第26回
岩手県理学療法学術大会

原点回帰

～本質を探る旅に出かけよう～

理学療法の原点に立ち返り、
解剖学的知見、臨床、教育、研究の視点から、
私たちの本質をあらためて見つめ直す。
日々の実践を問い直し、これからの理学療法を考える一日。

会期 令和8年6月21日（日）

会場 キオクシア アイーナ いわて県民情報交流センター
（7階アイーナホール 他）

開催形態 完全対面

主催 一般社団法人　岩手県理学療法士会

大会長 野中　一成（もりおか往診ホームケアクリニック）

準備委員長 菅原　優帆（北上済生会病院）

後援 岩手県
一般社団法人岩手県作業療法士会
一般社団法人岩手県言語聴覚士会

協力 CSI株式会社
KDDI株式会社
エムビージャパン株式会社



事務局 一般社団法人 岩手県理学療法士会
〒020-0032 岩手県盛岡市夕顔瀬町4-32 夕顔瀬スカイコーポラスB202
019-622-4041　019-601-3004
zimukyoku@iwate-pt.com

会長挨拶



「ご挨拶」

及　川　　龍　彦
一般社団法人岩手県理学療法士会　会長

この度，第 26 回岩手県理学療法学術大会がかくも盛大に開催できること，心より嬉しく思っております．

まずもって，本大会開催にご尽力を頂きました野中一成大会長（もりおか往診ホームケアクリニック），菅原優帆準備委員長（北上済生会病院）をはじめとする準備・運営スタッフの皆様に心より敬意を表しますとともに，感謝を申し上げます．

本大会は昨年に第 25 回を迎え，四半世紀という時の長さを改めて噛みしめたところでしたが，それからあっという間に 1 年を経過し，今度は第 50 回に向けた新たな一歩を踏み出したことを実感しているところです．少々古い言葉を使いますが「光陰矢の如し」と申します通り，月日が経つのはとても早く，いま一瞬一瞬を大切にしたいと思うところです．さて，本大会の歴史を紐解くと，第 1 回開催までの間には東北理学療法学術大会の前身といわれる三県（岩手・青森・秋田）合同研修会や症例検討会など，様々な開催形態や名称変更を経て現在に至っており，そのルーツは本会が創立された昭和 44 年にまで辿り着きます．言うまでもなく，本会の役割は県民に対する公益とともに本会会員の皆さんに対する教育と学術的資質向上の双璧となりますが，本学術大会は学術面における本会最大のイベントであり，その歴史に裏打ちされたものであることを会員の皆さんには是非知ってもらいたいところです．

さて，話を戻しますと今大会のテーマは「原点回帰～本質を探る旅に出かけよう～」であり，野中大会長らしいテーマだな，というのが率直な感想です．原点回帰という言葉はいかようにも受け止めることができ，例えば，自身が理学療法士を志したきっかけもそうですし，理学療法士が法的に認められた根拠となる「障碍がある者への治療」なども原点と捉えることができます．これらの事から野中大会長がどのような意図を持って，このテーマを設定したのかに興味を持ち趣意書を拝見しましたが，私が考えるよりも崇高な，そして幅広い見識で「原点回帰」を捉えられており，また本質的で，かつ浩大なテーマに対して果敢に挑戦されていることが分かります．不肖ではありますが，野中大会長は私と同世代であり，ともにこの業界の変遷を見てきた仲間でもあることから，原点という観点には「なるほど」と思ったところです．さらに今大会では大阪歯科大学解剖学講座の荒川高光先生のほか，本会元副会長であられる諸橋勇先生，元々は本会に所属し現在は登戸内科・脳神経クリニックで活躍されている三上恭平先生といっ

た岩手に縁の深い講師もお迎えしておりますし，演題発表は相当数，その他，野中大会長ならではのアイデアがふんだんに盛り込まれていると伺っています．必ずや盛り上がる大会となるものと期待しているところです．

特に近年は我々理学療法士の職域が予想以上に拡大し，時に自身の立ち位置を見失いがちになることもあります．本大会が我々は何者なのかを改めて見直す機会となり，大会後の我々の活動において常に足下を照らす灯りとなることを期待しています．学術的研鑽は我々の活動の根底をなすものであり，学術大会はその最前線で我々の研鑽を支えるものです．光陰矢の如し，「今」しかできない研鑽を「今」進めてゆきましょう．皆さんと多くの語らいができること，楽しみにしております．

大会長挨拶



「大会長挨拶」

野　中　　一　成
第 26 回岩手県理学療法学術大会　大会長

この度，キオクシアアイーナいわて県民情報交流センターを会場として，第 26 回岩手県理学療法学術大会を開催する運びとなりました．多くの会員の皆様のご理解とご協力のもと，本学術大会を開催できますことに心より感謝申し上げます．また，岩手県及び一般社団法人岩手県作業療法士会様，一般社団法人岩手県言語聴覚士会様からのご後援を賜りましたことについて，厚く御礼申し上げます．また，企業協力として CSI 株式会社様，KDDI 株式会社様，エムピージャパン株式会社様にもこの場をお借りして御礼申し上げます．

さて，本大会テーマは「原点回帰～本質を探る旅に出かけよう～」とさせていただきました．昨年の大会テーマである「理学療法士のアイデンティティ～複雑多様化の時代に改めて考える私たちの可能性～」ともつながるテーマですが，我々理学療法士を取り巻く環境は著しく変化しております．私が理学療法士免許を取得した時代と比べ，社会構造も含め会員の方々の置かれた立場も多様になってきていると感じます．みなさまもご存知の通り，現在厚生労働省内にリハビリテーション統括調整室設置という動きも活発化しております．その中で，我々理学療法士が社会にとってどういう存在であるか，その存在意義を確かなものにしていくためには知識や技術の発展，そして忘れてはならない対象となる方々へどういった支援が提供できるのかを考える必要があります．理学療法士として，ヒトとして，どうあるべきなのか，今一度，理学療法士を志したときの自身の想いを胸に原点に立ち返り，本質を探究する機会にしたいと願い大会テーマを考えました．

今回，この大会テーマに対しての三名の先生にご講演を依頼しました．より臨床思考を高めるために必要な解剖学的視点から，特別講演では，大阪歯科大学解剖学講座の荒川高光先生より「臨床を深化させる肉眼解剖学，なぜ今，詳細な最新知見が必要なのか？」と題しご講演いただきます．また，教育講演 I では登戸内科・脳神経クリニックの三上恭平先生からは「標準化と個別化のあいだで現象をどう「みる」か～パーキンソン病が教える人をみるリハビリテーション～」と題し，我々の臨床思考を深めるために必要な個別性，客観と主観の差異から病態背景をどう読み解くのか，臨床のヒントになる知見を多く得られることと思います．教育講演 II では諸橋勇先生より「臨床知が醸成されない現状への提言

～求められる理学療法士像とは～」と題し，本大会の総括として相応しく，臨床家としてより本質に迫る内容のご講演をいただきます．こちらは新人，中堅，ベテランと全ての領域で必ず役立つ内容と思っております．

第 2 会場では，併催企画として後期研修履修中の会員を主な対象とする「士会主催症例検討会」を開催されます．症例検討会は，私が考える臨床思考を高めていくためには必須と考えております．より多くのディスカッションの場となることを期待し，同じ臨床の悩みを相談できる仲間作りの場としていただければと思います．

今回，演題発表は 19 演題（口述 7 演題、ポスター12 演題）のご登録をいただきました．第 1 会場は口述発表，第 3 会場ではポスター発表を行います．整形疾患から中枢疾患，教育，多職種協働など，日々の臨床の参考となる発表が目白押しです．当日は会場の皆様で大いにディスカッションをしていただき，学術大会を盛り上げていただければ幸いです．

また，昨年度に引き続き，会員の皆様の生涯学習支援や日々の相談窓口として，メイン会場正面ホワイエに生涯学習課，広聴課のブースを設置します．生涯学習や県士会への相談等，どんなことでも構いませんのでご活用いただければと思います．

そして，今回は久しぶりの機器展示をホワイエにて開催いたします．今回，ご紹介するのは一つ目に歩行支援のパワードスーツ「Hyper shellX」という機器です．私も体験しましたが，こちらは最先端のセンサー技術とパワーアシスト機構を融合した次世代型外骨格デバイスとなります．装着者の動作をリアルタイムで検知し，両側に搭載されたモーターが即座に反応し，歩行などの動作に応じて最適なアシスト力を提供してくれます．臨床場面や介護予防など，生活の中で使いづけるための動きを作るために最適な機器と思います．二つ目は深層筋電図です．こちらはまだ未発売ですが，本学会が初お目見えになる機器です．特徴としましては骨盤底筋群や腹横筋などの体幹深層筋の活動を可視化できる筋電図となっております．こちらも効果判定など日々の臨床に応用できる非常に素晴らしい機器と思います．当日は是非とも体験していただければと思います．

結びに，本学術大会が全てのご参加のみなさまにとって意義のある機会となることを祈念してご挨拶といたします．

目　次

プログラム集（1～20 ページ）

・　岩手県理学療法士会会長挨拶 1

・　大会長挨拶. 3

・　会場周辺図 6

・　会場案内図 7

・　大会日程表 9

・　ご参加の皆様へ 10

・　演題発表要領 12

・　新生涯学習制度におけるポイント・点数取得 15

・　大会プログラム 16

・　併催企画プログラム. 20

抄録集（21～47 ページ）

・　特別講演 22

・　教育講演 1 24

・　教育講演 2 26

・　一般演題（口述・ポスター） 28

会場周辺図





いわて県民情報交流センター（アイーナ）

〒020-0045

岩手県盛岡市盛岡駅西通 1 丁目 7 番 1 号

Tel　019-606-1717

会場案内図

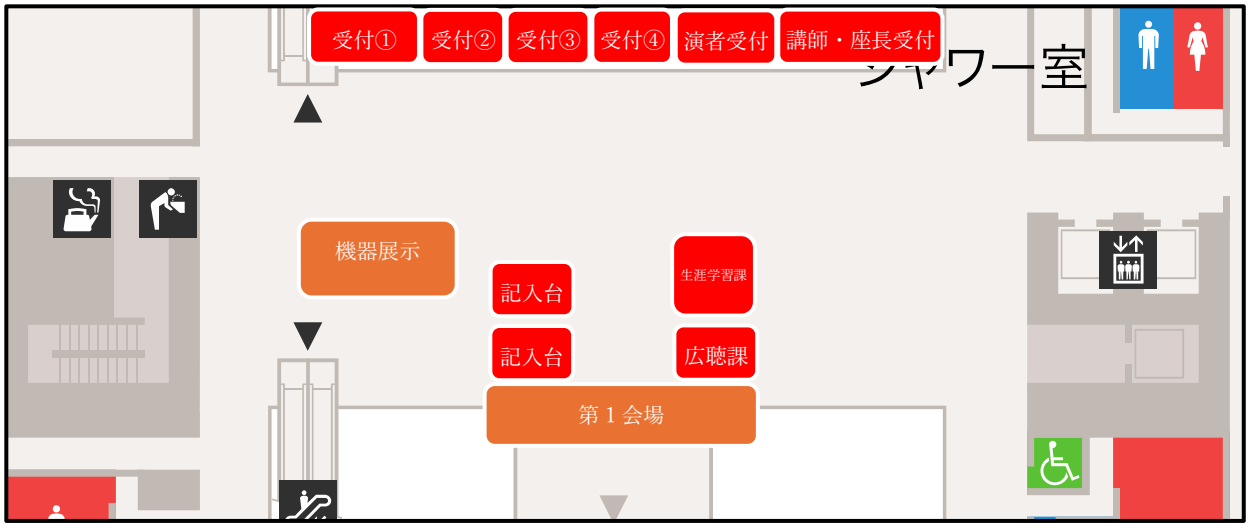
・受　　付　7F　アイーナホール入り口前ホワイエ（機器展示）

・第 1 会場　7F　アイーナホール　　・第 2 会場　8F　812 研修室

・第 3 会場　5F　展示室 3　　・フリースペース　（演目終了後の 812 研修室）

キオクシア アイーナ
いわて県民情報交流センター　【7F】





キオクシア アイーナ
いわて県民情報交流センター 【8F】



第２会場

（演目終了後はフリースペース）

キオクシア アイーナ
いわて県民情報交流センター 【5F】



第３会場

大会日程表

<table>
<tr><th></th><th>第1会場（アイーナホール）</th><th>第2会場（812研修室）</th><th>第3会場（5階 展示室3）</th></tr>
<tr><td>9:00</td><td colspan="3" rowspan="3">受付開始 9：00~</td></tr>
<tr><td>9:10</td></tr>
<tr><td>9:20</td></tr>
<tr><td>9:30</td><td rowspan="2">開会式 9:30～9:50</td><td rowspan="7"></td><td rowspan="7">ポスター貼付　9:00～11:00</td></tr>
<tr><td>9:40</td></tr>
<tr><td>9:50</td><td></td></tr>
<tr><td>10:00</td><td rowspan="6">特別講演
「臨床を深化させる肉眼解剖学：
なぜ今、詳細な最新知見が必要なのか？」
10:00～11:00
講師：荒川 高光 氏（大阪歯科大学）
司会：野中 一成 氏（もりおか往診ホームケアクリニック）</td></tr>
<tr><td>10:10</td></tr>
<tr><td>10:20</td></tr>
<tr><td>10:30</td></tr>
<tr><td>10:40</td></tr>
<tr><td>10:50</td></tr>
<tr><td>11:00</td><td>休憩</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>11:10</td><td rowspan="7">口述発表　O-１～7
11:10～12:20
座長：高橋 和大 氏（栃内第二病院）</td><td rowspan="5">岩手県理学療法士会主催 症例検討会

症例検討①～③
11:10～12:40</td><td rowspan="3">ポスター発表Ⅰ　P-１～6
ポスター発表Ⅱ　P-7～12
11:10～12:10
座長：佐々木 涼太 氏（南昌病院）
山口 裕美 氏（C-Cube）</td></tr>
<tr><td>11:20</td></tr>
<tr><td>11:30</td></tr>
<tr><td>11:40</td><td rowspan="14"></td></tr>
<tr><td>11:50</td></tr>
<tr><td>12:00</td></tr>
<tr><td>12:10</td></tr>
<tr><td>12:20</td><td rowspan="6">休憩（50分）</td></tr>
<tr><td>12:30</td></tr>
<tr><td>12:40</td><td rowspan="19">フリースペース</td></tr>
<tr><td>12:50</td></tr>
<tr><td>13:00</td></tr>
<tr><td>13:10</td><td rowspan="5">教育講演1
「標準化と個別化のあいだで現象をどう「みる」か
～パーキンソン病が教える人をみるリハビリテーション～」
13:10～14:10
講師：三上 恭平 氏（登戸内科・脳神経クリニック）
司会：中田 勇磨 氏（PEAK FORM）</td></tr>
<tr><td>13:20</td></tr>
<tr><td>13:30</td></tr>
<tr><td>13:40</td></tr>
<tr><td>13:50</td></tr>
<tr><td>14:00</td><td></td></tr>
<tr><td>14:10</td><td>休憩</td></tr>
<tr><td>14:20</td><td rowspan="8">岩手県理学療法士会社員総会
14:20～15:50</td></tr>
<tr><td>14:30</td></tr>
<tr><td>14:40</td></tr>
<tr><td>14:50</td></tr>
<tr><td>15:00</td></tr>
<tr><td>15:10</td></tr>
<tr><td>15:20</td></tr>
<tr><td>15:30</td></tr>
<tr><td>15:40</td></tr>
<tr><td>15:50</td><td>休憩</td><td rowspan="2">ポスター回収</td></tr>
<tr><td>16:00</td><td rowspan="6">教育講演2
「臨床知が醸成されない現状への提言
～求められる理学療法士像とは～」
16:00～17:00
講師：諸橋 勇 氏（よしだ整形外科クリニック）
司会：菅原 優帆 氏（北上済生会病院）</td></tr>
<tr><td>16:10</td></tr>
<tr><td>16:20</td></tr>
<tr><td>16:30</td></tr>
<tr><td>16:40</td></tr>
<tr><td>16:50</td></tr>
<tr><td>17:00</td><td>閉会式・次期大会長挨拶</td><td></td></tr>
</table>

ご参加の皆様へ

1．開催概要

- 開催日時：令和 8 年 6 月 21 日（日）
- 会　　場：いわて県民情報交流センター「アイーナ」
- 大 会 長：野中　一成（もりおか往診ホームケアクリニック）

2．参加費

岩手県理学療法士会員	無料
県外会員及び他職種	2,000 円
休会中の方・非会員（県内外とも）	12,000 円
学生	無料

- 参加受付の際に徴収いたします

3．参加受付

- 7F アイーナホール前ホワイエに受付がございます．受付開始は，当日 9 時から開始です．
- 受付方法は，「※JPTA アプリの使用」または「参加登録用紙へ必要事項の記入」の 2 種類となっております．
- 受付場所は，「受付①」，「受付②」，「受付③」，「受付④」の 4 箇所となっております．
- 参加受付を済まされた後，記入台にてネームカードにお名前と御所属をご記入の上，会場内ではネームホルダーの着用をお願いいたします．
- 演題発表者の方は，受付①～④を通らず,直接「演者受付」にお越しください．
- 講師，座長の先生方は，受付終了後にそれぞれの受付にもお立ち寄りください．

	・岩手県内の JPTA会員（事前参加登録済）	・岩手県内の JPTA会員（当日参加登録）	・JPTA非会員 ・他職種の方 ・学生の方	・岩手県外の JPTA会員
受付方法	JPTAアプリの使用	JPTAアプリの使用	参加登録用紙へ必要事項の記入	JPTAアプリの使用
受付場所	受付①	受付②	受付③	受付④

※JPTA アプリを使用した受付について

1）来場前に JPTA アプリのインストールをお願いいたします．

日本理学療法士協会 メンバーアプリ 無料

App Store からダウンロード　Google Play で手に入れよう

2）マイページにログインするときにログイン ID とパスワードが改めて必要になる場合がございます.

3）受付にて QR コードを提示いたしますので，JPTA アプリの『QR コード読み取り』をしてください（下図を参照）.



4．抄録集

- 冊子での無料配布は行いません．ご了承ください.
- 岩手県理学療法士会 HP「http://www.iwate-pt.com/」のページよりダウンロードが可能です.

5．その他

- **会期内に第 50 回定時社員総会が開催されますが，総会へのご出席がかなわない皆様におかれましては,議決権行使書もしくは委任状を必ず事前にご提出いただきますようお願い致します.**
  返信用封筒によるご提出の場合は,6 月 15 日（月）までに投函をお願い致します.
  FAX またはメールによるご提出の場合は,6 月 18 日（木）までに確実にご提出いただきますようお願い致します.
- **第 50 回定時社員総会は岩手県理学療法士会会員の方以外は原則入室禁止となっております（お子様を連れての入室も不可ですのでご承知おきください）.**
- 会場内にクロークはございません.
- 会場内では，携帯電話・スマートフォンの電源を切るかマナーモードへの設定をお願いいたします.
- 講演や演題発表中の撮影・録画・録音等は固くお断りいたします.
- 第 2 会場（812 研修室）は，演目終了後に「フリースペース」としてご使用いただけます．お子様連れの参加者の方や談話スペースとして，ご自由にお使いください（※汁もの以外の飲食可能です）.

演題発表要領

【口述発表について】

◯座長へのお願い

1．座長は 7F アイーナホール前ホワイエにて学会参加受付を済ませ，併せて「座長受付」にて受付を済ませてください．その後，**セッション開始 10 分前**までにアイーナホールにお越し下さい．
2．担当セッションの進行に関しては座長に一任いたします．予定時間内に終了するようご配慮ください．口述発表は 1 演題につき 10 分（発表 7 分・質疑 3 分）になります．

◯演者へのお願い

1．演者は 7F アイーナホール前ホワイエにて，通常受付を通らずに，**10 時 30 分**までに「演者受付」にて参加受付と発表データの提出をお願いします．その後，**セッション開始 10 分前**までに「次演者席」にお着きください．
2．スライドは，Microsoft PowerPoint で作成してください．今大会で使用するアプリケーションは Windows 版の Microsoft PowerPoint Office 2019 Home & business になります．画面レイアウトのずれや文字化けを防ぐため，下記フォントを推奨いたします．
　日本語：MS ゴシック，明朝
　英　語：Arial，Century
3．動画の使用は可能です．動画を使用する際は MP4 形式とし，PowerPoint に貼付をお願いいたします．当日は，受付の際に動作確認をしますが，万が一不具合が生じた場合に備えて，PowerPoint とは別に保存した動画ファイルの持参をお願いいたします．
4．発表スライドにはタイトルスライド，利益相反（COI）の申告スライドを含めて作成してください．
5．当日，スライドは USB 接続可能なメディアに発表データ（ある方は動画ファイル）のみを入れてお持ちください．光学ドライブメディア（CD，DVD，BD）やご自身の PC を使用した発表はできません．
6．発表データのファイル名は「演題番号_演者名.pptx」としてください．
（例）１－１_岩手太郎.pptx
7．持ち込むデータはウィルス感染を予防するため，必ず事前に最新のウィルス対策ソフトで持参されるメディアのチェックをお願いいたします．また，必ずバックアップデータをご持参ください．
8．データを作成した PC 以外で正常に作動するか，Windows 版の PC にて事前にご確認ください．特に Mac 版 Power point で作成したデータは互換性が損なわれる可能性があります．事前に Windows 版の PC にて文字のずれや動作確認を行なってください．

9．口述発表の時間は 1 演題 7 分です．時間の合図として 6 分経過しましたらベルを 1 回，7 分経過しましたら 2 回鳴らします．時間厳守にご協力ください．

１０．　パソコン操作は演者自身が行なってください．不都合な場合は運営スタッフが行いますのでお申し付けください．

１１．　お預かりした発表データは，会期終了後に責任をもってすべて消去いたします．

【ポスター発表について】

◯座長へのお願い

1．座長は 7F アイーナホール前ホワイエにて学会参加受付を済ませ，併せて「座長受付」にて受付を済ませてください．その後，**セッション開始１０分前**までにポスター会場へお越しください．

2．担当セッションの演者が待機しているか確認をお願いいたします．

3．開始時刻になりましたらアナウンス致しますので，担当セッションを開始してください．進行に関しては座長に一任いたしますので，予定時間内に終了するようご配慮ください．ポスター発表は 1 演題につき 10 分（発表 7 分・質疑 3 分）になります．

◯演者へのお願い

1．演者は 7F アイーナホール前ホワイエにて，通常受付を通らずに，「演者受付」にて参加受付を済ませてください．その後，**11 時 00 分**までにポスター会場にて，ポスターの貼付を行ってください．**セッション開始の 10 分前**までに各自のポスター前に待機してください．

2．座長進行のもと規定時間内で参加者との討論を行なってください．

3．下記の時間帯にポスターの貼付および撤去を各自で行なってください．

貼付　　9：00～11：00

撤去　　～17：00

4．ポスター掲示には，縦 210cm×横 90cm のスペースを用意いたします（掲示に必要な画鋲は大会事務局で用意いたします）．掲示は下部 30cm を除き，スペース縦 180cm×横 90cm の範囲とします．スペース左上に貼付する演題番号（20cm×20cm）は大会側で用意いたします．その右側に縦 20cm×横 70cm のサイズで，演題タイトル・演者名・所属を表記してください．

5．ポスターには利益相反（COI）に関する申告を含めてください．COI の記載があれば形式に指定はありません．

6．ポスターはあらかじめ指定された時間内に指定された場所（ご自身の演題番号のスペース内）に貼付し，発表後も指定された時間内に撤去必ずお持ち帰りください，なお，17：00 以降に残されたポスターは事務局にて撤去させていただきます．


90cm
演題番号
所属名
所属　氏名
20cm
20cm
70cm
180cm
発表内容を
貼付してください。
160cm

新生涯学習制度におけるポイント・点数取得

第 26 回岩手県理学療法学術大会では，「学会参加」として，以下 3 つの履修目的でのポイント取得が対象であり，事前・当日登録時に 1 つ選択していただきます．参加登録の検討にご活用ください．なお，事前参加登録時，または当日参加登録時に一度選択したものについては，変更できかねますので，ご確認の上，登録をお願いいたします．

- 登録理学療法士更新（区分 15 カリキュラムコード 172「キャリアデザイン」）7.5 ポイント
- 認定/専門理学療法士更新（学術大会）7.5 点
- 専門理学療法士新規取得（都道府県学会）

その他，教育講演や特別講演のポイント，カリキュラムコードについては，以下の通りです．

タイトル	カリキュラムコード	登録 PT 更新ポイント	認定/専門 PT 更新点数
学会参加	172　キャリアデザイン	7.5	7.5
特別講演	84　骨関節障害	1	1
教育講演 1	37　臨床問題解決のプロセス	1	1
教育講演 2	1　プロフェッショナリズム	1	1

※当日は，協会アプリを使用した QR コードによる受付を行います．事前にダウンロードをお願いいたします．

※前期研修・後期研修履修中の会員の皆様は，登録理学療法士更新を選択し，申し込みをお願いいたします．

※学会内で行われる新人期領域別症例検討会（後期研修履修対象）については，別途申し込みをお願いいたします．

【生涯学習制度に関するお問い合わせ先】

（所属・氏名）生涯学習制度推進課　小澤　斉

（勤　務　先）岩手県立中央病院　リハビリテーション技術科

大会プログラム

【第 1 会場：7F　アイーナホール】

9：30～9：50　開会式

開 会 宣 言	菅原　優帆	（第 26 回岩手県理学療法学術大会　準備委員長）
開 会 挨 拶	及川　龍彦	（一般社団法人岩手県理学療法士会　会長）
	野中　一成	（第 26 回岩手県理学療法学術大会　大会長）
来 賓 挨 拶	大久保　訓　様	（一般社団法人岩手県作業療法士会　会長）
	猪川　一裕　様	（一般社団法人岩手県言語聴覚士会　会長）

10：00～11：00　特別講演

「臨床を深化させる肉眼解剖学：なぜ今、詳細な最新知見が必要なのか？」

講師　　荒川　高光　氏（大阪歯科大学）

司会　　野中　一成　氏（もりおか往診ホームケアクリニック）

※特別講演にご参加の皆様へ

・　本講演は「登録理学療法士更新」「専門/認定ポイント更新」の他，生涯学習【後期研修】の履修対象となっております.

・　後期研修履修者で本講演聴講後，「後期研修 C-2 運動器系理学療法学④」「士会オリジナル運動器系理学療法」1 コマ履修となります.

・　事前の JPTA アプリのご準備と，自身の履修状況を確認の上ご参加ください.

13：10〜14：10　教育講演 1

「標準化と個別化のあいだで現象をどう「みる」か

〜パーキンソン病が教える人をみるリハビリテーション〜」

講師　　三上　恭平　氏（登戸内科・脳神経クリニック）

司会　　中田　勇磨　氏（PEAK FORM）

16：00〜17：00　教育講演 2

「臨床知が醸成されない現状への提言　　〜求められる理学療法士像とは〜」

講師　　諸橋　勇　氏（よしだ整形外科クリニック）

司会　　菅原　優帆　氏（北上済生会病院）

11：10〜12：20　口述発表

座長　　高橋　和大　氏（栃内第二病院）

O－1　「大腿骨近位部骨折術後患者におけるサルコペニア評価
-骨格筋量と筋力、身体機能の相関-」
盛岡市立病院　　田村　麻里子

O－2　「ASIA Impairment Scale (AIS) B 分類の脊髄損傷者における自立歩行獲得例：
AIS 改善を伴う回復過程の検討」
いわてリハビリテーションセンター　　江口　舞人

O－3　「対麻痺を呈した胸椎後縦靭帯骨化症術後患者に対して高負荷の
リハビリテーション治療を実施し独歩自立に至った症例」
医療法人友愛会　盛岡友愛病院　　千葉　郁乃

O－4　「姿勢・動作異常に着目した片麻痺患者の腰痛改善に対する一考察」
盛岡つなぎ温泉病院　　金澤　夢花

O－5　「重度の脳卒中片麻痺症例に対して複数の装具を作製した経験　-2 症例の検討-」
東八幡平病院　　齋藤　風汰

O－6　「姿勢制御戦略の再構築により、転倒リスクの軽減を認めた症例
～通所リハビリテーションにおける介入の一考察～」
介護老人保健施設　博愛荘　工藤　富靖

O－7　「橋出血によって意識障害を呈した患者に対して歩行が有効であった一症例」
岩手医科大学　鈴木　太陽

【第 3 会場：5 階　展示室 3】

11：10～12：10　ポスター発表 I

座長　佐々木　涼太　氏（南昌病院）

P－1　「学生の学習実感における小テストの有効性
～課題学習との比較およびテスト効果の観点から～」
国際医療福祉専門学校一関校　小原　拓也

P－2　「リハビリテーション部における「研究法」研修会企画に際してのアンケート調査」
岩手リハビリテーション学院　及川　真人

P－3　「本校理学療法学科における 1 年次および 2 年次の学業成績と評価実習成績の関連」
岩手リハビリテーション学院　菊池　賢汰

P－4　「カムチャッカ半島地震による津波警報時の行動の振り返り」
宮古・山田訪問看護ステーションゆずる　金澤　静絵

P－5　「言語聴覚士と連携し完全側臥位法による経口摂取を獲得した
重度嚥下障害を呈する一症例」
いわてリハビリテーションセンター　鈴木　希

P－6　「脳卒中片麻痺者における自己決定を加味した装具選定の有用性：症例報告」
東八幡平病院　三浦　優人

11：10〜12：10　ポスター発表Ⅱ

座長　　山口　裕美　氏（C-Cube）

P－7　「注意障害を呈した脳塞栓症患者に対して動作確立のため補填的治療介入を用いて
自宅退院に至った一症例」
盛岡つなぎ温泉病院　　松村　和奏

P－8　「脳梗塞後の注意・情動機能低下に対するロボティクスデバイスを使用した事例」
盛岡友愛病院　　藤田　康大

P－9　「回復期リハビリテーション病棟での取り組みにより在宅生活が可能となった
神経膠腫患者の症例報告」
いわてリハビリテーションセンター　　高山　僚平

P－10　「脳卒中患者における入院期間中の骨格筋量指数（SMI）変化率と歩行速度の関連」
荻野病院　　袖林　龍太郎

P－11　「右被殻出血症例に対する段階的装具戦略により裸足での独歩自立に至った一例」
東八幡平病院　　工藤　玲音

P－12　「成長期バスケットボール選手のオスグッド・シュラッター病に対する
負荷コントロールの再考‐週 2 日以上の休養と痛み基準による負荷調整が有効であった症例‐」
盛岡ふじさわ整形外科クリニック　　早坂　郷

併催企画プログラム

【第 2 会場：8 階　812 研修室】

11：10〜12：40　新人期領域別症例検討会

11：10〜　　開催挨拶　　藤井　祐輔（岩手県理学療法士会　学術・教育系事業部理事）

11：10〜11：40　症例検討①（神経領域）

座長　　川又　涼　氏（東八幡平病院）

「左視床出血により右片麻痺を呈した症例〜多疾患既存を有する症例への介入〜」

栃内第二病院　　藤田　智幸

11：40〜12：10　症例検討②（神経領域）

座長　　佐藤　直人　氏（つなぎ温泉病院）

「歩行練習の課題難易度調整に難渋した脳卒中片麻痺症例」

東八幡平病院　高橋　大翔

12：10〜12：40　症例検討③（神経領域）

座長　　分道　大樹　氏（訪問リハビリテーションこずかた）

「左橋梗塞により重度右片麻痺を呈した症例〜歩行獲得を目指し段階的に介入した一症例〜」

川久保病院　下窪　彩花

※併催企画参加時の皆様へ

・ 今回 JPTA アプリおよび日本理学療法士協会マイページでの事前申込は行わず，当日，会場において JPTA アプリを用いた QR コードの読み取りにて履修管理を行います．なお，症例検討については演題毎の読み取りとなりますのでご注意ください．

・　後期研修履修対象者の方は，以下のカリキュラムの履修が可能です．

「症例検討会」発表者→［ E - 1 神経系理学療法学 ］　1 コマ

「症例検討会」聴講者→［ E - 1 神経系理学療法学 ］　1/3 コマ（1 症例聴講につき）

・　事前の JPTA アプリのご準備と，自身の履修状況を確認の上ご参加ください．

・ 後期研修対象外の方への生涯学習ポイントの付与はございませんのでご了承ください．

抄　録　集

特別講演



「臨床を深化させる肉眼解剖学：なぜ今、詳細な最新知見が必要なのか？」

荒　川　　高　光
大阪歯科大学

【はじめに】

理学療法士にとって解剖学は、評価や介入の根幹をなす共通言語である。しかし、我々が対峙する生体の骨格筋は、教科書的な「起始・停止」に分断されてはいない。筋は骨に直接付着するのではなく、腱や靭帯といった密性結合組織を介して絡み合い、周囲と境界なく連続するシームレスな構造体を形成している。近年の画像診断技術は目覚ましいが、詳細な解剖学的情報に基づいて観察しなければ、この「連続性」という実相を見落とす危険性がある。本講演では膝・肩関節の最新知見を提示し、なぜ今、我々が虚心坦懐に構造を組織学レベルまで観察し、知見をアップデートし続ける必要があるのかを論じる。

【膝関節：結合組織のネットワークと臨床像の再考】

膝関節の屈曲拘縮を「ハムストリングスの短縮」と捉える向きは多い。しかし詳細に観察すると、膝関節包と関係するのは半膜様筋のみであり、半腱様筋は関節に関与せず、大腿二頭筋長頭は後方の大腿筋膜と連続する。半膜様筋の停止腱の一部は斜膝窩靭帯へ移行して後方関節包を形成し、ファベラ腓骨靭帯や腓腹筋外側頭の起始へと広範囲に連続する。また、大内転筋の停止腱が広筋内転筋間中隔を介して内側広筋の起始となる点や、主要な停止腱が内側側副靭帯・膝蓋支帯へ連続する所見も、力学的波及を考える上で極めて重要である。これらの知見は、拘縮や筋作用の正しい理解には、骨名称の丸暗記を超え、構造間の「つながり」を正確に把握する必要性を示している。

【肩関節：最新知見が解き明かす構造の実態】

近年着目される烏口上腕靭帯は、成書と臨床現場の認識で相違がある。靭帯という密性結合組織であっても、周囲の多様な組織と分離不能なほど連続し、疎性結合組織との境界も不明瞭だからである。実際、烏口上腕靭帯は、従来別物とされてきた肩峰下滑液包や棘下筋膜とも、密性から疎性へと状態を変えながら連続している。この実態を理解してエコー評価を行わなければ、滑走不全による疼痛や可動域制限の真の原因を突き止めることは困難である。最新の肉眼解剖学は、表面的な知

識では到達できない「臨床の深淵」へと我々を導く。

【おわりに】

臨床力を深化させるのは、固定観念にとらわれない観察眼である。解剖学は日々更新される生きた知見の宝庫である。肉眼と組織学レベルを結びつけた「リアルな構造」の理解こそが、介入に科学的な裏付けを与え、患者の機能回復を最大化させる唯一の道である。既存の教科書をなぞるだけの再学習や、指導者の経験則を後追いする表面的な理解では、真の臨床力は決して育たない。本講演が、参加者の皆様にとって「与えられた解剖学」から脱却し、自らの思考と手技で臨床を切り拓く強力な武器を獲得する一助となれば幸いである。

【経歴】

1994 年 名古屋大学医療技術短期大学部理学療法学科卒業

1994 年 ボバース記念病院にて臨床に従事（〜1999 年、理学療法士）

2006 年 神戸大学大学院医学系研究科博士課程修了、博士（医学）

2006 年 神戸大学医学部保健学科理学療法学専攻助手、助教、准教授を歴任

2011 年 カナダ・トロント大学解剖学講座へ派遣

2025 年 大阪歯科大学歯学部解剖学講座 特任教授（現職）

【受賞歴】

2007 年日本解剖学会奨励賞。共同演者の学会賞受賞は延べ 27 回。

【役員等】

日本解剖学会評議員、肉眼解剖学懇話会世話人、日本基礎理学療法学会評議員

【著書】

標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野　解剖学第 6 版（分担執筆：循環器系，局所解剖学と体表解剖学）

臨床直結！解剖学講義＆深掘りディスカッション 下肢編

教育講演 1



「標準化と個別化のあいだで現象をどう「みる」か

～パーキンソン病が教える人をみるリハビリテーション～」

三　上　　恭　平

登戸内科・脳神経クリニック

近年，我々理学療法士を取り巻く環境は，サイエンスの進歩や AI をはじめとするテクノロジーの発展により大きく変化している．例えば，私が理学療法士になった 20 年前であれば，一つのことを調べるのに多くの書籍を読み，多くの論文を調べ，時には研修会に参加し講師に質問したりして，ようやく求めていたことにたどり着いていたが，現在では，AI に質問し，関連論文の検索を依頼すれば，ものの１分で情報を得ることができる．このような時代の変化の中で，科学的根拠に基づく標準化された理学療法評価や介入に対する労力，時間的コストが大幅に軽減し，客観的な評価の確立，個人の経験や勘に頼らない介入の選択と効率化が可能になった．このことは，理学療法の質を底上げし，より多くの患者に一定水準以上の支援を届けられる可能性を高める上で有益である．

一方，一人ひとりの患者に固有の体験や行為に対する価値や意味付けは，標準化されるものではない．すなわち，その患者の行為，生活，取り巻く社会環境において必要となるアウトカムも患者ごとに異なっており，多様化が進む社会において我々理学療法士は個別化された評価と介入が求められている．したがって，私たちは容易に得られるようになった様々な情報を，理学療法を提供する際の絶対的な「答え」として受け取るのではなく，それを一つの手がかりとして，一人ひとりの患者の臨床現象を解釈し，患者とともにその患者にとって重要なアウトカムを共有しながら臨床思考を循環させていくことがこれまで以上に重要になっている．

このような個別化の重要性が特に顕著な疾患の一つとしてパーキンソン病が挙げられる．パーキンソン病の患者は，非常に多様な症状を呈し，現在においてもなお有効な治療がない Unmet needs と言われる症状が存在する．姿勢異常はその一つであり，患者の QOL に影響を及ぼす．しかし，姿勢異常に対する捉え方は，患者の主観と理学療法士の客観的評価とは大きく異なっており，このことが理学療法を実施していく上で障壁となることがある．すなわち客観的に観察可能な「悪い姿勢」の修正を促す理学療法だけでは不十分であり，患者自身による姿勢の認識や客観との差異についての自覚を促し，病態背景や姿勢と患者にとって意味のある行為との関係性を共有することも必要となる．

本講演では，パーキンソン病の臨床および感覚運動統合や身体認知に関する研究を手がかりに，答えのない問題に向き合いながら「人をみる」リハビリテーションをどのように展開し循環させていくかを

提示し，臨床思考の再構築について再考することを目的とする．

【経歴】

2006 年　岩手リハビリテーション学院専門学校卒業・盛岡友愛病院勤務

2012 年　登戸内科・脳神経クリニック勤務

現在　　医療法人社団神天会登戸内科・脳神経クリニック　リハビリテーション科科長

東京大学大学院　新領域創成科学研究科　博士後期課程

【所属団体】

2020 年 6 月～2021 年 4 月

Parkinson's Disease to the Development of World Health Organizations's (WHO) Package of Interventions for Rehabilitation (PIR). Member of the Development Group.

理学療法ガイドライン第 2 版　神経難病システマティックレヴュー班メンバー

【所属学会】

認知神経リハビリテーション学会　代議員　理事

日本理学療法学会　会員

日本神経理学療法学会　会員

教育講演 2



「臨床知が醸成されない現状への提言

～求められる理学療法士像とは～」

諸　橋　　勇
よしだ整形外科クリニック

「温故而知新、可以為師矣」（孔子）のこの言葉は、単なる懐古ではなく、「過去に学び直すことで新たな実践を切り拓く」姿勢を示している。では私たちは今、理学療法の原点に立ち返り、そこから新たな臨床を生み出しているだろうか。

エビデンスに基づく実践（EBP）の普及により、知識や技術の標準化は進んだ。しかし臨床現場では、「経験を積んでも深まらない」「対応が型にはまる」といった停滞感、閉塞感が広がっているように思える。評価も治療も「行っている」はずなのに、患者の変化に結びつかない。この違和感の正体は、知識と実践をつなぐ“臨床知”の欠落にあるのではないかと考えている。

臨床知とは、目の前の患者の語りや反応、生活背景を読み取り、その場で意味づけを行いながら判断と行動を編み出す力である。しかし現場では、効率性の優先、標準化の名のもとでの思考停止、マニュアル化した指導、そして省察の欠如が、その醸成を阻んでいる。その結果、「できているつもりの臨床」が繰り返され、疑問や問いのない実践が常態化している。

本講演では、熟練者と初学者の差異に関する知見を手がかりに、臨床知が立ち上がる構造を明らかにする。さらに、臨床知が育たない現状を個人の問題に還元せず、教育・組織・制度の問題として再定義する。その上で、「意味を問い直す臨床」「対話による学び」「省察の実装」という観点から、臨床知を再び育てるための具体的方略を提示する。

原点回帰とは、過去に戻ることではない。本質に立ち返り、そこから新たな実践を創り出す営みである。いま求められているのは、エビデンスのある方法や正解をなぞるだけの理学療法士ではなく、患者とともに揺らぎ、問い続ける結果を出せる実践者である。本講演が、野中大会長の意図する自らの臨床を根底から見つめ直す契機となることを期待する。

【自己紹介】
◇新潟県出身
◇職歴：国立療養所箱根病院、東北労災病院、東北大学病院附属鳴子分院、仙台整形外科病院、いわてリハビリテーションセンター、青森県立保健大学（キャリア開発センター長・理学療法学科教授）を経て、よしだ整形外科クリニック（現職）

◇学位：文学士（哲学　日本大学）
　　障害科学修士（東北大学）
◇認定資格：・専門理学療法士（神経）、認定理学療法士（脳卒中、管理・運営）
　　・介護支援専門員
　　・日本交流分析協会　交流分析士インストラクター
◇社会活動：・日本神経理学療法学会　理事歴任
　　・第 19 回日本神経理学療法学術大会大会長
　　・日本理学療法士協会　ガイドライン・用語策定委員会　副委員長歴任
　　（ガイドライン第 2 版出版）
　　・岩手県理学療法士会　理事、副会長、相談役、監事など歴任
　　・東日本復興ボランティア団体　ハロードリームいわて　代表歴任
　　・いわて運動療法研究会　代表歴任

◇著書等：「脳卒中理学療法の理論と技術」、「crosslink 理学療法学テキスト運動療法学」、「障害別運動学の基礎と臨床」、「運動学・神経学エビデンスと結ぶ脳卒中理学療法」、「PT スタートガイド基礎理学療法概論」など 20 冊
DVD　2 本
◇論文：理学療法学、理学療法、理学療法ジャーナルなど 30 編
◇講演：各士会(ここ 10 年)　東京　大阪　静岡　埼玉　高知　佐賀　宮城　群馬　北海道
　　岩手　秋田　青森　山形　他、各種職能団体、研究会への講演
◇表彰：日本理学療法士協会　協会賞　　東北ブロック協議会　功労賞
◇その他
これまでの臨床・教育経験をもとに、リハ職を対象とした Reha Third-space にてコーチング、メンタリング（オンライン）を臨床の off 時に個人の成長支援、キャリア支援を行っている。

＜Reha Third-space＞
https://sites.google.com/view/reha-thirdspace-coaching
https://note.com/moro

一般演題（口述・ポスター）

【口述発表】O-1

大腿骨近位部骨折術後患者におけるサルコペニア評価
－骨格筋量と筋力、身体機能の相関－

盛岡市立病院　田村麻里子

【Key words：大腿骨近位部骨折、サルコペニア、FLS】

【はじめに、目的】

大腿骨近位部骨折は日常生活動作（ADL）の低下や要介護状態への移行と関連し、さらに二次骨折のリスクが高い事が知られている。近年、二次骨折予防を目的とした骨折リエゾンサービス（FLS）の重要性が高まっており、当院においてもFLSを導入し、他職種連携による包括的管理を行なっている。その一環として療法士が骨格筋量（SMI）、握力、歩行速度、5回立ち上がりテストなどを用いたサルコペニア評価を実施している。サルコペニアは骨格筋量、握力、身体機能の低下を特徴とするが、これらの指標間には差異を認める場合がある。そこで本研究では、当院 FLS 対象の大腿骨近位部骨折術後患者における骨格筋量、筋力、身体機能の関係性について検討した。

【方法】

研究デザインは後ろ向きコホート研究とした。対象は2024年2月から2026年3月末までに当院に入院したFLS対象患者150名のうち、65歳以上でかつ必要な評価データが得られた38名（男性7名、女性31名、平均年齢81.0±7.5歳）とした。評価項目はSMI、握力、6m歩行速度（歩行速度m/秒）、5回立ち上がりテストとした。SMIはInbodyを用いてBIAで測定した。サルコペニアはAWGS2019基準により評価した。統計解析はSMIと握力、歩行速度、5回立ち上がりテストのそれぞれの相関関係をSpearmanの順位相関係数を用いて検討した。

【結果】

対象者におけるサルコペニア有病率は 71%、そのうち重症サルコペニア有病率は 53%であった。SMIと各評価項目との相関関係は、SMI と握力の間に正の相関を認めたが（$p<0.05$）、SMI と歩行速度、5回立ち上がりテストとの間には有意な相関を認めなかった。

【考察】

SMI と握力の相関に関しては先行研究と同様の結果となり、握力は筋機能を反映する指標となる可能性が示唆された。一方、AWGS2025 では身体機能が診断基準から除外され、身体機能はサルコペニアのアウトカムとして評価することが推奨されている。しかし、本研究では SMI と身体機能との間に相関を認めなかった。術後は炎症や不動に加え、神経筋機能の低下や筋内脂肪浸潤などの筋質変化が生じる事が報告されており、筋量と筋機能の乖離が生じた可能性がある。

【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。

【口述発表】O-2

ASIA Impairment Scale（AIS）B 分類の脊髄損傷者における自立歩行獲得例：AIS 改善を伴う回復過程の検討

江口舞人[1)2)]，関公輔[1)]，川畑智代[1)]，熊谷瑠里子[3)]

1）いわてリハビリテーションセンター　機能回復療法部
2）茨城県立医療大学大学院　保健医療科学研究科博士後期課程
3）いわてリハビリテーションセンター　診療部

【Key words：脊髄損傷，歩行，AIS】

【目的】脊髄損傷の歩行回復は ASIA Impairment Scale（AIS）分類と関連し，特に AIS A および B に分類される運動完全麻痺患者で歩行獲得率が低いことが知られている。しかし，AIS B から歩行獲得に至る回復過程を詳細に示した報告は限られている。そこで本症例では，AIS B から AIS C へ改善し歩行を獲得した症例の回復過程を報告する。

【患者情報】症例は 30 代男性。0 病日にバイク事故で受傷し，1 病日に腰椎後方固定および除圧を施行し，13 病日に当センター転院した。診断名は第 1 腰椎破裂骨折であり，対麻痺を呈していた。

【介入・経過】14 病日では Neurological Level of Injury（NLI）は Th12，AIS は B，下肢運動スコア（Lower Extremity Motor Score：LEMS）は 2（L2：1/1）であった。理学療法は移乗動作獲得を目的に介入した。38 病日には移乗動作が自立し，起立練習および両側長下肢装具を使用した立位・歩行練習へ移行した。歩行練習は平行棒内および免荷式歩行器から開始し，内側股継手付長下肢装具を使用した。40 病日では LEMS は 5（L2：1/1，L3：1/1，L4：1/0）となり，75 病日には AIS が C へと改善し，LEMS は 8（L2：1/1，L3：2/1，L4：1/1，S1：1/0）となった。95 病日には歩行器と両側長下肢装具を用いて自立歩行を獲得した。その後，機能改善に応じて長下肢装具の膝継手のロックを解除し，次いで短下肢装具へ移行した。また，LEMS は 105 病日で 12（L2：2/2，L3：2/2，L4：1/1，S1：1/1），140 病日で 18（L2：4/4，L3：2/2，L4：1/1，L5：1/1，S1：1/1），170 病日で 19　（L2：4/4，L3：3/2，L4：1/1，L5：1/1，S1：1/1）と改善した。

【結果】206 病日では歩行器と両側短下肢装具を用いることで自立歩行を獲得した。

【考察】AIS B 症例では一般に歩行獲得率は低いが，本症例では LEMS の改善に伴う運動機能の回復が歩行獲得に寄与したと考えられる。特に L3 領域の改善により膝伸展機能が回復し，歩行獲得に関与したと考えられる。以上より，AIS B 症例でも神経学的改善により歩行獲得は可能であり，AIS 分類のみでの予後判断には限界がある。

【倫理的配慮，説明と同意】本研究は，いわてリハビリテーションセンター倫理審査委員会の承認を受けた後，対象者に対して直接本発表の目的および内容を説明し同意を得た。

【口述発表】O-3

対麻痺を呈した胸椎後縦靭帯骨化症術後患者に対して高負荷のリハビリテーション治療を実施し独歩自立に至った症例

千葉郁乃　小川大輔　咲山直子

医療法人友愛会　盛岡友愛病院　リハビリテーション技術部

【Keywords：胸椎後縦靭帯骨化症、対麻痺、独歩獲得】

【目的】胸椎後縦靭帯骨化症は術前歩行不能例の約70%が自力歩行を獲得すると報告されているが,発症から手術までの期間が長いことや肥満は予後不良因子とされている.今回,発症から手術まで約 7 か月を要し,肥満を有した胸椎後縦靭帯骨化症術後患者に対し高負荷リハビリテーション(以下,リハ)を実施し,歩行不能から独歩自立まで改善したため報告する.なお,対象者に紙面にて同意を得たのち,当院倫理委員会の承認を得た.

【方法】40歳代女性で病前IADL自立していた.X年Y月より左下腿外側に異常感覚を自覚し徐々に進行,Y＋6月A病院にて胸椎後縦靭帯骨化症と診断を受け,Y＋7月Z日にB病院で後方除圧固定術施行し,Z＋26病日C病院へ転院した.初期診察(Z＋29病日):(以下R/L記載) 身長166cmで体重94.3kg,BMI34.2だった.大腿周径(15cm)は58.0/56.6cm,表在感覚と深部感覚は軽度～重度鈍麻だった.MMTは腹直筋 2,腸腰筋 2/3,大腿四頭筋 3/3,前脛骨筋 1/4,長趾伸筋 1/4,腓腹筋 2/3 と両側低下し,Easy Tech(膝関節伸展)44/79Nmだった.歩行評価は実施困難だった.治療方針:高強度筋力訓練を週3日以上,有酸素運動週7日以上,巧緻性訓練として歩行訓練等を実施した.

【経過】初期は筋力訓練と有酸素運動,2人介助での歩行器歩行を実施した.Z＋57病日には感覚障害改善がみられ,Z＋73病日に歩行器歩行自立した.Z＋97病日に杖歩行自立し,Z＋109病日に独歩自立となった.訓練期間中,一時的に意欲低下や訓練拒否がみられたが,運動の目的や回復過程を説明し理解を得ることで継続可能となった.

【結果】最終時(Z＋125病日)体重86.6kg,BMI31.4だった.大腿周径は61.5/61.0cm,表在感覚正常,深部感覚は軽度鈍麻まで改善し,MMTは右長趾伸筋のみ4他5だった.Easy Tech (膝関節伸展) 175/190Nmだった.10m歩行テストは普通速度9.03秒19歩,最大速度7.81秒17歩だった.

【考察】MVC70～85%以上の高強度筋力訓練は筋力向上に有効とされている.本症例は発症から手術までの期間が長く肥満を有する予後不良因子を有していたが,高負荷高頻度のリハを実施したことで,同年代女性と比較し平均以上の筋力向上が得られ,歩行自立に至ったと考えられる.

【口述発表】0-4

姿勢・動作異常に着目した片麻痺患者の腰痛改善に対する一考察

金澤夢花,安保希,佐藤直人,小笠原晴佳

特定医療法人　盛岡つなぎ温泉病院

【Keywords：片麻痺・腰痛・歩行】

【はじめに】脳卒中集団における腰痛の有病率が高いと報告されている.本症例も脳梗塞後に腰痛を発症し活動制限が生じたため,姿勢・動作異常に着目し介入した.結果,腰痛消失し自宅退院に至ったため報告する.

【倫理的配慮】本報告はヘルシンキ宣言に基づき本人とご家族に目的や概要を説明し書面にて同意を得ている.

【症例紹介・初期評価】70代女性.左橋底部梗塞による右片麻痺.Brunnstrom Recovery Stage(以下BRS)上肢Ⅱ手指Ⅱ下肢Ⅲ.歩行は多点杖軽介助.既往に腰痛なし.

【経過】46病日～病棟内多点杖歩行見守り,71病日～腰痛出現Numerical Rating Scale (以下NRS)3,83病日～病棟内T字杖歩行見守り,88病日～腰痛増大NRS7.活動制限が生じた.

【中間評価96病日～】BRS上肢Ⅲ手指Ⅲ下肢Ⅳ.臨床的体幹機能評価(以下FACT)12点.10m歩行速度(T字杖)1.00m/sec.立位はsway back姿勢.歩行は麻痺側立脚中期のトレンデレンブルグ徴候に伴い非麻痺側遊脚相で骨盤挙上を要した.更に麻痺側骨盤の側方偏位に伴い非麻痺側への重心移動を体幹側屈で代償していた.また,麻痺側立脚後期に体幹が右側へ前傾するため,正中位へ戻す代償動作が出現していた.その結果,非麻痺側初期接地～荷重応答期にかけて腰痛増強していた.

【治療方針】腰痛消失と日常生活動作能力の向上を目的に体幹深層筋の賦活,姿勢改善,歩行時の代償動作軽減を図る.

【最終評価159病日～】BRS上肢Ⅲ手指Ⅲ下肢Ⅳ.FACT14点.10m歩行速度(T字杖)1.14m/sec.立位のsway back姿勢軽減.歩行時の代償軽減に伴い腰痛消失した.

【考察】本症例は,片麻痺患者の特性である体幹深層筋の二次的な廃用性萎縮や,姿勢の非対称性,歩行時の代償の蓄積が腰痛発症の一要因であると考えた.介入の結果,姿勢改善及び歩行時の代償が軽減し腰部への機械的負荷が減少したことで腰痛消失に至ったと考えた.しかし,本症例の腰痛は二次的なものであり,予防可能であったと考える.脳卒中後は筋骨格系疼痛の発生頻度が高いとされており,腰痛に限らず様々な疼痛発生リスクを有している.したがって,歩行再獲得や活動量の拡大を図るだけでなく早期から姿勢・動作異常にも着目し,二次的合併症の予防を踏まえた介入が重要であると再認識した.

【口述発表】O-5

重度の脳卒中片麻痺症例に対して複数の装具を作製した経験　－２症例の検討-

齋藤　風汰[1)]

1)東八幡平病院　地域リハビリテーションセンター

【Keywords：装具選択,制度,歩行】

【はじめに】

重度片麻痺症例における装具療法では,病期や機能回復に応じた装具選択が重要になる.しかし臨床場面では不適切な装具使用から生じたトラブルも散見される.今回制度を活用し複数本の装具を作製した２症例を経験したため以下に報告する.

【症例 1】

当院入院 12 病日の右被殻出血の 60 歳代女性.入院時 Brunnstrom Recovery Stage（以下,BRS）左下肢Ⅱ,表在感覚軽度鈍麻,深部感覚重度鈍麻,Modified Ashworth Scale（以下,MAS）足関節背屈 2.Berg Balance Scale（以下,BBS）6 点,立位・歩行全介助であった.66 病日,長下肢装具（以下,KAFO）作製し 126 病日に短下肢装具（以下,AFO）にカットダウンを行った.その後 AFO 装着下の 4 点杖歩行自立し,201 病日退院となり,当院通所リハを利用した.退院後に本人の希望と二次障害を考慮し.身体障害者手帳交付後 433 病日にプラスチック AFO（以下,PAFO）を作製した.

【症例 2】

当院入院 14 病日の右内頚動脈閉塞の 60 歳代男性.入院時 BRS 左下肢Ⅱ.表在・深部感覚脱失,MAS 足関節背屈 2.BBS0 点,基本動作全介助であった.急性期にて KAFO 採型し,24 病日に当院で納品となった.86 病日にカットダウンしＴ字杖を使用した歩行練習を行った.医療保険にて 164 病日に PAFO を作製し,189 病日 PAFO 装着下の T 字杖歩行見守りで退院となった.

【考察】

症例 1 は AFO での歩行練習時より「軽い装具が欲しい」と希望が聞かれた.また、生活期では装具による二次障害も問題視されているため,身体障害者手帳で退院後に PAFO を作製した.その結果,二次障害は生じることなく,本人の希望に沿った装具が作製されたことで,もともとの趣味である旅行などの積極的な外出につながったと考える.症例 2 は入院時より筋緊張亢進傾向にあり,経過と共に装具の不一致を認め,異常歩行パターンの出現を認めた.そのため,医療保険で PAFO を再作製した.結果,装具適合性の改善と異常歩行パターンが軽減し,歩行獲得に至ったと考える.

【結論】

近年,装具療法はエビデンスに基づく介入として重要性が高まってきている.理学療法士は装具の知識を深め,病期や機能回復に応じた適切な装具選択をしていくことが重要になる.

【倫理的配慮,説明と同意】

本発表は対象者に十分な説明を行い,同意を得た上で実施した.

【口述発表】O-6

姿勢制御戦略の再構築により、転倒リスクの軽減を認めた症例
～通所リハビリテーションにおける介入の一考察～

工藤　富靖
介護老人保健施設　博愛荘

【Key words：姿勢制御, 腹内側系,姿勢制御戦略】

【はじめに】
本症例は在宅生活において移乗時の転倒を複数回認めた。そこで姿勢制御に関与する腹内側系の機能に着目して介入した結果、立位・移乗の安定性が向上し、転倒リスクの軽減につながったため報告する。
【症例紹介・初期評価】40 歳代男性。診断名：左被殻出血。失語症あり。BRS：右上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅳ。感覚検査：精査困難。FBS：21/56 点。TUG：実施不可。FIM：77/126 点。ROM 制限なし。下部体幹筋・麻痺側近位筋群に低緊張を認める。立位姿勢は非麻痺側に偏位し、麻痺側下肢での支持が得られず。移乗では、麻痺側下肢へ荷重するも十分な筋活動が得られず、麻痺側股・膝関節軽度屈曲位で非麻痺側下肢を振り出すため、努力的で不安定であった。
【問題点・治療方針】下部体幹筋・麻痺側近位筋群の低緊張により、立位・移乗において抗重力伸展活動の発現が不十分であったことから、姿勢制御に関与する腹内側系の機能低下が推察された。さらに、麻痺側下肢での荷重・支持に伴う感覚運動経験の乏しさにより、経過の中で非麻痺側優位の代償的な姿勢制御戦略が形成・固定化され、麻痺側下肢での支持が不十分なまま努力的に移乗することが、転倒につながる一因と考えた。そこで、腹内側系の賦活化を目的に、筋活動を発揮しやすい身体条件の調整および抗重力伸展活動の促通を行い、麻痺側下肢での感覚運動経験を積むことで適切な運動学習を促し、姿勢制御戦略の再構築を図った。
【最終評価】BRS、感覚検査、ROM に変化なし。FBS：36/56 点、TUG：39.31 秒、FIM：82/126 点。下部体幹筋・麻痺側近位筋群の低緊張改善を認める。立位姿勢の非対称性は軽減し、麻痺側下肢の支持性向上により立位は安定、移乗は手すり使用下で自立した。
【考察】本介入により下部体幹筋・麻痺側近位筋群の筋活動が高まり、姿勢筋緊張の調整が図られたことで抗重力伸展活動の発現が促進された。これに伴い立位・移乗時の姿勢安定性が向上し、麻痺側下肢での支持が得られやすくなったと考えられる。さらに、麻痺側下肢への荷重・支持に伴う感覚運動経験の積み重ねにより適切な運動学習が促進され、非麻痺側優位の姿勢制御戦略から、麻痺側下肢の支持を伴う機能的な姿勢制御戦略の再構築につながったと推察される。これらの変化により立位・移乗時の安定性が向上し、転倒リスクの軽減および ADL 向上に寄与したと考える。
【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に則り本人と家族に本発表の旨を説明し同意を得た。

【口述発表】0-7

橋出血によって意識障害を呈した患者に対して歩行が有効であった一症例

鈴木 太陽[1)]　藤井 祐輔[1)]　坪井 宏幸[1)]　米沢 勇悦[1)]
西山 一成[2)]　西村 行秀[2)]

1）岩手医科大学附属病院　リハビリテーション部
2）岩手医科大学　リハビリテーション医学講座

【Keywords：意識障害，リハビリテーション治療，歩行】

【目的】リハビリテーション治療の効果を発揮するためには，理論上，正しい方法と量でおこなうことが必須である．我々は常日頃からこの理論に基づき，リハビリテーション治療をおこなっている．意識障害のリハビリテーション治療は，感覚や運動などの刺激を多く与えることが重要であり，歩行は感覚，運動，抗重力の刺激を同時に与えることができる有効な手段と考える．今回，脚長差がある橋出血によって意識障害を呈した症例に対して，歩行が意識障害の改善に有効であったので報告する．

【方法】症例は 50 歳代の橋出血の男性である．発症当日，当院に救急搬送され保存療法が選択された．8 病日目に理学療法が処方された．理学療法開始時の Japan Coma Scale（JCS）は 30，Coma Recovery Scale-Revised(CRS-R)は 5 点であった．CRS-R では，痛覚刺激による開眼や，聴覚，視覚，痛覚刺激に対する驚愕反射，睫毛反射，逃避反射がみられた．従命動作は困難であり無反応覚醒症候群に該当した．小児期に右下腿短縮術を施行しており，5cm の脚長差を認めた．意識障害の治療をおこなうために脚長差を補正した両側支柱付き長下肢装具の作製を開始した．装具が完成するまでの期間は全介助下での動的スクワット運動，全身振動刺激装置を用いた静的スクワット運動，電動アシスト付きペダリング運動を実施した．17 病日目に装具が完成したため歩行を追加した．尚，本発表の旨を本人および家族に説明し同意を得た．

【結果】16 病日目まで JCS および CRS-R に著変はなかった．17 病日目の歩行中に定位反射および呼びかけに対する頷き，18 病日目の歩行中には注視がみられたため，歩行を積極的におこなった．30 病日目の JCS は 3，CRS-R は 13 点で質問への正確な応答および従命動作が可能であり，最小意識障害からの脱却に該当した．31 病日目に転院となった．

【考察】意識障害のリハビリテーション治療は可能な限り高強度・高頻度で刺激を与えることである．歩行は感覚，運動，抗重力の刺激を同時に与えることが可能である．また，両側支柱付き長下肢装具を用いることにより高頻度の歩行をおこなうことが可能となる．本症例も同様に，歩行開始前の治療よりも両側支柱付き長下肢装具を用いた歩行は高強度で高頻度の刺激を与えることができ，意識障害の改善が得られた可能性が高いと考える．

【ポスター発表Ⅰ】P-1

学生の学習実感における小テストの有効性
～課題学習との比較およびテスト効果の観点から～

小原　拓也

国際医療福祉専門学校一関校

【keywords：テスト効果,学習実感,授業設計】

【目的】効率的な授業設計のためには、学生自身がどのような学習方法を「効果的」と認識しているかを把握する必要がある。本研究では、課題学習と小テストにおける学習実感の差異を調査することを目的とした。

【対象】令和7年度2学年16名とした。

【方法】課題作成と小テストを比較し、どちらがより「知識が身に付く」と感じるかを調査した。

【結果】学習実感について「課題（1)」から小テスト（10)」の10段階で回答を得たところ、「小テストの方が身に付く（6以上)」と回答した学生が87.5%（14名）であり、「どちらともいえない（5)」が12.5%（2名)、「課題の方が身に付く（4以下)」は0%であった。

【考察】多くの学生が小テストに高い学習実感を抱いていることが明らかとなった。これは想起を繰り返すことで記憶が強化される「テスト効果」を学生が直感的に捉えている結果と考えられる。[1)]

一方で、学生の関心が「試験合格のための短期記憶」に留まっている懸念もある。先行研究では「望ましい困難」を伴う検索プロセスが定着に有効とされるが、今後は単なる知識の保持だけでなく、その知識を臨床でいかに「活用」するかを意識させる授業設計（アクティブ・ラーニング）の導入が課題である。

また、自由記述の結果、小テストは「学習の進捗確認（メタ認知)」や「対策を通じた自学の促進」に寄与していると捉えられていた。一方で、課題は「提出を目的とした作業化」に陥りやすい傾向が示唆された。しかしながら、小テストについても「点数を取るためのその場しのぎ学習」であるとの内省もあり、今後はテスト後の知識をいかに臨床的思考へ転換させるかが重要である。

【まとめ】学生は小テストを、メタ認知を促進しテスト効果を実感できる有効な手段として捉えていた。今後は、単なる知識保持に留まらず、臨床応用力を醸成するための出題形式の工夫や、フィードバックのあり方を検討していく必要がある。

そして、単なる知識の暗記に留まらず、得た知識を臨床推論へ繋げるための課題設定が今後の課題である。

【倫理的配慮、説明と同意】本報告について上長の許可を得た。対象者には本報告に対する概要を説明し同意を得た。

【参考文献】1）多鹿秀継：テストが学習材料の長期の記憶成績に及ぼす影響.神戸親和女子大学大学院研究紀要、2008；4：57-65.

【ポスター発表Ⅰ】P-2

リハビリテーション部における「研究法」研修会企画に際してのアンケート調査

及川　真人[1,2)]

岩手リハビリテーション学院[1)]
東八幡平病院　地域リハビリテーションセンター[2)]

【Key words:研究法　研修　アンケート調査】

【目的】医療を取り囲む情勢は常に変化しており、新たな治療技術の開発や社会情勢の変遷を視野に入れた自己研鑽や生涯学習が必要となっている。生涯学習の 1 つとして学術活動内の研究がある。臨床と研究は密接に関わっており、必要性は理解しているものの、気軽に開始できるものではない。今回、所属リハビリテーション部(以下,リハ部)における研究法研修会を企画するにあたり、アンケート調査を行ったので、以下に報告する。

【方法】対象はリハ部に所属する PT,OT,ST とした。アンケート調査期間は 2026 年 2 月から 3 月とした。質問は、ⅰ)学会発表経験の有無(Yes/No)、ⅱ)研究困難理由について最大 2 つ選択(知識不足、経験不足、支援不足、費用不足、仕組み不足、臨床業務両立)、ⅲ)学習希望内容について最大 3 つ選択(目的・意義、倫理、デザイン、計画書作成、文献検索、統計手法、抄録作成、資料作成、発表方法)、ⅳ)将来の発表希望(Yes/No)、ⅴ)論文作成希望(Yes/No)とした。各項目について集計を行い、傾向を確認した。なお、倫理的配慮として、ヘルシンキ宣言に則り、匿名化に配慮し、回答の自由意思を尊重した。

【結果】回収率は 98.3%であり、回答者は 57 名であった(平均年齢 29.1±7.5 歳、平均経験年数 6.8±7.5 年)。ⅰ)発表経験者は 31 名 (54.4%) であった。ⅱ)困難理由は知識不足が最も多く(45 票)、次いで業務両立(35 票)、経験不足(20 票)と続いた。ⅲ)学習希望内容は統計手法が最も多く(44 票)、次いでデザイン(29 票)、計画書作成(19 票)であった。ⅳ)将来の発表希望は 26 名(45.6%)であり、ⅴ)論文作成希望は 16 名(28.1%)であった。

【考察】リハ部において半数以上が学会発表を経験しており、学会発表を行う風土はある印象を受けた。一方、困難理由から臨床業務との両立について検討の必要があると考える。また、知識・経験不足も多く挙がっており、研修会の開催を通し、効率的な知識習得を促しながら経験値を重ねていく必要性があると考える。研修内容については、統計手法と研究デザインに関する希望が多く、可能な限り希望に沿う形で検討していきたい。将来的な発表等の希望は一定数以上存在しており、今後、希望者が臨床業務と両立しながら学術活動を継続する環境を整えていきたい。

【ポスター発表Ⅰ】P-3

本校理学療法学科における１年次および２年次の学業成績と評価実習成績の関連

菊池賢汰[1)]　及川龍彦[1)]

1）岩手リハビリテーション学院 理学療法学科

【Key words：理学療法教育、学業成績、評価実習】

【目的】本研究の目的は、岩手リハビリテーション学院（以下、本校）理学療法学科における 1 年次および 2 年次の学業成績と評価実習成績の関連を明らかにし、評価実習に向けた学内における教育内容を再考するための一助とすることである。

【方法】対象は、4 年制課程へ移行後に本校理学療法学科を卒業した学生 3 期 109 名である。本研究は後向き研究であり、分析には全ての成績を管理する専用システムに入力されたデータを用いた。採用した変数は 1 年次および 2 年次における基礎分野、専門基礎分野、専門分野、全科目の平均点に加えて、1 年次の臨地実習、2 年次の地域理学療法導入実習、3 年次の評価実習成績とした。統計解析は、はじめに評価実習成績が 80 点以上を高群、80 点未満を低群とした 2 群において、各学年の学業成績と実習成績を差の検定で比較した。次に、評価実習成績と各学年における学業成績の関連を確認するため、相関分析を適用した。最後に評価実習成績に影響する因子を確認するため、従属変数を評価実習成績、独立変数を各学年の学業成績とした BIC 基準による stepwise 重回帰分析を適用した。全ての解析には R.4.5.2（CRAN）を使用し、有意水準は 5%とした。

【結果】評価実習高群と低群を比較した結果、臨地実習、地域理学療法導入実習、2 年次基礎分野を除く全ての学業成績において、高群が低群に比べて有意に点数が高かった（$p<0.01$）。次に、評価実習成績と各学年における学業成績の相関を確認したところ、2 年次基礎分野を除く全ての学業成績と有意な相関を認めた（$p<0.05$）。最後に、評価実習成績に影響する因子について確認したところ、有意に影響する変数として 2 年次専門基礎分野が選択された（$p<0.01$）。標準回帰係数は 0.45 でかなり影響した。

【考察】本研究では、評価実習成績に影響する有意な変数として、2 年次専門基礎分野が選択された。当該分野は疾患学を扱う分野であり、評価実習で初めて実践する理学療法評価は疾患や病態の知識をもとに内容を検討する必要があることから、疾患学の知識が評価実習成績に影響すると考えた。

【まとめ】疾患や病態の知識は評価実習成績に影響する可能性があることから、より充実した評価実習を経験させるためには、学内教育で習熟度を高める必要があると考えた。

【倫理的配慮】本研究実施に際し、専用システムに入力されたデータを後方視的に調査することについて、所属長の許可を得た上で実施した。

【ポスター発表Ⅰ】P-4

カムチャッカ半島地震による津波警報時の行動の振り返り

金澤静絵，石田英恵

（一財）訪問リハビリテーション振興財団　宮古・山田訪問看護ステーションゆずる

【Keywords:訪問看護，災害時 BCP，避難行動】

【目的】日本は災害大国であり，地震や大雨，台風などの自然災害が多く，今後，南海トラフ地震や千島海溝周辺海溝型地震などが発生すると予想されている．昨年の宮古市は，津波警報や注意報，大雨や暴風による避難指示が複数回発令されるなど，災害対策が急務となっている．今回は，カムチャッカ半島地震による津波警報時のスタッフの行動を振り返り，今後の災害時の備えと課題検討につなげることを目的に報告する．尚，本発表は所属施設長の承認を得た．

【方法】当事業所スタッフを対象に，令和 7 年 7 月 30 日の津波警報発表時の行動を記録し，時系列に整理した．また，災害時における Business Continuity Planning（以下，BCP）のブラッシュアップに取り組んだ．

【結果】各スタッフの当日の行動において「判断に必要な知識・情報」「良かった点」「課題点」を整理し，「現事務所は，東日本大震災において被災しなかった場所であったため，津波浸水想定区域に入っている認識が曖昧だった」「避難所の雰囲気や携帯電話がつながりにくくなることがわかった」などの意見が上がった．また，今回の津波警報発表に伴い普段使用している道路が通行止めとなった経験を下に，迂回路を走行する機会を設けた．加えて，マニュアル内の「災害時のスタッフの動き方」を改訂し，より迅速に行動できるよう備えた．さらに，毎月発行している「ゆずる通信」を通し，災害に対する備えや防災意識を高める啓発を行った．また，今後に備え，利用者宅が津波および洪水の浸水想定区域に，土砂災害危険区域に想定されているか否か，避難行動要支援者名簿に登録しているか否かなどの情報を確認した．

【考察】訪問看護業務中に避難指示が発令された際，より安全な行動をとるために，平時より準備ができる情報整理を行い，スタッフの移動中，訪問先がどのような立地であるのか把握できる状態が望ましい．また，訪問看護ではスタッフが単独行動となり，現場判断となることが多いため，事前に話し合いを設け取り決めておくことが重要である．加えて，避難指示発令時，休日のスタッフも含めた全スタッフが，安否や所在などの情報を迅速に集約でき，複数のツールで情報共有する必要があると考える．

【まとめ】平時より災害に対する備えを行い，利用者および家族，スタッフの避難行動を安全かつ迅速に行えるよう災害時の BCP を見直しつつ取り組んでいきたい．

【ポスター発表Ⅰ】P-5

言語聴覚士と連携し完全側臥位法による経口摂取を獲得した重度嚥下障害を呈する一症例

鈴木希 1）渡邉充 1)菅原慎 2）佐藤英雄 1)佐藤義朝 3)

1）いわてリハビリテーションセンター機能回復療法部理学療法科
2）いわてリハビリテーションセンター機能回復療法部言語聴覚科
3）いわてリハビリテーションセンター診療部

【Keywords：嚥下障害，頸部機能，多職種連携】

【背景】Wallenberg 症候群は嚥下中枢の障害による球麻痺症状を呈し，長期的に患者の食事に多大な影響を及ぼす疾患である．嚥下障害の改善は頸部・体幹機能の向上を図ることが有効だと言われており，多職種による介入が必要である．
【目的】今回，脳卒中後の嚥下障害を呈する一症例を経験し，言語聴覚士と連携した介入を行った結果，嚥下機能の向上を認めたため報告する．
【方法と結果】対象は 69 歳男性．左延髄外側梗塞を発症し，急性期病院加療後，当センターへ転院となった．転院時，腹部や左股関節の低緊張による歩行時の動揺を認めており，病棟 ADL は車椅子レベルであった．嚥下機能は藤島らの摂食・嚥下能力のグレード 2 と重度で，食道入口部の開大不全と舌骨上筋群の筋力低下を著明に認めていた．言語聴覚療法にてバルーン訓練や舌骨上筋群の筋力トレーニングなどの間接訓練が開始され，その後，完全側臥位法での直接訓練が開始となった．嚥下機能の改善に向けて作業療法士や言語聴覚士と介入内容を検討し，理学療法では歩行能力の向上と応用動作の獲得と共に頸部の可動域や筋力の向上を中心に訓練を実施した．入院中，頸部痛と頸部の可動域制限が著明となり咽頭残留が増加する時期があったが，言語聴覚士との連携により，最終的に完全側臥位法での食事の自力摂取の獲得に至った．
【考察】嚥下能力の改善には頸部周囲の筋緊張改善，頸部可動域の確保，体幹機能の改善が必要とされている．また，嚥下運動時の喉頭挙上は，頸部・体幹筋の過活動により拮抗筋の舌骨下筋群による制限を受けやすいと言われている．今回，入院中に認めた頸部痛は頸部筋群による姿勢保持と努力的な舌骨周囲の自主訓練により生じたものと考えた．頭頸部の動きはバランスを制御し，重心位置が高位となるほどその意味合いが強まるとされており，体幹や股関節の機能低下を伴う本症例において姿勢調整の役割を担っていたことが推測される．また，嚥下障害患者に用いられる頭部挙上運動は対象筋である舌骨上・下筋群に先行して胸鎖乳突筋に筋疲労が起こるという報告がされている．自主訓練内で実施していた運動は頸部屈曲による代償を伴っており，その影響が示唆された．今回実施した頸部・体幹に対する介入は頸部の可動性や筋力を改善し，嚥下機能の向上に寄与したことが考えられる．本研究は嚥下障害に対する頸部・体幹への介入の重要性が示唆された．
【倫理的配慮，説明と同意】本研究は当センター倫理委員会の承諾を得て対象者に本研究の目的と方法を十分に説明し，同意を得た上で実施した．

【ポスター発表Ⅰ】P-6

脳卒中片麻痺者における自己決定を加味した装具選定の有用性：症例報告

三浦優人[1)]　川又涼[1,2)]　及川真人[1,3)]

1)東八幡平病院地域リハビリテーションセンター
2)青森県立保健大学　健康科学研究科
3)岩手リハビリテーション学院

【Key Words:自己決定,装具選定,価値観】

【はじめに】
近年,リハビリテーションにおいて患者の希望を考慮し共同で意思決定を行うことの重要性が支持されている.脳卒中片麻痺者に対する装具療法においても同様に重要であるが,医療者の意見に基づいて装具選定が行われ,患者の自己決定を正確に汲み取れていないことも少なくない.今回,装具療法において患者の希望や価値観を踏まえ自己決定を加味した装具選定を行った一症例を報告する.
【症例紹介】本症例は左放線冠梗塞を発症した 60 代女性.15 病日に当院へ入院.HOPE は「身の回りのことをやれるようになりたい」であった.15 病日,Brunnstrom Recovery Stage(以下,BRS)右下肢Ⅳ,Berg Balance Scale (以下,BBS) 43 点,裸足歩行では内反尖足による転倒リスクを認めた.
【経過】HOPE の達成に向けて面接を実施した.「まずは歩けるようになりたい」と希望が聞かれたため,病棟内歩行自立を目標とした.適応となる複数の治療用 AFO を提案し同意の上で試用し,各 AFO の長所・短所や転倒リスクを共有した上で,歩行速度や歩容の変化,本症例の装具の使用感や満足度を聴取した.適宜,評価に基づく科学的根拠に加え,自己決定を加味した装具選定を行い,56 病日,病棟内 T 字杖歩行自立(オルトップ LH)を達成した.目標達成後,裸足歩行では内反尖足が残存したため,リーストラップを試用し,歩行速度や歩容の改善による安全性の向上を認めたが,自己装着の難しさの訴えが聞かれた.さらに,本症例は歩行パフォーマンスよりも裸足歩行そのものの獲得を重要視している価値観が明らかとなった.これを踏まえ,病棟内裸足歩行自立を新たな目標として再設定し,介入は裸足歩行を中心とした部分練習や歩行練習へと変更した.
【結果】83 病日,本症例の希望かつ価値のある裸足歩行自立を達成した.BRS 右下肢Ⅵ,BBS52 点,歩行速度 0,88m/秒であった.
【考察】装具選定において自身の価値に基づく自己決定を加味することで,最終的に本症例にとって価値のある裸足歩行自立という目標達成に至ったと考えられた.脳卒中片麻痺者に対する装具療法において機能改善や安全性のみならず,患者の価値観を踏まえた意思決定が有用である可能性が示唆された.
【倫理的配慮】本症例の個人情報とプライバシーの保護に配慮し,十分な説明を行い口頭および書面で同意を得た.

【ポスター発表Ⅱ】P-7

注意障害を呈した脳塞栓症患者に対して
動作確立のため補填的治療介入を用いて自宅退院に至った一症例

松村 和奏　　熊谷 聡子　　佐々木 日奈姫　　松尾 ほのか

特定医療法人　盛岡つなぎ温泉病院

【Keywords:注意障害,起居移乗動作,補填的治療介入】

【はじめに】右前大脳動脈の閉塞により左片麻痺,注意障害を認め,起居・移乗動作に重度介助を要し,動作の定着が困難であったが,補填的治療介入を用いた動作や介助指導を実施し,自宅退院に至ったため以下に報告する.

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき本人・家族に目的や概要を説明し,書面にて同意を得た.

【症例紹介・初期評価】80 代女性.脳塞栓症.X 日眩暈,左下肢脱力を認め,X+16 日当院入院,理学療法開始.HOPE は歩いてトイレに行く.Brunnstrom Recovery Stage(以下,BRS)下肢Ⅱ,Trail Making Test(以下,TMT)A:85 秒,B:不可,起居:右上肢で柵を牽引し,On Elbow を試行するが困難.移乗:プッシャー様の抵抗あり 2 人介助.

【治療方針】抗重力筋活動・荷重感覚の向上により介助量軽減を図る.また,補填的治療介入として手順を絵や文字で示したもの(以下,手順書)を用いることで,動作方法の確立を図り,在宅生活に繋げる.

【経過】X+92 日:車椅子移乗軽介助,X+115 日:手順書導入,X+150 日:起居動作見守り,X+174 日:自宅退院

【最終評価】BRS 下肢Ⅱ,起居:右上肢で支持し,自力で可能.移乗:離殿・左下肢の方向・位置設定に介助.

【考察】坂爪らは補填的治療介入とは外的補助手段の導入により課題に手がかりを提供して注意障害の影響を補うこととしており,寺本らは補填的治療介入により複数のことに注意を向けるようになり,注意を必要に応じて転換できたと報告している.本症例は生活場面や TMT の結果から,選択・持続・転換の注意障害を認め,動作が定着せず介助に依存的であったため,外的補助手段として手順書を用い,注意が逸れる動作を細分化し気付きを与えた.結果として,起居動作は確立したが,移乗動作は手順書の提示・声掛けが必要な状態に留まった.要因として,移乗動作は手順が多く,注意障害を呈した本症例にとって難易度が高いと考えられた.そこで,環境の変化に伴う介助量の変化を軽減するため,介入場面や病棟生活で手順書を提示しながら移乗動作を実施した.また,家族へ手順書を用いて本人の動き方に合わせた介助方法を指導することで,自宅退院が可能となったと推察される.

【ポスター発表Ⅱ】P-8

脳梗塞後の注意・情動機能低下に対するロボティクスデバイスを使用した事例

藤田 康大　　小川 大輔

医療法人友愛会　盛岡友愛病院

【Keywords：脳梗塞,ロボティクスデバイス,視覚刺激】

【目的】脳梗塞により， 注意・情動機能低下を呈した患者では，定量的なリハビリ治療（以下：リハ治療）が困難な場合が多い.近年では運動療法とロボティクスデバイスの併用が推奨されており,A 病院では Tyromotion 社製 MYRO および Motek 社製 C-Mill を導入している. MYRO はタッチスクリーン型機器で認知機能や上肢機能の回復を目的とし,C-Mill は AR や視覚刺激を用いた歩行訓練を目的とするトレッドミル機器である.今回 MYRO および C-Mill を用いた介入事例を報告する. 対象者および家族に同意を得て倫理委員会の承認を得た.

【方法】90 歳代女性で病前 ADL 自立していた. X 日に多発性脳梗塞を発症し,保存的治療後 X+2 病日よりリハ治療を開始した.X+13 病日から回復期でのリハ治療を開始した.

初期評価（X+74 病日） GCS は E4V3M4,表情の変化が乏しく自発話がなかった.MMT は上下肢･体幹 3 以上であるが,基本動作は全介助だった(FIM26 点).

治療プラン 筋力増強訓練および有酸素運動,ADL 訓練に加えて,C-Mill を用いた歩行訓練,MYRO を用いた注意課題訓練を実施した.

経過 X+84 病日:動作時は集中困難だった.C-Mill を用いた歩行訓練は,振り出しが全介助だった.X+141 病日:MYRO を用いた注意課題訓練では,物の呼称が可能だった.X+144 病日： MYRO を用いた注意課題訓練の正答率が向上し,リハ治療後の自発話が増加した.X+159 病日:C-Mill を使用した歩行訓練において,下肢の振り出しが可能になった.リハ治療中も自発話が増加した.

【結果（X+178 病日）】GCS は E4V4M5,表情の変化があり,リハ治療時間外の自発話が増加した.MMT は上肢 5,体幹下肢 3 以上となり,基本動作および歩行は,部分介助だった(FIM32 点).

【考察】本症例における初期評価時の ADL 機能低下は,注意機能と情動の影響が大きいと考えた.MYRO および C-Mill による介入の結果,視覚情報への反応が向上し,発話増加や表情変化の改善を認めた.先行研究では,AR などのゲーム性訓練は意欲や認知機能の改善に寄与すると報告されている.そのため,通常の運動療法では不足する,視覚刺激を用いた運動を反復した事が認識や遂行， 注意機能の向上に寄与し,自発話や表情変化の増加につながったと考える.

【ポスター発表Ⅱ】P-9

回復期リハビリテーション病棟での取り組みにより在宅生活が可能となった神経膠腫患者の症例報告

高山僚平[1)]　関公輔[1)]　小野寺一也[1)]　阿部深雪[2)]　佐藤義朝[2)]

1)公益財団法人　いわてリハビリテーションセンター　機能回復療法部　理学療法科
2)公益財団法人　いわてリハビリテーションセンター　診療部

【Keywords:脳腫瘍　神経膠腫　回復期リハビリテーション病棟】

【目的】神経膠腫は悪性脳腫瘍の 1 つであり,腫瘍や脳浮腫によって頭蓋内圧亢進症状や局所症状(四肢の麻痺,感覚障害,視野障害,言語障害,認知機能障害等)を呈する場合がある。神経膠腫を発症し,放射線化学療法を継続している患者に,合併症管理や症状変化に留意してリハビリテーション（以下,リハビリ）を実施した。本報告の目的は,回復期リハビリテーション病棟(以下,回復期リハ病棟)での取り組みが,脳腫瘍患者の経過に与える影響を振り返り,その役割を考察することである。

【症例紹介】対象は神経膠腫(星細胞腫 gradeⅡ)を発症した 40 歳代男性。前医で放射線化学療法を実施し,次回の治療までの間に運動機能ならびに生活動作の維持向上を目的に当センターに入院した。入院時,左片麻痺を呈しており Brunnstrom stage(以下,Br.stage)上肢Ⅵ 手指Ⅴ 下肢Ⅳ,Mini-Mental State Examination(以下,MMSE):24 点,Functional Independence Measure(以下,FIM)運動 49 点　認知 30 点であった。基本動作は自立していたが,歩行時につまずきがあり,T 字杖を使用して見守りにて歩行を実施した。連続歩行距離は 50～60ｍであった。

【経過】在宅生活に移行することを目標に,持久力練習,歩行練習,段差昇降練習,日常生活活動(以下,ADL)練習,自主運動指導(下肢筋力トレーニング)を実施した。入院中に左上下肢随意性低下・自発性低下・注意障害を認め,症状変化に応じて負荷量を調整した。家屋調査とケア会議を実施し,ケアマネージャーや福祉用具業者,家族と自宅環境と退院後のサービスを調整した。家族指導では起居・移乗・トイレ介助・車椅子操作の介助方法,自宅で出来る基本動作練習,筋力トレーニングを指導した。入院から 34 日目で自宅退院となり退院時 Br.stage 上肢Ⅱ 手指Ⅱ 下肢Ⅱ,MMSE:23 点,FIM 運動 48 点　認知 29 点であった。基本動作は見守り～軽介助が必要であり,歩行はＴ字杖と短下肢装具を使用し、側方介助にて連続 20～30ｍ連続歩行が可能だった。

【考察】合併症や症状変化に留意してリハビリを実施することや,急性期治療では対応しにくい,退院後を見据えた自宅の環境調整,サービスの調整により,神経膠腫の治療を継続しながら在宅生活に移行することが出来た。神経膠腫患者の全身状態を維持し,在宅生活に繋げるために回復期リハ病棟での関わりが重要だと考える。

【倫理的配慮】本報告に際して,プライバシーへの配慮と個人情報の保護に留意し,本人・家族に口頭と書面による説明を行った。公益財団法人いわてリハビリテーションセンター倫理委員会より承認された。

【ポスター発表Ⅱ】P-10

脳卒中患者における入院期間中の骨格筋量指数（SMI）変化率と歩行速度の関連

袖林　龍太郎　　澤口　裕樹　　髙田　美沙希

荻野病院

【Keywords：骨格筋量指数（SMI），歩行速度，脳卒中】

【目的】脳卒中患者において骨格筋量は重要因子だが、片麻痺や高齢による脆弱性、全身持久力低下等の影響から、十分な負荷を伴う筋力トレーニングの実施が困難な症例は少なくない。そのため臨床現場では、目標動作を反復する課題指向型訓練が優先される傾向にある。一般的に筋力と歩行能力の関連は深いが、実際のリハビリ過程において、筋量の変化という『量的側面』の改善が、歩行向上にどの程度寄与するのか、その詳細は未だ明らかではない。本研究は、入院期間中の SMI 変化率と歩行速度変化率の関連を検討することを目的とした。

【方法】対象は 2021 年 4 月から 2025 年 3 月に入院した脳卒中患者 95 名とした。入退院時に BIA 法による SMI および 10m 最大歩行速度（以下，最大歩行速度）を測定した。浮腫の影響を排除するため、水分比 0.410 超の症例は除外した。統計解析は各指標の変化率におけるピアソンの相関係数の算出、および前後比較のための対応のある t 検定を用いた。当院院長の許可を得て、個人情報保護に配慮し実施した。

【結果】平均年齢は 74.8±12.0 歳であった。最大歩行速度（12.4±6.6 秒から 9.5±8.3 秒）および SMI（5.8±0.8 から 5.9±0.8kg/m2）は、共に入退院間で有意な改善を認めた（それぞれ $p < 0.001$, $p = 0.001$）。一方、SMI 変化率と最大歩行速度変化率との間には、有意な関連を認めなかった（$r = 0.17$, $p = 0.11$）。

【考察】本研究の結果、SMI と最大歩行速度はともに入院中に有意に改善したが、その変化率同士に有意な相関は認められなかった。要因として 3 点が考えられる。第一に、回復期では筋量という「量的側面」よりも、麻痺改善や随意性の向上といった「質的側面」の寄与が大きい可能性があること。第二に、歩行は倒立振子モデルに基づく効率的なエネルギー交換を利用した経済的運動であり、必ずしも強大な筋力を必要としないこと。第三に、今回は 10m 最大歩行速度を指標としたが、他の歩行能力の評価指標を用いた場合には異なる結果が得られた可能性があり、更なる検証が必要である。

【まとめ】脳卒中患者の歩行速度改善において、入院期間中の SMI 変化率は直接的な関連因子とはならなかった。今後は麻痺重症度等を含めた多角的な検証が必要である。

【ポスター発表Ⅱ】P-11

右被殻出血症例に対する段階的装具戦略により裸足での独歩自立に至った一例

工藤　玲音

一般社団法人　みちのく愛隣協会　東八幡平病院

【Key words：脳卒中,歩行,装具療法】

【はじめに】脳卒中の歩行再建において,下肢装具は立脚期の安定性確保や筋活動の促通に重要な役割を果たす.長下肢装具（以下,KAFO）は重度運動麻痺症例において推奨されるが,短下肢装具（以下,AFO）や装具なし歩行への移行判断に関しては,臨床で悩むことが多い.本症例は回復過程に応じた装具の選択および段階的移行を行った結果,独歩自立に至ったため報告する.

【症例情報】本症例は右被殻出血の診断を受けた 40 歳代男性であり,16 病日当院回復期病棟へ転院となった.入院時,Brunnstrom Recovery stage(以下,BRS):下肢Ⅲ,表在・深部感覚：重度鈍麻.Modified Ashworth Scale(以下,MAS):足関節背屈 1+であった.Berg Balance Scale(以下,BBS):6 点,基本動作は座位保持見守り,起居・移乗中等度介助,立位・歩行は膝折れを認め,全介助であった.

【介入と経過】19 病日より,筋活動賦活や姿勢制御の改善を目的に KAFO を用いて後方介助で 2 動作前型歩行練習を開始した.麻痺側下肢の支持性向上に伴い,平行棒歩行にて膝ロック解除下で,膝折れなく踵接地が可能となった.34 病日より,AFO に移行し,装具なし歩行も併用して実施した.経過に伴い,AFO 使用下で歩行安定性に改善を認めたが,装具なし歩行においては荷重応答期に Foot Slap を認めた.そこで,Gait Solution Design（以下,GSD）を使用し介入を進めた.52 病日より,裸足での独歩歩行においても Foot slap 軽減を認め,立脚期の安定性が向上した.

【帰結評価（85 病日)】BRS:下肢Ⅵ,表在・深部感覚:軽度鈍麻,MAS:足関節背屈 0,BBS:56 点,と改善を認め,基本動作は自立となった.歩行は最大速度 1.07m/ｓ,6MD:357ｍと歩行能力の向上を認め,院内独歩自立に至った.

【考察】長下肢装具の適応は運動麻痺の程度や下肢支持性,感覚障害など複数の要因を踏まえて判断されると報告がある.本症例は,KAFO を使用により,立脚期の安定性を確保し,難易度を調整した歩行練習を実施した結果,麻痺側下肢の支持性向上に寄与したと考えられる.また,装具なし歩行において Foot Slap を認めたことから,前脛骨筋の遠心性制御低下が示唆された.それに対し,GSD を用いた油圧設定を段階的に行い,課題難易度の調整や裸足歩行も併行したことで,足関節の協調的な再学習を図り,裸足での独歩自立へ至ったと考える.

【倫理的配慮】本発表は,本症例および御家族様に説明と同意を得て実施した.

【ポスター発表Ⅱ】P-12

成長期バスケットボール選手のオスグッド・シュラッター病に対する負荷コントロールの再考

―週２日以上の休養と痛み基準による負荷調整が有効であった症例―

早坂　郷

盛岡ふじさわ整形外科クリニック　リハビリテーション科

【Keywords：オスグッド・シュラッター病 , 痛み基準 , 負荷調整】

【目的】成長期スポーツ選手に生じるオスグッド・シュラッター病は，過負荷が主要な要因とされる。しかし，休養日数や負荷調整の基準は明確でなく，適切に行われない場合遷延化しやすい。そこで本症例では，週 2 日以上の休養と痛み基準による活動調整を指導し，家族を含めた包括的支援のもとで疼痛が改善傾向を示したため，その経過を報告する。

【方法】対象は，治療開始後 4 か月間疼痛改善が乏しかった中学生バスケットボール選手（女子 1 名）である。理学療法開始時に，週 2 日以上の休養と練習中の最大痛に基づいた練習内容の調整を指導した。調整基準は，Numerical Rating Scale（NRS）0～2 を通常練習許可，3～4 で高負荷動作の制限，5 以上で走跳動作を禁止とした。また，運動負荷管理表を作成し，練習内容をジャンプ・ダッシュ・1on1 の 3 項目に分類して主観的評価に基づきスコア化し，運動調整の指標として活用した。

【結果】開始時の最大 NRS は 7 であり，練習点数も高値で推移していた。痛み基準に沿って練習量と高負荷動作を調整した結果，1 週目で NRS 5，2 週目で NRS 3，3 週目には NRS 2 まで低下した。休養日は NRS 0～2 で安定し，翌日の疼痛増悪は認めなかった。練習点数は当初 5～9 であったが，活動調整により 4～5 の中等度負荷に抑えられ，疼痛の再増悪なく練習継続が可能であった。現在は股関節運動を中心とした動作安定化に向けた理学療法を継続している。

【考察】本症例では，痛み指標に基づく明確な活動基準と練習内容の可視化により，選手と家族が負荷量を把握しやすくなり，適切な休養と練習調整の実践が可能となった。近年の成長期スポーツ障害において推奨される pain monitoring による運動調整の概念と一致し，過負荷回避と安全な練習継続を両立できた点に意義がある。疼痛安定後は，膝前面への牽引ストレス軽減を目的に，股関節主導の着地動作獲得に向けた動作安定化トレーニングを継続しており，再発予防のための介入として重要と考える。

【まとめ】週 2 日以上の休養と痛み基準の活動調整を組み合わせた段階的介入は，成長期オスグッド・シュラッター病の疼痛軽減に有用であった。痛みを指標とした活動調整は，競技継続と治療の両立において実践的かつ有効な方法と考えられる。

【倫理的配慮】本発表に関して対象者本人・家族および院長に内容を説明し書面で同意を得た。

第 26 回岩手県理学療法学術大会
プログラム・抄録集

【編集責任者】
第 26 回岩手県理学療法学術大会
大会長　野中　一成

【準備委員会】
大　　会　　長：野　中　一　成（もりおか往診ホームケアクリニック）
準　備　委　員　長：菅　原　優　帆（北上済生会病院）
学　　術　　局　　長：中　田　勇　磨（PEAK FORM）
事　　務　　局　　長：菊　池　賢　汰（岩手リハビリテーション学院）
運　　営　　局　　長：澤　口　裕　樹（荻野病院）
学術教育系事業部：久　野　純　治（県立遠野病院）
学 術 大 会 支 援 課：小　林　和　浩（介護老人保健施設博愛荘）
生涯学習制度推進課：小　澤　　斉　（県立中央病院）
査 読 審 査 支 援 係：熊　谷　大　輔（介護老人保健施設敬愛荘）
学 術 大 会 支 援 係：佐　藤　佑　樹（北上済生会病院）
教 育 推 進 支 援 課：藤　岡　　求　（とちない脳神経外科クリニック）

【運営スタッフ】
阿部澄希・池田匠・及川絵巳里・小澤伽夜・小澤斉・小田島翔・小山田光志・川端きらら・川村心音・菊池董・菊池渉・君野綾子・桐山はる菜・小向邦明・斎藤唯衣・佐藤壱星・佐藤晋樹・佐藤拓郎・佐藤勇輝・袖林龍太郎・髙田美沙希・髙橋愛理・髙橋香純・髙橋良空・外浦義輝・根子友都瑠・畑中裕太・樋口永愛・府金快音・藤田瑛士・古舘芳・堀口怜音

【大会事務局】
〒020-0032　岩手県盛岡市夕顔瀬町 4-32 スカイコーポラス B202

【抄録編集】
第 26 回岩手県理学療法学術大会
準備委員長：菅　原　優　帆

（プログラム・抄録集 ver.2　2026 年 6 月 15 日現在）