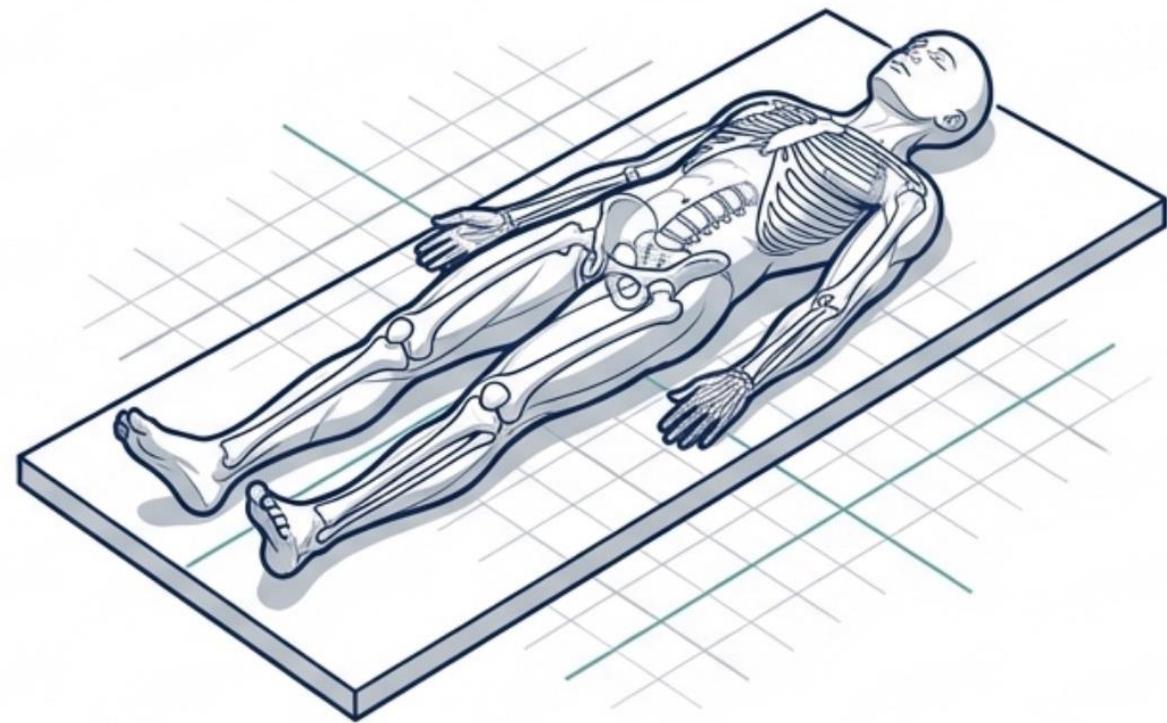


背臥位における 評価と介入

基礎から臨床への展開



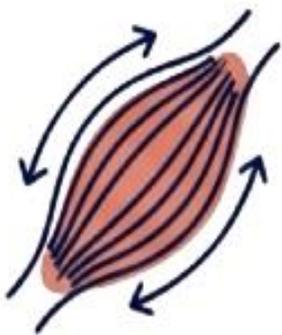
時間 3分

「1回のセラピーの中で
背臥位の時間の割合は
どのくらいですか？」



背臥位を選択する理由

筋緊張・防御反応を下げるための環境設定



筋緊張を抑制したい初期段階では、抗重力要求や姿勢保持戦略そのものが筋緊張を引き起こすため、立位では緊張を抑えながらの介入が構造的に難しいケースが多い。背臥位では、抗重力活動・防御反応を最小限にした状態で、筋緊張が立ち上がらない条件下でモビライゼーションを行える点。

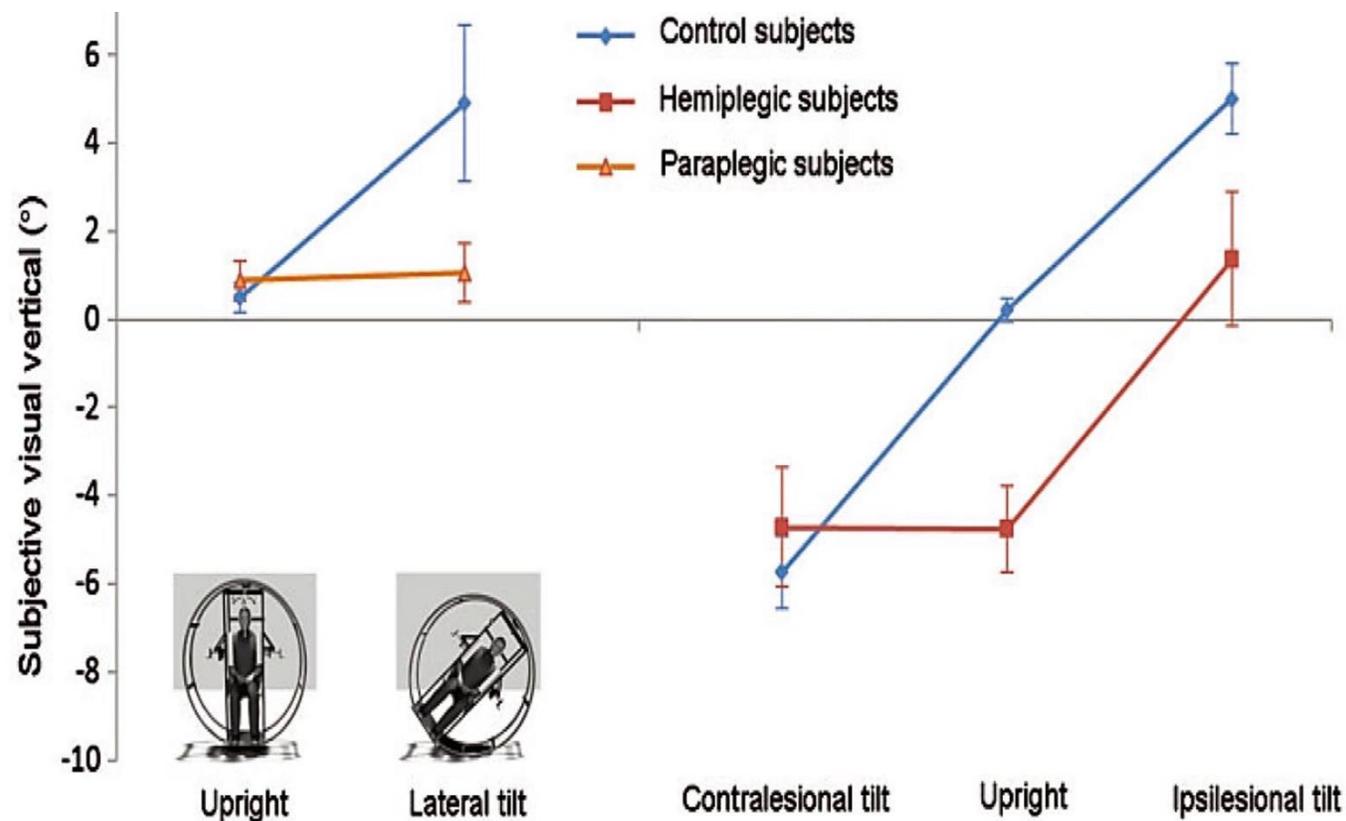
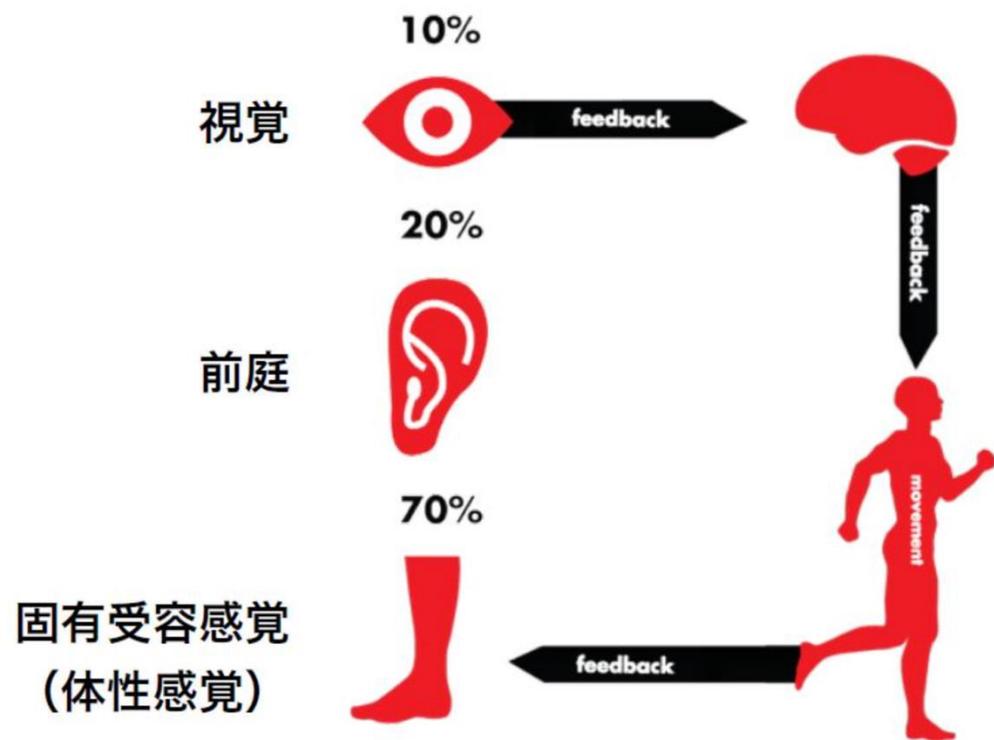


運動機能を評価・促通したいとき

臥位では抗重力・姿勢制御の要求を最小限にできるため、運動を成立させるための代償や姿勢戦略を一度切り離れた状態で、体幹と四肢の分離運動、随意的な出力の立ち上がり进行评估できる。

多感覚統合の障害

- 片麻痺と対麻痺は、正中位と傾斜位を知覚識別することが困難であり、多感覚統合に問題があったとの報告
- 多感覚の適切な統合が、ヒトの垂直位置の構築/後進に影響していることを示唆
- 慢性的な多感覚の不統合は、身体図式にも影響を与え、屈折した身体図式の定着を招く可能性がある。



本日の到達目標

**2種類の背臥位を理解して
臨床に繋げよう**

本日の流れ

1 姿勢の特性と適応を理解する



2 活動的な臥位を理解する



3 症例から学ぶ背臥位の治療

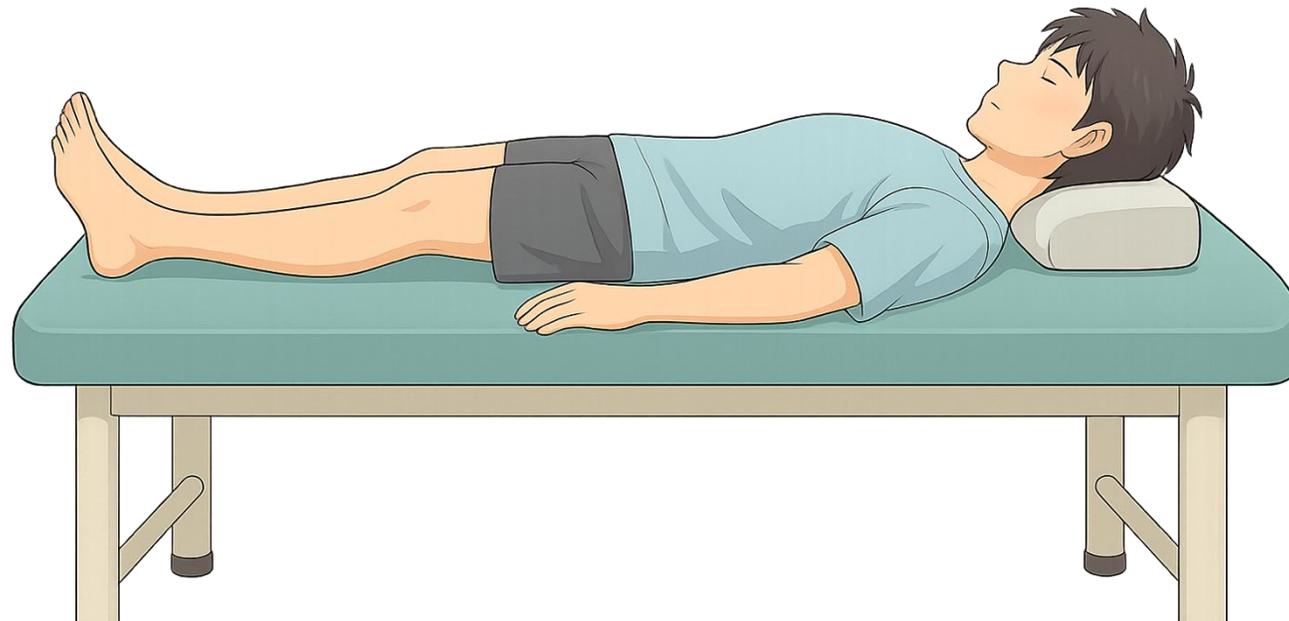


背臥位とは？

STROKE LAB

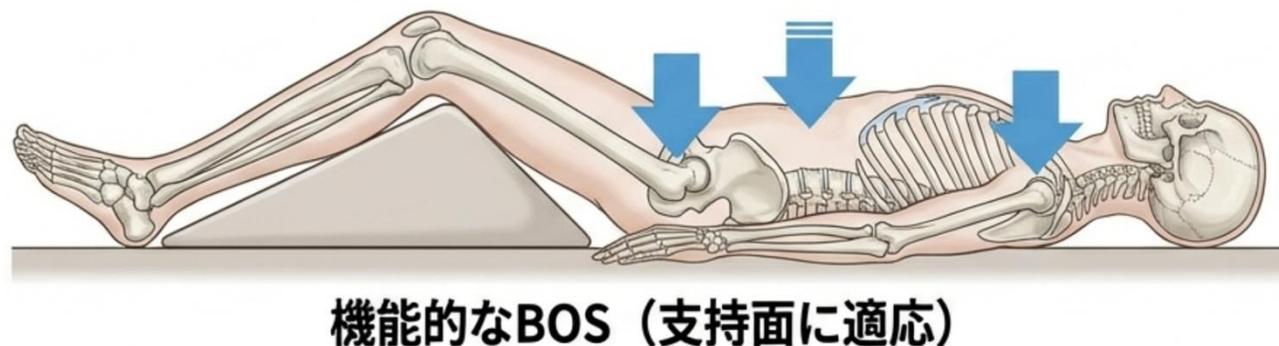
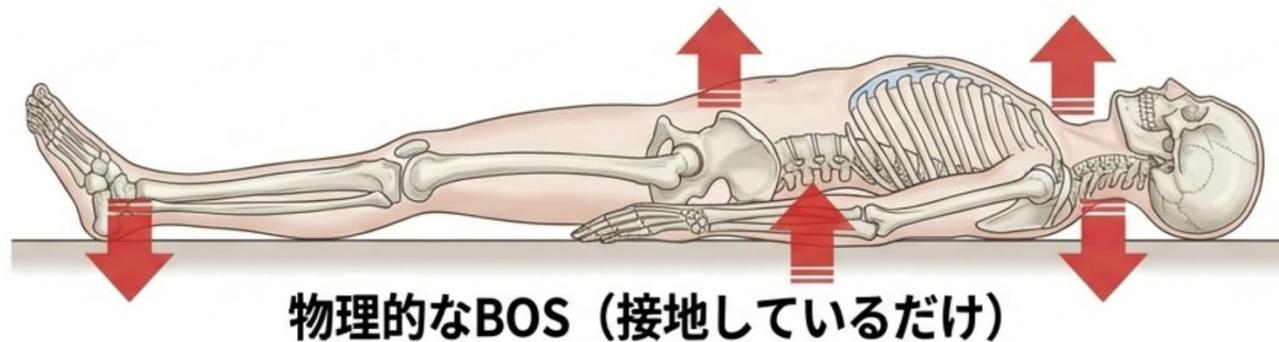
背臥位の姿勢特性①

- 背臥位は、支持基底面(Base Of support)が広く、重心位置が低いため安定している
- 支持面と接する身体部位が多く安定性が高い姿勢ではあるが、姿勢を移行していき難い姿勢



背臥位の姿勢特性②

- 背臥位は、患者が股関節・腰椎・頸部・肩甲帯の遠心的な長さを作り出せる能力を持つ場合、伸展の特性をもつ
- 支持基底面は広く、重心は低く、支持面に適応できると筋緊張は緩み、姿勢のトーンは低くなる



2種類の背臥位

Type A: 休息的な背臥位

リラックス、完全な脱力。



Type B: 活動的な背臥位

腹圧が高まっており、次の動作へ柔軟に対応できる状態。

BOSに対し、正しい感覚入力が入っている状態。



- どちらが良いとの判断ではなく、場面によって使い分けれることが重要。

背臥位におけるリンク

- 各々の姿勢は隣接する姿勢のみならず、
最終目標とする動作/活動に要求される姿勢に影響する可能性がある
- 背臥位は、【安静のため】というような静的側面だけでなく、
【寝返って座位まで移行する】といった動的な姿勢であることを、
アプローチしていく上で踏まえておくことは重要

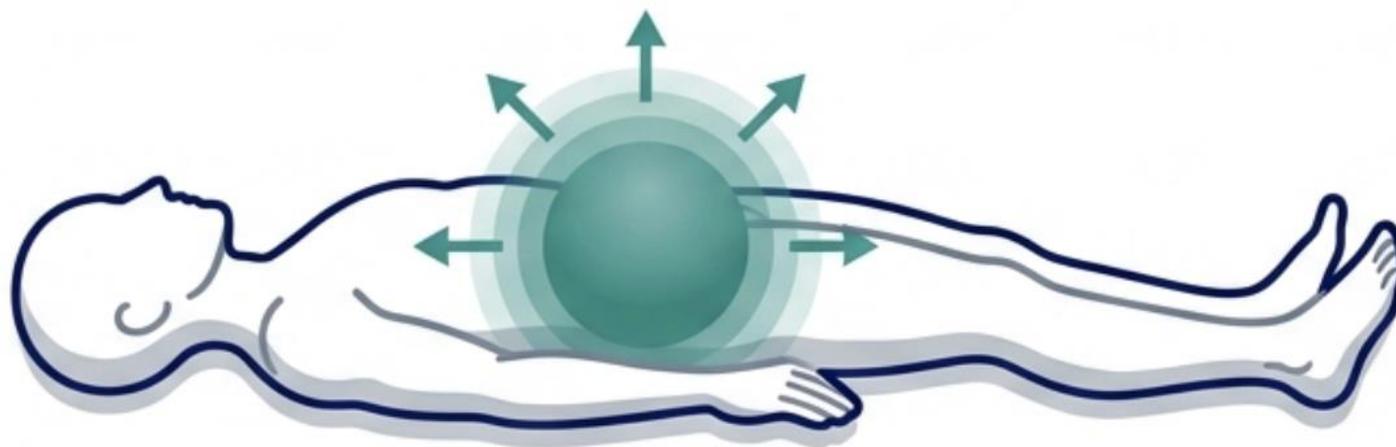


活動的な背臥位

STROKE LAB

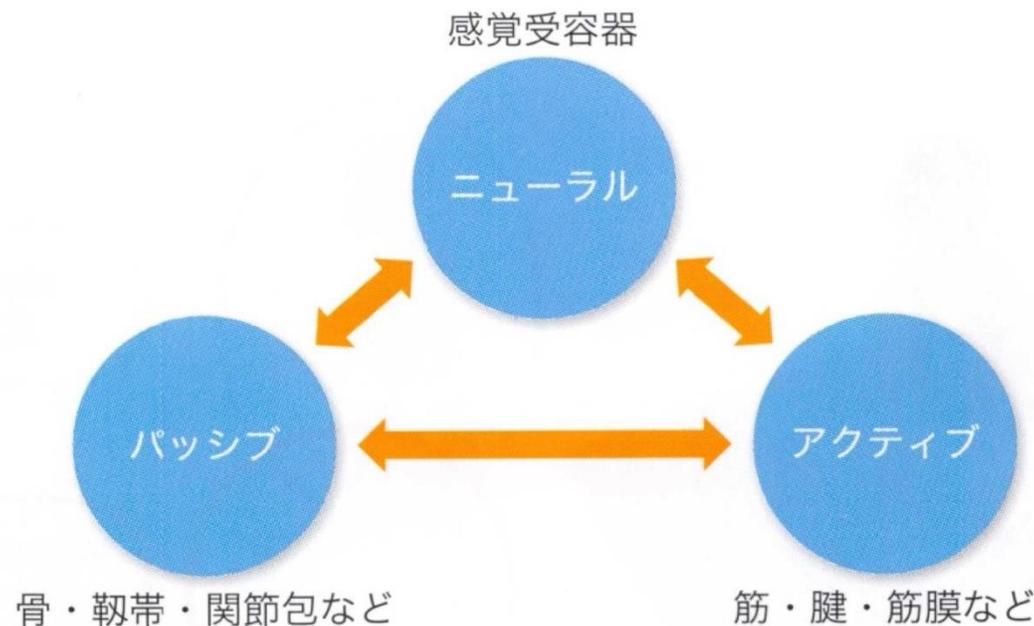
活動的な背臥位とは？

- ・ 活動的な背臥位とは腹圧が高まっており、
次の姿勢やリハビリテーションに柔軟に対応できる姿勢を
維持することができる状態。
また、BOSに対し、正しい感覚が入りやすい状態。
- ・ 明確な定義はないため、腹部の触診や末梢の重たさなどから
個別的に評価していくことが重要。

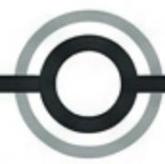
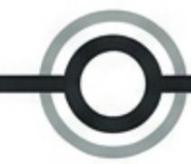
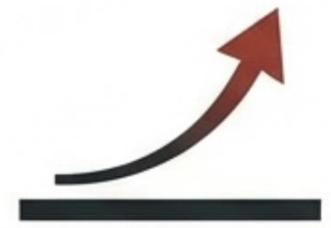
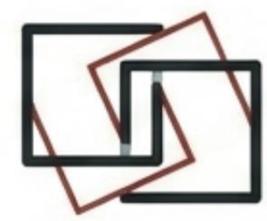
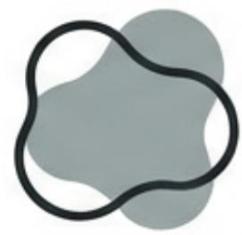


Core stability(コアスタビリティ)

- コアスタビリティの定義として、Kiblerlo)は「**体幹、肩甲骨、骨盤、大腿部の一連の活動つまり多関節運動連鎖であり、予測的にも反射的にも効率的に動ける安定性**」と記されている
- コアスタビリティはニューラルサブシステム、パッシブサブシステム、アクティブサブシステムの三つに分けられ、これらが協調的に活動することが大切である。



発達学的視点からの活動的な背臥位



0~2ヶ月
身体を知る

3~4ヶ月
抗重力が立つ

5~6ヶ月
分節化が始まる

7ヶ月~
次の姿勢への橋渡し

脳卒中における体幹機能

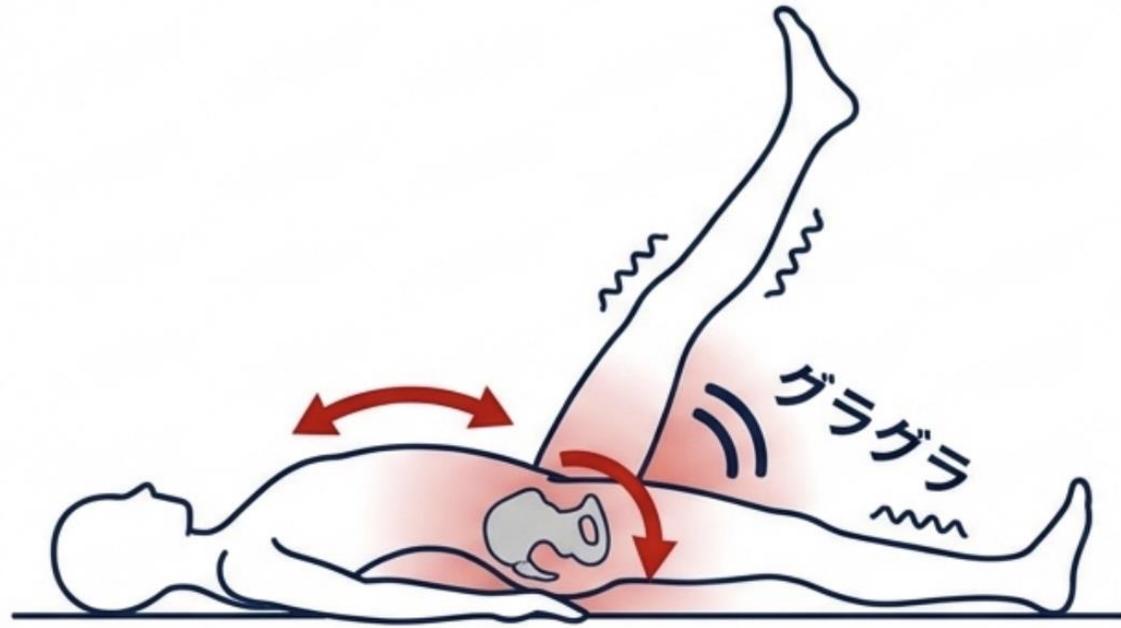
- ・近年のレビューでは、体幹のコントロールは立位バランス・歩行能力の鍵とされ、コアスタビリティ系の練習は概ね「有効」と報告されている
- ・ただし、効果が大きいののは、体幹を機能的課題の中で使わせる練習（例：リーチ課題など）であり、単純な腹筋運動のみの効果は限定的とされる



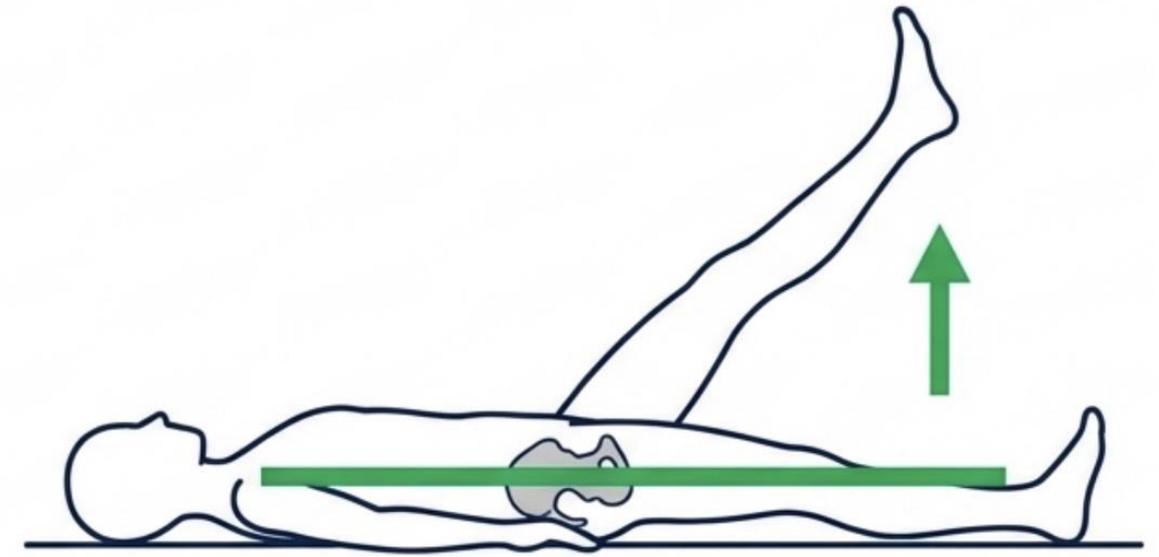


**麻痺側の足を上げた時に
『重たい』と言われる理由を
考えたことはありますか？**

四肢と体幹の関連性



✗ 中枢部の固定性不足

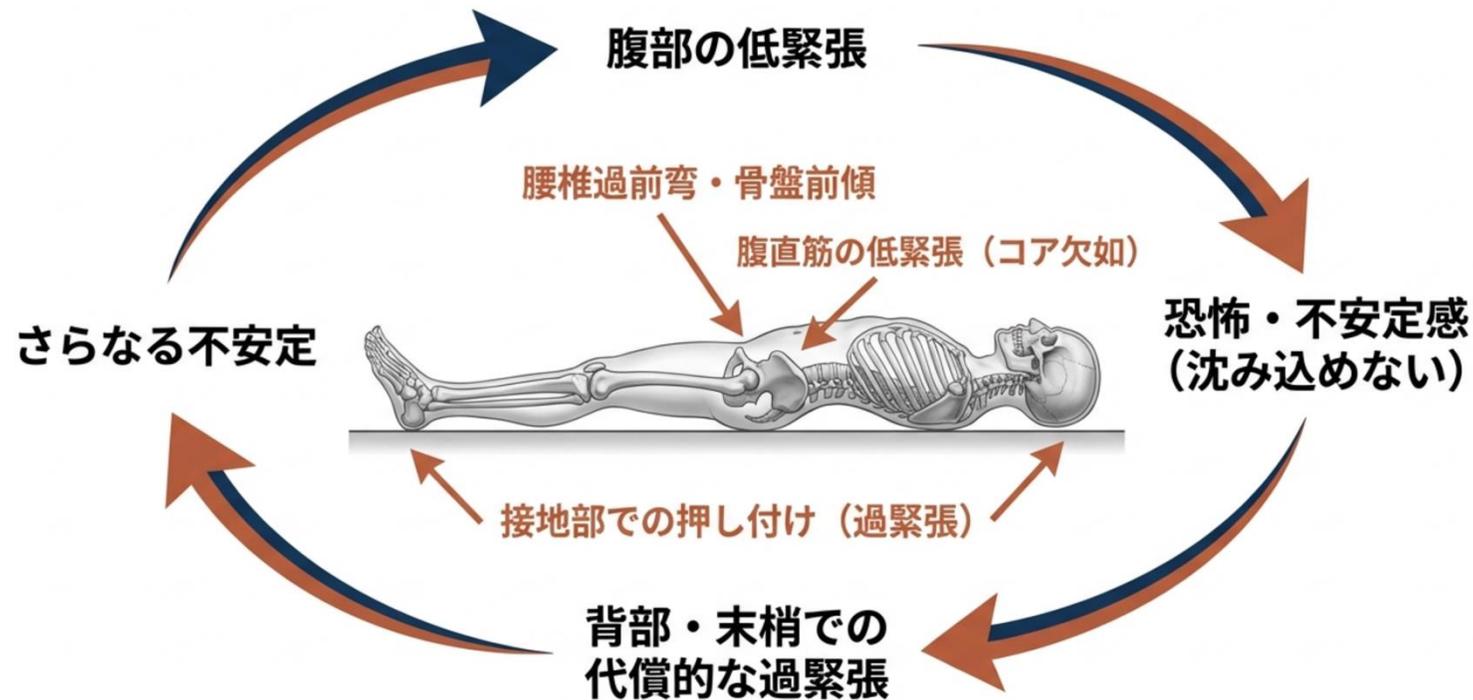


○ 骨盤

脚が重いと感じる原因は、対側の「外腹斜筋」および「中殿筋」の活動不全による固定性（Proximal Stability）の欠如であることが多い。

脳卒中患者の背臥位の特徴

- 脳卒中患者は麻痺に伴い、姿勢筋の緊張が低く、
且つ支持基底面が広い背臥位は一層内的不安性を感じやすい
- 内的不安定性の代償として、体幹筋(CORE)を高めるのではなく、
表面筋での過剰出力・連結にて支持面を押しつけ、反力をよりどころとした
固定的な姿勢となり、動作・活動へと結びつけにくくなる



背臥位の評価ポイント

1. Alignment (アライメント)



身体の左右差、短縮、ズレを視診で確認する。

2. Base Of Support (支持基底面)



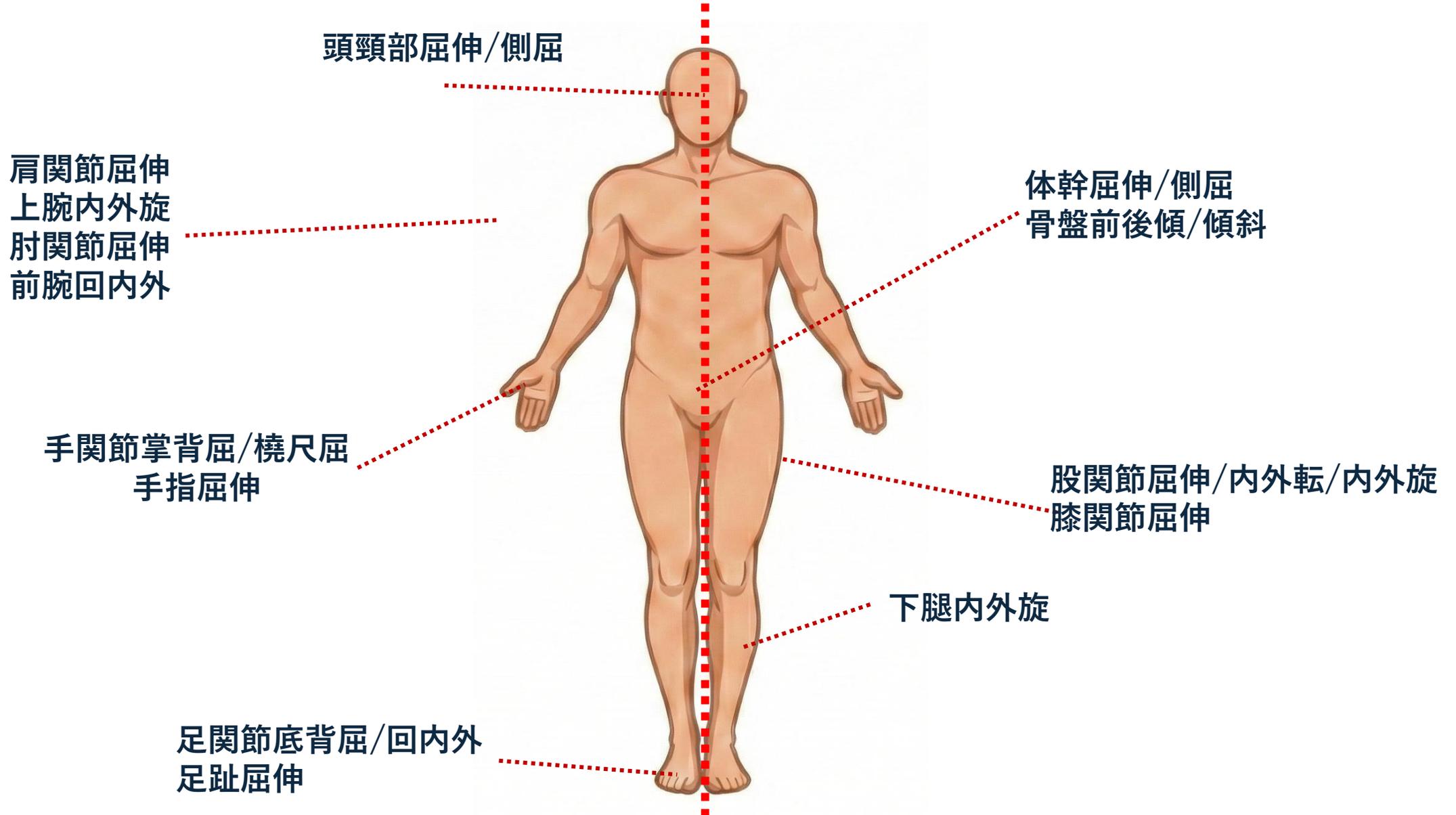
身体がベッドに適応しているか？「押し付け」か「追従」かを見る。

3. Postural Tone (姿勢筋緊張)



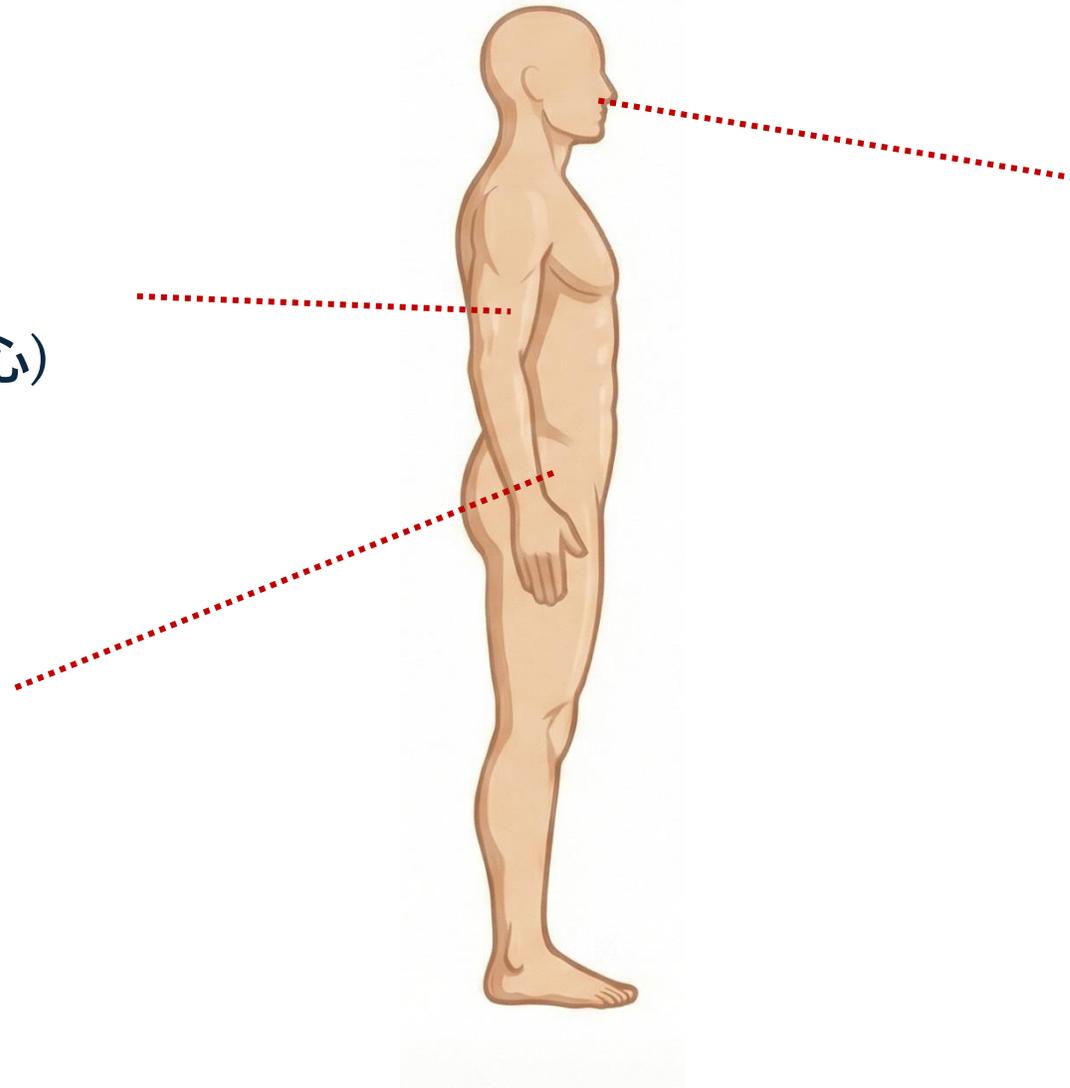
抵抗感や動きの自由度。アライメント修正後の反応を確認する。

Alignment : 前額面



Alignment : 矢状面

矢状面に対する
胸郭の回旋
(Th7~9 : 上半身重心)

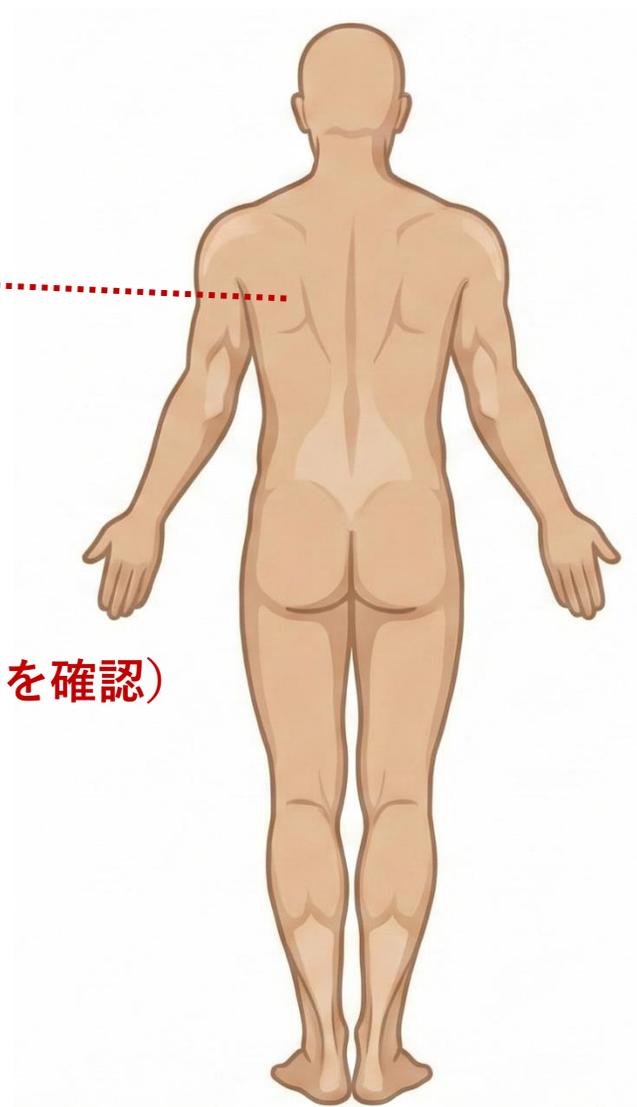


胸郭に対する
頭頸部の回旋

胸郭に対する
骨盤の回旋

支持基底面

肩甲骨の位置



BOSの確認（背面の接触程度を確認）

- 浮いている？
- 押し付けている？
- 軽く触れている？

MAS(Modified Ashworth Scale)

- ・実施姿勢：背臥位 ※座位や立位では筋緊張が増加しやすいため注意が必要である
- ・採点方法：一番低いスコアを採用
 - ①患者の評価する関節の全可動域，疼痛が出現する範囲までを一度確認する
 - ②開始位置をとり全可動域を1秒間で動かす
 - ③計3回実施
各試技間は3秒以上間隔を空け、前の試技の影響を極力なくし行う

0	筋緊張の亢進はない。
1	軽度の筋緊張亢進がある。 引っ掛かりとその消失，または屈曲・伸展の最終域でわずかな抵抗がある。
1+	軽度の筋緊張亢進がある。 明らかな引っ掛かりがあり，それに続くわずかな抵抗を可動域の1/2以下で認める。
2	よりはっきりとした筋緊張の亢進を全可動域で認める。 しかし，運動は容易に可能。
3	かなりの筋緊張亢進がある。他動運動は困難。
4	患部は硬直し，屈曲・伸展は困難。



動画解説



それでは
「治療動画に移ります」

