

2. 回復期脳血管障害 患者の移乗動作援助技術

熊井初穂 酒井和江

IRYO Vol. 61 No. 5 (360-363) 2007

キーワード 回復期脳血管障害, 移乗動作, トイレ動作

はじめに

移乗動作とは、今いる場所から目的の場所へ乗り移る動作のことをいう。

移乗動作は移動動作とともに ADL の各動作の中に基本動作として含まれる。そのため、離床の促し、車椅子坐位やトイレ動作など、様々な場面における移乗動作の可否が日常生活の場の拡がりを規定し、さらに QOL にも大きく影響するので、この能力の維持・拡大に向けた対応が求められる。

回復期の脳血管障害患者においては、機能障害レベルの回復を最大限に引き出すこととともに、その障害レベルに応じた、残存機能を最大限に利用して、安全で可能な限り介助量を減らしていく援助技術も必要である。また、片麻痺が主な障害となるため、その移乗動作は基本的には坐位からの立ち上がり、非麻痺側下肢を軸にしての方向転換、腰掛けるの三動作で構成される。

今回は回復期の脳血管障害患者における、①車椅子とベッド間、②車椅子と床間および③車椅子と便座間の移乗動作をとりあげ、その援助技術について述べる。

図 1-6 に右片麻痺患者を想定しての移乗動作を

介助の有無によって表した。

車椅子とベッド間の移乗

1. ベッドから車椅子への移乗(介助を要する場合)
ベッド端に腰掛けた姿勢(端坐位)からの立ち上がりや立位保持が自力では困難な例では安全確保のために介助が必要となる。

車椅子は患者の非麻痺側にベッドに対して30-45度の位置に置き、ブレーキが掛かっていることを確認する。介助者は患者の前方から図1の手順に従って立ち上がりと方向転換を介助し安全に移乗させる(図1)。

非麻痺側下肢の筋力低下による立ち上がり困難、麻痺側の膝折れ、立位バランスのくずれ等による転倒に注意が必要である。

2. ベッドから車椅子への移乗(介助が不要な場合)
図2の手順に従って移乗を行う。

3. 車椅子からベッドへの移乗(介助が必要な場合)
車椅子を患者の非麻痺側にベッドに対して30-45度の位置に固定する。介助者は患者の前方から図3の手順に従って立ち上がりと方向転換を介助し安全に移乗させる。

国立病院機構 東埼玉病院 リハビリテーション科

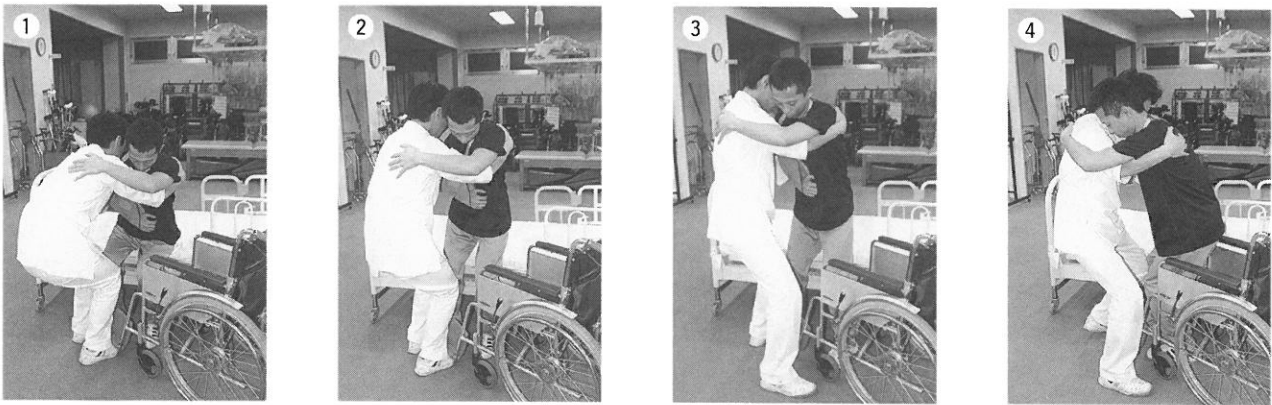
別刷請求先: 熊井初穂 国立病院機構東埼玉病院 リハビリテーション科 〒349-0196 埼玉県蓮田市黒浜4147
(平成18年12月14日受付)

Series of Articles on Rehabilitation 5

Skills of Transfer Assistance to Stroke Patients in Recovery Phase Rehabilitation Wards

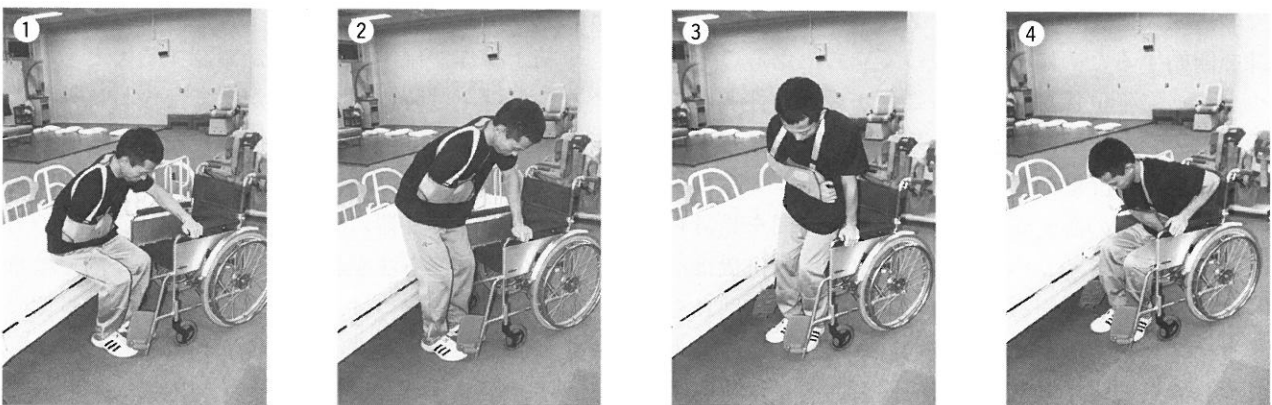
Hatsuho Kumai and Kazue Sakai

Key Words: stroke patient in recovery phase, transfer, toileting



- ①殿部を前方へずらし、浅く腰掛けさせる。
- ②腰部または腋窩部を支持し、膝折れを防ぎながら、患者を前方へ誘導する。
- ③膝で患者の膝を支持しながら、非麻痺側の下肢を一步踏み出させる。
- ④殿部が車椅子のシートへ向くよう、非麻痺側を軸に体を回転させ、ゆっくりと坐らせる。

図1 ベッドから車椅子への移乗（一人介助レベル）



- ①上肢で車椅子のアームレストを把持し、殿部を前方へずらして浅く腰掛ける。
- ②アームレストを把持したまま、立ち上がる。
- ③殿部が車椅子のシートへ向くよう非麻痺側の下肢を一步踏み出す。
- ④ゆっくりと坐る。

図2 ベッドから車椅子への移乗（自立レベル）

立ち上がりが軽介助レベルの患者では、介助者が麻痺側に立って膝折れを防止しつつ側方から介助する方法もある。

がポイントとなる。

この動作が床や畳から椅子への移乗や立ち上がり動作の自立へと繋がっていく。

車椅子と床間の移乗

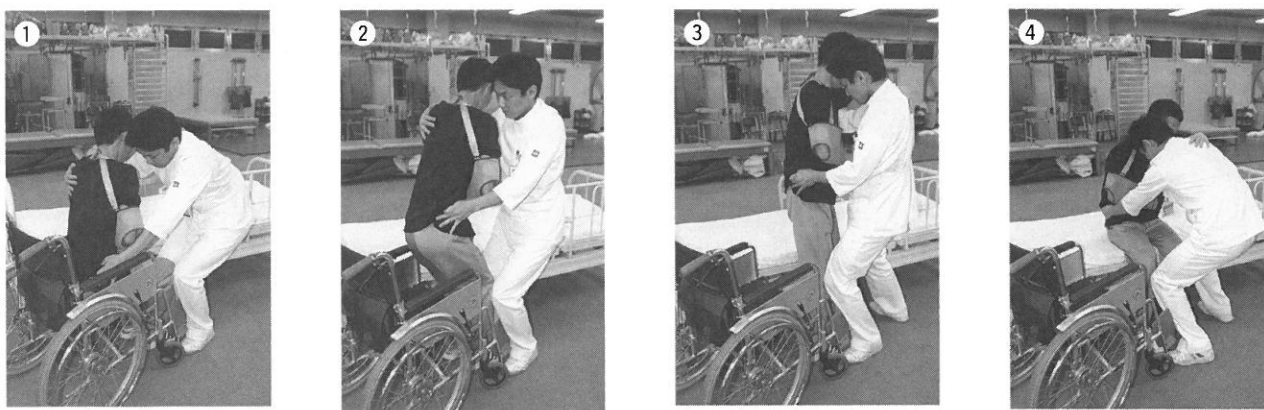
床から車椅子への移乗（介助が不要な場合）

床から車椅子への移乗の手順は図4に示すとおりである。

麻痺側下肢を前方にしての片膝立ちへの姿勢変換

車椅子と便座間の移乗およびトイレ動作の自立

トイレ動作は、便器までの移動と移乗、ズボンの上げ下げ、後始末の各動作に分けることができる。排尿、排便のコントロールができていない場合にも、コントロールを意識化させていくためには、トイレ



- ①殿部を前方へずらし、浅く腰掛けさせる。
- ②腰部・腋窩部を把持し、膝折れを防ぎながら、患者を上前方へ誘導する。
- ③介助者は患者が動く方向の足を移動させ、患者の殿部がベッドへ向くよう体を回転させる。
- ④ゆっくりと坐らせる。

図3 車椅子からベッドへの移乗（一人介助レベル）

での排尿、排便を促すことが必要である。トイレ訓練を開始するためにはつかまって立ち上がることに、つかまって坐位保持ができることが最低条件となる。

1. 二人介助レベル（図5）手すりにつかまっても立位保持に介助がいる場合

尿意、便意の訴えがある時または、時間を見計らって車椅子でトイレへ移動する。車椅子の位置はベッドと車椅子間と同様、非麻痺下肢を中心に回れるように便器に対して非麻痺側が30-45度になるようにする。患者は手すりまたは介助者の肩を保持し、介助者の一人は麻痺側から起立動作と立位保持を助け、もう一人は非麻痺側に立ち、便座方向への回転とズボンの上げ下げを介助する。じっと坐ってられない患者、手を離すと転落する危険性がある患者の場合には介助者はその場を離れてはいけない。

2. 一人介助レベル（図6）手放し立位保持ができない場合

自立への準備として、車椅子の駆動、便器への車椅子の位置づけ、ブレーキ、フットレスト、麻痺側下肢の上げ下ろしの口頭指示を行う。介助者は非麻痺側に立ち、立ち上がりと同様に回転、便器へ腰掛けることを誘導しながら患者自身で可能な動作は実施していただく。ペーパーを片手でちぎることを教え、股の間より手を入れて後始末することを教える。下衣の上げ下げは介助する。排尿、排便後にナースコールを押して人を呼ぶことができるかを確認し、できない場合には動き出すのをチェックできる場所で待機する。

3. 見守りレベルから自立へ

車椅子操作が確実にできるか確認するとともに、下衣の上げ下げ時にバランスが保てない時に補助ができる場所（図6と同じ）に位置する。手放し立位が不安定な場合には手すりへの寄りかかり、壁におでこをつける、便器に下腿部を接触させるなどの方法で安定を図る方法を教える。狭いトイレ内では車椅子を正面に位置づけ、立ち上がった後に反対側の手すりに持ち替える方法が役に立つ、また、数歩の伝い歩きができると車椅子をトイレ内に入れられない場合にも手すりがあればアプローチできる。環境が変化しても確実にできるように練習を繰り返しながら自立の時期を見極める必要があるが、高次脳機能障害を持つ場合には自立が困難なことが多い。とくに、半側空間無視と注意障害を併せ持つ場合にはブレーキやフットレスト、麻痺側下肢の上げ下ろしを忘れることによる転倒のリスクが大きくなるため、到達目標に合わせた訓練が大切となる。車椅子から杖歩行に移行した場合には、立位でのドアの開け閉め、杖を置く位置などの安全を再確認する必要がある。

おわりに

移乗動作を行う場面は多種多様であり介助方法も様々である。基本を踏まえながら、介助から自立へ、病棟から在宅へと状況に合わせて病棟職員、家族と連携を図りながら安全に訓練を進めていくことが大