

第 40 回滋賀県理学療法学術集会

原点回帰 ～臨床から学ぶこと～

2025 年 6 月 22 日(日)

会場:ピアザ淡海(滋賀県大津市におの浜 1-1-20)

学会長:段上 靖治(南草津病院)

準備委員長:諸頭 幸平(ケアタウン南草津)

主催:(公社)滋賀県理学療法士会

<u>学会長挨拶</u>	3
<u>会場案内</u>	4
<u>会場アクセス</u>	5
<u>ご参加の皆様へ</u>	6～7
<u>演題発表要項</u>	8～9
<u>大会プログラム</u>	10
<u>ボッチャ体験会のご案内</u>	11
<u>教育演題Ⅰ・Ⅱ、市民公開講座抄録集</u>	12
<u>教育演題Ⅰ</u>	13
<u>教育演題Ⅱ</u>	14
<u>市民公開講座</u>	15
<u>一般演題プログラム</u>	16
<u>口述発表（セッションA）プログラム</u>	17
<u>口述発表（セッションB）プログラム</u>	18
<u>ポスター発表（セッションC）プログラム</u>	19
<u>一般演題抄録集</u>	20～30
<u>大会組織図</u>	31

第 40 回滋賀県理学療法学術集会開催に向けて

学会長 段上 靖治
医療法人 芙蓉会 南草津病院
リハビリテーション部



この度、ピアザ淡海にて第 40 回滋賀県理学療法学術集会を開催させていただくことになりました。

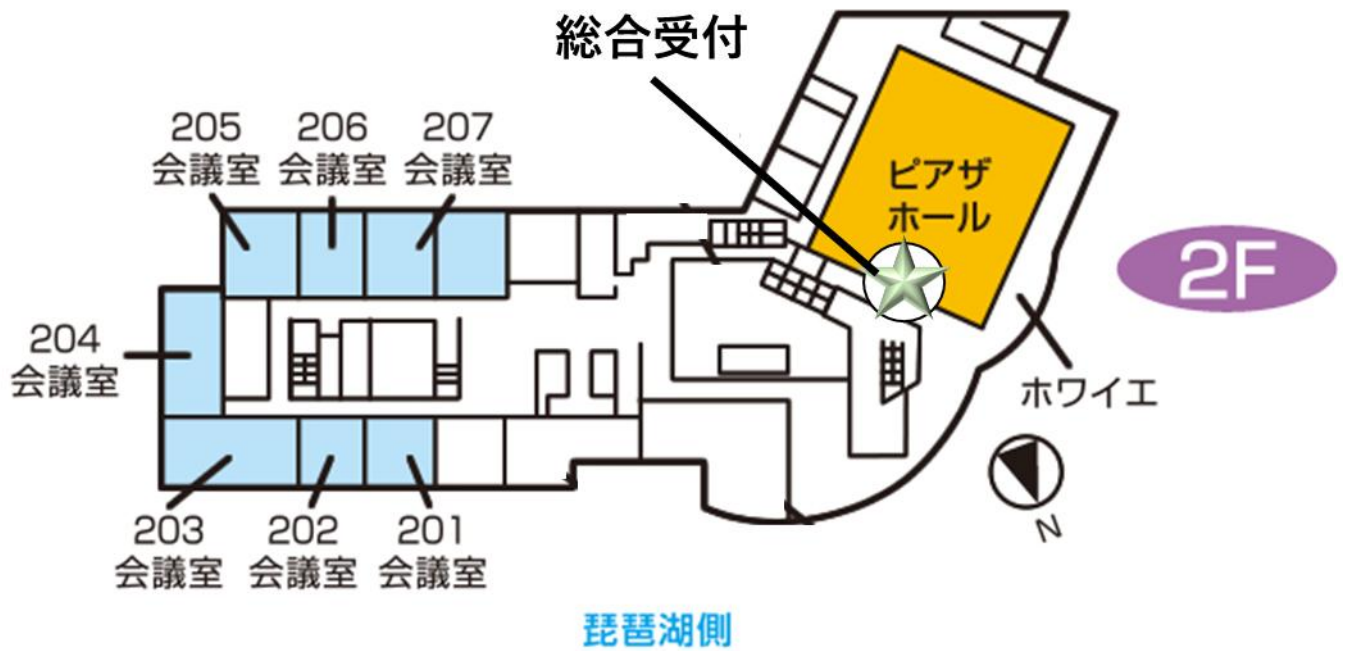
昨今、エビデンスの重要性が強く言われており、根拠に基づいた理学療法の実践が求められています。しかしながら、我々理学療法士が現場で仕事を行う際には、目の前の対象者の抱えている問題を解決する必要があります。従来、一人一人個性がある中でオーダーメイドとして理学療法を実施していたものが、エビデンスの捉え方によって、思考過程が変化していると感じています。そのような背景のもとに、今年の学術集会は、『原点回帰 ～臨床から学ぶこと～』をテーマとしました。学術集会を通し、エビデンスの重要性は十分に理解した上で、臨床場面で対象者とどう向き合っていくか、臨床経験の中で何を学ぶのかを再度考える時間になればと思っています。

今回の教育演題では、中枢神経分野、運動器分野の各方面からエビデンスに基づき臨床を実践されている先生にご講演いただきます。その中で普段実践している理学療法がいかに根拠に基づき、どのように対象者と向き合うのかを一緒に確認できる時間になればと考えております。

市民公開講座では、現役世代に焦点を当て、今働いている人が少しでもその人らしく働き続けられるように、自分らしさに向き合いながら、社会課題や地域課題解決に取り組んでおられる先生をお招きし、ご講演を頂きます。

また、昨年に続き、多くの会員に学術集会を楽しんでもらうために、県士会活動として活躍して下さっている部会とも連携を取り、会員の皆様に部会活動の紹介や体験などをしてもらうブースを準備しております。

会員の皆様により有益なものになるよう様々な企画をしておりますので、是非ともご参加よろしくお願いたします。



ピアザホール : 教育演題 I・II、市民公開講座、一般演題（口述 B）

201 会議室 : 障がい者スポーツ支援部（ボッチャ体験コーナー）

202 会議室 : 飲食、ピアザホール映像上映

203 会議室 : ポスター会場

204 会議室 : 一般演題（口述 A）、生涯学習前期研修・後期研修会場

○飲食可能フロア：202 会議室のみ

※その他のフロア、通路での飲食はご遠慮ください

昼食は各自でご準備頂き、ゴミは各自でお持ち帰りください。



所在地：〒520-0801 滋賀県大津市におの浜 1-1-20 Tel：077-527-3315

公共交通機関でお越しの方

- ・JR 大津駅から京阪・近江バス「草津駅西口行」「石山駅行」「大津署前」下車 約 10 分
- ・JR 大津駅からタクシー約 5 分
- ・JR 膳所駅から徒歩約 12 分
- ・京阪電車石場駅から徒歩約 5 分

お車でお越しの方

- ・名神大津インターから約 7 分
- ・駐車場はピアザ淡海の地下駐車場 77 台（有料）、びわ湖ホール駐車場（有料）をご利用ください。



セミナー番号：141523

※会員の方の参加登録の際はセミナー番号で検索してください。

【会員の方】

- ・当日の混乱を避けるため JPTA 会員アプリから事前参加登録をお願いします。
※座長・演者の皆様につきましても学会への事前参加登録は必須です。
- ・当日参加も可能です。その際は JPTA 会員アプリが利用可能です。
必ず受付を済ませてからご参加ください。（受付時間は8：45 からとなります。）

《JPTA 会員アプリのインストールはこちら》

- ・ [App Store](#)
- ・ [Google Play](#)

※アプリに関する詳細については、[協会ホームページ](#)をご確認ください。

【非会員・他職種の方】

- ・学術大会への参加をご希望の方は、事前参加登録・参加費のお支払いをお願いします。
- ・非会員・他職種の方の参加登録 URL <https://peatix.com/event/4359845/view>

《Peatix アプリ（無料）のインストールはこちら》

- ・ [App Store](#)
- ・ [Google Play](#)

- ・大会当日は「事前参加登録受付」にて Peatix を使用した受付を行いますので、受付にてチケット QR の提示をお願いします。受付スタッフが読み取らせていただいた後、設置してあるネームプレート・参加証をとり、記入台でご記入ください。

【参加費について】

- ・滋賀県士会員・学生：無料 他府県士会員：4,000 円 他職種・非会員：6,000 円 市民公開講座：無料
※理学療法士免許を保有される方で日本理学療法士協会会員でない場合は非会員（理学療法士）となります。
※学生とは、理学療法士養成校在学者を指します。理学療法士免許を保有される方は、編入学部生・大学院生にかかわらず学生の扱いにはなりません。会員でない学生理学療法士の方は、非会員（理学療法士）となります。

【学術大会ポイント付与について】

- ・詳細は公益社団法人日本理学療法士協会ホームページ内、「生涯学習制度について」を熟読してください。
生涯学習制度上、登録理学療法士更新はポイント「●ポイント」、認定・専門理学療法士更新は点数「●点」と呼称し、区別しています。
- ・前期研修・後期研修中の方はポイント等の付与はございませんが、参加履歴は残ります。

<学会参加で付与されるポイント>

〈テーマ：登録更新ポイント/認定・専門理学療法士更新 点数（区分、カリキュラムコード）〉

- ・学会参加：6.5 ポイント / 6.5 点（区分 3、カリキュラムコード 43 臨床推論）
- ・教育講演 1：1.5 ポイント / 1.5 点（区分 7、カリキュラムコード 88 運動器疾患の理学療法）
- ・教育講演 2：1.5 ポイント / 1.5 点（区分 6、カリキュラムコード 77 中枢神経疾患の理学療法）
- ・市民公開講座：1.5 ポイント / 1.5 点（区分 13、カリキュラムコード 155 産業理学療法の理学療法）

【その他】

- ・発表会場内での写真及び動画の撮影・録音等は著作権保護並びに個人情報保護の観点から禁止されています。
- ・会場内では携帯電話の電源をお切り頂くか、マナーモードに設定してください。

【座長へのお願い】

- ・座長はセッション開始 20 分前までに座長受付をおこなってください。
また、担当セッション開始時刻の 10 分前までに「次座長席」にご着席ください。
- ・担当セッションの進行に関してはすべて座長に一任致します。
予定時間内に終了いただきますよう進行をお願いいたします。
- ・座長も参加登録を忘れず行ってください。

【演者へのお願い】

- ・「学術集会演題発表時における利益相反（COI）の開示について」に基づき、発表スライドの最初（または演題・発表者などを紹介するスライドの次）に、あるいはポスターの最後に開示をお願いいたします。
- ・学会長の推薦にて滋賀県理学療法士会会誌「湖都」への投稿を依頼する場合がありますので、ご協力よろしくをお願いします。

【学会奨励賞表彰】

- ・閉会式にて学会奨励賞の表彰を行います。
- ・奨励賞は今後の理学療法の発展に寄与する演題の発表者に対し送られ、受賞演題は大会長ならびに準備委員長の推薦にて選考されます。

【口述発表について】

- ・発表時間 一般演題 ：口演 7 分・質疑 3 分（計 10 分）
- ・一般演題の方は、データを令和 7 年 6 月 13 日までに
大会事務局（shigapt2025@gmail.com）までお送りください。
- ・データファイルは「演題番号」-「氏名」をつけてください。
- ・大会側が事前に動作確認は行いますが、当日も演者の方に直接動作確認をお願いします。
- ・発表時は大会側で用意した PC を使ってください。
- ・発表者は当該セッション開始 10 分前までにメインホール・204 室内の次演者席にお越しください。
- ・発表の内容は抄録と相違ないようにしてください。
- ・発表時間の終了 1 分前と終了時刻にお知らせします。時間厳守をお願いします。
- ・口述発表のプレゼンテーションデータは Microsoft PowerPoint（できる限り最新 Version）にて作成してください。※ 規定外のバージョンで作成された発表データは、表示に不具合が生じる可能性があります。
- ・アニメーション・動画の使用を認めますが当日不具合があった場合は自己責任となります。
また個人が特定されないようご注意ください。
- ・画面比率（アスペクト比）16:9 を推奨します
- ・フォントは特殊なものでなく、PowerPoint に設定されている標準フォントをご使用ください。
また、ご自身の PC 以外でも文字化け等がなくデータを読み込めるかどうかを事前にご確認ください。
- ・発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去します。

【ポスター発表】

- ・発表時間 8分（発表時間5分、質疑時間3分）
- ・貼り付け時間 9：20～10：50
- ・ポスター発表の方も、令和7年6月13日までにデータを大会事務局（shigapt2025@gmail.com）までお送りください。（大会当日に持参いただいたポスターを演者の方が貼り付けてください）
- ・ファイル形式はMicrosoft PowerPoint・Microsoft Word（できる限り最新Version）をお願いします。
- ・データファイルは「演題番号」-「氏名」をつけてください。
- ・発表者は当該セッション開始10分前までに会場にお集まりください。
- ・発表、討論は座長の指示に従ってください。
- ・割り当てられた演題番号表示があるパネルに各自で掲示してください。
- ・演題名・所属・氏名は各自ご用意ください。
- ・発表掲示部分は横1170mm×縦1680mmです。

大会プログラム

	ピアザホール	203会議室	204会議室	201会議室	202会議室
8 : 45	受付開始・開場				
9 : 00	9:15～9:20 開会式 学会長挨拶				
10 : 00	9:20～10:50 教育演題Ⅰ 臨床から学ぶ 運動器理学療法の実践 ～科学的根拠と臨床的根拠 の活用と蓄積～ 座長：諸頭 幸平 演者：増井 健二	9:20～10:50 ポスター貼り付け	9:20～10:50 口述発表 (セッションA) 6演題 座長：澁川 武志		飲食・ホール上映
11 : 00	10:55～12:25 市民公開講座 産業理学療法の 新たな挑戦 ～自分を知ることから はじめる～ 座長：伊庭 新也 演者：森口 収規	ポスター閲覧	10:55～12:25 生涯学習部前期研修		
12 : 00	昼休憩		昼休憩		
13 : 00	12:55～13:00 次期大会長挨拶				
14 : 00	13:00～14:30 教育演題Ⅱ 回復期・生活期における 歩行の評価と介入 ～立脚後期における 足部機能と装具の選定～ 座長：段上 靖治 演者：北山 哲也			13:00～16:00	
15 : 00	14:35～16:05 口述発表 (セッションB) 6演題 座長：野村 真悟	14:35～16:05 ポスター発表 (セッションC) 8演題 (内、学生2演題) 座長1：小澤 和義 座長2：大久保 智晴	14:35～16:05 生涯学習部後期研修	障がい者スポーツ支援部	
16 : 00	16 : 05～16 : 10 閉会式 準備委員長挨拶	16 : 10～16 : 40 ポスター撤去			
17 : 00					

ボッチャ体験会



魅力たっぷりのボッチャ!!
是非、体感してください!!

時間：13：00～16：00

場所：201会議室

内容：ボッチャ体験、デモゲームなど

滋賀県理学療法士会 障がい者スポーツ支援部 担当：内藤 0748-63-7751

教育演題 I ・ II
市民講座
抄録集

『臨床から学ぶ運動器理学療法の実践』

～科学的根拠と臨床的根拠の活用と蓄積～

♥ 医療法人若葉会 堺若葉会病院 リハビリテーション科室長
 徒手理学療法認定理学療法士 増井健二 先生



【略歴・資格】

1999 年 学校法人栗岡学園 阪奈中央リハビリテーション専門学校 理学療法学科 卒業
 1999 年 田原病院 リハビリテーション科 入職
 2004 年 株式会社互惠会 大阪回生病院 リハビリテーションセンター 入職
 2015 年 医療法人若葉会 堺若葉会病院 リハビリテーション科 入職
 2007 年 米国セントオーガスティン大学 徒手療法認定 Manual Therapy Certified 取得（国内受講）
 2011 年 米国セントオーガスティン大学 脊柱の評価と治療 インストラクター資格取得（日本限定）
 2020 年 日本理学療法士協会 徒手理学療法認定理学療法士取得
 主に運動器・徒手理学療法に関する症例報告・臨床研究を中心に
 国内学会 11 題・国際学会 2 題発表、論文 2 題・書籍(共著) 1 題執筆、
 日本徒手療法学会 徒手理学療法認定理学療法士臨床認定カリキュラム開講

“Observe dear physician, the patient is showing you a cure.”

親愛なる医師よ、観察しなさい。患者はあなたに治療を示している。

— William Osler (1849–1919)

この言葉は、臨床医学教育の礎を築いた William Osler 医師によるものです。私は徒手療法のテキストを通じてこの一文と出会い、医師のみならず理学療法士にとっても、患者と向き合う姿勢の原点であると感じています。しかし、このような姿勢は、時代の中で、「Evidence」の誤った捉え方によっては誤解を生じます。

1991 年、Gordon Guyatt 医師らによって提唱された Evidence-Based Medicine（EBM：“科学的根拠”に基づく医療）は、科学的な視点を医療に導入する大きな転換点となりました。日本では 1990 年代後半に広まり、2000 年代に入ると理学療法分野にも Evidence-Based Physical Therapy（EBPT：“科学的根拠”に基づく理学療法）として浸透し、学術大会や専門誌でも中心的なテーマとして取り上げられるようになりました。

これに伴い、「研究法」「文献検索法」「批判的吟味」といった EBPT の基礎は、2000 年代後半以降、理学療法士養成校の教育課程にも取り入れられ、現在では国家試験においても標準的な知識として位置づけられています。加えて、運動器理学療法領域を中心に Clinical Prediction Rule（CPR：臨床予測基準）の活用も進み、個人の経験だけでは得がたい科学的知見の臨床応用が可能となってきました。

一方で、元プロ野球選手のイチロー氏は、統計に支配された現代野球において「感性」が失われつつあると述べています。これは医療にも通じる警鐘であり、「Evidence」が重視される現代においても、私たちは患者中心の視点や「感性」を併せ持つことが不可欠です。2020 年代以降は、原点に立ち返り Clinical Reasoning（臨床推論）や患者中心の Shared Decision Making（共同意思決定）と「Evidence」を統合し、患者個々に合った本来の EBPT が求められるようになっていきます。

本講演では、科学的根拠と臨床的根拠をいかに実践の中で活用し、蓄積していくのかについて、臨床から学んだことを共有したいと思います。臨床の立場から理学療法のあり方について、皆様とともに考える機会となれば幸いです。

『回復期・生活期における歩行の評価と介入
～立脚後期の足部機能と装具の選定～』

森山脳神経センター病院 臨床教育指導者 北山哲也 先生



【略歴・資格】

1997 年 4 月～2020 年 3 月 山梨温泉病院（山梨リハビリテーション病院）

リハビリテーション部 理学療法課 課長

2020 年 3 月 山梨大学大学院 医工農学総合教育部修士課程生命医科学専攻 卒業

2020 年 4 月 甲斐リハビリテーションクリニック 副院長

2024 年 4 月 森山脳神経センター病院 臨床教育指導者

医科学修士, IBITA Bobath Basic Course Instructor

日本理学療法士協会 神経専門理学療法士 / 小児専門理学療法士 / 脳卒中認定理学療法士

日本理学療法士協会 指定管理者（上級）, 福祉住環境コーディネーター2 級

神経疾患、運動器疾患を問わず、個別性に応じた歩行の評価と装具の選定などは、理学療法士にとって必要です。特に、立脚中期から後期における十分な股関節伸展運動と足関節底屈運動は、前方への推進力と関連する Trailing limbs angle(TLA)の改善には重要です。また、Central pattern generator(CPG)の観点からも股関節伸展位における足部への荷重応答は、効率の良い遊脚初期をつくり、スムーズな下肢の振出しに貢献します。しかし、臨床現場においては前述した理論を理解していても個別性に応じた具体的評価と介入に苦慮することが少なくありません。それは、歩行距離やスピードなどの量的問題だけにとらわれず、歩行動作の観察と分析(触診による運動構成要素の評価と解釈)による質的問題についても考察する必要があるからです。質的問題とは、筋の走行や長さ、張力を含む骨や関節のアライメント(静的場面と動的場面における変化)を確認することです。

また、下肢装具などの補助具を使用する際もフィッティングに注意し、Foot posture index-6(FPI-6)などを用いた足部の形態評価や Initial foot angle(IFA)の確認、重心動揺計による定常的バランスの評価と足圧中心の軌跡およびロンベルク率などを確認し、支持基底面を構成する足部機能を把握しておく必要があります。次に、対象者に対する装具使用のメリットとデメリットを把握したうえで歩行トレーニングを実施し、カットオフの基準を設けることや日常生活におけるマネジメントなどを医師や看護師を含むメディカルスタッフと対象者および家族と共有することが大切です。そして、日常生活を想定し、環境や状況に応じた応用歩行(階段昇降や跨ぎ動作)をトレーニングすることにより、転倒予防を図ることも留意しておくポイントです。

今回の講演では、解剖学・運動学・神経生理学などの基礎知識を統合し、歩行における運動構成要素と評価を学ぶことにより、臨床応用ができることを目的とします。臨床場面の動画を多く取り入れた実践報告の紹介も交えて、皆様と議論できれば幸いです。

『産業理学療法の新たなる挑戦 ～自分を知ることから始める～』



株式会社 Raseek 代表取締役 理学療法士 森口収規 先生

【略歴・資格】

2010 年 藍野大学医療保健学部理学療法学科卒業
2010～2012 年 医療法人社団生和会彩都リハビリテーション病院
2012～2017 年 社会医療法人加納岩山梨リハビリテーション病院
2017～2023 年 医療法人芙蓉会南草津病院
2023 年 12 月～ 株式会社 Raseek 設立、代表取締役就任
2025 年 4 月～ 藍野大学大学院健康科学研究科健康科学専攻 在籍
健康経営エキスパートアドバイザー／両立支援コーディネーター

私は理学療法士として 13 年半、病院で患者さんのリハビリに従事し、医師や看護師、他職種とのチームでの連携を大切にしながら臨床に携わってきました。現場では患者さん一人ひとりの生活や想いに寄り添いながら支援する中で、「もっと早い段階で関わることができていれば」という予防の重要性を強く感じるようになりました。

この気づきをきっかけに病院を退職し、滋賀県草津市にて株式会社 Raseek を設立。現在は、働く人の健康を支えるために、企業を対象とした健康経営の支援に取り組んでいます。健康経営とは、従業員の健康を経営的な視点で捉え、組織の成長と人の幸せを両立させるための取り組みです。理学療法士としての専門性を活かしながら、運動・生活習慣・働き方といった多角的な視点で、企業に寄り添った支援を行っています。

起業にあたっては、自分が何に情熱を感じ、どんな価値観を大切にしているのかを見つめ直す時間がありました。子どもの頃から、人と協力して何かを創り上げることに魅力を感じていたこと、学級委員や学園祭の実行委員など人の輪の中心で動いていた経験が、現在の仕事にも深くつながっていることに気づきました。これまで無意識に選んできた道の中に、今の自分を支える原点があったのです。

産業領域において、理学療法士が果たす役割は今後ますます拡大していくと感じています。身体機能の改善支援にとどまらず、「働く人の心身のバランスを整える存在」として、メンタルヘルス、職場環境改善、キャリア形成支援などにも関わる可能性があります。これまで医療の現場で培ってきた観察力、コミュニケーション力、そして相手に寄り添う姿勢は、企業や地域社会の中でも大きな価値を発揮できると確信しています。

本講座では、臨床の現場での気づきから、起業という新たな挑戦に至るまでの経緯を振り返りながら、「自分を知ること」がどのように仕事や人生を拓く鍵となったかをお伝えします。そして、社会の中で理学療法士が果たせる新たな役割や可能性について、皆さんとともに考える時間にしたいと思います。これからの理学療法の可能性を共に探求し、広げていきましょう。

一般演題プログラム

口述 会場：204 会議室 9：20～10：50

座長：澁川 武志

- A-01 両足部骨折、胸椎圧迫骨折を併発し、疼痛により歩容改善に難渋した一症例
南草津病院 井阪 逸人
- A-02 亜急性期脳卒中患者に対し Berg Balance Scale Keyform を用いて介入した一例
市立野洲病院 板谷 壮馬
- A-03 滋賀県高校バレーボール選手の過去 13 年間におけるスポーツ損傷の実態調査
村上整形外科クリニック 高木 律幸
- A-04 QOL の改善が得られた在宅パーキンソン病利用者の一事例
～異なる疾患を有する者とのピア効果の可能性～
合同会社 Well-being base 秋定 優太
- A-05 多職種連携により自宅退院を達成した若年性筋萎縮性側索硬化症の一症例
彦根市立病院 吉田 達志
- A-06 第 39 回滋賀県理学療法学会における託児所設置の試み：アンケート調査と実践報告
村上整形外科クリニック 中久保 拓哉

口述 会場：ピアザホール 14：35～16：05

座長：野村 真悟

B-01 当院の理学療法部門における収益向上に向けての取り組みについて
～アンケート結果から見えてきた課題～

近江八幡市立総合医療センター 奥村 高弘

B-02 腰椎椎体形成術後早期より姿勢アライメントに対して介入した一症例

彦根市立病院 今堀 亮汰

B-03 心臓リハビリテーションクリニックにおける管理・運営の実態—開院1年の実績—

南草津ひだまりハートクリニック 澁川 武志

B-04 当院回復期リハビリテーション病棟における大腿骨近位部骨折患者の
退院時排泄関連動作自立に影響する因子

公立甲賀病院 吉村 拓真

B-05 直腸S状部がん術後に生じた便失禁に対し動作指導に加え
骨盤底筋トレーニングと内服調整が有効であった症例

甲南病院 滝島 勇太

B-06 地域在住女性高齢者の低骨量およびプレフレイルの有無による身体・生活機能の特徴

田代クリニック 葛迫 剛

ポスター 会場：203 会議室 14：35～15：16(前半)

座長：小澤 和義

C-01 県下学校保健活動報告～認定スクールトレーナー®による授業介入後のアンケート調査～

村上整形外科クリニック 中久保 拓哉

C-02 人工膝関節全置換術後のひざまづき動作の現状と動作可否に関わる因子の検討

甲南病院 西口 純平

C-03 慢性拘縮肩を呈し物理療法使用することで肩関節可動域改善みられた症例

琵琶湖中央リハビリテーション病院 木村 健斗

C-04 視床被殻出血患者に対して腹臥位により Pusher 現象の軽減を認めた一症例

彦根市立病院 横田 俊祐

ポスター 会場：203 会議室 15：19～16：05（後半）

座長：大久保 智晴

C-05 長下肢装具使用下での歩行速度測定によって 歩行能力の評価を試みた脳卒中患者の一例

市立野洲病院 田中 元輝

C-06 歩行器歩行の自立度判定に必要な基準値の検討：スコーピングレビュー

市立野洲病院 松代 格

C-07 [学生] 背臥位での下肢筋力測定方法の検証 ～徒手筋力検査法との比較に基づく有用性について～

びわこリハビリテーション専門職大学 尾木 翔

C-08 [学生] 大腿部へのフロッシングによる影響 ～関節可動域・アジリティに着目して～

びわこリハビリテーション専門職大学 田村 政翔

一般演題抄録集

A-01

両足部骨折、胸椎圧迫骨折を併発し、疼痛により歩容改善に難渋した一症例

○井阪 逸人
南草津病院 リハビリテーション部

キーワード:踵骨骨折, 第1中足骨骨折, 足部疼痛

【目的】

両足部骨折に胸椎圧迫骨折を併発した症例に関する報告は少ない。今回、上記骨折に関連し、特に足部疼痛により歩容改善に難渋した症例を経験したので報告する。

【症例紹介】

40代男性。X日ビルの3階から転落して受傷。右踵骨骨折、左第1中足骨骨折、第12胸椎圧迫骨折の診断を受け、保存療法が選択された。X+23日当院回復期病棟に転院。

【経過】

X+23日当院入院日より理学療法介入開始。胸椎部の疼痛は認めなかった(Numerical Rating Scale(以下NRS):0)。X+31日右ギプスカット後に右足関節前面部痛(NRS:2)を認めた。X+45日左ギプスカット後に左第1中足骨基部底面痛(NRS:3)、左足関節後面部痛(NRS:2)を認めた。X+52日より1/2荷重、両松葉杖歩行となりTimed Up & Go Test(以下TUG)は31.6秒、右足関節前面部痛、右第2～5趾背屈時痛(NRS:4)を認めた。X+66日より全荷重、独歩となると、歩行動作分析より、左立脚中期に体幹左側屈位、左右とも立脚後期に膝関節屈曲位が認められた。また、左第2～5趾背屈時痛(NRS:2)を認め、最大歩行距離は800mであったが、疼痛により歩行継続困難となっていた。この時点での足部疼痛は、左第1中足骨基部底面痛(NRS:3)、第2～5趾背屈時痛(NRS:右2、左4)、右足関節前面部痛(NRS:4)、左足関節後面部痛(NRS:2)を認め、歩容破綻を生じていた。治療は、左右足部の疼痛軽減を目的に、アライメント修正、筋力強化を部位別実施。また体幹、股関節の協調運動、ステップ動作により足部から体幹の運動連鎖の改善を図った。介入期間はX+23～51日までは非荷重、X+52～71日までは免荷量に合わせ段階的に荷重を実施していった。X+72日最終評価時、左第1中足骨基部底面痛、左足関節後面部痛は改善を認めた(NRS:0)。左右第2～5趾背屈時痛、右足関節前面部痛は残存(NRS:3)したが、過度な疼痛増強は抑制できた。TUGは7.7秒、最大歩行距離は1.25kmへと改善を認めた。受傷より2ヶ月と14日で自宅退院。その8日後に職場復帰予定となった。

【考察】

松本ら(2011)は足部骨折後に新たに疼痛を発症した2症例において、運動連鎖に着目したアプローチによって足部疼痛が改善したとしている。本症例では、両足部疼痛に対し、足部から体幹の運動連鎖改善を実施した。結果、足部疼痛は抑制され、歩容改善に至ったと考えられた。

【倫理的配慮】

症例には趣旨を十分に説明し、書面にて同意を得た。

A-02

亜急性期脳卒中患者に対しBerg Balance Scale Keyformを用いて介入した一例

○板谷 壮馬, 松代 格, 田中 元輝
市立野洲病院 リハビリテーション課

キーワード:脳卒中, バランス, Berg Balance Scale Keyform

【目的】

本症例報告の目的は、バランス能力低下を呈した亜急性期脳卒中患者に対し、Berg Balance Scale(以下BBS)の各項目を難易度順に整理したKeyformを活用し、評価結果を治療方法へ反映し理学療法を行った経験を報告することである。なお報告にあたり本人に説明し同意を得た。当院倫理委員会で承認を得た。

【症例紹介】

症例は60歳代男性。右下肢脱力にて急性期病院へ搬送され同日に入院。左視床出血脳室穿破、右小脳出血の診断となり、保存的治療が行われた。発症前の日常生活動作は自立し、独歩で移動していた。

【経過】

15病日に当院回復期リハビリテーション病棟に転院した。転院時は寝返りから端坐位は自立。起立、着座、移乗は中等度介助。移動は車椅子全介助、歩行は平行棒内両手支持にて1往復を軽介助だった。Functional Independent Measure(以下FIM)は55点、BBSは16点、Fugl Meyer Assessment-Lower Extremity(以下FMA-LE)は19点、Manual Muscle Testing(以下MMT)は右下肢2～3、左下肢4～5であった。検査では感覚障害はなかったが、歩行や方向転換時など視覚的代償を必要としており、出血部位から推測される病態としても感覚障害の可能性があると考えられた。転院時BBSの結果をKeyformと照らし合わせ、至適難易度のバランス課題は起立、立位保持、着座、左右の肩越しに後ろを振り向く、閉眼立位保持と判断した。また関連する身体機能制限は下肢筋力低下と感覚障害の可能性があると推察し理学療法を実施した。一方で歩行障害に関して転院時は膝折れやback knee、骨盤動揺が課題であり関連する身体機能は下肢筋力低下と考えた。50病日でBBSは35点で至適難易度のバランス課題は移乗、床から物を拾う、上肢前方リーチ、閉脚立位保持、360°回転と判断した。その後も1カ月ごとにBBSを検査し、Keyformと照らし合わせ至適難易度の再設定を繰り返した。その結果176病日にFIMは111点、日常生活動作は自立し移動は歩行器歩行自立。BBSは53点、FMA-LEは25点となり自宅退院となった。

【考察】

本症例ではBBS Keyformを使用することで、脳卒中患者に対するバランス練習に関してその状態に合わせた難易度設定を行うことができた。また、そのバランス課題から身体機能制限を考えることで、バランスと歩行に関連する身体機能は共通する部分があると考えたが、BBS Keyformの使用とアウトカムについての因果関係は明らかにされておらず、さらなる研究が必要といえる。

A-03

滋賀県高校バレーボール選手の過去 13 年間におけるスポーツ損傷の実態調査

○高木 律幸, 木村 健太郎, 中西 雄稔, 内藤 要, 中久保 拓哉,
兼子 秀人, 村上 元庸
村上整形外科クリニック リハビリテーション部

キーワード: バレーボール, スポーツ損傷, 足関節捻挫

【はじめに】

2012 年より毎年, 滋賀県下高校バレーボール選手のスポーツ損傷の発生要因についてアンケート調査を行っている。バレーボールはアタックやブロックなどジャンプを多用するスポーツであるため, 下肢のスポーツ損傷が多いと言われており, その予防が重要である。今回, 過去 13 年間におけるバレーボールのスポーツ損傷に対し調査し, 足関節捻挫(以下、捻挫)の原因について検討したので報告する。

【対象・方法】

対象は 2012~2025 年における県内の全高校男女バレーボール部の 1・2 年生で, 毎年 1 年間でのスポーツ損傷とその詳細、普段の着地方法やその意識についてのアンケートを郵送し, 回答の得られた 5495 名を集計した。

【説明と同意】

ヘルシンキ宣言に則り, 顧問, 選手には紙面にて説明し同意を得た。

【結果】

バレーボールにおけるスポーツ損傷者の割合は 40.3%であり, そのうち捻挫が 56.0%と多く, 次いで腰痛, 手指骨折であった。捻挫のうち, アタック時の捻挫は 33.8%で, ブロック時の捻挫は 43.4%と約8割が着地時による捻挫であった。捻挫の原因を見てみると, アタック時の捻挫では, ジャンプが前や横に流れて着地失敗し受傷した選手が 45.9%, 自分からセンターラインを超えて相手の足の上に着地して受傷した選手が 31.2%と, 約8割の選手がアタッカー自らが原因で捻挫を受傷していた。ブロック時の捻挫では, 相手アタッカーがセンターラインを超えてきてその足の上に着地して受傷した選手が 50.3%であり, ブロック時の捻挫の約5割の選手が相手アタッカーが原因で受傷していた。また, アタック時に捻挫をした選手は普段のアタック時の着地方法が片脚着地時している選手が 56.1%と有意に高かった($p<0.01$)。

【考察】

高校バレーボール選手におけるスポーツ損傷は捻挫が最も多く, アタック時やブロック時の着地時に多く発生していた。また, その原因の多くはアタッカーによるものであるため, アタッカーの着地方法や意識を改善することが捻挫予防に繋がるのではないかと考える。アタック捻挫をした選手はアタック時に普段から片脚着地していることが多かった。片脚着地は不安定となり捻挫を起こしやすいため, 選手には両脚着地を意識づける必要があると考える。

A-04

QOL の改善が得られた在宅パーキンソン病利用者の一事例 ～異なる疾患を有する者とのピア効果の可能性～

○秋定 優太 1), 後藤 悠太 2), 加藤 慶紀 3), 森 優太 4),
平川 雄太 5), 横山 広樹 6), 石垣 智也 7)

- 1) 合同会社 Well-being base デイサービススペーススタジオ大津稲津
- 2) 西大和リハビリテーション病院 リハビリテーション部
- 3) 川口脳神経外科リハビリクリニック リハビリテーション科
- 4) 花の丘病院 リハビリテーション科
- 5) JA 愛知厚生連 介護老人保健施設あおみ
- 6) 関西医科大学くずは病院 リハビリテーション科
- 7) 名古屋学院大学 リハビリテーション学部

キーワード: ピア効果, パーキンソン病, QOL

【はじめに】

パーキンソン病 (Parkinson's Disease; 以下, PD)患者の集団によるピア効果が知られているが, 異なる 疾患を有する者とのピア効果については未だ不明な点もみられる。本報告では, 脳梗塞を有する者との交流を経て QOL 改善が得られた PD 事例から異なる疾患の者でもピア効果が得られる可能性を考察する。

【事例紹介】

A 氏は 80 代前半女性 (要支援 2)で, 当デイサービス (以下, 当デイ)を利用開始(X 日)する 11 年前に PD と診断された。日常生活は自立していたが疾患の進行に不安を感じていた。また, 周囲への迷惑を懸念して趣味のグランドゴルフを X-4 か月より中止していた。X 日の Short Physical Performance Battery (以下, SPPB)は 6/12 点, Life Space Assessment(以下, LSA)は 29/120 点, Parkinson's Disease Questionnaire-39 (以下, PDQ-39)は 47/156 点であり, 目標は「グランドゴルフを再開したい」であった。B 氏は 50 代女性(要介護 2)で, X-8 か月に脳梗塞を発症し屋内杖歩行自立であった。X+20 日より当デイを開始し, A 氏と週 1 回の頻度で利用を共にした。なお, 事例の個人情報とプライバシーの保護に配慮し, 充分な説明を行った後に口頭および書面で同意を得た。

【経過】

当デイは集団運動を中心に実施し, 他者の取り組みを観察できる環境にある。A 氏と B 氏は同グループになることがあり, 休憩中の会話など交流機会を有していた。経過とともに A 氏は運動への取り組みが前向きになり, X+3 か月にはグランドゴルフを再開した。この際, SPPB は 11/12 点, LSA は 54/120 点, PDQ-39 が 21/156 点といずれも改善を認めた。PDQ-39 の下位項目では, 運動機能(X 日:23 点→X+4 か月:11 点), 精神機能 (X 日:8 点→X+4 か月:0 点), ステイグマ (X 日:5 点→X+4 か月:1 点)の改善が顕著であった。X+5 か月には経過を振り返り, A 氏から「B 氏が自分より重い障害があるのに, 笑顔で前向きに取り組んでいるのを見て感化された」, 「同じ病気だと自分の病気の進行と重ねるため, B 氏が別の病気で良かった」と発言があった。

【考察】

異なる疾患の者であっても, 障害という共通項において他者がロールモデルとして機能すれば, ピア効果が得られる可能性がある。また, 同一疾患であることは, 他者の状態や症状の進行を負の認識として自己に投影する場合があると考えられた。

A-05

多職種連携により自宅退院を達成した若年性筋萎縮性側索硬化症の一症例

○吉田 達志

彦根市立病院 リハビリテーション科

キーワード:筋萎縮性側索硬化症, 多職種連携, 自宅退院

【目的】

筋萎縮性側索硬化症(ALS)は、運動機能や嚥下・呼吸機能が障害される予後不良の進行性疾患である。若年発症では進行が遅い傾向とされるが、症状進行や予後には個人差が大きい。本報告では、急速に進行した若年性 ALS 患者に対し、機能評価に基づき、目標設定と支援方針を多職種と共有することで、自宅退院を達成した経過を報告する。

【症例紹介】

20 歳代女性。診断名は ALS。4 ヶ月前より歩行障害。X 日に呼吸困難より入院。X+15 日に呼吸苦増悪し 離床困難。X+20 日に胃瘻造設。初期評価では、非侵襲的陽圧換気療法管理、MMT 上下肢 2~3、端座位中程度介助、頭部保持不可、ALS の日常生活活動における機能評価尺度(ALSFRS-R)は 17 点。自宅環境は玄関からの階段昇降が必須であり、生活再構築には、住環境整備や介護支援が必要であった。

【倫理的配慮、説明と同意】

本症例・家人には、本報告に対し口頭で十分に説明し同意を得た。

【経過】

X+21 日より、理学療法士が中心となり多職種カンファレンスを実施。筋力や座位能力、呼吸機能の評価に基づき、階段移動用リフトの導入、在宅用人工呼吸器への変更、カフアシストの実施、家族指導など、在宅生活に必要な目標や支援計画を提案し、多職種で共有した。理学療法では、階段移動時のヘッドレスト付き車椅子座位獲得を目標に、看護師と共同して移乗・車椅子座位練習を実施。ベッドポジショニング調節やカフアシスト圧設定にも関与した。一方、身体障害者手帳の新規申請からサービス利用開始まで4ヶ月を要し、退院時期が延長した。その間に病状が進行したが、多職種で目標を段階的に再設定した。X+4 ヶ月では、MMT 上下肢 1 (右手指屈曲 2、両足趾屈曲 2)、ALSFRS-R は 7 点、階段は担架使用。呼吸機能や体重は維持された。自宅でのコールやスマートフォン操作に対し圧電式スイッチを導入し、コミュニケーション手段を確保した。

【考察】

本症例では、呼吸苦増悪後に退院に向けた対応に遅れが生じたが、理学療法士が機能評価に基づいて具体的な目標を提示したことで、早期から多職種で課題を共有し、退院まで継続して支援体制を整えることができた。一方で、身体障害者手帳の手続きに時間を要する現実が、進行急速例では支援の障壁となり得る。今後は、制度利用による時間的制約を考慮し、早期から機能予後に基づく目標設定を積極的に多職種と共有し、在宅生活に向けた支援体制を確立することが重要と考える。

A-06

第 39 回滋賀県理学療法学会における託児所設置の試み : アンケート調査と実践報告

○中久保 拓哉 1), 高木 律幸 1), 堀川 麗子 2), 松本 早苗 3), 松尾 奈々 4), 木村 健太郎 1), 中西 雄稔 1), 内藤 要 1), 兼子 秀人 1), 村上 元庸 1)

1) 村上整形外科クリニック リハビリテーション科

2) 堤整形外科 リハビリテーション科

3) 滋賀県済生会 訪問看護ステーション

4) 京都橘大学 健康科学部 理学療法学科

キーワード:学会参加, 子育て支援, ライフワークバランス

【はじめに】

近年、理学療法士を含む医療従事者の育児と仕事の両立が課題となる中、学会参加はスキル向上やキャリア形成の重要な機会であるが、育児中の参加者には障壁が存在する。それ故、全国規模の学会では託児所設置が増加傾向にあるが、地方の小規模学会では設置例は少ない。そこで、本研究では託児所のニーズ調査、認知度、利用者アンケートを通じて、地方学会における託児所の有用性を検討することを目的に調査を実施した。

【方法】

滋賀県理学療法士会員を対象に①学会事前調査、②子育て世代調査(0~3歳までの子供を持つ親)、③学会当日調査、④託児所利用者の満足度調査の4つアンケート調査を実施した。これらは全てオンライン形式で行い、回答は匿名で収集した。

【倫理的配慮】

本研究はヘルシンキ宣言に則って、個人情報に配慮して実施した。

【結果】

①学会事前調査では過去の学会参加数が男性 6.5 件で女性が 3.4 件で男性が有意に多かった。また、研修会に参加していない女性の割合が有意に高かった。②子育て世代調査では学会参加時に男性は 100%、女性は 20%が配偶者に子供を預けていた。また、子供誕生後、学会参加頻度は男性 62%、女性 80%が減少し、全体の 70%が託児所利用を希望していた。③学会当日調査では託児所の認知度は 90%であった。④託児所利用者の満足度調査では 6 件中 4 件が満足、2 件が不満だった。

【考察】

調査の結果、育児が理学療法士の学会参加における性別差を明確にした。男性は参加回数が女性より多く、全ての男性が子供を配偶者に預ける一方、女性は 20%に留まるなど、家庭内役割分担の女性への偏りが判明した。また、子供の誕生後の女性の学会参加頻度の減少割合が高く、育児負担が顕著であることが示唆された。子育て世代の託児所利用希望者は 70%であるなか、全参加者の託児所設置の認知度は 90%と高く、学会参加促進に有効な支援策であることが分かった。満足度調査からは、運営改善や広報活動強化が必要であることが示唆された。よって、託児所設置が学会参加支援に有用性を示し、性別による参加障壁や学術支援の課題を明らかにした。今後は、運営モデルを改善し、子育て世代の理学療法士が学会に参加しやすい環境作りを目指すべきである。

【結論】

・育児が学会参加における性別差を生じ、特に女性の育児負担が明らかとなった。

・託児所設置が学会参加を促進する可能性があるが、運営改善が必要である。

B-01

当院の理学療法部門における収益向上に向けての取り組みについて～アンケート結果から見えてきた課題～

○奥村 高弘, 平賀 基子, 深谷 直基, 山中 順子
近江八幡市立総合医療センター リハビリテーション技術科

キーワード: 急性期, リハビリテーション, 収益

【背景】

急性期病院では、質の高い理学療法の提供に加え、収益向上も大きな課題であるが、当院では 16 単位/日を目標としているにもかかわらず、13 単位前後しか取得できていない現状である。また、平均単位数は運動器 2.04、脳血管 1.67、心大血管 1.49 と、もっとも点数の高い脳血管疾患が低値となっている。臨床の質向上と収益増加の両立を目標に、当院の理学療法士を対象にアンケート調査をおこなったため、その結果と今後の課題について報告する。

【方法】

対象は当院の理学療法士 20 名、調査方法は質問紙法による匿名回答とした。質問内容は、経験年数と専門分野の有無、脳血管・運動器・呼吸循環の臨床において疑問点はあるか、疑問の内容、十分な理学療法が提供できているかなどとした。また、当科の脳血管患者データベースより 2013 年度(過去)85 名と 2023 年度(現在)116 名の患者特性(年齢、開始時 FIM、介入期間)を比較した。統計解析には SPSS ver.30 を使用し、危険率 5%未満を有意水準とした。

【結果】

回収率は 89.5%、「臨床に疑問点がある」と答えた割合は脳血管 100%、運動器 82.3%、呼吸循環 100%であった。「十分な理学療法が提供できている」と回答した割合は、脳血管 23.5%、運動器 76.5%、呼吸循環 29.4%であった。脳血管における疑問点は、「プログラムがわからない」という回答が多く、時間が確保できない理由は「病棟とスケジュールが合わない」という回答が多かった。患者特性の比較では、平均年齢は過去 73.4 歳と現在 72.9 歳で有意差なし、開始時 FIM は 48.3 ± 28.7 点と 63.3 ± 35.7 点、介入期間が 33.9 ± 24.1 日と 20.7 ± 18.9 日とそれぞれ有意差を認めた。

【結語】

当院の理学療法部門において脳血管の取得単位が低迷している原因は、プログラムの妥当性がわからないこと、スケジュール調整に難渋していることが挙げられ、高齢化や重症化など患者特性の影響は少ないと考えられた。今後の方針としては、臨床の質向上、取得単位向上にむけて、ベッドサイドからリハビリ室へ早期に移行し、上席セラピストによる指導をおこないやすくする、経鼻注入や入浴介助の時間調整など病棟スタッフとの連携を強化していく必要がある。

【倫理的配慮】

集計結果の公表についてはアンケート用紙に記載済みであり、回答をもって同意を得た。

B-02

腰椎椎体形成術後早期より姿勢アライメントに対して介入した一症例

○今堀 亮汰
彦根市立病院 リハビリテーション科

キーワード: 脊柱管狭窄症, 腰椎椎体置換術, アライメント

【目的】

脊椎固定術後合併症として、隣接椎間病変(以下、ASD)が挙げられる。再手術を必要とする ASD の年間発生率は 21.5%と報告されている。椎間固定後も、動作による脊椎運動の要求は変化しないため、腰椎後彎姿勢の場合、椎間ストレスは隣接椎間関節によって代償され ASD へ繋がる。そのため、術後早期より脊椎アライメント修正を目的にした理学療法により、ASD を予防することが重要と考える。そして今回、術後早期より ASD 予防の観点を踏まえた体幹筋トレーニングを実施し、アライメントが改善された症例を経験したため、ここに報告する。

【症例紹介】

80 歳代女性。脊柱管狭窄症(L2/3/4)、L3 圧迫骨折に対し、L2/3/4 後方固定術、L3 椎体形成術を施行。術前は腰部痛、下肢痛によりゆっくり歩きであった。

【倫理的配慮】

症例には事前に発表の趣旨や目的を説明し同意を得た。

【結果】

X 線画像から腰椎前彎角度は、術前 38.3 度、術後 46.6 度。術後 1-2 日目評価では、左側 L2/3 領域に痺れ、大腰筋圧痛がみられた。下肢筋力は、MMT より左股関節屈曲 2、外転 2、膝関節伸展 3。立位アライメントは、胸椎後彎増加、骨盤後傾のスウェイバック姿勢が確認された。術後 7 日目の Modify timed loaded standing test (以下、M-TLST)は、0 秒。Occiput to wall distance (以下、OWD)は、7.3cm。術後 1 日目より、歩行器歩行練習及び大腰筋に対する股関節屈曲運動を開始した。術後 7 日目からは、体幹伸展筋群に対して座位での上肢挙上運動を開始した。疼痛が出現しない範囲で重錘保持にて徐々に負荷量を増加させた。術後 28 日目の最終評価では、大腰筋圧痛減少、MMT 左股関節屈曲 3、外転 3、膝関節伸展 4。M-TLST 51.9 秒、OWD 4.1cm と体幹伸展筋持久力及び胸椎後彎の改善を認めた。術後、ASIS が PSIS の 1 横指分下に变化したことから骨盤後傾アライメントの改善を認めた。そして術後 30 日目に杖歩行にて自宅退院となる。

【考察】

今回、腰椎椎体形成術後の ASD 予防として、腰椎前彎位を維持するために体幹伸展筋力が重要であると考えた。そして術後早期より介入し、体幹伸展筋持久力の改善、大腰筋筋力の増加により、姿勢アライメントが改善した。また今回は術後早期での介入であったが、疼痛増悪なく安全に実施することができた。このことから術後早期からの体幹筋トレーニングにより、術後のスウェイバック姿勢が改善されることで、術後 ASD 発生リスクの減少に寄与できる可能性がある。

B-03

心臓リハビリテーションクリニックにおける管理・運営の実践 —開院 1 年の実績—

○澁川 武志, 福岡 永理, 木下 妙子, 八木 典章
南草津ひだまりハートクリニック

キーワード: 維持期, 外来心臓リハビリテーション, 管理・運営

【はじめに】

本邦の心臓リハビリテーション(以下, リハ)実施施設のほとんどが急性期を中心とし, 回復期～維持期まで実践する施設の増加が求められている。中医協による令和 6 年最新情報では心大血管疾患リハ料 I を算定する診療所はわずか 122(0.1%)である。そのため外来心臓リハに関する採算性や運営の情報は少ない。当クリニックは県内初の本格的な心臓リハクリニックとして 2023 年 12 月に開院した。滋賀県では前例のない取り組みであるため, 開院 1 年の実績から管理・運営について報告する。

【対象と方法】

開院日の 2023 年 12 月 1 日から 2024 年 11 月 30 日までの 1 年間に心臓リハヘントリした連続症例を対象とした。標準的算定日数の 150 日未満に何らかの理由で終了した症例を「ドロップアウト」とし, 150 日を超えて終了した症例を「終了」とした。理学療法の質保証に関し, 財務面から紹介率や毎月の新規患者数・件数等を, 業務プロセス面から安全性や毎月の稼働率等を算出した。

【倫理的配慮】

本発表はヘルシンキ宣言に従い倫理と個人情報に配慮している。

【結果】

エントリー数は 104 名, エントリー時の平均年齢 77.3 歳(41-90 歳), 女性 69.2%であった。ドロップアウトは 11 名(10.6%), 終了は 10 名(9.6%), 150 日以上継続率は 70.4%であった。件数は月を追うごとに増加し, 2024 年 10 月に 300 件を超えた。新規患者数は開院月が最も多く(21 名), 稼働率は 2024 年 9 月に最大 79.5%まで達した。事業計画の目標値超えが予想された段階で, 人材確保や予約患者枠の増加等の対策を行った。心臓リハ中の心血管イベントは無く, 心不全入院が 1 件あった。紹介率は 23.1%となり, 最も多い紹介先が 14.4%を占めた。

【考察】

先行報告と比較し, 継続率は同等であった(二階堂, 2019, 福島, 2024)。また件数は同等以上であり, 収益は順調であると考えられた(下郷ら, 2020)。しかし紹介率は低く, 総合病院からの紹介を増加させることが重要と考えられた(山下ら, 2024)。ただしこれらは先行報告との地域差を考慮しなければならない。

【結論】

人口が多く循環器疾患患者数の母集団が大きい都市部と異なり, 県下で心大血管疾患リハ料 I を算定し本格的に外来心臓リハを運営する診療所はこれまでなかった。今回, 開院から 1 年間の実績を分析することで, 順調に管理・運営できていることが分かった。しかし低い紹介率から, 今後の課題として中核病院との連携強化の必要性が挙げられる。

B-04

当院回復期リハビリテーション病棟における大腿骨近位部骨折患者の退院時排泄関連動作自立に影響する因子

○吉村 拓真 1), 森 広輔 1), 大谷 明日輝 1), 山根 暁 2),
井上 将太 1), 宿谷 直輝 1), 高田 雄太 1),
平田 智弘 1), 服部 有純 1), 藤田 美奈子 3)

- 1) 公立甲賀病院 リハビリテーション課
- 2) 公立甲賀病院 訪問リハビリテーション事業所
- 3) 公立甲賀病院 リハビリテーション科

キーワード: 回復期リハビリテーション病棟, 大腿骨近位部骨折, 排泄関連動作

【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟(回復期リハ病棟)は多職種がチームを組んで集中的なリハビリテーションを実施し, 自宅退院を目指す病棟である。大腿骨近位部骨折患者において排泄関連動作自立は自宅退院に影響する因子とされている。本研究の目的は退院時の排泄関連動作自立に影響する因子を明らかにすることである。

【対象と方法】

対象は 2023 年 4 月から 2024 年 8 月までに当院回復期リハ病棟を退院した患者のうち, 入院以前に排泄動作が自立していた大腿骨近位部骨折患者 21 名とした。退院時の Functional Independence Measure (FIM)のトイレ動作, トイレ移乗, 排尿コントロールの全てが 6(修正自立)以上である者を排泄関連動作自立群, それ以外の者を排泄関連動作非自立群とし, 入院時の年齢, 性別, 主病名, 転帰, 膀胱留置カテーテル抜去までの日数, 回復期リハ病棟入棟時 FIM 運動項目, FIM 認知項目, FIM 合計, 退院時 Timed Up & Go Test (TUG), 退院前訪問指導の有無を比較検討した。統計処理には Mann-Whitney の U 検定, Fisher の正確確立検定を用いた。有意水準は 5%とした。

【倫理的配慮】

ヘルシンキ宣言および厚生労働省の「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に基づき対象者の保護には十分留意した。

【結果】

対象者の平均年齢は 83 ± 8.3 歳で男性 5 名(23%), 転子部骨折 10 名(47%), 頸部骨折 11 名(52%), 転帰は自宅退院 20 名(95%), 老人保健施設 1 名(4%)であった。膀胱留置カテーテル抜去までの日数 ($p=0.007$), 入棟時 FIM 運動項目($p=0.012$), 認知項目($p=0.036$), FIM 合計($p=0.011$), 退院時 TUG ($p=0.018$), 退院前訪問指導の有無 ($P=0.019$)に有意差を認めた。

【結論】

退院時排泄関連動作非自立群は膀胱留置カテーテル抜去までの日数が長く, 回復期リハ病棟入棟時の FIM 運動項目, 認知項目, 合計点数, 退院時の移動・バランス能力が低いことが明らかになった。さらに, 退院時に排泄関連動作が自立しない場合, 退院前訪問指導が必要なことが示唆された。

B-05

直腸 S 状部がん術後に生じた便失禁に対し動作指導に加え骨盤底筋トレーニングと内服調整が有効であった症例

○滝島 勇太 1), 田村 峰香 1), 大谷 明日輝 2), 玉木 義規 1)

1) 甲南病院 リハビリテーション課

2) 公立甲賀病院 リハビリテーション課

キーワード: 便失禁, 動作指導, 骨盤底筋トレーニング

【目的】

便失禁は生活の質に悪影響を及ぼすとされ(味村.2012), 治療の 1 つに骨盤底筋トレーニング(PFMT)の有効性が示されている(味村.2015). また排便姿勢の研究報告もあり(槌野.2015), 姿勢は排便コントロールに重要な要素と考えられる. 今回, 直腸がん術後に生じた便失禁に対し, 動作指導に加え PFMT および内服調整により改善を認めた症例を経験したため報告する.

【症例紹介】

直腸 S 状部がんに対し腹腔鏡下高位前方切除術が施行された 80 歳代男性である. 術前 ADL は自立していたが、腰部脊柱管狭窄症による 2 度の腰椎固定術のため下垂足を呈しており、移動に歩行器を使用していた.

【経過】

術後翌日に MMT 左股関節 2, 左膝関節3と筋力低下を認めた. CPK7000 と高値であり、砕石位、頭低位、右下回旋位での長時間手術による虚血に起因した筋肉壊死が疑われた. 血液検査は増悪なく経過したが、筋力低下が残存した. トイレ動作は車椅子自走し自立していたが、立ち上がり時と咳嗽時に 1 日 10 回以上の便失禁があった. クリーブランドクリニック便失禁スコア(CCFIS)18 点, 便性状は Bristol スケール 7, 立ち上がり動作は過度の体幹前傾により下肢筋力低下を代償していた. 便失禁に対しミヤ BM 錠が処方され、Bristol スケール 5 と便性状は改善した. しかし内服単独で便失禁は改善せず、上肢支持を変更し過度な体幹前傾を抑制した立ち上がり動作, PFMT を指導した. 2 週間後に便失禁は消失し, MMT 左股関節 3, 左膝関節 4 と改善した. 6 週間後に CCFIS 4 点と改善を認めた.

【考察】

本症例は術後下肢筋力低下の影響で立ち上がり時に過度な体幹前傾を認めた. 体幹前傾位は肛門直腸角の鈍角化に伴い排便量が増加すると報告がある(槌野.2015). また腹圧上昇は便塊を押し出す作用がある(穴澤.2009). 便失禁の原因は立ち上がり時の体幹前傾および腹圧上昇の影響が大きいと考えられた. そのため過度な体幹前傾を抑制した立ち上がりを指導した. 正しい骨盤底筋収縮の学習を目的に PFMT も指導した(山名.2017). 本症例は排便しやすい姿勢を回避する動作指導に加え、いきみを抑制した骨盤底筋収縮の学習を目的とした PFMT および便性状改善目的の内服調整により便失禁改善を認めた. 排便姿勢や PFMT 指導による正しい収縮方法の習得など便失禁に対し理学療法士が関わる重要性が示唆された.

【倫理的配慮, 説明と同意】

ヘルシンキ宣言に則り, 本人に書面で説明し同意を得た.

B-06

地域在住女性高齢者の低骨量およびフレイルの有無による身体・生活機能の特徴

○葛迫 剛

田代クリニック リハビリテーション

キーワード: 女性高齢者, 低骨量, フレイル

【目的】

低骨量とフレイルが複合した高齢者は, 低骨量および, フレイル単独より骨折リスクが高まることが報告されている. 低骨量とフレイルの複合を予防するには, その前段階である低骨量とプレフレイルの複合した高齢者の特徴を把握し, 予防介入を検討する必要がある. そこで本研究は, 低骨量とプレフレイルの有無による地域在住女性高齢者の身体・生活機能の特徴を明らかにすることを目的とした.

【対象】

対象は, 地域在住の女性高齢者 123 名(平均年齢 73.2±5.3 歳)とした. 骨量は定量的超音波法装置にて測定し, T スコアが -2.5 以下を低骨量とした. フレイル評価は, Fried らの CHS 基準を用いて, 0 点を健常, 1 から 2 点をプレフレイルとし, 3 点以上は除外した. 身体機能の評価は, BMI, 膝伸展筋力, 開眼片脚立位, CS-30, TUG, 最速歩行速度を測定した. 生活機能の評価は, 基本チェックリストを用いた. 統計処理は, 低骨量とプレフレイルの有無によって 4 群に分け, 身体・生活機能の各指標について一元配置分散分析(多重比較は Bonferroni 法)または kruskal-Wallis の検定(多重比較は Dunn 検定)を用いて比較した. 全ての解析は SPSS を用い, 有意水準は 5%とした.

【説明と同意】

本研究は京都橘大学倫理委員会の承認の上, 実施した. また対象者へ本研究の目的と方法を十分に説明し口頭及び書面にて同意を得た.

【結果】

正常群 43 名, 低骨量群 30 名, プレフレイル群 23 名, 低骨量・プレフレイル群 27 名であった. 4 群比較の結果, 身体機能は, 正常群より低骨量・プレフレイル群が最速歩行速度で有意に低値を示した. 生活機能は, 正常群よりプレフレイル群が栄養, 閉じこもり, 抑うつで有意に不良な値を示し, 正常群より低骨量・プレフレイル群が運動器の機能, 栄養, 口腔, 抑うつの項目で有意に不良な値を示した ($p < 0.05$).

【考察】

本研究の結果, 正常群と比較して低骨量群は有意差がなく, プレフレイル群は閉じこもり, 抑うつといった心理面の低下を示した. 一方, 低骨量・プレフレイル群は, 心理面だけでなく, 最速歩行速度や運動器の機能, 口腔といった身体面の低下を示した. フレイルの前段階であるプレフレイルであっても, 低骨量とプレフレイルの有無によって身体・生活機能の特徴に違いが生じるため, 各特徴に応じた予防介入が必要であることが示唆された.

C-01

県下学校保健活動報告～認定スクールトレーナー®による授業介入後のアンケート調査～

○中久保 拓哉, 高木 律幸, 木村 健太郎, 中西 雄稔, 内藤 要, 兼子 秀人, 村上 元庸

村上整形外科クリニック リハビリテーション科

キーワード: 学校保健事業, 認定スクールトレーナー®, 授業介入

【はじめに】

認定スクールトレーナー事業は 2024 年に内閣府公益認定等委員会から新たな公益目的事業として認定され, 本県でも2名の“認定スクールトレーナー®(以下, ScT)”が誕生した。ScT は学校保健領域の身体機能面の課題に対して予防教育を普及する資格としてが創設され, その教育の対象となる世代のなかでも中学生は運動不足と運動過多の二極化に起因した運動器障害が多く報告されている。そこで, 本研究では, 中学生に対する姿勢改善授業を通じて, 運動器障害の現状や教育活動の有効性, 今後の課題を明らかにすることを目的としたアンケート調査を実施した。

【方法】

県下公立中学校に在籍する3年生の生徒 65 人(1校3クラス)を対象に 40 分1コマの授業の実施後に現在の身体の不調, 体育以外の運動習慣, 5件法(低:1～高:5)にて授業の満足度・興味・理解・意識の変化, 受験へのストレス, 理学療法士・ScT の認知度を聴取した。アンケートは全て授業後にオンライン形式で行い, 匿名で収集した。

【倫理的配慮】

本研究はヘルシンキ宣言に則って, 個人情報に配慮して実施した。

【結果】

現在の身体の不調は 72%の生徒がなんらかの不調があると回答していた。部位の内訳は首が 30%, 腰が 28%, 肩が 17%であり, 1週間あたりの運動習慣は平均 2.3 回であった。授業への満足度は平均 4.4 点, 内容への興味は 4.2 点, 授業の前後における姿勢への意識の変化は 4.3 点, 授業の理解は 4.5 点, 受験へのストレスは 3.7 点, 理学療法士の認知度は 2.5 点, スクールトレーナーの認知度 2.3 点, なお, 全ての項目において男女差は認められなかった。

【考察】

本研究では, 対象生徒の首・腰の不調が顕著であり, 運動器障害の予防教育の必要性が示唆された。姿勢改善授業による姿勢意識の向上も確認され, ScT が予防教育に寄与できる可能性が示された。今回は姿勢をテーマに授業を行ったが, ScT の活動領域は今後さらに広がることが期待される。関係機関と連携しながら介入方法を検討し, 健康と学業の両立を支援することが求められる。

【結論】

- ・身体的不調を感じている生徒が約7割であった。
- ・授業介入は, 生徒の姿勢意識を高める効果が確認され, 教育現場での健康教育の重要性が示された。

C-02

人工膝関節全置換術後のひざまづき動作の現状と動作可否に関わる因子の検討

○西口 純平 1), 久保 充彦 2), 玉木 義規 1)

1) 甲南病院 リハビリテーション課

2) 滋賀医科大学医学部附属病院

スポーツ・運動器科学共同研究講座

キーワード: 人工膝関節全置換術, ひざまづき動作, 患者立脚型評価

【はじめに】

ひざまづき動作は人工膝関節全置換術(以下, TKA)後に困難であることが多く, 手術に対しての不満や失望の原因となることがある(Vikki W, 2019)。本研究は術後 1 年以降の TKA 後症例を対象にひざまづき動作の可否の実態調査を行うとともに, 動作の可否に関わる因子を検討することを目的とした。

【方法】

2023 年 8 月から 2024 年 7 月に当院へ通院している術後 1 年以上を経過した TKA 後の症例 44 例(79.3±6.5 歳, 男性 9 例, 女性 35 例)を対象とし, A12-item short form of the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score(以下, KOOS-12), 膝関節屈曲角度の測定を行った。また, Visual Analogue Scale (以下, VAS)を用いて手術満足度を聞き取り, ①手術した膝についてのひざまづき動作の可否, ②手術前のひざまづき動作の可否を確認した。①の結果よりひざまづきができる群とできない群に分け, 各評価, 年齢を Student の t 検定, 術前と術後のひざまづき動作の可否, 性別は Fisher の正確確率検定を用いて比較した。有意水準は 5%とした。

【結果】

できない群は 34 例(77.8%)であった。術前の動作可否は術後の動作可否に影響を及ぼさなかった。手術満足度(P=0.03), KOOS-12QOL(P=0.01)はできる群の方が有意に高かった。KOOS-12Pain, KOOS-12Function, 膝関節屈曲角度, 年齢, 性別に有意差は認められなかった。

【結論】

TKA 後の 60～80%の患者が膝をつきにくい, またはつかないとの報告(Vikki W, 2019)と概ね同程度の結果であった。手術満足度, KOOS-12QOL はできる群が高かった。Scott (2021)によるとひざまづきが不可能であることと手術に対する不満足が関連していると報告している。本研究でも同様にひざまづきを行えることが手術満足度, QOL に影響を及ぼす可能性が示唆された。KOOS-12Pain・Function, 膝関節屈曲角度に群間での有意差が認められず, 術前の動作可否は術後の動作可否に影響を及ぼさなかった。Hassaballa (2004)はひざまづきができない理由の 63%が教育やリハビリテーションで対処できるものと報告している。これらより, ひざまづきの術後成績を向上させるためには, 手術後にひざまづきに対しての教育, 指導を行うことが有用な可能性が示唆された。

【倫理的配慮】

本研究は当院の倫理委員会の承認を受け, ヘルシンキ宣言に基づき, 本発表の趣旨を説明し, 同意を得た。

C-03

慢性拘縮肩を呈し物理療法使用することで肩関節可動域改善がみられた症例

○木村 健斗, 松浦 陵平
琵琶湖中央リハビリテーション病院 リハビリ療法部

キーワード: 慢性拘縮肩, 腱板断裂, RSWT

【目的】

拘縮肩は中年以降に発症し, 明らかな誘因なく肩関節の疼痛と可動域制限を呈する頻度の高い疾患である。発症から自然治癒までの期間は症例によって様々である。圧力波治療(Radial Shock Wave Therapy:以下 RSWT)は除痛効果や組織再生効果があり, 近年, 運動器疾患に対して広く使用されるようになっていく。今回, 腱板断裂術後に二次的に関節可動域制限をきたし慢性拘縮肩を呈した症例に対して RSWT や超音波といった物理療法を適用することで肩関節可動域改善, 趣味の再開ができるようになった 1 例を紹介する。

【対象・方法】

対象:40 代男性, 2~3 年前頃よりボルダリングをはじめ誘因なく痛みが出現。X 年 Y 月に左肩腱板断裂術に対して鏡視下腱板修復術施行。X 年 Y+4~8 ヶ月まで当院外来リハビリ通院。

方法:X 年 Y+4~6 ヶ月に RSWT を 2 回/週を後方関節包・小円筋に対して 2.5bar 2000 発 10Hz で照射。X 年 Y+5 ヶ月後より肩関節屈曲時に腱板疎部に疼痛認め術創部周囲であったため超音波療法を併用した。X 年 Y+5~6 ヶ月後に超音波療法を 2 回/週を腱板疎部・前方関節包に対して 1MHz 連続波 2.0w/cm²を 10 分照射。評価項目:ROM(自動)を照射前、照射後に測定。初期 ROM(自動/他動):左肩関節屈曲(105° /130°), 外転(90° /90°), 1st 外旋(35° /40°), 2nd 内旋(20° /25°)

【結果・経過】

(RSWT 照射前→1 回目照射→Y+5 ヶ月→Y+6 ヶ月→Y+8 ヶ月) ROM(自動)肩関節屈曲(105° →120° →145° →160° →170°), 肩関節外転(90° →100° →150° →180° →180°)

【考察】

RSWT+超音波療法の照射により ROM の改善認めた。また, 可動域制限の影響より趣味の再開難しかったが, RSWT+ 超音波の実施を機に可動域改善認め, 趣味であるボルダリングの再開が可能になった。

【まとめ】

術後 4 ヶ月経過した慢性拘縮肩に対して肩周囲筋や軟部組織の癒着により関節可動域制限があっても RSWT+ 超音波療法といった物理療法の利用, 徒手療法も併せて介入することで関節可動域改善認め, 趣味活動が可能になった。

【説明と同意】

照射に際し, 同意書・使用承諾書にて同意・承諾を得て, 発表に用いる情報は匿名化した。

C-04

視床被殻出血患者に対して腹臥位により Pusher 現象の軽減を認めた一症例

○横田 俊祐, 吉田 達志, 川島 大資, 赤尾 和樹
彦根市立病院 リハビリテーション科

キーワード: Pusher 現象, 腹臥位, 座位姿勢

【はじめに, 目的】

Pusher 現象は, 時間経過で多くは消失すると報告されている。しかし, Pusher 現象により入院の長期化や ADL 改善効率の低下に繋がるとも報告されている。近年, Pusher 現象に対しての腹臥位の治療効果が報告されている。今回, Pusher 現象を呈した視床被殻出血患者に対して腹臥位の介入効果を検証した。

【方法】

対象は, CT 分類Ⅲb の右視床被殻出血と診断された 90 歳代女性。第 31 病日の評価では, BRS:上肢Ⅱ, 手指Ⅱ, 下肢Ⅱ, Pusher 現象, 左半側空間無視を認め, MMSE:10 点であった。座位は, 体幹屈曲位, 非麻痺側肘関節伸展, 股関節伸展・外転が観察され, 保持困難であった。Pusher 現象に対する腹臥位の効果は, 第 31 病日よりシングルケースデザインを用いて A1 期, B 期, A2 期に分けて検証。A1, A2 期には通常介入である長下肢装具を使用した立位・歩行, 座位練習を 2 日間実施, B 期のみ腹臥位を通常介入に加え, 6 日間実施。腹臥位の実施方法は, クッションを使用し 10 分間姿勢を保持した。A1 期初回, A1 期終了時, B 期 (2・4 日目, 終了時), A2 期終了時に Pusher 重症度分類を評価した。

【結果】

Pusher 重症度分類は, A1 期初回時, A1 期終了時, B 期 2・4 日目 6 点 (立位 2 点, 歩行 2 点, 座位 2 点)。B 期終了時 3 点 (立位 1 点, 歩行 1 点, 座位 1 点)。A2 期終了時 3 点 (立位 1 点, 歩行 1 点, 座位 1 点)。B 期でのみ軽減を認め, A2 期でも効果が持続した。座位姿勢では, A1 期で観察された非麻痺側肘関節伸展, 股関節伸展・外転が消失し, 1 分程度座位保持が可能となった。

【結論】

本報告では, 腹臥位により Pusher 現象の軽減が認められた。Pusher 現象に対して腹臥位の効果機序に明確な報告はないが, 先行研究では, 緊張性迷路反射の作用で四肢・体幹の過剰な伸筋活動を抑制したと考察しており, 本症例も座位への恐怖心や四肢・体幹の過剰な伸筋活動を抑制し座位での姿勢定位に繋がったと考ええる。また, 先行研究では, 2 日間の腹臥位実施にて Pusher 現象の軽減を報告している。本報告では, 介入 2 日間では Pusher 現象の軽減は認められず, 6 日目で軽減が認められた。軽減に期間を要した要因について, 90 歳台と高齢であること, 体幹屈曲位により骨盤後傾し, 不安定な座位姿勢に繋がっていたこと, 被殻・視床の混合出血であったことが挙げられる。患者特性によって, 介入期間を検討する必要があると考えられる。

【倫理的配慮】

本発表に関して, 対象者に説明し, 同意を得た。

C-05

長下肢装具使用下での歩行速度測定によって歩行能力の評価を試みた脳卒中患者の一例

○田中 元輝, 小森 祐依
市立野洲病院 リハビリテーション課

キーワード: 脳卒中, 長下肢装具, 歩行

【目的】

長下肢装具を使用している期間での歩行能力の客観的な評価の報告は少なく, 歩行障害に対する介入の効果判定あるいは経過の把握に苦慮する場面がある。今回, 長下肢装具を使用しなければ歩行困難な患者の歩行能力を客観的に評価し臨床判断の一助にするため, 一般的には行われていない手すり下長下肢装具使用下の歩行速度の計測を試みたので報告する。報告にあたり本人と夫に書面と口頭で説明し同意を得た。当院倫理委員会で承認を得た。

【症例紹介】

症例は60代女性。自宅で左片麻痺および構音障害を認め救急搬送され入院。右中大脳動脈塞栓症を認め血栓回収が行われた。発症前の日常生活動作は自立し, 屋内外とも独歩で移動していた。

【経過】

25 病日に当院回復期リハビリテーション病棟へ転院となった。転院時は寝返りと起き上がりが重介助, 端座位保持が見守り, 起立と立位保持と移乗は中介助であった。Functional Independent Measure(以下 FIM)は 42 点であった。Fugl Meyer Assessment-Lower Extremity(以下 FMA-LE)は 9 点, Berg Balance Scale(以下 BBS)は 5 点, Manual Muscle Testing(以下 MMT)は左股関節屈曲 0, 左膝関節伸展 0, 左足関節背屈 0 だった。27 病日からは長下肢装具を使用した立位歩行練習を開始した。39 病日には長下肢装具と片手すりをを用いた歩行が見守りで可能となり, 左記条件下での 3m 歩行で歩行速度を計測した。歩行速度(m/s)は 39 病日で 0.16, 48 病日で 0.15, 53 病日で 0.20, 60 病日で 0.22, 66 病日で 0.28, 74 病日で 0.34, 87 病日で 0.38 となった。87 病日には短下肢装具とサイドケインでの歩行が見守りで可能となり, 以降は短下肢装具とサイドケインを用いて一般的な方法で 10m 歩行を行い歩行速度を計測した。199 病日に自宅退院となった。退院時は起居移乗, 車椅子自走自立, 短下肢装具とサイドケインを用いた屋内歩行が見守りで, 歩行速度 0.26m/s, FIM102 点, FMA-LE12 点, BBS43 点, MMT は左股関節屈曲 2, 左膝関節伸展 2, 左足関節背 0 だった。

【考察】

長下肢装具と片手すり使用下の歩行速度は経過のなかで改善していった。先行研究においては歩行能力の評価として歩行速度がひろく用いられている。長下肢装具と片手すり使用下の歩行速度も歩行能力を反映している可能性があるものの, 先行研究とは計測の条件が異なり他の検査結果との相関の確認などもできていない。他の要因との関連を検討し妥当性を考察することが今後の課題といえる。

C-06

歩行器歩行の自立度判定に必要な基準値の検討: スコーピングレビュー

○松代 格, 田中 元輝, 板谷 壮馬
市立野洲病院 リハビリテーション課

キーワード: 歩行器, 高齢者, スコーピングレビュー

【はじめに】

近年, 根拠に基づく理学療法の実践が求められている。患者の歩行自立度を決定するうえでも, 経験だけでなく根拠に基づいて判断することが望ましい。しかし, 独歩や杖歩行の自立度に関する報告は多いが, 歩行器歩行に関する報告は少ない。そこで, 我々はスコーピングレビューの手法を用いて歩行器歩行に関する文献を収集・整理し, 自立度判定の基準値を検討した。

【対象と方法】

2024 年 11 月 4 日時点で, データベース検索(CiNii と PubMed®)とハンドサーチによる文献収集を行った。文献の採用基準は, 原著論文または灰色論文であり, 高齢者を対象に歩行器歩行の自立または転倒リスクについて扱ったものとした。

【倫理的配慮】

文献の取り扱いは, 著作権を侵害しないよう配慮し原論文に忠実であることに努めた。

【結果】

データベース検索から 1043 件, ハンドサーチにより 2 件の文献が収集され, 最終的に採用された文献は 3 件だった。採用された文献は, 全て股関節骨折患者を対象としていた, 歩行補助具別の移動自立度と Berg Balance Scale(以下 BBS)の関連性を調査した研究では, 歩行車自立群のカットオフ値は 40 点(感度 0.66, 特異度 0.75)と示された。入院時の BBS から退院時の歩行自立度を予測した研究では, 歩行器自立のカットオフ値は 25 点(感度=0.53, 特異度=0.84), 歩行器監視レベルのカットオフ値は 19 点(感度=0.55, 特異度=0.78)と示された。歩行補助具の使用に関する BBS のカットオフ値と下位項目について調査した研究では, 歩行器群の BBS(平均値±標準偏差)は 42.0±7.0 点だった。

【考察】

今回, 歩行器歩行自立の基準値を検討するためスコーピングレビューを行ったが, 最終的に採用された文献は 3 件と少なかった。その背景には, 歩行器と杖を同一カテゴリーとして扱った報告が多く, 歩行器単独のデータが少なかったことが挙げられる。また, 対象が股関節骨折患者のみであり, 他の疾患では本研究の結果が適用できない可能性がある。さらに, 全て BBS に基づくデータのため, 心身機能や環境因子により BBS が測定できない場合も本研究の結果が適用できないといった課題が挙げられる。

【結論】

スコーピングレビューにより, 歩行器歩行自立の判断基準として股関節骨折患者における BBS のデータが抽出された。一方で, 現時点では歩行器単独のデータを扱った文献は少なく, 今後様々な疾患で BBS 以外の評価方法も取り入れた報告が増えていくことが望まれる。

C-07【学生発表】

背臥位での下肢筋力測定方法の検証

～徒手筋力検査法との比較に基づく有用性について～

○尾木 翔, 土井 大晟, 西川 凜, 吉田 知生, 今居 駿也,
宇於崎 孝

びわこリハビリテーション専門職大学
リハビリテーション学部 理学療法学科

キーワード: MMT, HHD, 膝関節伸展

【はじめに】

我々は第 39 回滋賀県理学療法学会にて、背臥位で股関節屈曲・伸展・外転・膝関節屈曲の筋力を測定し、徒手筋力検査法第 10 版で規定された肢位(MMT 肢位)と同程度の筋力を評価できることを確認した。しかし、膝関節伸展では MMT 肢位と比べ背臥位では筋力が発揮できなかった。そこで今回、新たに背臥位で規定した肢位にて膝関節伸展筋力を測定し、MMT 肢位と比較したので報告する。

【対象】

徒手筋力検査法第 10 版で規定された段階において MMT5 レベル有する健康成人 32 名(男性 26 名, 女性 6 名), 平均年齢 21.0 ± 1.0 歳, 平均身長が男性 170.9 ± 4.7 cm, 女性 156.7 ± 2.8 cm, 平均体重が男性 65.9 ± 14.1 kg, 女性 48.5 ± 4.6 kg とした。

【方法】

測定はハンドヘルドダイナモメーター(HHD: mobiZ 酒井医療)と固定用ベルトを使用し、膝関節伸展における MMT 肢位と背臥位で規定した 2 つの肢位(背臥位 1・2)において膝関節伸展の筋力測定を行った。背臥位 1 は、股関節および膝関節 90° 屈曲位を保持し膝関節伸展運動を行うものとした。背臥位 2 は、背臥位肢位 1 と同じ肢位で検者が大腿遠位部後面を支持した上で膝関節伸展運動を行うものとした。筋力測定から得られた数値からそれぞれの体重比を算出し、MMT 肢位と背臥位における筋力の値を比較した。統計学的分析は、正規性と等分散を確認した後、StatFlex を用いて二元配置分散分析にて列間変動を比較した。また、各肢位の水準間の事後検定に Turkey 法を用いた。

【倫理的配慮, 説明と同意】

本研究は、目的と個人情報の取り扱いについては、ヘルシンキ宣言に基づき十分に説明し同意を得た。びわこリハビリテーション専門職大学研究倫理審査委員会の承認を得た実施した(承認番号: BR24010)。

【結果】

膝関節伸展の MMT 肢位が $104.2 \pm 31.1\%$ 、背臥位 1 が $54.5 \pm 19.7\%$ 、背臥位 2 は $105.5 \pm 26.5\%$ であった。二元配置分散分析の結果、各肢位間の値に有意な差が認められた。また MMT 肢位に比して背臥位 1 では有意に低値を示した ($p < 0.01$)。また、背臥位 2 に比して背臥位 1 でも、有意に低値を示した ($p < 0.01$)。

しかし、MMT 肢位と背臥位 2 では有意差は認められなかった。

【考察】

背臥位 1 では大腿部が固定されず股関節の安定性が低下するのに対し、背臥位 2 では検者による大腿支持があることで、骨盤が後傾位で固定され股関節が安定する。これにより、膝関節伸筋の作用効率が向上し、MMT 肢位の膝関節伸展と差がなかったと考えられた。

C-08【学生発表】

大腿部へのフロッシングによる影響

～関節可動域・アジリティに着目して～

○田村 政翔, 飯田 七海, 忠谷 茉依, 野口 真一
びわこリハビリテーション専門職大学

リハビリテーション学部 理学療法学科

キーワード: フロッシング, 可動域, アジリティ

【はじめに・目的】

フロッシングは、天然ゴム製のバンドを巻いて関節運動を行うコンディショニングツールであり、可動域やパフォーマンスの改善、疼痛軽減の効果が報告されている (Stevenson et al., 2019; Kaneda et al., 2020)。また、2021 年までの研究において、44 のパフォーマンス測定値のうち 11 で向上が認められている (Andreas et al., 2021)。しかし、これらの指標はスプリントやジャンプなど単一の動作に限られており、スポーツ動作に必要なアジリティへの影響は検討されていない。本研究では、アジリティ動作に対するフロッシングの効果を検証することを目的とした。

【方法】

対象は健康な若年男女 29 名 (フロッシング群: 17 名 [男性 12 名, 女性 5 名], 運動のみ群: 12 名 [男性 7 名, 女性 5 名]) とした。実験手順は以下の通りである。

フロッシング群では、(1) 片脚伸展挙上 (SLR) 計測 (左右) (2) プロアジリティテスト (2 回実施) (3) 大腿部にフロッシング (左右順に) を施行し、(1)(2) の再計測を行った。運動のみ群では上記 (3) をフロッシングなしで実施し、その他の手順は同様とした。統計解析には各データの前後比較として対応のある t 検定を用いた。群間比較のため共分散分析 (ANCOVA) を用い、介入後の測定値を従属変数、介入前の値を共変量、介入条件を固定因子とした。有意水準は 5% とした (SPSS v.28.0 使用)。

【倫理的配慮】

本研究内容はヘルシンキ宣言を順守し対象者には数値の公表に関して個人情報の特定がなされないように配慮することで了承を得ており、個人情報の匿名化をして実施した。

【結果】

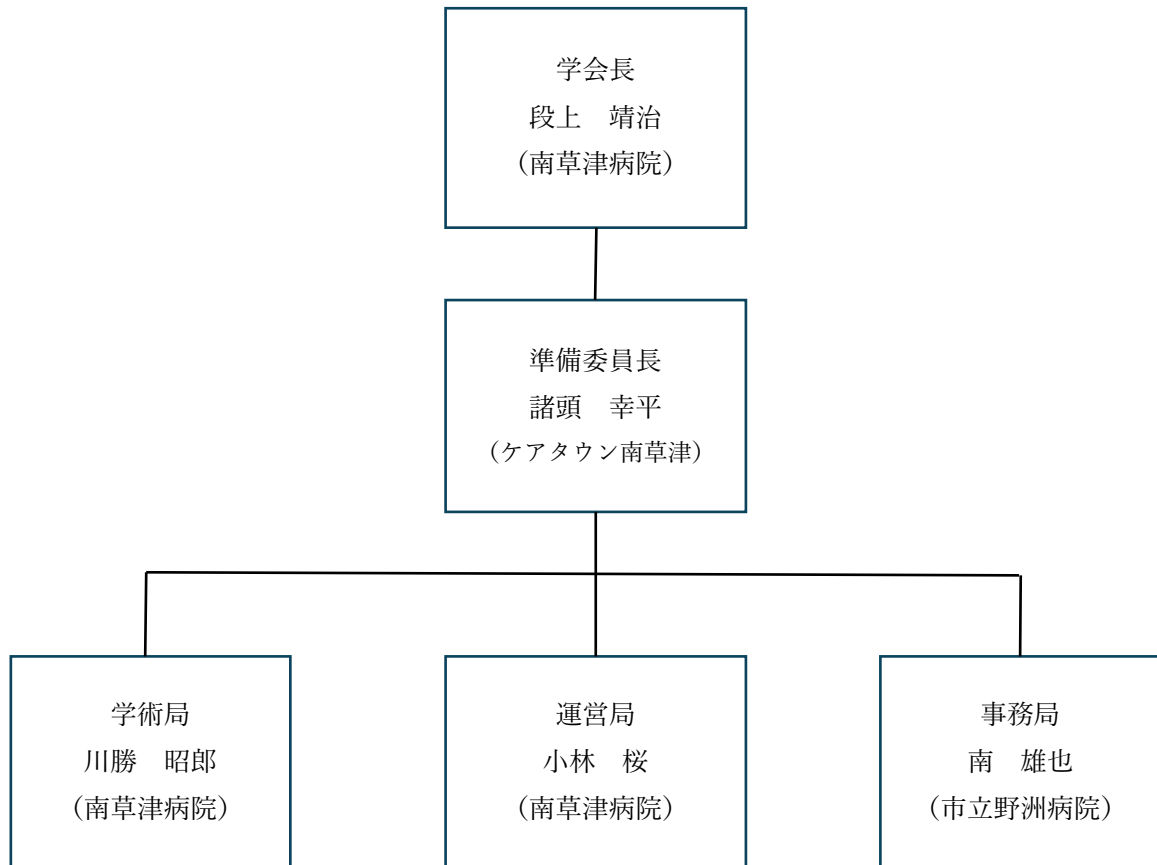
両群とも SLR の可動域が介入前後で有意に向上した ($p < 0.01$) が、プロアジリティテストのタイム短縮には両群とも有意な差は認められなかった。しかし、共分散分析により、右 SLR では運動のみ群、左 SLR およびプロアジリティテストではフロッシング群に他方の群と比較して有意な向上が認められた ($p < 0.01$)。

【考察】

フロッシング群は運動のみ群と比べ、左 SLR およびアジリティ動作の向上が認められた。この改善の要因として、筋膜の伸張性向上 (Starrett et al., 2013) や、疼痛閾値に関連する伸張耐性の増加 (Iwata et al., 2019) が考えられる。また、フロッシングによる圧縮が機械受容器を活性化し、感覚フィードバックを調節することで筋出力が向上した可能性がある (McNair et al., 1999)。

【結論】

運動前のフロッシングは、アジリティ動作を多く含む競技において、怪我の予防および身体能力の向上に有効である可能性が示唆された。





公益社団法人

滋賀県理学療法士会

Shiga Physical Therapy Association