



第 32 回
佐賀県理学療法士会学会

| 会 期 |

2025 10.19 [日]

| 学会テーマ |

彩り ～今、我々に必要なものとは～

| 会 場 |

歴史と文化の森公園
焔の博記念堂 文化ホール

| 内 容 |

教育講演、演題発表 等

| 事前参加申し込み |

申し込みはマイページからお願いします。学会
参加者へのご案内のページをご確認ください。

セミナー番号 145287



マイページログインQRコード

主 催 | 公益社団法人 佐賀県理学療法士会
学 会 長 | 山口病院 小栗 隆太
準備委員長 | 楽寿園 川内 幸治

第 32 回佐賀県理学療法士会学会

目次

綴じこみ（ミシン線付き）

・出張依頼書

第 32 回理学療法士会学会会長挨拶	1
佐賀県理学療法士会会長挨拶	2
日本理学療法士協会会長挨拶	3
学会参加者へのご案内	5
日程表	12
演題目次	13

教育講演

講師プロフィール	20
----------------	----

口述発表

口述 1	24
口述 2	29
口述 3	34
口述 4	38
口述 5	43
口述 6	48
口述 7	53
口述 8	58
ポスター 1	64

次期学会会長挨拶	69
学会組織図	70
編集後記	71

令和 年 月 日

病院長・施設長 殿

第 32 回佐賀県理学療法士会学会

学会長 小栗 隆光



第 32 回佐賀県理学療法士会学会 出張許可について（お願い）

謹白

時下、貴台におかれましてはますますのご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より公益社団法人佐賀県理学療法士会の活動に格別のご理解とご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、この度、下記のとおり第 32 回佐賀県理学療法士会学会を開催する運びとなりました。

つきましては、貴施設所属_____氏の学会出張に際し、格別のご配慮をたまわりますよう、謹んでお願い申し上げます。

記

テーマ	『彩り ～今、我々に必要なものとは～』
会期	令和 7 年 10 月 19 日（日）
会場	焱の博記念堂 佐賀県西松浦郡有田町黒川甲 1788 番地
内容	教育講演、演題発表等
学会事務局	佐賀県理学療法士会事務局 〒849-0919 佐賀市兵庫北 6 丁目 4 番 39 号 TEL/FAX：0952-37-9071

以上

第32回理学療法士会学会会長挨拶

第 32 回佐賀県理学療法士会学会
開催にあたって

第 32 回佐賀県理学療法士会学会

学会長 小栗 隆太



この度、令和7年10月19日（日）に、有田町にあります歴史と文化の森公園・焔博記念堂にて第32回佐賀県理学療法士会学会を伊万里有田地区で開催させていただきます。

今回は学会のテーマを「彩り ～今、我々に必要なものとは～」としました。我々の仕事は、運動機能障害を伴う方を主な対象とし、急性期から生活期までの機能回復や生活再建、発達や就労支援など多岐にわたります。いずれの場面においても、対象者の人生の側面にに関わり、課題を抱えながらも、より豊かな生活を送っていただけるような支援ができる素晴らしい仕事です。従事する私たち自身も、その変化を共有し、やりがいを実感し充実させていく「彩」ある人生を送ることができるのだと思います。学会を通して、更に理学療法士としてのやりがいや、未来への希望をいただけるような機会にしたいと思い、このテーマにさせていただきました。

当地区は、県内5つのブロックの中では最も会員数が少ない地区ですが、最も若いスタッフが多く在籍しています。このメンバーで地区のカラーを表現させていただきたいと思っています。

本学会では、県学会では初めての試みとして「学生セッション」を設けました。これまで臨床実習を通した関りに限られていましたが、学会という場面では我々と学生さんが共に学ぶことができます。お互いにとって良い刺激が得られる機会になることを期待しています。

また、演題においては目標の40演題を超える43演題のエントリーをいただきました。皆様の熱意に対して改めて御礼申し上げます。

講演には臨床や教育場面において理学療法士の「彩り」を体現されている青森県立保健大学の諸橋勇先生をお招きします。理学療法士の可能性やキャリア形成について皆さんとともに考える良い機会になると思います。新たに理学療法士となって自らの未来を模索している方、更にご自身の理想を追求したいと考えられている方はもちろん、今の仕事に漠然とした不安を抱えられた先生にとっても前向きになれるような講演をしていただきます。

会場は学会開催として初めてとなります陶都有田町にて開催します。焼き物の町の雰囲気はもちろん、おいしい食事や温泉、洗練された器の探索などを楽しんでいただき、皆様の生活に「彩り」を添えていただきたいと思います。多数のご参加をスタッフ一同お待ちしております。

第 32 回理学療法士会学会に寄せて

公益社団法人佐賀県理学療法士会

会長 峰松 一茂



第 32 回佐賀県理学療法士大会の開催、誠にありがとうございます。公益社団法人佐賀県理学療法士会を代表し、心より感謝申し上げます。

さて、本大会のテーマは「彩り ～今、我々に必要なものとは～」を掲げていただきました。

この「彩り」という言葉には、多様性、個性、そして温もりのある人間関係といった、多くの意味が込められています。理学療法の実践において、患者様一人ひとりの生活や価値観に寄り添い、その人らしい生活の実現を支援することは、私たちの本質的な使命です。科学的根拠に基づいた専門的支援に加え、その人らしさや背景に配慮した“理学療法”こそが、今の私たちに求められているのではないのでしょうか。

新型コロナウイルス感染症の流行を経て、私たちは非接触・非対面の限界と可能性を同時に経験しました。理学療法は「人に触れる専門職」であると同時に、「人の生き方や希望に触れる仕事」でもあります。また、理学療法は単なる運動療法ではなく、「人を支える」仕事です。だからこそ、我々は身体だけでなく、心や生活に目を向けた“彩り”ある支援ができる専門職であり、心の通ったコミュニケーション、共感、そして信頼が不可欠です。

現在、地域包括ケアシステムの深化、働き方改革、そして急速に進む高齢化社会の中で、私たちの職域や役割はますます広がりを見せています。在宅や施設、医療機関に限らず、教育、スポーツ、産業分野など、多様な現場で理学療法士の介入が期待されるようになりました。そのなかで「今、我々に必要なもの」とは何か。それは、技術だけでなく、人間性、対話力、創造力、そして異分野との協働に開かれた柔軟な視点だと私は考えます。

今回の学術大会では、そうした時代の変化と我々の専門性を再認識し、明日からの実践に生かせる学びと気づきを得られるよう、多彩なプログラムが用意されております。なかでも、青森県立保健大学 教授 諸橋勇先生をお迎えし、ご講演を賜ります。諸橋先生は、長年にわたり神経系理学療法等で先進的な研究と実践を積み重ねてこられた方であり、臨床と教育の両面で多くの理学療法士に影響を与えてくれました。今回のご講演では、今後の理学療法の在り方について、豊富な知見と実践に基づくお話をいただけるものと確信しております。まさに「今、我々に必要なものとは何か」を考える上で、大きなヒントをいただける貴重な機会となることでしょう。

また、学術発表、講演、若手育成を意識した企画セッションなど、世代や領域を超えて学び合える構成となっております。参加者同士の交流を通じて、それぞれの現場での課題を共有し、解決の糸口を見出していただければ幸いです。

最後になりましたが、本大会の開催にあたり、ご尽力いただいた学会長の小栗隆太先生をはじめ、準備委員会、スタッフの皆様の並々ならぬ努力と熱意に心より感謝申し上げます。また、日頃より本会の活動を支えてくださっている会員の皆様、そしてご協賛・ご協力を賜りました関係各位に、深く御礼申し上げます。

この大会が、参加者一人ひとりにとって“新たな彩り”をもたらす学びの場となり、理学療法士としての誇りと使命感を改めて胸に刻む学会となることを祈念しております。

日本理学療法士協会会長挨拶

祝 辞

公益社団法人日本理学療法士協会

会長 斉藤 秀之



第32回佐賀県理学療法士会学会の開催にあたり、公益社団法人日本理学療法士協会を代表して、心よりお祝い申し上げます。小栗隆太学会長をはじめ、準備委員、運営委員、はもとより全ての関係者の方々に深く感謝申し上げます。そして、峰松一茂佐賀県理学療法士会会長におかれましても、日頃から本会の活動にご理解をいただいております、この場を借りて御礼申し上げます。

さて、今回の大会テーマは「彩（いろどり）～今、我々に必要なものとは～」と掲げられました。「彩」という一文字には、様々な意味が込められていることと思います。色とりどりの花が咲き誇るように、私たち理学療法士も一人ひとりが異なる背景・専門性・価値観を持ちながら、それぞれの場で力を発揮しています。単色では描けない、調和と多様性に満ちた風景こそが、それぞれの色を認め、尊敬し合うプロフェッションの姿であり、今の社会に求められている「彩」ではないでしょうか。

この「彩」は、まさに理学療法が担うべき新たな役割や、今後の可能性を示唆しています。急速に進む少子高齢化、地域包括ケアの深化、さらには災害対応や公衆衛生の分野など、リハビリテーションの社会的要請の拡大に伴い、私たち理学療法士に期待される場面は広がっています。また、2040年に向けて医療・介護の複合ニーズを持つ85歳以上の高齢者や単身認知症高齢者への対応が求められ、「治す医療」から「治し支える医療」への転換が求められるという、日本の医療制度、あるいは厚生労働行政の転換の本気度を思料することが必要だと思います。つまり、今までの画一的なアプローチではもはや十分とは言えず、それぞれの地域や対象者に応じた“多様な彩り”が私達には求められているのです。

そして「今、我々に必要なものとは？」という問いかけは、非常に本質的であり、私たち一人ひとりが日々の実践の中で問い続けるべき命題です。それは知識や技術の研鑽だけでなく、人と向き合う姿勢や、チームの中でどう自分の役割を果たすか、そして何よりも、対象者一人ひとりの人生にどう寄り添うか、ということにつながります。

理学療法は、単なる運動機能の回復や改善を目指すだけでなく、その人らしい生き方を支えるための支援であり、人間そのものを見つめる専門職です。だからこそ、医療・福祉・介護・保健といった従来の枠を超え、地域社会の一員として、人々の暮らしに彩りを与える存在でありたいと私は願います。

一方、本学会は、佐賀県内の理学療法士の皆様が一堂に会し、学術的・臨床的知見を共有し、明日からの実践に活かしていく貴重な機会であります。地域に根ざした理学療法のあり方や、より質の高いサービスの実現に向けた議論が行われることは、佐賀県民の健康と福祉の向上に大きく寄与するものです。さらに、学術大会における根拠に基づく政策立案（evidenced-based policy making）の役割は極めて重要です。科学的根拠をもとにした政策は、社会の多様な課題に対して効果的な解決策を提供するための基盤となります。本会としても、より良い未来を築くための本大会からの提言を強く期待しております。

さて、本会は、来年度に創立60周年を迎えます。すべてのひとの健康と幸福を実現するために理学療法士の職能向上と社会的地位の確立を目指して引き続き活動していきます。具体的には、生涯学習



制度の充実と認証制度の整備，政策過程に寄与する学術活動の拡充と政策提言の強化，理学療法の普及啓発活動，など広く国民の保健・医療・福祉の増進に寄与する事業です。また，国際的な連携を深めることで，国内の医療水準を向上させる努力を行い，日本の理学療法を世界水準に導くことも重要と考えます。このような多岐にわたる活動が，理学療法士の彩となり，やりがいを感じる原動力となっていくと信じております。さらに，理学療法士の彩を高めるためには，働きやすい環境やキャリアパス・処遇改善の整備やスケールメリットを活かした福利厚生制度の充実にも力を入れています。これにより，理学療法士が長期的に安心して働ける環境を整え，質の高い理学療法を提供できると考えています。

今日，理学療法の分野は日々進化しており，我々理学療法士は，これらの変化に柔軟に対応し，常に最新の知識と技術を習得し，国民へ最善なサービスを提供し続けるという矜持が今後も求められます。また，多職種との連携を強化し，チーム医療の一翼を担うことも重要です。地域社会に根ざした活動を通じて，住民の健康維持や生活の質向上に寄与することが，今後の理学療法士としての使命であると付記します。

最後に，第32回佐賀県理学療法士会学会の成功と参加者の皆様が，この大会を通じて多くの知見を得て，実り多い時間を過ごされることを祈念します。理学療法士としての彩とやりがいを再確認し，それぞれの現場でさらなる活躍を遂げられることを期待し結びとします。

学会参加者へのご案内

1. 参加費について

佐賀県理学療法士会会員：1,000 円

県外の理学療法士会会員：4,000 円

他職種：4,000 円

会員外：10,000 円

学生：無料（『学生証』の提示をお願いします）

※ただし、大学院生等理学療法士免許は取得し協会に会員登録しているが、現在は学生という参加者については、会員としての参加費をお支払いください。

※理学療法士の有資格者で、理学療法士の会員が未納の方、入会手続きが完了していない方、休会中の方は、非会員の扱いとなります。

2. 参加申込について

参加申込については、マイページまたは JPTA アプリからの事前参加申込となっております。

参加費の支払い方法により、申込期日が異なりますのでご注意ください。

〈マイページログイン〉 URL <https://mypage.japanpt.or.jp/mypage/login>

セミナー番号 145287

セミナー種別 学術大会

セミナー名称 「彩り」第 32 回佐賀県理学療法士学会

開催日時 令和 7 年 10 月 19 日（日）

開催場所 歴史と文化の森公園 焔の博記念堂

〈マイページログイン QR コード〉



〈生涯学習ポイント〉 URL <https://sagapt-gakkai.org/point/>

生涯学習ポイントの詳細については、学会ホームページをご確認ください。

〈学会 QR コード〉



〈参加申込に対するお問い合わせ先〉

学会ホームページに「お問い合わせフォーム」があります。

必要事項を記載の上、お問い合わせください。

3. 参加受付について

当日（10 月 19 日）は、8：30 から受付を開始します。

受付後、名札を受け取り、施設名・氏名をご記入の上、身に付けてください。名札を身に付けていない方のご入場はご遠慮願います。

4. 参加者の質問方法

質問は、座長の指示に従って頂きますようお願いいたします。

会場設置のマイク前に立ち、座長より発言許可されたのち、所属・氏名の後、ご発言ください。

感染症対策のため、マスク着用のままでご発言ください。

時間都合上、質問は簡潔にお願いします。

5. 学会出張許可願

第 32 回佐賀県理学療法士会学会への参加にあたり, 学会出張許可願が必要な方は, 学会サイトの「各種ダウンロード」から, または学会誌「出張願い」用紙をご利用ください。

6. その他

- ・ 会員の方の学会参加登録および生涯学習ポイントの手続きには, JPTA アプリの QR コード読込機能を推奨しております。事前にアプリのご確認をお願いします。

〈App store〉 <https://itunes.apple.com/jp/app/JptaApp/id1608325492?mt=8>

〈GooglePlay〉 <https://play.google.com/store/apps/details?id=jp.or.japanpt.jpota>

- ・ 各会場の入退室は, 日本理学療法士協会アプリの QR コードを使用して入退室を行ってください。
- ・ 会場内での一般的な連絡については, 総合受付でご相談ください。
- ・ 飲食・喫煙は所定の場所で行います。
- ・ 会場内での携帯電話のご使用はお控えください。

(昼食について)

- ・ 会場でお弁当の販売などは行っていないので, 各自でご準備をお願いします。
- ・ ゴミはお持ち帰り頂きますようお願いいたします。
- ・ 昼食会場は, 第 2, 3, 4 会場, ロビー, 屋外等をご利用ください。
※第 1 会場(文化ホール内)は, 飲食禁止となっています。

(駐車場について)

- ・ 焔の博記念堂の施設利用者専用駐車場が利用できます(無料)。
- ・ 駐車場での事故や事件について, 本学会では一切責任を負いません。
- ・ 会場内は空調管理を行います。
- ・ COVID-19 感染対策, インフルエンザ感染予防の為, 手指消毒やマスク等, 各自で対策をお願いします。
- ・ クロークはありませんので荷物は各自で持ってご移動ください。
- ・ 事前参加登録・参加費ご入金後のキャンセルに伴う返金は承りかねます。
- ・ 会場内での携帯電話を含むカメラ, ビデオ撮影・録音等は著作権保護・患者プライバシー保護のため禁止とさせていただきます。
- ・ 緊急・非常時は, スタッフの指示に従ってください。また, 緊急時に備えて必ず各自で非常口の確認をお願いします。

座長へのご案内

- ・ すべての座長は, 担当セッションの 1 時間前までに, 座長受付にて受付をお済ませください。
- ・ 1 セッションにつき, 2 名の座長を配置しています。演題ごとにメインの座長を決めて頂き, 進行をお願いします。
- ・ 担当セッションの進行は座長に一任します。必ず予定時間内に終了させてください。
- ・ 進行は時間厳守(発表 7 分・質疑応答 3 分)で行います。
- ・ 担当セッションの開始時刻 15 分前までに, 次座長席をお願いします。

演者へのご案内

1. 演者受付

- ・発表スライドのデータ受付は、会場受付内の演者受付にて行います。まず、学会参加受付後に演者受付にて受付を済ませてください。
- ・筆頭演者が発表できない場合は、共同演者が発表を行ってください。その際、演者受付に、その旨をお知らせください（ポイントが付与されるのは筆頭演者が発表した場合のみです）。

〈口述発表〉

- ・USB にてデータ提出をしてください。データ提出時に動作確認を行いますので、9 時までには受付を終了できるように余裕を持ちご来場ください。
- ・事前にウイルスチェックを宜しくお願いします。

〈ポスター発表〉

- ・ポスター発表の受付は、「ポスター受付」（ポスター発表会場）で行います。
- ・ポスター貼り付け準備は、当日の 8 時 30 分から 9 時 20 分までです。混雑が予想されますので、早めに貼り付け済ませてください。

2. 発表時間

- ・口述発表の方は、セッション開始 15 分前までに、発表会場前方の次演者席にお着きください。
- ・ポスター発表の方は、セッション開始 15 分前までに、ご自身のポスター前にお越しください。
- ・発表時間を厳守していただくよう、ご協力をお願いします。
- ・質疑応答は座長の指示に従ってください。

3. 発表形式

- ・発表内容は、個人情報保護の観点から十分にご注意ください。
- ・ご自身のパソコンを持ち込んでの発表はできません。

〈口述発表〉

- ・発表は、すべてパソコンを利用した 1 画面映写のプレゼンテーション方式です。
- ・プレゼンテーションは、演台上のキーボードとマウスを操作し行ってください。
- ・発表者支援ツールは使用できますが、PC 不具合なども考えられる為に、原稿などは必ずプリントアウトの上ご自身でご用意ください。

〈ポスター発表〉

- ・ポスターを使用した発表を行ってください。

〈利益相反：COI の開示について〉

全発表者は、演題発表に際して、共同演者も含めた全員の配偶者、一親等の親族、生計を共にする者について、医学研究に関連する企業や営利を目的とした団体との経済的な関係について、過去 3 年間に於ける COI 状態の有無を当日発表時に自己申告してください。発表の最初に、利益相反自己申告に関連する記載を加えてください。

4. 発表データ作成要領及び取り扱い

〈口述発表〉

- ・本学会大会で準備するパソコンは Windows 11 を搭載したパソコンです。
- ・Macintosh のご用意はありません。
- ・スライドは 16 : 9 または 4 : 3 で作成してください。
- ・スライドデータは USB に保存し、演者受付へお持ちください。
- ・作成したスライドは事前にご提出をお願いします。
- ・発表の際に動画や音声の利用も可能ですが、バックアップとしてご自身のパソコンもご準備ください（原則的として、本学会にて準備したものを使用します）。

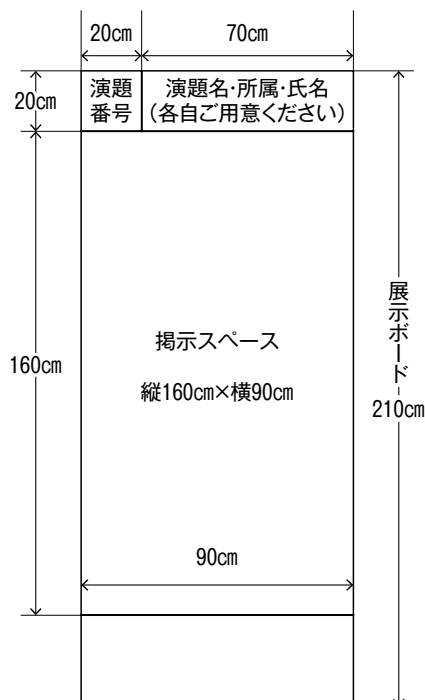
〈USB メモリーなどのデータ持ち込みに関して〉

- ・アプリケーションは Microsoft Power Point となります。
- ・データは Power Point 2016/2019/2021 で作成してください。
- ・ファイル名は「演題番号－演者名 .ppt」としてください（例：001－佐賀太郎 .ppt）。
- ・発表データは Windows 標準フォント（MS ゴシック、MS 明朝、MSP ゴシック、MSP 明朝）をご使用ください。それ以外のフォントを使用した場合、正常に表示されないことがあります。
- ・Macintosh で作成したデータを Windows 用に変換した場合、レイアウトなどに不具合がないか事前にご確認ください。
- ・USB の受付の際には、事前にウイルスチェックを済ませた上で提出ください。
- ・発表データ作成後は、他のパソコンで正常に作動するか確認してください。
- ・データは本学会が用意する Windows パソコンに一旦コピーしますが、発表後責任を持って消去します。

〈ポスター発表〉

- ・ポスターパネルは（幅 90cm×縦 210cm）を用意します。ポスターは、幅 90cm×縦 160cm に収まるように作成してください。
- ・ポスター上部のスペース（上記スペース内）を使用して「演題名・所属・演者名」を記載（貼り付け）してください。サイズは、横 90cm×縦 20cm で各自作成してください。「演題番号」は学会側で用意します。
- ・文字や図表のサイズ、レイアウトを工夫し、1 m 程度離れた場所からも見やすいようにしてください。研究の目的、意図、展開過程、結果などは図表を交えて表現し、ポスター単独で研究内容が把握できるような視覚的表示をお願いします。
- ・パネルの貼り付けに使用する押しピンは本学会側で用意します。
- ・ポスターの貼り付けは、指定された時間内をお願いします。
- ・ポスターの撤去は、当日 14 時から 15 時 10 分までに行ってください。期間内に撤去されないポスターは学会側にて処分します。

〔ポスター展示例〕



5. 注意事項

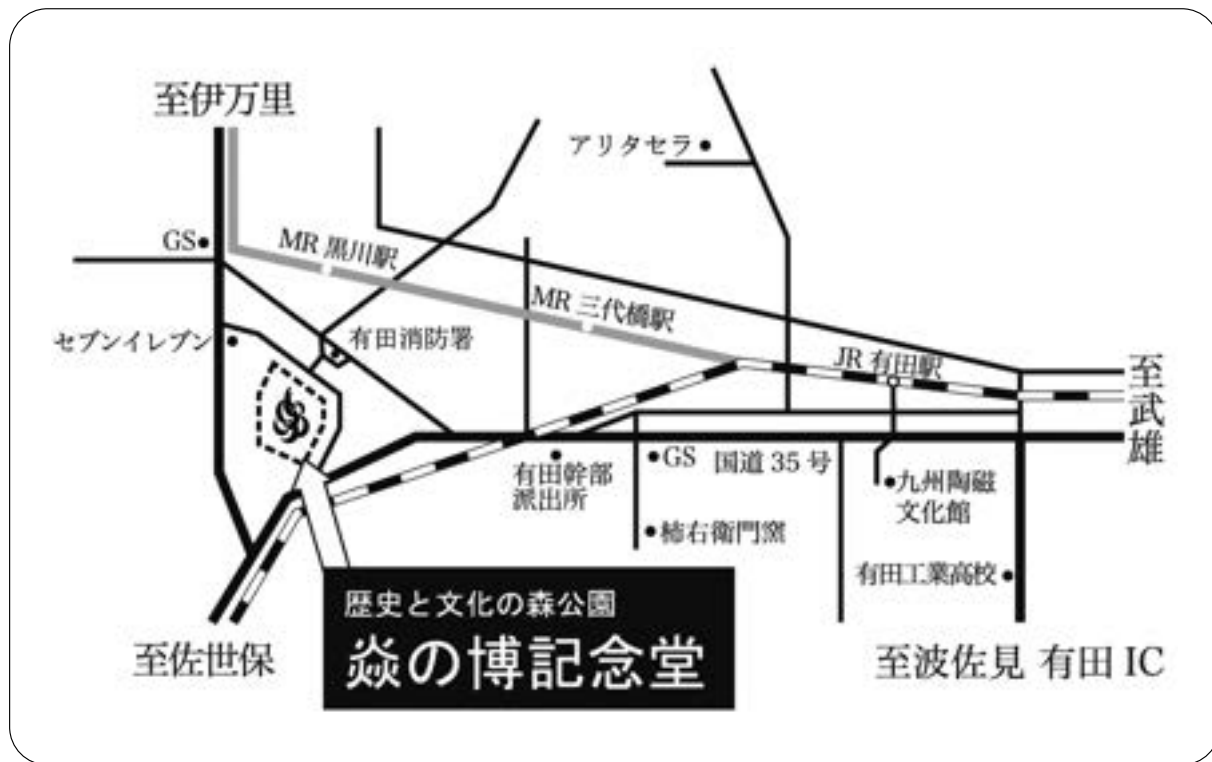
- ・本学会での発表における演題の著作権は、発表者に帰属します。当該演題が第三者の権利や利益の侵害問題を生じさせた場合、発表者が一切の責任を負うものとします。

6. その他

- ・体調不良などで発表が困難な場合、共同演者が発表をお願いします。
- ・共同演者による発表も困難な場合、演題は取り下げとさせていただきます。

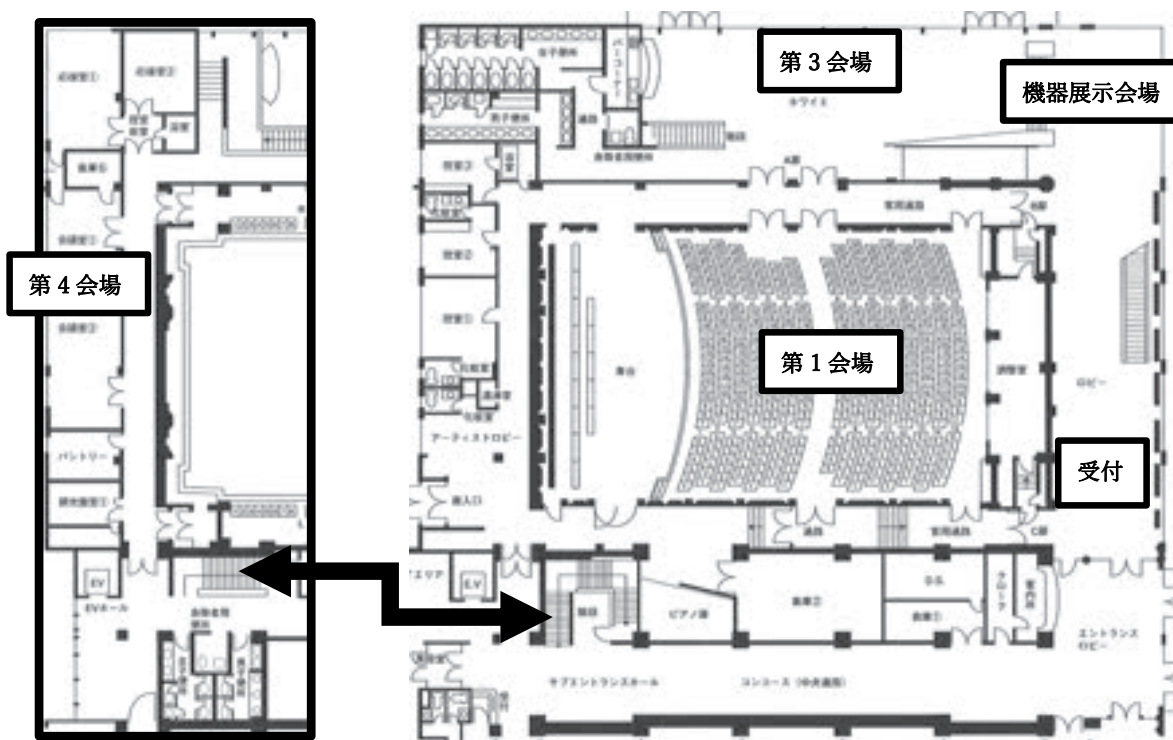


焱の博記念堂 案内図



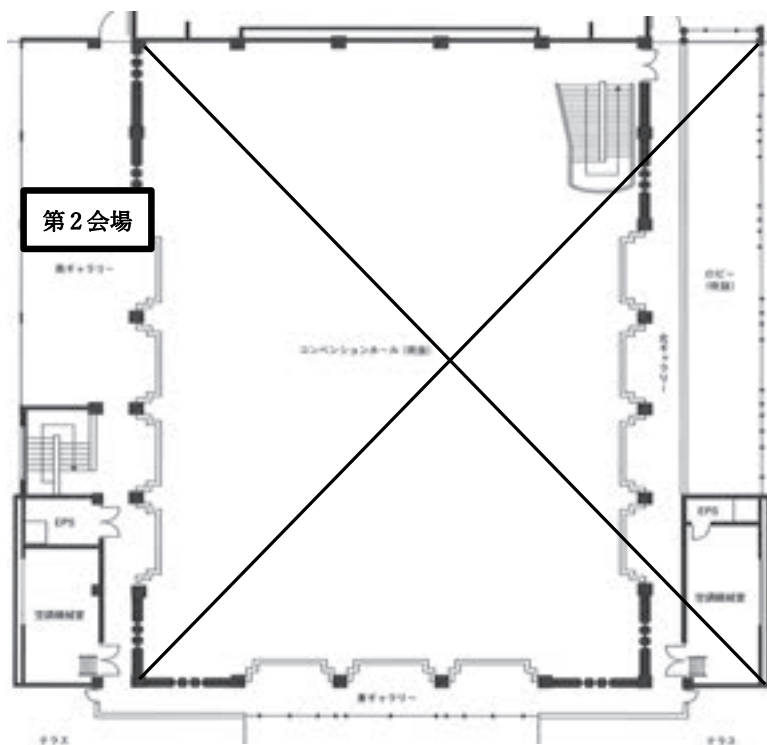
- 会場：歴史と文化の森公園 焱の博記念堂
- 所在地：佐賀県西松浦郡有田町黒川甲 1788 番地
- 公共交通機関をご利用の場合：松浦鉄道黒川駅より徒歩 15 分
JR 有田駅より徒歩 25 分
- 車をご利用の場合：
 - 西九州自動車道波佐見有田 I.C より 10 分（国道 35 号，国道 202 号沿い）
 - 西九州自動車道三川内 I.C より 10 分（国道 35 号，国道 202 号沿い）
 - 長崎自動車道武雄北方 I.C より 30 分（国道 35 号，国道 202 号沿い）
- 駐車場のご案内：
 - 会場敷地内の無料駐車場（約 300 台分）をご利用ください。

焔の博記念堂 会場図



文化ホール側 2階

文化ホール側 1階



コンベンションホール側 2階

第32回佐賀県理学療法士会学会 日程表

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場
8:30	受付		ポスター準備	
9:00	開会式		ポスター準備	
9:20	教育講演 「わざの習熟と臨床知の本質」 ～今、我々に必要なものとは？～ 講師 諸橋 勇 先生			
10:50				
	休 憩			
11:00	口述1 一般演題	口述2 一般演題 循環器・運動器 (5演題)	ポスター1 一般演題	
12:00	運動器(5演題)		ミックス(5演題)	
12:00		県士会セミナー		
13:00				
13:00	口述3 学生セッション	口述4 一般演題		口述5 一般演題
14:00	(4演題)	スポーツ(5演題)		神経(5演題)
	休 憩			
14:10	口述6 一般演題	口述7 一般演題	ポスター撤去	口述8 一般演題
15:10	神経(5演題)	地域・調査(5演題)		運動器(4演題)
	休 憩			
15:25	表彰式			
15:50	閉会式			

演題目次

セッション口述 1. 一般演題 運動器 (11:00~12:00) 5 演題

第 1 会場

座長：如水会今村病院 山田 均

〃：医療法人うれしの福田病院 田中 泰光

1. 仙腸関節障害に合併した脊柱管外坐骨神経障害の治療部位に関する検討

本多整形外科 樋口 友紀

2. 鏡視下腱板修復術後 1 年の Quick DASH と臨床評価の関連

百武整形外科・スポーツクリニック 芳崎 滯

3. 当院における橈骨遠位端骨折の術後成績

鶴田整形外科 土田袈奈世

4. 人工膝関節全置換術術後の CS-30 が術後成績に与える影響

鶴田整形外科 森 沙緒里

5. ARCR 術後疼痛により ROM 獲得に難渋した症例

鶴田整形外科 瀧野 光輝

セッション口述 2. 一般演題 循環器・運動器 (11:00~12:00) 5 演題

第 2 会場

座長：佐賀県医療センター好生館 市丸 勝昭

〃：済生会唐津病院 新 辰徳

1. 経カテーテル大動脈弁置換術後患者の入院関連機能障害 (Hospital-Associated Disability : HAD) が生存率へ与える影響と HAD 発生に関与する因子の検討

佐賀大学医学部附属病院・佐賀大学大学院 吉田 恭平

2. 急性心不全患者における初回入院と複数回入院の体組成及び身体機能の比較

佐賀大学医学部附属病院 新郷 巧海

3. 大腿骨転子部骨折を呈し、歩行困難となった患者に対する

治療アプローチと自宅復帰までの経過

山口病院 中島 悠大

4. 脊椎圧迫骨折患者の歩行補助具の種類を分ける退院時の身体機能

—独歩群, 杖群, 歩行器による比較—

久留米リハビリテーション病院・西九州大学大学院 保坂 公大

5. 股関節伸展制限を認めた変形性股関節症患者への理学療法の経験

唐津赤十字病院 友田辰太郎

セッション口述3. 学生セッション (13:00~14:00) 4演題

第1会場

座長：医療福祉専門学校緑生館 政所 和也

〃：西九州大学 釜崎大志郎

1. COVID-19 感染拡大と地域在住高齢者の身体機能 西九州大学 理学療法学専攻 安藤 沙弥

2. 地域在住高齢者の身体活動は、身体的プレフレイルの有無に関係するのか

西九州大学 理学療法学専攻 大坪 睦希

3. 非利き手での書字動作能力向上に関する検討～鉛筆の握り方の違いに着目して～

医療福祉専門学校 緑生館 理学療法学科 本村 悠人

4. 足部機能低下を防ぐ簡易装具の有効性について

医療福祉専門学校 緑生館 理学療法学科 大坪 茉愛

セッション口述4. 一般演題 スポーツ (13:00~14:00) 5演題

第2会場

座長：本多整形外科 福田 謙典

〃：鶴田整形外科 彌富 雅信

1. 高校サッカー選手のスプリント時間に関係する要因

—スプリント距離別の比較・検討—

百武整形外科・スポーツクリニック 平野 敦大

2. 当院における大腿四頭筋腱を用いた前十字靱帯再建術の術後1年成績

百武整形外科病院 江頭 正英

3. 高校男子サッカー選手におけるトップチームとその他カテゴリーに所属する選手の比較

—体格、身体組成および身体機能に着目した横断研究—

横須賀病院・西九州大学大学院 藤村 諭史

4. 男子高校サッカー選手のカウンタームーブメントジャンプに関連する身体的要因

—横断研究による検討—

横須賀病院 馬場 海斗

5. 大腿四頭筋腱を用いた前十字靱帯再建術後の一症例—筋力回復に着目して—

百武整形外科・スポーツクリニック 野中 咲希

セッション口述5. 一般演題 神経 (13:00~14:00) 5演題

第4会場

座長：佐賀県医療センター好生館 押切 洋子

〃：新武雄病院 小柳 翔平

1. 脳卒中片麻痺患者における退院時 FIM 運動項目の予測誤差と認知機能との関連

今村病院 篠塚 晃宏

2. 食事動作獲得を目指した四肢不全麻痺の一例

嬉野温泉病院 悦 孝治

3. THA 周術期における疼痛運動恐怖が関わる脳活動領域の経時的变化

—fMRI 解析—

白石共立病院・佐賀大学大学院 中田 祐治

4. 末梢神経障害にて下垂足を呈した症例への機能的電気治療効果

白石共立病院 黒川 敬介

5. 高次脳機能障害をメインに脳梗塞を発症した症例～ADL の向上を目指して

今村病院 東島 舞美

セッション口述6. 一般演題 神経 (14:10~15:10) 5演題

第1会場

座長：伊万里有田共立病院 中島 由史

〃：白石共立病院 木下 了輔

1. 急性期脳卒中患者における前庭動眼反射機能と応用歩行能力の関係

佐賀大学医学部附属病院 笠原 悠亮

2. 重度脳卒中片麻痺患者の介助歩行の検討 ～前方介助を用いた歩行練習の有効性と課題～

今村病院 宮井 康太

3. 機能的電気刺激が脳卒中片麻痺患者の歩行に与える影響

～多チャンネル FES 刺激を用いた歩行練習の効果～

佐賀リハビリテーション病院 藤木 良平

4. 随意運動介助型電気刺激（以下 IVES）を使用して麻痺側足関節の随意性向上を図り、歩行の安定化を目指した症例

済生会唐津病院 永淵 友梨

5. 脳梗塞片麻痺患者に対する GS 装具・トレッドミル歩行を用いた歩行訓練の有用性

西田病院 川口 晃輝

セッション口述7. 一般演題 地域・調査 (14:10~15:10) 5演題

第2会場

座長：みやき総合医療クリニック通所リハビリテーション 羽矢 一成

〃：佐賀大学医学部付属病院 吉田 恭平

1. 足指タッピングテストと転倒歴の関係

—要介護高齢者を対象とした横断的検証—

西九州大学 釜崎大志郎

2. 地域包括ケア病棟で入院関連機能障害 (Hospitalization-Associated Disability : HAD) となる患者の特徴

かとうクリニック内科・呼吸器内科・古賀病院・西九州大学大学院 末永 拓也

3. 地域在住高齢者の握力は体力の代表値と言えるのか？

ひらまつ病院 吉次 慧悟

4. 当院における人工股関節全置換術後の成績と在院日数の関係性

白石共立病院 小松 徹平

5. 佐賀県伊万里市いきいき百歳体操の効果検証

～初回体力測定から1年後の変化について～

こうすけ整形外科 徳島 琢也

セッション口述8. 一般演題 運動器 (14:10~15:10) 4演題

第4会場

座長：鶴田整形外科 村中 進

〃：寿夢の郷 下曾山香織

1. FABER テスト再考

本多整形外科 古賀 悠希

2. 拘縮肩における Axillary pouch の肥厚と関節可動域の関連

本多整形外科 福田 謙典

3. 右肩関節後方脱臼患者の肩峰骨頭間距離の変化について

新武雄病院 原 健太朗

4. 鏡視下腱板修復術後1年評価の動作時痛の有無が肩関節機能に与える影響

百武整形外科・スポーツクリニック 國部 龍機

セッションポスター1. 一般演題 ミックス (11:00~12:00)

第3会場

座長：白石共立病院 川田 浩司

〃：鶴田整形外科 渋谷 徹

1. 通所リハビリにて歩数計の使用により運動量が改善し、身体機能が維持できた症例

西田病院 松永 泉穂

2. 難病の在宅支援を考える ～ハンチントン病の症例を通して～

訪問看護ステーション ease 貞方 祥恵

3. 肺炎を繰り返す重症心身障害児者の身体的特徴について

東佐賀病院 金丸 裕貴

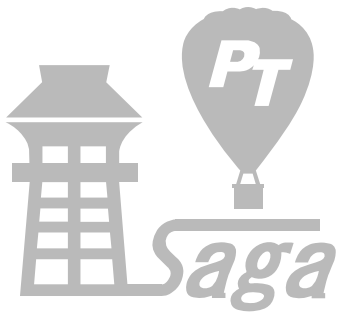
4. 競技復帰を目指した内側半月板断裂縫合術後の一症例

一筋力回復と KOOS に着目して一

百武整形外科病院 馬場 雄也

5. 胸椎黄色靱帯骨化症を呈した症例 ～歩行獲得に向けて～

新武雄病院 副島勇太郎



This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

第 32 回
佐賀県理学療法士会学会
2025

— 教育講演 —

「 わざの習熟と臨床知の本質 」
～ 今、我々に必要なものとは？ ～

講師 諸橋 勇 先生

第1会場 | 9:20 ～ 10:50

青森県立保健大学
諸橋 勇



現在の理学療法の中では、職場での技術指導の不足、治療のマンネリ化、閉塞感など理学療法士が成長実感や未来への期待を感じられない状況が存在する。私は良く研修会で参加者に次のように質問する。「貴方の職場では職場の技術レベルを何年目の理学療法士に合わせていますか?」, そうすると「そのような事は考えたこともない」, 「意外に若い理学療法士の技術レベルに合わせているかもしれない」などの答えがある。それにしても、このような問いに関する答えは誰に対して、どのように決めるべきなのでしょうか。

わざとは、観察や分析、触診やハンドリングといった実践的技能を指し、一方で臨床知は、個々の症例に対する直感的判断や洞察力、経験に基づく知識、メタ認知などを包含する。これらは相互作用し、補完的で、質の高い理学療法を提供するための重要な要素であり、本質の一つでもある。本質とは、誰でもが受け入れられる納得解であり、多くのうまく行っていない事象は本質からズレているとも言われている。

前述したような現場の問題が生じているとしたら、我々は何か本質からズレている可能性はないだろうか。エビデンス、標準化、マネジメントなどを重視するがために、我々が見失っているものはないだろうか。

わざや臨床知は理学療法を行うための「やり方」であるが、一方我々は理学療法士としての「あり方」に関して十分に身に着けているだろうか。学校教育、卒後教育、自己学習などどこで「あり方」を身に付けるのだろうか。本講演では、やり方の習得の過程を通じて、より本質的なことを考える機会とし、さらに理学療法士としての責任も含めた「あり方」に関して言及し、対象者に対して、より良い理学療法の提供が可能となるだけでなく、次世代の理学療法士の成長に向けての問題提起と提言をする。

略 歴

諸橋 勇

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

<学歴>

日本大学文理学部 哲学科卒業

東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻 修士課程修了

<職歴>

昭和 59 年 理学療法士免許取得，東北労災病院，東北大学病院附属鳴子分院への勤務した後，平成 5 年～ いわてリハビリテーションセンターへ，理学療法科長，機能回復療法部部長を歴任し，令和 2 年 3 月退職，同 4 月より現職。

<その他>

日本神経理学療法学会 運営幹事，理事

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

第 19 回日本神経理学療法学会学術大会 大会長（令和 3 年：盛岡）

岩手県理学療法士会 理事，副会長，相談役，監事を歴任

<関連資格>

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

<受賞歴>

平成 30 年 日本理学療法士協会 協会賞

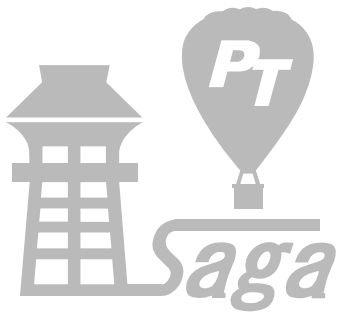
令和 4 年 東北理学療法士ブロック協議会 功労賞

<社会活動>

東日本大震災復興ボランティア団体 ハロートリムいわて代表で活動し，現在顧問

<著書 分担執筆>

- ・ モーターコントロール 第 1 版，第 2 版 翻訳
- ・ 理学療法士のためのコンディショニング入門（編集，執筆）
- ・ 脳卒中理学療法の理論と技術 1～4 版
- ・ 標準理学療法学「病態運動学」
- ・ 症例検討で身につける脳卒中の理学療法
- ・ Crosslink 理学療法学テキスト 運動療法学
- ・ 障害別運動療法学の基礎と臨床実践
- ・ 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改定第 2 版
- ・ イラストで分かる神経理学療法学 他



[illegible]

第 32 回
佐賀県理学療法士会学会
2025

— 口 述 発 表 の 部 —

口述 1

一般演題 運動器

5演題

| 第1会場 | 11:00 ~ 12:00

口述 2

一般演題 循環器・運動器

5演題

| 第2会場 | 11:00 ~ 12:00

口述 3

学生セッション

4演題

| 第1会場 | 13:00 ~ 14:00

口述 4

一般演題 スポーツ

5演題

| 第2会場 | 13:00 ~ 14:00

口述 5

一般演題 神経

5演題

| 第4会場 | 13:00 ~ 4:00

口述 6

一般演題 神経

5演題

| 第1会場 | 14:10 ~ 15:10

口述 7

一般演題 地域・調査

5演題

| 第2会場 | 14:10 ~ 15:10

口述 8

一般演題 運動器

4演題

| 第4会場 | 14:10 ~ 15:10

口述1-1. 一般演題 運動器

仙腸関節障害に合併した脊柱管外坐骨神経障害の治療部位に関する検討

○樋口 友紀¹⁾ 福田 謙典¹⁾ 本多 孝行²⁾

1) 医療法人三和会 本多整形外科 リハビリテーション科

2) 医療法人三和会 本多整形外科 整形外科

【はじめに、目的】

下肢における絞扼性神経障害は仙腸関節由来の梨状筋症候群が定説とされてきた(中宿ら, 2005)。仙腸関節障害は後方靱帯領域が主病変とされているが(Murakami et al., 2007), 同部位に対する治療だけでは難治する坐骨神経症状を呈する症例は多く, 坐骨神経関連領域も併せて治療する必要がある。

近年では坐骨神経の解剖学的研究において, 周辺組織との位置関係の詳細を明らかにしており, 同神経の絞扼部位の特定に新たな示唆が得られている。

さらに, 超音波画像診断装置(以下エコー)の高精細化により坐骨神経が鮮明に描出出来るようになってきたことから坐骨神経障害の治療対象が梨状筋に留まらず, 広範囲に及ぶようになってきている。

今回, 仙腸関節障害に合併した坐骨神経障害に対する治療箇所を部位別に検討したため報告する。

【方法】

対象は2023年8月から同年12月までの5ヶ月間に当院を受診した腰痛, 殿部痛, 下肢痛を主訴とした仙腸関節障害初診症例39例で殿部領域における坐骨神経に対して超音波ガイド下に圧痛を認め, 再現痛が得られた脊柱管外坐骨神経治療部位について検討した。

なお, 症例の内訳は男性16例, 女性23例, 年齢は16~89歳(平均52.6歳), 罹病期間は3.5 ± 1.4ヶ月であった。

【結果】

全例において, 殿部領域での坐骨神経障害が示唆

されたことから, 整形外科医に圧痛を認めた坐骨神経領域への超音波ガイド下注射を依頼したところ, 症状は即時的に軽快した。これらの所見より, 坐骨神経の滑走性改善を目的に運動療法を追加した。坐骨神経の部位別の治療頻度は梨状筋下孔が11例, 内閉鎖筋レベルで2例, 大腿方形筋~ハムストリングス起始部が16例, ハムストリングスと大内転筋の筋間が10例であった。

【考察】

従来より, 脊柱管外における非椎間板性坐骨神経障害の原因として, 梨状筋症候群が考えられており, 特に梨状筋と坐骨神経との間の解剖学的破格が大きな要因であると考えられてきた。しかし, 「坐骨神経が殿部において様々な要因により絞扼され, 神経の滑走性の低下, 内圧の上昇により生じる非椎間板性の殿部痛」と定義されたDeep gluteal syndrome (McCrary et al., 1999) という概念が提唱され, さらに股関節鏡を関節外のDeep gluteal spaceに用いることで, 同スペース内で坐骨神経障害を生じる病態が徐々に明らかとなってきた(Balius R et al., 2017)。Deep gluteal syndromeの原因となる坐骨神経の絞扼が生じやすい部位は梨状筋下(67.8%)とされており(Martin, 2015), 我々の検討においても相違ない結果となったが, 坐骨神経周辺の超音波解剖, エコーガイド下における正確かつ確実な圧痛所見による再現痛, および解剖学的知見に基づいた絞扼部位特定の試みにより, 梨状筋以外に複数の坐骨神経治療対象部位が明らかとなった。

【結論】

脊柱管狭窄症や椎間板ヘルニアなどの脊柱管内病変ではなく, 脊柱管外病変に起因する坐骨神経治療部位は深殿部領域において梨状筋周囲のみならず, 大腿方形筋, ハムストリングス起始部での頻度が高いことが示唆された。

口述1-2. 一般演題 運動器

鏡視下腱板修復術後1年のQuick DASHと臨床評価の関連

○芳崎 滯¹⁾ 光井 康博²⁾ 原 光司²⁾
 阿部隆之介²⁾ 坂井周一郎¹⁾ 樋口 一斗¹⁾
 吉田 緑彦¹⁾ 甲斐 征哉¹⁾ 野中 咲希¹⁾
 宮本 梓¹⁾

- 1) 百武整形外科・スポーツクリニック リハビリテーション部
 2) 百武整形外科・スポーツクリニック 整形外科

【はじめに】

Quick DASH (Q-DASH) は、鏡視下腱板修復術 (ARCR) 後の患者立脚型評価 (PRO) として用いられる。しかし、Q-DASH の最小変化量 (MCID) を指標に用いた臨床評価との関連を検討した報告は乏し得る限りなかった。本研究の目的は、Q-DASH の MCID からみた ARCR 後1年の関連性を調査することである。

【対象と方法】

対象は、2022年3月から2024年4月までに ARCR を施行し、術後1年以上経過観察可能であった小中断裂37例37肩 (男性18肩、女性19肩)、平均年齢 62.5 ± 8.9 歳とした。大広範囲断裂は予後不良因子であり対象外とした。術後1年の Q-DASH の MCID を満たした28例を良好群、満たしていない9例を不良群とした。検討項目は、術後1年時の再断裂の有無、疼痛 (安静時、動作時、夜間時: mm)、可動域 (肩屈曲、外転、外旋、結滞: °)、JOA スコア (点)、Q-DASH の質問別スコア (点) とした。Q-DASH の MCID は、過去の報告を用い 15.91 点とした。統計学的評価として、Mann-Whitney U 検定、2標本 t 検定、 χ^2 検定を用い危険率5%未満を有意差ありとした。

【結果】

術前では各項目に有意差は認めなかった。ARCR 後1年での検討項目 (良好群: 不良群、危険率) において、動作時痛 (1.3: 8.5, $P < 0.05$)、屈曲可動域 (157.2: 151.9, $P < 0.05$)、外転可動域 (162.4: 155.7, $P < 0.01$)、JOA スコア (95.6: 86.8, $P < 0.001$) で有意差を認めた。Q-DASH の質問別スコアでは Q1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 (それぞれ $P < 0.01$) で有意差を認めた。その他項目において、両群に有意差は認めなかった。

【考察】

疼痛の遷延化は PRO の不良因子とされ、本研究でも動作時痛と Q-DASH の疼痛関連項目 Q9, 10 に有意差を認めた。肩屈曲・外転可動域と Q-DASH との相関も報告があり、本研究でも同様の結果となった。Q-DASH の Q1, 3, 4, 5, 6, 7 は、手・肘関節機能を評価する項目であり、本研究結果から肩関節機能低下により手・肘関節機能も低下したと推察される。以上より、Q-DASH は疼痛だけでなく肩屈曲・外転可動域の影響も受け、その可動域制限が上肢機能に関係していることが示唆された。

口述1-3. 一般演題 運動器

当院における橈骨遠位端骨折の術後成績

○土田 袈奈世 鶴田 智也 立野 彩
秀島 聖尚 井上 美帆 峯 博子
鶴田 敏幸

医療法人友和会 鶴田整形外科

【はじめに、目的】

近年、社会の高齢化に伴い、転倒・転落した際に手部からの介達外力によって生じる高齢者の橈骨遠位端骨折が増加し掌側ロッキングプレート固定術（以下 PLP 固定術）を施行する例が増加している。片山らは橈骨遠位端骨折に対する PLP 固定術は早期の固定性および機能回復に優れ、短期成績は良好であると報告している。臨床でも術後成績を追う中で早期に手関節・前腕の可動域が改善し、握力は緩やかに回復する印象がある。先行研究の中でも様々な研究報告があり、術後成績についての報告は定かではない。本研究では、当院で橈骨遠位端骨折に対する PLP 固定術を施行された患者を対象に、術後6か月までにおける関節可動域（以下 ROM）、握力の経時的变化を統計学的に検討し、術後の回復経過の実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は、2020年4月～2024年8月までの期間で PLP 固定術を施行し、術後6か月まで評価可能であった112名112手とした。術後1か月、3か月、6か月時点の手関節・前腕 ROM、握力を調査した。統計解析には反復測定分散分析を用い、時間的变化を検討し、有意差が認められた場合には Bonferroni 法による多重比較を行った。また、対応のある t 検定を用い、術後6か月時点での ROM・握力の患側と健側の有意差を比較検討した。有意水準は5%未満とした。

【結果】

時間的变化については術後1か月・3か月・6か

月における全項目で経時的に有意に改善した。また各時点では、術後1か月と3か月、1か月と6か月、3か月と6か月のいずれの時点間においても統計学的に有意な差が認められた。また、術後6か月時点における患側と健側の比較では全項目で有意差が認められた。術後6か月時の ROM 各項目の健患比は掌屈 79.7%、背屈 85.1%、橈屈 87.4%、尺屈 82.4%、回内 91.4%、回外 93.2%、握力 78.8%であった。

【考察】

本研究において、PLP 固定術後の ROM・握力は術後6か月にかけて有意に改善した。しかし、健側との比較においても有意差があることから、術後6か月時点でも患側の機能回復が健側に及ばないことも確認された。また、術後6か月時点の健患比から、握力はそれぞれの ROM よりも改善しにくいことが明らかとなった。阿部らは握力の回復は術後6か月で 70.6%と ROM の回復より遅いと述べている。本研究でも握力は術後6か月で健患比が 78.8%と緩やかに改善し、先行文献より良好な結果となった。また、奥村らは運動療法期間平均 24.6 週（9.6～57.3 週）のリハビリテーション終了時の成績目標としては手関節 ROM 80～90%、前腕 ROM 95%以上、握力は 70%程度が妥当と述べている。術後6か月時点で先行研究の成績目標と同程度の成績を獲得することができた。しかし、術後6か月時の ROM の健患比は掌屈のみ 80%以下で低値であった。Nelson らは背側転位型骨折では手関節掌側傾斜（以下 PT）は減少し、掌屈可動域の制限に影響を与えると述べている。骨折による手関節のアライメントの変化、術後の腫脹の残存による術創部・屈筋腱など掌側の軟部組織の滑走性低下によって掌屈 ROM の回復が遅れる結果になったのではないかと考える。櫻井らは術後の自主練習量を多く行うことで治療成績も良好であると述べている。今後、術後経過を追う中で、機能回復の促進のために術後早期の適切な炎症管理や患者への運動指導が重要であると考えられる。

口述1-4. 一般演題 運動器

人工膝関節全置換術術後の CS-30 が術後成績に与える影響

○森 沙緒里 塚田 奈海 澁谷 徹
米倉 豊 井手 衆哉

医療法人友和会 鶴田整形外科

【はじめに、目的】

人工膝関節全置換術 (TKA) は、変形性膝関節症に対する有効な外科的治療法であり、疼痛や可動域の改善が期待される。

しかし、術後には立ち上がりを困難に感じたり、満足度が低かったりする患者が散見され、治療に難渋する例もある。

TKA 施行後の患者のアウトカム指標として下肢筋力を評価することは重要であるとされており、30 秒間椅子立ち上がりテスト (CS-30) は、下肢筋力や歩行能力を簡便に評価でき、TKA 術後の身体機能評価にも有用とされる。

そこで本研究では、TKA 患者における術後 3 ヶ月時点での CS-30 を調査し、ADL や満足度との関連性を検討した。

【方法】

当院にて 2024 年 4 月から 2025 年 2 月までに、TKA を施行し経過観察可能であった男性 34 名、女性 74 名、計 108 名 111 膝 (平均年齢: 74 歳) を対象とした。

川端らは、65 歳以上の高齢者の転倒予測において CS-30 の cut-off 値は 14.5 回であったと述べており、今回術後 3 ヶ月時点において、CS-30 を実施し、14 回以上実施可能であった群 (以上群) 39 名と、14 回未満であった群 (未満群) 72 名に分類した。その他評価項目として、膝関節屈曲・伸展可動域、2011 The Knee Society Score (KSS: 症状、満足度、期待度、活動性)、足関節背屈可動域 (膝屈曲位及び伸展位)、母趾壁距離を測定した。これらを 2 群間で比較し、対応のない t 検定にて有意水準は 5 % 未満とした。

【結果】

KSS は以上群 72.9 点、未満群 61.8 点と、未満群において活動性が有意に低値であった。

また、足関節背屈可動域は膝屈曲時において以上群 19.9°, 未満群 17.4°, 膝伸展時において以上群 15.9°, 未満群 12.7° と未満群において有意に低値を示した。

その他、膝関節屈曲可動域、膝関節伸展可動域、母趾壁距離、KSS 症状・満足度・期待度に有意差は認めなかった。

【考察】

TKA 術後 3 ヶ月患者における CS-30 の低下は KSS の活動性に影響を与えることが分かった。KSS 活動性では立ち上がり動作や段差昇降など実際の動作を評価する項目が多いことから、CS-30 との関連が考えられ、下肢筋力の低下が影響していると思われる。

また、足関節背屈可動域において有意差を認め、未満群で足関節背屈可動域が低下した。森田らは、立ち上がり動作を行うために十分な背屈可動域が必要と報告している。本研究では、背屈可動域は以上群 15.9°, 未満群 12.7° で有意差を認めた。

CS-30 で実施される椅子からの立ち上がり動作では、下腿前傾により重心を前方へ移し、下腿前傾が最大になると大腿四頭筋や殿筋が動きのサポートを行うが、足関節背屈に制限が見られると、重心を前方に移動できず、立ち上がり動作が困難になると思われる。

また、2 群間において、術前の足関節背屈可動域も未満群において有意に低値を示したことから、術前から足関節背屈可動域や筋力を獲得することが大事であると考ええる。

以上のことから、TKA 術前は、痛みにより下肢筋力向上が困難な場合が多いため、膝関節・足関節の可動域改善を行う、TKA 術後は膝関節可動域改善、下肢筋力の改善を行うことで、術後の立ち上がり動作の改善に繋がると考えられる。

CS-30 は、複合的な下肢機能を評価できる指標として有用であり、術後早期の機能回復の状態を把握できる手段として効果的であると考ええる。

口述1-5. 一般演題 運動器

ARCR 術後疼痛により ROM 獲得に難渋した症例

○瀏野 光輝 橋本 昌明 村中 進
荻本 晋作

医療法人友和会 鶴田整形外科

【はじめに】

今回、鏡視下腱板修復術（以下 ARCR）及び関節唇形成術術後に疼痛が強く理学療法の進行に難渋した症例を経験した。そこで術後早期の疼痛軽減と可動域獲得を中心にアプローチを実施した。

【症例紹介】

40 代男性。職業は教員。競技は野球、ポジションは投手。キャッチボールで遠投した際に右肩痛出現したが自己判断で様子観察しながら投球継続していた。しかし試合終了後に疼痛増強し投球不可となったため、当院受診。MRI 撮影の結果、右肩腱板断裂と診断された。投球時痛が強く、競技復帰を希望されたため、X 日に右 ARCR、関節唇形成術施行された。

【経過】

術前評価は、右肩関節 ROM は屈曲 150°、外転 150°、1st 外旋 50°、2nd 外旋 110°、2nd 内旋 50°、水平屈曲 120°。MMT は右肩関節外転 5・外旋 5・内旋 5 であった。術前の主訴は肩関節最大外旋角度（以下 MER）時の強い肩関節前方痛であった。

術中所見は、棘上筋断裂サイズは中断裂、前上方と後下方の関節唇損傷がみられた。ARCR に加え、前上方は SLAP 損傷 TypeII で縫合術、後下方はデブリードマンを施行した。

術後プロトコルは、術後翌日より理学療法開始し、術後 1 週から他動 ROM 練習開始、装具固定期間は 3 週間、装具除去後に自動 ROM 練習を開始した。ROM 練習時に防御性収縮が著明で、肩関節前方に NRS7/10 程度の疼痛の訴えがあり ROM 獲得の妨げとなった。退院後も仕事の都合上、週に 1 回程度の理学療法頻度になり、介入に制限があった。

術後 8 週評価は、右肩関節 ROM は屈曲 120°、1st 外旋 30°、1st 内旋 40°、2nd 内旋 0°、3rd 内旋 -5°、肩甲骨固定での挙上 60°。屈曲時 NRS3/10 で、肩関節前方に疼痛を訴えた。MMT は右肩関節外転 4、外旋 5、内旋 4 と改善してきているが、疼痛と ROM 制限は残存していた。

術後 12 週評価では、右肩関節 ROM は屈曲 155°、1st 外旋 60°、1st 内旋 55°、2nd 内旋 15°、3rd 内旋 5°。肩甲骨固定での挙上 100°。MMT は右肩関節外転 4、外旋 5、内旋 5。画像診断にて菅谷分類 I と改善を徐々に認めた。

【考察】

椎名らは、ARCR 術後に疼痛が遷延する因子として術前の疼痛の強さが影響を与えると述べている。本症例も術前から疼痛の訴えが強く、術後早期は思いうような介入が進められなかった。そのため術後早期では疼痛軽減を目的に、寝方・姿勢などのポジショニング指導、リラクゼーション、声掛けを行いながら愛護的な ROM 練習を実施した。それにより、筋緊張軽減、ROM 練習時の防御性収縮が消失し、術後 8 週で疼痛軽減したと考える。

桑野らは、ARCR 術後は装具固定期間の不良姿勢や肩甲骨周囲筋の緊張によって肩関節後方タイトネスとなりやすいと述べており、大庭らは、後方タイトネスが肩関節屈曲運動時に烏口肩峰アーチと上腕骨頭のインピンジメントを引き起こすとも述べている。本症例も同様のことが起こる可能性が考えられ、後方組織の伸張性改善を目的とした ROM 練習やストレッチを実施したことで、術後 12 週で全ての肢位での内旋 ROM が増大し、挙上時の上腕骨頭の後下方への取り込み運動出現、インピンジメントによる肩関節前方の疼痛消失し、挙上 ROM が改善したと考える。

また、鈴木は、投球障害では、症状を有する肩関節以外の機能異常による運動連鎖の破綻や不適切な投球フォームが障害発生の一要因となると述べている。今後は肩関節に加え、全身的なアプローチも必要だと考える。

口述2-1. 一般演題 循環器・運動器

経カテーテル大動脈弁置換術後患者の入院関連機能障害（Hospital-Associated Disability：HAD）が生存率へ与える影響と HAD 発生に関与する因子の検討

○吉田 恭平^{1,2)} 新郷 巧¹⁾ 児玉 祥一¹⁾
吉岡 吾郎³⁾ 矢島あゆむ³⁾ 柚木 純二⁴⁾
小池 春樹⁵⁾ 野出 孝一³⁾

- 1) 佐賀大学医学部附属病院 先進総合機能回復センター
- 2) 佐賀大学大学院 先進健康科学研究科
- 3) 佐賀大学医学部 循環器内科
- 4) 佐賀大学医学部 心臓血管外科
- 5) 佐賀大学医学部 脳神経内科

【はじめに・目的】

経カテーテル大動脈弁置換術（TAVI）は、重症大動脈弁狭窄症に対する低侵襲治療法として確立されており、高齢者や手術ハイリスク患者にも適応が拡大している。TAVI 患者の多くが後期高齢者であり、入院中の安静や手術侵襲の影響で身体機能や ADL が低下し、入院関連機能障害（Hospital-Associated Disability：HAD）の発症する可能性がある。HAD は退院後の Quality of Life（QOL）の低下、さらには生命予後に関与する可能性があるが、その詳細については未だ十分に明らかにされていない。また、TAVI 後の HAD 発生には様々な因子が関与しており、その詳細な発症率や予後影響、リスク因子については十分に検討されていない。本研究は、TAVI 後に発症する HAD が生存予後に及ぼす影響を明らかにし、術前評価に基づく HAD の予測因子を同定することを目的とした。

【方法】

2014 年 3 月～2024 年 4 月に当院で経大腿アプローチによる TAVI を施行され、身体機能および ADL 評価が可能であった 294 例を対象に後ろ向き解析を行った。評価時期は術前および術後 1 週間とし、医学的情報は診療録から抽出した。医学的情報として、年齢、性別、Body Mass Index（BMI）、Japan SCORE、Clinical Frailty Scale（CFS）、左室駆出率（LVEF）、ヘモグロビン（Hb）、アルブミン（ALB）、クレアチニン（Cr.）、糸球体濾過率（eGFR）、HbA1c、NT-proBNP、C 反応性タンパク（CRP）、NYHA 分類、手術時間、ICU 滞在日数、術後在院日数、術後生存日数を収集した。身体的評価として、握力、5 m 歩行時間、Short Physical Performance Battery（SPPB）を用いた。さらに、CT 画像を用いた解析を行い、第 3 腰椎レベルで左右大腰筋面積を測定し、大腰筋指数（Psoas Muscle Index：PMI）および大腰筋密度（Psoas Muscle Density：PMD）を

算出した。認知機能評価には、Mini-Mental State Examination（MMSE）、ADL 評価には Katz index を使用した。HAD の定義は、Katz index が術前と比較して術後に 1 点以上低下した場合とし、対象を HAD 群および非 HAD 群に分類した。HAD の有無による生存率は Kaplan-Meier 法と Log-rank 検定で比較し、Cox 比例ハザードモデルで年齢・性別を調整後、HAD の独立した予後因子性を検討した。さらに HAD 発症因子を群間比較し、多変量ロジスティック回帰分析で独立因子を抽出、ROC 解析で予測能とカットオフ値を評価した。統計解析は JMP Pro17 を使用し、有意水準は 5 %未満とした。

【結果】

症例全体で男性 28%（82/294 例）、平均年齢 85.0 ± 4.8 歳、HAD 群 75 例（26%）、非 HAD 群 220 例であった。生存確認期間の中央値は、489 日（292-1097 日）で、死亡イベントの発生率は 16.2%であった。Kaplan-Meier 生存曲線の解析では、HAD 群は非 HAD 群と比較して生存率が有意に低かった（ $p < 0.01$ ）。Cox 比例ハザードモデルにおいて年齢および性別で調整した結果、HAD 群は独立した死亡リスク因子であった（HR=2.05, 95%CI：1.1-3.79, $p=0.02$ ）。HAD 群と非 HAD 群を比較すると、HAD 群では術前の年齢、NYHA 分類、ALB、握力、5 m 歩行時間、SPPB、MMSE、PMD、および術後在院日数において有意差を認めた（ $p < 0.05$ ）。多変量ロジスティック回帰分析の結果、HAD 発症の独立因子として、SPPB（OR 0.89, 95% CI 0.8-0.97）、術前 PMD（OR 0.94, 95% CI 0.9-0.99）が抽出された。ROC 曲線分析の結果、SPPB のカットオフ値は 10 点（感度 75%、特異度 53%）、AUC=0.66。PMD のカットオフ値は、男性 39.9HU（感度 95%、特異度 33%）、AUC=0.65、女性 31.2HU（感度 54%、特異度 67%）、AUC=0.61 であった。

【考察】

本研究では、TAVI 後の HAD 発症率は 26%と高く、HAD 発症は生存予後の悪化に寄与することが示された。また、術前の SPPB および PMD が HAD の独立した予測因子として抽出されたことから、術前の身体機能評価の有用性を支持する結果となった。また、PMD は筋量ではなく筋質に着目した指標であり、HAD との関連が強かった点は、画像解析を用いた術前リスク評価の有用性を示唆する結果であると考えられる。今後は、術前評価に基づく包括的リハビリテーション介入や多職種連携によるケアモデルを構築し、HAD 予防および生命予後の改善へ繋げていきたい。

口述2-2. 一般演題 循環器・運動器

急性心不全患者における初回入院と複数回入院の体組成及び身体機能の比較

○新郷 巧海¹⁾ 吉田 恭平¹⁾ 児玉 祥一¹⁾
矢島あゆむ²⁾ 野出 孝一²⁾ 小池 春樹^{1,3)}

- 1) 佐賀大学医学部附属病院 先進総合機能回復センター
- 2) 佐賀大学循環器内科
- 3) 佐賀大学医学部脳神経内科

【目的】

心不全の病気進行に伴う再入院の反復が、骨格筋機能の低下や身体活動量の減少を介して、身体機能の段階的な低下に関連すると言われている。しかし、初回入院患者と複数回入院患者の体組成および身体機能の詳細な比較についての報告は少ない。本研究では、急性心不全患者における初回入院と複数回入院の体組成および身体機能を比較し、繰り返す心不全が身体機能に及ぼす影響を検討した。

【方法】

本研究は、2024年4月から2024年12月の期間に当院に入院した急性心不全患者39名、中央値71歳(55-82歳)、男性53%(21/39例)を対象とした。患者を初回入院群(n=17)および複数回入院群(n=22)に分類し、以下の体組成および身体機能指標を比較した。医学的情報は診療録より抽出した。また、各種評価は、急性期治療により心不全が代償した時期に実施した。評価項目は、年齢、性別、BMI、独居の有無、在院日数の基本情報に加え、Hb、Cre、eGFR、CRP、NT-proBNP、Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)、左室駆出率(LVEF)を測定した。体組成評価はInbody S10を用いて体脂肪率、Phase angle、骨格筋量指数(Skeletal Muscle Mass Index: SMI)、細胞外水分量/全身水分量比(ECW/TBW)を評価した。身体機能は握力、Short Physical

Performance Battery (SPPB)、10 m歩行テスト、退院時歩行距離を評価、認知機能はMini-Mental State Examination (MMSE)を用いた。加えて、歩行開始日をリハビリ経過の指標として記録した。統計学的検定は、データの正規性をシャピロ・ウィルク検定で確認後、Fisherの正確確率検定、Mann-Whitney U検定を用いた。統計解析にはJMP pro 17を使用し、有意水準は $p < 0.05$ とした。

【結果】

初回入院群、複数回入院群の年齢・性別の分布については両群間で有意差は認められなかった($p=0.387$, $p=0.926$)。複数回入院群は初回入院群と比較して、LVEF、ECW/TBW、Phase angle、握力、SPPBにおいて有意に低値を示した($p < 0.05$)。特にSPPBでは、4 m歩行テスト($p=0.0081$)および椅子立ち上がりテスト($p=0.0126$)において有意な低下が認められた。

【考察】

入院回数の増加は、心機能の低下に加え、体液バランスの異常、筋機能・身体機能の低下を招くことが示された。体組成評価は、細胞機能や循環動態を、非侵襲かつ簡便に捉えられる点で臨床的意義が高く、身体機能低下の兆候を早期に把握する手段として、今後のリハビリ評価の一助となると考える。本研究では、複数回入院群でSPPB総合スコア、特にADL動作に直結する機能である立ち上がり動作および歩行速度の低下を示した。理学療法においては、これらの機能低下に対して、立ち上がり訓練や歩行訓練を段階的に実施し、個別性の高い運動プログラムを立案することで、下肢筋力や運動耐容能の改善を図ることが重要と考える。

口述2-3. 一般演題 循環器・運動器

大腿骨転子部骨折を呈し、歩行困難となった患者に対する治療アプローチと自宅復帰までの経過

○中島 悠大 大澤 達也

医療法人 朋友会 山口病院 リハビリテーション科

【はじめに、目的】

大腿骨転子部骨折は、高齢者の代表的な疾患の一つであり、転倒により受傷するケース多く報告されている。しかしながら退院時の歩行能力は30%～50%の低下が認められると報告されており、どのような理学療法を展開していくかで予後に大きく関わることが考えられる。そこで今回、左大腿骨転子部骨折に対して術後に残存した大腿前部、外側部痛に関して疼痛の軽減に向けたアプローチが奏功し、疼痛改善・ADLの活動制限が改善し自宅退院が可能となった症例をここに報告する。

【現病歴】

症例は80歳代男性。X年Y月Z日に転倒によりA病院へ緊急搬送。大腿骨転子部骨折と診断され、骨接合術施行。術後翌日に全荷重可能となり、Z+23日に当院回復期リハビリテーション病棟に入院の運びとなる。

【初期評価：Z+23日】

ROM (R/L) 股関節屈曲(130/90) 外転(40/20)

MMT (R/L) 股関節屈曲(5/2) 外転(5/2)

膝関節伸展(5/2)

疼痛(NRS) 患側 9/10 股関節屈曲時

荷重(R/L) (50kg/10kg)

入院初期の状態は、術後の疼痛によって体動困難を来し、起居。動作から座位、移乗において重度の介助を要した。理学所見として術創部や上前腸骨棘内側部、鼠径部、大腿直筋 reflected head (以下：RF) に圧痛を著明に認められていた。また、大腿四頭筋、中殿筋、内転筋の筋力低下を認めており股関節屈曲、外転、伸展において疼痛とROM制限を認めた。感覚障害として患側大腿外側に軽度の痺れの主訴を呈していた。

【最終評価：Z+84日】

ROM (R/L) 股関節屈曲(135/130) 外転(45/40)

MMT (R/L) 股関節屈曲(5/4) 外転(5/4) 膝関節伸展(5/2)

疼痛(NRS) 患側 3/10

荷重(R/L) (31kg/27kg)

疼痛の訴えに関しては、鼠径部や上前腸骨棘内側の症状は再燃を認めなかった。Z+85日目に最終的に杖歩行自立レベルまでに至った。

【考察】

今回の骨折による観血的手術によって、大腿筋膜張筋・中殿筋・外側広筋の切開したことによる、股関節屈曲・外転の筋力低下を認めた。その背景としては、大腿筋膜張筋周囲を走行する大腿外側皮神経が切開により瘢痕化し滑走不全を来し、大腿外側部の知覚障害や疼痛が出現したと考えられる。大腿外側皮神経の走行とし上前腸骨棘内側部で鼠経靱帯の直下から骨盤外に出て大腿筋膜張筋を貫通するとされ大腿外側部を中心に疼痛や知覚障害を生じるとされる(井須ら：2018)。大腿外側皮神経の内側を大腿神経が走行しており、絞扼部位が鼠経靱帯、大腿外側の痺れ、RFであることから本症例の理学所見と一致する。本症例に対し、問題点を抽出しアプローチを行い疼痛軽減、起居動作獲得することで、その後のADL動作や歩行能力が向上すると考えた。

結果として大腿神経や大腿外側皮神経の絞扼性障害が改善されたことにより術部周囲の股関節痛の改善大腿四頭筋の筋出力向上、股関節屈曲可動域の改善が認められた。疼痛軽減が図れたことにより積極的な荷重訓練や歩行訓練を実施することができたと考ええる。早期の歩行訓練は予後良好とされており(濱田ら：2007)、早期の歩行訓練が自宅退院に至った一因となった。

今後の課題としては、残存した大腿骨外側の痺れに対するアプローチや今後のADLにおける生活指導が挙げられる。

【倫理的配慮、説明同意】

症例に対し、個人情報とプライバシー保護に十分に配慮し、説明と同意を得たうえで実施している。

口述2-4. 一般演題 循環器・運動器

脊椎圧迫骨折患者の歩行補助具の種類を分ける退院時の身体機能

—独歩群，杖群，歩行器による比較—

○保坂 公大^{1,2)} 大田尾 浩³⁾ 松本 大輔¹⁾
西 栄里¹⁾ 今村 純平¹⁾ 田中 順子¹⁾
柴田 元¹⁾

- 1) 医療法人かぶとやま会久留米リハビリテーション病院
リハビリテーションセンター
- 2) 西九州大学大学院 生活支援科学研究科 保健医療学専攻
- 3) 西九州大学 リハビリテーション学部

【はじめに，目的】

脊椎圧迫骨折（VCF）は高齢者において頻度の高い骨折である。VCF の罹患により，疼痛や姿勢の変化，体幹筋の弱化を伴うことが多い。そのため，歩行時の安定性やバランス能力の低下を招き，ADL や移動能力に直接的な影響を及ぼす。歩行補助具の使用は，歩行能力や ADL の自立度を補完する手段として有効である一方で，不適切な選定は疼痛の増悪や転倒リスクの増加を引き起こす可能性がある。しかし，実際の臨床現場では，歩行補助具の選定が主観的な判断や経験則に基づいてなされることが多く，客観的指標に基づいた明確な選定基準は確立されていない。そこで本研究は，VCF を有する高齢者において，使用する歩行補助具の種類（独歩，杖，歩行器）を分ける身体機能を明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は医療法人かぶとやま会久留米リハビリテーション病院に入院した 65 歳以上の VCF 患者 143 名を分析対象とした。対象者を退院時の屋内移動時の歩行補助具の種類に基づいて，独歩群（n=54），杖群（n=50），歩行器群（n=39）の 3 群に分類し，疼痛，HDS-R，握力，CS-30，BBS，骨格筋量指数，共変量として年齢と性別を調査した。各項目について Kruskal-Wallis 検定と Bonferroni 訂正による多重比較を行った。さらに，退院時の歩行手段を従属変数，調査項目を独立変数とした，強制投入法による多項目ロジスティック回帰分析を実施した。なお，統計学的有意水準は 5 % とし，解析には SPSS Statistics V25.0（IBM）を用いた。

【結果】

退院時の移動形態に基づき，対象者を独歩群，杖群，歩行器群の 3 群に分類し比較した。その結果，独歩群と杖群のあいだには，握力，CS-30，BBS に有意差があった。また，杖群と歩行器群には，疼痛，CS-30，BBS に有意差があった。退院時の歩行手段を従属変数，調査項目を独立変数とした多項ロジスティック回帰分析を実施した結果，独歩群と杖群を分ける有意な因子は BBS（OR：0.86，95% CI：0.78-0.95）であった。また，独歩群と歩行器群を分ける因子は疼痛（OR1.15，95% CI：1.03-2.33）および BBS（OR：0.82，95% CI：0.74-0.91， $p < 0.019$ ）であった。

【考察】

本研究の結果，独歩群と杖群を分けるのはバランス能力であった。また，独歩群と歩行器群を分けるのは，バランス能力に加えて疼痛が影響していた。本研究の興味深い点は，筋力の指標である握力や CS-30 は選択されず，バランスの指標である BBS が選択されたことである。特に BBS は，独歩群と他群を分ける指標としていずれも選択されていた。VCF を受傷すると，体幹前傾や疼痛回避動作によって重心制御が不安定になりやすく，歩行時に姿勢保持の機能が低下することから，BBS が選択されたと考える。さらに，本研究では疼痛が独歩群と歩行器群を分ける要因として選択された。疼痛はバランス機能の低下を助長する可能性があり，バランスと疼痛の相互作用により歩行器の必要性が増すことが推察される。本研究の結果，VCF 患者の歩行補助具の選定には，下肢筋力のみには依存するのではなく，バランス能力および疼痛の程度を含めた包括的な機能評価が必要であることが示唆された。

【結論】

VCF 患者における退院時の歩行補助具の種類を検討した結果，独歩群と杖群を分ける要因は BBS が，独歩群と歩行器群を分ける要因には BBS に加えて疼痛が影響することが明らかになった。

口述2-5. 一般演題 循環器・運動器

股関節伸展制限を認めた変形性股関節症患者への理学療法の経験

○友田辰太郎

唐津赤十字病院 リハビリテーション技術課

【はじめに】

術前の股関節伸展制限（以下、伸展制限）は歩行能力の改善を遅らせ、在院日数に影響すると報告されている。今回、伸展制限を認めた変形性股関節症患者に術後理学療法を実施し、伸展制限は改善されたが跛行は残存した。その結果について考察を加え報告する。

【症例紹介】

年齢：50 歳代 性別：女性 BMI：26

診断名：右変形性股関節症（末期）

現病歴：5 年前より右股関節痛があり、足を引くようになったため 2025 年 X 月 Y 日に THA (Conjoined tendon Preserving Posterior Approach) を施行。

要望：杖なしで長く歩けるようになりたい

【初期評価(術前)】

関節可動域 (R/L)：股関節屈曲 80° /100° 伸展 -45° /5° 外転 20° /40° 内転(股屈曲 45°)5° /5° 外旋 5° /45°

疼痛：15 分以上の歩行で右股関節痛あり 10 m 歩行 (T 字杖, 快適速度)：14.61 秒

歩行観察 (T 字杖, 前額面/矢状面)：右立脚期の股関節外転位・体幹右側屈, 立脚中期から後期の骨盤後方回旋/右股関節屈曲位, 右立脚期早期での膝屈曲位

【術後評価(Y+7 日目)】

関節可動域 (R/L)：股関節屈曲 80° /100° 伸展 -25° /5° 外転 15° /40° 内転(股屈曲 25°) -10°

/5° 外旋 5° /45°

【治療内容】

1. 関節可動域練習 2. 筋収縮練習 3. 歩行練習

【最終評価 (Y+21 日目)】

関節可動域 (R/L)：股関節屈曲 90° /100° 伸展 -5° /5° 外転 25° /40° 内転(股屈曲 5°) -5° /5° 外旋 10° /45°

疼痛：歩行時痛なし, 股関節伸展時に右腸腰筋, 大腿筋膜張筋に伸張痛あり

10 m 歩行 (T 字杖, 快適速度)：13.88 秒

歩行観察 (T 字杖, 前額面/矢状面)：右立脚期の股関節外転位・体幹右側屈の残存, 立脚中期から後期の骨盤後方回旋の軽減/右股関節屈曲位の軽減, 右立脚期早期での膝屈曲位の改善

【考察・まとめ】

本症例は術前に-45° の伸展制限を認めていたが在院日数は大幅な逸脱なく当院のパス通りでの退院に至った。可動域に関して伸展制限は残存したが大きな改善が得られ、多くの症例で健側と同程度までは改善しなかったと報告があることから本症例は術前から重度な伸展制限があったなかでも良好な経過を得たのではないかと考える。一方で、内転制限の改善は得られなかった。その原因として術創部と骨頭の引き下げによる外転筋群の伸張の影響が考えられる。加えて、術後の軟部組織の柔軟性改善は 6～12 週が中心に進行すると報告されており、本症例も伸張痛の残存から術後 3 週時点では軟部組織の短縮改善が不十分であったと推察した。退院時の歩行では股関節伸展制限の改善に伴い右股関節屈曲位や骨盤の後方回旋は軽減を認めた一方で、内転制限の残存から一部跛行は残存した。本症例から、より内転制限に対するアプローチが重要であると考えた。