

理学療法ガイドライン第2版 パブリックコメントおよび回答 一覧

1. 会員・一般の方

区分（疾患・障害など）	CQ	いただいたパブリックコメント	パブリックコメントへの回答
頸部機能障害	1	RCTの選定理由が不明、参考文献のサンプル数が少ないことや統計手法が不適確かどうかの考慮はどのようにしたのか、詳細が少ない。	コメントありがとうございます。今回は、関節モビライゼーションの単独介入と経過観察が述べられているRCTを調査いたしました。その旨を追記いたしました。全体的なサンプル数やバイアス評価に関しては紙面の関係上詳細は報告できませんが、結果的にエビデンスの強さはとても弱いと判断されました。
膝関節機能障害（変形性膝関節症）	1	理学療法の種類が限定されてくるとガイドラインとして使いやすい。	コメントをいただき、ありがとうございました。多くの臨床疑問に対する理学療法のエビデンスを構築することは大切ですが、エビデンスを構築したり調べたりする労力と得られるもののバランスを時間やマンパワーの観点で検討した結果、現在の形にまとまりました。次世代の理学療法ガイドラインが、今回明らかとなった困難や障壁をさらに克服して、より良い形へと発展していけると考えています。
膝関節機能障害（変形性膝関節症）	1	変形性膝関節症の全体的なコメントになります。 ステートメントになった理由が、「必要となる有料の文献数、全体の作業量、スケジュールを勘案した結果」となっていますが、ガイドラインを作成始める段階でしっかりと計画は立てられなかったのでしょうか？この内容がPT協会のガイドラインとして掲載されるのはいかがなものかと思えます。  さらに、システマティックレビューでの論文検索はしっかりと検索式を立てて行っているのでしょうか？CQ1のテーマから、人工膝関節術後に関する内容が記載されるのかと思ったのですが、利用している論文タイトルを確認すると、ほとんどが変形性膝関節症に関連したものでした。	コメントをいただき、ありがとうございました。ガイドライン作成開始時点で一定の計画を立ててスタートさせましたが、多くの背景が異なるCQを設定したこともあり、特に、変形性膝関節症に関しては多くの文献が抽出されました。通常業務をしながら、SR班にてシステマティックレビューを進めてきましたが、有料の文献の取り寄せならびにSRの数や時間に関しては、想定以上に時間がかかることとなりました。一部が遅れることで全体が遅れていくという状況が発生することもあり、ステートメントとして掲載するに至りました。その点については、ガイドラインの最初の部分で説明させて頂くこととしています。今回のガイドラインでは推奨とステートメントの2種類がありますが、それぞれの事情のもと掲載が妥当と考えています。 システマティックレビューにおいては、検索式を立てて取り組んでいます。ステートメント作成においては、入手可能な文献を中心に参考文献としています。WEB版にて作成の経緯等についても公表させて頂きます。次回のガイドライン作成時には、システマティックレビューの協力者をさらに増員して推奨に至るように努めたいと考えていますので、是非、ご協力いただけ
膝関節機能障害（変形性膝関節症）	1	関節可動域低下の程度もしくは運動方向が示されていないため、どの運動方向にどの程度低下している症例に対して適用すべき情報なのかが曖昧だと感じます。	コメントをいただき、ありがとうございました。現実の理学療法に関しては、ご指摘の通り、評価に基づいた理学療法を行うことが必要であり、変形性膝関節症についてさらにサブグループ化して研究や解析を行うことが大切であると考えられます。そのような意味で、現在の理学療法に関するエビデンスは十分ではなく、そのようなアウトカムを得られるような研究をどのように構築していくべきかについて、この疾患に携わっている理学療法士や学会が検討していくべきであると考えています。
神経難病（脊髄小脳変性症）	1	症例集積研究によるエビデンスの確実性は極めて弱く、また今後介入研究の実現可能性がないわけではないことから、「弱く推奨する」のは不適当だと思います。	コメントありがとうございます。SCDについてはエビデンス度の高い文献はほとんどないため、文献的なエビデンスみで推奨の判断をせず、臨床の現実も考慮しています。パネル会議での結果を基に推奨度を決定しました。
神経難病（脊髄小脳変性症）	1	「エビデンスの評価」の項ですが、取り上げられた論文の内容から「四肢の運動機能に益の影響を及ぼす可能性のあることが示唆された」とは全く判断できません。ミスリードを防ぐためにも、修正が必要です。	ご指摘ありがとうございます。 エビデンスの評価から「四肢の運動機能に益の影響を及ぼす可能性のあることが示唆された」を削除します。
手関節・手指機能障害	1	引用文献に学会誌を引用している。よほど文献がなかったのか。とってしまう。	コメントありがとうございます。今回のシステマティックレビューの作業では、学術誌や学会誌、その他の論文とも網羅的に検索しております。その中でも設定したCQの基準を満たし、デザインが十分であれば学会誌等も採用しており、今回採用した論文はその基準を満たしております。学術誌のみではご意見の通り、論文数が限りなく少ないのが現状となりますが、CQに対する該当研究をどれだけ網羅的に検索・検討したのが重要と考えております。
軽度認知障害	1	P1の「CQの背景」2行目に「リハビリテーションの対象者は、・・・」とあります。何か意図があれば別ですが、理学療法ガイドラインの文章であり、理学療法の対象にMCI者も含まれることは多いと思われることから、「理学療法の対象者は、・・・」でも良いかと感じました。意見まで。	ご意見ありがとうございます。修正いたします。

軽度認知障害	1	MCIにおける身体活動を行うことについて理学療法士が関わった場合の推奨でしょうか。それとも理学療法士は全く拘らず対象者が独自で身体活動（interventionsにあるようなゴルフ、地域活動など）を実施した場合の推奨でしょうか。 理学療法ガイドラインなので理学療法士がどのように関わるべきかも示されると良いかと思いました。	ご意見ありがとうございます。今回のCQでは、理学療法士の関わりについては限定していません。論文数が充実すれば、身体活動の種類や量なども含めて、より細分化して検討できると良いのではないかと思います。
地域	1	「地域在住献上高齢者に対して低強度筋力トレーニングを行うことを条件付きで推奨する」とあります。低強度での効果を得るためにはある程度の量も必要だと思われます。文献で言われている量（回数、時間、期間など）を紹介いただけると臨床家としては役に立つと思います。ご検討お願い致します。	筋力トレーニングの負荷は主として運動強度と運動量で決定されますので、ご指摘のとおり、低強度での効果を得るためにはある程度の運動量も必要であると推察されます。今後は各論文の運動強度と運動量の詳細を提示した上で、それぞれの条件で層別化したサブグループ解析も実施する必要があると考えています。
膝関節機能障害（変形性膝関節症）	2	「～理学療法内容と膝関節可動域に関する報告はない。これを明らかにすることは～」との背景だが、関節可動域についての記載はその後一切なく、荷重時期の話題になっており整合性が全くないと感じます。	コメントをいただき、ありがとうございました。2次スクリーニング後の論文を検討しても具体的な理学療法介入効果を比較した研究はなく、荷重時期を比較した研究のみから現状の課題と将来の希望を述べることしかできませんでした。よって、ステートメントでも「エビデンスが無く判定できない」としております。今後は、本CQの研究を一層促進していかねばならないと考えます。
投球障害肩	2	理学療法を行っても症状の悪化がみられる場合や症状が3か月以上変わらない場合と価値観では症状の変化がない場合という記述がありますが、条件では、症状の悪化がない場合のみを条件としています。3ヶ月以上変化がない（改善がない）場合も継続することを推奨されるということでしょうか？	コメントありがとうございます。価値観での記述のように、パネル会議に参加頂いた医師からのコメントにおいても、症状が3か月以上変わらない場合には手術療法が推奨されるとのことでした。一方、あくまで今回のCQは、理学療法実施が推奨される条件としての記載ですので、あえて手術療法の推奨条件にあたるような記載はしませんでした。ご指摘をいただき、『理学療法を3か月以上実施し変化がみられる場合』という条件を追記することも検討いたしました。3か月以上実施しなければ理学療法実施を推奨するか否かがわからないとの誤解を生む可能性があると判断しました。よって、3か月以上の変化がない場合という記載は価値観での記載に留め、理学療法実施の条件としては症状の悪化がない場合とさせていただきます。
神経難病（脊髄小脳変性症）	2	>介入をしている研究報告がシステマティックレビューによって3編（横断研究2編、症例報告1編）こちらの研究デザインの分類については見直す必要があると思います。	コメントありがとうございます。横断研究を症例集積に変更します。
神経難病（脊髄小脳変性症）	2	記載された論文より、補装具(整形靴)による介入が転倒頻度や歩行能力に益の影響を及ぼす可能性があるとは全く判断できません。本表現は修正する必要があります。	ご指摘ありがとうございます。エビデンスの評価から「転倒頻度や歩行能力に益の影響を及ぼす可能性のあることが示唆された」を削除します。
神経難病（パーキンソン病）	2	下記の論文は不採用となったのでしょうか？ Lee Silverman Voice Treatment (LSVT)-BIG to improve motor function in people with Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis Michelle N McDonnell et al. Clin Rehabil. 2018 May. LSVTR?BIGはアメリカでは保険適応されていると聞いています。推奨としては弱いのでしょうか？	コメントありがとうございます。今回の文献検索ではシステマティックレビューは対象外になっています。また、論文検索期間以降の論文となり、検討には入っていません。推奨については、SRの結果やパネル会議での結果をもとに決定しました。
地域	2	ウォーキングの距離や実施頻度等は問わないとあるが、時間に関して、例えば文献では全て何分以上行っていたなどの記載があると対象者との意思決定の場面において有用かと思われます。	本CQでは歩行距離や実施頻度といった歩行量や歩行強度などの条件は問わず、ウォーキングを実施している論文を対象としました。ご指摘の通り、ウォーキングの詳細な条件を提示することは対象者との意思決定の場面において有用であると考えますし、益と害のバランスにも影響する可能性が考えられますので、今後は歩行量や歩行強度などの条件を考慮した上で、引き続きウォーキングの効果を検証する必要があると考えています。
地域	2	推奨文で「地域在住健康高齢者に対して、ウォーキングを行うことを条件付きで推奨する。」とありますが、CQ1と同様にどの程度の量（距離、時間、期間）で効果が出るか文献の結果を紹介いただけますと臨床家として役立てやすいです。ご検討よろしく申し上げます。	本CQでは歩行距離や実施頻度といった歩行量や歩行強度などの条件は問わず、ウォーキングを実施している論文を対象としました。ご指摘の通り、ウォーキングの詳細な条件は臨床家にとって非常に有益な情報ですし、益と害のバランスにも影響する可能性が考えられますので、今後は歩行量や歩行強度などの条件を考慮した上で、引き続きウォーキングの効果を検証する必要があると考えています。
膝関節機能障害（変形性膝関節症）	3	CQでは運動機能低下、CQの背景では関節可動域低下という用語を用いていますが同義で良いのでしょうか。	コメントをいただき、ありがとうございました。運動機能の中に、関節可動域低下が含まれることが一般であると考えます。運動機能を検討する中で、関節可動域に着目したという意味です。

足関節・足部機能障害（アキレス腱炎）	3	条件でモダリティーの限定があるが、CQ内にて法（超音波治療，レーザー治療，電気治療，拡散型衝撃波治療）の4つがすでに記載されている。従って、条件をつけるとすれば、「超音波治療は、低出力パルス波に限る。電気治療は、微弱電流刺激に限る」というのが本来ではないだろうか？	コメントありがとうございました。追記させていただきます。下記のように修正致しました。 <b>【変更前】</b> 条件）拡散型衝撃波，レーザー，微弱電流，低出力パルス超音波を行うことを推奨 <b>【変更後】</b> 条件）拡散型衝撃波，レーザー，電気治療（微弱電流に限る），超音波治療（低出力パルス超音波に限る）を行うことを推奨
脊髄損傷	3	CQは、3つの方法のいずれが有用かというものに対して、「体重免荷式トレッドミルやロボットは平地歩行と」ということで、平地歩行が比較対照扱いとなっているように読めるが、同党であるという結論であれば、3つの方法に差がないということがステートメントになるのではないのでしょうか？	コメントありがとうございます。確かにCQの文章は3つの方法を比較を求める内容に読めますが、文献スクリーニングの結果、3つの方法を明確に比較できる研究はなく、ほぼ全てのRCTが平地歩行（従来のトレーニング）とBWSTT、または平地歩行（従来のトレーニング）とロボットの比較でした。したがって、今回は上記2つ比較をした研究の結果からのステートメントを作成する必要性がありました。本パブリックコメントを受け、明日への提言として「BWSTT、ロボット、平地歩行の3つのうち、いずれが最も有効か（どのような不全脊髄損傷患者に対しては、いずれが有効か、など）も検証する必要がある。」という文章を盛り込みました。
神経難病（脊髄小脳変性症）	3	①>収集された論文はすべてホームエクササイズによる介入のみであり、環境調整指導や生活習慣指導による単独・複合介入をした報告はなかった。 ②>該当したアウトカムは介入群に対してすべて望ましい効果であったが、報告によっては入院・外来を併用しているものもあり、ホームエクササイズ単独の効果、ホームエクササイズの適用範囲については不明である。 上記①と②が明らかに矛盾しています。	コメントありがとうございます。①は環境調整指導や生活習慣指導を行った報告がないこと、②はホームエクササイズを行っていますが、加えて入院や外来でのエクササイズを併用していたという意味です。 ①の部分を「収集された論文には、環境調整指導や生活習慣指導による単独・複合介入をした報告はなかった。に変更します。
神経難病（パーキンソン病）	3	「現時点で」という断りをいれているが、そもそもガイドラインは、作成時における最良のエビデンスに基づいて作成されるものであることから、「現時点での」判断をするのは当たり前ではないでしょうか？ あえて、現時点でという限定をしなければならなかったのは、なぜでしょうか？	本文で示した作成期間以降の文献では有効性も報告されていますので、作成期間中の文献検索の結果ということで「現時点」を入れましたが、「現時点」を削除します。
心血管	3	「55mm以下の腹部大動脈瘤」を条件とされていますが、PICOで文献検索をする段階で条件をつけておられます。エビデンスを検討した結果の条件ではなく、作成者の意図を持った恣意的な条件なのではないでしょうか？PICOで絞り込んだ理由をお願いします。	コメントをありがとうございます。PICOの段階で、55mm以下のAAAとした理由ですが、国内外のガイドラインにおいて、AAAの手術適応が55mm以上となっているためPICOの段階で、具体的に手術適応のない55mm以下といたしました。もし、55mmの基準を入れないとしたら、「手術適応のない」の基準の説明が難しいものになると思います。ご理解いただきたいと思えます。
地域	3	作成お疲れ様です。大変貴重な資料になると思います。 以下、コメントです。①対象者について・今回、レビューに用いた論文をみると、地域在住高齢者、フレイル高齢者、ADL一部要介助高齢者と幅広くなっています。・通所リハビリテーションは（プレ）フレイルからADL一部要介助者、車いすユーザーなど幅広い利用者の方々を対象とし、オーダーメイドで運動療法を実施していると思われます。・よって、これらの対象者の状態別に層別化して結果を示した方が、将来の読者の誤解がなく使用されるのではないかと考えます。 ②日本における通所リハという文脈・今回、取り込まれた論文の介入内容をみると、太極拳や（日本の論文ではありますが）水中運動など、日本の通所リハで一般的に行われている（であろう）運動療法とは、少し離れている介入が多く取り込まれているように思いました。・また取り込まれたRCTの質について、読者に分かりやすいように示した方がよいのではないのでしょうか。 ③アウトカムの設定について・アウトカムを6つに設定されているのはなぜでしょうか？ほかのアウトカムを設定しなかったのはなぜでしょうか？・上記に関連して、日常生活動作能力についてFIMのみとしているのはなぜでしょうか？	①対象者について：本CQにおける対象者は様々な機能レベル、様々な疾患・障害の方が含まれています。まず、疾患・障害別に分けることは、他の疾患ガイドラインと重複するため、疾患・障害別に分けることは避けました。また、機能レベル別に分けることについては、対象者をあまり厳密に絞りすぎると該当論文がなくなってしまうことが懸念されたため（例えば、対象者が車椅子を使用しているかどうか等、論文に記載されていない場合が多いため）、今回は対象の条件を緩めてできるだけ汎化させた対象に設定させていただきました。②システムティックレビューの結果、本CQのPICOに該当する論文は9編あり、ご指摘のように、この9編の内、太極拳や水中運動を用いているものが5編となっております。（このような特殊な介入の方がRCT論文としてアクセプトされやすいといったことも影響しているのかもしれませんが）また、個々の論文について、アウトカムごとにバイアスリスクや非直接性の評価なども含まれているのですが、膨大な資料となるため、今回、個々の論文評価については公開資料に含めないことになっております。③アウトカムの設定につきまして、数多くのアウトカムの中から、患者や医療者が意思決定を行うために重要だと考えるものに絞る必要があります。ガイドラインの作成手順に則り、その絞り込むための評価「アウトカム重要性評価」を理学療法士、医師、他の医療従事者、一般市民からなる【アウトカム重要性評価者】によるデルファイ法によって行い、その結果、選定されたアウトカムを採用しています。また、ADLにつきましては、二次スクリーニングの結果、FIMをアウトカムにした文献しか残らなかったため、FIMのみとなっております。

地域	3	「通所リハビリテーション施設利用者に対して、運動療法を行うことを条件付きで推奨する。」とありますが、運動療法は関節可動域練習、広義で捉えるとマッサージも入る可能性があります。漫然としたマッサージだけのリハビリテーションではないことを示すためにもどのような介入をどの程度の量行うべきかも文献からご紹介いただけると現場は役に立つと思います。ご検討よろしくお願い致します。	通所リハビリテーション施設での運動療法について報告している論文が少なく、介入をあまり厳密に絞りすぎると該当論文がなくなってしまうため、今回は広く【運動療法】といたしました。ご指摘の通り、運動療法の種類や運動量・強度の条件ごとの効果も非常に有益な情報ですので、今後はこれらの条件を考慮した上で引き続き検証する必要があると考えています。
膝関節機能障害（変形性膝関節症）	4	このCQだけではなく全般的にですが、「運動機能低下」という用語を入れる意図ははっきりしていますでしょうか。またHTOの場合、Open wedgeとClosed wedgeを混同しても良いのでしょうか。	ご指摘いただき、ありがとうございます。身体運動に関わる骨、筋肉、関節、神経などの機能が低下していることを運動機能低下と表現しています。HTOに対して幾つかの観血的治療方法がありますが、それぞれの方法に対する漸増膝伸展強化に関する効果を分けて検討することは今後の課題であると考えています。
脳卒中	4	アウトカムの重みづけの記載がないため（これはすべてのガイドラインに言える）が、一般会員が見たときにすべてのアウトカムを同列の重みづけで理解する可能性がある。また、「エビデンス評価の最後に～明確な効果が示されていない」という表現になっているが、「アウトカムとして用いられておらず今後の研究が望まれる」などの表現のほうが会員にはわかりやすいのではないかと最後に、本ガイドラインについては、正しい解釈方法について会員に周知しないと、誤った解釈で使用してしまう可能性が高い。ガイドラインの教育（特に登録理学療法士に暫定的に割り付けられる会員に対して）を、計画的に行う必要性を強く感じた。”	コメントありがとうございます。ご指摘部分を「～運動機能は今回のメタアナリシスからは有効性が示されなかったため今後の研究が望まれる。」と変更します。ガイドラインの教育を計画的に行う件については学会、委員会に今後検討を求めるように提案します。
神経難病（脊髄小脳変性症）	4	①>本 CQ の患者・家族指導（転倒予防や起立性低血圧予防）や心理的サポートの介入を行った文献を収集することができなかった。 ①とあるが、その後の文章で研究報告の引用があるのは不自然である。SRで採用されなかった原因を検討すべきと考えられる。	コメントありがとうございます。SRの二次スクリーニングでは患者・家族指導や心理的サポートを導入として行った論文はなしとの結果でした。2)は検索以降の文献で、3)は小児の運動失調が対象ですが関連する文献として記載しています。
呼吸障害（慢性閉塞性肺疾患）	4	「コストの評価」に「校了→考慮」と誤字がありました。	ご指摘ありがとうございます。誤字を修正いたしました。
地域	4	運動療法として、筋力強化運動、バランス練習、歩行・ADL 練習、有酸素運動と幅広く検討されています。日常生活改善目的ならという条件ですが、筋力強化運動だけでも日常生活改善目的なら推奨という解釈でよいでしょうか？ ADL練習をしなくても、日常生活が改善するというガイドラインでしょうか？	本CQは筋力強化運動、バランス練習、歩行・ADL 練習、有酸素運動のいずれかを含んでいる論文を対象としています。メタアナリシスで採用された論文は筋力強化運動のみ実施している論文は少なく、複数の種類のトレーニングを実施している論文が多いようです。このように、本CQは筋力強化運動のみ実施している論文でメタアナリシスを行っているわけではないので、【筋力強化運動だけでも日常生活改善目的なら推奨】という解釈は適切ではないと考えます。
地域	4	貴重な資料の作成ありがとうございます。以下、コメントです。 ① 患者像について・日本のどの施設入所者を想定したものかがあやふやです。特養でしょうか？それとも老健でしょうか？・また、今回、取り込んだ論文のなかで発症や入院日からの日数はしっかりと確認できているのでしょうか？・例えば米国では、大腿骨頸部骨折の手術して7日以内に急性期病院を退院します。その後は、日本でいう老健でリハビリを行う患者もいます。左記の患者を対象とした場合は、我が国でいうところの回復期病院～老健に該当するかと思います。 ②？益と害のバランス評価の妥当性について・①で書いた内容に準じているが、発症や手術からの経過時期が異なる患者が混同している対象者においてメタアナリシスをする、正しい推計がなされていないのではないのでしょうか？ ③ コストの評価・”コストの評価で、コストの評価 3施設入所高齢者に対する運動療法にコストはかかるものの、本邦においては保険診療範囲内の比較的少ないコストで実施可能である。”と記述されていますが、これは老健のみを指しているのではないのでしょうか？・特養や有料老人ホームでは保険ではカバーされておらず、正しくありません。・コストの過多について述べる場合は、一般的に費用効用分析の視点から評価する必要があります。	①本CQに限らず、文献検索の際は日本の論文だけではなく、海外の論文も対象としておりますが、本CQに関する日本の論文について医中誌のデータベースを検索するときには「施設入所」や「老人保健施設」「老人ホーム」等をキーワードに文献検索しています。発症からの期間や入所からの期間は特に限定していないため、これらについて把握はできておりません。対象者をあまり厳密に絞りすぎると該当論文がなくなってしまうことが懸念されたため、対象基準を厳しく限定せず汎化させた対象に設定させていただきました。②【発症や手術からの経過時期が異なる患者が混同している対象者においてメタアナリシスをする、正しい推計がされない】ということはないかと思います。異質性などの非一貫性や不精確に影響を及ぼす可能性があるかもしれませんが、これらの要因も含めてエビデンス総体の評価はされております。③”本邦においては保険診療範囲内の比較的少ないコストで実施可能である。”というのは老健を想定して記載しましたが、ご指摘の通り、保険診療でカバーされない場合もあるため、”本邦においては保険診療範囲内の比較的少ないコストで実施可能である場合が多いと考える。”と断定的な表現は避けるよう、文章を修正いたしました。
肘関節機能障害	5	上腕骨外側上顆炎の他のCQでは、最も重要な疼痛の軽減について初めに言及されているようですが、CQ5では疼痛についての検討結果が段落中央部に記載され、内容もはっきりしないように感じます。また、他のCQでの「条件付き推奨」と比較し、CQ5の「弱い推奨」は「条件付き推奨」よりも推奨が落ちるという意味でしょうか。推奨の段階は全体で決まっているとは思いますが、推奨が落ちる根拠が疼痛の改善効果ははっきりしないからであれば、そのように記載したほうがわかりやすいと感じました。	疼痛に関する説明を前に移動し、他のCQと統一しました。 「弱い推奨」としたのはエビデンスの確実性がとても弱く、明らかな「条件」が定まらないと判断されたためです。詳しくは、（仮：推奨の強さの判定手順）の章をご覧ください。 疼痛だけではなく、握力もしくは肘機能、MMT、ROMおよびQOLと多面的に見て、改善効果が不明であると判断されました。

脳卒中	5	<p>装具を用いた立位・歩行練習で麻痺側に荷重をかけていくことを促すことがいいのでしょうか？</p> <p>それとも川平法と言われる健側優位歩行のように麻痺側には荷重をかけず非麻痺側のみで起立し歩行を行うようにするべきなのでしょうか？</p> <p>麻痺側に荷重をかけていく必要性を示していただき発信していただきたいです！</p>	<p>コメントありがとうございます。本CQのシステマティックレビューでは立位・歩行練習時の下肢の荷重量の相違に関する効果検証は含まれておらず、麻痺側・非麻痺側下肢どちらへの荷重が推奨されるかに関しての言及は難しいと考えます。ご指摘いただきました点については今後の課題とさせていただきます。</p>
脳卒中	5	<p>誤字かと思います。下肢装具作成は「作製」ではないでしょうか？</p>	<p>ご指摘ありがとうございます。作製に修正いたします。</p>
脳卒中	5	<p>他のCQ解説を見て感じたこととしては、何編のRCTを基にこのような結果となったのか、簡潔でもいいので記載したほうがいいと思います。というのも全体に合わせる必要があるのと、全体的に各CQのエビデンスレベルが低い中、装具療法だけ中等度のエビデンスが示されているには論文数やバイアス評価の結果を詳細に記載する必要があると思いました。</p>	<p>本CQではRCT5論文がメタアナリシスの対象となり、21のアウトカムについて評価を行いました。エビデンスの強さにつきましては、益と害のバランスが不確実であるため、エビデンスの質は「非常に弱い」へと変更しました。ご指摘いただきましてありがとうございます。論文数やバイアスの評価内容については紙面の制約もあり詳細な説明が困難な部分もありますが、判断過程を明確にするためには必要な情報ですので、次回以降の課題とさせていただきます。</p>
投球障害肩	5	<p>他の運動療法を組み合わせることでいう運動療法と推奨という理学療法の違いは何か？他のCQにも共通</p>	<p>コメントありがとうございます。推奨内の理学療法という表現は運動療法のほか、物理療法、装具療法を含んだ理学療法士が実際に用いるもの全てを含んだものとして使用しています。条件に記載した運動療法とは、理学療法の一部となりますが、あくまで肩甲胸郭機能を改善させることを目的とした運動療法になります。他の理学療法としなかったのは、運動療法以外の装具療法や物理療法を組み合わせた文献を見つけることができませんでしたので、運動療法に限って記載をいたしました。わかりにくく、大変失礼をいたしました。他の運動療法という表現を「肩甲胸郭機能改善を目的とした運動療法以外の運動療法」と修正いたします。こちらのご指摘に倣い、他のCQの記載も修正させていただきます。</p>
足関節捻挫	5	<p>理学療法とモビライゼーションの併用と記載されていますが、モビライゼーションは関節可動域訓練の中の手技の一つではないのでしょうか？理学療法ってなんですか？他のCQにも同じようなことが記載されていますが、言葉の定義が曖昧になっていませんか？お手数ですが、もう一度、全ての言葉の定義からやり直された方が良くはないのでしょうか？</p>	<p>コメントをいただき、ありがとうございます。臨床における理学療法には、関節モビライゼーションが含まれると考えるのが一般的です。しかし、Pubmedなどのデータベースを用いた検索では、理学療法の中に関節モビライゼーションを含めて考えてしまうとその効果に関する研究論文が抽出することが出来ず、その結果その効果を検証することが難しくなります。例えば、コロナにおける医学的効果を考えたとき、コロナと医学だけでは十分なエビデンスを抽出することは出来ず、ワクチンや薬物療法や人工肺とポンプによる体外循環（ECMO）などより具体的なキーワードを用いて調査する必要があります。</p>
脊髄損傷	5	<p>CQに記載されている全身振動刺激に関する報告の記載が見当たらないので、記載して頂けると幸いです。</p>	<p>コメントありがとうございます。本ステートメントでは2次スクリーニングの結果、RCT論文が複数みられた介入について検討いたしました。このため、RCT論文が複数みられなかった全身振動刺激については今回検討しておりません。今回のご指摘につきましては、今後の改定における課題とさせていただきます。</p>
神経難病（脊髄小脳変性症）	5	<p>&gt;該当する文献数が少ないため、エビデンスの強さは「弱い」と判断した。</p> <p>該当する文献数を通常は根拠にしないと考えます。OISのことが妥当ではないでしょうか。</p>	<p>コメントありがとうございます。</p> <p>「該当する文献数が少ないため、」の部分削除し、「対象者数が少なく、他の介入も含まれるため、エビデンスの強さは「弱い」と判断した。」に修正します。</p>
神経難病（脊髄小脳変性症）	5	<p>「エビデンス評価」の3行目「RCT2」は誤記でしょうか。ご確認ください。</p>	<p>ご指摘ありがとうございます。誤記ですので修正いたします。</p>

地域	5	<p>作成お疲れ様です。大変貴重な資料と思いました。以下、コメントです。</p> <p>① 日本の医療保険制度下での訪問と外国の医療保険制度下での訪問の区別の必要性・日本における訪問リハビリは、大腿骨骨折や脳卒中など含めて回復期病床（地域包括ケア病床含む）でのリハビリ医療を経てから提供されることが多いと思います。・また、急性期病院であっても回復期に該当する部分を賄っている病院が多い実情です。（なので、大腿骨骨折術後患者におけるDPC病院の平均在院日数 全国中央値は22日となっていたかと思います）・一方で、米国をはじめ海外では在院日数は7日以内を切っており、海外での退院後の「訪問リハ」は日本の「回復期」や「急性期」に該当しているかと思います。・そのため、我が国の訪問リハの文脈における訪問リハの対象者と今回取り込んだ研究の対象者の患者像の確認が重要であるといえます。・今回、取り込まれている論文のいくつかは（大腿骨骨折や脳卒中）在院日数が1か月程度で日本のそれとは大きく異なっているものが含まれていました。・そのため、日本における訪問リハの現場で適用できるかどうかについて有用な情報を提供するには、日本の急性期・回復期・生活期などの時間軸による層別化が必要ではないかと考えました。</p> <p>② 患者の価値観・希望について・「訪問での理学療法によるADLやQOL、筋力、歩行能力に対する効果は、多くの対象者が希望するアウトカムと考えられ、価値観については確実性が高く、多様性はほとんどなく、価値観のばらつきは少ないと考える。」と記述されているが、前述した通り、発症や手術からの時期が異なっているため、価値観や多様性は一定程度あるのではないかと考えます。・例えば、脳卒中でも発症から1か月程度と間もない患者と6か月程度の患者とでは、病識や障害に対する価値観や考え方は変わってくるのではないのでしょうか？</p> <p>③ コストの評価・「理学療法士による訪問での理学療法はコスト負担があるものの、本邦においては保険診療範囲内の比較的少ないコストで実施可能である。」と記述されていますが、比較的少ないコストとは何によって判断されたのでしょうか？根拠がないと思います。・保険診療によりカバーされているからこそ、費用対効果の検証は必要であり、費用対効果について検証された論文について探した方がよいのではないのでしょうか？</p>	<p>①貴重なコメント、ありがとうございます。ご指摘の通り、対象を層別化した情報の方が、実際にガイドラインを利用する際にはより有益であると考えます。今後は、対象を層別化したサブグループ解析も実施する必要があると考えています。②患者の価値観・希望について：ご指摘の通り、疾患や障害、発症からの期間、あるいは生活環境等によって、価値観のばらつきは多少あると考えますが、理学療法士、医師、他の医療従事者からなるパネル会議の意見を集約した結果、訪問での理学療法によって期待する効果としてADLやQOL、身体機能の維持向上は多くの対象者が希望することではないかという結論となりました。ただし、【多様性はほとんどない】という文章はやや違和感をもたれるかと思いますが、この文章は削除いたしました。③ご指摘の通り、費用対効果をもとに判断するのが望ましいと思いますが、【本邦における理学療法士による訪問での理学療法】の費用対効果を本CQのアウトカムによって検証した文献が見当たらなかったため、保険診療範囲内かどうかで判断させていただきました。ただ、断定的な表現は避けて、「比較的少ないコストで実施可能である場合が多いと考える。」のような表現に修正いたしました。</p>
地域	5	<p>作成大変お疲れ様です。1点コメントをさせていただきます。</p> <p>訪問リハを受ける患者様にとって、重要なアウトカムとして"転倒リスクの減少"は挙がらなかったのでしょうか。もしくは、代替エンドポイントとして"バランス機能"を評価するアウトカムがあったら、患者様とのコミュニケーションが円滑になるのではないかと考えました。</p>	<p>コメントありがとうございます。重要なアウトカムとして、【転倒発生】の記載漏れがありましたので、原稿に加筆しております。</p>
膝関節機能障害（変形性膝関節症）	6	<p>示されているリファレンスからはKL grade4に対するPTが有用であるというエビデンスは見当たらないと思われます。grade3-4が含まれた患者では有用であったかもしれませんが、grade4に限ると不明ではないのでしょうか。よってステートメントにgrade4でも「介入により有意な改善がみとめられる」というのは拡大解釈になるのではないのでしょうか。</p>	<p>コメントをいただき、ありがとうございました。曖昧な表現が混乱の原因となると考え、ご指摘を参考に、『…K-L分類2と3が混在していることに加え、対象者が女性のみであったため、中等度から重度(K-L分類3または4)変形性膝関節症に対して、これらの理学療法が有効であるか判定できなかった。』と修正させていただきました。</p>
膝関節機能障害（膝蓋大腿関節症）	6	<p>理学療法とバランス練習とありますが、バランス練習は運動療法の中の一つの方法ではないのでしょうか？言葉の定義として何が理学療法とされているのかが解りません。</p>	<p>コメントをいただき、ありがとうございました。臨床における理学療法には、バランス練習が含まれると考えるのが一般的です。しかし、Pubmedなどのデータベースを用いた検索では、理学療法の中にバランス練習を含めて考えてしまうとその効果に関する研究論文が抽出することが出来ず、その結果その効果を検証することが難しくなります。例えば、コロナにおける医学的效果を考えたとき、コロナと医学だけでは十分なエビデンスを抽出することは出来ず、ワクチンや薬物療法や人工肺とポンプによる体外循環（ECMO）などより具体的なキーワードを用いて調査する必要があります。</p>
膝関節機能障害（膝蓋大腿関節症）	6	<p>通常の理学療法の中からあえて、バランス練習だけを取り出した理由がCQの背景から読み取れない。</p>	<p>コメントをいただき、ありがとうございました。バランス練習だけを取り出したようにみえるかもしれませんが、実際にはその他多くの介入方法について検討をした結果、CQを検討していた時点で、バランス練習が残ったということです。ご理解の程、よろしくお願いたします。</p>

糖尿病	6	物理療法というのは範囲が広いと思う。神経障害がある場合に適用となる物理療法は何かについて言及できるのであれば、して頂きたい。また、物理療法を医療機関で実施した場合には費用が発生するということであるが、通常理学療法の中で行われるのであれば追加の費用が発生しない。単独で物理療法のみを行うとすれば、消炎鎮痛処置にも該当しないと思うが、どうでしょうか？	コメントいただきありがとうございます。システムティック・レビューの結果、物理療法は電気刺激（足底電気刺激）による介入でした。そこで本文中の「エビデンスの評価」の中の文章で、「物理療法」という部分を「電気刺激療法（物理療法）」という用語に変更いたしました。 また費用の観点から見ると、通常、糖尿病の運動療法は理学療法の診療報酬の対象にはなりません。そのため、現行の診療報酬内では糖尿病患者に対する理学療法にコストは発生しません。つまり、物理療法を医療機関で行った場合は、リハビリテーション料の請求ができないため、医療機関側に物理療法実施に対するコストがかかる可能性があるかと判断しました。「コストの評価」の文章に「物理療法については医療機関側に費用が発生する」を明記いたします。
投球障害肩	6	理学療法（運動療法、物理療法、装具療法含）は推奨されるかというCQであり、運動療法を含んでいるはずだが、条件で付されている「他の運動療法を組み合わせるで行うこと」という運動療法は別物なのか？	コメントありがとうございます。CQは「腱板機能不全への理学療法（運動療法、物理療法、装具療法含）は推奨されるか」というCQであるため腱板機能を改善させることを目的とした運動療法は含んでおりますが、それ以外の肩後方タイトネスの改善を目的とした運動療法や動作指導は含まれておりません。他の運動療法とはそれらを指した表現でしたが、記載がわかりにくく、失礼をいたしました。「腱板機能改善を目的とした運動療法以外の運動療法も組み合わせるで行うこと」と、条件を修正いたします。こちらのご指摘に倣い、他のCQの条件も修正させていただきます。
神経難病（脊髄小脳変性症）	6	>現段階では「実施しないこと弱く推奨する」と結論した。 明らかな有害事象がないなかで、「実施しないことを推奨する」との判断は少し強すぎる気がします。	コメントありがとうございます。CQ.6については有害事象の有無だけでは判断したのではなく、「全身振動療法には全身振動装置が必要になり、施設には多額の導入コストがかかる。また、全身振動法はそれのみを実施すればよいものではなく、理学療法の補助として位置づけられる。脊髄小脳変性症患者には、個々の患者の症状や重症度に適した理学療法を行う必要があり、エビデンスのないなかで全身振動療法を治療法の1つとして位置付けるには全身振動療法の適用を明確にする必要があると考え、現段階では「実施しないこと弱く推奨する」としました。
神経難病（脊髄小脳変性症）	6	「コストの評価」の最終行にある「実施しないこと弱く推奨する」は「実施しないことを弱く推奨する」の誤りでしょうか。ご確認をお願いいたします。	ご指摘ありがとうございます。誤記ですので修正いたします。
呼吸障害（慢性閉塞性肺疾患）	6	患者の価値観・希望の2行目に「介入に伴い身体活動性が改善することは重要であり、～」とあるが、身体活動性はアウトカムとして評価されていないため、身体機能もしくは運動耐容能としてはいかがか。	ありがとうございます。ご指摘の通り、「運動耐容能」に修正いたしました。
地域	6	「本CQに対して、明確な推奨の提示はできない」とありますが、そうであればステートメントとして、訪問での理学療法におけるZaritの改善などをご紹介いただければいかがでしょうか（おそらくそのような文献はあるかと思いますが）。このCQの解説を拝見していると訪問の理学療法が家族介護者への効果はないとも感じてしまいます。	本CQにおいてはPICOに合致するRCTが存在しなかったため、パネルディスカッションの結果、「明確な推奨の提示はできない」としました。Mindsのガイドライン作成手順においても【該当論文がなければステートメントとする】というルールではないため、推奨作成の手順で進めました。今回は理学療法士による個別介入があることに限定したため、対象論文が非常に限られてしまいましたが、今後は論文の包含基準を広げて検証することが必要であると考えています。
膝関節機能障害（膝蓋大腿関節症）	7	条件が「今後質の高いRCTが報告されるまで」とあるが、報告がないので、実施しないことを弱く推奨するまでもいかないので、やってもよいよというニュアンスなのでしょうか？それであれば、実施することが一般的になっている。だから、止めることを求めるまでには至らないというという意味になってくるかと思います。ガイドラインは、現行で得られているエビデンスに基づいての判断であり、今後の研究を期待するのはガイドラインの改定時の対応かと思います。	コメントをいただき、ありがとうございました。エビデンスが十分でないときに、今後の質の高いRCTが公開された時点で、その結果に基づき、ガイドラインは一部であっても改定されるべきであると考えられるのが一般的であると考えます。
糖尿病	7	「すべての患者に共通すると思われるため、患者の価値観はある程度のばらつきがあると思われる。」とあるが、共通するのに価値観がばらつくというのはわかりづらい表現です。	ご指摘に基づき、以下のように文章を変更しました。 変更前：「我が国と海外諸国では理学療法の制度の違いから、介入方法にばらつきが存在する。しかし、糖尿病足病変の創傷治癒・大切断予防などに対する希望は、すべての患者に共通すると思われるため、患者の価値観はある程度のばらつきがあると思われる。」 変更後：「我が国と海外諸国では理学療法の制度の違いから、介入方法にばらつきが存在する。また我が国において、糖尿病足病変の創傷治癒・大切断予防などに対する希望は、すべての患者に共通すると思われるが、理学療法に対する患者の価値観はある程度のばらつきがあると思われる。」

<p>神経難病（脊髄小脳変性症）</p>	<p>7</p>	<p>①&gt;本 CQ における比較対象を設けた介入研究を見いだせなかったため ②&gt;1 次スクリーニングにて 5 編の論文が抽出されそのうち 2 編が採用された。ハンドサーチにて 6 編の論文を追加した。 ①と②が矛盾しています。本ガイドラインにおいてはCQへの回答に学会シンポジウム等の演題内容論文を掲載するのは適切とは考えにくいと思われます。また、（いずれにしても引用すべきではないと思われませんが）該当論文はおそらくCQ8に対するものと思います。</p>	<p>コメントありがとうございます。①、②を確認しました。②の記載の一部に誤り（最終の採用論文は0）がありましたので、文章を修正します。</p>
<p>神経難病（脊髄小脳変性症）</p>	<p>7</p>	<p>「エビデンスの評価」内の、「Sriranjini らは、脊髄小脳変性症において呼吸機能障害が生じることから早期からの呼吸機能評価と呼吸理学療法の導入の検討が必要 5)としている」という引用表現は避けるべきです。Srianjiniらが示したのは「脊髄小脳変性症において呼吸機能障害が生じる」ことであり、彼らの主張までを引用することは望ましい引用方法ではありません。過去の報告を基に作成者等がどう判断したのかを明確に分けて記載してください。また、「不顕性誤嚥の予防に有用な肢位であったとしている 7)」という引用も誤りです。研究内容を検討した上で表記する必要があります。さらにその後ろに記載されている「吉澤らが SCA2 症例の誤嚥性肺炎に対し、シムス体位と呼吸介助の併用により酸素化の改善と酸素投与量の減量に有用であったとしている 8)」も表現は不適切かつ、内容を評価したものではないため、「エビデンス評価」の項目にこの内容の記載があってははいけません。他方、「呼吸障害のある症例」に対する呼吸理学療法の観点から有益である可能性を述べることは必要と考えます。</p>	<p>ご指摘ありがとうございます。エビデンス評価の内容を修正し、作成者の意見を分けるようにします。</p>
<p>脳卒中</p>	<p>8</p>	<p>介入として課題指向型練習と集団サーキットトレーニングは対象となる集団が別になる可能性があり、別のCQとした方が良いのではないかと。</p>	<p>コメントをありがとうございます。課題指向型練習も集団サーキットトレーニングも、目標とする課題や運動スキルの獲得を目指して類似した課題を反復して行う点では共通した概念と考えられます。両者の違いは、個別に実施するのか、2人以上で実施するのかがになります。ご指摘のように、本邦では集団サーキットトレーニングは個別リハビリテーションでは導入しづらいため、対象は生活期などに限られる可能性があります。一方、諸外国では病期に限らず、入院中の患者も対象にして効果検証が行われています。そのため、本CQでは脳卒中患者における課題指向的なトレーニングの効果検証を行うことを目的に、両者の介入を含めて検討を行いました。今後は、効果の違いを明確にするために、サブグループ解析の実施も必要と考えます。</p>
<p>糖尿病</p>	<p>8</p>	<p>このステートメントは、糖尿病に視点を置いた理学療法が有効ではないのか、それとも、脳血管疾患に対する理学療法も有効とはいえないのか、併存症状の関係性を考慮した文面であることが必要ではないだろうか</p>	<p>今回、脳血管疾患を併発する糖尿病患者に絞った理学療法の有効性に関する研究論文が抽出されなかったことにより、このようなステートメントになりました。現実には、糖尿病を持つ脳血管疾患患者は多く、それらの患者に対して、糖尿病を管理しながらの理学療法は有効であると考えており、今後それについてのエビデンスを証明することのできる研究が進展することを期待しています。</p>
<p>肩関節機能障害（肩関節周囲炎）</p>	<p>8</p>	<p>実臨床では、疼痛の残存する状態での可動域訓練で症状が遷延、悪化する場合も経験します。そのような場合は、いったん積極的な可動域訓練を中止し、筋緊張緩和や他の薬物、注射療法で症状が落ち着いたのちに可動域訓練を再開することもあるかと思えます。そのような場合についてのコメントの追加は必要ないでしょうか。</p>	<p>ご意見ありがとうございます。CQ8自体は運動療法を行う場合の強度に関する推奨です。また、積極的な可動域運動自体は推奨しておりません。ご意見いただいた内容は治療方針に関することと考えますので、疾患総論（3、理学療法の流れ）に「炎症期の理学療法では疼痛緩和を目的とした運動制限（ポジショニングによる安静）を行い、症状の増悪がないことを確認の上、痛みの生じない範囲での肩関節運動を行う。」との一文を加えました。</p>
<p>肩関節機能障害（肩関節周囲炎）</p>	<p>8</p>	<p>炎症期と拘縮期と判断する基準がないとどの時期にどの対応するのか難しいです。</p>	<p>ご意見ありがとうございます。病期の定義については疾患総論に記載しています。ただ、「発症後何ヶ月から」、というような明確な区切りが無いのが実情です。炎症期あるいは拘縮期の症例を対象とした研究でも統一されていませんが、3ヶ月という区切りが多いため、その点を疾患総論に追記し、引用文献を入れたいと思います。</p>
<p>脊髄損傷</p>	<p>9</p>	<p>褥瘡学会の予防管理ガイドラインでは、脊髄損傷者のシーティングに関係する推奨が細くなくされている。くりぬき型のクッションに類する記述があるが、ドーナツ型円座が、圧縮応力は減じることができれば、剪断応力は減じることができず、局所の阻血を引き起こすため、禁忌となっている。その点の整合性についての記述をして頂きたい。 なお、「座骨領域」という表記があるが「坐骨領域」であろう。</p>	<p>ご意見ありがとうございます。今回の脊髄損傷者を対象とした文献検索は結果からは、接触圧による計測結果が中心です。日本褥瘡学会のガイドラインには、老人を対象としたドーナツ型円座については記載がありますが、今回の場合ではせん断応力については文献がなく明確な判断は行っておりません。したがって、本文中には接触圧だけでなくせん断応力の影響も考慮することを追加いたしました。今後、脊髄損傷者についてせん断応力について新たな知見が得られれば追加していきたいと考えております。座骨領域の記載については坐骨領域に修正いたしました。</p>

神経難病（脊髄小脳変性症）	9	>該当する文献数が極めて少ないため、 該当文献数を根拠にするのは一般的に適切ではありません。OISのことではないでしょうか。	ご指摘ありがとうございます。 「該当する文献数が極めて少ないため、」の部分は削除し、文章を修正します。
背部機能障害	11	脊柱安定化運動に関するエビデンスとして、質の低い論文ほど、有効であるとする傾向がみられるメタ分析があり、その中では、脊柱安定化運動は低いエビデンスとなっております。	ご意見ありがとうございます。 スクリーニングの結果、 複合的介入に対する効果検証の論文のみが採用され、特定の介入の効果に対して言及することは困難でした。 ご指摘いただきました点については、今後の課題とし、特定の介入効果についても明らかにしていく研究の必要性を提言いたします。
脳卒中	11	このCQにおいてボバースコンセプトやPNFなどを取り上げる場合、これらの概念もしくは定義を適切に記載しておくべきであると思われる。さらに、理学療法士がガイドラインを参考にして治療を行う場合の道標としては条件付きの推奨は不透明である。各手技ごとに現在解明されている治療効果を踏まえて、医療保険や介護保険といった我が国における保険制度上からみた推奨度を適切に記載するべきである。	コメントありがとうございました。定義に関しては各手技の技術、規定内容が多様であり、紙面の関係で不適切、不十分な記載になる可能性があり、引用文献や各種テキスト等をご参照いただくか、別項でまとめられる用語の解説を照らし合わせていただければと存じます。また、推奨度の表記については全ガイドライン共通のもと規定されており、最も適用されると考えるものを作成班、医師を含めた外部評価者と共に検討し、投票にて決定しております。
脳卒中	11	特定の手技をひとつにまとめているが、促通反復療法などは質の高いRCTが報告されており、ボバースやPNFとは分けて考える必要があると思われる。	コメントありがとうございます。二次スクリーニングまで数千件検出されたRCT報告で、促通反復療法の効果については、数十件あがっています。そのなかで個々の文献では効果あることは承知しています。定量的結合でメタ分析を行い関節可動域、FMAなど上肢の機能向上は確認できました。しかし、他のADLや歩行機能など重要なアウトカムは、分析した結果、優位性は見いだせませんでした。もちろん手技毎にもチェックしていきまして、盲検化やサンプルサイズ、不精確性が生じていることも確認しております。各条件毎のコメントも付記しておりますので参照ください。特定のコンセプトの効果を個々の介入方法ではなく全体としてまとめることは、事前にパネル会議で議論し投票を経て決定しております。しかし、特定のコンセプトごとに効果を検証することは重要です。今後の改定時に検討していきます。
脳卒中	11	親族が病院でボバースアプローチを受けた後、自費サービスにおけるボバースアプローチを数年間受けていた。退院後にも自費サービスでもっと良くなると言われていたが、身体機能に大きな変化なく、打ち切る間際には現状を維持しているのは自費サービスにおけるボバースアプローチによるものだと言われていた。病院や公的機関におけるボバースアプローチ(セラピスト・セラピーへの依存)は問題だと思われるので、現状解明されている特定手技の限界などをきちんと明記してほしい。	コメントありがとうございます。理学療法士には、医師や看護師などの他の医療従事者と同様、医療は日進月歩であるために、知識や技術に個人差が生じる可能性があります。日本理学療法士協会でも生涯学習プログラムがあり、認定・専門理学療法士の制度があります。また、手技を用いた理学療法についても認定制度を設けているものもあります。患者の治療の目標や方法について、できるだけ患者の視線から考え、共有して進めていくことが大切です。また医療では生じやすい、手技や治療者に対する依存性を低下させ、定期的に評価を行い、改善を共有していくことが必要です。これらの問題は次期ガイドライン作成のための「明日への提言」で指摘させていただいており、検討課題とさせていただきます。
脳卒中	11	ボバースセラピーについては、削除してください。脳卒中ガイドラインでファシリテーションの有効性はないとされているのに、理学療法で推奨とはするのは容認できない。班長がボバースインストラクターの伊藤氏であることは疑問である。リハ医学会推奨されていないものを理学療法学会が推奨とは、理学療法学会の運営にも疑問がある。ボバースセラピーを推奨とするのであれば、科学的根拠があると示していただきたい。	コメントありがとうございます。ご指摘されたボバースコンセプトも含め、今回の推奨プロセスは適切な手順を踏ませていただいております。なお、わかりづらい表現もあり、推奨や条件の修正を考慮しています。今回解明された治療効果で推奨できるのが、定量的結合でメタ分析を行いTUGT数値の向上を確認できました。もちろん手技毎にもチェックしていきまして、非一貫性や盲検化の問題、サンプルサイズ、不精確性が生じていることも確認しております。他のシステマティックレビュー論文を中心に、ボバースコンセプトを含め各手技毎のエビデンスレベルの解説コメントも付記しております参照ください。特定のコンセプトの効果を個々の介入方法ではなく全体としてまとめることは、事前にパネル会議で議論し投票を経て決定しております。しかし、特定のコンセプトごとに効果を検証することは重要です。今後の改定時に検討していきます。なお、本CQをはじめ作成班長は利益相反等の関係で、投票者には含まれておりません。申し添えておきます。

脳卒中	11	ボバース、認知運動療法についてはシステマティックレビューまで調べて、著明な有効性を示す報告がないのに、PNFや促通反復療法と同じ括りとするのは、リハビリテーションに関して特化した理学療法ガイドラインのはずなのに、正確性がなくなってしまうのではないか。	コメントありがとうございます。今回は特定の手技を同じ括りとして適切な手続きを踏んで実施し、その結果に基づいた推奨度を提示しております。個別評価におけるサブグループ解析を実施していないので明確な言及ができていませんが、定量的結合結果に加え、定性的評価も個々に実施しております。個々の特定コンセプト別の効果を検証する必要は強く感じているので、今後の改定で検討していきます。なお、ご指摘を受け、分かりづらい表記もあったため、CQ推奨の一部や条件の表現について修正も検討いたします。
脳卒中	11	リハビリとしての特定の手技について、現在脳卒中治療ガイドライン2015ではCQとして扱っていない。これは促通反復療法以外、適切な研究やその結果が乏しいからであり、我々も学術団体として取り扱うのは適切なのか再考してもらいたい。学術団体として作成したガイドラインが日本神経理学療法のゴールデンスタンダードとなるのであれば、歴史を作ってきた偉人へ尊敬こそすれど忖度をするのではなく、研究方法や結果、昨今の日本の医療制度、経済を鑑みた取捨選択が必要なのではないだろうか？	コメントありがとうございます。本来の手法で、ご指摘いただいたとおりに手技およびアウトカムの重要事項毎にチェックいたしまして、非一貫性や盲検化の問題、サンプルサイズ、不精確性が生じていることを確認しております。ただし、今回の推奨プロセスはMindsによる適切な手順を踏襲しております。今回解明された治療効果で推奨できるのが、定量的結合でメタ分析を行いFMA上肢の機能向上やTUGTは確認できました。しかし、他のADLや歩行機能など重要なアウトカムは、分析した結果、効果が不透明もしくは効果が得られていても、対照群（一般運動療法など）にも効果を認めておりました。加えてほとんどの手技で一般運動療法との併用で実施されており、全手技とも <b>単独での？</b> アドバンテージは見いだせませんでした。推奨条件の部分が具体的でないこともあり検討させていただきます。システマティックレビューの論文を中心に、各手技毎のエビデンス評価コメントも付記しておりますので参照ください。今後特定手技を扱うかどうかについては、次期ガイドライン作成のための「明日への提言」で述べられるよう検討いたします。なお、ご指摘を受け、分かりづらい表現もあったため、CQ推奨の一部や条件の表現について修正も検討いたします。
脳卒中	11	「特定のコンセプトに基づく理学療法」の定義（どのような条件を備えていれば「特定のコンセプトに基づく理学療法」と分類されるのか）を明記すべきであると思います。	コメントありがとうございます。特定手技は、知識や技術格差、また各手技とも資格が必要とされており、それも課題であります。これらの問題は次期ガイドライン作成のための「明日への提言」で指摘させていただいております。今後の改定時に検討していきます。なお、定義に関しては各手技の規定内容が複雑なものもあり、不十分な記載になる可能性があります。引用文献や各種テキスト等をご参照いただければと存じます。
脳卒中	-	各項目ともに具体的な課題内容も記載されていて臨床でも活用できる部分も感じました。ただし、引き続き頻度や方法など詳細な練習に対するエビデンスが認められるとより臨床にも活かせるような気がします。また、長下肢装具に関しては使用している施設も増えてきているため、RCTが行われることを期待しています。	コメントありがとうございます。ご指摘のように近年立位歩行トレーニング場面を中心に長下肢装具を使用する機会が増えています。脳卒中班CQ5では長下肢装具の有用性について検証しました。しかし2次スクリーニングの結果採用された長下肢装具に関する約20論文においてRCT論文が無く、メタアナリシスは実施されませんでした。採用された論文ではケースコントロール研究により長下肢装具の使用効果を報告したものが散見されますので、今後はRCTを中心に更なる研究が進められるよう次期改定に向けて提言してまいります
フレイル	1~4	フレイル高齢者に対して抵抗運動、有酸素運動、バランス運動、歩行もしくは体操を行うことの有用性は理解できました。フレイル高齢者に対応する理学療法士に役立つ内容にするためにも、それぞれの量（負荷量、回数、頻度、期間）なども文献から紹介いただけますと助かります。ご検討よろしくお願います。	フレイルを対象にした報告が未だ少なく、現時点でそれぞれの設定を細かく推奨できる段階にありませんでした。今回のガイドラインでは、フレイル高齢者に対してどのような運動種が推奨されるのか、という点でご理解いただければと思います。
地域	1~5	コストの評価は、診療保険の範囲内で行うことができるからコストは少ないというのは、根拠が不明瞭ではないでしょうか？コストの過多の議論には、費用対効果分析が必要ですが、ここではなされていません。そのため、ここで述べられているコストについての結論は飛躍していると思います。	ご指摘のとおり、コストの評価は費用対効果をもとに判断するのが望ましいと思いますが、本CQのPICOに合致した適切な費用対効果の文献が見当たらなかったため、特別な機器を用いず実施可能かどうかや保険診療範囲内かどうかで判断させていただきました。ただ、断定的な表現は避けて、“比較的少ないコストで実施可能である場合が多いと考える。”のような表現に修正いたしました。
膝関節機能障害（膝蓋大腿関節症）	1~7	そもそも膝蓋大腿関節症はPFPSと捉えてよいのでしょうか。医師の論文等を見ていると膝蓋大腿関節症は膝蓋大腿関節OAと捉え、PFPSはAnterior knee painに代表される器質的障害がない膝前面痛としてとらえるもの、膝蓋骨脱臼を含む膝蓋大腿関節障害全般を指すものと定義がはっきりしていない印象を受けます。今回のCQの内容は概ねOAではなく膝蓋骨脱臼もしくは不安定性を含む病態への対処だと考えられますので、PF関節OAとして膝蓋大腿関節症を受け取られた場合は混乱が生じるように感じました。	コメントをいただき、ありがとうございました。膝蓋大腿関節症の捉え方については、論文ごとに定義されている通りであり、全てが統一されているわけではないと考えています。この点については、ガイドラインでは疾患総論やBackground Questionとして整理させていただく予定です。

小児	1・2	複数の介入方法を比較して「いずれの介入方法が推奨されるか」を検討する予定であったとCQの背景に記載しており、また単独の介入で十分な文献が収集できた介入においてステートメントを作成されているかと思います。 そうであればCQが複雑で分かりにくいいため、CQをステートメントを作成した介入だけに絞った書き方をした方が読者が分かりやすいのではないかと。 解説で少しでも触れるのであれば良いですが、全く触れられていない介入は削除した方が適切かと思えます。ご検討ください。	ご意見、ありがとうございます。小児理学療法ガイドライン作成班およびガイドライン・用語作成委員会で検討した結果、今回のGLのCQにはステートメントを作成することができた介入のみを記載し、ご指摘のようにステートメントを作成しなかった介入に関しては混乱を避けるために、CQに記載しないことになりました。ご指摘ありがとうございました。
膝関節機能障害（変形性膝関節症）	1・3	人工膝関節置換術とはTKAもUKAも含まれるものという認識で良いのでしょうか。	コメントをいただき、ありがとうございました。一般に人工膝関節置換術にはTKAやUKAなども含まれますが、今回の検討では、それら術後の理学療法の具体的な内容について精査することまでに至っていません。また、TKAとUKAのそれぞれに対する有効な理学療法については、明らかにできていません。
地域	3～5	発症や手術からの期間などはきちんと考慮されているのでしょうか？	本CQにおける対象者の発症や手術からの期間は様々であり、これらは異質性などの非一貫性や不精確に影響を及ぼす可能性があるかもしれませんが、これらの要因も含めてエビデンス総体の評価はされています。
小児（脳性麻痺）	すべて	すべての介入に対してステートメントを作成することが出来なかったと思いますが、作成できなかった介入に関しては、基本的には推奨しないという解釈なのでしょうか？CQには記載されているが、文献が少なかつただけでは、参考にする側が混乱する可能性があると思いました。	ご意見、ありがとうございます。小児理学療法ガイドライン作成班およびガイドライン・用語作成委員会で検討した結果、今回のGLのCQにはステートメントを作成することができた介入のみを記載し、ご指摘のようにステートメントを作成しなかった介入に関しては混乱を避けるために、CQに記載しないことになりました。ご指摘ありがとうございました。
小児（脳性麻痺）	すべて	フレイルのガイドラインなどをみると、作成グループの投票は複数の選択肢があるが、小児理学療法学会の作成合意は100%となっており、Yes or Noで選択していると思われる。ガイドラインにあたってNoは選択しづらい可能性があるため、もう一度、合意形成を見直した方が良いのではないかと。	ご意見、ありがとうございます。今回のGL作成においては、メタアナリシスを経た推奨の作成とステートメントの作成では手順が異なります。推奨作成においては、投票時に複数の選択肢があり、それぞれの選択肢のパーセンテージが記録されます。それに対して、ステートメントの場合は、合意率100%を目指してステートメントを修正し、作成班全員の合意を得たステートメントを作成しています。
フレイル	すべて	コストの評価については、費用対効果分析について述べるべきであると思われる。そのためコストの過多を示すには、費用対効果分析の結果などから総合的に判断することが必要であるため、このガイドラインで示されている一部の結論については飛躍しているものが散見される。	ご指摘いただきましたように、費用対効果の分析が必要になるかと思いますが、そのような検討をした研究があまりに少なく、現時点では費用をかけずに実施できるのかどうかという点でまとめさせていただきました。

## 2. 外部評価委員の方

区分（疾患・障害など）	CQ	いただいたパブリックコメント	パブリックコメントへの回答
フレイル	すべて	60歳以上の年齢による限定は不要では？	PICOの段階で60歳以上に設定し、そのように論文をスクリーニングしましたので、60歳以上という設定を変更することはできません。
フレイル	1	抵抗運動は他の領域の用語と統一した方がよい	CQの作成の段階で抵抗運動としておりましたので、この段階で用語の変更を行うことは難しいと考えています。
フレイル	4	歩行は有酸素運動では？体操だけに限定してはどうか？	CQの作成の段階で、歩行や体操という日常的に行える運動の効果を検証するというにしました。論文のスクリーニングもそのように実施しておりますので、変更は難しいと考えています。
肩関節障害	8	実臨床では、疼痛の残存する状態での可動域訓練で症状が遷延、悪化する場合も経験します。そのような場合は、いったん積極的な可動域訓練を中止し、筋緊張緩和や他の薬物、注射療法で症状が落ち着いたのちに可動域訓練を再開することもあるかと思えます。そのような場合についてのコメントの追加は必要ないでしょうか。	ご意見ありがとうございます。CQ8自体は運動療法を行う場合の強度に関する推奨です。また、積極的な可動域運動自体は推奨しておりません。ご意見いただいた内容は治療方針に関することと考えますので、疾患総論（3. 理学療法の流れ）に「炎症期の理学療法では疼痛緩和を目的とした運動制限（ポジショニングによる安静）を行い、症状の増悪がないことを確認の上、痛みが生じない範囲での肩関節運動を行う。」との一文を加えました。
肘関節機能障害（上腕骨外側上顆炎）	5	上腕骨外側上顆炎の他のCQでは、最も重要な疼痛の軽減について初めに言及されているようですが、CQ5では疼痛についての検討結果が段落中央部に記載され、内容もはっきりしないように感じます。また、他のCQでの「条件付き推奨」と比較し、CQ5の「弱い推奨」は「条件付き推奨」よりも推奨が落ちるという意味でしょうか。推奨の段階は全体で決まっているとは思いますが、推奨が落ちる根拠が疼痛の改善効果がはっきりしないからであれば、そのように記載したほうがわかりやすいと感じました。	疼痛に関する説明を前に移動し、他のCQと統一しました。 「弱い推奨」としたのはエビデンスの確実性がとても弱く、明らかな「条件」が定まらないと判断されたためです。詳しくは、（仮：推奨の強さの判定手順）の章をご覧ください。 疼痛だけではなく、握力もしくは肘機能、MMT、ROMおよびQOLと多面的に見て、改善効果が不明であると判断されました。

肘関節機能障害（肘部管症候群）	<p>◆益と害のバランス評価の本文での（Svernlöv, 2009）⇒1）（右肩付け）が良いと思います。</p> <p>4 また、「一方、有害事象の報告はないものの、固定による弊害や心理面の影響は明らかでないことから、わからないと判定した」の文章では、「何が明らかでない」かがわかりにくいようです。固定の有効性でしょうか。文の追加をご検討ください。</p>	<p>文献の表記を修正しました。</p> <p>さらに「一方、有害事象の報告はなく、肘関節が固定されたことによる筋力低下や可動域制限といった弊害や、活動制限によって生じる心理面への悪影響も明らかでないことから、益と害はわからないと判定した。」と追記しました。</p>
肘関節機能障害（肘部管症候群）	<p>3 このCQの推奨のみ、「条件付きで推奨する」に下線が引かれています。</p>	<p>修正しました。</p>
肘関節機能障害（肘部管症候群）	<p>6 「エビデンスの評価」に記載されている（Fatma Boy Nur, 2014）は文献リストにはないようですが、記載が必要ではないでしょうか。</p> <p>また、文献1）、2）の引用部分を本文に記載すべきと思います。</p>	<p>採用論文の記載が不適切でした。このためFatmaの論文は削除し、Feyza論文に変更しました。</p>