

## あはき療養費の令和4年改訂 厚労省参考資料抜粋

### 患部の改善のため、非麻痺側等の患部以外も含めて治療や施術を行うことを示すガイドライン

#### 教科書 ①

○「脳卒中治療ガイドライン2021」（編集 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会、協和企画、2021年7月）

・「不動により深部静脈血栓症や沈下性肺炎などが起こり、安静臥床により廃用性筋萎縮が進行するため、可能な限り早期からリハビリテーションを開始する必要がある。脳卒中患者の非麻痺側上下肢は発症からリハビリテーション開始までの期間が長くなるほど廃用性筋萎縮が著しく、歩行不能なものほど筋萎縮が進行した。」

○「理学療法ガイドライン 第2版」（編集 日本理学療法学会連合 理学療法標準化検討委員会ガイドライン部会、医学書院、2021年10月）

〈脳卒中〉

・（筋力強化運動による介入の）「メタアナリシスでは筋力（麻痺側、非麻痺側）の有効性は示されなかったが、空気抵抗を用いた機器（レッグプレスなど）を用いてそれぞれ20回を週3回、3か月間継続することで筋力（麻痺側、非麻痺側）強化が認められたとの報告や、空気抵抗を用いた機器（レッグプレスなど）、ウェイトスタックを用いた機器（足関節背屈、足関節底屈）による筋力強化運動を週3回、12週間を1RMの25%でウォームアップを実施し、その後1RMの70%で3セット（1セット当たり8～10回）実施することで、最大強度はレッグプレスで16.2%、麻痺側の膝関節伸展で31.4%、非麻痺側の膝伸展で38.2%の改善がみられたとの報告があった。」

〈低出生体重児〉

・「触覚刺激と関節運動を組み合わせたMT（腹臥位で四肢体幹を撫でる触覚刺激5分、仰臥位での四肢の関節運動5分、腹臥位で四肢体幹を撫でる触覚刺激5分）とその変法の効果を示すRCTによる報告が15文献あった。対象の出生体重、出生週数は報告により異なるが、550～2200g、25～34週であった。1日1～4回、5日間～4週間あるいは退院するまでの介入により、体重増加、ストレス行動軽減、心拍変動・胃の運動性などの

自律神経活動改善、生後4週時の脳波成熟、生後4か月時の運動発達向上、2歳時の精神運動発達向上の効果が示された。細胞傷害性リンパ球の一種であるナチュラルキラー細胞の細胞毒性や感染回数をアウトカムとして、MTの免疫系に対する効果を示した報告もあった。」

〈腰椎椎間板ヘルニア〉

・「運動療法の内容としては、脊椎安定化運動、全身的な筋力トレーニング、ストレッチング、有酸素運動、腰椎伸展運動、ウイリアムス体操などが実施されていた。」

〈変形性膝関節症〉

・「軽症のKOA患者に対して、自転車エルゴメータや関節モビライゼーション、筋力強化運動、バランス練習や筋活動、機能的アライメントと機能的関節安定性を含む複合運動には、鎮痛薬とほぼ同等の効果が示唆されている。軽症のKOA患者に理学療法を実施することに対する明確な害についての報告はなく、理学療法の実施により膝関節痛や関節のこわばり、日常生活活動が回復する可能性がある。」

〈膝蓋大腿関節症〉

・「Ferberらは、PFPS患者199名に対して、膝関節筋力強化群（88名）と体幹・股関節筋力強化群（111名）で比較した結果、6週間後ではいずれの方法も膝周囲の疼痛と下肢筋力に有意な改善がみられたが、体幹・股関節筋力強化群の方が、VASによる膝周囲の痛みの改善が1週間早く、また股関節外転筋力と股関節伸展筋力、および体幹後面の持久性が有意に増加したことを報告した。この結果について、体幹・股関節筋力強化運動は下肢全体だけではなく体幹も含めた筋力向上が期待できるため、膝関節筋力強化運動に加えて体幹・股関節筋力強化運動を実施することはPFPS患者に有効であると報告している。」

○「標準リハビリテーション医学 第3版」（編集 伊藤利之、大橋正洋、千田富義、永田雅章、医学書院、2012年3月）

・「脳卒中や頭部外傷では、麻痺肢に対する随意性の改善に加えて、非麻痺側の筋力増強や協調性の改善、体幹の安定性・随意性・分節的運動の改善、ボディイメージの改善を図る。」

○「標準理学療法学 専門分野 運動療法学 各論 第4版」(編集 吉尾雅春、横田一彦、医学書院、2017年1月)

〈脳血管障害の運動療法 - 早期〉

・「痙性による筋緊張亢進、不動による筋短縮、痛みなどにより関節拘縮や関節可動域制限をきたしやすい。片麻痺患者でも、意識障害を伴う場合には健側にも不動による可動域制限がおりうるので注意を要する。」

・「関節可動域運動はゆっくりと全可動域にわたって実施する(しかし、肩関節については慎重に行う)。意識障害を呈する患者に対しては、麻痺側のみでなく、非麻痺側にも関節可動域運動を実施する。」

・「非麻痺側の筋力強化、麻痺側下肢の支持性の向上、立位バランスの獲得などを目的に行う。立位練習は平行棒などの手すりを健側上肢で把持した状態で行う。急性期では立位の獲得が最優先されるので、健側上下肢を効果的に使用する。」 〈脳血管障害の運動療法 - 回復期〉

・「座位や立位での麻痺側下肢への荷重だけでなく、非麻痺側下肢への荷重練習も繰り返し行う。非麻痺側下肢に荷重して麻痺側の骨盤を挙上したり、下肢とともに骨盤を空間で保持できるように導く。階段昇降での麻痺側下肢のコントロールや、麻痺側足部で風船を蹴ったあとなどの従重力的なコントロールの学習も進める。」

## 患部の改善のため、非麻痺側等の患部以外も含めて治療や施術を行うことを示すガイドライン

### 教科書 ②

・「一般的な高齢者の股関節屈曲角度と20歳代の屈曲角度は5°程度の違いであるが、脳卒中では麻痺側はもちろん、非麻痺側も股関節屈曲角度が小さいことが多い。それは股関節周囲の筋緊張による抵抗だけでなく、股関節屈曲に伴う骨盤の後傾が制限を受けていることが原因の一つである。脊柱や骨盤の動きを伴うこれらの関節では、いわゆる肩関節や股関節の動きにとどまらず、要素となるそれぞれの部位の柔軟性にも十分配慮しなければならない。」

・「そのほか、すべての四肢関節について、筋緊張亢進や痛み、浮腫などによる可動域制限をおこさないように、原因に見合った適切な伸張運動を行う。特に、頸の回旋と側屈、体幹の回旋と側屈、骨盤の回旋、胸郭の拡張と収縮、肩関節の全運動方向、肘の伸展、前腕の回内・回外、手関節

の背屈、手指の伸展、股関節の屈曲・内旋・外転、下肢伸展挙上（SLR）、膝関節の屈曲、足関節の背屈・外がえし、足趾の伸展に可動域制限がみられやすいので、それぞれの原因について適切に対応していく。」

・「麻痺側あるいは非麻痺側膝を伸展した下肢挙上位で下肢を内側や外側に大きく動かし、目的物にリーチすることによって、大腰筋の活性化と体幹の回旋を伴った内側、外側腹斜筋の活動を求める。この運動は股関節屈曲に伴う骨盤の後傾運動を促してくれる。」

・「麻痺側の筋力低下も当然のようにおこるが、片麻痺が反対側にあるため、活動時に非麻痺側の筋力は発症前以上のものを求められる。歩行能力にはこの非麻痺側の筋力も大きな要素になる。非麻痺側に余裕のない片麻痺患者は、立位になっても恐怖感や混乱のためにうまくバランスを保つことができない。しかし、非麻痺側に余裕のある片麻痺患者では、なんとか立位を保つことができる。ベッド上でできることは限られているが、立ち上がりや歩行などの日常的な動作のなかで両側の筋力を動員できるようなアプローチが好ましい。」

・「大脳皮質から内包後脚にかけた損傷では皮質網様体路の損傷を伴うことが多く、麻痺側のみならず、非麻痺側の股関節を中心とした荷重練習が必要である。そのうえで歩行練習を行う。特に皮質橋網様体脊髓路の障害では、非麻痺側下肢を外転位に振り出そうとする傾向があるので留意する。」

#### 〈変形性股関節症〉

・「股関節の安定性を確保するため、股関節周囲筋や膝関節周囲筋の筋力増強運動を行う。」

・「疼痛のない範囲で股関節運動を指導する。変形性股関節症では、腰椎の可動性も損なわれていたり、逆に過可動性が生じている場合もあるので、腰部の運動も追加したほうがよい。特に前弯の強い症例では、腰椎屈曲のストレッチを指導する。」

#### 〈変形性膝関節症〉

・「股関節症と同様に、スクワットなどの荷重下での閉鎖性運動連鎖を用いた運動や、開放性運動連鎖の等張性運動・等尺性運動があげられる。疼痛が強くない症例では前者が有用であり、疼痛が強い症例では等尺性運動が有用である。股関節内外転筋の筋力低下も指摘されており、側方安定性を高めるという観点からも、これらの筋力増強運動は有用と思われる。」

○「臨床理療学（理療臨床論） 改訂第4版 第1巻」（編集 日本理療科教員連盟理療教科用図書編纂委員会、岡山ライトハウス、2012年3月）

〈変形性頸椎症〉

・「後頸部頸椎側の僧帽筋・側頸部の板状筋や胸鎖乳突筋などに対して入念に揉捏法などを行い、筋緊張を取り除く。また、肩こりに対しては、肩上部や肩甲間部を中心に施術する。上肢に一般マッサージを行い、循環を改善し痛みやしびれを取り除く。仰臥位を取らせ枕を取り、後頸部を弛緩させた状態で四指による後頸部・側頸部のマニピュレーション（筋線維伸展法）を行う。頸部の他動運動法とともに、筋のストレッチ法や徒手牽引も有効である。東洋医学的には、気血両虚や腎虚によるものが多いので、下肢の脾経・胃経・腎経などに対して施術する。」

〈胸郭出口症候群〉

・「頸椎症の治療に加え、腕神経叢や鎖骨下動脈が圧迫を受ける部位への治療を行う。手技療法では、側頸部・鎖骨上窩部・鎖骨下部などに四指揉捏などを行う。」

・「東洋医学的にみて、気滞によるものには、膻中・合谷・太衝などに治療を加える。」

〈変形性股関節症〉

・「手技療法は腰部・殿部・大腿外側の筋緊張を取り除くように施術する。また、違和感のある大転子の周囲に母指揉捏や按捏法などを行う。さらに、下肢の一般マッサージを行う。」 〈三叉神経痛〉

・「局所に対する治療は、発作の緩解期に圧痛点に対する軽度の持続的圧迫法を中心に一般マッサージを行う。ただし、圧痛点が痛みを誘発するトリガーゾーンと一致することもあるので慎重に取り扱う。頸肩部のこり症状に対して、後頸部や肩甲間部を中心に揉捏法などを行う。誘導の目的で上肢の三陽経の経路を中心に一般マッサージを行う。東洋医学的には、気滞血瘀によるものに相当するので、合谷・内関・足三里・太衝・三陰交・血海などに圧迫法を加える。」

幹部の改善のため、非麻痺側等の患部以外も含めて治療や施術を行うことを示すガイドライン

教科書 ③

### 〈肋間神経痛〉

・「患側を上にした側臥位を取らせ、背部の母指揉捏や母指圧迫、肋間の四指揉捏や四指圧迫振顫などを中心に施術する。誘導の目的で上肢の一般マッサージを行う。前処置として背部のホットパックなどの温熱療法を併用すると効果的である。最後に肋間神経伸展法を行う。東洋医学的には、風寒や痰湿によるものが多いので、足三里・三陰交・脾俞・中脘などに圧迫法を行う。」

○「保健医療基礎実習（下巻）」（編集 盲学校理療教科用図書編纂委員会、日本ライトハウス、2002年3月）

### 〈片麻痺〉

・「患側上下肢に対しては、筋緊張の改善の目的で軽擦法、揉捏法を行い、関節可動域の維持・増大の目的で各関節に対し他動運動、伸張運動を行う。この際、ファシリテーションテクニックやモビリゼーションを加えることも有効である。また、筋萎縮予防と筋力増強の観点で徒手・重錘・セラバンドなどによる抵抗運動を行う。特に下肢についてはつかまり立ちでの足踏み運動や膝関節の屈伸運動が効果的である。ただし、実施に際しては血圧や心拍数の変動に留意して負荷を決定しなければならない。健側上下肢についても、患側上下肢の代償からくる筋緊張や疼痛の改善の目的で施術を行う。」

○「東洋医学臨床論（あん摩マッサージ指圧編）」（編集 東洋療法学校協会、医道の日本社、1993年4月）

・「筋緊張により神経が絞扼され痛みが生じた場合では、痛みを訴えている部位に、障害があるとは限らない。診察により、神経が絞扼されていることや、その部位が明らかになれば、筋緊張の部位に施術を行うことにより、筋緊張を改善し疼痛を緩和させることが可能となる。」

・『『按摩』とは疾病の治療または予防の目的で身体各部を押し、引き、揉み、撫で、擦り、叩きなどするのであるが、これには一定の方式がある。それは、臓腑・経路の異常を東洋医学的診察法で診て施術するのである。また、『十二経筋』という人体の筋肉系統を主るものがあり、『結』という部分を特に重要視しており、反応点としてとらえている。このように気の停滞や偏盛を調和させ、あるいは非健康状態に陥らないように平常から施術を施し、身体的、精神的に健康状態を保つことが東洋医学的治療の基本的な考え方である。」

・「あん摩マッサージ指圧治療を行う際には、必要に応じて、現代医学的な診察とともに東洋医学的な診察を踏まえて、総合的に治療法の考察を行うことが重要である。」

○「あん摩マッサージ指圧理論 第3版」(編集 東洋療法学校協会、医道の日本社、2016年4月)

・「あん摩、マッサージ、指圧の治療効果とは各組織、器官への作用機転を応用して、それぞれの組織器官の機能の異常を調整し、正常な機能状態に戻す作用である。」

・「元来、あん摩、マッサージ、指圧の基本的な生体に対する作用機転は、いろいろな手技の用い方により神経、筋への興奮性を高めて機能を増進する作用と、逆に鎮静的に作用させて緊張を取り除くという二作用によるものである。そしてこの二作用は生体に対する刺激量(刺激の度合、刺激の強さ、作用時間)と患者の状態によって決まってくるものである。」

・「反射作用とは疾病部位から離れた部位に施術して反射機転を介して、神経や筋、内臓などに刺激を与え、異常機能の調整を図る作用をいい、興奮や鎮静の効果が期待できる。生体は内臓に異常がある場合に、その異常反応が皮膚、結合織、筋肉などの表在組織に反射されて異常が現れる。内臓知覚連関(ヘッド帯)、内臓運動反射(マッケンジー帯)、皮下結合織の過敏点(撮診点)、表在筋層の過敏圧痛(圧診点)などがあり、その異常部分に施術して、その部の過敏、圧痛、緊張、硬結などを取り除くことにより、内臓の異常が調整される。これは体表への施術によりその圧刺激が、反射機転を介して内臓に効果的に影響するためである。この内臓機能の調整に反射機転を応用するためには、その内臓の異常と関連痛として現れる部分とを正確に把握して施術を正しく決め、適量刺激を与えなくてはならない。その他知覚神経を介し、血管運動神経に対しても反射的影響を及ぼすことができる。すなわち圧刺激の度合により、充血を起こさせ、あるいは貧血を起こさせるが、これも反射作用に属する。」