



# 重症心身障害児(者)のシーティング

## Pre-Seatingの重要性

国立精神神経センター  
武蔵病院

金子 断行

### 1. はじめに

重症心身障害児(者)のポジショニングは生活環境が原因で形成される肢位性変形を最小限にすることが基本的原則であり、Seatingもその一環として捉える。いかに良好なSeatingといえどもその持続時間は最長30分程度であり、バリエーションに富んだPosturingの一つと位置付ける。

坐位の選定で、呼吸(胸腹式呼吸への発達、肺炎・無気肺の予防、胸郭可動性の確保)、循環(換気不均衡の防止、起立性低血圧)、重力位置(頭頸部、体幹の抗重力活動の易促進性、視覚、聴覚)の有利性が期待できる。しかしその反面、坐位を選定するために以下を考慮しなければならない。

- ①股関節の変形、脱臼による股関節屈曲可動域制限。
- ②肋骨、脊柱、骨盤にSeatingに耐えない非運動性が生じ、体重を負荷する部位が保証されない。
- ③坐位での分泌物の多量誤嚥
- ④姿勢適応障害による極端な逃避的、拒否的反応行動の出現。

### 2. Pre-Seatingの治療

重症児へのSeatingは、治療のハンドリング効果の持続であり、坐位を他動的にでも設定する治療プログラムがPre-Seatingとして組みこまれていなければならない。治療での観察やハンドリングの中で最もセラピストが見に適している坐位を製作前にイメージし、それを実現適応させるための治療テクニックの選択が必要となる。

拘縮、変形の主要原因になりやすい筋緊張亢進は、ストレッチの持続や押さえ着けたりしても、抑制はできない。そのため、最適なSeatingを長期間持続するためにも、前項で掲げた項目を解決・軽減しつつ、治療を並行しなければならない。

典型的な重度脳性麻痺の2タイプの基本的治療アプローチを簡単に紹介する。

#### a. アテトーゼ伸展優位型

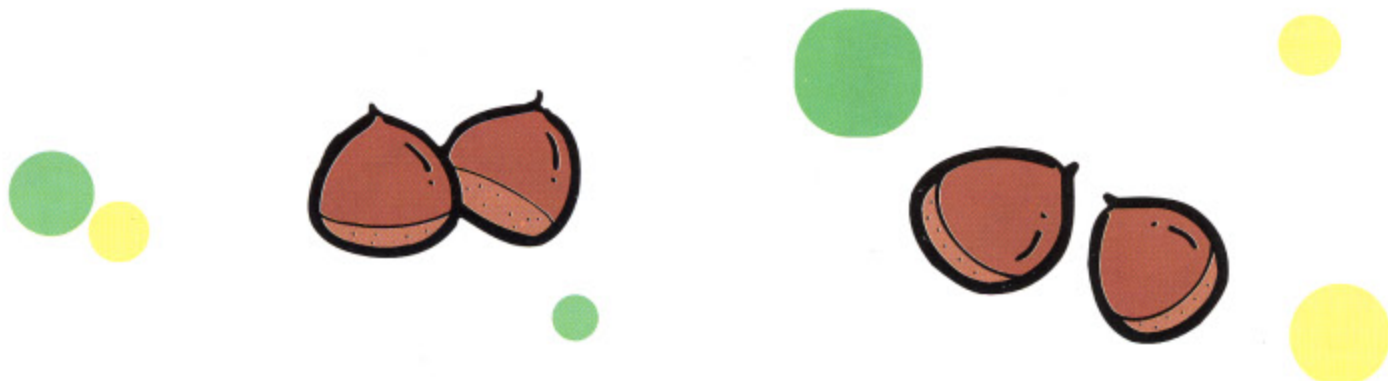
全身の過伸展に著しい姿勢緊張の左右差が分布するため、捻転を伴い結果的に非対称が生じる。(写真1)より短縮している側の体幹を引き伸ばし、骨盤と下半身の対称姿勢を修正し体重負荷させる固定性を準備する。(写真2)骨盤捻転の修正は、Seatingのポイントになるため繰り返し治療する。両肩申帯から両上肢を前方に誘導して、上半身の対称性をコントロールし、頭部の前方への立ち直り反応を促通する。(写真3)伸筋痙性の抑制と立ち直り反応を少しでも準備することが、坐位でのバックレストへのPushingの予防となる。



写真1



写真2





# 〈その1〉

## b、痙直型屈曲優位型

自発的な体幹の動きは乏しく、骨盤後傾・脊柱後弯して頭部前屈位に静止し、座らされてもバックレストに胸腰椎部の一部のみをもたれていることが多く、体重も腰椎下部で負荷している。(写真4) 小さい範囲の体軸内回旋での操作で、体幹部の可動性を増しながら脊柱の伸展をはかる。これにより背部全体がバックレストに適應させやすくなる。上半身から骨盤前傾を導き、体重が両座骨上に支持する姿勢を作り出すことにより下半身に固定性を得る準備が整う。(写真5)

肋骨、脊柱、骨盤の運動性や体重負荷部位を整える治療や股関節屈曲制限を改善する治療は、上記2タイプのアプローチに組み込まれている。しかし、不可逆的な変形・拘縮による股関節の屈曲制限には、無理なSeatingは避けたほうがよい。そのためにもSeatingに先駆けて、股関節は事前にX線で必ず確認する必要がある。

分泌物誤嚥には、嚥下機能の治療も並行し、Seating保持中の、唾液処理能力を獲得しておく。

姿勢適應障害に対し、刺激に対する反応が過敏であったり、拒否的な反応がある児には筋緊張の正常化をはかり滑らかな協調性を高めるハンドリングの中で改善をはかっておく。

## 3、まとめ

身体の成長、障害の進行に各部の寸法・角度が調節可能なものがSeating Systemである。しかし、そのシステムに適應させ、なおかつ長期間使用するためには、“坐らせるための治療”“坐り続けるための治療”が不可欠である。Pre-Seatingの概念とともに椅子を制作・使用することが、より適正のあるSeating Systemの発展に必ず寄与すると考える。

今回は、実際のケースで紹介したい。



写真3



写真4



写真5

