHAD発生リスクが約3倍に増加していた。急性期医療では病態管理のため安静が必要となる場面も多いが，可能な範囲で早期に離床することが身体機能低下の予防につながる可能性がある。初回離床はリハビリテーション介入に限らず看護師や看護補助者による活動も含まれており，早期離床は病棟全体で取り組むべき課題であると考えられる。一方で，本研究は単施設後ろ向き研究であり，未測定の交絡因子の影響を否定できない点が限界である。

【まとめ】救急病棟においてHADは約4割に発生していた。初回離床までの時間はHADの重要な関連因子であり，特に24時間を超える離床の遅れはHAD発生リスクを高める可能性が示された。HAD予防のためには早期離床を病棟全体で推進していくことが重要である。

セレクション演題

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第3会場（海峰：3F）

[S-1] セレクション演題1

座長:松澤 雄太(都城リハビリテーション学院)、新保 千尋(恒心会おぐら病院)

13:30 ~ 13:40

[S-1-04] 「50m歩行」を課題設定した指向型アプローチが急性期脳卒中患者の自宅復帰に及ぼす影響

*酒匂 隆志[1]、花田 智[2]、土屋 美香子[2]、蔵満 美幸[2]、川村 祥耀[2]、大田 元[3] (1. ハルモはりきゅう治療院、2. 都城市郡医師会病院　リハビリテーション科、3. 都城市郡医師会病院　脳神経外科)

キーワード：急性期脳卒中患者、50m歩行練習、自宅復帰

都城市郡医師会病院・倫理委員会承認番号：25-17号

【背景】
　脳卒中患者の自宅復帰には、歩行能力が重要であり、急性期から立位・歩行練習の積極的実践が強く推奨されている。実際の自宅復帰の判断は、歩行の自立度のみで評価されることが多く、歩行介助者に対する具体的到達目標設定を明確にした報告はない。
【目的】
　急性期脳卒中患者において自立度に関わらずFunctional Independence Measure（以下、FIM）の歩行項目の指標である50m歩行の可否と自宅復帰との関連性を明確にすることを目的とした。
【対象と方法】
　本研究は、後ろ向き単施設研究である。対象は、2024年4月から2025年3月に当院脳神経外科に脳卒中にて入院した213名とした。死亡例、クモ膜下出血、入院後脳卒中再発、他疾患併発により転科または転院、脳卒中地域連携クリティカルパス（以下、脳卒中パス）未発行、ならびに記入漏れを含む未返却を除外した。採用項目は、基本属性（年齢、性別、Body Mass Index（以下、BMI）、脳卒中分類、併存症、入院前移動能力、生活形態、要介護度）、入院時所見（認知症、大腿・下腿周径、下肢Brunnstrome Stage（以下、Brs.）、FIM、理学療法（physiotherapy;以下PT）開始までの日数、退院時情報（BMI、大腿・下腿周径、FIM、50m歩行到達区分、総入院日数、PT単位数）とした。50m歩行到達区分は介助や装具を装着した状態であっても50m連続歩行が可能であったかで3群（困難、未達、到達）に設定した。主要アウトカムは自宅復帰の可否とした。統計は、二項ロジスティクス回帰分析を行い、単回帰分析で有意差を認めたものや、臨床的有意義因子を説明変数とした多変量回帰分析を複数モデル（Model 1; 年齢,性別、Model 2; 認知症、Model 3; 総入院数，PT単位数）構築し、50m歩行到達区分の意義を解析した。統計学的有意差は$p<0.05$とした。
【結果】
　解析対象は151名（自宅復帰群117名、非自宅復帰群34名）であった。患者機能の比較では、自宅復帰群は非自宅復帰群と比較し、非麻痺側及び麻痺側の大腿・下腿周径、運動FIM、認知FIM、合計FIMが優位に高値を示した（$p<0.001$）。一方、下肢Brs.には有意差を認めなかった。歩行練習状況については、自宅復帰群では50m歩行到達者が91名（77.8%）と多く、非自宅復帰群では、50m歩行未達及び歩行困難者が24名（76%）と多かった。 単回帰分析では、50m歩行到達は有意に自宅復帰と関連していた（OR11.10、95%CI3.72-33.30、$p<0.001$）。多変量回帰分析においても，50m歩行到達は全モデルにおいて有意に関連していた（Model 1; OR 7.80、95%CI 2.44-25.0、$p=0.001$, Model 2;OR 3.73、95%CI 1.19-11.80、$p=0.024$, Model 3; OR 6.37、95%CI 1.82-22.30、$p=0.004$）。
【まとめ】
　急性期脳卒中患者において、50m以上の歩行練習到達は自宅復帰と強く関連していた。今後は、歩行可否のみではなく、急性期での50m歩行練習到達を課題設定にしたアプローチが自宅復帰に向けた理学療法として有用である可能性が示唆された。

セレクション演題

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第3会場（海峰：3F）

[S-2] セレクション演題2

座長:落合 錠(シルバーケア野崎)、宮永 陽亮(介護老人保健施設ひむか苑)

13:50 ~ 14:00

[S-2-01] 腱板断裂術後早期における関節可動域と疼痛（種類別評価）との関連性の探索的検証

*馬場 功時[1]、松田 友秋[2,3]、河口 滉[1]、稲吉 直哉[1]、須崎 裕一[1] (1. 福岡県済生会大牟田病院リハビリテーション部、2. 獅子目整形外科病院、3. 山形県立保健医療大学大学院)

14:00 ~ 14:10

[S-2-02] 慢性足関節不安定症者における複数方向へのジャンプ着地およびドロップ着地時の姿勢安定性と動作戦略の違い

*内海 悠人[1,2]、有田 吏久仁[2,3]、石川 心優[2]、柏田 そら[2]、河内山 紗己[2,4]、鈴木 雄太[2] (1. 甘木中央病院　リハビリテーション科、2. 九州栄養福祉大学　リハビリテーション学部、3. 小波瀬病院　診療技術部　リハビリテーション科、4. 宗像水光会総合病院　リハビリテーション科)

14:10 ~ 14:20

[S-2-03] 当院NICUにおける哺乳支援の標準化とその予備的検討

*安藤 駿太郎[1]、白木 剛志[1]、廣重 愼一[1] (1. 長崎みなとメディカルセンターリハビリテーション部)

14:20 ~ 14:30

[S-2-04] 局所振動刺激は歩行時の外部膝関節内転モーメントを減少させるか？

*羽田 清貴[1]、羽田 見奈[2]、奥村 晃司[1]、尾崎 悠人[1]、大平 高正[3]、岡本 雄嗣[4]、枝村 和也[5]、片岡 維新[6]、甲下 修士[7]、穴見 圭汰朗[8]、阿部 稔[9]、川嶌 眞之[10]、川嶌 眞人[10] (1. 社会医療法人玄真堂　かわしまクリニック　リハビリテーション科、2. 社会医療法人玄真堂　川嶌整形外科病院　回復期リハビリテーション科、3. 訪問看護リハステーション大分駅南、4. 医療法人源算会　猿渡整形外科スポーツリハクリニック リハビリテーション科、5. 医療法人平成会　サンライズ酒井病院　リハビリテーション科、6. 医療法人平成会　介護老人保健施設サンライズビュー リハビリテーション部、7. 独立行政法人　国立病院機構 大分医療センター リハビリテーション科、8. 国立大学法人　大分大学医学部附属病院 リハビリテーション部、9. 特定医療法人社団春日会　黒木記念病院 リハビリテーション部、10. 社会医療法人玄真堂　川嶌整形外科病院 整形外科)

セレクション演題

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第3会場（海峰：3F）

[S-2] セレクション演題2

座長:落合 錠(シルバーケア野崎)、宮永 陽亮(介護老人保健施設ひむか苑)

13:50 ~ 14:00

[S-2-01] 腱板断裂術後早期における関節可動域と疼痛（種類別評価）との関連性の探索的検証

*馬場 功時[1]、松田 友秋[2,3]、河口 滉[1]、稲吉 直哉[1]、須崎 裕一[1] (1. 福岡県済生会大牟田病院リハビリテーション部、2. 獅子目整形外科病院、3. 山形県立保健医療大学大学院)

キーワード：鏡視下腱板修復術、疼痛、ROM

本研究はヘルシンキ宣言に基づき実施した。また、当院倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者には、研究の目的および方法、個人情報の取り扱いについて十分に説明し、理解を得て書面にて同意を得た。

【目的】
腱板断裂術後のリハビリテーションにおいて、関節可動域の改善と疼痛管理は重要である。先行研究では、術後リハビリテーションの介入によりROMの回復が促進されることや、肩関節の可動域制限が疼痛や機能障害に関連することが報告されている。しかし、これらの多くは中長期的な成績を検討したものであり、また疼痛を単一指標として評価しているものが多い。さらに、疼痛の種類ごとの影響を術後早期から縦断的に検討した報告は限定的である。そこで本研究では、術後12週までのROMと疼痛（安静時痛・ROM時痛・夜間時痛）の相互関係を探索的に検討した。
【方法】
対象は、当院同一執刀医にて鏡視下腱板修復術を行った21例。ROMに関しては、術後3日目および1週目は疼痛ならびに修復腱板へのストレスを考慮し肩甲骨面挙上を他動で評価し、術後2週以降12週までは肩関節屈曲角度を週1回、いずれも他動で評価した。疼痛は、術後1日目および3日目、ならびに術後1〜12週において週1回、安静時痛、ROM時痛、夜間時痛をNRSを用いて評価した。統計解析は、同一症例における縦断データの相関を考慮するため、線形混合モデルを用いて検討した。従属変数は肩関節のROMとし、夜間痛、安静時痛、ROM時痛および時間を固定効果、症例IDをランダム効果として解析した。これにより、時間経過の影響を調整した上で、各疼痛指標がROMに及ぼす独立した影響を検討した。
【結果】
複合モデルにおいて、夜間痛（β=-2.055, 95%CI:-3.45〜-0.65, p<0.01）、安静時痛（β=-2.58, 95%CI:-4.80〜-0.36, p=0.02）、ROM時痛（β=-5.18, 95%CI:-6.87〜-3.48, p<0.01）はいずれもROMと有意な負の関連を示した。また、時間はROMと有意な正の関連を示した（β=0.48, 95%CI: 0.43〜0.54, p<0.01）。さらに、ランダム効果としての個人差も有意であった（分散=0.65, 95%CI: 0.18〜1.12, p<0.01）。つまり、時間経過（1日）ごとにROMは約0.5°改善する傾向が認められた。また、各疼痛指標は他の変数を調整した上でもROMと負の関連を示し、NRSが1増加すると夜間時痛で約2.0°、安静時痛で約2.6°、ROM時痛で約5.2°のROMの低下が認められた。
【考察】
ROMは時間経過に伴い改善する一方で、夜間痛、安静時痛、ROM時痛はいずれも時間経過とは独立してROM制限に関連することが示された。特にROM時痛の影響が最も大きかったことから、ROM時痛が可動域制限により強く関連している可能性が示唆された。一方で、夜間痛および安静時痛も独立した影響を有しており、疼痛の種類ごとに異なる機序でROMに影響している可能性が考えられる。また、個人差（ランダム効果）が有意であったことから、術後経過には症例間でのばらつきが存在することが示され、縦断データ解析において線形混合モデルを用いる有用性が示唆された。
【まとめ】

腱板断裂術後における術後12週までのROMと疼痛（安静時痛・ROM時痛・夜間時痛）の相互関係を探索的に検討した。その結果、肩関節屈曲ROMには時間経過に伴う自然回復に加え、各疼痛が独立して関連することが明らかとなった。ROM改善には自然回復のみならず、疼痛の種類に応じた管理が重要である可能性が示唆された。しかし、本研究は症例数が少なく探索的検討であるため、今後は症例数を増やした検証的研究が必要であると考える。

セレクション演題

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第3会場（海峰：3F）

[S-2] セレクション演題2

座長:落合 錠(シルバーケア野崎)、宮永 陽亮(介護老人保健施設ひむか苑)

14:00 ~ 14:10

[S-2-02] 慢性足関節不安定症者における複数方向へのジャンプ着地およびドロップ着地時の姿勢安定性と動作戦略の違い

*内海 悠人[1,2]、有田 吏久仁[2,3]、石川 心優[2]、柏田 そら[2]、河内山 紗己[2,4]、鈴木 雄太[2] (1. 甘木中央病院　リハビリテーション科、2. 九州栄養福祉大学　リハビリテーション学部、3. 小波瀬病院　診療技術部　リハビリテーション科、4. 宗像水光会総合病院　リハビリテーション科)

キーワード：慢性足関節不安定症、姿勢安定時間、着地動作

対象者には本研究の目的および方法について説明し、書面による同意を得た。本研究は九州栄養福祉大学・東筑紫短期大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：2527）。

【目的】足関節捻挫は最も多く発生するスポーツ外傷であり、繰り返し受傷することで慢性足関節不安定症（Chronic Ankle Instability：CAI）へ移行する。CAI者では、動的バランス能力の低下はおおむね一致して報告されているが、着地時の下肢運動学については、股関節屈曲の増大を示す報告や減少を示す報告があり、結果は一貫していない（Chan et al., 2022）。これには対象者の選択あるいは動作課題の違いが関与すると考えられるが、これまで同一被験者に対して複数の着地課題を多方向で実施した研究はなく、その要因は明らかでない。本研究はCAI者と非CAI者を対象に、複数課題および複数の着地方向における着地時の姿勢安定性と下肢運動学を比較し、着地動作戦略の差異について明らかにすることを目的とした。

【方法】対象はInternational Ankle Consortiumの基準を満たしたCAI群17名（男性10名、女性7名）と、捻挫の既往がない非CAI群17名（男性10名、女性7名）とした。課題動作は前方・側方ジャンプ着地、前方・側方ドロップ着地の4条件とした。前方ジャンプ着地では、ジャンプ距離を身長の40%、高さを30cmとし、側方ジャンプ着地では、ジャンプ距離を身長の33%、高さを15cmとした。前方・側方ドロップ着地では、30cm台を使用した。全ての課題において、両足で踏み切り、片脚で着地し、着地姿勢を10秒間保持させ、5回の成功試技を採用した。課題動作中の姿勢安定時間（Time to stabilization：TTS）は床反力計AccuGait（AMTI 社）を用いて記録し、前後・左右・垂直の3方向のTTSを算出した。着地動作は4台のiPhone SE（Apple社）およびOpenCap（スタンフォード大学）を使用して撮影・解析し、下肢および体幹の関節角度を算出した。TTSは、群と課題動作を要因とした二元配置混合分散分析を実施し、事後検定にはHolm法を用いた。関節角度は統計的パラメトリックマッピングを用いて、群と課題動作の二元配置混合モデル分散分析を使用し、多重比較補正にはFDR（False Discovery Rate）法を用いた。有意水準は5%とした。

【結果】TTSでは、有意な交互作用および群の主効果は認められなかった。一方、前後および左右方向のTTSでは、課題動作の主効果がみられた（いずれも$p<0.01$）。関節角度についても、有意な交互作用および群の主効果はみられなかった。一方、すべての関節角度で課題動作の主効果がみられた（いずれも$p<0.01$）。

【考察】本研究では、同一被験者に対して複数の着地課題・方向の測定を実施することで、課題間のばらつきを被験者内で統制した。その結果、着地時の姿勢安定性や下肢運動学は、CAIという対象特性よりも、着地方向や動作様式といった課題特性に影響を受けることが示された。先行研究でも、CAI者のバランス応答や代償戦略は一様ではなく、課題条件によって変化する可能性が示されており（Simpson et al., 2019）、本研究結果はこれを支持する。CAI者の着地戦略は、CAI者に特有の異常パターンを呈するものではなく、動作課題に応じて調整された動作パターンを示していると考えられた。

【まとめ】CAI者の着地時の姿勢安定性および下肢運動学は、CAIの有無そのものよりも課題特性の影響を強く受けることが示唆された。

セレクション演題

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第3会場（海峰：3F）

[S-2] セレクション演題2

座長:落合 錠(シルバーケア野崎)、宮永 陽亮(介護老人保健施設ひむか苑)

14:10 ~ 14:20

[S-2-03] 当院NICUにおける哺乳支援の標準化とその予備的検討

*安藤 駿太郎[1]、白木 剛志[1]、廣重 愼一[1] (1. 長崎みなとメディカルセンターリハビリテーション部)

キーワード：NICU、哺乳支援、小児理学療法

【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行った.データの解析にあたっては匿名化を行い,取り扱いの際には漏洩がないよう十分配慮して実施した.また,当院倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号:NIRB No.R07-031）

【はじめに】新生児集中治療室(以下NICU)に入室している患児における哺乳障害は,経口哺乳獲得の遅延や在院日数延長の一因となることが報告されている.哺乳は吸啜・嚥下・呼吸の協調を基盤とした全身運動であり,姿勢制御や呼吸調整を含めた理学療法的介入の重要性が指摘されている.一方,臨床では評価や支援方法が個々の経験に依存する場面も多く,統一された支援方法の標準化が課題となっている.このことから当院NICUにおける,安全かつ早期の経口哺乳獲得を目的として,先行研究を参考に哺乳支援シート及び標準化プロトコルを新規作成し,多職種で評価視点や支援方法を共有する体制を導入した.本研究の目的は,導入前後における哺乳関連指標を比較し,本取り組みの臨床的意義と課題を検討することである.【方法】対象は2025年４月から2026年３月までの間に,当院NICUで理学療法を実施した在胎週数34週未満・出生体重2500ｇ未満で,経口哺乳練習を35週から開始した早産児10例とした.除外基準は染色体及び器質的異常を認めた児,転院例,データ欠損例とした.調査項目は基本的情報として性別,在胎週数,出生体重.医学的情報としてHFNC使用の有無,経管栄養の有無,NICU入室から哺乳開始までの日数,経口哺乳開始から獲得までの日数,哺乳中の酸素化低下日数,哺乳獲得後から退院までの日数とした.対象を哺乳支援シート及び標準化プロトコル導入前後で2群に分類し,各項目を診療録より後方視的に調査した.統計解析はMann–WhitneyのU検定,Fisherの正確確率検定を用い,有意水準は5%とした.【結果】対象は導入前5例,導入後5例であった.2群間比較では性別,在胎週数,出生体重,HFNC使用の有無,経管栄養の有無に有意差は認めなかった.また,哺乳関連指標では,NICU入室から哺乳開始までの日数(中央値)は導入前14日,導入後12日.経口哺乳開始から獲得までの日数は導入前21日,導入後15日.哺乳中の酸素化低下日数は導入前23日,導入後15日であり,いずれも有意差は認めなかった.一方,哺乳獲得後から退院日までの日数は導入前14日,導入後21日と導入後群で有意な延長を認めた.【考察】本研究では,統計学的有意差は認めなかったものの,経口哺乳獲得までの日数や哺乳中の酸素化低下日数において中央値の短縮を認めた.これは哺乳支援シート導入により,吸啜・嚥下・呼吸状態に関する観察項目が明確化され,多職種間で評価視点や支援方法を共有しやすくなったことや,標準化プロトコルに基づく段階的支援を統一して実施したことが哺乳場面での協調性運動の確保や呼吸調整の一貫性に寄与した可能性が考えられた.一方,哺乳獲得後から退院までの日数延長については,長期的な医学的管理を要した症例の影響が考えられ,哺乳機能のみならず,全身状態や家族背景等の要因も含めた検証が今後は必要と考える.これらのことから本研究は単施設・小数例での後方視的検討であり,統計学的検出力には限界を有するものの,NICUにおける哺乳支援の標準化に向けた取り組みとして一定の臨床的意義が示唆された.今後は症例数を蓄積し,対象の医学的背景を考慮した継続的検討や要因分析を課題として取り組んでいきたい.

セレクション演題

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第3会場（海峰：3F）

[S-2] セレクション演題2

座長:落合 錠(シルバーケア野崎)、宮永 陽亮(介護老人保健施設ひむか苑)

14:20 ~ 14:30

[S-2-04] 局所振動刺激は歩行時の外部膝関節内転モーメントを減少させるか？

*羽田 清貴[1]、羽田 見奈[2]、奥村 晃司[1]、尾崎 悠人[1]、大平 高正[3]、岡本 雄嗣[4]、枝村 和也[5]、片岡 維新[6]、甲下 修士[7]、穴見 圭汰朗[8]、阿部 稔[9]、川嶌 眞之[10]、川嶌 眞人[10] (1. 社会医療法人玄真堂　かわしまクリニック　リハビリテーション科、2. 社会医療法人玄真堂　川嶌整形外科病院　回復期リハビリテーション科、3. 訪問看護リハステーション大分駅南、4. 医療法人源算会　猿渡整形外科スポーツリハクリニック リハビリテーション科、5. 医療法人平成会　サンライズ酒井病院　リハビリテーション科、6. 医療法人平成会　介護老人保健施設サンライズビュー リハビリテーション部、7. 独立行政法人　国立病院機構 大分医療センター リハビリテーション科、8. 国立大学法人　大分大学医学部附属病院 リハビリテーション部、9. 特定医療法人社団春日会 黒木記念病院 リハビリテーション部、10. 社会医療法人玄真堂　川嶌整形外科病院 整形外科)

キーワード：局所振動刺激、腸腰筋、外部膝関節内転モーメント

本研究の実施に先立ち当院の倫理審査委員会（承認番号：20260430-02）にて承認を得た。本研究はヘルシンキ宣言に則った研究であり，すべての参加者に研究の意義と目的について説明し，同意を得て実施した．

【目的】変形性膝関節症患者の病態や症状の増悪因子として，歩行時の外部膝関節内転モーメント（External knee adduction moment；以下，KAM）の増大が着目されている．KAMは膝関節内側関節面における圧縮応力を反映したパラメータであるため，KAMの減少に有効な理学療法が求められているが，現状では有効とされる運動療法のエビデンスはない．そこで，本研究では体幹や腸腰筋へのLVSが片脚立位の安定性やKAMに及ぼす影響について検討することを目的とした．

【方法】参加者は健常成人16人で，片脚立位が不安定な側を対象とした．まず，マーカーレス動作分析システム GaitForceを用いて歩行分析を2回実施し，安定した3歩行周期の立脚相を抽出し，KAM第1ピーク値（以下，KAM1）と第2ピーク値（以下，KAM2）の平均値を算出した．次に，片脚立位の安定性の定量的評価には，ハンドヘルドダイナモメータ（以下，HHD）を用いて非支持側上肢に下向きに抵抗を加え片脚立位保持が困難となる値を算出し，2回計測した平均値を採用した．さらに，端坐位にて東大式ゴニオメータを用いて体幹側屈角度，HHDを用いて最大股関節屈曲等尺性運動を計測した．その後，支持脚側の体幹側面にLVSを実施（体幹LVS条件）と，支持脚側の腸腰筋にLVSを実施（腸腰筋LVS条件）後に，上記と同様に歩行分析，片脚立位安定性，体幹側屈可動域，腸腰筋筋力を計測した．LVSを実施する前を対照条件とし，体幹LVS条件と腸腰筋LVS条件は数日以上空けて実施した． 統計学的解析はR4.5.3を用いて，正規性の有無を確認し対照条件と体幹LVS条件および腸腰筋LVS条件の片脚立位安定性、歩行時のKAM1，KAM2について反復測定分散分析を行った後，多重比較法を実施した．有意水準は5%とした．

【結果】片脚立位安定性について，体幹LVS条件，腸腰筋LVS条件は対照条件よりも有意に高値を示した（それぞれ，$p < 0.01$）．KAM1について，腸腰筋LVS条件は対照条件よりも有意に低値を示した（$p < 0.05$）．KAM2について，腸腰筋LVS条件は，対照条件および体幹LVS条件よりも有意に低値を示した（それぞれ，$p < 0.01$，$p < 0.05$）．腸腰筋筋力について，腸腰筋LVS条件は対照条件よりも有意に高値を示した（$p < 0.01$）．

【考察】本研究結果より，腸腰筋へのLVSは腸腰筋の筋出力や片脚立位の安定性を向上させ，歩行時のKAMを減少させた．LVSの筋出力の向上に関する詳細なメカニズムはまだ不明なことが多い．現状では，我々はLVSにより筋や軟部組織間の滑走性や局所循環動態等が改善することで，本来発揮しうる筋出力が発揮できるようになったと考えている．KAMを決定する要因は，

床反力の大きさと膝関節中心から床反力作用線までの垂線の距離である．また，腸腰筋の中でも大腰筋は腰椎に起始を持つため腰椎の同側側屈作用が大きいと報告されている．そのため，腸腰筋へのLVSにより腸腰筋の筋出力が向上するとともに歩行時の腰椎の同側側屈作用により身体重心が立脚側へ移動し，膝関節中心から床反力作用線までの垂線の距離が短くなったためKAMの減少に寄与した可能性が考えられた．

一般演題（口述）| 物理療法 / 骨関節・脊髄

2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-1] 口述1

座長:寒竹 啓太(産業医科大学病院)、永濱 良太(恒心会おぐら病院)

13:00 ~ 13:10

[O-1-01] 脊椎圧迫骨折患者における疼痛と動作能力の回復構造 ―主成分分析を用いた探索的検討―

*矢野 剛士[1]、松田 友秋[1]、獅子目 亨[1] (1. 獅子目整形外科病院)

13:10 ~ 13:20

[O-1-02] 鏡視下腱板修復術後6か月における肩関節機能のPASS達成に関連する疼痛および心理社会的因子の検討

*田中 康明[1] (1. 重工記念長崎病院リハビリテーション科)

13:20 ~ 13:30

[O-1-03] 筋スパズムを主体とした肩後面痛に対する超音波併用電気刺激療法とテーピングの有効性

*寺町 寛[1]、坂口 弘城[1]、徳丸 信代[1]、羽田野 佑弥[1]、南屋 崇斗[1]、遠矢 拓己[1]、松田 友秋[2]、中村 好成[3] (1. 医療法人社団　創成会　なかむら整形外科クリニック　リハビリテーション室、2. 医療法人 朋詠会 獅子目整形外科病院　リハビリテーション部、3. 医療法人社団　創成会　なかむら整形外科クリニック)

13:30 ~ 13:40

[O-1-04] 脊髄損傷後神経障害性疼痛に対する周波数変調TENSの効果 ―疼痛の質的変化に着目した1症例―

*川瀬 智恵[1]、新保 千尋[1]、松元 良宏[2] (1. 恒心会おぐら病院リハビリテーション部、2. 鹿児島大学病院リハビリテーション科)

一般演題（口述）| 物理療法 / 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-1] 口述1
座長:寒竹 啓太(産業医科大学病院)、永濱 良太(恒心会おぐら病院)

13:00 ~ 13:10

[O-1-01] 脊椎圧迫骨折患者における疼痛と動作能力の回復構造 ―主成分分析を用いた探索的検討―

*矢野 剛士[1]、松田 友秋[1]、獅子目 亨[1] (1. 獅子目整形外科病院)

キーワード：脊椎圧迫骨折、疼痛、回復構造

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．過去の診療情報を用いた後ろ向き研究のため，院内掲示によるオプトアウトを実施し，対象者の拒否機会を保障した．データの収集・分析にあたり情報の匿名化を徹底し，厳重に管理を行った．

【目的】
脊椎圧迫骨折患者おいては，疼痛が軽減しているにもかかわらず動作の自立が遅延する，あるいは動作は自立しているが疼痛が遷延するなど，疼痛と動作能力の回復の経過が一致しない場面を経験することが少なくない．疼痛の軽減と動作の自立は回復過程における重要な指標となるが，我々が渉猟した限りでは，疼痛と動作能力の回復に関する時間的構造を統合的に検討した報告は見当たらない．本研究の目的は，疼痛安定および基本動作の自立に至る日数を指標として，回復過程の構造を探索的に明らかにすることである．
【方法】
対象は脊椎圧迫骨折患者15名（全例女性，年齢85.7±8.0歳）であった．評価項目は，疼痛安定日（安静時，咳嗽時，座位保持，寝返り，起き上がり，立ち上がり，立位保持，歩行器歩行）および各基本動作の自立日（座位保持，寝返り，起き上がり，立ち上がり，立位保持，歩行器歩行）の計14項目とした．疼痛安定日はNumerical Rating Scale（NRS）が3以下となった日と定義した．統計解析は，各変数を標準化した上で主成分分析を実施した．主成分は固有値1以上の基準およびスクリープロットを参考に抽出し，主成分負荷量の絶対値0.4以上を基準として各主成分の特徴を整理した．
【結果】
主成分分析の結果，2つの主成分が抽出された．第1主成分の寄与率は74.6%，第2主成分は15.7%で,累積寄与率は90.3%であった．第1主成分では，全変数の主成分負荷量は0.69～0.96であり，すべて0.68以上を示した．特に寝返り，起き上がり，立ち上がり，立位保持，歩行器歩行の疼痛安定日の主成分負荷量は0.94～0.96と0.9以上の高値であった．第2主成分では，立ち上がり，立位保持，歩行器歩行の自立日の主成分負荷量が正の方向に0.4以上（0.54～0.69）を示した一方で，座位保持，安静時，咳嗽時の疼痛安定日の主成分負荷量は負の方向（−0.51～−0.38）を示し，対照的であった．
【考察】
第1主成分では，すべての指標が高い負荷量を示したことから，「全般的な回復進行度」を反映する成分と解釈した．第2主成分では，抗重力・移動動作（立ち上がり，立位保持，歩行器歩行）の自立日と，低負荷条件（安静時，咳嗽時，座位保持）における疼痛安定日が対照的な関係を示し，「疼痛と動作能力の回復特性の違い」を反映する成分と解釈した．これは，疼痛と動作能力の改善は必ずしも一致しないとする先行研究（Kataoka et al. 2017）の知見と整合しており，両者の回復が単一の指標では説明できない可能性を支持するものと考えられる．このことは，脊椎圧迫骨折患者の回復過程において，疼痛と動作能力の回復パターンに複数の様式が存在する可能性を示唆し，サブグループ化や個体差を考慮した評価および介入の必要性を示唆するものと考えられる．しかし,本研究は少数例による探索的検討であり，一般化には慎重な解釈を要する．今後はより大規模な検討を行い，本構造の再現性や臨床的妥当性を検証する必要があると考える．
【結論】

脊椎圧迫骨折患者の回復過程は，「全般的な回復進行度」と，「疼痛と動作能力の回復特性の違い」という2つの側面から整理できる可能性が示唆された．本研究の結果は，疼痛と動作能力を多面的に評価する必要性を示唆するものであると考える．

一般演題（口述）| 物理療法 / 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-1] 口述1
座長:寒竹 啓太(産業医科大学病院)、永濱 良太(恒心会おぐら病院)

13:10 ~ 13:20

[O-1-02] 鏡視下腱板修復術後6か月における肩関節機能のPASS達成に関連する疼痛および心理社会的因子の検討

*田中 康明[1] (1. 重工記念長崎病院リハビリテーション科)

キーワード：鏡視下腱板修復術、疼痛、心理社会的因子

本研究はヘルシンキ宣言に則って実施した。研究の目的，方法，個人情報の取扱いについて十分な説明を行い，対象者の同意を得た。

【目的】腱板断裂に対する鏡視下腱板修復術（ARCR）後は，客観的な機能改善が得られても，症状の改善に満足できない症例を認める。ARCR後では，心理社会的因子が患者報告アウトカムと関連することが報告されているが，患者自身が症状を許容できる状態（Patient Acceptable Symptom State：PASS）との関連を検討した報告は少ない。そこで本研究は，患者立脚型肩関節機能評価であるShoulder36（Sh36）のPASSカットオフ値を用いて，ARCR後6か月時点におけるPASS達成と疼痛および心理社会的因子との関連を検討することを目的とした。
【方法】
対象はARCR後6か月で評価可能であった87例（男性71例，女性16例，平均年齢65.4±7.4歳）とした。Sh36の疼痛，可動域，筋力，健康感，日常生活活動（ADL）の各ドメインについて，PASSカットオフ値を用いてPASS達成群と非達成群の2群に分類した。説明変数は安静時痛，夜間痛，動作時痛，Pain Catastrophizing Scale（PCS），Fremantle Shoulder Awareness Questionnaire（FreSHAQ），Tampa Scale for Kinesiophobia（TSK），Hospital Anxiety and Depression Scale（HADS），短縮版Central Sensitization Inventory（CSI-9）とし，Sh36の各ドメインのPASS達成を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析を実施した。統計学的有意水準は5%とした。
【結果】
多重ロジスティック回帰分析の結果，疼痛では動作時痛（OR 0.960，95%CI 0.931-0.989，p＝0.007），可動域では動作時痛（OR 0.969，95%CI 0.943-0.995，p＝0.020），筋力ではCSI-9（OR 0.852，95%CI 0.728-0.998，p＝0.047），健康感ではCSI-9（OR 0.808，95%CI 0.682-0.957，p＝0.017），ADLでは動作時痛（OR 0.964，95%CI 0.938-0.991，p＝0.008）が有意な関連因子として抽出された。
【考察】
ARCR後6か月におけるSh36のPASS達成には，動作時痛および中枢性感作関連症状が関連していた。疼痛，可動域，ADLで動作時痛が抽出されたことから，術後6か月では安静時や夜間痛よりも，日常生活や上肢使用場面で経験される痛みの程度が，症状を許容できるかどうかと結び付きやすい可能性が示された。さらに，筋力および健康感でCSI-9が抽出されたことから，疼痛による機能低下だけでなく，中枢性感作関連症状がPASS達成と関連した可能性がある。ARCR後の患者報告アウトカムには心理社会的因子や痛み感受性が関連することも示されており，本研究はこれをPASSという症状許容度の観点から術後6か月の時点の肩関節機能との関連を示した点において、新たな知見を加えるものと考えられる。
【まとめ】
ARCR後6か月におけるSh36のPASS達成には，動作時痛および中枢性感作関連症状が関連していた。術後リハビリテーションでは，動作時痛への対応に加え，中枢性感作関連症状を含めた多面的な評価と介入が重要である。

一般演題（口述）| 物理療法 / 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-1] 口述1
座長:寒竹 啓太(産業医科大学病院)、永濱 良太(恒心会おぐら病院)

13:20 ~ 13:30

[O-1-03] 筋スパズムを主体とした肩後面痛に対する超音波併用電気刺激療法とテーピングの有効性

*寺町 寛[1]、坂口 弘城[1]、徳丸 信代[1]、羽田野 佑弥[1]、南屋 崇斗[1]、遠矢 拓己[1]、松田 友秋[2]、中村 好成[3] (1. 医療法人社団　創成会　なかむら整形外科クリニック　リハビリテーション室、2. 医療法人 朋詠会 獅子目整形外科病院　リハビリテーション部、3. 医療法人社団　創成会　なかむら整形外科クリニック)

キーワード：肩関節後面痛、超音波併用電気刺激療法、テーピング

【倫理的配慮】
本症例はヘルシンキ宣言に基づき研究の目的および方法について文書にて説明し本人の同意を得て実施した.

【はじめに】肩関節周囲炎の主症状は疼痛であるが，ガイドラインでは理学療法と物理療法併用の有効性に関する明確なエビデンスは示されていない．また，疼痛部位別や筋攣縮に着目したテーピングの効果に関する報告は限定的である．今回，肩関節後面痛を呈した外傷性肩関節周囲炎症例に対し，超音波併用電気刺激療法とキネシオロジーテーピングを実施し，2日間で即時的および経時的な疼痛軽減を認めたため報告する． **【症例】**症例は60歳代男性で，診断名は外傷後肩関節周囲炎であった．木の剪定作業中にバランスを崩し約2m下へ転落し，左肩，左大腿部，左側腹部を受傷した．右手に剪定用具を保持しており，転落時に右肩関節へ水平内転方向の外力が加わった．当日は右肩痛を自覚しなかったが，数日後より疼痛が出現し持続した．MRIでは小円筋にT2高信号を認めた．経過観察となったが疼痛持続した為，受傷1か月後より理学療法を開始．初期評価では右肩後面痛VAS80㎜であった．外転および水平内外転時に強い疼痛を訴え，就寝時の体位変換や咳嗽時にも疼痛を認めた．座位では右肩甲骨前傾，下方回旋，内旋が特徴的であった.肩関節可動域（右/左）は水平外転10°/30°，水平内転110°/135°，肩関節外転90°位での内旋30°/70°，外転135°/150°であり，右肩関節後面痛を伴っていた．Belly press test，Bear hug test，External rotation testで後面痛を認めた．触診では棘下筋斜走線維に圧痛を認め，小円筋，三角筋後部線維とともに筋攣縮を認めた．理学療法として，棘下筋斜走線維，小円筋，三角筋後部線維に超音波併用電気刺激療法を実施し，右上肢支持下で肩関節水平内外転運動を行った．その後，同筋群へキネシオロジーテーピングを施行した．疼痛軽減後，経過に伴い，肩甲骨胸郭機能エクササイズ，後方関節包モビライゼーション，肩甲下筋収縮運動を追加した．
【結果】初回介入直後より右肩後面痛は，VASで80㎜から40㎜へ軽減した．さらにテーピング施行後にはVAS20㎜となった．翌日の介入前VASは40㎜であったが，外転時痛，水平内外転時痛，咳嗽時痛，体位変換時痛はいずれも軽減した．同日介入後にはVAS10㎜となり，水平外転30°，水平内転135°，外転150°，肩関節外転90°位での内旋は50°へ改善した．介入2日目には肩後面痛は消失，肩関節外転90°位での内旋は70°，症状は肩前外側部痛VAS12㎜へ移行した．患者からは，力仕事再開の見通しが立ったとの発言を得た．
【考察】本症例の肩後面痛には，棘下筋斜走線維を中心とした小円筋，三角筋後部線維の筋攣縮による筋内圧上昇と筋滑走不全が関与した可能性が考えられた．その結果，水平外転時には短縮時痛，水平内転時には伸張時痛が生じた可能性がある．対象筋に対する超音波併用電気刺激療法とキネシオロジーテーピングの実施により，筋攣縮の改善と筋内圧低下が得られ，外転時痛，水平内外転時痛，咳嗽時痛，体位変換時痛の軽減につながったと考えられた．超音波併用電気刺激療法による筋硬度・疼痛低下は先行研究（大山ら， 2011）とも一致する.本症例は，これらの介入が即時的な疼痛軽減と機能改善に寄与する可能性を示唆する臨床的知見と考えられた．

一般演題（口述）| 物理療法 / 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 13:00 ~ 13:40 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-1] 口述1
座長:寒竹 啓太(産業医科大学病院)、永濱 良太(恒心会おぐら病院)

13:30 ~ 13:40

[O-1-04] 脊髄損傷後神経障害性疼痛に対する周波数変調TENSの効果 ―疼痛の質的変化に着目した1症例―

*川瀬 智恵[1]、新保 千尋[1]、松元 良宏[2] (1. 恒心会おぐら病院リハビリテーション部、2. 鹿児島大学病院リハビリテーション科)

キーワード：神経障害性疼痛、周波数変調TENS、アロディニア

本報告は，対象者に書面による同意を得た上で，当院の倫理審査委員会で承認を得た（2025-B18）.

【目的】
脊髄損傷後疼痛は神経障害性疼痛と侵害受容性疼痛を含み，有訴率が高くQuality of Life（QOL）を低下させる要因である．特に神経障害性疼痛は難治性であり，薬物療法のみでは十分な鎮痛が得られない場合も多く，非薬物療法の併用が重要とされる．経皮的電気神経刺激療法（Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation：TENS）は補助的治療として用いられるが，一定刺激では神経適応により効果が減弱する可能性がある．周波数変調TENSは刺激周波数を変化させることで慣れを軽減し鎮痛効果の持続が期待されるが，脊髄損傷後疼痛への報告は少ない．本症例に対し周波数変調TENSを実施し，神経障害性疼痛の強度および質的変化への影響を検討した．
【対象】
症例は30歳代男性．バイク事故によりL5破裂骨折，L5/S1脱臼骨折，両側寛骨臼骨折を受傷し，脊椎後方固定術および骨接合術を施行後，受傷34日で回復期病棟へ入棟した．入院時，American Spinal Injury Association（ASIA，右／左）は運動14／24，触覚7／10，痛覚7／10であった．右下肢の関節可動域（Range of Motion：ROM）は股関節屈曲75°，伸展−10°，Straight Leg Raise（SLR）30°，膝関節伸展−15°，足関節背屈−10°であり，運動・感覚障害および可動域制限を認めた．右足底に灼熱感とジンジンする自発痛（Numerical Rating Scale：NRS 6）を認め，衣類などの軽微な触刺激で疼痛が誘発されるアロディニアを呈し，運動療法の阻害因子となっていた．painDETECT 31点，Neuropathic Pain Symptom Inventory（NPSI）42点，Short-Form McGill Pain Questionnaire-2（SF-MPQ-2）74点，Pain Catastrophizing Scale（PCS）30点であった．
【方法】
術後33〜42日の両下肢免荷期間に，下肢ROM訓練および筋力訓練と併用し周波数変調TENSを10日間実施した．低周波治療器を用い右足底に対し，周波数1〜120Hz，パルス幅100μsのスイープモードで30分，1日1回実施した．刺激強度は運動閾値下で疼痛を惹起しない最大強度とした．評価は介入前後でNRS，NPSI，SF-MPQ-2，PCSを用いた．
【結果】
NRSは6から4へ低下し，SF-MPQ-2は74から31点，NPSIは42から21点，PCSは30から20点へ改善した．NPSI下位項目では自発痛，発作痛，誘発痛はいずれも低下したが，「絞り上げられるような痛み」は増加した．
【考察】
周波数変調TENSはAβ線維を介した抑制性介在ニューロンの賦活および下行性疼痛抑制系の活性化により，中枢性感作の軽減に寄与すると考えられている．本症例でもアロディニアや灼熱感といった表在性疼痛の軽減に関与した可能性がある．一方，「絞り上げられるような痛み」の増加は，骨折治癒過程に伴う炎症や組織修復により侵害受容入力が増加したことに加え，関節可動域制限や筋力低下に伴う侵害受容性疼痛の関与が示唆される．また，表在性疼痛の軽減により相対的に深部痛が表面化した可能性も考えられる．深部痛は残存したが，表在性疼痛の軽

減により運動療法が可能となり，活動量増加を介して退院時には日常生活を阻害しないレベルまで軽減した．以上より，周波数変調TENSは脊髄損傷後疼痛に対し，疼痛の質的改善を通じて理学療法介入を促進する有用な補助療法となる可能性が示唆された．

一般演題（口述）| 成人中枢神経

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-2] 口述2

座長:山田 隆治(隼人温泉病院)、堤 偉史(百年橋リハビリテーション病院)

13:50 ~ 14:00

[O-2-01] 特発性正常圧水頭症患者のシャント術後のTUG改善度に及ぼす要因の検討

*髙塚 翔太郎[1]、筑紫 和幸[1]、東 龍之介[1] (1. 熊本市民病院)

14:00 ~ 14:10

[O-2-02] 回復期脳卒中患者における麻痺側下肢細胞外水分比と日常生活活動との関連

*木須 達哉[1]、松下 武矢[1]、嶋田 賢[1]、佐藤 伸哉[1] (1. 一般社団法人是真会　長崎リハビリテーション病院　臨床部)

14:10 ~ 14:20

[O-2-03] 脳卒中後片麻痺患者における歩行速度および運動麻痺に基づくサブグループ分類と歩行時の運動学的特徴

*戸髙 良祐[1]、渡邉 唯我[1]、梶山 哲[1]、阿南 雅也[2] (1. 社会福祉法人　農協共済　別府リハビリテーションセンター、2. 大分大学　福祉健康科学部　理学療法コース)

14:20 ~ 14:30

[O-2-04] 回復期リハビリテーション病棟における初発脳卒中患者の歩行自立後の転倒要因について検討

*田川 恒平[1]、木須 達哉[1]、中山 研一[1]、萩野 裕樹[1]、松本 千賀子[1]、秦 千尋[1]、小川 健治[1] (1. 長崎リハビリテーション病院　臨床部)

一般演題（口述）| 成人中枢神経

2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-2] 口述2

座長:山田 隆治(隼人温泉病院)、堤 偉史(百年橋リハビリテーション病院)

13:50 ~ 14:00

[O-2-01] 特発性正常圧水頭症患者のシャント術後のTUG改善度に及ぼす要因の検討

*髙塚 翔太郎[1]、筑紫 和幸[1]、東 龍之介[1] (1. 熊本市民病院)

キーワード：正常圧水頭症、TUG、シャント術

本研究は熊本市民病院倫理審査委員会の承認(承認番号725)を得て実施した。また、対象者にオプトアウト方式を通じて不参加の機会を提供し、データは匿名化され個人情報の保護に十分配慮した。

【背景・目的】
特発性正常圧水頭症(idiopathic normal pressure hydrocephalus：以下iNPH)は歩行障害、認知障害、排尿障害を３大徴候とする進行性の疾患である。３大徴候のうち、歩行障害が最も多く、広基性歩行、小刻み歩行、すり足歩行などが特徴であり、水頭症シャント手術によって症状の改善が期待される。一般的なiNPH患者の歩行検査の一つにTimed up & Go test(以下TUG)があげられる。TUGは歩行、方向転換、着座など複数の動作を検査することが可能であり、簡易検査として有用性が確認されている。当院においてもiNPH患者の歩行評価として用いているが、TUG改善度には個人差がみられており、先行研究においてもTUG改善度に対する報告は散見される程度である。本研究の目的はシャント術後、リハビリテーションを提供したiNPH患者のTUG改善度に影響を与える要因を検討することである。
【対象・方法】
対象は2022年4月1日～2025年3月31日に当院でシャント術を施行し、リハビリテーションを提供したiNPH患者60名とした。除外基準は続発性水頭症の患者、シャント術後検査が実施困難であった患者とした。評価項目はTUG(時間、歩数)、性別、年齢、BMI、アルブミン値、MMSE、BI、在院日数、歩行形態、術後から歩行開始に要した日数、リハビリテーション単位数・介入期間とした。TUG、MMSEはシャント術効果判定のためのタップテスト前とシャント術後7日目で計測し、変化率も算出した。先行研究よりシャント術前後のTUG歩行時間の改善率13%(minimai clinically important difference：以下MCID)をカットオフとし、TUGの改善度が13%以上を改善群、13%未満を非改善群とした。2群間の比較はχ2乗検定もしくはMann-Whitney U検定を実施した。統計解析はEZRver2.7-1 を使用し、有意水準は5%とした。
【結果】
解析対象は49名であり、改善群は19名(男性15名、女性4名、平均年齢77.2歳±5.2)、非改善群は30名(男性17名、女性13名、平均年齢78.4歳±6.9)であった。除外者は11名であった。統計解析の結果、術後から歩行開始に要した日数、TUG歩数(変化率)で有意差を示した。一方、その他評価項目では改善群と非改善群の間に有意差を認めなかった。
【考察】
術後から歩行開始に要した日数の短縮とTUG歩数の減少がTUG改善度に関与していた。術後の早期離床は廃用予防だけでなく、早期の歩行確立、歩行能力改善に影響を与える。本研究ではシャント術後評価を術後７日目に計測しており、とくに早期離床にともなう活動量の増大がTUG改善度に影響したと考えられる。これは術後早期のリハビリテーションの必要性を表していると考えられる。TUG歩数(変化率)に関しては、先行研究でiNPH患者の歩行速度の改善には歩幅の拡大の影響が示されており、本研究においても同様の結果と考える。一方、リハビリテーション介入期間、単位数では有意差が認められなかった。先行研究ではリハビリテーション期間の延長と歩行改善度の関係が報告されているが、本研究は術後早期と限定的であったことから有意差に至らなかったと考える。
【結語】

iNPHシャント術後患者のTUG改善には術後早期の歩行開始と歩行時の歩幅の拡大が影響する可能性が示唆された。

一般演題（口述）| 成人中枢神経
2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-2] 口述2
座長:山田 隆治(隼人温泉病院)、堤 偉史(百年橋リハビリテーション病院)

14:00 ~ 14:10

[O-2-02] 回復期脳卒中患者における麻痺側下肢細胞外水分比と日常生活活動との関連

*木須 達哉[1]、松下 武矢[1]、嶋田 賢[1]、佐藤 伸哉[1] (1. 一般社団法人是真会　長崎リハビリテーション病院　臨床部)

キーワード：脳卒中、細胞外水分比、Functional Independence Measure effectiveness

本研究は長崎リハビリテーション病院研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号R7-2）。研究情報は自施設ホームページに公開し、オプトアウトによる拒否の機会を保障した。本研究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に従い実施した。

【目的】脳卒中後の日常生活活動（ADL）改善には多様な因子が関与し、客観的な予後評価指標の確立が求められている。近年、生体電気インピーダンス分析による細胞外水分比（extracellular water to total body water ratio：ECW/TBW）は浮腫や栄養・炎症状態を反映する指標として注目されている。全身ECW/TBWとADL改善との関連は報告されているが、部位別、特に麻痺側下肢に着目した検討は限られている。脳卒中後は麻痺側に筋萎縮や体液分布異常が生じやすく、局所的変化がADL改善に影響する可能性がある。本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟に入院した初発脳卒中患者を対象に、入院時の麻痺側下肢ECW/TBWと運動Functional Independence Measure effectiveness（FIMe）との関連を明らかにすることである。【方法】対象は2020年から2024年に当院へ入院した初発脳卒中患者998名のうち、除外基準に該当した382名を除いた616名とした。主要アウトカムは運動FIMeとした。入院時に麻痺側・非麻痺側下肢、全身のECW/TBWを測定した。統計解析では、運動FIMeを目的変数、各部位のECW/TBWを説明変数とした線形回帰分析を各部位ごとに独立したモデルで実施した。調整変数には年齢、性別、疾患種別、発症から当院入院までの期間、入院時運動FIM、下肢Brunnstrom recovery stage、C-reactive protein、要介護度、GLIM（Global Leadership Initiative on Malnutrition）基準、総摂取エネルギー量、摂取蛋白質量を用いた。各部位間の関連はSpearman順位相関係数で評価した。また、麻痺側と非麻痺側下肢の比較にはWilcoxonの符号付順位和検定を用いた。有意水準は5%未満とし、統計ソフトはEZRを用いた。【結果】対象の年齢中央値は73歳、女性41%であった。線形回帰分析の結果、麻痺側下肢ECW/TBWは運動FIMeの独立した負の関連因子であった（偏回帰係数[B]-2.07、95%信頼区間[CI]-3.48～-0.66、p=0.004）。非麻痺側下肢（B-2.69、95%CI-4.16～-1.22、p<0.001）および全身（B-3.53、95%CI-5.33～-1.73、p<0.001）においても同様の関連を認めた。各部位のECW/TBW間には強い正の相関が認められた。麻痺側は非麻痺側と比較して有意に高値を示した（p<0.001）。【考察】本研究の結果、麻痺側下肢ECW/TBWが高値であるほど運動FIMeが低値を示すことが明らかとなった。麻痺側下肢ECW/TBWは全身と強い相関を示したことから、栄養状態や炎症といった全身状態を反映する指標であることが示唆された。一方で、麻痺側ECW/TBWが非麻痺側ECW/TBWに比して高値を示したことは、全身的影響に加え、不活動や運動麻痺に伴う筋萎縮などの局所的変化が関与している可能性を示す。すなわち、麻痺側ECW/TBWは全身状態と局所変化の双方を反映する指標であり、全身指標では捉えきれない機能予後に関する情報を補足する可能性がある。したがって、回復期においては、栄養管理や炎症制御といった全身的介入に加えて、麻痺側下肢の筋量・質の維持・向上に焦点を当てた介入が重要であると考えられる。なお、本研究は観察研究であり因果関係を示すものではない。また、評価は入院時の単回測定であり、経時的変化は検討していない。今後は、縦断的研究や介入研究により、ECW/TBWの改善がADL向上に与える影響を検証する必要がある。

一般演題（口述）| 成人中枢神経
2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-2] 口述2
座長:山田 隆治(隼人温泉病院)、堤 偉史(百年橋リハビリテーション病院)

14:10 ~ 14:20

[O-2-03] 脳卒中後片麻痺患者における歩行速度および運動麻痺に基づくサブグループ分類と歩行時の運動学的特徴

*戸髙 良祐[1]、渡邉 唯我[1]、梶山 哲[1]、阿南 雅也[2] (1. 社会福祉法人　農協共済　別府リハビリテーションセンター、2. 大分大学　福祉健康科学部　理学療法コース)

キーワード：協調性、歩行、脳卒中

本研究は，当院の倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号: 113)．また，ヘルシンキ宣言を遵守したうえで事前に対象者へ十分な説明を行い，同意を得て実施した．

【はじめに】脳卒中後片麻痺患者の歩行速度は，運動麻痺の重症度と関連する．一方で，同等の歩行速度であっても，運動麻痺の重症度に応じて体幹および下肢の運動パターンは異なる可能性がある．したがって，歩行速度と運動麻痺の重症度を統合的に捉え，運動学的特徴を明らかにすることは，歩行再建に重要である．本研究では，歩行速度と運動麻痺の重症度に基づくサブグループ間で，体幹と下肢の運動学的指標の差異を検討した．
【方法】対象は脳卒中後片麻痺患者30人とした．臨床評価は快適歩行速度，Fugl-Meyer Assessmentの下肢運動項目(FMA-LE)，Trunk Impairment Scaleを取得した．快適歩行時の運動学的データは，骨盤，麻痺側の大腿，下腿，踵骨部に慣性センサを貼付して収集した．計測時は，常用している歩行補助具を使用した．体幹の運動学的指標として，骨盤の加速度信号の鉛直成分から，ストライド間およびステップ間の自己相関係数を算出した(SRvt，SSvt)．また，麻痺側下肢の協調性を定量化するため，各セグメントの矢状面上の角速度信号からVector Coding Techniqueを用いてCoupling Angleとその変動性を算出した．さらに，In Phase，Anti Phase，Proximal Phase，Distal Phaseに分類し，立脚相と遊脚相の前半・後半ごとに出現率を算出した．統計学的解析は，歩行速度とFMA-LEの関連性を確認するため，スピアマンの順位相関係数を算出した．歩行速度とFMA-LEに基づくサブグループを特定するため，階層的クラスター分析を行った．各クラスター間の変数の比較にはKruskal-Wallis検定を用い，多重比較はSteel-Dwass検定を行った(有意水準: 0.05)．
【結果】歩行速度(m/s)とFMA-LE(点)は有意に相関した($rs = .56$, $p < .01$)．クラスタリングの結果，クラスター1(歩行速度: 0.48 (0.41-0.65)，FMA-LE: 22 (20-24))，クラスター2(歩行速度: 0.93 (0.86-1.10)，FMA-LE: 27.5 (26.5-28))，クラスター3(歩行速度: 0.62 (0.57-0.84)，FMA-LE: 16 (16-17))に分類された．FMA-LEはクラスター2＞1＞3の順で有意に高く($p < .01$)，歩行速度はクラスター2がクラスター1より有意に高かった($p < .01$)．クラスター2は，他クラスターと比較してSRvtとSSvtが有意に高く($p < .01$)，変動性において骨盤-大腿間(立脚相後半)，大腿-下腿間(立脚相前半・後半，遊脚相前半・後半)，下腿-足部間(遊脚相前半・後半)が有意に低かった($p < .01$)．また，クラスター2は，骨盤-大腿間In Phase割合(立脚相後半)がクラスター1より有意に低く($p < .01$)，大腿-下腿間Distal Phase割合(遊脚相後半)がクラスター3より有意に高かった($p < .01$)．クラスター3は，下腿-足部間In Phase割合(立脚相後半)がクラスター1より有意に高かった($p < .01$)．
【考察】本研究では，歩行速度と運動麻痺の重症度に基づくクラスタリングにより，運動学的特徴が異なるサブグループが抽出された．歩行速度とFMA-LEが高い群はSRvtとSSvtが高く，変動性が低いことから，安定した歩行戦略を有することが示された．一方で，運動麻痺が重度でも歩行速度が同程度の群が存在し，その群では立脚相後半の下腿-足部間In Phase割合が増加していた．これは下肢装具による足関節の制御を反映している可能性がある．以上より，歩行能力は運動麻痺の重症度のみならず，協調性や変動性が複合的に影響する可能性が示された．

一般演題（口述）| 成人中枢神経
2026年11月14日(土) 13:50 ~ 14:30 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-2] 口述2
座長:山田 隆治(隼人温泉病院)、堤 偉史(百年橋リハビリテーション病院)

14:20 ~ 14:30

[O-2-04] 回復期リハビリテーション病棟における初発脳卒中患者の歩行自立後の転倒要因について検討

*田川 恒平[1]、木須 達哉[1]、中山 研一[1]、萩野 裕樹[1]、松本 千賀子[1]、秦 千尋[1]、小川 健治[1] (1. 長崎リハビリテーション病院　臨床部)

キーワード：回復期リハビリテーション病棟、初発脳卒中、転倒

本研究は長崎リハビリテーション病院研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号R7-06）。研究情報は自施設ホームページに公開し、オプトアウトによる拒否の機会を保障した。本研究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に従い実施した。

【目的】
回復期リハビリテーション病棟では、多職種による集中的な介入を通じて機能回復と自立支援を行っている。しかし、入棟中の脳卒中患者のうち21.3%が転倒を経験すると報告されている。転倒リスクを高める要因として、運動麻痺や筋力、立位バランス、歩行能力といった身体機能だけでなく、認知機能や高次脳機能が報告されている。当院ではそれらの評価に加え、実際の病棟生活の動作の安全性をチェックリストを使用して多職種で多面的に評価し、歩行自立の可否を検討している。しかしながら、自立と判断されたのちに転倒が一定数生じている。本研究は、歩行自立後に転倒した脳卒中患者の転倒要因を検討し、予測精度を高め、歩行自立後の転倒減少に繋げることを目的とする。
【方法】
対象は、2022年4月から2024年3月までに当院へ入院した初発脳卒中患者472名のうち、歩行自立に至らなかった者（247名）、データ欠損者（30名）を除外した195名とした。主要アウトカムは歩行自立後の転倒の有無とした。調査項目は、基本情報（入院日、発症日、性別、年齢、疾患名、麻痺側、歩行自立日、転倒日）。歩行自立時の状況（歩行補助具や装具の有無、中枢神経作用薬の有無）。心身機能・活動評価項目（入院時、歩行自立時のFIM、Brs、BBS、TUG、注意障害・遂行機能障害・半側空間無視・失行・失認・失語の有、疑い、無）。歩行自立後の転倒の有無から転倒群と非転倒群に分け、2群間で調査項目の比較を行った。名義変数にはフィッシャーの正確確率検定を、量的変数には Kolmogorov–Smirnov 検定で正規性を確認した上で Mann–Whitney のU検定を用いた。統計解析はEZR version 1.68を用い、有意水準はP<0.05とした。
【結果】
歩行自立後に転倒した者は18名（9.2%）であった。群間比較の結果(転倒群vs非転倒群)、歩行自立までの期間（38日 vs 21日、P＝0.043）、BBS（48点 vs 52点、P＝0.007）、TUG（12秒 vs 10秒、P＝0.047）において有意差を認めた。一方、基本情報や、自立時の歩行状況や入院時の心身機能やADL、自立時の高次脳機能障害の有無、中枢神経作用薬の使用、については有意差を認めなかった。
【考察】
歩行自立後の転倒経験者は9.2%であり、当院の歩行自立評価は一定の成果があると考える。今回、転倒群はTUGやBBSが非転倒群より低いという結果であった。しかし、TUGは12秒、BBSは48点と、いずれも一般的な転倒リスクのカットオフ値は上回っており、身体機能評価だけでは歩行自立を判定することが難しいことを示唆しているものと考える。加えて、入院時の心身機能やADLには差は認めなかったものの、転倒群は歩行自立までに長い期間を要するという結果であった、入院時からの身体機能の改善が非転倒群より時間を要するとともに、わずかな機能低下が生じているという可能性が示唆された。一方で、高次脳機能障害については有意差を

認めず、本研究ではその影響を明確にすることはできなかった。これは、高次脳機能障害の有無、疑いだけの評価であり、重症度の評価までしていない点が影響した可能性がある。今後は対象者数を増やし、高次脳機能障害の評価バッテリーを用いて、多変量解析を用いて検討することで、歩行自立後の転倒要因を明らかにし、予測精度を高め、転倒減少に繋げていきたい。

一般演題（口述）| スポーツ・健康

2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:10 | 第3会場（海峰：3F）

[O-3] 口述3

座長:綱 翔太郎(conditioning studio KAURA)

14:40 ~ 14:50

[O-3-01] 中高生アスリートにおけるハムストリングス肉離れの競技復帰時期と再発に関する検討

*白石 佳成[1]、田渕 俊紀[1] (1. 百武整形外科・スポーツクリニックリハビリテーション部)

14:50 ~ 15:00

[O-3-02] 術前%BWからみたQT ACLR術後の短期筋力の回復予測

*田渕 俊紀[1]、井手 智輝[1]、上原 博斗[1]、野中 咲希[1]、江頭 正英[1]、蒲原 悠汰[1]、立川 千紘[1]、西古 亨太[2] (1. 百武整形外科・スポーツクリニック リハビリテーション部、2. 百武整形外科・スポーツクリニック 整形外科)

15:00 ~ 15:10

[O-3-03] 中高生女子陸上短距離選手におけるシーズン前後の100m自己ベストタイム改善効果と関連要因の検討

*﨑田 美保[1]、久木崎 航[1,2]、今村 修[3]、河野 真和[4] (1. （株）未来図Labo、2. 熊本保健科学大学 保健科学部 リハビリテーション学科、3. 宮崎県立都城商業高校　保健体育科,宮崎県高体連陸上競技専門部長、4. 宮崎市立大淀中学校　保健体育科,宮崎市中体連陸上競技専門部長)

一般演題（口述）| スポーツ・健康

2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:10 | 第3会場（海峰：3F）

[O-3] 口述3

座長:綱 翔太郎(conditioning studio KAURA)

14:40 ~ 14:50

[O-3-01] 中高生アスリートにおけるハムストリングス肉離れの競技復帰時期と再発に関する検討

*白石 佳成[1]、田渕 俊紀[1] (1. 百武整形外科・スポーツクリニックリハビリテーション部)

キーワード：ハムストリングス肉離れ、中高生アスリート、競技復帰時期

本研究は、対象者に研究の趣旨を説明し、同意を得て実施した。

【はじめに】ハムストリングス肉離れは、全肉離れの37~40%を占め、最も発生頻度が高い。当院では、JISS分類に基づいた損傷程度を競技復帰(RTP)時期判断の参考としている。しかし、JISS分類に基づくRTP時期に関する報告は主にトップアスリートや成人アスリートを対象としたものが多く、中高生アスリートに関する報告は限られている。
【目的】本研究の目的は、中高生アスリートにおけるハムストリングス肉離れのJISS分類とRTP時期との関連、および再発との関係を明らかにすることとした。
【方法】対象は2021年1月から2026年1月に当院でハムストリングス肉離れと診断され、RTP時期が明瞭であった27例とし、カルテを用いて後ろ向きに調査を行った。包含基準は、12-18歳、MRIによる画像診断およびリハビリテーションを実施した症例とした。除外基準は、他関節の同時受傷例、フォローアップ不能例とした。損傷型は、筋線維型(Ⅰ型)と腱膜型(Ⅱ型)に分け、損傷部位は内側群と外側群に分類した。なお、診断・読影・分類に関しては1名の医師がMRI所見に基づき、JISS分類に従い行った。本研究のRTP時期は、主治医および理学療法士が疼痛とスポーツ動作を評価し、RTPを許可した時点と定義した。また再発は、RTP後に同部位の症状再燃により当院に受診し競技離脱を要したものと定義した。競技復帰時期に関して統計学的に解析し、有意水準は5%未満とした。
【結果】損傷型はI型が13例(内側7例、外側6例)、Ⅱ型で14例(内側7例、外側7例)であった。平均RTP時期はI型で28.6日、Ⅱ型で50.9日であった。I型はⅡ型に比べて復帰時期が有意に早かった($p < 0.05$、$d=0.93$)。再発は5例(18.5%)に認められ、うち3例はRTP後2ヶ月以内に発生した。これらはいずれもⅠ型の外側例であり、RTP時に疼痛が残存していた症例であった。
【考察】中高生アスリートにおいてもI型はⅡ型に比べ早期復帰が可能であり、これは成人アスリートを対象とした先行研究とも一致した。筋線維は血流に富む一方、腱膜は血流が乏しいことが組織修復に時間を要し、復帰時期に差が生じたと考えられる。一方、Ⅰ型では早期復帰となる傾向があるため、組織修復が十分でない段階で高負荷が加わり、再受傷リスクが高まる可能性がある。本研究においても2ヶ月以内の再発例は全てⅠ型外側例であり、かつ疼痛が残存していたことから、疼痛の残存は再受傷リスクとなる可能性が示唆される。臨床では競技日程やチーム状況により十分な機能回復が得られないまま復帰する症例も存在するため、患者や保護者、チームスタッフに対する、十分な説明と負荷管理が重要である。
【本研究の限界】後ろ向き研究であり症例数が少ない点が挙げられる。また、重症度や身体機能、競技種目、競技レベルを考慮できないため、今後は症例数を増加させ、より包括的な検討が必要である。
【まとめ】中高生アスリートにおけるハムストリングス肉離れに対するJISS分類はRTP時期と関連し、復帰時期予測の一助となる可能性が示唆された。また、疼痛残存下でのRTPは早期再発のリスクとなる可能性がある。

一般演題（口述）| スポーツ・健康
2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:10 | 第3会場（海峰：3F）
[O-3] 口述3
座長:綱 翔太郎(conditioning studio KAURA)

14:50 ~ 15:00

[O-3-02] 術前%BWからみたQT ACLR術後の短期筋力の回復予測

*田渕 俊紀[1]、井手 智輝[1]、上原 博斗[1]、野中 咲希[1]、江頭 正英[1]、蒲原 悠汰[1]、立川 千紘[1]、西古 亨太[2] (1. 百武整形外科・スポーツクリニック リハビリテーション部、2. 百武整形外科・スポーツクリニック 整形外科)

キーワード：QT ACLR、短期筋力、術前予測

【倫理的配慮】
ヘルシンキ宣言に準拠し，対象者に対して本研究の趣旨及び方法，結果の取り扱いについて十分な説明を行い，同意を得た上で実施した．

【はじめに】
大腿四頭筋腱を用いた前十字靱帯再建術(以下QT ACLR)において再断裂率の低下を期待できる一方、膝伸展筋力の回復に時間を要することが報告されている。当院では安全なジョギング開始の目安として術後4か月で患健比(以下QLSI)60%以上を目標としているが、回復に難渋する症例も経験する。そのため、本研究はQT ACLR術後4か月におけるQLSI60%以上に影響する術前因子を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】
2023年7月から2025年11月に当院にて手術を行ったQT ACLR患者のうち、術前と術後4か月の等速性膝伸展筋力を測定可能であった52例52膝(平均年齢26.9歳、男性28例、女性24例)とした。ピークトルクから患側の体重比(以下%BW)とQLSIを算出した。まずStep1として、術後4か月のQLSI60%以上H群と60%未満L群に分け、年齢、性別、BMI、競技レベル、術前患側%BW、術前QLSI、術前KOOS各項目について群間比較を行った。比較には2標本t検定もしくはMann-Whitney U検定、Fisherの正確確率検定を用いた。次にStep2として、術後4か月QLSI60％と術前%BWの関係についてカットオフ値と相関係数を算出した。カットオフ値の算出にはROC分析を、相関係数にはSpearmanの順位相関係数を用いて算出した。統計解析はRを使用し有意水準は5%未満とした。
【結果】
術後4か月でQLSI60%を超えたH群は16例、60%未満L群は36例であった。Step1群間比較において年齢、BMI、競技レベル、術前QLSI、KOOSに有意差がみられなかった。H群において有意に男性が多く(p=0.002、OR=10.49)、患側%BWは高値であった(p=0.002、d=0.98)。Step2術後4か月QLSI60%達成に対する術前患側%BWのROC分析では、カットオフ値188%、感度86%、特異度63％、AUC 0.758であった。また、相関分析において中程度の正の相関が認められた(r=0.41、p=0.003)。
【考察】
本研究の結果より、QT ACLR術後4か月における膝伸展筋力の回復(QLSI60％以上)には、術前患側%BWおよび性別が関連因子である可能性が示唆された。まず術前患側%BWはH群で有意に高値を示し、さらにROC分析においてカットオフ値188%、中等度の判別能を有していた。先行研究では術前の筋力が術後筋力に影響を及ぼすことが報告されており、本研究においても同様の傾向を示した。また術後の関節原性筋抑制によって引き起こされる筋萎縮に対して、術前筋力が高い症例では効果的に作用した可能性が考えられた。性別に関してはH群で男性が有意に多い結果となった。術後の筋力回復に影響した可能性があるものの交絡の影響については検討できておらず、今後の検討が必要と考える。本研究の臨床的意義として、今回得られたカットオフ値を介入指標として術前から積極的な筋力強化介入、術後の加速的リハビリテーションといったリスク層別化に有用である可能性が考えられる。 一方、本研究の限界としてサンプルサイズが小さいことに加え、説明変数間の多重共線性の影響が懸念されたため、多変量解析は実施していない。そのため、交絡の影響と独立した関連因子については今後の課題である。

【結論】
QT ACLR術後4か月におけるQLSI60%達成には術前患側膝伸展筋力および性別が関連することが示唆された。特に術前患側%BWは有用な予測指標となる可能性がある。

一般演題（口述）｜スポーツ・健康

2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:10 | 第3会場（海峰：3F）

[O-3] 口述3

座長:綱 翔太郎(conditioning studio KAURA)

15:00 ~ 15:10

[O-3-03] 中高生女子陸上短距離選手におけるシーズン前後の100m自己ベストタイム改善効果と関連要因の検討

*﨑田 美保[1]、久木崎 航[1,2]、今村 修[3]、河野 真和[4] (1. （株）未来図Labo、2. 熊本保健科学大学 保健科学部 リハビリテーション学科、3. 宮崎県立都城商業高校　保健体育科,宮崎県高体連陸上競技専門部長、4. 宮崎市立大淀中学校　保健体育科,宮崎市中体連陸上競技専門部長)

キーワード：成長期女性アスリート、メディカルチェック、身体的機能指標

本研究は対象者および保護者に十分な説明を行い，同意を得て実施した．加えて，オプトアウト方式により対象者に研究参加を拒否できる機会を設けた．

【はじめに】女性アスリートにおいて，シーズンを通じたトレーニング量や試合頻度，疲労蓄積，身体組成ならびに柔軟性の変動が生じ，これらの身体的特性の変化がパフォーマンスに影響を及ぼす可能性がある．しかし，中高生年代の女子短距離選手において，シーズン前後のメディカルチェックで得られる機能指標の変化が100mタイムの改善とどのように関連するかは十分に整理されていない．本研究では，中高生女子陸上短距離選手を対象にシーズン前後の100mタイムの改善効果を明らかにし，さらに各メディカルチェック指標の変化量との関連を検討することを目的とした．
【対象】2023年4月から2025年12月までに指導介入を行った中学生,高校生女子陸上短距離選手14名とした．なお，本研究は同一対象をシーズン前後の2時点で測定する縦断的観察研究として実施した．
【介入内容】各校への介入は年間を通したメディカルチェック測定と,トレーニング指導,セルフコンディショニング指導の介入を行っている．具体的には，メディカルチェック測定の結果より,弱化している筋力に対するトレーニング指導,柔軟性低下のあった部位へのストレッチ指導を実施している．
【データ収集・解析】シーズン前後にメディカルチェックを実施し，体組成，大腿周径，柔軟性，関節可動域,徒手筋力検査等の指標を評価した．データ分析は，正規性の確認後，100mタイムのシーズン前後の比較に対応のあるt検定を用いた．100mタイムは昨シーズンのシーズンベストを前、当シーズンのシーズンベストを後と設定した．さらに，シーズン前後の100mタイムの変化量（Δ）を目的変数とし，体脂肪率や筋肉量等の体組成，右大腿周径等の下肢周径，ならびに股関節や下肢伸展挙上角度等の柔軟性・関節可動域,徒手筋力検査の各機能指標の変化量（Δ）を説明変数として，ピアソンの積率相関係数を用いた相関分析および回帰分析を実施した（有意水準5%未満）．
【結果】シーズン前後の比較において，100mタイムはシーズン前（14.5±0.8秒）と比較し，シーズン後（14.2±0.8秒）で有意なタイムの短縮が認められた（平均改善量：0.33秒，$p=0.010$）．一方で，100mタイムの変化量と各機能指標の変化量との関連については，相関分析においていずれの指標とも有意な相関は認められなかった．また，各指標を用いた単回帰分析および重回帰分析においても，100mタイムの変化量を有意に説明する機能指標は見出されなかった．
【考察】本研究の結果，シーズンを通じた100mタイムの有意な改善効果が確認された．しかし，その改善要因を分析するために機能指標の変化量との関連を検討した結果，有意な関連は認められなかった．この要因として，対象者が14名と少数であり，統計学的な検出力が不足していたことが限界として挙げられる．また，短距離走のパフォーマンス改善には，筋量や柔軟性といった身体的機能指標だけでなく，スプリント技術や神経系の適応，弾性要素，ピーキングなどの非身体的要因がより強く影響した可能性が示唆される．今後は対象者数を拡大し，パフォーマンス改善に関与する要因について多角的に検討する必要がある．

一般演題（口述）| 呼吸・循環・代謝

2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:10 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-4] 口述4

座長:吉永 龍史(嬉野医療センター)

14:40 ~ 14:50

[O-4-01] 医療・介護関連肺炎患者における入院関連機能障害と栄養・全身状態の関連

*松尾 涼平[1]、藤田 大輔[2] (1. 社会医療法人福西会　福西会病院、2. 福岡国際医療福祉大学　医療学部　理学療法学科)

14:50 ~ 15:00

[O-4-02] DIEP flap術後における理学療法士介入の役割ー周術期患者教育および段階的離床を通してー

*目島 さつき[1]、葛城 遼平[2] (1. 中頭病院　リハビリテーション部、2. 医学研究所北野病院　乳腺外科)

15:00 ~ 15:10

[O-4-03] 当院におけるRobotic MVP導入初期における離床状況と離床を阻害する要因の追加報告 ~MICS MVP群との比較～

*祖慶 竜一郎[1]、金城 功治[1]、崎浜 正吾[1]、山内 昭彦[2] (1. 友愛医療センター リハビリテーション科、2. 友愛医療センター 心臓血管外科)

一般演題（口述）|呼吸・循環・代謝
2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-4] 口述4
座長:吉永 龍史(嬉野医療センター)

14:40 ~ 14:50

[O-4-01] 医療・介護関連肺炎患者における入院関連機能障害と栄養・全身状態の関連

*松尾 涼平[1]、藤田 大輔[2] (1. 社会医療法人福西会　福西会病院、2. 福岡国際医療福祉大学　医療学部　理学療法学科)

キーワード：医療・介護関連肺炎、入院関連機能障害、栄養

本研究は後方視的観察研究として、対象患者から入院時に診療情報の研究利用に関する包括的同意を取得し、所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【目的】
　医療・介護関連肺炎(NHCAP)患者は高齢者に多く、入院前より日常生活動作(ADL)能力低下、複数の基礎疾患を有する。また、予後には低栄養状態が関与することが報告されている。このようなNHCAP患者の特徴は、入院関連機能障害(HAD)の発生と関連している。HADは入院を契機としたADL低下を示し、死亡リスクや再入院率と関連することから対策が重要である。しかし、NHCAP患者においてGLIM基準に基づく栄養状態とHADの発生との関連は十分に検討されていない。本研究の目的は、NHCAP患者を対象に入院時のGLIM基準による栄養状態とHADの発生との関連を検討することとした。
【方法】
　本研究は後方視的観察研究である。2025年12月15日から2026年3月15日に当院急性期内科病棟へNHCAPで入院し、リハビリテーション治療を受けた65歳以上の連続症例を対象とした。除外基準は、病前Katz Index(Katz)が0点の症例および入院中に死亡した症例とした。HADの定義は、退院時Katzが入院前Katzより低下した場合とし、対象者をHAD群と非HAD群の2群に分けた。測定項目は診療録より後方視的に抽出し、年齢、BMI、性別、GLIM基準、アルブミン(Alb)、C反応性蛋白(CRP)、身体機能（Short Physical Performance Battery(SPPB)）、Katzを入院時と退院時で収集した。栄養状態は入院時にGLIM基準に基づいて評価し、低栄養の有無を判定した。AlbおよびCRP、SPPBについては各指標の変化量(Δ退院時-入院時)を算出した。統計学的解析は、HAD群と非HAD群における各測定項目を比較するために連続変数の正規性に合わせて、対応のないt検定またはMann-Whitney U検定を行い、カテゴリー変数の比較には、Fisherの正確確率検定を用いた。有意水準は5%未満とした。
【結果】
　対象期間中のNHCAP患者は48例であり、このうち病前Katzが0点の20例および死亡退院1例を除外し、解析対象は27例であった。HADは14/27名(51.9%)に認められた。GLIM基準による低栄養の割合は、HAD群で71.4%、非HAD群で61.5%であり、群間差を認めなかった。血液検査では、ΔCRPに差を認めなかった一方で、HAD群の退院時AlbとΔAlbは有意に低値を示した。また、年齢、BMI、性別、在院日数、退院時SPPB、ΔSPPBは群間差を認めなかった。
【考察】
　本研究の結果、HADはNHCAP患者の半数以上に認められた。しかし、入院時の栄養状態や身体機能の変化量はHADと関連を認めなかった。本研究の対象者は入院前よりADL低下をきたしている症例が多く、入院を契機としてさらに機能低下をきたしやすい集団であると考えられる。そのため、入院時栄養状態や身体機能評価のみではHADの発生との関連を説明できなかった可能性がある。一方、退院時Alb、ΔAlbはHAD群で有意に低値であった。この結果は、炎症からの回復がHADの発生に関与している可能性が考えられる。以上のことから、NHCAP患者のHAD対策には、炎症からの回復過程を踏まえたリハビリテーションの重要性が示唆される。なお、本研究は、少数例の後方視的観察研究であり、入院前ADLや交絡因子の評価が不十分であるため、症例数を増やし、HADの発生要因を検討する必要がある。

【まとめ】
　NHCAP患者においてGLIM基準による低栄養の有無はHADの発生と関連を認めなかった。一方で、入院中の炎症からの回復がHADの発生に関与する可能性が示された。

一般演題（口述）|呼吸・循環・代謝
2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-4] 口述4
座長:吉永 龍史(嬉野医療センター)

14:50 ~ 15:00

[O-4-02] DIEP flap術後における理学療法士介入の役割ー周術期患者教育および段階的離床を通してー

*目島 さつき[1]、葛城 遼平[2] (1. 中頭病院　リハビリテーション部、2. 医学研究所北野病院　乳腺外科)
キーワード：DIEP flap、早期離床、皮弁評価

研究の目的、方法、参加は自由意志であり拒否による不利益はないこと、個人情報の保護について、対象者に文書と口頭で説明を行い、書面にて同意を得た。

【背景】深下腹壁穿通枝皮弁（以下：DIEP flap）による乳房再建術後は，腹部皮膚・脂肪組織を用いた自家組織乳房再建術であり，血管吻合を要する遊離皮弁で乳房再建術においては広く普及している術式である。DIEP flap 術後は皮弁血流保護のため安静管理が重要となり、皮弁血流の安定化を目的として一定期間の安静が推奨されてきた。一方、近年は術後早期回復プログラム（以下：ERAS）の概念に基づき早期離床の導入が進められているが，皮弁血流への影響が懸念され，安全な離床開始時期に対するエビデンスは確立されていない。当院では 2024 年より DIEP flap 術後患者に対し段階的早期離床プロトコルを導入した。今回、当院における段階的早期離床プロトコルの標準的経過と、DIEP flap 術後早期離床における理学療法士介入の臨床的意義について検討した。
【対象】当院で 2024 年 10 月から 2026 年 3 月に、DIEP flap による乳房再建術を施行した年齢 50．97±7.9 歳 3０例を対象とした。
【理学療法介入】
理学療法士は術前外来より介入を開始し、当院独自のパンフレットを用いて術後安静制限、離床スケジュール、起き上がり方法および退院後 ADL に関する説明を実施した。術後は 12 時間後より段階的離床を導入し、術後 1 日目（以下：POD）午前に端坐位、午後に車椅子離床、POD2 より歩行を開始した。介入前後でドップラー音聴取、皮弁色調、皮弁温度、毛細血管再充満時間、乳房鬱血評価を目的とした皮弁サイズ計測による皮弁評価を実施した。また、前屈位保持を基本とし、腹圧上昇および体幹伸展を抑制する姿勢・動作指導を行った。さらに、POD4 以降は ADL 訓練、POD10 より吻合血管への牽引負荷を考慮し上肢可動域訓練を開始した。退院時には再度パンフレットを用いて退院後の生活指導を実施した。【結果】離床前後において皮弁血流障害を疑う所見は認めず、経過は良好であった。POD2 に尿道カテーテルを抜去し，同日に歩行自立を獲得した。術中経過や乳房ボリュームにより離床進行を調整した症例はあったが、術後を通して早期離床を起因とした再吻合や皮弁関連合併症は認めなかった。
【考察】本対象では、理学療法士が術前外来から退院指導まで一貫して介入することで，安全に早期離床を実施できた可能性が示唆された。特に、術前からパンフレットを用いて安静制限や離床方法を説明したことで，動作理解および離床不安軽減につながったと考えられる。また，離床時にはドップラー評価や CRT 評価を用いて皮弁血流を確認しながら介入を進めることで，安全性を担保できた可能性がある。さらに，前屈位保持や腹圧調整を含めた姿勢・動作指導により，離床時の腹圧上昇および体幹伸展が抑制され，皮弁血流への影響を最小限にしたと考えられる。DIEP flap 術後患者に対する早期離床では，単に離床時期を早めるだけでなく，術前教育，皮弁評価および動作指導を含めた理学療法介入が重要である。また，多職種と連携しながら皮弁血流評価および運動負荷調整を行うことが重要である。
【結語】DIEP flap 術後において，周術期患者教育，皮弁評価および姿勢・動作指導を含めた理学療法士による介入は，安全な早期離床の実施に寄与する可能性が示唆された。

一般演題（口述）|呼吸・循環・代謝
2026年11月14日(土) 14:40 ~ 15:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-4] 口述4
座長:吉永 龍史(嬉野医療センター)

15:00 ~ 15:10

[O-4-03] 当院におけるRobotic MVP導入初期における離床状況と離床を阻害する要因の追加報告~MICS MVP群との比較～

*祖慶 竜一郎[1]、金城 功治[1]、崎浜 正吾[1]、山内 昭彦[2] (1. 友愛医療センター リハビリテーション科、2. 友愛医療センター 心臓血管外科)

キーワード：ロボット支援下僧帽弁形成術、低侵襲僧帽弁形成術、心臓リハビリテーション

【倫理的配慮】本研究は当院臨床研究審査委員会の承認（承認番号：R05R037）を得て、ヘルシンキ宣言に基づき実施した。

【目的】
近年、心臓外科手術後の早期離床は術後合併症の予防や術後在院日数短縮に寄与するとの報告がある[1-3)] 。当院では2020年よりMinimally Invasive Cardiac Surgery Mitral Valve Plasty（以下MICS MVP）が施行され、2023年5月よりRobotic Mitral Valve Plasty （以下Robotic MVP）を導入した。豪州での先行研究によるとMICS MVPと比較し低侵襲のRobotic MVPは安全性や有効性が示唆されており、早期離床の安全性も確立されてきている[4-6)] 。一方でRobotic MVP導入初期の離床状況・実態の経過においては未だ少ないのが現状である。2024年の第一報に続き、今回新規60症例を追加し、術後48時間以内の離床状況と阻害要因を再検討し第二報として報告する。
【方法】
2022年1月～2026年4月に当院でMVPを施行した80名（Robotic群40名、MICS群40名）を対象とした。診療録より患者背景、経胸壁心エコー、術中指標（麻酔時間・挿管時間・大動脈遮断時間・自己心肺時間、出血量、in-outバランス）、術後経過（挿管時間・ICU在室日数・術後在院日数・立位・歩行獲得日数）、手術前後の身体機能（FIM・SPPB・握力・膝伸展筋力）、離床阻害因子の有無を後方視的に調査した。統計ソフトは、EZRを使用し統計解析は2群間の比較にStudent-Ttest、Mann-Whitney Utest、χ2‐testを用い、有意水準は5%とした。
【結果】
離床阻害因子（血圧不安定）、麻酔・大動脈遮断時間、術中出血量、術後在院日数、術前後4m歩行において有意な群間差を認めた（以下、Robotic MVP群 vs MICS MVP群の順。連続変数は中央値[四分位範囲]、または平均値±標準偏差で表記）。離床阻害因子は30% vs 57%（p<0.02）であり、うち血圧不安定（平均血圧65mmHg未満）が3% vs 17%（p<0.05）とRobotic MVP群で低値を示した。術中指標では、麻酔時間が436 [393-476] vs 477 [417-549]分（p<0.04）、大動脈遮断時間が140 [121-170] vs 162 [135-200]分（p<0.03）、術中出血量が1250 [908-1581] vs 620 [413-1120]ml（p<0.001）であった。術後経過・機能面では、術後在院日数が5 [4-6.25] vs 7 [4-12]日（p<0.001）、術前4m歩行が3.98±0.15 vs 3.75±0.54秒（p<0.013）、術後4m歩行が3.97±0.15 vs 3.8±0.15秒（p<0.043）であった。
【考察】
第一報においてRobotic MVP群は離床阻害因子が少ない傾向を示した。今回新規症例を追加し分析した結果、特に血圧不安定による阻害が有意に少なかった。この要因として、高度な低侵襲性に伴う術後疼痛の最小化が考えられる。疼痛や精神的ストレスの軽減が交感神経の過緊張を抑制し、循環動態安定に寄与した可能性が高い[7-9)] 。さらに、大動脈遮断時間等の短縮による全身への侵襲軽減も、円滑な離床開始を後押ししたと考えられる[10)11)] 。一方で、第一報では顕在化しなかった術中出血量の有意な増加が今回新たに認められた。これは導入初期特有の術者熟練度や機器特性等の影響が推察される[12-15)] 。しかし、これが術後の離床遅延に直結せず、最終的に術後在院日数の有意な短縮が得られた。これは、術中の迅速な輸液・輸血管理に

より術後の循環動態が保たれ早期離床が可能となり、術後在院日数の有意な短縮が得られたと考える。

【結語】

症例追加にて阻害要因がより明確になり、Robotic MVPの特性に応じた離床プロトコルの有用性が示された。

一般演題（口述）| 小児・発達 / 骨関節・脊髄

2026年11月14日(土) 15:20 ~ 16:10 | 第3会場（海峰：3F）

[O-5] 口述5

座長:岡澤 和哉(九州大学病院)、浪本 正晴(熊本託麻台リハビリテーション病院)

15:20 ~ 15:30

[O-5-01] 超低出生体重児における簡易的座位保持装置(牛乳パックチェア)の有効性

*原田 旭[1]、塩屋 雄一[1]、岩下 大志[1] (1. やまびこ医療福祉センター　リハビリテーション部)

15:30 ~ 15:40

[O-5-02] 特発性側弯症の角度変化からみた予後予測と悪化例の検討

*清武 昌也[1]、森山 秀一[1]、山田 秀大[2]、天児 芽実[1]、後藤 正宗[1]、佐藤 史穂[1] (1. 山田整形外科クリニック　リハビリテーション科、2. 山田整形外科クリニック　整形外科)

15:40 ~ 15:50

[O-5-03] 脛骨近位端偽関節に対する支柱付き膝サポーター介入により歩行安定性が改善した一例

*友岡 佑太[1,2]、田中 創[1,3]、梶原 康宏[1,3]、谷口 隆憲[4]、森 詩乃[5]、西上 智彦[2,6] (1. 福岡整形外科病院 リハビリテーション科、2. 県立広島大学 大学院 総合学術研究科 保健福祉学専攻、3. 福岡整形外科病院 臨床研究センター、4. 福岡国際医療福祉大学 医療学部 理学療法学科、5. 福岡整形外科病院 整形外科、6. 県立広島大学 保健福祉学部 保健福祉学科 理学療法学コース)

15:50 ~ 16:00

[O-5-04] 当院における脊椎椎体骨折入院患者の受傷機転と骨密度の関連について（第一報）

*小濱 泰斗[1]、山田 大輔[1]、岩城 孝輔[1]、谷口 ひかる[1]、海江田 光裕[2]、海江田 光祥[2] (1. 医療法人吉野会　はやと整形外科　リハビリテーション部、2. 医療法人吉野会　はやと整形外科　整形外科)

16:00 ~ 16:10

[O-5-05] 末梢神経ラジオ波焼灼療法における術前伸展制限の有無が術後疼痛に及ぼす影響

*岡田 弦樹[1]、佐藤 永梨[1]、寺岡 朋香[1]、松下 宗矢[1]、上田 玲巳[1]、城内 若菜[1]、林田 実[2] (1. 成尾整形外科病院 リハビリテーション科、2. 成尾整形外科病院　整形外科)

一般演題（口述）| 小児・発達 / 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 15:20 ~ 16:10 | 第3会場（海峰：3F）
[O-5] 口述5
座長:岡澤 和哉(九州大学病院)、浪本 正晴(熊本託麻台リハビリテーション病院)

15:20 ~ 15:30

[O-5-01] 超低出生体重児における簡易的座位保持装置(牛乳パックチェア)の有効性

*原田 旭[1]、塩屋 雄一[1]、岩下 大志[1] (1. やまびこ医療福祉センター　リハビリテーション部)

キーワード：幼児初期、超低出生体重児、発達支援

本学会にて発表するにあたり,保護者に口頭にて説明し同意を得たのち,やまびこ医療福祉センター倫理委員会の承認を得た.(承認番号：A-2026004)

【はじめに】超低出生体重児は,幼児初期から運動面,精神面の両方で発達が心配されるケースが多く(豊田,2015),保育園などの集団生活における食事の困難さ(高橋,2013),就学後の学習障害や心理的問題を抱える児の多さから,新生児期から介入できる手段を探ることが課題である(城所,2009).近年,幼児後期以降の食事や学習面の問題は,座位姿勢の崩れが原因であるとされ,療育施設等で座位姿勢の環境が見直されるようになってきている.ただ,幼児初期における座位保持姿勢に対する支援介入の報告例は見当たらない.今回,幼児初期の超低出生体重児に対して,今後の離乳食や机上活動を円滑に促進させる目的で,牛乳パックをリサイクルして座位保持用の椅子(以下,牛乳パックチェア)を作製した.幼児用の椅子(豆椅子)と牛乳パックチェアにおける着座時の座面の接触圧力を比較し検証したので報告する.【対象】症例：2歳2か月　女児(在胎22w6d 体重429g Aps 6/8) 粗大運動レベル：11か月レベル(伝い歩き),新版K式発達検査2020：DQ=37(修正年齢；45),Sensory：感覚過敏(＋),感覚回避(＋)【方法】牛乳パックチェアは,対象児の採寸結果を基に,牛乳パックを使用して,座面,背面,両側面を成形し作製した.豆椅子と牛乳パックチェアの各課題遂行(絵本めくり)時の座面に対する最高圧力と,重心移動の推移を,携帯型接触圧力測定器(Palm-Q；株式会社ケープ)を使用して測定した.また測定時の座位保持姿勢も観察した.データ分析は,豆椅子と牛乳パックチェアのデータを2群に分け,対応のあるt検定を用いて,群間比較を行った.なお有意水準(α値)はα＝0.05とし,統計処理にはR-Ver4.3.2を使用した.【結果】座面部接触圧力は,全体の平均値は,豆椅子が98.8±27.5mmHg,牛乳パックチェアでは63.8±15.9mmHgであった.25~75%タイル値は,豆椅子が78.0～116.7mmHg,牛乳パックチェアでは51.9～74.9mmHgであった.それぞれを比較した結果,対応のあるt検定にて牛乳パックチェアの方が,接触圧力が有意に小さかった($p<0.01$).座位保持中の観察では,豆椅子の方で足組みなど足を動かす動作が頻繁にみられた.【考察】本研究では,超低出生体重児1例に対する座位保持支援としての牛乳パックチェアの有効性を検証した.幼児が使用する椅子として代表的な豆椅子と比較した結果,牛乳パックチェアのほうが,有意に接触圧力が小さかった.この接触圧力が小さいのは,座骨結節部に圧力が左右均等にかかることを意味し,殿部と座面との接触面積が広くなることで,座位の未熟さを補い,下肢・体幹の姿勢制御の促進につながると考える.一方,豆椅子では,本症例は座位が未熟で不安定なため,接触圧が一点に集中し,この圧を分散させるために,下半身が活発に動いていたと推察する.このことが,食事や学習の困難感に影響を与えていると考える.このように牛乳パックチェアを活用して座位保持能力を高めることで,両上肢の操作性向上による認知面へのアプローチや,頭頚部の安定による摂食嚥下面へのアプローチなど,多職種と連携した発達支援が期待される.

一般演題（口述）| 小児・発達 / 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 15:20 ~ 16:10 | 第3会場（海峰：3F）
[O-5] 口述5
座長:岡澤 和哉(九州大学病院)、浪本 正晴(熊本託麻台リハビリテーション病院)

15:30 ~ 15:40

[O-5-02] 特発性側弯症の角度変化からみた予後予測と悪化例の検討

*清武 昌也[1]、森山 秀一[1]、山田 秀大[2]、天児 芽実[1]、後藤 正宗[1]、佐藤 史穂[1] (1. 山田整形外科クリニック　リハビリテーション科、2. 山田整形外科クリニック　整形外科)

キーワード：特発性側弯症、シュロス法、予後予測

研究に先立ち個人情報の取り扱いに十分に配慮し,ヘルシンキ宣言を基に研究に同意を得られた患者を対象とした。

【目的】
我々は思春期特発性側弯症（以下：AIS）に対し早期に運動療法を行っている。その中で悪化する症例の予測および対策が重要であると考える。本研究は,初回からのcobb角変化が予後予測に有用であるかを検討するとともに,悪化例の特徴を捉え,早期に悪化が予測される症例の抽出および治療戦略の最適化に寄与することを目的とした。
【方法】
当院にてAISと診断され,初診時のRisser signが確認でき,初診から3ヶ月後（2回目）の単純X線撮影までシュロス法を継続的に施行した76名（男：12名/女：64名）とした。内訳は平均年齢13.1±2.31歳,T-type36名,L-type40名,初回cobb角21.2±6.29°,初回hump5.55±2.99°,初診時Risser sign2.88±1.62であった。評価項目は,初回・2回目・最新のcobb角,hump,初診時Risser signとした。cobb角,humpともにメジャーカーブの角度を抽出した。単純X線撮影は初診から約3ヶ月で撮影を行った。
検討項目は,初回から2回目までのcobb角変化に基づき,5°以上改善を改善群,±5°未満を維持群,5°以上悪化を進行群と定義し,1）初回-2回目の角度変化と最終治療結果（改善・維持・進行）との関連をスピアマン順位相関係数およびχ^2検定を用いて検討した。また,進行群の特徴を明らかにするため,2）進行群と改善群における各評価項目をMann-Whitney U-testを用いて比較した。いずれも有意水準5%未満で実施した。
【結果】
初回からのcobb角変化は,改善21例（27.6%）,維持51例（67.1%）,進行4例（5.3%）であった。初回から2回目までのcobb角変化と最終結果との間には強い相関を認め（r=0.78）,治療結果分類との間にも有意な関連を認めた（χ^2=47.1,df=4,p<0.01）。また,humpの初期変化量においても最終結果との間に中等度の相関を認めた（r=0.46）。さらに進行群では,改善群と比較して,2回目（30.7±5.95°/12.4±7.25°）および最終（31.4±5.71°/13.0±8.03°）cobb角（p<0.01）,2回目（6.5±2.64°/3.85±2.35°）および最終（6.25±2.21°/3.04±2.01°）のhumpがいずれも有意に高値を示した (p<0.05)。一方,年齢（13.0±1.41歳/12.3±2.78歳）,Risser sign（1.75±1.70/2.76±1.84）,初診時cobb角（22.9±3.73°/20.46±6.32°）,hump（6.5±2.38°/5.38±2.95°）には有意差を認めなかった（p>0.05）。
【考察】
AISの最終cobb角を予測する因子として,胸椎および腰椎カーブでは2回目のcobb角が重要であると報告されている（Ohyama, 2025）。本研究においても,初回から2回目までのcobb角およびhumpの変化は最終結果と関連していた。また進行群と改善群の比較では,進行群が初診時のcobb角およびhumpに有意差は認めなかったものの改善群より高値傾向を示し,2回目および最終評価時にはいずれも有意に高値を示した。初回cobb角の大きさが進行リスク因子であるとの報告もあるが（Maximilian, 2021）,本研究の結果より,初回の角度の大きさに加え,初回から2回目にかけて進行を示した症例は,その後の経過においても進行するリスクが高い可能性がある。以上より,初回から2回目までのcobb角変化およびhumpの推移を評価することは,早期に進行が

予測される症例の抽出に有用であり,運動内容や介入方法の再検討など,早期の治療戦略変更につながる可能性が示された。

一般演題（口述）| 小児・発達 / 骨関節・脊髄

2026年11月14日(土) 15:20 ~ 16:10 | 第3会場（海峰：3F）

[O-5] 口述5

座長:岡澤 和哉(九州大学病院)、浪本 正晴(熊本託麻台リハビリテーション病院)

15:40 ~ 15:50

[O-5-03] 脛骨近位端偽関節に対する支柱付き膝サポーター介入により歩行安定性が改善した一例

*友岡 佑太[1,2]、田中 創[1,3]、梶原 康宏[1,3]、谷口 隆憲[4]、森 詩乃[5]、西上 智彦[2,6] (1. 福岡整形外科病院 リハビリテーション科、2. 県立広島大学 大学院 総合学術研究科 保健福祉学専攻、3. 福岡整形外科病院 臨床研究センター、4. 福岡国際医療福祉大学 医療学部 理学療法学科、5. 福岡整形外科病院 整形外科、6. 県立広島大学 保健福祉学部 保健福祉学科 理学療法学コース)

キーワード：偽関節、膝サポーター、動作解析

倫理的配慮のもと，対象者へ十分な説明を行い，本研究への協力について同意を得た．また，本研究は当院の倫理委員会による承認を得た上で実施した．

【症例紹介】本症例は80歳代後半の男性である.X-1.5年に自転車転倒により左脛骨近位端骨折を受傷したが,手術を希望せず保存加療されていた.受傷後1年半が経過した後も疼痛と膝不安定感により,転倒を繰り返していた.X日に当院を受診し,左脛骨近位端偽関節と診断された後,X＋2日に腰下肢痛を認め,当院へ入院となった.本症例では,偽関節に伴う前額面不安定性や疼痛には代償的な筋共収縮の関与が考えられた.また,膝サポーターは不安定性改善を目的に使用されるものの,偽関節症例での有効性は明らかでない.今回,左脛骨近位端偽関節による歩行時の膝不安定性を呈した症例に対し,支柱付き膝サポーターを用いた介入により主訴および歩行機能の改善を認めたため報告する.【評価結果と問題点】入院時のX線およびCT画像では,左脛骨近位端に骨折線の残存,仮骨形成不良,骨折端硬化像を認め,偽関節所見を呈していた.立位下肢アライメントでは,%MAは右49%,左-25%であり,左膝に内反変形を認めた.左膝関節可動域は伸展−5°,屈曲135°であり,左下肢筋力はいずれもMMT5であった.さらに,入院後に第4腰椎椎体骨折および腸腰筋損傷と診断された.X＋9日に腰部軟性コルセット装着後から腰下肢痛は軽減したものの,歩行時の左膝不安定感および偽関節部痛が残存していた.装具未装着での歩行評価では,左膝不安定感と主観的膝信頼感の低下を認め,転倒リスク軽減と歩行安定性を目的に,主治医へ支柱付き膝サポーターの使用を提案した.【介入内容】主治医に確認のもと,X＋16日より,左膝関節に支柱付き膝サポーター（エクスエイドニーACL,シグマックス社）を装着した.装着後は主観的な歩行安定性の向上を認め,杖歩行へ移行した.X＋30日に装具装着の有効性を評価した.評価は装具除去時および装着時の2条件下で実施し,10m歩行速度,疼痛VAS,主観的膝信頼感VASを測定した.さらに,膝安定性の指標として脛骨外側加速度（VT）,膝安定性に対する代償戦略指標として共収縮（CCR）を比較した.VTは歩行中に左脛骨近位部へ装着した慣性センサーにより測定し,立脚初期における外側加速度最大値とした.CCRは表面筋電図を用い,内側筋CCRは内側広筋と半腱様筋,外側筋CCRは外側広筋と大腿二頭筋を対象に,立脚期と遊脚期で算出した.【結果】装具未装着時は,10m歩行8.5秒,疼痛VAS23mm,主観的膝信頼感VAS50mm,VT17.6m/s^2,CCRは,立脚期において内側筋58.4%,外側筋15.5%,遊脚期において内側筋CCR62.8%,外側筋CCR45.3%であった.一方,装具装着時は10m歩行7.6秒,疼痛VAS10mm,主観的膝信頼感VAS100mm,VT14.2m/s^{2}であった.CCRは,立脚期では内側筋67.2%,外側筋16.8%と増加した一方,遊脚期では内側筋40.4%,外側筋11.7%へ低下した.X＋39日に杖歩行にて自宅退院となった.さらに,X＋3か月時のX線およびCT画像では,偽関節部に骨連続性と骨癒合を認めた.【結論】左脛骨近位端偽関節に伴う前額面不安定性を有する症例に対し,装具未装着での歩行評価を踏まえ,主治医へ提案のうえ,支柱付き膝サポーターを併用した保存的介入を実施した.その結果,歩行速度の改善,疼痛軽減,VT低下,遊脚期における過剰な筋共収縮の軽減を認め,歩行時安定性向上に寄与した可能性が示唆された.

一般演題（口述） | 小児・発達 / 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 15:20 ~ 16:10 | 第3会場（海峰：3F）
[O-5] 口述5
座長:岡澤 和哉(九州大学病院)、浪本 正晴(熊本託麻台リハビリテーション病院)

15:50 ~ 16:00

[O-5-04] 当院における脊椎椎体骨折入院患者の受傷機転と骨密度の関連について（第一報）

*小濱 泰斗[1]、山田 大輔[1]、岩城 孝輔[1]、谷口 ひかる[1]、海江田 光裕[2]、海江田 光祥[2] (1. 医療法人吉野会　はやと整形外科　リハビリテーション部、2. 医療法人吉野会　はやと整形外科　整形外科)

キーワード：骨密度、脆弱性骨折、受傷機転

【倫理的配慮】 本研究はヘルシンキ宣言を遵守し、入院時に紙面で本人または家族へデータの提供および研究への協力を説明し同意を得た上で実施した。また個人が特定されないよう情報の取り扱いに十分に配慮した。

【背景】
脊椎椎体骨折は骨粗鬆症に起因する代表的な脆弱性骨折であり、その発生には骨密度低下に加え、転倒などの外力が関与するとされている。しかし臨床においては、明らかな転倒などのイベントを伴わずに発生する椎体骨折も少なくなく、骨折発生機序には骨質の脆弱性と外力の双方が影響していると考えられる。一方で、骨折の受傷機転と骨密度との関連については十分に検討されていない。
【目的】
当院における脊椎椎体骨折入院患者を対象に、受傷機転（転倒の有無）と骨密度との関連を明らかにすることを目的とした。
【対象と方法】
対象は、2025年10月から2026年3月の間に脊椎椎体骨折の診断で当院へ入院し、DXA法による骨密度測定が実施されていた患者25例（女性24名:男性１名）とした。骨密度は入院から直近の大腿骨近位部および腰椎の%YAM値を用いた。受傷機転に関してはカルテ内の受診時問診票や診療録から転倒の有無を確認し、転倒骨折群（転倒群）13例と非転倒骨折群（非転倒群）12例の２群に分類した。除外基準は高エネルギー外傷および病的骨折で椎体骨折と診断されたもの、%YAM値のデータに欠損があったものとした。2群間の比較にはMann-Whitney U検定を用いた。また、骨粗鬆症（%YAM値70%以下）の割合についてはFisherの正確確率検定を用いて比較した。有意水準は５％とした。連続変数は中央値（四分位範囲）で示した。
【結果】
年齢は転倒群：81歳［78－90］、非転倒群：82歳［76.5－85.3］であった。骨密度においては大腿骨近位部で転倒群：68.0%［66.0－82.0］、非転倒群：70.5%［64.8－81.0］（p＝0.74）、腰椎で転倒群：83.0%［66.8－85.3］、非転倒群：73.5%［69.8－76.3］（p＝0.66）であり、2群間に有意差は認めなかった。骨粗鬆症の割合については腰椎（p＝1.00、オッズ比0.80）、大腿骨近位部（p＝0.42、オッズ比0.45）ともに有意差を認めなかった。
【考察】
今回の結果より、受傷機転の違いと骨密度の関連および骨粗鬆症の割合においても有意差は認められなかった。しかし、骨粗鬆症の割合では大腿骨において転倒群でオッズ比0.45と中等度の差を示唆する結果であった。これは腰椎では変性の影響などにより骨密度が過大評価される可能性があることや大腿骨近位部は荷重骨であり転倒との力学的関連がより直接的であるためと考えられる。また両群とも骨粗鬆症域から骨量減少域に分布しており、骨密度のみでは受傷機転の違いを説明するには不十分である可能性が示唆された。そのため椎体骨折の評価および骨折リスクの検討においては骨密度や受傷機転のみならず骨質や身体機能、生活背景など多面的に評価することが重要であると考えられる。
【まとめ】
本研究では受傷機転による骨密度の関連について有意差は認められなかったが、本研究では症

例数が少なく統計学的検出力が十分でない可能性がある。骨密度低下は受傷機転に関わらず椎体骨折の発生に関与している可能性が示唆されたため、今後は症例数を増やし評価項目を吟味したうえで研究を進めていきたい。

一般演題（口述）| 小児・発達 / 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 15:20 ~ 16:10 | 第3会場（海峰：3F）
[O-5] 口述5
座長:岡澤 和哉(九州大学病院)、浪本 正晴(熊本託麻台リハビリテーション病院)

16:00 ~ 16:10

[O-5-05] 末梢神経ラジオ波焼灼療法における術前伸展制限の有無が術後疼痛に及ぼす影響

*岡田 弦樹[1]、佐藤 永梨[1]、寺岡 朋香[1]、松下 宗矢[1]、上田 玲巳[1]、城内 若菜[1]、林田 実[2] (1. 成尾整形外科病院 リハビリテーション科、2. 成尾整形外科病院　整形外科)

キーワード：末梢神経ラジオ波焼灼療法、膝関節伸展制限、NRS

本研究はヘルシンキ宣言に則り、倫理委員会（承認番号 26103）の承認を得ている。

【目的】
膝関節疾患に対する末梢神経ラジオ波焼灼療法（以下RFA）は疼痛軽減を目的に実施されているが、術前の関節可動域制限が術後疼痛の経過に及ぼす影響については十分に検討されていない。本研究の目的は、術前伸展制限の有無が術後1ヶ月および3ヶ月の疼痛変化に影響を与えるかを明らかにすることである。
【方法】
対象は2024年9月～2025年11月までにRFAを施行した95症例とした。術前伸展制限-5°以上を「あり群(63例)」、それ未満を「なし群(32例)」とした。評価項目は疼痛評価としてNumerical Rating Scale（以下NRS）を用い、術前、術後1ヶ月、術後3ヶ月で測定した。基本属性として、年齢・BMI・男女比を比較した。Shapiro-Wilk検定にて正規性の有無を確認した上でノンパラメトリック検定を採用した。あり・なし群それぞれのNRS経時的変化の比較にはKruskal–Wallis検定を用い、伸展制限あり・なしの群間比較にはMann-WhitneyのU検定を行った。有意水準は5%とした。
【結果】
対象者基本属性および術前NRS値に群間差は認めなかった（いずれもp＞0.05）。あり・なし群それぞれの術前、術後1ヶ月、3ヶ月のNRSを比較したところ、Kruskal–Wallis検定にてあり群・なし群ともに有意差を認め、多重比較の結果、あり・なし群ともに術後1ヶ月と術後3ヶ月は術前と比較し有意に低値であった。あり・なし群ともに術後1ヶ月と3ヶ月のNRSに有意差は認めなかった（あり群H=29.79・なし群H=23.53,いずれもp<0.001）。伸展制限あり・なしの群間比較では、伸展制限なし群術後3ヶ月時点にてNRSが有意に低値を示した(U=1272.5,p=0.035)。術後1ヶ月では群間に有意差は認めなかった。
【考察】
本研究では、両群ともRFA後に疼痛改善を認めた。あり群では術後1ヶ月と比較して3ヶ月では改善の程度が小さくなる傾向がみられた。一方、なし群では経時的に改善が維持されていた。これらにより、RFAによる除痛効果は両群で得られるものの、術前に伸展制限を有する症例では疼痛改善の持続に影響を及ぼす可能性が示唆された。伸展制限により、伸展位で靭帯・骨構造による受動的支持機構が十分に機能せず、代償的に筋活動へ依存する割合が高まると推察される。その結果、立脚期に膝蓋大腿関節や脛骨大腿関節にかかる関節反力を増大させ、内側コンパートメントや膝前面への力学的ストレスが蓄積しやすい状態となり、疼痛に関与したと考えられる。本研究ではRFA後の介入は主にセルフエクササイズ指導にとどまっていたことから、RFA施行前より伸展可動域に着目し、伸展獲得を目的とした継続的理学療法介入が必要であると考えられる。
【まとめ】
RFA後、疼痛は両群で改善したが、術前伸展制限の有無は膝関節RFA後3ヶ月時点の疼痛に影響を及ぼす可能性が示された。術前可動域評価に基づく理学療法併用の重要性が示唆された。

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄

2026年11月14日(土) 15:20 ~ 16:10 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-6] 口述6

座長:指宿 勝巳(霧島杉安病院)、奈須 勇樹(九州大学病院)

15:20 ~ 15:30

[O-6-01] 人工膝関節全置換術における術前疼痛の潜在的因子と術後疼痛の改善度，及び到達度との関連

*松田 友秋[1,2]、矢野 剛士[1]、獅子目 亨[3]、加藤 浩[2] (1. 獅子目整形外科病院　リハビリテーション部、2. 山形県立保健医療大学大学院　保健医療学研究科保健医療学専攻 博士後期課程 理学療法学分野、3. 獅子目整形外科病院 整形外科)

15:30 ~ 15:40

[O-6-02] 前足部の肢位が足底腱膜の腱厚に与える変化について

*山田 大輔[1]、新保 千尋[2]、海江田 光祥[3]、小濵 泰斗[1]、谷口 ひかる[1] (1. 医療法人吉野会　はやと整形外科　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部、3. 医療法人吉野会　はやと整形外科　整形外科)

15:40 ~ 15:50

[O-6-03] 人工膝関節全置換術前後での足部アライメントの変化

*牟田 宏平[1]、堀之内 一輝[1]、寺谷 威[2]、宇藤 一光[2] (1. 整形外科押領司病院　リハビリテーション部、2. 整形外科押領司病院　整形外科)

15:50 ~ 16:00

[O-6-04] ロボティックアーム手術支援システム導入前後における人工股関節全置換術の身体機能と患者満足度の比較

*中道 雄輔[1]、下田 啓介[1] (1. 米盛病院　リハビリテーション部)

16:00 ~ 16:10

[O-6-05] 末期変形性股関節症患者における脊柱アライメント異常と股関節機能および身体機能との関連

*大段 喬[1]、田中 創[1,2]、村上 剛史[3]、松田 匡弘[3]、徳永 真巳[3] (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. 福岡整形外科病院 整形外科)

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 15:20 ~ 16:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-6] 口述6
座長:指宿 勝巳(霧島杉安病院)、奈須 勇樹(九州大学病院)

15:20 ~ 15:30

[O-6-01] 人工膝関節全置換術における術前疼痛の潜在的因子と術後疼痛の改善度，及び到達度との関連

*松田 友秋[1,2]、矢野 剛士[1]、獅子目 亨[3]、加藤 浩[2] (1. 獅子目整形外科病院　リハビリテーション部、2. 山形県立保健医療大学大学院　保健医療学研究科保健医療学専攻 博士後期課程 理学療法学分野、3. 獅子目整形外科病院　整形外科)

キーワード：人工膝関節全置換術、疼痛、因子分析

本研究は，所属施設の倫理委員会の承認を得て実施した。TKA術後患者の診療録および評価データを後方視的に使用し，研究情報を公開したうえで，オプトアウトにより研究参加を拒否できる機会を設けた．

【目的】
人工膝関節全置換術（TKA）は，変形性膝関節症に対する有効な治療法の1つである一方，一定割合で術後疼痛が残存することが報告されている．術後疼痛の評価にはKnee injury and Osteoarthritis Outcome Score（KOOS）のPainスコアが広く用いられ，改善度や到達度に関する基準値も報告されている．KOOS-Painスコアは術前スコアが術後スコアに影響することが報告されているが，同スコアは複数の設問から構成される包括的尺度であるため，術前のどの局面の疼痛が術後疼痛の改善度や到達度に関連するかは明らかにされていない．本研究の目的は，因子分析を用いてTKA術前のKOOS-Painスコアの潜在的因子を明らかにし，術前疼痛の潜在的因子と術後疼痛の改善度，及び到達度との関連性を探索的に検討することである．
【方法】
対象は，内側型変形性膝関節症に対して初回片側TKAを施行した21名（男性4名，女性17名，平均年齢74.5±7.1歳）であった．評価項目は術前，及び術後退院時のKOOS-Painスコアとし，術後スコアを到達度，術前後の変化量を改善度とした．解析は，まず術前KOOS-Painスコアの各設問を変数とした因子分析により潜在的因子を抽出した．因子数は固有値1以上とし，因子回転には直接オブリミン法による斜交回転を用いた．次に，因子負荷量と各被検者の設問得点から算出した因子得点（平均0･標準偏差1の標準化スコア）を用いて，術後の改善度，及び到達度との関連性をPearsonの積率相関係数（r）により検討した．有意水準は5%とした．
【結果】
因子分析の結果，歩行･立位･安静･夜間･屈伸時痛が寄与する第1因子と，疼痛頻度，回旋･階段昇降時痛が寄与する第2因子の2つの因子が抽出された．寄与率は第1因子40.6%，第2因子23.4%，累積寄与率は64.0%であった．術後疼痛との関連では，改善度は第1因子（$r = -0.69$，$p < 0.01$），及び第2因子（$r = -0.56$，$p < 0.01$）と有意な負の相関を示した．一方，到達度は第2因子とのみ有意な負の相関を示した（$r = -0.46$，$p = 0.02$）．
【考察】
本研究の結果，術前のKOOS-Painスコアは2つの潜在的因子から構成される可能性が示唆された．第1因子は歩行･立位･安静･夜間･屈伸などの日常生活場面の疼痛から構成されることから「日常的疼痛」と解釈した．第2因子は疼痛頻度，及び回旋･階段昇降時痛で構成されることから「時間･条件依存的疼痛」と解釈した．先行研究では，KOOS-Painの総合スコアが同程度でも，疼痛頻度や回旋･階段昇降時痛は他の項目と異なる分布を示すことが報告されており（Riddle DL, 2023），第2因子が独立した潜在的因子として抽出されたことは妥当な結果と考えられる．また，術後疼痛の到達度は第2因子とのみ関連を示したことから，術前の「時間･条件依存的疼痛」は，TKA術後の最終的な到達度を特徴づける重要な側面である可能性が示唆された．
【まとめ】

術前のKOOS-Painスコアは，「日常的疼痛」と「時間･条件依存的疼痛」の2因子から構成される可能性が示された．また，改善度は両因子と関連した一方，到達度は「時間･条件依存的疼痛」とのみ関連を示した．以上の結果から，術前疼痛を多角的に捉えることは，TKA術後疼痛の変化を改善度と到達度の両側面から理解する上で有用である可能性が示唆された．

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 15:20 ~ 16:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-6] 口述6
座長:指宿 勝巳(霧島杉安病院)、奈須 勇樹(九州大学病院)

15:30 ~ 15:40

[O-6-02] 前足部の肢位が足底腱膜の腱厚に与える変化について

*山田 大輔[1]、新保 千尋[2]、海江田 光祥[3]、小濵 泰斗[1]、谷口 ひかる[1] (1. 医療法人吉野会　はやと整形外科　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部、3. 医療法人吉野会　はやと整形外科　整形外科)

キーワード：足底腱膜、前足部肢位、超音波診断装置

【倫理的配慮】
　本研究はヘルシンキ宣言を遵守し、個人が特定されないよう配慮した。また、全ての対象者に対して研究内容について十分に説明し同意を得た。本研究において開示すべき利益相反はない。

【目的】
　足底腱膜は歩行や走行時の衝撃吸収作用、推進力に対し重要な役割を果たしている。足底腱膜への過剰なストレスは疼痛を惹起し、日常生活やスポーツ活動において制限を生じることが問題となる。足底腱膜へのストレスが長期化することで足部の形状変化を生じる例が存在し、特に前足部の代償動作はそのひとつの要因と考えられる。そこで、本研究では前足部の回内、回外位が足底腱膜の腱厚変化に関連するかを検討することを目的とした。
【方法】
　対象は、下肢疾患を有さない、健常成人男性10例10足とした(平均年齢25.4±4.2歳)。測定方法は腹臥位にて、下腿部にクッションを挿入し、膝関節を屈曲30°位とした。足関節は底背屈0°位とし、前足部を徒手的に、中間位・最大回内位・最大回外位とする3条件とした。中間位は、踵骨が下腿軸に対して垂直となる肢位とし、中足部、後足部は前足部の動きに対して追従しないように徒手にて固定して計測した。最大回内・回外位は、中間位を基準に、前足部を中足部・後足部の代償運動が生じない抵抗感での可動域で計測した。測定は、超音波診断装置（HITACHI ALOK社製 Noblus）を使用し、プローブはHdTHI-Rにて計測を実施した。測定部位は踵部中央にプローブを当て、踵骨隆起を確認し、足底腱膜付着部より5mm遠位部での腱厚を測定した。測定は理学療法士1名で実施した。統計学的解析は、前足部中間位の腱厚と最大回内位、最大回外位における腱厚の変化に対し比較検定を実施した。検定においてデータの正規性を確認し、対応のあるt検定を実施し、有意水準は5%とした。
【結果】
　前足部中間位の足底腱膜の腱厚は、2.3±0.4mmであった。前足部最大回内位は1.8±0.5mmで前足部中間位より有意な減少を認めた（p＜0.01）。前足部回外位は3.0±0.7mmで前足部中間位より有意な増加を認めた（p＜0.01）。
【考察】
　足関節は前足部・中足部・後足部が連動し、協調して働く。そのため、前足部や後足部の変形は足関節全体の変形などに関連するとされる。足底腱膜は足部変形により伸張、短縮し機能低下を生じることが考えられる。本研究にて、足底腱膜は前足部回内運動時に伸長され、腱厚が減少し、前足部回外運動時に弛緩され、腱厚が増加に関連したのではないかと考えられる。足底腱膜に対する機能障害において、前足部への着目は症状発生や増悪に対する予防や介入の一助になることが示唆される。
【本研究の課題と限界】
　本研究は徒手的な固定で実施しており後足部、中足部の代償運動が生じていた可能性がある。また対象者において、足関節に対する機能障害がない健常者としている。そのため、足底腱膜への症状のある対象者との比較などの検証が今後必要である。

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 15:20 ~ 16:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-6] 口述6
座長:指宿 勝巳(霧島杉安病院)、奈須 勇樹(九州大学病院)

15:40 ~ 15:50

[O-6-03] 人工膝関節全置換術前後での足部アライメントの変化

*牟田 宏平[1]、堀之内 一輝[1]、寺谷 威[2]、宇藤 一光[2] (1. 整形外科押領司病院　リハビリテーション部、2. 整形外科押領司病院　整形外科)

キーワード：変形性膝関節症、TKA、足部アライメント

本研究の対象者には研究目的，方法，参加は自由意志で拒否による不利益はないことを十分に説明した上で同意を得た。また，対象者の個人情報を匿名加工することによって，対象者が特定されないよう配慮した。

【目的】 内側型変形性膝関節症(以下，膝OA)では膝内反変形に対する代償として後足部外反が生じる。人工膝関節全置換術（以下，TKA）を施行するとHip-Knee-Ankle角(以下，HKA角)の変化に伴い，後足部外反角は減少することが知られている。しかし，静的および動的足部アーチ構造の変化に関する報告は少ない。本研究の目的はTKA前後における足部アライメントの変化を明らかにし，リハビリテーションへの示唆を検討することである。
【方法】 対象は2025年7月から2026年4月までに，当院にてTKAを施行し，手術前後で足部アライメントを測定可能であった14例14膝（男性4例，女性10例）とした。平均年齢は74.6歳(60-84)，平均BMIは25.5±5.8，変形性膝関節の病期分類(Kellgren-Lawrence分類)はGradeⅢ:1例 GradeⅣ:13例であった。全例ロボット支援TKA（ROSA Knee System）を用い，インプラントはCR型を使用した。測定項目はLeg Heel Angle（以下，LHA:後足部アライメント），Navicular Drop Test（以下，NDT：動的内側縦アーチ機能），Arch Height Ratio（以下，AHR：静的内側縦アーチ高），HKA角とした。測定時期は術前および術後1ヶ月(以下，術後)とした。分析方法は術前と術後の各測定値を対応のあるt検定にて比較検討した。HKA角とLHAにおいて，術前から術後の変化量の関連性を相関分析にて検討した。統計学的処理は，統計ソフトR4.2.2を使用し，有意水準は5%とした。
【結果】LHAは術前5.4±3.1°から術後3.9±1.8°へ有意に外反角が減少した（p＜0.05）。NDTは術前0.86±0.4，術後0.69±0.3，AHRは術前0.29±0.1，術後0.34±0.1であり有意な変化を認めなかった。HKA角は術前10.76±4.4°(内反)，術後1.84±0.9°(内反)であった。HKA角とLHAの変化量は，8.92±4.1°と－1.45±1.7°であった。この２変数間のPearsonの積率相関係数r＝0.34であり有意な相関関係は認めなかった。
【考察】TKAにより下肢機械的アライメントが矯正された結果，内反膝に伴う後足部外反の代償が軽減した可能性が示唆された。HKA角に対するLHAの変化量は，個々の後足部および距骨下関節の可動性の影響を受けている可能性が考えられた。後足部アライメントは膝矯正に追従して変化するが，内側縦アーチ構造を反映するNDTおよびAHRは変化せず，足部アーチは膝アライメントとは独立した構造的特性を有すると考えられた。臨床的には，術後早期からの荷重位でのアライメント再学習や歩行再教育が重要であるが，扁平足傾向やアーチ機能低下を有する症例では足部内在筋強化など個別介入が必要である可能性が示唆された。

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 15:20 ~ 16:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-6] 口述6
座長:指宿 勝巳(霧島杉安病院)、奈須 勇樹(九州大学病院)

15:50 ~ 16:00

[O-6-04] ロボティックアーム手術支援システム導入前後における人工股関節全置換術の身体機能と患者満足度の比較

*中道 雄輔[1]、下田 啓介[1] (1. 米盛病院　リハビリテーション部)

キーワード：ロボティックアーム手術支援システム、THA、患者満足度

本研究は、当院倫理委員会の承認を得て実施した。なお、ヘルシンキ宣言に基づき、対象者の個人情報に配慮し、匿名化して実施した（承認番号：YR2547）

【目的】
　近年、人工関節手術では手術精度の向上を目的としてロボティックアーム手術支援システムの導入が進んでいる。一方、人工関節手術の評価では患者報告アウトカム（patient-reported outcome measures：PROMs）の重要性が高まっており、患者の生活機能や主観的健康状態を反映する指標として重視されている。しかし、ロボティックアーム手術支援システムがPROMsに与える影響についての報告は限られている。
　そこで本研究では、当院で人工股関節全置換術（total hip arthroplasty：THA）が施行された症例を対象に、ロボティックアーム手術支援システム導入前後における術後早期の身体機能およびPROMsの比較検討を行った。

【方法】
　対象は当院にて原発性または続発性股関節症に対して同一術者によりTHAを施行された432例とし、ロボティックアーム手術支援システム導入前群94例、導入後群338例の2群に分類した。主評価項目は術後4週のJapanese Hip Evaluation Questionnaire（JHEQ）とした。副次評価項目は術後3週のJHEQ、Visual Analog Scale（VAS）、Timed Up and Go test（TUG）、Berg Balance Scale（BBS）とし、それぞれ術前、術後3週、術後4週に測定した。統計解析は術後各評価値を目的変数、群（導入前群・導入後群）を説明変数、術前値および年齢を共変量とした線形回帰分析を実施した。
　患者背景の群間比較には、連続変数は対応のないt検定またはMann–WhitneyのU検定、カテゴリ変数はχ^2検定を用いた。統計解析にはEZRを使用し、有意水準は5%とし、両側検定とした。

【結果】
　JHEQは、術後3週および4週ともに導入後群で有意に高値を示した（術後3週：調整平均差10.8点、95%信頼区間6.6–15.0点、p＜0.001；術後4週：調整平均差10.7点、95%信頼区間6.8–14.7点、p＜0.001）。VASおよびTUGについても同様に術後3週および術後4週ともに導入後群で有意な差を認めた。一方、BBSについては術後3週および4週ともに群間差は認められなかった。

【考察】
　本研究では、ロボティックアーム手術支援システム導入後のTHA症例は、導入前症例と比較して術後早期のPROMsが有意に良好であった。さらに、術後疼痛の軽減および歩行能力の改善も認められた。
　PROMsは人工関節手術の臨床的成功を評価する重要な指標であり、近年その重要性が高まっている。本研究において導入後群でJHEQが高値を示したことは、ロボティックアーム手術支援THAが患者の生活機能や主観的健康状態の改善に寄与する可能性を示唆する。
　術後疼痛の軽減については、高精度なインプラント設置により股関節周囲軟部組織への過度

な張力やインピンジメントが回避された結果と考えられる。疼痛の軽減は活動性の向上をもたらし、結果として歩行能力の改善にも寄与したと推察される。
　これまでのロボティックアーム手術支援THAに関する研究は、インプラント設置精度などの手術技術的指標を中心とした報告が多く、PROMsや身体機能回復といった臨床的アウトカムとの関連についての検討は十分とはいえない。本研究はPROMsを主評価項目として検討し、ロボティックアーム手術支援THAの臨床的意義を患者視点から示した点に意義がある。

【まとめ】
　ロボティックアーム手術支援システムはTHA術後早期の患者報告アウトカムおよび身体機能の改善に寄与する可能性が示唆された。

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月14日(土) 15:20 ~ 16:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-6] 口述6
座長:指宿 勝巳(霧島杉安病院)、奈須 勇樹(九州大学病院)

16:00 ~ 16:10

[O-6-05] 末期変形性股関節症患者における脊柱アライメント異常と股関節機能および身体機能との関連

*大段 喬[1]、田中 創[1,2]、村上 剛史[3]、松田 匡弘[3]、徳永 真巳[3] (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. 福岡整形外科病院 整形外科)

キーワード：変形性股関節症、Sagittal Vertical Axis（SVA）、身体機能

ヘルシンキ宣言に基づき、全ての対象者には本研究の研究内容、リスク、参加の自由等を十分に説明した上で書面による同意を得た。また、本研究は当院の倫理委員会による承認を得た上で実施した。

【目的】変形性股関節症（股OA）患者では、脊柱アライメント異常が歩行能力や身体機能低下に関連することが報告されている。特に、Sagittal Vertical Axis（SVA）は、脊柱矢状面アライメントを反映する指標として用いられ、姿勢異常や運動機能低下との関連が示されている。しかし、末期股OA患者におけるSVAと股関節機能および身体機能との関連については十分に明らかではない。そこで本研究では、SVAのカットオフ値を用いて2群に分類し、股関節機能および身体機能との関連を検討することを目的とした。
【方法】対象は、人工股関節全置換術の適応となった末期股OA患者156例（男性35例、女性121例、平均年齢67.7±9.6歳、BMI 24.2±3.6 kg/m²）とした。術前の立位全脊椎単純X線画像からSVA（C７椎体中央から下ろした垂線と仙骨後上縁との距離）を計測し、SVAのカットオフ値40mmに基づき、脊柱アライメント正常群と異常群に分類した。疼痛関連因子として安静時および動作時の疼痛強度（VAS）を評価した。股関節機能として、股関節可動域 (ROM) および股関節外転筋力 、内外旋筋力をHand Held Dynamometerを用いて測定した。身体機能として10m歩行速度を測定し、能力障害の評価にはOxford Hip Score (OHS) を用いた。統計解析には、各評価項目の2群間比較にWelchのt検定を用いた。有意水準は5%未満とした。
【結果】SVA正常群は74例（15.9±13.8mm）、異常群は82例（70.3±28.4.mm）であった。異常群では、伸展ROM（p＝0.005）、内旋ROM（p＝0.036）、外転筋力（p＝0.042）が有意差をもって低値を示し，10m歩行速度（p＝0.001）は高値を示した。一方、その他の安静時VAS（p＝0.529）、動作時VAS（p＝0.256）、股関節屈曲ROM（p＝0.425）、外転ROM（p＝0.07）、内転ROM（p＝0.194）、外旋ROM（p＝0.237）、外旋筋力（p＝0.527）、内旋筋力（p＝0.338）およびOHS（p＝0.372）には有意差を認めなかった。
【考察】本研究では末期股OA患者の52.6%（82/156例）に脊柱アライメント異常を認めた。SVA異常群では、股関節伸展・内旋ROMおよび股関節外転筋力の低下に加え、歩行速度低下を認めた。SVA増大は体幹前傾を反映する指標であり、骨盤後傾や股関節屈曲位による代償姿勢を伴うことが報告されている。そのため、脊柱アライメント異常が股関節機能や歩行能力低下に関連した可能性が考えられる。一方で，疼痛および能力障害には有意差を認めなかったことから、SVA増大は主観的症状よりも客観的身体機能と関連する可能性が示唆された。
【まとめ】
末期変形性股関節症患者において、52.6%にSVA増大を伴う脊柱矢状面アライメント異常を認めた。SVA増大は股関節機能および身体機能に関連していた。一方で、主観的機能評価との関連は認めなかった。SVA増大は主観的症状よりも客観的身体機能に影響を及ぼす可能性が示唆された。

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション

2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-7] 口述7

座長:新地 昭彦(潤和会記念病院)、丸山 元大(キラメキテラスヘルスケアホスピタル)

16:20 ~ 16:30

[O-7-01] 地域在住高齢者における運動習慣と生活機能との関連 ―基本チェックリスト各領域に着目した横断研究―

*酒井 祥平[1] (1. 医療法人伴帥会　愛野記念病院)

16:30 ~ 16:40

[O-7-02] 地域在住要支援高齢者の生活空間に関連する因子の検討－探索的横断研究－

*保坂 公大[1,2]、内之浦 真士[1]、西村 政次郎[1]、大田尾 浩[3]、柴田 元[1] (1. 医療法人かぶとやま会　久留米リハビリテーション病院、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. 西九州大学　リハビリテーション学部)

16:40 ~ 16:50

[O-7-03] 要支援者の「活動の途切れ」に対する理学療法士の役割 －地域ケア会議における難渋事例の分析と対応－

*長田 達寛[1] (1. 介護老人保健施設　サンフローラみやざき)

16:50 ~ 17:00

[O-7-04] 期間限定の在宅復帰を見据えた支援により在宅療養に至った重度片麻痺症例

*河埜 壮馬[1]、黒木 裕亮[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（口述）| 地域リハビリテーション
2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-7] 口述7
座長:新地 昭彦(潤和会記念病院)、丸山 元大(キラメキテラスヘルスケアホスピタル)

16:20 ~ 16:30

[O-7-01] 地域在住高齢者における運動習慣と生活機能との関連 ―基本チェックリスト各領域に着目した横断研究―

*酒井 祥平[1] (1. 医療法人伴帥会　愛野記念病院)

キーワード：地域在住高齢者、運動習慣、生活機能

対象者にはヘルシンキ宣言の趣旨に沿い，本研究の主旨及び目的について書面にて説明し，同意を得ている．

【はじめに，目的】
我が国では高齢化の進行に伴い，要介護状態の予防および健康寿命の延伸が重要な課題である．その対策の一つとして，運動習慣の確立が挙げられ，心身機能の維持・向上に寄与することが報告されている．しかし，活動や参加を含む生活機能との関連については十分に検討されていない．そこで本研究では，地域在住高齢者を対象に，運動習慣と基本チェックリスト（以下KCL）で評価される生活機能との関連について明らかにすることを目的とした．
【方法】
本研究は横断研究である．対象は地域在住高齢者198名のうち，65歳未満の者，データ欠損がある者を除外した185名（平均年齢81.4±5.9歳，男性35名，女性150名）とした．調査項目は年齢，性別，BMI，同居者の有無，KCL，運動習慣とした．KCLは各領域（日常生活関連動作，運動機能，栄養状態，口腔機能，閉じこもり，認知機能，抑うつ）の得点を算出し，得点が高いほど機能低下を示す連続変数として用いた．運動習慣は国民健康・栄養調査の定義に基づき，「1回30分以上の運動を週2回以上実施し，1年以上継続している」とし，該当者を運動習慣あり，それ以外を運動習慣なしとした．統計解析は，KCLの各領域の得点を従属変数，運動習慣の有無を独立変数とし，年齢，性別，BMI，同居者の有無を共変量として調整した重回帰分析（強制投入法）を実施した．有意水準は5%未満とした．
【結果】
共変量で調整した重回帰分析の結果，運動習慣を有する者は，KCLにおける日常生活関連動作（B=-0.61，95%CI=-0.89，-0.32，p<0.01），運動機能（B=-0.40，95%CI=-0.76，-0.04，p<0.05），閉じこもり（B=-0.17，95%CI=-0.28，-0.07，p<0.01），抑うつ（B=-0.57，95%CI=-0.89，-0.24，p<0.01）と有意な負の関連が認められた．一方，栄養状態，口腔機能，認知機能とは有意な関連を認めなかった．
【考察】
本研究では，運動習慣はKCLで評価される複数の生活機能領域と関連することが示された．特に日常生活関連動作や閉じこもりとの関連は，運動の継続が外出頻度や交流機会の増加につながることが報告されている．このことから，運動習慣は運動機能の維持に加え，社会参加の促進を通じて手段的・社会的ADLの自立や閉じこもりの予防につながっていると考えられる．また，抑うつとの関連については，運動習慣が心理的健康の維持に寄与している可能性が示唆され，先行研究を支持する結果であった．一方で，栄養状態，口腔機能，認知機能とは関連を認めなかったことから，これらの機能は運動習慣以外の要因の影響を受ける可能性があると考えられる．以上より，運動習慣は高齢者の身体的・心理的・社会的側面を含む生活機能の維持に関連していることが示唆された．なお，本研究は横断研究であるため，因果関係については今後の縦断研究による検討が必要である．

一般演題（口述）|地域リハビリテーション
2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-7] 口述7
座長:新地 昭彦(潤和会記念病院)、丸山 元大(キラメキテラスヘルスケアホスピタル)

16:30 ~ 16:40

[O-7-02] 地域在住要支援高齢者の生活空間に関連する因子の検討－探索的横断研究－

*保坂 公大[1,2]、内之浦 真士[1]、西村 政次郎[1]、大田尾 浩[3]、柴田 元[1] (1. 医療法人かぶとやま会　久留米リハビリテーション病院、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. 西九州大学　リハビリテーション学部)

キーワード：要支援高齢者、生活空間、介護予防

本報告に関する利益相反はない。すべての対象者には研究内容について口頭および書面にて十分な説明を行い,自由意思による同意を得た。本研究は,医療法人かぶとやま会久留米リハビリテーション病院倫理審査委員会の承認(承認番号:21-001)を受けて実施された。

【目的】
健康寿命の延伸と要介護化の予防が重要とされる中，高齢者の移動範囲や社会参加を示す指標としてライフスペースが注目されている。Life Space Assessment（LSA）の低下は，ADLや認知機能の低下，死亡リスクと関連することが報告されている。しかし，要支援高齢者を対象にLSAの関連要因を検討した研究は少ない。そこで本研究は，要支援認定を受けた地域在住高齢者を対象に，LSAと関連する要因を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】
本研究は横断研究である。介護予防事業で単独事業所の通所サービスを利用する要支援高齢者65名を対象とした。65歳未満および欠測値のある者は除外した。LSAを従属変数，CS-30，片脚立位時間，歩行速度，HDS-R，疼痛生活障害評価尺度（PDAS）の総得点，下肢の疼痛部位数を独立変数，要支援区分，性別，年齢を共変量とした重回帰分析（強制投入法）を行った。結果の頑健性を確認するため，Bootstrap（1000回）法を実施した。モデル適合度は決定係数（R^2），残差の自己相関はDurbin–Watson統計量，多重共線性は分散拡大係数で評価し，残差プロット，Shapiro–Wilk検定，Cookの距離を用いて回帰分析の前提を確認した。関連が示唆された因子は追加解析を行い，PDASの20項目とLSAの関連をSpearmanの順位相関係数で検討し，Benjamini–Hochberg法（FDR補正）を行った。統計解析にはEZR（version 2.9-1）を用い，有意水準は5%とした。

【結果】
最終解析対象は63名（平均年齢83.3±6.3歳，女性79.4%）であった。残差診断の結果、モデルの仮定に違反はなく，Shapiro–Wilk検定は正規性からの逸脱はなかった（$p=0.08$）。Cookの距離は0.02～0.15の範囲であった。重回帰分析の結果，歩行速度（$\beta=0.53$，$p=0.001$）とPDAS総得点（$\beta=-0.25$，$p=0.037$）がLSAと関連した（$R^2=0.41$，$p<0.001$，Durbin–Watson＝2.18）。Bootstrap法の結果，歩行速度との関連は堅持していたが，PDAS総得点との関連は境界的であった。PDASの項目別解析では，「家事」「友人訪問」「公共交通機関の利用」「外食」「重い物の運搬」「立位保持」「平地歩行」（$\rho<-0.3$）と，「ジョギング」「買い物」（$\rho<-0.4$）で負の相関を認め，FDR補正後も有意であった（$p<0.05$）。

【考察】
地域在住の要支援高齢者の歩行速度とPDAS総得点はLSAと関連していた。歩行速度は移動能力を反映し，生活空間の維持・拡大に重要であることが再認識された。また，PDAS総得点もLSAに関連する可能性を示し，買い物，公共交通機関の利用，友人訪問などの外出活動における疼痛生活関連障害はLSAと負の関連を示した。これらは，実際の移動を伴う活動であり，活動中

や活動後に生じる疼痛が外出行動の制限につながる可能性を示唆する。よって，要支援者の生活範囲には，疼痛の強度のみでなく，「どの活動において」「どの時点で」生じるかという視点で評価することが重要である。

【結語】
要支援高齢者の歩行速度と疼痛による生活関連障害は，生活空間と関連していた。これらの評価に基づき，歩行能力の維持と外出活動を妨げる疼痛への対応を行うことが必要である。

一般演題（口述）|地域リハビリテーション
2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-7] 口述7
座長:新地 昭彦(潤和会記念病院)、丸山 元大(キラメキテラスヘルスケアホスピタル)

16:40 ~ 16:50

[O-7-03] 要支援者の「活動の途切れ」に対する理学療法士の役割 ー地域ケア会議における難渋事例の分析と対応ー

*長田 達寛[1] (1. 介護老人保健施設　サンフローラみやざき)

キーワード：地域ケア会議、要支援、高齢者

本報告は地域ケア会議事例を基に作成し、個人情報保護に十分配慮した。

【目的】宮崎県東諸県郡国富町地域ケア個別会議（以下、地域ケア会議）では、要支援者を中心とした支援困難事例が多く検討されている。特に、通所サービスを利用していても、利用日以外では活動量低下や閉じこもり、運動継続困難がみられる事例が多かった。また、身体機能低下だけでなく、本人の消極性や転倒不安により生活の中で活動が途切れている状態が支援困難につながっている可能性が考えられた。本研究の目的は、地域ケア会議に挙がった要支援者の難渋事例の傾向を整理し、「活動の途切れ」という観点から理学療法士の役割と対応方法を検討することである。

【方法】対象は、筆者が地域ケア会議で関与した要支援1〜2を中心とした約20例とした。後方視的に、相談内容、利用サービス状況、活動状況、支援困難要因、理学療法士の助言内容を整理し、共通傾向を抽出した。また、地域ケア会議に関わるケアマネジャーを対象にアンケート調査を実施し、通所サービス利用日以外における「活動の途切れ」に対する認識や、理学療法士の助言に対する実感を確認した。

【結果】対象事例では、活動量低下、閉じこもり、運動継続困難、転倒不安が主な相談内容として挙げられた。多くの事例で通所サービス利用日には活動機会が確保されていた一方、非利用日は自宅内中心の生活となり、活動が途切れる傾向がみられた。難渋事例は、「通所日以外に動かない型」「転倒不安型」「意欲低下型」「助言未定着型」に分類された。理学療法士の助言はホームエクササイズ提案や通所利用時の運動確認依頼が中心であったが、複合的課題を有する事例でも類似した助言に収束する傾向がみられた。アンケートでは、非利用日の活動量低下や本人の意欲低下・転倒不安を課題とする回答が多く、理学療法士の助言は支援方針検討の参考になるとの回答が得られた。一方で、会議後の実施状況確認の難しさも挙げられた。

【考察】本対象では、身体機能低下そのものよりも、生活の中で活動が継続されない「活動の途切れ」が支援困難の中心的課題である可能性が示唆された。一般的に地方部では交通手段や独居が課題として挙げられることが多いが、本対象では主な要因として顕在化せず、通所サービス利用日以外の活動低下が共通して認められた。また、理学療法士の助言が画一化しやすい傾向もみられ、個別性に応じた支援設計の必要性が考えられた。理学療法士は運動内容を提示するだけでなく、多職種と連携し、生活の中で活動が継続できる仕組みを構築する役割が求められる。

【まとめ】地域ケア会議における要支援者の難渋事例では、通所サービス利用日以外の活動の途切れが共通課題として認められた。理学療法士は、多職種と連携し、生活の中で活動が継続される支援体制を構築していく必要がある。

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション
2026年11月14日(土) 16:20 ~ 17:00 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-7] 口述7
座長:新地 昭彦(潤和会記念病院)、丸山 元大(キラメキテラスヘルスケアホスピタル)

16:50 ~ 17:00

[O-7-04] 期間限定の在宅復帰を見据えた支援により在宅療養に至った重度片麻痺症例

*河埜 壮馬[1]、黒木 裕亮[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：重度片麻痺、家族指導、在宅復帰

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】
脳卒中後に重度片麻痺に加え高次脳機能障害を有する症例はADLに多くの支援や介助を必要とする例が多く生活場面への汎化が阻害され在宅復帰支援は難渋する。今回、脳出血を発症し、重度片麻痺と高次脳機能障害を呈した症例を経験した。入院時より家族は在宅復帰を希望したため、複数回にかけて家族指導を導入し、生活場面を見据えた介助方法の共有を行った。その結果、在宅復帰に至った経過について報告する。
【症例紹介】
84歳女性。脳出血により右片麻痺を呈し、第24病日で回復期病棟へ転院。Brunnstrom Recovery Stage（以下BRS）は上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅱ、重度感覚鈍麻であった。高次脳機能障害では運動性失語および選択性注意障害を認めた。起居・移乗動作ともに最大介助を要し、排泄動作は全介助。介入初期のFunctional Ambulation Categories（以下FAC）は０。Functional Independence Measure（以下FIM）は24点。家族は在宅復帰を希望していたが、介護に対する不安感が強かった。方向性は家族の意向もあり2週間だけ在宅退院しその後施設入所することとなった。そこで入院中に複数回にかけて家族に対して病状説明と介助方法の共有を実施し、担当セラピスト、看護師が連携して家族指導を導入した。
【経過】
第44病日に長下肢装具を作製し、立位・歩行練習および移乗動作練習を実施。第104病日より短下肢装具へカットダウンし病棟生活での使用を進めた。第97病日より家族指導を開始し、起居・移乗・排泄動作を中心に、1週間おきに計5回の指導を実施、期間を空けず集中的に行い介助方法の習得・定着に努めた。第172病日（退院時）はBRSと感覚障害に著変はなかったがFACは2。起居動作は中等度介助、移乗動作は軽介助レベル。排泄動作はポータブルトイレで中等度介助まで改善しFIMは53点。初回指導時と比較すると、指導側の口頭指示が減少し介助が円滑に遂行可能となり在宅退院に至った。その後一時的な在宅生活を送った後施設入所となり、現在はデイケア利用および福祉用具導入下で在宅復帰に至っている。
【考察】
回復期リハビリテーション病棟における重症患者に対する家族指導は在宅復帰に関連することが報告されている。本症例では長下肢装具を用いた動作練習により起居・移乗動作の土台形成を図った上で、複数回の在宅生活を想定した家族指導を実施した。その結果、2週間の在宅生活を経験するに至った。その後は施設入所となったが、期間限定であっても実際の在宅生活を経験したことで、家族が介助量や生活上の課題を把握でき、介護に対する不安軽減や介護受容に繋がった可能性が考えられた。その経験が最終的な在宅療養に向けた意思決定の一助となった可能性が示唆される。しかし、当院退院後の施設生活における支援内容や、在宅療養へ移行した要因については十分に追えておらず、本介入との直接的な関連については明らかではないことが限界点として挙げられる。
【まとめ】
重度片麻痺及び高次脳機能障害を有する症例に対し、複数回の家族指導で動作指導及び病状の共有を実施することで生活期における在宅生活支援へ繋がる可能性が示唆された。

一般演題（口述）| 調査・統計

🗓2026年11月14日(土) 17:10 ~ 18:00 | 🏛第4会場（瑞洋：3F）

[O-8] 口述8

座長:安村 大拙(那覇市立病院)、杉木 優一郎(かごしま高岡病院)

17:10 ~ 17:20

[O-8-01] 回復期脳梗塞患者における入院時評価を用いた在宅復帰予測モデルの構築

*鐵見 竜司[1]、新島 剛[2] (1. 済生会八幡総合病院、2. 関西中央福祉会　平成リハビリテーション専門学校　理学療法学科　学科長)

17:20 ~ 17:30

[O-8-02] 情報過多社会における理学療法士の学習変容と職能団体の役割－アーカイブ配信導入実績と学習意識調査から－

*長友 春佳[1,2]、中原 寿志[1,3]、黒木 裕亮[1,3]、松澤 雄太[1,4] (1. 宮崎県理学療法士会 学術局、2. 潤和会記念病院、3. 宮永病院、4. 都城リハビリテーション学院)

17:30 ~ 17:40

[O-8-03] 股関節伸展可動域における筋性制限因子の寄与度分析
―L8直交表を用いた実験計画法による検討―

*大平 高正[1]、奥村 晃司[2]、羽田 清貴[2]、岡本 雄嗣[3]、枝村 和也[4]、阿部 稔[5]、甲下 修士[6]、牟田口 瞬[8]、穴見 圭汰朗[7]、山田 桂輔[9]、片岡 維新[10] (1. 訪問看護リハステーション大分駅南、2. 社会医療法人玄真堂　かわしまクリニック　リハビリテーション科、3. 医療法人源算会　猿渡整形外科スポーツリハクリニック　リハビリテーション科、4. 医療法人平成会　サンライズ酒井病院　リハビリテーション科、5. 特定医療法人社団春日会　黒木記念病院　リハビリテーション部、6. 独立行政法人　国立病院機構大分医療センター　リハビリテーション科、7. 国立大学法人　大分大学医学部附属病院　リハビリテーション部、8. わたなべ整形外科クリニック　リハビリテーション部、9. 医療法人聡明会　児玉病院　リハビリテーション科、10. 医療法人平成会　介護老人保健施設サンライズ・ビュー　リハビリテーション部)

17:40 ~ 17:50

[O-8-04] 脊椎椎体骨折患者におけるModified Falls Efficacy Scaleと在院日数および身体機能との関連について

*土田 早紀[1]、新保 千尋[1]、遠藤 翔[1]、永濱 智美[1]、榎畑 純二[1] (1. 恒心会おぐら病院　リハビリテーション部)

17:50 ~ 18:00

[O-8-05] 回復期リハビリテーション病棟に入棟した大腿骨近位部骨折術後患者の歩行形態に関わる因子の検討

*西山 裕太[1]、野口 雄平[1]、長谷川 隆史[1] (1. 医療法人和仁会　和仁会病院リハビリテーション科)

一般演題（口述）| 調査・統計

2026年11月14日(土) 17:10 ~ 18:00 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-8] 口述8

座長:安村 大拙(那覇市立病院)、杉木 優一郎(かごしま高岡病院)

17:10 ~ 17:20

[O-8-01] 回復期脳梗塞患者における入院時評価を用いた在宅復帰予測モデルの構築

*鐵見 竜司[1]、新島 剛[2] (1. 済生会八幡総合病院、2. 関西中央福祉会　平成リハビリテーション専門学校　理学療法学科　学科長)

キーワード：回復期脳梗塞患者、在宅復帰予測、決定木分析

本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：226）。個人情報は連結可能匿名化し、研究データは厳重に管理した。

【目的】
回復期脳梗塞患者の在宅復帰予測に関する先行研究は、退院時評価や入院中の機能変化量を用いたものが多く、入院早期からの層別化に課題がある。本研究は入院時評価のみを用いて、決定木分析により予測モデルを構築し、多変量ロジスティック回帰分析でその妥当性を検証することを目的とした。
【方法】
対象は2017年1月から2022年11月までに当院回復期リハビリテーション病棟に入院した脳梗塞患者310名(入院前施設入所者を除く)。自宅復帰を在宅復帰群、その他を非復帰群とした。独立変数として年齢、性別、入院時FIM(運動FIM:mFIM、認知FIM:cFIM)、発症からリハビリテーション開始日数、在棟日数を設定し、従属変数を復帰可否として決定木分析(CART法)を実施した。決定木で得られたカットオフ値で変数を二値化し、多変量ロジスティック回帰分析により独立した予測因子を検証した。さらに多項ロジスティック回帰分析により各変数の相対リスク比を算出した。有意水準は5%とした。
【結果】
在宅復帰群258名(83.2%)、非復帰群52名(16.8%)。決定木分析の予測精度は83.5%であった。交差検証を行った結果、予測精度は82.3%と算出され、モデルの妥当性が確認された。第一分岐変数として入院時mFIMが選択され、カットオフ値は46.5点であった。46.5点超群(218名)の復帰率94.5%に対し、46.5点以下群(92名)は56.5%であった。多変量ロジスティック回帰分析では、入院時mFIM46.5点以下が有意な独立予測因子として抽出され(p<.001)、非復帰に対するオッズ比は9.961(95%CI: 4.747-20.901)であった。多項ロジスティック回帰分析では、入院時mFIM(RRR=7.26、p<0.001)と在棟日数(RRR=0.22、p<0.001)が有意な独立予測因子として抽出された。認知FIMは有意傾向(p=0.062)に留まり、年齢は有意な関連を示さなかった。
【考察】
本研究により、入院時mFIM46.5点が在宅復帰可否を判別する重要な予測指標であることが示された。交差検証を行った結果、予測精度は82.3%と算出され、モデルの妥当性が確認された。多変量解析においてmFIM46.5点以下群は非在宅復帰のオッズが約10倍高く、年齢、性別、認知機能とは独立した予測因子であった。年齢の影響が有意でなかったことは、暦年齢よりも入院時の機能的状態が転帰を規定することを示唆する。在棟日数の負の関連は、機能回復に時間を要する重症例ほど非在宅復帰となりやすいという臨床実態を反映している。本モデルの臨床的意義は、入院時点での予後層別化により早期から個別化された介入計画が可能となる点にある。mFIM46.5点以下の群では入院初期から集中的機能訓練、家屋環境調整、介護保険サービス導入などの包括的支援を優先的に検討できる。本研究の限界として、単施設データであること、サンプル不均衡があることが挙げられる。しかし本モデルは入院時評価のみで実施可能であり、限られた医療資源の効率的配分に寄与する実用的な予測ツールとなり得る。
【まとめ】
入院時mFIM46.5点が在宅復帰予測の重要な指標であり、オッズ比約10倍の予測力を持つことが

示された。交差検証により予測精度82.3%が確認され、モデルの妥当性が裏付けられた。本モデルは入院時評価のみで実施可能であり、早期からの個別化された介入計画立案に寄与する実用的予測ツールである。

一般演題（口述）| 調査・統計
2026年11月14日(土) 17:10 ~ 18:00 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-8] 口述8
座長:安村 大拙(那覇市立病院)、杉木 優一郎(かごしま高岡病院)

17:20 ~ 17:30

[O-8-02] 情報過多社会における理学療法士の学習変容と職能団体の役割－アーカイブ配信導入実績と学習意識調査から－

*長友 春佳[1,2]、中原 寿志[1,3]、黒木 裕亮[1,3]、松澤 雄太[1,4] (1. 宮崎県理学療法士会 学術局、2. 潤和会記念病院、3. 宮永病院、4. 都城リハビリテーション学院)

キーワード：ライフステージ、生涯学習、アンケート調査

本調査は目的やデータ取扱いを事前に画面上で説明し, 個人が特定されないよう匿名性を確保した上で, アンケート回答をもって同意とみなす旨を教示して実施した. 過去の受講データの学術利用に関しては, 宮崎県理学療法士会ウェブサイトにてオプトアウトを実施した. なお, 本研究の実施にあたっては, 同士会の承認を得ている.

【はじめに】SNSや民間オンラインサービスの普及により, 理学療法士の学習環境は劇的に変化した.「いつでも・安価に」学べる選択肢が増加する中, 職能団体である宮崎県理学療法士会（以下, 士会）の研修にも変容が迫られている. 士会では会員の多様なライフスタイルへの対応として2025年度より「アーカイブ配信」を一部導入した. 本報告の目的は, 研修形態の変化が受講動向に与えた影響を可視化し, 会員の学習意識調査を通じて情報過多時代の士会研修のあり方を再考することである. **【方法】［調査1］受講動向の比較：** 2024年度（対面・オンライン）と2025年度（対面・オンライン・アーカイブ配信導入）の受講管理データを用い, 受講者数, 属性, 運営コストを比較した. **［調査2］学習意識調査：**2026年4月8日～27日に士会会員を対象とした無記名式オンラインアンケートを実施した. 項目は属性, ライフステージ, 学習媒体の利用状況, 研修会選択の重視要素・断念理由, アーカイブ配信の影響, 士会研修に求める価値等, 全24問とした. **【結果】**有効回答数は151件（回答率15.9%）. **1.受講動向とコスト：**延べ受講者数は2024年度589名, 2025年度484名であった. なお, 年度により研修テーマが異なるため単純比較には留意を要す. 運営コストは配信システム経費等により14,400円増加した. **2.ライフステージと学習環境：**回答者の66.9%が育児・介護・役職等の負担を抱えていた. 自己研鑽時間は3～5年前と比較し, 半数以上（54.3%）が「減少した」と回答し, 1週間あたりの学習時間は「30分～1時間未満（32.5%）」が最多であった. **3.学習媒体の選択と学習意識：**利用割合は「書籍・論文（59.6%）」,「職場内（43.7%）」,「YouTube等（34.4%）」の順に高く, 士会や民間の研修は低い傾向にあった. 重視要素は「移動の有無（74.8%）」,「受講費の安さ（58.3%）」が上位で, 断念理由は「プライベート（66.9%）や仕事（55.0%）との重複」が主であった. 学習意識の変化として「必要な知識のみピンポイントで学ぶ（68.2%）」,「短時間の動画学習を好む（50.3%）」が半数を超えた. **4.アーカイブ配信の影響：**配信導入により学習機会が「増加した」は28.5%, 今後の利用希望は74.8%に上る一方, 導入自体を「知らなかった」との回答も28.5%存在した. **5.士会研修の価値：**独自価値として「単位取得（57.6%）」に加え,「地域のネットワーク構築（45.0%）」,「情報の信頼性（35.8%）」が挙げられた. 対面研修には「実技指導（72.2%）」を求める声が圧倒的であった. **【考察】**本結果が示す「会員の多忙化」と「効率重視」という現状をみれば, 従来の研修設計は更なる転換期にある. 受講者減少は周知不足に加え, 変容する会員ニーズとの乖離を示唆している. 今後は実技指導や地域課題共有など地域性に特化した対面研修で学ぶ価値を見出し, 地理的・時間的制約のないアーカイブ配信を補完的に運用する設計が情報過多社会における会員ニーズに即した未来の研修設計になると考える. **【まとめ】**「現在」の会員のライフスタイルを見つめ直すことで, アーカイブ配信の周知・運用と対面研修の価値再定義という課題が明確になった. 個々のライフステージに寄り添う受講環境を整備し, 地域に根ざした独自価値を具現化することで, 時代に淘汰されない職能団体の「未来」を構築していく必要がある.

一般演題（口述）| 調査・統計

2026年11月14日(土) 17:10 ~ 18:00 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-8] 口述8

座長:安村 大拙(那覇市立病院)、杉木 優一郎(かごしま高岡病院)

17:30 ~ 17:40

[O-8-03] 股関節伸展可動域における筋性制限因子の寄与度分析 ―L8直交表を用いた実験計画法による検討―

*大平 高正[1]、奥村 晃司[2]、羽田 清貴[2]、岡本 雄嗣[3]、枝村 和也[4]、阿部 稔[5]、甲下 修士[6]、牟田口 瞬[8]、穴見 圭汰朗[7]、山田 桂輔[9]、片岡 維新[10] (1. 訪問看護リハステーション大分駅南、2. 社会医療法人玄真堂　かわしまクリニック　リハビリテーション科、3. 医療法人源算会　猿渡整形外科スポーツリハクリニック　リハビリテーション科、4. 医療法人平成会　サンライズ酒井病院　リハビリテーション科、5. 特定医療法人社団春日会　黒木記念病院　リハビリテーション部、6. 独立行政法人　国立病院機構大分医療センター　リハビリテーション科、7. 国立大学法人　大分大学医学部附属病院　リハビリテーション部、8. わたなべ整形外科クリニック　リハビリテーション部、9. 医療法人聡明会　児玉病院　リハビリテーション科、10. 医療法人平成会　介護老人保健施設サンライズ・ビュー　リハビリテーション部)

キーワード：局所振動療法、関節可動域制限因子、実験計画法

本研究はヘルシンキ宣言に基づき実施し、対象者には研究内容を説明した上で同意を得た。

【はじめに】股関節伸展可動域（股伸ROM）は動作において重要であり、その制限因子の評価は運動指導や治療戦略の立案において重要である。特に筋性制限の把握は臨床上重要であるが、従来のストレッチでは筋の選択的伸張が困難であり、制限因子となる筋を特定することは容易ではない。先行研究において、局所振動刺激により筋緊張が抑制されることを確認している。そこで局所振動刺激を用いて股伸ROMの制限因子の同定を試みた。また、実験計画法を用いることで実験回数の効率化を図った。本研究の目的は、股伸ROMに影響すると考えられる筋が、股伸ROM変化量にどの程度寄与するかを、L8直交表を用いた実験計画法により定量的に検討することである。**【方法】**対象は健常成人19名（男性17名、女性2名、平均年齢27±4歳）とした。股関節疾患および腰痛の既往を有する者は除外した。実験は多施設で行った。実験デザインはL8直交表（2水準）を用いた多因子実験とした。対象因子は、中殿筋、大腿直筋、大腿筋膜張筋、大腰筋、腸骨関節包筋、腰方形筋の6因子とし、各因子について「介入あり」「介入なし」の2水準を設定した。各被験者は直交表に基づき8条件を1回ずつ実施した。介入前にROMを測定した後、直交表に基づいて各筋に対し5秒間の局所振動刺激を行った。刺激にはREVIVE2（創通メディカル社製）を使用し、刺激条件は振幅2〜4 mm、周波数30 Hzとした。介入後に再度ROMを測定し、介入前後の股伸ROM変化量を解析対象とした。各因子の主効果は、各水準における平均股伸ROM変化量の差として算出した。また、分散分析により平方和を求め、各因子の寄与率を算出した。**【結果】**各因子の介入あり／なしにおける平均股伸ROM変化量および主効果は以下のとおりであった。中殿筋：3.2°/4.4°,主効果-1.2°、大腿直筋：4.2°/3.4°,主効果+0.8°、大腿筋膜張筋：4.3°/3.3°,主効果 +0.9°、大腰筋：4.6°/3.0°,主効果 +1.6°、腸骨関節包筋：4.1°/3.5°,主効果 +0.6°、腰方形筋：3.8°/3.8°,主効果 +0.0°であった。最大の主効果を示したのは大腰筋であり、股伸ROM変化量に対する影響が最も大きかった。一方、腰方形筋の主効果はほぼ0であり影響は乏しかった。また、中殿筋では負の主効果を示し、介入によりROMが低下する傾向が認められた。各筋の寄与率は、大腰筋4.4%、中殿筋2.4%、大腿筋膜張筋1.5%、大腿直筋1.1%、腸骨関節包筋0.7%、腰方形筋0.0%であり、誤差は89.9%であった。**【考察】**大腰筋が最も高い主効果および寄与率を示し、股伸ROM制限に対する主要な筋性因子である可能性が示唆された。一方、腰方形筋の影響は極めて小さかった。しかし、各因子の寄与率は全体として小さく、誤差項が約90%と非常に大きかった。これは、個体間差や単回測定による測定誤差が結果に大きく影響したためと考えられる。また、本研究では各条件を1回のみ実施しており、再現性の検討には限界がある。今後は、測定回数の増加や筋硬度・筋活動などの指標を加えることで、間接的要因も含めてより詳細な制限因子の解析が必要と考えられる。【まとめ】関節可動域の筋性制限因子の特定に、局所振動療法と直行表を用いた実験方法は有用である可能性が示唆された

一般演題（口述）| 調査・統計
2026年11月14日(土) 17:10 ~ 18:00 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-8] 口述8
座長:安村 大拙(那覇市立病院)、杉木 優一郎(かごしま高岡病院)

17:40 ~ 17:50

[O-8-04] 脊椎椎体骨折患者におけるModified Falls Efficacy Scaleと在院日数および身体機能との関連について

*土田 早紀[1]、新保 千尋[1]、遠藤 翔[1]、永濱 智美[1]、榎畑 純二[1] (1. 恒心会おぐら病院　リハビリテーション部)
キーワード：脊椎椎体骨折、Modified Falls Efficacy Scale、在院日数

本研究は恒心会おぐら病院倫理委員会の承認(承認番号：2025-B16)を得て実施した

【はじめに】脊椎椎体骨折における治療は保存療法が中心となるが、疼痛や活動制限によりADL能力の低下をきたすことが問題となる。当院では脊椎椎体骨折に対し、クリニカルパスを導入し、治療および理学療法介入の標準化を図っているが、症例に応じて在院日数が遷延化する症例が存在する。脊椎椎体骨折後の在院日数には、認知機能低下やADL能力の低下が関連するとされている。しかし、骨折受傷における心理的要因も回復過程に関連することが考えられる。そのひとつとして、転倒に対する自己効力感は回復を阻害し、在院日数にも関連する可能性がある。そこで、本研究では当院回復期リハビリテーション病棟（回復期病棟）を退院した症例を対象に、転倒に対する自己効力感と在院日数、身体機能との関連性を明らかにすることを目的とした。
【方法】対象は2023年1月～2024年12月に脊椎椎体骨折を受傷し、当院回復期病棟を経て退院した者とした。包含基準は65歳以上、後壁損傷の無い保存加療となった者とした。除外基準は、受傷前に歩行が不可であった者、入院中に脳血管疾患や肺炎などの治療を必要とした者、認知機能低下を認めた者（HDS-Rにて20点以下）、安静期間など計画が変更となった者とした。評価項目は、転倒に対する自己効力感はModified Falls Efficacy Scale（MFES）を使用し入院後3日以内に実施した。ADL評価は退院時の運動・認知FIM、入院から退院までの在院日数、歩行能力（受傷前・退院時）とし、患者特性の情報として年齢、性別、BMI、介護度、HDS-Rを後方視的に調査した。統計解析はMFESと在院日数、退院時運動FIMに対しスピアマンの順位相関係数を用いて相関分析を実施した。また先行研究を参考に110点以上を転倒に対する自己効力感の高い群（高MFES群）、110点未満を転倒に対する自己効力感の低い群（低MFES群）とし、対応のないt検定、カイ二乗検定を用いて比較検定を実施した。統計解析はSPSSver31を使用し、有意水準を5%とした。
【結果】包含基準を満たした対象者は87名（平均年齢80.8±6.7歳、女性69名）であり、高MFES群は45名（51.7%）、低MFES群は42名（48.3%）であった。相関分析にて、MFESと退院時運動FIMに正の相関を認めた（rs=0.434）。また、MFESと在院日数に負の相関を認めた（rs=-0.369）。比較検定にて、高MFES群は低MFES群よりも在院日数が短く、退院時運動FIMが高値で有意差を認めた。また、高MFES群は低MFES群よりも受傷前および退院時に歩行補助具を使用しない割合が有意に多く、介護認定を有する割合は有意に少なかった。
【考察】脳卒中患者や大腿骨近位部骨折患者を調査した先行研究において、転倒に対する自己効力感は身体活動量やADL能力、在院日数にも関連する因子とされている。本研究においてもMFESは退院時の運動FIMや在院日数関連を認めた。転倒に対する自己効力感の低下は、離床や歩行動作などにおける回避行動を呈することが考えられ、その要因から、不活動を生じやすくなり、ADL能力低下や在院日数の延長に関連することが示唆される。しかし、本研究においてMFESは入院時にのみ実施しており、その後の経時的な経過を調査できていない。今後、MFESなどの経時的な変化に加え、多変量解析などの分析による関連因子の検討が今後の課題である。

一般演題（口述）| 調査・統計
2026年11月14日(土) 17:10 ~ 18:00 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-8] 口述8
座長:安村 大拙(那覇市立病院)、杉木 優一郎(かごしま高岡病院)

17:50 ~ 18:00

[O-8-05] 回復期リハビリテーション病棟に入棟した大腿骨近位部骨折術後患者の歩行形態に関わる因子の検討

*西山 裕太[1]、野口 雄平[1]、長谷川 隆史[1] (1. 医療法人和仁会　和仁会病院リハビリテーション科)

キーワード：大腿骨近位部骨折、歩行形態、回復期リハビリテーション

本研究は所属施設の倫理委員会にて承認を受け，実施した（承認番号20230801）。

【はじめに】大腿骨近位部骨折（以下，近位部骨折）は移動能力に影響しやすく，ADL制限やQOLの低下を来たすことがある。近位部骨折患者の歩行予後予測では，「歩行自立度」をアウトカムとしたものが多いが，退院先の検討，歩行補助具の選定を行う上で歩行形態まで予測し，早期に把握しておく重要性は高い。そこで本研究は，近位部骨折術後患者を対象に，入棟時評価を基に退院時の歩行形態に影響する因子を特定することを目的とした。【対象】対象は2021年4月から2026年3月の間に，急性期病院で手術を施行し，当院回復期リハビリテーション病棟へ転院した近位部骨折患者とした。そのうち，術前歩行困難であった者，60歳未満の者，死亡退院した者，入院中に他部位の骨折を呈した者，データ欠損等を除き，解析対象は114名とした。【方法】評価項目は入院時における年齢，性別，BMI，骨折型，急性期病院の入院日数，握力，改訂長谷川式簡易知能評価（以下，HDS-R），立ち上がり動作の可否，急性期病院における歩行補助具を使用した歩行練習の有無（以下，早期歩行），歩行形態とした。近位部骨折は高齢者に多い骨折であり，認知機能に左右されず幅広い層に適用可能な予後予測が望ましく，上記の評価項目を選定した。立ち上がり動作は支持物の有無は問わず，介助を要するか否かを評価した。歩行形態は屋内の移動における歩行形態について，独歩，杖歩行，歩行器に分類し，術前と退院時で比較した。歩行形態が術前と比して退院時に低下した者，術前の歩行形態を退院時に維持出来ていた者の2群に分け，χ^2検定もしくはMann-Whitney U検定を用いて比較した。さらに，単変量解析で有意差を認めた項目を独立変数，歩行形態の変化を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。解析ソフトはEZR Ver.1.70を使用し，有意水準は5%とした。【結果】2群の内訳について，維持群は53名（47.7%），低下群は58名（52.3%）であった。単変量解析の結果，年齢，握力，HDS-R，立ち上がり動作，早期歩行において有意差が認められた。ロジスティック回帰分析では，年齢（OR：1.08，95%CI：1.01-1.15），立ち上がり動作（OR：15.70，95%CI：2.57-96.1）が歩行形態に関連する因子として抽出された。また，多重共線性について，VIF（Variance Inflation Factor）が5以上となる変数は認められなかった。【考察】多変量解析の結果，近位部骨折術後患者の歩行形態には年齢，立ち上がり能力が関与していた。加齢に伴う生体機能の衰えは歩行動作に影響しやすいことが報告されており，高齢患者では術前の歩行能力の再獲得が難しいと考えられた。また，立ち上がり動作は身体重心の前上方への移動が必要な動作で下肢筋力が大きく影響する。先行研究では，近位部骨折術後早期における立ち上がり動作能力は歩行予後に影響すること，歩行自立度には下肢筋力の影響が大きいことが報告されている。本研究において，立ち上がり動作が困難であった者の90%以上は歩行形態の低下が生じていた。以上より，術後立ち上がり困難な者では，下肢筋力が大きく低下している可能性がある。このため，術前の歩行形態を再獲得出来ない可能性が高く，早期に自宅環境の評価，歩行補助具の選定を行い，ADL拡大を図っていくことが必要だと考えられた。

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

2026年11月14日(土) 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。