

第34回

山口県理学療法学術大会

プログラム・抄録集

テーマ

「食べるを支える
理学療法」

期日 令和7年11月30日[日]

場所 下関市生涯学習プラザ
『DREAM SHIP』

主催 一般社団法人
山口県理学療法士会



山理事一令和 07083 号

令和 7 年 10 月吉日

病院長 殿

施設長 殿

一般社団法人 山口県理学療法士会

会 長 道祖 悟史

第 34 回山口県理学療法学会

大 会 長 市野 敏亮



第 34 回山口県理学療法学会出張参加のお願いについて

謹啓 時下、貴職におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より山口県理学療法士会の活動に格別のご配慮をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、このたび下記により第 34 回山口県理学療法学会を開催する運びとなりました。テーマは、『食べるを支える理学療法』と題しまして、人が生きる上で切り離すことのできない「食べる」という行為について、理学療法士として捉えるべき視点や知識を改めて共有し、良質で専門性の高い理学療法を提供する土台づくりをする機会とすることを目的として開催いたします。

つきましては、貴職員で本会会員の_____氏の参加において、格段のご配慮を賜えますよう謹んでお願い申し上げます。

謹白

記

日 程 : 令和 7 年 11 月 30 日 (日)

会 場 : DREAM SHIP (下関市生涯学習プラザ DREAMSHIP)

〒750-0016 山口県下関市細江町三丁目 1 番 1 号

参加費 : 県内会員 ¥2,000 県外会員 ¥3,000 他職種・非医療職 ¥3,000
非会員 ¥10,000 学生無料

大会事務局 : 下関市立市民病院 リハビリテーション部

〒750-8520 山口県下関市向洋町 1 丁目 13-1

TEL : 083-231-4111)

理学療法士 水野 博彰 (準備委員長)

ご挨拶

第 34 回 山口県理学療法学術大会

大会長 市野 敏亮



「食べる」という行為は、人間の生理学的な側面から見て非常に重要です。食事を通じて私たちは栄養素を摂取し、身体の成長、修復、機能の維持に必要なエネルギーを得ており、「食べる」ことは生存と健康を支える基本的な活動と言えます。「食べる」行為は、認知、摂食、咀嚼、嚥下、姿勢、筋力などの様々な要素から構成され、その機能低下に対して、臨床場面では、作業療法士や言語聴覚士が中心となって介入する場合があります。

しかし、理学療法士にとっても「食べること」は重要なテーマの一つです。理学療法を実施する際には、実施前の運動負荷量の設定、実施後の理学療法の効果、疲労や身体機能の回復を促進するために、患者の食事・栄養状況の管理が重要となります。また、病院に限らず、施設や在宅の場面においても他職種がいない環境が少なくなく、理学療法士としての関わりが必要な場合があります。

近年の理学療法の分野では、脳血管障害や運動器疾患などの専門分化が進められていますが、その土台となる患者の栄養状態を作る「食べる」という行為について改めて着目し、理学療法士として何を捉え、何をすべきかを知ることは、理学療法の質の向上につながると考えます。

本学術大会は「食べるを支える理学療法」をテーマとし、人が生きる上で切り離すことのできない「食べる」という行為について、理学療法士として捉えるべき視点や知識を改めて共有し、良質で専門性の高い理学療法を提供する土台づくりをする機会とすることを目的として開催いたします。特別講演では大阪医療大学 医療看護学部 理学療法学科設置準備室の内田 学氏に「摂食嚥下障害に対して、理学療法士が果たすべき使命～多職種連携における嚥下理学療法の役割～」、市民公開講座では一般社団法人オンライン臨床 代表理事の長岡 菜都子氏をお招きし、「“誤嚥”から守る、未来の食卓。～誰でもできる、新しいケアのカたち～」というテーマで理学療法士ならびに言語聴覚士の視点からご講演いただきます。また、一般演題発表（口演、ポスター）や県内会員による特別企画を通して、参加者相互の知見を深める所存です。

準備委員一同、皆様のご参加を心よりお待ちしております。下関でお会いできることを楽しみにしております。

ご参加の皆様へ

本学術大会は、対面とオンライン配信のハイブリッド形式にて開催いたします。

【事前参加登録について】

日本理学療法士協会会員の方は事前参加登録が可能です。非会員の方は当日参加のみとなります。事前参加登録は以下の通りです。

- ・日本理学療法士協会マイページ

「生涯学習管理」⇒「セミナー検索・申し込み」の順にクリックし、「セミナー番号」欄に、対面申込の方は「144246」、オンライン申込の方は「143630」と入力し検索してください。

- ・日本理学療法士協会メンバーアプリ (JPTA アプリ)

JPTA アプリ⇒「セミナー」の順にクリックし、「履修目的」のいずれかをチェックし⇒「セミナー番号」欄に、対面申込の方は「144246」、オンライン申込の方は「143630」と入力し検索してください。

JPTA アプリは下記 URL よりダウンロード可能です。

<https://www.japanpt.or.jp/pt/announcement/newssystem/>

演題登録者、座長、司会者も事前参加登録が必要です

【当日受付について】

当日受付に関しては、QRコードを読み込みますので、ご参加の際には、JPTA アプリのご準備をお願いいたします。

【参加費について】

県内会員	¥2,000
県外会員	¥3,000
他職種、非医療職	¥3,000
非会員	¥10,000
学生	無料
市民公開講座のみ	無料

【領収書の発行について】

- ・日本理学療法士協会会員の方

日本理学療法士協会マイページより、各自で領収書を発行してください。

- ・会員の当日参加・PT 非会員・他職種・非医療職の方（現地参加）

学会当日に参加費をお支払い後、領収書が必要な方は受付にてお申し出ください。

【オンライン配信での受講方法について】

事前申し込み者には大会から Web 会議サービス「Zoom」のログイン用 URL を事前にメールします。大会の開始時間になりましたら、ログイン用 URL をクリックして参加してください。オンライン参加のための通信環境は受講者の責任において準備をお願いいたします。

【生涯学習ポイントについて-日本理学療法士協会会員向け-】

参加方法を問わず、受講登録は、JPTA アプリによる QR コード読み取り機能を使用して行います。事前に JPTA アプリを準備しておいてください。

各セッションの開始前後5分間、入室・退室のQRコードを提示しますので、その間に読み取りをしてください。両者とも、確実に読み取りをしてください。入退室の確認ができない場合、ポイントが認められない場合がありますので、ご了承ください。

本学会による登録理学療法士、専門・認定理学療法士更新に関する履修点数について

学会発表	専門・認定理学療法士更新 20 点
学会参加	登録理学療法士更新（カリキュラムコード 136：咀嚼・摂食・嚥下 5.5 ポイント） 認定・専門理学療法士更新に関わる点数（5.5 点） 専門理学療法士資格取得に関わる要件（3 コマ）
特別講演	登録理学療法士更新（カリキュラムコード 137：咀嚼摂食嚥下の理学療法 1.0 ポイント） 認定・専門理学療法士更新 1.0 点
市民公開講座	登録理学療法士更新（カリキュラムコード 108：栄養・代謝障害 1.0 ポイント） 認定・専門理学療法士更新 1.0 点
対面企画Ⅰ	登録理学療法士更新（カリキュラムコード 140：リハビリテーション栄養 1.0 ポイント） 認定・専門理学療法士更新 1.0 点
対面企画Ⅱ	登録理学療法士更新（カリキュラムコード 128：廃用症候群 1.0 ポイント） 認定・専門理学療法士更新 1.0 点
シンポジウム	登録理学療法士更新（カリキュラムコード 45：エビデンス（根拠）に基づく理学療法 1.0 ポイント） 認定・専門理学療法士更新 1.0 点

【プログラム・抄録集について】

プログラム・抄録集は PDF での配布となります。事前に、第 34 回山口県理学療法学会大会ホームページ（<https://www.k-gakkai.jp/ypta34/index.html>）にて、各自でダウンロードをお願いします。

【オーディエンスアワードについて】

本学会では一般口述演題をオーディエンスアワードの審査対象としております。本アワードでは参加者の皆様に「最も心に響いた」発表に投票していただきます。あなたの「学び」や「感動」を、以下の 5 段階でぜひお聞かせください。

- 1：普通だった（可もなく不可もなかった）
- 2：良かった（印象に残った部分があった）
- 3：とても良かった（内容が分かりやすく、学びがあった）
- 4：素晴らしかった（構成や発表の仕方まで優れていた）
- 5：印象的で最高だった（特に強く心に残った）

投票方法

発表後、ご自身のスマートフォンで簡単に投票できます。

現地参加の方

会場にて配布される案内に記載の QR コードから投票ページにアクセスしてください。

オンライン参加の方

チャットに表示される投票用 QR コードまたは URL から投票ページにアクセスしてください。

【お子様同伴でのご参加について】

この度、第 34 回山口県理学療法学会では、小さなお子様の持つ会員の皆さんが安心して学会に参加できるよう、「親子ルーム」を設置することになりました。

学会当日は、お子さんと一緒に過ごせる別室をご用意し、会場の講演をモニターで視聴いただけます。お子さんの様子を見守りながら、学会に参加できるこの機会をぜひご活用ください。

親子ルーム概要

設置場所： 学習室 3（下関市生涯学習プラザ 2 階）

利用可能時間： 9：00～17：00 予定（大会開催時間中）

設備： 海のホールの講演を視聴できるようにモニターを設置しています。

ご利用にあたってのお願い

- ・事前申込みは必要ありませんので、お気軽にご利用ください。
- ・本ルームは託児サービスではないため、お子様の安全管理は保護者の方の責任でお願いいたします。
お子様から目を離さないようにお願いします。
- ・飲食は原則禁止となっております（ペットボトルや水筒などこぼれない容器での飲水は可とします）。
飲食する 場合は所定の場所で開催いたします。
- ・スペースに限りがありますので、譲り合ってご利用ください。
- ・ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

※ 感染拡大防止のため、発熱や咳・鼻水などの感冒症状のあるお子様や同伴者、学級閉鎖を含む接触者に該当される方のご参加はお控えください。

【その他の注意事項】

- ・大ホール客席、小ホール客席の飲食は禁止となっております。
- ・会場内はすべて禁煙です。
- ・会場内では必ず携帯電話をマナーモードに設定してください。
- ・ノーネクタイなど、学術大会にふさわしいカジュアルな装いでのご参加も歓迎いたします。

【会場へのアクセス】



DREAM SHIP（下関市生涯学習プラザ 下関市立中央図書館）

〒750-0016 山口県下関市細江町三丁目1番1号

- ・下関駅より徒歩約15分
- ・バス「細江町バス停」下車徒歩約5分

車でお越しの場合

中国自動車道「下関IC」より車で約15分（下関市街方面へ。「関門トンネル」からも同様）

地下駐車場／80台（内身障者対応5台）

【利用時間】 8：30 から 22：30 まで

【駐車料金】 20分までごとに¥100

8：30～22：30 の上限…¥1,200

22：30～翌朝 8：30…¥1,000

（22：30～翌朝 8：30 の間は出庫できません。）

※生涯学習プラザ及び下関市立中央図書館をご利用の方は1時間無料。

（駐車券に1時間分の無料が反映されています）

※駐車台数に限りがございます。お越しの際はなるべく公共交通機関をご利用ください。満車の場合は、周辺市営駐車場をご利用ください。

また、満車の場合に「市営細江町駐車場」をご利用いただいた方は、1時間分相当の駐車券をお渡ししますので、生涯学習プラザ総合カウンターまでお越しください。



プラザ駐車場
出入口



市営細江町
駐車場

JRでお越しの場合

- ・新幹線（中四国・関西方面）・・・「新下関駅」にて乗り換え。在来線（新下関駅→下関駅） 約 10 分
- ・新幹線（九州方面）・・・「小倉駅」にて乗り換え。在来線（小倉駅→下関駅） 約 20 分

タクシーの場合

- ・下関駅 ⇄ 下関市生涯学習プラザ 約 10 分、料金の目安 ¥ 630～
- ・新下関駅 ⇄ 下関市生涯学習プラザ 約 20 分、料金の目安 ¥ 2,500～ ¥ 3,000

【会場マップ】

1 F



2 F



企業展示：ホームケアサービス山口，宮源， LeAILE

口述・ポスター発表要領

1. 口述発表演者要領

1-1. 受付について

受付場所：1 階 「演者・座長受付」

受付時間：9：00～9：40

注意事項：

- ・受付時に、生涯学習制度のポイント認定の手続きを行ってください。

1-2. 発表について

発表場所・時間帯：

演題 1～5 第 1 会場 海のホール 13：10～14：00

演題 6～10 第 1 会場 海のホール 10：10～11：00

演題 11～15 第 1 会場 海のホール 15：40～16：30

発表時間：発表時間 7 分以内、質疑応答 3 分以内

【注意事項】

- ・倫理に関する配慮がない場合は、発表が出来ません。
 - ・発表用スライドには倫理に関する記載を必ず明記して下さい。
 - ・タイムキーパーが発表終了 1 分前に呼び鈴 1 回、終了時間で呼び鈴 2 回鳴らします。
 - ・発表時間を厳守してください。
 - ・プレゼンテーションの操作は原則、演者に行って頂きます。
 - ・発表内容が抄録と相違しないよう注意してください。
 - ・演者の方は、発表開始の 5 分前までに会場前方の「次演者席」へお掛けください。
 - ・発表者ツールが使用できない可能性がありますのでご了承ください。
 - ・発表者の来場が困難な場合は、共同演者に代理発表をお願い致します。
- なお、代理発表も困難である場合は、事務局までご連絡ください。

1-3. スライドデータについて

データ形式：Microsoft PowerPoint プレゼンテーション形式（拡張子「.pptx」形式）

ファイル名：「演題番号（半角）－ 演者名」

例）演題番号 1 の演者が山口太郎の場合 ⇒ 1- 山口太郎

枚数制限：枚数制限はありませんが、発表時間に収まるように注意してください。

【注意事項】

- ・Windows10、PowerPoint2013 以上で作成し保存してください。
- ・スライドの 2 枚目で、利益相反（COI）について開示してください。
- ・倫理に関する記載を必ず明記してください。
- ・スライドのサイズは、ワイド画面（16：9）で作成してください。

- ・ PowerPoint に標準搭載されているフォントのみ使用してください。
- ・ 発表内容が抄録と相違ないように注意してください。
- ・ スライドのデザインや背景が複雑な場合、映写時に問題が生じる場合がありますのでご注意ください。
- ・ スライドのファイルサイズが大きくなりすぎないようにしてください。
- ・ アニメーションは最小限にするようご留意ください。
- ・ 静止画像を使用する場合は JPEG 形式としてください。
- ・ 音声、動画の使用はお控え下さい。
- ・ Mac で作成した場合は、必ず Windows PC での動作を確認した上でお持ちください。
- ・ 当日使用する PC (Windows) は、主催者側で準備いたします。
- ・ 持ち込み PC の使用は出来ませんので、予めご了承ください。
- ・ データは、発表終了後に学会事務局が責任を持って消去いたします。

1-4. 口述発表の発表ファイルの事前提出について

発表ファイルは、令和 7 年 11 月 27 日 (木) 17:00 までに、以下の URL へ送信願います。当日の変更は原則として受け付けません。

[発表データ提出先 URL]

<https://biz.datadeliver.net/posts/zSvmuPc9UzAH>

【お問い合わせ先】

第 34 回山口県理学療法学術大会

大会事務局：下関市立市民病院 リハビリテーション部

大会準備委員長 水野 博彰

TEL 083-231-4111 (病院代表) E-Mail gakkai.ypta@gmail.com

2. ポスター発表演者要領

2-1. 受付について

受付場所：1 階 「演者・座長受付」

受付時間：9:00～9:40

【注意事項】

- ・ 受付時に、生涯学習制度のポイント認定の手続きを行ってください。

2-2. 発表について

発表場所：ポスター発表 演題 16～20 第 3 会場 学習室 1・2

時間帯：10:10～11:00

発表時間：6 分 以降フリーディスカッション

【注意事項】

- ・ ポスター内で利益相反 (COI) について開示してください。

- ・倫理に関する記載を必ず明記してください。
- ・指定場所にポスター掲示を行い、演者は指定された時間 5 分前には各自のポスター前に待機してください。
- ・セッション開始のアナウンスはありません。時間になりましたら座長の指示に従い、発表を開始してください。
- ・マイクは使用できません。参加者に聴こえる声の大きさと発表してください。
- ・指定された時間で貼付および撤去にご協力ください。
- ・発表者の来場が困難な場合は、共同演者に代理発表をお願い致します。
なお、代理発表も困難である場合は、事務局までご連絡ください。

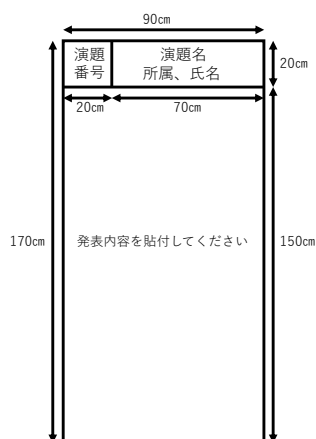
2-3. ポスター作成・貼付・撤去について

貼付時間： 9：10～ 9：50

撤去時間：17：10～17：30

掲示規格：題名・所属・氏名スペース 縦 20 cm×横 70 cm（以内）

本文・図表スペース 縦 150 cm×横 90 cm（以内）



【注意事項】

- ・パネルの掲示規格に従って、発表内容をご用意ください。
- ・演題名・所属・演者名を書いた 20cm×70cm の用紙を各自でご準備ください。
- ・左上部の演題番号は、学会主催者側で用意します。
- ・少し離れたところからもはっきり見えるように工夫してください。
- ・ポスター貼付は画鋲のみ使用できます。画鋲は主催者側で準備します。
- ・両面テープや糊付けはできません。また、パネルに直接の書き込みもできません。
- ・発表内容が抄録と相違しないよう注意してください。
- ・指定された時間帯に演者がポスター貼付および撤去を行ってください。
- ・撤去時間を過ぎたポスターは、学会主催者側で撤去および処分させていただきます

【第34回 山口県理学療法学術大会 日程表】

	2025年11月30日（日）			
	第1会場 海のホール	第2会場 宙のホール	第3会場 学習室1・2	親子会場 学習室3
	対面＋オンライン	対面のみ		サテライト配信
9時00	9：00～ 施設開場・受付開始			
10			9：10～9：50（40分） ポスター貼付け	
20				
30				
40				
50				
10時00	開会式			開会式
10	10：10～11：00（50分） 口述発表1	10：10～11：10（60分） 対面企画Ⅰ	10：10～11：00（50分） ポスター発表	10：10～11：00（50分） 口述発表1
20				
30				
40				
50				
11時00	アフタートーク・休憩（20分）		アフタートーク・休憩（20分）	
10	11：20～12：20（60分） 特別講演			11：20～12：20（60分） 特別講演
20				
30				
40				
50				
12時00	12：20～13：10（50分） 昼休憩			
10				
20				
30				
40				
50				
13時00	13：10～14：00（50分） セレクション演題発表	13：10～14：10（60分） 対面企画Ⅱ		13：10～14：00（50分） セレクション演題発表
10				
20				
30				
40				
50	アフタートーク・休憩（20分）			
14時00				
10				
20				
30				
40	次期大会長挨拶		次期大会長挨拶	
50	14：30～15：30（60分） 市民公開講座			14：30～15：30（60分） 市民公開講座
15時00				
10				
20				
30				
40	休憩（10分）			
50	15：40～16：30（50分） 口述発表2	15：40～16：40（60分） 専門領域シンポジウム		15：40～16：30（50分） 口述発表2
16時00				
10				
20				
30				
40	アフタートーク・休憩（20分）			
50	表彰式・閉会式			表彰式・閉会式
17時00				
10				
20				
30				
		17：10～17：30（20分） ポスター撤去		

プログラム

11月30日（日） 10：00～10：10 開会式	会場：海のホール
---------------------------	----------

11月30日（日） 10：10～11：10 対面企画Ⅰ	会場：宙のホール
-----------------------------	----------

座長：山本 悟
（山縣整形外科医院）

テーマ 「体組成による『見える化』は筋肉評価の精度を上げる」

フィット N+ 代表 理学療法士 中江 誠

11月30日（日） 10：10～11：00 口述発表1	会場：海のホール
-----------------------------	----------

座長：楫野 充也
（山口コ・メディカル学院）

6 腰部脊柱管狭窄症患者における JOABPEQ を用いた心理的支援の効果

脳神経筋センターよしみず病院 リハビリテーション部 柴田 和

7 脊柱管狭窄症を呈する患者の歩行距離延長に着目して

脳神経筋センターよしみず病院 リハビリテーション部 河西 翔和

8 馬尾型腰部脊柱管狭窄症により重度下肢麻痺を呈した一例

一般社団法人巨樹の会 下関リハビリテーション病院 リハビリテーション科 香月 郁威

9 新たなMR I 撮影シーケンスを用いた保存療法による腰椎分離症の予後予測の有効性

虹ヶ浜整形外科クリニック リハビリテーション部 千々和 剛

10 糖尿病既往の高齢者大腿骨頸部骨折術後における低負荷運動と栄養補助食品摂取による ADL 向上の一症例

医療法人社団 青寿会 武久病院 リハビリテーション部 平岡 慎

11月30日（日） 10：10～11：00 ポスター発表

会場：学習室1・2

座長：八木 宏明

（山口労災病院）

16 体幹失調を呈した高齢橋梗塞患者に対して座位型VRを用いた一症例

一般社団法人巨樹の会 下関リハビリテーション病院 リハビリテーション科 村上 慶造

17 脳梗塞後痙性に対する体外衝撃波治療の有用性：歩行の安定性向上を認めた一例

一般社団法人巨樹の会 下関リハビリテーション病院 リハビリテーション科 本多 龍馬

18 鼠径部痛に対し骨盤マルアライメント治療と股関節運動機能障害に対する治療が著効した一症例

虹ヶ浜整形外科クリニック リハビリテーション部 小川 寛晃

19 長門市における訪問型サービスCの取り組みとその効果について

訪問看護ステーションこころの樹 リハビリテーション部 田中 聖

20 胸腔鏡下肺切除術後クリニカルパス逸脱者の栄養状態の推移

山口県立総合医療センター リハビリテーション部 好永 智治

11月30日（日） 11：20～12：20 特別講演

会場：海のホール

座長：市野 敏亮

（武久病院）

テーマ 「摂食嚥下障害に対して、理学療法士が果たすべき使命

～多職種連携における嚥下理学療法役の役割～」

大阪医療大学 医療看護学部 理学療法学科 設置準備室 理学療法士 内田 学

11月30日（日） 13：10～14：00 セレクション演題発表

会場：海のホール

座長：溝口 桂

（周東総合病院）

1 栄養管理とPrimewalkを用いた訓練の併用により歩行自立に至った脳炎後重度廃用患者の一例

一般社団法人巨樹の会 下関リハビリテーション病院 リハビリテーション科 吉村 汰樹

2 成人脳性麻痺者への理学療法効果についてCOPMを用いた検証

山口県済生会下関総合病院 リハビリテーション科 上條 貴弘

3 心不全患者における入院関連嚥下機能低下（Hospital-Associated Dysphagia）は生命予後に関連する

地方独立行政法人 下関市立市民病院 リハビリテーション部 月城 一志

4 カットダウンの基準明確化を目的とした工具不要型遊動膝継手の開発 ―軽量化および操作性改善の検証―

総合リハビリテーション研究所 来歩リハビリステージ 大谷 道明

5 心不全患者における入院時の全身性炎症（mGPS）が歩行開始日へ及ぼす影響

地方独立行政法人 下関市立市民病院 リハビリテーション部 平沼 侑花

11月30日（日） 13：10～14：10 対面企画Ⅱ

会場：宙のホール

座長：宇野 健太郎

（脳神経筋センターよしみず病院）

テーマ 「リハビリテーション栄養（各論：食事摂取が進まない方へどう対応するか）」

脳神経筋センターよしみず病院 言語聴覚士 大月 悠

11月30日（日） 14：20～14：30 次期大会長挨拶

会場：海のホール

第35回山口県理学療法学会 大会長 小西 尚則

（山口大学医学部附属病院）

11月30日（日） 14：30～15：30 市民公開講座

会場：海のホール

座長：市野 敏亮
（武久病院）

テーマ 「“誤嚥”から守る、未来の食卓。～誰でもできる、新しいケアのカたち～」

一般社団法人オンライン臨床 代表理事 言語聴覚士 長岡 菜都子

11月30日（日） 15：40～16：30 口述発表2

会場：海のホール

座長：松浦 和文
（山口リハビリテーション病院）

11 地域在住高齢者における主観的記憶障害とフレイルの関連性：横断的観察研究

医療法人社団二三会 みずほ内科クリニック 木下 貴文

12 児童発達支援事業において各発達評価を実施し、保育所等訪問支援まで移行した一例

SUNSUN 株式会社 OZ デイ33 しろのせき 吉村 仁志

13 トレーナーとの関わりとトレーナーの認識 ～中学バレーボールチーム関係者のアンケートから～

山口労災病院 中央リハビリテーション部 田口 暢秀

14 COPD を呈し離床困難となったが多職種連携により ADL の改善を認めた一例～RST 活動を通して～

社会医療法人社団松涛会 安岡病院 リハビリテーション科 広田 綾乃

15 回復期リハビリテーション病棟入院患者における BMI と ADL 改善の関連性について

一般社団法人巨樹の会 下関リハビリテーション病院 リハビリテーション科 小山 竜請

11月30日（日） 15：40～16：40 専門領域シンポジウム

会場：宙のホール

座長：水野 博彰

（下関市立市民病院）

テーマ 「各専門領域からみたリハ栄養との関わり

～摂食嚥下機能の最新レビューを含めて～」

<運動器領域>	下関看護リハビリテーション学校	理学療法士 渡邊 一也
<内部障害領域>	山口県立総合医療センター	理学療法士 三浦 正和
<神経領域>	山口リハビリテーション病院	理学療法士 山下 修平

11月30日（日） 16：50～17：10 表彰式・閉会式

会場：海のホール

抄 録

特別講演

摂食嚥下障害に対して、理学療法士が果たすべき使命 ～多職種連携における嚥下理学療法の役割～

大阪医療大学 医療看護学部 理学療法学科 設置準備室

内田 学



「摂食嚥下障害」に対して、専門的に診療体制を構築しているリハビリテーション専門職は間違いなく言語聴覚士である。各種疾患に対する診療ガイドラインにおいても、明確に記載がなされており貢献度合いは非常に大きく、食の喜びを取り戻す大きな機会になっている。一方で、我々理学療法士が摂食嚥下障害に対する介入を実施しているかと問われると、ほとんどの会員は未実施・未経験という状況である。摂食嚥下障害を引き起こしやすい疾患として、脳血管障害やパーキンソン病など、身体に何らかの運動障害が生じる患者を想像することは容易である。座位バランスが確立せず、崩れた座位姿勢で食事摂取を行う片麻痺患者、全身に出現する強い強剛により屈曲姿勢を強いられるパーキンソン病患者など多く目にする。いずれも異常姿勢を背景としており、摂食嚥下障害、誤嚥性肺炎は付随しているような印象を持っている。しかしながら、理学療法士が身体に生じる運動障害と嚥下障害を関連付ける機会があるかと問われると、答えは「No」ではないだろうか？摂食嚥下障害は、口腔・顔面による特異的な運動機能障害であるように考えているが、重力環境下における最頂点の運動機能は顎関節と舌運動である。すなわち、咀嚼・嚥下・移送という嚥下に代表される運動機能は、土台にある骨盤帯や体幹、頭頸部の上行性アライメントに影響を受ける多様な運動機能である事を理解すべきである。摂食操作という上肢と口腔の協応関係の確立においても同様である。理学療法士の専門性は、関節運動学に基づく身体運動機能障害や構築学的な構造異常に対する介入であり、活動、参加を拡大させる事を主目的としている。一方で、行動水準として実践される異常姿勢下での摂食嚥下障害に着眼点を置かない状況は、理学療法士として責任を果たしているとは言い難い状況である。

理学療法士として、摂食嚥下障害に対する介入を新たに構成する必要はなく、日常的に実践している理学療法（運動療法・物理療法・呼吸療法など）の効果を多職種に共有する事が最も重要である。姿勢や動作が改善（生活期であれば改悪）していることを言語聴覚士・作業療法士に共有し、嚥下状況がどのような変容を遂げるかについて議論する場を設けることが多職種連携の入り口であると考えている。

我々は、2023年に一般社団法人日本栄養嚥下理学療法学会を設立し、栄養障害と嚥下障害を中心に専門的な理学療法介入を学際的に構築する学術団体を設立した。今後、益々会員の皆様と共に発展し、摂食嚥下障害を専門的に支援する職能団体として成長できることを期待している。

【学歴・職歴】

2004 年 3 月	国際医療福祉大学大学院医療福祉学専攻科 修士課程修了 修士
2007 年 3 月	国際医療福祉大学大学院医療福祉学専攻科 博士課程修了 博士
2012 年 4 月	東京医療学院大学保健医療学部リハビリテーション学科理学療法学専攻
2025 年 4 月	大阪医療大学 医療看護学部理学療法学科 設置準備室

【所属学会】

日本栄養嚥下理学療法学会	日本摂食嚥下リハビリテーション学会
日本理学療法学会連合	日本老年社会医学学会
日本病態生理学会	総合理学療法研究会
日本理学療法科学学会	日本予防理学療法学会
日本呼吸ケアリハビリテーション学会	
日本神経理学療法学会	

【認定資格】

専門理学療法士（呼吸理学療法）
専門理学療法士（心血管理学療法）
専門理学療法士（糖尿病理学療法）
呼吸ケアリハビリテーション指導士
呼吸ケア指導士

【社会活動】

2021 年 5 月	日本栄養嚥下理学療法学会 理事長
2023 年 5 月	日本理学療法学会連合 理事
2022 年 4 月	日本病態生理学会 学会活性化委員
2021 年 5 月	日本理学療法士協会 代議員
2021 年 5 月	東京都理学療法士協会 代議員
2017 年 4 月	総合理学療法研究会 理事
2016 年 5 月	理学療法学 査読委員

市民公開講座

“誤嚥”から守る、未来の食卓。 ～誰でもできる、新しいケアのカタチ～



一般社団法人オンライン臨床 代表理事

長岡 菜都子

私たちは、生まれたときから「食べること」と共に人生を歩んでいます。母乳やミルクに始まり、離乳食を経て、家族や仲間と食卓を囲む。食べることは、栄養補給であると同時に、人生の楽しみであり、人とのつながりを形づくる大切な営みです。

しかし誰もがいつまでも同じように食べられるわけではありません。加齢や病気により「嚥下障害」が生じ、食べ物や飲み物が誤って気管に入ってしまう「誤嚥」を繰り返すようになります。その結果、誤嚥性肺炎を起こし、命に関わることも少なくありません。「誤嚥＝悪」と思われがちですが、実は誤嚥は誰にでも起こる自然な現象です。大切なのは誤嚥をゼロにすることではなく、「誤嚥と共に生きる」工夫を知ることにあります。

本講演では、私自身が手術をきっかけに嚥下障害を経験し、唾液すら飲み込めなかったときの体験を交えながら、誤嚥ケアの本当の意味についてお話しします。とろみ剤や食器の工夫、姿勢や環境の整え方、さらには医師・看護師・理学療法士・作業療法士・管理栄養士・歯科医師・言語聴覚士といった多職種がどのように「食べる」を支えているのかを具体的に紹介します。

また、全国各地で開催され、すでに体験者数が4,500名を超えた体験型ワークショップ「Let's 誤嚥®」。今回はその制作者である講師自身がオリジナルのワークショップを行います。実際に“誤嚥”を疑似体験していただくことで、誤嚥の怖さだけでなく、予防につながるちょっとした知識や、食を楽しむための工夫の大切さを体感していただけます。食べることは生きること。最後の一口を「その人らしい形」で迎えられるかどうかは、本人だけでなく家族にとっても大切なことです。誤嚥を知り、備えることは、未来の食卓を守ることにつながります。本講演をきっかけに、食べることの尊さと、新しいケアの形を皆さんと共有できれば幸いです。

食べることは生きること。最後の一口を「その人らしい形」で迎えられるかどうかは、本人だけでなく家族にとっても大切なことです。誤嚥を知り、備えることは、未来の食卓を守ることにつながります。本講演をきっかけに、食べることの尊さと、新しいケアの形を皆さんと共有できれば幸いです。

【学歴・職歴】

2005 年 3 月	国際医療福祉大学 保健学部 言語聴覚学科 卒業
2005 年 4 月	医療法人協愛会阿知須共立病院 入職
2007 年 4 月	株式会社シダーあおぞらの里下関訪問看護ステーション 入社
2019 年 1 月	びいどろ（個人事業）設立
2021 年 3 月	一般社団法人オンライン臨床設立 代表理事就任

【認定資格】

LSVT LOUD 認定言語聴覚士

【社会活動】

2020 年～	NPO 法人にこり オンライン顧問として活動支援
2024 年～	公益財団法人 TSURUMI こどもホスピスプロジェクト オンライン顧問として活動支援
2020 年～	コロナ禍において、医療者・市民への学びを届けるため、完全無料のオンライン学会を 7 回開催（延べ 1 万人以上動員）
2020 年～	NPO 法人ピープルデザイン研究所主催「超福祉の学校プロジェクト」の実践団体「はなうた図工室」を運営（副代表）。誰もが楽しめるアートを通じ、障害のある方と支援者の対話の場を創出。
2019 年～	オンライン顧問セラピストとして、全国 15 法人・40 施設以上に人材育成・ケア体制構築を支援
2019 年～	下関市医療・介護ネットワーク理事として、地域の医療・介護の多職種連携推進に携わる

対面企画 I

体組成による『見える化』は筋肉評価の精度を上げる



フィット N+ 代表

中江 誠

私たちは生老病死が避けられない以上、その過程で発生する医療や介護の「経費」を、できる限り遠ざけたり、軽減したり、適切に維持することが大切になります。こうした「経費のコントロール」は、一次・二次・三次予防の考え方と一致します。しかしながら、国民の「予防」に対する認識は十分とは言えず、依然としてアンメットニーズな領域です。

身体活動の源である筋肉の恒常性は、運動と栄養という二つの要素によって保たれています。摂取したタンパク質を筋肉に変換する（同化）過程では、必須アミノ酸、特に分岐鎖アミノ酸

（BCAA）が不可欠です。一方で、加齢に伴い増加する慢性炎症はインスリン抵抗性を高め、筋肉の分解（異化）を促進します。このバランスが崩れると筋肉量は減少し、サルコペニアの発症につながります。

このように、同化と異化の視点からみた相対的な筋肉量の維持・増加戦略には、運動と栄養による介入が重要となります。

2019年に発表された GLIM（Global Leadership Initiative on Malnutrition）基準の最大の特徴は、筋肉量評価が加えられたことであり、低筋肉量は低栄養に限らず、サルコペニアやフレイルにおいても独立した健康リスク因子であることが強調されています（Nutrients 2022）。また GLIS（Global Leadership Initiative on Sarcopenia）により、サルコペニアの世界的な統一基準となる定義が公表され、筋肉を「力・量・質」から評価することの重要性が示されました（Age & Ageing 2024）。

このような背景を踏まえると、フレイルやサルコペニアなどの予防や治療に携わる理学療法士には、精度の高い体組成評価に裏付けされた運動と栄養の介入実践が、社会における信用財として希求される時代に入ったと言えます。

本講演では、冒頭で①運動 ②低栄養の克服 ③疫学転換の3つのキーワードをお示しして、そこから解決すべき課題を共有しながら、演者と聴講者が双方向に学び合える時間となることを願っております。



【学歴】

1982 年 高知医療学院 理学療法学科卒業
2008 年 北九州市立大学大学院社会システム研究科博士前期課程修了（人間関係学修士）

【職歴】

1982 年 北九州病院（津屋崎病院・北九州総合病院）理学診療科 科長
2001 年 玉木病院 理学診療科 科長（萩市）
2004 年 小倉リハビリテーション学院 理学療法学科 教務部長
2013 年 青寿会 武久病院 リハビリテーション部 部長
2024 年 フィット N+ 起業（個人事業主）

【所属学会】

日本栄養・嚥下理学療法学会
日本運動器理学療法学会
日本ウィメンズ・メンズヘルス理学療法学会
日本サルコペニア・フレイル学会

【認定資格】

運動器専門理学療法士

【社会活動】

北九州市地域リハビリテーション協力機関登録施設（2024 年）

対面企画Ⅱ

リハビリテーション栄養 各論

～食事摂取が進まない方へどう対応するか～



脳神経筋センターよしみず病院

大月 悠

高齢者に多くみられるフレイルは摂食障害や低栄養が原因の一つとされています。高齢者に頻繁にみられる諸症状の一つでもあり、私たちが提供するリハビリテーションの効果を左右するため、予後に大きく関わります。高齢になると、加齢に伴って運動機能が衰え、走ることや速く歩くことが難しくなってきます。それと同様に、食べ物を噛む力や飲み込む力といった**口腔の機能**も徐々に低下していきます。

また、認知症の進行により認知機能や運動機能、感覚機能が低下すると、摂食動作が円滑に行えなくなり、十分な経口摂取が困難になることがあります。結果として、リハビリテーションを実施してもその効果が限定的となり、低栄養状態に陥るリスクが高まります。低栄養は、活動性の低下や意欲の減退、離床拒否を招き、さらに筋力維持・向上が困難となるなど、フレイルや要介護状態の進行につながる悪循環を生じさせる要因となります。

本講演では、リハビリテーション栄養を中心として嚥下障害のみに限らず認知症を呈した摂食障害患者への介入方法や、それをもたらししている原因をお話しできればと考えています。摂食障害に対してのアプローチに正解はなく私自身も日々悩んでいる状態ではありますが、これまでの自身の経験をもとに摂食嚥下障害患者で悩んでいる参加者の方々の一助となれば幸いです。

【学歴】

2010 年 3 月 大分リハビリテーション専門学校 卒業

【職歴】

2010 年 4 月 特定医療法人茜会 昭和病院 入職（現 脳神経筋センターよしみず病院）

【認定資格】

2018 年 11 月 LSVT-LOUD 資格取得

2024 年 3 月 摂食嚥下障害領域認定言語聴覚士 資格取得

2025 年 3 月 成人発声発語障害領域認定言語聴覚士 資格取得

専門領域シンポジウム

運動器領域からみたリハ栄養との関わり ～摂食嚥下機能の最新レビューを含めて～



下関看護リハビリテーション学校

渡邊 一也

大腿骨頸部骨折患者は高齢で低栄養や骨粗鬆症を併存することが多く、リハビリテーションの進行やADL 予後に大きな影響を及ぼす。近年、骨代謝や筋機能に関与するビタミン D の評価が注目されており、当院でも入院時にその測定を導入している。本発表では、研究報告ではなく臨床現場における実際の取り組みを紹介する。まず、ビタミン D を測定する意義と診療報酬上の算定の流れについて概説する。次に、カンファレンスにおける医師・看護師・薬剤師・栄養士・リハビリスタッフ間の情報共有の実際を提示し、測定結果が栄養介入方針やリハプログラム設計にどのように反映されているかを具体的に示す。さらに、摂食嚥下機能評価とも関連づけ、運動器リハ栄養の視点から包括的に患者を支援する取り組みの意義を考察する。地域病院での実践例を通じ、運動器領域におけるリハ栄養と摂食嚥下支援の課題と展望について議論を深めたい。

【学歴】

2006 年 3 月 福岡リハビリテーション専門学校 理学療法学科 夜間部 卒業
2014 年 3 月 九州工業大学大学院 生命体工学研究科博士前期課程 修了 修士（工学）
2022 年 3 月 東京医科歯科大学大学院（現 東京科学大学）医歯学総合研究科博士後期課程 修了 博士（歯学）

【職歴】

2006 年 4 月 新小文字病院
2015 年 3 月 五反田リハビリテーション病院
2020 年 4 月 下関看護リハビリテーション学校
2023 年 4 月～ 東京科学大学大学院 歯科心身医学分野 非常勤講師 兼任
2025 年 10 月～ 産業医科大学 生態科学研究所 人間工学研究室 訪問研究員 兼任

【所属学会】

日本栄養・嚥下理学療法学会 専門会員 A
日本脊髄障害医学会
日本人間工学会
日本産業衛生学会
日本産業衛生学会 作業関連性運動器障害研究会

【認定資格】

運動器専門理学療法士
登録理学療法士

【社会活動】

2023 年 6 月～2025 年 6 月 一般社団法人山口県理学療法士会 理事（学術部）

専門領域シンポジウム

内部障害領域からみたリハ栄養との関わり ～摂食嚥下機能の最新レビューを含めて～



山口県立総合医療センター

三浦 正和

内部障害を併存する高齢患者は多数存在し、主疾患が内部障害ではない患者においても、それらの病態を正確に把握しなければ安全かつ効果的な理学療法を提供することは困難である。高齢化が全国に先駆けて進行している山口県においては、内部障害を含む多疾患を併存した高齢患者への介入機会が極めて多い。また、内部障害領域では、本邦を筆頭として全世界的な心不全患者の爆発的増加を意味する「心不全パンデミック」の時代を迎えている。この背景を踏まえ、本シンポジウムの「内部障害領域」では「心不全」をテーマに解説する。

まず、心不全患者における摂食嚥下障害の定義、有病率、リスク因子、予後との関連について最新の論文をレビューした。心不全患者における摂食嚥下障害の有病率は9.0～36.1%と報告により幅があり、リスク因子として骨格筋量、Hospital Acquired Disability、日常生活動作能力など理学療法士による介入が可能な因子が抽出された。さらに、摂食嚥下障害が予後と関連することが報告されている。自験例においても、摂食嚥下障害を有する患者は高齢女性で低栄養・身体機能低下を呈することが確認された。

次に、リハ栄養と心不全について検索したが、現時点では栄養療法とリハビリテーション（理学療法を中心とした運動療法）に関するエビデンスは乏しい状況にある。我々は栄養評価法として Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI) を用い、高齢心不全患者における低栄養が予後と関連することを報告した。一方、近年では標準的な評価法として Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) 基準の使用が診療報酬上必須となっている。しかし、問題点も多く、各施設に応じた評価法の見直しや基準値の設定が必要な状況である。そこで、高齢心不全患者において栄養状態や摂食嚥下障害と関連性の深いオーラルフレイル（Oral frailty：OF）患者の特徴を GLIM 基準やその他の栄養指標を含めて解析した。結果、OF 患者は高齢で入院日数が延長し、低体重、栄養評価では GLIM 基準による重度低栄養、低 GNRI を示す患者が多いことが判明した。

心不全患者における摂食嚥下障害や栄養療法についての有用な介入については依然として不明な点が多く、今後の検証が必要である。

【学歴・職歴】

2008 年 3 月 川崎医療福祉大学 医療技術学部 リハビリテーション学科 理学療法専攻 卒業
2020 年 3 月 山口大学大学院医学系研究科 保健学専攻 博士前期課程修了
2024 年 3 月 山口大学大学院医学系研究科 保健学専攻 博士後期課程修了

【所属学会】

日本理学療法士協会
日本心臓リハビリテーション学会
日本循環器学会
日本心不全学会

【認定資格】

運動器認定理学療法士
心臓リハビリテーション上級指導士
3 学会合同呼吸療法認定士

【社会活動】

2024 年 日本心臓リハビリテーション学会 中国支部 評議員

専門領域シンポジウム

神経領域からみたリハ栄養との関わり ～摂食嚥下機能の最新レビューを含めて～



山口リハビリテーション病院

山下 修平

リハビリテーション栄養とは、栄養管理とリハビリテーションを統合し、機能・活動・参加、QOLの最大化を目指す概念である。栄養障害やサルコペニアはリハビリテーションアウトカムを阻害する因子として注目されており、適切な評価と介入が求められている。

神経領域においては、脳卒中や神経変性疾患に高頻度で栄養障害や嚥下障害が認められ、さらにサルコペニアを併発することでリハビリテーションの効果が一層阻害される可能性がある。近年の報告では、脳卒中関連サルコペニアがADLや嚥下機能の回復を妨げる可能性が示唆されている。

サルコペニアの摂食嚥下障害（sarcopenic dysphagia）は全身性の筋量・筋力低下が嚥下関連筋にも及ぶ病態であり、加齢性のみならず疾患関連としても発症することが知られている。この病態に関しては多職種による介入が推奨されており、リハビリテーション栄養プロセスに基づく体系的な対応の有用性が示されている。神経性摂食嚥下障害とサルコペニアの摂食嚥下障害は異なる概念だが、臨床現場では両者が重複する可能性があり、適切な理解と整理が求められる。

理学療法士は全身の筋力や活動量の評価、姿勢調整や呼吸機能改善などを通じて嚥下機能の基盤を支える役割を担い、運動と栄養をつなぐ立場にある。今回、神経領域におけるリハビリテーション栄養の意義について近年の知見を概観し、理学療法士の関与のあり方について考察する。

【学歴・職歴】

2010 年 3 月 帝京大学 福岡医療技術学部 理学療法学科 卒業
2010 年 4 月 医療法人和同会 山口リハビリテーション病院 リハビリセンター 入職
2022 年 3 月 山口県立大学 大学院 博士前期課程修了 修士（健康福祉学）

【所属学会】

一般社団法人日本神経理学療法学会
一般社団法人日本栄養治療学会

【認定資格】

認定理学療法士（脳卒中）
NST 専門療法士

演題番号1 セレクション演題発表

栄養管理と Primewalk を用いた訓練の併用により歩行自立に至った脳炎後重度廃用患者の一例

○吉村 汰樹, 河村 薫, 波多野 崇, 藤井 牧人, 重松 龍輝,
將基面 恵介, 小川 浩一, 多田 建智

一般社団法人巨樹の会 下関リハビリテーション病院
リハビリテーション科

キーワード：廃用症候群, 栄養, Primewalk

【はじめに、目的】

意識障害と長期臥床により、重度の廃用および極端な低栄養状態を呈した患者では、リハビリテーション介入が困難となることが多い。そのような場合には、離床・訓練に耐えうる身体状態を再構築するため、栄養と運動の双方を戦略的に組み合わせたアプローチが極めて重要である。今回、重度の廃用と低栄養状態から段階的に回復し、歩行自立と自宅復帰を果たした症例を経験したため報告する。

【症例紹介】

59 歳男性。脳炎罹患後、意識障害(JCS II-20)を呈し、体重 40.3kg、BMI 13.3 と著しい廃用状態で当院入院。入院当初は体動、異常行動が著明で転倒リスクが高く、全身状態管理とリスク回避が優先され、積極的離床は困難であった。医師、管理栄養士と連携し、入院 4 日目より経管栄養を開始(摂取エネルギー1200kcal/日、たんぱく質 45.6g/日)し、栄養・運動の強化を図っていった。覚醒状態の改善に伴い長下肢装具を用いた二人介助での立位、歩行訓練を開始し、入院 81 日目には Primewalk に切り替えより運動量を増やした。栄養摂取量も段階的に増加させ、最大では 3672 kcal/日、たんぱく質 128.0g に到達した。

【結果】

入院 91 日目に車椅子自走が自立、129 日目には付き添い下でのピックアップ歩行器による移動が可能となり、169 日目に自立を達成。178 日目に自宅退院となった。身体組成、InBody にて経時的に評価し、入院 95 日目には体重 46.8kg、Body Mass Index(以下 BMI) 15.5、Skeletal Muscle Mass Index(以下 SMI) 6.6、Phase Angle(以下 PA) 4.2、細胞外水分比 0.412 を示していたが、入院 174 日目には体重 58.4kg、BMI 19.3、SMI 7.3、PA 4.6、細胞外水分比 0.399 へと改善を認めた。

【結論】

入院時に重度廃用と低栄養を呈していたが、段階的な経管・経口栄養の強化と PrimeWalk による立位・歩行訓練を含む運動負荷の調整を並行して行ったことで、身体組成と身体機能が改善した。体重および BMI の増加に加え、SMI や PA 上昇、細胞外水分比の正常化は、単なる体重増加ではなく、筋肉量や細胞状態の質的改善を示しており、提供した栄養と運動量が適正であったと考える。また、入院初期は訓練実施が困難であった状況から、身体状態の変化に応じて訓練強度を段階的に引き上げるとともに、栄養投与量が 1 日当たりの総エネルギー消費量を上回る水準に調整した結果、活動に耐えうる身体の基盤が形成され、増加した運動量との相乗効果によって機能回復が促進された。これらの経過から、重度廃用・低栄養を呈する症例においては、定量評価に基づいた栄養管理と運動介入の調整が重要であり、リハビリテーション栄養に基づくアプローチが QOL 改善に寄与することが改めて示唆された。

【倫理的配慮】

発表に際し、本症例には十分な説明を行い、同意を得た。

演題番号2 セレクション演題発表

成人脳性麻痺者への理学療法効果について COPM を用いた検証

○上條 貴弘 1), 吉村 仁志 2), 相田 芳徳 1)

1) 山口県済生会下関総合病院 リハビリテーション科

2) SUNSUN 株式会社 OZ デイ 33 しものせき

キーワード：脳性麻痺, COPM, 評価尺度

【はじめに、目的】

脳性麻痺(以下 CP)児は学校卒業後に運動量や活動量は低下し、変形など二次障害の増悪のため介助量が増加するとされており、ライフステージに応じて目標を変更しつつ理学療法を継続している。CP 児への早期介入／療育の有効性は示されているが、成人した CP 者への理学療法効果は狭い得た範囲では明らかにされていない。CP 児／者は重症度を表す GMFCS により分類されるが、介入効果を測定する方法は限られる。Canadian Occupational Performance Measure(以下 COPM)は Family-Centered Care に基づき、本人・保護者が定めた目標(活動課題)への遂行度や満足度を数値化して捉えることで全重症度の患者を対象とすることが可能である。今回、COPM を用いて成人 CP 者への理学療法効果を検証した。

【方法】

対象は 1 回／月以上、当院で理学療法を実施している 18 歳以上の CP 者 14 名(22.1±3.1 歳、男性 7 名、女性 7 名)(GMFCS: I 3 名、II 1 名、III 1 名、IV 4 名、V 5 名)。評価期間にボツリヌス毒素療法を行ったのは 5 名。COPM は対象者本人/困難な方は保護者とともに複数の目標を抽出、その重要度を 10 段階(1~10)で評価し高い順に 1~5 つの目標を設定した。それらの目標に関して遂行度、満足度を 10 段階にて評価、それぞれ合計点数を目標数で割った数値を遂行度スコア、満足度スコアとした。一度目の COPM 実施(前評価)から 1 年以上の介入後に再評価(後評価)、継続して評価ができた項目の値を用いて後方視的に解析した。統計解析には EZR ver1.68・エクセルを使用、Wilcoxon 符号付順位検定を用い統計学的優位水準 5%にて解析した。また、前後の変化量を算出し、ボツリヌス毒素療法の有無、GMFCS I/II/III 群と IV/V の群における差の検定を Mann-Whitney U 検定にて統計学的優位水準 5%にて解析した。

【結果】

COPM スコアの平均値は、遂行度 4.91 点から 5.68 点(+0.77 点)、満足度 5.07 点から 5.49 点(+0.42 点)と増加を認めたが、統計的検討では遂行度・満足度ともに差はみられなかった(遂行度 $P>0.119$ 満足度 $P>0.271$)。ボツリヌス毒素療法の有無での変化量(遂行度 $P>0.636$ 満足度 $P>0.347$)、GMFCS I/II/III 群と IV/V 群の比較に関しても有意差を認めなかった(遂行度 $P>0.156$ 満足度 $P>0.946$)。

【結論】

理学療法の効果として遂行度、満足度ともにスコアの増加は認められたものの、Eyssen らが報告した MCID(遂行度 0.9~1.37 満足度 1.45~1.9)を満たす変化はなく、統計的にも差はみられなかった。ただし、対象者は重症度の高い IV/V レベルが 9 名と過半数を占めており機能低下が生じる年齢帯であること、本人・保護者が解答する COPM においてレスポンスシフトも考慮すると、遂行度と満足度の改善が見られたことは成人期においても理学療法介入が有意義であると示唆された。成長に伴い活動場面の狭小化やリハビリ頻度が低下する症例は多いが、生涯を通して本人/家族が望む課題へ対応できるよう介入の継続が肝要と考える。

【倫理的配慮】

本研究はヘルシンキ宣言に基づき、倫理的配慮として個人を特定できないよう個人情報の扱いに配慮し実施した。

演題番号3 セレクション演題発表

心不全患者における入院関連嚥下機能低下 (Hospital-Associated Dysphagia) は生命予後に関連する

○月城 一志, 水野 博彰, 宇都宮 功一, 伊井 智毅, 平沼 侑花, 下郡 明久, 阿部 小夏, 安田 絵理奈

地方独立行政法人 下関市立市民病院 リハビリテーション部

キーワード: 心不全, Hospital-Associated Dysphagia, 入院関連嚥下機能低下, 生命予後

【はじめに、目的】

心不全患者における嚥下障害は 9.4~36.2%に認められ、日常生活動作 (Activities of Daily Living: ADL) の低下や死亡率の上昇と関連することが報告されている。近年、入院に起因する ADL や身体機能の低下として定義される入院関連能力低下 (Hospitalization-Associated Disability: HAD) という概念が注目されている。HAD の一側面として、入院前よりも嚥下機能が低下した状態で退院に至る入院関連嚥下機能低下 (Hospital-Associated Dysphagia) が想定されるが、その実態や生命予後との関連については十分に検討されていない。よって本研究の目的は、心不全患者における Hospital-Associated Dysphagia と生命予後との関連を明らかにすることとした。

【方法】

研究デザインは過去起点コホート研究とした。2023 年 3 月から 2025 年 3 月までに心不全の診断で入院した 224 例 (年齢 83.5 ± 8.9 歳、男性 38.8%) を解析対象とした。Hospital-Associated Dysphagia は、Food Intake LEVEL Scale (FILS) が入院前から退院時にかけて 1 段階以上低下した場合と定義した。Primary Outcome は、追跡期間中の全死亡とした。統計解析は、まず Hospital-Associated Dysphagia の有無による 2 群間で各調査項目を比較した。続いて、生存時間解析として Kaplan-Meier 生存曲線分析により累積生存確率および全死亡の累積発生確率を比較した。さらに、多変量 Cox 比例ハザードモデルを用いて、Hospital-Associated Dysphagia と全死亡との関連を検討した。交絡因子として、Meta-Analysis Global Group in Chronic (MAGGIC) Heart Failure Risk Score、log-transformed NT-proBNP、Simple GDMT Score をモデルに投入した。多変量 Cox 比例ハザードモデルの適用に先立ち、Schoenfeld 残差検定により比例ハザード性の仮定が満たされていることを確認した。全ての統計解析において、有意水準は 5%未満とした。

【結果】

Hospital-Associated Dysphagia は 120 例 (53.6%) に認められた。平均 270.5 ± 232.5 日の追跡期間中に、全死亡は 40 例 (17.9%) で発生した。2 群間比較では、Hospital-Associated Dysphagia 群は有意に高齢で、フレイル (Clinical Frailty Scale > 4) の割合が高く、栄養評価指標である Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI) は有意に低値を示した。さらに、退院時の Short Physical Performance Battery (SPPB)、歩行速度、Barthel Index (BI) はいずれも有意に低値を示した。Kaplan-Meier 生存曲線分析においては、Hospital-Associated Dysphagia 群において全死亡の発生率が有意に高かった (Log-rank 検定: $p < 0.05$)。また、多変量 Cox 比例ハザードモデルの結果、Hospital-Associated Dysphagia は全死亡の独立したリスク因子であり、調整ハザード比は 2.03 (95%信頼区間: 1.07-3.86, $p < 0.05$) であった。

【結論】

心不全患者における Hospital-Associated Dysphagia は、独立して生命予後に関連する重要な因子であることが明らかとなった。

【倫理的配慮】

本研究はヘルシンキ宣言および人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針を遵守し、当院の倫理研究委員会の承認を得て実施した。さらに、オプトアウトが可能な旨を当院のホームページで情報公開した。

演題番号4 セレクション演題発表

カットダウンの基準明確化を目的とした工具不要型遊動膝継手の開発 ー軽量化および操作性改善の検証ー

○大谷 道明 1), 光井 秀樹 2), 江口 秀明 3), 末松 真光 4), 川辺 真也 4)

- 1) 総合リハビリテーション研究所 来歩リハビリステージ
- 2) 光井鉄工所 代表取締役
- 3) 補装具工房 D-Lab 代表
- 4) 山口県産業技術センター イノベーション推進センター

キーワード: 遊動膝継手, 長下肢装具, カットダウン

【はじめに、目的】

当研究グループでは、脳卒中片麻痺患者の歩行機能回復と、長下肢装具から短下肢装具への適切なカットダウンの基準の明確化を目指すことを目的に、遊動角度 ($0 \sim 60^\circ$) を段階的に調整可能な、工具不要の膝継手を開発した。本継手は第 13 回日本支援工理学療法学会にて報告し、「さらなる軽量化」および「操作性の向上」に関する多くの建設的な意見が寄せられた。これらのフィードバックをもとに本継手の改良を実施し、今後のカットダウン基準の明確化に資する評価指標の構築に向けた基盤整備として、構造的改良点およびその評価結果を報告する。

【方法】

軽量化対策として、主要構成部材を従来のステンレスからジュラルミンに変更し、負荷が集中する部位にはステンレスを局所的に用いたハイブリッド構造を採用した。操作性の向上に関しては、ローレットナットを角度調整用のピンに変更し、ワンタッチでの調整を可能とした。さらにピンを太径化することで、片手によるスムーズな操作が可能となるよう改良を加えた。評価として、JIS 規格に準拠した工学強度試験を再実施し、安全性を検証した。加えて、臨床現場において理学療法士・義肢装具士および被検者を対象とした操作性および使用感に関するアンケート調査を実施した。

【結果】

改良継手は、従来品と比較して約 30%の軽量化を実現した。強度試験では、JIS 規格に準拠した工学強度試験を通過し、安全性が維持されていることを確認した。操作性に関する評価では、理学療法士および義肢装具士の計 8 名中 7 名が「操作がしやすくなった」と回答し、被検者からも角度調整に対する不安感の軽減が報告された。

【結論】

今回の改良により、臨床現場での操作性が向上し、被検者の心理的負担軽減が期待される結果となった。また、工具を用いず徒手で遊動角度を調整できる構造としたことで、現場における迅速な対応が可能となった点は、実用面での大きな利点といえる。さらに、JIS 規格に準拠した強度試験を通じて安全性と耐久性が確認され、臨床応用に向けた基本要件を満たすことが示された。本継手は、正常歩行パターンへの段階的な誘導が可能であり、リハビリテーション現場における効率的な歩行トレーニングを支援するツールとしての有用性が示唆された。今後は、本継手を用いた歩行分析および筋電図評価を進め、カットダウンの客観的かつ個別化された判断基準の構築を目指す必要がある。

【倫理的配慮】

本研究は総合リハビリテーション研究所倫理委員会の承認 (承認番号 006) を得て実施し、対象者には十分な説明と同意取得を行った。

演題番号5 セレクション演題発表

心不全患者における入院時の全身性炎症（mGPS）が歩行開始日へ及ぼす影響

○平沼 侑花, 水野 博彰, 宇都宮 功一, 月城 一志, 伊井 智毅, 下郡 明久, 阿部 小夏, 安田 絵理奈

地方独立行政法人 下関市立市民病院 リハビリテーション部

キーワード：心不全, mGPS, 歩行開始日, 全身性炎症

【はじめに、目的】

心不全患者における入院後早期の離床は、入院期間短縮に重要である。一方で、歩行開始の遅延は、心血管イベントや再入院リスク増大と関連することが示されている。また、全身性炎症は心不全の病態悪化や身体機能低下に寄与するとされ、modified Glasgow Prognostic Score (mGPS)はCRPとアルブミンから算出される炎症・栄養指標として、がん領域のみならず心不全患者においても全死亡や心不全再入院の予測因子として有用性が示されている。さらに、mGPS高値の患者は入院中のADL改善が乏しいことも示されている。しかし、mGPSと歩行開始までの日数との関連を検討した報告はなく、その関連は明らかでない。よって、本研究の目的は、心不全患者における入院時のmGPSと歩行開始日の関連を明らかにすることとした。

【方法】

2023年3月～2025年3月に心不全の診断で入院した患者201例（年齢 82.4 ± 8.9 歳、男性51.9%）を解析対象とした。全身性炎症はmGPSを指標とし、先行研究に準じ0～1点を「低炎症群」、2点を「高炎症群」の2群に分類した。主要アウトカムは入院から歩行開始までの日数とし、歩行開始をイベントとして生存時間解析を施行した。Kaplan-Meier生存曲線分析で両群におけるアウトカムの累積発生確率を比較し、多変量Cox比例ハザードモデルにて全身性炎症と歩行開始日の関連を検討した。交絡因子として年齢、性別、入院時Body Mass Index (BMI)、入院時New York Heart Association (NYHA)分類、入院前Clinical Frailty Scale (CFS)、Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF)、log-transformed NT-proBNP、ヘモグロビン(Hb)値、心不全入院歴、糖尿病、運動器疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患、慢性腎臓病、Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)の有無を投入した。比例ハザード性はSchoenfeld残差検定で確認した。

【結果】

Kaplan-Meier生存曲線分析では、高炎症群において歩行開始までの日数が有意に遅延していた(Log-rank検定： $p < 0.05$)。多変量Cox比例ハザードモデルでは、高炎症群は交絡因子で調整したうえで歩行開始遅延の独立したリスク因子であった(調整ハザード比：0.62、95%信頼区間：0.45-0.86, $p < 0.01$)。

【結論】

心不全患者において、入院時のmGPSは歩行開始遅延の独立したリスク因子であった。mGPSは歩行開始遅延を予測する指標として有用であり、炎症高値患者のリスク層別化やリハビリ介入戦略の立案に活用できる可能性が示された。

【倫理的配慮】

本研究はヘルシンキ宣言および人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針を遵守し、当院の倫理研究委員会の承認を得て実施した。さらに、オプトアウトが可能な旨を当院のホームページで情報公開した。

演題番号6 口述発表1

腰部脊柱管狭窄症患者におけるJOABPEQを用いた心理的支援の効果

○柴田 和

脳神経筋センターよしみず病院 リハビリテーション部

キーワード：動機づけ, LCS

【はじめに】

今回、腰部脊柱管狭窄症(lumber canal stenosis : LCS)を呈し、疼痛が強く、運動意欲が低下した患者を担当する機会を得た。LCS患者に対する運動療法は、長期的効果などに関して明らかになっておらず、また心理社会的背景を考慮することが重要とされている。そこで今回、患者立脚型のQOL評価として日本整形外科学会腰痛評価質問票(JOABPEQ)を用いて理学療法を行った結果、知見を得たため、以下に報告する。

【症例紹介】

症例は70歳代男性。病前は独歩でIADLも自立。X日に歩行困難ありC病院入院。頸椎症脊髄炎、LCSを認めた。X+12日に頸椎症脊髄症に対し椎弓形成術。X+33日にLCSに対しL4/5棘突起縦割式椎弓切除+左椎間板ヘルニア摘出術施行し、加療のためX+72日に当院転院。

主訴は尻・脚が痛い。Demandは歩けるようになりたい。Needsは疼痛・痺れ軽減、能動的リハビリテーション(以下、リハ)参加とした。

【評価】

入院時FIM89点。BI75点。MMT(R/L)股関節3/3、膝関節3/3、足関節2/3。SLR(R/L)－/+。腱反射(R/L)膝蓋腱：亢進/亢進、アキレス腱：正常/亢進。表在感覚：左L4/5領域軽度鈍麻。JOABPEQは疼痛関連障害14.3、腰椎機能障害33.3、歩行機能障害0、社会生活障害8.1、心理的障害20.4、VAS腰痛19mm、殿部下肢痛90mm、臀部下肢の痺れ86mm。Vitality Index4点。歩行評価は前腕支持型歩行器で実施。10MWT(秒/歩数)15.34秒/21歩。TUG(R/L)18.38秒：20歩/18.38秒：20秒。6MWT331.4m。

【介入内容および結果】

本症例は入院初期より左殿部・下肢の疼痛・痺れが強く、病棟生活は主にベッド上。リハ拒否も多かった。介入する中で疼痛は軽減傾向であり、JOABPEQは向上したがVitality Indexは低値を示し、リハ意欲も低いままであった。そこで動機づけを目的にJOABPEQの結果のフィードバック(以下、FB)を実施。その後より肯定的言動が増え、自発的な自主トレーニング参加も可能となった。最終評価ではJOABPEQ・Vitality Indexともに向上。他評価においても好結果となった。

【考察】

LCSに対し、短期的運動療法は疼痛・痺れの軽減や身体機能改善に有効であると述べている。しかし、本症例は入院当初より殿部下肢痛・異常感覚が強く運動意欲が低下しリハが難航。リハに対する患者の意欲は、治療効果を高める重要な要因であるとされている。これらより心理社会的要因評価も必要と考え、障害像把握を目的に初期・中期・終期にJOABPEQを実施した。医療情報の提供や結果のFBが患者の意欲を高めることや、行動変容をもたらす動機づけになると報告されている。また、意欲向上の定義として患者がADLの向上の兆しを自覚することで、自発性や積極性が言動として表出されると報告されている。このため本症例においても、中間・最終評価後に前回内容との比較のFBを行った。これらよりJOABPEQの実施・FBがリハに対する動機づけ・意識変容の一因になったと考えた。

【倫理的配慮】

本症例にはヘルシンキ宣言に則った十分な説明を行い、書面にて同意を得た。

演題番号 7 口述発表 1

脊柱管狭窄症を呈する患者の歩行距離延長に着目して

○河西 翔和

脳神経筋センターよしみず病院 リハビリテーション部

キーワード：歩行距離の延長、痛みに対する破局的思考、股関節可動域制限

【はじめに】

今回、腰部脊柱管狭窄症(lumbar canal stenosis：LCS)を呈し、長距離歩行が困難な患者を担当する機会を得た。運動療法や心理的側面からアプローチを実施し、若干の知見を得たため以下に報告する。

【症例報告】

80代男性、X年に右視床出血後遺症で当院入院。またX-1年に頸椎ヘルニア(C3/C4)術後での入院歴があり、その頃から歩行距離延長に伴い間欠性跛行が出現。当院でLCS(L4/L5)と診断。主訴は、間欠性跛行であり、独歩では約3分で両下肢に痺れと疼痛が出現し、日常生活に支障が生じていた。

【評価とリーズニング】

理学療法初期評価として表在・深部感覚は左右共に軽度鈍麻。筋力(R/L)は股関節外転(5/3)、膝関節伸展(5/4)、足関節底屈(4/3)レベル。可動域テスト(R/L)は足関節背屈(10°/0°)。PLFtest(R/L)は(130°/120°)。Kemptestは両側共に陽性。Thomastest、Obertestは両側共に陽性。腸腰筋、大腿筋膜張筋の短縮を認めた。6MWTは340m(3分40秒時点で40秒の座位休憩)で下肢痛(NRS8)が出現し歩行困難。また痛みに対する破局的思考の程度を測定するPCS(PainCatastrophizing Scale)は38点と重度PCS群を示した。LCS以外の連続歩行時間短縮の要因として①股関節屈曲拘縮による骨盤後傾制限、②痛みに対する破局的思考が強く疼痛の過大認識であると考察した。

【介入】

本症例の介入として運動療法、認知行動療法を軸に介入を進めた。まず運動療法は股関節可動域訓練、歩行練習(全身運動)を中心に実施した。歩行練習では連続歩行可能時間、歩行前後での心拍数を記録し、練習毎に本人にフィードバックを行い、患者主体の治療、身体変化に動機づけ出来るよう意識した。また、患者の自主性を引き出せるよう自身で可能なストレッチを指導し疼痛コントロールを習得してもらった。

【結果】

入院時より45日後の評価では、Thomastest、Obertestは両側共に陰性となり腸腰筋、大腿筋膜張筋は伸張性が向上。PLFtest(R/L)は(145°/140°)。またPCSは28点と改善し、軽度PCS群へと変化を認め、痛みに対する破局的思考も緩和された。6MWTは480m(休憩なし)で下肢痛(NRS3)、最大歩行時間は平均6分17秒と改善を認めた。

【結論】

本症例では、股関節拘縮の改善を認め歩行時の骨盤前傾トルクの軽減ならびに腰椎過前弯の減少に寄与し、硬膜外静脈叢の還流改善したことにより、下肢の痺れ、疼痛の軽減に繋がった可能性も少なからずあると思われる。重度PCS群は歩行速度および連続歩行距離が優位に低下しているとの報告がある。今回、認知行動療法を行い、自主練習も加え、日常での活動量が拡大し、疼痛に対する破局的思考が緩和したことも歩行可能時間延長に関与していた可能性も考えられた。また、運動療法に加えて認知行動療法を進めたほうが、疼痛強度やADLがより改善したとの報告もあり、本症例での介入は患者のデマンドである「歩ける時間を延ばしたい」に良い影響を与えたといえる。

【倫理的配慮】

本症例にはヘルシンキ宣言に則った十分な説明を行い、同意を得た。

演題番号 8 口述発表 1

馬尾型腰部脊柱管狭窄症により重度下肢麻痺を呈した一例

○香月 郁威、藤井 牧人、將基面 恵介、小川 浩一
一般社団法人巨樹の会 下関リハビリテーション病院
リハビリテーション科

キーワード：馬尾型腰部脊柱管狭窄症、高齢者、下肢後面筋(S1以下)

【はじめに】

腰部脊柱管狭窄症(lumbar spinal stenosis：LSS)は、加齢に伴う変性変化により、下肢の痛みや感覚障害、運動麻痺を引き起こす。特に馬尾型LSSは両下肢に様々な症状を呈するが、緩徐進行性に重度の下肢麻痺に至る症例は比較的稀である。本症例はS1以下筋群優位の麻痺を呈し、歩行および立位の再獲得に難渋したため、リハビリテーション戦略の観点から考察する。

【症例】

80歳代男性。20年前より両下肢痛・しびれを自覚していたが、数か月前より徐々に歩行困難となった。A病院でMRIを施行し、L2/3～L4/5の多椎間レベルで高度な狭窄を認めたため腰椎後方除圧術が行われた。術後30日目にリハビリ目的で当院に転院となった。転入時、徒手筋力検査(MMT、右/左)は股関節屈筋4/4、膝伸展筋4/5、中殿筋2/2、大殿筋2/2、ハムストリングス2/2、足関節背屈筋2/2、底屈筋2/2、足趾伸筋1/2であり、下肢後面筋の筋萎縮を伴っていた。L4以下に痛覚鈍麻、足趾運動覚の重度鈍麻を認め、膀胱直腸障害も併発。立位は体幹前傾・股膝屈曲位で後足部に荷重が集中し、物的支持なしでの起立、立位保持は困難であった。移動は歩行器があればなんとか歩行可能であった。

【経過】

当院では、体幹筋と後面筋群の選択的筋力強化、立位・歩行練習を中心に行った。下垂足に対しては早期に装具療法を導入し、両側短下肢装具を作製した。最終評価で股関節屈筋・膝伸展筋はMMT5、中殿筋・大殿筋・ハムストリングスは3まで改善したが、下腿三頭筋および足部筋は2にとどまった。屋内は杖または伝い歩き、屋外はノルディックポールでの移動が可能となったが、無支持立位は依然として不安定であった。

【考察】

立位保持の不安定性は、S1以下筋群の高度な筋力低下が主因である。大殿筋・ハムストリングスの低下は股関節伸展不足と体幹前傾を招き、膝関節は屈曲位で固定され、大腿四頭筋の持続的な活動に依存した非効率な立位姿勢となった。下腿三頭筋の機能低下は前足部への荷重を妨げ、重心を後方に偏位させ、さらに足部回内外筋の弱化により側方動揺が顕著となった。これらの複合的要因により、膝関節・体幹の代償動作が増大し、疲労や転倒リスクが高まっていた。腰椎椎間板ヘルニアなどによる急性馬尾症候群の報告は多いが、LSSに伴う慢性かつ進行性のS1以下麻痺を詳細に検討した報告は乏しい。下肢痛を主訴とする神経根型LSSは早期に診断されやすいが、馬尾型LSSは疼痛が軽微なこともあり、感覚障害や筋力低下の進行を見逃すと診断・治療が遅れやすい。本症例の経験から、LSSの術後リハビリにおいてはS1以下筋群の詳細な評価、重点的な強化、立位保持訓練、足部安定性のための早期装具療法の有用性が示唆された。

【結語】

S1以下優位の重度下肢麻痺を呈した馬尾型LSS症例を経験した。立位保持の代償動作や膝関節屈曲位の影響を考慮した包括的なリハビリテーション戦略が必要であると考えられた。

【倫理的配慮】

発表に際し、本症例には十分な説明を行い、同意を得た。

演題番号9 口述発表1

新たなMRI撮影シーケンスを用いた保存療法による腰椎分離症の予後予測の有効性

○千々和 剛1), 小川 晃寛1), 狩又 裕太1), 小林 裕太2), 桑原 嘉一3)

- 1) 虹ヶ浜整形外科クリニック リハビリテーション部
- 2) 虹ヶ浜整形外科クリニック 放射線部
- 3) 虹ヶ浜整形外科クリニック 整形外科

キーワード：腰椎分離症, MRI 検査, 骨癒合率

【はじめに・目的】

虹ヶ浜整形外科クリニック(以下、当院)では、外来理学療法にて椎弓疲労骨折(以下、腰椎分離症)患者を担当する機会が少なくない。腰椎分離症の病期も様々であるが、当院では診断時にMRI検査を行い、終末期を除き原則として硬性コルセットを作成している。一般的なプロトコルとしては、コルセット作成～装着し理学療法を開始し3ヶ月程度経過を迫った後に再度CTやMRI検査を行い、骨折線の確認や骨髄浮腫の状態を目安にコルセット除去の可否を判断し競技復帰を目指している。しかし、3ヶ月経過後に画像診断を実施し競技復帰を果たしても、疼痛再燃し治療が遷延化する症例もしばしば経験する。そこで、当院にて独自に取り入れているMRIシーケンスであるMR Bone Imageと拡散強調画像をフュージョンさせたMR Bone Image with DWI(以下MBDI)法を用いて、椎弓周囲の骨の状態を把握し適切な病期診断、予後予測と共に競技復帰時期を検討することを目的とする。

【方法】

当院へ受診されている、腰椎分離症と診断された8例(13.5±1.66歳)に対し、従来通りのプロトコル(受信時にMRI検査を行い、病気を確認し3ヶ月に再度MRI検査)に、MBDI法を追加で用いながら理学療法を実施し経過を迫った症例の転帰を追跡していく。理学所見として腰痛の推移と下肢柔軟性を随時モニタリングし、コルセット装着中のトレーニングやコルセット除去後の競技動作等に伴う痛みの程度や柔軟性の変化がMBDI法による信号の変化と合致していることの可否についても検討を行う。

【結果】

経過を追っていた全8症例の内、治療脱落者は0名であり、全ての症例においてMBDI法による信号の消失を確認でき、競技動作時における疼痛再燃、増悪も認めずに競技復帰を果たすことができていた。また、下肢柔軟性についても概ねMBDI信号の消失と共に改善傾向を示す結果となった。

【結論】

腰椎分離症において、早期～進行期での装具療法については一般的な治療戦略として用いられている。硬性コルセットの装着期間については、概ね3ヶ月程度が推奨されている印象であるが、この期間が真に適切であるかの可否については議論の余地があると考えている。特に、今回のようなMBDI法によるMRI検査での新たな画像診断の材料を採用することで、より精度の高い診断や予後予測が可能となる可能性について示すことができた。これにより、従来までの約3ヶ月程度でコルセット除去し状態を診つつ競技復帰を検討するプロトコルよりも、より早期にコルセット除去の可否を判断することが可能となり、その結果選手の競技復帰時期を早めることが可能となるのではないかと考えている。今後は更に症例を積み、確かな根拠として理学療法の質を高めることを目指していく。

【倫理的配慮】

対象者には、ヘルシンキ宣言に則り十分な倫理的配慮のもとに実施した。対象者への説明は口頭にて実施した後に同意を得た。また、本報告において開示すべき利益相反は無い。

演題番号10 口述発表1

糖尿病既往の高齢者大腿骨頸部骨折術後における低負荷運動と栄養補助食品摂取によるADL向上の一症例

○平岡 慎

医療法人社団 青寿会 武久病院 リハビリテーション部

キーワード：大腿骨頸部骨折, 運動負荷量, 栄養補助食品

【はじめに・目的】

元々の自宅生活で、右膝痛があり、筋力・運動耐久性・活動性の低かった左大腿骨頸部骨折術後の患者に自宅復帰を目指して介入した。高負荷の運動に対し受け入れが悪い中、栄養補助食品を併用しながら低負荷運動を継続的に実施することでADLと筋機能の向上が得られ、自宅退院につながったため報告する。

【方法】

対象は70歳代男性。既往に2型糖尿病と骨粗鬆症がある。X月Y日に転倒し左大腿骨頸部骨折を受傷。X月Y+2日に人工骨頭挿入術を施行し、術翌日よりリハビリを開始。X+1月Y+21日に当院回復期病棟へ入院した。リハビリ期間は80日間で、頻度は1日80分～120分、週5日。運動強度は2～3MET。プログラムは起立訓練、自由歩行、屋外歩行訓練。栄養面では、摂取タンパク量を1.0g/kg/日とし、栄養補助食品を併用した。評価項目は、体組成(BIA法：全身・部位別筋肉量、体脂肪量、位相角)、空腹時血糖、HbA1c、膝伸展筋力(ハンドヘルドダイナモメーター)、最大歩行距離、FIMとした。

【結果】

左膝伸展筋力は122.5Nから255.9Nへ増加。全身筋肉量は45.9kgから一時44.6kgと低下するが46.0kgとほぼ維持され、体脂肪量は26.8kgから23.8kgに減少。位相角は4.2から4.6へと改善。FIMは54点から89点へ上昇し、歩行距離は300m(歩行器使用)から1km以上(屋外独歩)まで改善した。また空腹時血糖数値も改善し入院時インスリンにて調整していたものが服薬調整に変更可能となり自己コントロール可能となった。

【結論】

糖尿病による栄養制限がある中でも、低カロリーかつ高タンパクな栄養補助食品を併用することで、低負荷(2～3MET)の運動を回復して行うことで入院後一度は低下した筋肉量を再獲得した。筋肉量増加は筋の質の向上(位相角の向上)や運動耐久性が向上し、その後筋肉量の増加が始める経過をとった。それと同時に体脂肪の減少し、FIMおよび歩行能力の大幅な改善が確認された。低負荷運動と適切な栄養管理の併用は、自宅退院を目指す糖尿病合併高齢患者への有効な介入方法であると考えられる。

【倫理的配慮】

発表に際し、本症例に対して、説明を行い、同意を得ている。

演題番号 11 口述発表2

地域在住高齢者における主観的記憶障害とフレイルの関連性：横断的観察研究

○木下 貴文

医療法人社団二三会 みずほ内科クリニック

キーワード：地域在住高齢者、主観的記憶障害、フレイル

【はじめに、目的】

主観的記憶障害 (Subjective Memory Complaints : SMCs) とは、日常生活が自立しているものの、記憶力の低下を自覚している状態であり、軽度認知障害や認知症の前段階として注目されている。一方、フレイルは身体機能低下に加え、心理社会的要因も関与し、要介護状態への移行リスクを高めることから、早期発見と予防的介入が重要とされる。SMCs とフレイルは、認知症のリスク因子であり、多面的な背景を有する状態として相互に影響し合う可能性がある。特に、SMCs の訴えは比較的早期に出現するため、フレイルの予兆を捉える手がかりとなり、将来的な認知機能低下の抑制につながる可能性がある。しかしながら、地域在住高齢者の SMCs とフレイルの関連は十分に検討されていない。本研究の目的は、SMCs の訴えが多い高齢者ほどフレイルと判定される可能性が高いという仮説のもと、両者の関連を横断的に検討することである。

【方法】

通いの場に参加する地域在住高齢者 135 名のうち、要支援・要介護認定者、認知症診断を受けた者、日本語版 AD8 が 2 点以上の者、データ欠損者を除いた 101 名 (平均年齢 : 80.1 ± 5.2 歳、女性 88 名、男性 13 名) を解析対象者とした。SMCs の訴えは主観的記憶に関する質問 4 項目を用いて、2 件法で回答を求め、合計得点を指標とした。フレイル判定は後期高齢者質問票を用いて、4 点以上をフレイルとした。その他の評価項目は、基本属性 (年齢、性別、BMI、教育歴、併存疾患)、運動機能 (握力、快適・最大歩行速度、開眼片脚立位保持時間)、抑うつ (PHQ-2) とした。統計解析は、非フレイル群とフレイル群の 2 群間比較として、Wilcoxon の順位和検定、対応のない t 検定、Fisher の正確確率検定を実施した。また、フレイルの有無を従属変数、SMCs を独立変数、共変量として年齢、性別を調整変数に含めた二項ロジスティック回帰分析を行い、オッズ比 (95% 信頼区間) を算出した。統計解析は R for Windows (ver.4.3.1) を用いて、有意水準 5% とした。

【結果】

解析対象者 101 名のうち、非フレイル群 80 名、フレイル群 21 名であった。2 群間比較では、フレイル群の SMCs 合計得点が非フレイル群より有意に高かった ($p=0.025$)。また、二項ロジスティック回帰分析では、SMCs はフレイルと有意な関連を示し (オッズ比 : 1.59、95% 信頼区間 : 1.09-2.41、 $p=0.022$)、調整後もこの関連は維持された。

【結論】

本研究では SMCs の訴えが多い高齢者ほどフレイルである可能性が高いことが示された。この結果は、SMCs が認知機能低下だけでなく、身体的、心理社会的脆弱性とも関連していることを示唆する。SMCs は自己申告による簡便な評価指標であり、介護予防現場でのスクリーニングツールとして有用である。また、調整後も有意な関連が維持されたことから、SMCs がフレイルの独立した予測因子である可能性がある。今後は縦断的研究による因果関係の解明が求められる。

【倫理的配慮】

対象者には、ヘルシンキ宣言に則り、本研究の目的と概要、個人情報保護について口頭および書面で説明し、書面にて同意を得た。なお、本研究は理学療法科学学会研究倫理委員会の承認を受けて実施した (承認番号 SPTS2025003)。

演題番号 12 口述発表2

児童発達支援事業において各発達評価を実施し、保育所等訪問支援まで移行した一例

○吉村 仁志 1), 木村 勇介 1), 上條 貴弘 2)

1) SUNSUN 株式会社 OZ デイ 33 しののせき

2) 山口県済生会下関総合病院 リハビリテーション科

キーワード：保育所等訪問支援事業、児童発達支援事業、小児リハビリテーション

【はじめに、目的】

保育所等訪問支援 (以下、本事業) では保育園や幼稚園、学校などに障害を持つ児が過ごす環境へ訪問し集団生活への適応のために専門的な支援を行っている。今回本事業にて遠城寺式乳幼児分析的発達検査 (以下、遠城寺)、GMFM-66B&C、PEDI、COPM を導入した症例に対し経緯を踏まえて報告する。

【方法】

本症例は脳性麻痺の痙直型両麻痺。GMFCS レベル IV、MACS レベル III、CFCS レベル IV で 5 歳 5 ヶ月の女児である。3 歳 8 ヶ月頃から本事業のある児童発達支援事業 (以下、当事業所) に週 1 回通所している。スタッフや保護者との情報共有、支援目標の検討を目的に定期的な遠城寺を行い必要時期に応じて GMFM-66B&C を実施した。4 歳 3 ヶ月頃から地域の幼稚園への登園を開始。就学 1 年前になった 5 歳 3 ヶ月頃に PEDI を評価した。遠城寺は歴年齢 5 歳 3 ヶ月時点で移動運動 11~12 ヶ月、手の運動 2 歳 3~6 ヶ月、基本的習慣 2 歳 0~3 ヶ月、対人関係 3 歳 0~4 ヶ月、発語 2 歳 6~9 ヶ月、言語理解 3 歳 4~8 ヶ月、GMFM-66B&C は 49.0 であった。PEDI は尺度化スコアにて機能的スキル/介助者による援助の順にセルフケア 52.4/51.1 移動 50.5/49.8 社会的機能 46.8/42.9 となった。その後 5 歳 4 ヶ月頃に行われた保護者、支援者間の会議で就学に向けた集中的な支援の必要性が課題となり本事業を開始した。訪問する中で園の先生と協力できる支援目標を共有する必要性を感じ、COPM を通して目標の重要度、遂行度、満足度を把握した。「日常生活で必要なスキルを獲得し、ひとりで色々な事ができるようになる。」重要度 9 遂行度 5 満足度 4、「成長ペースに合わせて色々なお仕事 (作業活動) に集中して取り組む。」重要度 6 遂行度 7 満足度 4 であった。

【結果】

場面①手先を使った作業活動中に集中できず活動から逸れる事があったが、児の発達段階と違った内容であった事が 1 つの原因として考えられた。遠城寺より手の運動 2 歳 3~6 ヶ月を参考にしつつ、少し頑張ると達成できる難易度の作業活動内容を選択していた。場面②体操教室で取り組んでいたパラウエーブにて途中で活動から逸れることがあった。本症例が自分で取り組み成功した経験を積めるよう遠城寺の移動運動 11 ヶ月~1 歳及び GMFM-66B&C の Item Map に体幹、股関節を使った姿勢コントロールを必要とする運動項目に対して今後獲得される可能性が高い事を考慮し、膝立ちでの参加を検討した。さらに PEDI の社会的交流あそびの項目から「ほかの子どもたちと単純な短いできごとのなかで交流する」が獲得されやすい事を考慮し他者と少しでも協力して活動に参加することを目標にした。

【結論】

発達面の評価を当事業所内スタッフや保護者への共有を目的に実施していた。結果的に本事業において園の先生と根拠を持った情報共有ができ支援方法を検討できるようになった。成長ペースに合わせた活動内容を検討できる体制を整えた事で成功体験を多く積みながら楽しく過ごしている。

【倫理的配慮】

本症例報告についてヘルシンキ宣言に則り、対象者に説明し同意を得た。

演題番号13 口述発表2

トレーナーとの関わりとトレーナーの認識 ～中学バレーボールチーム関係者のアンケートから～

○田口 暢秀, 芦沢 香, 田中 吏美, 伊豫 遼太郎

山口労災病院 中央リハビリテーション部

キーワード：アンケート, トレーナー, 中学バレーボールチーム

【はじめに、目的】

「トレーナー」という言葉が浸透し、トップチーム以外にもトレーナーの帯同するチームが多くなった。今回、演者らは県内中学男子バレーボールチームから、トレーナー活動の依頼を受けた。トレーナー活動実施に当たり、依頼を受けた選手・指導者・保護者にそれぞれ「トレーナー」との過去の関りの有無や「トレーナー」へのイメージやニーズについてアンケート調査を実施した。

【方法】

対象は、演者にトレーナー活動を依頼してきた県内で活動する中学男子バレーボールチームの選手19名とその保護者、チーム指導者。それぞれ19名、21名、7名であった。アンケート実施にあたって、指導者を通じてアンケートのご案内の紙面を配布。趣旨を説明させていただき、協力いただける方についてはgoogle Formにてアンケートに回答いただくこととした。アンケートの内容は、①「トレーナー」という言葉とその存在について、②今までのスポーツ活動において「トレーナー」との関りの有無、③トレーナーに期待する活動、④トレーナー活動してほしいタイミングと頻度について、調査を実施した。

【結果】

「トレーナー」という言葉とその存在について、知っていると回答したのは選手、保護者81%、指導者だった。トレーナーとのかかわりの有無については、選手、指導者、保護者ともに「関わったことがない」「指導を受けたことがない」が100%であった。トレーナーに期待する活動については、ストレッチなどのコンディショニングを実施するが保護者95%・選手53%・指導者86%、アップやダウンの実施・指導が保護者67%・選手42%・指導者71%、トレーニング指導が保護者52%・選手58%・指導者43%、ケガの予防のための指導が保護者57%・選手42%・指導者43%、マッサージが選手42%・指導者43%であった。トレーナーに活動してほしいタイミングについては、保護者・選手・指導者とも「選手がケガしたとき」が多かった。

【結論】

理学療法士の職域や活動の場が拡大している中で、トレーナー活動への周囲の期待は大きい。日本でトレーナー制度といえば、JSPO・ATが最も認識されていると考えるが、ATの役割は1)スポーツ活動中の外傷・障害予防、2)コンディショニングやコンディショニング、3)安全と健康管理、および4)医療資格者へ引き継ぐまでの救急対応がある。今回、選手・指導者・保護者ともに過去にトレーナーと関わったことがなく、いわばトレーナーという社会的なイメージのみでのトレーナーへの役割期待があると思う。その中で今後、理学療法士という国家資格を持つスポーツ現場でのトレーナー活動を実施する際、トレーナーとしての役割期待を踏まえつつも、理学療法士として「できること」を個人として、団体として整備していく必要があるだろう。はじめてのかかわりを持つ我々の彼らの映るイメージが、彼らの「トレーナー像」を構築すると考えられる。

【倫理的配慮】

アンケート実施にあたって、指導者を通じてアンケートのご案内の紙面を配布。趣旨を説明させていただき、協力いただける方についてはgoogle Formにてアンケートに回答いただくこととした。

演題番号14 口述発表2

COPDを呈し離床困難となったが多職種連携によりADLの改善を認めた一例～RST活動を通して～

○広田 綾乃1), 金子 隆幸2), 古賀 正幸3), 長船 裕輔3), 清本 千里4)

- 1) 社会医療法人社団松涛会 安岡病院 リハビリテーション科
- 2) 社会医療法人社団松涛会 安岡病院 呼吸器内科
- 3) 社会医療法人社団松涛会 安岡病院 看護部
- 4) 社会医療法人社団松涛会 安岡病院 栄養科

キーワード：COPD, 多職種連携, RST

【はじめに、目的】

今回、長期臥床により離床困難となったが多職種連携によりADLが改善した症例を経験した。本症例を通して、当院でのRST活動についての振り返りも交えて報告する。

【方法】

症例：COPD急性増悪(GOLDⅣ期)と診断された80歳代女性。急性期病院入院後NPPV開始後するもCO₂ナルコーシスによる呼吸停止・意識障害を呈し、気管挿管・気管切開を経てIPPV管理・経管栄養となる。慢性期病院に転院するがリハビリが行なえず廃用症候群に至った。本人・家族の希望により7ヵ月後に当院に転院。入院時、終日SIMV、運動時酸素10LにてSPO₂：93～95%、P：110～130回/分、運動時修正Borg7、筋力GMT2、FIM37点、筆談と文字盤での意思疎通、ギャッジ座位で疲労を訴え、不安による呼吸苦やバイタル変動があった。転院翌日からベッドサイドリハビリを開始し、6週から車椅子離床、11週から歩行練習、35週からRST介入、49週から経口摂取開始となった。リハビリは週3～4回実施し、それ以外の時間にも病棟スタッフによる歩行や発声練習を積極的に実施した。

【結果】

胃瘻・2食経口摂取。日中HFNC・夜間SIMV、運動時酸素5LにてSPO₂：95～98%、P：90～100回/分、運動時修正Borg4、筋力GMT3～4、FIM53点、口頭での意思疎通。本人の訴えを尊重しながら、多職種での情報共有と目標の統一化を図ることで、不安の軽減・意欲の向上に繋がり、自主トレーニングの習得、Pトイレでの排泄や食堂への歩行移動、余暇時間での趣味活動再開や友人・家族との交流機会の増加が得られた。

【結論】

多職種で早期から離床を促進することで、運動耐用力・身体活動性の向上が図れることが示唆された。さらに、RST介入により、適切な呼吸管理、呼吸リハビリテーションの充実を図ることで、合併症を予防しながらQOLの向上に寄与できたことはチームによる介入効果として有意義なものであった。今後も、職種の垣根を越えて、知識・技術を補完し合い、質の向上に努めていきたい。

【倫理的配慮】

対象者には、研究の趣旨、個人情報保護の方針について説明を行ない、書面にて同意を得た。なお、本研究は、院内の倫理委員会の承認を得て実施した。

演題番号 15 口述発表2

回復期リハビリテーション病棟入院患者における BMI と ADL 改善の関連性について

○小山 竜請, 饗場 智暁, 高木 雄作, 波多野 崇, 林 研二

一般社団法人巨樹の会 下関リハビリテーション病院
リハビリテーション科

キーワード: BMI, FIM, 体組成評価

【はじめに、目的】

低体重や肥満といった Body Mass Index(以下 BMI)の異常が身体機能や予後に影響を及ぼすことは広く知られている。特に、回復期リハビリテーション(以下 回リハ)においては、適切な体重管理や体組成管理が日常生活動作(以下 ADL)改善に重要な役割を果たすと考えられるが、BMI と ADL 改善量との関連についてのエビデンスは限られている。本研究では、当院の回リハ病棟に入院した患者を対象に、入院時 BMI と入院時の Functional Independence Measure(以下 FIM)の関連を検討し、理学療法における栄養管理や体重管理を行っていくうえで BMI がどれほど指標となりうるか検証することを目的とした。

【方法】

2023 年 4 月から 2025 年 3 月までに当院の回リハ病棟に入院し、InBody による体組成評価および FIM による ADL 評価が可能であった患者 812 例を対象とした。入院時の BMI と ADL 改善量および体組成との関連を検討した。対象患者は BMI の数値から 3 群に分類し【低 BMI 群 (BMI<18.5、n=174)、標準 BMI 群 (18.5≤BMI<25.0、n=506)、高 BMI 群 (BMI≥25.0、n=132)】FIM や体組成データ、基本情報の 3 群間比較を Kruskal Wallis Test (Turkey 法)にて実施した。また、退院時 FIM を目的変数とし、体組成因子 (BMI、細胞外水分比、体脂肪率、骨格筋指数、位相角)や年齢、入院日数を説明変数とした重回帰分析を実施した。統計処理にはエクセル統計(Bell Curve)を使用し、有意水準は 0.05 未満とした。年齢が 90 歳以上、入院日数が 10 日未満、重度認知症(MMSE10 点以下)は除外した。

【結果】

低 BMI 群の退院時 FIM スコアは 95.0±24.3 点であり、標準 BMI 群 (105.7±20.7 点)および高 BMI 群 (109.2±18.6 点)と比較して有意に低値を示した (P<0.01)が標準 BMI 群と高 BMI 群に有意差は見られなかった。重回帰分析においては退院時の FIM に対して体組成データから入院時の BMI ($\beta=0.14$)と位相角 ($\beta=0.09$)が選択された。回帰式の寄与率 R^2 は 0.45 であった。

【結論】

本研究の結果から、回リハ病棟において BMI が退院時の ADL 改善量に影響を及ぼす可能性が示唆された。体組成指標の中でも BMI は比較的簡易に評価できることから、理学療法における栄養・体重管理の参考指標の一つとして活用し、適切な栄養管理や体重管理を行うことを再認識することができた。

【倫理的配慮】

本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施した。取得した情報は匿名化し、個人が特定されないよう十分に配慮した。

演題番号 16 ポスター発表

体幹失調を呈した高齢橋梗塞患者に対して座位型 VR を用いた一症例

○村上 慶造, 属 崇維, 重松 龍輝, 波多野 崇, 藤井 牧人, 將基面 恵介

一般社団法人巨樹の会 下関リハビリテーション病院
リハビリテーション科

キーワード: 協調運動障害, 座位型バーチャルリアリティ, 歩行

【はじめに、目的】

脳幹梗塞後、四肢体幹の協調運動障害により歩行の不安定性を呈する症例は少なくない。失調に対しては、バランス練習や視覚・体性感覚フィードバック (FB) を活用したアプローチが行われるが、重心制御の困難さや運動の不正確さにより、歩行に汎化されにくい場合もある。近年、仮想現実 (VR) を用いたリハビリが注目されており、当院導入の mediVR カグラは座位での使用が可能であり、多感覚 FB を伴う運動課題により、体幹の動的安定性と協調性を促す構成となっている。今回、橋梗塞後の体幹失調により歩行時の不安定性を呈した高齢患者に対して mediVR カグラを併用した結果、歩行の不安定性が向上したため報告する。

【方法】

70 代女性。橋梗塞後、軽度の右上下肢麻痺と体幹失調を呈し、発症 46 日目に当院入院。歩行時には介助を要し、ふらつきに対し右肩甲帯の下制・外転、体幹右側屈、骨盤の右回旋といった代償パターンが観察された。理学療法評価では、下肢 MMT は右 3-4、左 4-5、FBS : 39 点、SARA : 13 点、FACT : 13 点、TUG : 右周り 14.8 秒 左周り 15.7 秒、ロンベルグ徴候陽性であり、体幹協調性障害に主眼を置き理学療法を開始した。20 日後、杖歩行は可能となったが、立位・歩行時には不安定性が残存していたため屋内外での独歩自立には至らなかった。そこで、通常の理学療法に加え、座位にて治療可能な mediVR カグラを 1 回 20 分、週 3~4 回追加実施した。

【結果】

4 週間後、歩行中の体幹右側屈を伴う代償パターンは僅かに残存したが、ふらつきが軽減し屋内での独歩は自立、屋外は監視レベルまで改善した。最終評価では、SARA : 6 点、FACT : 17 点、FBS : 47 点、TUG : 右周り 12.4 秒 左回り 13.8 秒に改善を認め、ロンベルグ徴候は陽性であるが動揺を自己修正し課題遂行可能となった。

【結論】

本症例では、筋力は保たれているものの、協調運動障害により姿勢を固定化させるような代償戦略がみられ、従来の理学療法では代償を抑制した動作の学習が困難であった。小脳性運動失調が疑われる症例においては多感覚な FB を通じた強化学習が有効であることが報告されている。(Front.h2014)mediVR カグラによる座位型 VR リハビリテーションでは、没入感のある仮想空間内でのリーチ課題を通じて、体幹-上下肢の協調運動が反復できる。立位課題にくらべて安全性を確保しつつも、十分な動的姿勢制御の学習が可能であることに加えて、リアルタイムの視覚・聴覚・触覚フィードバックが強化学習を促し、協調性の改善に寄与したと考える。本介入では、従来の訓練では十分に提示できなかった「適切な運動課題と環境」を提供できたことにより、代償動作の抑制および姿勢修正能力の向上が得られ、立位・歩行時の安定性改善へと波及したものと考えられる。

【倫理的配慮】

発表に際し、本症例には十分な説明を行い、同意を得た。

演題番号 17 ポスター発表

脳梗塞後痙性に対する体外衝撃波治療の有用性：歩行の安定性向上を認めた一例

○本多 龍馬, 高木 雄作, 重松 龍輝, 属 崇維, 藤井 牧人, 將基面 恵介

一般社団法人巨樹の会 下関リハビリテーション病院
リハビリテーション科

キーワード：体外衝撃波, 痙性, 歩行

【はじめに】

脳卒中後の下肢痙性は、関節可動域の制限や異常歩行パターンを引き起こし、推進力の低下や麻痺側下肢への荷重困難を招く。近年、体外衝撃波療法 (Extracorporeal Shock Wave Therapy: ESWT) は、非侵襲的な痙性軽減手段として注目されているが、歩行機能への影響を示した報告は限られている。今回、脳梗塞後の痙性を有し、リハビリ中の転倒によって再入院した症例に対して ESWT を導入した結果、歩行安定性に改善が得られた経過を報告する。

【症例紹介】

70 代、男性。脳梗塞発症後、リハビリ目的で当院入院。入院時の Brunnstrom Recovery Stage (BRS) は II、Gross Muscle Test (GMT) は右 3/左 0~1、Modified Ashworth Scale (MAS) は下腿三頭筋 2 であり、日常生活動作は中〜重介助を要し、長下肢装具を用いて歩行訓練を開始した。短下肢装具への移行を経て、付き添いによる杖歩行が可能と

なったが、退院直前に転倒し大腿骨頸部骨折を受傷。転院し人工骨頭置換術後、当院へ再入院となった。再入院後は疼痛の状態に応じて徐々に杖歩行訓練を再開したが、歩行中の踵接地が困難で麻痺側下肢への荷重不良も強く、日中の移動は車いす介助に留まっていた。そこで、通常のリハビリに加え、ESWT を 1 週間 (計 4 回) 実施することとした。使用機器は、PHYSIO SHOCKMASTER (酒井医療) で照射部位は下腿三頭筋〜筋腱移行部、出力は 1.8Bar、1 回 1500shocks、照射時間は 5' 10 分/回であった。

【結果】

ESWT 実施前 (入院 45 日目) は足関節背屈 Range of Motion (ROM) : 0 度、MAS : 下腿三頭筋 1+、10m 歩行テスト : 18.3 秒、Functional Balance Scale (FBS) : 41 点であった。実施後 (入院 52 日目)、足関節背屈 ROM : 10 度、MAS : 1、10m 歩行テスト : 16.3 秒、FBS : 43 点に改善した。踵接地が可能となり、歩行中の不安定性が軽減し、移動形態は終日付き添いでの杖歩行へと移行した。AYUMI EYE を用いた歩行動作解析では、ESWT 前には左右立脚時間に差を認め、加速度センサー上、前方方向への加速度が大きかった。ESWT 後は左右立脚時間の差が縮小、前方への加速度も軽減しより安定した歩行が得られた

【結論】

ESWT の実施により、痙性軽減を通じて足関節の可動域が向上した。これに伴い、麻痺側への荷重や歩行時の重心移動が改善し、歩行安定性の向上に繋がった。非侵襲的なこの治療法は、脳卒中後の痙性に起因する歩行障害に対する実践的なアプローチの一つとして有用であると考えられる。

【倫理的配慮】

個人情報保護と発表について対象者に口頭・書面にて説明し承認を得た。

演題番号 18 ポスター発表

鼠径部痛に対し骨盤マルアライメント治療と股関節運動機能障害に対する治療が著効した一症例

○小川 寛晃 1), 桑原 嘉一 2)

1) 虹ヶ浜整形外科クリニック リハビリテーション部

2) 虹ヶ浜整形外科クリニック 整形外科

キーワード：鼠径部痛, 開排制限, 骨盤マルアライメント, 股関節運動機能障害

【症例紹介】

60 歳代男性。左股関節から大腿部に広がる疼痛と、バイクの跨ぎ動作にて痛くて踏ん張れない状況 (NRS : 8/10) が 3 年間かけて徐々に増悪し改善しないため当院受診。左変形性股関節症の診断にて、股関節ブロック実施し NRS : 6/10 まで軽減得られたが、関節外要因が疑われたため外来リハビリ開始となった。

【評価結果と問題点】

疼痛 NRS : 6/10 (左股関節前面)、疼痛再現度動作 : 左股関節屈曲運動最終域及びバイクの跨ぎ動作。左股関節 ROM 屈曲 90° P、伸展 10° 外転 30°、外旋 30°、内旋 (股関節中間位) 0°、回排動作制限あり。左股関節屈曲 MMT3+ と左膝伸筋出力低下 MMT3+ 筋出力低下あり、Impingement テスト : 陽性、FABER テスト : 陰性、Dial テスト : 陰性、Ober テスト : 陽性。動的骨盤アライメント評価にて、左寛骨前傾かつ左寛骨下方回旋が示唆された。また骨盤内アライメントは仙骨左傾斜、尾骨右変位であった。左大腿神経の大腿直筋枝及び内側広筋枝に圧痛が確認できた。内転筋群や鼠径靱帯より近位下腹部に圧痛は見られなかった。左腸骨下腹神経や左腸骨鼠径神経の圧痛は見られなかった。問題点として大腿神経障害、骨盤マルアライメント、股関節屈曲運動時の関節運動障害が問題点として考えられた。

【介入と結果】

第 1 病日に骨盤マルアライメントの治療として、左寛骨下方回旋に対して左小臀筋後縁の滑走不全に対するリリース実施。左寛骨前傾に対して左鼠径靱帯の滑走不全に対するリリース、左 Iliocapsularis の滑走不全に対するリリース、左 Fatpad の滑走不全に対するリリースを実施した。尾骨右変位に対して右腸骨尾骨筋の滑走不全に対するリリースを行った。股関節屈曲 110° に可動域改善が見られ開排制限も消失したが、バイクの跨ぎ動作において疼痛改善が不十分であったため、大腿神経の滑走不全に対するリリースを追加し NRS : 2/10 まで改善が得られた。第 8 病日に、回排制限が再度出現し NRS : 3/10 まで疼痛の増悪がみられたため、股関節屈曲運動時の関節運動障害に対する治療として大転子後方で梨状筋、小臀筋、外閉鎖筋のリリース追加実施した。この時点で左股関節屈曲 120° に可動域改善が得られたが最終可動域での疼痛 (NRS : 2/10) 残留した。第 20 病日に、左股関節内旋 (股関節中間位) 0° に着目して、左内閉鎖筋と腸骨尾骨筋の滑走不全に対するリリースを追加して内旋 15° まで改善が得られ、開排制限が消失した。バイクの跨ぎ動作において NRS : 1/10 まで改善が得られた。

【結論】

骨盤マルアライメントと股関節運動障害にて、股関節屈曲可動域障害、開排制限、鼠径部痛を生じていたと考える。股関節運動時の前方への骨頭変位が、疼痛発生メカニズムに関与していることが考えられた。

【倫理的配慮】

発表に際し、本症例にはヘルシンキ宣言に則り対象者のプライバシー保護に注意して十分な説明と同意を書面にて得た。

演題番号 19 ポスター発表

長門市における訪問型サービス C の取り組みとその効果について

○田中 聖

訪問看護ステーションこころの樹 リハビリテーション部

キーワード：訪問型サービス C、セルフマネジメント、健幸

【はじめに、目的】

近年、地域包括ケアシステムの推進により住み慣れた地域で生活を送る高齢者が増加している。しかし、障害や加齢により生活機能が低下し、介護サービス等の利用が増加し、財源や社会資源の確保が困難となってきた現状がある。そのため、生活機能が著しく低下する前に、高齢者自身でのセルフマネジメント力を高めて生活機能を維持し、介護サービス等を利用しなくても、住み慣れた地域でその人らしい生活を送ることが期待されている。長門市の高齢化率は 45.2% (令和 7 年 3 月末時点) であり、今後さらに高齢化が進むと推計されている。また、当市では介護に関わる人材がすでに不足しており、今後、サービスが必要な方に十分なケアができなくなる可能性が指摘されている。このような状況から、介護サービス等を必要としないようにするため、介護予防の充実が必要であり、令和 5 年度から検討を進めた結果、訪問型サービス C の「ながといいきいき健幸支援事業」が誕生し、令和 6 年 6 月よりモデル事業として開始した。この事業では、生活機能の低下した高齢者が元の生活を取り戻すことを目的に、リハビリテーション専門職における週に 1 回 40 分の面談を中心として最大 12 回の訪問による介入を実施した。今回、ながといいきいき健幸支援事業におけるリハビリテーション専門職の介入効果を検討することを目的とした。

【方法】

対象は令和 6 年度のながといいきいき健幸支援事業の参加者で、研究協力に関する同意が得られた者 18 名 (男性 7 名、女性 11 名、平均年齢 81.4±6.1 歳) とした。評価項目は握力・片脚立位時間・30-second chair stand test (CS-30)・Timed Up & Go Test (TUG)・老研式活動能力指標・改訂版 Frenchay Activities Index (FAI)・老年期うつ病評価尺度 (Geriatric depression scale 15: GDS15)・主観的幸福感とし、介入初期時と最終時の結果を比較した。比較には対応のある t 検定または Wilcoxon の符号順位検定を用い、有意水準は 5%未満とした。

【結果】

握力・片脚立位時間・主観的幸福感での有意な差はみられなかったが、CS-30 ($p<0.01$)・TUG ($p<0.05$)・老研式活動能力指標 ($p<0.05$)・FAI ($p<0.05$)・GDS15 ($p<0.01$)において有意な改善がみられた。

【結論】

リハビリテーション専門職の短期的な介入により、複合的な運動能力や日常生活における活動能力や活動量、またうつ傾向における改善が認められた。徒手等による直接的な運動介入がなくとも、面談により対象者の日々のセルフマネジメント力の向上を図ることで、介護サービス等を利用しなくても地域でその人らしい生活が継続できることへの有効性が示唆された。

【倫理的配慮】

本研究はヘルシンキ宣言に基づき、対象者には研究の目的や方法、データの管理および個人情報の取り扱いに関し口頭と書面にて十分に説明し、同意書に署名を得た。また、事業の委託元である山口県長門市よりデータの提供と使用に関して承認を得ている。

演題番号 20 ポスター発表

胸腔鏡下肺切除術後クリニカルパス逸脱者の栄養状態の推移

○好永 智治, 三浦 正和, 鹿子木 知之, 杉本 雅彦

山口県立総合医療センター リハビリテーション部

キーワード：胸腔鏡下肺切除術、クリニカルパス、栄養状態

【はじめに、目的】

当院では肺腫瘍患者に対し胸腔鏡下肺切除術 (video-assisted thoracic surgery: 以下、VATS) を施行している。また、VATS 患者に対してクリニカルパス (以下、パス) を導入しており、パスでの入院期間は 10 日間で入院日によって異なるが術後は 6 日または 7 日の入院期間となっている。しかし、パスを逸脱し退院が遅延する患者も見受けられる。そこで本研究の目的は、VATS・パス導入患者のパス遅延と栄養状態の推移を検証することとした。

【方法】

対象は 2023 年 11 月～2024 年 12 月までに当院でパスによる VATS を施行された 30 例 (年齢: 72.8 ± 5.4 歳、男性 11 例) とした。パス通り、または正のバリエーションで経過した患者を遅延なし群、パスを逸脱した患者を遅延群とした。調査項目は基本情報、術前呼吸機能検査、術前身体機能、採血データ、栄養状態 (Mini Nutritional Assessment-Short Form: 以下、MNA®-SF と Geriatric Nutritional Risk Index: 以下、GNRI と Prognostic Nutritional Index: 以下、PNI と Skeletal Muscle Index: 以下、SMI) とした。また採血データ (血清アルブミン値)・栄養状態 ($PNI = 10 \times \text{血清アルブミン値} + 0.005 \times \text{総リンパ球数}$; 主に外科手術患者において術後合併症等のリスクを評価し 40 未満を切除・吻合禁忌の栄養障害としている) は術前・退院時・退院後 6 か月目に測定し 2 群間の比較を行った。

【結果】

遅延なし群 (71.9 歳 ± 4.8 歳、男性 5 例)、遅延群 (73.2 歳 ± 5.9 歳、男性 6 例) で術前の呼吸機能・身体機能・術前採血・栄養状態に差は認めなかった。術後退院時 GNRI (遅延なし群 94.5 ± 10.5 、遅延群 86.6 ± 10.2)、術後 6 か月目の血清アルブミン値 (遅延なし群 4.2 ± 0.2 、遅延群 3.9 ± 0.3)、PNI (遅延なし群 50.1 ± 3.0 、遅延群 46.2 ± 5.0) に有意差を認めた。また、血清アルブミン値と PNI の群内での推移では術後 6 ヶ月目には両群とも改善を示すが、遅延群では有意に低値であった。

【結論】

パスによる VATS 患者の術前の呼吸機能・身体機能・術前採血・栄養状態に差は認めなかった。しかし、遅延群は退院時 GNRI にて栄養障害を認め、6 か月後の血清アルブミン値・PNI にて遅延なし群と比較して差を認めた。また栄養状態の改善度についても遅延群が乏しいことから遅延群に対してはより注意深く退院時運動指導量の調整や栄養評価・介入の必要性があると考ええる。

【倫理的配慮】

倫理的配慮として、ヘルシンキ宣言、及び「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守した。

協賛御芳名（敬称略）

学校法人 山口コア学園 山口 コ・メディカル学院

株式会社 ホームケアサービス山口

株式会社 総合リハビリテーション研究所

一般社団法人 下関市歯科医師会

一般社団法人巨樹の会 下関リハビリテーション病院

広告バナー（敬称略）

株式会社 アズユー

私たちは選ばれる施設を目指しサービス至上に徹します

～おかげさまで、今年、武久病院は設立70年を迎えました～

医療法人社団
青 寿 会

武久病院

診療科目 内科・循環器内科・泌尿器科・
リハビリテーション科・皮膚科・歯科

介護老人
保健施設 ^{せいかいそう}
青海荘

介護療養型
老人保健施設 ^{せいかいそうにばんかん}
青海荘武番館

介護医療院 **たけひさ介護医療院**

介護付有料
老人ホーム **ヴィラジオ武久**

法人名:医療法人社団 青寿会 (せいじゅかい)

開設年月日:昭和30年8月1日

運営施設:

武久病院 (263床)

介護老人保健施設「青海荘」(入所100名、通所50名)

介護医療院「たけひさ介護医療院」(95名)

介護付有料老人ホーム「ヴィラジオ武久」(66名)

介護療養型老人保健施設「青海荘武番館」(60名)



リハビリテーション部について

青寿会リハビリテーション部は、病院・介護の2つのグループに、リハビリテーション専門職である理学療法士21名、作業療法士11名、言語聴覚士3名(合計35名)が所属しています。

(令和7年4月現在) 病院グループは武久病院、介護グループは青寿会介護施設を担当し、各病棟や施設の役割に応じたリハビリテーションを展開しています。

また個々人の疾患や症状に応じた、標準的なリハビリテーションを提供できる体制の一環として、リハビリテーション部「基本方針」を設定して運営しております。

基本方針

- **栄養**の視点でリハをします
- **起こして・筋収縮**を伴うリハをします
- 患者様・家族の方の**主観**を大切にリハをします
- **研鑽**を積み、質の向上につとめる事を是とします
- **予防リハ**を取り入れます
- **生活を支援**するリハをします
- **廃用症候群**ゼロを目指します

武久病院は、積極的に臨床実習生を受け入れています

【理学療法士 実習指導校】

下関看護リハビリテーション学校

YICリハビリテーション大学校(山口)

2つの教育トライアングル



武久医療・福祉グループ

第34回

山口県理学療法学術大会の盛会を祈念いたします

専門
学校

YIC リハビリテーション大学校 (山口宇部)



いつも親切かつ丁寧に
わたしたち実習生をご指導いただき、
誠にありがとうございます



部活・スポーツ
×
リハビリ

理学療法学科
(4年制)

趣味・特技
×
リハビリ

作業療法学科
(4年制)



〒759-0208 宇部市西宇部南四丁目11番1号
TEL 0836-45-1000





Neuromuscular Center Yoshimizu Hospital 脳神経筋センターよしみず病院



〒751-0826 山口県下関市後田町1丁目1番1号

☎ 083-231-3888

ホームページはこちら⇒
ぜひ検索を!!



募集中!!





日本医療機能評価機構認定第JC2120-2号・災害拠点病院・救急告示病院・第二種感染症指定医療機関・地域医療支援病院・在宅療養後方支援病院・臨床研修病院



基本
理念

『安心の優しい医療を提供し、市民から信頼される病院を目指します』



地方独立行政法人

下関市立市民病院
SHIMONOZEKI CITY HOSPITAL

理事長・院長 田中 雅夫

山口県下関市向洋町一丁目13番1号

電話番号 083-231-4111 (代表)

下関市立市民病院

ホームページはこちらから▶

<https://shimonoseki-city-hosp.jp>



一般社団法人 下関市歯科医師会

〒751-0823 下関市貴船町三丁目1番37号 ☎ 083-234-8020

下関市歯科医師会は、市民の皆様の健康増進のお手伝いができるように「休日歯科診療」「訪問歯科診療」を行っています。

休日歯科診療

日曜・祝日・お盆・年末年始・ゴールデンウィーク

A.M.9:00-12:00

令和2年4月より会員の歯科診療所で休日診療を行っています。お盆・年末年始・ゴールデンウィークは2診療所、通常の休日は1診療所で対応させていただきます。かかりつけ歯科医院がお休みでお困りの方や急にお口のトラブルが発生した方などご利用ください。



訪問歯科診療

会員の歯科医師が自宅、病院、施設に訪問して、歯科治療を行います。「下関市歯科医師会の窓口」に連絡、「かかりつけ歯科医院や協力歯科医院に直接連絡」で対応いたします。

下関市歯科医師会の詳しい情報は下記 QRコードまたは URL よりご確認ください。

■下関市歯科医師会



<https://sekishi.or.jp/>

専門職連携教育がチーム医療で 活躍できる人材を育てる



看護学科 3年課程
全日制 40名定員



理学療法学科 3年課程
(県内唯一)
全日制 40名定員

学校法人 巨港の会
下関看護リハビリテーション学校

学校法人 山口コア学園

1,600名を超える卒業生が、県内外の病院・施設等で活躍中!

山口コ・メディカル学院 4年制

理学療法学科

作業療法学科

言語聴覚学科



TEL 083-933-0550

山口市富田原町2番24号

JR山口線「湯田温泉駅」より徒歩7分





「地域のくらしのそばに。
リハ協！」

 防府市
リハビリテーション
専門職協議会




リハ協は防府市より、
* 同行訪問アセスメント
* 通いの場の支援
* 幸せます会議（自立支援型地域ケア会議）
総合事業に関連する3つの事業の派遣管理を委託され
市内のリハ職の派遣を行っています。
また、高齢者以外を対象としたイベントや派遣依頼も
増えています。

問い合わせ先: rehanet.hofu@gmail.com (担当: 事務局 原)

 社会福祉法人 済生会支部
山口県済生会豊浦病院
Saiseikai Toyoura Hospital



一般病棟 95床 地域包括ケア病棟 94床 療養病棟 86床 計275床
〒759-6302 山口県下関市豊浦町大字小串10007番3 ☎(083)774-0511

Web Site  Insta gram  Face book 

中国ブロック理学療法士学会の
ランチョンセミナーでも発表させていただきました。

LeAILE
ルエイル


ブース出展してます!!
機能性×オシャレを両立した
下着の展示をしていますので
ぜひご覧ください。



“仕方なく”ではなく“着たい”から選べる選択肢を
機能性オシャレ下着ケアエムショーツ

株式会社LeAILE
広島県広島市中区大手町3丁目2-19
パーソンライフビル2F
careembrace.leaile@gmail.com

 Instagram  Gmail QRコード

 “こころ”の安心と安全をサポート

株式会社 **ホームケアサービス山口**


福祉用具レンタル・販売・住宅改修
(URL <https://www.homecare-yamaguchi.co.jp>)

営業店舗

〈本 社〉	〒752-0928	山口県下関市長府才川1丁目35-21
〈下関店〉	〒752-0928	山口県下関市長府才川1丁目35-21
〈山口店〉	〒754-0891	山口県山口市陶4542-1
〈周南店〉	〒744-0024	山口県下松市末武上久保田1800-1
〈岩国店〉	〒740-0017	山口県岩国市今津町4丁目12-7
〈萩 店〉	〒758-0011	山口県萩市椿東2880-1
〈宇部店〉	〒759-0212	山口県宇部市厚南中央6丁目4-20
〈北九州店〉	〒800-0204	福岡県北九州市小倉南区中吉田6丁目26-5
〈防府店〉	〒747-0844	山口県防府市華園町11-11
〈ホームケアサービス 廿日市店〉	〒738-0034	広島県廿日市市宮内4349番地1田宮ビル1F

介護施設

のんびり村 今津（特定施設）	〒740-0017	山口県岩国市今津町4丁目12-7
のんびり村 通津（特定施設）	〒740-0044	山口県岩国市通津2252-1
のんびり村 米川（小規模多機能・グループホーム）	〒744-0271	山口県下松市大字下谷字砂の本179
のんびり村 花岡（特定施設・通所介護・居宅介護）	〒744-0024	山口県下松市末武上久保田1800-1
のんびり村 厚狭（サービス付高齢者向け住宅・通所介護）	〒757-0005	山口県山陽小野田市大字鴨庄4-4





株式会社 宮源

株式会社 宮源 は、嚥下調整食作りに欠かせない
とろみ剤、ゲル化剤のメーカーです。

YouTubeの【宮源チャンネル】で、定期的
に色々な動画を配信しています。

- 色々な宮源商品の使い方のご紹介
- 独自の嚥下調整食レシピのご紹介
- 無料オンラインセミナー開催のお知らせ
- その他、新商品のご紹介等配信中です！



チャンネル登録と
視聴の程よろしく
お願いいたします

○2025年終了時1,000名目標



患者様の心に寄り添うクリニック



やました整形外科クリニック

下関市羽山町1-1 サンシティニュー東駅

☎ 083-228-1015 (TEL)
☎ 083-228-1016 (FAX)

第 34 回 山口県理学療法学会 準備委員

大会長：市野 敏亮 (武久病院)
準備委員長：水野 博彰 (下関市立市民病院)
運営部長：宇野 健太郎 (脳神経筋センターよしみず病院)
事務部長(財務)：上田 康博 (株式会社リハピス)
事務部長(庶務)：村田 奈保子 (安岡病院)
学会誌部長：高尾 祐輝 (下関リハビリテーション病院)
学術部長：月城 一志 (下関市立市民病院)
学会渉外部長：渡邊 一也 (下関看護リハビリテーション学校)
学術大会部担当：上條 貴弘 (山口県済生会下関総合病院)

運営委員

阿部 小夏	石光 雄太	今泉 裕希	岡本 堯之
川邊 寛	木村 学徳	久保 今日子	國宏 沙季
古座 久嗣	下郡 明久	將基面 恵介	末廣 蒼大
高野 良慈	竹永 秀平	田中 恩	中川 翔太
乗村 実沙	長谷 知枝	濱口 隼人	平沼 侑花
広田 綾乃	藤井 牧人	布村 飛龍	前中 海
光田 祥子	八木 宏明	矢野 嵩	山中 梨子

第 34 回 山口県理学療法学会 プログラム・抄録集

発行日：令和7年11月吉日

発行所：「大会事務局」 下関市立市民病院 リハビリテーション部

(〒750-8520 山口県下関市向洋町1丁目13-1 TEL：083-231-4111)

発行責任者：市野 敏亮

編集責任者：高尾 祐輝

印刷所：瞬報社写真印刷株式会社

