
資 料

回復期リハビリテーション病棟における
車いすシーティング援助の実際
—ケア提供者の語りから—

草 地 潤 子, 境 裕 子
横 山 悦 子, 辻 容 子

Practical Assistance in Wheelchair Seating
at a Convalescence Rehabilitation Ward
—According to Care Providers—

Junko Kusachi, RN, MSN, Yuko Sakai, RN, MSN
Etsuko Yokoyama, RN, MSN, Yoko Tsuji, RN, ME

Abstract

The actual conditions of seating care for elderly persons using a wheelchair with decreased Activities of Daily Living (hereafter ADL) in a convalescence rehabilitation ward and their causes were clearly identified by interviewing four caregivers (a physical therapist, occupational therapist, nurse, and care worker). As a result, nine codes, “inclined sitting,” “sacral sitting,” “sitting correction,” “maintenance of the sitting position,” “assistance for activity,” “wheelchair performance,” “procurement of wheelchair and seating tools,” “seating process,” and “effect of seating,” could be abstracted.

According to the care providers, inclined sitting is often caused by a wheelchair too large for the patient, but can also be caused by the paralyzed side being pressed on the seat due to not understanding sensory disorder and motor paralysis of a stroke. Sacral sitting is caused by decreased body strength and fatigue. Inclined sitting can be improved by inserting a cushion on the inclining side and using a wheelchair table, and sacral sitting can be improved by inserting a cushion under the knee to prevent the pelvis from slipping, or behind the back where it contacts the chair in order to ease the pain.

Sitting correction, at one hour intervals, is considered to be essential for elderly persons with decreased ADL living in wheelchair. To get out of bed during the day and stay awake, helping the patient recognize the purpose of sitting in the wheelchair, and pursuing activities appropriate for each patient is considered to be important.

For the seating process, the research subjects mentioned how they communicated together during work regarding the patients targeted for seating and the seating period at the hospital. In their everyday relations with the patients, the physical and occupational therapists recognized that the

受理：2009年1月19日

effect of seating influences the improvement of daily activities of the patient more than the nurse and care worker.

キーワード：車いす，シーティング，回復期リハビリテーション病棟

I. 研究の背景

寝たきりの発生率の低下に努めるため、厚生省（現厚生労働省）は1980年代後半から「寝たきり老人ゼロ作戦」の展開をはじめた。この頃から、高齢者施設において日常生活行動（以下ADLとする）の低い高齢者は寝たきりを予防するために、日中は車いす上で生活するよう援助する方向になった。座位で過ごすことには生理的機能を活性化させる効果もあるが、長時間不適切な車いすに座らされていることによって、ADLの低下した高齢者は、自力で座位姿勢を整えることができず、すべり座り（仙骨座り）や傾き座りによる骨格・内臓への影響、浮腫の発生、長時間同一部位の圧迫やずれによる褥瘡の発生などの問題が生じている。

上記のような現象の要因として、車いすの問題やケア提供者の車いす高齢者の生活援助の有り様が関連していると思われる。車いす座位姿勢を調整するシーティングは近年着目されるようになり、理学療法士や作業療法士による報告が見られるようになってきた（斉藤, 2001；加島, 2006；能勢他, 2006）。また、吉川（2008）によれば、施設で勤務するケア提供者（理学療法士、看護師、介護士）が今後学びたいと思っていることは、シーティングの基礎やシーティング上の実践や各施設での取り組みなどシーティング技術に関することであつた。しかし、施設におけるシーティング実践やシーティングにおける各職種の役割や援助について記述された文献はまだ少ない。

本研究では、回復期リハビリテーション病棟で患者のケアに従事する看護師・介護士・理学療法士・作業療法士が車いすを使用する高齢者を中心としたシーティングケアにどのように取り組んでいるか、その実際の話をしてもらうことでケアの実態を浮かび上がらせ、望ましい車いす高齢者への援助方法についての示唆を得る。

これにより、さらに重症な、高齢者施設などで長時間の車いす生活を余儀なくしている高齢者や寝たきり高齢者の対応の一助となると考える。

II. 研究目的

リハビリテーション病棟において、ADLが低下し、車いすを使用して生活する高齢者へのシーティングケアの実際およびその根拠をケア提供者の語りから明らかにする。

III. 用語の定義

シーティング：ヒトの座位姿勢と、それを重力空間上で保持するための（車）いすとして構成される概念である。ヒトが（車）いすに座った状態を身体的・社会的に最適化することで、（車）いす使用者の生活の質を向上させることを目的に、医療や保健、福祉、工学などさまざまな立場から提供される技術や活動の総体である（光野・吉川, 2007）。本研究においては、車いすに限定する。

回復期リハビリテーション病棟：脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、食事、更衣、排泄、移動、会話などのADL（日常生活動作）の能力向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同で作成し、これに基づくリハビリテーションを集中的に行うための病棟である。病棟に専従の医師1名、理学療法士2名、作業療法士1名を常勤として配置すること、看護職員は入院患者の数が15：1（最小必要数の40%以上が看護師であること）、看護補助者は30：1であることとの基準が定められている。

IV. 研究方法

1. 研究参加者

研究参加者は、A県A市にあるX療養病院回復期病棟に勤務する看護師1名、介護士1名、理学療法士1名、作業療法士1名の計4名であった。看護師は副主任、理学療法士は主任の役職に就いていた。X療養病院看護部に研究協力の依頼を行い、参加者の紹介を受け、直接会って研究目的を説明の上、参加への同意を得た。

2. データ収集期間

平成20年8月6日～同年8月15日

3. データ収集方法

座位姿勢が崩れた(仙骨座り、傾き座り)絵をもとに、現在行っている車いす使用高齢者へのケアについて、1人1回1時間程度の半構成的インタビューを行った。絵を用いた理由は、座位姿勢の崩れた患者への援助、シーティング調整をどのように認識しているかについて話を引き出しやすいと考えたためである。絵に描かれている患者の様子をきっかけとして、各インタビュー対象者が普段接している患者をイメージして話してもらうようお願いした。インタビュー内容は許可を得てICレコーダーに録音し、終了後録音内容を書き起こした。質問内容は以下の通りである。

- ・姿勢の崩れることについての原因とその援助方法についての実際
- ・座りなおしに関する実際の援助方法と考え
- ・車いす座位の調整方法(シーティング)の実際(手続き)、またその手続きに関する考え
- ・車いすで生活する患者への援助でこころがけていること

4. データ分析方法

インタビューの逐語録を分析する手順は、佐藤(2008)の質的データの分析方法に準拠した。すなわち、文書化されたデータから本研究テーマに該当する文書セグメント(会話の一部分)を抜粋し、セグメントの要約からコードへと進めた。その際にはそのセグメントの意味内容を

吟味し、前後の文脈やインタビュー時の雰囲気、文献による理論なども参考とした。なお、分析の妥当性を確保するため、当該領域の有識者からスーパービジョンを受けた。

コードはセグメントをこれ以上抽象化できないレベルまで要約した状態であり、サブコードはコードの下位レベルのカテゴリである。

5. 倫理的配慮

本研究計画は日本赤十字看護大学の倫理委員会の承認を得た(承認番号200766)。

対象者への依頼方法は、まず、施設長へ文書で研究協力を依頼し、該当する対象者には、研究者が口頭と文書で研究参加を依頼し、同意を得た。対象者には、研究の主旨を文書および口頭で説明し、同意が得られた後、研究途中であってもいつでも研究を辞退できることを伝え、辞退により施設でのケアに不利益が生じないことを保証した。得られたデータは研究内容から施設・個人が特定されないよう扱い、この研究以外には使用しないことを確約した。研究結果の報告を希望するか尋ね、報告書の送付先は研究協力者の希望により施設または自宅に送付することとした。自宅送付希望の場合は報告書送付のみを目的として住所の記載を依頼した。

V. 結 果

4名の研究参加者の概要は、表1の通りである。

逐語録から、車いすシーティングの実際とその根拠に関連していると思われる文書セグメントを抜き出した。各研究参加者からは、28から52のセグメントが抜粋された。表2には語りから抽出された車いす患者の座位保持、シーティングに関連するコード、サブコード、サブコ

表1 研究参加者の属性

論文内 仮 称	性別	職業(資格)	経験年数	役 職
A	F	理学療法士	8年	主 任
B	F	作業療法士	5年	
C	F	看護師	8年	副主任
D	M	介護士	5年	

ードを構成するセグメントの要約，その具体例を掲示した。

以下，抽出されたコードごとに，分析結果を述べる。

1. 傾き座り

傾き座りをしている高齢者の正面からの絵を見て，また実際にケアしている患者について自由に語ってもらった。サブコードとして，「傾き座りの理由」「傾き座りの影響」「傾き座りへの援助法」が抽出された。

「傾き座りの理由」では，傾き座りは脳卒中で運動麻痺がある人に多いこと，傾き座りの原因は，脳卒中により感覚が障害されているため感覚を確かめようとして，また運動麻痺を理解していないために，動くつもりで麻痺のある上肢または下肢を車いすのアームや座面に押し付ける，バックレストやベッドに反り返るなどの行動が見られることによると考えていた。体に合わない大きい車いすもまた，姿勢が崩れ傾く原因であることが語られた。「傾き座りの影響」では，内臓に圧迫を受け，骨格が変形することになって苦痛が生じ，視覚的に物が捉えることができないことから食事や作業が満足にできないことが述べられた。「傾き座りの改善方法」としては，傾く方向へのクッションの挿入や，車いすテーブルの使用により姿勢を正すことがケア提供者4名から共通に述べられた。

2. 仙骨座り

仙骨座りをしている高齢者の側面からの絵を見て，自由に語ってもらった。サブコードとして「仙骨座りの影響」「仙骨座りへの援助方法」が抽出された。

傾き座りに比較し発言が少なかった。「仙骨座りの影響」として，痛みや疲労が生じること，作業に集中できないことなど傾きすわりと同様の影響が述べられた。仙骨座りが生じる原因として，体力が低下し，疲労していると生じやすいことが述べられた。理学療法士からは，側面からみた状態で骨盤が寝てしまっており，それを起こすことが必要であるということが述べられた。骨盤が滑らないようクッションを膝の下

に入れる，背中の中の当たる部分にクッションを入れるという方法はどの職種も行っていた。理学療法士からは，正しい姿勢にさせ患者の反応を見ること，「ちゃんと座れるようになりますよ」と正しい姿勢が取れるようになることを認識させる，円座のようなものを坐骨に入れるという方法も紹介された。

3. 座りなおし

姿勢が崩れた患者にどのような方法で，どのようなタイミングで姿勢を直しているかということについて質問した。その結果，「座りなおしの方法」「座りなおしの時間間隔」「患者の体の動かし方」「患者による対応の相違」のサブコードが抽出された。

正しい姿勢を維持するためには座りなおしが不可欠であり，生活動作の向上や，認知の回復も早くなることが理学療法士，作業療法士から強く主張されていた。「座りなおしの方法」については，各職種より実際行なっている方法が述べられた。方法は職種によって異なっていることが明らかになった。看護師，介護士は脇の下に両腕を差し入れ，脇で引き上げる方法，理学療法士は，脇の下から両腕を差し入れ，患者の手を持ちながら後ろに引くという方法をとっており，作業療法士は，患者の横隔膜のあたりで両手を組み，引き上げる方法をとっていた。ADLが回復してくれば自力で座りなおすように促すということも語られた。

「座りなおしの時間間隔」は，ベッド上で寝たきりの患者の体位変換の間隔よりも短い1時間程度で座りなおしが必要であるというのは各職種共通の認識であった。

「患者の体の動かし方」では，体に触れる前に声を掛けて座りなおすことを認識させること，フットレストに足を乗せるときは，ただ持ち上げるのではなく，身体の生理的動きを意識して動かすことを心がけていることが述べられた。また，仙骨すわりの患者のズボンを持って後ろに引っ張ることで直そうとしているのを目撃するが，ズボンが股に食い込む，そのような援助を行われること自体が不快感を生じさせてしまうと好ましくない例についても述べられた。

表2 各コードのサブコードと具体例

コード	サブコード	要約	具体例
傾き座り	傾き座りの理由	<ul style="list-style-type: none"> ・感覚障害のため麻痺側を押付けて間隔を確保めようとしている ・倒れないよう筋緊張高める結果崩れる ・運動麻痺の理解が得られていない 	<p>感覚とかが、もしかしたら左側のほうに障害があつて、接地してないかについて判断がつかない方が多いのかと思うんですが、分からないので、わざと量を増やしてついでに可能性もある。お尻に掛かっている体重が乗せられてついでに感覚の情報がないか頭に入っていないかについていろいろがあるので、わざと逆側、麻痺側のほうに押し付けて、情報をみようとしているものもあればいい。</p>
	傾き座りの影響	<ul style="list-style-type: none"> ・苦痛 ・姿勢の崩れていることにより食事が見えにくくなる ・車いすテーブルを入れ前に倒れないようにする 	<p>食事の動作のときもこの状態で食事取ると、全然ちゃんやと食事がとらえられないんですね、曲がついていつちゃうので、それを見ることすらなかなかうまくできないうのがあつて、必ず何かをするときというのは、座位を整えた後にとつてもうよくなことはしますんで、食事のときはなるべくこの座りにならないようにして、食べてもらいますね。</p>
	傾き座りの改善方法	<ul style="list-style-type: none"> ・倒れる側にクッションを入れ、両側に均等に座れるようにする ・足をフットレストから下ろし、大腿や足底を接地させる 	<p>最初はこんなに前かがみになつたりしていたんですけど、それは簡易的に差込について、机みたいのやつで、それだと本人乗つていうんですけど、それだとやつぱりこが(ひじ)が赤くなっちゃうんで、クッションしてという感じです。こちら側(倒れているほう)にクッションいれて、なるべくこちら側をあけていこうと思いますね。</p>
仙骨すわりの改善方法	仙骨すわりの影響	<ul style="list-style-type: none"> ・痛みや疲れが生じやすい ・安楽でない姿勢では作業することはできない ・骨盤を立てるように足底を床に接地させる ・すべらないようにクッションを入れる ・実際にすわっている状態を見て姿勢の評価をし、骨盤を起すことなどのような反応があるか観察する ・円背の人は背中の接地面を増やすために背部にクッションを入れる 	<p>でもだいたいこういうふうなことをしている人つて1時間も座つていられおしりが痛くなつてしまつたり、疲れてしまつたりあまり長いことすわつていられるのを見ることがないですね、徐々に時間を延ばしていつて感じてですね。</p>
	仙骨すわりの改善方法	<ul style="list-style-type: none"> ・実際にすわっている状態を見て姿勢の評価をし、骨盤を起すことなどのような反応があるか観察する ・円背の人は背中の接地面を増やすために背部にクッションを入れる 	<p>・仙骨座りのときは骨盤がやつぱり寝てしまふ方が多いので、骨盤を立てるようなことを、ちょっと誘導するような訓練とかしていつたりしますね。あと、おなかとか背中の筋肉とかが強いことが多いので、そういうところから訓練としてやつていつたりだとか、あと、座り方自体を常に変えていくように、病棟のほうにお知らせしたり、あと、クッションの入れ方とか、足が床面に着いたほうが安定する座位になるの、なるべくそうすると骨盤が立つてきたりするので、それでなるべくそういう座位が長く保てるようにしたいんだけど、それをやるといいますね。</p> <p>・高齢で、年配の方なんかはこうやって、これが普通に保持できてる姿勢だつたりすると、難しいこともあります。そういう場合台は背骨のところとかバツクしてくると思うので、この後ろにクッション入れてみたりとかすることも。</p>
座りなおしの方法	座りなおしの影響	<ul style="list-style-type: none"> 患者の脇に手を入れて引き上げる 	<p>やつぱり直すときはやつぱりそれ(脇から引き上げる)を使つていいますね、まずは整えるところから始めているので、本人さんではなかなかできなくて多いから、こちら側で整えますね。</p>
	座りなおしの時間間隔	<ul style="list-style-type: none"> 座位では圧力がかかる部位が一定なため、1時間程度で座り直しが必要 	<p>結構座位のほうがもう当たっている場所つて一定なので、(2時間)もうちょっと頻回にやつたほうがいいのかなと思いますけど、今うちの病棟ではそこまで動けない方つて、そんなにないんです、ほかの病棟になつてくると、かな、本当にもう寝たきりな感じの患者さんが多いんで、徐圧が必要だと思ふんですけど、1時間…、1時間ももたないかもしれないですね。</p>
患者の体の動かし方	急に動かされた刺激によって緊張が高まる	<ul style="list-style-type: none"> 患者から言われて直す 	<p>あと座り直すときに一声掛けて「座り直しますよ、お尻を後ろに引きますね」という言葉での声掛けがないのに急に動かすと、緊張している人は動かされた刺激によって余計緊張が高まつたりしちゃうんですね、急に動かされてびっくりして「怖い」と思つて、だから、そういう声掛けをまずしてから姿勢を正すとかが一番大事ですかね。あと脇にクッション入れるときなんか、まひの手をグッと引く張つて痛がつたりとかするので、優しく持つとか、基本的なことと思ふんですけど。</p>
	患者による対応の相違	<ul style="list-style-type: none"> 患者から言われて直す 	<p>やつぱりしゃべれる方というのは、自分が苦痛だつたらすぐ言ってくれるので、対応は早くなると思ひますね、しゃべれない方はこつちが気が付かないと直せないの。</p>
座位保持方法	姿勢崩れの防止方法	<ul style="list-style-type: none"> 座りなおしをするよりは崩れないように膝の下に枕を入れる。 	<p>私たちは簡易的に上げることができるけど、あげてもこの人は多分30分後にはするすするすという感じだと思ふんで、私はこののした(ひざの下)に枕を入れてしまつて、ずるすするすしないようにとかはしてました、前の病院ではターミナルも持っていたので。</p>
	休息または起きること	<ul style="list-style-type: none"> 座らせきりの繁華(浮腫)を発症させないために移乗する。日常生活行動をこまめに援助することで姿勢を変える。 ・本人の意思を尊重して休憩時間を取り入れる。 	<p>・座つていて長時間同じ姿勢になつてきているということが、やつぱりむくむくと思ひますね、だから座つていられるだけというのは、ちょっと問題かなと思ふんです。座つたり寝たり、あとはその姿勢を変えることで、動きが入ってくるので、姿勢を変換させるだけでも、トランスファーするだけでもいいと思ふんですね。</p> <p>・本人に聞きますね、しゃべれる方が大勢いらっしゃるんですけど、でも、座つてテレビを見ていたのが、いつの間にかうやうや寝ている聞き者さんいもいらっしゃるので、起こしてどうしようします、寝ますか、横になりますか?つて、本人に聞きますね。</p>
活動への援助	休むために座るのか、活動するために座るのか、座ることにも目的がある	<ul style="list-style-type: none"> ・休むために座るのか、活動するために座るのか、座ることにも目的がある ・すわつて活動することを提案することによってただ座るためだけでなく長くとれるようになる。 	<p>・やつぱり何かをするために座るに僕らは座るんであつて、何もしないで座つていられるということは、僕らは普段段々うやうや寝ていられるんですよ、何か目的があつて座るので、やつぱり何か?、何でもいいんですけど、本を読むとか、ただ座ること大事つて「じゃあ座つていよう」と言つていられるし、座つていられるだけじゃつまらないというのがあると思うので「じゃあ座つて、みんなで体操しましよう」とか、座ることでも何か楽しめることがあると、モチベーションが良くなつて、時間も長くなれるだろうし、いい効果が出てくると思ひますね。</p>
	活動へのモチベーション	<ul style="list-style-type: none"> ・休むために座るのか、活動するために座るのか、座ることにも目的がある ・すわつて活動することを提案することによってただ座るためだけでなく長くとれるようになる。 	

車いすの 性能	活動性の向上	車いすの性能が向上することによって、日常生活の自立性につながり、QOLが向上する。	軽い車いすとかもどんどん増えてきてますし、アーモレストとかが外れるやつがありますよね、足でこぐような人なんかは、(フットレスト)いらなかったり、逆に面倒じゃないですか。トランスファーなんかするときに、モジュラー車いすっていうんだっけ。そういうのが普通になっていくと、誰にでも合わせやすくていいですね。高き調節とかも何段階かできるような車いすっていうのが今、主流になってると思うんです。だから本当は病院の中でもそういう車いすを提供できると、もって機能が向上したり、動きが活発になっていくのかもしれないことは感じます。
	日常生活行動における不便さ	車いすの性能が不十分、および施設設備の問題もあり、日常生活行動がスムーズに行えていない場面がある。	車椅子だと洗面所に行ったときに、ここ(ひじかけ)がガツンとあたっちゃうけど、もうちょっと行きたいのに行けない、ユニバーサルスタイルというのじゃないの、ここは、健康者がいすとかにさわるってするには十分やりやすいんですけど、車椅子だとつかつとあたっちゃってしまっっちゃうやい人だと一生懸命こうやらなきゃいけない、おなかと机が空いて、そういうのはあるんですけど。
車いすおよびシグナル用具	車椅子用品購入のむずかしさ	・病院の車いすの種類や台数は患者の構成にマッチしていない ・性能のいい新しい車いすは高価であり揃えられるだけの余裕はない ・長く使う可能性があれば家族に購入を勧める。	ADJLの医療区分とかが高い人じゃないともう入院ができてない病院になってしまったので、本当にレベルがすごい悪い方が多いので、前はそうでもなかったもので、通常の一般の車いすをいっぱい買ってしまったって、実際今はもうそういう患者さんが少なくなくなってしまったので、リクライニングをちょっと増やしてはきてますけど、なかなかコスト的にスムーズには買えないんで。
	日用品で補う	・車いす座位姿勢の保持のためのクッションのかわりにタオルで代用する ・長く使う可能性があれば家族に購入を勧める ・快適に座位保持、移乗ができるよう故障部位を日用品で補修する。	物がないので、タオルをやったりとかはしているんですけど、おんなじ車いす、車いすはリハビリ室で管理しているんですけど、その人に合った車椅子というのは選べないんです、いけないんだと思うんですけど……、選べるとしたらこの(座面)高さだけ、リクライニングと低床と高いのと、それが現状ですね、そのなかでタオルしたり、快適に差込して、ちょっとでも長く乗で、ご飯の間だけでも座っていられるように、そんなことしかできない……ですね。
シーティングのブローセス	対象患者	食事の最中や車いすをこいでいるうちにずりおちて姿勢が自分で直せない人	やはり車いすをこいでいるうちに、どんどん背盤が後傾していつて、ずり落ちちゃう患者さんとか、食事中にどんどんずり落ちちゃうとか、ずり落ちちゃう人が一番多いですね、ずり落ちちゃう人とか、あとは斜めになっちゃう人ですね、車いすからはみ出て今にも姿勢が崩れそうという人に、もうちょっとうまく姿勢がとれないかという相談は時々ありますね。
	時期・期間	・シーティングの調整は入院直後から行う ・1回シーティングポジションをとって終わりではなく1週間ぐらい経過を見る、状態の変化に応じて見るのも見るので1回で終わりにしない	・早いときは入院当日に、車いすを用意するときに、その人の高さに合ったかというのを調整するんですけど、大きなサイズとかフットレストの高さとか、座ったときの姿勢で、どこにクッションを入れるかというのは、早ければもう入院当日からやりますね、そういう場合でも、2〜3日以内ぐらいにはポジションしますね、リハビリで、 ・大体1週間ぐらい試してみないと、本当にその人に合ったかどうかも、すぐに短時間で分からないんですけど、シーティングのポジションって、1回やってそれでOKでもなくて、やっぱり何回か位置を変えたりしないと、その人の本当のいいポジションってできないと思っているので
ケア提供者のコミュニケーション	役割分担	・車いすの選択はPT・OTが主体で行っている。 ・患者の状況については看護師・介護士からリハビリ職へ報告がある	理学療法士さんとか作業療法士さんがリハビリ室にいくたびに車椅子の調子をみてくれたりとかするので、メンテナンストとかの面で言うてくれたりするんですけど「あ、車椅子変わったね」「こっちのほうが良かったから」って、患者さんにあつたものがあったりすると変えてくれたりはするんですけど、その点ではこっちから言わずとも、ですね。
	職種のコミュニケーション	・カンファレンスで援助方法について意見を述べ合う ・日誌で伝達する ・クッションを入れる位置などは図にして食堂などの目のつく位置に貼る。	・週に4回、カンファレンスをしていまして、そのうちの3回はセラピストの方も同席してもらっているんで、その場で「この人にケアはどうなんだ」という話し合いをしています。それ以外でも、病棟でリハビリをするのも多いので、病棟にセラピストの方は常に誰かいるので、会ったときにその場で話したりということもしています。 ・座席したいんだけど、座り直しができないから、ここにクッションを入れましょうみたいな紙を作るんですけど、紙を作ったのと、実際一緒にやってみてみたら、病棟のほうでやり方を定着してもらえらるようになりまして、その位置が正しいんだっていいことで刺激が入ってくるので、周りにも意識が向きますし、もう全体的にアップしていくっていう印象は常にごろごろから感じていきます。
シーティングの効果	ケア提供者の認識	座位保持を整えていくことによって、徐々にADLがアップするのを実感する。	常日ごろからその座位を整えていくつていうことをするんですけど、端座位が安定するのが早い。背もたれ無しでも、こういう座位に付なけいけませんし、こういう方なんだと右手を使えるはずなのに、この姿勢だとなかなか使えなかったりするんですけど、真つすぐな状態だと動きが広がるんですけど、取りたいものが取れないようなことが増えていくので、あと、視算の情報とかがとらえやすくなるんですけど、この位置だと全然、あんまり首の動きとかも制限がちょっととされてしまうんですけど、この位置が正しいんだっていいことで刺激が入ってくるので、周りにも意識が向きますし、もう全体的にアップしていくっていう印象は常にごろごろから感じていきます。
	患者自身の認識	座位保持を援助していくにつれ、患者のほうが援助の理由を体感で認識するようになる。	姿勢も変わりましたね、「クッションをいれてくれ、入れないだめなんだ。」といつてくるようになります。最初は「こんなのいらなんだよ。」つていつてたんですけど、徐々に楽になるし、やっぱり動かないっていうのがわかったみたいで、「入れてくれ」つて車椅子に移動するときに、自分からも言うように。

「患者による対応の相違」では、たとえば頸部が曲がっている、体幹が傾いている、坐骨が前方に滑っている等、姿勢が崩れていたときは、すぐ直してほしいというのが作業療法士の意見であった。しかし現実的には、病棟で姿勢が崩れたままの姿を見ることがあり、「ああ、また崩れているな」と、座り直しが浸透していないことを残念に思っている語りがあった。現場において患者の日常生活に関わる介護士からは、患者からの訴えが優先し、訴えられない人には対応が遅くなる傾向があることが述べられた。

4. 座位保持

座っている姿勢がなるべく崩れないような援助の方法について語ってもらった。サブコードとして「姿勢崩れの防止方法」が抽出された。

座位保持の援助としては、臀部を車椅子座面の深くに配置し骨盤を立てるように座らせ、足はフットレストから下ろして地面に接地させることが重要であるとしていた。しかしインタビューでは、職種によりその原則の意味が理解されていないために、実践されていない現状もあることが語られた。臀部が座面上で滑らないようひざを高くするクッションを入れること、麻痺側の上肢が車いす外側に下がっていかないように支える車いすテーブルを使用すること、ひじの下にクッションなどを入れて褥瘡や痛みが生じないようにすること等の方法が述べられた。

5. 活動への援助

「休息または起きること」「活動へのモチベーション」のサブコードが抽出された。このコードは最もセグメントの数が多く、病棟で援助にあたる看護師・介護士が文書数としては多かった。看護師と介護士では着目する方向性が多少異なっていた。看護師は、日中離床して覚醒していることが患者の健康のためには必要であると考えており、覚醒していなければ覚醒するための方法を試行錯誤し、コーヒーの香りを用いるなどの刺激による方法も活用していた。それには家族の協力も仰いでいた。しかしそれが効を奏するかは患者の身体状態の調子に左右され、車いすの上でうつぶせに寝てしまうこともある

ことも語られていた。車いすに座りたがらない患者は、半ば強引に乗車させ、座ったらテレビを観るなど患者の好きなことをして満足してもらうようにしていることを語っていた。介護士は、患者の意思を尊重し、寝たいときにはベッドに戻るかということも患者に聞くこともあるが、疲れて車いすの上で寝てしまう患者もおり、仕方の無いことと寝たままにしておくこともあることが語られた。起きて座るためには目的が必要だと考え、作業療法士の提案によって紐通し(積み木の穴に紐を通す)やジェンガなどが行われているが、患者の個別性に合った活動を患者とのコミュニケーションから探求したいと語っていた。

6. 車椅子の性能

「活動性の向上」「日常生活行動における不便さ」のサブコードが抽出された。病院で使用している車椅子の性能や病棟の設備が、排泄や口腔ケアなどの生活において、車いすが必要な高齢者に不便をもたらしていることが語られた。自走(自分で車いすを操縦して移動する)レベルにある患者は、軽くコンパクトな車いすが活動性を向上させ、標準型車いすに付属しているフットレストやフットベルトなどの装備が転倒の要因にもなることなどが語られた。

7. 車いすおよびシーティング用具の調達

「車いす用品購入の難しさ」「日用品で補う」のサブコードが抽出された。このコードはどの職種も現状に満足していないことが述べられていた。病棟で使用できる車いすの種類が非常に限定されており、状況の変化に対応しやすいモジュラー車いすは使用されていなかった。シーティング用具も個々の患者の状況に応じることには不可能であり、「クッションも患者全員分あるわけではないので、タオルなどで隙間を埋めたり」など、タオルやゴム製のすべり止めマットなどを代用品として使っていた。移乗時に足を巻き込ことによって生じる皮膚剥離を予防するために、職員が毛糸で編んだ手作りカバーなどを用いていることが述べられた。長期に使用する物であれば、患者家族に「こういうものを

購入してください」と持ち込みを依頼しているという。

8. シーティングのプロセス

「対象患者」「時期・期間」「役割」「職種間のコミュニケーション」のサブコードが抽出された。「対象患者」は、筋緊張が高く突っ張って移乗に困難な人、食事の最中や車いすをこいでいるうちにずりおちて姿勢が自分で直せない人について、看護師・介護士から理学療法士・作業療法士に相談することが明らかになった。「時期・期間」では、作業療法士が入院直後なるべく早期にシーティング調整を行うこと、1回シーティングポジションをとって終わりではなく、その患者の座る姿勢に応じて問題が解決するまで行うことが語られた。シーティング調整は、座位の状態の変化を加味する必要があるところから、1回の調整で終わりにならず、1週間から長い人では1カ月ほどかかることが述べられた。「職種間のコミュニケーション」においては、コミュニケーションの場合はカンファレンスや機能訓練の送り迎えの場が語られ、電話で行われる場合もあった。また決定したことの伝達は、介護日誌に書く、また理学療法士、作業療法士が看護・介護職に行ってほしいことは図に書いて患者のベッドサイドや食堂の壁に貼るということを行っていた。

9. シーティングの効果

「ケア提供者の認識」「患者自身の認識」のサブコードが抽出された。シーティングを専門的知識に基づき計画的に行っている理学療法士・作業療法士は、シーティングによって患者の姿勢がよくなるとともに生活動作がよくなっていることを強く認識していた。作業療法士は特に、患者の経過を追って観察しており、座っている姿勢の頸部の角度などにも注目していた。「患者自身の認識」は看護師・介護士からの語りによるものであり、シーティングを導入してしばらく経過した患者が、患者自身から姿勢を保持するためにはシーティングやクッションの活用が必要であることを言葉で表現することをとらえていた。

VI. 考 察

1. 姿勢の崩れ

分析の結果、姿勢崩れの代表である傾きすわりと仙骨すわりについて、原因や援助方法について広く適用できる知見が得られた。

「傾き座りの理由」のコードからは、傾き座りが単に脊柱の側弯や運動麻痺の上肢の重みだけではなく、多様な原因によって生じていることが述べられていた。

傾き座りや極度に姿勢が変形している患者については、原因を短絡的に判断することは危険であり、詳細なアセスメントに基づき正しい援助方法を用いる必要がある。専門的知識を持つ理学療法士、作業療法士に相談することが望ましいと思われる。

日本の病院で多く用いられている標準型車いすは、シート幅、シート奥行き40cmで、身長175cm体重70kgの人におおむね適合する大きさであり、高齢者、特に女性では大き過ぎ(佐藤, 2006)、患者の体格に適合しないことがほとんどであるが、クッションやタオル、車いすテーブルを活用して体と車いすの隙間を埋めることで患者の体が傾くのを予防することができることが語られ、実際のケア場面に活用可能と考えられる。しかし、車いすテーブルは、肘が当たって褥瘡が発生したり、患者の活動を抑止するために用いると、抑制となるので、活動を妨げないような装着の仕方をし、意思を尊重してはげたり、痛みや皮膚の状態の観察を定期的にする必要がある。

車いすはもともと患者移送のための用具であり、患者が長時間座るためには設計されていない。

光野(2007)は「車いすの上で快適に過ごすことができない。自分で何とかできる方はさっさとベッドに戻り、しゃべることができる方はベッドに戻れることを訴え、ベッド上で休息していた。ほかにはおちついて休息できる場所はなかった。それができない方はお尻を前方に滑り出して姿勢を崩していた。そしてその方たちにはごていねいにもそうした滑り出しを食い止めるための抑制帯やシートベルトがあてがわれていたので

ある」と述べている。仙骨座りは無言の「疲れた、休息したい」のサインであり、休息できるように援助するべきである。円背で背骨が当たる部位にクッションをあてがうことや、滑らないようにする援助も有効であると思われるが、座位時間が長時間に及ばないように配慮する必要がある。

2. すわりなおすこと、姿勢良く座らせること

姿勢崩れについて実際に行っている援助についての語りから以下の知見を得た。姿勢が崩れた状態が長時間に及ぶと、内臓の圧迫や骨格の変形をきたし、援助がしにくくなる。その悪循環を断つためには、姿勢の崩れをこまめに観察し、正しい姿勢で座ることができるように座りなおして姿勢を直すことが重要であることが強調されていた。姿勢が崩れることは同一部位に圧力がかからないようにするための、人間の自然な行動である。シーティングを行ったとしても、姿勢が全く崩れないということは現実的に不可能であり、同一部位に圧力がかかることにつながる。本研究の参加者は、座りなおしの目安としては姿勢の状態もあるが、同一部位への圧迫を避け、血流を正常化させるためにも1時間程度で姿勢を変えることが必要と考えていた。文献によれば、「臥位での圧迫は2時間が限度であり、座位ではもっと短くなる」(Henderson, 1981)とあるが、車いす座位における患者での検証が必要と思われる。すわり直しの方法はケア提供者によって方法が異なっていたが、患者に痛みを与えることなく、関節への負担や皮膚への摩擦を最小限に行うことが望ましい。またその際、患者の体に触れるときには言葉かけにより姿勢を直すことを意識させることや体を他動的に動かすときにも生理的な動かし方をする必要がある。参加者の語りでは車いすに移乗したときには、原理・原則に基づいて、深く座らせ、股関節・膝関節・足関節が90度を保ち、足底は床面に降りている状態を心がけていると語られていたが、参加者の現場ではそのように援助していないケア提供者もいることが遠慮がちに述べられた。参加者の現場だけでなく、多くの現場で同様の課題があると思われる。現場

の多職種のケア提供者が全員その原則の意味を理解し、意識して行っていくことが必要である。そのためには演習などを通して、原則を守って座らせることで快適な座位を保ち、仙骨すわり・傾き座りにさせないことを体験的に知ることが必要であると思われる。

3. 活動・休息への援助

シーティングではないが、車いすへの移乗をケア提供者に委ねる患者にとって、ケア提供者が人の活動休息をどのように考えるかは重大な問題となる。いすに座るということは健康な人にとっては、休息のため、食事や学習など活動のため、とある程度目的は明確に分けられるが、車いすを使用する患者の状態は多様で、すわる目的があいまいである。それは患者の意思ではなくケアする側の思惑が優先するからである。本研究の語りでも、日中は体を起こしたほうが生活のリズムがつき、筋肉の衰えがなど身体の機能の低下を防ぐことができると、起きることに意欲的ではない患者も起こして車いすに移乗させていた。しかし、まだ休息したいのに車いすに乗せられ、車いすに乗るだけで何もすることが無ければ、車いすにすわるモチベーションがなく苦痛でしかない。患者に車いすに乗る目的を認識してもらう、それが出来なければ、起きて楽しめる時間をつくる必要がある。その患者に合った活動は何かを探索するということは、患者の生活、人生観を知ることにつながり、そういったかわりをする中で、患者はおだやかな満足度の高い時間を過ごすことができる。Roach, S. M. (2006) は「ケアリングとは感じ取り応答する能力である。関与すべき誰かまたは何かに反応すること、すなわちそれ自体において重要なものとしての価値に反応することである」と述べている。実践の現場では、それぞれの職種が定められた業務の遂行を求められる中においても、全ての職種がケアリングに参加することが望まれる。

4. 車いすおよびシーティング用具

車いすが患者の状態に適合していないことによって、日常生活の快適性は確保できず、患者

の自立への意欲を促進することができない。立ち上がりには、労力を要する足がつかない車いすや、移乗時に下肢がからまってしまうようなフットレストは、日常生活動作の自立を阻害することが語りより明らかとなった。座面の高さを変えることができたり、アームレストやフットレストを取り外すことができるモジュラー車いすが増えれば、これらの問題はかなり解消できるが、これらの車いすは標準型に比較して単価が高い。しかし高齢者の自立性を高めることができれば、医療費コストの削減につながる。逆に自力座位が取れないほどにADLが低い患者にはリクライニングやティルト機能をもつ車いすを用いて頸部や体幹を安定させ、休息がしやすいような車いすを選択することが望ましい。

木之瀬(2008)は、「車いすの上に座布団を使用すると仙骨すわりの原因となり、円座は限局した部位に圧力が集中するので褥瘡予防腰痛予防の効果は全くない。……中略……シーティングでは、車いすで姿勢を安定させ褥瘡を防ぐ観点から、車いす専用クッションが必要不可欠」と位置づけ、車いすを選ぶ時に一緒に車いす専用クッションを選ぶことを推奨している。持込の座布団や円座を用いている場合は褥瘡発生を助長する可能性があることを患者本人および家族に説明し、理解してもらう働きかけが必要である。

5. シーティングのプロセス、またその効果

光野(2007)は「座位での問題を発見するためには、特に生活に密着して支援する看護職、介護職との協働は不可欠であり、逆に全ての問題にPT・OTが介入しなければならないわけではない。生活に密着した支援を提供する職種による一次評価や、その次元での問題解決といった取り組みがなされてはじめてPT・OTが問題解決にあたる事が出来る」と述べている。

シーティングのプロセスは、研究対象者の職場では暗黙のものとして、言語化されてはいないがうまく機能しているのかもしれない。どの職種とまではいかないまでも、座位能力分類などを用いて、レベルによっては専門職への対応

を依頼するなどの方法も考えられる。判断基準があることはケア初心者にとっては快適な職場環境であり、それはすなわち患者にとっても安心できる療養環境である。

本研究参加者は、皆、シーティングを行うことによって患者の姿勢がよくなり、日常生活行動の自立性が高まっていることについて言及していたが、作業療法士、理学療法士は特にシーティングをすることの効果を感じていた。患者の生活を改善させようと意欲的に取り組んでいることの効果が現れることは仕事へのやりがいにつながる。多職種の協力があってこそ、患者の健康回復のためのケアは成功すると考える。よい効果が現れたケースについては職種間で成果を共有することによって、患者ケアに携わる人のシーティングについての意識を高めることにつながると考える。

VII. 本研究の限界と課題

研究課題を明らかにする方法として本研究では参加者にインタビューを行う方法をとったが、研究参加者が各職種1名ずつと少数であり、一般化には限界がある。今後、参加数を増やし検討する必要がある。また、研究参加者は、自身のケア技術を言葉で表現しきれない部分もあり、それを補うために参加観察や定点観測などの方法と併用することで、より現場の状況が明らかになると思われた。今回は、回復期リハビリ病棟での研究を行った。より車いすの使用時間が長く、移乗の援助が困難な要因を含む長期療養病棟や老人保健施設、認知症専門病棟などでも研究を積み上げていきたいと考えている。

VIII. 結 論

回復期リハ病棟において、ADLが低下し車いすを使用して生活する高齢者へのシーティングケアの実践およびその根拠をケア提供者(理学療法士・作業療法士・看護師・介護士)4名にインタビューをすることで明らかにした。その結果、「傾き座り」「仙骨すわり」「座りなおし」「座位保持」「活動への援助」「車いすの性能」「車

いすおよびシーティング用具の調達」「シーティングのプロセス」「シーティングの効果」の9コードが抽出された。

「傾き座り」「仙骨座り」の座位姿勢の崩れについては、傾き座りは体に合わない大きい車いすによって生じることが多いが、脳卒中の感覚障害や運動麻痺を理解していないことによる座面に麻痺側を押し付ける行動からも生じているととらえていた。仙骨すわりでは体力の低下や疲労が原因と考えていた。傾き座りの改善方法としては傾く方向へのクッションの挿入や車いすテーブルを使用する。仙骨すわりの改善方法としては、骨盤が滑らないようクッションを膝の下に入れる、背中の当たる部分にクッションを入れるという方法が行われていた。

「座りなおし」「座位保持」については、車いすで生活するADLが低下した高齢者には座りなおしが不可欠であり、生活動作の向上や、認知の回復も早くなること、1時間程度で座りなおしが必要であると考えていることが明らかとなった。座位保持のためには臀部を車椅子座面の深くに配置し骨盤を立てるように座り、足はフットレストから下ろして地面に接地させること、麻痺側の上肢を支える車いすテーブルの使用、膝の下にクッションなどを入れる方法が述べられた。

ケア提供者は日中離床して覚醒していることが患者の健康のためには必要であると考えており、起こして車いすに乗せるということが行われている。個々の患者に適した車いす上のできる活動を探求するためには、職種間での意見交換が必要である。

病院で使用している車椅子の性能や病棟の設備には課題があり、家族の協力を仰いだり、代用品を活用するなどして工夫してケアが行われている。

シーティングのプロセスでは、研究対象者の勤務する病院でのシーティングの患者、時期、役割、コミュニケーションにおける協働の必要性が述べられていた。シーティングの効果については、看護師・介護士に比べて理学療法士・

作業療法士の方が、患者の生活行動の向上に影響があることを日頃のかかわりから感じていた。

謝 辞

本研究を行うにあたりインタビューにご協力いただいたX療養病院の職員の皆様に感謝を申し上げます。また、ご指導いただきました先生方に御礼を申し上げます。本研究は、平成19年度日本赤十字看護大学課題研究費の助成を受けて実施いたしました。

文 献

- Henderson, V., & Nite, G (1978)／荒井蝶子監訳 (1981). 看護の原理と実際—基本的ニードと援助. 135-136. メジカルフレンド社.
- 廣瀬秀行・木之瀬隆(2006). 高齢者のシーティング. 三輪書店.
- 加島守(2006). 障害者・高齢者のよりよい生活を支えるシーティング—高齢者の事例から見る適切なシーティングによる生活環境の改善例. 月間総合ケア, 16(2), 42-46.
- 木之瀬 隆(2008). 褥瘡を防ぐポジショニング&シーティング 座位姿勢を見直そう. ナース専科. 28(4), 60-65.
- 光野有次・吉川和徳(2007). シーティング入門 座位姿勢評価から車いす適合調整まで. 中央法規.
- Roach, S. M. (1992)／鈴木智之・操華子・森岡崇(1996). アクト・オブ・ケアリング (pp.83-85). ゆみる出版.
- 斉藤芳徳(2001). 車いす使用高齢者のシーティングと生活展開に関する報告. 川崎医療福祉学会誌, 15(2), 529-537.
- 佐藤郁哉(2008). 質的データ分析法—原理・方法・実践. 新曜社.
- 佐藤史子(2006). 適切なシーティングの方法とは. 月刊総合ケア, 16(12), 16-24.
- 吉川和徳(2008). 車いす上での身体拘束廃止方策普及事業報告書. 32-46. 日本シーティングコンサルタント協会.