



理学療法ガイドライン第2版勉強会

- 1 『ガイドライン』を読めると臨床がどう変わるのか？
- 2 理学療法ガイドライン第2版の読み方と臨床への活かし方
- 3 ケーススタディを通してガイドライン活用のイメージづくり

理学療法ガイドライン第2版勉強会

- 1 『ガイドライン』を読めると臨床がどう変わるのか？
- 2 理学療法ガイドライン第2版の読み方と臨床への活かし方
- 3 ケーススタディを通してガイドライン活用のイメージづくり

理学療法ガイドライン第2版勉強会1 『ガイドライン』を読めると臨床がどう変わるのか？

『ガイドライン』を読めると臨床がどう変わるのか？

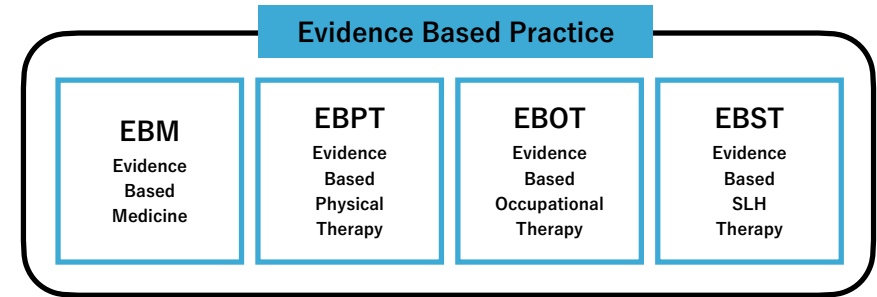
患者さんが良くなる



そもそもなぜEBPが大事なのか？

リハビリの効果を教えてくれるのがエビデンスであり、患者さんにとって最善の治療をしようという取り組みがEBP

EBPは“エビデンスに基づく実践”である



EBMもEBPTもEBOTもEBSTも、EBPのひとつ

世界ではEBPが広がってきている

EBPの重要性を認識しているセラピスト

アメリカ 90% (Jette et al., 2003)
 カナダ 93.2% (Salbach et al., 2007)
 フランス 80% (Buchard, 2009)

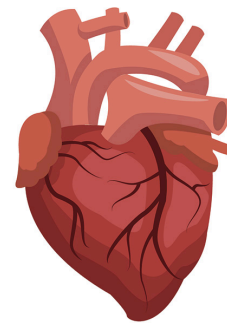
が『EBPが必要もしくは重要』と考えている

EBPに取り組んでいるセラピスト

アメリカ 65% (Jette et al., 2003)
 カナダ 62.3% (Salbach et al., 2009)
 がEBPのために文献検索を毎月行う



なぜEBPが世界で広まっているか？



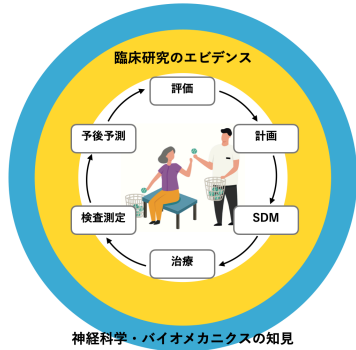
CAST STUDY

“良くなるだろう、正しいだろうという理論・経験に基づく医療”



“良くなる・正しいという証拠 (Evidence) に基づく医療”

EBPにおけるエビデンスとは？



臨床研究のエビデンス

Clinical Research Evidence
ランダム化比較試験など

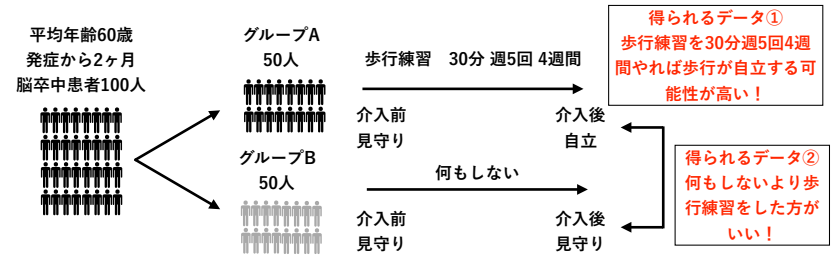
基礎研究のエビデンス

Basic Science Research Evidence
神経科学、運動学、解剖学など

EBPでは、まず臨床研究のエビデンスを参考にする

Clinical Research Evidence (臨床研究)とは？

Clinical Research Evidenceの代表格である“ランダム化比較試験”



臨床研究に基づくEBPのイメージ①

脳卒中後の歩行障害に対するリハビリテーション



エビデンス

“平均年齢60歳の歩行見守りレベルの脳卒中患者に対し、トレッドミルトレーニングを30分、週5回、4週間行ったら4週後に屋内歩行自立レベルになった。”



セラピスト

担当の脳卒中患者さん（60歳・歩行見守りレベル）に、トレッドミルトレーニングを30分、週5回、4週間行ったら4週後に屋内歩行が自立する可能性が高いぞ！

臨床研究に基づくEBPのイメージ②

脳卒中後の運動障害に対するリハビリテーション



エビデンス

“平均年齢70歳の中等度運動障害を持つ脳卒中患者に対し、課題指向型訓練を30分、週5回、4週間行ったら4週後に軽度運動障害まで改善した。”

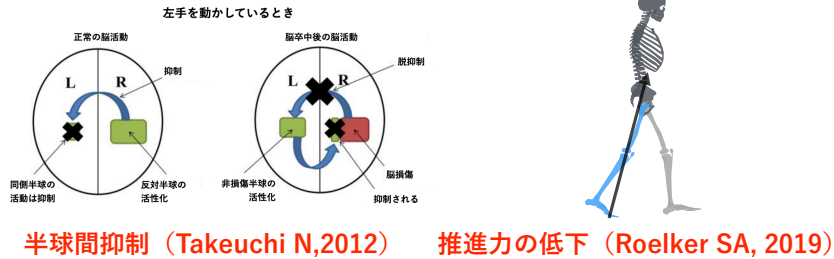


セラピスト

担当の脳卒中患者さん（70歳・中等度運動障害）に、課題指向型訓練を30分、週5回、4週間行ったら4週後に運動障害が軽度のレベルになる可能性が高いぞ！

Basic Science Research Evidence (基礎研究)とは？

神経科学や運動学・解剖学（バイオメカニクス）の研究などを指す



基礎研究に基づくEBPのイメージ①

脳卒中後の歩行障害に対するリハビリテーション



エビデンス

“平均年齢60歳、歩行見守りレベルの脳卒中患者の麻痺側下肢推進力低下の原因を調べたところ、足関節底屈力の低下が主要な原因だった。”



セラピスト

担当の脳卒中患者さん（60歳・歩行見守りレベル）の麻痺側下肢推進力の低下の原因は足関節底屈力の弱さかも！ステップポジションで蹴り出しの練習をしよう！

基礎研究に基づくEBPのイメージ②

脳卒中後の運動障害に対するリハビリテーション



エビデンス

“平均年齢70歳、中等度運動障害の脳卒中患者においては、半球間抑制の不均衡が麻痺側上肢のピンチ動作能力の低下の一因になっている。”



セラピスト

担当の脳卒中患者さん（70歳・中等度運動障害）のピンチ動作がうまくいかないのは半球間抑制のせいかも！非損傷側の脳活動を抑えるために、非麻痺側のリラクゼーションをしよう！

EBPはどちらのエビデンスに基づくべき？

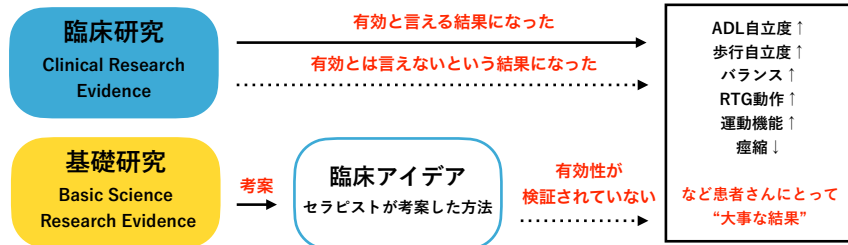
臨床研究
Clinical Research
Evidence



基礎研究
Basic Science
Research Evidence

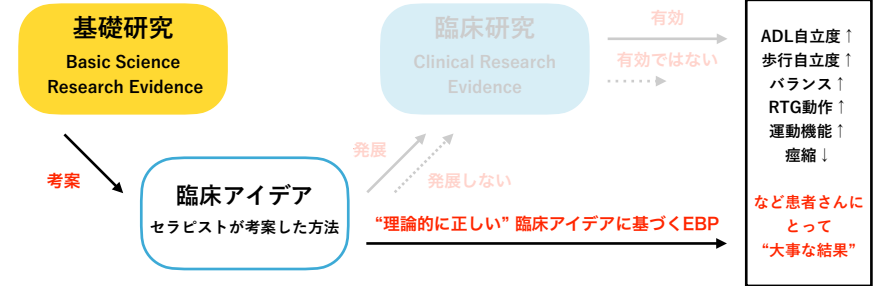
“原則的には臨床研究に基づく。特定のテーマについて十分な臨床研究が行われていない場合、セラピストは患者の治療・ケアについての洞察を得るために基礎研究に目を向けることができる” (Linda Fetters 2018)

なぜ臨床研究に基づくべきなのか？



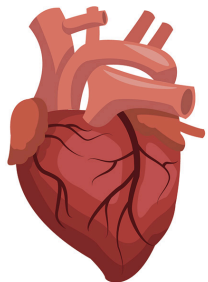
臨床研究に基づいたEBPは“大事な結果”の改善につながる可能性が高い

臨床研究がない場合は基礎研究に基づく



臨床研究が乏しい分野では基礎研究に基づいたEBPが行われる

“理論的に正しい”を盲信すると失敗する



CAST STUDY

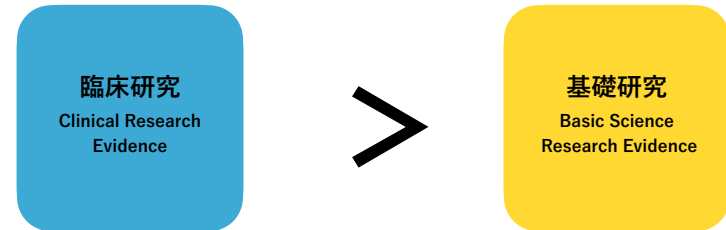
“良くなるだろう、正しいだろうという
理論・経験に基づく医療”



“良くなる・正しいという
証拠 (Evidence) に基づく医療”

CAST STUDYをはじめとする過去の経験を繰り返さないようにしたい

だからEBPは臨床研究に基づくべき



“原則的には臨床研究に基づく。特定のテーマについて十分な臨床研究が行われていない場合、セラピストは患者の治療・ケアについての洞察を得るために基礎研究に目を向けることができる” (Linda Fetters 2018)

まとめ①

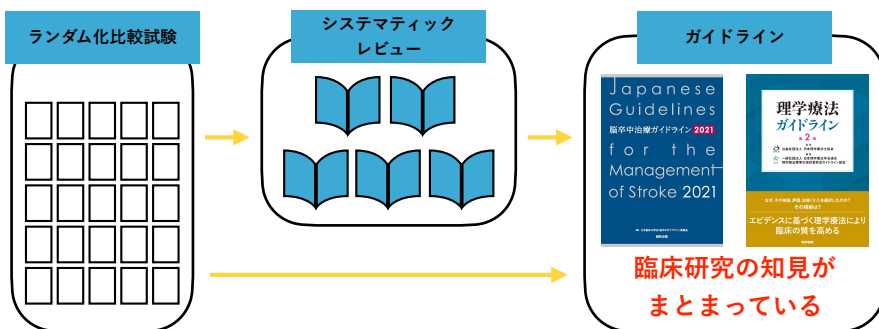
- 1 患者さんにとって最善の治療をする取り組みがEBPである
- 2 EBPにおける“エビデンス”とは原則的に臨床研究を指す
- 3 臨床研究に基づくべき理由は“その方法によって患者さんが良くなることが証明されているから”

『ガイドライン』を読めると臨床がどう変わるのか？

患者さんが良くなる



『ガイドライン』は“臨床研究の集合体”



EBPは根拠となる臨床研究が“正しい”ことが前提



エビデンス

正しいことが前提

“平均年齢60歳の歩行見守りレベルの脳卒中患者に対し、トレッドミルトレーニングを30分、週5回、4週間行ったら4週後に屋内歩行自立レベルになった。”



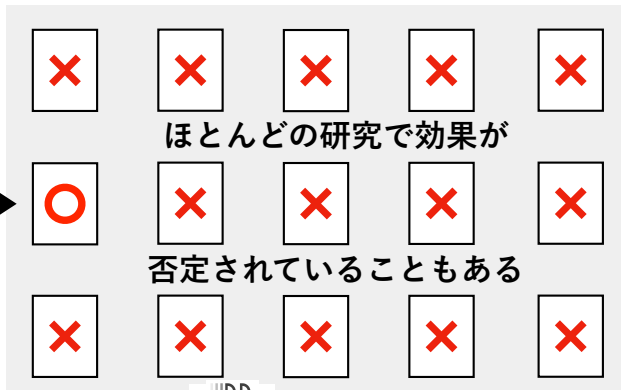
セラピスト

担当の脳卒中患者さん（60歳・歩行見守りレベル）に、トレッドミルトレーニングを30分、週5回、4週間行ったら4週後に屋内歩行が自立する可能性が高いぞ！

エビデンスの情報が“誤り”である場合、エビデンスに基づいてリハビリを行っても患者さんが良くなるわけがない

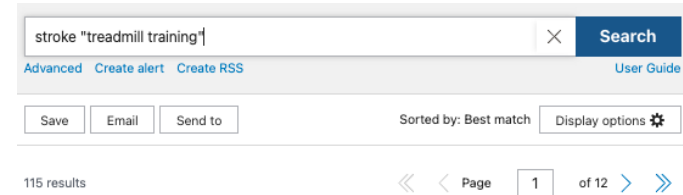
だから情報の全体を見る必要がある

「トレッドミルは効果あるって論文あった！」



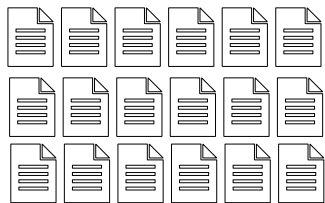
自分で全ての臨床研究を読むのは大変

PubMedで調べてみると…

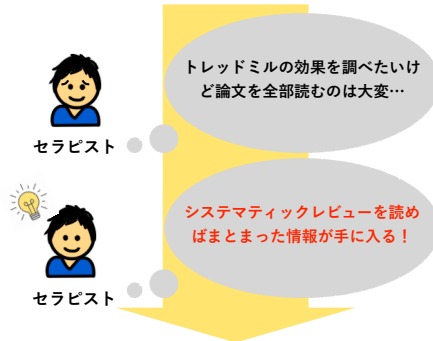


臨床・事務仕事、プライベートがある中でたくさんの論文を読めるか？

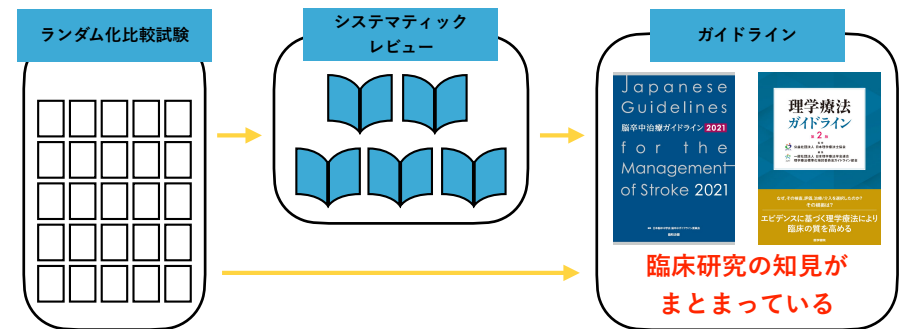
全体を見るためにシステマティックレビュー研究を読む



結論をみちびく



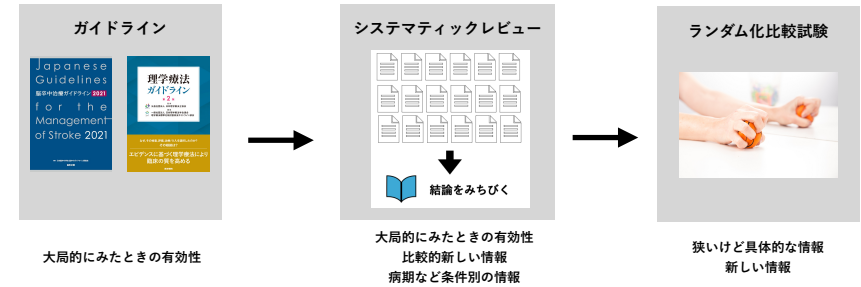
さらに情報をまとめ、推奨をつけるのがガイドライン



広い情報から狭い情報へ絞り込んでいく

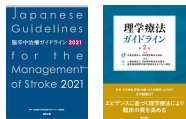


リハビリプログラムを決めるときにまずGLを読む



基本的にはGL→SRで有効性を確認した後、RCTを読む

GLの使い方イメージ①GLでリハの方向性を確認



ガイドライン

“脳卒中患者の歩行障害に対し、トレッドミルトレーニングを行うことを推奨する”



セラピスト

担当の脳卒中患者さんに対してトレッドミルトレーニングをやろう！でも、強度や頻度、1回あたりの時間はどれくらいがいいのだろう？あと、トレッドミルをやったら、患者さんの歩行はどれくらい良くなるのかな？システムティックレビューを読んでみよう！

GLの使い方イメージ②SRを読みリハの方向性を絞り込む



システムティックレビュー

“歩行が見守り以上の脳卒中患者に対し、トレッドミルトレーニングを週3回以上実施すると歩行速度の向上に役立つ”



セラピスト

週3回以上の歩行練習をすれば歩行速度が上がるんだ！担当患者さんは歩行見守りだからトレッドミルで良くなりそうだ！歩行速度が上がれば歩行の自立度も上がる可能性が高いぞ！でも、具体的にどういうプログラムがいいかな？

GLの使い方イメージ③RCTを読み具体的なプログラムを立てる



ランダム化比較試験

“平均年齢60歳の歩行見守りレベルの脳卒中患者に対し、60%HRmaxでトレッドミルトレーニングを30分、週5回、4週間行ったら歩行速度が平均0.5m/sから0.8m/sになった。”

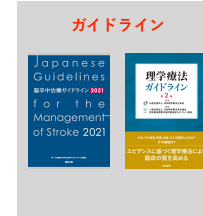


セラピスト

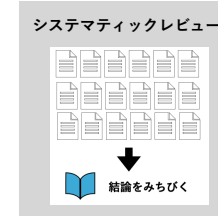
60%HRmaxで30分、週5回、4週間トレッドミルをやれば0.8m/sになったんだ！担当患者さんも60歳、歩行速度0.5m/sだからこのRCTは参考になりそうだな！担当患者さんに60%HRmaxで30分、週5回、4週間のトレッドミルを提案してみよう！



リハビリプログラムを決めるときにまずGLを読む



大局的にみたときの有効性



システマティックレビュー
大局的にみたときの有効性
比較的新しい情報
病期など条件別の情報

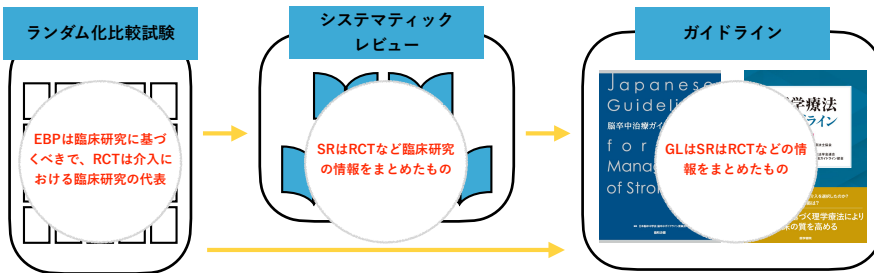


ランダム化比較試験
狭いけど具体的な情報
新しい情報

ガイドラインはリハビリプログラムの入り口として有効な情報になる！



『ガイドライン』はEBPに欠かせない情報が詰まっている



ガイドラインはリハビリプログラムの入り口として有効な情報になる！



『ガイドライン』を読めると臨床がどう変わるのか？

患者さんが良くなる



まとめ②

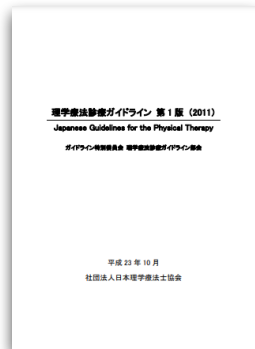
- 1 EBPでは根拠となるエビデンスが正しいことが前提だが、正しいかどうかを知るためには情報の全体を見る必要がある
- 2 情報の全体を見るためにガイドラインを読む
- 3 ガイドラインはリハビリの方向性を確認する上で有効であり、EBPの入り口として活用する

理学療法ガイドライン第2版勉強会

- 1 『ガイドライン』を読めると臨床がどう変わるのか？
- 2 理学療法ガイドライン第2版の読み方と臨床への活かし方
- 3 ケーススタディを通してガイドライン活用のイメージづくり

理学療法ガイドライン第2版勉強会 | 理学療法ガイドライン第2版の読み方と臨床への活かし方

理学療法ガイドライン第2版は飛躍的に良化



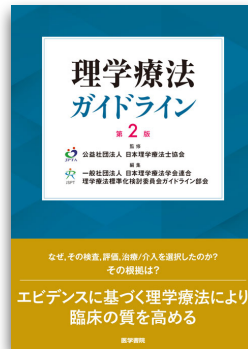
作成手順が全く記載されていないから信用できるかわからない...

セラピスト

作成手順が明確になり、信用できる情報になった！



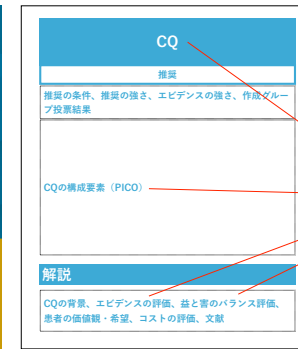
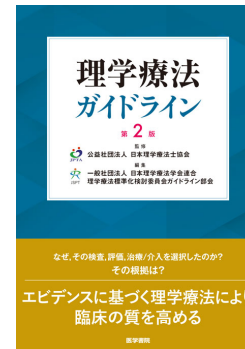
セラピスト



なぜ、その検査、評価、治療/介入を選択したのか？
その根拠は？
エビデンスに基づく理学療法により臨床の質を高める

理学療法ガイドライン第2版勉強会 | 理学療法ガイドライン第2版の読み方と臨床への活かし方

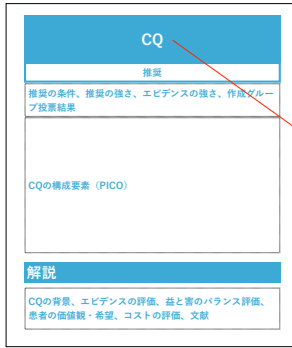
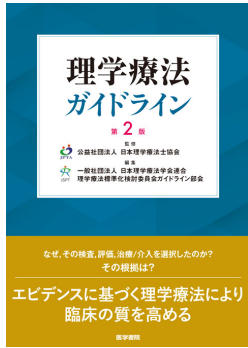
理学療法ガイドライン第2版の構成



本勉強会の目次

- #1 CQ
- #2 CQの構成要素
- #3 エビデンスの評価
- #4 益と害のバランス評価

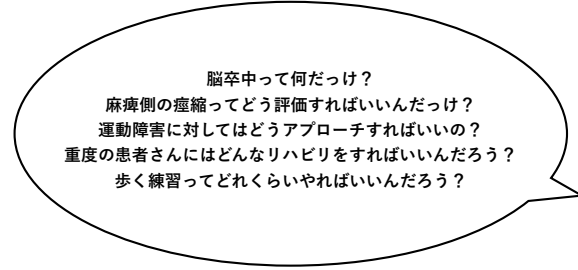
#1 Clinical Question (臨床疑問)



本勉強会の目次

- #1 CQ
- #2 CQの構成要素
- #3 エビデンスの評価
- #4 益と害のバランス評価

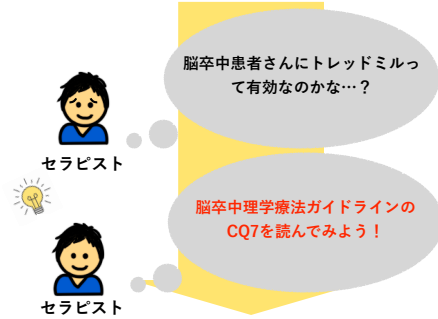
#1 Clinical Question (臨床疑問)



臨床で感じる疑問 = “臨床疑問”

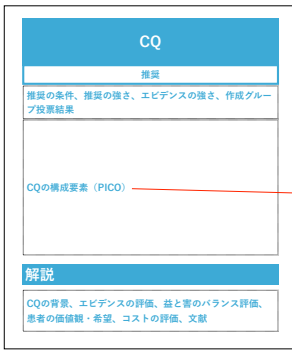
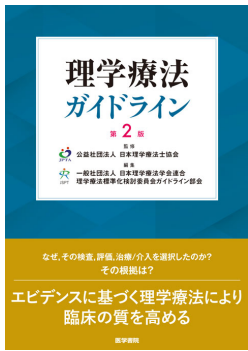
#1 Clinical Question (臨床疑問)

CQ No.	CQ
1	発症48時間以内の脳卒中患者に対して理学療法は有用か
2	脳卒中患者に対して関節可動域運動は有用か
3	脳卒中患者に対してバランス練習は有用か
...	...
7	歩行障害を有する脳卒中患者に対してトレッドミル(中略)は有用か



ガイドライン作成班が設定したCQ 自分のCQに合わせて読むCQを選ぶ

#2 CQの構成要素 (PICO)



本勉強会の目次

- #1 CQ
- #2 CQの構成要素
- #3 エビデンスの評価
- #4 益と害のバランス評価

#2 CQの構成要素 (PICO)

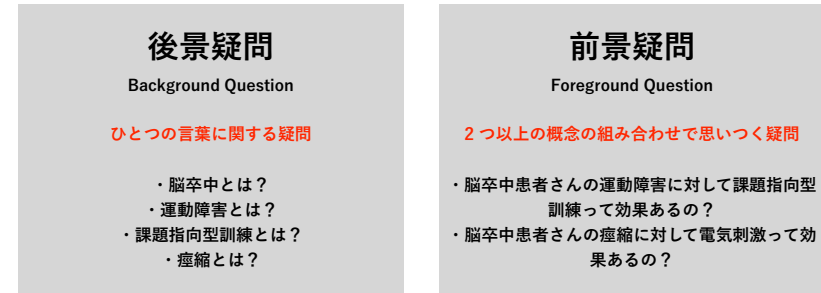
P (Patients, Problem, Population)			
性別	指定なし	年齢	指定なし
疾患・病態	脳卒中	その他	
I (Interventions)/C (Comparisons, Controls, Comparators) のリスト			
I: ○○療法、C: Iを実施しない、または併用しない理学療法			
O (Outcomes) のリスト			
O1	運動麻痺の改善		
O2	感覚障害の改善		
O3	QOLの改善		

推奨作成にあたりシステムティックレビュー班が調べた内容が書いてある



SR班が調べた内容って？

#2 CQの構成要素 (PICO)



臨床疑問は後景疑問と前景疑問に分かれる

#2 CQの構成要素 (PICO)

Patients (患者、対象者)

脳卒中患者、変形性膝関節症患者、心筋梗塞患者、など

Intervention (介入方法)

トレッドミルトレーニング、電気刺激、課題指向型訓練、など

Comparison (比較対象)

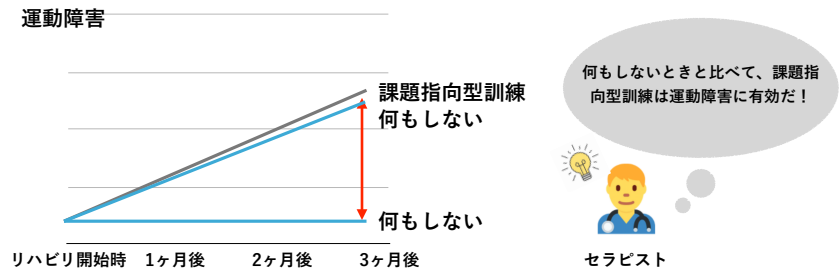
何もしない、従来のリハビリ、など

Outcome (結果)

ADL自立度、歩行自立度、運動障害の程度、痙縮、など

PICOは臨床疑問 (前景疑問) を構造化したもの

#2 CQの構成要素 (PICO)



何もしないときと比べて、課題指向型訓練は運動障害に有効だ！

リハビリ前後の変化だけでなく“何と比べたときの効果なのか”という比較の概念を持つのが大事

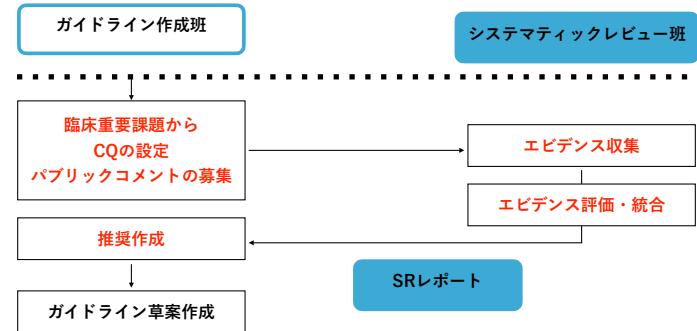
#2 CQの構成要素 (PICO)

P (Patients, Problem, Population)			
性別	指定なし	年齢	指定なし
疾患・病態	脳卒中	その他	
I(Interventions)/C(Comparisons, Controls, Comparators) のリスト			
I: ○○療法、C: Iを実施しない、または併用しない理学療法			
O (Outcomes) のリスト			
O1	運動麻痺の改善		
O2	感覚障害の改善		
O3	QOLの改善		

推奨作成にあたりシステムティックレビュー班が調べた内容が書いてある



#2 CQの構成要素 (PICO)



#2 CQの構成要素 (PICO)

この臨床疑問を解決できるようにシステムティックレビューしてね。PICOも決めておいたよ

ガイドライン作成班

わかりました。システムティックレビューします。(後日)システムティックレビューの結果をお返します。

システムティックレビュー班

トレッドミルは歩行障害に対しては有効だけど感覚障害には有効とは言えない結果になったか。ならば、推奨は歩行機能の改善に対する条件付き推奨にしよう

ガイドライン作成班

つまり『このような情報を調べた上で何に対して有効なのかを判断し、推奨を作成しました』ということ

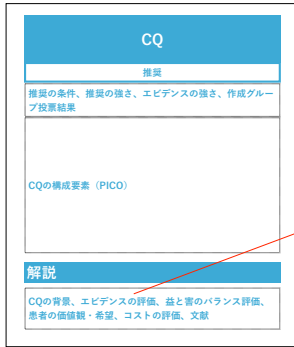
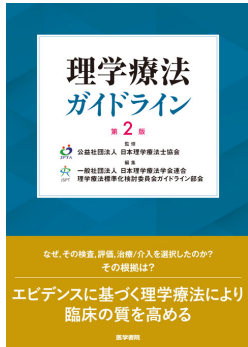
#2 CQの構成要素 (PICO)

P (Patients, Problem, Population)			
性別	指定なし	年齢	指定なし
疾患・病態	脳卒中	その他	
I(Interventions)/C(Comparisons, Controls, Comparators) のリスト			
I: ○○療法、C: Iを実施しない、または併用しない理学療法			
O (Outcomes) のリスト			
O1	運動麻痺の改善		
O2	感覚障害の改善		
O3	QOLの改善		

推奨
○○療法は運動障害の改善を目的とした場合、推奨される

- 療法は運動障害に有効というエビデンスがあった
- 療法は感覚障害に有効というエビデンスがなかった
- 療法はQOL改善に有効というエビデンスがなかった

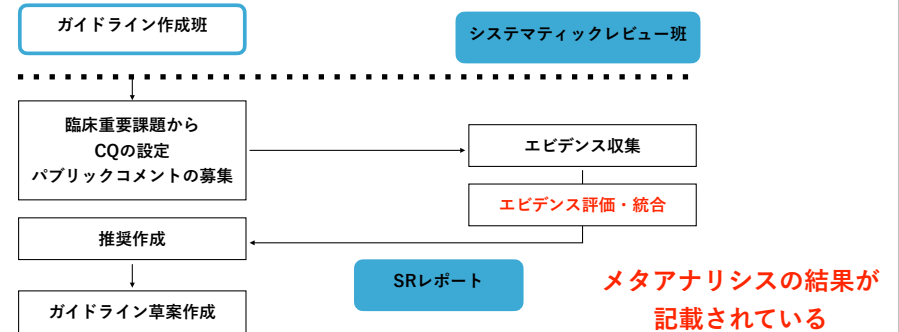
#3 エビデンスの評価



本勉強会の目次

- #1 CQ
- #2 CQの構成要素
- #3 エビデンスの評価
- #4 益と害のバランス評価

#3 エビデンスの評価



#3 エビデンスの評価

バランス練習 vs. 何もしないでバランス練習の効果を検証する例

BBS 5点↑	BBS 4点↑	BBS 0点
BBS 8点↑	BBS 2点↓	BBS 4点↑

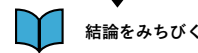


セラピスト

結局、バランス練習をするとバランスはよくなるの？よくなると思ったら、BBSは何点よくなるの？

メタアナリシスとは複数の研究の定量的な結果を組み合わせる統計手法

#3 エビデンスの評価



結論をみちびく

定性的

収集した文献のデータを文章でまとめる

<ポイント>

- ①メタアナリシスを行わない
- ②効果ははっきりしないことも
- ③どれくらい効果があるか不明

定量的

収集した文献のデータを数値でまとめる

<ポイント>

- ①メタアナリシスを行う
- ②効果ははっきりする
- ③どれくらい効果があるか推定

システマティックレビューは、“定性的に”まとめる場合と“定量的に”まとめる場合があり、定量的にまとめる場合はメタアナリシスが行われる

#3 エビデンスの評価

MD
Mean Difference → **アウトカムがひとつ**

SMD
Standard Mean Difference → **アウトカムが複数**

メタアナリシスを行う場合は解析するアウトカムの数によってMDを使うかSMDを使うか選択する

#3 エビデンスの評価

メタアナリシスの結果のみかたの事例

TUG (MD -2.19 95%CI -4.11~-0.26)



TUGが2.19秒短くなる 100回試行したら95回は4.11~0.26秒短くなる

#3 エビデンスの評価

メタアナリシスの結果のみかたの事例

BBS (MD 3.46 95%CI 1.12~5.70)



BBSが3.46点UPする 100回試行したら95回は1.12~5.70点UPする

#3 エビデンスの評価

メタアナリシスの結果のみかたの事例 (ワークショップ)

ROM (MD 1.72 95%CI 0.20~3.24)



ROMが1.72° 拡大する 100回試行したら95回は0.20~3.24° 拡大する

#3 エビデンスの評価

メタアナリシスの結果のみかたの事例

QOL (SMD 1.21, 95%CI 0.18~2.88)

QOLが1.21標準偏差分
良くなる

100回試行したら95回は0.18~
2.88標準偏差分良くなる



#3 エビデンスの評価

メタアナリシスの結果のみかた (MD・SMD共通)

TUG (MD -2.19, 95%CI -4.11~-0.26)

95%信頼区間を確認し、0を跨いでいなければ効果あり、跨いでいれば効果があるとは言えない



#3 エビデンスの評価

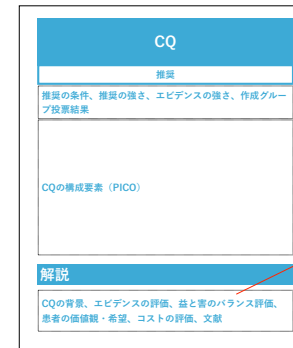
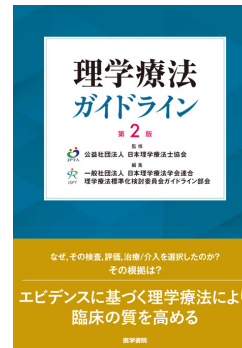
エビデンスの評価の臨床への活かし方

アウトカム○○ (MD ●●, 95%CI ●●~●●)

各リハビリがアウトカム○○に対し①有効か否か②有効ならばどれくらい有効か判断する



#4 益と害のバランス評価



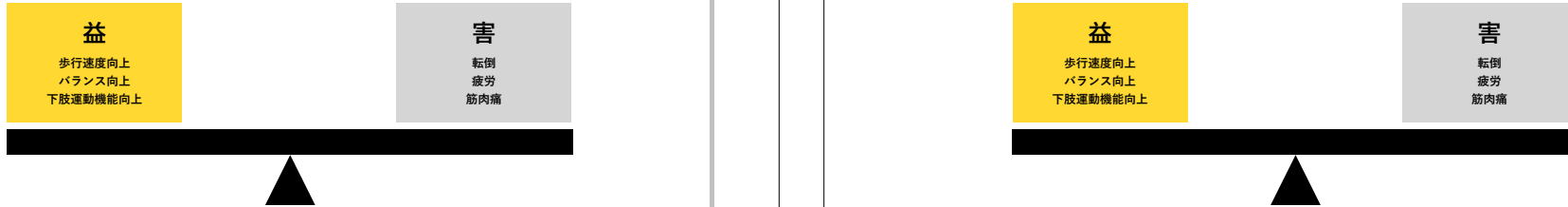
本勉強会の目次

- #1 CQ
- #2 CQの構成要素
- #3 エビデンスの評価
- #4 益と害のバランス評価



#4 益と害のバランス評価

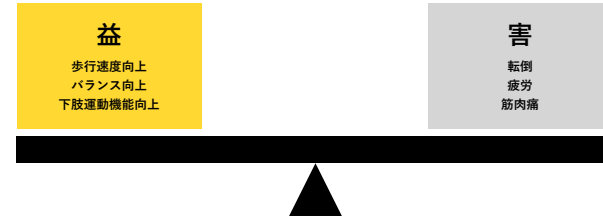
トレッドミルトレーニングの益と害のバランス



リハビリ実施による“効果”と“有害事象”とを天秤にかける

#4 益と害のバランス評価

トレッドミルトレーニングの益と害のバランス



リハビリ実施による“効果”と“有害事象”とを天秤にかける

#4 益と害のバランス評価

トレッドミルトレーニング vs. 何もしないの例



特定のリハビリの実施による有害事象が多いのか統計的に判断する

#4 益と害のバランス評価

益と害のバランス評価の臨床への活かし方

『**益が害を上回る**』 → 害が生じる可能性も否定できないが、益の方が大きいことを説明した上でリハビリを実施

『**益と害のバランスは不明**』 → 生じる可能性のある害、期待できる効果について説明した上でリハビリを実施

システマティックレビュー研究を読めば有害事象のリスクを判断できる

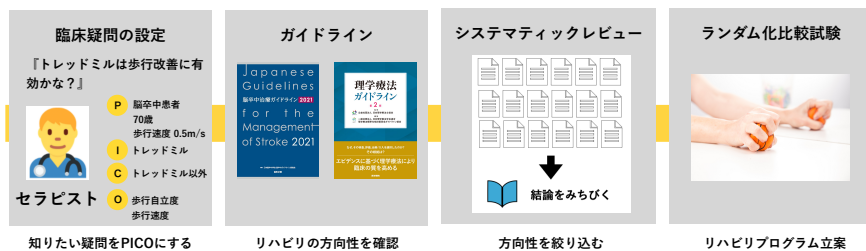
まとめ③

- 1 理学療法ガイドラインは第1版から第2版になり情報の信頼性が大きく向上した
- 2 臨床疑問やPICO、MDやSMDなどは押さえておく◎
- 3 ガイドラインを臨床へ活かすために自分の臨床疑問をPICOに直す力があっていい

理学療法ガイドライン第2版勉強会

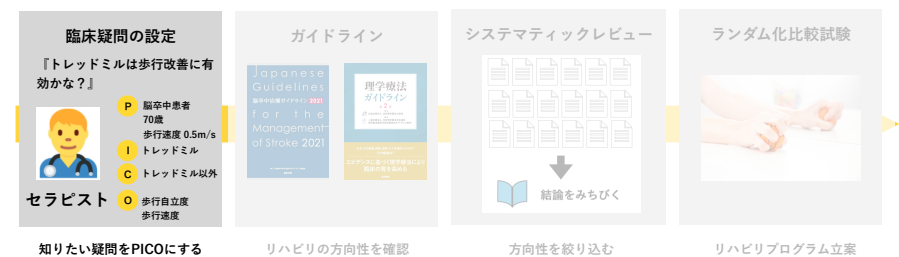
- 1 『ガイドライン』を読めると臨床がどう変わるのか？
- 2 理学療法ガイドライン第2版の読み方と臨床への活かし方
- 3 ケーススタディを通してガイドライン活用のイメージづくり

理学療法ガイドライン第2版勉強会 | ケーススタディを通してガイドライン活用のイメージづくり ガイドライン活用の流れ



ガイドラインはEBPの一部であり、また一部でしかないことに注意！

理学療法ガイドライン第2版勉強会 | ケーススタディを通してガイドライン活用のイメージづくり ガイドライン活用の流れ



臨床疑問の設定①臨床疑問を書き起こす

脳卒中って何だっけ？
 麻痺側の痙縮ってどう評価すればいいんだっけ？
 運動障害に対してはどうアプローチすればいいの？
 重度の患者さんにはどんなりハビリをすればいいんだろう？
 歩く練習ってどれくらいやればいいんだろう？



臨床で感じる疑問 = “臨床疑問”

臨床疑問の設定②前景疑問か後景疑問か判断する

後景疑問

Background Question

ひとつの言葉に関する疑問

- ・ 脳卒中とは？
- ・ 運動障害とは？
- ・ 課題指向型訓練とは？
- ・ 痙縮とは？

前景疑問

Foreground Question

2つ以上の概念の組み合わせで思いつく疑問

- ・ 脳卒中患者さんの運動障害に対して課題指向型訓練って効果あるの？
- ・ 脳卒中患者さんの痙縮に対して電気刺激って効果あるの？

臨床疑問は後景疑問と前景疑問に分かれる

臨床疑問の設定③前景疑問ならPICOに直す

Patients (患者、対象者)

脳卒中患者、変形性膝関節症患者、心筋梗塞患者、など

Intervention (介入方法)

トレッドミルトレーニング、電気刺激、課題指向型訓練、など

Comparison (比較対象)

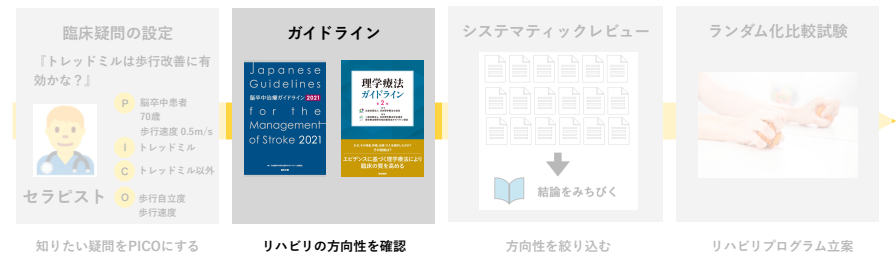
何もしない、従来のリハビリ、など

Outcome (結果)

ADL自立度、歩行自立度、運動障害の程度、痙縮、など

PICOは臨床疑問（前景疑問）を構造化したもの

ガイドライン活用の流れ



ガイドライン①自分のCQに近いCQを探す

CQ No.	CQ
1	発症48時間以内の脳卒中患者に対して理学療法は有用か
2	脳卒中患者に対して関節可動域運動は有用か
3	脳卒中患者に対してバランス練習は有用か
...	...
7	歩行障害を有する脳卒中患者に対してトレッドミル（中略）は有用か

セラピスト: 脳卒中患者さんにトレッドミルって有効なのかな…?

セラピスト: 脳卒中理学療法ガイドラインのCQ7を読んでみよう！

ガイドライン作成班が設定したCQ 自分のCQに合わせて読むCQを選ぶ

ガイドライン②推奨文を読む

推奨文

『トレッドミルトレーニングは歩行機能の向上を目的とする場合、推奨する』

セラピスト: よし、トレッドミルトレーニングは歩行に対して推奨されてる！

全体的なリハビリの方向性を確認する

ガイドライン③エビデンスの評価を読む

『10m歩行速度、6分間歩行試験に対しては有効』
『バランスに対しては有効とは言えない』

セラピスト: 歩行速度や歩行距離の向上には有効だけど、バランスに対しては有効が微妙なんだな

アウトカムごとにリハビリの方向性を確認する

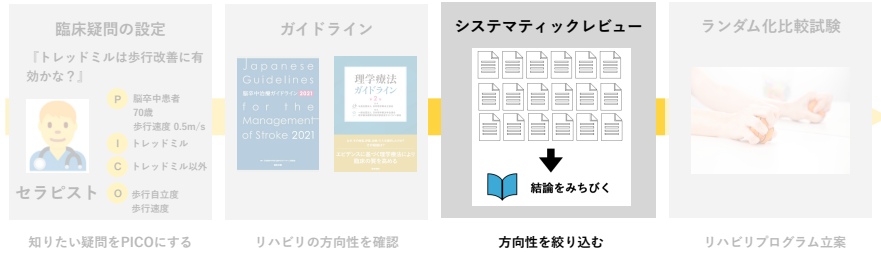
ガイドライン④益と害のバランスを確認する

『益と害のバランスは不明確』

セラピスト: 害について不明確なんだな。システマティックレビューで確認しよう。

益と害、どちらが大きいのか確認しリハビリの方向性を確認する

ガイドライン活用の流れ



SR①PICOに合ったSRから有効性を確認する

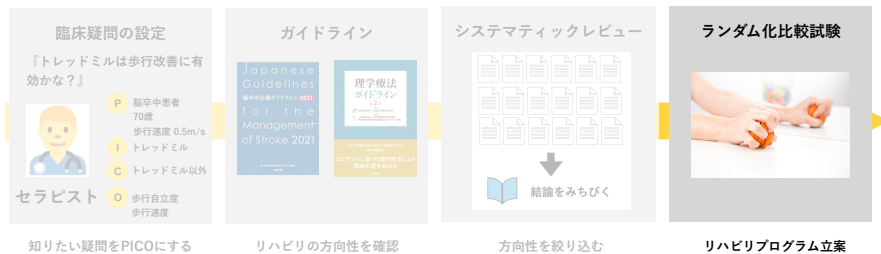
Mehrzol J (2017) のコクランレビュー

歩行速度 歩行自立者	MD 0.08 (0.05, 0.12) m/s	歩行距離 歩行自立者	MD 0.05 (0.01, 0.09) m/s	歩行速度 週3~4回	MD 0.08 (0.03, 0.12) m/s	歩行速度 4週間以上	MD 0.05 (0.01, 0.09) m/s
歩行速度 歩行非自立者	MD 0.01 (-0.06, 0.03) m/s	歩行距離 歩行非自立者	MD 9.25 (-1.99, 20.50) m	歩行速度 週3回未満	MD 0.02 (-0.06, 0.10) m/s	歩行速度 4週間未満	MD 0.08 (0.01, 0.14) m/s

**トレッドミルやBWSTTは週3回以上行くと歩行自立者の歩行速度向上に有効
→リハビリの方向性を絞り込む**

Mehrzol J, Thomas S, Elsner B. Treadmill training and body weight support for walking after stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 17;8

ガイドライン活用の流れ



RCT① “方法”と“結果”を読んでプログラム作成



ランダム化比較試験

“平均年齢70歳の歩行速度0.5 m/sの脳卒中患者に対し、60%HRmaxでトレッドミルトレーニングを30分、週5回、4週間行ったら歩行速度が0.8m/sになった。”



セラピスト

60%HRmaxで30分、週5回、4週間トレッドミルをやれば0.8m/sになったんだ！担当患者さんに60%HRmaxで30分、週5回、4週間のトレッドミルを提案してみよう！



高いレベルでEBPを行うには…

PICOトレーニング
検査測定
知識
真・代理アウトカム

AGREE II
海外のGL

文献検索
PRISMA
各種バイアスの知識
大量のSL論文

文献検索
批判的吟味
各種バイアスの知識
統計学の知識
大量のRCT論文

「トレーニングが改善に有効かな？」
脳卒中患者
70歳
歩行
トレ
トレ
セラピスト
歩行

EBPは奥が深い！

知りたい疑問をPICOにする リハビリの方向性を確認 方向性を絞り込む リハビリプログラム立案



まとめ【全体】

- 1 患者さんにとって最善の治療をする取り組みがEBPである
- 2 理学療法ガイドライン第2版はEBPの入り口になる
- 3 情報の信頼性が大きく向上した第2版を活用し、EBPに取り組みましょう！



エビデンスに基づく 訪問リハビリサービス

効果が実証されているリハビリを提供

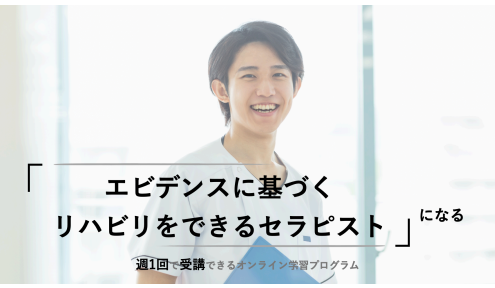


EBP東京自費リハビリ <保険外リハビリ>

東京都内で自費リハビリを受けたい方ご紹介いただけますと嬉しいです！

「エビデンスに基づく リハビリをできるセラピスト」になる

週1回で受講できるオンライン学習プログラム



脳卒中EBPプログラム <セラピスト向けセミナー>

第3期（2022年4月～2022年9月）の受付は2022年3月からです！