

# 実用先進リハビリテーションカンファランス2023winter

## Q&A

2023年1月28日（土）開催

### ●脳卒中リハビリテーションの原則～急性期を中心に～

藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座 平野 哲

質 問)

リハビリテーション科医師の介入の下、リスク管理をしながらの早期リハビリテーションの重要性を感じました。訓練の内容としてはどのようなものが推奨されますでしょうか？

回 答) 心血管系のリスク、立位・座位による脳血流変化のリスクがなければ、まずはできるだけ活動させて、廃用を防ぐ内容がよいと思います。理学療法であれば装具を活用してでも、どんどん立位・歩行を進めるべきでしょう。作業療法も細かいADL・IADLより、立ち上がり・移乗など運動量を稼げるものを優先するとよいと思います。言語療法では、誤嚥のリスクを評価した上で、できるだけ早く経口摂取を開始し、嚥下に関する廃用を防ぐことが重要と思います。

### ●練習構成からみた脳卒中リハビリテーション

藤田医科大学七栗記念病院リハビリテーション部 國分実伸

質 問)

練習はリハビリテーション科医師が細かく内容と時間を指示しているのか、内容の時間割合は療法士がおおよそ決めているのかどちらでしょうか？

回 答)

内容に関しては医師が処方に記載して指示をしています。時間割合は療法士の采配が強いですが、カンファレンスなどを用いて多職種チームで検討している場合もあります。

### ●上肢練習支援ロボットの臨床効果と活用

藤田医科大学七栗記念病院リハビリテーション部 宮坂裕之

質 問)

review で示されている15時間とは1週間でという解釈でよろしかったでしょうか？ロボット療法の終了時期を判断する基準がありましたら教えてください。

回 答)

15時間は介入期間中の合計時間です。

(Zhang L, et al. J Neuroeng Rehabil 19: 76, 2022)

ロボット療法の終了時期の判断については、目標が達成できたかどうかで判断することが優先されますが、定期的に評価結果を確認し、成績が改善しない場合は、他の手技へ変更すると良いと思います。

質 問)

ロボットを含む上肢機能訓練を継続する中で機能の改善とともに生活での使用に transfer していくと思いますが、その段階で、特にロボットを用いた集中的な機能訓練を終了するタイミング、いきなり中断するのか漸減していくのか、についてのデータや推奨はありますか？

回 答)

上記の回答もご参照ください。

いきなり中断するかどうかについて、データで示された報告は見当たりませんが、当院では、ロボット導入時に、期間を決めて実施し、再評価した段階で、継続か中止かを医師と相談しています。

質 問)

InMotion と reogo の使い分けの基準などありますか？

回 答)

InMotion (ver.2に関しては) は水平面の動きを繰り返すロボットであるため、肩肘の分離動作を促したい患者では適応があります。

一方、ReoGoは運動方向、負荷、回数、運動モードを調整できるため、強化したい動作を集中的に動かすことができます。ただし、鉛直方向の動作は動かす際にトルクがかかるため、ある程度の随意性が求められます。

運動回数のみで両者を比較すると、InMotionの方が多く動作が行えます。

### ●工程分析から考える ADL 障害の構造と介入戦略

藤田医科大学保健衛生学部リハビリテーション学科 北村 新

質 問)

移乗動作やトイレ動作の細かな項目の中で、準備動作が自立しにくいという結果が得られたとのことですが、どのような疾患・重症度・認知機能の方が準備動作まで獲得しやすいか、しにくいかなどの傾向はありますか？

回 答)

今回の検討は脳卒中者のみに限ります。現段階で明確に言えることは、「入院時にできない人にとってはその後は獲得しにくい」ということです。準備動作の自立/非自立に影響を与える因子等のサブ解析は行っていません。クラスター分析の結果から、特に準備動作が主動作に比べて難しかったクラスター2の患者は、軽度の認知機能障害 (MMSE20 点前後) を有している者が多く、運動麻痺も重度 (SIAS motor 1-2) だった者が多かったことは、一つの基準になるかもしれません。いずれにしても、実際の臨床では、入院時に準備動作ができない方に対しては、入院中の経過を見ながら練習の必要性を判断するべきだと考えています。

質 問)

クラスター2レベルの患者様について、要因としては身体機能か認知機能、どちら（あるいは各スケールの中での特定の項目）の障害の影響が大きい、などの評価はありますか？

回 答)

私たちのデータでは、クラスター1よりクラスター2の対象者が、クラスター2よりクラスター3の対象者が、運動・認知機能の双方の評価で統計学上有意に低いという結果を得ています。そのため、身体機能、認知機能のどちらが、と結論づけることは難しい状況です。仮説としては、クラスター2では特に準備動作の自立者割合が低く歩行で自立する対象者が多いこと、準備動作は主動作に比べて認知スキルの要求が大きいと考えられることから、クラスター2の対象者の困難さは認知機能が大きく関与しているのではないかと考えています。また、運動機能は特に下肢の機能によって主動作の自立度や帰結（歩行での自立など）が変化してくるのではないかと考えています。

●脳卒中後片麻痺者の上肢運動制御能の回復過程

藤田医科大学保健衛生学部リハビリテーション学科 上原信太郎

質 問)

運動巧緻性を鍛える治療法としてはインモーション自体が有用である可能性があるかともお見受けしましたが、それ以外の治療法としてお考えはございますか？

回 答)

残念ながら現時点ではどのようなトレーニングが有用である、と断言できるほどの知見はありません。上肢運動の巧緻性（=運動の質）はあまり変化しないのではないかと、という知見が提示され始めている段階であるため、今後このような現状を打破するためのトレーニング効果の検証がなされていくことを期待しています。

\*テキストの無断転載、無断使用を固く禁じます。

=====

主 催：実用先進リハビリテーション研究会

事務局：藤田医科大学医学部リハビリテーション医学Ⅰ講座内 担当 尾関

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98

電話 0562-93-2167 FAX 0562-95-2906

メール rehabmed@fujita-hu.ac.jp