

Title	馴染む身体馴染まない身体 : 脳卒中後遺症の人に対する感覚統合訓練とポジショニングの新たな意味とは
Author(s)	玉地, 雅浩
Citation	臨床哲学. 5 P.2-P.18
Issue Date	2003-12-20
Text Version	publisher
URL	http://hdl.handle.net/11094/5304
DOI	
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

馴染む身体馴染まない身体

— 脳卒中後遺症の人に対する感覚統合訓練とポジショニングの新たな意味とは —

玉地 雅浩

0. はじめに

病院や施設にあるベッドの高さは看護や介護しやすい高さに調節される場合がまずはある。一方、寝ている人が生活をしやすいように、例えばその人が立ち上がりしやすい高さである床に着いた足から膝までの長さよりも必ずベッドを高くしている。或いは車椅子とベッドの高さを可能な範囲で同じ高さに行っている病院や施設もある。そのような病院や施設では生活している人が活動しやすい様に環境を調節しているという事を利用者やその家族への宣伝文句の一つとしている事がある。

ベッドの高さを決めるのに何を基準にするかという問題があるのだが、とりあえずはベッドの高さは変えられるようになっている。ところがベッドの幅となるとカタログなどを見ても幅はほぼ決まっている。

動いている人にとっては病院のベッドは狭い上に両端には柵があり、寝返りしようにもすぐに体が当たってしまい動作が制限される。さらに柔らかすぎるベッドでは体が沈んでしまい運動の開始を困難にさせる。そのため動けない、或いは動きにくいのはベッドが狭いからだと考えられやすい。それは体とベッドの端までの距離や柵との位置関係など、体がベッドに対してどの程度の大きさを占めているかという様に、その人が動くにあたってどの位余裕があるかという観点から判断したり考えられやすいからである。

しかし、我々から見れば十分な広さがある様に見えるベッドでも動きにくい人にとっては広すぎるのかもしれない。そんな印象を抱かせるのは発症間も無い脳卒中後遺症¹の人が、動ける人にとってはさして広いと思われないベッドの広さを持つ余すかのようにベッドの隅により柵を握りながら出来るだけ身を丸めよう丸めようとしている様子を見れば目にするからである。

どうも病院のベッドは動ける人には狭すぎるが、動けない人や動きにくい人にとっては狭すぎて動けないのではなく、我々にはさして広いと思えないベッドでさえ広すぎるから動けないのかもしれない。ベッドの大きさがその人の体の大きさとの関係だけで決まるのではなく、とりあえずはその人の運動機能とも関係があると言えるのかもしれない。

そして運動を繰り返す広さは与えられたベッドの大きさとの関係だけで決定されるのではなく、むしろ動いていこうとしない動けない人にとっては、ひょっとすると自分

が寝ているその箇所さえも自分の寝場所ではないのかもしれない。そうすると動けない人に対して動ける環境を提供するために広いベッドを提供するだけではかえって恐怖感を与えるだけで問題解決にならない人がいる可能性があるということである。

そこで、この小論ではベッドが広いと感じているのではないかとと思われる脳卒中後遺症の人の寝ている姿勢をまずは詳細に観察する事から始め、いかに不安定な寝か方をしているかを気付く事により理学療法や看護や介護の場面でなされる脳卒中後遺症の人に対するポジショニングの意味を考え直す事になる。

ここで明らかになるのは、我々は自分の姿勢は自分の感覚だけでは分からないということである。実践的な行為のなかでこそ自分の姿勢や運動パターンは決定されるし、自分の姿勢に気付くことができるのである。そして運動を繰り返すなかでこそ空間は生まれ周囲と馴染んでいくのである。

そのため、我々は少しでも動きやすいようにポジショニングをするという積極的な意味を見出すことができる。しかし、脳卒中後遺症の人は身体各部分があることを忘れていた事が多い。麻痺側の手足がある事を覚えている人でもいざ動きだそうとする時には忘れてしまい重大な問題を引き起こす事がある。身体の一部感を失ったままで、動かし方も固く定型的な動作パターンの患者は、自分は動けるという意識を持ちにくく、周囲の環境へ関わる機会が減り、ますます活動範囲が狭くなる。実践的な行為を通してこそ我々は自分の身体の状態を周囲との関係で知る事ができる。

こうして、この小論の目的は脳卒中後遺症者の人の身体イメージ³を改善するために行われているポジショニングや感覚統合訓練の意味を再確認することになる。

そして、周囲とのつながりを持ちにくい脳卒中後遺症の人に対して、いかにして動いていってもらうか、そのためにどのようにして身体の一部感を再獲得してもらうかを考察する事を目標としたい。

1. 姿勢は自分では分らない

1-1. 脳卒中後遺症の人に対するポジショニングの特徴

ポジショニングとは安静やリラクゼーションや治療のためにある特有の姿勢をとってもらう事である。中枢神経系の疾患である脳卒中後遺症の人に対するポジショニングは、いわゆる安楽肢位とか、整形外科的な治療や手術後にとられる整復や治療部位の固定のために取られる肢位とは異なる。整形外科的な疾患の治療のためにとられる肢位が体幹や四肢を固定し不動にする事を目的にしているのに対して、中枢神経系の疾患の人に対するポジショニングは単に安静にするためというよりは、その特有な姿勢が将来どのような

に運動に影響するかを考慮して行われる。

というのも初めて評価や訓練を行うために、病室を訪ね、フトンをめくった時に多くの脳卒中後遺症の人は以下のような姿勢で寝ている事が多い。非麻痺側の膝を立て、顔は非麻痺側側を向き、動きやすい方の手は柵を握っているか、フトンの端をつかんでいる。動けるはずの非麻痺側の上肢を動かすどころか、柵やフトンを握っている手を他動的に離す事は難しく、脳卒中後遺症の人はできるだけ姿勢を変えないように、動かないようにと力を入れて頑張っているかのようである。動けないから動かないのか、動かないように頑張っているのか、どちらが正しいのかは分からないが動けるような印象を我々は受けないのである。

そして脳卒中後遺症の人は病気から直接由来するものや、その人の今までの生活習慣の影響などを受けて、発症間もない頃にはほとんどの人は基本的に低緊張だが、部分的には非常に緊張した箇所もある。また身体各部を左右で比較すると姿勢筋緊張⁴に差が生じ独特の姿勢を取る。

例えば、肩甲帯や骨盤帯などの比較的重たい部分は後方にすなわちベッドの方に押し付けられてしまう。そうすると体幹にねじれが生じ、麻痺側側の体幹は縮んでしまう。この事により、さらに骨盤が後方に回旋していく可能性もある。このような姿勢では体幹の機能的な活動を阻害し四肢の肢位に対しても影響を与え、歩行パターンを画一化したリ、日常生活動作を制限してしまう。

そのため、発症直後から肩甲帯や骨盤帯の下にマクラやクッションやバスタオルを差し込み、沈んでいる肩甲帯や骨盤帯を支える様にしてベッドに沈んでいく事を防ぐ。こうして左右対称の姿勢を保持させ体幹が機能的に働ける状態にする事により四肢も自由に動かせる様にする事がポジショニングの目的となる。

それでも、なかにはまだポジョニングを行い姿勢を安定さすと共に動きやすい状態を作っても不安を感じる人もいて、非麻痺側も力が入っている人に対しては両側の肩甲帯や骨盤帯とベッドの間に浮いている所が無くなるようにポジョニングすることがある。こうすると片側だけにポジョニングしてアプローチするよりも力が抜けるが、動きにくくなるため活動性に影響する事が多い。それは非麻痺側の手足も全体が安定しすぎて動かしにくいのである。我々でも一旦力を抜ける状況と判断すると姿勢筋緊張は下がるが、脳卒中後遺症の人は再び活動しなければならぬ場面になった時に適切に姿勢筋緊張を戻す事が苦手なために運動しにくくなるからである。

このように両側にポジョニングすれば力を抜ける人もいるが、それでも相変わらず緊張したままの人もいる。普通は上を向いて寝ている姿勢は非常に安定した姿勢と思われる。それは頭や背中、そして脚など体全体でクッションやフトンに接しており、重

心が低く転倒の心配がなく安心して寝れる姿勢だと考えられているからである。そうすると何故、相変わらず柵を握り体全体に力が入っている人がいるのだろうか。

理由の一つとして、これまで述べてきた様に背臥位⁵の肢位でもベッドと完全に密着しているわけではない、発症直後の姿勢筋緊張や感覚の低下とともに高次脳機能障害や痴呆や種々の理由により自分の状況を把握しにくく、身体イメージが低下している患者は体の正中線⁶を軸にして麻痺側側にあたかも回転しているかのように感じながら臥床している可能性がある。

1-2. 脳卒中後遺症の人は安心してベッドの上で寝ているのか

座っている時は基本的にお尻と太ももの一部で体重を支えており、時に背もたれに体重を預ける。どこに体重を預けるかに量的な差があるにしても、座っている時には体の一部だけで体重を支えているように見える。

これに対して上向きに寝ている場合は、座っている場合と比較して体重を支えている部分が広く安定しているように見える、しかし、健常者であっても実際に体を支えている部分は体の飛び出ている部分が主に支えており、力を上手く抜けない人が多い。

我々がベッドで寝ている場合、体全体がベッドに触れているかどうか、我々が触れているベットから触れられているという事を改めて考え直す事はあまりない。今寝ているクッションは柔らかいがこの下には硬いベッドがあり、そのベッドは地面に続いているから大丈夫だと判断したり、このベッドがひよつとしたら無いとは普通は思わないし安心してベッドに寝る事ができる。健常者の場合は寝返る時に体が動きやすいのもあるが、動いたらベッドが抜けると心配したり、どこまでベッドがあるかをさして心配することなく寝返る事ができる。脳卒中後遺症の人が寝返るとベッドから落ちそうだから、ベッドが抜けそうと心配して動きだせないのとは対照的である。

もしこのベッドが本当は無いかもしれないとなれば安心して寝る事ができない。自分の身の置き場所が無くなってしまう。そして動くことによってベッドから落ちたり、とりあえず今はあると感じられるベッドが無くなるかもしれないと思っているならば、動く事に不安感を感じるようになり自信を持って動く事が出来ず、ますます動かなくなってしまうと周囲に関わる機会が減ってしまう。

さらに脳卒中後遺症の人はベッドの端が分らずにベッドがどの位の広さがあるのかが判断できないのか、体が正中線を軸に麻痺側が下向きに回転するように感じて不安や転倒する恐怖を感じながら寝ているためか、体全体に力が入っていて、容易に柵を握っている手を開く事は出来ない。

我々は長く皮膚に接している物は感じないような特質がある。そのため長く接してい

る様に見える背中やお尻を動かしてベッドの上に寝ている事を触れながら確認したいが、発症間も無い人はなかなかそこまでは動けない人が多い。

そこでベッドに寝ている事を確認してもらうために体の周りにベッドがある事を手で触れながら確認し、ベッドの端まで手足を持って行く。「ベッドの端はここで、あなたの体はここです」。寝ている体のここからベッドの端のここまでと手をベッドの上を添わせて行って、ベッドの大きさや広さを確認してもらってから手足を体の傍におきベッドのまん中で寝ている状況だと分かるような状況にしても容易には力が抜けない。

そして手足をベッドの端に持って行って、こちらとしては手足がベッドから落ちそうな所があるので相手が緊張しているだろうと思う様な状況を作ってから手を離すと、脳卒中後遺症の人は手足がベッドの端から垂れてから、初めてベッドの端に手足があったことに気付いて驚くような反応を示す。ベッドを触わりながら手足を動かしていてもベッドを感じていなかったのか触っていつているのが自分の手足とっていないのか、自分の体からベッドが続いていつている事が分からないのか、自分の手足がベッドから落ちそうな状況にも関わらず興味がなく自分のことではないかのようである。

脳卒中後遺症の人はどうも自分が動く、動けると思っていない人が多く、その様な人は寝ているベッドが自分の環境⁷という捉え方をしていないようである。普通は安定し運動する事を助けてくれるはずのベッドという場に身をまかせきることがなく、自分を支えてくれるだけの場所になっていない。ベッドの上の「ここ」から周囲に関わっていくというようには我々からは見えないのである。

しかし、日常困難なく生活している人から見ればそのように見えるかもしれないが、ひたすらベッドから落ちないように力を入れている人にとって周囲がどうなっているか探索していくのは困難であるし、自分がどのような姿勢で寝ているかも解らない、緊張した筋肉は感覚器としての役割を果たさず、力が入り過ぎてると単に力を出すか抜くかという器官になっている。

我々でも非常に緊張していると一つの感覚に集中してしまうし、固く緊張した筋肉では触覚が低下してしまう事はよく知られている。固くなった足では上手く自分の足が地面を掴んでいる感じは分からないが、しばらく足をほぐしてから再び立つと明らかに先とは違った床面の感触を得られる。これらの事から脳卒中後遺症の人は手足などの末梢はもともと姿勢筋緊張が高い事が多い上に少しの刺激で緊張しやすい事から何かに触れていても感じにくい状態である事は想像しやすい。

しかし、肩凝りのひどい人、腰痛の強い人などは筋肉を強く収縮させ、痛みを回避するような姿勢をとっているが、フトンに触れていない支えられていないとまでは感じる事はあまりない様に思われる。また、姿勢の変化を注意したり改善しようとするすると最初

は上手くできなくても、動かしているうちに緊張が変化しだし比較的变化しやすい。

これに対して、脳卒中後遺症の人は力を抜く事が難しく周囲を感じる事が困難になる。周囲を感じれない人は動きにくい、動けないことによりますます自分の身体の位置関係が解らない。その位置関係は単に体に対して頭がどちらを向いている、或いは傾いている、手足がどこにあるという事だけではない。というのも麻痺側だけでなく、非麻痺側だけでは身体の各部分の位置関係や周囲に対してどのような姿勢をとっているのかをよく感じれない。

病気になる前の様に身体の各部分が動作の際に一体となって動かない事から姿勢を変換しにくくなっているし、動けるところ感じれるところだけで動いても、それ以外のところがどの様になっているか分からないからである。つまり脳卒中後遺症の人には以前の身体と変わったときに姿勢を調節する働きがどうなるかという問題が残っているのである。

自分がどのような姿勢をとっているかは感じにくい脳卒中後遺症の人は姿勢を修正しようにも、何を基準にしたらいいのか例えば天井の線を基準にしたり、何を材料としたらいいのか例えばフトンやクッションの抵抗を利用しながら自分の姿勢を修正していくという様な関わり方が行いにくいと考えられる。

脳卒中後遺症の人は周囲との関係で決まる姿勢や身体の位置関係が分からないのである。まずは自分の姿勢を体の感覚的なものだけでは感じにくい上に周囲の状況に応じて姿勢を変換する事が苦手だという事である。

そうすると患者にどうやって周囲や自分の体を動かすために感じるか、安心して感じてもらおうためにいかに力を抜いてもらうかという話になるが、そこにこそポジショニングが重要となってくる理由があるのである。

2. 馴染めない身体馴染んでいく身体

2-1. 馴染めない身体

脳卒中後遺症の人が安心して寝ておらず、体が正中線を軸にして回転するように感じる時に体を安定させようとする方法として、多くの人は体全体の力を入れ、体を縮め体の重みを中央に集めようとする。本人はできるだけフトンに体重をかけないようにしているかのようである。それは、あるはずのベットの上で寝ているにもかかわらず、麻痺側の方から落ちないように、いや麻痺側がある事を忘れる人が多い脳卒中後遺症の人は体のある箇所を境に我々から見れば麻痺側の方向に引っ張られている様に感じているためかもしれない。

また正中線を軸に体が回転するように感じるのを止めるためにか、柵を握って必死に引っ張る事により体をベッドの端に持って行き、少しでも硬い部分に体を押し付けようとする。こうして麻痺側にできるだけ体重をかけない様になっているかのようである。

ベッドという環境に上手く馴染めない患者は力一杯抵抗を得るように体を少しでも硬い部分に押し付けたり、最も抵抗を受けないように何処にも体重をあずけない様にするというように極端な対応をする。

例えば、脳卒中後遺症者のなかでPusher Syndrome⁸を呈する人のように立位をとるとひたすら非麻痺側の下肢を床に押し付けほとんど麻痺側に倒れているのに、さらに麻痺側に押し続けようとしたり、車椅子に座っていて安定しているはずなのに、同じように非麻痺側の手で車椅子や椅子の手すりや側面を押し続け立位の時と同じ様に麻痺側に倒れようとする。或いは体全体を背もたれに押し付けて体重を力任せに預ける様に座っている。

周囲との関係を上手く結ばず自分の身体各部の相対的な位置関係がどのようになっているかが解らず自分の体のどこがまん中かが分らないためか大きく麻痺側に傾いていても、体を支持面や接している面から支えられていると思えず恐怖心が強まり、強く押すことによる反発力や抵抗感でしか自分を支えてくれる面があるという事が分からず、ひたすら押し続けより強い反発力や抵抗感を得ようとしている。そうしなければ周囲の状態が解らないようである。

このようにある物との接触面が抵抗だけに依存するならば、そしてその接触面が容易に形を変えたり接している物を通したりせずに、その形が崩れない崩れにくいという様なカツの表現では不貫通性だけに依存しているならば、先の脳卒中後遺症の人の様に寝ている時にフトンから支えられている感じを得られず、押す事もできず身を縮めていたり、ベッドの端で身を縮めながら柵などの硬い物に触れて何とか姿勢を保持しようとする患者の様子も解らなくはない。

というのも、柔らかいベッドで抵抗感がなく体が周囲と密着している感じもなく、またベッドに体重をあずけるのを避けるために柵などの掴む様な物が無い時には、患者は体を支えてくれる面を見出せず緊張しやすくなる事は想像しやすいからである。

「不貫通性は、じっさい、表面触の重要な性質であるが、この特徴は、触官への圧力がある限界を越えて強めていったとき、触官に作用する能動的抵抗へと変化する。」⁹。ここで言う表面触とはカツの定義に従えば、空間の中で特定の場所にあるものとして経験されるものである。具体的には対象の面のところであって、その面の凹凸など触覚的特徴を提供するとしている。

まずはベッドにある程度の固さや弾性がある事により体重をあずけようとする反発

力や抵抗感を感じれる必要があるという事である。

だが、支えられている感じが抵抗感だけによらずとすると、その抵抗感が無くなった時、つまり触れている面の向こうに何かあるのか、それとも何も無いのか、自分を支えてくれているベッドの向こうは何もないのかを判断する事が抵抗感だけにたよらないとするならば、一体何によって判断できるのだろうか。

例えばカッツは、「羽毛を充填したクッションはおおむねよいが、馬の毛を充填したクッションはそうではない」¹⁰と述べている。これだけでは分りにくいため、この小論の文脈に引き付けて説明すると、ベッドの台の上ののったクッションの部分があまりにも硬過ぎて圧縮できないとクッションの厚みを経験できず、それがどの様なものか自分を支えてくれる物か分らない。そしてその厚みの下に硬くてしっかりとした物がある事もまた分らなくなる。

そうすると、支えられる面、支持してくれる面はある程度の硬さがあり、それに見合うだけの自分の硬さが維持されつつ、能動的に触れる時にある程度の圧縮感がある時のみ支えてくれる様な面や厚みがあるのだろうか。

発症して大なり小なりベッドの上での臥床を余儀無くされる脳卒中後遺症の人にとって、どこに寝ているかは周囲の状況や人の話からベッドに寝ている事は分かるにしても、直接的に感じているのは触れている、そして抵抗を感じているという様な触覚的な感覚である以上、柔らかいベッドに寝ている際に、その支持されている面の安定を確信するのは何によるのだろうか。つまり、ベッドで寝ている人が自分を支持してくれている物が仮に分厚くて床までつづいているから、或いは何か硬いものの上に乗っているから地面からは離れているが大丈夫と触覚だけで分るのか、或いは、そう判断できるのだろうか。こうして触覚的な感覚だけで視覚などの他の感覚を用いずに自分の体を支えてくれるものがあると判断できるかどうかという問題が発症間も無い脳卒中後遺症の人にとっては生まれる。

だが、寝ている人に関わる多くの硬さ、例えば、固く緊張しているだけの身体、さらにベッドに触れたり触れられている体のある部分の固さ、クッションの硬さやベッドの材質の硬さや、どんなところにベッドが置かれているのかという様な色々な硬さが関わっている中で自分が寝ているベッドが果して自分を支えてくれるのかと判断できるのではないだろうか。

そして、この様に寝ている人に関わる多くの硬さをひっくるめた上でまずは寝心地の良さを感じ、それからあえて表現すれば、身体とベッドとの反発力や抵抗感からしっかりと体を支えてくれるという様な安定感や、クッションにしっかりと体が包まれているという様な安心感や、シーツの肌触りや温度から気持ちよさを感じる事ができるから安心

して力を抜いて寝られるし、寝がえられるし、動き出す事ができる。

2-2. 馴染んでいく身体

ところで、我々でも馴染みのない物を触ると緊張し、ある特定の性質を捉える事に集中し、触ったものを視覚的に思い描いたりという様な感覚間の統合や柔軟に運動のやり方を変化させる事が難しくなったり、思うように姿勢を変化できないことは経験する。例えば、目を閉じて粘度の高い液体の中に手を入れると普段接していない物だと恐る恐る触ると共に緊張した表情と共に姿勢筋緊張は上がり手足を縮めながら引っこめるようなかっこで恐る恐る触る。

ゆっくりと動かすと抵抗はそれ程でもないが、早く動かすと抵抗は強くなり、ある種の面のようなものを感じる。粘度が非常に高く動かすスピードが上がればそれ以上動かなくなる。この時、もう少しゆっくり動かせばまた動く、もっと動かせると思うのは動かしていた事からだけで分かるのではなく、動かすから動かしながらこそ分かるものである。また、その物に合わせた自分の動かし方や手の形を変えられるからこそである。このようなその物の肌理に触れるような触り方の重要性は鷺田の以下の様な文章から学んだ。少し長くなるが引用しておきたい。

何かに触れるという経験は、身体の内を対象に向って開き、それを対象の表面に、あるいはその奥のくぐもった触感につき合わせるということである。指先や掌で物をいとおしく撫で、柔らかく、しかも確実に掴むということである。押したり引いたり、ぐっと握りしめたり遠慮がちに撫でたりというふうに、場合によって力を入れたり弛めたりして可塑的に対応できないと、そこには物との衝突という事件があるだけで、触れるという経験は生まれない。表面をそっと撫で、擦って、物の肌理を感じ、熱を計り、重みを確かめ、やんわりと押し、ときに掌のなかで転がす。壊さないように、そっと。崩れなければ、もっと力をこめて、ぎゅっと¹¹。

自信をもって動けない人は恐る恐る緊張しながら動く事が多いが、脳卒中後遺症の人は姿勢筋緊張が上がりやすい人が多く、動き方がぎこちなくなってしまう。さらに対象に合わせてゆっくり触ったり、強く触ったりと多様な触り方ができず、指先で触れるか、手全体で押すなど抵抗が極端に強いかわるという様な触り方しかできず、その物に合わせた触り方ができない。

それは、単にその物の硬さや大きさや滑りやすさに合わせた形に手の形を変えられないというだけではない。例えば、見た目が少しとんがっていて、ザラザラしていたが、触

れてみるとそれほどでも無いときには、もう少し大胆に触ってみたり、転がしたりしながら、その物の肌理を確かめるようになる。それと同時に力が入っていた全身の力が抜け、姿勢を変えたり、振って音がしないかと確かめるような、他の感覚も働かしながら統合していく。この様にその物に関わる身体の使い方を変えるような事が緊張していると出来ないし、感覚間の統合も阻害する。

このように力を抜きにくい脳卒中後遺症の人は周囲に合わせて身体の使い方を変えたり、感覚間の統合や変換が起こりにくい。周囲のものと身体を介して上手く馴染めないために、周囲と関わるなかで支持面を発見し身を預けていき、力を抜くという事ができない可能性がある。患者においては体と何かの抵抗があるだけで、その物が固いのかやわらかいのか、滑りやすいのかザラザラしているのか、さらに押ししても大丈夫なのかと実際の行為において身体の状態を変化させつつ関わる事ができない。

我々はベッドに触れた時にベッドと一体となる様に体の使い方や動き方が変わったり、感覚の利用の仕方が変わるが、脳卒中後遺症の人はそういう事が苦手な様で介護されっぱなしの事が多い。

だからこそ、たとえ動作をほとんど介助してもらわないと仕方がない状況であっても、部屋に連れてこられるとあそこに寝るのか、寝るとどうなるか抵抗や弾力やもし落ちそうになると手を伸ばそうとそんな事を考えたり思い描いたりする必要があると考えるが、脳卒中後遺症の人は介助されつつもその行為に参加するという様な事を出来ないのかしていない。そのため実際に動作に参加する場面になると突然ある場面に放り込まれた様な状況になり対応できないため、あらかじめ不安定性を作らないようにじっと動かないでいるのかもしれないと考えられる。

そうすると単に押したり押されたりという抵抗感とは違った、動くなかで触れる面が生まれ、その面を滑ったり抵抗を減じながら、その物の現れを変化させるなかでこそ接触面は決まってくるという様な事が困難になるのである。このように自分にとってベッド上で寝るという事や周囲の物が馴染んだ環境にならず、周囲にあわせた身体や感覚間の統合を変化させる機会を脳卒中後遺症の人は狭めてしまうのである。

こうしていつまでたっても介助者に寝かされると寝かされたまま、車椅子に移されても移されたままの姿勢で留まり、自分が落ち着く姿勢や身だしなみに注意しようとはしない。服ははだけたまま、フトンが言い訳程度に脚にかかっているだけで、「寒い、寒い」と訴えているが、自分で温かいようにフトンをかけたり、潜り込んだりして姿勢を変える事をしない。訓練が進み動作能力が変化していても最初に病室に訪れた時の様な姿勢で相変わらず寝ている。

3. 使えても忘れてしまう身体

3-1. 理学療法における身体イメージを作る訓練方法

脳卒中後遺症の人にとって動かない、或いは動きにくい手足は重たく体全体が固まりのように感じるという。このように脳卒中後遺症の人にとって自分の障害の深刻さを実感するのは動きにくい手足である事が多い。しかし、患者自身はあまり自覚できないが、その手足の運動を保障する体幹の機能が低下していることは、実際には運動機能に関して重大な問題を引き起こす事になる。

体幹の機能が上手く働かないと歩行の再獲得や寝返りや起き上がり等の動作を再獲得する際に定型的な動かし方にしたり、再獲得そのものを阻害する可能性がある¹²。脳卒中後遺症の人は麻痺側の手足が動くか動かないとか感じれるか感じれないかは別にして麻痺側の手足がある事を忘れ動作に影響を与えたり特異な姿勢をとる傾向が強くなり、とりあえず動いていて在る事を覚えている非麻痺側の手足だけで全ての動作を行おうとするからである。そして麻痺側を無視したままで周囲と関係を結ぶ様な実践的な動作を行おうとすると非効率的な動き方になってしまうため、早い時期から麻痺側を含めた身体全体の動き方を再学習していく必要がある。

それゆえ身体イメージが一時的に狂っているだけの人であっても、できるだけ早い時期から麻痺側がある事、そしてついつい忘れがちな麻痺側の手足は自分のもので動きに参加させる経験を積んでいく必要があると考える。

そこで理学療法の開始の許可がおりた発症間も無い脳卒中後遺症の人に対して行う訓練のなかに感覚統合訓練と呼ばれるものがある。感覚統合訓練とは麻痺側の手と非麻痺側の手を組む事から既に始まっている。両手がある事、左右がある事を意識してもらうのである。また自分の両手を組む事により左右対称的な姿勢をとりやすくしようとするものである。

さらに、麻痺側の手で顔を触れ、オデコや頬、感覚器官が集まる口唇を触れ自分の顔が無視しないように、或いは触っている手を感じやすくするためにセラピストは患者の何処を触っているかを伝えながら本人の手で触っている事を確認してもらう。

こまめに今触っているのは患者の麻痺側の手で触っているのであり、誘導している私の手では無い事を常に言い続ける。我々にはなかなか理解しにくいのが、自分が触っている事が解りにくかったり感じにくいからである。或いは、分かっているでもそれが自分が触っていると思えないという様に感じられる事もある。また、触られているのは自分の顔だが、患者は触られているのは自分の顔にも関わらず、患者は自分の顔を触られている事が信じれないという様な反応をする事も度々ある。

さらに感覚統合訓練においては、麻痺側の手で体の色々な箇所を触り、自分の体がどこにあり、どのような位置関係にあるかを思い出してもらうのである。高次脳機能や感覚との関連もあるが、麻痺側の上肢(肩から肘そして手までを指す)が胸や脇腹の辺りに固まりの様に麻痺側の体幹に貼付いていると感じる人もいる。このような人は動作能力の回復過程において、なかなか動作パターンの再学習が困難な事が多い。

脳卒中後遺症の人に対して、身体イメージを再学習する上でなにより大事な事は、自分の体は左右があり、麻痺している側を忘れてたり無視しないようにすることを指導する必要がある。静的な状態では大抵は自分の麻痺側側の四肢の存在は忘れていたり無視されている人で発症から期間が過ぎていても、感覚統合訓練や動作のなかで麻痺側の上肢に注意を向けてもらっていると徐々に本来の位置で感じるようになってくる人もいる。

だが、何とか麻痺側がある事を忘れずに意識する事はできるようになってきても、いざ動きだすと忘れてしまう人があまりにも多い。

このように最初から忘れていた麻痺側や動きだすと忘れてしまう麻痺側は、その後、訓練が進み歩行が可能になり、麻痺側の上肢も動作に参加する様になっても、何かの拍子に忘れる人はいつまでも忘れてしまう事から可能な限り発症間も無い時期から感覚統合訓練を行う必要性を感じる。

そして麻痺側をいつまでも忘れる可能性の高い人は環境に工夫をしたり、周囲の協力がより必要になるため、できるだけ早い段階から家族など主たる介護者に指導していく必要がある。生活していく中で麻痺側を忘れていたために重大な事故を起こす人がいるからである。

例えば、脳卒中後遺症の人で麻痺側が動いていて、感覚検査でも大きな問題が無くとも、寝返りなどの基本動作において麻痺側の上肢が自然と運動していく方向についていかず、肩が引っ張られる様な力が加わり痛みが生じることがある。それは脳卒中後遺症の人は頭や体幹そして骨盤や手足など身体各部が筋肉の収縮によりつながっている様に働くのではなくバラバラになった様な状態だからである。そういう身体各部がつながっていく様な働きが乏しくなっているために麻痺側の手足を忘れたまま動作を行うため動くところだけで動こうとする事になる。

また患者の中には日常生活において車イスの車輪に手をはさまったままでも気づかなかったり、調理中に異臭に気付いて初めて麻痺側の上肢がコンロの火にあたっていた事が分かり麻痺側を火傷させるなど、大小は別にして何らかの事故を経験したと聞くこともある。

そのため、筆者は必ず感覚統合訓練を取り入れてきた。それは、前述したとおり身体の一体感、身体各部の連結が失われたまま寝ている患者の身体イメージを可能な限り再統

合し動作を再獲得するためだけではなく、これらの事故を予防するために行ってきた。

しかし自分で動かない・動けない人、動こうととしない人に対して感覚統合訓練を続けていくと動作能力の向上と共に麻痺側の存在を忘れないだけでなく動作に参加する人もいれば、一方でいつまでもこちらが期待したり考えているような変化が現れない人もいる。

感覚統合訓練を行なっているにも関わらず、いつまでも麻痺側を忘れてしまう、自分が快適なように周囲の環境を変化させたり、姿勢を変えようとしなない、変えられないままの状態に留まる人がいる。そこで次にこれらの現象の原因や解決策をさらに考えていく事にする。

3-2. 感覚統合訓練で考慮すること

我々は動ける動きたいと思い動き始めると身体イメージだけを利用して姿勢を調節しているのではない。ベッドの上で寝ている人が動きだした時には触れている面が次々と変化し、フトンや物や皺やコードに当たりながら、ベッド上での位置や姿勢を変えていき自分を支えてくれる支持面を産み出していく。

まだいける動けると思わせてくれるのは、何もない所を動いているのではなく、動くなかで周囲と関係を持ちつつ身体が応じるなかで初めて産まれる空間があるからであり、そうやって動くなかでこそ自分の動ける空間が決まるのに、動かない、動けない人にとっては空間があるのに動けないのではなく、そうやって自分が周囲と関わっていくなかで産まれる様な空間がないために動けなかったり、自分がベッドの上にいるという確信をもてないのかもしれない。

そうすると、ポジショニングは安定し力が抜け、周囲を安心して見渡せる事だけを目指すのではなく、活動性や運動性を考慮する必要性が改めて示唆される。

それは身体と周囲が別々に働いているというよりも一つのつながりのなかで姿勢や動作パターンは決まってくるからである。我々が次々に姿勢を変えていく時には、何か周囲との関係で変換されていく。そして自分の身体内部の事が外部を通してでなければ自分では分からないのである。こういう周囲とのつながりが持ちにくく、自分がどのような姿勢をとっているか、どのようにして修正したらいいのかが分かりにくいのが脳卒中後遺症の人のように感じるからである。

それゆえこのような人に対して理学療法では感覚統合訓練で自分の身体が存在を意識させたり、左右対称的でいい姿勢と思われる姿勢を保持することだけをポジショニングの目標としていたのでは、脳卒中後遺症の人が動きやすくなるための訓練や環境作りとしては充分でないと考えられる。例えば、周囲の物の配置や距離を思い出させたり思い

描くだけでなく、手を伸ばして取ってみよう取れるはずだと思わせる事が大事になる。

ところで患者が実際には行っていないが能力としては出来る可能性があるかを判断したり、実際に行なえる様に一緒に訓練する事が理学療法の一つの仕事であるため、他職種の人に「この人は自分で歩けますか」とよく尋ねられる。介助や近位監視での歩行ではなく、自立歩行¹³が可能な人は歩こうとする時には、足を手前に引き腰を伸ばして座り直す。次にとるべき姿勢や何をするか等必要な事が分かっているのである。そういう周囲に応じた関わりが出来ない人はいつまでも転倒や事故の可能性があるので、自立歩行レベルには到らないのである。

というのも、これから行う動作に必要な姿勢をとることが出来ないと立ち上がるにも関わらず足を手前に大きく引いていて、仮に立とうとすると全く体重を足にかける事ができず転倒の危険性があるからである。この様に自分で移ると思っていない人は手伝われながら漠然と立とうとするために状況や動作に応じて姿勢が変化しないし、自分の姿勢にも気付かない。

我々は身体全体がその動作にふさわしい姿勢に変化し運動方向や負荷に応じて姿勢は変化していくが、そのような働きが低下していると動きは定型化し色々な状況に対応する事が困難になってくる。

これらの事から、このような介助をされっぱなしの人を車椅子に移す時には、移る先がどの位離れていて、どの位の高さの所に座っていくのかを考えながら、座った時にはどういう姿勢をとろうかと思いついて描がいてもらう必要があると感じる。

そして、車椅子に乗せられたまま勝手にどこかに連れて行ってもらうのではなく、次はどっちに曲がるか、あそこは少し狭いが通れるか、人とぶつからないか等と自分が動いているかのように考える必要はないだろうか。そして自分の部屋に戻って来てベッドに移る時も移った後にどの辺りにどんなかっこで寝ようかと考えながら移るようにしないと自分の身体各部がどこにあって、どんな姿勢になっているかに興味が生まれず姿勢をいつまでも変えれる様にならないからである。

決して一人では歩けないが、かろうじて自分で車椅子とベッドの間を移る事ができる人は動きにくい手足を苦勞しながら動かし、時間がかかっても自分が移りやすいように、そして移れるように車椅子とベッドの距離を調節し方向を変えている必死な姿を我々は忘れてはいけないのである。

4. まとめ

脳卒中後遺症の人は寝たベッドの形に合わせて力を抜いたり、安定した姿勢を作ったり、対象に合わせて姿勢を変えたりする事が難しい。それは身体内部のイメージつまり手

足がどの辺りにあって体や頭とどういう位置関係にあるかを判断して姿勢を決める事が困難になっただけではない。

我々は周囲との関係で力を抜いたり、周囲との抵抗に変化をつけたり、それにより自分の身体の相対的な位置関係を捉える事ができる。このような関係のなかでこそ身体イメージが生まれる。そういう関係を脳卒中後遺症の人は持ちにくくなる。

そして自分が全く何もない空間で動いているのではなく、世界と相互に絶えず働きかけを行い、自分が動くとそれに対して世界が抵抗感や滑らかさや凹凸などの現れが変化する。そういう現れの変化のなかでこそ支持面が現れる。

この時現れる支持面は例えばウォーターベッドに寝た時に思った以上に柔らかく一瞬は不安になる。馴染んでいなくて、ある程度の柔らかさや流動性やざらつきがあって安定性を得にくくても、馴染んでいこうとする中で一旦寝心地の良さを感じると、一定の強さで身体全体を支えてくれるように感じたり、そういう不安定な現れのなかにも支持面を見い出すことができる。それは物に触れて抵抗の変化を感じれるようになることで、物に合わせて握ったり、操作して探索することが可能になり、物の性質が知覚できるようになる。そういうなかでこそ触れている物と触れている面が生まれ、そしてその物に馴染むような姿勢をとることもできるからである。そして身体全体が支えられているなかで、はじめは不安定に感じられるものも改めてどの様なものかが分かるのである。

動けるためには安心して力を抜け、動ける動いてみようと思ってもらう状況作りが大切である。そこにこそポジショニングの新たな意味があるのである。なにより患者自ら自分の身体や環境を探索していこうと思わないと、自分の身体イメージや動けるという意識、そして動かし方が変化しにくいし、何より訓練効果が持続しない。周囲と馴染んでこそ、支持面と物と自分の関係や物と自分、物と物との関係が分かり、周囲が自分のものとなる様に馴染んでいくのである。

そのためにもベッドの上で寝ている脳卒中後遺症の人に対して「フトンの抵抗感や重みや形から判断してフトンをこうして」とか「手をここに持って来て」というだけでなく、「フトンに馴染むようにもぐってみて、くるまってみて」とか、それが難しければ「寒く無いようにフトンに入ってみて」という様な説明の方がより脳卒中後遺症の人に対してはふさわしいと考える。

そういう周囲の状況の変化を通して自分の姿勢や動き方を変化させたり、どの感覚に集中するか、或いは他の感覚に置き換えたりとそんな働きが上手くいかないからこそ、脳卒中後遺症の人は介助されるままに動かされ、そして寝かされるとそのままの姿勢で寝る。そして安定した姿勢を作る事なく寝ているために不安で緊張が強いられ痛みが生じたり、何より新たに自分から状況を作り出す事ができず、周囲の人が生み出す環境から

抜け出せなくなるし多様な関わり方ができなくなるのである。

注

- 1) 脳卒中後遺症は脳血管障害や脳卒中と同じ意味である。筆者が普段従事している理学療法の世界では脳卒中後遺症という用語が使用される事が多いため、本小論でも脳卒中後遺症という用語で統一した。
- 2) ここでいう麻痺側は従来患側と呼ばれた動きにくい側であり、非麻痺側は従来健側と呼ばれた麻痺側と比較すると比較的動きやすい側である。
- 3) この小論でいう身体イメージとは自分に手足があり、普段は意識しないがどの辺りに手足があつてどのようなかっこをしているかが分かっている事を指す。後で詳しく延べるが、脳卒中後遺症の人は麻痺側がある事を忘れていたり、ある事さえ認めない人がいる。この小論中で述べている様に身体イメージが欠けているために動作の時に麻痺側は忘れ去られ、動き方が定型化したり、重大な事故につながったりする事がある。
- 4) 姿勢筋緊張とは、同じ筋肉でも寝ている状態と座ったり立ったりしている時を比較すると緊張の度合が変化する。また予測される事態に備えて身体の各部分の位置を変えたりする際にも姿勢筋緊張は変化し、動作を可能とするための基本となる。また筋肉の緊張は単に外から入力された刺激だけで決定されるのではなく、恐怖感や怒りなどの感情や精神状態、さらに生活習慣によっても変化することから単に筋肉の緊張という意味より含まれる意味があるために姿勢筋緊張と分けて使用される。

(P. M. Davies デービス『Steps To Follow』p85頁.)
- 5) いわゆる天井を見るように上向きに寝た状態である。
- 6) 身体を左右対称に2分する線で、正中線により分けられた面を正中面という。
- 7) ここでいう環境とは、メルロ＝ポンティが使う「環境」(milieu)に近い意味で用いている。身体が世界と関係を結び、身体が世界と交流し関わっていきこうとするなかでこそ、身体の運動が環境を展開し、身体と世界とつながりの媒体となる。こういう関係においてこそ世界に、あるまじり、人が生きていき生活していく上で外せない意味を見いだすし、その意味に「身体」が応じているなかで、その都度生まれるのが、メルロ＝ポンティが『行動の構造』や『知覚の現象学』で使う、身体概念の一つであると思われる。しかし、ここでは議論も進んでおらず、また、医療や福祉の現場で日常的に用いられる「患者の周囲の環境」と表現する際の「環境」という意味としても用いている。「寝ているベッドが自分の環境」という文章には以上の様な含意がある。
- 8) Pusher Syndrome は押す人症候群とも呼ばれ、その名は症状のもっとも印象的なところに由来している。患者はすべての姿勢で非麻痺側に力を入れ、麻痺側の方に強く押す。そして姿勢を他動的に矯正、つまり体重を非麻痺側、もしくは体の正中線をこえて非麻痺側に移動しようとする時強く抵抗する。

(P. M. Davies デービス『Steps To Follow』p285頁. 用語を統一するために筆者が変更した箇所がある)
- 9) David Katz 『触覚の世界 -- 実験現象学の世界 --』22頁。
- 10) 同書 108頁。
- 11) 鷺田清一「〈内〉の現象学 構えについてのささやかな試論」337頁。
- 12) この辺りは拙論「脳卒中後遺症者への体幹・上肢帯に対するアプローチの重要性. 理学療法京都31:64-70, 2002.」を参照して頂ければ幸いである。
- 13) 自立歩行とは手すりなどの建物における設備にたよったり、杖などの道具を用いても、とりあえず人の助けを要しない場合に自立歩行という。それゆえ、安定して歩いてもエレベーターのボタンが押せない人、どこに行くかが分からない人はたとえ転倒する事がなくても、人の手を貸る事になるため要介助となる。

文献表（著者名のアルファベット順）

- P. M. Davies 1992. 『Steps To Follow』 富田昌夫訳，シュプリンガー・フェアラーク東京。
- Donald D. Hoffman 2003. 『視覚の文法』 原淳子・望月弘子訳，紀伊國屋書店。
- David Katz 2003. 『触覚の世界 — 実験現象学の世界 —』 東山篤規・岩切絹代訳，新曜社。
- Merleau-Ponty, M., 1964. 『行動の構造』 滝浦静雄・木田元訳，みすず書房
- Merleau-Ponty, M., 1967. 『知覚の現象学』 竹内芳郎他訳，みすず書房
- 村田純一 2002. 『色彩の哲学』，岩波書店
- 鷺田清一 2002. 「〈内〉の現象学 構えについてのささやかな試論」 新田義弘・山口一郎・河本英夫他『媒体性の現象学』，青土社，所収。