

第 30 回

愛媛県理学療法士会学術集会

The 30th Annual Meeting of Ehime Physical Therapy Association

～ハイブリット学会～

会 期：2026年3月8日（日）

会 場：松山市総合コミュニティーセンター大会議室（WEBとのハイブリッド開催）

大会長：茶家 康吉 市立大洲病院

主 催：公益社団法人 愛媛県理学療法士会

共創

～新たな価値の創造～



痛みがなくなつて、うれしい。

歩けることは、もつとうれしい。

医療法人恕風会は、患者さんに信頼される

「かかりつけ医」になるべく、これまで以上に

かかりつけ医機能を発揮し、誠意をもって、

患者さんを包括的かつ継続的に

支えています。

恕風会の「恕」とは人を思いやる心。

それが我々恕風会グループの願いです。



医療法人
恕風会

Ozu Memorial Hospital

大洲記念病院

〒795-8510 愛媛県大洲市徳森 1512 番地 1

☎ (0893) 25-2022 FAX (0893) 25-3923



医療法人 恕風会

介護老人保健施設ひまわり

介護老人保健施設長浜ひまわり



「人が、まん中の介護」
「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを。」

介護老人保健施設ひまわり 令和8年4月移転新築開設予定

～理学・作業療法士募集中～

就業場所

介護老人保健施設・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション

一緒に恕の風を吹かしましょう!!

介護老人保健施設 ひまわり

〒795-0061 愛媛県大洲市徳森 1508 番地 1

TEL 0893-25-2713

FAX 0893-25-3464

E-mail himawari-r@ozu-johukai.jp

介護老人保健施設 長浜ひまわり

〒799-3432 愛媛県大洲市柴甲 1422-3

TEL 0893-59-7220

FAX 0893-59-7221

E-mail n-himawari@iris.ocn.ne.jp

Rehabilitation 理学療法士・作業療法士



愛媛十全医療学院



◇ 理学療法学科 定員 40名

* 高校卒業生対象 3年課程

2023年度国家試験合格率 100%

(全国平均 95.2%)

◇ 作業療法学科 定員 40名

* 高校卒業生対象 3年課程

2023年度国家試験合格率 95.5%

(全国平均 91.3%)

学院長 松田 芳郎

〒791-0385 愛媛県東温市南方 561 番地

TEL.(089)966-4573/FAX.(089)966-3924

URL: <https://www.esm-iuzen.ac.jp/>

E_mail: gakuin@esm-iuzen.ac.jp



愛媛十全医療学院附属病院

(社) 日本整形外科学会認定医研修施設



〈診療科目〉

整形外科・内科・放射線科
リハビリテーション科・リウマチ科

〈病床数〉97床

〔 一般(地域包括ケア病床含む)病床 55床
回復期リハビリテーション病床 42床 〕

◇ 通所リハビリテーションじゅうぜん

◇ 訪問看護ステーションじゅうぜん

病院長 鶴岡 裕昭

〒791-0385 愛媛県東温市南方 561 番地

TEL.(089)966-5011/FAX.(089)966-5358

URL: <https://www.ehime-iuzen.jp/>



キャンピングカーで 家族・仲間と旅に出よう！

愛媛県理学療法士会会員様はレンタル時
オプション3,000円相当をプレゼント！

家族
旅行

仲間と
キャンプ

24h
18,000円
～

ホテル
高騰

7人乗車
6人就寝
可能



合同会社 Sat Crest

TEL : 090-4077-6235

*留守電にメッセージを残してください！

Mail : satcrestllc@gmail.com

車庫 : RVパーク愛媛・松山・奥道後

合同会社SatCrestは、愛媛JRТАと災害時のキャンピングカーの貸与に関する協定を締結しています。

日本RV協会公認の車中泊専用施設である
「RVパーク愛媛・松山・奥道後」も運営！
松山で車中泊をご希望の際はご利用ください！
徒歩圏内に入浴施設があります！



キャンピングカー
レンタル申込

RVパーク
申込





医療法人社団

坪井整形外科

TSUBOI ORTHOPEDIC CLINIC

診療科目

・整形外科 ・リハビリテーション科 ・リウマチ科

診療時間

	月	火	水	木	金	土	日
9:00~12:30	○	○	○	○	○	○	休
13:30~18:00	○	○	○	休	○	※	休

休診日 毎月第2土曜日・日曜・祝日 ※ 土曜日 13:30まで

住所： 愛媛県松山市南斎院町53-1

[TEL:089-973-8311]

[FAX:089-973-8718]

あなたのための義肢装具



PROSTHETICS&ORTHOTICS

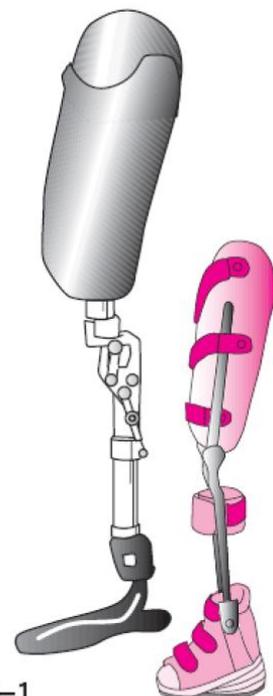


(有)岩本義肢製作所

〒791-1112

愛媛県松山市南高井町1665-1

TEL089-993-8651 FAX089-993-8653



筋刺激と鎮痛に加えて
測定まで
幅広い疾患や
症状で活躍



IVES[®] Pro

電気刺激装置 / 筋電計
アイビスプロ / GD-6122・GD-6124

販売名: 電気刺激装置 / 筋電計 GD-6122
電気刺激装置 / 筋電計 GD-6124
認証番号: 304AABZX00050000 (GD-6122)
304AABZX00051000 (GD-6124)
一般名称: 低周波治療器 / 筋電計
クラス分類: 管理医療機器 / 特定保守管理医療機器

GD-6122
最大2ch出力



GD-6124
最大4ch出力



物理療法機器・リハビリ機器・介護用入浴機器 **オージー技研株式会社** www.og-wellness.jp **オージーウエルネス**

【岡山本社】〒703-8261 岡山県岡山市中区海吉1835-7

【東京本社】〒100-6004 東京都千代田区霞が関3-2-5 霞が関ビルディング4階

【事業所】北日本支店・札幌営業所・盛岡営業所・北関東支店・新潟営業所・南関東支店・横浜営業所・千葉営業所・中部支店・金沢営業所・
関西支店・神戸営業所・中四国支店・広島営業所・高松営業所・九州支店・鹿児島営業所

ad-72-2411-2

受付時間 (平日・休日 共通)
9:00~17:00

【平日受付コールセンター】

0120-01-7181

【休日受付コールセンター】

※ 土・日・祝・年末年始 専用

0120-33-7181



第 30 回 愛媛県理学療法士会学術集会

The 30th Annual Meeting of Ehime Physical Therapy Association
～ハイブリッド学会～

共創 ～新たな価値の創造～

会 期 2026 年 3 月 8 日 (日)

会 場 松山市総合コミュニティーセンター大会議室

大会長 茶家 康吉 市立大洲病院

主 催 公益社団法人 愛媛県理学療法士会

第 30 回 愛媛県理学療法士会学術集会事務局

白石 恵資 (愛媛十全医療学院附属病院)

〒791-0301 愛媛県東温市南方 561

TEL : 089 (966) 5011

E-mail : keisuke.s.0425@gmail.com

INDEX

開催のご挨拶	3
学会参加のご案内	4
レセプションのご案内	8
第 29 回愛媛県理学療法士会学術集会 優秀演題	9
会場までのアクセス	10
会場案内図	11
日程表	12
プログラム	13
特別講演抄録	17
教育講演抄録	18
一般演題抄録	19
司会・座長・演者 索引	30
謝辞	31

第 30 回愛媛県理学療法士会学術集会開催にあたり



第 30 回愛媛県理学療法士会学術集会 大会長 茶家 康吉

2025 年は団塊の世代が 75 歳以上となり、地域包括ケアシステム実現のための重要な節目の年となりました。加えて、近年のコロナ禍を通じて、医療・介護の現場を取り巻く状況は大きく変化し複雑化しています。それに伴い、理学療法士に求められる能力も高度化しており、個々の専門性だけでは対応が難しい課題が増えており、コミュニティ間での連携ならびに多職種協働の重要性が高まっています。

こうした社会背景をふまえ、持続可能な地域づくりと時代に適応する地域医療・介護の実現に欠かせない「共創」という概念が注目されています。「共創」とは、単なる協力や分担ではなく、互いを尊重し合い、知識や経験を共有しながら、新たな価値をともに創り出していくプロセスです。理学療法士をはじめとする専門職が、医師、看護師、介護職、行政、地域住民など多様な立場の方々と手を取り合い、共に学び、共に考え、共に行動することで、地域包括ケアシステムの発展が可能となります。また、このような共創の姿勢は、職場内の信頼関係の強化や、専門職としての成長にもつながるものと確信しております。

そこで本学術集会では、「共創 ～新たな価値の創造～」をテーマに掲げ、理学療法士としての専門性を深めるとともに、他職種との連携を通じて新たな知見を得る機会を提供致したいと考えております。特別講演には、あき整形外科リハビリテーションクリニックの吉野一弘先生をお迎えし、地域包括ケアシステム構築に関する最新の動向についてご講演いただきます。吉野先生は、長年にわたり愛媛県における地域包括ケアシステム推進に寄与されており、その豊富な経験と知見は、会員の皆様にとって大変有益であると考えております。また、市立大洲病院の松井将先生による「コンフリクトマネジメントの臨床応用～受容と共感の姿勢で～」と題する教育講演を予定しております。さらに、一般演題として 19 題のご応募をいただいております。厚く御礼申し上げます。

本学術集会が、専門職同士による知見の交流と新たな学術的価値の創出の契機となることを心より願っております。スタッフ一同、万全の準備を尽くして参りますので、会員の皆様の積極的なご参加を心よりお待ちしております。

学会参加のご案内

会 期：2026年3月8日（日）

会 場：松山市総合コミュニティーセンター大会議室（WEBとのハイブリッド開催）
愛媛県松山市湊町7-5

大会長：茶家 康吉（市立大洲病院）
副大会長：土居 誠治（愛媛十全医療学院）
準備委員長：向井 輝久（大洲記念病院）
事務局長：白石 恵資（愛媛十全医療学院附属病院）

1 参加者の皆様へ

(1) 事前参加登録をお願いします。

事前申込なしの参加も可能ですが、当日は混雑が予想されますので、事前申込を推奨しています。日本理学療法士協会ホームページのマイページより事前参加登録を行ってください。

セミナー番号：154145

講義番号：281282

事前参加登録締め切り：2026年3月1日（日）

協会マイページから事前参加登録ができない場合は、下記の内容を記入の上、メールにて事務局まで申込下さい。

①会員番号(8ケタ)、②氏名(フリガナ)、③生年月日(西暦)、④性別、⑤所属士会、⑥勤務先、⑦登録理学療法士更新・認定/専門理学療法士更新・専門理学療法士取得のいずれかを選択ください。

申込み：keisuke.s.0425@gmail.com（学術集会事務局：白石）

・現地参加者（事前登録）の方へ

受付は9:00開始となっております。当日までにお手持ちのスマートフォンやタブレットに「日本理学療法士協会メンバーアプリ（会員専用マイページアプリ）」のダウンロードを行い、受付を行ってください。

※当日参加方法のご案内（現地参加者のみ）

事前参加登録締め切り後の参加に関しては、学術集会当日に会場にて行います。受付方法は、事前参加登録した現地参加者と同様で、当日までにお手持ちのスマートフォンやタブレットに「日本理学療法士協会メンバーアプリ（会員専用マイページアプリ）」のダウンロードを行い、受付を行ってください。

・WEB参加者の方へ

WEB参加登録いただきました方には、事前参加登録締め切り後、メールにて、当日の参加方法（Zoom URL）や当日の参加証明方法等をお送りいたします。メール案内に沿って、ご参加をお願いします。

(2) 参加費

愛媛県理学療法士会会員（事前申し込み）	1,000 円
他士会の日本理学療法士協会会員（当日申し込み）	2,000 円
作業療法士・言語聴覚士協会会員	2,000 円
会員外	8,000 円
学生	無料

(3) 生涯学習プログラムのポイント認定について

- * 登録理学療法士 更新
カリキュラムコード 11
「医療と介護および福祉の連携」：7 ポイント
- * 認定/専門理学療法士更新
学術大会：7 点
- * 専門理学療法士取得
新規取得要件



※特別講演・教育講演のポイント履修について

特別講演・教育講演にご参加いただくことで、追加でポイント履修が可能となっております。当日の特別講演・教育講演を受講後、QRコードを読み込みいただくことで、ポイントが取得できます。

特別講演参加

- * 登録理学療法士 更新
カリキュラムコード 6
「地域包括ケアシステム」：1 ポイント
- * 認定/専門理学療法士更新：1 点

教育講演参加

- * 登録理学療法士 更新
カリキュラムコード 20
「医療マネジメント」：0.5 ポイント
- * 認定/専門理学療法士更新：0.5 点

※当日参加確認に QR コードによる認証を行います。下記の URL または QR コードより、お手持ちのスマートフォンやタブレットに「日本理学療法士協会メンバーアプリ（会員専用マイページアプリ）」のダウンロードをしてください。これが参加証明になりますので必ず当日までにダウンロードよろしくお願いします。

「会員専用マイページアプリ」ダウンロードページ

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

(4) 昼食のご案内

現地参加の方々はお弁当をご持参のうえ、ご参加ください。
会場内でのご飲食は大会議室ご利用ください。（ゴミは各自でお持ち帰りをお願いします。）

(5) 学術集会に関する問い合わせ先

事務局までお問い合わせください。

学術集会事務局：白石 恵資（愛媛十全医療学院附属病院）

〒791-0301 愛媛県東温市南方 561

TEL：089(966)5011 E-mail：keisuke.s.0425@gmail.com

2 演者の皆様へ

(1) 発表方法及び注意事項

- ① 口述演題の発表時間は発表7分、質疑3分の合計10分です。
- ② 発表は、液晶プロジェクターを使用したパソコンによるプレゼンテーションです。
- ③ 本学術集会では、以下のOS、アプリケーションを使用します。
OS：Windows11 Microsoft Power Point 2019
Power Point 2019以前のバージョンを使用した場合は、あらかじめPower Point 2019での事前動作確認をお願いします。
- ④ スライド枚数は特に定めておりません。発表時間に収まるようにお願いします。
- ⑤ 動画やアニメーション機能に関して使用制限はいたしません、発表時に不具合が起きた場合は対応し兼ねますので、ご了承ください。動画使用に関してはフォルダを作成し、プレゼンテーションファイルと同一のフォルダに入れてください。
- ⑥ 当日提出していただくメディアはUSBフラッシュメモリのみとします。お持ちいただくメディアは、プレゼンテーション以外は入れないでください。プレゼンテーションやその他のデータが失われたとしても、保障や復旧はいたしませんので、あらかじめご了承ください。不慮のアクシデントに備え、会場内ではバックアップデータとして演者自身がUSBフラッシュメモリを携行してください。
- ⑦ Macintoshはご使用できません。
- ⑧ プレゼンテーションファイル名は、必ず演題番号・氏名の全てを記入したものとしてください。（例：演題番号1、愛媛一郎）
- ⑨ プレゼンテーションファイルの受付は、発表60分前までに「演者受付」にて行い、試写と動作確認をお願いいたします。
- ⑩ プレゼンテーションファイルの操作は演者自らが行ってください。
- ⑪ 演者は、発表セッション開始10分前までに「次演者席」にご着席ください。
- ⑫ PCに取り込んだデータは、主催者側で管理し、発表後に消去いたします。
- ⑬ 現地上映と同時にWEB配信も並行する影響で、動画がスムーズに流れない恐れがあります。動画を使用される場合は、あらかじめご了承ください。

(2) 発表者の変更

本学会では、採択された演題は筆頭演者が責任を持って発表することを原則としています。不測の事態により筆頭演者が発表できない場合、共同研究者が代理発表をしてください。また、発表当日に代理発表をする事態になった場合は演者受付に連絡してください。代理発表の場合は、抄録およびプログラムの発表者（筆頭演者名）は書き換えられません。発表時に代理発表であることを報告のうえ発表してください。

(3) 理学療法の探究について

論文化を目指される方は、ぜひ『理学療法の探究』への論文投稿をお願い致します。

[『理学療法の探究』投稿・執筆規定](#)

(4) 学会長賞・奨励賞について

一般演題の中から優秀なものを学会長賞として選出。また会員歴10年未満の会員の中から将来性のある発表に対して奨励賞を、会員歴3年以下の会員の中から新人賞を選出し、次年度通常総会にて表彰いたします。

3 座長の皆様へ

- ① 受付ロビーにて、「座長受付」を設けております。ご来場の際にそちらで受付をお済ませください。
- ② セッション開始予定の10分前までに、「次座長席」へご着席ください。
- ③ 口述演題は、1演題10分（発表7分・質疑3分）です。
- ④ 進行は座長に一任しますので、時間内に終了するようご配慮をお願いいたします。

4 レセプションのご案内

この度、学術集会に先立ち、発表演者、座長、学会参加者や関係者の皆様との交流を深めることを目的としてレセプションを企画しています。つきましては、下記の通りご案内申し上げます。

日時：令和8年3月7日（土）20:00-22:00

会場：mitra 1st

住所：愛媛県松山市湊町4丁目11-6 2F

費用：5000円（当日会場にて申し受けます）



参加希望者は以下のフォームより **2月13日**までにお申し込みください。

URL：<https://forms.gle/1TZp6CHs6XwSxFmX7>

なお、定員に達し次第、受付を締め切らせていただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。ご不明な点ございましたら下記までご連絡ください。

—問い合わせ先—

第30回愛媛県理学療法士会学術集会 レセプション担当 平井昭成

メールアドレス：narinari.hirai.30@gmail.com

第 29 回愛媛県理学療法士会学術集会 優秀演題

学会長賞

Treatment Based Classification に基づく頸部痛に対する徒手理学療法の効果検討
亀尾 恭平先生（三津整形外科）

奨励賞

在宅復帰目的に透析中の理学療法介入を実施した 1 症例
松浦 日菜子先生（松山市民病院）

新人賞

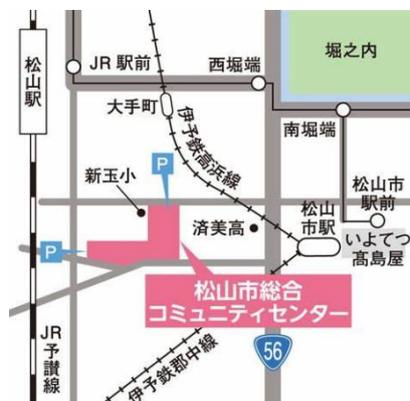
恐怖回避思考により歩行の自立に難渋した人工膝関節全置換術の一症例
～活動日誌とペーシングを活用して歩行の自立を試みた経験～
西久保 夏菜先生（愛媛十全医療学院附属病院）



左から 中尾聡志大会長、亀尾恭平氏、松浦日菜子氏、西久保夏菜氏

会場までのアクセス

会場：松山市総合コミュニティーセンター大会議室（〒790-0012 愛媛県松山市湊町7丁目5）



- 公共交通機関でお越しの方 伊予鉄「松山市駅」から徒歩約11分
JR「松山駅」から徒歩約13分

■車でお越しの方

松山インターチェンジより車で約20分（約6.2km）

コミュニティーセンター駐車場

- ① 体育館地下駐車場（東駐車場） 95台 100円/60分
- ② 企画展示ホール駐車場（西駐車場） 149台 100円/60分

※ 東駐車は上限金額の設定が無いのでご注意ください。

※ 西駐車場に限り1回あたり上限額500円。

※当日上記以外の近隣店舗駐車場等への駐車はご遠慮ください。

日程表

9:00-	9:00~ 9:20~	入室 開会式
10:00-	9:50~10:30	一般演題 1 運動器・内部障害理学療法 座長：山口 将史・河端 卓
11:00-	10:40~11:40	特別講演 「ポスト 2025 年 地域包括ケアシステムの深化」 講師：吉野 一弘 司会：茶家 康吉
12:00-	11:40~12:40	休憩
13:00-	12:40~13:30	一般演題 2 神経・生活環境支援理学療法 座長：木原 幸太・森 裕紀
14:00-	13:40~14:10	教育講演 「コンフリクトマネジメントの臨床応用」 ～受容と共感の姿勢で～ 講師：松井 将 司会：茶家 康吉
15:00-	14:20~15:10	一般演題 3 運動器・内部障害理学療法 座長：大島 光博・長沼 良典
-16:00	15:20~16:10	一般演題 4 神経・生活環境支援理学療法 座長：浅野 美都・中田 衛樹
	16:10~	閉会式

※敬称略

プログラム

Oral Session 1 一般演題 1 [運動器/内部障害理学療法] 9:50～10:30

座長：山口 将史（愛媛十全医療学院附属病院）
河端 卓（大洲記念病院）

- 01-1 THA 後における股関節伸展機能向上により Toe clearance が確保された一例
山下 修人 伊予病院
- 01-2 左足関節ピロン骨折・左腓骨骨幹部骨折に対して創外固定術を用いて二期的手術を行った症例を経験して
中田 智貴 松山赤十字病院
- 01-3 TKA 術後 4 か月の Stiff knee gait に対して前遊脚期に着目した短期間の介入が有効であった 1 例
則包 美宙 医療法人社団 樹人会 北条病院
- 01-4 運動療法と栄養療法の併用により Activities of Daily Living の改善が得られた Post-Intensive Care Syndrome を呈した高度肥満高齢症例
宇都宮 成美 市立宇和島病院

Special Lecture 特別講演 10:40～11:40

- SL 「ポスト 2025 年 地域包括ケアシステムの深化」
講師：吉野 一弘 あき整形外科リハビリテーションクリニック 副院長
司会：茶家 康吉 市立大洲病院 リハビリテーション室

座長：木原 幸太（伊予病院）
森 裕紀（HITO 病院）

02-1 小脳梗塞後の運動失調に起因する跛行に対し、股関節機能に焦点を当てた運動療法が歩行改善に寄与した一症例

山本 晃大 市立大洲病院

02-2 地域在住パーキンソン病における摂食嚥下障害のリハビリテーション介入を実施した1症例

坂本 崇 介護老人保健施設 希望の館

02-3 視床出血後の重度片麻痺および発動性低下を呈した症例に対し、高強度歩行と定量的フィードバックが有効であった経験

奥本 充 総合リハビリテーション 伊予病院

02-4 腹式呼吸により起立性低血圧の改善を認めたギラン・バレー症候群の一例

瓦谷 拓也 総合リハビリテーション 伊予病院

02-5 愛媛 JRAT 設立 10 周年の歩みと今後の取り組み

伊東 孝洋 松山赤十字病院

EL 「コンフリクトマネジメントの臨床応用」

～受容と共感の姿勢で～

講師：松井 将 市立大洲病院 リハビリテーション室

司会：茶家 康吉 市立大洲病院 リハビリテーション室

座長：大島 光博（済生会松山病院）
長沼 良典（宇和島徳洲会病院）

- 03-1 リバーズ型人工肩関節全置換術後(RSA)患者の Shoulder36 健康感に影響を及ぼす ADL の検討
—Japanese Orthopaedic Association(JOA)の ADL 項目を用いて—
二宮 健登 大洲記念病院
- 03-2 成人変性側弯症に対してシュロス療法による介入を行った 1 症例
貞徳 徹司 三津整形外科
- 03-3 身体活動性の向上へと繋がった COPD の一例
橋本 京介 医療法人徳洲会 宇和島徳洲会病院
- 03-4 集中治療を要しない急性心筋梗塞患者における Post-Intensive Care Syndrome 様精神機能
障害と在院日数の関連
岡田 知也 市立八幡浜総合病院
- 03-5 1 型糖尿病をもつ小児における治療デバイスと運動行動の関係 ～インスリンポンプ療法群
と頻回注射療法群との比較～
天野 貴裕 愛媛県立新居浜病院

座長：浅野 美都（西条市民病院）
中田 衛樹（松山リハビリテーション病院）

- 04-1 両側視床出血患者への歩行再建アプローチ
岡田 倭人 総合リハビリテーション伊予病院
- 04-2 ワレンベルグ症候群急性期における多職種連携アプローチの効果
津川 七彩 松山市民病院
- 04-3 外傷性胸髄損傷の予後予測に関する臨床的考察
～症例からの検討～
宮本 紗羅 松山市民病院
- 04-4 急性期脳卒中患者における歩行拙劣さへのアプローチ
～Physiological Cost Index を用いた歩行効率の改善～
光沖 柚香 放射線第一病院
- 04-5 パーキンソン病患者の外来リハビリテーションにて運動習慣を獲得した 1 症例
藤田 颯志 医療法人聖愛会松山ベテル病院

特別講演・一般演題 抄録

特別講演 (SL)	17
<i>Special Lecture</i>	

教育講演 (EL)	18
<i>Educational Lecture</i>	

口述演題 (O)	
<i>Oral Session</i>	

一般演題

① 運動器／内部障害理学療法	演題番号	O1-1 ~ O1-4	19
② 神経／生活環境支援理学療法	演題番号	O2-1 ~ O2-5	21
③ 運動器／内部障害理学療法	演題番号	O3-1 ~ O3-5	24
④ 神経／生活環境支援理学療法	演題番号	O4-1 ~ O4-5	27

「ポスト 2025 年 地域包括ケアシステムの深化」

吉野 一弘

あき整形外科リハビリテーションクリニック 副院長



【略歴】

1992年に国立善通寺病院附属リハビリテーション学院を卒業。理学療法士免許を取得。1992年4月より愛媛県立北宇和病院へ入職。1997年4月より愛媛県立今治病院、2006年4月より愛媛県立中央病院へ転勤後、2008年5月に同病院を退職。同年6月より現在のあき整形外科リハビリテーションクリニックへ就職され、2015年より同病院副院長に就任される。

現在では愛媛県理学療法士会の副会長及び地域局長を務められ、愛媛県介護予防市町支援検討会委員、日本理学療法士協会代議員、愛媛県リハビリテーション専門職協会会長、松山市スポーツ推進委員など様々な分野でご活躍されている。

1980年代に地域で医療と行政が連携し、「寝たきりゼロ」を目指す実践の中で、「地域包括ケアシステム」という概念が使われ始めた。2005年介護保険法改正に伴い、「地域包括ケアシステム」という言葉が初めて法律に関連して使用され、地域住民の介護や医療に関する相談窓口として地域包括支援センターの創設が打ち出された。介護予防は高齢者福祉政策において中核に位置づけられ、2000年介護保険制度創設以降、重要性が増すなかで運動機能向上に関して我々、理学療法士も力を発揮してきた。その後、2015年「介護予防・日常生活支援総合事業」では地域住民を含めた多様な主体が介護予防の担い手とする枠組みの中で市町村が地域の特性に応じて柔軟な取り組みを進めてきた。

愛媛県理学療法士会としてもこれらの制度の変化に応じる形で手探りながら、リハビリテーション専門職として県内における「地域包括ケアシステム」構築に向けて歩みをつづけてきた。そこには会員の皆様の多大なるご協力とご理解、献身的な取り組みがあり、愛媛県はじめ県内各市町に大きく貢献していることに感謝申し上げたい。我々の活躍の場が広がる一方で高齢者ニーズの多様化、医療・介護人材不足、孤立・貧困・多問題化する支援対象者の増加など問題点も浮き彫りになってきている。

2025年問題という社会的背景の大きな転換点を迎え、これまでの取り組みの成果と課題を捉え、2040年に向けた「地域包括ケアシステム」の在り方を再考することが必要と考える。我々、理学療法士も急性期から在宅まであらゆる病期の中で「地域包括ケアシステム」に向けた視点を持ち、今まで以上に各方面と連携を深める必要がある。今後の「地域包括ケアシステム」構築とは行政・医療機関・介護事業者・住民・民間企業・NPOなど多様な主体が「我が事」として参画し、協働していくことで初めて実現できる壮大な挑戦と言え、まさしく共創の時代を迎えている。本講演では愛媛県理学療法士会、愛媛県リハビリテーション専門職協会の歩みを振り返りつつ、新たな取り組みについて提示する。2040年に向けた理学療法士の果たすべき役割や新たな枠組み作りについて考える機会としたい。

「コンフリクトマネジメントの臨床応用」 ～受容と共感の姿勢で～

講師：松井 将 市立大洲病院 リハビリテーション室

理学療法を専門とする我々が、治療に介入する際に大切にすべきことは何か？治療に関する知識・技術・リスク管理等、多くの要件が挙げられるが、中でも重要視すべき点に、「信頼を築く」ことがある。患者様・家族からの信頼を得る事は、治療の成功に直結すると言っても過言ではない。信頼関係が構築されていないと、様々なトラブルを引き起こす原因となりうる。

治療を進める中で、患者様の不満の声や拒否的な発言等を耳にすることはないだろうか？その場合、二者間での「対立」が生じている可能性がある。この対立は、同業者間、コメディカル間等、様々な環境においても生じ得る。対立と聞くと「できれば避けて済ませたい」、「人間関係に悪影響が出る」といったネガティブなイメージを抱きがちである。この対立は、その原因により下記に分類される。原因を正しく理解することが、適切な解決への第一歩となる。

- ① 目標や役割の違いから生じる「条件の対立」
- ② 考え方や価値観の違いから生じる「認知の対立」
- ③ 個人的な感情のもつれから生じる「感情の対立」

これらの対立を適切にマネジメントせず放置してしまうと、様々な悪影響を及ぼす危険性がある。対立している双方が冷静に話し合い、納得できる解決策を妥協せず探る手法が「コンフリクト(＝対立) マネジメント」である。コンフリクトマネジメントの導入により、建設的な問題解決を見出し、より良い関係性を築く事が期待できる。コンフリクトマネジメントは、話し合いによる「一致点」「相違点」「対立の原因」の明確化に始まり、双方のメリットを共有し新たな解決案に向けて取り組みを行う手順であるが、解決後のフォローアップも忘れてはならない。双方の向いている方向(目標)が同じであることが望ましい。

なぜ、今コンフリクトマネジメントが重要なのか？近年、働き方の多様化やグローバル化が進み、一つの組織に様々な価値観やバックグラウンドを持つ人材が集まるようになってきている。このような環境では、意見の相違や対立の発生は当然のことと言える。コンフリクトマネジメントを適切に行うことで、多様な人材がそれぞれの意見を表明しやすい風通しの良い職場環境が生まれ、多様性を組織の強さに変えることができる。このようなポジティブな捉え方で、他者に寄り添う姿勢が求められる。

本セミナーでは、「対象者の深層にある真の想いを知り、受容と共感の姿勢で接すること」を基盤として、コンフリクトマネジメントの概要やコンフリクトマネジメントを行うメリットと注意点、コンフリクトマネジメントの進め方、導入で求められるスキルを概説したい。

01-1 THA 後における股関節伸展機能向上により Toe clearance が確保された一例

○山下 修人, 杉村 雅人, 重松 亜貴人
総合リハビリテーション 伊予病院 リハビリテーション部
Key word toe clearance, 脚長差, 股関節伸展

【目的】人工股関節全置換術（以下、THA）後は、疼痛改善が期待される一方、歩容改善に難渋する例が多い。歩容に影響する要因として脚長差や股関節可動域、股関節周囲筋の筋力低下等の臨床指標が挙げられる。本症例は、術前に自覚的脚長差（以下、PLLD）があり、術後も PLLD が残存し歩行中に引っかかりを認めた。そのため、歩行時における股関節伸展・膝関節屈曲角度と股関節周囲筋に着目し、toe clearance が改善した一例を報告する。

【方法】症例は 80 代女性。左変形性股関節症に対して THA を施行し、術後 13 日に当院に入院となった。脚長差に関して、転子果長、棘果長に差は見られなかったが膕一上前腸骨棘に 0.5 cm の差があり、L4 の左凸側湾が確認されたことから、機能的脚長差を認めた。歩行では右初期接地（以下、IC）時に右骨盤の下制が確認されたため右足に 0.5 cm のインソールを入れた結果、IC 時の骨盤下制は軽減し PLLD も消失した。しかし、歩行中の左足部の引っかかりは残存しており転倒リスクがあったため、股関節伸展機能に着目し toe clearance の確保を目的とした関節可動域・筋力訓練、ステップ練習および歩行練習を約 3 週間実施した。この期間の評価方法は ROM、MMT、10m 歩行、6 分間歩行、足圧分布計（インターリハ社製）、3D 動画解析アプリ（SPLYZA Motion）を用いた。また、toe clearance の評価は 6 分間歩行中の引っかかりの回数とした。

【説明と同意】本症例の治療および発表に関して、当院倫理委員会の承認を得て実施した。また、本人に口頭および書面で説明を行い、同意を得た。個人が特定されない形で報告する。

【結果】介入 3 週間後、左股関節屈曲可動域 $95^{\circ} \rightarrow 110^{\circ}$ 、伸展 $5^{\circ} \rightarrow 10^{\circ}$ へと拡大した。左股関節伸展 MMT2 $\rightarrow 3$ へと向上した。10m 歩行 9.68 秒、21 歩 (1.03m/s) $\rightarrow 9.27$ 秒、20 歩 (1.08m/s)、Thomas テスト陽性 \rightarrow 陰性、6 分間歩行 175m（左足部の引っかかり 6 回） $\rightarrow 345\text{m}$ （左足部の引っかかり 1 回）、左立脚後期の最大股関節伸展角度 $5.96^{\circ} \rightarrow 7.02^{\circ}$ 、左遊脚期の最大膝屈曲角度 $69.4^{\circ} \rightarrow 78.8^{\circ}$ に向上した。

【考察】本症例は、左立脚後期（以下、TSt）の股関節伸展制限が足部の引っかかりの要因だと考え、toe clearance の改善を目的に治療を実施した。先行研究では、toe clearance の維持には TSt の股関節伸展が最も影響すると報告されている。また、Nagao らは toe clearance の維持には前遊脚期（以下、PSw）の膝関節屈曲の重要性を示唆している。よって本症例は、左股関節伸展機能の向上に伴い TSt の股関節伸展角度が増加したことや PSw の膝関節屈曲が改善したことで、toe clearance が確保されたと考えた。また、TSt の股関節伸展角度は歩行の推進力に寄与するとされる。本症例でも左 TSt の股関節伸展角度の改善により、遊脚期の股関節屈曲への慣性力が得られ、下肢の振り出しが効率化したと考えた。よって股関節伸展機能は、THA 後の toe clearance 確保に重要であると推察した。

01-2 左足関節ピロン骨折・左腓骨骨幹部骨折に対して創外固定術を用いて二期的手術を行った症例を経験して

○中田 智貴, 伊東 孝洋
松山赤十字病院 リハビリテーション科
Key word 足関節背屈制限, 皮膚伸張性, 軟部組織

【目的】ピロン骨折は、足関節周囲の軟部組織が非薄であることから、軟部組織関連の合併症が多いとされている。また高齢者の皮膚は脆弱なため、低エネルギーでも容易に開放骨折に至るとされており、下腿・足関節付近の開放骨折では、皮膚・軟部組織が脆弱で破綻しやすく、また手術侵襲が重なって軟部組織合併症を起こすことが多い疾患である。今回、左足関節ピロン骨折・左腓骨骨幹部骨折に対して二期的手術を施行された症例を経験したため、考察を加えて報告する。

【症例紹介】60 歳代、女性。2025 年 X 月 Y 日、階段昇降の降段時に転倒され当院へ救急搬送された。左足関節ピロン骨折・左腓骨骨幹部骨折と診断され手術的に同日入院となった。

【説明と同意】本症例には趣旨と内容を口頭と書面にて説明し同意を得た。

【経過・結果】受傷日に創外固定術が施行された。受傷翌日より理学療法を開始し、左下肢免荷にて車椅子移乗を行った。受傷 8 日後にプレート固定術を施行され、術後シーネ固定となった。受傷 22 日後からシーネ固定除去となり左足関節可動域訓練を開始した。左足関節以外の可動域制限は認めなかった。左足関節背屈可動域：自動 -10° ・他動 -5° で疼痛の訴えあり、左足関節底屈可動域：自動 40° ・他動 45° 、触覚：左足関節前方～足趾に重度鈍麻～脱失、しびれ：左足関節より遠位部に認めていた。受傷 38 日後に X 病院へ転院となった。最終評価では、左足関節背屈可動域自動 0° ・他動 5° となり疼痛の訴えは軽減、左足関節底屈可動域自動 45° 、左足関節 MMT 背屈 2・底屈 2、触覚：左足関節前方～足趾に重度鈍麻、しびれ：著変なし、車椅子移乗・駆動：自立であった。

【考察】本症例は左足関節可動域訓練開始となるまでに約 3 週間を要しており不動期間があった。また、左足関節背屈可動域訓練時、内果下部の創部、左足関節前方に疼痛の訴えを認めたことにより左足関節背屈制限が生じたと考えた。内果下部の創部の疼痛は創外固定を行った際の創部で皮膚伸張性が低下していること、左足関節前方の疼痛は左足関節前方スペース内にプレートが存在していたため狭小化に伴い疼痛が生じていたと考えた。足関節術後の背屈制限は創部周囲の腫脹・癒着、軟部組織の柔軟性低下により引き起こされるとされており、また足関節背屈制限となる軟部組織については、前方組織では前脛骨筋腱や距骨前脂肪体が関与すると報告されている。理学療法としては、内果下部の創部の皮膚滑走操作、距骨前脂肪体の徒手操作、左足関節背屈可動域訓練・筋力訓練を主に行なった。最終評価時には左足関節背屈可動域自動 0° 、他動 5° となり疼痛は軽減し可動域の向上に繋げることができた。

【結論】足関節術後の背屈可動域制限に対して軟部組織へのアプローチは有効である。

01-3 TKA 術後 4 か月の Stiff knee gait に対して前遊脚期に着目した短期間の介入が有効であった 1 例

○則包 美宙, 増野 雄一, 三好 麻希

医療法人社団 樹人会 北条病院 リハビリテーション科

Key word TKA, Stiff knee gait, 算定日数

【はじめに】人工膝関節置換術 (TKA) 術後の異常歩行として, 歩行速度低下, Double knee action 消失, 膝関節屈曲角度の減少が報告されている。中でも Stiff knee gait (以下, SKG) を呈する症例は少なくない。今回, 左 TKA 術後に炎症・疼痛の長期化により膝関節屈曲角度が減少し, SKG を呈した症例の理学療法を経験した。当院外来リハ開始時は術後 4 か月で, 疾患別リハ算定日数 (150 日) のうち残り約 30 日と限られた期間であった。本症例では, 歩行時の膝関節屈曲角度減少の要因を分析し, 特に前遊脚期 (PSW) の SKG への介入が有効であったため報告する。

【説明と同意】当院倫理委員会の承認を得ている。また本症例には発表の意義と目的を説明し, 同意を得た。

【症例紹介】70 代後半女性。左 TKA。X-10 年より左膝痛出現, X-1 年頃から両膝痛増強。X 年 Y 月 Z 日に A 病院で左 TKA 施行。術後 30 日に自宅退院後, 近医で外来リハ継続するも, 左膝屈曲 60°, 伸展-25°, 熱感・腫脹 (+), 疼痛増強により術後 51 日から週 2 回外来リハ再開。術後 104 日に自主訓練困難と送迎負担で再入院, 術後 123 日に自宅退院, 術後 126 日より当院で週 3 回外来リハ開始。初診時, 左膝屈曲 75°, 伸展-25°, MMT4-, 膝屈曲時 NRS8, 10m 歩行 23.2 秒・34 歩, T 字杖歩行で左 PSW の膝屈曲不足を認めた。BADL・IADL 自立。主訴は「左膝が痛くて曲がらず, 歩行時につまずきやすい。歩きやすくなって頻繁に外出や外食をしたい」。

【問題点と目標】左 PSW の膝屈曲不足による SKG の主因は可動域制限であり, その背景には術創部の熱感・疼痛, 恐怖心に伴う筋緊張亢進, さらに皮下組織の癒着や術創部の伸張性低下が影響していた。これらの要因を改善することで, 歩行効率を向上させ, 本人が希望する頻繁な外出や外食を目標とした。

【方法と結果】外来リハは 30 日間で 12 回実施。各回とも介入前にアイシングを行い, その後, 皮膚伸張, 皮下組織モビライゼーション, 膝屈伸の抵抗運動, PSW での膝屈曲促通を行った。膝屈伸の抵抗運動では, 恐怖心軽減のため工夫点として, 本人の好きな歌を歌いながら気を紛らわせた。介入 30 日後, JCOM75 点, 左膝可動域は屈曲 105°, 伸展-15° に改善し, 10m 歩行は 13.4 秒・29 歩に短縮。歩行時には左 PSW の膝屈曲増加がみられ, 「楽に歩けるようになったので, 外食に行きます」との発言が聞かれた。

【考察】本症例では, SKG の要因を分析し, 膝関節可動域拡大および歩行時 PSW 改善を目的とした治療を行った結果, 短期間で改善した。TKA 術後患者では, PSW における大腿直筋の過剰収縮が遊脚期膝屈曲を阻害すると報告されており, 本症例でも疼痛や恐怖心に伴う筋過緊張が影響していたと考えられる。そのため, 本人の状況に合わせた介入により改善が得られたと考えられる。なお, 膝関節可動域はまだ十分でなく, 生活活動の拡大も十分とは言えないため, 自主訓練継続による運動習慣構築が今後も必要である。

01-4 運動療法と栄養療法の併用により Activities of Daily Living の改善が得られた Post-Intensive Care Syndrome を呈した高度肥満高齢症例

○宇都宮 成美¹⁾, 薬師寺 伽歩¹⁾, 清家 光希¹⁾, 中屋 雄太^{1) 2) 3)}

1) 市立宇和島病院 リハビリテーション科

2) 市立宇和島病院 アカデミックセンター

3) 高知大学 医学部 老年病・循環器内科学

Key word PICS, 高度肥満, 高齢者

【はじめに】集中治療後症候群 (Post-Intensive Care Syndrome ; PICS) は, 集中治療室 (Intensive Care Unit ; ICU) に在室中のみならず, 退室後さらには退院後に生じる身体機能・認知機能・精神機能の障害であり, 患者または患者家族の精神にも影響を及ぼすことが報告されている。また, 高度肥満を併せ持つ高齢者は, 筋質や筋合成の低下が生じており, 不動・炎症・栄養不良が重なることで, 筋量や筋力が更に急落し, PICS からの回復遅延や Activities of Daily Living (ADL) 低下を引き起こすことが報告されている。しかし, 高度肥満高齢患者を対象とした PICS 介入の報告は少ない。今回, PICS を呈した高度肥満高齢患者に対して, 運動療法と栄養療法を併用して ADL 改善を認めたので報告する。

【説明と同意】症例に対し, ヘルシンキ宣言に基づき発表に関して説明を行い同意を得た。

【症例紹介】80 代男性。Body Mass Index : 39.09 kg/m²。病前 ADL は自立。COVID-19 肺炎の発症後, 複数の合併症により急変リスクが高いと判断されたため, 同日 A 病院へ転院し人工呼吸器管理となった。第 16 病日に抜管。第 22 病日にリハビリテーション目的で当院へ転院した。第 23 病日よりリハビリテーション開始。初期評価時は, せん妄や意識レベル低下, 不安・抑うつ傾向であり Mini Mental State Examination (MMSE) : 14 点であった。また Medical Research Council Score (MRC score) : 46 点と上下肢に筋力低下を認め, Barthel Index (BI) : 0 点と ADL は全介助レベルであった。栄養状態は Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) : 5 点と低栄養を示した。

【経過】バイタルサインや易疲労性に留意しリクライニング車椅子への離床・チルトテーブルでの起立訓練開始。食事摂取量を考慮し低負荷・高頻度レジスタンストレーニングを実施。負荷量増加時には, 栄養士と摂取エネルギー・蛋白質摂取量を確認し, 不足分は栄養補助食品等を追加し過負荷に注意しながら介入した。また, 日中の覚醒を促すため病棟看護師と連携し車椅子離床時間を促すとともに自主訓練指導を実施。第 41 病日より歩行器使用し歩行訓練開始。監視下にて 50m 歩行可能となり, 第 64 病日に B 病院転院となった。最終評価では, MMSE : 27 点と認知機能向上や不安・抑うつが改善した。また, MRC score : 60 点と上下肢筋力の向上を認め, BI : 55 点となった。栄養状態は MNA-SF : 6 点と差を認めなかった。

【考察】本症例は運動療法だけでなく栄養療法, 病棟での離床を併用し, ADL・認知機能の改善が得られた。肥満高齢患者に対し運動療法と栄養療法の併用により, 身体機能が改善したと報告されている。そのためエネルギー摂取量を確認し過負荷に注意しながら介入したことで, 上下肢筋力の向上に寄与し, ADL の改善につながったと考える。したがって, 本アプローチは PICS を伴う高度肥満高齢患者に対し効果的であったと考える。

02-1 小脳梗塞後の運動失調に起因する跛行に対し、股関節機能に焦点を当てた運動療法が歩行改善に寄与した一症例

○山本 晃大

市立大洲病院 リハビリテーション室

Key word 小脳性運動失調, 歩行, 股関節

【はじめに】小脳梗塞は協調運動障害を主体とし、適切な四肢運動パターンの生成や直立姿勢と姿勢反射の動的制御、誤差フィードバック学習による運動出力のフィードフォワード制御の負の影響より跛行を来す。こうした歩行不安定性は転倒リスクを高め、早期から荷重制御と協調性に焦点を当てた理学療法が妥当とされる。本報告では、小脳梗塞発症後に跛行を後遺した患者に対し、協調性訓練と歩行再教育を中心とした理学療法を行い、その経過と臨床的效果を検証する。

【症例紹介および経過】症例は糖尿病、陈旧性脳梗塞、左変形性膝関節症、腰部脊柱管狭窄症を既往とする80歳代男性。眩暈、歩行困難、呂律障害を愁訴に同日中に当院へ救急搬送され、左小脳体の急性期梗塞を診断された。病前は屋内外ともに補助具無し歩行が自立していた。第4病日に理学療法を開始し、初期評価では左上下肢の測定過誤、企図振戦、反復運動の拙劣、立位動揺を認め、SARAは15点だった。下肢MMTはQF 4/4、TA 4/4、両下腿には軽度の異常知覚があった。ロンベルグ徴候は陰性、Mann肢位は不能、片脚立位は左右2秒で、BBSは31点だった。歩行は前傾姿勢と歩行調律の不整より直立制御が困難なため、後方へ引く介助を要し、快適歩行速度は0.71m/sだった。第7病日に両肩関節や両膝関節に熱感と腫脹を伴う疼痛を来し、一時的に離床困難となった。第11病日に歩行訓練を再開し、以降は疼痛に配慮し乍ら介入を段階的に進めた。第14病日には補助具なし歩行を開始し、第17病日には屋内自立歩行を再獲得した。第23病日に自宅退院となった。理学療法は(1)股関節運動の制御訓練、(2)体幹・下肢の協調性訓練、(3)荷重制御訓練、(4)歩行訓練を実施した。本症例では立脚期の支持性不足と協調性低下が歩行再建の主要課題であった。前傾姿勢の背景として、股関節伸展・屈曲・外転筋群における筋発揮タイミングの遅延や同時収縮の機能不全が関与した可能性が考えられた。

【結果】第21病日で快適歩行速度は1.05m/sに改善し、前傾姿勢や歩行調律の不整は減少した。SARAは9点で左下肢の測定過誤は後遺した。協調性訓練および歩行再教育により、跛行の主因である姿勢制御不全が改善した。

【考察】小脳失調は運動のタイミング・協調・誤差修正といった予測制御の破綻により生じる。本症例は筋力が保たれていたことから、跛行の主因は協調運動障害に求める既報の知見と整合した。先行報告では、小脳性失調性歩行に対し、荷重制御・バランス・協調性を重視した訓練が歩行の変動性改善に有効とされ、本症例の歩行速度や安定性の向上は、協調性に着目した介入の有効性を示唆する。特に立脚期の安定化の課題設定は、歩行再獲得に大きく寄与し、誤差修正や協調性の再獲得を目的とした理学療法戦略の肝要性が解された。

【倫理的配慮】発表に際し、患者本人より書面で同意を得た。

02-2 地域在住パーキンソン病における摂食嚥下障害のリハビリテーション介入を実施した1症例

○坂本 崇, 野口 竜馬, 花田 沙耶香

介護老人保健施設 希望の館 リハビリテーション部

Key word パーキンソン病, 摂食嚥下障害, 舌機能

【はじめに、目的】パーキンソン病(以下,PD)の摂食嚥下障害はPDの約半数に存在する。地域在住PDの摂食嚥下障害のリハビリテーション(以下,リハビリ)介入した症例数は少なく、運動療法による効果の有無を報告した症例も数少ない。今回、舌強剛に対する運動療法を行い、摂食嚥下機能に改善が得られ、食生活の改善に至った経過を報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に従い、症例に十分に説明を行い、書面で同意を得た。

【症例紹介】70歳代、男性、PDと診断され7年経過する。内服で症状は安定していたが活動量の減少による筋力低下があり、この半年間で身体が動かしにくくなる。ニーズは硬いものを食べたい。ムセなく食べたい。介入後60日の評価は、ROM:股関節屈曲左右90度、頸部屈曲35度、伸展5度、体幹屈曲40度、伸展0度。最長発声持続時間(以下,MPT):8.4秒。強剛:舌前方突出と舌後方へ引き込み、左側側方運動で右内舌筋・外舌筋にあり。The Mann Assessment of Swallowing Ability日本語版(以下,MASA):174点(軽度の嚥下障害、誤嚥異常なし)、反復唾液嚥下テスト(以下,RSST)4回/30秒、水飲みテスト(以下,WST)2。デイケアで、米飯に副食(やわらか食)を混ぜ摂取する。

【方法と経過】デイケアの食事場面を分析し、口腔準備期から口腔送り込み期に舌機能低下を代償し頸部後屈がみられる。食事の座位姿勢は頭頸部軽度伸展、胸椎過度後弯、腰椎前弯減少、骨盤後傾位で嚥下中にムセがある。リハビリ的介入がなく、間違った食事方法・食事形態をしていたことより、管理栄養士と相談し、ご本人へ米飯と副食を別々で摂取するよう助言する。デイケアの食事中、ムセはなくなる。ご自宅で副食は刻み、ご本人が米飯にお茶を混ぜ嚥下中にムセがあることより、軟飯を妻へ提案する。リハビリは、週2回の理学療法と並行し、舌機能訓練と呼吸訓練を20分とデイケア以外の日にホームエクササイズで行う。

【結果】介入後160日の評価は、ROM:股関節屈曲右110度、左115度。頸部屈曲40度、伸展10度。体幹屈曲40度、伸展5度。MPT:12.0秒。MASA:194点(嚥下障害異常なし、誤嚥異常なし)、RSST5回/30秒、WST2。デイケアの食事形態に変化はないも、食事の座位姿勢は頭頸部正中位、胸椎軽度後弯、腰椎前弯、骨盤正中位。口腔準備期から口腔送り込み期で咀嚼し頸部後屈の代償動作なく、ムセもみられない。ご自宅は米飯で副食刻み、ご本人より硬い肉が食べられるようになったと、食改善がみられる。

【考察】本症例は舌強剛が改善したことで、摂食嚥下機能に改善を認めた。リハビリ的介入がなく、間違った食事形態であったため、早期にリハビリ評価し介入できたことが食事中、ムセがなくなった要因と考える。管理栄養士と連携し食改善を認めたことから食生活においても職種連携が重要である。今後地域在住のPDに対する摂食嚥下障害の視点を持った関わりを大切にしていきたい。

02-3 視床出血後の重度片麻痺および発動性低下を呈した症例に対し、高強度歩行と定量的フィードバックが有効であった経験

○奥本 充, 目見田 洋輔

総合リハビリテーション 伊予病院 リハビリテーション部

Key word 発動性低下, 高強度歩行, 定量的フィードバック

【目的】脳卒中後、重度片麻痺に加え、発動性低下が影響し、最大パフォーマンスを引き出しにくいことをしばしば経験する。今回、同症例を呈した症例に対し、高強度歩行介入と定量的フィードバックを導入した結果、運動機能、歩行速度、立位バランス能力の向上を認めた一例を報告する。

【症例紹介】56歳男性。右視床出血、脳室穿破。保存的加療。左片麻痺、感覚重度鈍麻、左半側空間無視、注意障害、プッシャー現象、発動性低下が残存。当院に26病日目に転院（転院時BRS左上下肢Ⅰ、FIM13点）。以降、PTOTST9単位リハを実施。3カ月経過し、歩行は四点杖監視レベルに到達したが、運動機能と歩行速度の改善が停滞していた。介入開始時（119病日目）、Brs下肢Ⅱ、SIAS下肢機能1・1・1、バーグバランススケール（以下BBS）12点、FIM47点（運動29点、認知13点）、HDS-R22点、認知関連行動アセスメント20点。

【方法】<介入Ⅰ期>最大努力による10m歩行インターバル。119病日目から21日間の内、14日間（1日平均5~7回測定）実施。歩行補助具あり、短下肢装具（シューホーンブレース）装着。近位監視下にて測定を繰り返し、測定結果を即時的に口頭フィードバック。前回記録より1秒でも速く歩くことを教示。<介入Ⅱ期>トレッドミル歩行。ウエルウオーク1000（トヨタ社）。ロボット脚は未使用。159病日目から16日間の内、10日間（1日約40分）実施。手すり把持して監視で30m以上連続歩行可能な速度で漸増した。視覚フィードバックは足元カメラ映像モード、歩行距離を映像画面に提示。高強度の目安は、修正Borgスケール6~7とした。

【説明と同意】患者には、口頭・書面にて説明し同意を受け、当院倫理審査委員会の承認を得た。（承認番号：2025-17）

【結果】Ⅰ期介入時（119病日目）、10m歩行：254秒59歩、0.04m/秒、四点杖ラージサイズ利用。Ⅰ期最終時（140病日目）：47秒32歩、0.21m/秒、ノルディック杖利用。Ⅱ期介入時（159病日目）トレッドミル歩行：時速0.7km、連続監視歩行100m。Ⅱ期最終時（174病日目）、時速1.6km、連続監視歩行500m。その他、BBS35点、BRS下肢Ⅲ、SIAS下肢運動機能2・2・1、FIM66点（運動37点、認知29点）、認知関連行動アセスメント23点。

【考察】本症例は、視床出血が四方向へ広範に進展し、後外側腹側核（VPL）・前腹側核（VA）損傷による感覚障害と発動性低下、皮質脊髄路・皮質橋網様体路損傷による重度片麻痺と姿勢制御障害が複合的に生じた病態であったと解釈する。そこで今回の定量的フィードバックにより、報酬系の活性化から発動性が創出され、トレッドミルによる高強度歩行介入が随意性と運動主体感の喚起につながり、最大パフォーマンスの底上げに寄与したと推察する。

02-4 腹式呼吸により起立性低血圧の改善を認めたギラン・バレー症候群の一例

○瓦谷 拓也, 木原 幸太, 杉村 雅人

総合リハビリテーション 伊予病院 リハビリテーション部

Key word 起立性低血圧, 腹腔内圧, 腹式呼吸

【目的】軸索型ギランバレー症候群（以下、GBS）は一般に予後良好とされる。しかし、本症例は呼吸筋麻痺や起立性低血圧の影響により離床が困難であった。そこで、腹腔内圧（以下、IAP）の向上を図る腹式呼吸訓練を併用した結果、起立性低血圧が改善し、離床が円滑に進み、最終的に独歩自立へ至ったため経過を報告する。

【症例紹介】40代男性。呼吸筋麻痺を呈し挿管・人工呼吸器管理となり、GBSと診断された。第22病日に人工呼吸器を離脱したが、著明な四肢筋力低下を認め、第48病日にリハビリ目的で当院転院となった。初期評価ではGBS disability scoreはGrade 4、四肢筋力はMedical Research Council（以下、MRC）10点であった。感覚は上肢・下肢ともに触覚・位置覚は重度鈍麻を認め、腱反射は全般的に減弱していた。また、起立性低血圧が顕著であり、起き上がり直後は意識消失が頻発した。座位保持も短時間のみ可能であり、立位訓練は困難であった。血圧は80/50 mmHg前後で推移し、昇圧剤や弾性ストッキングも処方されていた。ADLは重度介助レベルであった。

【経過】第48病日より座位訓練、ティルトテーブルによる立位訓練に併用して、起立性低血圧の改善を目的とした呼吸訓練を週5回（20分/回）の頻度で3週間実施した。方法は、下部肋骨を下制し腹腔内圧を維持した状態で腹式呼吸を行わせた。この際、下腹部の膨隆を意識させることで、腹横筋と横隔膜の協調的収縮を促した。その結果、訓練中の立位での血圧は90~100/70~80 mmHg程度で安定し、座位保持および立位訓練時の失神も著明に軽減した。座位保持時間は次第に延長し、第63病日には昼食時離床、第70病日には3食離床が可能となった。抗重力活動も順調に進み、最終評価ではGBS disability scoreはGrade 1、MRC 46点、感覚は、触覚・位置覚ともに軽度鈍麻に改善し、独歩自立レベルでADL自立となった。第155病日に自宅退院となった。

【考察】GBSでは重症例を中心に自律神経障害が高い頻度で認められ、本症例でも起立性低血圧が離床を阻害していた。腹式呼吸によるIAP向上は静脈還流の改善に寄与し、起立性低血圧が軽減したと考えられる。上西らは、IAPの増大が血行動態を安定させることを頸髄損傷者で報告しており、同様のメカニズムが作用した可能性がある。さらに、腹式呼吸訓練により腹横筋の自発収縮が促進され、IAPを保持できるようになったことが血圧の安定化につながったと考える。中西らは、腹式呼吸練習によって腹横筋の収縮能力が向上することを報告しており、本症例でも同様の筋機能改善が生じたことで、結果として離床の拡大につながったと推察する。以上より本症例は、重症GBSにおいて、腹式呼吸が起立性低血圧の改善に有効である可能性を示唆した。

02-5 愛媛 JRAT 設立 10 周年の歩みと今後の取り組み

○伊東 孝洋¹⁾，荒谷 英彦²⁾，中村 匡秀³⁾，藤田 正明⁴⁾

- 1) 松山赤十字病院 リハビリテーション科
- 2) 老人保健施設 伊予ヶ丘 リハビリテーション科
- 3) 済生会松山病院 リハビリテーション科
- 4) 伊予病院 医務部

Key word 災害リハビリテーション，連携・協働，地域防災訓練

【はじめに】発災直後の救命救急に引き続き、できるだけ早期に要配慮者に対してリハビリテーションによる生活支援等をリハ関連職が連携して実施し、生活不活発病等の災害関連死を防ぐことを目的として、一般社団法人愛媛県災害リハビリテーション支援協会（以下、愛媛 JRAT と略する）が 2014 年に結成された。現在、県内リハ関連 13 団体が加盟しており、2016 年には愛媛県と災害時のリハビリテーション支援活動に関する協定を締結している。愛媛 JRAT 設立 10 周年の歩みと今後の取り組みについて報告する。

【方法】愛媛 JRAT がこれまで行った平時や災害時の活動内容を調査した。

【倫理的配慮、説明と同意】今回の報告は倫理的配慮に注意し、個人のプライバシーや個人が特定できる内容は記載していない。

【結果】平時の活動としては、平時および災害時に多職種が情報を共有し、有機的な連携を行うことを目的として、愛媛県災害リハビリテーション連携マニュアルを作成した（現在第 5 版）。また愛媛県より研修会業務委託を受けて、愛媛県災害時要配慮者支援チーム員養成基礎研修会を毎年開催しており、2025 年 10 月 25 日時点で 265 名の医療、介護、福祉専門職に登録を頂いている（理学療法士は 56 名）。そしてチーム員のブラッシュアップや本部運営に関する研修を開催するとともに災害リハビリテーションに関する研修会を定期的に開催している。令和 7 年度においては、愛媛県総合防災訓練や松山市、松前町、愛南町で開催された総合防災訓練に参加して、保健師と協働して保健福祉的トリアージや要配慮者の移送支援等の活動を行っている。また愛媛 JRAT の認知度向上を目的として、一般市民や子どもを対象とした防災イベントに積極的に参加・協力を行った。災害時の活動としては、平成 28 年熊本地震において、理学療法士 3 名が避難所支援要員や本部運営要員として活動を行った。平成 30 年 7 月豪雨においては、延べ 56 名（医師 6 名、理学療法士 34 名、作業療法士 7 名、言語聴覚士 2 名、介護福祉士 2 名、社会福祉士 4 名、介護支援専門員 1 名）が避難所や要配慮者のアセスメントや支援活動を行った。令和 6 年能登半島地震において、28 名（医師 1 名、理学療法士 5 名、作業療法士 4 名、言語聴覚士 5 名、介護福祉士 1 名、社会福祉士 9 名、介護支援専門員 2 名、管理栄養士 1 名）を避難所に派遣し、避難所環境調整や被災者に対して生活再建に向けた支援活動を行った。

【考察】愛媛 JRAT は災害時の支援活動のみならず、平時より避難所支援要員や本部運営要員を養成する研修会を定期的に開催するとともに、県や市町総合防災訓練へ積極的に参加して、行政との顔の見える関係作りを構築している。また防災啓発イベントに積極的に参加して、愛媛県民の災害関連死を防ぐ取り組みを推進している。愛媛 JRAT は今後も災害医療、保健、福祉の関係者と関係構築を図りつつ、次の災害に備えていきたいと考えている。

O3-1 リバース型人工肩関節全置換術後(RSA)患者の Shoulder36 健康感に影響を及ぼす ADL の検討 —Japanese Orthopaedic Association(JOA)の ADL 項目を用いて—

○二宮 健登, 向井 輝久
大洲記念病院 リハビリテーション部
Key word RSA, JOA, Sh36

【目的】肩腱板断裂患者は疼痛などにより日常生活活動(以下 ADL)や生活の質(以下 QOL)に低下を認める。肩腱板断裂に対する手術療法としては関節鏡視下手術(ARCR)、直視下手術(ORCR)といった腱板修復術や RSA が挙げられる。腱板修復術の JOA ADL 項目(以下 J-ADL)と Shoulder36(以下 Sh36)健康感の関連性については第 61 回日本リハビリテーション医学会にて結帯動作、患側を下に寝る、頭上の棚の物に手が届く、上着を着るの 4 項目が QOL を改善する因子であったと報告した。しかし、RSA については機能面についての報告はあるが、ADL と QOL との関連性に関しての報告は少ない。本研究は RSA 患者の QOL に影響を及ぼす ADL を調査することにより、ADL 治療の優先度に活かすことを目的とした。

【方法】対象は令和 3~6 年度に当院で手術された RSA 患者 22 例(男性 14 例, 女性 8 例, 平均年齢 76.5 歳)とした。調査項目は肩に局限した ADL として J-ADL と QOL は患者立脚型評価法である Sh36 から、特に QOL 要素を多く反映すると考えられる健康感を用いた。年齢、性別に加え、術後 5 ヶ月での J-ADL と Sh36 をカルテより後方視調査した。統計学的検討は J-ADL を順序尺度に変換し Sh36 と各項目の相関を Spearman の順位相関係数にて調査した。また Sh36 を従属変数、有意な相関を認めた J-ADL を独立変数として重回帰分析を行った。統計ソフトは R2.8.1 を用い有意水準は 5%未満とした。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、対象者の個人情報や収集したデータの管理には十分に注意し行った。

【結果】結帯動作($r=0.52, p<0.05$)、頭上の棚の物に手が届く($r=0.49, p<0.05$)、用便の始末ができる($r=0.57, p<0.01$)、上着を着る($r=0.50, p<0.05$)動作の 4 項目で有意かつ高い相関を認めた。重回帰分析では用便の始末ができる($\beta=0.56, p<0.01$)、上着を着る($\beta=0.49, p<0.01$)が選択された。

【考察】一般的に RSA の適応年齢は 65 歳以上の高齢者とされている。先行研究より、高齢患者の主観的幸福感に更衣動作が関係していたと報告がある。また、地域在住高齢者における要介護認定と ADL との関連について、「トイレ動作」といった基本的 ADL は介護度が上がるにつれて非自立者の割合が増加傾向であったとある。さらに、在宅において家族介護者の 90%が排泄介護を行っており、介護負担の大きな要因となっているとの報告もある。このことから、トイレ動作は患者本人とその家族にとっても重要な動作であるといえる。そのため、RSA 患者の QOL に影響する要因として「用便の始末ができる」と「上着を着る」が抽出されたと考える。当院のクリニカルパスでは術後 4 週で装具除去となり術側上肢を使用したトイレや更衣動作が許可される。そのため、術後 4 週経過後からトイレや更衣といった基本的 ADL の動作指導を優先的に自立へ移行していくことが QOL 向上につながると思われる。

O3-2 成人変性側弯症に対してシュロス療法による介入を行った 1 症例

○貞徳 徹司
三津整形外科 リハビリテーション科
Key word 成人変性側弯症, シュロス療法, angle of vertebral rotation

【はじめに】シュロス療法(International Schroth 3D Scoliosis Therapy: 以下 ISST)はドイツの Katharina Schroth によって確立された主に特発性側弯症に対する運動療法である。今回 ISST を成人変性側弯症(Adult Degenerative Scoliosis: 以下 ADS)に対して行い、進行抑止・変形の矯正及び二次性疼痛への有効性を検証した。その中で下肢痛に対して有効な結果を得た 1 症例を報告する。

【症例紹介】81 歳女性, Lenke 分類 Type1A (シュロス分類 TrH1e), メジャーカーブは胸椎右凸, レントゲン検査から Cobb 角 27° RAIMONDI の表を使用した angle of vertebral rotation (以下 AVR)は 頂椎の T10 が 12° であった。幼少期の側弯症の診断は不明, 2021 年に第 4 腰椎圧迫骨折受傷。圧迫骨折前はほぼ胸椎のシングルカーブであったが, 受傷後徐々に腰椎カーブが増大した。介入時の腰椎の Cobb 角 22° AVR は L4 が 12° L5 が 22° で L4 と L5 の回旋差は 10° であった。疼痛は NRS 5 で左大腿遠位前外側にあり, 大腿神経伸張テストが陽性であった。しびれは認めなかった。レントゲン撮影は当院の放射線技師が行った。

【介入】ISST はすべてのカーブに対して同時に矯正を行いながら, 特有の呼吸法を利用して体幹のスタビリゼーショントレーニングを行う, 変形の修正エクササイズである。訓練は ISST 認定の理学療法士が行った。介入期間は 2023 年 3 月~2024 年 4 月で, 週 2~3 回の頻度で訓練を行った。矯正はそれぞれのカーブに対して行い, トレーニングはメインカーブの胸椎カーブを中心に行った。胸郭が Hypo Mobility であったため, 胸郭に対する Mobilization を行った。腹臥位で他動的に矯正を行い, 側臥位及び立位で胸椎カーブに対する自己修正トレーニングを実施した。なお, 側臥位のトレーニングは, 骨盤の左突出に対して side shift 及び derotation の矯正肢位で行った。

【経過】介入 2 か月で大腿部痛は消失したが, その後 L4-5 レベルの脊柱付近の鈍痛の訴えがあった(NRS2)。6 か月後の胸椎 Cobb 角は 26° T10AVR は 10° 腰椎 Cobb 角は 22° AVR は L4 が 10° L5 が 18° で回旋差 8° であった。12 か月後の胸椎 Cobb 角は 27° T10AVR 6° 腰椎 Cobb 角は 22° AVR は L4 が 10° L5 が 16° で回旋差 6° であった。疼痛はほぼ消失し, 動きすぎたときに出現する程度となった。

【考察】腰痛・下肢痛を伴う ADS では脊柱管狭窄・椎間孔狭窄や椎間不安定性による動的狭窄因子が複合的に関与して症状が複雑になり, 責任病巣の診断および治療に難渋することが多いが, 今回の症例では疼痛がほぼ消失した。要因として, 回旋滑りの状態で不安定であった腰椎が腰椎矯正肢位でのトレーニングにより腰椎の回旋方向の位置異常が改善されたことにより疼痛の改善となったと考えられる。また側弯変形は 1 年に 0.5~2° 増大していくが, ADS では骨粗鬆症がその進行に寄与する。本症例の介入期間において Cobb 角は維持され, 腰椎 AVR では改善傾向にあった。ISST により ADS でも変形の進行は抑えられる可能性が示唆された。

03-3 身体活動性の向上へと繋がった COPD の一例

○橋本 京介

医療法人徳洲会 宇和島徳洲会病院 リハビリテーション科

Key word COPD, 身体活動性, 呼吸理学療法

【はじめに】身体活動性は骨格筋により生み出されるあらゆる動作で、エネルギー消費量を伴うものと定義されている。慢性閉塞性肺疾患（以下 COPD）において身体活動性は重要な生命予後因子であり、本邦の COPD ガイドラインでも管理目標の一つに身体活動性の向上と維持と表記されている。今回、COPD 急性増悪を機に在宅酸素療法（以下 HOT）導入した症例を外来にて介入し、身体活動性の向上へと繋がった一例を報告する。

【方法】対象は 70 歳代の男性。COPD 急性増悪にて入院し退院時に HOT 導入。外出時と入浴時のみ 2L 投与。日常生活動作（以下 ADL）は自立していたが、呼吸機能検査にて混合性換気障害、%FEV1 は 19.73% で COPD 病期分類 IV 期の極めて高度の気流閉塞を認めた。呼吸は常時口すばめで腹式優位。労作時呼吸困難感強く修正ボルグスケール 8。mMRC 息切れスケール Grade3、COPD アセスメントテスト（以下 CAT）は 15 点であった。胸部レントゲンにて横隔膜平坦化、肺過膨張を認め、血液ガス検査では 2 型呼吸不全、慢性呼吸性アシドーシスを認めた。外出はほとんどせず、通院は妻の送迎。患者のニーズは労作時呼吸困難感の緩和と活動範囲の拡大であった。理学療法は週 3 回、40 分間介入し、呼吸困難感に対しては呼吸介助や呼吸筋ストレッチ体操などのコンディショニングを実施。運動療法は下肢レジスタンス運動、歩行訓練、下肢体幹ストレッチを実施。自覚症状や SPO2、脈拍をモニタリングし運動毎に休憩を挟みながら実施した。また、セルフマネジメント教育として生活指導や栄養指導、動作指導なども実施し、活動範囲の拡大、身体活動性の向上を促した。

【結果】介入 6 ヶ月後には自主的に屋外歩行を開始。mMRC 息切れスケール Grade3 と変化ないが修正ボルグスケール 5 で労作時の呼吸困難感は軽減。CAT12 点と改善がみられ、畑作業や自家用車を運転しての買い物や旅行も可能となった。その後も介入を継続し、在宅生活を継続している。

【考察】本症例は ADL 自立していたが、労作時呼吸困難感が強く身体活動性の低下を認めた。呼吸困難感は主観的な感覚であり、筋紡錘に関しては中枢末梢ミスマッチ説がある。症例は腹式優位の呼吸で胸郭可動域の減少がみられた為、胸郭可動域の拡張と呼吸困難感の改善を目的に呼吸介助やシクソトローピー現象を利用した呼吸筋ストレッチ体操などのコンディショニングを継続した結果、呼吸時の胸郭可動域の拡張と労作時呼吸困難感の軽減がみられ、身体活動性の向上へと繋がった。また、セルフマネジメント教育も併用したことで症状の増悪を回避できたと考える。外来での呼吸理学療法により、身体活動性の向上や在宅生活の継続へ繋げることができた。

【説明と同意】本発表に関して、ヘルシキ宣言に基づき対象者へ説明し口頭および署名にて同意を得た。

03-4 集中治療を要しない急性心筋梗塞患者における Post-Intensive Care Syndrome 様精神機能障害と在院日数の関連

○岡田 知也¹⁾, 上甲 翔¹⁾, 中川 陽介¹⁾, 元井 友加里¹⁾, 森岡 弘恵²⁾, 上村 重喜²⁾

1) 市立八幡浜総合病院 リハビリテーション室

2) 市立八幡浜総合病院 循環器内科

Key word 急性心筋梗塞, 精神機能障害, 在院日数

【目的】急性心筋梗塞 (Acute Myocardial Infarction : AMI) 後患者では、抑うつ、不安、急性ストレス症 (Acute Stress Disorder : ASD) などの精神症状が高頻度に報告されている。これらの心理的反応は、重症疾患後に生じる精神、心理的後遺症と共通点を有し、集中治療後症候群 (Post-Intensive Care Syndrome : PICS) の主要要素の一つ (精神機能障害) として位置づけられ、臨床経過にも影響を及ぼす。しかし、先行報告では集中治療の有無は明示されていない。一方、我々は第 29 回愛媛県理学療法士会学術集会で、非集中治療室 (Intensive Care Unit : ICU) 管理下で治療された AMI 患者が PICS 様精神機能障害を呈した症例を報告し、ICU 管理の有無にかかわらず発症する可能性を示唆した。しかしながら、非 ICU 管理下の AMI 患者における PICS 様精神機能障害の実態や、臨床経過への影響は明らかでない。そこで本研究では、集中治療を要しない AMI 患者を対象に、入院中にみられる PICS 様精神機能障害と在院日数との関連を検討した。

【方法】対象は、集中治療を要せず当院に入院しリハビリテーション (リハ) を実施した AMI 患者 33 名、PICS 様精神機能障害は、Self-Rating Depression Scale (SDS) スコア 40 点以上、State-Trait Anxiety Inventory (STAI) 状態不安スコア男性 41 点以上、女性 45 点以上、Impact of Event Scale-Revised スコア 24 点以上のいずれかを満たす場合と定義した。基本情報、心機能指標、リハ関連項目等を比較し、在院日数を従属変数として単変量および多変量線形回帰分析を行った。多変量解析では、年齢と Peak Creatine Kinase を固定因子とし、各心理指標を独立変数として投入した。さらに、対数リンク関数を用いたガンマ回帰分析を感度分析として実施した。

【倫理的配慮】本研究は当院倫理審査委員会の承認を得て、後方的にデータを収集し、個人が特定されないよう配慮した。

【結果】PICS 様精神機能障害は 23 名 (69.7%) に認められ、抑うつ 16 名 (48.5%)、不安 14 名 (42.4%)、ASD 5 名 (15.2%) であった。PICS 様精神機能障害群では、独居 (39.1% vs 0%, $p=0.03$)、SDS スコア (42.3 ± 5.2 vs 30.5 ± 5.4 , $p<0.01$)、STAI 状態不安スコア (42.0 ± 9.0 vs 32.3 ± 4.3 , $p<0.01$)、在院日数 (14 [11.5-15.5] 日 vs 11 [10-12] 日, $p<0.01$) が有意に高値であった。単変量線形回帰分析では年齢 ($\beta=0.16$, $p=0.01$) と SDS スコア ($\beta=0.17$, $p=0.05$) が在院日数と関連し、多変量解析では SDS スコア ($\beta=0.19$, $p=0.02$) および年齢 ($\beta=0.17$, $p=0.01$) が有意な正の関連を示した。ガンマ回帰分析でも同様の結果が得られた。

【考察】集中治療を要しない AMI 患者でも PICS 様精神機能障害は高頻度に見られ、特に抑うつ傾向 (SDS スコア) と年齢が在院日数の延長に関与していた。急性期からの心理評価と早期支援の重要性が示唆され、理学療法士は身体機能の回復支援に加え、心理的側面を含めた包括的リハの推進が求められる。

○天野 貴裕¹⁾, 武智 悠二²⁾, 黒川 絢帆²⁾, 濱田 淳平³⁾, 山本 真吾⁴⁾, 薬師神 裕子⁵⁾, 山口 美佳⁶⁾, 中村 慶子⁷⁾

- 1) 愛媛県立新居浜病院 リハビリテーション部
- 2) 愛媛県立中央病院 リハビリテーション部
- 3) 愛媛大学大学院 医学系研究科小児科学
- 4) 愛媛県立今治病院 栄養室
- 5) 愛媛大学大学院 医学系研究科看護学専攻
- 6) 元 愛媛大学大学院 医学系研究科看護学専攻
- 7) 愛媛県糖尿病協会 事務局

Key word 1型糖尿病, インスリン治療, 運動行動

【目的】愛媛県理学療法士会では、糖尿病を持つ小・中・高校生を対象とした「小児糖尿病サマーキャンプ」に運動支援のボランティアとして活動に参加している。

近年、インスリンポンプ療法の普及が進んでいるが、同療法では水泳や激しい運動時に一時的にポンプを取り外す必要があり、運動行動や血糖管理に影響を及ぼす可能性がある。しかしながら、これらに関する報告は少ない。本研究では、インスリンポンプを使用している子どもと従来のペン型インスリンを使用している頻回注射法の子どもの運動の実施状況や低血糖の発現状況に違いがあるかを明らかにし、今後の活動に役立てることを目的とした。

【方法】2023年・2025年度に愛媛ブルーランドサマーキャンプに参加した子ども36名に自記式質問調査を実施した。質問紙は「基本属性」、「現在行っている運動について」、「低血糖について」、「治療法について」で構成した。質問項目のリッカート尺度は5段階で実施し、アンケート結果をもとにインスリンポンプ療法群と頻回注射療法群の2群に分けて比較検定を行った。統計解析は、Mann-Whitney U 検定を行い、有意水準は5%未満とした。

【説明と同意】愛媛県立中央病院臨床研究審査委員会の承認を得て実施した。研05-25

本研究に参加する前に、同意説明文書に沿って、研究内容について十分説明を行い、書面にて同意を得た。研究参加者が16歳未満の場合、保護者の同意が得られた後に、子どもに同意を得てからアンケート調査を実施した。

【結果】治療方法は、インスリンポンプ療法群13名(女児6名)・頻回注射療法群23名(女児11名)であった。運動に関する習い事を行っている子どもの割合はインスリンポンプ療法群9名(69.2%)、頻回注射療法群17名(73.9%)であった。リッカート尺度を用いた5段階評価では、「運動をするためにあえてインスリン注射などの治療法を選択している」 $p < 0.01$ の項目が頻回注射療法群で優位に高かった。一方で、「運動中の低血糖の頻度」 $p < 0.01$ 、「補食を必要とする低血糖の頻度」 $p < 0.05$ の2項目においてインスリンポンプ療法群の方が有意に高い結果であった。

【考察】夏季は学校の学習指導要領に水泳が挙げられており、インスリンポンプ療法群は、ポンプを外す前に高血糖を回避するため、追加でインスリン注入したことによる運動時の低血糖が増加したことが考えられる。また、インスリンポンプ使用における支障として学校の人にポンプが見えるのが嫌という意見もある。運動時のポンプの取り外しによる低血糖の誘発や運動行動への不参加なども療養指導では考慮が必要である。

【結論】運動をするために頻回注射法を選択している子どもたちが多く、インスリンポンプ療法群において運動時の低血糖の発生が多いことが示唆された。

04-1 両側視床出血患者への歩行再建アプローチ

○岡田 倭人, 木原 幸太, 杉村 雅人

総合リハビリテーション伊予病院 リハビリテーション部

Key word 両側視床出血, 協調運動障害, 姿勢定位障害

【はじめに, 目的】視床は大脳皮質と脳幹・小脳を結ぶ中継核として運動制御および意識水準の調整に重要な役割を持つ。片側視床病変の歩行障害に関する報告は多いが, 両側視床病変では意識障害, 協調運動障害, 姿勢定位障害が複合して生じ, 歩行機能の回復過程はより複雑となる。これらの障害は姿勢制御学習や運動の自動化を阻害し, 機能獲得に大きな困難を伴う。本症例は両側視床出血により重度の歩行障害を呈し, 画像所見と症状変化に応じて課題難易度を段階的に調整し, 反復練習量を確保することで歩行再建に至ったため報告する。

【症例紹介】症例は40代男性。意識障害と左片麻痺を呈し右視床出血と診断された。既往に左視床出血があり, 右上下肢に協調運動障害を認めていたBrunnstrom Recovery Stage (BRS) 下肢IV, Stroke Impairment Assessment Set (SIAS) 61点(下肢4-4-4)。発症21病日に当院回復期病棟へ転院した。

【評価】画像所見では, 右視床外側型の出血を認め, 一部は内包後脚に及んでいた。初期評価はJapan Coma Scale (JCS) 3, BRS 下肢III, SIAS45点(下肢3-3-2), Functional Ambulation Categories (FAC) 0点であった。Berg Balance Scale (BBS), Timed Up and Go Test (TUG), 10m歩行は実施不能であった。

【経過】第39病日より覚醒レベル改善と立位安定性向上を目的に長下肢装具を使用した立位保持および歩行訓練を開始した。第67病日には支持物利用下で立位保持が可能となり, 軽介助にて歩行が開始できた。左下肢の協調運動改善を目的として第68病日よりトレッドミル歩行訓練を導入し, 歩行速度は0.5km/h, 歩行距離は50m×3セットに設定した。努力的振り出しを回避し, 自動化されたリズムの獲得を意図した。第98病日にはT字杖歩行が軽介助で可能となり, BBS23点, TUG94.5秒, 10m歩行64.5秒・90歩, FAC2点であった。第99病日より生活環境を想定した課題指向型歩行訓練へ移行した。最終評価ではJCS0, BRS 下肢IV, SIAS59点(下肢5-5-4), BBS45点, TUG64.5秒, 10m歩行51.02秒・80歩, FAC4点となり, 短距離屋内歩行はT字杖使用で自立へ到達し, 第161病日に自宅退院となった。

【考察】本症例は両側視床の障害により, 意識水準低下に加え協調性障害と重度の姿勢制御障害を呈した。外側視床核の障害は運動失調に影響することが報告されており, 本症例の臨床像と一致していた。画像所見と症状の推移に基づき, 課題難易度を段階的に調整しつつ反復練習を提供できたことが運動学習を促進し, 協調性改善および歩行再建に寄与したと考える。両側視床病変においては, 覚醒水準と姿勢制御を並行して改善させる訓練戦略が重要であることが示唆された。

【説明と同意】本症例はヘルシンキ宣言の基, 被験者に口頭および文書にて本研究の目的, 方法, 予見可能な利益とリスクについて説明を行い, 同意を得た。当院倫理委員会の承認を得て実施した。

04-2 ワレンベルグ症候群急性期における多職種連携アプローチの効果

○津川 七彩, 中田 亮輔, 萩森 康孝

松山市民病院 リハビリテーション室

Key word ワレンベルグ症候群, 多職種連携, 急性期

【目的】ワレンベルグ症候群は延髄外側部梗塞により発症し, 嚥下障害, 体幹失調, 構音障害など多彩な症状を呈する。特に嚥下障害による誤嚥・呼吸器合併症のリスクが高く, 急性期では慎重な呼吸・嚥下管理が求められる。しかし急性期リハビリの詳細な報告は少ない。今回, 嚥下障害と体幹失調を呈した急性期症例に対し, 姿勢制御・呼吸管理・環境調整を組み合わせた包括的アプローチを実施した経過を報告する。

【方法】50代男性。嘔声・嚥下障害・バランス障害を主訴に来院し, MRIで左延髄外側梗塞と診断。内服困難で嘔吐を認め, VEは兵頭法7点, 左声帯麻痺, 嚥下反射低下, カーテン徴候, 左顔面感覚低下, 食道入口部開大不全を認めた。絶食とし経鼻胃管挿入, 早期経腸栄養を開始。X+1日よりPT・ST処方。受動座位や側臥位でのポジショニング, 排痰手技の指導, 環境調整を実施した。自己排痰は可能だが唾液嚥下困難, 発熱と粘稠痰の増加があり頻回の気道クリアランスを要した。同日夜間には吸引回数が増加し誤嚥・窒息リスクが高いと判断しX+2日にICU管理となった。眼振悪化で離床困難であったが, X+3日よりOTと協働し離床開始。体幹失調が著明であったが, 症状軽減とともに離床を拡大し, 平行棒での立位・歩行・バランス練習を実施した。鏡やテープによる視覚フィードバックや壁を利用した重心偏位練習, kneelingなどで段階的にADL向上を図った。STはX+5日より冷凍ゼリーで直接嚥下練習を開始。ムセや残留があり吸引を併用した。X+7日より嚥下反射改善目的に舌骨上筋群への低周波療法をPT・OT時にも併用し, 炭酸水での嚥下練習, 12Frチューブの飲み込み練習も行った。

【結果】X+7日でICU退室。喀痰量減少と唾液処理能力向上により呼吸状態は安定した。X+11日でSARA10.5点, FIM62点。X+14日より車椅子自走, 院内歩行は軽介助で可能となった。X+31日に7分粥+ミキサー食へ進み経管栄養終了。X+37日でSARA7点, FIM107点へ改善し, X+38日に回復期病棟へ転院した。

【考察】本症例では嚥下障害と体幹失調を併発し, 誤嚥性肺炎や窒息リスクが高かったため, 急性期からの呼吸管理と嚥下評価・練習が重要であった。体幹機能トレーニングは感覚運動統合の改善と廃用予防に寄与し, 摂食嚥下機能や喀痰喀出力の向上, ADL改善につながったと考える。本症例は呼吸・嚥下・体幹機能を統合的に捉え, 多職種が急性期から連携して介入する意義を示唆した。

04-3 外傷性胸髄損傷の予後予測に関する臨床的考察

～症例からの検討～

○宮本 紗羅, 中田 亮輔, 萩森 康孝
松山市民病院 リハビリテーション室
Key word 胸髄損傷, AIS, 予後予測

【目的】外傷性胸髄損傷 (Th6 破裂骨折) により ASIA 機能障害尺度 (AIS) B を呈した症例に対し, 脊椎除圧・固定術とリハビリテーションを施行し, 術後約 1 年半で歩行能力を獲得し得た. 本報告では, 本症例の経過を概説するとともに, 転帰に影響した要因に関して文献的考察を踏まえて検討する.

【説明と同意】

症例本人および家族に学会発表について説明し, 文書同意を得た.

【症例紹介・方法】70 代女性. ステロイド性骨粗鬆症を伴う成人脊柱変形に対し矯正術を施行後, 近位隣接椎間後弯変形 (proximal junctional kyphosis : PJK) に対して再固定術を複数回実施していた. 回復期病院へ転院後 2 日目より両下肢の神経症状が進行し, 5 日目には下肢 MMT4 から 2~3 へ低下, 膝立てが困難となったため当院へ転院した. 翌朝には下肢 MMT が 1, 感覚は Th6 以下で重度鈍麻~消失へ急速に悪化したため, 同日に緊急除圧・固定延長術を施行した. 術後 3 日目には大腿四頭筋が MMT1 から 3~4 へ改善し, 他の下肢筋群も MMT2 まで回復した. 術後早期より硬性コルセット下で車椅子離床や筋力強化を段階的に進めた. 脊椎不安定性の背景と患者の希望を踏まえ, 当院からの在宅復帰を目標とした.

【結果】術後 8 か月で車椅子移乗・自走が自立し, 家屋調査に基づく住宅改修後に在宅復帰となった. 退院後も介護保険による訪問リハビリテーションを継続し, 下肢近位筋は MMT3~4 へと改善した. 術後 18 か月で歩行器歩行能力を獲得し, 自宅内で車椅子から歩行器への移行を検討する段階まで至った. AIS は B から D へ改善した.

【考察】本症例が長期的に歩行を獲得し得た要因として, 以下が考えられる. ①早期除圧術の効果: 受傷後の早期除圧は神経学的改善と関連するとされ, 二次的損傷の抑制に寄与した可能性が高い. ②大腿四頭筋の早期回復: 大腿四頭筋筋力は歩行予後の主要因とされ, 術後早期に MMT3~4 へ回復した点は重要な転帰規定因子であった. ③不全損傷における神経可塑性: 残存線維を介した神経回路の再編成は歩行回復に寄与し, 反復的荷重練習が CPG 賦活や皮質脊髓路再構築を促すとされる. 本症例でも術後早期からの立位・歩行練習が可塑性の促進に寄与したと考えられる. ④既存予後予測モデルとの整合性: van Middendorp らの縦断研究では, 年齢と大腿四頭筋筋力が歩行獲得に強く関連する. 本症例でも, 残存筋力所見と実際の転帰が同モデルと一致した.

以上より, AIS B であっても, 適切なタイミングでの外科的介入, 早期の残存筋力改善, 継続的リハビリテーション, および神経可塑性の活性化など, これらが相乗的に作用することで, 歩行能力の再獲得につながる可能性が示唆された.

04-4 急性期脳卒中患者における歩行拙劣さへのアプローチ ～Physiological Cost Index を用いた歩行効率の改善～

○光沖 柚香, 森川 真也
放射線第一病院 リハビリテーション部
Key word 急性期脳卒中, PCI, 歩行効率

【はじめに】急性期脳卒中患者の歩行は, 麻痺側下肢の筋力低下や下肢協調性の低下により非効率となり, 健常者に比して酸素消費量が増加することが知られている. 今回, 歩行に拙劣さを呈した急性期脳卒中患者に対して理学療法介入を行い, Physiological Cost Index (PCI) を用いて歩行効率の変化を検討し, 若干の知見を得たため報告する.

【症例紹介】60 代女性. 自宅にて左上下肢の脱力感を自覚し, 発症から 4 日後に当院受診. MRI にて右放線冠へ脳梗塞を認めた. 既往に統合失調症があり, 他院にて通院加療中. Needs として「退院後, 自宅から徒歩でスーパーや図書館まで行けるようになりたい」と希望しており, 歩行の安定性・耐久性の向上が求められる状況であった. 4 病日目よりリハビリテーション開始となり, 初期評価では Brs. 上肢 VI, 手指 VI, 下肢 V. FIM は 109 点, FAB は 16/18 点であった. 歩行は T 字杖使用し可能なレベルだが, 短距離で疲労を訴え, 股・膝関節伸展活動の低下と体幹の代償的側屈を伴う拙劣な歩行を呈していた. 評価の結果, 麻痺側下肢の筋出力低下, 歩容の非対称性, 歩行耐久性の低下が認められ, 特に立脚期の沈み込みと心肺負荷の上昇が歩行効率の阻害要因となっていた. 介入は体幹及び麻痺側下肢の筋出力向上にて立脚期の支持性の促進, 鏡視下歩行やリズム刺激で動作の協調性向上, 持続的歩行練習にて歩行耐久性の改善を実施した. 歩行効率の変化を定量的に把握するため, 30m 歩行後の PCI で効果判定を行った.

【説明と同意】対象者に本症例発表の趣旨を説明し, 症例の提示に対して文書にて同意を得たうえで実施した.

【経過】介入前評価では, 安静時心拍数: 84 回, 30m 歩行後心拍数: 112 回 PCI: 0.19 (meat/meter), 10m 歩行: 12.25 秒/25 歩, TUG: 13.07 秒であった. HHD (kgf/kg): 18.1/13.5. 介入前は歩行後の心拍数の増加を著明に認め, 最大連続歩行距離は 100m であった. 介入後は安静時心拍数: 77 回, 30m 歩行後心拍数: 86 回 PCI: 0.05, 10m 歩行: 9.92 秒/22 歩, TUG: 10.76 秒であった. HHD: 22.9/23.1. PCI は 0.05 へ改善し, 歩行速度の向上に伴い歩行中のエネルギーコストが著しく減少した. さらに屋内外自立歩行は 700m の連続歩行が可能となった.

【考察】本症例では, 立脚期の沈み込みが減少し, 体幹・下肢の筋出力及び協調性が高まり, 歩行動作が安定したことにより, 歩行効率や速度が改善したと考える. また, 鏡視下歩行やリズム歩行練習により協調性が改善し, 本人にとって適切なリズムが形成されたことで, 歩行速度が向上, 負担が減少し, 歩容改善に寄与したと考えられる. 本症例では PCI を補助的評価として使用したが, 神原によると, PCI は歩行能力を大まかに反映する一方, 日常の活動量や個々の快適歩行速度, 測定環境・歩行速度などによって変動することが報告されている. そのため, 今後は個々の活動状況や快適歩行速度に合わせた条件の調整を行い, PCI を含めた多面的評価のもとで, より適切な歩行効率の獲得を検討していく必要があると考えられる.

04-5 パーキンソン病患者の外来リハビリテーションにて運動習慣を獲得した1症例

○藤田 颯志

医療法人聖愛会松山ベテル病院 リハビリテーション部

Key word パーキンソン病, 外来リハビリテーション, 行動変容

【目的】パーキンソン病患者の外来リハビリテーション（以下外来リハビリ）では、日常生活の中で運動の習慣づくりが必要不可欠となり、それを無理なく継続できることが重要である。今回、パーキンソン病患者の外来リハビリを通じて歩行能力改善と転倒リスク軽減を図り、行動変容のステージを移行させることで、運動習慣を獲得した症例を経験したため報告する。

【症例紹介】症例は80歳代女性。X-3年に自宅にて転倒し、脳挫傷、くも膜下出血にて他院入院。X-2年に介護付き有料老人ホームに入所。パーキンソン病の受診のため当院外来受診。ADL改善目的で外来リハビリ開始となる。ADLはほぼ自立して可能であり、歩行は独歩可能であるが、立ち直り反応やステップ反応の遅延により、転倒リスクが高いため歩行器を使用していた。

【方法】理学療法介入はX年Y月より担当となり、週3回（40分）実施した。脊柱アライメントの調整、上部体幹の抗重力伸展活動促進、バランスマット上でのバランス訓練や立ち直り反応の再教育、独歩での探索課題等の動的バランス課題を実施し、立位時や歩行時のバランス能力向上を図った。また、行動変容に着目し、ゴールを共有しつつ無関心期から関心期への移行を促すことで、自室からの外出や自主訓練などが習慣化できるよう介入をおこなった。

【結果】歩行時の脊柱後弯や骨盤後傾が減少し、上部体幹の抗重力伸展活動がみられるようになった。それに伴い、歩行中急な方向転換や急停止でバランスを崩す事が減り、歩行中の転倒リスクは減少した。独歩での安定性向上に伴い本人から「施設の中でもシルバーカーを持たずに歩きたい」と今後の目標等のポジティブな発言が増えた。施設スタッフと相談し、施設内独歩になった段階で、自主的に施設内廊下を歩行開始。Y+5カ月で約60m程度の廊下を2~3往復、Y+6カ月では30分前後散歩を継続して行っている。

【考察】津田らは行動変容において、多理論統合モデルは多くの健康行動モデルの中で、行動変容や運動習慣の獲得などの成功率が高いと述べている。また、パーキンソン病患者ではドーパミンの減少に伴い、報酬系の低下や意欲が低下しやすいという報告が散見される。本症例は、介入初期は無関心期であり、運動に対する関心がない状態であった。そのため、ゴールを聴取・共有することで関心期への移行を促した。そして、リハビリにて歩行能力の改善を図り、施設内独歩を開始することで、実際に約60mの廊下を2~3往復歩きはじめ、関心期から準備期へ移行することができた。そして、翌月には施設内の廊下を約30分前後散歩し、運動変容ステージは実行期に移行できたと考えられる。この時、在宅運動SE尺度やADL満足度も向上がみられた。今回、段階的なゴール設定を行う事で、運動の習慣化や意欲が向上し、行動変容に繋がったと考えられる。

司会・座長・演者索引

司会・座長検索

あ セッション

浅野 美都 O4
大島 光博 O3

か

河端 卓 O1
木原 幸太 O2

た

茶家 康吉 SL・EL

な

中田 衛樹 O4
長沼 良典 O3

ま セッション

森 裕紀 O2

や

山口 将史 O1

演者検索

あ セッション

天野 貴裕 O3-5
伊東 孝洋 O2-5
宇都宮 成美 O1-4
奥本 充 O2-3
岡田 知也 O3-4
岡田 倭人 O4-1

か

瓦谷 拓也 O2-4

さ

坂本 崇 O2-2
貞徳 徹司 O3-2

た

津川 七彩 O4-2

な セッション

中田 智貴 O1-2
二宮 健登 O3-1
則包 美宙 O1-3

は

橋本 京介 O3-3
藤田 楓志 O4-5

ま

松井 将 EL
光沖 柚香 O4-4
宮本 紗羅 O4-3

や

山下 修斗 O1-1
山本 晃大 O2-1
吉野 一弘 SL

謝 辞

第30回愛媛県理学療法士会学術集会の開催にあたり、関係の皆様より、格別のご協力を賜りました。心より厚く御礼申し上げます。

【協力委員】

青木 卓也	石川 拓実	大野 拓哉	尾坂 良太	河端 卓
木口 大輔	金並 将志	白石 恵資	茶家康吉	土居 誠治
中田 亮輔	二宮 健登	百田 雅治	平井 昭成	三好 佑士
向井 輝久	安永 弘嗣			

【査読委員】

石川 勇登	上石 和彦	木下 幹人	國田 一平	佐伯 春香
佐野 友彦	佐山 貴志	重松 佑紀	田下 泰子	立花 健児
徳岡 勇人	畠山 一輝	堀井 結賀	松木 雅裕	森山 翔太

(敬称略，五十音順)

**第 30 回愛媛県理学療法士会学術集会
プログラム・抄録集**

発行日：2026年3月1日

大会長：茶家 康吉

学会事務局：愛媛十全医療学院附属病院 内
〒791-0301 愛媛県東温市南方 561
TEL：089(966)5011