

研究会特別セッション

神経難病リハビリテーション研究会ワークショップ

1. 日時・会場

2018年11月10日（土曜日）17:40-19:00 第2会場

2. テーマ

次代を担う神経難病リハビリテーション～臨床研究のすゝめ～

3. プログラム

司会：玉利誠 福岡国際医療福祉学院理学療法学科

上出直人 北里大学医療衛生学部理学療法学専攻

1) 17:40 - 17:55 神経難病医療・リハビリテーション perspective

演者：菊地豊 公財) 脳血管研究所附属美原記念病院神経難病リハビリテーション科

2) 17:55 - 18:15 神経難病患者を対象としたエビデンス構築のための臨床研究の工夫

演者：上出直人 北里大学医療衛生学部理学療法学専攻

3) 18:15 - 18:40 神経難病における臨床研究の実例～ALSの早期リハビリテーション～

演者：北野晃祐 村上華林堂病院リハビリテーション科

4) 18:40 - 19:00 全体討論「次代に求められる神経難病のリハビリテーションとは」

内容：演者3名が壇上に上がり、臨床研究も含めた、今後求められる神経難病リハビリテーションについてフロアーとディスカッションする。



神経難病医療・リハビリテーション perspective

公益財団法人 脳血管研究所附属美原記念病院

神経難病リハビリテーション科

菊地 豊

神経難病は、原因不明で治療がなく長期療養を必要とする稀少性疾患を指す行政用語である。稀少性をその旨としている一方で、DorseyとBloem(2017)が世界的なパーキンソン病患者の爆発的増加をParkinson Pandemicと称しているように、人口の高齢化に伴う神経難病患者の大幅な増加とそれに伴う医療費の増大が予測されている。神経難病患者の増加による理学療法のニーズの増大が予想される一方で、難病法、診療報酬制度、地域包括ケアシステムなどリハビリテーションをとり巻く環境が大きく変化している。このような中で適切なリハビリテーションの提供体制の整備が求められる。

本シンポジウムでは、神経難病リハビリテーション研究会で取り組んでいる共同研究活動を題材に、神経難病のリハビリテーションを巡る環境変化を踏まえた神経系理学療法分野の展望について考える機会としたい。



神経難病患者を対象としたエビデンス構築のための臨床研究の工夫

北里大学医療衛生学部、北里大学大学院医療系研究科

上出 直人

筋萎縮性側索硬化症（ALS）などの神経難病に対しても、理学療法のエビデンスを構築することは必要不可欠な課題である。しかし、実際には ALS などの神経難病に対して、理学療法の効果を検証した臨床研究は極めて少ないのが現状である。希少性、難治性、倫理といった要因が、臨床研究を遂行するうえでの大きな課題であることは言うまでもない。背景にある課題を克服し、エビデンスの構築に寄与しうる臨床研究を成し遂げるためには、何かしらの工夫が必要とされるように思われる。

神経難病患者を対象とした臨床研究における工夫としては、①多施設間共同研究によるデータベースの構築、②データベースを活用した研究デザインでの介入研究、の2点が鍵になるのではないかとと思われる。データベースの構築では、主要アウトカムと二次アウトカムを明確に設定し、幅広い特性の患者データを集積することが重要と考える。また、介入研究の研究デザインでは、傾向スコア（Propensity score）を用いた研究方法が有用ではないかと考えている。本発表では、ALS 患者を対象とした、データベースの構築から傾向スコアを用いた研究デザインでの臨床研究について、実施経験を基にポイントを整理してみたいと思う。



神経難病における臨床研究の実例

～ALS 病初期段階のリハビリテーション～

村上華林堂病院 北野 晃祐

学会や研究会を通じて面識を持った全国の理学療法士たちと病初期段階の ALS 患者を対象とした多施設共同研究を実施し、投稿した論文がメジャー誌に採択された（DOI：10.1016/j.apmr.2018.02.015）。この研究は、同じく ALS を対象として多施設共同で取り組んだ後方視的調査の結果を検証する位置付けで計画され、理学療法士の監督下で継続的に実施するホームエクササイズの有効性を明らかにしている。研究を多施設共同で実施する最大のメリットは、十分なサンプルサイズの確保が期待できることである。本研究は、最終的に 21 例の登録を得たが、単一施設における最多患者登録数が 6 名であることから、多施設共同研究として実施したメリットを生かせたと思われる。一方、デメリットは、データの信頼性を確保するために十分な労力が必要となる点であろう。本研究においては、複数回の打ち合わせ会議によって、ALSFRS-R をはじめとした評価方法と介入手段の施設間統一を図った。共同研究者の皆様には、研究期間を通じて多大な熱意と労力を頂戴し、この場を借りて改めて御礼申し上げたい。

今回は、希少性疾患である ALS 患者を対象として取り組んだ多施設共同研究について、研究計画作成から論文採択に至るまでの取り組みを紹介するとともに、得られた成果より病初期段階の ALS 患者に対するリハビリテーションについて解説する。



頸髄損傷者の起居・移乗・移動動作とADLとの関連性

国立障害者リハビリテーションセンター 自立支援局

藤縄 道子

【はじめに】頸髄損傷者に対する理学療法は、受傷からの時期によってその主たる方針が異なってくる。しかし最終的に目指すところは、「最大限の機能改善を図り、可能な範囲でのADLを向上させる」であることに変わりはない。一方医療機関の入院期限の関係で、在宅生活に至るまでに2～3施設を経由しなければならないことが多く、施設の特徴によって方針が変わるという現実もあるのではないだろうか。最善のアプローチを提供するためには、我々はどのような視点を持つべきなのだろうか。

【目標設定】頸髄損傷者を多く受け入れている医療機関や施設がデータを公表していることもあり、運動機能が完全損傷レベルであれば比較的マニュアル通りに目標設定を行うことが可能になってきている。マニュアル通りといっても、当然のことであるが問題点や個人・環境因子によってその内容に検討が必要なことは言うまでもない。不全損傷の場合は起立、歩行がある程度可能であったとしても、残存している上肢機能によって更衣・排便・入浴動作に影響が出ることが多い。特に頸髄上位損傷で近位筋の麻痺が重度の場合は、食事・整容動作にも影響が出るため、介助量の軽減に向けた目標設定という視点が必要となる。目標設定は対象者やその家族の希望を軸に、我々はその現実性をデータや経験を本に整理し、対象者が在宅生活でのADLの選択肢の幅が広げられるようにサポートすることが重要な役割である。

【理学療法とADLの関連性】理学療法は可動域拡大、筋力増強、起居・移動・移乗動作、バランス等の練習が主となると思われるが、実施している内容がADLにどのようにつながるのか、という視点で常に考えているだろうか。ベッドへの前方移乗を例にとると、①車椅子上で殿部を前方に滑らせる（頸部・肩甲帯伸展動作を脊柱伸展、骨盤前傾に連動）、②上肢で下肢を持ち上げる（前傾バランスをとりながら上肢で下肢を引っかけ、後傾姿勢へ変換しながら下肢を持ち上げる）、③靴を脱ぐ（股関節外転・外旋位の保持）、④下肢を前方に置く（バランスをとりながら肩関節屈曲の動きで下肢を前方に振る）、⑤前方移動（前屈のままの移動と体幹を起こしての移動の使い分け）、⑥90度回転移動（側方移動と下肢の移動）、⑦長座位から背臥位になる（バランスをとりながら後方に上肢を振り手掌接地、肩甲帯伸展を入れながら片側ずつ肘をつく）、以上のように多くの動作が組み合わさって前方移乗は完成する。そして少しでも長期間動作を継続できるように、過剰な努力を要せずに安全に実施できる動作を考える必要がある。

【おわりに】本発表が頸髄損傷者に対する理学療法アプローチについて考え、展開する一助となれば幸いである。



脳性麻痺への客観的評価って意味あるの？
-選択的脊髄後根切断術・整形外科手術の症例から考える-

埼玉県立小児医療センター 保健発達部
阿部 広和

子どもとその家族がリハビリテーションにおけるゴール・介入内容・介入頻度を決定する上で、信頼性・妥当性・反応性のある評価法を用いることは必要不可欠である。しかし、平成 29 年度に日本理学療法士協会が報告した小児リハビリテーション実態調査報告書¹⁾によると、小児患者に行っている評価は、遠城寺式乳幼児分析的発達検査を除き 10%以下であった。そして、脳性麻痺児の粗大運動を評価する粗大運動能力尺度(Gross Motor Function Measure: GMFM)は、ゴールドスタンダードとされているにもかかわらず 6.2%であった。もちろん客観的な評価だけがすべてではないが、ほとんど使用されていないことは明らかである。

当センターでは、2012 年から脳性麻痺児の客観的な評価項目を統一し、理学療法士全員が実施することを始めた。これは治療成績を評価し、それに基づいて適切な治療を子どもとその家族に提供するためである。今回の講演では、評価項目の一部を説明する。そして、当センターで行っている選択的脊髄後根切断術(selective dorsal rhizotomy: SDR)、ボツリヌストキシン A 療法(Botulinum toxin type A Therapy: BoNT-A)、整形外科手術と理学療法の併用療法の効果²⁾を症例の客観的評価やビデオ等も交えて紹介し、一緒に検討したい。さらにエビデンスに基づく理学療法が求められている私たちが、脳性麻痺児（その他の小児患者）の客観的な評価をどのように行くと良いのかを議論していきたい。

また、今後、統一した評価を行いたいと考えている方のために、その選択・作成の流れや工夫を紹介する。

【引用・参考文献】

- 1) 小児リハビリテーション実態調査報告書. 公益社団法人 日本理学療法士協会. 2017.
http://www.japanpt.or.jp/upload/japanpt/obj/files/chosa/syouni_houkokusyo_2016.pdf
- 2) 花町芽生, 阿部広和, 吉岡明美ら. 痙直型脳性麻痺児に対する選択的脊髄後根切断術および理学療法の効果-術前後の GMFM-66percentile の比較. 総合リハビリテーション. 2017;45(2):141-7.