ADLへのチームアプローチの中で
セラピストの専門性とは何か

九州栄養福祉大学
渕　　雅子

introduction

- リハビリテーション：PTOTST ➡ 多職種
  回復期リハ病棟が機動力
  PTOTST：訓練室中心→施設内→施設外
- 多職種連携
  専門職のスキルアップとチームアプローチ
  目標は自立支援/リハ看護・リハ介護
- チームアプローチ前提での専門性
  回リハ協会セラピスト10ヵ条→PT/OT/ST各5ヵ条
- 専門性とは？
  誠愛リハビリテーション病院での実践と私見
  たかがADLされどADL

日常生活活動獲得のための疑問

- 日常生活活動ってどれだけの種類あるのでしょうか？
- すべての活動を繰り返し練習することが必要でしょうか？
- 機能改善したらADLはできるようになるのでしょうか？
- 病棟に行けと言われるけど何を見たらいいの？
- ADLって多職種で関わるもの？

セラピストの専門性とは

いきついたのは・・・機能と活動の統合

失ったもの、残っているもの、加えるもののハーモニーにより最大のパフォーマンスを引き出す

- 背景となる機能障害を明確にし活動を上げる
- 活動制限を明確にし、それを実現するための、ありとあらゆる方法の選択と合理的で計画な実施
- 機能障害をよくしすれば、ADL（活動）はできるという、ボトムアップ介入ではない
- できない活動を繰り返し練習するという、トップダウン介入ではない
- 活動制限への直接介入は機能障害の改善をもたらす

ADLを直接視る/観る/診る

- 徹底した課題指向　過不足ない活動の追求
- 自立と自律
- 具体的ゴールの設定（partG → wholeG）
- 介入ポイントを見つける

誠愛 ADLチェックリストの作成

平成元年　OPEN　210床
　　総合リハ　54床一般病棟　他療養病床
2002年　H14.10　回リハ病棟Ⅰ　36床開設
2003年　H15.7　回リハ病棟Ⅰ　40床増設
2006年　H18.4　回リハ病棟Ⅰ　40床増設
2014年　H26.4　回リハ病棟Ⅱ　54床増設
2016年現在　回復期リハ病棟Ⅱ　4病棟　170床　療養病棟　３６床
　　他　外来リハ　成人・小児
　　通所リハ　1～2時間/3～4時間
　　介護老人保健施設　100床/通所リハ・MAX6～8時間
　　訪問看護ステーション（介護保険/医療保険）
　　居宅支援事業所
　　メディカルフィットネス（健常者・高齢者・障害児者）

リハスタッフ
150人

ある朝カンファレンスでの看護師とOTのやり取り

- CVA左片麻痺、６０歳代専業主婦
  ご主人他界、息子と２人暮らし

Ns：家事動作訓練はしないのですか？

OT：調理の練習を始めました

Ns：家族来ず洗濯物がたまっているのですが

OT：はあ？

Ns：洗濯訓練はしないのですか？

・

・

・

ADLを直接視る/観る/診る意味

- できるADLとしているADLのかい離のナンセンス

  生活そのものを見てなんぼのもの

  生活障害を見ましょうよ！
- 背景の障害を明確にしよう
- 動作分析/活動分析をしっかりしよう
- 日常場面を見てないとアイデア湧きませんよ！
- ADLの具体的タスクの獲得が機能を改善する ➡ *あ・た・り・ま・え！？*

食事介入に難渋した症例

- 背景となる障害を明確にしましょう
- 明確になった背景（機能障害）を改善すれば食事は自立するか？ ➡ NO
- 生活障害を解決することで、機能障害が改善した

食事を阻害していたのは

様々な高次脳機能障害

→食事の中での問題解決

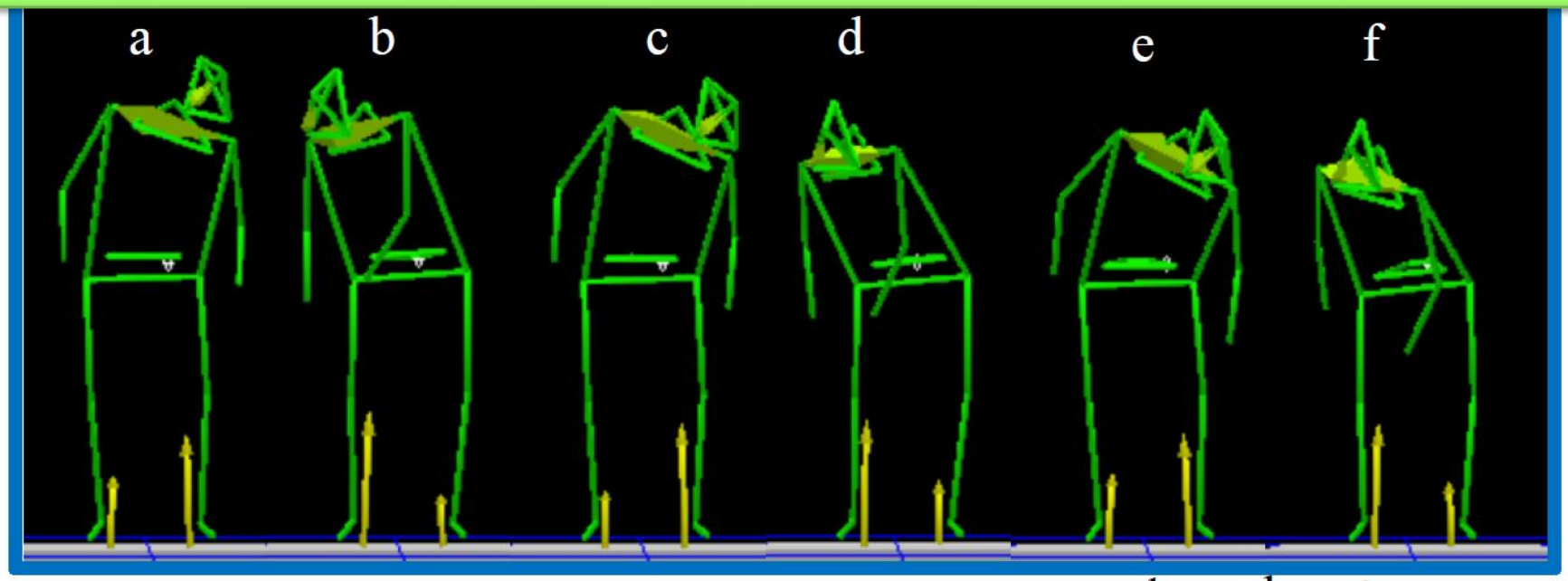
→高次脳機能障害の改善

動作分析とは

- ベッドサイドよりトイレでのトランスファーは難しいのか？
  なぜ難しい？

- トイレでの下衣の上げ下げに何が必要か？

片手でズボン下げ動作の下肢荷重率と体幹角度

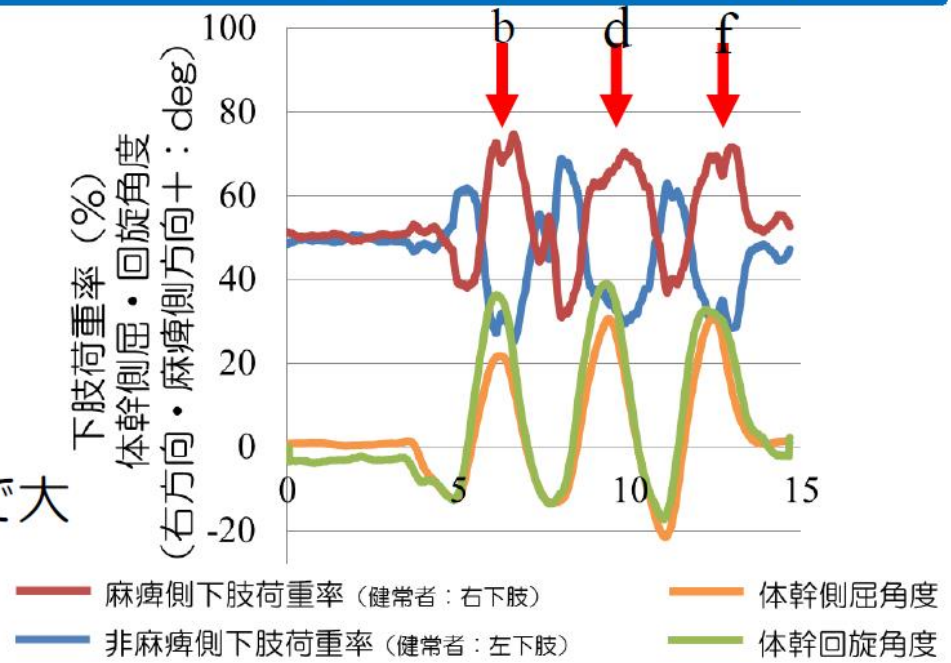


健常者

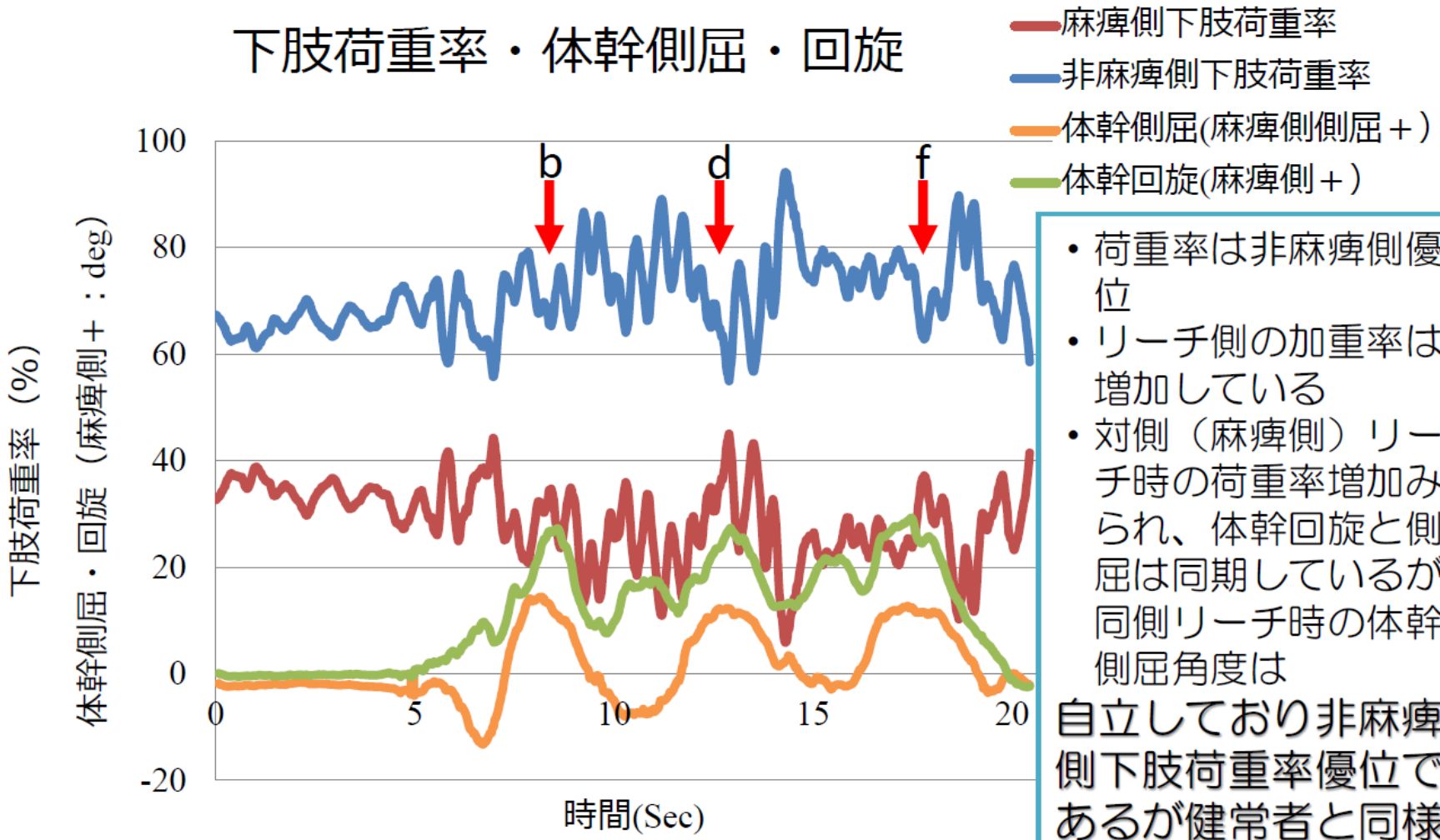
下肢荷重率：動作側で増加
対側>同側

体幹角度：下肢荷重率に同期して側屈、回旋がおこり、対側操作で大

a,c,e：同側リーチ
b,d,f：対側リーチ



患者B：男性　左片麻痺　自立



- 荷重率は非麻痺側優位
- リーチ側の加重率は増加している
- 対側（麻痺側）リーチ時の荷重率増加みられ、体幹回旋と側屈は同期しているが、同側リーチ時の体幹側屈角度は

自立しており非麻痺側下肢荷重率優位であるが健常者と同様のパターンを示す

日々の様々なエピソード

日常場面を見てないと
アイデア湧きませんよ！

視覚運動の立位バランスへの影響

a：視線、顔は右を向き、立位姿勢も右に傾斜して支えないと立位が保てない。

b：右についたてを設置すると視線や頭部は、左側を向き、立位姿勢も正中位となり、結果支えなしで立位保持が可能となる

a

b

c

空間記憶による左側への探索の誘導

a：体の中心にあるお盆内では左のご飯茶わんに全く気付かず食べ残している。

b：お盆を一度右側に移動させお盆全体を認識させる。

c：その後お盆を最初の位置（体の中心位置）に戻しても、ご飯茶わんが左側にあるという記憶から、左へスプーンを運ぶ動作が見られた

言語指示による
半側視空間無視の変化

a：「何個ありますか？」に対し３つ目まで数え「３個」と答える
b：「もうないですか？」に対し「５個」と答える
b：「８個ありますよ」というと左端まで視覚探索し指さしができた

視覚刺激による行為の促通

左側への運動無視

左に目的対象(入れ物）を置くことで左手のリーチ範囲が拡大した。

左右目的物への交互リーチにより対象が無くなっても左のリーチ範囲は保たれている。

ADLの具体的タスクの獲得が機能を改善する

あ・た・り・ま・え！？

あたりまえです。

子どもはベースとなる機能が向上した結果活動ができるわけではない

様々なアクティビティをトライ＆エラーすることで手が器用になっていく

誠愛

セラピスト介入のための ADL評価チェックリストの作成

- セラピストにとってのFIMの意義

  FIMは共通言語　しかし…

  起居動作がない→起居の重要性

  動作しか見ていない

  介入ポイントが見いだせない

- 介入ポイントを探せ

  直接その場で介入できること：練習・指導・環境調整

  集中練習が必要なこと：ベースの機能・活動

重症者のFIMは上がらない？

- 安全で確実な介助方法の統一
  でもすぐ自立支援の方法を模索
- 活動の構成要素の細分化
  partGの積み重ねはwholrGへ
  介入の選択肢の拡大と焦点化・段階付け
- 自立と自律
  トイレ動作多介助の患者　all or non
  トランスファー非自立の患者　皆bed side
  ・・・事前にw/ｃに乗せてもらい待ち合わせる

早出で全職種更衣動作に関わる必要性？

発症後１カ月、回復期に来てメキメキ

BRS：上肢Ⅲ→Ⅳ　手指Ⅲ→Ⅴ

活動中の座位は見守り/移乗介助

（床の靴に手を伸ばす際転倒の危険性）

更衣の際に手指でつまみができるように早出で練習

いえいえ、手指の機能がいいからこそ

伸展上肢の練習でしょ！　　なぜ？

子どもは手指の巧緻性↓でも更衣はそこそこするよ

- 残念！狙う機能障害のズレ
- 今全職種で集中して更衣自立する？

動作しか見ていない

狙うポイントと自立に向かうデザインが必要

ADL介入ポイントを探せ！

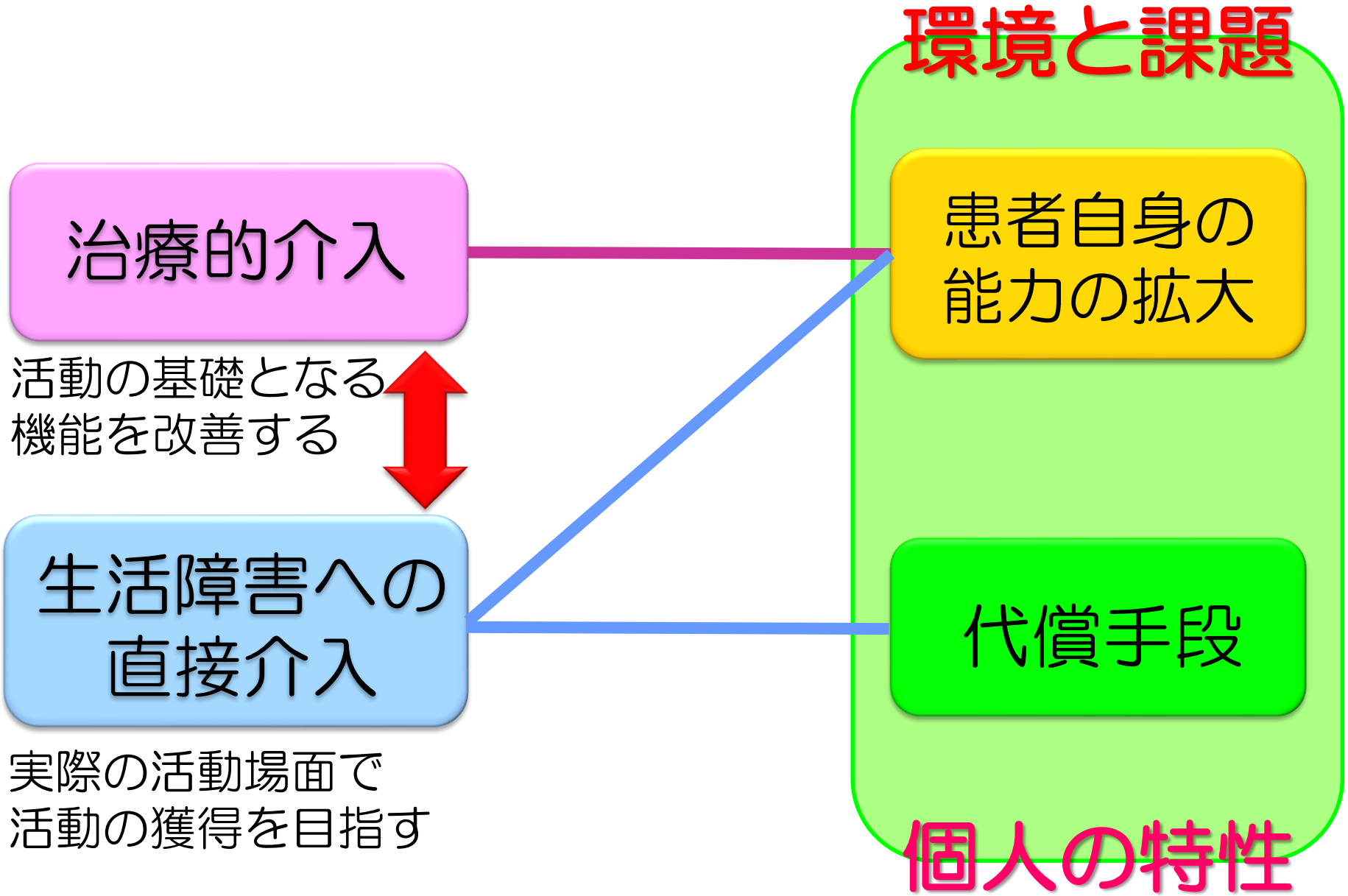
- すぐ、その場で直接介入できること
- すぐ、その場で環境介入できること

  個別性/公共性
- 今後の課題として焦点化すること

  ➡次なる介入計画に組み込む

いっぱいあるでしょ！

生活障害を改善するために



病棟生活の分析とマネージメント

病棟の生活**すべて**を**実際**にやってみる

なぜか？ → どうするか？

個人 ← **背景** → **環境**

在宅生活を見据えて

課題

介助

自立 → 自律

一人で

自分で立つ
他に依存しない

自分で
決めてやる

チームで、でも
セラピストが
プロとして
みんなを巻き込む
介入時／介入時外

何を目指すのか？

セラピストであること

個別性　　・・・包括？

福祉・医療・・・ロボット？

今後の医療・・・再生医療？

- 世の中が進んでも、そのベースとなる障がいをもつ人の本質について追及し、よりよく生きるための模索をしたい。

（私見）