

SPECIAL INTEREST GROUPS まとめ

日本神経学療法学会
参加型フォーラム2017
2017. 11.4~5
首都大学東京荒川キャンパス



討議内容

1. 基礎的問題点
(研究関連問題と今後の方向性)
2. 現実的問題点
(臨床関連問題と今後の方向性)

SIG 1 筋緊張

座長: 北山哲也(山梨リハビリテーション病院理学療法課)

指定発言:

坂本 和則(千葉大学医学部附属病院リハビリテーション部)

森 憲一(大阪回生病院リハビリテーションセンター)

荒川 武士(専門学校東京医療学院理学療法学科)

1) 筋緊張の定義(他学会など)を確認

→筋緊張の学術的な定義はあるものの
臨床現場で解釈は統一されていない。

2) 評価方法の確認

→客観的評価方法としては、筋トーン計や筋電計などがあるが、臨床現場では主観的評価方法であるMASが一般的に用いられている。しかし、MASなどには測定肢位や速度についての基準がなく、信頼性が乏しい。

その他、臨床的アイディアについての討議がなされた。

3) 質疑応答

→異常筋緊張についての考え方の確認

臨床的には筋緊張異常を問題視すべきか？

筋緊張は治療対象なのか？

個別性をどう考えていくか？

低緊張に対する評価をどう考えるか？」

上位運動ニューロン障害のメカニズムと異常

筋緊張の関連性をどう考えるか？

運動時の筋緊張の評価は？

今後の課題

- 理学療法における筋緊張の定義づけと臨床的評価方法の確立

SIG2 高次脳機能障害

座長: 松田 淳子 (大阪行岡医療大学医療学部理学療法学科)

指定発言:

渡辺 学 (北里大学メディカルセンターリハビリテーションセンター)

大村 優慈 (国際医療福祉大学小田原保健医療学部)

手塚 純一 (医療法人社団新東京石心会さいわい鶴見病院リハビリテーション科)

高次脳機能障害

1) 現時点での臨床課題

1. 高次脳機能障害と理学療法の乖離
 - 1) 身体運動機能回復への影響
 - 2) 基本動作、日常生活活動への影響理学療法士の立場から明らかにできているとは言えない
2. 病期とアプローチ方法の整理
 - 1) 急性期におけるアプローチ
 - 2) 回復期以降のアプローチ
 - 3) Post高次脳機能障害それぞれの時期に見合ったアプローチ方法が整備されていない
3. 脳損傷の一症状としての高次脳機能障害の理解の不足
 - 1) 高次脳機能障害の知識自体の不足 ← 神経システムへの理解の不足1. 2. の問題をも生成している根源的な課題

高次脳機能障害

2) 今後の研究すべき方向性

高次脳機能障害と理学療法の乖離

1) 身体運動機能回復への影響

→ 身体機能・高次脳機能障害相互にnegativeな影響を与えないためのかわり方

2) 基本動作、日常生活活動への影響

→ どう影響するのか、何に影響するのか、どう指導するのか

経過とアプローチ

1) 急性期におけるアプローチ→運動機能回復との関係性の検討

2) 回復期以降のアプローチ→機能回復への介入に加え、高次脳機能障害の回復は一般に期間も必要とすることから代償手段・連携方法の検討が必要

3) Post高次脳機能障害→検査上(-)となった高次脳機能障害患者の観察の継続

脳損傷の一症状としての高次脳機能障害

1) 高次脳機能障害の知識自体の不足←神経システムへの理解の不足

卒前教育を変える(現在の教育では卒後、高次脳機能障害が見れなくて当たり前)
病態をきちんと捉えて共通認識を持てるようになるために、症例の蓄積が必要

SIG3 運動発達障害

座長: 中 徹(群馬パース大学理学療法学科)

20171105 TMU 第1会場講堂

SIG3 運動発達障害 (小児期に発症する神経疾患系)**現時点での臨床的課題**

1) 運動発達の障害の疾患による類型化	分類
2) 運動器に対する援助の方法 3) 神経制御に対する援助の方法 4) エネルギー代謝に対する援助の方法	個への介入領域
5) 発達の課題または学習課題の援助の方法論 6) 教育的援助の方法論 7) 支援工学 (装具を含む) の方法論	個への介入課題
8) 予後推定に関する評価方法	評価

20171105 TMU 第1会場講堂

SIG3 運動発達障害 (小児期に発症する神経疾患系)**現時点での臨床的課題****研究の方向性**

1) 運動発達の障害の疾患による類型化	分類 疾患ごとの発達曲線の 疫学的研究
2) 運動器に対する援助の方法	個への介入領域 股関節脱臼・尖足の類型と治療の 疫学・介入研究
3) 神経制御に対する援助の方法	BTX+筋トレの 介入研究 評価部分利用の 調査研究
4) エネルギー代謝に対する援助の方法	24時間活動量の 観察研究
5) 発達の課題または学習課題の援助の方法論	個への介入課題 年齢・障害別課題類型化の 観察研究
6) 教育的援助の方法論	プログラム実行の実証に関する 調査研究
7) 支援工学 (装具を含む) の方法論	ロボット・繰り返し効果にかんする 介入研究 支給制度の地域差にかんする 調査研究
8) 予後推定に関する評価方法	評価 日本版オンタリオ発達曲線にかんする 疫学研究

SIG4 失調とパーキンソニズム

座長: 高村浩司 (健康科学大学健康科学部理学療法学科)

指定発言:

萱沼 達弥 (山梨赤十字病院リハビリテーション科)

山崎雄一郎 (社会福祉法人埼玉医療福祉会丸木記念福祉メディカルセンターリハビリテーション科)

失調とパーキンソニズム

臨床的課題

- 姿勢の不安定性の解釈の仕方について (姿勢制御・平衡機能・失調 etc)
- 小脳の代償機能・可塑性の理解を踏まえたアプローチの開発
- 小脳と高次機能の関連を理解した介入
- パーキンソニズムにおける協調運動障害について自己意識と行動解離の理解と効果的な介入

失調とパーキンソニズム

- 運動学習という視点から対象者を生活の中で考え、24時間コンセプト・マネージメントの理解と指導
- 予後予測をどのように推測するか
- 運動失調に特化した転倒リスクのカットオフ値の設定

失調とパーキンソニズム

定量化への挑戦

- 小脳性疾患では、小脳性運動障害における多自由度の制御機能を定量的に評価する方法の確立する。
- さらに高次機能の評価に応用することで小脳性の高次機能障害の評価方法を確立を目指す。
- パーキンソニズムでは、無動の評価は従来の評価者の主観であったが数値化される評価へと発展しつつある。しかし電子機器を用いた評価の感度や再現性、標準値の設定、機器の普遍性など多様な問題は残る。

失調とパーキンソニズム

大脳基底核と小脳における 基礎的研究の方向性

- 大脳皮質-大脳基底核-小脳にまたがるネットワークは全体として協調して働き、随意運動制御のみならず、記憶に基づく意思決定といった高次機能、感情や報酬に基づいた行動発現といった辺縁系機能に密接に関与する。
- 大脳基底核と小脳の間でのやり取りからなる機能関連の実態解明は今後の研究発展において重要と考える。

SIG5 動作分析

座長: 斎藤 均(横浜市立市民病院リハビリテーション部)

指定発言:

森 憲一(大阪回生病院リハビリテーションセンター)

望月 英樹(横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション部)

1) 現時点での臨床課題

動作分析

- 定量的分析、定性的分析
 - ・**定量化** EMG、バイコン、加速度計...一般病院では機器が無い
 - ・**観察による動作分析、ハンドリングによる動作分析** ハンドリングは感覚的で、skillが必要で他者に伝わりにくい。熟練者の分析がすべて正しいとされる傾向にある。全員がわかるためにはどうすればよいか？3次元動作解析(歩行)をしているが、若いセラピストの方が現象はよくとらえている
- 基礎的な知識の不足(解剖学、生理学、運動学あるいは運動力学、脳画像)
 - ・**基本動作のコンポーネント**を知っておくことが大事。できない理由は何かを知る。
- 評価尺度・基準
 - ・健常者の動作解析の数値が患者にとって効率的か効率的かどうか、解釈が難しい。
 - ・今後**AIの発展**によって動作自体の解析は機械が行ってくれるだろう。しかし、エラーの判断はセラピストの能力が必要。
 - ・訪問では意識していない動作と、課題としてやらせらる動作では動きが異なる。なるべく意識しない自然な動作でみるようにしている。
- 用語の整理 動作分析、動作解析、運動分析、課題分析...

2) 今後の研究すべき方向性

- 現状では、動作解析装置、筋電計などで評価したものしか研究(エビデンス)になりにくい。
⇒臨床ではビデオによる介入前後の比較や、簡便なソフトによる分析をすすめていく
- 他分野との連携、他施設との連携
 - 機器のある施設は、様々なデータを出していく必要がある。
 - 機器のない施設であっても、臨床的に良いと思われた反応を、機器のある施設で再現してもらう。
 - 学会で”動作解析”の発表が多い、基礎や運動器など他分野との連携をはかる
- 学会としての方向性
 - 動作分析するにあたり何が患者さんにとって望ましいか、効率的か、判断するための基準を示して欲しい、学会として方向性を示してほしい

SIG6 リハビリテーション工学

座長:松田雅弘(城西国際大学福祉総合学部)]

指定発言:

安田 和弘(早稲田大学理工学研究所)

門馬 博(杏林大学保健学部理学療法学科)

1) 現時点での臨床課題

・臨床と研究開発がかけ離れている

→開発する工学者が考える必要な機器と、臨床現場とは解離している。現場では現実性を重要視しており、今の患者・利用者に必要な機器を求めている。開発と現場をつなぎ合わせる人が必要である。

・教育

→工学となると難しいイメージが強い。学生教育から工学に気軽に触れる環境作りが必要ではないか。

・開発された機器を使用するセラピストとしないセラピストに分かれる

・工学ということで身構えすぎではないか。機器を気軽に使うこと。導入に際しては敷居を低く設定する必要性がある。

・導入に際してはコンタクトパーソンをつくり、グループをつくって対応する。

・費用対効果

・地域連携

2) 今後の研究すべき方向性

- ・臨床と研究開発（工学）がかけ離れている
→つなぎ合わせる人が必要。お互いの状況を理解して開発や評価に携われる人
- ・教育 土台作り
→リハビリテーション工学など、学生のときから工学を理解、気軽に接しられるような卒前教育の必要性。
- ・開発された機器を使用するセラピストとしないセラピスト
→使い方は説明書がある。対象疾患、障害、方法論をもう少し確立していくための研究が必要ではないか。そうすれば、適応する患者に対して適切に使用することが増大するのではないか。
- ・工学ということで身構えすぎではないか。気軽に使う。敷居を低くする。
→決して難しくなく、機器展示なども利用して積極的に体験してみる。
- ・導入に際してはコンタクトパーソンをつくり、グループをつくって対応する。
→リハビリテーションと工学を両方を理解しているキーパーソンが必要となる。また、その方を中心にしたグループを作って理解を深める必要がある。
- ・費用対効果
→なかなかここを理解してもらって病院に導入してもらえない。しかし、その枠をつくっているといつまでも発展しない。費用対効果について適切に説明すること、その説明力を高める。
- ・地域連携
→積極的に導入している病院・施設を見学したり、情報収集を行っていく。

SIG7 脊髄損傷

座長：藤縄光留（神奈川リハビリテーション病院リハビリテーション科）

指定発言：

長谷川隆史（中部ろうさい病院中央リハビリテーション部）

吉川 憲一（茨城県立医療大学付属病院理学療法科）

SIG テーマ 脊髄不全損傷の歩行再建

荷式トレッドミルトレーニング (BWSTT)
中部労災病院
長谷川 隆史 先生

ロボティクス歩行トレーニング (RAGT)
茨城県立医療大学付属病院
吉川 憲一 先生

JSNPT SIG 2017 脊髄損傷 11/4

BWSTTやRAGTを使うメリット

- 転倒なく安全
- 身体的負担少なく、長時間介入可
- 特に介助量の多いケース
- 歩行様運動でモチベーションアップ

経済的側面から

- 長期使用で医療費削減の可能性あり
- ロボット治療では作業量が従来の41%、PT費が37%削減
- 入院期間も短縮する

BWSTTのエビデンスの現状と課題

- BWSTTはCPGを賦活し、下肢筋活動を誘発する。
 - 歩行率や歩行速度などの改善報告。
 - ➡ 下肢荷重 股関節伸展 交互歩行 上肢の振り
 - 脊髄不全損傷に対するBWSTTの有効性は確立していない。
 - ➡ RCT論文が少なく、さらなる研究報告が必要
 - BWSTTは導入目的を明確に定めることにより、有効性が高まる可能性がある。
- ↓
- BWSTTの対象を明確に定め、対象毎の介入期間と頻度、歩行速度、体重免荷量、手すりの使用などを標準化する
 - 対象者によっては、機能を補填するAFOやFES、TENSなどの使用を検討する

ロボティクス歩行トレーニング(RAGT)のエビデンスの現状と課題

受傷後6か月以内の不全SCIに対するRAGT+BWSTTは通常PTのみに比べて、

- 歩行自立度 (WISCI-II)を改善させる
- 歩行耐久性 (6分間歩行距離)を改善させる
- 歩行速度の増大効果は通常PTと同等である

以上は3つのRCTによるメタアナリシスであり、更なるエビデンスを確立するには

- 質の高いRCTを実施
- 有効な介入の時期・時間・頻度・期間を検証する必要がある

臨床試験を実施するにあたっては

- 対象を絞る: 時期(急性期～慢性期)、重症度、障害程度
 - 障害像に合わせたロボットの使い分けも視野に入れる
- 有効な介入期間を明らかにする: 例: 1週毎に効果を測定する
- 有効な介入頻度と時間を明らかにする: 複数の試験が必要
- アウトカムは歩行速度だけでなく、歩行パターンなどの歩行の質的要素も取り入れる必要があるのでは

方向性

- さらなるRCT研究が必要
- 歩行再建に対するBWSTTやRAGTの効果
筋活動・歩行能力の改善＝麻痺の改善？
重度なケースへの介入での実証を
eg)AIS BやBに近いCのケースが、通常PTより改善を示すか？
- 質的能力変化の分析も必要性
歩行学習には良いが、他の動作にも良い影響が出るか？
動作能力のバリエーションは？

質

量

バリエーション
波及効果

SIG8「病態理解とMRI」

座長: 玉利 誠 (福岡国際医療福祉学院 / 国際医療福祉大学大学院)

指定発言:

梅木 駿太 (河野脳外科病院)

山口 雄介 (福岡和白病院リハビリテーション科)

玉利 誠 (福岡国際医療福祉学院 / 国際医療福祉大学大学院)

1) 現時点での臨床課題

I. 臨床現場におけるMRI使用の現状と課題

■ 脳画像撮像にかかるコスト

- 費用対効果の観点から、主たる撮像は急性期(診断)である
- 各施設の撮像目的や物的・人的制限により、撮像内容が異なる
- その他: 脳画像情報の共有(急性期→回復期)が完全ではない

■ 脳画像読影および予後予測の精度

- 主観的な判断の一致性は高くない(熟練した神経科医でもk係数0.63)
- 脳画像評価により予後予測の一致率が10%増すが、完全な予後予測ができるわけではない
- 脳画像読影のための知識(教育)の不足
- 撮像目的: 病名の診断と病巣の同定(範囲等)は同日にできない
- 構造画像が必ずしも症状・身体機能・身体活動を反映しない

1) 現時点での臨床課題

II. 脳画像解析技術の課題

- リハビリテーションに伴うヒト脳の構造的・機能的変化に関する研究の不足
(回復期でMRI撮像するコストパフォーマンスの問題)
- 解析技術に関する知識の不足(リテラシー)

2) 今後の研究すべき方向性

I. 臨床現場におけるMRI使用の現状と課題

- 脳画像撮像にかかるコスト
 - ⇒ 院内・院外間のコンセンサス, 成功事例の情報共有
- 脳画像読影および予後予測の精度
 - ⇒ 臨床現場においてはその他の各種評価と併用する必要性
 - ⇒ 病巣を正確に同定する知識・技術の教育(卒前・卒後教育)
 - ⇒ 病巣と臨床症状との関連性に関する疫学研究

II. 脳画像解析技術の課題

- ⇒ 目的に応じて解析技術を使い分け, 病態理解およびリハビリテーションに伴う脳の構造的・機能的変化について研究していく必要性
- ⇒ MRI画像解析技術の教育, テクニカルセミナーの実施等

SIG9 社会参加

座長: 甲田宗嗣(広島都市学園大学 健康科学部 リハビリテーション学科)

指定発言

中野 政男(ソフィア訪問看護ステーション駒場)

春本千保子(大阪回生病院 リハビリテーションセンター)

藤本 修平(京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 健康情報学分野)

水田 潤史(協和マリーナホスピタル リハビリテーション科)

現時点での（臨床）課題

- ✓ 社会参加の定義があいまい。
- ✓ 社会参加とは何？と聞いても答えられない。患者から顕在的な情報しか引き出せていない。
- ✓ 卒前教育が不十分

現時点での（臨床）課題

- ✓ 利用者本人が望んでいるものを提供することが望ましいが、訪問リハの短期目標では機能向上が挙げられることが多く、社会参加が設定されることは少ない。
- ✓ 理学療法士が社会参加に関わることが少ないという課題。単位を取らないといけない。病院勤務では地域との関わりが少ない。

今後の研究すべき方向性

- ✓ COPMなどの客観的評価を活用。
- ✓ 心身機能、活動、参加に対しバランスよく働きかけることが必要。心身機能の予後予測、生活の予後予測が重要
- ✓ 患者さん同士での社会参加を促す。
- ✓ 障害者のレジャーの情報サイトなどウェブ情報の充実を図る。
- ✓ 対象者の主体性を引き出すアプローチ（シェアド・ディジジョンメイキングが重要、回復期での関わりも重要）

今後の研究すべき方向性

- ✓ 神経理学療法学会の中で社会参加を一つの分野としてしっかり取り上げる。
- ✓ 地域格差も踏まえて議論する。
- ✓ 職種間の連携のゴール地点を示す。
- ✓ 理学療法士業界から社会にどのように働きかける。
- ✓ 社会参加のための患者教育。シェアド・ディジションメイキング。
- ✓ 社会から個人にアプローチする。社会逆参加。

SIG10 運動学習

座長：大畑光司(京都大学大学院 医学研究科 人間健康科学系専攻)

1) 概念整理

学習の基本用語

- ・認知段階→連合段階→自動化段階
- ・教師あり・教師なし学習・・・PT技術は教師なし学習
- ・強化＝報酬
- ・閉回路とスキーマ理論
- ・KRとKP・・・タイミング・量 (online学習、offline学習)
- ・internal focus, external focus

学習課題の与え方

- 1) エラーレス学習、試行錯誤学習
- 2) 差動学習
- 3) ブロック学習・ランダム学習

運動学習の効果を見る方法

- 1) adaptation＝行動変化 一時的に変化するが、すぐに忘れられる
- 2) carry-over されるものが学習

1) 現時点での臨床課題

運動学習に影響を与える因子

BDNF遺伝子・・・BDNFの変異や量が運動学習に影響

- 1) 高次脳機能障害・・・特に注意障害、病識低下、ワーキングメモリがある方
- 2) 運動習慣の有無・・・日常的な運動習慣
- 3) 損傷半球→アプローチの違い(verbal, non-verbal)に影響
- 4) 栄養状態→どの程度までが許容できるか
- 5) モチベーション
- 6) 性格

それぞれがどの程度運動学習に影響を与えるか、因子の定量化の問題

2) 今後の研究すべき方向性

今後の課題

- ・症例検討・・・実際の学習過程を表現するもの **形式の統一化、クラウド化**
- ・目標設定のパーソナライズ・・・**病態、運動機能、性格**
- ・他分野とのコラボレーション・・・**基礎研究、再生医療など**
- ・運動学習能の定量化・・・**どこまで学習できる能力を持っているか**
- ・不使用の学習・・・**不使用性を評価できるか**
- ・患者教育・・・**内省、自己意識を促す教育が可能か**

- ・セラピストの技術を上げるための学習・・・**学習理論を駆使できるか？**
 「新人を煽る」
 「視点の拡大や変更についての示唆」

JSNPT SIGs —日本神経学療法学会 参加型フォーラム2017—
「現状と未来の道標」

SIG 歩行再建

千里リハビリテーション病院

吉尾 雅春

指定発言

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター

萩原 章由

大分リハビリテーション病院

渡邊 亜紀

現時点での臨床課題

- 1 歩行および歩行障害に対する理解
 - 1) ヒトは直立二足動物であること
 - 2) 歩行障害の原因を脳システムのレベルでも考えること
- 2 医療体制と連携の問題
 - 1) 機能分化した医療体制による弊害
 - ・急性期リハのコンセプト(2, 3週で退院、廃用)
 - ・急性期から回復期・生活期への一貫したコンセプトと連携
- 3 予後予測・目標設定とアプローチ
 - 1) 根拠に基づく予後予測
 - 2) ガイドラインの活用とアプローチ
 - 3) 目標に向けた適切なアプローチ(運動量、運動難易度、動機づけ、他)
 - 4) 病態に応じた環境を含むバリエーションのあるアプローチ
- 4 歩行支援機器(ロボット、装具、他)の活用
 - 1) 各種機器の機能の理解
 - 2) 目標を明確にした機器の選択・トレーニングの立案
 - 3) 運動学習理論に基づくトレーニングの立案

今後の研究すべき方向性

- 1 脳システムの障害を加味した予後予測の確立
- 2 歩行再建に至るまでの期間の検証
- 3 一貫した理学療法のあるあり方
- 4 効果の客観的検証
- 5 費用対効果
 - ・入院期間短縮に貢献したより良いパフォーマンスの歩行再建
 - ・人間を主体とした取り組み
- 6 歩行支援機器(ロボット、他)への理解と積極的活用とアプローチ
- 7 再生医療をはじめとする社会要請への対応

SIG12 姿勢制御とバランス

座長: 諸橋 勇 ((公財)いわてリハビリテーションセンター)

指定発言:

藤原 愛作 (佐藤第一病院 リハビリテーション部)

藤野 雄次 (埼玉医科大学国際医療センター リハビリテーションセンター)

1) 現時点での臨床課題

今回は「バランス」という言葉をキーワードに検討しました。

1) バランスの定義

- ・バランスが良いとは? バランスが悪いとは?
- ・「姿勢制御」と「バランス」という言葉が混同
- ・いろいろな言葉で表現されるバランス
 - 反射 反応 個人 環境 課題
 - 安定性 定位 支持基底面 身体重心 筋活動 安定性限界

2) バランスの評価法

- ・BBS (Berg Balance Scale) 他 → スコアが低いと短絡的にバランス低下
スコアとアプローチの乖離
- ・動作分析 (解剖学的 運動学的 運動力学的)
- ・何に対する(何の要因)バランスを評価しているのか
- ・動作分析か行動分析か

3) バランスが低下 多職種での共有(共通言語)

- ・同じ職場の理学療法士でも「バランス低下」ということで臨床イメージが一致するか
- ・院内歩行の自立許可に関する療法士間での基準は?

4) 研究

- ・定性的評価 定量的評価
- ・静的なバランス能力 動的なバランス能力 生活プロセス(在宅)の中でのバランス能力

2) 今後の研究すべき方向性

定義

学会でもバランスの定義に関して再考して欲しい 今後、サテライトカンファレンス(神奈川 1/27)などでも引き続き検討していく

評価

- ・共通したチャートと疾患特異的な評価(卒前、卒後教育も含めて)
- ・パフォーマンスという捉え方
- ・解剖学、運動学的な言葉での表現
- ・人の生活を診るという視点(今まで制御に関する視点が強すぎた)
- ・病棟内自立に関する評価基準の設定は明日からでも実行可能
- ・バランスを崩すという事に対する許容範囲の設定

研究

- ・多施設間で研究を実施する
- ・バランスを低下させている原因・病態を検証する
- ・VICONと筋電図との関連
- ・脳機能との関連
- ・環境要因との関連
- ・情動との関連

JSNPT SIGs
日本神経理学療法学会
参加型フォーラム2017

SIG 13 「歩行とバイオメカニクス」

座長: 松崎哲治(麻生リハビリテーション大学校)

指定発言: 田邊 紗織(誠愛リハビリテーション病院リハビリテーション部)
大田 瑞穂(誠愛リハビリテーション病院リハビリテーション部)

1) 現時点での臨床課題

歩行とバイオメカニクス

基礎的研究課題

- ・これまで動作解析装置システム・EMGなど多くの研究は先人の方々がやっている

臨床的課題

- ・施設に機器がない
- ・計測が難しい
- ・動作解析だと介助歩行場面では計測が難しい
- ・計測できても、その後のデータ抽出・解析・データの解釈が難しく
- ・計測から解析までに時間を要する(臨床時間内にできない)
- ・カルテへの記録の残し方
- ・評価として計測しても診療報酬の請求ができない
- ・簡便で安価な機器がない
- ・大規模臨床研究できていない

2) 今後の研究すべき方向性

歩行とバイオメカニクス

基礎的研究課題

- ・これまで動作解析装置システム・EMGなど多くの研究は先人の方々がやっている
→これまでの先人の方々や海外の今後の研究を臨床応用

臨床的課題

- ・施設に機器がない→機器がある施設が臨床応用できる知見を発表
- ・計測が難しい→専従理学療法士を置く
- ・動作解析だと介助歩行場面では計測が難しい→他の機器使用 (EMG・Gait Judge System)
- ・計測できても、その後のデータ抽出・解析・データの解釈が難しく→同上
- ・計測から解析までに時間を要する(臨床時間内にできない) →同上
- ・カルテへの記録の残し方→中伊豆・誠愛など電子カルテ化
- ・評価として計測しても診療報酬の請求ができない→
- ・簡便で安価な機器がない→今後の課題・開発→実際何をしたいのかが大切→そして、そのデータを用い解釈し、治療介入できるのは理学療法士です→だから
- ・大規模臨床研究できていない→

SIG14

急性期のリハビリ

座長: 保苺吉秀 (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)

現時点での臨床課題と研究すべき方向性

病態分類→リスク

- 1) 脳出血、脳梗塞 (BAD・ラクナ梗塞・アテローム性)、クモ膜下出血
- 2) 責任病巣
- 3) 治療区分: 血種除去後、血栓溶解療法、血管内治療
→病態・責任病巣・重症度に合わせたカテゴリーを形成する

リハビリ課題

- 1) リハビリの開始時期、座位、立位、歩行の開始時期
- 2) 歩行 長下肢装具の使用の有無 地域での統一
- 3) 離床(安静度)の段階付け
ポジショニング(ベッド上・車椅子)肺炎予防・食事摂取に向けて
- 4) 嚥下・摂食・栄養
→急性期リハビリの介入方法 頻度と強度

リハビリ効果測定

- 1) TCT、TIS、SIAS、FIM