

歩行 PART 1

脳神経疾患と歩行

「歩行 PART 1」として脳神経疾患と歩行について、歩行の観察評価、治療介入における部分法と全体法、装具・歩行補助具との融合に続き、脳卒中、パーキンソン病、不全脊髄損傷、脳性麻痺、バランス低下による歩行障害の評価と治療について解説していただきました。

次号の PART 2「運動器疾患と歩行指導」とともに、「歩行と理学療法」について考えます。

歩行の観察評価 治療志向的な観察評価 盆子原秀三

観察による歩行分析は理学療法士に特化した臨床スキルである。印象は仮説の切り口であり、それに該当する機能的課題の歩行相を観察することで問題点を絞り込むことができる。歩容の変化は自己認識に影響を与え自尊心の低下から参加制限となり得る。印象からの歩行分析はわかりやすく、対象者の主体的な治療介入の参加を促すための1つの要因となり得る。

歩行障害への治療介入 部分法と全体法—脳卒中を中心に 星 文彦

脳卒中の歩行障害の特徴は、歩行周期の構成に基づき観察分析し、症状や機能障害との因果的解釈から明らかにすることができる。治療的介入は歩行周期の構成をなしている単位動作ごとに開始姿勢と終了姿勢におけるバランス能力を高め、その2つの姿勢の移行練習を行う部分法が基本である。そのときに足底への荷重や関節角度、姿勢調整などの感覚運動練習を理学療法士のハンドリングにより教師あり学習の形式で行うことが重要である。歩行周期を遂行可能なレベルにおいては、繰り返し歩行周期練習を行う全体法へ移行し、患者自身が歩行機能について主体的に遂行能力を確認する教師なし学習の形式を用いることが肝要である。

歩行障害への治療介入

神経疾患の歩行障害に対する装具・歩行補助具との融合 長谷川隆史

下肢装具の役割は、運動の自由度を制約し、運動制御を単純化することである。下肢装具を使用することにより、対象者は安定して麻痺肢への荷重が可能となり、歩行リズムを形成するために必要な筋活動パターンを誘導することが可能となる。装具の効果を最大限発揮させるためには、機能回復の程度に応じて適宜自由度を調整することが重要となる。装具歩行トレーニングは、一般医療機関で実施することができ、長期的に実施することも可能であるため、再生医療を念頭に置いた重症神経疾患患者においては再考の余地がある。

脳卒中による歩行障害の評価と治療 高村浩司

脳卒中の理学療法における歩行能力の再建では、単に歩けばよいということではなく、いかに効率のよい歩行を実用化できるかが焦点となる。具体的には、環境に応じて速度や方向を変えること、上肢を利用しながらバランスを失うことなく歩き続けられることなどが求められる。本稿では、脳卒中後遺症者の歩行の問題について述べるとともに、その評価指針と運動療法の例を解説する。

パーキンソン病による歩行障害の評価と治療 岡田洋平

パーキンソン病の歩行障害は疾患初期から認め、疾患の進行とともに顕著になり、多要因が関与するようになる。歩行障害を評価する際は、対象者に応じて課題や環境を設定し、動作と内面の変化を捉える視点が重要となる。薬物治療と理学療法の併用はパーキンソン病の歩行障害に有効であることが明らかにされている。本稿では、パーキンソン病の歩行障害の特性とその評価、理学療法介入について解説する。

バランス低下による歩行障害の評価と治療 望月 久

安定的な歩行の三要素は①推進性、②姿勢制御、③適応性とされ、バランス低下による歩行障害はこれらの要件が欠けているものと言える。歩行の不安定性を評価する際には、評価指標を用いるだけでなく、バランス機能との関連や歩行の相に沿った観察を行う。アプローチとしては、支持基底面と重心との関係を再学習する課題志向型の動作練習が中心となる。

不全脊髄損傷による歩行障害の評価と治療 古関一則

近年では脊髄損傷受傷者のなかで不全損傷の占める割合が増加しており、客観的な歩行予後予測に基づいた適切な介入が求められている。脊髄損傷者の歩行練習では神経可塑性を促す生理学的要件を満たしたうえで、インテンシブな歩行練習を十分な量実施できることが重要である。一方で、重度麻痺者では実用性に鑑みた車椅子ADLの方法を確立することも重要であり、患者の状況に応じて柔軟に対応することが求められる。

脳性麻痺による歩行障害の評価と治療 大畑光司

脳性麻痺児における歩行障害の目標は、歩行の発達、改善、維持というようにライフサイクルに合わせて変化する。しかし、目標が異なっても、推奨される治療内容は課題特異的な歩行トレーニングであることには変わりがない。現状の課題としては、歩行トレーニングの是非ではなく、対象者ごとの目標の達成のために歩行トレーニングをどのように適応すべきかを明確にする点にある。