

## 6. 車椅子偏重からの脱却

現在のわが国のリハビリテーションおよび介護において、また一般医療も含めて、早急に解決すべき問題として車椅子偏重からの脱却がある。そしてこれは「活動」向上訓練の重要なポイントでもある。

車椅子「偏重」とは、「歩行や立位姿勢での“活動”の可能性がありながら、その能力を十分に高める専門的働きかけなしに、車椅子を安易に提供してこと足りるとしていること。」である。

それによって、本来実用歩行や立位姿勢でのADLなどの活動の実行能力を向上させることができていたはずの人について、結果としてそれらの能力を十分には発揮させないようにしてしまい、生活・人生を十分に向上できず、「廃用症候群の悪循環」による寝たきり化を促進していることが多いのが現状である。

### 車椅子自立の段階をスキップ

「活動」向上訓練の基本的な考え方からすれば、「する“活動”」として実用歩行と立位姿勢でのさまざまな「活動」実施を設定した場合（それは当然適切な「活動」向上訓練を行えば、将来の「している“活動”」として自立するという予測に支えられている）、そこに達するための中間段階として「車椅子自立」という段階をおく必要は全くなく、スキップしてよい。

車椅子を操作する、あるいはベッド・便器などとの間でトランスファー（乗り移り）するという動作は歩行とは全く異質のものであり、これまで体験したことのないものである。また車椅子を用いての整容・排泄などの活動も、歩行・立位姿勢でおこなう場合のやり方とは非常に異なっている。しかもこれらは「する“活動”」という目標が実現した時には全く不要になるものである。

このように将来不要になる動作を一旦学習して、次にそれを忘れて新しい動作（歩行・立位ADL）を学ばなければならないというのは大きな無駄である。これは利用者の貴重な時間とエネルギーの無駄とリハビリテーションに関する資源の無駄との両方である。

### 介護歩行・介護立位 ADL を

「活動」向上訓練の立場からすれば、このような場合には次のように考えるべきである。すなわち「している“活動”」としては、①初期の介助歩行も不可能な時期には車椅子を用いるが、「車椅子自立」をめざさず、介護で行う、②「している“活動”」として介護歩行・介護立位で行えるようになった活動項目については、項目毎に、車椅子使用をやめ、介護歩行・介護立位で日常生活を行い、毎日の繰り返しの中で「している“活動”」の自立性を高めていく、ことである。

### 介護の手間や転倒は増えない

なおこのような車椅子偏重からの脱却プログラムについては、「介護の手間がかかるのでは？」とか「転倒が多くなるのでは？」との心配があるようである。しかし前者についてはすでに、「して

いる「活動」レベルとして歩行自立までに要する延べ介護時間は、かえって少なくすむことが立証されている。更に介護者が前屈姿勢をとることや患者・利用者の体重を抱えての介護が少なくなるためか、介護者の腰痛や肩痛の発生頻度も軽減している。

また転倒に関しては、そもそも転倒は、「している「活動」」として安全に実行（介護を受けて行う場合を含む）できるようにする「活動」向上訓練が不十分なことから生じている場合がほとんどであることが判明している。転倒を恐れて車椅子生活にとどめるのではなく、早期に立位姿勢での活動及び歩行での「活動」向上訓練を開始し、活動の実用性を高めることこそが利用者の隠れた能力を最大限に引き出し、転倒などの事故を防ぐことにつながるのである。

## 7. 装具・歩行補助具の積極的活用が重要－「している「活動」」向上の手段として

車椅子偏重からの脱却のためのポイントとして装具・歩行補助具の積極的活用がある。

装具や歩行補助具の使用は最後の手段ではない。これは「活動」向上訓練の非常に有効な手段であり、実生活での活動（「している「活動」」）を早期に自立させるために積極的に活用すべきである。また物的介護手段としても積極的に活用する。

たとえば「している「活動」」として T 字杖使用では歩行や立位姿勢での整容の介護が安全にできない場合も、ウォーカーケインやシルバーカーを用いたり、更には装具も併用することで安全な介護が可能になることが少なくない。これによって「している「活動」」としてその行為を頻回実施することが可能になり、自立度向上にも効果的である。

訓練室での基本動作としての歩行が杖・装具などを用いて独立していても、「できる「活動」」としての、さらには「している「活動」」としての歩行は全く異なるレベルのものなので、更に重装備の歩行補助具、装具を用いる必要があることが多い。

訓練室で用いるためではなく、むしろ「している「活動」」レベルとしての自立度を高めるために最適の歩行補助具・装具は何か、の視点から使用する歩行補助具、装具を決めるべきである。

### 両側支柱付装具・ウォーカーケイン・四脚杖の活用を

従来歩行補助具（杖類）としては T 字杖のみしか用いられないことが多く、また装具は使わないか、せいぜい使ってもシューホーン型装具（プラスチック製靴べら式装具）にとどめ、それで歩けなければ仕方がないとする考え方が強かったようである。

そうではなく、歩行補助具ではウォーカーケイン、四脚杖、さらには屋外用にはシルバーカー、また装具には両側支柱付短下肢装具、あるいは長下肢装具を用いることで、実用歩行ならびに立位での ADL その他の活動は飛躍的に向上する。これは時には利用者・患者本人には「奇蹟」と受けとられるほどである。

ウォーカーケインや長下肢装具などは重たく使いにくいと思われがちなようであるが、ウォーカーケインと長下肢装具で高齢者でも実用歩行やADL（排泄や装具の着脱を含む）の自立が可能となる。それを実現するのが「活動」向上訓練としての理学療法士・作業療法士と介護の専門技術である。

「補装具にたよっているといつまでも回復しないぞ」という考えも時に見られるが、これも誤りで、現実には最初比較的重装備の歩行補助具・装具で早期に歩行・立位自立を達成し、歩行量をふやすことで、廃用症候群の悪循環が打破されて良循環に転じ、全身の体力が向上する。また歩行自体がよい影響をもたらして、下肢の麻痺自体の回復も促進されることが知られている。そしてその結果、最終的には歩行補助具・装具を比較的軽装備のものに変えても歩行自立度は保たれ、あるいは更に向上（1日の歩行距離、歩数の増加など）することが多い。しかし、最初から軽装備ではこのような効果は期待できない。

## 8. 在宅生活に近い形での設備・備品を

今回の改定の基本理念の一つとして、第1章で述べたように「いったん施設に入所した場合でも、在宅生活に近い形で生活し、将来的には、できる限り在宅に復帰できるよう」と規定されている。そのためには一人ひとりの利用者ごとに在宅生活の環境を想定した「している“活動”」と「できる“活動”」との両面に向けての活動向上訓練を行なう必要がある。そしてそれらが十分効果的に行われるには施設・病院の設備面も重要である。第2章の5)で述べたように今回の改定での設備・備品では活動向上訓練用のものが重視されている。

### 「している“活動”」へのアプローチの場としての設備

そのポイントとして現時点として重視すべき課題は、画一的な施設ではなく、一人ひとりの利用者・患者の、多少とも異なった自宅に近い環境を提供するために多種類の設備を整備することである。しかも「できる“活動”」だけでなく「している“活動”」としても頻回に用いることができるように、病棟・居室棟や施設内に備えることが必要である。すなわち、リハビリテーションを提供する場として「している“活動”」の場を重視することが必要であり、自宅生活、さらには社会生活を考えた様々な環境を整えるべきである。

### 車椅子用設備偏重からの脱却

以上のことは車椅子偏重ではなく、歩行補助具や装具を駆使した実用歩行・立位姿勢での活動向上訓練によって、可能な限り歩行・立位ADLの自立を実現することを意味している。特に最近ではバリアフリーとは、「車椅子が使いやすい」ということであり、そのような設備が多いのがよい施設であると考えられるような風潮がある。しかしそのような設備は、立位姿勢でのADLにはかえっ

てバリエーションとなる場合が多い。すなわち車椅子用設備は立位姿勢での活動が安定している人には使用できるが、それが不安定な人には、立位姿勢用の洗面台に比べてはるかに自立度向上を妨げるものとなる。たとえば洗面所にしても、車椅子用の低い、下の空いている洗面台がよいのではなく、通常の高さで下の空いていない洗面台のように、腰をもたれ、膝をついて立位を安定させるのに適したものがぜひ必要である。これは調理台についても同じであり、その他にも車椅子生活のみを前提とした設計・設備には反省が必要である。

## コラム

### 歩行における「基本動作」、「できる活動」、「している活動」間の大きな差と「活動」向上訓練によるその克服

1. 「基本動作」(心身機能レベル)、「できる活動」、「している活動」、間の大きなくいちがい他院で一応リハビリテーションを受け、専門医によりプラトー(これ以上改善しない)とされて転院してきた60名の脳卒中患者について、①訓練室歩行(心身機能レベル)、②病棟訓練時の「できる活動」(自分の部屋から病棟トイレまでの歩行)、③毎日の生活での「している活動」(同)を比較すると表Aの通りであった。

表A.

項目	①訓練室歩行 (50m以上)	②病棟ADL訓練	③日常生活
ICFレベル	心身機能(基本動作)	能力： できる活動	実行状況： している活動
可能・独立・自立	60	41(68.3%)	12*(20.0%)
不可能・非独立・非自立	0	19(31.7%)	48(80.0%)

※「できる活動」独立者の中で「している活動」自立者は12/41(29.3%)であった。

すなわち、訓練室で50m以上連続歩行が可能な人でも、「している活動」として病棟の毎日の生活で歩いている人は2割に過ぎなかったのである。