2026年11月15日(日)

教育講演

9:00 ~ 10:30 | 第1会場（天瑞：4F）

[EL-3] 教育講演3（物理療法）

座長：中原 寿志（宮永病院）

9:00 ~ 10:30

[教育講演3（物理療法)] “いま”を問い直し，“未来”を変える物理療法
〜作用機序と病態に基づく使い分けと臨床判断へ〜

中村 潤二 (西大和リハビリテーション病院)

日本のひなた宮崎 国スポ・障スポ特別企画

10:40 ~ 12:10 | 第1会場（天瑞：4F）

[SP] 日本のひなた宮崎 国スポ・障スポ特別企画

座長：松元 春香（岡田整形外科医院）

10:40 ~ 12:10

[日本のひなた宮崎 国スポ・障スポ特別企画] 地域におけるパラスポーツと，その医科学サポートの意義と展望
〜医療から生活，その先へ〜

緒方 徹 (東京大学医学部附属病院 リハビリテーション科)

教育講演

12:20 ~ 13:20 | 第1会場（天瑞：4F）

[EL-4] 教育講演4（診療報酬）

座長：田上 茂雄（宮永病院）

12:20 ~ 13:20

[教育講演（診療報酬)] “仕組み”を知ることが，未来を変える
若手理学療法士のための診療報酬と制度の読み解き方
〜臨床力に“政策力”を加える視点とは〜

野崎 展史 (日本理学療法士協会)

県民公開講座

14:00 ~ 15:00 | 第1会場（天瑞：4F）

[PL] 県民公開講座

座長：竜田 庸平（宮崎医療福祉専門学校）

14:00 ~ 15:00

[県民公開講座] その症状，我慢していませんか？
意外と知らない産婦人科に行くタイミング
〜生理痛，PMSから更年期のお悩みまで〜

吉山 登志子 (北原医院)

一般演題（口述） | 教育・管理運営

9:00 ~ 9:40 | 第3会場（海峰：3F）

[O-9] 口述9

座長:吉澤 隆志(令和健康科学大学)、真栄城 健(北中城若松病院)

9:00 ~ 9:10

[O-9-01] 症例検討会発表に対する不安要因を踏まえた地区研修会の実践とその効果の検討

*尾上 裕哉[1,2]、福榮 竜也[1,2]、鈴東 伸洋[1,3]、神田 勝利[1,4]、東海林 麻里子[1,4]、岩森 俊[1,5] (1. 公益社団法人　鹿児島県理学療法士協会、2. 霧島市立医師会医療センター、3. クオラリハビリテーション病院、4. 鹿児島第一医療リハビリ専門学校、5. 介護老人保健施設グレースホーム)

9:10 ~ 9:20

[O-9-02] 生成AIを用いた文字起こし・要約支援ツール導入による介護現場の会議録作成業務効率化の検討

*落合 錠[1]、大野 源太[1]、鳥原 千夏子[1]、柳井 悠介[1]、多田 誠[1]、山本 純央[1]、田實 志穂[1]、仁田脇 翔吏[1]、吉田 暁生[1] (1. 介護老人保健施設シルバーケア野崎)

9:20 ~ 9:30

[O-9-03] 多職種連携を目的としたリハビリテーション研修会

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

9:30 ~ 9:40

[O-9-04] 人事評価の運用再設計による行動変容の促進
―個人目標実践シートを用いた評価モデルの検証―

*村浦 広樹[1] (1. 佐伯中央病院リハビリテーション部)

一般演題（口述） | 地域リハビリテーション

9:00 ~ 9:40 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-10] 口述10

座長:中村 豪志(介護老人保健施設こんにちはセンター)、福森 愛美(霧島杉安病院)

9:00 ~ 9:10

[O-10-01] 人口構造変化を踏まえた高齢者の運動機能の特徴
―短時間通所リハビリテーションにおける2群比較研究―

*黒木 博和[1]、濵田 大成[1] (1. 医療法人松城会　隼人温泉病院　リハビリテーション課)

9:10 ~ 9:20

[O-10-02] 短時間通所リハビリテーションの効果と有用性について～要支援Ⅰ及び要支援Ⅱ利用者に着目して～

*西村 勇輝[1,2]、本田 遼太郎[1]、河瀬 慶大[1,2]、桑原 亘希[1]、松本 穂香[1]、舌間 寛士[3]、舌間 崇士[3] (1. 医療法人至高会　舌間整形外科　リハビリテーション部、2. 医療法人至高会　舌間デイケア、3. 医療法人至高会　舌間整形外科)

9:20 ~ 9:30

[O-10-03] 訪問リハビリテーションの中止理由別にみた利用者特性の検討

*伊佐 杉雄[1]、嘉陽 隼人[1] (1. 牧港中央病院)

9:30 ~ 9:40

[O-10-04] 標準化集団体操と個別強度調整の併用が通所高齢者に与える影響
―身体・認知・バランス機能の多面的検証―

*宮越 貴裕[1]、宮田 真央[1] (1. 社会福祉法人　スマイリング・パーク　働くデイサービスセンターほほえみの園)

一般演題（口述）| スポーツ・健康

9:50 ~ 10:30 | 第3会場（海峰：3F）

[O-11] 口述11

座長:下曽山 香織(寿夢の郷)、松本 剛(南整形外科クリニック)

9:50 ~ 10:00

[O-11-01] JFL所属の企業チームにおける外傷・障害の発生状況に関する一考察

*宮本 浩幸[1,2]、島袋 渉[1]、寺原 竜也[1]、新中 怜弥菜[1]、中武 美月[1]、樋口 潤一[3,2] (1. Mスポーツ整形外科クリニック　リハビリテーション科、2. Athlete　House　fan、3. Mスポーツ整形外科クリニック　整形外科)

10:00 ~ 10:10

[O-11-02] 大腿四頭筋腱を用いた前十字靱帯再建術後1年におけるACL-RSIと筋機能・KOOSの関係

*井手 智輝[1]、田渕 俊紀[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. 百武整形外科病院　整形外科)

10:10 ~ 10:20

[O-11-03] 前十字靱帯再建術における移植腱の違いによる術後筋力・主観的機能の比較

*山口 諒[1]、田渕 俊紀[1]、井手 智輝[1]、西古 亨太[2] (1. 医療法人尽心会　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. 医療法人尽心会　百武整形外科・スポーツクリニック　整形外科)

10:20 ~ 10:30

[O-11-04] 慢性足関節不安定症者の側方ジャンプ着地動作における神経筋制御戦略：筋シナジー解析による検討

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

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション

9:50 ~ 10:30 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-12] 口述12

座長:森下 元賀(令和健康科学大学)、東 恭子(今村総合病院)

9:50 ~ 10:00

[O-12-01] AI解析で読み解くSTS訓練の効果について
〜後期高齢者の転倒とフレイルの予防を目指して〜

*萩尾 直人[1]、髙橋 孝吉[2]、山路 美樹[2]、武生 慶輝[2]、板井 勇樹[3]、河野 茉由[3]、小手川 大輝[1] (1. 社会医療法人　関愛会　大東よつば病院　リハビリテーション部、2. 社会医療法人　関愛会　佐賀関病院　リハビリテーション部、3. 社会医療法人　関愛会　佐賀関デイケアひまわり)

10:00 ~ 10:10

[O-12-02] 地域在住中高年者における趣味活動の有無および種類と身体的フレイルとの関連

*井手 翔太郎[1]、釜﨑 大志郎[2]、八谷 瑞紀[2]、大川 裕行[2]、藤原 和彦[2]、保坂 公大[3]、末永 拓也[4]、藤村 諭史[5]、西浦 健蔵[1]、大田尾 浩[2] (1. 甘木中央病院　リハビリテーション科、2. 西九州大学　リハビリテーション学部、3. 久留米リハビリテーション病院　リハビリテーション室、4. かとうクリニック　内科・呼吸器内科　リハビリテーション科、5. 横須賀病院　リハビリテーション科)

10:10 ~ 10:20

[O-12-03] 地域在宅高齢者を対象としたフレイル予防教室における理学療法士の役割

*山下 一輝[1]、久保 加奈[2]、太田 祐輔[2]、福榮 竜也[3]、岩村 秀世[2]、上岡 美晴[1]、福永 誠司[2] (1. 藤元メディカルシステム　藤元総合病院　訪問リハビリテーション、2. 藤元メディカルシステム　藤元総合病院　リハビリテーション室、3. 霧島市立医師会医療センター　リハビリテーション室)

10:20 ~ 10:30

[O-12-04] 地域在住健常高齢者の立ち上がり能力に関係する要因

*藤村 諭史[1,2]、釜﨑 大志郎[3]、八谷 瑞紀[3]、大川 裕行[3]、藤原 和彦[3]、保坂 公大[4,6]、末永 拓也[5,6]、鎌田 實[7]、溝上 泰弘[8]、大田尾 浩[3] (1. 医療法人公和会 横須賀病院 リハビリテーション科、2. 西九州大学大学院 生活支援科学研究科 リハビリテーション学専攻、3. 西九州大学 リハビリテーション学部 リハビリテーション学科、4. 医療法人かぶとやま会 久留米リハビリテーション病院 リハビリテーションセンター、5. かとうクリニック内科・呼吸器内科リハビリテーション室、6. 西九州大学大大学院 生活支援科学研究科 保健医療学専攻、7. 諏訪中央病院、8. 株式会社ミズ)

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄

10:40 ~ 11:20 | 第3会場（海峰：3F）

[O-13] 口述13

座長:片田 昌志(福岡徳洲会病院)、松下 弘毅(米盛病院)

10:40 ~ 10:50

[O-13-01] 人工膝関節全置換術後早期のバランス能力に対する体重移動型ロボットの効果：無作為化比較試験

*宮﨑 茂明[1]、川口 翼[1]、山口 洋一朗[2]、中村 嘉宏[2]、田島 卓也[2]、山子 剛[3]、帖佐 悦男[4]、荒川 英樹[1] (1. 宮崎大学医学部附属病院リハビリテーション部、2. 宮崎大学医学部整形外科、3. 宮崎大学工学部工学科機械知能工学プログラム、4. 潤和会記念病院 整形外科)

10:50 ~ 11:00

[O-13-02] 人工膝関節全置換術後早期におけるextension lagと歩行能力回復の関連

*加来 裕大[1]、松下 大輝[1]、松田 一真[1]、岩本 祐人[1]、馬場 浩充[1]、木村 友亮[1]、長田 政和[1] (1. 熊本労災病院　中央リハビリテーション部)

11:00 ~ 11:10

[O-13-03] TKA後における杖歩行自立日数による早期群・遅延群の予測因子とカットオフ値の検討

*猪口 秀之[1]、山崎 和博[1]、山口 智洋[1] (1. 九州労災病院中央リハビリテーション科)

11:10 ~ 11:20

[O-13-04] 人工膝関節全置換術後患者に対する集団教育前後の身体活動および活動様式の変化

*木村 尚道[1]、田中 創[1,2]、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）| 成人中枢神経

10:40 ~ 11:20 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-14] 口述14

座長:東 幸太(厚地リハビリテーション病院)、秋山 和也(専門学校沖縄統合医療学院)

10:40 ~ 10:50

[O-14-01] ポストポリオ症候群に脳卒中を合併した一例に対するリハビリテーション治療戦略の検討

*梅木 絢太[1]、坂元 廉[1]、串木野 直樹[1]、坂本 竜一[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)

10:50 ~ 11:00

[O-14-02] 高次脳機能障害の特性に応じた介入と環境設定を実施した一例
～注意障害、失語症へのアプローチに着目して～

*稲田 蒔音[1]、久保 加奈[1]、白川 柚希[1]、福榮 竜也[2]、岩村 秀世[1]、福永 誠司[1] (1. 藤元メディカルシステム　藤元総合病院 リハビリテーション室、2. 霧島市立医師会医療センター　リハビリテーション室)

11:00 ~ 11:10

[O-14-03] Branch Atheromatous Disease (BAD)脳梗塞患者に対して体幹へのアプローチにより機能改善が得られた一症例

*川村 祥耀[1]、花田 智[1]、土屋 美香子[1]、蔵満 美幸[1]、大田 元[2] (1. 都城市郡医師会病院　リハビリテーション科、2. 都城市郡医師会病院　脳神経外科)

11:10 ~ 11:20

[O-14-04] パーキンソン病に伴う重度褥瘡に対し「三位一体」のアプローチが奏功した一症例

*髙橋 章大[1]、中尾 綾香[1]、福田 いずみ[1]、都原 美穂[1]、山下 亜由美[1] (1. 介護老人保健施設　ひむか苑)

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄

11:30 ~ 12:10 | 第3会場（海峰：3F）

[O-15] 口述15

座長:齋藤 貴文(令和健康科学大学)、原田 太樹(鹿児島大学病院)

11:30 ~ 11:40

[O-15-01] 変形性膝関節症患者の歩行戦略（DJSと非対称性）と痛みに対する心理的指標との関連

*岡澤 和哉[1]、藤田 努[1]、奈須 勇樹[1]、濱井 敏[2]、川原 慎也[2]、中島 康晴[2]、加藤 浩[3] (1. 九州大学病院リハビリテーション部、2. 九州大学大学院医学研究院臨床医学部門外科学講座　整形外科学分野、3. 山形県立保健医療大学大学院)

11:40 ~ 11:50

[O-15-02] 術後遷延性疼痛リスクを有する人工膝関節全置換術後患者の一症例
―荷重対称性と身体知覚に着目した介入―

*金川 真菜[1,2]、友岡 佑太[1,2]、大段 喬[1,2]、梶原 康宏[1,3]、田中 創[1,3]、井浦 国生[4] (1. 福岡整形外科病院　リハビリテーション科、2. 福岡整形外科病院　スポーツ医学センター、3. 福岡整形外科病院　臨床研究センター、4. 福岡整形外科病院　整形外科)

11:50 ~ 12:00

[O-15-03] 筋活動評価に基づく膝伸展制御の再学習を行った人工膝関節全置換術後伸展機構再損傷の一例

*松永 拓貴[1,2]、谷口 隆憲[3]、瓜生 陽菜[1]、梶原 康宏[1,4]、友岡 佑太[1,2]、田中 創[1,4]、徳永 真巳[5] (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　スポーツ医学センター、3. 福岡国際医療福祉大学　医療学部　理学療法学部、4. 福岡整形外科病院　臨床研究センター、5. 福岡整形外科病院　整形外科)

12:00 ~ 12:10

[O-15-04] 片脚スクワットにおける前額面投影角度変化量の性差に関する検討

*吉野 温翔[1]、辛島 良介[1]、尾崎 悠人[1]、坂山 七海[1]、本山 達男[2]、川嶌 眞人[2] (1. かわしまクリニック、2. 川嶌整形外科病院　整形外科)

一般演題（口述）| 成人中枢神経

11:30 ~ 12:10 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-16] 口述16

座長:小川 健治(長崎リハビリテーション病院)、林 雄李(九州大学病院)

11:30 ~ 11:40

[O-16-01] 重度片麻痺患者に対し免荷機能付き歩行器と装着型サイボーグを段階的に用い移乗動作能力向上を認めた一症例

*浜崎 海生[1]、浜岡杉原 帆香[1]、園田 健雄[1]、飛永 浩一朗[1] (1. 誠愛リハビリテーション病院)

11:40 ~ 11:50

[O-16-02] 多系統萎縮症疑い患者の腰椎椎体骨折後における段階的リハ介入と多職種連携が在宅復帰に寄与した一例

*富岡 一俊[1]、上園 竜也[2]、上諸 麻衣子（OT）[1]、瀬戸山 沙織（MSW）[1]、加治 智和[1]、竹中 俊宏（MD）[1] (1. 垂水市立医療センター垂水中央病院、2. 公益社団法人肝属郡医師会立訪問看護ステーション)

11:50 ~ 12:00

[O-16-03] 脳幹出血により重度の運動失調を呈した症例～残存機能を活用したアプローチ～

*上水 將司[1]、岡 高史[1] (1. 福岡青洲会病院リハビリテーション部)

12:00 ~ 12:10

[O-16-04] 痙縮外来と通所リハビリテーションの連携により痙性麻痺肢の機能向上を認めた脳卒中生活期の一症例

*平川 裕紀[1]、中村 笑美[1]、池田 浩二[2]、外薗 昭彦[3] (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療法部　通所リハビリテーションあびりんす、3. 潤和会記念病院　リハビリテーション科)

一般演題（口述） | 骨関節・脊髄

12:20 ~ 13:00 | 第3会場（海峰：3F）

[O-17] 口述17

座長:牟田 宏平(押領司病院)、重信 邦弥(米盛病院)

12:20 ~ 12:30

[O-17-01] 超音波画像診断装置による上腕骨頭すべり運動の定量的評価における信頼性の検討

*辛嶋 良介[1]、尾崎 悠人[1]、岸本 進太郎[1,2]、井原 拓哉[3]、吉野 温翔[1]、坂山 七海[1]、川嶌 眞人[4] (1. かわしまクリニック リハビリテーション科、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. 東京科学大学 運動器機能形態学講座、4. 川嶌整形外科病院 整形外科)

12:30 ~ 12:40

[O-17-02] 腱板修復術後1年の患者満足度に関連する身体機能因子の年齢層別検討

*濱崎 亜未[1]、田中 康明[1]、上妻 大士[1]、宮川 洋一[1]、大宮 俊宣[2]、﨑村 俊之[3] (1. 重工記念長崎病院　リハビリテーション科、2. 大宮医院、3. 重工記念長崎病院 整形外科)

12:40 ~ 12:50

[O-17-03] 広範囲腱板断裂術後早期における定量指標と観察指標を統合した負荷管理と患者立脚型評価を実施した一症例

*鈴木 陸斗[1]、赤崎 義彦[1]、下世 大治[1]、富岡 一俊[1]、加治 智和[1]、竹中 俊宏[1] (1. 垂水市立医療センター垂水中央病院)

12:50 ~ 13:00

[O-17-04] 上腕骨外側上顆炎女性患者における下垂位肩関節回旋可動域と前腕可動域及び握力の関連

*野崎 貴博[1]、相良 優太[1]、本多 一平[1] (1. 愛野記念病院 リハビリテーション部)

一般演題（口述）| 物理療法

12:20 ~ 13:10 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-18] 口述18

座長:福村 俊之(霧島杉安病院)、原 賢治(帝京大学　福岡医療技術学部)

12:20 ~ 12:30

[O-18-01] 化学療法誘発性末梢神経障害に対してしびれ同調TENSが即時効果を呈した1症例

*吉本 響[1]、豊栄 峻[1,2]、白浜 佳晃[1]、廣畑 俊和[2]、下堂薗 恵[2] (1. 鹿児島大学リハビリテーション部、2.鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学)

12:30 ~ 12:40

[O-18-02] 足部の異常感覚に対するしびれ同調TENSの有効性―末梢神経障害および中枢神経障害例での比較検討―

*谷 尚隼[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)

12:40 ~ 12:50

[O-18-03] 前脛骨筋に対する局所振動刺激の周波数の違い（30Hz・80Hz）が足関節機能に与える影響

*枝村 和也[1]、大平 高正[2]、岡本 雄嗣[3]、甲下 修士[4]、阿南 圭汰朗[5]、羽田 清貴[6]、牟田口 瞬[6]、尾崎 悠人[6]、奥村 晃司[6]、安部 稔[7]、山田 桂輔[8]、片岡 維新[9] (1. 医療法人平成会　サンライズ酒井病院、2. 訪問看護ステーション大分駅南、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、4. 独立行政法人　国立病院機構　大分医療センター、5. 国立大学法人　大分大学医学部附属病院、6. 社会医療法人玄真堂　かわしまクリニック、7. 医療法人社団春日会　黒木記念病院、8. 医療法人聡明会　児玉病院、9. 医療法人平成会　介護老人保健施設サンライズ・ビュー)

12:50 ~ 13:00

[O-18-04] 大腿神経に対する局所振動刺激が膝伸展の筋出力に及ぼす影響

*甲下 修士[1]、大平 高正[2]、岡本 雄嗣[3]、枝村 和也[4]、片岡 維新[5]、奥村 晃司[6]、羽田 清貴[6]、尾崎 悠人[6]、穴見 圭汰朗[7]、牟田口 瞬[9]、阿部 稔[8]、山田 桂輔[10] (1. 独立行政法人　国立病院機構　大分医療センター、2. 訪問看護リハステーション大分駅南、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. 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、6. 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、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. 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、9. わたなべ整形外科クリニック　リハビリテーション部、10. 医療法人聡明会　児玉病院　リハビリテーション科)

13:00 ~ 13:10

[O-18-05] 橈骨神経への局所振動刺激が肩関節機能に与える即時効果
―Retrograde Neuropathic Painの観点から―

*岡本 雄嗣[1]、大平 高正[3]、奥村 晃司[4]、羽田 清貴[4]、枝村 和也[5]、甲下 修士[6]、穴見 圭汰朗[7]、阿部 稔[8]、牟田口 瞬[9]、山田 桂輔[10]、尾崎 悠人[4]、片岡 維新[11]、猿渡 知行[2] (1. 医療法人源算会　猿渡整形外科スポーツリハクリニック　リハビテーション科、2. 医療法人源算会　猿渡整形外科スポーツリハクリニック　整形外科、3. 訪問看護リハステーション大分駅南、4. 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、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. 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科、8. 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、9. わたなべ整形外科クリニック　リハビリテーション部、10. 医療法人聡明会　児玉病院　リハビリテーション科、11. 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)

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄

9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-13] ポスター13

座長:松林 亮太(竹田医師会病院)、賀好 宏明(産業医科大学病院)

9:00 ~ 9:10

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

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

9:10 ~ 9:20

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

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

9:20 ~ 9:30

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

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

9:30 ~ 9:40

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

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

一般演題（ポスター）｜スポーツ・健康

9:00 ~ 9:40 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-14] ポスター14

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

9:00 ~ 9:10

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

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

9:10 ~ 9:20

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

*金丸 元紀[1,2]、西尾 峻[1]、大山 史朗[2]、松元 春香[2] (1. 串間市民病院　リハビリテーション科、2. 宮崎アスレティックトレーナー協会　パラトレーナー部会)

9:20 ~ 9:30

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

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

9:30 ~ 9:40

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

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

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-15] ポスター15

座長:白石 豊章(臼杵市医師会立コスモス病院)、鳥井 泰典(聖マリア病院)

9:50 ~ 10:00

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

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

10:00 ~ 10:10

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

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

10:10 ~ 10:20

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

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

10:20 ~ 10:30

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

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

一般演題（ポスター）| 地域リハビリテーション

9:50 ~ 10:30 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-16] ポスター16

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

9:50 ~ 10:00

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

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

10:00 ~ 10:10

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

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

10:10 ~ 10:20

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

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

10:20 ~ 10:30

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

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

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-17] ポスター17

座長:川上 健二(中村病院)、五十峯 淳一(八反丸リハビリテーション病院)

10:40 ~ 10:50

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

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

10:50 ~ 11:00

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

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

11:00 ~ 11:10

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

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

11:10 ~ 11:20

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

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

一般演題（ポスター）| 呼吸・循環・代謝

10:40 ~ 11:20 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-18] ポスター18

座長:神﨑 良子(九州栄養福祉大学)、多和田 千秋(牧港中央病院)

10:40 ~ 10:50

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

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

10:50 ~ 11:00

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

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

11:00 ~ 11:10

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

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

11:10 ~ 11:20

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

*大草 舞衣[1] (1. 済生会八幡総合病院リハビリテーション技術科)

一般演題（ポスター）| 調査・統計

11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターA）（樹葉：4F）

[P-19] ポスター19

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

11:30 ~ 11:40

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

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

11:40 ~ 11:50

[P-19-02] 患者満足度調査を接遇改善と組織成長につなげる試み

*濵﨑 瞬[1] (1. 社会医療法人玄州会　光武内科循環器科病院)

11:50 ~ 12:00

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

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

12:00 ~ 12:10

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

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

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

11:30 ~ 12:10 | 第2会場（ポスターB）（樹葉：4F）

[P-20] ポスター20

座長:松﨑 哲治(夫婦石病院)、元村 隆弘(北九州古賀病院)

11:30 ~ 11:40

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

*笠作 康太郎[1]、秋吉 亜希子[1]、岡 高史[1] (1. 社会医療法人青洲会　福岡青洲会病院　リハビリテーション部)

11:40 ~ 11:50

[P-20-02] 脳卒中急性期の多面的評価と在宅復帰時歩行能力の関連

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

11:50 ~ 12:00

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

*黒田 美空[1] (1. 熊本赤十字病院リハビリテーション科)

12:00 ~ 12:10

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

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

教育講演

2026年11月15日(日) 9:00 ~ 10:30 | 第1会場（天瑞：4F）

[EL-3] 教育講演3（物理療法）

座長：中原 寿志（宮永病院）

“いま”を問い直し，“未来”を変える物理療法
～作用機序と病態に基づく使い分けと臨床判断へ～
中村 潤二（西大和リハビリテーション病院）

9:00 ~ 10:30

[教育講演3（物理療法）] “いま”を問い直し，“未来”を変える物理療法
～作用機序と病態に基づく使い分けと臨床判断へ～

中村 潤二 (西大和リハビリテーション病院)

教育講演３（物理療法）

2026年11月15日（日） 9:00 ~ 10:30｜第1会場（天瑞：4F）

教育講演３（物理療法）

座長：中原 寿志（宮永病院）



［講師紹介］

中村 潤二（ナカムラ ジュンジ）

西大和リハビリテーション病院

［職歴］

2007年　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
2021年　畿央大学大学院健康科学研究科　客員准教授
2023年　西大和リハビリテーション病院 リハビリテーション部 副技師長（現職）

［学歴］

2007年　畿央大学理学療法学科 卒業
2011年　畿央大学大学院 健康科学研究科修士課程　修了
2015年　畿央大学大学院 健康科学研究科博士課程　修了

［主な資格］

理学療法士，専門理学療法士（物理療法，神経），認定理学療法士（物理療法）

［業績］

・中村 潤二, 新山 実優, 他: 拡散型圧力波療法の刺激強度の違いが健常者の下肢の柔軟性や脊髄運動ニューロン興奮性に即時的に与える影響. 物理療法科学 2024.（学術優秀賞）
・Nakamura J, Nishimae T, et al. Effects of postural-control training with different sensory reweightings in a patient with body lateropulsion: a single-subject design study. Physiother Theory Pract. 2023.
・Nakamura J, Okada Y, et al. Reliability and laterality of the soleus H-reflex following galvanic vestibular stimulation in healthy individuals. Neuroscience letters 2021.
・Nakamura J, Shiozaki T, et al. Role of somatosensory andor vestibular sensory information in subjective postural vertical in healthy adults. Neuroscience letters 2020.
・Nakamura J, Kita Y, et al. Influence of the stimulus parameters of galvanic vestibular stimulation on unilateral spatial neglect. Neuroreport 2015 May 27;26(8):462-6.
・Nakamura J, Kita Y, et al. Effects of galvanic vestibular stimulation combined with physical therapy on pusher behavior in stroke patients: a case series. NeuroRehabilitation 2014;35(1):31-7.

［主な社会活動］

日本物理療法学会 代議員
日本理学療法学会連合 日本物理療法研究会 理事
日本理学療法学会連合 理学療法学 査読委員
日本物理療法学会 物理療法科学 編集委員
日本神経理学療法学会 神経理学療法 査読委員

教育講演３（物理療法）
2026年11月15日（日） 9:00 ~ 10:30｜第1会場（天瑞：4F）
教育講演３（物理療法）
座長：中原 寿志（宮永病院）

“いま”を問い直し，“未来”を変える物理療法
～作用機序と病態に基づく使い分けと臨床判断へ～

中村 潤二（西大和リハビリテーション病院）

物理療法は，疼痛や関節拘縮，痙縮，筋力低下，運動麻痺，歩行障害など，さまざまな症状に対して用いられている．しかし物理療法のモダリティの選択や刺激条件は経験的に決められ，画一的な介入選択となりやすく，どの病態に，なぜその介入を用いるのかが十分に整理されていないことも多い．物理療法をより有効に活用するためには，モダリティごとの作用機序や特性を理解したうえで，対象者の病態と結びつけて適応を考える必要がある．

本講演では，電気刺激療法や体外衝撃波療法を中心に，現在行われている物理療法を見直したい．電気刺激療法については，脳卒中後の痙縮や運動麻痺，しびれ，歩行障害に対する適応を中心に取り上げる．電気刺激といっても刺激方法は異なり，目的や刺激対象も異なる．単に電気を流す治療として一括りにするのではなく，何を目的とした刺激なのかを整理しながら適応を考える．

体外衝撃波療法は，比較的新しい物理療法モダリティであり，脳卒中後の痙縮などを中心に紹介する．痙縮は伸張反射に関与する神経学的要因だけで説明できるものではなく，筋や腱など末梢組織の変化も関与し，多様な病態を示す．体外衝撃波を用いる際には，症状名だけで適応を決めるのではなく，どの組織や病態を標的とするのかを検討したうえで選択することが重要である．

最後に物理療法の未来への可能性として，ニューロモデュレーションについて取り上げる．なかでも迷走神経電気刺激に着目する．迷走神経は自律神経反応の調節に関与し，循環動態や睡眠，さらに運動学習にも影響を及ぼす可能性がある．国際的には迷走神経刺激に関する報告が増加している一方で，本邦のリハビリテーション医療の領域においては，研究報告や臨床活用が十分ではない．本講演では，パーキンソン病に対する迷走神経電気刺激について自験例を交えて紹介し，今後の物理療法における可能性を考える．

物理療法の“いま”を問い直すとは，これまで用いてきた治療を否定することではなく，その作用機序と病態との関係をあらためて見つめ直すことである．画一的に治療を選択するのではなく，評価によって治療標的を定め，患者ごとに適切な刺激を選択することが求められる．その積み重ねが，既存の物理療法の価値を引き出すとともに，ニューロモデュレーションをはじめとする新たな治療の可能性を臨床へつなげていく．本講演を，日常の物理療法を問い直し，その先にある理学療法の“未来”を考える機会としたい．

日本のひなた宮崎 国スポ・障スポ特別企画

2026年11月15日(日) 10:40 ~ 12:10 | 第1会場（天瑞：4F）

[SP] 日本のひなた宮崎 国スポ・障スポ特別企画

座長：松元 春香（岡田整形外科医院）

地域におけるパラスポーツと，その医科学サポートの意義と展望　～医療から生活，その先へ～
緒方 徹（東京大学医学部附属病院 リハビリテーション科）

10:40 ~ 12:10

[日本のひなた宮崎 国スポ・障スポ特別企画] 地域におけるパラスポーツと，その医科学サポートの意義と展望
～医療から生活，その先へ～

緒方 徹 (東京大学医学部附属病院 リハビリテーション科)

日本のひなた宮崎　国スポ・障スポ特別企画

2026年11月15日（日）9:40 ~ 11:10｜第1会場（天瑞：4F）

日本のひなた宮崎　国スポ・障スポ特別企画

座長：松元 春香（岡田整形外科）



［講師紹介］

緒方 徹（オガタ トオル）

東京大学医学部附属病院 リハビリテーション科

［職歴］

2006年　東京大学医学部付属病院　整形外科　助手
2009年　国立障害者リハビリテーションセンター研究所　運動機能系障害研究部　部長
2013年　　同　　病院　障害者健康増進・運動医科学支援センター長
2021年　東京大学医学部附属病院　リハビリテーション科　准教授
2022年　東京大学大学院医学系研究科　外科学専攻　感覚・運動機能医学講座　リハビリテーション医学分野　教授

［学歴］

1995年　東京大学医学部医学科卒業
2004年　東京大学医学系大学院　外科学専攻　医学博士修了

［主な資格］

リハビリテーション科専門医，整形外科専門医

［主な社会活動］

日本リハビリテーション医学会（理事）
日本運動器科学会（理事）
日本脊髄障害医学会（理事）
日本生活支援工学会（理事）
日本骨格筋電気刺激研究会（世話人）
日本パラスポーツ協会　医学委員会委員長

日本のひなた宮崎　国スポ・障スポ特別企画
2026年11月15日（日）9:40 ~ 11:10｜第1会場（天瑞：4F）
日本のひなた宮崎　国スポ・障スポ特別企画
座長：松元 春香（岡田整形外科）

地域におけるパラスポーツと，その医科学サポートの意義と展望
～医療から生活，その先へ～

緒方 徹（東京大学医学部附属病院 リハビリテーション科）

パラスポーツの在り方は時代と社会とともに変わっていく．日本ではスポーツ庁の設置，東京でのパラリンピック開催などを経て，パラスポーツの枠組みが整備されてきた．一方，医療における機能別病院制度や人口の高齢化といった社会状況も，日本における大きな特徴といえる．そうした中でパラスポーツは，高い競技力を競うものから，体力向上をめざした日常的な運動まで幅広い範囲を含んでおり，医療者としてはライフステージに沿った健康とスポーツの関係性を意識しながら，それを支援することが求められている．リハビリテーション医療において，スポーツ活動は日常生活動作練習では習得できない複合運動や耐久性，そして社会性を学ぶ機会と位置付けられる．競技スポーツにおいては，適切なクラス分けの支援やケガの予防，効果的なトレーニングが医学的支援の視点となる．そして中高齢期においては，既存の障害に加齢性変化が加わった状態に適応していくためのスポーツの役割が存在する．こうした場面ごとのパラスポーツの医療的側面が，ともすると別個のものとして扱われがちなことも課題の一つである．

パラリンピックの認知度が高まったことで障害者のスポーツ実施への理解が広まった一方で，パラスポーツが特別な一部の人が行うものだと，社会だけでなく，ときに当事者自身も感じてしまう傾向がある．パラスポーツの所管が厚生労働省からスポーツ庁に移ったことも，医療・福祉としてのスポーツから，余暇活動としてのスポーツという意味づけが強まりやすい環境の一因になっているように感じる．パラスポーツが医療・福祉から離れた場で広がっていくことの利点を生かしながら，同時に医療現場からの連続性の中でこれを位置付けていくことが，裾野の拡大や競技性の向上といったパラスポーツの課題解決につながっていくと期待される．

そのためにも，幅広いパラスポーツに関わる医療者間での情報共有や連携が果たす役割は大きい．特に，医療におけるリハビリテーションに時間的・空間的な制約が増えている現在の社会状況において，医療の現場からどのように患者をパラスポーツの社会資源へとつないでいくかは，全体の課題であると同時に地域性の強い課題でもある．その意味で，全国障害者スポーツ大会に向けた取り組みが各地域で実践されることは，地域のパラスポーツに対する認識や仕組みを理解し，見直す機会にもつながる．医療・福祉から競技スポーツまでひとつながりのグラデーションのなかで医療者が共通の認識を持つことで，日本のパラスポーツは独自のスタイルを身につけていくと期待している．

教育講演

2026年11月15日(日) 12:20 ~ 13:20 | 第1会場（天瑞：4F）

[EL-4] 教育講演4（診療報酬）

座長：田上 茂雄（宮永病院）

“仕組み”を知ることが，未来を変えるー若手理学療法士のための診療報酬と制度の読み解き方
～臨床力に“政策力”を加える視点とは～
野崎 展史（日本理学療法士協会）

12:20 ~ 13:20

[教育講演（診療報酬）] “仕組み”を知ることが，未来を変える
若手理学療法士のための診療報酬と制度の読み解き方
～臨床力に“政策力”を加える視点とは～

野崎 展史 (日本理学療法士協会)

教育講演４（診療報酬）

2026年11月15日（日）12:20 ~ 13:20｜第1会場（天瑞：4F）

教育講演４（診療報酬）

座長：田上 茂雄（宮永病院）



［講師紹介］

野崎 展史（ノザキ ヒロフミ）

日本理学療法士協会

［略歴］

1987年，富山県富山市生まれ．富山県立富山高等学校を卒業後，茨城県立医療大学に進学し，理学療法士免許を取得．その後，筑波大学および産業技術総合研究所における研究活動，有床診療所およびデイケアでの臨床勤務を経て，日本理学療法士協会に入職．同協会では政策企画部門の立ち上げに携わるとともに，医療・介護・障害福祉およびヘルスケアサービスに関する厚生労働省・経済産業省等との対外交渉実務および業務統括を担う．2017〜2018年に厚生労働省保険局，2020〜2021年に同医政局へ出向し中央行政を経験．その後，神奈川県庁医療危機対策本部および厚木保健福祉事務所への業務支援派遣を通じて地方行政にも従事する．現在は，日本理学療法士協会の報酬改定担当課長および理事を務めるとともに，東京都理学療法士会ならびに川崎市子ども・子育て会議の委員として社会活動に従事している．

［主な資格］

理学療法士，認定理学療法士，修士

［業績］

・医療機関における退院支援の取り組みと循環器および関節症疾患の在院日数との関連に関する地域相関研究．野崎展史, 山下真司, 田城孝雄．厚生の指標 73(6) 20-27 2026年6月
・診療報酬改定の変遷にみる理学療法士の制度的環境の変化．野崎展史．理学療法福岡　第39号7-9 2026年3月
・理学療法士の多様なキャリアと後進の育成．野崎展史．秋田理学療法 33(1) 3-4 2026年3月
・医療機関における退院支援の取り組みと一般病床在院日数との関連に関する地域相関研究．野崎展史, 山下真司, 田城孝雄．厚生の指標 72(5) 14-19 2025年5月

［主な社会活動］

川崎市子ども・子育て会議　委員
公益社団法人東京都理学療法士協会　エスカレーターマナーアップ推進委員会委員
同委員会　こどもプロジェクト　統括リーダー

教育講演４（診療報酬）

2026年11月15日（日）12:20 ~ 13:20｜第1会場（天瑞：4F）

教育講演４（診療報酬）

座長：田上 茂雄（宮永病院）

“仕組み”を知ることが，未来を変える
若手理学療法士のための診療報酬と制度の読み解き方
～臨床力に“政策力”を加える視点とは～

野崎 展史（日本理学療法士協会）

本講演では，「仕組み」を理解することが臨床実践の質をどのように変え得るのかという視点から，若手理学療法士に向けて診療報酬および関連制度の読み解き方を提示する．

理学療法士の専門性は，個々の臨床技術や評価能力にとどまらず，それが提供される制度的枠組みと不可分である．診療報酬や介護報酬は単なる「収益の仕組み」ではなく，医療・介護サービスの提供内容や質，さらには患者のアウトカムにまで影響を及ぼす強力な政策ツールである．しかしながら，これらの制度を「与えられた条件」として受動的に捉え，その構造や意図を十分に理解しないまま日常業務に従事している現状も少なくない．

診療報酬制度は，エビデンス，財政制約，政策目標といった複数の要素が交錯する中で設計されており，その改定過程は医療政策の方向性そのものを反映している．例えば，早期リハビリテーションやチーム医療の推進，地域包括ケアシステムの深化，アウトカム評価の導入などは，いずれも報酬改定を通じて現場に具体化されてきた．すなわち，制度の「読み解き」は，その背後にある政策意図を理解し，自らの専門職としての役割を再定義する営みにほかならない．

本講演ではまず，医療保険および介護保険を中心とした社会保障制度の基本構造と改定プロセスについて概説する．その上で，リハビリテーション専門職に関連する主要な評価体系や算定要件を題材に，「なぜこのような要件が設定されているのか」という視点から制度の意味づけを行う．また，近年の改定動向を踏まえ，アウトカム評価，データ活用，多職種連携，地域移行支援といったキーワードが，今後の臨床にどのような変化をもたらすのかを整理する．

さらに，制度理解を単なる知識習得にとどめず，「政策力」として臨床に接続する視点を提示する．ここでいう政策力とは，制度を批判的に読み解き，自施設や地域の実情に応じて最適な実践を構築するとともに，必要に応じて制度改善に資する発信を行う力である．例えば，現場での課題をエビデンスとして蓄積し，学術的・社会的に発信することは，将来的な制度改定に影響を及ぼし得る重要な営みである．

若手理学療法士にとって，制度は決して遠い存在ではない．むしろ日々の臨床判断やサービス提供のあり方に直結する「もう一つの臨床」である．本講演を通じて，制度を理解し主体的に関わることの意義を共有し，臨床力に政策的視点を加えることが，より質の高いリハビリテーションの実現につながることを提起したい．

県民公開講座

🏛2026年11月15日(日) 14:00 ~ 15:00 | 🏛第1会場（天瑞：4F）

[PL] 県民公開講座

座長：竜田 庸平（宮崎医療福祉専門学校）

その症状，我慢していませんか？
意外と知らない産婦人科に行くタイミング
～生理痛，PMSから更年期のお悩みまで～
吉山 登志子（北原医院）

14:00 ~ 15:00

[県民公開講座] その症状，我慢していませんか？
意外と知らない産婦人科に行くタイミング
～生理痛，PMSから更年期のお悩みまで～

吉山 登志子 (北原医院)

県民公開講座

2026年11月15日（日）14:00 ~ 15:00｜第1会場（天瑞：4F）

県民公開講座

座長：竜田 庸平（宮崎医療福祉専門学校）



［講師紹介］

吉山 登志子（ヨシヤマ トシコ）

北原医院

［職歴］

1991.6　宮崎医科大学附属病院産婦人科研修医
1992.6　宮崎県立宮崎病院研修医
1995.7　鹿児島市立病院産婦人科医師
1998.10　市民の森病院婦人科医師
2002.10　愛泉会日南病院医師
2003.10　宮崎善仁会病院産婦人科医師
2007.7　藤元総合病院産科医師
2009.1　北原医院

［学歴］

1983.3　熊本県立熊本第一高校普通科卒業
1991.3　宮崎医科大学医学部医学科卒業

［主な資格］

日本産婦人科学会専門医
母体保護法指定医
日本スポーツ協会公認スポーツドクター

県民公開講座

2026年11月15日（日）14:00 ~ 15:00｜第1会場（天瑞：4F）

県民公開講座

座長：竜田 庸平（宮崎医療福祉専門学校）

その症状，我慢していませんか？
意外と知らない産婦人科に行くタイミング
～生理痛，PMSから更年期のお悩みまで～

吉山 登志子（北原医院）

「生理痛は我慢するもの」

「年齢のせいだから仕方がない」

「産婦人科はなんだか恥ずかしい」

このように考えて，辛い症状を抱えたまま過ごしている女性が少なくありません．しかし，月経やホルモンの変化に伴うさまざまな症状には，適切な治療により改善できるものが数多くあります．

本講演では女性のライフステージごとにみられる代表的な症状と，「どのようなタイミングで産婦人科を受診すればよいのか」をわかりやすくお話しします．

思春期から性成熟期には，生理痛や生理不順，月経前症候群(PMS)，過多月経などで学校や仕事，日常生活に支障をきたしている方も少なくありません．痛み止めを飲んで我慢している背景に，子宮内膜症や子宮筋腫などの病気が隠れていることもあります．また，最近では症状や年齢，ライフスタイルに合わせた様々な治療法が選択できるようになっています．

一般的に45歳以降になると，更年期に伴うホットフラッシュ，発汗，睡眠障害，気分の落ち込み，疲れやすさ，関節痛など，多彩な症状が現れることがあります．しかし，更年期障害の症状は個人差が大きく，「年齢だから」と見過ごされる一方で，甲状腺疾患や貧血など別の病気が原因となっている場合もあります．症状を正しく評価し，一人ひとりに合った治療を選択することが大切です．更年期障害が起こる背景や，婦人科で行っているホルモン補充療法(HRT)についてご紹介します．

さらに，閉経後も女性ホルモンの低下が続くことによって骨粗鬆症や性交時の痛み，外陰部の違和感など，生活の質（QOL）に関わる様々な問題が起こることがあります．これらも「年齢のせい」と諦める必要はなく，早めに相談することで改善が期待できます．

産婦人科では女性が健康で自分らしく過ごすためのサポートを行う診療科です．

本講演を通して，「この程度で受診していいのかな」と迷っている方が，気軽に相談できるきっかけとなり，一人でも多くの方が，適切なタイミングで医療につながることを願っています．

一般演題（口述）| 教育・管理運営

2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第3会場（海峰：3F）

[O-9] 口述9

座長:吉澤 隆志(令和健康科学大学)、真栄城 健(北中城若松病院)

9:00 ~ 9:10

[O-9-01] 症例検討会発表に対する不安要因を踏まえた地区研修会の実践とその効果の検討

*尾上 裕哉[1,2]、福榮 竜也[1,2]、鈴東 伸洋[1,3]、神田 勝利[1,4]、東海林 麻里子[1,4]、岩森 俊[1,5] (1. 公益社団法人　鹿児島県理学療法士協会、2. 霧島市立医師会医療センター、3. クオラリハビリテーション病院、4. 鹿児島第一医療リハビリ専門学校、5. 介護老人保健施設グレースホーム)

9:10 ~ 9:20

[O-9-02] 生成AIを用いた文字起こし・要約支援ツール導入による介護現場の会議録作成業務効率化の検討

*落合 錠[1]、大野 源太[1]、鳥原 千夏子[1]、柳井 悠介[1]、多田 誠[1]、山本 純央[1]、田實 志穂[1]、仁田脇 翔吏[1]、吉田 暁生[1] (1. 介護老人保健施設シルバーケア野崎)

9:20 ~ 9:30

[O-9-03] 多職種連携を目的としたリハビリテーション研修会

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

9:30 ~ 9:40

[O-9-04] 人事評価の運用再設計による行動変容の促進
―個人目標実践シートを用いた評価モデルの検証―

*村浦 広樹[1] (1. 佐伯中央病院リハビリテーション部)

一般演題（口述）| 教育・管理運営
2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第3会場（海峰：3F）
[O-9] 口述9
座長:吉澤 隆志(令和健康科学大学)、真栄城 健(北中城若松病院)

9:00 ~ 9:10

[O-9-01] 症例検討会発表に対する不安要因を踏まえた地区研修会の実践とその効果の検討

*尾上 裕哉[1,2]、福榮 竜也[1,2]、鈴東 伸洋[1,3]、神田 勝利[1,4]、東海林 麻里子[1,4]、岩森 俊[1,5] (1. 公益社団法人　鹿児島県理学療法士協会、2. 霧島市立医師会医療センター、3. クオラリハビリテーション病院、4. 鹿児島第一医療リハビリ専門学校、5. 介護老人保健施設グレースホーム)

キーワード：症例検討、不安要因、発表行動

【倫理に関する記述】
　本報告は教育活動に関する実践報告であり、倫理的配慮として個人情報の保護に十分留意し、対象者からデータ使用に関する同意を得た。

【はじめに】
　地区レベルで開催される理学療法士（以下、PT）の症例検討会は、日常臨床の課題を共有する場であり、地域における教育機能として重要である。しかし、症例検討の方法論に関する学習機会は十分とは言えず、心理的障壁の存在が地区レベルでの発表希望者数の減少に影響している可能性がある。今回、症例検討会の発表に対する不安要因に着目した地区研修会を実施した。その結果、症例検討会の発表に対する心理的障壁および発表行動に前向きな変化がみられた可能性が示唆されたため報告する。
【方法】
　鹿児島県士会主催の地区研修会参加者を対象に、研修会の前後2回にわたりWebアンケートを実施した。解析対象者は34名（女性5名、年齢39.3±11.0歳）だった。アンケート項目は、発表に対する不安要因と発表可否の２点とした。不安要因の設問は「症例検討や講師（実技・座学）等の発表ができない不安要因は何ですか？」とし、選択肢は発表手順や方法論の理解、自信の欠如・失敗への不安、興味、価値認識、作業負担要因、環境要因、心身要因の7項目から該当するすべての選択を求めた。この結果を事前に講師へ共有し、講義内容の構成に反映した。また、発表可否については、「症例検討や講師（実技・座学）の発表ができますか？」という設問に対し、2者択一で回答を求め、研修前後での変化を評価した。統計解析はMcNemar検定（正確確率検定）を用いて研修前後の発表可否の回答結果についての変化を検討した。また、症例検討会発表者数の変化について記述的に整理した。
【アンケート結果および実践】
　研修前の不安要因として，自信の欠如・失敗への不安および環境要因各11名（32.4%）が多く，次いで作業負担要因6名（17.6%）、発表手順や方法論の理解不足4名（11.8%）であった。これらを踏まえて講義内容を構成した。発表可否の設問について、研修前に発表できると回答した者は12名（35.3%）、研修会後は16名（47.0%）であり、研修前後の変化について、有意差は認められなかった（p=0.219）。不一致6例のうち改善は5例、悪化は1例であった。なお，症例検討会の発表者は昨年度2名から本年度5名へ増加した。
【考察】
　研修前後の発表可否の回答の変化について有意差は認められなかったが、不一致例では改善例が多く、研修後には症例検討会の発表者数は増加した。研修会において、事前に把握した不安要因を講義に反映したことにより、発表行動の前向きな変化がみられた可能性がある。一方で、不一致例が少なく、統計学的検出力が十分でなかった可能性が考えられる。
【まとめ】
　ＰＴに対して症例検討会の方法論の学習機会を設けることは、発表に対する意識の変容につながり、前向きな行動に変化する可能性がある。

一般演題（口述）| 教育・管理運営
2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第3会場（海峰：3F）
[O-9] 口述9
座長:吉澤 隆志(令和健康科学大学)、真栄城 健(北中城若松病院)

9:10 ~ 9:20

[O-9-02] 生成AIを用いた文字起こし・要約支援ツール導入による介護現場の会議録作成業務効率化の検討

*落合 錠[1]、大野 源太[1]、鳥原 千夏子[1]、柳井 悠介[1]、多田 誠[1]、山本 純央[1]、田實 志穂[1]、仁田脇 翔吏[1]、吉田 暁生[1] (1. 介護老人保健施設シルバーケア野崎)

キーワード：生成AI、介護DX、業務効率化

【倫理的配慮、説明と同意】
対象者に対し研究目的、録音範囲、データ利用方法および匿名化手順について口頭および書面で説明し、同意を得て実施した。録音データは端末内で管理し、文字起こし後は速やかに削除した。また、個人情報保護に十分に配慮し、解析には匿名化資料を用いた。

【目的】
介護現場において理学療法士（以下、PT）を含むセラピストの業務は多様化し、記録業務の負担増大が課題となっている。特に記録作成に要する時間は臨床業務を圧迫し、業務効率の低下や時間外労働の一因となっている。近年、音声入力と生成AIによる自動要約機能を備えたツールが注目されているが、実際の介護現場における有効性の検証は十分ではない。本研究の目的は、Plaudアプリ導入前後で会議録作成時間、主観的負担および記録の質の変化を明らかにし、業務効率化への影響を検討することである。
【方法】
本研究は前後比較研究とし、介護施設および通所・訪問リハビリテーションに勤務するPT4名、作業療法士3名を対象とした。導入前2週間は従来の方法で会議録作成を行い、その後1週間の慣らし期間を設け、導入後2週間はPlaudアプリを用いた音声入力による作成を実施した。主要評価項目は会議録作成時間とし、副次評価項目として、記録修正回数、主観的負担（NRS）、使いやすさおよび満足度（Likert尺度）を評価した。さらに記録の質については、多職種間での情報共有の観点から、同施設に属する経験年数5年以上の看護師、介護士など他職種職員5名が匿名化資料を用いて評価し、評価基準を事前に共有した。統計解析はRコマンダー4.5.3を用い、導入前後の比較としてWilcoxon符号付順位検定を用い、有意水準は5%未満とした。
【結果】
会議録作成時間は30（20-35）分から10（7.5-10）分へと有意に短縮した（$p<0.05$）。また記録修正回数も3（2-4）回から1（0.5-1）回へと減少し有意差を認めた（$p<0.01$）。会議録作成に関する主観的負担は7（7-7.5）から2（1-2.5）へと有意に低下し($p<0.05$)、「やや使いやすい」「やや満足である」以上と回答した者は70%以上であった。さらに記録の質に関しては網羅性および可読性の項目で改善傾向を認めた。
【考察】
Plaudアプリによる音声入力および生成AIの文字起こし・要約支援は、会議録作成における情報整理や文章化の負担を軽減し、セラピストが臨床業務や対人支援に充てる時間的余裕につながる可能性が示唆された。また記録内容の構造化が進むことで文書の可読性が向上し、多職種間での情報共有の円滑化にも寄与した可能性がある。先行研究においても音声認識技術の導入は医療従事者の記録時間短縮や業務効率の改善に寄与することが報告されており、本研究結果はこれらを支持するものである。さらに電子カルテにおける記録負担はバーンアウトの要因ともされており、AI支援による記録効率化は心理的負担軽減にも寄与する可能性がある。一方で単施設研究である点やサンプル数の制限、ITリテラシーの個人差の影響に加え個人情報管理や運用ルール整備の必要性が今後の課題として挙げられる。
【まとめ】

生成AIを活用した音声記録支援ツールの導入は、セラピストの文書業務の効率化および主観的負担の軽減に有用であり、今後の介護現場でのデジタル活用の一助となる可能性が示唆された。

一般演題（口述）| 教育・管理運営
2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第3会場（海峰：3F）
[O-9] 口述9
座長:吉澤 隆志(令和健康科学大学)、真栄城 健(北中城若松病院)

9:20 ~ 9:30

[O-9-03] 多職種連携を目的としたリハビリテーション研修会

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

キーワード：多職種連携、対面研修、体験型学習

アンケートは無記名で実施し、個人が特定されないように配慮した。回答は自由意思とし、得られたデータは本報告以外の目的には使用しないことを説明した。回答をもって同意を得たものとした。

【目的】
当地域では新型コロナウイルス感染（COVID-19）の流行に伴い従来の勉強会が中止となり、多職種間の連携機会が減少していた。地域包括ケアシステムの推進においては、多職種連携による「顔の見える関係づくり」が重要とされている。そこで当院では、多職種連携の再構築を目的として、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・介護士・学生など職種を限定しないリハビリテーション研修会を、令和５年10月から毎月１回対面形式で開催した。本研究の目的は、研修会の参加状況および研修形式の違いが、参加人数や満足度および理解度に与える影響を明らかにすることである。
【方法】
研修会を令和5年10月から令和８年２月までに計29回開催した。各回終了後にアンケートを実施し、満足度、理解度、希望テーマを調査した。また、研修内容を「講義形式」と「実技を含む形式」に分類し、参加人数、満足度および理解度を比較した。
【結果】
再開初期(令和５年１０月～令和６年１１月)の平均参加人数は38人であったのに対し、再開後期(令和６年１２月～令和８年２月)では18人と約半減し、回を重ねるごとに参加人数は減少傾向を認めた。研修形式別では、講義形式の平均参加人数23人であったのに対し、実技を含む研修会では30人であった。満足度は、講義形式で約62%、実技を含む研修会で約74%が「大変満足」「満足」と回答した。理解度は講義形式で約69%、実技を含む研修会で約71%が「とても理解できた」「理解できた」と回答し、大きな差は認めなかった。実技を含む研修の方が、参加人数および満足度で高い傾向を認めた。アンケートでは、実技を中心としたテーマを希望する意見が多くみられた。
【考察】
実技を含む研修会は、講義形式と比較して参加人数および満足度が高い傾向を認めた。アンケートでも実技を中心の内容を希望する回答が多く、参加者ニーズと一致していた。実技を通した研修会は、臨床場面をイメージしやすく、多職種間で支援方法を共有しやすかった可能性がある。医療者教育においては、学習者ニーズに基づく教育設計や体験型学習の重要性が報告されており、本結果も同様の傾向を示したと考えられる。また、再開初期はCOVID-19流行後で対面研修の機会が少なかったことから、対面で学ぶ機会への需要が高く、参加者数が多かった可能性がある。一方、近年はオンライン配信やサブスクリプション型研修など学習形態が多様化しており、再開後期の参加人数減少に影響した可能性が考えられた。さらに、研修会運営においては「人」「もの」「時間」「場所」などの制約があることも報告されている。しかし、そのような制約の中でも、本研修会は多職種間の横のつながり形成に寄与し、一定の役割を果たしたと考える。今後は、参加者の制約や学習ニーズを踏まえ、地方開催の対面型研修会では、短時間で参加しやすい構成に加え、実技を通した学習や顔の見える関係づくりを重視した運営が必要になると考えられる。
【まとめ】
実技形式の研修会は、参加人数・満足度が高かった。今後の地方開催の対面型研修会では短時

間実技を通した学習や顔の見える関係づくりを重視した運営が必要になる可能性が示唆された。

一般演題（口述）| 教育・管理運営
2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第3会場（海峰：3F）
[O-9] 口述9
座長:吉澤 隆志(令和健康科学大学)、真栄城 健(北中城若松病院)

9:30 ~ 9:40

[O-9-04] 人事評価の運用再設計による行動変容の促進 ―個人目標実践シートを用いた評価モデルの検証―

*村浦 広樹[1] (1. 佐伯中央病院リハビリテーション部)

キーワード：行動変容、人事評価再設計、個人目標実践シート

本研究は所属施設の倫理規程に基づき実施した。アンケートは無記名・任意回答とし、回答の有無や内容による不利益が生じないことを事前に説明した。収集データは統計的に処理し、研究目的のみに使用した。

【目的】
多くの医療・介護領域の組織において，人事評価制度は導入されているものの，点数評価や処遇決定を主目的とした形式的運用に留まり，人材育成機能が十分に発揮されていないことが課題とされている。特に，評価が日常業務と乖離し，職員の行動変容につながりにくい点が指摘されている。本研究の目的は，人事評価の運用を再設計し，「個人目標実践シート」を用いた評価・フィードバックモデルを構築することで，職員の行動変容および評価に対する認識への影響を検証することである。
【方法】
対象は当院リハビリテーション部職員46名とした。介入として、「個人目標実践シート」を用いた評価運用の再設計を実施した。具体的には、①評価基準の行動定義化、②安全遵守（減点）と成長行動（加点）による二層構造の評価設計、③評価者間のばらつきを是正するキャリブレーション会議の導入、の3点を行った。評価指標として，導入前後におけるアンケート（評価の公平性，面談の有用性，行動変容）を比較した。アンケートの5段階評価は肯定的回答と否定的回答の2群に分類し，導入前後の比較にはχ^2検定を用いた。有意水準は5%未満とした。
【結果】
「公平に評価されている」と回答した割合は導入前63%から導入後70%へ増加したが，有意差は認めなかった（χ^2検定，$p>0.05$）。一方，行動変容については，「改善あり」と回答した割合が導入前57%から導入後83%へ増加し，有意差を認めた（χ^2検定，$p<0.01$）。「面談が有意義」とする割合は83%から81%と同水準であったが，「非常に有意義」は35%から41%へ増加した。
【考察】
本取り組みにより，人事評価は過去の査定から将来の行動を規定する運用へと機能転換し，職員の行動変容に寄与した可能性が示唆された。特に，行動定義化による評価の透明性向上と，キャリブレーションによる評価基準の統一が，日常的なフィードバックを促進し，具体的行動への落とし込みにつながったと考えられる。一方で，評価の公平性に関しては改善傾向を示したものの有意差には至らず，評価基準のさらなる精緻化が課題である。
【まとめ】
人事評価の運用再設計により、評価は過去の査定から未来の行動を規定する仕組みへと転換し、職員の行動変容を有意に促進した。本モデルは汎用性が高く、組織内で自律的に人材育成を促進する評価運用の有効な手法となり得る。

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション

2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-10] 口述10

座長:中村 豪志(介護老人保健施設こんにちはセンター)、福森 愛美(霧島杉安病院)

9:00 ~ 9:10

[O-10-01] 人口構造変化を踏まえた高齢者の運動機能の特徴 ―短時間通所リハビリテーションにおける2群比較研究―

*黒木 博和[1]、濵田 大成[1] (1. 医療法人松城会　隼人温泉病院　リハビリテーション課)

9:10 ~ 9:20

[O-10-02] 短時間通所リハビリテーションの効果と有用性について～要支援Ⅰ及び要支援Ⅱ利用者に着目して～

*西村 勇輝[1,2]、本田 遼太郎[1]、河瀬 慶大[1,2]、桑原 亘希[1]、松本 穂香[1]、舌間 寛士[3]、舌間 崇士[3] (1. 医療法人至高会　舌間整形外科　リハビリテーション部、2. 医療法人至高会　舌間デイケア、3. 医療法人至高会　舌間整形外科)

9:20 ~ 9:30

[O-10-03] 訪問リハビリテーションの中止理由別にみた利用者特性の検討

*伊佐 杉雄[1]、嘉陽 隼人[1] (1. 牧港中央病院)

9:30 ~ 9:40

[O-10-04] 標準化集団体操と個別強度調整の併用が通所高齢者に与える影響 ―身体・認知・バランス機能の多面的検証―

*宮越 貴裕[1]、宮田 真央[1] (1. 社会福祉法人　スマイリング・パーク　働くデイサービスセンターほほえみの園)

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション
2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-10] 口述10
座長:中村 豪志(介護老人保健施設こんにちはセンター)、福森 愛美(霧島杉安病院)

9:00 ~ 9:10

[O-10-01] 人口構造変化を踏まえた高齢者の運動機能の特徴 ―短時間通所リハビリテーションにおける2群比較研究―

*黒木 博和[1]、濵田 大成[1] (1. 医療法人松城会　隼人温泉病院　リハビリテーション課)

キーワード：人口構造変化、運動機能、短時間通所リハビリテーション

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、対象者に対し研究の趣旨と目的を十分に説明し同意を得た。

【目的】
　近年公表された新たな地域医療構想の取りまとめにおいて、2040年に向けて医療・介護の複合的ニーズをもつ高齢者への対応が重要視されている。特に85歳以上人口の増加が見込まれ、この層は医療・介護双方の支援を要することが多い。2023年地域別将来推計人口によれば、当院が所在する鹿児島県霧島市でも2035年に85～89歳人口が大きく増えると推計され、地域の医療・介護体制への影響が懸念される。当短時間通所リハビリテーションでも85歳以上の利用増が予測され、加齢に伴う多様な身体機能低下を踏まえた評価と介入が求められる。そこで本研究では、将来人口推計を踏まえ利用者を85歳以上群と85歳未満群に分類し、運動機能の比較を行うことで、理学療法における介入方法や支援計画の立案に資する基礎的知見の獲得を目的とした。
【方法】
　対象は、自宅で生活し自立歩行が可能な通所リハビリテーション利用者のうち、研究目的および内容を説明し同意が得られた47 名（平均年齢81.4 ± 8.0 歳、男性22 名。要支援1：9 名、要支援2：10 名、要介護1：17 名、要介護2：9 名、要介護3：2 名）とした。調査期間は令和8年1月から2月とした。身体機能および能力評価として、生活範囲の広がりを評価する指標にLife-Space Assessment（LSA）を用いた。下肢機能の評価にはShort Physical Performance Battery（SPPB）を使用した。握力はスメドレー式握力計（竹井機器工業製）を用いて左右1回ずつ測定し、最大値を代表値とした。歩行能力の評価にはTimed Up and Goテスト（TUG）を実施した。統計学的検定は、統計解析はRCommander(version2.9-2)を用いて実施した。正規性が満たされる場合はｔ検定、満たされない場合はMann–WhitneyのU検定を用いて85歳以上群と85歳未満群の群間比較を行い、効果量(r)を算出した。有意水準は5%とした。
【結果】
　測定結果の各平均値（85 歳以上群、85 歳未満群）は、LSA（47.9 ± 12.4 点、43.2 ± 13.8 点）、SPPB（9.5 ± 2.5 点、8.6 ± 2.3 点）、TUG（16.5 ± 6.3 秒、22.8 ± 12.9 秒）、握力（16.9 ± 6.3 kg、24.3 ± 8.7 kg）であった。2群間の統計処理の結果、握力は2群間に有意差を認め($p < 0.01$)、効果量は中等度であった($r = 0.465$)。LSA、SPPB、TUGに有意差は認められなかった（$p > 0.05$）。
【考察】
　本研究では、将来の人口構造を踏まえ、利用者を85歳以上群と85歳未満群に分けて運動機能を比較した。結果、有意差があったのは握力のみで、85歳以上群が低値を示した。これは加齢に伴う筋量減少を反映し、超高齢者への筋力維持介入の重要性を示唆する。一方、LSA・SPPB・TUGでは有意差がみられず、85歳以上でも移動能力や下肢機能が保たれていた可能性がある。対象者が自立歩行可能で活動性の高い通所リハ利用者であったこと、継続的なリハ介入が機能維持に寄与した可能性が考えられる。またLSAは環境・意欲など多要因の影響を受け、年齢差が出にくかった可能性がある。以上より、握力に差が認められたことは、握力評価が予防的介入を開始するための指標となりうることを示唆している。一方、移動能力は比較的保た

れる可能性があり、個別性を踏まえた支援が必要となる。今後は対象者数の拡大や身体活動量・社会的要因などを含めたその他の要因についても検討を進めていく必要がある。

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション

2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-10] 口述10

座長:中村 豪志(介護老人保健施設こんにちはセンター)、福森 愛美(霧島杉安病院)

9:10 ~ 9:20

[O-10-02] 短時間通所リハビリテーションの効果と有用性について～要支援Ⅰ及び要支援Ⅱ利用者に着目して～

*西村 勇輝[1,2]、本田 遼太郎[1]、河瀬 慶大[1,2]、桑原 亘希[1]、松本 穂香[1]、舌間 寛士[3]、舌間 崇士[3] (1. 医療法人至高会　舌間整形外科　リハビリテーション部、2. 医療法人至高会　舌間デイケア、3. 医療法人至高会　舌間整形外科)

キーワード：短時間通所リハビリテーション、要支援Ⅰ・要支援Ⅱ、効果

本研究は、ヘルシンキ宣言に沿い被験者に対して十分な説明を行い、同意を基に研究を行った。また、当院の学術研究に関する方針ならびに個人情報の保護を遵守しておこなった。

【目的】近年、日本の高齢化率は増加しており、2040年には約35%に達するとされているため、予防リハビリテーション(以下、リハ)がより重要視される。当院の通所リハでは、サービス提供時間を75分間の短時間とし、要支援者(以下、支援)を中心に介護予防リハを実施している。先行研究にて、短時間通所リハに関する報告は渉猟えなかった。そこで本研究は、短時間通所リハの利用における効果と有用性を明らかにすることを目的に調査を行った。【対象、方法】対象は過去1年間に利用を開始した62名のうち、6ヵ月間の経過が可能であった支援Ⅰ12名(男性1名、女性11名、81.3±7.9歳、頻度:週1回)、支援Ⅱ12名(男性名4名、女性8名、82.8±3.1歳、頻度:週2回)とした。内容は20分間の個別リハに加え、パワーリハなど運動中心のプログラムを実施した。評価は10m歩行、歩行速度、歩幅、TUG、30秒Chair standing Test(以下、CST30)、大腿四頭筋力(以下、QM)とした。10m歩行、歩行速度、歩幅は歩行分析システムAYUMI EYEを用いて測定した。また、QMは徒手筋力計(μTas-F1)を用い、筋力実測値から体重を除した値を算出した。評価時期は利用初回と利用開始から1ヵ月、3ヵ月、6ヵ月時とし、各評価時期における各評価の数値を支援Ⅰ及び支援Ⅱそれぞれ算出した。統計処理はRにて、多重比較検定を用いて算出した。有意水準は5%未満で有意差ありとした。【結果】10m歩行(秒)は支援Ⅰで初回15.4±4.6、1ヵ月14.4±3.1、3ヵ月12.3±3.0、6ヵ月11.7±2.8、支援Ⅱは初回24.7±18.9、1ヵ月20.0±8.6、3ヵ月19.1±7.1、6ヵ月20.1±9.3であった。歩行速度(m/s)は支援Ⅰで初回0.70±0.2、1ヵ月0.73±0.1、3ヵ月0.86±0.2、6ヵ月0.89±0.2、支援Ⅱは初回0.59±0.3、1ヵ月0.60±0.3、3ヵ月0.62±0.3、6ヵ月0.62±0.3であった。歩幅(㎝)は支援Ⅰで初回42.2±7.1、1ヵ月44.0±6.6、3ヵ月48.0±11.2、6ヵ月47.0±6.9、支援Ⅱは初回38.2±13.6、1ヵ月40.3±10.4、3ヵ月41.0±11.7、6ヵ月42.0±13.7であった。TUG(秒)は支援Ⅰで初回14.6±3.1、1ヵ月13.3±2.4、3ヵ月11.6±2.9、6ヵ月10.9±2.9、支援Ⅱは初回23.9±12.5、1ヵ月21.3±9.8、3ヵ月20.0±8.5、6ヵ月18.5±7.5であった。10m歩行、歩行速度、歩幅、TUGは支援Ⅰで3ヵ月から有意に改善したが、支援Ⅱは有意差がなかった。CST30(回)は支援Ⅰで初回9.7±3.8、1ヵ月11.0±4.3、3ヵ月13.6±4.9、6ヵ月14.4±4.9、支援Ⅱは初回8.3±3.5、1ヵ月9.5±3.2、3ヵ月10.6±2.5、6ヵ月10.9±4.2であった。QM (kgf/kg:右)は支援Ⅰで初回0.26±0.1、1ヵ月0.29±0.1、3ヵ月0.31±0.1、6ヵ月0.33±0.1、支援Ⅱは初回0.21±0.0、1ヵ月0.25±0.1、3ヵ月0.24±0.1、6ヵ月0.26±0.1であった。CST30、QMは支援Ⅰ、支援Ⅱともに1ヵ月から有意に改善を認めた。【考察】　運動中心の短時間通所リハを利用することで生活習慣に変化が生じ、機能改善に影響を与えたのではないかと考える。また、支援Ⅰは支援Ⅱと比較し独歩の利用者が多く、活動性も高かったことが歩行能力向上に差が生じたのではないかと推察する。【まとめ】短時間通所リハでは支援Ⅰ、Ⅱともに開始1ヵ月より下肢筋力が向上し、支援Ⅰのみ開始3ヵ月より歩行能力が向上した。よって、短時間通所リハはより早期からのリハ介入が有用性が高い。

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション
2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-10] 口述10
座長:中村 豪志(介護老人保健施設こんにちはセンター)、福森 愛美(霧島杉安病院)

9:20 ~ 9:30

[O-10-03] 訪問リハビリテーションの中止理由別にみた利用者特性の検討

*伊佐 杉雄[1]、嘉陽 隼人[1] (1. 牧港中央病院)

キーワード：訪問リハビリテーション、中止理由、利用者特性

個人が特定されないよう匿名化を行い、当施設の倫理規定に基づいて実施した。

【目的】訪問リハビリテーションは在宅高齢者の生活機能維持に重要な役割を果たすが、中止に至る症例も少なくない。中止理由には医療的要因と社会的要因が存在し、それぞれ異なる背景が想定される。本研究の目的は、訪問リハビリテーション中止理由別に利用者特性（年齢、日常生活動作、介護度、主病名、性別、保険種別）の違いを明らかにすることである。
【方法】2024年5月から2026年2月までに訪問リハビリテーションを利用した45名を対象とした。対象期間中の利用者のうち、開始後3ヶ月未満で継続中であった1名は観察期間が不十分であるため除外し、最終的に44名を解析対象とした。対象者を医療的理由による中止群（15名）、社会的理由による中止群（16名）、継続群（13名）の3群に分類した。継続群は訪問リハビリテーション開始後3ヶ月以上利用し、観察期間終了時点において中止に至っていない者と定義した。なお、中止群には利用期間にかかわらず、観察期間中に中止となったすべての症例を含めた。解析項目は、年齢、Barthel Index（BI）、介護度（軽度／重度）、主病名（心疾患、呼吸器疾患、運動器疾患、脳血管疾患）、性別、保険種別、中止までの期間とした。なお、各項目は訪問リハビリテーション開始時の値を用いた。介護度は要支援1〜要介護2を軽度、要介護3以上を重度として分類した。統計解析にはKruskal-Wallis検定、χ^2検定、Fisherの正確確率検定を用い有意水準は5%とした。
【結果】各項目において群間で統計学的有意差は認められなかった。一方、記述的には、中止群は継続群と比較して年齢が高く、BIが高値を示していた。医療的理由による中止群では、重度の利用者および心疾患を主病とする割合が高い傾向がみられた。社会的理由による中止群では、軽度の利用者が多く、ADLが比較的保たれた段階で中止に至る例がみられた。性別は中止群において女性の割合が高く、医療保険利用者は全体として少数であった。中止までの平均期間は141日であった。
【考察】本研究では統計学的有意差は認められなかったものの、中止理由別に利用者特性の違いが示唆された。医療的理由による中止は、重症度や疾患特性の影響を受ける可能性があり、特に心疾患を有する利用者では、病状の変動や再入院などの医療的イベントが関与する可能性が考えられる。一方、社会的理由による中止は、比較的軽度でADLが保たれている段階においても生じており、生活環境や支援体制などの社会的要因が影響している可能性がある。リハビリテーションの継続には、自己効力感や動機づけ、社会的支援といった心理・社会的要因が関与することが報告されており、本研究においても、社会的理由による中止が軽度者に認められたことから、身体機能のみならずさまざまな要因が継続に影響している可能性が示唆された。これらの結果から、訪問リハビリテーションの継続には、身体機能のみならず、疾患特性や社会的背景を含めた包括的評価が重要である可能性が示唆された。本研究は単施設かつ少数例による検討であり、統計学的検出力に限界があるため、結果の一般化には注意を要する。今後は症例数を増やした検討が必要である。

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション
2026年11月15日(日) 9:00 ~ 9:40 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-10] 口述10
座長:中村 豪志(介護老人保健施設こんにちはセンター)、福森 愛美(霧島杉安病院)

9:30 ~ 9:40

[O-10-04] 標準化集団体操と個別強度調整の併用が通所高齢者に与える影響 ―身体・認知・バランス機能の多面的検証―

*宮越 貴裕[1]、宮田 真央[1] (1. 社会福祉法人　スマイリング・パーク　働くデイサービスセンターほほえみの園)
キーワード：集団体操、フレイル、認知機能

研究目的を対象者および家族へ説明し同意を得た。個人情報は匿名化し、結果は統計的に処理した。研究は業務改善の範囲で実施し、倫理的配慮に留意した。

【目的】
通所介護において在宅生活の継続支援は重要課題であり、認知症およびフレイル進行がその阻害因子となる。集団体操は多面的効果が示唆されているが、身体・認知・バランス機能を統合的に評価した報告は少ない。本研究は、標準化された集団体操に個別強度調整を組み合わせた介入が、これら三側面に与える影響を検証し、在宅生活支援への臨床的意義を明らかにすることを目的とした。
【方法】
対象は通所利用者13名（平均年齢86.7歳、女性11名）。握力低下（男性28kg未満、女性18kg未満）または認知機能低下（HDS-R20点以下）を認める者を対象とした。介入期間は2025年5月～12月。30分間の標準化集団体操（上肢・手指運動10分、下肢運動10分、歌唱を伴う二重課題運動10分）を利用頻度に応じて実施した。バランス機能（軌跡長・動揺面積）に基づき高・中・低リスクの3段階に分類し運動強度を個別設定した。評価項目は握力（最大値）、HDS-R、バランス機能（軌跡長・動揺面積）とし、開眼立位にて30秒間測定し介入前後で比較した。統計解析は対応のあるt検定およびウィルコクソンの符号付順位検定を用い、有意水準は5%とした。
【結果】
握力は左のみ有意差を認め（右：$p=0.79$、左：$p<0.05$）、右69%、左77%で維持・向上を示した。認知機能は平均2.6点改善し（$p<0.05$）、13名中11名（85%）で維持・向上を認めた。バランス機能は動揺面積11.7㎠から3.3㎠（$p<0.01$）、軌跡長51.3cmから35.4cm（$p<0.01$）と改善を示し、77～85%で改善を認めた。
【考察】
握力は一部で有意差を認めたが、全体としては維持傾向を示し、廃用予防の可能性が考えられた。認知機能改善は運動と発声を組み合わせた二重課題による認知負荷が影響した可能性が考えられる。バランス改善は反復的重心移動練習と個別強度設定により姿勢制御能力が向上した結果と推察されるが、測定に伴う学習効果や日内変動の影響も考慮する必要がある。本研究は「統一プログラム」と「個別最適化」を両立した点に特徴があり、通所現場における介入の一手法としての有用性が示唆される。一方で対照群を有さずサンプル数も少ないため、介入との因果関係は明確に示せない。
【まとめ】
標準化集団体操に個別強度調整を組み合わせた介入は、高齢通所利用者において身体機能の維持、認知機能の改善、バランス機能の向上との関連が示唆され、在宅生活継続への寄与の可能性が示唆された。

一般演題（口述）| スポーツ・健康

2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第3会場（海峰：3F）

[O-11] 口述11

座長:下曽山 香織(寿夢の郷)、松本 剛(南整形外科クリニック)

9:50 ~ 10:00

[O-11-01] JFL所属の企業チームにおける外傷・障害の発生状況に関する一考察

*宮本 浩幸[1,2]、島袋 渉[1]、寺原 竜也[1]、新中 怜弥菜[1]、中武 美月[1]、樋口 潤一[3,2] (1. Mスポーツ整形外科クリニック　リハビリテーション科、2. Athlete　House　fan、3. Mスポーツ整形外科クリニック　整形外科)

10:00 ~ 10:10

[O-11-02] 大腿四頭筋腱を用いた前十字靱帯再建術後1年におけるACL-RSIと筋機能・KOOSの関係

*井手 智輝[1]、田渕 俊紀[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. 百武整形外科病院　整形外科)

10:10 ~ 10:20

[O-11-03] 前十字靱帯再建術における移植腱の違いによる術後筋力・主観的機能の比較

*山口 諒[1]、田渕 俊紀[1]、井手 智輝[1]、西古 亨太[2] (1. 医療法人尽心会　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. 医療法人尽心会　百武整形外科・スポーツクリニック　整形外科)

10:20 ~ 10:30

[O-11-04] 慢性足関節不安定症者の側方ジャンプ着地動作における神経筋制御戦略：筋シナジー解析による検討

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

一般演題（口述）| スポーツ・健康

2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第3会場（海峰：3F）

[O-11] 口述11

座長:下曽山 香織(寿夢の郷)、松本 剛(南整形外科クリニック)

9:50 ~ 10:00

[O-11-01] JFL所属の企業チームにおける外傷・障害の発生状況に関する一考察

*宮本 浩幸[1,2]、島袋 渉[1]、寺原 竜也[1]、新中 怜弥菜[1]、中武 美月[1]、樋口 潤一[3,2] (1. Mスポーツ整形外科クリニック　リハビリテーション科、2. Athlete　House　fan、3. Mスポーツ整形外科クリニック　整形外科)

キーワード：スポーツ理学療法、サッカー、企業チーム

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

【目的】JFLは企業チーム、Jリーグを目指すクラブ、地域のアマチュアクラブ等が参加している全国リーグで、年間を通しリーグ戦やカップ戦を行っているが、外傷・障害発生状況の報告は少ない。今回、予防のために理学療法士の介入につながる内容がないか、調査を行ったので報告する。

【対象と方法】対象はJFL所属の企業チームに在籍する男性28名で、平均は年齢24.7歳、身長175.7cm、体重70.2kgであった。対象期間は2025年1月から12月でトレーニング、試合に1回以上参加できなかった外傷・障害を対象とした。調査項目は①発生件数に加え内訳として、外傷・障害の割合、部位別、外傷・障害の種類、月別推移。②受傷機転は接触、非接触、他の物と接触した場合について、練習、試合での比較。③GPSデータから筋損傷のリスクを予見できるか、対象期間を3月30日から5月18日までの7週間、公式戦7試合、対象者は定期的に90分間フル出場したDF5名。④脳振盪、頭部打撲後に発生した外傷は段階的競技復帰プログラム（以下GRTP）実施中に加え、競技復帰後に発生した外傷の調査。以上の①～④について検討した。

【結果】①発生件数30件中、外傷23件（77%）、障害7件（23%）、部位別では頭部/顔面、股関節/鼡径部、足関節が5件ずつで全体の半数を占めた。外傷・障害の種類は、筋損傷・腱障害10件（33%）で最も多く、それらの月別推移では半数の5件が開幕前のプレシーズンに発生した。②受傷機転は接触11件（37%）、非接触11件（37%）、他の物と接触8件（26%）。練習と試合を比較すると練習では19件（63%）中、非接触9件（47%）、接触等10件（53%）。試合では11件（37%）中、接触等が９件（82%）であった。③対象者5名中１名にハムストリング肉離れが発生した。発生前の傾向として公式戦でのスプリント回数の急激な増加やポジションの変更等を認めた。④脳振盪、頭部打撲後の外傷発生は3名でGRTP中に足関節外傷2名、復帰後、ハムストリング肉離れ1名であった。

【考察】外傷・障害と部位別の割合は過去の報告と同様な傾向であった。外傷・障害の種類、月別推移では、最も多かった筋損傷・腱障害の半数がプレシーズン中に発生しており、その時期にフィジカルトレーニングの要素の多いチーム状況を反映していた。受傷機転は、練習と試合では接触等と非接触の傾向に違いがみられ、発生要因が異なることが示唆された。ハムストリング肉離れは、総移動距離や高強度ランニングに関係していると示唆できるため注意が必要である。脳振盪、頭部打撲後ではGRTP中に足関節外傷が2件発生した。近年、スポーツ脳振盪で前庭症状を主とする症例に対し、理学療法士が前庭リハビリテーションを提供することがスポーツ理学療法の領域を拡げる可能性があるとも報告されている。今後は、GRTP中の選手に対し検査や治療等での介入や、効果について検討していきたい。

【まとめ】理学療法士が全国リーグの企業チームに常勤できる環境は少ないが、外傷・障害の予防のための介入について有用な調査内容と考える。

一般演題（口述）| スポーツ・健康

2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第3会場（海峰：3F）

[O-11] 口述11

座長:下曽山 香織(寿夢の郷)、松本 剛(南整形外科クリニック)

10:00 ~ 10:10

[O-11-02] 大腿四頭筋腱を用いた前十字靭帯再建術後1年におけるACL-RSIと筋機能・KOOSの関係

*井手 智輝[1]、田渕 俊紀[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. 百武整形外科病院　整形外科)

キーワード：大腿四頭筋腱、ACL再建術、ACL-RSI

ヘルシンキ宣言に準拠し、対象者に対して本研究の趣旨および方法、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。

【目的】
ACL-Return to Sport after Injury scale（ACL-RSI）は、競技復帰の予測や再断裂との関係が報告され、65点がカットオフ値とされている。ACL-RSIに影響する因子は報告されているが、複数の移植腱が混在しており、大腿四頭筋腱を用いた前十字靭帯再建術（QT-ACLR）症例に限定した検討や65点を基準とした特徴は明らかではない。本研究の目的は、QT-ACLR後1年におけるACL-RSIと筋機能、Knee injury and Osteoarthritis Outcome score（KOOS）との関連性を明らかにすることとした。
【方法】
対象は、2023年6月から2025年4月に当院でQT-ACLRを施行した109例のうち、術後1年時にQuadricepsおよびHamstring Limb Symmetry Index（QLSI・HLSI）、KOOS、ACL-RSIを取得可能であった39例（平均年齢22.9歳±10.6歳、男性20例、女性19例）とした。欠損例、リハビリテーションパス逸脱例、再損傷例、競技復帰意思のない例は除外した。検討項目は、術後1年時点における角速度60°/秒で測定したQLSI・HLSI、KOOSサブスケール・年齢・性別・Tegner scale・ACL-RSIとした。筋力測定は、Cybex Normを用いてピークトルクを体重で除した値からLSIを算出した。統計解析は、2群比較およびSpearmanの順位相関係数を用いた。2群比較は、ACL-RSI65点をカットオフとして2群に分類し、QLSI、HLSI、KOOSサブスケール、性別、Tegner scaleについて検討した。正規性を確認したのち、対応のないt検定またはMann-whitneyのU検定を用いた。性別は、カイ^{2}検定を行った。相関分析は、ACL-RSIとQLSI、HLSI、KOOSサブスケールとの関連についてSpearmanの順位相関係数を算出した。
【結果】
2群比較は、QLSI、HLSI、KOOSサブスケール（Pain、ADL、QOL、Sports）、年齢、Tegner scaleにおいて有意差を認めた。相関分析では、QLSI、HLSI、KOOSサブスケールにおいて有意な正の相関を認めた。
【考察】
他の移植腱と同様に、QT-ACLR症例においてもQLSI、HLSI、KOOSサブスケールが、術後1年のACL-RSIと関連していた。今後は、筋機能の対称性および主観的機能の改善を目的とした介入により、心理的準備性の向上に繋げていきたい。

一般演題（口述）| スポーツ・健康

2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第3会場（海峰：3F）

[O-11] 口述11

座長:下曽山 香織(寿夢の郷)、松本 剛(南整形外科クリニック)

10:10 ~ 10:20

[O-11-03] 前十字靭帯再建術における移植腱の違いによる術後筋力・主観的機能の比較

*山口 諒[1]、田渕 俊紀[1]、井手 智輝[1]、西古 亨太[2] (1. 医療法人尽心会　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. 医療法人尽心会　百武整形外科・スポーツクリニック　整形外科)

キーワード：前十字靭帯再建術、大腿四頭筋腱、術後筋力

ヘルシンキ宣言に準拠し，対象者に対して本研究の趣旨および方法，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．

【目的】
　近年は強度の高さから，大腿四頭筋腱（QT）を移植腱とする前十字靭帯（ACL）再建術への注目が高まっている．当院でも2023年3月からQT腱を用いたACL再建術を導入しているが，術後筋力に対する報告は限られている．本研究では，当院におけるハムストリング腱（HT）とQTの移植腱の違いが，術後筋力および主観的機能に与える影響を明らかにすることを目的とした．
【方法】
　2020年8月から2025年6月に当院で初回ACL再建術を施行した患者のうち，再損傷例，復帰意思がない症例，40歳以上の症例を除外したHT群20例（男性：13名，女性：7名，平均17.9±5.7歳）と，QT群41例（男性：20名，女性：21名，平均19.5±5.9歳）を対象とした．術後4，8ヶ月時点の膝伸展筋力健患比（Quad LSI）・屈曲筋力健患比（Ham LSI）、およびKOOSを2群間で比較検討した．筋力は，Cybex Normを用い，等速性膝関節筋力（60°/秒）を3回測定し，最大値を算出した．統計解析は，正規分布に従う変数には対応のないt検定，正規分布に従わない変数にはMann-Whitney U検定を用いた．性別および競技レベルはカイ二乗検定を用いた．有意水準は5%未満とした．
【結果】
　背景因子（年齢，性別，競技レベル）に有意差は認めなかった．Quad LSI は，術後4ヶ月（HT群82.1±20.2，QT群53.7±12.9，p<0.001）と術後8ヶ月（HT群93.3±11.6，QT群68.5±16.7，p<0.001）において， HT群がQT群と比較して有意に高値を示した．Ham LSI の術後4，8ヶ月に有意差は認めなかった．KOOSは，術後8ヶ月のADL（HT群99.4±1.5，QT群97.7±4.4，p=0.03）、Sports/Rec（HT群93.3±8.4，QT群86.5±12.1，p=0.03）の項目でHT群が有意に高く，その他の項目に関して有意差は認めなかった．
【考察】
　本研究では，HT群はQT群と比較し，短・中期的筋力成績においてQuad LSIが良好であり，先行研究と同様の結果であった．KOOSの一部項目においてもHT群が良好であり，膝伸展筋力の回復と主観的機能の関連が示唆された．QTの膝伸展筋力回復が遅延する一方，当院パスの基準（術後４ヶ月でLSI60%以上，8ヶ月でLSI90%以上）を達成した症例が5例存在した．若年男性かつ高競技レベル症例に多い傾向を認め，膝伸展筋力回復には個体特性や競技特性が影響する可能性がある．QTは他の移植腱と比較して破断強度が高く，HTの動的内側安定化機能が温存される利点がある．早期の膝伸展筋力回復が重要と考えられ，今後は良好例の要因分析を進める必要がある．
【本研究の限界】
　サンプルサイズが小さく，両術式の典型的な傾向を表しているとは言い難い．また，長期成績が不明であり，復帰率，復帰時期，再断裂など手術成績に関わるアウトカムを追跡できていない点が挙げられる．
【まとめ】

短・中期的な膝伸展筋力および主観的機能は，HT群がQT群より良好であった．今後は長期成績および良好例の要因分析を通じて，患者特性に応じたリハビリテーション戦略の確立が必要である．

一般演題（口述）| スポーツ・健康

2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第3会場（海峰：3F）

[O-11] 口述11

座長:下曽山 香織(寿夢の郷)、松本 剛(南整形外科クリニック)

10:20 ~ 10:30

[O-11-04] 慢性足関節不安定症者の側方ジャンプ着地動作における神経筋制御戦略：筋シナジー解析による検討

*石川 心優[1]、柏田 そら[1]、河内山 紗己[1,2]、有田 吏久仁[1,3]、内海 悠人[1,4]、鈴木 雄太[1] (1. 九州栄養福祉大学リハビリテーション学部、2. 宗像水光会総合病院リハビリテーション科、3. 小波瀬病院診療技術部リハビリテーション科、4. 甘木中央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、ジャンプ着地、筋シナジー解析

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：2526）。

【目的】慢性足関節不安定症（Chronic Ankle Instability：CAI）では、足関節の構造的不安定性や固有受容感覚の低下などを背景として、着地動作における長腓骨筋の筋活動タイミングの遅延や前脛骨筋の異常な筋活動などの代償的な運動制御が生じる（Labanca et al., 2021）。しかし、これまでの研究は個々の筋活動の分析に留まり、下肢筋群の協調的な相互関係については不明な点が多い。そこで本研究では、複数筋の協調的な活動を捉える筋シナジーの観点から、CAI者と非CAI者の側方ジャンプ着地における神経筋制御を、シナジー数（複雑性）とシナジー構造（筋の貢献度および時間活性化パターン）の側面から検討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、足関節捻挫の既往がない非CAI群17名（男性10名、女性7名）とした。 CAI群の選択基準は、足関節捻挫の既往があり、最初の足関節捻挫から1年が経過している者、過去6カ月以内に2回のGiving Wayの既往または足関節捻挫の再発があった者、Cumberland Ankle Instability Toolが25点以下の者とした（Kunugi et al., 2016）。課題動作は、側方ジャンプ着地（距離：身長の33%、高さ：15cm）とし、両脚で踏み切り、片脚で着地させ、手を腰に当てた着地姿勢を10秒間保持させ、5回の成功試技を採用した。課題動作中の下肢10筋の筋活動を表面筋電計（Delsys社）にて計測した。また、着地時の床反力をAccuGait（AMTI社）にて計測し、表面筋電計と時間的に同期した。筋シナジーの解析区間は、準備期（着地前200ms～着地）、衝撃吸収期（着地～最大垂直床反力）、安定化期（最大垂直床反力～姿勢安定化時点）の3区間とした。それぞれの区間で非負値行列因子分解による筋シナジー解析を実施した。最適な筋シナジー数は全体のVAF（Variance Accounted For）が90%以上かつ各筋の個別VAFが75%以上の基準を満たす最小の数とした。CAI群と非CAI群で筋シナジー数、筋の貢献度および時間活性化パターンを比較した。有意水準は5%とした。

【結果】筋シナジー数は両群間で有意差はなかった。筋の貢献度は、準備期のシナジー1において、CAI群で大殿筋の貢献度が有意に高かった（$p<0.01$）。時間活性化パターンは、安定化期の13.2%～21.4%の区間において、前脛骨筋を中心としたシナジー3の活性化がCAI群で有意に低く、活動のピークタイミングが遅延した（$p<0.01$）。その他のシナジーの筋の貢献度および時間活性化パターンに有意差はなかった。
【考察】CAI者と非CAI者で筋シナジー数に差はみられず、Kimら（2023）の報告と同様に神経筋制御の複雑性に対するCAIの影響は限定的であることが示唆された。一方、CAI群では着地前の準備期で大殿筋の活動が増大しており、これは足関節の不安定性に対する代償として股関節を中心とした近位関節の予測的制御を反映している可能性がある。また、着地後の安定化期では先行研究と同様に前脛骨筋の活動遅延がみられ、これは着地後の姿勢安定化に対してフィードバック制御への依存が高まることを示唆している可能性がある（Yen et al., 2016）。

【まとめ】着地動作に対するCAIの影響は、筋シナジーの「数」ではなく「構造」に顕在化することが示された。

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション

2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-12] 口述12

座長:森下 元賀(令和健康科学大学)、東 恭子(今村総合病院)

9:50 ~ 10:00

[O-12-01] AI解析で読み解くSTS訓練の効果について
～後期高齢者の転倒とフレイルの予防を目指して～

*萩尾 直人[1]、髙橋 孝吉[2]、山路 美樹[2]、武生 慶輝[2]、板井 勇樹[3]、河野 茉由[3]、小手川 大輝[1] (1. 社会医療法人　関愛会　大東よつば病院　リハビリテーション部、2. 社会医療法人　関愛会　佐賀関病院　リハビリテーション部、3. 社会医療法人　関愛会　佐賀関デイケアひまわり)

10:00 ~ 10:10

[O-12-02] 地域在住中高年者における趣味活動の有無および種類と身体的フレイルとの関連

*井手 翔太郎[1]、釜﨑 大志郎[2]、八谷 瑞紀[2]、大川 裕行[2]、藤原 和彦[2]、保坂 公大[3]、末永 拓也[4]、藤村 諭史[5]、西浦 健蔵[1]、大田尾 浩[2] (1. 甘木中央病院　リハビリテーション科、2. 西九州大学　リハビリテーション学部、3. 久留米リハビリテーション病院　リハビリテーション室、4. かとうクリニック　内科・呼吸器内科　リハビリテーション科、5. 横須賀病院　リハビリテーション科)

10:10 ~ 10:20

[O-12-03] 地域在宅高齢者を対象としたフレイル予防教室における理学療法士の役割

*山下 一輝[1]、久保 加奈[2]、太田 祐輔[2]、福榮 竜也[3]、岩村 秀世[2]、上岡 美晴[1]、福永 誠司[2] (1. 藤元メディカルシステム　藤元総合病院　訪問リハビリテーション、2. 藤元メディカルシステム　藤元総合病院　リハビリテーション室、3. 霧島市立医師会医療センター　リハビリテーション室)

10:20 ~ 10:30

[O-12-04] 地域在住健常高齢者の立ち上がり能力に関係する要因

*藤村 諭史[1,2]、釜﨑 大志郎[3]、八谷 瑞紀[3]、大川 裕行[3]、藤原 和彦[3]、保坂 公大[4,6]、末永 拓也[5,6]、鎌田 實[7]、溝上 泰弘[8]、大田尾 浩[3] (1. 医療法人公和会 横須賀病院 リハビリテーション科、2. 西九州大学大学院 生活支援科学研究科 リハビリテーション学専攻、3. 西九州大学 リハビリテーション学部 リハビリテーション学科、4. 医療法人かぶとやま会 久留米リハビリテーション病院 リハビリテーションセンター、5. かとうクリニック内科・呼吸器内科リハビリテーション室、6. 西九州大学大大学院 生活支援科学研究科 保健医療学専攻、7. 諏訪中央病院、8. 株式会社ミズ)

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション

2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-12] 口述12

座長:森下 元賀(令和健康科学大学)、東 恭子(今村総合病院)

9:50 ~ 10:00

[O-12-01] AI解析で読み解くSTS訓練の効果について ～後期高齢者の転倒とフレイルの予防を目指して～

*萩尾 直人[1]、髙橋 孝吉[2]、山路 美樹[2]、武生 慶輝[2]、板井 勇樹[3]、河野 茉由[3]、小手川 大輝[1] (1. 社会医療法人　関愛会　大東よつば病院　リハビリテーション部、2. 社会医療法人　関愛会　佐賀関病院　リハビリテーション部、3. 社会医療法人　関愛会　佐賀関デイケアひまわり)

キーワード：STS訓練、AI分析、転倒予防

本研究参加に対する同意、対象となる利用者全員に対し、研究目的、方法、データ使用範囲について口頭・書面にて説明を行い、研究参加に対する同意書への署名を全対象者より取得し、自由意思による参加を確認した。AI活用については、情報の非識別化、クローズな環境での利用を確認し、情報の外部流出を防止した。

【目的】

当院、短時間通所リハビリテーション（以下：通所リハ）利用者に対し、身体機能評価を実施し、後期高齢者の自立生活を脅かす加齢に伴う変化（フレイル）や転倒リスクに対して、STS訓練が与える予防効果について、筋の形態的変化と神経的適応に注目し検討を行った。また、多角的分析を行うため、分析ツールとしてAI（Gemini 3 Flash / Nano Banana）を使用した。AIを用いることで短期間でのデータ統合と高度な解析が実現し、マンパワーが限られる小規模通所リハ事業所における質の高いエビデンス構築の可能性を検討した。

【方法】

当院、通所リハ利用者の介護度が要支援1・2の利用者44名を対象にSTS訓練の実施群、非実施群の2群に分け、設定した各運動評価項目の前後変化に対しAIを用いて解析を行った。対象期間は2カ月とし、実施群は、通所リハ利用時に週1～2回の頻度でSTS訓練を実施した。STS訓練の回数は対象者状態に合わせて、回数設定を行った。なお、本研究では身体機能と動作能力改善度を客観的に比較するため、各評価の単純な前後数値ではなく、初期値を基準とした「変化率（%）」を用いた。算出方法は、変化率（%）＝（介入後測定値 − 介入前測定値）÷ 介入前測定値 × 100とした。

【結果】

本研究では「筋肥大などの形態的な変化（量）」と「形態的な変化を伴わない神経的適応（質）」に注目した。今回、大腿四頭筋の筋肉量の変化率は0.2～0.3%で、2カ月間、かつ週1～2回の実施では「形態的な変化」は起きないことが確認された。一方、筋力体重比は21.1%、TUGは18.5%の改善が認められた。筋力体重比では、2カ月で2割以上改善したことを意味し、有意差においても$p < 0.01$という結果から、筋肉そのものに形態的変化が認められなかったこと踏まえると、STS訓練により運動単位の動員数増大などの神経系適応が起きたことが示唆される結果となった。また、TUGにおいても有意差は$p < 0.05$、筋力体重比との相関係数は-0.94を示し、「負の強い相関」を示す結果となった。

【考察】

今回、STS訓練実施群の筋肉量の変化率が+0.3%であったのに対し、膝伸展筋力体重比の変化率は+21.1%であった。通常、筋肥大には3カ月以上の持続的な高負荷訓練を必要とされるが、後期高齢者には負担が大きく、実用的ではないと考えている。しかし、今回、2カ月という短期間で身体・運動機能面において改善効果が得られたのは、筋肉の器質的変化ではなく、筋肉に伝える神経系の最適化に注目し、選択的・戦略的に訓練を実施したことが主な要因と考えられる。これらはAI解析において統計学的有意差（$p < 0.01$）を示すことが出来た。また、筋力体重比の向上とTUG短縮に強い相関（$r = -0.94$）が認められたことから、STSのような訓練は、神経系適応に作用することで筋出力を向上させ、短期間で後期高齢者の転倒リスク軽減を図る

ためには効果的な戦略の一つと考えられる。

【まとめ】

本知見は熟練者の経験則を客観的に裏付けるものであり、AIによる多角的分析は介入の正当性を証明する補助的な役割を担う。本研究により「筋力の質」が転倒リスクを回避させる因果関係を客観的に可視化できたことは、セラピストが治療成果に確信を持って訓練に臨むための一助になると考える。

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション

2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-12] 口述12

座長:森下 元賀(令和健康科学大学)、東 恭子(今村総合病院)

10:00 ~ 10:10

[O-12-02] 地域在住中高年者における趣味活動の有無および種類と身体的フレイルとの関連

*井手 翔太郎[1]、釜﨑 大志郎[2]、八谷 瑞紀[2]、大川 裕行[2]、藤原 和彦[2]、保坂 公大[3]、末永 拓也[4]、藤村 諭史[5]、西浦 健蔵[1]、大田尾 浩[2] (1. 甘木中央病院　リハビリテーション科、2. 西九州大学　リハビリテーション学部、3. 久留米リハビリテーション病院　リハビリテーション室、4. かとうクリニック　内科・呼吸器内科　リハビリテーション科、5. 横須賀病院　リハビリテーション科)

キーワード：身体的フレイル、趣味活動、地域在住中高年者

参加者には研究の目的，方法，研究参加の自由，不参加による不利益がないことを説明し，同意を得た。本研究はヘルシンキ宣言に従い，研究倫理審査委員会（24PBV09）の承認を得て実施した。

【目的】
フレイルは高齢者が要介護状態に陥る主要な要因であり，ロバストの段階から予防する必要がある。趣味活動は身体活動や社会参加の促進につながり，フレイル予防に寄与する可能性が示されている。しかし，運動を伴う趣味（運動系）と伴わない趣味（文化系）で，フレイルとの関連に違いがあるかは明らかでない。そこで本研究は，地域在住中高年における趣味の有無および種類と身体的フレイルとの関連を検討した。
【方法】
本研究は横断研究である。包含基準はA町で実施した体力測定会への参加者とし，44歳以下の者，麻痺などで測定困難な者，欠損値を有する者を除外した。趣味の有無は自記式質問紙で聴取した。「趣味あり」と回答した者は，趣味の内容から「運動系」と「文化系」に分類した。フレイルは日本版フレイル基準（J-CHS）で評価し，ロバスト・プレフレイル・フレイルに分類した。基本属性を聴取し，体組成，身体活動，社会的フレイル，握力，5回椅子立ち座りテスト（FTSST），開眼片脚立位時間，timed up and go test（TUG），通常・最大歩行速度，mini-mental state examination（MMSE）を評価した。統計解析は，趣味の有無でMann-Whitney検定，χ^2検定，Fisherの正確確率検定を用いた。また，趣味なし，運動系，文化系の3群比較にはKruskal-Wallis検定，Fisherの正確確率検定を用いた。統計学的有意水準は5%とした。
【結果】
分析参加者は除外基準に該当した2名を除く地域在住中高年者48名［79（74-84）歳，女性77%］であった。内訳は趣味なし群14名［83（76-86）歳］，趣味あり群34名［79（73-83）歳］であった。また，趣味あり群の内訳は運動系7名［79（75-83）歳］，文化系27名［79（73-83）歳］であった。趣味の有無とフレイル判定には有意な連関がみられた（p=0.004，効果量=0.46）。フレイル該当者の割合は，趣味なし群で6名（42.9%），運動系趣味群で1名（14.3%），文化系趣味群で2名（7.4%）であった。調整済み残差では，文化系趣味群においてフレイル該当者が少なかった（-2.3）。趣味なし群でフレイル該当者が多く（+2.7），ロバスト該当者が少なかった（-2.3）。また，趣味の種類とフレイル判定にも有意な連関がみられた（p=0.020，効果量=0.33）。
【考察】
趣味の有無および種類とフレイル判定との間に有意な連関がみられた。趣味なし群ではフレイル該当者が多く，ロバスト該当者が少なかったことから，趣味を有さないことがフレイルに関連する可能性が示唆された。また，文化系趣味群でフレイル該当者が少なかったことから，フレイルとの関連は運動系趣味に限られない可能性が考えられた。文化系趣味は知的活動，社会的交流，心理的充足感などを通じ，心理社会的側面からフレイルに関連している可能性がある。これらは，フレイルが身体的側面だけでなく，心理・社会的側面を含む多面的概念である

ことと整合する。
【まとめ】
地域在住中高年者のフレイル予防においては，運動系趣味に限らず，文化系趣味を含む多様な趣味活動に参加しやすい環境づくりや支援体制が必要である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15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-12] 口述12
座長:森下 元賀(令和健康科学大学)、東 恭子(今村総合病院)

10:10 ~ 10:20

[O-12-03] 地域在宅高齢者を対象としたフレイル予防教室における理学療法士の役割

*山下 一輝[1]、久保 加奈[2]、太田 祐輔[2]、福榮 竜也[3]、岩村 秀世[2]、上岡 美晴[1]、福永 誠司[2] (1. 藤元メディカルシステム　藤元総合病院　訪問リハビリテーション、2. 藤元メディカルシステム　藤元総合病院　リハビリテーション室、3. 霧島市立医師会医療センター　リハビリテーション室)

キーワード：地域リハビリテーション、フレイル、フレイル予防教室

本研究は本人の同意を得て当院の倫理審査委員会の承認を受けている。

【はじめに】
　フレイルは加齢により心身機能の低下を示した状態とされる。一方、適切な介入により可逆性も包含する概念である。そのため、フレイルの早期発見・早期介入が重要視されている。中でも、運動療法の専門職であるPTはフレイルリスクを有する高齢者に対し重要な役割を担うと考えられる。
　今回、地域高齢者に対するフレイル予防教室でPTによる積極的な運動療法指導を行う機会を得たことを報告する。
【活動内容および方法】
　対象は基本チェックリストにてフレイルハイリスクと選定された30名であり、年齢は79.3±4.3歳である。フレイル評価ではJ-CHS基準を用い、体重減少、疲労感、身体活動、筋力低下、通常歩行速度の要素のうち、3項目以上に該当するものをフレイル、１項目あるいは2項目該当するものプレフレイルとした。
　初回評価実施後、フレイルの概要や予防および改善方法について説明を行った。評価結果を理解しやすいように紙面にまとめ、個人の身体機能レベルや転倒リスクを考慮した介入計画を立案し説明した。運動療法指導は1回60分間を小集団にて行い約3か月間の間に5〜7回の介入を行った。内容は筋力増強訓練、バランス訓練、歩行訓練などを実施した。また、介入効果の持続および日常生活における身体活動量の増加を目的として在宅の日常生活で行える自主訓練指導を行い、運動実施状況を各週のスケジュール表に対象者自ら記録をするように促した。
　フレイル予防教室の終盤には結果をまとめ、対象者の変化と継続した自主訓練を行う必要性について説明を行った。
【結果】
　フレイルの判定では、初期評価ではプレフレイル該当者9名、フレイル該当者は4名だったのに対して最終評価では、プレフレイル10名、フレイル0名へと減少を認めた。J-CHSの下位項目である身体活動では、軽い体操を実施している者は初期評価で23名から最終評価で30名、定期的な運動を行っている者は初期評価で12名であったが最終評価25名、どちらも行っていない該当者は初期評価で5名であったが、最終評価では0人であり、スケジュール表を用いた週当たりの自主訓練時間はそれぞれ延長を認めた。筋力低下の項目では、初期評価の該当者が7名であったが、最終評価では5名であった。通常歩行速度の項目では、該当者が初期評価で7名であったが、最終評価で5名であった。
【考察】
　自主訓練指導では、自己記録による活動状況の可視化が運動継続に対する動機づけにつながったと考える。また、集団活動の中でもリスクを有する対象者に対しては、運動指導時の転倒予防や負荷量の調整など、個別的な指導を行ったことが、フレイルの予防および改善につながった可能性があり、運動療法の専門家であるPTの地域における役割は大きいと考える。

一般演題（口述）| 地域リハビリテーション
2026年11月15日(日) 9:50 ~ 10:30 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-12] 口述12
座長:森下 元賀(令和健康科学大学)、東 恭子(今村総合病院)

10:20 ~ 10:30

[O-12-04] 地域在住健常高齢者の立ち上がり能力に関係する要因

*藤村 諭史[1,2]、釜﨑 大志郎[3]、八谷 瑞紀[3]、大川 裕行[3]、藤原 和彦[3]、保坂 公大[4,6]、末永 拓也[5,6]、鎌田 實[7]、溝上 泰弘[8]、大田尾 浩[3] (1. 医療法人公和会 横須賀病院 リハビリテーション科、2. 西九州大学大学院 生活支援科学研究科 リハビリテーション学専攻、3. 西九州大学 リハビリテーション学部 リハビリテーション学科、4. 医療法人かぶとやま会 久留米リハビリテーション病院 リハビリテーションセンター、5. かとうクリニック内科・呼吸器内科リハビリテーション室、6. 西九州大学大大学院 生活支援科学研究科 保健医療学専攻、7. 諏訪中央病院、8. 株式会社ミズ)

キーワード：立ち上がり能力、立ち上がりパワー測定器、地域在住高齢者

参加者には，研究の内容と趣旨について十分に説明し，理解を得たうえで協力を求めた。なお，本研究への参加は自由意志であり，不参加や途中で辞退した場合も不利益にならないことを説明した。本研究は，西九州大学倫理審査委員会の承認（23HRK31）を得てから実施した。

【目的】
起立動作は，日常生活における基本動作の一つである。立ち上がりパワー測定器では，起立動作時の地面反力や最大傾斜体重比を評価できる。最大傾斜体重比は，素早く力を発揮する能力を示す指標であり，筋パワーを反映するとされている。高齢者では，筋量や筋力に先行して筋パワーが低下することから，老化を捉える指標の一つとして注目されている。これまで，地面反力に着目した報告が多く，下肢筋力やバランス能力との関連が示されている。一方，最大傾斜体重比に関係する要因を検討した報告は少ない。そこで本研究は，地域在住高齢者の最大傾斜体重比に関係する要因を検討することとした。本研究の結果は，理学療法における起立動作の改善に役立つものと考える。
【方法】
本研究は横断研究である。対象は，体力測定会に参加した地域在住高齢者とした。選定基準は，65歳以上の健常高齢者とし，認知機能の低下や欠損値がある者は除外した。最大傾斜体重比（kgf/s/kg）は，立ち上がりパワー測定器(竹井機器工業,T.K.K.5809)で測定した。最大傾斜体重比は，立ち上がり開始から立位になるまでの垂直成分の最大値を，そのピーク値に到達するまでの時間で除した値を，さらに体重で除して算出した。統計解析は，最大傾斜体重比と各測定項目の関連をSpearmanの順位相関係数で検討した。次に，最大傾斜体重比を目的変数とした重回帰分析を行った。model 2では性別および年齢を共変量として投入した。統計学的有意水準は5%とした。
【結果】
参加者は地域在住健常高齢者81名であった。最大傾斜体重比は片足立ち時間（ρ=0.44）および通常歩行速度（ρ=0.29）と正の相関，5回立ち座りテスト（FTSST）（ρ=-0.30）およびtimed up and go test（TUG）（ρ=-0.55）と負の相関を示した。また，重回帰分析の結果，最大傾斜体重比にはTUGが関係していた（標準化係数：-0.30，p=0.029，R^2=0.13）。また，性別および年齢で調整したmodel 2でもTUGが関係していた（標準化係数：-0.32，p=0.023，R^2=0.11）。
【考察】
最大傾斜体重比は，FTSSTと片足立ち時間と有意な相関を示した。このことから，最大傾斜体重比は，下肢筋力に加えてバランス能力も関与する可能性がある。起立動作では，支持基底面内で重心を制御する能力が求められ，バランス能力との関連も報告されている。さらに，通常歩行速度およびTUGとの関連も示された。これらは移動能力を反映する代表的な指標である。加えて，重回帰分析では，最大傾斜体重比にTUGが関係していた。TUGは動的バランス能力を反映する指標であり，高齢者の立ち上がりの失敗が，動的バランス制御の低下と関連することの報告とも整合する。つまり，起立動作において安定して素早く力を発揮するためには，動的

バランス能力が関与している可能性がある。
【まとめ】
立ち上がりパワー測定器における最大傾斜体重比は，TUGが関係していた。最大傾斜体重比における起立動作の評価は，動的バランス能力も考慮する必要がある可能性が示された。

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄

2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第3会場（海峰：3F）

[O-13] 口述13

座長:片田 昌志(福岡徳洲会病院)、松下 弘毅(米盛病院)

10:40 ~ 10:50

[O-13-01] 人工膝関節全置換術後早期のバランス能力に対する体重移動型ロボットの効果：無作為化比較試験

*宮﨑 茂明[1]、川口 翼[1]、山口 洋一朗[2]、中村 嘉宏[2]、田島 卓也[2]、山子 剛[3]、帖佐 悦男[4]、荒川 英樹[1] (1. 宮崎大学医学部附属病院リハビリテーション部、2. 宮崎大学医学部整形外科、3. 宮崎大学工学部工学科機械知能工学プログラム、4. 潤和会記念病院 整形外科)

10:50 ~ 11:00

[O-13-02] 人工膝関節全置換術後早期におけるextension lagと歩行能力回復の関連

*加来 裕大[1]、松下 大輝[1]、松田 一真[1]、岩本 祐人[1]、馬場 浩充[1]、木村 友亮[1]、長田 政和[1] (1. 熊本労災病院　中央リハビリテーション部)

11:00 ~ 11:10

[O-13-03] TKA後における杖歩行自立日数による早期群・遅延群の予測因子とカットオフ値の検討

*猪口 秀之[1]、山崎 和博[1]、山口 智洋[1] (1. 九州労災病院中央リハビリテーション科)

11:10 ~ 11:20

[O-13-04] 人工膝関節全置換術後患者に対する集団教育前後の身体活動および活動様式の変化

*木村 尚道[1]、田中 創[1,2]、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15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第3会場（海峰：3F）

[O-13] 口述13

座長:片田 昌志(福岡徳洲会病院)、松下 弘毅(米盛病院)

10:40 ~ 10:50

[O-13-01] 人工膝関節全置換術後早期のバランス能力に対する体重移動型ロボットの効果：無作為化比較試験

*宮﨑 茂明[1]、川口 翼[1]、山口 洋一朗[2]、中村 嘉宏[2]、田島 卓也[2]、山子 剛[3]、帖佐 悦男[4]、荒川 英樹[1] (1. 宮崎大学医学部附属病院リハビリテーション部、2. 宮崎大学医学部整形外科、3. 宮崎大学工学部工学科機械知能工学プログラム、4. 潤和会記念病院 整形外科)

キーワード：体重移動型ロボット制御システム、人工膝関節全置換術、バランス能力

本研究のプロトコルは「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施され、所属機関の倫理委員会の承認を得た（承認番号：I-0049）。全参加者に対し、担当者より研究の内容と目的について口頭および書面で十分に説明を行い、自由意思に基づく書面によるインフォームドコンセントを得た。

【目的】変形性膝関節症（膝OA）は世界的に高い有病率を示し、末期膝OAに対する人工膝関節全置換術（TKA）の需要は高齢化に伴い増加している。TKA後の早期リハビリテーションは機能回復に有効であるが、手術後長期にわたって手術側への体重負荷非対称性が残存し、バランス能力や歩行機能の改善を妨げる点が課題となっている。本研究では、この課題解決のため、圧力中心（COP）の変化を利用して球体ロボットを制御する新たな体重移動型ロボット制御システム（LOCOBOT）を導入した。LOCOBOTは人工股関節全置換術後の体重負荷率（WBR）改善に有効であることが示されているが、TKA術後患者における効果は明らかではない。本研究の目的は、初回TKA施行患者を対象に、LOCOBOTを用いた介入がWBRおよびバランス能力の改善に及ぼす有効性を検証することである。
【方法】本研究は探索的無作為化比較試験として実施された。対象は、当院にて初回片側TKAを施行した膝OA患者26名（LOCOBOT群13名、コントロール群13名）とした。群ごとに40分間のリハビリテーションのうち10分間の介入内容を個別に構成した。コントロール群では静止立位での意図的な体重移動を実施し、LOCOBOT群ではCOPに追従する球体ロボットを用いた動的な体重移動介入を実施した。主要評価項目は、静止立位での平均WBRとした。副次的評価項目は、平均体重負荷量、重心動揺指標（総軌跡長、矩形面積：RA、外周面積：ODA）とした。また臨床的指標として、Berg Balance Scale（BBS）、Functional Reach Test、3m Timed Up & Go Test、開眼片脚立位、立ち上がり、2ステップの各テストを評価した。すべての評価は、手術前と手術後14日目に評価した。統計解析では、群間および群内比較を行い、有意水準は5%未満とした。
【結果】群間比較では、いずれの指標においても、手術前から手術後14日目の変化量に有意差は認められなかった。しかし、群内比較において、WBRは両群ともに減少傾向を示したが、LOCOBOT群の変化量（-0.002, p=0.196）は、コントロール群（-0.088, p=0.137）と比較してマイナス幅が軽微であった。重心動揺指標（RA, ODA）については、LOCOBOT群で減少（改善）傾向、コントロール群で増加（悪化）傾向という対照的な推移を示した。臨床的指標では、BBSおよび2ステップスコアにおいて、コントロール群では手術後に有意な低下が認められたが（BBS: p=0.015, 2ステップ: $p < 0.001$）、LOCOBOT群では有意な低下は認められず、機能が維持される傾向にあった。
【考察】本研究の結果、LOCOBOTを用いた介入は、統計的有意差は認められなかったものの、標準的なリハビリテーションと比較して手術後早期のWBR低下を抑制し、重心動揺（RA・ODA）を減少させる傾向が確認された。さらに、臨床的指標であるBBSおよび2ステップスコアにおいて、手術後に生じる有意な機能低下を抑制した。これらの知見は、LOCOBOTがTKA後早期のバランス能力維持に有効かつ安全な手段であり、初期段階からの活用が機能回復を促進する可能性を示唆している。こうした先進的なロボット技術の導入は、患者の運動学習への意欲

向上に寄与するだけでなく、医療現場の人手不足という課題に対し、治療の質を維持・向上させる新たなモデルとしての貢献が期待される。

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第3会場（海峰：3F）
[O-13] 口述13
座長:片田 昌志(福岡徳洲会病院)、松下 弘毅(米盛病院)

10:50 ~ 11:00

[O-13-02] 人工膝関節全置換術後早期におけるextension lagと歩行能力回復の関連

*加来 裕大[1]、松下 大輝[1]、松田 一真[1]、岩本 祐人[1]、馬場 浩充[1]、木村 友亮[1]、長田 政和[1] (1. 熊本労災病院　中央リハビリテーション部)

キーワード：TKA、extension lag、歩行能力回復

本研究は，当院倫理審査委員会の承認（承認番号：第25-19号）を得て実施した．また，対象者にはオプトアウト方式により拒否の機会を保証した．すべてのデータは匿名化され，個人情報の保護に十分配慮した．

【目的】
人工膝関節全置換術(TKA)後には，自動膝関節伸展を最終域まで行えない症例が多く認められる．この症状はextension lag(以下lag)と呼ばれ，TKA後の臨床上の問題点として位置づけられている．術後早期は歩行獲得に向けた重要な時期であるが，この時期におけるlagと歩行能力回復との関連は十分に検討されていない．本研究は，TKA後1週および2週時のlagと歩行能力回復との関連を明らかにすることを目的とした．
【方法】
対象は，2025年4月から2026年2月までに当院でTKAを施行した60歳以上の患者26名27膝(男性7名，女性19名，平均年齢77±5.5歳)とした．除外基準は，認知症を有する者，神経疾患および他関節疾患により術前から杖歩行に介助を要する者，術後合併症等により介入が遅延した者，測定データに不備を認めた者とした．調査項目は，患者背景として年齢，身長，体重，BMI，FTAとした．また，術前および術後2週時に，術側および非術側の他動膝関節可動域(ROM)，等尺性膝伸展筋力，歩行時痛(VAS)，炎症指標として術後2週時のCRP，歩行能力評価として10m歩行速度，TUG，6分間歩行距離，歩行自立日数を診療録より後ろ向きに調査した．等尺性膝伸展筋力は，徒手筋力計(モービィMT-100)を用い，体重で除した値(kgf/kg)を算出した．歩行能力評価は，術前値に対する回復率(術後値/術前値×100)を算出した．歩行自立日数は，杖を使用し自立して連続50mの歩行が可能となった日と定義した．lagは，座位における膝関節自動伸展可動域と他動伸展可動域の差と定義し，5°刻みで測定した．術前・術後1週および2週時の値を用いた．主解析として，術後2週時のlagを基準に，先行研究および測定誤差を考慮し，5°以下を非lag群(13膝)，10°以上をlag群(14膝)に分類し，術前・術後2週時の各評価項目の群間比較を行った．データの正規性を確認し，対応のないt検定またはMann–Whitney U検定を用いた．さらに補助解析として，歩行自立日数の中央値を基準に「早期自立群」と「自立遅延群」の2群に分類し，ROC曲線を用いて術後1週時のlagのカットオフ値を算出した．統計解析ソフトはSPSS ver.28.0を使用し，有意水準は5%未満とした．
【結果】
群間比較の結果，10m歩行速度の術前比(非lag群：79%，lag群：69%，p=0.025，r=0.43)および6分間歩行距離の術前比(非lag群：89%，lag群：65%，p=0.019，r=0.45)は，lag群で有意に低値を示した．その他の項目には有意差を認めなかった．歩行自立日数の中央値は13日であり，13日以下を早期自立群(17膝)，14日以上を自立遅延群(10膝)とした．ROC解析の結果，歩行自立遅延を予測する術後1週時のlagのカットオフ値は12.5°(AUC=0.756，95%信頼区間：0.546–0.966，感度：0.80，特異度：0.82，p=0.029)であった．
【考察】
lag群では術後2週時の歩行能力回復が有意に低値であった．一方でROM，筋力および疼痛に群間差を認めなかったことから，lagはこれらとは異なる側面から歩行能力回復に関連することが示唆された．また，ROC解析にて術後1週時のlagのカットオフ値は12.5°と算出され，歩行自立

遅延の判別の一助となる可能性がある．本研究は小標本の後ろ向き研究であるが，lagは術後早期の歩行能力回復に関連する評価指標の一つとな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15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第3会場（海峰：3F）
[O-13] 口述13
座長:片田 昌志(福岡徳洲会病院)、松下 弘毅(米盛病院)

11:00 ~ 11:10

[O-13-03] TKA後における杖歩行自立日数による早期群・遅延群の予測因子とカットオフ値の検討

*猪口 秀之[1]、山崎 和博[1]、山口 智洋[1] (1. 九州労災病院中央リハビリテーション科)

キーワード：人工膝関節全置換術、杖歩行獲得、自動SLR

本研究はヘルシキ宣言ならびに臨床研究に関する倫理指針に則り実施した。また、個人情報保護に十分に配慮し得られたデータは匿名化し個人情報管理に留意した。

【目的】
人工膝関節全置換術（以下TKA）後患者において、杖歩行自立までの期間は在院日数やADL自立に影響する重要な指標である。杖歩行自立日数の予測因子を明らかにすることは、リハビリテーションの進行や退院時期の見通しを立てる上で有用であり、適切なリハビリテーションプログラムの立案に役立つと考えられる。本研究の目的は、TKA後における杖歩行自立日数により早期群と遅延群に分類し、その予測因子およびカットオフ値を明らかにすることである。
【方法】
対象は変形性膝関節症と診断されTKAを施行された患者82例（男性18例、女性64例）とした。除外基準は、術前に独歩または杖歩行が不可能な者、および認知機能低下を認める者とした。当院の先行研究および本研究における杖歩行自立日数の平均値が9.5日であったことを踏まえ、10日未満を早期群（60例）、10日以上を遅延群（22例）と定義した。調査項目は、年齢、BMI、術前の10m歩行時間、歩行時痛（NRS）、膝関節自動屈曲および自動伸展角度、術後3日および1週の自動屈曲・自動伸展角度、1週時の膝蓋骨直上の周径比および歩行時痛（NRS）、自動SLR可能日数、歩行器歩行開始日数、歩行器歩行自立日数、杖歩行開始日数とした。統計解析は、正規性の検定にShapiro-Wilk検定、2群間比較にχ^2検定、Mann-Whitney U検定またはt検定を用いた。有意差を認めた項目に対してロジスティック回帰分析を行い、杖歩行自立日数に影響する因子を抽出した。抽出された因子についてROC解析を実施し、カットオフ値・曲線下面積（以下AUC）・感度および特異度を算出した。有意水準は5%とした。
【結果】
早期群と遅延群の2群間において、年齢、歩行器歩行自立日数、杖歩行開始日数、自動SLR可能日数に有意差を認めた（$p<0.05$）。これらの因子を説明変数としてロジスティック回帰分析を行った結果、年齢（OR＝1.157、95%CI＝1.046–1.280、$p<0.01$）および自動SLR可能日数（OR＝1.350、95%CI＝1.126–1.618、$p<0.01$）が独立した予測因子として抽出された。ROC解析の結果、年齢のカットオフ値は79.5歳（AUC＝0.678、感度55%、特異度80%）、自動SLR可能日数のカットオフ値は7.5日（AUC＝0.65、感度41%、特異度93%）であった。
【考察】
TKA後における杖歩行自立日数には、年齢および自動SLR可能日数が関連することが示された。自動SLRは大腿四頭筋筋力および下肢機能全体を反映し、簡便に評価可能であることから、術後早期に評価可能であり、回復遅延の予測やリハビリテーション介入の調整に寄与することから臨床的意義は大きいと考えられる。また、年齢においては80歳以上の高齢者で回復遅延の傾向が認められ、術後リハビリテーションの内容や介入頻度を考慮する必要性が示された。一方で、各因子の判別能は中等度未満であり、単独での予測には限界があることから、今後は複数因子を組み合わせた検討が必要である。

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第3会場（海峰：3F）
[O-13] 口述13
座長:片田 昌志(福岡徳洲会病院)、松下 弘毅(米盛病院)

11:10 ~ 11:20

[O-13-04] 人工膝関節全置換術後患者に対する集団教育前後の身体活動および活動様式の変化

*木村 尚道[1]、田中 創[1,2]、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：人工膝関節全置換術、座位行動、活動様式

【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実施した．対象者には目的および方法，個人情報の保護について口頭および書面で十分に説明し，自由意思による同意を得た．また，得られたデータは匿名化し，研究以外の目的では使用しないよう厳重に管理した．

【はじめに】
人工膝関節全置換術(Total knee arthroplasty：TKA)後患者では，退院後に身体活動量が増加する一方で，疼痛が増強する症例もみられる．近年では，身体活動量の総量のみならず，日内の活動パターンが疼痛に影響することが報告されており，活動様式の最適化の重要性が指摘されている．また，座位行動時間の増加，長時間連続した座位(座位Bout)，座位行動の中断(Break)は，健康指標や疼痛に悪影響を及ぼすとされ，その改善が求められている．当院では退院前のTKA後患者に対し，座位行動の削減および身体活動の見直しを目的とした集団教育を実施している．本研究の目的は，TKA後4週時の患者を対象に，集団教育前後における身体活動の変化を検討し，教育介入による行動変容の特徴，特に活動様式である座位BoutおよびBreakの変化を明らかにすることとした．
【対象・方法】
対象は術前から術後4週まで追跡可能であった17名(女性12名，平均年齢73.8±7.1歳)とした．TKA後4週時に約15分の集団教育を1回実施した．教育内容は，身体活動の重要性や活動不足が疼痛に及ぼす影響を説明し，座位行動の削減を目的として，症例提示を交えながら日常生活における活動機会の見直しや行動の工夫を促すものであった．身体活動量は活動量計(オムロンヘルス社)を用い，教育前後各3日間測定した．評価項目は日中(9:00～19:00)の座位行動時間(0～1.5Mets)，軽強度活動時間(1.5～3Mets)，中高強度活動時間(3Mets以上)，座位Bout時間(30分以上連続した座位)およびBreak数とした．各項目の変化量を算出し，座位行動時間が20分以上減少した症例を改善群，それ以外を非改善群とした．群間比較にはMann-Whitney U検定を用い，有意水準は5%未満とした．また患者背景として術前に生活空間の指標であるLife-Space Assessment(LSA)を評価した．
【結果】
改善群は8名，非改善群は9名であった．座位行動時間の変化量は改善群で-47.3±12.5分，非改善群で2.8±13.7分であり，改善群で有意に低値を示した(p＜0.001)．軽強度活動時間の変化量は，改善群で46.3±12.7分，非改善群で-13.4±32.2分であり，改善群で有意に高値を示した(p＜0.001)．また，座位Bout時間の変化量は改善群で-100.5±44.4分，非改善群で-2.9±34.7分であり，改善群で有意に低値を示した(p＜0.01)．一方，中高強度活動時間およびBreak数の変化量に群間差は認められなかった(それぞれp=0.08, p=0.05)．なお，術前LSAは両群間で有意差を認めなかった．
【考察】
本研究では，対象者の47%において集団教育後に座位行動の改善が認められ，一定数の患者に対して短期的に行動変容を促す可能性が示唆された．改善群では軽強度活動時間の増加および座位Bout時間の減少を認めた一方で，中高強度活動およびBreak数には変化を認めなかった．これらの結果より，本介入による行動変容は，中高強度活動の増加ではなく，座位行動の減少と，それに伴う低強度身体活動への置き換えを中心とした質的変化であったと考えられる．さ

らに，座位Bout時間の減少から，長時間連続した座位の抑制といった活動様式の修正が示唆された．一方で，Break数に変化がみられなかったことから，座位行動の分断頻度ではなく，座位持続時間の短縮が主たる変化であったと考えられる．

一般演題（口述）| 成人中枢神経

2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-14] 口述14

座長:東 幸太(厚地リハビリテーション病院)、秋山 和也(専門学校沖縄統合医療学院)

10:40 ~ 10:50

[O-14-01] ポストポリオ症候群に脳卒中を合併した一例に対するリハビリテーション治療戦略の検討

*梅木 絢太[1]、坂元 廉[1]、串木野 直樹[1]、坂本 竜一[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)

10:50 ~ 11:00

[O-14-02] 高次脳機能障害の特性に応じた介入と環境設定を実施した一例 ～注意障害、失語症へのアプローチに着目して～

*稲田 蒔音[1]、久保 加奈[1]、白川 柚希[1]、福榮 竜也[2]、岩村 秀世[1]、福永 誠司[1] (1. 藤元メディカルシステム　藤元総合病院　リハビリテーション室、2. 霧島市立医師会医療センター　リハビリテーション室)

11:00 ~ 11:10

[O-14-03] Branch Atheromatous Disease (BAD)脳梗塞患者に対して体幹へのアプローチにより機能改善が得られた一症例

*川村 祥耀[1]、花田 智[1]、土屋 美香子[1]、蔵満 美幸[1]、大田 元[2] (1. 都城市郡医師会病院　リハビリテーション科、2. 都城市郡医師会病院　脳神経外科)

11:10 ~ 11:20

[O-14-04] パーキンソン病に伴う重度褥瘡に対し「三位一体」のアプローチが奏功した一症例

*髙橋 章大[1]、中尾 綾香[1]、福田 いずみ[1]、都原 美穂[1]、山下 亜由美[1] (1. 介護老人保健施設　ひむか苑)

一般演題（口述）| 成人中枢神経

2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-14] 口述14

座長:東 幸太(厚地リハビリテーション病院)、秋山 和也(専門学校沖縄統合医療学院)

10:40 ~ 10:50

[O-14-01] ポストポリオ症候群に脳卒中を合併した一例に対するリハビリテーション治療戦略の検討

*梅木 絢太[1]、坂元 廉[1]、串木野 直樹[1]、坂本 竜一[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：ポストポリオ症候群、脳卒中片麻痺、装具療法

【倫理的配慮】本報告は当院倫理審査委員会の承認を得て実施した。また、患者本人に対して研究の目的・方法・発表による個人情報の取り扱いについて十分に説明し、書面による同意を得た。

【目的】ポストポリオ症候群（Post-Polio Syndrome、以下PPS）は、ポリオ罹患後に長期の安定期を経て新たな筋力低下・易疲労性・変形が出現する遅発性神経筋障害である。PPSに脳卒中を合併した症例に対するリハビリテーション治療戦略の報告は極めて少ない。本報告の目的はPPSに右被殻出血を合併した症例に対する下肢装具の選択とロボット支援歩行訓練（Robotic-Assisted Gait Training、以下RAGT）適用の課題を明らかにすることである。
【対象】左被殻出血発症後に回復期リハビリテーション病棟へ入院した70歳代女性。PPSの既往があり、病前より左下肢優位に両下肢の筋緊張低下を認めていた。右棘下長が2㎝長い脚長差があり、足部外反変形・扁平足および立位での反張膝を呈していた。
【方法】Brunnstrom recovery stage（以下Br.s）、Manual Muscle Testing (以下MMT)、Berg Balance Scale（以下BBS）、Stroke Impairment Assessment Set（以下SIAS）、Functional Independence Measure (以下FIM)を入院時および退院時に評価した。入院時Br.s(右)は上肢Ⅱ手指Ⅰ下肢Ⅱ、BBSは3点であった。非麻痺側左下肢はPPSによる筋力低下を認め、股関節外転・膝伸展ともにMMT2であった。これらの評価に基づき右側に米式ダブルクレンザック足継手付き長下肢装具を作製した。底屈0度固定では荷重時に股関節が前方に押し出されバランス不良を認めたため、ウレタンバネによる底屈制動に変更した。左下肢への装具適用も試みたが、PPS発症後に形成された代償的な立位パターンが阻害され立位保持が困難となったため断念し、2㎝の補高靴のみとした。またウェルウォーク（WW-2000トヨタ自動車：以下WW）を用いたRAGTを発症11週より導入し、3ヶ月間で29回施行した。WW非施行日は長下肢装具を用いた歩行訓練を毎日実施した。
【結果】退院時Br.sは上肢Ⅲ手指Ⅱ下肢Ⅲ、非麻痺側股関節外転・膝伸展MMT2、BBS10点、SIAS37点、FIM運動54点・FIM認知31点であった。WWでは初回に体重の約50%にあたる約30kg程度の免荷が必要であったが最終施行時には4kgまで減少した。当初は後方介助を要したが最終的に見守りでの施行が可能となった。膝伸展アシストレベルは10から7へと低下した。一方、易疲労性および活動意欲の低下によりWW施行頻度が限定され、十分な訓練量の確保が困難であった。退院時点で平行棒内歩行は可能なものの生活場面での実用的な歩行は獲得出来なかった。
【考察】本症例では右片麻痺に加えて左下肢にもPPSによる筋力低下・変形・反張膝を呈していたため、非麻痺側での代償を前提とした通常の脳卒中リハビリテーション治療戦略が成立しなかった。そこで非麻痺側への装具適用を試みたが病前からの代償パターンを阻害したことで適用が困難であった。このことはPPSによる下肢の筋力低下を合併した脳血管疾患の症例では、病前の代償動作や歩容を考慮した装具選択が不可欠であることを示す。また、本症例では低筋緊張・反張膝を有する非麻痺側の支持特性を踏まえた装具の設定変更が有効であり、足継手を底屈制動に変更した結果、荷重効率が改善した。WWでは免荷量の著明な改善を認めたが、易疲労性や活動意欲の低下はRAGT継続を妨げる要因となった。PPS合併例へのRAGT適用には疲労への配慮と動機付けを含む個別化戦略が必要であると思われた。

一般演題（口述）| 成人中枢神経
2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-14] 口述14
座長:東 幸太(厚地リハビリテーション病院)、秋山 和也(専門学校沖縄統合医療学院)

10:50 ~ 11:00

[O-14-02] 高次脳機能障害の特性に応じた介入と環境設定を実施した一例 ～注意障害、失語症へのアプローチに着目して～

*稲田 時音[1]、久保 加奈[1]、白川 柚希[1]、福榮 竜也[2]、岩村 秀世[1]、福永 誠司[1] (1. 藤元メディカルシステム　藤元総合病院　リハビリテーション室、2. 霧島市立医師会医療センター　リハビリテーション室)

キーワード：脳卒中、高次脳機能障害、環境設定

本研究は本人の同意を得て当院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【はじめに】
高次脳機能障害を有する患者は、注意・記憶・遂行機能の障害により、動作理解や手順保持、動作への反映に時間を要する。このことからも歩行獲得には長期的な学習支援が必要である。今回、高次脳機能障害の程度および病態に応じた介入・環境設定のもと訓練を実施した結果、一定の効果を認めた患者を経験したため報告する。
【症例】
症例は50歳代女性である。X日、左被殻出血にて救急搬送され、保存的治療が開始された。X+2日に血腫増大を認め、血腫除去術を施行した。X+39日に当院回復期病棟へ転院し、リハビリテーションを開始した。転院時のPT評価では麻痺側Br.sは上肢Ⅲ、手指Ⅱ、下肢Ⅳ、MMTは体幹4、非麻痺側下肢4であった。麻痺側上肢・下肢の表在感覚、深部感覚は重度鈍麻、筋緊張は麻痺側足関節背屈でMAS1+であった。FIMは運動項目62点、認知項目29点、計91点であった。認知神経心理学検査ではMMSE-J24点、TMT-J（Part A：54秒、Part B：165秒）、Standard Language Test of Aphasia(SLTA)では聴理解は短文レベルより低下、表出面は親密度の高い単語において喚語困難や錯語を認めた。
【経過】
初期評価：評価は10m歩行テスト(10MWT)およびTUGを実施した。10MWTは94.3秒、TUGは92.1秒であった。
訓練Ⅰ期(10日間)：通常のPT室にて麻痺側股関節周囲のストレッチ、麻痺側下肢への荷重訓練、歩行訓練を実施した。各訓練後に担当PTおよび患者自身による訓練内容の理解度を10段階で評価し、併せてGait Assessment and Intervention Tool(G.A.I.T)の一部を実施した。訓練初期の理解度はPT評価5、患者評価6と低値であり、G.A.I.Tは32点であった。訓練を継続した結果、10日目にはPT評価7、患者評価9へと上昇し、G.A.I.Tは30点へ改善した。
中間評価：10MWTは77.9秒、TUGは70.6秒であった。
訓練Ⅱ期(10日間)：静穏な環境下で麻痺側下肢のストレッチ、起立訓練、歩行訓練を実施。訓練前に短文で注意点を1つ提示し、動画撮影と動画を用いたフィードバックを行った。注意点の遂行が困難な場合は動作を中断し、その都度フィードバックを行った。注意点が理解・定着した場合は新たな注意点を1つ追加した。訓練初期の理解度はPT評価6.5、患者評価8.5、G.A.I.Tは28点であり、患者評価は高値であった。訓練を継続した結果、10日目にはPT評価8.5、患者評価9.5へと上昇し、G.A.I.Tは22点へ改善した。
最終評価：10MWTは44.8秒であり歩行速度の向上を認めた。TUGは52.2秒であり、いずれも改善を認めた。
【考察】
高次脳機能障害に対する訓練として、動作の適切な手順を適切な単位に分割して教示する方法や、繰り返し行って習熟させる方法、さらには適切な口頭指示、ジェスチャーなどが重要とされる。これらは訓練Ⅱ期で実施した動画を用いた視覚的補助と短文による注意点提示を用いた反復訓練に類似しており、訓練Ⅰ期よりも理解度および歩行評価の改善につながった可能性が

高いと考える。また静穏な環境下で実施したことで訓練に集中することが可能となり、各訓練内容の把握や動作獲得につながった可能性がある。

一般演題（口述）| 成人中枢神経
2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-14] 口述14
座長:東 幸太(厚地リハビリテーション病院)、秋山 和也(専門学校沖縄統合医療学院)

11:00 ~ 11:10

[O-14-03] Branch Atheromatous Disease (BAD)脳梗塞患者に対して体幹へのアプローチにより機能改善が得られた一症例

*川村 祥耀[1]、花田 智[1]、土屋 美香子[1]、蔵満 美幸[1]、大田 元[2] (1. 都城市郡医師会病院　リハビリテーション科、2. 都城市郡医師会病院　脳神経外科)

キーワード：BAD脳梗塞、体幹機能、急性期リハビリテーション

ヘルシンキ宣言の趣旨に則り実施した。尚、患者には本発表の趣旨、個人情報の取り扱いについて口頭にて説明し、同意を得た。

【目的】
Branch Atheromatous Disease（以下、BAD）は急性期に運動麻痺の進行を呈しやすく機能予後不良に影響を与える病態である。そのため急性期理学療法では神経症状増悪を回避しつつ、機能回復を促進する介入が求められる。一方、体幹機能は姿勢制御および四肢運動の基盤であり、基本動作やADL能力と密接に関連することが報告されているが、BAD症例に焦点を当てた報告は少ない。本症例では急性期BADタイプ脳梗塞患者に対し標準的な理学療法介入（早期離床+神経筋促通）に加え、体幹機能に着目した理学療法介入を行うことで機能改善が得られたため報告する。
【症例紹介】
発症前ADLは自立の70代女性。右上下肢の動かしづらさがあり、当院搬送。MRIにて左放線冠に急性期脳梗塞を認め、BADと診断された。
【リハビリ経過】
理学療法は発症翌日より開始した。初期評価ではBrunnstrom Recovery Stage（以下、Brs）上肢Ⅴ・手指Ⅳ・下肢Ⅴであり、表在・深部感覚ともに軽度低下認めた。発症3日目に上肢Ⅲ・手指Ⅱ・下肢Ⅲへと麻痺増悪を認めた。体幹機能はTrunk Impairment Scale（以下、TIS）0点、Functional Assessment for Control of Trunk（以下、FACT）1点で座位保持は物的把持なしでは困難であった。Stroke Impairment Assessment Set （以下、SIAS）下肢5点、FIM運動項目16点であった。麻痺進行リスクを考慮しつつ、神経学的所見を確認しながら体幹機能練習を中心に実施した。骨盤前後傾および側方傾斜の誘導、座位での重心移動練習、体幹伸展活動の促通、姿勢対称性の学習を中心とした理学療法介入を行った。立位・歩行練習は段階的に導入した。
【結果】
発症15日目のBrsは上肢Ⅲ・手指Ⅱ・下肢Ⅲと改善は見られず、SIAS下肢は5点から6点と軽度改善に留まった。一方、TISは0点から6点、FACTは1点から6点へ改善し、FIM運動項目は16点から33点へ大きく改善が見られた。FIM各項目では、トイレ動作が1点から4点、移乗動作（ベッド・車いす、トイレ）が各1点から4点、歩行が1点から2点の改善が見られた。機能面では初期は座位保持が物的把持レベルであったが、最終評価時には見守りにて可能となった。なお、介入中に神経症状の再増悪や循環動態の破綻は認めなかった。
【考察】
先行研究において体幹機能が歩行能力やFIMと関連することを示しており、急性期においても体幹機能はADLに影響を及ぼす因子であることが報告されている。MRI画像からも放線冠部の病変のため皮質脊髄路を含む錐体路障害が主体であると考えられた。一方、体幹機能には両側性支配や網様体脊髄路などの影響が関与するとされ、皮質脊髄路障害が主体であっても比較的改善しやすい可能性がある。体幹機能は姿勢制御および重心移動の基盤であり、抗重力伸展活動や選択的体幹運動の獲得は、起き上がり動作や立位保持などの基本動作の成立に直結する。BAD

タイプ脳梗塞患者においても体幹機能の改善が姿勢対称性および座位安定性の向上を介して、基本動作能力およびFIM運動項目の改善につながった可能性が示唆されたと考えられる。

一般演題（口述）|成人中枢神経

2026年11月15日(日) 10:40 ~ 11:20 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-14] 口述14

座長:東 幸太(厚地リハビリテーション病院)、秋山 和也(専門学校沖縄統合医療学院)

11:10 ~ 11:20

[O-14-04] パーキンソン病に伴う重度褥瘡に対し「三位一体」のアプローチが奏功した一症例

*髙橋 章大[1]、中尾 綾香[1]、福田 いずみ[1]、都原 美穂[1]、山下 亜由美[1] (1. 介護老人保健施設　ひむか苑)

キーワード：多職種連携、栄養、褥瘡

本報告はヘルシンキ宣言に則って実施し、対象者本人および家族に対して文章および口頭にて十分な説明を行い、署名による同意を得た。

【はじめに】
令和6年度診療・介護報酬改定にて「リハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取り組み」が提唱され、多職種連携が求められている。褥瘡管理においても、局所の除圧や処置のみならず、全身状態の改善を目的とした包括的アプローチが不可欠である。特に言語聴覚士（ST）が不在なことの多い介護老人保健施設においては、理学療法士（PT）が中心となり摂食・嚥下や栄養に関与する意義は極めて大きい。今回、進行したパーキンソン病（以下、PD）に伴う活動性低下と低栄養により重度褥瘡を呈した症例に対し、多職種での「三位一体」の介入を行った。その結果、食事摂取量と褥瘡スコアに劇的な改善を認めたため、そのプロセスを報告する。
【症例紹介】
80歳代女性。診断名はPD（Hoehn-Yahr 重症度分類V度）。既往歴は2型糖尿病、左大腿骨頸部骨折。入所時の身体所見は、身長151cm、体重37.3kg、BMI 16.4kg/㎡、下腿周囲長23.5cm、血清アルブミン値 2.6g/dLであった。褥瘡評価は仙骨部にDESIGN-Rスコア30点（DU-e3S15I3G6N3p0）の重度褥瘡を認めた。入所前の情報では食事摂取量は1〜2割と著明なフレイル状態にあった。入所時も食事摂取量は5〜6割で、基本動作は全介助であった。家族からは「痩せていくのが忍びない。もう一度しっかり食べてほしい」との強い要望を認めた。
【介入内容：多職種による三位一体の取り組み】
PTが中心となり、以下の3点を軸とした多職種による「三位一体」の介入を実施した。
１．リハビリテーション：車椅子上での頭頸部の筋緊張調整を実施。耐久性の評価を行い30分だった座位時間を段階的に180分まで拡大した。エネルギー消費量の算出にはハリス・ベネディクト式を用い、適切な活動負荷と栄養消費のバランスを管理した。
２．口腔・嚥下支援：歯科衛生士による義歯調整および、看護師・介護士による専門的口腔ケアを徹底した。PTは摂食姿勢の評価・調整を担い、ST不在の環境下で、多職種が嚥下環境の整備を共有した。
３．栄養管理：従来の「きざみ食」から「ミキサー固形食」へ変更した。これにより、口腔内での食塊形成を補助し、食事疲労の軽減を図った。さらに補助食品を導入し、褥瘡治癒に必要な栄養量を確保した。
【経過】
介入開始から9か月後、食事摂取量は10割まで向上し、体重は39.5kg（+2.2kg)、下腿周囲長は26cm（+2.5cm）へと増加した。血清アルブミン値も3.3g/dLと改善し、全身の栄養状態が有意に向上した。これに伴い、褥瘡DESIGN-Rスコアは30点から褥瘡治癒に至った。家族からは「顔色も良くなり、食べている姿が見られて嬉しい」との満足度を得た。
【考察】
本症例の褥瘡改善に寄与した最大要因は、PTが生活機能の再構築を担い多職種が共通の評価（三位一体）を持って介入した点にある。入所前に食事摂取量の低下から陥っていた「低栄養による活動性低下の負のスパイラル」に対し、PTが離床拡大と姿勢調整で「食べるための土台」を作り、適切な食形態への変更が「食事疲労の軽減」をもたらした。この活動性と栄養摂

取の正の循環への転換がフレイルサイクルからの脱却と組織修復力の向上を導いたと考えられる。ST不在でもPTが多職種と協力し食を起点としたアプローチを継続したことは、家族の願いと褥瘡治癒を両立させる極めて有効な戦略であった。

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄

2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第3会場（海峰：3F）

[O-15] 口述15

座長:齋藤 貴文(令和健康科学大学)、原田 太樹(鹿児島大学病院)

11:30 ~ 11:40

[O-15-01] 変形性膝関節症患者の歩行戦略（DJSと非対称性）と痛みに対する心理的指標との関連

*岡澤 和哉[1]、藤田 努[1]、奈須 勇樹[1]、濱井 敏[2]、川原 慎也[2]、中島 康晴[2]、加藤 浩[3] (1. 九州大学病院リハビリテーション部、2. 九州大学大学院医学研究院臨床医学部門外科学講座　整形外科学分野、3. 山形県立保健医療大学大学院)

11:40 ~ 11:50

[O-15-02] 術後遷延性疼痛リスクを有する人工膝関節全置換術後患者の一症例 ―荷重対称性と身体知覚に着目した介入―

*金川 真菜[1,2]、友岡 佑太[1,2]、大段 喬[1,2]、梶原 康宏[1,3]、田中 創[1,3]、井浦 国生[4] (1. 福岡整形外科病院　リハビリテーション科、2. 福岡整形外科病院　スポーツ医学センター、3. 福岡整形外科病院　臨床研究センター、4. 福岡整形外科病院　整形外科)

11:50 ~ 12:00

[O-15-03] 筋活動評価に基づく膝伸展制御の再学習を行った人工膝関節全置換術後伸展機構再損傷の一例

*松永 拓貴[1,2]、谷口 隆憲[3]、瓜生 陽菜[1]、梶原 康宏[1,4]、友岡 佑太[1,2]、田中 創[1,4]、徳永 真巳[5] (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　スポーツ医学センター、3. 福岡国際医療福祉大学　医療学部　理学療法学部、4. 福岡整形外科病院　臨床研究センター、5. 福岡整形外科病院　整形外科)

12:00 ~ 12:10

[O-15-04] 片脚スクワットにおける前額面投影角度変化量の性差に関する検討

*吉野 温翔[1]、辛島 良介[1]、尾崎 悠人[1]、坂山 七海[1]、本山 達男[2]、川嶌 眞人[2] (1. かわしまクリニック、2. 川嶌整形外科病院　整形外科)

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第3会場（海峰：3F）
[O-15] 口述15
座長:齋藤 貴文(令和健康科学大学)、原田 太樹(鹿児島大学病院)

11:30 ~ 11:40

[O-15-01] 変形性膝関節症患者の歩行戦略（DJSと非対称性）と痛みに対する心理的指標との関連

*岡澤 和哉[1]、藤田 努[1]、奈須 勇樹[1]、濱井 敏[2]、川原 慎也[2]、中島 康晴[2]、加藤 浩[3] (1. 九州大学病院リハビリテーション部、2. 九州大学大学院医学研究院臨床医学部門外科学講座　整形外科学分野、3. 山形県立保健医療大学大学院)

キーワード：DJS、非対称性、変形性膝関節症

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：2020-395）．対象者には研究の目的・方法・個人情報の保護について十分な説明を行い，書面による同意を取得した．

【目的】変形性膝関節症（膝OA）患者の歩行では，疼痛回避や関節不安定性の代償として筋の共同収縮が増加し，関節剛性を高める歩行戦略(stiffening strategy）が報告されている．関節剛性を評価する指標としては，Dynamic Joint Stiffness（DJS）がある．また，膝OAでは罹患側の剛性が高まる一方で，代償的に非罹患側の負担が増大するため，左右の非対称性を示すAsymmetry Index（AI）の評価も重要である．一方，痛みに対する心理的な評価指標として，破局的思考を評価するPain Catastrophizing Scale（PCS）や運動恐怖感の指標であるTampa Scale for Kinesiophobia（TSK）がある．しかし，DJS，及びAIとこれら心理的因子との関連は，十分に検討されていない．そこで本研究の目的は，膝OA患者の歩行時DJS，及びAIと心理的指標であるPCS，TSKとの関連を検討することである．
【方法】対象は，変形性膝関節症（KL分類grade II以上）と診断された膝OA患者26名（性別：女性20名・男性6名，平均年齢：65.4 ± 9.5歳）であった．研究デザインは，横断的研究である．歩行解析には，三次元動作分析装置を用い，初期接地～荷重応答期の膝関節最大屈曲角度，及び膝関節屈曲モーメントからDJSを算出した．AIは（罹患側DJS − 非罹患側DJS）/ {（罹患側DJS ＋ 非罹患側DJS）/ 2} × 100として算出した．心理的指標として，PCS（反芻，拡大視，無力感），及びTSKを評価した．統計解析では，DJS，及び膝関節屈曲角度の罹患側と非罹患側の比較には，Wilcoxon符号付順位検定（効果量r）を用いた．また，罹患側DJSとPCS・TSK，AIとPCS・TSKとの関連性を検討するため，Spearmanの順位相関係数（rs）を用いた．
【結果】罹患側DJSは，非罹患側と比較して有意に高値（$p = 0.002$，$r = 0.49$）を示した．罹患側の膝屈曲角度は，非罹患側と比較して有意に低値（$p = 0.03$，$r = 0.49$）を示した．相関分析の結果，罹患側DJSとPCS下位尺度（無力感）との間には，有意な正の相関を認めた（$rs = 0.50$，$p = 0.03$）．PCS合計との間には，有意な相関は認めなかった．罹患側DJSとTSK，AIとPCSとの間には，有意な相関を認めなかった．
【考察】本研究の結果より，罹患側DJSが高いほどPCS下位尺度の無力感が強いことが示された．膝OA患者のstiffening strategy歩行は，メカニカルストレスを抑制する適応的戦略と解釈されている．一方，痛みへの破局的思考のうち無力感は，「痛みを自ら制御できない」という認知的評価を反映し，活動制限や身体機能低下と関連することが報告されている．本研究の結果は，このような対処不能感の強さと，関節剛性を高める歩行パターンとの間に関連がある可能性を示唆するものである．すなわち，関節剛性の増大は単なる力学的適応にとどまらず，痛みに対する認知的側面を反映している可能性がある．ただし，本研究は横断的デザインであるため，因果関係については縦断的研究による検証が必要である．
【まとめ】膝OA患者において罹患側DJSは，非罹患側と比較し高値を示し，関節剛性を高める歩行特性が示された．さらに罹患側DJSはPCSの無力感と関連し，関節剛性の増大と痛みへの対処不能感との関連が示唆された．これらの結果より，DJSは力学的特性に加え，特定の認知的側面を反映する指標となりうる可能性がある．

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第3会場（海峰：3F）
[O-15] 口述15
座長:齋藤 貴文(令和健康科学大学)、原田 太樹(鹿児島大学病院)

11:40 ~ 11:50

[O-15-02] 術後遷延性疼痛リスクを有する人工膝関節全置換術後患者の一症例 ―荷重対称性と身体知覚に着目した介入―

*金川 真菜[1,2]、友岡 佑太[1,2]、大段 喬[1,2]、梶原 康宏[1,3]、田中 創[1,3]、井浦 国生[4] (1. 福岡整形外科病院　リハビリテーション科、2. 福岡整形外科病院　スポーツ医学センター、3. 福岡整形外科病院　臨床研究センター、4. 福岡整形外科病院　整形外科)

キーワード：人工膝関節全置換術（TKA）、身体知覚異常、荷重対称性

本症例の報告にあたり，対象者へ十分な説明を行い，同意を得た．また，本研究は当院の倫理委員会の承認を得た上で実施した．

【目的】

人工膝関節全置換術（Total Knee Arthroplasty：TKA）後には，約20%に術後遷延性疼痛を生じるとされている．その関連因子として罹患期間，BMI，身体知覚異常などが報告されている．また，TKA後の荷重非対称性は，術後疼痛や身体機能低下と関連することが示されている．一方，術後遷延性疼痛リスクを有する症例に対し，術後早期から荷重対称性および身体知覚に着目した介入効果は十分に明らかでない．今回，術後遷延性疼痛リスクを有する症例に対して，荷重対称性および身体知覚に着目した介入を実施したため，その臨床経過を報告する．

【症例紹介】

症例は70歳代の女性で，右変形性膝関節症に対しTKAを施行した．約20年の罹患歴およびBMI26.4を有し，Kellgren–Lawrence分類はⅣ，Femoro-Tibial Angle（FTA）は198°であり，左膝にも高度内反変形を伴う変形性膝関節症を認めた．術前は独歩で屋内外歩行可能であった．術前評価では，動作時疼痛強度（Visual Analogue Scale: VAS）は25 mm，膝関節可動域（Range of Motion: ROM）は右屈曲75°/伸展-20°，左屈曲100°/伸展-10°，10m歩行速度は11.1秒，身体知覚異常（The Fremantle Knee Awareness Questionnaire: FreKAQ）は21点，能力障害（Oxford Knee Score: OKS）は29点であった．Needは「階段を正面から降りたい」「自転車に乗りたい」であった．

【経過】

術後4日目に棘果長は右79cm，左78cmと，1.0 cmの左右差を認めた．また，術側への荷重低下による荷重非対称性および立脚期の不安定性を呈していた．介入初期より左に足底挿板を用い，荷重の対称化を図った．その結果，術後3週時には，VASは2 mm，ROMは屈曲100°/伸展-10°まで改善し，患者が自覚していた脚長差の違和感も軽減した．一方，FreKAQは19点と高値を示し，身体知覚異常の残存を認めた．そのため，術後3週以降は，感覚識別トレーニングに加え，鏡や動画を用いた視覚フィードバック，術側荷重を促通する歩行の部分練習，術側下肢の運動感覚を想起させる運動イメージトレーニングを実施した．その結果，退院時（術後5週）には，VASは11 mm，ROMは屈曲105°/伸展-5°，10m歩行速度は9.9秒，FreKAQは18点となった．退院後は近医にて週1回のリハビリテーションを継続し，術後3か月時では，VASは2 mm，ROMは屈曲110°/伸展-10°，10m歩行速度は8.6秒，FreKAQ は16点，OKSは38点と改善を認め，Needであった正面からの降段動作および自転車動作が可能となった．

【考察】

本症例は，長期罹患歴，高BMI，FreKAQ高値を認めており，術後遷延性疼痛リスクを有していたと考えられる．しかし，3か月時に術後遷延性疼痛を認めず，身体機能およびADLは改善を示した．術後早期より足底挿板を用いて荷重の対称化を図ったことが，立脚期の安定性向上および歩行能力改善に寄与したと考えられた．また，身体知覚への介入併用により，活動拡大や疼痛軽減を促進した可能性がある．一方，FreKAQは術後3か月時においても16点と高値であり，身体機能の改善と比較して身体知覚異常の改善は限定的であった．このことから，疼痛や

身体機能の改善と身体知覚の回復は必ずしも一致しない可能性が示された．また，長期罹患に伴う身体知覚の再構築にはより長期的な介入を要する可能性が考えられる．

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第3会場（海峰：3F）
[O-15] 口述15
座長:齋藤 貴文(令和健康科学大学)、原田 太樹(鹿児島大学病院)

11:50 ~ 12:00

[O-15-03] 筋活動評価に基づく膝伸展制御の再学習を行った人工膝関節全置換術後伸展機構再損傷の一例

*松永 拓貴[1,2]、谷口 隆憲[3]、瓜生 陽菜[1]、梶原 康宏[1,4]、友岡 佑太[1,2]、田中 創[1,4]、徳永 真巳[5] (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　スポーツ医学センター、3. 福岡国際医療福祉大学　医療学部　理学療法学部、4. 福岡整形外科病院　臨床研究センター、5. 福岡整形外科病院　整形外科)

キーワード：人工膝関節全置換術、伸展機構損傷、運動制御

対象者に対し，本研究の目的および内容について十分に説明し，同意を得た．また，本研究は当院の倫理委員会の承認を得て実施した．

【目的】
　人工膝関節全置換術（Total Knee Arthroplasty：TKA）後の伸展機構損傷は低頻度（0.1～2.5%）であるが，機能予後に影響を及ぼす．修復術後は組織脆弱性により再損傷が懸念されるため，病態に応じた理学療法介入が重要となる．今回，TKA後に伸展機構損傷を呈した症例に対し，筋活動評価に基づく段階的介入を実施し，再々損傷なく歩行能力改善を認めたため報告する．
【症例紹介】
　症例は70歳代後半の女性である．左TKA施行後，X-60日に退院した．退院時はT-cane歩行自立（10m歩行速度11.9秒）であったが，立脚期で反張膝を認めた．また，入院中および退院後に複数回の転倒を経験した．これらが関与し，内側傍膝蓋アプローチ縫合部損傷を伴う膝蓋骨脱臼を認め，X-24日に修復術が施行された．初回手術では内側傍膝蓋アプローチ部において内側広筋斜頭および大腿四頭筋腱を含む膝蓋骨内側支持機構の再建・縫合が行われ，膝蓋骨偏位が改善した．しかし，X-12日にSLRが不能となり，同部の連続性の離開が確認されたため，再修復術が施行された．再修復術では，外側支帯解離および内側再縫合が施行され，膝蓋骨偏位は改善した．なお，再損傷では転倒等の明確な受傷契機は認めなかった．
【介入内容と経過】
　初回損傷には転倒による縫合部へのストレスが関与した可能性がある．さらに，初回修復後に同部位の再損傷を認めた経過から，反張膝および組織脆弱性により再々損傷リスクが高いと考えた．そのため，修復部への過負荷を避けつつ，歩行時の膝伸展制御再獲得を主目標とした．評価指標には，筋機能（SLR保持時間），筋活動（表面筋電図：EMG），歩行指標として反張膝の有無を用いた．なお，表面筋電図では，大腿四頭筋setting時EMG（筋活動特性・出力評価）および歩行時EMG（持続性・同期性評価）を評価した．術後早期は組織保護を最優先とし，装具装着下で基本動作と大腿四頭筋の等尺性収縮を実施した．初期（X+6日）のsetting時EMGでは内側広筋（VM）6.4μV，外側広筋（VL）12.8μVであり，VM活動はVLの約50%にとどまり，筋活動の偏りを示した．X+14日のSLR保持時間は19.7秒であったが，反張膝が残存し，膝伸展制御の不十分さを認めた．これらを踏まえ，反張膝是正に向けた膝伸展制御の再学習へ移行した．介入では装具管理を継続しつつ，荷重位での遠心性収縮促通，感覚入力による運動学習，膝窩部テーピングを実施した．その結果，X+28日にはSLR保持時間は21.6秒へ向上し，setting時EMGはVM9.7μV，VL11.0μVとなり，内外側の筋活動差は縮小した．歩行時EMGでは，VMが立脚期を通じて10～15μVで持続的に活動し，歩行周期に同期した筋活動を認めた．また，反張膝は軽減し，膝伸展制御の改善が得られたため，主治医と協議し装具を除去した．その後も介入を継続し，退院時（X＋40日）には反張膝を呈さず，T-cane使用下で安定歩行が可能となった（10m歩行速度14.9秒）．なお，入院期間中に再々損傷は認めなかった．
　【考察】本症例では，反張膝による伸展機構への反復的ストレスが再損傷の一因と考えられ

た．setting時と歩行時の筋活動評価を統合し，介入内容や装具除去時期の判断に活用したことで，膝伸展制御と歩行安定性向上につながり，再々損傷予防に寄与した可能性が示唆された．

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第3会場（海峰：3F）
[O-15] 口述15
座長:齋藤 貴文(令和健康科学大学)、原田 太樹(鹿児島大学病院)

12:00 ~ 12:10

[O-15-04] 片脚スクワットにおける前額面投影角度変化量の性差に関する検討

*吉野 温翔[1]、辛島 良介[1]、尾崎 悠人[1]、坂山 七海[1]、本山 達男[2]、川嶌 眞人[2] (1. かわしまクリニック、2. 川嶌整形外科病院　整形外科)

キーワード：片脚スクワット、knee-in、FPPA変化量

【説明と同意】本研究はヘルシンキ宣言による倫理的配慮に基づいた研究であり、全ての対象者には十分な説明による同意を得られて実施した。

【はじめに】 Knee-in肢位は股関節内転・内旋，膝関節外反など複合的な関節運動を伴って膝関節が身体内側へ変位した状態と定義され，膝前十字靭帯（ACL）損傷の危険肢位の一つとされている．片脚スクワット（SLS）はknee-in肢位を呈しやすい動作であり，その評価指標として前額面投影角度（FPPA）が用いられている．これまで，スクワット肢位におけるFPPAを評価した報告は散見されるが，SLS中のFPPA変化量における性別による相違は十分に検討されていない．そこで本研究の目的は，SLS中のFPPA変化量と性別による相違を検討することとした．
【対象と方法】 対象は膝，及び足関節に既往のない健常成人21名（男性11名，女性10名），平均年齢25.4 ± 3.1歳であった．課題動作はボールを蹴る側の脚で実施した．SLSは片脚立位で両上肢を体側に下垂させた状態（静止時）を開始肢位とし，膝関節を60°まで屈曲した後（屈曲時），開始肢位へ戻る動作とした．なお，SLS中の膝関節屈曲60°の角度は計測前に動作練習を行い，可能な限り統一して実施した．課題動作時，被検者の3 m前方で膝関節中心が画面の中央に位置する高さにカメラを設置し，上前腸骨棘（ASIS），大腿骨内外顆の中点（膝関節中心），足関節内外果の中点（足関節中心）をランドマークに設定し，サンプリング周波数60 Hzで撮影した．FPPAはASISと膝関節中心を結ぶ直線と、膝関節中心と足関節中心を結ぶ直線の成す外側角と定義した．kinoveaを用いて，静止時，及び屈曲時でのFPPAを計測し，静止時から屈曲時を減じてFPPA変化量を算出した．統計解析はR4.5.3を用いて，正規性をShapiro-Wilk検定にて確認した後，静止時と屈曲時FPPAの相違について対応のあるt検定を用いた．また，FPPA変化量の性別による相違を2標本の差の検定を用いて検討した．いずれも有意水準は5%とした．
【結果】 FPPAは静止時で男性176.6±3.0°，女性175.8±2.0°，屈曲時で男性167.6±6.4°，女性162.5±7.6°であり，男女とも屈曲時にFPPAは有意に減少した．（いずれも$p < 0.01$）．変化量は男性9.0±6.6°，女性13.3±7.1°であり，性別による有意差は認めなかった（$p = 0.17$）．
【考察】 SLSではknee-in肢位を呈しやすく，健常成人を対象としたSLSのFPPAは160〜170°程度と報告されており，本研究の結果もその範囲内であった．これらは，片脚立位姿勢での重心制御として股関節が内転を伴い支持脚への骨盤移動が必要であり，その姿勢からスクワット動作を行う際に股関節の内旋が生じやすいことから，FPPAが減少しknee-in肢位を呈したものと推察した．また，本研究ではFPPAの変化量に着目したが性別による相違は認められなかった．MeyerらはACL損傷時，急激なknee-in肢位への変化が生じることを報告しており，スクワット肢位でのFPPAのみではなく，SLSのFPPA変化量や急激な変化の有無が重要な指標となる可能性がある．今後はACL損傷例を対象として，健常膝との相違を含めた検討が必要と考えている．
【まとめ】 SLSでは膝関節の屈曲に伴いFPPAは有意に減少し，FPPA変化量は性別による相違を認めなかった．

一般演題（口述）| 成人中枢神経

2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-16] 口述16

座長:小川 健治(長崎リハビリテーション病院)、林 雄李(九州大学病院)

11:30 ~ 11:40

[O-16-01] 重度片麻痺患者に対し免荷機能付き歩行器と装着型サイボーグを段階的に用い移乗動作能力向上を認めた一症例

*浜崎 海生[1]、浜岡杉原 帆香[1]、園田 健雄[1]、飛永 浩一朗[1] (1. 誠愛リハビリテーション病院)

11:40 ~ 11:50

[O-16-02] 多系統萎縮症疑い患者の腰椎椎体骨折後における段階的リハ介入と多職種連携が在宅復帰に寄与した一例

*富岡 一俊[1]、上園 竜也[2]、上諸 麻衣子（OT）[1]、瀬戸山 沙織（MSW）[1]、加治 智和[1]、竹中 俊宏（MD）[1] (1. 垂水市立医療センター垂水中央病院、2. 公益社団法人肝属郡医師会立訪問看護ステーション)

11:50 ~ 12:00

[O-16-03] 脳幹出血により重度の運動失調を呈した症例～残存機能を活用したアプローチ～

*上水 將司[1]、岡 高史[1] (1. 福岡青洲会病院リハビリテーション部)

12:00 ~ 12:10

[O-16-04] 痙縮外来と通所リハビリテーションの連携により痙性麻痺肢の機能向上を認めた脳卒中生活期の一症例

*平川 裕紀[1]、中村 笑美[1]、池田 浩二[2]、外薗 昭彦[3] (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療法部　通所リハビリテーションあびりんす、3. 潤和会記念病院　リハビリテーション科)

一般演題（口述）| 成人中枢神経
2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-16] 口述16
座長:小川 健治(長崎リハビリテーション病院)、林 雄李(九州大学病院)

11:30 ~ 11:40

[O-16-01] 重度片麻痺患者に対し免荷機能付き歩行器と装着型サイボーグを段階的に用い移乗動作能力向上を認めた一症例

*浜崎 海生[1]、浜岡杉原 帆香[1]、園田 健雄[1]、飛永 浩一朗[1] (1. 誠愛リハビリテーション病院)

キーワード：被殻出血、移乗動作、クロスエデュケーション

演題発表に関連し、発表者らに開示すべきCOI関係にある企業などはありません。
当法人倫理審査委員会の承認（承認番号:26-293）および対象者の同意を得ている。

【目的】
被殻出血は脳出血の中でも発生頻度が高く,大脳皮質や脳幹と強い機能的連結を持ち,運動プログラムや随意運動,姿勢制御プログラムを担うとされている.今回,左被殻出血により重度片麻痺患者に対し立ち上がり動作においてROPOX製吊り下げ式歩行器All-in-One Walking trainer（以下:AIO）やHAL腰タイプ自立支援用（以下:腰HAL）を段階的に用いて移乗動作能力向上を認めた症例について報告する.

【症例紹介】
50歳代女性,左利き.病前ADL自立.救急搬送され,左被殻出血と診断,同日に内視鏡的血腫除去術施行.30病日目に当院へ転院しリハビリテーション開始.本研究の介入開始51病日目のGCS:7/15点(E3点,V1点,M3点),Brunnstrom stage(以下:BS):上肢Ⅰ,手指Ⅰ,下肢Ⅱ.神経心理学的所見は全失語であったが模倣は可能であった.視察上で軽度の右半側空間無視(CBS:2点)と注意障害を認めた.基本動作は寝返りから立位保持まで全介助,移乗動作は二人介助を要していた.FIM:46点(m-FIM:13点)で移乗動作:1点であった.

【方法】
介入期間は,51病日目から199病日目(148日間).Ⅰ期(51から77病日目):AIOを用い,長下肢装具装着下で立ち上がりと立位保持5回から10回へ漸増,3セット,週5回実施.座位保持が見守りになった時点でⅡ期へ移行するようにした.Ⅱ期(78から199病日目),腰HALを用い,平行棒を支持し立ち上がりと立位保持を10回,2セット,週5回実施.実施後ベッドと車椅子間の移乗を看護師と協働し実施.

【結果】
199病日時ではGCS:13点(E4点,V3点,M6点),BS:Ⅰ-Ⅰ-Ⅱ.基本動作は寝返り動作が修正自立,起き上がり動作が軽介助,座位保持が修正自立,起立動作･立位保持･移乗動作が軽介助となっている.FIM:59点(m-FIM:38点)で移乗動作:4点となり,200病日目に自宅退院となった.

【考察】
脳卒中患者の在宅復帰に関する移乗動作は,理学療法においてその動作能力の向上が求められる(岡本伸弘ら:2026).今回,重度片麻痺患者で意識障害や高次脳機能障害を呈した症例において移乗動作能力向上を一目標とした.移乗動作に必要な立ち上がり動作能力向上を目的に,両側運動野間の相互作用や脳梁を介した神経ネットワークの賦活化を利用し,非麻痺側の運動から麻痺側の同部位の随意性および筋活動に有効な向上が得られるとされるクロスエデュケーション効果(Katisら:2012)を用い,立ち上がり運動や立位保持を行った.左右対称かつ正中位で非麻痺則に加え麻痺側の運動能の向上を図るため,初期段階ではAIOで姿勢アライメントを修正し外力的補助下での両側性運動を行い,次段階では腰HALにて随意的運動による中枢神経へのバイオフィードバック(Kazuya Saitaら:2018)から麻痺側の運動機能や姿勢制御機能が賦活されるよう段階的に実施した.さらに,立ち上がり練習で下肢および体幹の神経駆動が高まった直後に移乗動作を反復

することで,獲得された下肢運動機能や姿勢制御機能を実動作において統合し即時的な課題指向型アプローチとして機能させることで移乗動作能力の向上を図った.結果,麻痺レベルの改善はなかったが,移乗動作の自立度の向上を認めた.また,看護師と協働介入したことで生活への汎化を促し,在宅復帰を可能にした一因になったと考える.

一般演題（口述）|成人中枢神経
2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-16] 口述16
座長:小川 健治(長崎リハビリテーション病院)、林 雄李(九州大学病院)

11:40 ~ 11:50

[O-16-02] 多系統萎縮症疑い患者の腰椎椎体骨折後における段階的リハ介入と多職種連携が在宅復帰に寄与した一例

*富岡 一俊[1]、上園 竜也[2]、上諸 麻衣子（OT）[1]、瀬戸山 沙織（MSW）[1]、加治 智和[1]、竹中 俊宏（MD）[1] (1. 垂水市立医療センター垂水中央病院、2. 公益社団法人肝属郡医師会立訪問看護ステーション)

キーワード：オリーブ橋小脳萎縮症、MSA-C、家屋調査

【倫理的配慮】本発表に際し、症例に対し書面を用いて説明し同意を得ており、当院の承認も得ている（起案26‐5‐6）。

【はじめに】多系統萎縮症は起立性低血圧等の自律神経症状、小脳性運動失調を主とした運動症状、認知障害等の非運動症状を臨床的特徴とする進行性疾患である（園田悠馬，他．2024）。今回、在宅復帰に難渋した多系統萎縮症疑い患者が、入院中の集中的なリハビリテーション（以下、リハ）と多職種の介入により自宅退院に至ったので報告する。

【症例紹介】70歳代女性。キーパーソンの夫と二人暮らしでADL自立し、自ら車を運転して外出する活動的な生活を送っていた。数年前より自宅内での躓きやすさを自覚していた。

【経過】202X年Y月、自宅内で転倒し腰痛が出現したが、鎮痛薬を内服し自宅で様子をみていた。2週後に腰痛増悪にて当院整形外科を受診し、第2腰椎椎体骨折の診断にて入院となり、同日よりリハを開始した。入院2週目より歩行器歩行練習を開始したところ、体幹動揺と上肢振戦等の運動失調様症状を認めた。入院3週目に神経内科を受診し、多系統萎縮症（オリーブ橋小脳萎縮症：MSA-C）疑いと診断された。入院8週目に住宅改修と介護保険申請の手続きを経て自宅退院し、その後は訪問リハを利用し機能維持に努めている。

【方法】理学療法は、立位バランス練習や歩行練習（歩行器からT字杖への移行）等を中心に実施した。MSA-Cの進行性を考慮し過負荷を避けながら残存機能の維持と転倒リスクの軽減を図った。ADL動作の安全性向上を目指し、作業療法士（OT）と協力して調理動作等の家事動作を中心としたADL練習を実施した。また、医療ソーシャルワーカーやケアマネージャー、OTと共に退院前の家屋調査を行い、介護保険分野での住宅改修と訪問リハの提案を行った。評価項目は介入初期と退院時に、疼痛の評価としてNRS、身体機能の評価として握力や歩行速度、連続歩行距離、バランスの評価としてBBS、運動失調の評価としてSARAを用いて実施した。

【結果】介入初期：NRS4、握力18.4kg、歩行速度0.83m/秒（歩行器）、連続歩行距離300m（歩行器）、BBS38/56点、SARA16点。退院時：NRS1、握力18.0kg、歩行速度0.97m/秒（T字杖）、連続歩行距離150m（T字杖）、BBS40/56点、SARA13点。疼痛及び運動失調の軽減を認めた。一方、連続歩行距離は短縮したが、歩行補助具は歩行器からより自由度の高いT字杖へ移行した。

【考察】本症例はMSA-C疑いという進行性疾患を背景に腰椎椎体骨折を呈した複合的病態であった。過負荷を避けた段階的な運動療法により疼痛軽減と歩行速度の向上、バランス機能の改善が得られ、介護保険での住宅改修により自宅退院が可能となった。訪問リハの際に歩行時の介助方法に関して、介護者が指導を受け、習得することにより、介護負担感の軽減や転倒事故の予防につながる可能性が報告されており（水澤英作，2018）、退院後も継続的な訪問リハによる機能維持の必要性が示唆された。入院時のリハ介入と多職種によるシームレスな連携が、安全な在宅生活の基盤整備に寄与し、自宅退院につながったと考える。

一般演題（口述）| 成人中枢神経
2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-16] 口述16
座長:小川 健治(長崎リハビリテーション病院)、林 雄李(九州大学病院)

11:50 ~ 12:00

[O-16-03] 脳幹出血により重度の運動失調を呈した症例～残存機能を活用したアプローチ～

*上水 將司[1]、岡 高史[1] (1. 福岡青洲会病院リハビリテーション部)

キーワード：脳幹出血、運動失調、歩行

【倫理的配慮】 本報告はヘルシンキ宣言に基づき、症例の同意と当院倫理審査委員会の承認を得た(承認番号：2026-05番)

【目的】脳幹は錐体外路系投射線維の下位中枢として機能する多くの神経核を擁し、大脳皮質と脊髄を結ぶ投射線維の線維束が集中する部位でもある。そのため、臨床症状が多岐に渡り、病態把握が難しい。効果的なリハビリテーション(リハビリ)の実施には、臨床症状に加え、障害部位の機能局在と神経システムを理解する必要があるが、それら双方を解釈した報告は少ない。今回、広範囲の脳幹出血により、重度の運動失調を呈した症例を担当した。臨床症状に脳画像の解釈を加えて病態を整理し、残存機能を有効活用することで効率的なリハビリ介入につながり、歩行能力が改善し自宅退院に至ったため報告する。【症例紹介】70歳代男性。診断名は脳幹部出血。画像所見は左中脳～延髄にかけて最大2cmの血種。入院前ADLは全自立。第37病日に当院回復期病棟へ転棟。本人の希望は「手足がうまく動くようになって、家に帰りたい」であった。【経過】回復期転棟時の初期評価は下肢Brs(右)Ⅴ、下肢感覚障害(右)は表在感覚中等度鈍麻、深部感覚重度鈍麻、SARAは24点で右側有意に両側に失調症状あり、基本動作は座位保持は見守り、立位保持と移乗動作は軽介助。歩行はwide base、酩酊様で中等度介助、歩容は右下肢のコントロールが不十分で踵打歩行となり、接地位置も拙劣であった。また、後方から体幹把持し、速度を上げた歩行を誘導した際には、右下肢のコントロールは改善が見られた。BBSは６点、FIMは43点であった。第39病日より長下肢装具(KAFO)ロックでの歩行練習を開始。第41日病日より膝立ち練習を追加。第59病日より平地や段差ステップ練習、クォータースクワットを開始し、KAFOロックオフへ移行。第74病日に短下肢装具へ変更し、歩行器歩行と体幹ベルト装着した状態での独歩を開始。第104病日に装具なし歩行に移行。第111病日より自宅環境に合わせた移動や床上動作などを実施した。最終評価はBrs著変なし、感覚障害は表在・深部感覚軽度鈍麻、SARAは14点、基本動作は自立、歩行は軽度踵打歩行が残存したが伝い歩き自立、BBSは31点、FIMは105点に向上し、第140病日自宅退院となった。【考察】本症例の問題点は運動失調とバランス能力低下と考えた。運動失調は左橋核と横橋繊維の損傷により両側に大脳小脳神経回路による小脳性運動失調、内側毛帯の損傷による右側有意の感覚性運動失調と考えた。速度を上げての歩行で下肢のコントロールが改善したため、脊髄小脳系は残存していると考えた。そのため歩行練習は、鏡による視覚フィードバックを活用できる環境を設定、右下肢のコントロールする関節数を制限する目的でKAFOを選択し、介助下でのリズミカルな歩行練習を反復することが有効と考えた。残存機能を有効活用しながら、右下肢のコントロール改善に合わせてKAFOの制限を減らし、課題難易度を調整したことが独歩獲得の一助になったと考える。バランス能力低下には、前庭小脳系を活用する目的で患者自身がバランスを学習できるように独歩の練習を最小介助で実施した。バランス不良時の対応の経験が外側・内側前庭脊髄路を活動させ安定性が拡大したと考える。今回、脳幹病変の多様な臨床症状と画像所見を照合し、損傷機能と残存機能を把握し解釈することで、効率的なアプローチの選択ができたのではないかと考える。

一般演題（口述）| 成人中枢神経
2026年11月15日(日) 11:30 ~ 12:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-16] 口述16
座長:小川 健治(長崎リハビリテーション病院)、林 雄李(九州大学病院)

12:00 ~ 12:10

[O-16-04] 痙縮外来と通所リハビリテーションの連携により痙性麻痺肢の機能向上を認めた脳卒中生活期の一症例

*平川 裕紀[1]、中村 笑美[1]、池田 浩二[2]、外薗 昭彦[3] (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療法部　通所リハビリテーションあびりんす、3. 潤和会記念病院　リハビリテーション科)

キーワード：脳卒中生活期、痙縮治療、地域連携

【倫理的な配慮、説明と同意】対象者には本報告の目的を説明し、書面にて同意を得た。なお、情報の匿名化を徹底し、個人情報の保護に十分に配慮した。

【目的】 脳卒中生活期患者の痙縮管理において,A型ボツリヌス療法（以下,BoNT-A）と理学療法の併用は推奨されているが,病院での介入成果が通所リハビリテーション（以下,通所リハ）等の生活期リハビリテーションへ十分に引き継がれず,情報共有の難しさが一貫した治療の妨げとなるケースは少なくない.今回,痙縮外来チームの一員として,BoNT-Aと月1回の拡散型体外衝撃波療法（以下,rESWT）を併用し,通所リハスタッフとの連携を通じて痙性麻痺肢の機能向上を認めた症例を報告する.
【症例紹介】脳梗塞発症から5年経過した70歳代女性.右片麻痺を呈し,上下肢の痙縮により歩行および日常生活動作（以下、ADL）に支障を来していた.初回評価時,右上下肢の筋緊張亢進と関節可動域（以下,ROM）制限を認め,Timed Up and Go Test（以下,TUG）は20秒、短下肢装具を常時使用していた.
【経過】本症例は,通所リハスタッフより相談を受けたことを契機に,痙縮外来での治療を開始した.外来にて3〜4ヶ月周期のBoNT-A施注（通算8回）と,月1回のrESWTを定期的かつ継続的に実施した.なお、経過の途上で諸事情によりrESWTを一時中断した期間を認めた.介入に際し、「連絡ノート」を介して病院と通所リハスタッフとの双方向の連携体制の下で痙縮管理を継続した.
1. 下肢：筋緊張抑制が定着したため,下肢へのBoNT-Aは4回目で終了し,現在はrESWTも休止中だが良好なROMを維持している.TUGは遅延を認めたが,これは機能向上に伴い足底接地が安定し,装具による外部制動に頼らず自律的な重心制御へと移行した過程を反映しているものと考えられた.結果,支持性の向上により,自宅内や訓練室における裸足移動の獲得に至っている.
2. 上肢：通所リハでの訓練を通じた随意性の向上に伴い,施注部位を適宜調整しながら継続している.特筆すべき点として,rESWTの中断時に筋緊張の再増悪を認めたが,再開により速やかに再安定化した.双方向の連携により,痙縮外来での筋緊張緩和を通所リハでの機能訓練へ円滑に繋げることが可能となり,結果として爪切りやペットボトルの開栓といった具体的なADLの獲得に至った.
【考察】本症例の良好な経過は,BoNT-Aによる筋弛緩作用とrESWTによる軟部組織の柔軟性向上との相乗効果に加え,通所リハとの連携が大きく寄与したと考えられる.専門外来での介入による生体機能の変化を,通所リハでの実践的な課題指向型訓練へと繋げたことが,生活場面における運動学習の促進を導いた。その結果,裸足歩行の獲得や,爪切り・ペットボトルの開栓といった緻密なADLの実現に至った.このような双方向の連携は,生活期における機能向上の可能性を提示する一つの臨床的経過と言える.すなわち,外来での筋緊張ならびに組織粘弾性の調整と,日々の生活場面に即した介入との相互作用が,生活期における動作の再獲得を促進したことが示唆される.専門外来での治療と通所リハをシームレスに連結させる試みはBoNT-Aの必要性の減少や機能変化に応じた細やかな調整を可能にし,生活期における多様なニーズに応えるための有効な選択肢の一つになり得ると考えられる.
【まとめ】痙縮外来と通所リハの連携によりADLが向上した一症例を報告した.本症例が,生活期

の多様なニーズに即した,途切れのない継続的な地域支援のあり方を模索する上で一助となれば幸いである.

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄

2026年11月15日(日) 12:20 ~ 13:00 | 第3会場（海峰：3F）

[O-17] 口述17

座長:牟田 宏平(押領司病院)、重信 邦弥(米盛病院)

12:20 ~ 12:30

[O-17-01] 超音波画像診断装置による上腕骨頭すべり運動の定量的評価における信頼性の検討

*辛嶋 良介[1]、尾崎 悠人[1]、岸本 進太郎[1,2]、井原 拓哉[3]、吉野 温翔[1]、坂山 七海[1]、川嶌 眞人[4] (1. かわしまクリニック リハビリテーション科、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. 東京科学大学 運動器機能形態学講座、4. 川嶌整形外科病院 整形外科)

12:30 ~ 12:40

[O-17-02] 腱板修復術後1年の患者満足度に関連する身体機能因子の年齢層別検討

*濱崎 亜未[1]、田中 康明[1]、上妻 大士[1]、宮川 洋一[1]、大宮 俊宣[2]、﨑村 俊之[3] (1. 重工記念長崎病院　リハビリテーション科、2. 大宮医院、3. 重工記念長崎病院 整形外科)

12:40 ~ 12:50

[O-17-03] 広範囲腱板断裂術後早期における定量指標と観察指標を統合した負荷管理と患者立脚型評価を実施した一症例

*鈴木 陸斗[1]、赤崎 義彦[1]、下世 大治[1]、富岡 一俊[1]、加治 智和[1]、竹中 俊宏[1] (1. 垂水市立医療センター垂水中央病院)

12:50 ~ 13:00

[O-17-04] 上腕骨外側上顆炎女性患者における下垂位肩関節回旋可動域と前腕可動域及び握力の関連

*野崎 貴博[1]、相良 優太[1]、本多 一平[1] (1. 愛野記念病院 リハビリテーション部)

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 12:20 ~ 13:00 | 第3会場（海峰：3F）
[O-17] 口述17
座長:牟田 宏平(押領司病院)、重信 邦弥(米盛病院)

12:20 ~ 12:30

[O-17-01] 超音波画像診断装置による上腕骨頭すべり運動の定量的評価における信頼性の検討

*辛嶋 良介[1]、尾崎 悠人[1]、岸本 進太郎[1,2]、井原 拓哉[3]、吉野 温翔[1]、坂山 七海[1]、川嶌 眞人[4] (1. かわしまクリニック リハビリテーション科、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. 東京科学大学 運動器機能形態学講座、4. 川嶌整形外科病院 整形外科)

キーワード：超音波画像診断装置、上腕骨頭すべり運動、計測信頼性

本研究はヘルシンキ宣言による倫理的配慮に基づいた研究であり，当院倫理審査による承認を得て（承認番号： 20260402-01），全ての対象者には十分な説明と同意を得た後に実施した．

【目的】
拘縮肩は疼痛とROM制限が主症状であり，International society of arthroscopy, knee surgery and orthopedic sports medicineによるROM制限の定義は屈曲100°，外旋15°，内旋第5腰椎未満とされている．しかし，ROMには，肩甲骨運動による代償は加味されず，またROM測定時の運動時痛は適切な関節機能評価を阻害する．そこで我々は，関節包内運動に着目した．関節包内運動は関節面でのすべり運動であり，疼痛を惹起せずに関節機能を評価できる可能性がある．しかし，そのすべり運動を定量的に評価した報告は少なく，計測信頼性の検討は十分ではない．本研究では超音波画像診断装置（エコー）を用いて，健常肩におけるすべり運動の程度を計測し，検者内，及び検者間信頼性を検討した．
【対象と方法】
対象の包含基準は肩関節に外傷の既往と何らかの症状を有さない健常成人男性8名（16肩），平均年齢25.9 ± 4.9歳，平均BMI21.8 ± 2.0 kg/m^{2}であった．計測は異なる2名の検者（検者1： 臨床経験22年，検者2： 臨床経験5年）が各2回実施した．両検者は事前に画像描出，及び上腕骨頭すべり運動の誘導手技について練習を行い，手順を統一した．すべり運動の計測にはエコー（SONIMAGE MX1）の4–14 Hzのリニアプローブを用いた．背臥位で肩関節外転30°で脱力させ，回旋位をエコーでの短軸走査で結節間溝が直上になるよう調整した．その後，小結節と烏口突起をランドマークとして描出し，画像上での両骨間の深度差を計測した（安静時）．次にハンドヘルドダイナモメーター（μ TAS F-1）を上腕骨近位に設置して，後方へ60 Nの圧負荷を加え，同様に計測した（60 N時）．取得した値について，60 N時より安静時を減じた値をすべり運動距離とし，正値は上腕骨頭の後方移動と定義した．統計解析には，R4.5.3を用いた．検者ごとの安静時と60 N時の差を対応のあるt 検定とCohen’s（*r*）による効果量を算出した．すべり運動距離の信頼性は級内相関係数（ICC）を用いて，検者内，及び検者間信頼性を検討し，測定標準誤差（SEM）を算出した．いずれも有意水準は5%とした．
【結果】
すべり運動距離は，検者1で5.3 ± 2.5 mm，検者2で5.3 ± 2.6 mmであり，いずれも60 N時で有意に距離が増大した（$p < 0.01$，$r > 0.91$）．すべり運動距離の検者内信頼性（ICC1,2）は，検者1で0.84，検者2で0.85，SEMはいずれも1.0 mmであった．一方，検者間信頼性（ICC2,1）は0.49，SEMは1.6 mmであった．
【考察】
徒手による圧負荷での上腕骨頭のすべり運動の程度は肩関節角度と負荷する圧の程度により異なるが，健常肩では1.9–11.3 mm生じることが報告されている．本研究においても60 Nの圧負荷により後方すべり運動が生じ，先行研究の範囲内の値を示した．すべり運動計測は，検者内信頼性が高値でSEMが低値であることから良好な信頼性を有することが示された．一方，検者間信頼性は不十分であった．この原因として，変化量が小さいため対象者の脱力状態や圧負荷方向のわずかな違いなどの影響を受けやすいことが考えられた．したがって，本手法は同一検

者による経時的評価には有用である可能性が示唆された．
【まとめ】
エコーを用いた上腕骨頭すべり運動距離の計測は，検者内信頼性は良好であったが検者間信頼性は不十分であった．

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄

2026年11月15日(日) 12:20 ~ 13:00 | 第3会場（海峰：3F）

[O-17] 口述17

座長:牟田 宏平(押領司病院)、重信 邦弥(米盛病院)

12:30 ~ 12:40

[O-17-02] 腱板修復術後1年の患者満足度に関連する身体機能因子の年齢層別検討

*濱崎 亜未[1]、田中 康明[1]、上妻 大士[1]、宮川 洋一[1]、大宮 俊宣[2]、﨑村 俊之[3] (1. 重工記念長崎病院　リハビリテーション科、2. 大宮医院、3. 重工記念長崎病院 整形外科)

キーワード：腱板修復術、満足度、身体機能因子

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，個人情報の取り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】腱板修復術後における患者満足度は，患者の主観的評価を反映する重要なアウトカムの一つとされている。これまで，機能評価や心理的側面など複数の因子との関連が報告されているが，年齢層別ごとの筋力や可動域などの身体機能との関連については十分に検討されていない。本研究では，腱板修復術後1年の患者満足度に関連する身体機能因子を，年齢層別に検討することを目的とした。
【方法】対象は腱板修復術後患者65例（平均年齢66.4±9.1歳，男性39例，女性26例）とした。年齢により70歳未満群と70歳以上群の2群に分けて，さらに術後の満足度を満足・不満足に分けて検討を行った。各群はそれぞれ70歳未満群38例（満足27例，不満足11例）と70歳以上群27例（満足19例，不満足8例）に分けられ，術後1年の満足度を満足群・不満足を目的変数，性別，BMI，断裂サイズ，術後疼痛NRS，術後筋力（屈曲・外転MMT），Sugaya分類，術後可動域（屈曲・外転・外旋・内旋）を説明変数としてロジスティック回帰分析（ステップワイズ法）を行った。年齢層別の満足・不満足群間の比較をMann-Whitney U検定にて実施した。有意水準は5%未満とした。
【結果】70歳未満群では，術後NRSおよび術後外旋ROMが満足度と関連する因子として抽出された。術後NRSは満足度と負の関連を示し（OR=0.311，95%CI:0.134–0.722，p=0.007），術後外旋ROMは正の関連を示した（OR=1.163，95%CI:1.023–1.322，p=0.021）。また，群間比較では術後疼痛NRS，外転筋力，術後可動域（屈曲・外転・外旋・内旋）に有意差を認めた。一方，70歳以上群では有意な関連因子は抽出されず，群間比較でも有意差は認めなかった。
【考察】70歳未満群では，疼痛および外旋可動域が患者満足度と関連していた。疼痛軽減は患者満足度に影響する要因として報告されており，本研究でも同様の結果が示された。また，外旋可動域は整容動作や更衣動作など日常生活動作に関与し，先行研究では若年層は機能回復への期待が比較的高いと報告されているため満足度に影響した可能性が考えられた。一方，70歳以上群では有意な関連因子が抽出されなかった。高齢者は若年者と比較して活動レベルや身体的要求度が低く，疼痛消失や基本的日常生活動作の維持に対する期待が相対的に大きいことが報告されている。また，高齢者は術後の心理的回復に対してより高い満足感を示す傾向があることが報告されており，筋力や可動域などの身体機能では満足度を説明しきれない可能性がある。
【まとめ】腱板修復術後1年時の患者満足度に関連する因子は年齢層によって異なる可能性が示された。70歳未満では疼痛および外旋ROMとの関連が認められた一方，70歳以上では有意な関連因子は抽出されなかった。今後は症例数や評価項目を増やし，身体機能以外の要因も含めた検討が必要と考えられた。

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 12:20 ~ 13:00 | 第3会場（海峰：3F）
[O-17] 口述17
座長:牟田 宏平(押領司病院)、重信 邦弥(米盛病院)

12:40 ~ 12:50

[O-17-03] 広範囲腱板断裂術後早期における定量指標と観察指標を統合した負荷管理と患者立脚型評価を実施した一症例

*鈴木 陸斗[1]、赤崎 義彦[1]、下世 大治[1]、富岡 一俊[1]、加治 智和[1]、竹中 俊宏[1] (1. 垂水市立医療センター垂水中央病院)

キーワード：肩関節、腱板断裂、Shoulder36

ヘルシンキ宣言に則り，患者には書面を用いて説明し，同意を得た。

【緒言】
腱板修復術後の再断裂率は，広範囲断裂では高く，修復腱の治癒不全や機能回復不良のリスクが高い。そのため，修復部への過負荷を回避しつつ機能低下を防ぐ負荷管理が重要である。棘上筋，棘下筋では，術後時期に応じた安全域の筋活動量となる運動が定量化されている（Thigpen, et al, 2016）。一方，肩甲下筋では安全な負荷量を示す定量的な負荷指標が確立されていない。そのため，広範囲断裂症例では，定量的指標が存在する筋と存在しない筋が混在し，特に術後早期において負荷設定が治療者の経験や感覚に依存しやすいという課題がある。そこで，広範囲断裂術後症例に対し，術後早期に定量指標と観察指標を統合した負荷管理を実践し，その有用性を患者立脚型評価に基づき検討した事例を報告する。
【症例紹介】
60代後半男性。作業中に倒れてきた木材を支えようとして受傷。左肩挙上時の疼痛と違和感の訴えが強く，受傷3か月後に左棘上筋，棘下筋，肩甲下筋の広範囲断裂に対し鏡視下腱板修復術を施行。職業は大工で，違和感のない挙上動作の獲得を希望していた。
【方法】自動運動期開始の術後6週以降は，棘上筋，棘下筋に対し15%MVC以下の低負荷運動（振り子運動，側臥位肩屈曲）などを選択し，8週～12週では，16～29%MVC運動（座位挙上，座位外転）へ段階的に移行した（Thigpen, et al, 2016）。一方，肩甲下筋には，Belly press testを用い，①代償動作の出現，②上腕骨頭前方偏位，③疼痛を運動中止基準とした。これは機能不全時に出現する代表的所見であり，前方安定性の破綻を反映する指標として用いた。介入は術後2週から術後3か月まで実施した。評価は，術後早期であり最大努力を要する筋力評価が困難な時期であり，患者立脚型評価であるShoulder36を用いた。
【経過】
術後3か月で，Belly press testは陽性から陰性へ改善した。Shoulder36では，筋力，健康感，ADL能力，スポーツ活動の項目は変化しなかったが，疼痛，ROM項目はそれぞれ0.1点の改善を認めた。また，挙上時の主観的な違和感は改善した。
【考察】
広範囲腱板断裂術後症例に対し，術後早期から棘上筋，棘下筋には術後時期に応じた安全域の筋活動量となる運動を選択し，肩甲下筋には観察指標を運動中止基準とした負荷管理を実践した。また，術後早期であり，患者立脚型評価を用いて効果判定を行った。その結果，術後3か月において筋力，健康感，ADL能力，スポーツ活動は維持され，疼痛，ROM項目は改善が認められた。筋力回復は，術後6か月以降に顕在化すると報告されており（Seok, et al, 2026），評価時点では回復途上であったことが考えられる。一方で，低負荷運動は筋内圧上昇を抑制し，血流阻害を生じにくいとされており（Takarada, et al, 2000），過負荷回避を通して機能維持に寄与した可能性がある。また，術後早期にShoulder36を用いることで，負荷管理の妥当性の判断に活用が可能であった。以上より，本介入と評価は治療者の感覚依存を軽減し，術後早期から段階的な負荷設定の一助になる可能性が考えられた。

一般演題（口述）| 骨関節・脊髄
2026年11月15日(日) 12:20 ~ 13:00 | 第3会場（海峰：3F）
[O-17] 口述17
座長:牟田 宏平(押領司病院)、重信 邦弥(米盛病院)

12:50 ~ 13:00

[O-17-04] 上腕骨外側上顆炎女性患者における下垂位肩関節回旋可動域と前腕可動域及び握力の関連

*野崎 貴博[1]、相良 優太[1]、本多 一平[1] (1. 愛野記念病院 リハビリテーション部)

キーワード：上腕骨外側上顆炎、握力、前腕回外可動域

本研究は対象者に研究内容を説明し同意を得たうえで実施し、得られた情報は匿名化して管理した。

【背景・目的】
上腕骨外側上顆炎（lateral humeral epicondylitis：LE）は短橈側手根伸筋を中心とした腱付着部炎であり，握力低下や把持動作時痛を主症状とする．臨床において，LE女性患者の把持動作時に肩関節回旋肢位の変化が上肢運動連鎖を介して握力発揮へ影響する可能性を経験する。正常な把持動作には肩関節回旋と前腕回内・回外運動の協調が関与すると考えられるが、LEにおけるこれらの関係を検討した報告は少ない．本研究の目的は，LE女性患者における肩・前腕可動域と握力との関係を健常者と比較し，その特徴を明らかにすることである．
【方法】
対象はLE女性17名（58.1±8.5歳：以下LE群）および年齢を一致させた健常女性10名（55.9±7.0歳：以下健常群）とした．両側罹患例および非利き手側罹患例は除外した．測定項目は，下垂位肩関節外旋自動可動域，前腕回内・回外自動可動域（肘関節90°屈曲位），および握力とした．さらに，上肢を自然下垂させた状態から肘関節を90°自動屈曲させた際の肩関節回旋角度を下垂位肩関節内旋可動域として定義した．解析は，LE群を罹患側と非罹患側に，健常群を利き手側と非利き手側に分け，各郡の罹患側と利き手側を対応させMann-WhitneyのU検定を用いて比較を行った．また，各群において肩関節内外旋可動域，前腕回内外可動域および握力の関連をSpearmanの順位相関係数を用いて検討した．有意水準は5%とした．
【結果】
LE群の罹患側では，健常群の利き手側と比較して，下垂位肩関節外旋可動域と前腕回外可動域及び握力が有意に低下していた（$p<0.05$）．一方，下垂位肩関節内旋可動域は有意に増大していた（$p<0.05$）．さらに，相関分析の結果，LE群の罹患側に前腕回外可動域と握力に有意な負の相関（$r=-0.70$，$p=0.002$）が認められ，非罹患側にも同様の相関が認められた（$r=-0.51$，$p=0.029$）．一方，健常群では有意な関連は認められなかった．
【考察】
本研究より，LE女性患者の罹患側では，下垂位における肩関節回旋可動域が内旋方向へ偏位することが認められた.さらにLE群の罹患側には，下垂位肩関節外旋可動域と前腕回外可動域及び握力に有意な低下を認め，LE群の両側の前腕回外可動域と握力に負の相関を認めた．これらの結果より，LE女性においては肩甲帯を含めた肩関節機能及び手関節伸筋群の機能低下と疼痛が要因となり把持動作時の筋出力が制限される可能性があることが考えられた．また，回外位での筋出力発揮が困難となりやすく，LE女性では異なる前腕肢位での代償的な運動戦略が選択されている可能性が考えられた．以上より，LE女性患者の評価において，肩関節回旋可動域および前腕回内外可動域に着目することが重要な要素である可能性が示唆された．

一般演題（口述）| 物理療法

2026年11月15日(日) 12:20 ~ 13:10 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-18] 口述18

座長:福村 俊之(霧島杉安病院)、原 賢治(帝京大学　福岡医療技術学部)

12:20 ~ 12:30

[O-18-01] 化学療法誘発性末梢神経障害に対してしびれ同調TENSが即時効果を呈した1症例

*吉本 響[1]、豊栄 峻[1,2]、白浜 佳晃[1]、廣畑 俊和[2]、下堂薗 恵[2] (1. 鹿児島大学リハビリテーション部、2.鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学)

12:30 ~ 12:40

[O-18-02] 足部の異常感覚に対するしびれ同調TENSの有効性―末梢神経障害および中枢神経障害例での比較検討―

*谷 尚隼[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)

12:40 ~ 12:50

[O-18-03] 前脛骨筋に対する局所振動刺激の周波数の違い（30Hz・80Hz）が足関節機能に与える影響

*枝村 和也[1]、大平 高正[2]、岡本 雄嗣[3]、甲下 修士[4]、阿南 圭汰朗[5]、羽田 清貴[6]、牟田口 瞬[6]、尾崎 悠人[6]、奥村 晃司[6]、安部 稔[7]、山田 桂輔[8]、片岡 維新[9] (1. 医療法人平成会　サンライズ酒井病院、2. 訪問看護ステーション大分駅南、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、4. 独立行政法人　国立病院機構　大分医療センター、5. 国立大学法人　大分大学医学部附属病院、6. 社会医療法人玄真堂　かわしまクリニック、7. 医療法人社団春日会　黒木記念病院、8. 医療法人聡明会　児玉病院、9. 医療法人平成会　介護老人保健施設サンライズ・ビュー)

12:50 ~ 13:00

[O-18-04] 大腿神経に対する局所振動刺激が膝伸展の筋出力に及ぼす影響

*甲下 修士[1]、大平 高正[2]、岡本 雄嗣[3]、枝村 和也[4]、片岡 維新[5]、奥村 晃司[6]、羽田 清貴[6]、尾崎 悠人[6]、穴見 圭汰朗[7]、牟田口 瞬[9]、阿部 稔[8]、山田 桂輔[10] (1. 独立行政法人　国立病院機構　大分医療センター、2. 訪問看護リハステーション大分駅南、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. 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、6. 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、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. 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、9. わたなべ整形外科クリニック　リハビリテーション部、10. 医療法人聡明会　児玉病院　リハビリテーション科)

13:00 ~ 13:10

[O-18-05] 橈骨神経への局所振動刺激が肩関節機能に与える即時効果 ―Retrograde Neuropathic Painの観点から―

*岡本 雄嗣[1]、大平 高正[3]、奥村 晃司[4]、羽田 清貴[4]、枝村 和也[5]、甲下 修士[6]、穴見 圭汰朗[7]、阿部 稔[8]、牟田口 瞬[9]、山田 桂輔[10]、尾崎 悠人[4]、片岡 維新[11]、猿渡 知行[2] (1. 医療法人源算会　猿渡整形外科スポーツリハクリニック　リハビテーション科、2. 医療法人源算会　猿渡整形外科スポーツリハクリニック　整形外科、3. 訪問看護リハステーション大分駅南、4. 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、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. 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科、8. 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、9. わたなべ整形外科クリニック　リハビリテーション部、10. 医療法人聡明会　児玉病院　リハビリテーション科、11. 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)

一般演題（口述）| 物理療法
2026年11月15日(日) 12:20 ~ 13:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-18] 口述18
座長:福村 俊之(霧島杉安病院)、原 賢治(帝京大学　福岡医療技術学部)

12:20 ~ 12:30

[O-18-01] 化学療法誘発性末梢神経障害に対してしびれ同調TENSが即時効果を呈した1症例

*吉本 響[1]、豊栄 峻[1,2]、白浜 佳晃[1]、廣畑 俊和[2]、下堂薗 恵[2] (1. 鹿児島大学リハビリテーション部、2.鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学)

キーワード：しびれ同調TENS、化学療法誘発性末梢神経障害、足底感覚

本報告はヘルシンキ宣言に基づき患者に対して評価や介入方法の目的，症例報告について十分に説明し，文書による承諾を得て実施した。

【はじめに】化学療法誘発性末梢神経障害（CIPN）は神経毒性を有する抗がん剤投与後に四肢末梢優位の異常感覚を呈し，歩行やバランス機能の低下，転倒リスクの増大に関与することが知られている。近年，しびれ同調経皮的電気神経刺激（しびれ同調TENS）の有効性が報告されているが，CIPNに伴うしびれ感への効果や，歩行およびバランス能力への影響については十分に検証されていない。今回，CIPNを呈した症例に対してしびれ同調TENSを実施し，即時的なしびれ感の改善が得られた。しびれ感の変化による歩行およびバランス能力への影響について報告する。
【方法】60歳代女性。子宮体癌に対して化学療法（TC＋Pem療法）目的に入院し，入院時には下肢の疼痛や感覚障害は認められなかった。化学療法開始3日目に両足底部にしびれ感が出現した。しびれ感の出現後，歩行訓練等の通常理学療法に加え，しびれ同調TENSを併用した。しびれ同調TENSはしびれ感が強くみられる両足底部に対して実施し，周波数80Hz，パルス幅60 μs，刺激強度は患者の主観的なしびれ感と同調する強度とし，1日1回の介入の中で20～30分実施した。しびれ感のnumerical rating scale（NRS）は毎介入前後に評価した。また，しびれ同調TENS開始後8日目（最終日）に10m歩行試験（10MWT），片脚立位時間，触覚評価（Semmes-Weinstein monofilament test：SWT），Time Up and Go test（TUG），圧分布計測システム（フォース＆圧分布計測システムWin FDM）での評価をしびれ同調TENS実施前後で行い比較した。
【結果】毎介入前後でのしびれ感のNRSは，3から0へ減少した。また最終日にしびれ同調TENS前後の効果を比較した。SWTでは左足底部は触覚正常に改善を認めたが，右足底部は防御知覚低下領域が残存した。10MWTは11.29秒から9.32秒へ短縮し，歩数は21歩から18歩に減少した。片脚立位時間は右側で9.35秒から5.73秒，左側で9.32秒から16.87秒に変化した。TUGは右回りで12.15秒から9.75秒，左回りで11.48秒から9.29秒に短縮した。また，圧分布計測システムで歩行時での歩幅の延長や足圧中心前方移動の促進が確認された。
【考察】本症例では，しびれ同調TENS実施後にしびれ感の軽減を認め，感覚機能の改善とともに歩行能力，バランス機能の改善も認めた。CIPNによる異常感覚は，固有感覚入力の低下を引き起こし，姿勢制御能力の低下や身体動揺の増大に関与すると報告されている。本症例においても，しびれ同調TENSにより感覚入力の改善が得られたことで，体性感覚機能の向上が姿勢制御の安定化に寄与した可能性がある。さらに，足底しびれ感の軽減に伴い荷重位置の認識が向上し，立脚期における足圧中心の前方移動が促進されたことで，歩行時の前方推進力の向上および歩幅増大につながったものと考えた。
【結論】CIPNによるしびれ感に対して，しびれ同調TENSは即時的な軽減に加え，歩行およびバランス能力の改善に寄与する可能性が示唆された。今後，症例を蓄積しさらなる検証が必要である。

一般演題（口述）| 物理療法

2026年11月15日(日) 12:20 ~ 13:10 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-18] 口述18

座長:福村 俊之(霧島杉安病院)、原 賢治(帝京大学　福岡医療技術学部)

12:30 ~ 12:40

[O-18-02] 足部の異常感覚に対するしびれ同調TENSの有効性―末梢神経障害および中枢神経障害例での比較検討―

*谷 尚隼[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：しびれ同調TENS、busy line effect、皮質抑制

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取得した。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】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,四肢のしびれ感は臨床で頻繁に遭遇するが,薬物療法が中心であり,理学療法による有効な介入法は確立されていない。近年,末梢神経および中枢神経障害による上肢のしびれに対し,しびれ同調経皮的電気刺激療法(以下,しびれ同調TENS)の有効性が示唆されている。一方,下肢のしびれに対する報告は限定的である。本研究では,末梢神経および中枢神経障害により足部にしびれを呈した3症例に対し,しびれ同調TENSの効果を検討した。
【対象・方法】対象は足部にしびれを呈した3症例とした。症例1は80代女性で大腿骨人工骨頭置換術後(以下,BHA術後)61日経過し,腓骨神経麻痺の疑われるしびれが出現した。症例2は80代女性で腰部脊柱管狭窄症(以下,LCS)術後37日経過し,術前約1年前より両足部にしびれを認めていた。症例3は70代男性で延髄梗塞後25日経過し,発症後よりしびれの出現と表在感覚の軽度鈍麻を認めた。今回はA–B–Aデザインを採用し,ベースラインでは安静時のしびれが一定となるまで連日評価し,介入期7日,フォローアップ7日の計3期間で実施した。全期間で通常練習(歩行・筋力訓練・ADL練習)を行い,介入期には通常練習に併せてTrio300(伊藤超短波社製)を用いたしびれ同調TENSを1日60分間実施した。機器設定は先行研究に基づき,パルス幅(以下,PW)50μs,周波数および強度は患者の感覚閾値で調整した。評価項目はNumerical Rating Scale(以下,NRS),Neuropathic Pain Symptom Inventory(以下,NPSI),Short-Form McGill Pain Questionnaire-2(以下,SF-MPQ-2)とし,介入中はNRSの即時効果を測定し,経時的トレンドに基づき視覚的分析を行った。
【結果】症例1および症例2の2症例では,介入中にNRSの即時的な低下,NPSIおよびSF-MPQ-2の改善を認め,効果はフォローアップまで持続した。一方,症例3では各指標の変化は乏しかった。
【考察】症例1および症例2の2症例においてしびれの軽減を認めた一方で,症例3ではしびれの改善を認めなかった。症例1と症例2ではPW50μsでもAβ線維を中心とした求心性入力が十分に得られ,busy line effectによりTENS刺激と異常感覚入力が競合し,Aβ線維を介した求心性入力の増加により感覚入力処理が相対的に抑制されることで,異常感覚が軽減した可能性がある。さらに皮質レベルでの感覚処理も関与し,相乗的にしびれが軽減したと考えられる。即時効果に加え介入後も改善が持続したことから非薬物的介入として臨床応用の可能性が示唆される。一方,症例3では病変が延髄内側から腹側にかけて一部内側後方にも及び,後索から内側毛帯や脊髄視床路などの中枢感覚伝導路が障害されていた可能性がある。特に内側延髄病変では内側毛帯障害によりAβ線維の求心性入力が低下することが指摘されており,本症例においてもAβ線維由来の入力が減弱していた可能性がある。またPW50μsにおいて刺激強度を最大にしてもしびれ感を上回っていたことから,十分な求心性入力が得られず,感覚神経を賦活できず同調刺激が成立しなかった可能性がある。その結果,busy line effectや皮質抑制が十分に生じず,しびれの軽減に至らなかった可能性がある。今後は病態に応じた刺激条件の最適化を多症例で検討する必要がある。

一般演題（口述）| 物理療法

2026年11月15日(日) 12:20 ~ 13:10 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-18] 口述18

座長:福村 俊之(霧島杉安病院)、原 賢治(帝京大学　福岡医療技術学部)

12:40 ~ 12:50

[O-18-03] 前脛骨筋に対する局所振動刺激の周波数の違い（30Hz・80Hz）が足関節機能に与える影響

*枝村 和也[1]、大平 高正[2]、岡本 雄嗣[3]、甲下 修士[4]、阿南 圭汰朗[5]、羽田 清貴[6]、牟田口 瞬[6]、尾崎 悠人[6]、奥村 晃司[6]、安部 稔[7]、山田 桂輔[8]、片岡 維新[9] (1. 医療法人平成会　サンライズ酒井病院、2. 訪問看護ステーション大分駅南、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、4. 独立行政法人　国立病院機構　大分医療センター、5. 国立大学法人　大分大学医学部附属病院、6. 社会医療法人玄真堂　かわしまクリニック、7. 医療法人社団春日会　黒木記念病院、8. 医療法人聡明会　児玉病院、9. 医療法人平成会　介護老人保健施設サンライズ・ビュー)

キーワード：局所振動刺激、Ｉb抑制、緊張性振動反射

本研究はヘルシンキ宣言に則った研究であり、全ての被験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】マッサージガンによる局所振動刺激(Local Vibration Stimulus:LVS)は関節可動域、疼痛、筋力に短期的な効果があることや筋回復や肥大に関する研究はあることが報告されている。本研究では、筋に対する LVS の周波数の違いが関節機能に与える影響に違いがあるのではないかと仮説を立て 30Hz と 80Hz の LVS を用いて介入前後の関節可動域・筋力の結果から影響の違いを検討した。【方法】対象は健常成人男性 22 名 22 脚とした(平均年齢 31.2±7.7 歳)。被験筋は左足の前脛骨筋とした。被験者をランダム化し30Hz と 80Hz のいずれかを割り当て、24 時間以上経過後にもう一方の周波数を用いて実施した。マッサージガンは REBIVE2(創通メディカル社製)を振幅 2mm で腓骨頭から外果までの距離の中点の位置の前脛骨筋に 30 秒間実施した。各介入前後に自動底背屈可動域、背屈筋力を測定した。測定方法として、関節可動域は東大式ゴニオメーターを用いて足関節自動底背屈最大可動域を計測した。筋力は徒手筋力計(Power gauge 南波製作所)を用い、両足底を 10 cmの台上に接地し、膝関節を屈曲 60°、最大背屈、足趾屈曲位を測定肢位とした。中足骨遠位に対し床面に垂直に抵抗を5 秒間加え、1 分間の休憩をはさみ計 2 回測定し、その平均値を結果として抽出し、レバーアームからピークトルクを算出した。検者間誤差を防ぐ目的で検者は 1 人で統一した。統計処理は EZR を使用し Shapiro-Wilk 検定にて正規性を確認後、正規分布を示した項目には対応のある t 検定、示さなかった項目には Wilcoxon の符号順位検定を用いた。有意水準は5%とした。【結果】30Hz 群は底屈可動域に介入前 43.0±5.4°、介入後 47.9±5.5°と高値に有意差あり(p<0,01)。80Hz 群は背屈可動域で介入前 21.0±4.2°、介入後 22.8±5.3°と高値に有意差あり(p<0.05)、底屈可動域で介入前 46.9±4.1°、介入後 44.8±5.0°と低値に有意差あり(p<0.05)。ピークトルクは両群ともに有意な変化は示さなかった。【考察】結果から、前脛骨筋に対する LVS の周波数の違いは、足関節機能への影響が異なることと、筋力より可動域に影響することが分かった。30Hz の LVS は、筋の感覚器官であるゴルジ腱器官を刺激した結果、Ib 抑制による前脛骨筋の筋緊張抑制効果が関与したため、足関節底屈可動域の拡大を引き起こしたのではないかと考えられる。一方、80Hz の LVS は、その刺激が前脛骨筋の筋紡錘を介したIa 線維群の興奮が脊髄内の抑制性介在ニューロンを介し、相反性に拮抗筋である下腿三頭筋のα-運動ニューロンの興奮性を抑制した緊張性振動反射(Tonic Vibration Reflex:TVR)の関与により足関節背屈可動域の増大と底屈可動域の減少を引き起こしたのではないかと考えられる。LVS を用いた TVR について、過去の報告では、使用された周波数は 40~100Hz までとばらつきが大きく、刺激部位、方法など様々であったが、本研究で用いた 80Hz の LVS は、背屈可動域の増大、底屈可動域の減少が認められたことから TVR の関与はあったのではないかと考えられる。有意差が認められた項目の平均値の介入前後の変化量の差は、80Hz:背屈+1.8°・底屈-2.1°、30Hz:底屈+4.9°であることから、30Hz のLVSがIb

抑制による筋緊張抑制効果を用いた可動域改善を目的とした介入方法として有用である可能性が示唆された。

一般演題（口述）| 物理療法

2026年11月15日(日) 12:20 ~ 13:10 | 第4会場（瑞洋：3F）

[O-18] 口述18

座長:福村 俊之(霧島杉安病院)、原 賢治(帝京大学　福岡医療技術学部)

12:50 ~ 13:00

[O-18-04] 大腿神経に対する局所振動刺激が膝伸展の筋出力に及ぼす影響

*甲下 修士[1]、大平 高正[2]、岡本 雄嗣[3]、枝村 和也[4]、片岡 維新[5]、奥村 晃司[6]、羽田 清貴[6]、尾崎 悠人[6]、穴見 圭汰朗[7]、牟田口 瞬[9]、阿部 稔[8]、山田 桂輔[10] (1. 独立行政法人　国立病院機構　大分医療センター、2. 訪問看護リハステーション大分駅南、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. 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、6. 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、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. 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、9. わたなべ整形外科クリニック　リハビリテーション部、10. 医療法人聡明会　児玉病院　リハビリテーション科)

キーワード：局所振動刺激、大腿神経、筋出力

本研究は，ヘルシンキ宣言による倫理的配慮に基づき、対象者に対して事前に研究の趣旨および方法、結果の取扱いに対して十分な説明を行い、同意を得たうえで実施した。

【はじめに】近年、局所振動刺激（Local Vibration Stimulus：LVS）の有用性が注目されている。LVSが筋の柔軟性向上や筋緊張の緩和に寄与するという報告が散見される一方、その介入対象は主に筋組織であった。他方、運動器分野において末梢神経をターゲットとした超音波ガイド下ハイドロリリースの臨床効果が明らかになるにつれ、理学療法においても末梢神経に対する直接的なアプローチの重要性が認識され始めている。LVSは、これまで筋組織への介入効果が主とされてきたが、本研究では末梢神経組織への応用に着目し、大腿神経に対するLVSが膝伸展の筋出力に及ぼす影響を検証した。 【方法】対象は、下肢に整形外科的疾患や疼痛、重篤な関節可動域制限を有さない健常成人男性9名（39±10歳）とした。利き足を対象肢とし、膝伸展筋力の評価にはハンドヘルドダイナモメータ（酒井医療社製モービィ）を用いた。端座位にて膝関節90度屈曲位、5秒間の等尺性最大膝伸展運動を2回行い、その平均値を採用した。運動間の休息時間は1分間とした。筋力測定の1週間後、超音波画像診断装置(コニカミノルタ社製　SNiBL yb)を用いて大腿神経を同定し、同部位にLVS（創通メディカル製REBIVE2、振幅2mm、30Hz）を20秒間実施した。介入直後に同様の手順で筋力測定を行った。統計処理はEZRを使用し、Shapiro-Wilk検定にて正規性を確認後、対応のあるt検定を用いて介入前後を比較した。有意水準は5%とした。 【結果】膝伸展筋力の平均値は、介入前55.0±17.5 kgfに対し、介入後は59.4±14.2 kgfであり、有意な増加は認められなかった（p = 0.160）。しかし、9名中7名において膝伸展筋力の増加が認められ、介入前に対する介入後の膝伸展筋力の平均変化率は11.2%であった。 【考察】本研究は健常成人を対象としたが、萩原らは自覚症状のない未認識の末梢神経の圧迫や牽引が存在する可能性を指摘している。また、林は Entrapmentされる部位により筋力低下などの症状が異なることを報告している。これらを鑑みると、本研究の対象者においても、自覚症状のない潜在的な大腿神経の Entrapment が見落とされていた可能性が考えられる。 LVSによる筋出力向上の詳細なメカニズムは未だ不明な点が多い。しかし、末梢神経の正常な機能維持には十分な酸素供給が不可欠である（Lundborg）。福吉らは、エコーガイド下圧変動操作が伴走動脈の拍動を亢進させ、局所の血流と組織酸素動態を改善させると報告している。さらに、宮武らは超音波ガイド下ハイドロリリースが Entrapment を解消し、筋出力を改善させる有効性を論じている。 本研究でみられた即時的な筋力増加は、大腿神経に対するLVSがこれら先行研究と同様の役割を果たした可能性を示唆している。LVSがハイドロリリースや圧変動操作のような役割を果たし、神経内血流の促進、組織酸素動態の改善や神経周囲組織の滑走性を改善させた可能性が考えられる。その結果、大腿神経が本来の機能を取り戻し、元来持っている筋出力を十全に発揮できるようになったと推察される。

一般演題（口述）| 物理療法
2026年11月15日(日) 12:20 ~ 13:10 | 第4会場（瑞洋：3F）
[O-18] 口述18
座長:福村 俊之(霧島杉安病院)、原 賢治(帝京大学　福岡医療技術学部)

13:00 ~ 13:10

[O-18-05] 橈骨神経への局所振動刺激が肩関節機能に与える即時効果 ―Retrograde Neuropathic Painの観点から―

*岡本 雄嗣[1]、大平 高正[3]、奥村 晃司[4]、羽田 清貴[4]、枝村 和也[5]、甲下 修士[6]、穴見 圭汰朗[7]、阿部 稔[8]、牟田口 瞬[9]、山田 桂輔[10]、尾崎 悠人[4]、片岡 維新[11]、猿渡 知行[2] (1. 医療法人源算会　猿渡整形外科スポーツリハクリニック　リハビテーション科、2. 医療法人源算会　猿渡整形外科スポーツリハクリニック　整形外科、3. 訪問看護リハステーション大分駅南、4. 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、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. 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科、8. 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、9. わたなべ整形外科クリニック　リハビリテーション部、10. 医療法人聡明会　児玉病院　リハビリテーション科、11. 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：Retrograde Neuropathic Pain、局所振動刺激、末梢神経

本研究はヘルシンキ宣言に基づき実施した。対象者には目的・方法および局所振動刺激の影響を説明し、同意を得た。個人情報は匿名化して管理した。

【目的】
末梢神経損傷の分類であるSeddon分類及びSunderland分類は、末梢神経障害の損傷程度を評価、治療をする理学療法において重要な概念となる。また、近年ではDouble crush syndromeやParallel crush syndromeに代表されるように、障害部位の分布という観点から末梢神経障害を捉える病態概念も報告されている。本研究では、遠位部の末梢神経のEntrapmentが近位部の機能障害を惹起するRetrograde Neuropathic Painの概念に着目し、橈骨神経に対する局所振動刺激（Local Vibration Stimulus：LVS）が肩関節機能に及ぼす影響を検討した。

【方法】
健常成人18名36肩（男性15名、女性3名、平均年齢35.78±8.95歳）を対象とし、介入前後で、肩関節の屈曲、外転、外旋（Ⅰ・Ⅱ）、内旋（Ⅱ・Ⅲ）、伸展の関節可動域を測定した。LVSにはREBIVE 2（創通メディカル社製）を使用し、振幅2mm、30Hzの条件で橈骨神経に15秒間照射した。照射部位は、橈骨神経が浅枝及び後骨間神経に分岐する付近とし、上腕骨小頭をランドマークとした。統計学的解析はShapiro–Wilk検定により正規性を確認し、正規分布を示した項目には対応のあるt検定、示さない項目にはWilcoxonの符号順位検定を用いた。有意水準は5%とした。

【結果】
肩関節屈曲、外旋（Ⅰ）、内旋（Ⅱ・Ⅲ）は対応のあるt検定で有意差を認めた（$p<0.01$）
肩関節外転、外旋（Ⅱ）、伸展はWilcoxonの符号順位検定で有意差を認めた（$p<0.01$）

【考察】
Hagiwaraは、肩関節痛を主訴とする患者に対し、手根管や肘部管への夜間装具やエコーガイド下注射を行うことで肩痛が改善することを報告している。また、これらの症状の背景には未認識の神経圧迫が存在する可能性を指摘している。本研究は健常成人を対象としているが、この知見を踏まえると、健常成人でも潜在的な神経Entrapmentが存在している可能性が示唆される。更に、宇賀治は末梢神経牽引による虚血の影響について、神経束内血流は神経上膜下組織血流よりも低下しやすいことを報告している。本研究におけるLVSは、これらのEntrapmentにより低下した神経束内血流を改善した可能性がある。また、福吉は医師によるハイドロリリースと理学療法士によるエコーガイド下圧変動操作が類似した臨床効果を示すと報告しており、

その機序として末梢神経周囲組織の微小循環改善に伴う組織酸素動態の改善が筋攣縮軽減、関節可動域向上に寄与すると述べている。本研究で全検査項目に有意差を認めた背景には、橈骨神経に対するLVSがエコーガイド下圧変動操作と同様に末梢神経周囲の組織酸素動態を改善した可能性がある。その結果として遠位部のEntrapment及び末梢神経の牽引ストレスが軽減され、肩関節機能の改善に寄与した可能性が示唆される。

【まとめ】
健常成人においても潜在的な末梢神経のEntrapmentの存在が示唆され、更に、遠位の末梢神経への治療介入は、近位の機能障害に対する新たな評価及び治療戦略の一助となる可能性が示された。

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄

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

[P-13] ポスター13

座長:松林 亮太(竹田医師会病院)、賀好 宏明(産業医科大学病院)

9:00 ~ 9:10

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

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

9:10 ~ 9:20

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

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

9:20 ~ 9:30

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

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

9:30 ~ 9:40

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

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

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄

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

[P-13] ポスター13

座長:松林 亮太(竹田医師会病院)、賀好 宏明(産業医科大学病院)

9:00 ~ 9:10

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

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

キーワード：股関節インピンジメント、FADIRテスト、外閉鎖筋

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

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

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

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

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

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

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

9:10 ~ 9:20

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

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

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

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき本人に発表の趣旨を説明し同意を得た。

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

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

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

[P-13] ポスター13

座長:松林 亮太(竹田医師会病院)、賀好 宏明(産業医科大学病院)

9:20 ~ 9:30

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

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

キーワード：促通反復療法、体幹機能、高齢患者

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

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

一般演題（ポスター）| 骨関節・脊髄

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

[P-13] ポスター13

座長:松林 亮太(竹田医師会病院)、賀好 宏明(産業医科大学病院)

9:30 ~ 9:40

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

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

キーワード：荷重非対称性、深部感覚、大腿骨頸部骨折

個人情報の取り扱いに注意して匿名性を遵守した。

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

一般演題（ポスター）｜スポーツ・健康

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

[P-14] ポスター14

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

9:00 ~ 9:10

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

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

9:10 ~ 9:20

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

*金丸 元紀[1,2]、西尾 峻[1]、大山 史朗[2]、松元 春香[2] (1. 串間市民病院　リハビリテーション科、2. 宮崎アスレティックトレーナー協会　パラトレーナー部会)

9:20 ~ 9:30

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

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

9:30 ~ 9:40

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

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

一般演題（ポスター）| スポーツ・健康

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

[P-14] ポスター14

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

9:00 ~ 9:10

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

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

キーワード：左右非対称、疲労骨折、理学療法

本症例に、本報告の趣旨と内容を口頭および文書で説明し、書面にて同意を得た。

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

一般演題（ポスター）| スポーツ・健康

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

[P-14] ポスター14

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

9:10 ~ 9:20

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

*金丸 元紀[1,2]、西尾 峻[1]、大山 史朗[2]、松元 春香[2] (1. 串間市民病院　リハビリテーション科、2. 宮崎アスレティックトレーナー協会　パラトレーナー部会)

キーワード：総合型地域スポーツクラブ、地域連携、運動継続支援

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

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

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

一般演題（ポスター）| スポーツ・健康

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

[P-14] ポスター14

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

9:20 ~ 9:30

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

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

キーワード：大分国際車いすマラソン、クラス分け、理学療法活動

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

【活動目的】

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

【活動内容】

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

【活動経過】

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

【理学療法学研究としての意義】

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

一般演題（ポスター）｜スポーツ・健康

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

[P-14] ポスター14

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

9:30 ~ 9:40

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

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

キーワード：カウンタームーブメントジャンプ、足部位置制御、投球コントロール

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

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

CMJ着地時の足部位置偏位は投球コントロールと関連し,特に左下肢において強い関係性が示された.足部位置制御は支持脚機能を介して投球コントロールに関与する可能性が示唆された.

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄

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

[P-15] ポスター15

座長:白石 豊章(臼杵市医師会立コスモス病院)、鳥井 泰典(聖マリア病院)

9:50 ~ 10:00

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

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

10:00 ~ 10:10

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

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

10:10 ~ 10:20

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

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

10:20 ~ 10:30

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

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

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

9:50 ~ 10:00

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

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

キーワード：歩行自立、課題遂行能力、縦断研究

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

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

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

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

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

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

10:00 ~ 10:10

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

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

キーワード：回復期、活動量、歩数計

本症例に本報告の趣旨と内容について口頭にて説明し、文書にて同意を得た。

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

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄

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

[P-15] ポスター15

座長:白石 豊章(臼杵市医師会立コスモス病院)、鳥井 泰典(聖マリア病院)

10:10 ~ 10:20

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

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

キーワード：クリニカルリーズニング、仙腸関節、バレーボール選手

ヘルシンキ宣言に基づき, 患者に十分説明し書面にて同意を得て実施した

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

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

10:20 ~ 10:30

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

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

キーワード：筋持久力、重心動揺、腰痛症

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

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

一般演題（ポスター） | 地域リハビリテーション

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

[P-16] ポスター16

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

9:50 ~ 10:00

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

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

10:00 ~ 10:10

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

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

10:10 ~ 10:20

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

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

10:20 ~ 10:30

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

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

一般演題（ポスター）| 地域リハビリテーション

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

[P-16] ポスター16

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

9:50 ~ 10:00

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

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

キーワード：予防理学療法、リスク管理、運動強度

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

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

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

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

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

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

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

10:00 ~ 10:10

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

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

キーワード：脳血管障害、就労支援、多職種連携

本事例には報告の趣旨を口頭で説明し，書面にて同意を得ている．

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

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

10:10 ~ 10:20

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

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

キーワード：被殻出血、早期リハビリテーション、離島

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10:20 ~ 10:30

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

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

キーワード：重度感覚鈍麻、歩行・走行獲得、BWSTT

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

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

一般演題（ポスター）｜骨関節・脊髄

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

[P-17] ポスター17

座長:川上 健二(中村病院)、五十峯 淳一(八反丸リハビリテーション病院)

10:40 ~ 10:50

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

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

10:50 ~ 11:00

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

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

11:00 ~ 11:10

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

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

11:10 ~ 11:20

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

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

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

10:40 ~ 10:50

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

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

キーワード：内側開大式脛骨粗面下骨切り術、6分間歩行テスト、術前因子

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

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

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

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

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

【まとめ】

DTO後1年の６MWTには、術前の歩行能力、膝関節屈曲筋力、PCS無力感、Koosの下位尺度であるADL、QOLが関連する可能性が示唆された。術前からの評価および早期介入の重要性が示唆された。

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

10:50 ~ 11:00

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

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

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

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

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

11:00 ~ 11:10

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

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

キーワード：両側下腿切断、治癒遷延、階段昇降

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

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

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

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

11:10 ~ 11:20

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

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

キーワード：人工膝関節全置換術、外反膝、膝関節不安定性

対象には症例報告の趣旨と内容について十分な説明を行い，同意，承諾を得た．

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

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

一般演題（ポスター）｜呼吸・循環・代謝

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

[P-18] ポスター18

座長:神﨑 良子(九州栄養福祉大学)、多和田 千秋(牧港中央病院)

10:40 ~ 10:50

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

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

10:50 ~ 11:00

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

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

11:00 ~ 11:10

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

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

11:10 ~ 11:20

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

*大草 舞衣[1] (1. 済生会八幡総合病院リハビリテーション技術科)

一般演題（ポスター）｜呼吸・循環・代謝

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

[P-18] ポスター18

座長:神﨑 良子(九州栄養福祉大学)、多和田 千秋(牧港中央病院)

10:40 ~ 10:50

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

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

キーワード：COPD、栄養、離床

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

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

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

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

10:50 ~ 11:00

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

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

キーワード：COPD、最大仕事量（PWR）、体幹骨格筋指数（TSMI）

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

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

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

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

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

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

下している外来男性COPD患者には，呼吸機能や息切れのみではなく，体幹筋量の評価，アプローチする必要性が示唆された。

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

11:00 ~ 11:10

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

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

キーワード：閉塞性細気管支炎、吸気筋トレーニング、呼吸筋力低下

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

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

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

11:10 ~ 11:20

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

*大草 舞衣[1] (1. 済生会八幡総合病院リハビリテーション技術科)

キーワード：リハビリテーション栄養、位相角、重度低栄養

済生会八幡総合病院倫理委員会の承認を得た。(承認番号:227)

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

一般演題（ポスター） | 調査・統計

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

[P-19] ポスター19

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

11:30 ~ 11:40

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

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

11:40 ~ 11:50

[P-19-02] 患者満足度調査を接遇改善と組織成長につなげる試み

*濵﨑 瞬[1] (1. 社会医療法人玄州会　光武内科循環器科病院)

11:50 ~ 12:00

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

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

12:00 ~ 12:10

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

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

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

11:30 ~ 11:40

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

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

キーワード：臨床実習支援システム導入、事前調整項目、教員へのアンケート

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

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

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

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

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

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

11:40 ~ 11:50

[P-19-02] 患者満足度調査を接遇改善と組織成長につなげる試み

*濵﨑 瞬[1] (1. 社会医療法人玄州会　光武内科循環器科病院)

キーワード：患者満足度、リハビリテーション、組織成長

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

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

一般演題（ポスター）| 調査・統計

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

[P-19] ポスター19

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

11:50 ~ 12:00

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

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

キーワード：地域包括医療病棟、転倒転落、転倒転落リスクアセスメントシート

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

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

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

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

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

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

一般演題（ポスター）| 調査・統計

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

[P-19] ポスター19

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

12:00 ~ 12:10

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

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

キーワード：テキストマイニング、インシデント分析、医療安全

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

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

本手法は自由記述データから特徴語とクラスターの関連を可視化し、単なる単語検索や分類整理とは異なり複数の文章データ内容を総合的に捉えることでインシデントの特徴把握に有用であり、医療安全対策の質向上に寄与する可能性が示唆された。

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

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

[P-20] ポスター20

座長:松﨑 哲治(夫婦石病院)、元村 隆弘(北九州古賀病院)

11:30 ~ 11:40

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

*笠作 康太郎[1]、秋吉 亜希子[1]、岡 高史[1] (1. 社会医療法人青洲会　福岡青洲会病院　リハビリテーション部)

11:40 ~ 11:50

[P-20-02] 脳卒中急性期の多面的評価と在宅復帰時歩行能力の関連

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

11:50 ~ 12:00

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

*黒田 美空[1] (1. 熊本赤十字病院リハビリテーション科)

12:00 ~ 12:10

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

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

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

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

[P-20] ポスター20

座長:松﨑 哲治(夫婦石病院)、元村 隆弘(北九州古賀病院)

11:30 ~ 11:40

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

*笠作 康太郎[1]、秋吉 亜希子[1]、岡 高史[1] (1. 社会医療法人青洲会　福岡青洲会病院　リハビリテーション部)

キーワード：重複障害、在宅復帰、課題指向型アプローチ

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

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

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

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

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

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

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

[P-20] ポスター20

座長:松﨑 哲治(夫婦石病院)、元村 隆弘(北九州古賀病院)

11:40 ~ 11:50

[P-20-02] 脳卒中急性期の多面的評価と在宅復帰時歩行能力の関連

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

キーワード：脳卒中急性期、歩行、予後予測

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

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

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

11:50 ~ 12:00

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

*黒田 美空[1] (1. 熊本赤十字病院リハビリテーション科)

キーワード：急性期リハビリテーション、脳アミロイドアンギオパチー、早期離床

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

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

一般演題（ポスター）| 成人中枢神経

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

[P-20] ポスター20

座長:松﨑 哲治(夫婦石病院)、元村 隆弘(北九州古賀病院)

12:00 ~ 12:10

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

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

キーワード：視床出血、歩行、前庭機能

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

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

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