

臨床・研究・教育 における

「真摯・自由・協同」と 知の創造

～リハビリテーション医学・医療の現在地～



2026.7.3 Fri — 7.4 Sat

大会長

丸山 孝樹

神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション部

会場

神戸大学医学部
神緑会館記念ホール

〒650-0017 兵庫県神戸市中央区楠町7丁目5-1



大会長挨拶

第48回国立大学リハビリテーション療法士学術大会を、2026年7月3日（金）・4日（土）の二日間、神戸大学医学部 神緑会館記念ホールにて開催できますことを大変嬉しく存じます。全国の国立大学病院で日々ご活躍されている療法士の皆さまを神戸にお迎えし、臨床・研究・教育の成果を共有できることは大会長として大きな喜びです。

神戸は古くから国際的な文化が行き交い、多様性と自由な発想を育む土壌を持つ街です。海と山が近接した風景、異国情緒あふれる街並み、有馬温泉、灘五郷の酒蔵、そして神戸牛や洋菓子をはじめとする豊かな食文化など、学術大会とともにリフレッシュしていただける魅力にあふれています。

本大会のテーマは「臨床・研究・教育における『真摯・自由・協同』と知の創造 ～リハビリテーション医学・医療の現在地～」といたしました。「真摯・自由・協同」と「知の創造」は神戸大学が開学以来大切にしてきた学風であり、患者さんに真摯に向き合い、自由な発想で学術を探求し、多職種協働の中で新たな知を創り出すというリハビリテーション医療の根幹をなす理念でもあります。

特別講演では、神戸大学大学院医学研究科リハビリテーション機能回復学 教授 酒井良忠先生にご講演いただきます。酒井先生はリハビリテーション機能回復学分野および神戸大学医学部附属病院リハビリテーション科の立ち上げに尽力され、急性期リハビリテーション、がんリハビリテーション、専門医育成、地域連携など幅広い領域で神戸大学のリハビリテーション医療を牽引してこられました。研究の面でも、がんや稀少疾患、小児疾患、リウマチ性疾患の臨床研究に加え、産学連携による新たな医療機器開発にも積極的に取り組まれ、リハビリテーション医療の未来を開く研究成果を国内外へ発信し続けておられます。本大会テーマとも深く響き合うご講演となることでしょう。

教育講演では、神戸大学大学院医学研究科 災害・救急医学分野 特命助教 中西信人先生に急性期医療・集中治療におけるリハビリテーションと栄養療法をテーマにお話しいただきます。急性期の治療戦略が変化するなかで、大学病院における急性期リハビリテーションの今後について議論を深められる貴重な機会となるはずです。また、大阪保健医療大学 保健医療学部 准教授 小川真人先生には、急性期心疾患患者の運動療法研究を専門とする立場から、心疾患急性期における運動療法の新しい可能性についてご講演いただきます。

さらに本大会では、特別演題「わが大学病院自慢セッション」を新たに設けました。各大学病院が有する特色ある取り組みを紹介し合うことで、相互に学び、刺激し合い、大学病院リハビリテーションの未来像を具体的に描く場としたいと考えております。

一般演題でも、全国の療法士の皆さまが日々の臨床から生まれた疑問や工夫を共有し、活発で建設的な議論が生まれることを期待しています。本大会は研究初心者の方でも安心して発表できる温かい雰囲気になっており、新たな知の創造の源泉となる場です。

神戸の地で、多様な背景と経験を持つ皆さまが集い、「真摯・自由・協同」の精神のもと、新しい知が交差し芽生える二日間となることを心より願っております。実りある学術大会となりますよ

う、神戸大学医学部附属病院リハビリテーション部一同、誠心誠意準備を進めております。2026年の盛夏、神戸で皆さまにお会いできますことを心より楽しみにしております。

第48回国立大学リハビリテーション療法士学会 大会長
神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション部
丸山 孝樹



会場アクセス

会場：

神戸大学医学部 神緑会館記念ホール

〒650-0017 兵庫県神戸市中央区楠町7丁目5

アクセス：

【電車をご利用の方】

神戸高速鉄道「高速神戸」駅下車 徒歩約15分

神戸市営地下鉄「大倉山」駅下車 徒歩約7分

【バスをご利用の方】

JR神戸駅前より神戸市バス9系統、110系統もしくは112系統に乗車

「大学病院前」バス停下車 約5分

【飛行機をご利用の方：神戸空港から会場】

・ポートライナー「神戸空港」→「三宮」：約18分

・神戸市営地下鉄西神・山手線「三宮」→「大倉山」：約3分（2駅）

・「大倉山」駅より徒歩：約7分

【新幹線をご利用の方：新神戸駅から会場】

・地下鉄西神・山手線「新神戸」→「大倉山」：約3分（2駅）

・「大倉山」駅より徒歩：約7分



座長・演者へのご案内

<座長の先生へ>

- ・ 一般演題と特別演題の発表時間は各 10 分（発表 7 分、質疑応答 3 分）とします。
- ・ ご担当いただくセッションの開始時刻 10 分前までに、会場内の次座長席にお越しくください。
- ・ セッションの進行は座長に一任しますので、活発な討議とスムーズな進行・時間厳守にご協力をお願いいたします。

<演者の先生へ>

1. 発表について

- ・ 一般演題と特別演題の発表時間は各 10 分（発表 7 分、質疑応答 3 分）とします。
- ・ 発表時は座長の指示に従い、発表時間を厳守してください。
- ・ 発表セッションの開始時刻 10 分前までに、発表会場の次演者席にお越しくください。
- ・ 発表中の PC 操作はご自身でお願いいたします。
- ・ 発表者ツールは使用できません。

2. 発表スライドの作成要項

- ・ スライドデータは Power Point 形式（.pptx , .ppt）で作成してください。
- ・ Power Point はできる限り最新のバージョンを使用してください。
- ・ スライドサイズはワイド画面（16:9）で作成してください。
- ・ スライドのアニメーションは、動作が不安定になる可能性がありますので、できる限り避けてください。
- ・ フォントは Windows OS に搭載されている標準フォントのみ使用可能です。
推奨フォントは、MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝、メイリオ、Meiryo UI、游ゴシック、游明朝、Arial、Century、Times New Roman です。
- ・ 発表用パソコン環境は、OS: Windows 11、PowerPoint: Microsoft 365 です。
- ・ スライドデータを作成した PC 以外でも正常に作動するか、事前にご確認をお願いいたします。（Mac 版 PowerPoint で作成したデータは互換性が損なわれる場合があります。事前に Windows 版 PowerPoint にて文字のずれや動作確認等をおこなってください。）
- ・ ファイル名は「プログラム番号_演者名」としてください。

例：一般①-1_神戸太郎.pptx

特別 2_神戸花子.pptx

*発表スライド中に動画または音声がある場合は、ファイル名の後ろに「動画あり音声あり」「動画あり音声なし」「動画なし音声あり」と追記をお願いします。

例：動画あり音声なしの場合：一般①-1_神戸太郎_動画あり.pptx

動画あり音声ありの場合：特別 2_神戸花子_動画あり音声あり.pptx

3. 利益相反（COI）開示のご案内

- ・ 本学術大会の演題発表に際し、筆頭演者および全ての共同演者の利益相反（COI）状態の開示をお願いいたします。
- ・ 第48回国立大学リハビリテーション療法士学術大会のHP（「演題登録」の項目）からCOIスライドの様式をダウンロードいただき、発表スライド2枚目（タイトルスライドの次）に情報の開示をお願いいたします。

4. 発表スライドの事前提出について

- ・ 本学術大会では発表スライドをメールにて事前に提出していただきます。
- ・ お預かりしたデータは、会期終了後に事務局ですべて消去いたします。
- ・ 提出前にウイルスチェックを必ず行ってください。
- ・ 提出締切：2026年6月26日（金曜日）17時
- ・ 提出先：第48回国立大学リハビリテーション療法士学術大会事務局
件名を「第48回国立大学リハビリテーション療法士学術大会スライド」とし、本文にプログラム番号、演者名を記載して以下の宛先にご送信ください。
宛先：kokudai.reha2026@gmail.com
- * 提出締切までの期間内であれば修正可能です。件名を「発表スライド修正」とし、本文に演題番号、演者名を記載して再送信してください。
- * 円滑な学会運営の都合上、締切日以降の訂正等は一切受付いたしません。
- ・ 容量が10MBを超える場合は、大容量ファイル送信サービスをご利用ください。
データ便：<https://datadeliver.net/>
ギガファイル便：<https://gigafile.nu/>

5. 学術誌への論文投稿について

- ・ 学術誌への論文投稿は任意となりますが、基本的には発表演題については学術誌への投稿をお願いいたします。ただし諸事情により投稿できない場合はその限りではありません。

参加者へのご案内

1. 参加費

- ・ 学会参加費は会員 3,000 円、非会員 4,000 円、意見交換会の会費は 6,000 円です。
- ・ 参加登録時にご入力いただいたメールアドレスへ、振込先を記載したメールをお送りいたしますので、事前のお振込をお願いいたします。

2. 抄録集について

- ・ 本学会では冊子による抄録集の事前配布や会場での配布・販売は行いません。事前に抄録集が必要な方は学会 HP より PDF ファイルをダウンロードしてご利用ください。

3. 会場について

1) ネームカードの携帯

ネームカードは当日受付にて配布予定です。会場内ではネームホルダーを首から下げ、名前を確認できるようにしてください。

2) 会場内でのカメラ・ビデオ撮影・録音について

会場内でのカメラ・ビデオ撮影(カメラ付き携帯電話を含む)・録音などは講演者や、演者の著作権保護や対象者のプライバシー保護のため禁止させていただきます。

3) 会場内での呼び出しについて

会場内での呼び出しはできません。予めご了承ください。

4) 携帯電話の使用について

会場内では携帯電話の電源をお切りいただくか、マナーモードを設定してください。

5) 喫煙について

会場内および病院敷地内は全面禁煙となっておりますので予めご了承ください。

6) その他サービスについて

本学術大会では宿泊先の斡旋、紹介は行なっておりません。各自でのご準備をお願いいたします。また、託児室の準備もございませんので予めご了承ください。

7) 学術大会参加費、意見交換会会費の返金について

ご入金いただいた参加費・会費につきましては、理由の如何にかかわらず返金は致しかねますので、予めご了承ください。

ランチョンセミナーのご案内

ランチョンセミナーは事前申し込み制になります。

参加を希望される方は、大会事務局よりお送りしている案内メールの申込みフォームからお申込みください。

案内メールが届いてない方は、お手数ですが大会事務局までご連絡ください。

申込締切：2026年6月18日（木曜）

大会事務局の連絡先：kokudai.reha2026@gmail.com

機器展示・書籍展示のご案内

日時：7/3（金）12：00～18：00

7/4（土）9：00～15：00

会場：神戸大学医学部 神緑会館記念ホール

出展：株式会社インボディ・ジャパン

タック株式会社

インターリハ株式会社

株式会社神陵文庫

プログラム

1 日目：2026 年 7 月 3 日（金曜日）

12:30 ～ 開場・受付開始

13:00 ～ 13:50 第 52 回国立大学リハビリテーション療法士協議会 総会

14:00 ～ 14:10 開会式（大会長挨拶・病院長挨拶）

第 48 回学術大会大会長 丸山 孝樹 先生

神戸大学医学部附属病院長 黒田 良祐 先生

14:10 ～ 15:10 特別講演

座長：神戸大学医学部附属病院 丸山 孝樹 先生

「がんリハビリテーション診療とがんロコモ」

神戸大学医学部附属病院リハビリテーション科 教授

酒井 良忠 先生

15:10 ～ 15:30 休憩

○機器展示

○フリードリンク

15:30 ～ 16:30 一般演題①（理学療法）

座長：金沢大学 櫻井 吾郎 先生

1. 肺高血圧症患者における Asian Working Group of Sarcopenia 2025 に基づくサルコペニアと 6 分間歩行距離の関連性の検討

北海道大学 松本 幸大

2. 人工股関節全置換術後もロコモ度が改善しない重度ロコモティブシンドローム患者の特徴

金沢大学 小川 遼平

3. 30 年間続いた膝関節痛患者の語りにもみる目標の本質の文化的・時間的構造

～複線径路等至性モデルと発生の三層モデルを用いた分析～

島根大学 野口 瑛一

4. 虚弱リスクが高齢心臓弁膜症患者の開胸術後転帰に及ぼす影響：過去起点コホート研究

三重大学 亀田 一成

5. 食道がん切除術後の予後予測における AWGS2019 と AWGS2025 サルコペニア基準の比較検討

徳島大学 近藤 心

6. 膠原病性間質性肺炎における脳死肺移植患者の移動能力改善過程

—特発性間質性肺炎患者との比較—

東京大学 伊藤 智絵

16:30 ～ 16:40 休憩

16:40 ～ 17:20 一般演題②（作業療法）

座長：大阪大学 上田 佳弥 先生

1. 原因不明の進行性の多発末梢動脈閉塞による四肢切断者への ADL 自立支援

金沢大学 仁木 裕也

2. 筋出力時のしびれ同調経皮的神経電気刺激と箸操作に着目した頸椎症性脊髄症術後の一例

北海道大学 松田 和佳奈

3. 抗 MDA-5 抗体陽性筋炎の臨床像とリハビリテーションの役割

金沢大学 麦井 直樹

4. 日本人皮膚筋炎・多発性筋炎患者に対する Functional Index-3 を使用した筋持久力評価

金沢大学 釜田 愛花

17:20 ～ 17:30 休憩

17:30 ～ 18:30 一般演題③（理学療法）

座長：高知大学 細田 里南 先生

1. 頸椎および腰椎二期的手術後におけるバランス機能および歩行能力の推移

—姿勢安定度評価指標（Index of Postural Stability）を用いた症例報告—

九州大学 井上 仁

2. 血液内科入院患者において入院時 Performance Status は退院転帰及び身体機能と段階的に関連する

山梨大学 岡島 庸介

3. 小児がんリハビリテーション多施設共同研究コンソーシアムの活動と課題
ー小児がんリハビリテーションの標準化とエビデンス構築に向けてー

滋賀医科大学 飛田 良

4. 当院における妊娠合併症により入院管理を要した妊婦に対する理学療法介入の実態

北海道大学 八丁 真央

5. 肺がん手術症例における術前運動負荷試験は必要か？

徳島大学 斎藤 貴

6. 下肢原発性悪性骨軟部腫瘍に対する患肢温存術後2年間の患肢機能推移と患者立脚型評価との関連

神戸大学 牧浦 大祐

18:30 ~ 19:00 写真撮影

19:00 ~ 21:00 意見交換会

2日目：2026年7月4日（土曜日）

9:00 ～ 開場

9:30 ～ 10:30 教育講演①

座長：神戸大学医学部附属病院 小楨 公大 先生

「超高齢社会の心臓リハビリテーション Update ～フレイル・重複障害への戦略～」

大阪保健医療大学大学院保健医療学研究科保健医療学専攻 准教授

小川 真人 先生

10:30 ～ 10:45 休憩

10:45 ～ 11:15 一般演題④（言語聴覚療法・その他）

座長：岡山大学 古西 隆之 先生

1. 義歯の工夫により構音と嚥下機能が改善した舌癌の1例

愛媛大学 飴矢 美里

2. 発語失行を呈した患者に対するプロソディ改善に着目したアプローチ

ー モーラ数変更の有効性の検討 ー

北海道大学 石谷 卓士

3. リハビリテーション手法標準コードを用いた医療・介護の訓練内容の比較：多施設間横断調査

広島大学 塩田 繁人

11:15 ～ 11:25 休憩

11:25 ～ 11:55 一般演題⑤（作業療法）

座長：東京大学 奈良 篤史 先生

1. 没入型 VR ベースの注意機能トレーニングが奏効した膠芽腫の一症例

北海道大学 廣野 岳慈

2. 前腕切断者への筋電電動義手処方における職場訪問の意義

浜松医科大学 星川 直哉

3. 腓移行術後の長期経過における主訴の変化に応じた作業療法介入の一例

大阪大学 大日方 僚

11:55 ～ 12:10 休憩

12:10 ～ 12:55 ランチョンセミナー（共催：インターリハ株式会社）

座長：神戸大学医学部附属病院 柴田 洋平 先生

「膝関節疾患に対する外科的手術のトピックスとリハビリテーション」

神戸大学大学院医学系研究科健康科学専攻 助教

上田 雄也 先生

12:55 ～ 13:05 休憩

13:05 ～ 13:50 特別演題「我が大学病院自慢セッション」

座長：神戸大学医学部附属病院 井上 順一朗 先生

1. 神戸大学医学部附属病院における言語聴覚士の取り組み

—頭頸部がん診療を中心に—

神戸大学 高橋 美貴

2. 言語聴覚士による摂食嚥下障害患者への早期関与の実態：国立大学病院を対象としたアンケート調査

—アンケート調査—

広島大学 吉川 浩平

3. 国立大学病院発・小児生活習慣病予防の地域連携モデル

香川大学 眞鍋 朋誉

4. リハビリテーション部における新入職員研修教育システムの構築と実践

—教育マニュアルの導入と多職種連携教育の試み—

旭川医科大学 村岡 法彦

13:50 ～ 14:00 休憩

14:00 ～ 15:00 教育講演②

座長：神戸大学医学部附属病院 平林 卓己 先生

「急性リハ栄養が未来を拓く：社会復帰への挑戦状」

神戸大学大学院医学研究科外科講座災害・救急医学分野 助教

中西 信人 先生

15:00 ～ 15:10 次期大会長挨拶・表彰式・閉会式

特別講演

がんリハビリテーション診療とがんロコモ

神戸大学医学部附属病院リハビリテーション科 教授
酒井 良忠



超高齢社会を迎えた本邦では、がん患者の増加と高齢化、がん治療の進歩、低侵襲手術の発展に伴い、高齢がん患者に対しても手術治療や薬物治療の適応が拡大している。さらに、がん生存者の増加により、がん患者はがんや治療に伴う合併症と共存しながら生活・活動を継続する必要があり、ADL および QOL の維持・向上が重要となっている。

このような背景のもと、がん患者のリハビリテーション診療には、適切な運動器管理に加え、治療前からの合併症予防と早期社会復帰、進行期患者における ADL 維持と就労支援、終末期患者における QOL 維持と介護負担軽減といった役割が求められる。

運動器管理の重要性については、2018 年に日本整形外科学会が提唱した「がんロコモ」の概念が、整形外科医を中心に理解されつつある。がん患者の運動器障害は、骨転移などがん自体による障害、CIPN などがん治療に伴う障害、高齢がん患者に併存するロコモティブシンドローム関連疾患の 3 つに分類され、その管理の重要性が啓発されている。特に骨転移は、がんリハビリテーション診療の適応疾患であると同時に、リスク管理上も重要である。当院では 2013 年より多職種・多診療科による骨転移カンサーボードを開催し、手術や放射線治療のみならず、リハビリテーション治療におけるリスク管理を行うとともに、骨転移に対するリハビリテーション治療の効果についても報告してきた。

また、高齢がん患者の増加に伴い、ロコモティブシンドロームを合併したがん患者に対してがん治療を行う機会が増えている。近年、9 割を超えるがん患者がロコモティブシンドロームを合併するとの報告があり、当科でがんリハビリテーション診療を行った患者においても同様の傾向を認めた。フレイルやサルコペニアががん治療成績や合併症発生に影響することは報告されているが、ロコモティブシンドローム、あるいは「がんロコモ」の合併ががん治療に及ぼす影響については、いまだ十分に明らかではない。本講演では、現在当科で進めている研究を紹介するとともに、がん治療におけるリハビリテーション診療の意義について概説する。

<学歴及び職歴>

1996 年 3 月 神戸大学医学部医学科 卒業

2001 年 3 月 神戸大学大学院医学研究科 修了 博士号（医学博士）取得

1996 年 6 月 兵庫県立淡路病院 整形外科 研修医

1996 年 12 月 神戸大学附属病院 整形外科 研修医

2001 年 1 月 The Cleveland Clinic Foundation リサーチフェロー

2004 年 1 月 神戸大学医学部附属病院 整形外科 医員

2007年4月 神戸大学大学院 医学研究科 整形外科学 助教
2009年4月 姫路獨協大学医療保健学部 教授
2011年10月 姫路獨協大学医療保健学部 学部長（兼任）
2012年4月 神戸大学大学院医学研究科リハビリテーション機能回復学 特命教授
2012年5月 神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション部 部長（兼任）
2013年4月 神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科 診療科長（兼任）
2025年12月 神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科 教授
2025年12月 神戸大学医学部附属病院 病院長補佐：患者支援センター長（兼任）

<認定医など>

日本リハビリテーション医学会 理事、代議員、リハビリテーション科専門医、指導医
日本リハビリテーション医学会教育委員会委員長、男女共同参画委員会委員長
日本リハビリテーション医学会近畿地方会 代表幹事（2024.9まで）副代表幹事（2024.10-）
日本整形外科学会 専門医、指導医、認定スポーツ医、運動器リハビリテーション医
日本整形外科学会 運動器リハビリテーション委員会委員長（2025.6まで）
中部日本整形・災害外科学会 評議員
日本リウマチ学会 指導医、専門医、評議員
日本リウマチ財団 登録医
日本骨粗鬆症学会 認定医、代議員
日本体育協会公認スポーツドクター
日本脊椎関節炎学会 評議員

<専門分野>

がんのリハビリテーション、関節リウマチのリハビリテーション、骨粗鬆症性骨折のリハビリテーション

教育講演①

超高齢社会の心臓リハビリテーション Update ～フレイル・重複障害への戦略～

大阪保健医療大学大学院保健医療学研究科保健医療学専攻 准教授

小川 真人



超高齢社会を迎えた本邦において、心血管疾患患者の高齢化・重症化が進み、フレイル、サルコペニア、低栄養、嚥下障害、口腔機能低下といった複合的な問題・multimorbidityを抱える症例が急増している。これらの障害は互いに密接に関連し合い、単一の疾患モデルでは対応が困難な重複障害として、リハビリテーション医療における重要な臨床課題となっている。

とりわけ高齢心不全患者では、心臓悪液質や腸管浮腫に起因する食欲低下・栄養障害が高頻度に認められ、骨格筋量の減少や身体機能・ADLの低下、さらには生命予後の悪化との関連が報告されている。運動療法による生命予後改善や再入院予防の効果は一定確立されているが、高齢かつフレイルを有する患者においては、従来の画一的な指導や定型的な運動処方では十分な効果が得られないことも少なくない。近年、栄養評価においてはGLIM基準の普及や筋質評価の概念が導入され、従来の体重・BMI中心の評価からのパラダイムシフトが進んでいる。また、身体機能評価に基づく個別化された段階的運動処方や、栄養療法との併用による相乗効果についてもエビデンスが蓄積されつつある。さらに、入院中の嚥下機能低下や口腔衛生の悪化がADL低下や予後悪化に直結することが示されるとともに、令和6年度診療報酬改定においてもリハビリテーション・栄養・口腔の三位一体による介入は国の政策として重要視されている。しかしながら、三位一体の複合介入に関するエビデンスは依然として断片的であり、急性期から生活期への切れ目のない介入を可能にするシステムチックな体制は確立されていない。

本講演では、超高齢心血管疾患患者に対する心臓リハビリテーションの最新知見を概説し、フレイル・低栄養・口腔機能低下が重複する患者への評価と介入戦略について、演者の臨床経験や研究成果を交えながら解説する。悪液質の病態や介入の最新知見にも触れるとともに、運動・栄養・口腔の三位一体の介入を実現するための多職種連携のあり方や、急性期から回復期・在宅までシームレスな連携体制の構築についても議論する。加えて、日々の臨床データの蓄積から研究へつなげる好循環の意義にも触れ、国立大学病院におけるリハビリテーション医療の今後の展望を示したい。

<学歴・職歴等>

- 2009年 神戸大学医学部保健学科 卒業
- 2019年 神戸大学大学院 保健学研究科 修了 (保健学博士)
- 2009年-2023年 神戸大学 医学部附属病院 リハビリテーション部
- 2023年-現在 大阪保健医療大学 保健医療学部
- 2025年-現在 神戸大学 生命・医学系 保健学域

<所属学会、委員歴等>

日本循環器理学療法学会 評議員

日本栄養・嚥下理学療法学会 理事、研究推進委員会 委員長

日本老年療法学会 評議員

日本循環器学会

日本心臓リハビリテーション学会

日本心不全学会

日本栄養治療学会

日本リハビリテーション栄養学会

日本運動疫学会

教育講演②

急性期リハ栄養が未来を拓く：社会復帰への挑戦状

神戸大学大学院医学研究科外科講座災害・救急医学分野 助教
中西 信人



重症患者はわずか1日で約2%の筋肉を失う。この急速な筋萎縮は死亡率の上昇や身体機能低下と密接に関連し、社会復帰を阻む大きな壁となる。私は「筋萎縮ゼロプロジェクト」を起点に、基礎から臨床、そして介入へと一貫した研究を展開してきた。基礎研究では、過剰に活性化した好中球が自己筋組織へ集積し、持続的な筋萎縮を引き起こす新たな病態機序を明らかにした。臨床では、超音波、体組成分析、CT、バイオマーカーを統合した多面的評価体系を構築し、筋萎縮の“見える化”に取り組んできた。さらに、神経筋電気刺激療法や振動療法を用いた無作為化比較試験により、重症患者における物理療法の有効性を検証し、現在はオリジナルのエルゴメータを用いた新規介入へと発展している。一方で、リハビリテーションの効果を最大化するためには栄養介入が不可欠である。蛋白質投与が筋萎縮予防に寄与することをメタアナリシスで示し、さらにガイドライン作成にも関与することで、臨床実装へとつなげてきた。現在はその先の課題として、PICS（Post Intensive Care Syndrome）の克服に焦点を当て、疫学、バイオマーカー、評価法の確立を進めている。筋萎縮予防だけでは不十分であり、「社会復帰」をゴールとした包括的戦略が求められる。急性期リハ栄養は、単なる支持療法ではなく予後を変える“戦略”である。本講演では、これまでの研究の軌跡と最前線の取り組みを共有し、PICSゼロ、そして「社会復帰」の実現に向けた挑戦を提示する。

<略歴>

2013年	徳島大学医学部卒業
2013年-2015年	伊勢赤十字病院研修医
2015年	伊勢赤十字病院救急部
2016年-2021年	徳島大学救急集中治療部
2021年	神戸大学災害救急医学分野
2020年	日本集中治療医学会優秀論文賞受賞
2021年	日本集中治療医学会奨励賞受賞
2022年	第36回日本ショック学会会長賞受賞
2021年	PICS対策・生活の質改善検討委員会委員
2024年	集中治療リハビリテーション委員会

ランチョンセミナー

膝関節疾患に対する外科的手術のトピックスとリハビリテーション

神戸大学大学院医学系研究科健康科学専攻 助教
上田 雄也



膝前十字靭帯（ACL）損傷はスポーツ競技中に頻発する外傷であり、スポーツ復帰に向けては ACL 再建術（ACLR）が標準的治療として確立している。これまでの ACL 再建術においては膝蓋腱（BTB）やハムストリングス（HT）が移植腱として使用されることが主であったが、近年では大腿四頭筋腱を用いた ACL 再建術（QT-ACLR）についての報告が増加している。QT-ACLR は BTB-ACLR と比較して膝の前面痛が少ないことや、HT-ACLR と比較して再断裂率が低いことが報告されている。その一方で QT-ACLR は HT や BTB と比較しても膝伸展筋力の回復が遅延することがデメリットとして報告されている。膝伸展筋力は ACLR 後のスポーツ復帰に向けての重要なファクターであることから、十分な膝伸展筋力の回復を得られるように周術期の段階から戦略的にリハビリテーション介入を行うべきであるが、QT-ACLR におけるリハビリテーション介入については情報が整備されていないため、喫緊の課題であると考えている。

また 2024 年の診療報酬改定により保険適用となった高位脛骨骨切り術（HTO）をはじめとする膝周囲骨切り術も近年中高年層の変形性膝関節症に対する治療として報告が増加しており、今後も普及していくことが予想される。その一方でリハビリテーションに関する知見は乏しく、リハビリテーションとして何に着目して介入すべきかについても統一がなされていない。

本発表においては、我々がこれまで報告してきた研究および測定してきた膝伸展筋力のデータを基に、日々進歩を続ける膝関節疾患に対する外科的手術に対してリハビリテーションがどのように対応していくべきかについて考察する。

<学位・資格>

博士（保健学）、専門・認定理学療法士（スポーツ）

<略歴>

2013 年 神戸大学医学部保健学科理学療法学専攻 卒業

2015 年 神戸大学大学院保健学研究科博士課程前期課程 修了

2022 年 神戸大学大学院保健学研究科博士課程後期課程 修了

<職歴>

2013 年 神戸大学医学部附属病院リハビリテーション部 理学療法士

2021 年－2025 年 神戸大学大学院保健学研究科リハビリテーション科学領域 助教

2026 年－神戸大学大学院医学系研究科健康科学専攻リハビリテーション科学講座 助教

<委員会>

日本スポーツ理学療法学会 評議員

理学療法標準化委員会委員・膝前十字靭帯損傷評価検討部会部会長

日本臨床スポーツ医学会

日本膝関節学会

日本スポーツ整形外科学会

日本 Osteotomy 学会

<業績>

https://researchmap.jp/yuya_ueda

一般演題

① - 1 肺高血圧症患者における Asian Working Group of Sarcopenia 2025 に基づくサルコペニアと 6 分間歩行距離の関連性の検討

演者 松本幸大¹、藤内宏典¹、佐橋健人¹、堀弘明¹

所属 1. 北海道大学病院 リハビリテーション部

【key words】肺高血圧症、サルコペニア、6 分間歩行距離

【目的】

肺高血圧症（PH）において 6 分間歩行距離（6MWD）は予後予測や治療効果判定に用いられる重要な運動耐容能指標である。これまで PH 患者のサルコペニアが 6MWD と関連することが報告され、PH 患者ではサルコペニアの早期発見・早期介入が重要と考えられている。2025 年 11 月に Asian Working Group of Sarcopenia 2025（AWGS2025）のサルコペニア診断基準が改定となり、身体機能が診断基準から除外され低筋力・低筋肉量での診断に変更された。しかし、AWGS2025 の診断基準でも同様に PH 患者のサルコペニアが 6MWD と関連するかは不明であった。本研究の目的は PH 患者において AWGS2025 に基づくサルコペニアと 6MWD との関連性を検討することであった。

【方法】

2025 年 1 月から 12 月に当院に入院した PH 患者 94 例のうちデータ欠損がなく、サルコペニア診断対象年齢（50 歳以上）の 52 例を解析対象とした。そのうち、AWGS2025 の診断基準に基づき、対象者をサルコペニア群（34 例）と非サルコペニア群（18 例）に群分けした。各群で年齢・BMI・肺血管抵抗（PVR）・6MWD について対応のない t 検定およびカイ二乗検定を行った。さらに、PH 患者における 6MWD に与える因子を評価するため、6MWD を従属変数、年齢・性別・BMI・PVR を独立変数とした重回帰分析を行った。

【結果】

6MWD はサルコペニア群で非サルコペニア群と比べ有意に低かった（サルコペニア群 239m、非サルコペニア群 366.2m、 $p < 0.001$ ）。また、年齢はサルコペニア群で有意に高く（サルコペニア群 73.1、非サルコペニア群 65.1、 $p = 0.004$ ）、BMI はサルコペニア群で有意に低かった（サルコペニア群 22.1、非サルコペニア群 25.1、 $p = 0.026$ ）。性別・PVR には両群に有意差を認めなかった。重回帰分析では、6MWD の有意な予測変数は年齢（ $\beta = -0.42$ ）、PVR（ $\beta = -0.28$ ）、サルコペニアの有無（ $\beta = -0.27$ ）であった（ $R^2 = 0.44$ ）。

【考察】

PH 患者における AWGS2025 に基づくサルコペニアでも同様に 6MWD と関連することが示唆された。PH 患者のリハビリテーションではサルコペニアの早期発見・早期介入が重要と考えられた。

【倫理的配慮】

本研究は北海道大学病院生命・医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施された。

【利益相反】

本研究に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

① - 2 人工股関節全置換術後もロコモ度が改善しない重度ロコモティブシンドローム患者の特徴

演者 小川遼平¹、竹田圭佑¹、村松僚太¹、渡部貴也¹、櫻井吾郎¹、吉田信也¹、
麦井直樹¹、加畑多文²

所属 1. 金沢大学附属病院 リハビリテーション部
2. 金沢大学附属病院 整形外科

【key words】人工股関節全置換術、ロコモティブシンドローム、ロコモ 25

【目的】

ロコモティブシンドローム（ロコモ）において、ロコモ度3とは移動機能低下により社会参加に支障をきたす状態である。ロコモを有する患者に対する整形外科手術では、除痛や関節機能改善によるロコモ度の改善が期待されるが、術後もロコモ度の改善に難渋する患者も存在する。そこで我々は片側の人工股関節全置換術（THA）を受けたロコモ度3の症例を対象に、術後もロコモ度が改善しない患者の特徴を調査することとした。

【方法】

対象は、2022年7月から2024年12月に変形性股関節症に対し片側THAを施行した40例（男性4例、女性36例、平均67.6±8.8歳、全例ロコモ度3）とした。術後1年のロコモ度に基づき、改善群（ロコモ度該当なし～2）と不変群（ロコモ度3）の2群に分類した。評価項目は、術前の股関節可動域、股関節外転筋力、ロコモ度テスト（立ち上がりテスト、2ステップテスト、ロコモ25）とし、ロコモ25については下位項目の調査も行なった。

【結果】

術後1年のロコモ度より、改善群は31例、不変群は9例となった。立ち上がりテストでは改善群9例（30%）で改善を認めたが、不変群では改善した症例はいなかった。2ステップテストでは改善群16例（55%）、不変群7例（77%）で改善を認めた。

術前において年齢および性別、股関節可動域、股関節外転筋力、立ち上がりテスト、2ステップテストでは有意差はなく、ロコモ25（高値が不良）は改善群35.2±14.4点、不変群46.7±16.2点と有意差を認めた。下位項目は不変群でQ3（下肢の疼痛）、Q4（生活の困難さ）、Q13（速歩の困難感）、Q25（将来の歩行への不安）が有意に高値だった。

【考察】

THA術後1年においてロコモ度が改善しなかった症例では、術前のロコモ25において、下肢の疼痛、生活上の困難さ、歩行の困難感および将来の歩行への不安を抱いていることが示唆された。これらの特徴は、運動恐怖症的性質により、術後の機能回復の妨げとなる可能性がある。また、術後のロコモ度改善が困難な症例を把握する際の子測因子となり得る。

【倫理的配慮】

本研究は、金沢大学倫理審査委員会（承認番号:3669）の承認を得て実施された。

【利益相反】

本研究に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

① - 3 30年間続いた膝関節痛患者の語りにもみる目標の本質の文化的・時間的構造
～複線径路等至性モデルと発生の三層モデルを用いた分析～

演者 野口瑛一¹、江草典政¹、馬庭壯吉²

所属 1. 島根大学医学部附属病院 リハビリテーション部
2. 島根大学医学部 リハビリテーション医学講座

【key words】 ナラティブ、目標設定、リハビリテーション

【はじめに】

臨床では患者の入院前の役割を聴取し、目標設定に活かす。しかし文化や時代、個々の信念や経験により役割の意味合いは変容する。そこで、患者の目標の本質理解に重要な側面に着目し、1症例の語りから構造を分析した。

【対象および方法】

変形性膝関節症に対する人工膝関節全置換術後の70代女性。夫・息子家族と7人で同居。半構造化面接を2回実施した。1回目の面接後、本症例の語る目標を等至点（以下、EFP）として複線径路等至性モデルと発生の三層モデルを用いて図式化した。2回目にトランスビューを行い修正し、図式完成をもって理論的飽和とした。

【結果】

EFPは「家事などを普通にやる」であった。「普通に」には、動作としての家事遂行にとどまらず、これまで担ってきた嫁という役割からの解放や、文化的規範の変容を受容する意味が内含されていた。30年間にわたり膝関節痛を抱えながらも家事・育児・夫の両親の介護を完遂できた背景には、「嫁入りをすれば家のことをするのは当たり前」という文化的規範と、「人の役に立つと自分にも良いことが巡ってくる」という幼少期に祖母から受けた教えに基づく信念があった。介護の終了は、嫁の役割の終了を意味し、自己の暮らしを始めるスタートラインとして捉えられており、手術はそれを実現するための手段の一つであった。さらに、息子家族との同居生活という生活実践の中で若い世代の価値観に触れることにより、これまで内面化していた文化的規範が揺さぶられ、嫁の役割に対する意味づけの変容もたらされていた。語りにおける「普通に」とは、現代的な価値観のもとで、より自由で、家族や夫婦間で家事を分担して行うものとして語られていた。

【考察】

患者が語る「今後の目標」は、単に将来志向的に形成されるものではなく、その人が生きてきた時間軸や、内面化してきた文化的背景、担ってきた役割の影響を受けて構成されていると考えられる。本症例の分析から、リハビリテーションにおける目標設定は、機能回復や活動目標の共有にとどまらず、患者の語りに含まれるこれまで生きてきた時間や文化的文脈を踏まえた対話的プロセスとして捉える必要が示唆された。

【倫理的配慮】

対象者には、本発表の趣旨を説明した上で、本人から書面にて同意を得た。

【利益相反】

本症例報告にあたり、開示すべき利益相反はない。

① - 4 虚弱リスクが高齢心臓弁膜症患者の開胸術後転帰に及ぼす影響：過去起点コホート研究

演者 亀田一成^{1,2}、清水昭雄¹、牛田健太²、清水美帆²、落合康平^{1,3}、加藤佑基¹、百崎良¹

所属 1. 三重大学大学院医学系研究科 リハビリテーション医学分野

2. 三重大学医学部附属病院 リハビリテーション部

3. 三重中央医療センター リハビリテーション科

【key words】入院関連機能障害、虚弱リスク、心臓弁膜症手術

【目的】

本研究は、Hospital Frailty Risk Score (HFRS) を用いて評価した術前虚弱リスクが、開胸心臓弁膜症手術を受けた 65 歳以上の患者における入院関連機能障害 (hospitalization-associated disability : HAD) および術後合併症に及ぼす影響を検討することを目的とした。

【方法】

JMDC データベースを用いた過去起点コホート研究として、2017 年 4 月から 2022 年 12 月に開胸心臓弁膜症手術を受けた 65 歳以上の患者を対象とした。HFRS < 5 を低虚弱リスク群、HFRS ≥ 5 を高虚弱リスク群に分類した。主要評価項目は HAD の発生割合、副次評価項目は肺炎、呼吸不全、せん妄の発生割合とした。さらに、術後合併症が術前虚弱リスクと HAD の関連を媒介するかを検討するため媒介分析を行った。

【結果】

対象 4,658 例 (平均年齢 75.0 ± 5.5 歳) のうち、328 例 (7.0%) が高虚弱リスク群であった。高虚弱リスク群では HAD の発生割合が有意に高かった (OR 3.49、95%CI 2.60–4.67)。媒介分析では、術前虚弱リスクは HAD に対して直接的な影響を示し (OR 2.75)、術後合併症を介した間接効果も有意であり (OR 1.26)、全体効果の 19%を占めた。

【結論】

HFRS による術前虚弱リスク評価は、開胸心臓弁膜症手術を受ける高齢患者における HAD および術後合併症の予測に有用である可能性が示唆された。

【利益相反】

本研究に関して開示すべき利益相反はない。

① - 5 食道がん切除術後の予後予測における AWGS2019 と AWGS2025 サルコペニア基準の比較検討

演者 近藤心¹、斎藤貴¹、鎌田基夢¹、植村愛斗¹、佐野巨¹、泊綾音¹、杉山由佳¹、友成健¹、岡久哲也¹、増田有紀¹、山田めぐみ¹、松浦哲也¹

所属 1. 徳島大学病院 リハビリテーション部

【key words】 食道がん、サルコペニア、予後予測

【はじめに】

サルコペニアは食道がんに対する食道切除術後の予後を規定する重要な因子として広く認識されている。Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) は 2019 年に診断基準を提示後、2025 年に基準が改訂され、身体機能が判定基準から除外され、BMI 補正筋量を用いた新たな定義が導入された。本研究は、AWGS2019 基準と AWGS2025 基準を比較し、食道切除術後の予後および術後転帰に対する予測能を検討した。

【対象および方法】

本研究は 2016 年から 2025 年に根治的胸部食道切除術を施行した 178 例を対象とした後ろ向きコホート研究である。AWGS2019 および AWGS2025 (身長補正: AWGS2025-H, BMI 補正: AWGS2025-B) によりサルコペニアを判定し、各基準間の一致度を Cohen の κ 係数により評価した。主要評価項目は 5 年全生存とし、多変量 Cox 比例ハザードモデルにより解析した。さらに術後肺合併症、感染性合併症、90 日再入院に対する予測能を ROC 曲線下面積 (AUC) により評価した。

【結果】

サルコペニア有症率は AWGS2019 および AWGS2025-H で 19.7%、AWGS2025-B で 16.3%であった。AWGS2019 と AWGS2025-H の一致度は高かった ($\kappa=0.715$) のに対し、AWGS2025-B との一致度は中等度であった ($\kappa=0.467$)。多変量解析において、AWGS2019 サルコペニアは 5 年生存不良と独立して関連し (HR 3.22)、AWGS2025-H も同様に有意な関連を示した (HR 2.46)。一方、AWGS2025-B は生存との有意な関連を示さなかった。術後合併症および 90 日再入院に対する予測能は全基準で限定的であったが、AUC は一貫して AWGS2019 が最も高値を示した。

【考察】

身体機能を含む評価は周術期脆弱性の把握に重要であり、BMI 補正筋量は術前体重減少を伴う食道がん患者ではリスクを過小評価する可能性がある。食道がん手術患者における臨床的リスク層別化には AWGS2019 基準が依然有用であることが示唆された。

【倫理的配慮】

本研究は徳島大学病院倫理審査委員会の承認 (3108-4) を得て実施した。

【利益相反】

開示すべき利益相反はない。

① - 6 膠原病性間質性肺炎における脳死肺移植患者の移動能力改善過程
—特発性間質性肺炎患者との比較—

演者 伊藤智絵¹、中平有¹、安井健¹、長谷川真人¹、藤堂太右¹、酒井勇雅¹、井口はるひ¹、
藤原清香¹、佐藤雅昭²、緒方徹¹

所属 1. 東京大学医学部附属病院 リハビリテーション部
2. 東京大学医学部附属病院 呼吸器外科

【key words】肺移植、間質性肺炎、移動能力

【背景】

膠原病性間質性肺炎（以下 CTD-ILD）を背景とした脳死肺移植患者の予後は、特発性間質性肺炎（以下 IIPs）と比較して大きな差はないとされている。一方、術後理学療法の実施現場では、CTD-ILD 患者は合併症を有する症例が多く歩行再獲得に時間を要することが少なくない。本研究の目的は、当院において脳死肺移植を施行した CTD-ILD および IIPs 患者を対象に、術後移動能力の改善過程を比較検討することである。

【対象および方法】

当院にて 2015 年から 2026 年 1 月までに術前に歩行可能な身体機能で脳死肺移植を施行した CTD-ILD 患者および IIPs 患者を対象とした。後方視的に診療録を調査し、入院期間、ICU 在室期間、人工呼吸器使用日数、端座位開始、車いす乗車開始、歩行練習開始、室内歩行自立までの日数、退院前の 5 回反復起立テスト（以下 5STS）および 6 分間歩行試験（以下 6MWT）の結果を収集した。解析時点で入院中の症例、死亡退院例は除外した。連続変数は平均（最小-最大）で示し、群間比較には Mann-Whitney U 検定を用い、有意水準は 5%とした。

【結果】

解析対象は CTD-ILD 群 29 名（男性 10 名、女性 19 名、移植時平均年齢 49.6 [28-63] 歳）、IIPs 群 80 名（男性 59 名、女性 21 名、移植時平均年齢 51.8 [14-62] 歳）であった。なお、入院中の症例は 6 名、死亡退院例は 11 名であった。入院期間は 77.3 (32-394) 日 vs 49.7 (24-174) 日 (p=0.001)、ICU 在室期間は 18.3 (5-55) 日 vs 13.1 (4-52) 日 (p=0.003)、端座位開始までの日数は 6.0 (2-35) 日 vs 4.2 (0-24) 日 (p=0.023)、車いす乗車開始までの日数は 9.3 (3-32) 日 vs 7.3 (2-54) 日 (p=0.018)、歩行練習開始までの日数は 16.1 (4-99) 日 vs 10.0 (3-81) 日 (p=0.028)、室内歩行自立までの日数は 40.6 (8-298) 日 vs 19.1 (5-106) 日 (p=0.047) と、いずれも CTD-ILD 群で有意に長かった。人工呼吸器使用日数は 9.5 (2-49) 日 vs 5.9 (1-47) 日 (p=0.75) で有意差はなかった。退院前の 5STS および 6MWT は実施不能であった症例の割合が 5STS (31.0% vs 16.3%)、6MWT (10.3% vs 3.8%) であった。測定可能例の結果は 5STS は 13.5 (6-34.0) 秒 vs 12.2 (7.0-23.5) 秒 (p=0.55)、6MWT は 336.2 (157-492) m vs 352.9 (30-646) m (p=0.40) で有意差は認められなかった。

【結論】

CTD-ILD 患者は退院前には IIPs 患者と同程度までの身体機能に回復するが、術後の歩行再獲得に時間を要することが示唆された。

【倫理的配慮】 本研究は東京大学医学部倫理委員会の承認を得ている。（審査番号 2373-(7)）

【利益相反】 本演題に関連して、筆頭著者に開示すべき利益相反はありません

② - 1 原因不明の進行性の多発末梢動脈閉塞による四肢切断者への ADL 自立支援

演者 仁木裕也¹、西悦子¹、堀江翔¹、麦井直樹¹、中積智²、八幡徹太郎²

所属 1. 金沢大学附属病院 リハビリテーション部

2. 金沢大学附属病院 リハビリテーション科

【key words】切断、ADL、福祉用具

【はじめに】

今回、原因不明の多発末梢動脈閉塞により四肢切断に至った症例に対し、作業療法（OT）を通して生活行為の再獲得および自宅退院が可能となった一例を報告する。

【症例紹介】

30 代男性。両親と 3 人暮らし。右利き。病前 ADL は自立していた。原因不明の全身血流障害により多発動脈閉塞を呈した。病勢は進行性で、左下腿・左前腕切断、右示指切断を含む 10 回の入院歴があった。四肢皮膚潰瘍の急激な増悪を契機に X 日に入院し、X+5 日より理学療法・OT を開始した。

【初回評価】

意識清明。左下腿（短断端）および左前腕（極短断端）切断あり。MMT 上下肢 5。右母指先端に黒色壊死を認め、周囲に色調不良と紫斑を伴っていた。経過中、壊死は拡大し、中指から小指にかけて新規潰瘍を認めた。右足趾にも潰瘍を認め、全身倦怠感と疼痛により ADL は全介助であった。また発熱および炎症反応高値を認めたため、主治医・リハ医と協議し、全身状態改善まで OT は経過観察とした。本人の主訴は「もう何もできないから施設入所したい」であった。

【OT 経過】

X+1 か月、グルココルチコイドの治療により解熱、炎症反応の低下を認め OT を開始した。一方で強い疼痛は残存し、X+3 か月に右手指全指を中手骨レベルで切断となった。OT は食事・整容・更衣動作の自立を目標に右手を使用した ADL 練習を行ったが、感染リスクを考慮し、左手の積極的使用へ方針を変更し、ADL の拡大を図った。今回、独自に万能カフを作製し、左手で食事を摂ること、万能カフを着脱する練習を開始した。また、更衣、整容、ライナーの着脱、買い物、スマートフォン操作、書字、読書、移動・階段昇降練習を実施した。さらに装飾義手にバンドを組み直し、固定し独自に改良を加えて着脱の練習を繰り返し行い、左手で清拭が行えるようになり排泄が自立した。入浴はナイロンタオルをループ付きタオルに改良することで自立に至った。結果、症例の ADL は入院前レベルまで改善を認め、X+8 か月に自宅退院となった。退院後も OT 外来でフォローを行い、退院後半年経過も生活水準を維持できている。

【まとめ】

本症例では、OT が福祉用具の作製・調整と実生活に即した動作練習を行うことで、両手切断後の状態でも生活行為の再獲得が可能となり、自宅復帰に有用であったと考える。COI はない。

【倫理的配慮】

発表に際して本人より書面で同意を得た。

【利益相反】

本報告に関して、開示すべき利益相反事項はない。

② - 2 筋出力時のしびれ同調経皮的神経電気刺激と箸操作に着目した頸椎症性脊髄症術後の一例

演者 松田和佳奈¹、廣野岳慈¹、本谷卓朗¹、小川圭太¹、吉田奈美¹

所属 1. 北海道大学病院 リハビリテーション部

【key words】 頸椎症性脊髄症、しびれ同調経皮的電気神経刺激、箸操作

【目的】

頸椎症性脊髄症術後に対するしびれ同調経皮的神経電気刺激（以下、しびれ同調 TENS）の報告は少なく、とくに筋出力時のしびれへの介入や、箸操作に着目した検討はほとんどない。本報告では、頸椎症性脊髄症術後症例に対し、筋出力時に生じる強いしびれ感にしびれ同調 TENS を用いて、しびれ感の経時的变化を追跡した。また、箸操作における主観的および客観的指標を用い、手指のしびれ軽減が箸操作性に与える影響を検討した。

【対象および方法】

対象は 50 歳代女性、左利き。X 年 Y-2 月に自宅で転倒後、手指の使いにくさ、歩行時のふらつき、四肢の脱力感が出現。X 年 Y 月に症状が急速に増悪し、頸椎症性脊髄症の診断。同年 Y 月 Z 日に当院入院し、Z+19 日に脊椎後方除圧固定術施行。術後のしびれ感は利き手である左手に優位であったため、左側のみしびれ同調 TENS を実施した。Z+21 日より作業療法を開始し、Z+32 日より術後しびれ同調 TENS 介入を始めた。把持動作時に生じるしびれ感に同調させ、60 分間の電気刺激を全 15 日間行った。評価として、しびれ同調 TENS 介入期間中のしびれ感を Visual Analog Scale（以下、VAS）で評価した。また、箸操作の主観的評価として 10 点法を用い、客観的評価として 20 秒間に箸で移動可能であったスポンジの個数を測定した。

【結果】

箸操作における主観的および客観的指標のいずれにおいても改善が認められた。しびれ同調 TENS 介入 1 日目からしびれ感の VAS の大幅な改善がみられ、その後も経時的な改善が認められた。さらに、把持動作時のみならず、安静時のしびれ感の軽減も確認された。

【考察】

しびれ同調 TENS は、対象者の主観的なしびれ感に電気刺激を同調させることで、両者が相殺される機序が想定されている（Nishi ら、2022）。本症例では、筋出力時に生じる強いしびれ感に同調させたことで、電気刺激としびれ感の相殺が生じ、強いしびれ感の軽減につながったと考えられる。また、それに伴い、安静時にみられる比較的弱いしびれ感も軽減した可能性が示唆された。

【倫理的配慮】

本報告はヘルシンキ宣言に基づき、対象者に十分な説明を行い、書面による同意を得て実施した。

【利益相反】

開示すべき利益相反はない。

② - 3 抗 MDA-5 抗体陽性筋炎の臨床像とリハビリテーションの役割

演者 麦井直樹¹、堀江翔¹、櫻井吾郎¹、濱口儒人²、松下貴史²

所属 1. 金沢大学附属病院

2. 金沢大学 医薬保健研究域医学系 皮膚分子病態学

【key words】特発性炎症性筋疾患、抗 MDA-5 抗体、皮膚筋炎

【目的】

皮膚筋炎・多発性筋炎は、筋症状をはじめ、多彩な臨床症状を示す全身炎症性の自己免疫疾患である。検出される特異抗体によって臨床所見や治療戦略が異なる。今回抗 MDA-5 抗体陽性筋炎の臨床所見とリハビリテーションの役割について報告する。

【対象および方法】

2004 年 1 月より 2024 年 12 月までに処方された抗 MDA-5 抗体陽性の 47 例（女性 32 例、男性 15 例）、平均年齢 51.3 歳（2-81 歳）、平均罹病期間 3.0 ヶ月を対象とした。初診時の臨床所見として皮疹、筋力（低下の有無と頸前屈、肩屈曲、股屈曲、膝伸展の MMT）、嚥下障害、間質性肺疾患、関節炎、悪性腫瘍、筋原性酵素等ラボデータ、そして薬物治療、開始時と終了時 ADL（バーサルインデックス）、リハビリテーション治療、転帰等を調査した。

【結果】

全例皮膚筋炎であった。筋原性酵素の上昇を伴った筋力低下は 14 例にみられた。頸前屈、肩屈曲、股屈曲、膝伸展の MMT は中央値が、各々 5、5、4、5 であった。2 歳および意識障害の 2 症例については、筋力評価は行えず、結果からは除外した。間質性肺疾患は全例、縦隔気腫 10 例、嚥下障害は 2 例、関節炎は 21 例、悪性腫瘍は 1 例にみられた。41 例に GC、Tac、IVCV による治療がおこなわれた他、一部で MMF、IVI g、血漿交換、TOF が使用された。リハビリテーション治療は、筋力強化が 46 例、呼吸が 8 例、嚥下障害に対して 2 例であった。ADL は開始時バーサルインデックスが平均 91.4 点、終了時は平均 98.8 点と改善、維持を示した。死亡の 3 例を除き自宅退院した。

【考察】

抗 MDA-5 抗体陽性筋炎は皮膚症状が必発であり、急速進行性間質性肺疾患が特徴で、予後不良とされている。近年早期からのさまざまな治療が行われており、今回の結果からは、高い ADL レベルで生存可能であり、そのための役割をリハビリテーションは担う必要があることが示された。

【倫理的配慮】

調査にあたっては大学の医学倫理委員会の承認を得た（No.961）。

【利益相反】

なし

② - 4 日本人皮膚筋炎・多発性筋炎患者に対する Functional Index-3 を使用した筋持久力評価

演者 釜田愛花¹、麦井直樹¹、櫻井吾郎¹、西悦子¹、堀江翔¹、小林亜里沙¹、仁木裕也¹

所属 1. 金沢大学附属病院

【key words】 皮膚筋炎・多発性筋炎、筋持久力、筋力

【目的】

皮膚筋炎・多発性筋炎（以下、筋炎）患者では、骨格筋の炎症により筋力低下や易疲労性を呈し、ADL および QOL の低下をきたす。臨床では最大筋力評価が一般的であるが、筋持久力の評価まだ十分に普及していない。今回、日本人筋炎患者を対象に Functional Index-3 (FI-3) を用いた筋持久力評価の有用性を横断的に検証するとともに、抗体別の特徴を明らかにすることを目的とした。

【対象および方法】

対象は当院の入院・外来で治療開始後 1 年以上経過し、症状が比較的安定している筋炎患者 24 例とした。平均年齢 58.5 歳、平均罹病期間 4.4 年、筋炎特異抗体は抗 MDA-5 抗体 9 例、抗 ARS 抗体症候群 9 例、抗 TIF-1 抗体 6 例であった。筋持久力評価には FI-2 の改訂版である FI-3 を用い、頸前屈、肩屈曲、股屈曲の 3 項目を実施した。各動作は 40 ビートの一定リズム下で最大反復回数を測定し、各項目の最大回数は 60 回、また同時期の MMT も測定した。

【結果】

各測定部位の平均回数は、頸前屈 29 回、肩屈曲右 43 回、左 43 回、股屈曲右 46 回、左 47 回であり、FI-3 合計スコアの平均は 70 点(100 点満点中)であった。FI-3 による部位別比較では、肩屈曲、股屈曲、頸前屈の各課題間で有意差がみられた。(p=0.05)。特に頸部屈曲は、MMT が 4~5 と比較的保たれているにもかかわらず、FI-3 スコアの低下が認められた。抗体別に比較すると、FI-3 スコアに統計学的有意差はみられなかったものの、頸前屈/肩屈曲/股屈曲の平均回数は、抗 MDA-5 抗体群で 47 回/35 回/55 回、抗 ARS 抗体症候群で 44 回/33 回/43.5 回、抗 TIF-1 抗体群で 39 回/21 回/41.5 回であった。(p<0.05)。同時期の MMT の中央値は頸前屈、肩屈曲、股屈曲全て 5 であった。

【考察】

IMACS のコアセットにおいて、アウトカムの一つである FI-2 は筋持久力の評価として有用性が示されているが、7 項目で測定に 30 分以上用する。FI-3 は 3 つの課題と簡便で臨床使用が容易である。今回、MMT 4~5 の対象患者であり、一部天上効果もみられたが、測定部位は筋炎患者にとって重要であり回復程度を調べることは意味深い。しかしながら、MMT 0~2 については測定できず、重症例では使用できないが、今後は、縦断的調査を行っていきたい。また、3 抗体において有意差がみられなかったが、筋炎で回復がみられた後は MDA-5 抗体患者のような軽度筋症状患者と他の抗体患者が同程度に回復が期待できることが示された。

【倫理的配慮】

調査にあたっては大学の医学倫理委員会の承諾を得た(No.961)

【利益相反】

なし

③ - 1 頸椎および腰椎二期的手術後におけるバランス機能および歩行能力の推移
—姿勢安定度評価指標 (Index of Postural Stability) を用いた症例報告—

演者 井上仁¹、中園貴志¹、隈田絵梨¹、工藤義弘¹、生野有一¹

所属 1. 九州大学病院別府病院 リハビリテーション部

【key words】 姿勢安定度評価指標、バランス機能、歩行能力

【はじめに】

頸椎症性脊髄症および腰部脊柱管狭窄症は、いずれもバランス機能や歩行能力の低下を呈し手術適応となる場合がある。各疾患の術後経過に関する報告は散見されるが、頸椎・腰椎を二期的に手術した症例におけるバランス機能の推移に関して客観的指標を用いて検討した報告は少ない。今回の目的は、姿勢安定度評価指標 (Index of Postural Stability、以下 IPS) を用いて二期的手術後のバランス機能と歩行能力の経時的変化及び、IPS が評価として有用であるかを検討することとした。

【対象および方法】

症例は、頸椎症性脊髄症および腰部脊柱管狭窄症の診断にて、頸椎椎弓形成術 (C3-C6) および腰椎棘突起縦割式部分椎弓切除術 (L1-L5) を二期的に施行した 80 歳代男性である。評価項目は、重心動揺、Functional Balance Scale (FBS)、10m 歩行、Timed Up and Go test (TUG) とした。重心動揺は、重心動揺計 (ANIMA 社製) を用いて、平均重心動揺面積と安定域面積から IPS を算出した。測定条件は、裸足で開眼・足幅 15cm とした。評価時期は術前 (X-1 日)、頸椎術後 (X+24 日)、腰椎術後 (X+159 日) とした。

【結果】

IPS は術前 0.586、頸椎術後 0.868、腰椎術後 1.166 と経時的に改善した。IPS の項目に関して、平均重心動揺面積は術前 16.22 cm²から頸椎術後 15.11cm²、腰椎術後 7.76 cm²へと縮小し、安定域面積は 46.36 cm²から 96.39cm²、106.04 cm²へと拡大した。FBS は 37 点、44 点、44 点であった。10m 歩行は術前 8.02 秒から 7.73 秒、6.88 秒へ改善し、TUG は 9.64 秒から 8.15 秒、8.45 秒へ推移した。

【考察】

本症例では頸椎および腰椎術後のいずれの時期においても IPS、FBS、歩行能力の改善の傾向が並行して認められた。IPS では、平均重心動揺面積の縮小と安定域面積の拡大が認められ、立位時の姿勢安定性向上に加え、安定域内の能動的重心制御能力が改善したと考えられる。また、IPS は立位姿勢における評価指標であるが、動的要素を含む FBS や歩行能力と関連の可能性があり、評価として有用であることが示唆された。今回は頸椎術後には主に安定域面積の変化が、腰椎術後には平均重心動揺面積の変化が認められたが、これらが手術部位特有の影響であるかは明らかではない。今後は症例を蓄積し、手術部位ごとの IPS の変化様式について検討する必要がある。

【倫理的配慮】

症例に対して個人情報保護に配慮して本学会に発表する旨を口頭で説明し承諾を得た。

【利益相反】

本演題に関連して、筆頭演者に開示すべき利益相反はない。

③ - 2 血液内科入院患者において入院時 Performance Status は退院転帰及び身体機能と段階的に関連する

演者 岡島庸介^{1,2}、三宅邦夫²、八木野孝義¹、田中優貴¹、佐藤美帆¹、熊谷拓磨³、
波呂浩孝¹、横道洋司²

所属 1. 山梨大学医学部附属病院 リハビリテーション部
2. 山梨大学大学院 疫学講座
3. 山梨大学医学部 血液・腫瘍内科学講座

【key words】造血管腫瘍、退院、身体機能

【目的】

血液内科患者の入院時 Performance Status (PS) と、退院転帰及び身体機能との関係を明らかにし、臨床的意義を検討する。

【方法】

2022年2月1日から2025年4月30日までに血液腫瘍により当院に入院し、リハビリテーションを実施した患者200名を分析対象とした。PSをPS1(91名)、PS2(36名)、PS3(32名)、PS4(41名)の4群に分類した。主要評価項目を退院転帰(自宅退院/転院)とし、副次評価項目を介入開始時のBarthel Index (BI)、Home Care Score (HCS)、入院前ADL、年齢、Body Mass Index (BMI)、リハビリ単位数とした。群別に各項目の中央値・割合を計算し、ノンパラメトリック検定で比較した。

【結果】

自宅退院率(PS1: 92.3%、PS2: 83.3%、PS3: 65.6%、PS4: 36.6%)はPS悪化に伴い段階的に低下した($p < 0.001$)。BI(PS1: 100、PS2: 78、PS3: 38、PS4: 10)、HCS(PS1: 15、PS2: 12、PS3: 11、PS4: 9)、入院前ADL自立率(PS1: 96.7%、PS2: 83.3%、PS3: 56.2%、PS4: 41.5%)においてもPS悪化に伴う段階的低下を認めた($p < 0.001$)。また、PS悪化に伴い年齢(PS1: 70歳、PS2: 73歳、PS3: 76歳、PS4: 76歳)は高く($p < 0.001$)、BMI(PS1: 22.8、PS2: 22.2、PS3: 20.9、PS4: 20.3)は低かった($p < 0.001$)。リハビリ単位数は傾向を認めなかった($p = 0.70$)。

【考察】

入院時PSは重症度指標に留まらず転帰及び身体機能と関連し、入院前ADLや栄養状態も反映する包括的指標である可能性が示された。PS悪化に伴う段階的変化は、入院時点で退院転帰の予測や介入方針決定に有用である可能性がある。一方リハビリ単位数に差を認めなかったことから、現行の介入ではPS不良例への転帰改善に限界があると考えられる。PSに応じたリハビリテーションの介入戦略を再検討する必要性及び退院に向けた早期家族支援の重要性が示唆された。

【倫理的配慮】

山梨大学倫理委員会(番号: 2991)の承認を得た。

【利益相反】

なし。

③ - 3 小児がんリハビリテーション多施設共同研究コンソーシアムの活動と課題
ー小児がんリハビリテーションの標準化とエビデンス構築に向けてー

演者 飛田良¹、阿部広和²、阿部真佐美³、井上順一朗⁴、大段沙緒利⁵、岡村綾子⁶、
北原エリ子⁷、楠本泰士⁸、佐藤紗弥香⁹、横地裕也¹⁰、六本木温子¹¹

所属 1. 滋賀医科大学医学部附属病院 リハビリテーション部
2. 埼玉県立小児医療センター 保健発達部門
3. 札幌医科大学病院 リハビリテーション部
4. 神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション部
5. 倉敷中央病院 リハビリテーション部
6. 旭川医科大学病院 リハビリテーション部
7. 順天堂大学医学部附属順天堂医院 リハビリテーション室
8. 福島県立医科大学附属病院 リハビリテーションセンター
9. 長野県立こども病院 リハビリテーション技術科
10. 岐阜市民病院 リハビリテーション部門
11. 群馬県立小児医療センター リハビリテーション課

【key words】小児がん、多施設共同研究、コンソーシアム

【目的】

小児がんリハビリテーション（以下、リハビリ）の標準化とエビデンス構築を目的に、Japanese Pediatric Cancer Rehabilitation Consortium を立ち上げた。本発表では、コンソーシアム結成の背景と活動内容、現在進行中の多施設共同研究について報告し、その課題を明らかにする。

【背景および活動内容】

コンソーシアム結成の契機は2021年に全国の小児がん診療施設を対象に実施した実態調査（飛田ら、理学療法学49巻1号）であり、同調査にて小児がんリハビリに関する標準化とエビデンス不足の課題が明らかになった。情報共有による小児がんリハビリの標準化と多施設共同研究によるエビデンスの構築を目的に、2022年に有志団体として本コンソーシアムを発足した。会則・データ管理規定等を整備し、年4回のオンライン会議とチャットツールを用いて情報共有を行っている。また、評価の統一、症例登録システムおよび倫理審査の整備を行い、小児血液がんにおけるリハビリの有効性を検討する多施設共同研究を2023年4月より開始した。多施設共同研究の実務上の課題を整理するために、2025年9月に研究参加施設へのアンケート調査を実施した。

【結果】

研究開始後、当初の想定よりも症例集積が進まず、定期的な運営会議での検討を通じて、包含基準を満たす症例が少ないことが明らかとなった。共同研究機関の拡大が必要と判断し、関連学会等での広報活動により参加施設を募り、当初の9施設14名から現在11施設18名へ増加した。アンケート調査により、参加施設の20%が多施設共同研究に負担を感じており、負担の内容として診療業務との両立、説明と同意の取得、データベースの入力、倫理審査が挙げられた。

【考察】

定期的な協議体制とアンケート調査により、多施設共同研究の課題が明らかとなった。小児がんのような希少疾患領域では、症例集積が研究遂行の大きな障壁となり、多くの施設の参加が鍵となる。

一方、実務上の課題として参加施設の負担が挙げられ、研究手順の簡略化や役割分担による負担軽減策の必要性が明確になった。今後はこれらの課題に対応しながら本研究の完遂を目指すとともに、参加施設の拡大を図りたい。

【倫理的配慮】

本発表は、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の対象ではない

【利益相反】

開示すべき利益相反はない

③ - 4 当院における妊娠合併症により入院管理を要した妊婦に対する理学療法介入の実態

演者 八丁真央¹、田島茂樹¹、堀弘明¹、石黒はる¹、由利真¹、向野雅彦²

所属 1. 北海道大学病院 リハビリテーション部

2. 北海道大学病院 リハビリテーション科

【key words】妊娠合併症、理学療法、産科

【目的】

妊娠合併症により入院管理を要する妊婦では、長期入院に伴う廃用症候群等が問題となる。当院では、週1回の多職種カンファレンスを通じて、妊娠合併症を有する妊婦に対する理学療法介入の適応や内容について検討している。本調査は、理学療法処方から終了までの流れ、患者背景、介入内容・回数および安全性の実態を明らかにすることを目的とした。

【対象および方法】

2023年9月から2025年11月までに、妊娠合併症により入院し、理学療法が処方された患者を対象とした。診療録より、年齢、妊娠週数、入院理由、治療内容、理学療法処方契機、介入内容・回数、理学療法実施期間および終了理由を抽出した。安全性評価として、介入期間中の子宮収縮の増悪、性器出血等の有害事象を確認した。

【結果】

対象40例、平均年齢は 32.8 ± 4.8 歳、開始時妊娠週数は 33.6 ± 3.4 週であった。介入開始時の安静度は、院内フリー23名、病棟内フリー15名、床上安静2名であった。理学療法は入院後19.8日（中央値）で開始され、主に上下肢筋力訓練および病棟内歩行を実施した。腹部緊満感等の自覚症状を確認し、必要に応じて段昇降練習やストレッチを選択した。子宮頸管長の変化や医師の評価を踏まえ、運動量調整が行った。介入回数は平均 23.4 ± 18 回であり、終了理由は症状安定による退院、安静度の変更、分娩への移行等であった。介入期間中の運動契機による有害事象は認められなかった。

【考察】

当院では多職種カンファレンスを通じて、主に廃用予防および安楽確保を目的とした妊娠合併症をもつ患者への理学療法介入を実施している。介入内容は、妊娠週数や安静度を踏まえた低～中等度の運動が中心であり、介入期間中に症状の悪化や有害事象を認めなかったことから、多職種による情報共有と管理下において理学療法は安全に実施可能であることが示唆された。

【倫理的配慮】

本発表は、研究を目的としたものではなく、通常診療の一環として実施した取り組みの活動報告である。発表にあたっては、個人が特定されないように十分に配慮した。

【利益相反】

本報告に関して、開示すべき利益相反は存在しない。

③ - 5 肺がん手術症例における術前運動負荷試験は必要か？

演者 齋藤貴¹、岡久哲也¹、近藤心¹、松浦哲也¹

所属 1. 徳島大学病院 リハビリテーション部

【key words】肺がん、運動負荷試験、手術範囲

【はじめに】

早期肺がんの標準治療は肺切除術であり、近年では肺葉切除だけでなく区域切除や部分切除といった手術範囲の選択肢が増えている。術前の臨床病期により、手術範囲の選択に運動負荷試験の結果を考慮することが推奨されている。しかし、実際に運動負荷試験の有無によって治療の選択肢や術後成績に影響があるのかは不明瞭である。本研究では、肺切除術を受ける肺がん患者において、術前運動負荷試験の導入効果を調査することを目的とした。

【対象および方法】

本研究は後方視的コホート研究である。徳島大学病院で2022年12月～2025年1月までに呼吸器外科で肺切除術を受けた肺がん患者全例をリクルートした。除外基準は臨床病期が0、運動負荷試験の結果手術を行わなかった症例とした。2024年1月を起点に術前検査として運動負荷試験を導入しており、実施された症例は運動負荷試験群とした。それまでの症例は術前運動負荷試験の実施はなくコントロール群とした。メインアウトカムは手術範囲（部分切除、区域切除、肺葉切除）および術後呼吸器合併症の有無とした。呼吸器合併症は術後90日以内に発生した手術に関連するCTCAE ver5.0でGrade2以上の合併症と定義した。統計解析は χ 二乗検定を行い、運動負荷試験実施の有無における各アウトカムの発生率の差を比較検討した。統計学的有意水準は5%とし、統計解析にはstata ver18.0を用いた。

【結果】

252名がリクルートされ、29名を除外した223名が解析対象者となった運動負荷試験群は105名(47.1%)であった。運動負荷試験導入の結果、手術範囲の選択は両群間で差はみられなかった(運動負荷試験群 vs. コントロール群, 部分切除: 17名[16.2%] vs. 27名[22.9%]; 区域切除: 25名[23.8%] vs. 26名[22.0%]; 肺葉切除: 59名[56.2%] vs. 65名[55.1%], p値=0.12)。呼吸器合併症についても両群間で有意な差は認められなかった(運動負荷試験群 vs. コントロール群, 26名[24.8%] vs. 18名[15.3%], p値=0.08)。

【考察】

運動負荷試験群およびコントロール群において手術範囲および術後呼吸器合併症の発生割合に差はみられなかった。術前運動負荷試験は術後の合併症を予測する因子と報告されているが、臨床応用された際の有効性については今後も検証が必要である。

【倫理的配慮】

本研究は、徳島大学病院倫理審査委員会（承認番号4546）の承認を得て実施された。

【利益相反】

本研究に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

③ - 6 下肢原発性悪性骨軟部腫瘍に対する患肢温存術後 2 年間の患肢機能推移と患者立脚型評価との関連

演者 牧浦大祐¹、重本千尋²、原仁美³、酒井良忠⁴

所属 1. 神戸大学医学部附属病院国際がん医療・研究センター リハビリテーション部門
2. 神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション部
3. 神戸大学大学院医学研究科 整形外科
4. 神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科

【key words】 悪性骨軟部腫瘍、患肢機能、患者立脚型評価

【目的】

悪性骨軟部腫瘍に対する外科治療では広範切除を伴うため術後の患肢機能障害が生じやすく、患者立脚型評価を用いた評価が重要である。今回、患肢機能を手術から 2 年間前向きに調査し、患肢機能の推移と、患者立脚型評価と客観的評価との関連を検討した。

【対象および方法】

2018 年 7 月から 2023 年 12 月に神戸大学医学部附属病院で下肢原発性悪性骨軟部腫瘍に対して患肢温存術を施行した 17 名を対象とした。客観的評価として筋力（等尺性膝伸展筋力の健側比）と可動域（膝関節屈曲）、患者立脚型評価としてトロント患肢温存スコア（TESS）を手術前・術後半年・1 年・2 年の 4 時点で評価した。線形混合効果モデルで手術前と各時点と比較し、各時点における TESS と筋力・可動域との Spearman の順位相関係数を算出した。

【結果】

対象者の年齢は中央値 24 歳、男性が 10 名（58.8%）であった。13 名（76.5%）が骨腫瘍で人工関節置換を施行し、12 名（70.6%）で術後化学療法を施行し、手術から入院治療終了までの期間の中央値は 162 日であった。筋力は術前 52.5%、術後半年 27.6%、術後 1 年 32.7%、術後 2 年 30.6%で、術前と術後半年・2 年に有意差を認めた。可動域は術前 148 度、術後半年 97.5 度、術後 1 年 118 度、術後 2 年 125 度で、術前とすべての時点で有意差を認めた。TESS は術前 73.2%、術後半年 66.2%、術後 1 年 78.3%、術後 2 年 86.2%で、術前と術後 2 年に有意差を認めた。各時点における TESS と筋力・可動域は有意な相関を認めなかった。

【考察】

筋力と可動域は術後 2 年時点でも術前より低値であった一方で、TESS は術後 2 年で術前より高値を示した。また、TESS と筋力・可動域との間に相関は認められなかった。本研究の結果から、患肢温存術後の客観的評価と患者立脚型評価は異なる経過を示し、患者立脚型評価は特定の身体機能だけでなく多面的な要素を反映する可能性が示唆された。したがって、患肢温存術後では、客観的評価と患者立脚型評価を併用した包括的な患肢機能評価が重要である。

【倫理的配慮】

本研究は、神戸大学医学部附属病院医学倫理委員会（承認番号 180054）の承認を得て実施した。対象者には文書で研究の目的・方法を説明し、書面で同意を取得した。

【利益相反】

開示すべき利益相反関連事項はない。

④ - 1 義歯の工夫により構音と嚥下機能が改善した舌癌の1例

演者 飴矢美里^{1,2}、本釜聖子³、田中加緒里¹、羽藤直人¹

所属 1. 愛媛大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科
2. 愛媛大学医学部附属病院 診療支援部 リハビリテーション部門
3. 愛媛大学医学部附属病院 歯科口腔外科・矯正歯科

【key words】舌癌、補綴、嚥下障害

【はじめに】

舌癌術後患者のリハビリテーションは、残存組織や機能を生かした代償的指導や補綴治療が中心となる。今回、舌癌術後に舌のポジショントレーニングを目的に、上顎義歯に隆起（アンカーノッチ）を付与し、舌の機能訓練を実施したことで、構音と嚥下機能が改善した症例を経験したので報告する。

【症例】

60歳代男性。右側舌癌（pT3N1M0）、頸部リンパ節転移にて、当院歯科にてX月Y日舌半側切除術、外側大腿皮弁再建術、右側頸部郭清術が施行された。術後、舌接触補助床、下顎部分床義歯が製作され、全粥とミンチ食を摂取可能となり、自宅退院した。3か月後、化学療法導入のため再入院したところ、皮弁部の咬傷や食事困難感、構音の不明瞭さを認め、STが介入することとなった。嚥下内視鏡検査では、咽頭期は保たれていたが、食塊形成と送り込みに時間を要し、準備期、口腔期の嚥下障害を認めた。構音は全体的に歪み、発話明瞭度は3であった。舌は、右側が舌尖から舌根まで皮弁で再建されており、突出時に左側へ偏位、口腔内では舌尖は常に左側に位置していた。補綴歯科専門医に相談し、舌の位置の矯正と前舌の運動機能強化を目的に、上顎義歯の硬口蓋前方部にアンカーノッチを付与してもらった。訓練では、舌の可動域と筋力訓練や構音訓練に加え、アンカーノッチに舌尖を接触させる訓練を行い、自宅で継続を指示した。2か月後、構音時に意図的に舌を正中に動かすようになり、発話明瞭度は改善し、食事時間が短縮した。

【考察】

口腔内における舌の正常な位置は、舌尖が硬口蓋の前方にあるスポットと呼ばれる膨らみに触れる状態である。本症例では、舌癌術後に舌の可動域制限による舌尖の挙上困難と偏位を認めた。舌接触補助床にアンカーノッチを取り付けたことで、スポットに代わる手がかりとなり、舌の位置の矯正につながり、構音の明瞭度と準備期・口腔期の摂食嚥下機能が改善したと考える。

【まとめ】

本症例には、言語聴覚士と補綴歯科専門医が連携し、舌のトレーニングを容易にする補綴治療と残存機能を生かした代償的法の指導が有効であったと考える。

【倫理的配慮】

ヘルシンキ宣言に基づき、症例に十分な説明を行い、書面にて同意を得た。

【利益相反】

申告すべきものなし。

④ - 2 発語失行を呈した患者に対するプロソディ改善に着目したアプローチ
ー モーラ数変更の有効性の検討 ー

演者 石谷卓士¹、辻澤陽平¹、高澤利菜¹、田原翼¹、松崎悠¹、堀弘明¹、
堤昌恵¹、向野雅彦²

所属 1. 北海道大学病院 リハビリテーション部
2. 北海道大学病院 リハビリテーション科

【key words】 発語失行、プロソディ、モーラ数

【はじめに】

発語失行に対する訓練としてモーラ指折り法（1モーラ）の有効性が報告されている。同法は明瞭な音の表出を可能とする一方、一音ずつに区切ることによりプロソディが低下するという課題がある。予備的検討では、1モーラから2モーラへの変更を試みたところ、モーラ指折り法では音の歪みが増加したのに対し、足タッピングではプロソディの改善が認められた。本研究ではモーラ指折り法（1モーラ）により、比較的明瞭な音の表出は可能であったがプロソディの低下を認めた症例に対し、足タッピング（2モーラ）を導入し、モーラ数の変更がプロソディに及ぼす影響を検討した。

【対象および方法】

70代男性、MRIで左中心前回下部を主座とする脳梗塞を認めた。失語症は軽度書字障害が残存するが理解は保たれていた。レーブン色彩マトリシス検査は24/36であった。「北風と太陽」冒頭4文（128モーラ）を①通常音読②モーラ指折り法（1モーラ単位）③足タッピング（2モーラ単位）で音読し、テンポは各条件で同期可能な自己ペースとした。ASRS-3.5でプロソディ項目を評定し、Praatを用いて発話速度、構音速度、音節分離、引き延ばし、音の歪み、探索・言い直しの回数を集計した。

【結果】

通常音読（N）/モーラ指折り法（F1）/足タッピング（F2）の順に、発話速度（総モーラ/総時間）は2.21/1.41/1.64、構音速度（総モーラ/有声時間）は3.63/2.62/3.11であった。ASRS-3.5プロソディ総点（点）は6/8/5であった。音節分離（回）は10/18/6、引き延ばし（回）は15/32/19、音の歪み（回）は60/51/51、探索・言い直し（回）は13/24/33であった。F1およびF2はNと比較し音の歪みを減少させた。F1では音節分離および引き延ばしが増加し発話速度が低下した。一方F2では音節分離が少なく構音速度が相対的に保たれたが、探索・言い直しが増加した。

【考察】

モーラ数の変更はプロソディの改善に一定の寄与を示した。1モーラ条件は音の歪みを軽減し発話の明瞭さの維持に有効であった一方、プロソディ異常が顕著であった。2モーラ条件では音の途切れが軽減しプロソディの改善が示唆されたが、探索・言い直しの増加がみられた。すなわち、明瞭な音の表出とプロソディの両立は容易ではなく、症例の特性に応じたモーラ数の選択や提示様式（手指・足）の違いも含めた個別化が重要であると考えられた。

【倫理的配慮】

ヘルシンキ宣言に基づき、研究対象者に口頭で説明し同意を得て実施した。

【利益相反】

開示すべき利益相反はない。

④ - 3 リハビリテーション手法標準コードを用いた医療・介護の訓練内容の比較：多施設間横断調査

演者 塩田繁人¹、吉川浩平¹、平田和彦¹、三上幸夫¹

所属 1. 広島大学病院 診療支援部 リハビリテーション部門
2. 広島大学病院 リハビリテーション科

【key words】リハビリテーション手法標準コード、医療介護連携、標準化

【はじめに】

急性期から生活期まで切れ目のないリハビリテーション医療提供体制の構築は喫緊の課題である。しかし、医療機関と介護施設におけるリハビリテーション治療の実施内容の違いは指摘されてきたものの、その実態は十分に明らかにされていなかった。本研究は、リハビリテーション手法の標準コードを用いて、医療・介護における実施内容の差異について明らかにすることを目的とした。

【対象および方法】

2024年12月～2025年1月に、医療機関および介護保険リハビリテーション事業所を有する32施設を対象とした多施設間横断調査を実施した。調査日は一点調査とし、当該日に実施したリハビリテーション治療の内容ならびに年齢、性別、主疾患、認知症自立度、Barthel Index (BI) を Google Form を用いて収集した。医療機関と介護施設を独立変数とし、各標準コードを従属変数としたロジスティック回帰分析により検討した。

【結果】

解析対象は1,163例（医療機関622例、介護施設541例）であった。多変量解析の結果、年齢、認知症の有無、BIを調整しても、介護施設ではIADL訓練（OR 2.02）および環境調整・支援（OR 3.52）の実施割合が有意に高く、医療機関では持久力訓練（OR 0.55）、歩行訓練（OR 0.61）、ADL訓練（OR 0.60）、摂食嚥下訓練（OR 0.39）の実施割合が有意に高かった。

【考察】

医療機関では身体機能やADLの改善に向けた訓練が多く、介護施設ではIADL訓練や環境調整・支援が重視されていた。これらの差異は、対象者のリハビリテーションフェーズの違いに加え、施設内の機器や人員配置など物的・人的資源の影響を受けている可能性があり、この差異を考慮した連携体制の構築が重要と考える。今後は、ADLの変化やリハビリテーション治療内容の日次データを縦断的に収集することで、ADL改善に最適なりハビリテーション治療の組み合わせや実施時間を明らかにし、効果的な治療を確立する必要がある。

【倫理的配慮】

広島大学病院疫学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：E2024-0137）。

【利益相反】

開示すべき利益相反はない。

⑤ - 1 没入型 VR ベースの注意機能トレーニングが奏効した膠芽腫の一症例

演者 廣野岳慈¹、松崎悠¹、本谷卓朗¹、小川圭太¹

所属 1. 北海道大学病院 リハビリテーション部

【key words】 膠芽腫、没入型仮想現実、認知リハビリテーション

【目的】

脳腫瘍患者では、治療の影響により注意機能を含む認知機能障害を呈することが少なくない。その中でも膠芽腫は脳腫瘍の中で最も予後不良であり、認知リハビリテーションの有効性に関する報告は限られている (Myneni ら, 2026)。一方、近年は没入型仮想現実 (virtual reality : VR) を用いた認知リハビリテーションが注目されているものの、膠芽腫患者を対象とした没入型 VR の実践報告はほとんどない。本報告では、膠芽腫患者に対し、シスネット株式会社製の VR 型半側空間無視リハビリ支援システム (Vi-dere) を活用した注意機能トレーニングを実施し、注意機能の改善を認めたので報告する。

【対象および方法】

症例は 60 歳代男性、右利き。右前頭葉腫瘍を指摘され、X 年 Y 月 Z 日に前医にて腫瘍摘出術施行し、膠芽腫の診断。当院転院後、作業療法を開始。軽度運動麻痺を認めたが、ADL は自立。神経心理学的所見では、ACE-R : 96/100、WAIS-IV FSIQ : 92、FAB : 17/18 と全般的認知機能は保たれていたが、WAIS-IV PSI : 71、Memory updating 4 : 37.5%、PASAT 1 秒 : 16.7%と注意機能障害を認めた。Z+41 日より、Vi-dere を用い、選択性注意 (2D) 課題および二重課題を 1 日 2 回、1 回 40 分、20 日間実施。なお、Z+43 日より放射線化学療法を開始。Z+63 日に腫瘍病変の増大を認めたが、Z+65 日に Vi-dere 介入を完遂した。

【結果】

介入後評価 (Z+66-72 日) では、WAIS-IV PSI : 82、Memory updating 4 : 81.3%、PASAT 1 秒 : 30.0%と、介入前と比較して注意機能指標の改善を認めた。

【考察】

本症例における注意機能の改善には、VR に基づく介入による神経可塑性変化が関与した可能性が考えられる。先行研究では、VR を用いた認知トレーニングが脳の興奮性やシナプス可塑性を高め、神経ネットワークの機能的統合を促進することで認知機能の改善に寄与する可能性が示唆されており (Ten Brinke ら, 2019)、本症例においても同様の機序が関与した可能性が示唆される。

【倫理的配慮】

ヘルシンキ宣言に沿い、対象者に説明し口頭同意を得た。

【利益相反】

開示すべき利益相反関連事項はない。

⑤ - 2 前腕切断者への筋電電動義手処方における職場訪問の意義

演者 星川直哉¹、下田亜由美¹、中村将人¹、鈴木ひなの¹、岡本崇志¹、林満²、山内克哉³

所属 1. 浜松医科大学医学部附属病院 リハビリテーション部
2. 株式会社 松本義肢製作所
3. 浜松医科大学 リハビリテーション医学講座

【key words】筋電電動義手、職場訪問、職場復帰

【はじめに】

上肢切断者の職場復帰には、身体機能の回復のみならず、作業特性の分析や義手の選定・適応、職場環境調整など多面的支援が求められる。本報告では、能動義手および筋電義手の適応訓練と作業課題分析を段階的に実施し、円滑な職場復帰に至った1例を示す。

【事例紹介】

20代男性、右利き。診断名は右前腕切断。X-90日、プレス機作業中の挟圧事故により右前腕を受傷し前医で加療。X-14日、義手導入を希望し当院受診。X日よりOTにて能動義手訓練を開始した。主訴は「やりたいことが見つからない」であり、HOPEは「仕事に戻りたい」であった。性格特性として内向性と自己表出の乏しさを認めた。右上肢残存部機能は良好で、MMT5/5、BI100点。能動義手使用下では、BBT10個、STEF1点、DASH機能33.9・仕事50、Hand20は93であった。義手装着は1~2時間/日であった。

【OT経過】

事例の性格特性に配慮しつつ、HOPEを踏まえ、能動義手の操作確立と職場復帰を主要目標とした。着脱練習、基本操作、ADL訓練を中心に実施した。義手操作の向上とともに復職意欲が明確化した。X+21日、作業特性評価を基に筋電義手の選定を開始し、X+61日、集中訓練目的で2週間入院した。X+110日、職場訪問を実施し、事例・職場・医療者の三者で業務内容を確認した。X+124日、試行的勤務を経て受傷前業務の再開に至った。復職後は「仕事での自信がついてきた」との発言が得られ、X+204日には8時間勤務へ移行し、能動義手を併用することで、従来業務に加え新規作業の遂行も可能となった。

【結果】

心身機能は著変なし、筋電義手使用下ではBBT20個、STEF31点、DASH機能21.55・仕事18.75、Hand20は82であった。義手装着は10~12時間/日へ増加した。

【考察】

Klevangerらは、職場訪問は職務内容や作業環境を実際に確認し、調整点や合理的配慮を明確化する上で有用であると述べている。本事例では、性格特性を踏まえた関わりにより本人の価値観を引き出し、義手適応と業務調整を統合的に進めたことで、職場復帰のみならず業務拡大にもつながった。

【倫理的配慮】

発表に際し個人情報保護に配慮し、事例に説明し同意を得た。

【利益相反】

利益相反はない。

⑤ - 3 腱移行術後の長期経過における主訴の変化に応じた作業療法介入の一例

演者 大日方僚¹、塩出亮哉²、橋田剛一¹

所属 1. 大阪大学医学部附属病院 リハビリテーション部
2. 大阪大学医学部 整形外科

【key words】 上肢機能、末梢神経障害、満足度

【目的】

後骨間神経麻痺に対する腱移行術は、術後数ヶ月から半年にかけて機能改善が得られることが報告されている。腱癒着予防および運動再教育を目的に早期運動療法が標準的であり、術後長期経過例におけるリハビリテーション介入の報告は少ない。腱移行術後の主訴の変化に応じて介入内容を調整した作業療法の経過と術後1年以上にわたる機能変化を報告する。

【対象および方法】

症例は40代後半、男性、右利き。左後骨間神経鞘腫に対する腫瘍核出術後に後骨間神経麻痺を呈した。自然回復が得られず、腱移行術（FCR→EDC、PL→EPL、APL固定）を施行した。作業療法は腱移行術後に開始した。術後5ヶ月より軟部組織伸張性低下に対しフロッシングを実施し、術後9ヶ月より母指伸展不良に対しPLへの電気刺激を導入した。さらに術後13ヶ月時点で日常生活や仕事での把持不良・物品落下を伴う協調運動の問題が残存し、協調運動の再構築を目的に上肢単関節 HAL（HAL-SJ）を用いた手指伸展運動を導入した。腱移行術後22ヶ月で作業療法は終了した。DASHスコアは術前、HAL-SJ導入前（術後13ヶ月）、作業療法終了時（術後22ヶ月）の3時点で評価した。

【結果】

ROMは、術後9ヶ月から13ヶ月にかけて母指IP関節伸展（ -4° → 6° ）、術後13ヶ月から22ヶ月にかけて示指～小指MP関節伸展平均値（ -2° → 14° ）と改善した。MMTは、術前（左）EDC1、EDM1、EIP1、ECU3、EPL1、EPB1、APL1から、作業療法終了時にはEDC5、EDM3、EIP4、ECU5、EPL3+、EPB3+、APL3と改善した。DASHスコアの機能障害／症状は25点→28.3点→16.7点、仕事は25点→31.2点→12.5点と推移した。

【考察】

本症例では、術後経過に伴い主訴が変化し、軟部組織伸張性低下や母指伸展不良に加え、生活動作に関連した協調運動の問題が認められた。主訴や運動様式の変化に応じて介入内容を調整したことが、術後長期経過例における機能改善に寄与したと考えられた。また、DASHスコアの改善および主訴の軽減には、経時的変化を踏まえた介入目標の再編成が重要であると考えられた。

【倫理的配慮】

本発表にあたり、対象者に口頭で説明し、同意を得た。

【利益相反】

開示すべき利益相反はない。

特別演題「我が大学病院自慢セッション」

1 神戸大学医学部附属病院における言語聴覚士の取り組み ―頭頸部がん診療を中心に―

演者 高橋美貴¹、西岡仁美¹、村中由香¹、井上順一朗¹、丸山孝樹¹、古川竜也²、酒井良忠³

所属 1. 神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション部

2. 神戸大学医学部附属病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科

3. 神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション科

神戸大学医学部附属病院では、頭頸部がん患者に対して、耳鼻咽喉・頭頸部外科と連携しながら ST が術前評価、術後リハビリテーション、退院後の外来フォローまで継続した摂食嚥下支援を行っている。耳鼻咽喉科医と日常的に情報共有を行い、嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査などの評価結果を踏まえながら、患者の状態に応じたリハビリテーションを実施している。また、看護師、管理栄養士、歯科衛生士など多職種と連携し、週1回ミールラウンドやカンファレンスを通して嚥下機能や栄養状態を総合的に検討しながら、食形態の調整や経口摂取への移行を支援している。

当院には耳鼻咽喉科を中心とした摂食嚥下支援チームがあり、リハビリテーション科医や歯科口腔外科医、OT、摂食嚥下認定看護師、歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師、ST が協働しながら院内を横断的に嚥下診療に関わっている。入院患者に対する嚥下機能のスクリーニングや評価、各診療科からの相談対応などを通して、院内全体で摂食嚥下支援に取り組む体制づくりを進めている。

また、日常診療の中で得られた知見をもとに、学会発表などの研究活動にも取り組んでおり、臨床研究や多施設共同研究を通して得られた成果を学術集会で発信している。国際的な活動としては、2023年にタイ・バンコクで開催された第8回アジア頭頸部癌学会に参加し、発表する機会を得た。本参加は日本栄養治療学会による海外学会参加費助成および耳鼻咽喉科からの支援を受けて実現したものである。

さらに、喉頭がんや下咽頭がんの喉頭摘出後患者の社会復帰支援の一環として患者会との連携にも取り組んでいる。退院後の生活を見据え患者会を紹介するとともに、年1回開催される発表会にも参加し、退院後も継続した支援や交流の機会を大切にしている。

本発表では、頭頸部がん診療を中心とした当院の取り組みを紹介するとともに、実際に行った臨床研究の成果や海外学会での発表経験などにも触れながら、当院における ST の役割について報告する。

【倫理的配慮】

研究は神戸大学大学院医学研究科医学倫理審査委員会（承認番号 180323）の承認を得て実施された。

【利益相反】

本研究に関して開示すべき利益相反関連事項はない。

2 言語聴覚士による摂食嚥下障害患者への早期関与の実態：国立大学病院を対象としたアンケート調査

演者 吉川浩平¹、市本将也¹、長野友佳¹、塩田繁人¹、平田和彦¹、三上幸夫²

所属 1. 広島大学病院診療支援部 リハビリテーション部門

2. 広島大学病院 リハビリテーション科

【背景・目的】

近年、急性期医療における言語聴覚士（ST）の役割として、より早期からの嚥下機能の適切な評価と治療が求められている。一方で実際に急性期医療の ST の関わりについて調査した報告は少ない。そこで、国立大学リハビリテーション療法士協議会に所属し、高度急性期医療に従事する ST を対象に、摂食嚥下障害患者への早期治療の実態を明らかにすることを目的に調査を行った。

【方法】

調査期間は 2025 年 4 月 18 日～4 月 25 日とし、国立大学リハビリテーション療法士協議会に所属する言語聴覚士（ST）のうち、各所属機関の代表者 1 名を対象に、Google Form を用いたアンケート調査を実施した。調査内容は、全入院患者に対する入院時嚥下スクリーニングの実施状況、早期離床・リハビリテーション加算病棟における ST の関与状況、摂食嚥下支援チームの設置状況および ST の専従配置の有無等とした。なお、本調査において開示すべき COI 関係にある企業等はない。

【結果】

29 施設（回答率 65.9%）より回答を得た。全入院患者に嚥下スクリーニングを実施している施設は 24.1%（7 施設）であった。早期離床・リハビリテーション加算病棟における ST の参画は 72.4%（21 施設）もあり、ST 処方までの流れとして、医師・看護師のスクリーニング後、一定の基準を満たさない場合に ST 処方される傾向にあった。一方で対象病棟での体系的な嚥下プロトコルがある施設は 20.6%（6 施設）のみであった。所属機関において摂食嚥下支援チームを有する施設は 65.5%（19 施設）、うち ST の参画は 100%（19 施設）であった。さらに摂食嚥下支援チームの専従 ST を配置している施設は 31.5%（6 施設）であった。

【考察・結論】

早期離床・リハビリテーション加算病棟では ST のニーズが高く、多くの施設で一定の基準に基づいた関与が行われていた。一方、加算対象外病棟において全入院患者に嚥下スクリーニングを実施している施設は少なく、病棟スタッフの摂食嚥下障害に対する認識不足が一因と考えられた。近年、在宅高齢者における潜在的嚥下障害の増加が報告されており、入院を契機に嚥下障害が顕在化する例も少なくない。そのため、高齢者を診療するすべての診療科において摂食嚥下障害を念頭に置いた対応が求められる。摂食嚥下支援チームでの活動を通じ、ST には早期の適切な評価・治療に加え、その重要性を周知する役割が期待される。

3 国立大学病院発・小児生活習慣病予防の地域連携モデル

演者 眞鍋朋誉¹、福長健作^{2,3}、山下亜矢子²、熊野球乃²、池田彩乃¹、藤岡修司¹、森田伸¹、
吉村崇史^{2,3}、佐伯岳信^{2,3}、小林俊博^{2,3}、井町仁美^{2,3}、村尾孝児^{2,3}

所属 1. 香川大学医学部附属病院医療技術部 リハビリテーション部門
2. 香川大学医学部附属病院 糖尿病センター
3. 香川大学医学部附属病院 内分泌代謝内科

【目的】

香川県は、糖尿病をはじめとする生活習慣病の有病率が全国的にも高い地域として知られており、その背景には食習慣や身体活動量など、幼少期から形成される生活習慣の影響が指摘されている。同県では平成24年より、小学4年生および中学1年生を対象とした小児生活習慣病予防健診を実施し、身体計測、血液検査ならびに17項目の生活習慣調査を通じて、早期からの生活習慣改善の必要性を明らかにしてきた。本取り組みでは、こうした地域特有の社会的課題に対し、国立大学病院としての使命のもと、健診結果を教育現場へ還元する実践として、香川県からの委託を受け、理学療法士が医師・歯科衛生士・管理栄養士と連携した出前型健康教育を実施し、小児期からの生活習慣病予防に寄与することを目的とした。

【対象および方法】

2022年度より、当大学病院内分泌代謝内科・糖尿病センターの医師、歯科衛生士、管理栄養士、ならびにリハビリテーション部門所属の理学療法士が小学校を訪問する出前教室「未来教室」を実施している。授業は生活習慣、歯科、身体活動、栄養の4ブースで構成し、少人数・短時間の体験型学習を通じて児童の主体的な問題解決を促す形式とした。身体活動ブースでは、標準体重の調べ方や家庭で実践可能な運動体験を提供した。2022年度は1校105名、2023年度は4校404名、2024年度は5校610名と実施規模を拡大し、延べ1000名を超える児童が参加した。

【結果】

本取り組みは継続的に実施され、香川県健康福祉課および香川県教育委員会からの理解と支援を得ながら、学校現場への定着が進んでいる。教員からは「健診結果と結びついた具体的な指導が可能になった」、児童からは「運動や食事を見直したい」といった肯定的な反応が得られ、多職種による体験型教育の有用性が示唆された。

【考察】

小児生活習慣病予防健診と大学病院主導の出前教室を組み合わせることで、児童に早期から実践的な健康教育を提供できる可能性が示された。特に、理学療法士が参画することで、身体活動を「体験」として理解させる点は本取り組みの強みである。本活動は家庭や地域への波及効果も期待され、国立大学病院ならではの社会貢献モデルとして意義深い。

【倫理的配慮】

本報告は研究に該当しないため、倫理委員会等の承認は得ていない。

【利益相反】

開示すべき利益相反関連事項はない。

4 リハビリテーション部における新入職員研修教育システムの構築と実践

—教育マニュアルの導入と多職種連携教育の試み—

演者 村岡法彦¹、島貫克哉¹、高山拓也¹、八木橋史佳¹、伊東修一¹、呂隆徳¹、大田哲生²

所属 1. 旭川医科大学病院 リハビリテーション部

2. 旭川医科大学病院 リハビリテーション科

【目的】

新入職員の教育は、指導者の経験や関心、専門性の偏りといった背景に依存しやすく、新入職員の臨床実践能力の習得状況や専門職の自立過程に差が生じることが懸念される。リハビリテーション医療では職種ごとの個別教育に留まらず、患者を包括的に捉え、質の高いチーム医療を実践する視点が必要である。新入職員の教育方法を標準化するために「新入職員研修教育マニュアル」を作成した。

【対象および方法】

2025年度より、以下のプログラムを実践した。

1. 指導の標準化：育成指針を明文化し、研修責任者、実地指導者の役割や年間計画などを明確にした。
2. 教育の3本柱：現場での技術指導（On-the-Job Training）、ケーススタディや実技練習（Off-the-Job Training：Off-JT）、自己啓発支援（Self Development System）を組み合わせた体系的な教育を実施した。Off-JTは理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が合同で食事動作やトイレ動作の介助、失語の評価などの実技練習を行い、職種間の視点の違いを共有し、マニュアルに活用した。
3. 定量的評価の導入：「組織人としての基本姿勢」「管理的側面」「専門技術」の3領域において、「目標到達度評価」を年5回、指導者と新人の双方で実施し、客観的な評価体制を整備した。
4. ピア面談：研修責任者が新入職員に、個人のビジョン、日々の業務への満足度や心理的安全性が確保されているかを定期的に確認した。

【結果】

マニュアルに基づく教育システムにより、指導者は自らの経験のみに頼らず、統一された手順で指導を行うことが可能となった。特に多職種合同のケーススタディや実技練習では、各職種の専門分野のみならず包括的な視点で病態理解が促進された。また、定量的評価が可能となることで、習得状況を指導者・新入職員・研修責任者の間で共有することができるようになった。

【考察】

本教育システムを導入し、マニュアルに沿った定量的評価と多職種連携教育を継続することで、指導者の背景によらず新入職員の安定した成長と質の高いチーム医療の提供に寄与できると考える。今後は、指導者側の教育負担について評価を行い、システムの持続可能性を検証していく。

【利益相反】

本研究に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

学術大会実績

回	開催年	開催地	大会長	特別講演	演者
1	1979	東京医科歯科大学	細田 多穂	PT と研究	竹内 孝仁
2	1980	浜松医科大学	竹谷 春逸	小脳と姿勢反射	間野 忠明
3	1981	北海道大学	福田 修	私共が行っている変形性膝関節症の治療	佐々木 鉄人
4	1982	名古屋大学	吉田 和昭	運動解析とマイコン	伊藤 不二男
5	1983	東北大学	鈴木 一	中枢神経疾患患者の発達学的アプローチについて	千田 富義
6	1984	信州大学	松本 英雄	頸髄損傷のリハビリテーション－麻痺 上肢機能再建手術の効果と予後－	西村 尚志
7	1985	高知医科大学	鶴見 隆正	整形外科疾患と姿勢について	山本 博司
8	1986	東京大学	望月 圭一	変形性脊椎症の治療	黒川 高秀
9	1987	熊本大学	徳永 英世	【症例検討会】 脊髄小脳変性症に対する理学療法の有効性	中西 亮二 半田 健壽
10	1988	島根医科大学	岩田 章史	よりよき研究発表のために	廣谷 速人
11	1989	徳島大学	小松 忠雄	下肢の変形性関節症に対する手術療法の 適応とリハビリテーション	木下 勇
12	1990	広島大学	中野 幸吉	マイクロサージャリーを応用した組織 移植について	生田 義和
13	1991	千葉大学	豊島 しのぶ	膝のスポーツ外傷－前十字靭帯再 建術と鏡視下手術を 中心として －	守屋 秀繁
14	1992	大阪大学	林 義孝	高齢化社会における専門医療職の STRATEGY	小野 啓郎
15	1993	大分医科大学	原田 禎二	骨端線損傷の診断と治療	麻生 邦一
16	1994	群馬大学	白田 滋	老年期の痴呆について	平井 俊策
17	1995	琉球大学	大城 直人	手の機能解剖とスプリント療法	金谷 文則
18	1996	山口大学	浅海 岩生	腰痛疾患の診断と治療	小田 裕胤
19	1997	新潟大学	上路 拓美	生活という過程を考える～よりよい生 活のために～	長谷川 美香
20	1998	鳥取大学	御厨 征一郎	筋・神経疾患の最新のトピックス	竹島 多賀夫
21	1999	福井大学	佐々木 伸一	歩行分析による膝関節疾患の評価とリ ハビリテーション	和田 真

22	2000	香川医科大学	田中 聡	21 世紀における国立大学附属病院のあり方	横畑 勲
23	2001	佐賀医科大学	田中 信広	老人病院におけるリハビリテーション上の2,3の問題点について	奥村 悦之
24	2002	山形大学	多田 利信	【パネルディスカッション】 国立大学病院理学療法士の特殊性と今後	多田 利信 半田 健壽 伊藤 義弘
25	2003	山梨大学	石原 正文	変形性股関節症の病期と治療	浜田 良樹
26	2004	滋賀医科大学	今井 至	スポーツによる膝の障害とリハビリテーション	松本 吉隆
27	2005	名古屋大学	林 満彦	骨・軟骨疾患と運動療法-治療の進歩と運動療法の重要性-	石黒 直樹
28	2006	長崎大学	神津 玲	理学療法と研究～The Researching Physiotherapists～	千住 秀明
29	2007	筑波大学	石川 公久	改めてノーマライゼーションについて考える	江口 清
30	2008	北海道大学	堀 亨一	新しいリハビリテーションアプローチ 【シンポジウム】 リハビリテーション部門の運営	生駒 一憲
31	2009	三重大学	直江 祐樹	患者の性格とリハビリテーション	笠井 裕一
32	2010	愛媛大学	渡部 幸喜	膝関節における最小侵襲手術の最前線	三浦 裕正
33	2011	山梨大学	小尾 伸二	腰椎椎間板ヘルニアの病態と治療	波呂 浩孝
34	2012	鹿児島大学	弓場 裕之	脳卒中片麻痺へのリハビリテーションの革新を目指して -神経路の再建/強化と科学的思考, 検証を重視して-	川平 和美
35	2013	浜松医科大学	松田 俊平	廃用症候群の病態とリハビリテーション	美津島 隆
36	2014	群馬大学	長谷川 信	下肢人工関節手術とリハビリテーション	白倉 賢二
37	2015	東京大学	奈良 篤史	四肢形成不全に対する集学的診療 -成人後を見据えた小児 リハビリテーション-	芳賀 信彦
38	2016	琉球大学	大城 直人	四肢先天異常の治療戦略	金谷 文則
39	2017	金沢大学	麦井 直樹	当科における膠原病診療と各科連携 -リハビリテーションとの連携を含めて-	竹原 和彦

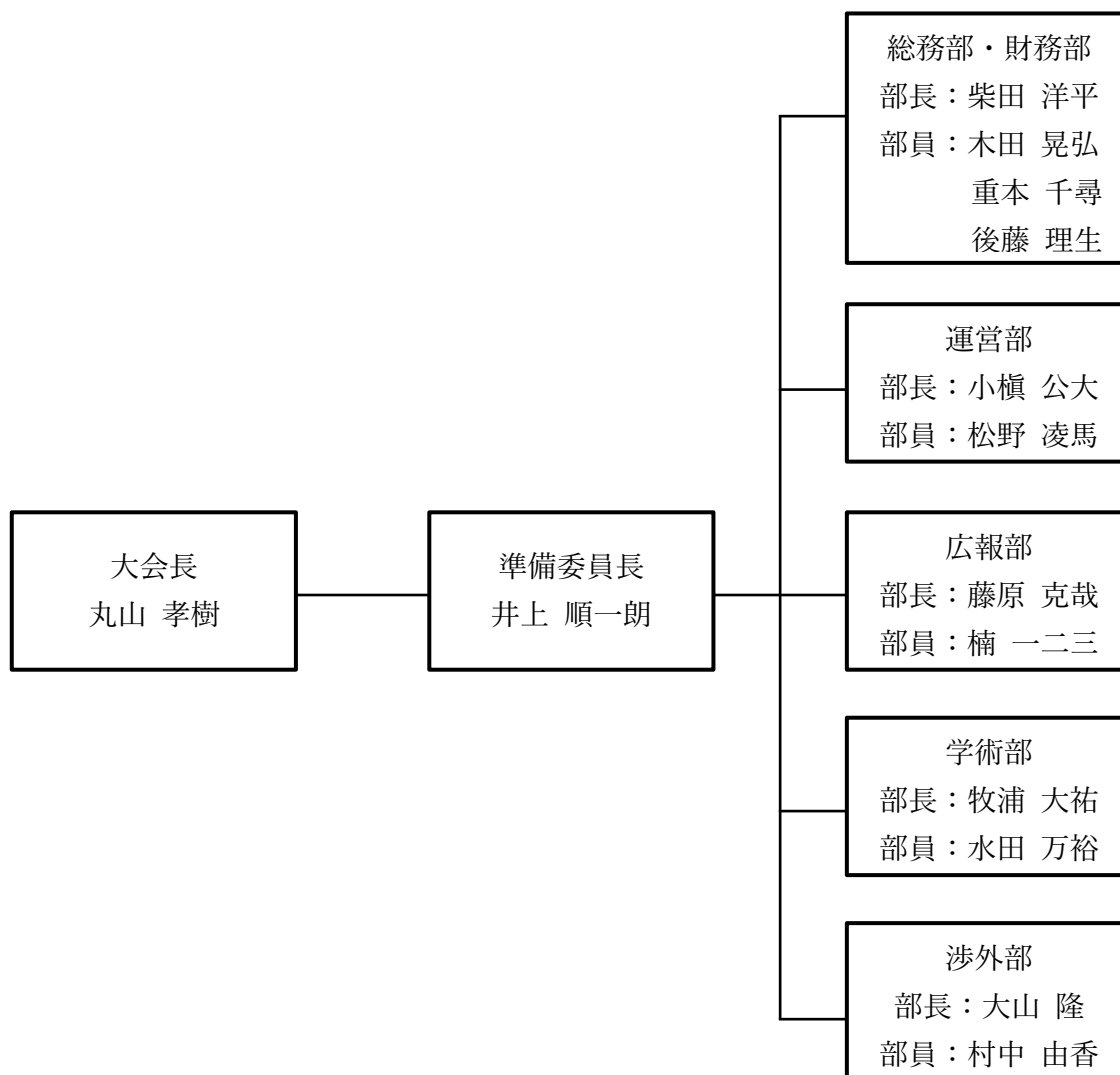
40	2018	筑波大学	鈴木 康裕	AI/IOT・ロボット技術と次世代のリハビリテーション治療	鈴木 健嗣
41	2019	徳島大学	大澤 俊文	脊髄損傷の包括的治療 –再生医療の曙にあたって– 国立大学病院における言語聴覚士業務の実態と多職種連携	加藤 真介 大澤 恵留美
42	2020	大分大学 (開催中止)	井上 仁	国立大学病院におけるリハビリテーション部の役割 –過去から未来– 地域医療構想を見据えた国立大学病院リハビリテーション部のあり方	津村 弘 原田 禎二
43	2021	名古屋大学 (WEB開催)	永谷 元基	common disease, rare disease に対するエビデンスに基づいた診療の重要性 【シンポジウム】 国立大学附属病院リハビリテーション部に求められる診療・教育・研究体制の現状と課題	西田 佳弘 西川 貴久子 江草 典政 細田 里南
44	2022	富山大学 (対面・WEB開催)	石黒 幸治	脳内ネットワークのダイナミクスから神経リハビリテーションを考える 国立大学リハビリテーション療法士協議会の来し方行く末	服部 憲明 横田 一彦
45	2023	東京医科歯科大学 (対面・WEB開催)	岡安 健	重症心身障害児および障害者における骨折と骨粗鬆症について 【シンポジウム】 新たな分野を切り開く ～セラピストに求められる能力とは～	酒井 朋子 三尾 直樹 堀江 翔 國田 幸治
46	2024	弘前大学	西村 信哉	最先端の ACL 損傷予防とリハビリテーション治療 【シンポジウム】 Do what you should do, not what you can do 「臨床の立場から」「教育の立場から」「研究の立場から」	津田 英一 塩田 繁人 石田 修平 大石 大
47	2025	旭川医科大学	呂 隆徳	リハビリテーション医療で大切なこと リハビリテーションを土星と木星にたとえるならば	大田 哲生 及川 欧

2004 年第 26 回まで旧名称『国立大学理学療法士学会』

2005年第27回より『国立大学法人リハビリテーションコ・メディカル学術大会』に名称変更

2012年第34回より『国立大学リハビリテーション療法士学術大会』に名称変更

組織図



協賛組織一覧

【共催】

神戸大学医学部附属病院

【後援】

一般社団法人日本言語聴覚士協会

一般社団法人日本作業療法士協会

一般社団法人兵庫県言語聴覚士会

一般社団法人兵庫県作業療法士会

一般社団法人兵庫県理学療法士会

公益社団法人日本理学療法士協会

【ランチョンセミナー】

インターリハ株式会社

【機器展示】

インターリハ株式会社

株式会社インボディ・ジャパン

タック株式会社

【書籍展示】

株式会社神陵文庫

【学術大会抄録集広告協賛】

株式会社近畿義肢製作所

株式会社澤村義肢製作所

【学術誌広告協賛】

フクダ電子兵庫販売株式会社

宮野医療器株式会社

(五十音順)

(敬称略)

本学会を開催するにあたり、上記の企業・団体より本学会の趣旨にご賛同を賜り、多大なご芳志を頂戴いたしました。

ここにご芳名を記して、深甚なる感謝の意を表します。

第 48 回国立大学リハビリテーション療法士学術大会

大会長 丸山 孝樹

準備委員長 井上 順一郎

歩くよろこびに奉仕する

義肢・装具に私たちの思いを託し、

生活に寄り添えるものづくりを



(一社)日本義肢協会登録・近畿 146号

株式会社 近畿義肢製作所

本 社

〒651-2113 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬 990-1

TEL:(078)974-2412 FAX:(078)974-2436

HPはこちら!



<http://www.kinkigishi.co.jp>

大阪営業所

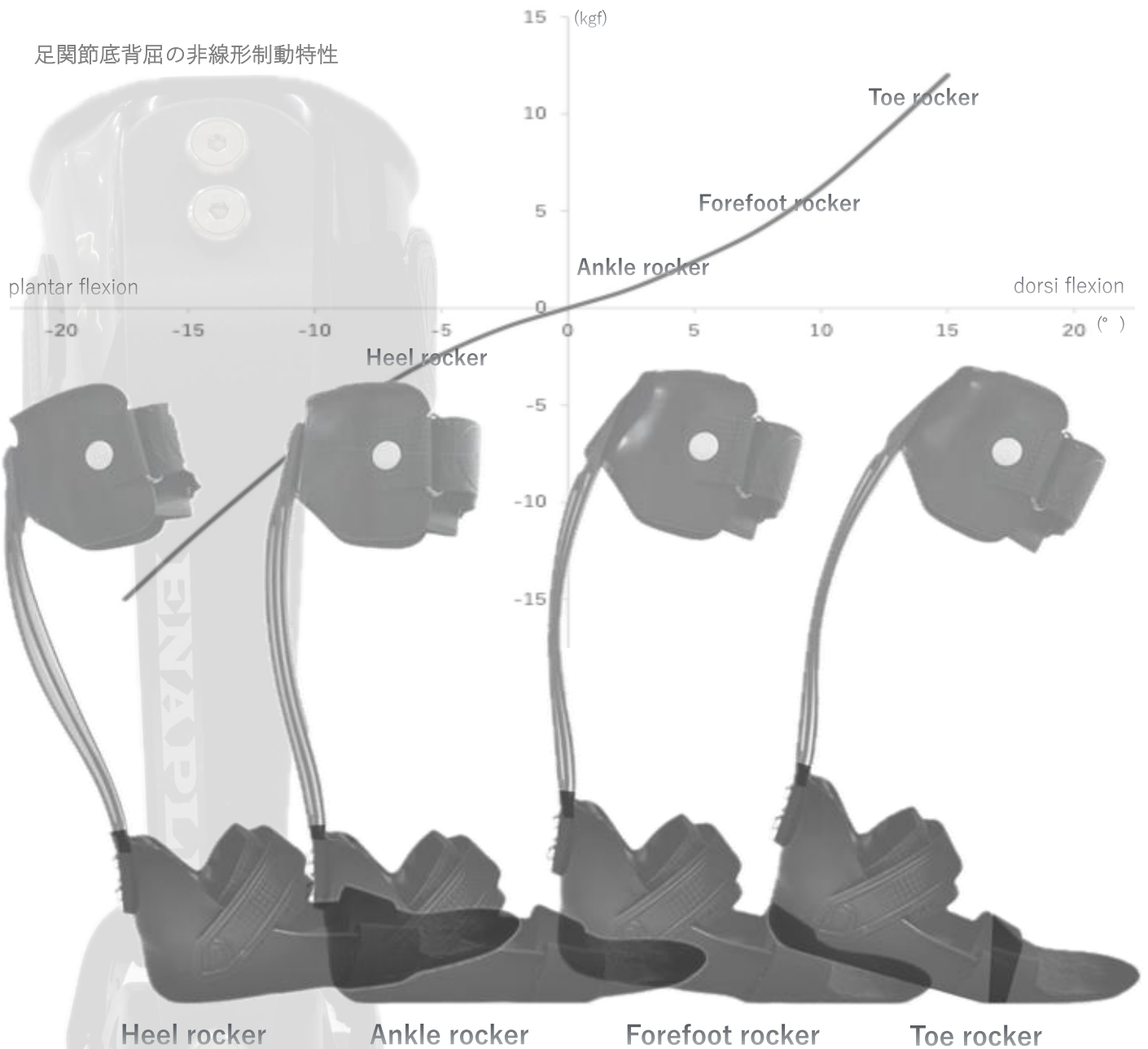
〒590-0013 大阪府堺市堺区東雲町 4 丁 2-19

TEL:(072)238-3818 FAX:(072)228-2490

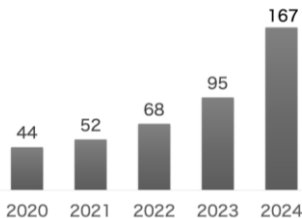
ENAPLE AFO

カーボン製三層式後方支柱付き短下肢装具“エナプル”

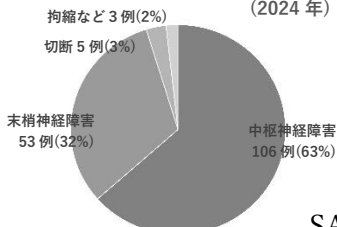
足関節底背屈の非線形制動特性



当社年度別 ENAPLE AFO の処方件数



ENAPLE AFO の対象疾患別処方数 (2024年)



- POINT 幅広のカーボン製支柱と支持部へ直接連結する構造による高い安定性
- POINT 三層スリット構造が生む非線形の制動特性により推進力を得る高い効率性
- POINT 歩行再建の段階に応じたカテゴリー選択による個別最適化

保険適応のオーダーメイド短下肢装具です。

デモ機が必要な場合は、各義肢装具製作所より、弊社ホームページからお申し込みいただけます。

オーダーメイドの短下肢装具を作製している義肢装具製作所であれば、どちらの会社でも作製が可能です。その他、お困りのことがありましたらお気軽にお問い合わせください。

SAWAMURA Prosthetics and Orthotics Service Co.,LTD
 contact phone(078)304-6680 email:material@sawamuragishi.jp



HP