

生活機能向上への理学療法士の貢献

——脳血管障害を中心に——

神 沢 信 行

Contribution of Physical Therapy towards Improvements in Daily Living Skills

——especially for people with Cerebrovascular Disease——

Nobuyuki KANZAWA

Abstract : Daily living is not limited to homes and hospitals, but to any place we need or want to go. Physical Therapists (PTs) help clients work through their clinical stages, such as acute, recovery, and chronic stages. PTs also support the life-cycle of individuals with disabilities. Therefore, PTs should understand and respect each individual patient's needs and clinical stages to provide a higher quality of therapy.

The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) used terms (impairment, disability, handicap, etc.) which are not politically correct, leading to unnecessary biases towards individuals with disabilities. Due to the negative images created through the terms used by ICIDH, a new framework has been developed which is known as the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). ICF uses revised terms (body function, ability, participation, etc.), which provide a positive image towards individuals with disabilities.

Primary Care professionals must always consider their clients' physical and mental states from a broad perspective, as well as valuing each individual client as a whole, thus allowing them to work as one with each client in order to achieve their ultimate goals. PTs should follow the concept used in Primary Care to improve their client's daily living skills and abilities. At the same time, PTs need to understand the goal of each clinical stage of their clients in order to provide the best possible therapy.

抄録：「生活」は自宅での生活だけではなく、入院している医療機関内、入所している施設内などの、そこがどこのものであったとしても存在する。また、理学療法士は急性期から維持期、および介護予防などにも関わり、人のライフサイクルを支援している。このような意味においても、理学療法士は対象者の各ライフステージを理解して理学療法を進める必要がある。

国際障害分類 (ICIDH) では、「機能・形態障害 (impairment)」、「能力障害 (disability)」、「社会的不利 (handicap)」とマイナスイメージを持った用語が使用されていたが、新しい考え方である国際生活機能分類 (ICF) では「心身機能 (body functioning)」、「活動 (ability)」、「参加 (participation)」のように積極的な用語に改訂されている。

また、「プライマリケア」は、心理的にも社会的にも広い観点から対象者を把握し、意思疎通も緊密に取りながら全人的に対象者を理解して、対象者の課題に取り組むことを意味している。理学療法士もこのことを理解して、対象者の生活機能の向上にどのように貢献するか、貢献できるかを常に考慮しながら対応していくことが重要である。同時に、急性期、回復期、維持期の各期における臨床的課題を理解することは、対象者によりよいプライマリとしての理学療法を提供するために重要であると考えられる。

はじめに

理学療法士の業務は、『理学療法士及び作業療法士法（昭和40年6月29日法律第137号）』の第2条に「基本的動作能力の回復を図る」という趣旨が定義されている¹⁾。しかし、法律が制定された昭和40年(1965年)当時とは社会制度も変化し、一方で疾病構造や障害像も変化してきている。このことは理学療法にも変化をもたらし、そのアプローチの方法も新しい考え方や技術が導入され、進歩してきている。

また、法律が制定された当時と比べれば理学療法士の職域はかなりの広がりをみせていると同時に、入院・入所中における対象者の自宅への訪問指導や、退院・退所後の地域リハビリテーションでの理学療法士の関わりは、いまや当然のこととして実施されている。これは、理学療法士が対象者の「生活」に深く関わるスタッフであることを証明しているとも言える。そして、「基本的動作能力の回復」は当然のことながら、さらに生活機能の向上に深く関わってきている。

理学療法の対象者は、新生児から高齢者までの人のライフサイクル全体にわたり、生活場面も多岐にわたっている。また、診療科も内科、小児科、神経内科、整形外科、脳外科、胸部外科、腹部外科など、多くの診療科に関連している。そのために、臨床場面ではすべての対象者に適切な理学療法を提供することが求められている。同時に、近年の医学の進歩、理学療法を含む医療技術・機器の進歩により、これらへ対応できる知識と技術も求められてきている。そのために、理学療法のなかにも専門特化した分野も生まれてきている。

理学療法の対象では脳血管障害による片麻痺者が多いが、身体に現れる諸症状を理解するためには脳についての知識を持つことが理学療法士に求められている。それにより心身機能、認知機能、日常生活活動(Activities of Daily Living: 以下、「ADL」と略す)などの評価結果と脳の病巣との関連から治療プログラムを立案し、経過や予後の予測などを踏まえてゴール設定していくことが必要である。

このようなことから、本稿では理学療法の対象者のなかで多い脳血管障害を中心として、脳に関する知見を文献的に考察し、脳血管障害者の生活機能および理学療法士として生活支援をどのように行っていくかについて考察する。

脳の可塑性

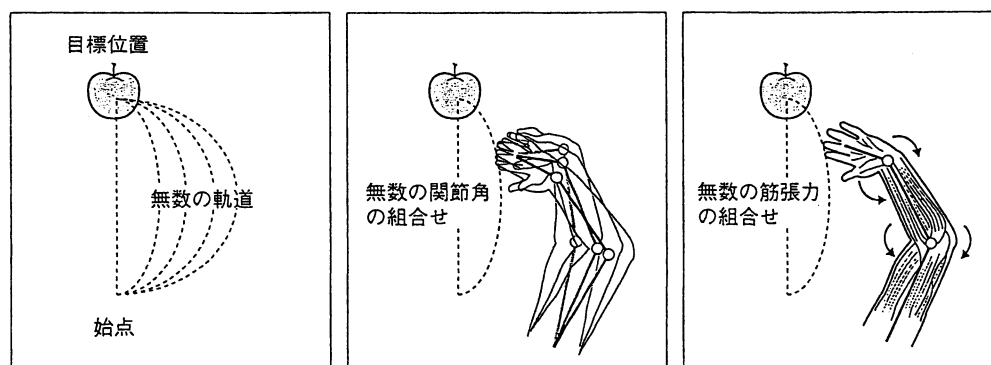
脳血管障害は脳の何らかの病変により人の運動機能、感覚機能に影響をもたらす疾患である。対象者の生活機能を見るためには、骨・関節や筋を理解すると同様に、理学療法士として脳を理解するための努力をする必要がある。最近の脳科学の進歩は著しく、コンピュータ断層撮影(CT)、核磁気共鳴画像法(MRI)、課題遂行中のMRIである機能的MRI(fMRI)、ポジトロン断層法(PET)などの機器により、脳の活動が解明されつつある。

脳の可塑性については、臨床的にはリハビリテーションを含めた種々のプログラムの実施により四肢・体幹の運動などを繰り返すことが特定の脳活動を繰り返すことにもなり、これにより脳の機能の回復を図っている。これらの繰り返しにより、シナプスや神経線維の再教育が図られ、機能代償を可能とするネットワークが形成される。したがって、広義には学習の脳内メカニズムの概念を示すことがあり、乳幼児が環境などにより様々な能力を獲得していく脳内現象も可塑性であるともいわれ、私たちが新たな運動を学習するときには、神経の可塑性により運動が獲得されると考えられる。身体の運動麻痺が起こった後に動作を再獲得するためには、対象者は能動的に運動を学習することが大切である。脳の可塑性についての研究報告は非常に多いが、ここではその一部を紹介する。

脳は外部より多くの刺激を受けているが、それらに応じて機能的に再構築する能力(可塑性 plasticity)を有していると報告されている^{2,3)}。また、運動学習を進めることによりシナプス伝達の効率に変化していくことにより得られる可塑性^{2,4)}、中枢神経系での発芽現象や代償的な神経回路の形成による可塑性^{3,5)}などの報告もある。沼田⁶⁾は、健常者に非利き手で箸を使用する運動課題を与えたときの、1次運動野の可塑的变化を経頭蓋磁気刺激で誘発電位を計測し、30分間の練習後に母指領域に変化を認めたと報告している。

運動学習

私たちが新たな運動課題を学習して獲得したときには、運動は神経の可塑性により学習されたことになる。運動学習理論については成書で詳しく解説されているのでここでは省略するが、運動学習は種々の課題を獲得していくときの過程を意味している。私たちの



軌道の選択、関節角度の選択、筋張力の選択の各レベルにおいて、中枢神経は無数の選択肢の中から最適な答えを見出している。このように自由度が多すぎる運動制御の問題は、Bernstein 問題と呼ばれている。

図1 Bernstein 問題⁷⁾

日常では運動学習は特異的なものではなく、例えば自転車に乗る、スポーツの種々の動作を覚える、楽器を演奏する、パソコンのキーボードのブラインドタッチをするなど、例を挙げればきりが無い。これらは練習によりさらに上達し、より効率のおよび合目的に運動が遂行されるようになるので、人の運動（行動）は学習により獲得されるものがほとんどであると考えられる。人の運動の特徴については、Bernstein 問題（図1）⁷⁾として多くの論文に紹介されている⁷⁻⁹⁾。これは、人が物にリーチ使用としたときには、そこに至る軌道は無数に存在し、関係する各関節角度や筋の収縮は膨大な選択肢があるにも関わらず、最も効率よい方法を選択して運動を行うことが指摘されている。このときに起こる筋のスムーズな動きは、中枢神経系により制御された複数の筋の収縮によるハーモニーとしての共同運動である。このことは理学療法に取り入れられており、理学療法士が対象者に実施するアプローチは運動学習を促しているともいえるだろう。

運動学習は能動的に行動することが大切であるが、理学療法の臨床場面では理学療法士による他動的な動作誘導が実施されることも多い。このことは、目的とする運動を獲得するために運動感覚と入力していることになり、運動の遂行を予測して感覚入力が行われていると考えられる。

運動学習の理学療法への応用を考えると、前述のように理学療法の手技の中には理学療法士が意識しているか否かに関わらず、運動学習の原理が入っていると考えられる。理学療法士の経験や勘は非常に重要であるが、より良い治療を行うためには技能を知識化する必要がある。私たちの臨床では、例えば監視歩行から独歩に移行するとき、理学療法士に何らかの判断が働くが、経験や勘だけではないだろう。また、筋力増強運動の徒手抵抗の量、関節可動域運動時の対象者の許

容量の判断なども同様である。これらの曖昧な点について、科学的に検討していくことも必要である。

生活について

1. 生活

「生活」は自宅だけではなく、入院している医療機関内、入所している施設内などの、そこがどの場所であったとしても存在する。理学療法士は、発症・受傷直後の急性期から回復期、生活リハビリテーションの必要な維持期などの人のライフサイクル全体に関与し、対象者を支援している。また健康増進や介護予防などにも関わり、人のライフサイクル全体に関与し支援をしている。このような意味においても、理学療法士は対象者の生活を支援するために、対象者の各ライフステージを理解して理学療法を進める必要がある。「生活」を考えてみると、平穏に暮らしていることは当然のことではあるが、暮らしを支えるのは「生計」のための財産だけではなく、家族、近隣、地域コミュニティであるとともに、映画館や電車で隣り合った人にも支えられている。

「生活」の意味をまとめると表1の通りであるが、私たちが自宅で当たり前暮らしていることはまさに「生活」である。生活は身体的、心理的、社会的、経済的、宗教的、環境的などの要素から構成されている。理学療法では乳幼児期から高齢期までの幅広いライフステージに関わるとともに、入院での病棟生活、施設入所での施設生活、在宅生活などの様々な生活場面に関わる。そのために、生活に関わる際には現在の生活状況にとどまらず、病前および受傷以前の生活をできるだけ詳細に把握して支援する必要がある。理学療法士は、日常生活活動、生活関連動作（Activities of Paralleled Daily Living：以下、「APDL」と略す）、お

表 1 「生活」と「支援」の意味

	広辞苑第 4 版 (岩波書店)	大辞林第 2 版 (三省堂)	大辞泉 (小学館)
生活	① 生存して活動すること。生きながらえること。	① 暮らしていること。暮らしていくこと。暮らし。	① 生きていること。生物がこの世に存在し活動していること。
	② 世の中で暮らしてゆくこと。また、そのでだて。くちすぎ。すぎわい。生計。*	② 生きて活動すること。	② 人が世の中で暮らしていくこと。暮らし。
		③ 暮らしを支えているもの。生計。	③ 収入によって暮らしを立てること。生計。
支援	支え助けること。援助すること。	他人を支えたすけること。援助。後援。	力を貸して助けること。

*くちすぎ (口過ぎ): 「暮らしを立てること。糊口。くちすごし。」

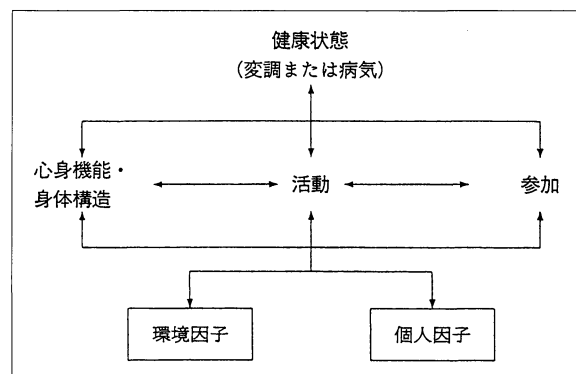
*すぎわい (生業): 「世を渡るための職業。なりわい。生計。」

よび生活の質 (Quality of Life: 以下, 「QOL」と略す) の向上の観点からも生活に関与するが, セルフケア中心の狭義の ADL に関わることも多い。生活にはセルフケア以外の要素も多くあり, その人らしい生活から考えるとセルフケアに介助が必要であっても QOL が低いとはいえない。QOL には身体的活動の要素があるのと同時に精神的活動の要素も大きいと考えられる。

2. 生活機能

生活機能の意味については, 「生物がもつ個体の生活活動を維持するはたらき (三省堂「大辞林 第二版」)」と記載されている。また, 世界保健機関 (World Health Organization: 以下, 「WHO」と略す) は, 「人が生きること (生命・生活・人生) を総合的にとらえる概念」と定義している。一方, 国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health: 以下, 「ICF」と略す) では, 「心身機能・身体構造, 活動と参加の包括的用語であり, これは (ある健康状態にある) 個人とその人の背景因子 (環境因子と個人因子) との相互関係のうちの肯定的な側面を表すものである」と定義されている¹⁰⁾。同時に, 「生きること」については「健康」の概念とともに, 「人間のあらゆる健康状態に関係した生活機能状態から, その人を取り巻く社会制度や社会資源」までを幅広く分類している¹⁰⁾。図 2 に, ICF の構成要素を示す¹⁰⁾。厚生労働省のデータシステムによると, 2001 年の身体障害者数は 324 万 5 千人, 身体障害児数は 8 万 2 千人と推計している。また, 日本人の平均寿命は男性 79.00 歳, 女性 85.81 歳である (2007 年 7 月 26 日現在)¹¹⁾。

生活機能を考えるときに, 健康状態が同様である 2 人の人がいたとしても, 2 人の生活機能の水準が同様であるとは限らない。対象者の心身機能や周囲の介護

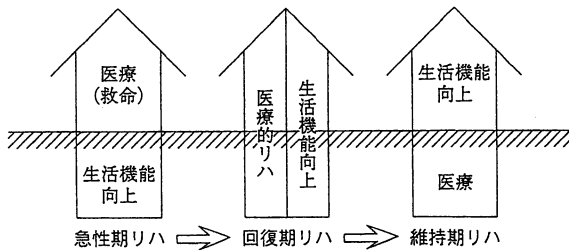
図 2 ICF の構成要素¹⁰⁾

力が生活機能に大きな影響を持つが, 同時に環境因子の影響も大きい。これは, 周囲の物理的環境が, 段差のない道路や, 駅のエレベータなどが整備されているバリアフリーの環境で生活すれば, このような整備がされていない環境で生活することと比べると, 活動や参加のレベルは格段の差が出ることが考えられる。ICF では, このような環境因子も評価できるように項目が設定されている。

3. 生活支援

理学療法士が対象者の生活に関わるときには, ICF の基本概念としての, ①「心身機能・構造」(心身の働き), ②「活動」(身の回り動作などの生活行為), ③「参加」(家庭や社会の中での役割) の概念を理解しておく必要がある。そのなかで対象者自身の ADL について自立へ向けての対応を考慮するが, 介助が必要な場合でも ADL や社会的背景を検討してプログラムを作成することが重要である。また, 対象者の心身機能や活動の状態により, 発症・受傷直後の急性期から回復期を経て維持期になるにしたがって, 生活機能向上のためのプログラムはその比率は増してくる (図 3)¹²⁾。

理学療法士として対象者を支援するためには, 対象



急性期リハでは、救命・全身状態改善の大義名分のもとに、生活機能向上のためのトレーニングの出番はほとんどない。

全身状態が安定した回復期リハのステージでは、ROM 訓練や筋力アップなどの医療的リハと同時に生活機能向上のトレーニングが可能となる。

在宅での維持期リハでは、生活機能向上が主役となり、医療はむしろ黒子的役割に徹した方がよい。医療の名のもとに生活機能を抑制することは好ましくない。

図3 リハビリテーションの流れ¹²⁾

者がこれまでにどのような生活をしてきたかを知ることが必要である。そして、今後の生活について対象者と家族がどのように生活を考えているかを知り、それに対して理学療法士としてどのように支援することができるかを、具体的な課題と対処方法などについて考えることが重要である¹³⁾。山本¹⁴⁾は、生活の場としての住宅（環境）や生活環境（生活空間）について「私たちは生活するための住環境として家があり、その形態（持ち家やアパート、マンションなど）を自由に選択し生活を送っている。また、そこに誰と住むか（親や兄弟と同居、あるいは一人暮らし、友だち同士など）も基本的には選択できる（自分の意思が尊重される）。」と述べる一方で、障害者（児）の場合には必ずしもそうではなく、「誰と住むかについても親や兄弟、専門家など他者からの意見に左右される。また、障害が重度になればなるほど、自分の意思は尊重されないのが現状である。」とも述べている¹⁴⁾。心身機能の障害の有無に関わらず、安心して暮らすことはすべての人の願いだろう。日本リハビリテーション病院・施設協会は、「地域リハビリテーションとは、障害をもつ人々や老人が、住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に生き生きとした生活が送れるように、医療や保健、福祉および生活に関わるあらゆる人々が行う活動のすべてを指す。」と定義している（1991年）¹⁵⁾。また、ICFの環境因子には物理的環境と人的環境があるが、理学療法士は人的環境に含まれると考えられるので、対象者への理学療法プログラムの実施による治療内容はもちろんであるが、理学療法士としてその言動にも慎重に配慮する必要がある。

心身機能に障害を有する人にとって、ADLの自立は社会参加を推進するためにも、また社会生活力を向上させるためにも重要である。同時に、重度の障害に

よりADLの遂行に介助を要する人の場合には、ADLの一部であっても自立することがQOLを高める手段となり、それは介助者の介助量の軽減にもつながる。対象者自身の自立とともに介助者の介助量の軽減も考慮する必要があるが、在宅においては目的に合致した機器の導入を図る場合もある。この場合には、理学療法士として対象者と家族のニーズを十分に理解して把握し、導入しようとする機器の特徴（利点、欠点、安全性など）を知っておく必要がある。そして、生活に機器の導入を考慮する場合には、その目的が対象者自身のADL自立のために用いるのか、または介助者の介助量の軽減および介助の容易さのために用いるのかなどの目的を明確にして、選択する機器を決定することが大切である。

介護者について考えてみると、介護者は家族である場合がほとんどで、献身的な努力には頭が下がる思いである。しかし、家族（特に主たる介護者）の心身の健康などにも考慮して、ヘルパーやショートステイなどの社会資源の導入も検討していくべきであるだろう。家族による介護は、「阿吽（あうん）の呼吸」で行われているために他者が入り込みにくい場合もあるが、家族の心身における健康と障害をもっている人自身の自立のために、他者の導入も必要であると考えられる。アメリカのIL（Independent Living）運動で「介助を頼むことができることも自立である」と提唱されているように、街頭で見知らぬ人にどのような介助をどのような方法で行うかを依頼することができるのも自立といえるだろう。そして、自宅におけるヘルパーの導入も種々の懸念があると思われるが、自立した生活を営む上においては重要である¹³⁾。

4. 頑張らない介護

入院・入所している人に他者から声かけをするときに、「頑張ってください」という言葉はよく聞かれることである。しかし、当事者からすれば「これだけ頑張っているのに、これ以上どのように頑張ればいいのか?」、「頑張っているように見えないのか?」などと感じてしまうこともあり、声かけをする人は激励しているのであるが、当事者との心理的なギャップが起こることもある。

このことは介護者にも言えることであり、客観的には十二分な介護をしていると見えても介護者自身は満足せずに、さらに手厚い介護を施そうとしている姿を見ることが多い。

このことについて、私自身が在宅訪問をした一例に

について紹介したい。症例は 49 歳、男性で、狭心症発作により仕事中に屋外で突然倒れ、救急搬送されたときには心肺停止状態であった。一命は取りとめたが脳の広範囲な損傷により、意識レベルは低く家族の声かけにも応答はなく、時折、視線が動く程度であった。私が訪問したときには発症から 2 年が経過しており、自動運動はほとんどなく、四肢の屈曲拘縮が著明で更衣の介助、全身の清拭、オムツ交換にも妻は重労働を要していた。また、褥瘡の予防のために昼夜を問わず 3 時間おきに体位変換を行っており、他動的関節可動域運動も 1 日に 3 回（各回 30 分間）行っていた。このように、体位変換や関節可動域運動を「しなければならない」との強い思いで行っていた。そのために外出のみならず毎日の睡眠も十分ではなく、心身ともに疲労している様子であった。拘縮は徒手の運動で改善できる状態ではなかったが、むしろ妻の睡眠時間確保が急がれる状況と考えられた。開業医である主治医と相談し、それまでの経過のなかで褥瘡発生を見ていなかったため、まずは 3 時間おきに行っている体位変換を 4 時間にすることからはじめた。同時に、関節可動域運動も清拭、更衣、オムツ交換のときに自然に行われていることを妻に説明した。これらにより、妻は心理的な重圧からかなり開放されたとのことであった。褥瘡予防については、在宅となった当初より間欠式の電動エアーマットを使用していたことにより、最終的には夜間の体位変換は行わなくても褥瘡の発生がないことが確認され、妻の睡眠時間は確保されるようになった。その後、車いす座位の練習も行い、介助用車いすで 30 分程度の散歩ができるようになった。また、居住地所管の保健所より保健師の訪問も開始された。このケースのときには介護保険施行の数年前であり、人口の多い地域であったために保健所の保健師による訪問も不十分であり、家族だけで介護をしているケースであった。しかし、理学療法士が介入し訪問後には主治医に報告してプログラムを進めていくことにより、「頑張り過ぎない介護」から「自然体の介護」に支援できた一例である。

対象者と家族への支援については、入院・入所時と同様に退院・退所後の在宅でも継続できるように、地域のスタッフとの十分な連携体制を築くことが重要である。

5. 困ること、困っていることは何か

生活を考えるときには ADL が自立するだけではなく、安全に行えることも目標となる。しかし、すべて

の場合にそれを実現することは困難であるが、「生活」の観点から考えると対象者および家族が「困ることとは何か」について理学療法士として把握しておきたい。このことは理学療法プログラムを立案・実行していく上で非常に重要であり、把握が不十分であると対象者のニーズを実現することができないばかりか、信頼関係をも損ねる結果にもなりかねない。この不利益を被るのは対象者と家族であり、理学療法を理学療法士の自己満足で終わらせてはならない。入院・入所している期間は、対象者の人生にとって非常に重要な期間であることを考え、最適な理学療法を提供できるように努力する必要がある。「困ること、困っていること」の内容については、障害を受ける以前からの生活形態や環境など多くの因子が影響すると考えられる。また、起床時から就寝時までの生活のみならず、就寝後の夜間の生活（排泄など）も考慮する必要がある¹⁶⁾。ある動作がしにくい、またはできない場合でも、ある人にとっては困ることが、別の人ではまったく困らない場合もある。

ここで、ある町のモデル事業として「ねたきり老人ゼロ作戦」に参加したときの例を紹介したい¹³⁾。

〔症例 1〕

難病によりすべての動作に介助を要していた 80 歳代の女性の家を訪問したときのことである。その方の介護は 50 歳代後半の嫁（長男の妻）が行っていたが、朝になれば昼間用の寝巻きに着替え、日中は長くても 2 時間おきにオムツを交換し、臀部の洗浄・清拭を行う。1 日に 2 回の足浴を行い、夕方には全身の清拭を行う。関節可動域運動も毎日 20 分程度の時間実施しており、夜間は 3 時間ごとに体位変換を行う。このような生活を 5 年間送っているが、褥瘡はまったくできたことがなく、全身の関節も正常可動域を有していた。このときに「困っていることはありませんか」との問いかけに、「ありません」との返答があり、同行した町の保健師とともに理学療法士として何の支援もできずにそのお宅を辞した。それまでに保健師は何度か訪問していたが話を聞く程度までしか行えず、実際の介入は拒んでいたとのことであった。しかし、介助するときの姿勢や方法の確認・他の家族の介護への介入などに関する情報入手が不十分で、また車いすの導入を含んだ外出の可能性についても検討ができなかった。これらについても何度か訪問できる機会があれば何らかの援助ができたのではないかと悔やまれる。

〔症例 2〕

65 歳、男性で、3 年前に脳血管障害右片麻痺と失語

症を合併しており、ADL はほぼ全介助であった。日中は全介助で畳上のソファに寄りかかって長座位をとっている。妻に困っていることを聞くと、すべてに困っているとのことであった。そこで、長座位姿勢の改善からはじめたが、その姿勢は上部胸椎がソファに寄りかかっているが、畳に敷いた座布団上の仙骨部までの間の下部胸椎と腰椎はソファに接していない状態であった。頸部は中間位を取ることができず、伸展位または屈曲位であった。そのために、臀部（仙骨部）の荷重痛があり 20 分程度で畳上に寝てしまう状況であった。ここでは、畳上での介助による座位保持練習を行い、介助による頭頸部と体幹の姿勢練習を行った。また、ソファ上でもクッションなどを使用して姿勢練習を行った。頭部・体幹のアライメントが改善すると、全身の筋緊張の低下が観察され、発声と嚥下もしやすくなった。また、童謡も一緒に歌おうと意欲を見せた。妻は夫の反応に驚くとともに、身体状態の改善はなく全介助であると諦めていたために、姿勢の介助方法について非常に積極的に取り組んだ。このことは、他の家族にとっても同様であった。その後、数回の訪問の機会があったが、家族と一緒に食卓で食事をするようになり、ご本人も積極的に話をしようとする意欲が表れ、家族も耳を傾けようとしており、保健師からは家族関係も改善しているとの情報を得た。

このような例を見ると、退院・退所後には「できないこと・しにくいこと」の改善は当然必要なことではあるが、「困っていることは何か」の視点をもって評価することも重要であると考ええる。

以上の例とは異なるが、逆に身の回り動作に関する ADL は自立していても、スピードや仕上りの面で困っている人も存在する。これらの違いには、家族の中での対象者の位置づけ、障害を有する以前からの家族関係、家庭内および社会的なニーズなどの多くの因子が関係していると考えられる。しかし、いずれの場合においても対象者と家族の困っている状況については、5 W 1 H（When, Who, Where, What, Why, How）を把握して、理学療法士としてどのように行動するか判断が求められる。そこでは私たち自身が常に携行できる「評価の目」を持ち、対象者と周囲の状況を十分に観察することが大切である。ここでの評価には検査器具と評価表が必要なのではなく、いかに目の前の事柄について解釈するかが大切である。

理学療法士として、対象者の生活機能の向上を目指すのであれば、そこが病院であれ、施設であれ、そして在宅であってもその本質は不変である。理学療法士

がその専門性を生かして臨むのであるから、解剖学的・運動学的・生理学的な知識に基づいたアプローチの提供が期待されている。そして、現在の心身機能の状態や社会的背景などから対象者の長期的な生活を予測し、そこに求められるものは何かを考えて取り組んでいく必要がある。急性期から回復期、維持期になるにしたがって社会資源の活用幅は広がり、何を選択していくかの判断が求められる。そこには多くの選択肢が存在しているが、何が正しく、何が間違っているかの判断を簡単にすることはできない。対象者を取り巻く多くの因子を分析して、困っていることを解決する方策を立てて実行していくことは、理学療法士の専門性であろう。これらの一連の流れを 1 人の理学療法士、または 1 つの病院や施設で完結することは現在の医療制度の中では困難なことも多い。だからこそ、それぞれの段階に携わる理学療法士、および対象者の生活に関わるすべてのスタッフ間におけるチームとしての連携が必要である。それが対象者の QOL の向上に、理学療法士としていかに寄与できるかという社会的な要請にも応えていくことになるだろう。

おわりに

理学療法士は、対象者のライフステージをつくる生活に密接に関わる職種である。発症・受傷直後の急性期から回復段階を経ていくが、対象者の生活は連続しているものであり、そこに理学療法士は常に関わっている。ひとりの対象者の急性期から維持期までに、ひとりの理学療法士が連続して関わることは少ないが、各期における理学療法をより効果的に進めるためには、各期での課題、問題点などを理解して進めることが大切である。

アメリカでは、主治医のことを Primary Physician と呼び、担当の看護師を Primary Nurse と呼んでいる。Primary は、「心理的、社会的にも広い観点から対象者を把握し、意思疎通も緊密に取りながら、全人的に対象者を理解して、対象者の課題に取り組むこと」を意味している¹⁷⁾。そうであるなら、理学療法士は対象者を全人的に支援するのであるから、リハビリテーションチームのメンバーとして Primary を冠することができると考えられる。理学療法士は Physical Therapist を略して「PT」と呼ぶことが多いが、この P には Physical だけでなく Primary の意味を含んでいることを念頭において、対象者の生活機能向上のために、どのように支援していくかを考慮する必要がある

だろう。同時に、急性期、回復期、維持期などの各期における臨床的課題を理解することは、対象者によりよい Primary としての理学療法を提供するために重要であると考ええる。

引用文献

- 1) 神沢信行：「理学療法士及び作業療法士法」ならびに関連法規。新人教育プログラム教本第8版，日本理学療法士協会編，メディカルプレス，東京，2006，pp. 35-43
- 2) Hess G, et al：Long-term potentiation and long-term depression of horizontal connection in rat motor cortex. *Acta Neurobiol Exp* 1996；56：397-405
- 3) Nudo RJ：Adaptive plasticity in motor cortex：Implications for rehabilitation after brain injury. *J Rehabil Med* 2003；41：7-10
- 4) Plautz EJ, et al：Effects of repetitive motor training on movement representation in adult squirrel monkeys：role of use versus learning. *Neurobiol Learn Mem* 2000；74：27-55
- 5) Biernaskie J, et al：Enriched rehabilitative training promotes improved forelimb motor function and enhanced dendritic growth after focal ischemic injury. *J Neurosci* 2001；21：5272-5280
- 6) 沼田憲治：脳損傷患者の運動学習の可能性。PTジャーナル 2005；3：223-229
- 7) 道免和久：運動制御。現代リハビリテーション医学改訂第2版，千野直一編，金原出版，東京，2004，pp. 41

-47

- 8) 大橋ゆかり：運動学習。理学療法ハンドブック改訂第3版第1巻，細田多穂・柳澤健編，協同医書，東京，2000，pp. 89-109
- 9) 佐々木正人：知覚情報との協応ーエコロジカル・アプローチ。理学療法 1994；1：13-18
- 10) 国際生活機能分類：障害者福祉研究会編，中央法規，東京，2003，pp. 3, 7, 17, 204
- 11) http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk_9_1.html：「厚生労働省統計表データベースシステム」より抜粋
- 12) 畑野栄治：在宅での生活機能向上：維持期リハは積極的リハである。理学療法 2007；4：538-539
- 13) 神沢信行：生活支援における理学療法（士）の役割。理学療法 2004；10：1236-1241
- 14) 山本和儀：第7章 真のノーマライゼーション社会とは，将来的かかわりのなかで，ともに学びともに生きるノーマライゼーションの理念と統合教育の実践ー，朱鷺書房，東京，1995，pp. 158-166
- 15) 澤村誠志：第1章 地域リハビリテーションー現状と展望ー。B型機能訓練事業支援推進ガイドブック，兵庫県・兵庫県理学療法士会・兵庫県作業療法士会，2000，pp. 15-23
- 16) 神沢信行：地域における連携ー入院・入所から在宅への準備。地域理学療法学，医学書院，東京，2003，pp. 131-136
- 17) 日野原重明：日野原重明の生き方哲学。PHP文庫，東京，2006，pp. 27-28