

## 座位から臥位までの動作

医療法人社団石鎚会  
リハビリテーション部  
石濱 崇史

座位から臥位までの動作は、健常者と言われる私たちの生活のなかでは頻度が少ない動作の一つではないだろうか。病院等の施設に入院されている患者は、主たる生活の場がベッド上であることが多く、リハビリテーションの場面において臥位から治療を開始する場合もあり、座位から臥位までの動作の頻度は多いと言える。しかしながら、問題点の抽出において、座位から臥位までの動作の実用性が検討され、能力低下として挙げられることはほとんどない。

座位から臥位までの動作は、対称的な姿勢から非対称な姿勢を経由して対称的な姿勢に戻る動作であり、狭い支持基底面から広い支持基底面へ変更がなされる動作でもある。今回、健常者における座位から臥位までの動作について確認を行った。開始姿勢である座位より、一側上肢の肘支持の際に必要な肩関節周囲筋の筋活動が増大するとともに、体幹屈曲筋の筋活動が増大し体幹は軽度屈曲位となる。続けて一側の中殿筋の筋活動が増大して股関節は外転していくとともに、少し遅れて反対側の大内転筋の筋活動が増大し股関節は内転して、両下肢をベッド上に位置させていく。また、下肢の挙上によって生じる体幹の回旋に対して、肩関節の内旋筋である広背筋の筋活動が増大し体幹上部の回旋を制動しながら、殿部、背面の順でゆっくりとベッド面へ接地し両肘支持となる。その後、求心性収縮として活動し体幹軽度屈曲位を保持させていた体幹屈曲筋は、遠心性収縮として働きながら肩甲帯、頭部の順で接地し臥位となる。

本セミナーでは、座位から臥位までの一連の動作を表面筋電図の結果とともに確認していきながら、理学療法を行なう上での注意点について、考えていきたい。