

2) 生活全般の活発化の鍵は、しているADLの質的・量的向上

生活全般の活発化が重要という、単に「出来るだけ横にならないように」「出来るだけ動くように」と指示するだけでそれが実現できるかのように考えられやすい。しかしそれは大きな誤りで、活動能力低下が原因となって生活の不活発化を促進しているのであるから、その活動能力低下を改善すること、すなわちしているADL（10頁、註参照）の質的・量的の両面での向上が悪循環改善・脱却の鍵を握っている。

この場合、リハビリテーション医療には必ずしも心身機能レベル（機能障害）の回復・向上がなくても、直接活動のレベル(階層)に働きかけることによって、しているADLを向上させる手段が豊富に存在している（ADL訓練、実用歩行訓練、歩行補助具・装具の活用）ことの認識が重要である。

例えば図2の解説の例のように、シルバーカーという歩行補助具を提供してそれを用いた実用歩行訓練や活動能力向上訓練をすることによって、筋力低下などの心身機能低下そのものの改善がないにも関わらず、しているADLとしての屋外歩行能力を向上させることができ、これが良循環形成のきっかけとなる。その結果として生活全般が活発化して廃用症候群の改善というプロセスを経て、結果的に下肢・体幹の筋力向上や全身的な姿勢コントロール機能などの心身機能面の回復・向上が起これ、更に良循環が進んでいく。

シルバーカーはあくまで一つの例であり、各種の下肢装具、各種の杖・ウォーカーケインなどの歩行補助具、また適切な活動能力向上訓練プログラム等々によって、歩行能力やその他の活動能力を向上させることはほとんどの事例で可能である。

（参照；Ⅲ－9．歩行補助具・装具の活用）

3) 社会的活動範囲の拡大

身辺ADLの自立に加えて社会的活動範囲を拡大することによって、特別に廃用症候群の予防・改善を目的とした対応を行わなくとも、生活全般の活発化は一層前進することになり、廃用症候群の悪循環の予防・改善に対する効果が大きい。

そしてこの社会活動範囲の拡大はリハビリテーションの究極の目的であるQOL向上のためにも大きな意義をもつ。

その達成のためには「出来るだけ外出するように」というのではなく、ADL能力向上にむけた専門的技術が重要な役割をはたす。具体的には身辺ADLにとどまらず家事や趣味やその他の社会参加に関する活動レベルの実施可能なレパートリーを拡大することと、個々のADLについても環境限定型ADLにとどまることなくどこでもおこなえるADLへと普遍化すること（後述）が重要である。

(参照；Ⅱ-5-1). 廃用症候群の予防・改善を目的とした(訓練的な)行動を特別にとらなくともすむこと

Ⅱ-6-6). 社会活動範囲拡大のための“活動”のレパートリー拡大、

Ⅱ-6-7). 環境限定型 ADL 訓練からどこでもおこなえる ADL への普遍化)

4) 機能回復優先の考え方の克服

廃用症候群の悪循環の予防・改善の重要性を理解しても、それへの対策は生物レベルである心身機能レベルへの対応(筋力増強訓練など)が主であるとする考え方はしばしばみられる。特にリハビリテーション界の一部に根強く残っている基底還元論的な考え方からは、機能障害に働きかけてそれを改善すること以外に悪循環からの脱却の方法はないと考えられがちである。しかし、それは次の4点からして大きな誤りである。

第1に廃用症候群においては全身の様々な機能の低下を生じているのであり、個々の目立った症候だけへの対応では他の症候への対応が不十分となり、むしろ悪化させることもある。生活全般の活発化によって廃用症候群のあらゆる廃用症候に対応することが全体としての廃用症候群の悪循環を予防・改善させるための基本である。

第2に良循環形成の鍵である、しているADLを向上させる効果としては、心身機能レベルへの働きかけはADLへの直接的な働きかけに比べてはるかに有効性が低い。そのため心身機能レベルの改善によって活動レベルを改善させようとする間に、廃用症候群の悪循環は更に進行してしまう。すなわち生活全般の活発化と廃用症候群の個々の症候との関係を見ると、「まずADL能力が向上して、しているADLとして実行することで生活が活発化し、その結果廃用症候群が改善して、様々な廃用症候が改善する」のであって、その逆の「まず機能障害である廃用症候にアプローチし、それが改善して初めてADL能力が改善される」という考え方をとるべきではない。

第3に廃用症候群がすでにかなり進行している場合に個別の廃用症候に集中した治療的働きかけを行うと、過用症候や誤用症候を起し易いということがあげられる。例えば筋力を直接改善しようとする(筋力増強訓練)と、過用性筋力低下・過用性筋損傷・過用性体力消耗などを生じ易く、かえって逆効果であり、結果的には悪循環を増強する結果につながってしまう。

第4には廃用症候群の予防・改善のために特別な訓練を行うのではなく自然の生活の中で生活が活発化するのがQOL向上を目的とするリハビリテーションとして最も望ましいことである。個々の廃用症候への対応は十分に自己訓練として指導し、活動性向上にむけて十分な指導が不可欠であり、それなしに行っていればむしろ訓練人生を生み、リハビリテーションとは逆効果になることを十分に認識しなければならない。

このようにたとえリハビリテーションを行っていても、筋力増強訓練のような個々の廃用症候への対応や基本動作の訓練にすぎず、している ADL レベルを十分に向上させていなければ、生活全般の活動性は不活発なままにとどまり、廃用症候群の悪循環の進行を止めることはできないのである。

ただし廃用症候の中には褥瘡や拘縮のように集中的に対応する必要があるものも含まれていることへの注意が必要である。たとえば、足関節や股関節の拘縮が改善すれば歩行や立位姿勢が安定化して活動性向上に有益である。ただしその場合も他動的な体位変換や他動的関節可動域訓練を行うだけでなく、自力での寝返りや拘縮改善のための自己訓練を十分に指導する。そして同時に必ず廃用症候群への対応として、生活全般の活発化をはかるべきである。そうでないと一度改善しても再び起こる可能性が高く、結局は廃用症候群の悪循環としては改善しないことになりやすい。

(参照；Ⅱ-5-1). 廃用症候群の予防・改善を目的とした(訓練的な)行動を特別にとらなくともすむこと)

5. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換にむけたリハビリテーション・プログラムの考え方とすすめ方の基本

悪循環からの脱却と良循環形成のポイントである生活全般の活発化とは上に述べたように個々の事例に即した具体的な内容をもったものであり、「とにかくなるべく動くように」とか「(身のまわりのことは)できるだけ自分でするように」というような漠然とした一般的な指示ではない。個々の事例についての、正確な評価に立った、QOLを向上させることを大前提とした日々の生活の仕方についてのしているADLの質的・量的向上をはかる具体的指導であり、専門的技術なのである。そのような悪循環からの脱却と良循環への転換にむけたリハビリテーション・プログラムの考え方とすすめ方の基本は以下の5点である。

1) 廃用症候群の予防・改善を目的とした(訓練的な)行動を特別にとらなくともすむこと

QOLの高い生活を送っていれば、特に個々の廃用症候への対応を行わなくてもそれが自然と活発な生活となって廃用症候群の悪循環ではなく良循環となっていることが理想である。

もちろんある一定の時期、たとえば廃用症候群の悪循環から脱却し良循環へと転換する際のように、廃用症候群の悪循環を予防・改善すること自体を重視した生活をする必要があることもある。しかしこのような時期でも、その時点での活動性を向上させるだけでなく、目標となる将来のQOLの高い生活が生活全般として活発な生活にもなることを目的として、活動能力向上訓練プログラムを組む。

2) 1日・1週単位・季節単位・年単位の生活を具体的にどう過ごすのかの指導

1日のうちのある限られた時間帯だけを活発にすればよいのではなく、朝起きてから夜寝るまでの1日の生活を全体として活発になるようにし、更には1週間単位のスケジュール（何曜日にはどこに買い物に行く、などの）として、また季節に合わせた生活の内容を考え、1年全体を考えて極めて具体的に生活活動性の向上を指導することが大事である。

リハビリテーションもその実施している時間帯だけではなく、その他の一日中の時間、および将来の生活が活発になるようなADL指導が中心となる。

3) しているADLの向上をめざすADL訓練

生活全般の活発化の鍵は、しているADLの質的・量的向上であり、そのためにはしているADLを向上させるADL訓練の徹底が重要である。

すなわち廃用症候群の悪循環を予防・改善する具体的技術としては、本来リハビリテーションの基本的技術である（しかしこれまではしばしば軽視されてきた）ADL訓練の内容（技術とプログラム）が大きくその効果を左右するのである。

その場合重要なことは、廃用症候群が重度であったり、また原疾患による障害が重度であるなど、相当な機能障害があったたとえそれが早急には改善できなくても、ADLレベルに対する直接的な働きかけであるADL訓練によって、しているADLは短時間で著しく改善させることができるということである。

またADL訓練において自立にむけた介護の果たす役割も大きい。

(参照；Ⅱ - 6 - 2). しているADL向上にむけた実生活の場でのADL訓練、

Ⅱ - 6 - 3). するADLにむけた目標指向的ADL訓練、

Ⅱ - 6 - 4). しているADL自立の重要性

Ⅱ - 6 - 5). 自立を目指す介護による活動性の向上)

4) 車椅子生活からの脱却：良循環への移行の要^{かなめ}

安易に車椅子に頼るのではなく、早期に歩行・立位姿勢でのADL実施(初期は介護も含む)を開始することが、悪循環から良循環への移行の重要な鍵である。

(参照；Ⅲ. 車椅子偏重の打破)

5) 過用・誤用を生じない

廃用症候群のある時ほど過用症候・誤用症候を生じやすいので、過用・誤用を防ぎつつ廃用症候群からの脱却をはかる正しい指導が重要である。

(参照；Ⅱ - 6 - 9). 少量頻回訓練)

以上の2)3)に関連する活動度と、4)に関連する車椅子偏重の打破とは、早急に解決すべき

重要な点なので、別の章を建てて述べることにし、その他の具体的ポイントを次に述べる。

(参照；Ⅲ．車椅子偏重の打破、

Ⅳ．安静度ではなく活動度の指導を)

6. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換のためのリハビリテーション・プログラムの具体的ポイント

(Ⅲ．車椅子偏重の打破と Ⅳ．安静度ではなく活動度の指導を除く)

1) 早期離床と日中横にならないこと

—寝たきり化予防の出発点—

生活活動性の向上のためには疾患治療上で要請されるのではない限り座位(車椅子座位でも可)をとることは最低限のレベルであるが、これは活動度指導として、安静を必要最低限にとどめて積極的に活動性を向上させる生活指導と強く結びついている。

但しこの段階はあくまでも寝たきり化予防のスタートを切っただけであり、日中(車)椅子座位をとっているだけの状態にとどまっていたはまだ廃用症候群の悪循環の進行を止めることはできない。

また日中は横にならない生活も、単にそのように指示すれば実現できるものではない。たとえば入院・入所中であれば、日中活動的な生活が送れるようなADL訓練や介護、そして適確な病棟の生活管理・指導とがあいまってはじめて本当に実現できるものである。

(参照；Ⅲ - 1. 車椅子で自立しても寝たきり化は防げない、

Ⅲ - 3. 実生活での介護歩行と立位姿勢でのADL実施の介護の重視)

2) しているADL向上にむけた実生活の場でのADL訓練

生活全般の活発化の鍵である、しているADLを質的・量的に向上させるためには、その前提として理学療法士・作業療法士が実生活の場(病棟・居室棟)・実生活の時間帯で、できるADLの向上に向けてのADL訓練を十分に行うことが不可欠である。そしてそのようにして向上したできるADLを看護・介護職が自立にむけた介護を通じて、しているADLとして定着させていくのがADL訓練の基本である。

3) するADLにむけた目標指向的ADL訓練

ADL訓練はその時点だけではなく、将来にわたっての生活全体を考えて、個々の例について個別的・個性的な生活の目標を立てて、それに向かって行うべきものである。すなわち将来の生活においても廃用症候群の悪循環に陥らないような、しているADLのレベルが獲得できるためには、ADL訓練の開始時から科学的なADLに関する予後予測に立って、目標としてのADL

である。ADL をその具体的方法・手順まで含めて設定することが重要である。そしてそれに向かっているADLとしているADLをどのように向上させるかをプログラムした上で、ADL 訓練をすすめていく。

個々のADLについてもそのやり方は多様である。その中でどのようなやり方をめざして訓練していくのかを最初から目標を設定してそれにむけてプログラムしていくのであれば、将来必要のなくなることをおこなって無駄な時間を費やしたり、必要な訓練の開始が遅れたりする。それらは廃用症候群の悪循環を加速したり、最終的な自立度を低くとどめたりすることにつながるのである。

(参照；Ⅲ - 8 - 1). 予後予測にもとづくプログラム)

4) している ADL 自立の重要性

しているADLとして自立すれば、介護を受けなくても一人で自由な時間に全日にわたってそのADLを何度も実行することになる。そうすると、自然な生活の中での頻回の実行によって活動量は増加し生活全般が活発化する。

但し、しているADLとして最も早く自立するような方法が最良の方法だとは限らないことに注意が必要である。例えば車椅子による移動の自立は歩行よりも早く自立させやすいが、車椅子自立の段階を経ることでむしろ最終的到達レベルは低くなることもある。

(参照；Ⅲ - 6. 車椅子自立段階のスキップ)

5) 自立を目指す介護による活動性の向上

廃用症候群の悪循環を予防・改善する上でも介護はリハビリテーションにおけるADL訓練の不可欠の部分である。

個々のADLへの介護の対応においては次の3点に留意する必要がある。

(1) 現在の自立が最良とは限らない

その時点の自立が最良とは限らず、どのようなADLのやり方で自立させるのかもしくは介護するのは廃用症候群への影響と将来のADL向上の視点から考えるべきである。一般的には介護を受けている状態よりも自立していることが望ましい。しかしその時点の日の前のことだけを考えて対応すると長期的にはマイナスになることも少なくない。

(参照；Ⅲ - 6. 車椅子自立段階のスキップ)

(2) 将来の自立にむけての介護の積極的意義

したがって様々なやり方の中で、すぐに自立できるやり方を選択するよりも、むしろ介護による別のやり方でおこなった方が、その時点でもまた将来的にもより効果的な場合がある。

特に車椅子で自立して移動するよりも、介護下で歩行や立位姿勢でのADLをおこなった

ほうが生活は活発で廃用症候群の予防・改善の効果は高い。この場合、介護がADL訓練の意味をもっているのであり、将来的に歩行と立位姿勢でのADLが自立することで良循環形成にとって車椅子自立の場合よりはるかに効果的である。

(参照；Ⅲ - 2. 活動性向上・QOL向上の鍵は歩行・立位姿勢でのADL実施、

Ⅲ - 3. 実生活での介護歩行と立位姿勢でのADL実施の介護の重視)

(3) 過剰な介護を避ける

上記の点と共に、一般的な注意として「何でもしてあげるのが良い介護である」と考えて過剰な介護をして、その時点での機能を十分には発揮させずまた将来の能力も十分に向上できないことによって廃用症候群の悪循環を進行させることがないようにしなければならない。

6) 社会活動範囲拡大のための“活動”のレパートリー拡大

生活全般の活発化の基本的考え方として、前述したように日常の生活が特に意識的に努力しなくても活発に保たれるためには、地域社会での活動範囲が広く、生活に目標があることが重要である。そのためには身辺ADLだけでなく家事や趣味や社会活動なども含め様々な活動が自立していることが望ましく、このように自立しておこなえる活動のレパートリーを拡大する活動能力向上訓練が重要である。

(参照；Ⅱ - 5 - 1). 廃用症候群の予防・改善を目的とした(訓練的な)行動を特別にとらなくともすむこと)

7) 環境限定型ADLから、どこでもおこなえるADLへの普遍化

— 鍵は歩行と立位姿勢でのADL実施 —

地域社会における活動範囲の拡大のためには、一つひとつのADLについて、例えば自宅内や病院内だけのようにある一定の環境でのみ可能な環境限定型ADLにとどめることなく、いろいろな環境下で自立するようにどこでもおこなえるADLへと普遍化することが大事である。

この普遍化によって移動可能な範囲が拡大するだけでなく、社会活動範囲が格段に広くなり、生活全般の活発化の上でもまたQOL向上の上でも効果的である。

このどこでもおこなえるADLへ普遍化する鍵は、移動は車椅子ではなく歩行で、またADL実施を(車)椅子座位ではなく立位姿勢で行うことである。

この場合まず環境限定型ADLとして自立した後どこでもおこなえるADLへと向上させるのではなく、上記3)に述べたように最初からどこでもおこなえるADLとして自立可能かの予後予測にもとづき、目標指向的ADL訓練を行う。

(参照；Ⅱ - 4. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換の基本的な考え方、

Ⅲ - 2. 活動性向上・QOL 向上の鍵は歩行・立位姿勢での ADL 実施)

8) 社会とギャップの少ない病棟環境

上記 3) 6) 7) を目的とした ADL 訓練が入院中から十分に行えるためには、病棟には地域社会とギャップが少なくなるような様々な環境を整えることが効果的である。

たとえば車椅子用設備のみが整った病棟がよい環境なのではなく、一般社会にみられる設備(立位用洗面台、通常の高さの調理台、和式トイレなど)をそなえて、頻回に行っている ADL として実行できる病棟が望ましいのである。

(参照；Ⅲ - 5. 車椅子用設備偏重の傾向の問題点)

9) 少量頻回訓練

廃用症候群を呈している場合ほど過用症候・誤用症候を生じやすい。また同時に存在する疾患のために安全な負荷量が限定されている場合も少なくない。しかしそれをおそれて訓練や負荷を行わないのでは廃用症候はますます進行する。そのようなジレンマを克服するには安全域内の少量(安全域内での、できる限り多い量であり、むしろ適量といえる)の訓練を頻回に行うこと、すなわち少量頻回訓練(むしろ適量頻回訓練)が有効である。

これによって過用症候の発現を防ぎつつ廃用症候群を予防・改善することができる。

すなわち 1 回の運動量(運動の密度と時間の積)を安全域内の少量(適量)にすることで過用症候を防ぐことができる。また同時にそれを何度も行うことで 1 日全体としての運動量を多くし、効果的に廃用症候群を予防・改善することができるのである。

そのためには理学療法・作業療法などの訓練時間も 1 回分は短くし、1 日に 2 回、あるいは必要に応じそれ以上に分けて行うようにする。

また次項に述べる自己訓練を加えることで、効果的な少量頻回訓練が行える。

10) 自己訓練

リハビリテーション・プログラム全体の中で理学療法士・作業療法士などのもとで行わなければならない内容は何かを明確にして、それ以外は自己訓練として行う。治療者が行うアプローチは、ADL 訓練のように患者の個別性に合わせて行う専門的な技術を要するものを優先させる。

たとえば関節可動域訓練のように「自己訓練」として可能なものを専門職が行うことは社会資源の有効活用の点からも必要ない。一生継続すべき必要があることも多く、自己訓練としてむしろ頻回に実施した方が十分な効果がある。また本来自己訓練で可能なことを専門家が通院・通所もしくは訪問であれ行うことは訓練人生をつくることにもつながり易い面を持つ。

自己訓練とは、治療者の直接的指導や監視の下でなく、患者のみ、あるいは家族などの介助や監視の下で安全・確実にできる訓練内容を工夫し、それを詳しく具体的・個別的に(方法、実施

時間帯、等々) 指導し、その実行状況をチェックされながら行う訓練である。患者の判断にまかせるいわゆる自主訓練は常に過用や誤用、また不足による廃用の予防改善効果の不十分さの両方の危険があり、必ず専門家が責任をもって指導すべきである。この自己訓練の内容は頻回にチェックして、最適の内容に改善させていくべきで、マンネリ化したり、すべての人に共通の内容であったりしてはならない。