

認定看護師から学ぶケアの極意  
脳卒中リハビリテーション看護 1  
活動性向上と早期離床に向けた  
ベッドサイドケア〈1〉  
齋竹 一子 佐藤 幸恵

月刊ナーシング  
**NURSING**

2010年7月号 / 第30巻 第8号 / 通巻389号

**学研**

認定看護師  
から学ぶ  
ケアの極意

新連載

# 脳卒中リハビリテーション看護

第1回

## 活動性向上と早期離床に向けた ベッドサイドケア〈1〉



齋竹 一子  
Kazuko Saitake  
NPO法人動作介助研究会理事長  
@ (あっと) 訪問看護ステーション所長・看護師  
1983年慶應義塾大学医学部附属厚生女子学院卒業、慶應義塾  
大学病院、東京天使病院勤務を経て、2007年より現職。



佐藤 幸恵  
Yukie Sato  
NPO法人動作介助研究会事務局長  
@ (あっと) 訪問看護ステーション・理学療法士  
2001年東都リハビリテーション学院理学療法学科卒業、東京  
天使病院を経て、2008年より現職。

脳卒中による機能障害のある患者のセルフケア能力を高めQOL向上をめざすためには、早期からリハビリテーション的な視点をもって患者に介入することが有効だといわれています。今回と次回の2回にわたり、日常のケアに+αの“スパイス”を加えることで、早期離床に向け活動性向上をめざすケア方法を紹介します。なお、第1回と第2回は、認定看護師教育機関の教員の方々に執筆を担当いただきます。(編集部)

撮影協力：特別介護老人ホーム 水彩館のスタッフのみなさん

### 鉄は熱いうちに打て

脳卒中を発症し、障害をかかえると、昨日までは何の苦労もなく思うように話し、動くことができた日常が一変してしまうことさえある。そして、そこから一生、障害とつきあっていかななくてはならなくなる。したがって、脳卒中リハビリテーション看護は一時的なものではなく、先を見通し、その人にとっていま何が大切なことかを見きわめ、実践していく看護にほかならない。

リハビリテーションの内容は、急性期、回復期、維持期とそれぞれの回復段階によって考えられているが、次のステージで結果が現れ、そこではじめて評価され

るのではないだろうか。たとえば、急性期のケアは、回復期の結果によって評価されるのである。

各ステージでの看護は優先順位が異なるが、一貫して大事なことは、現在の身体機能を5年、10年と維持するための取り組みである。急性期であっても身体を動かすことを維持しなければ、命は助かっても寝たきりになってしまうためである。

半年以上になる急性期・回復期の入院生活も、その後も続く長い人生のなかでは短い期間である。入院期間は、看護師や理学療法士などのリハビリテーションセラピストという専門職が集中してかかわることのできる、とても貴重な時間である。そのため、いかに入院中に予後の意

識をもってかかわるかで、その先の患者のQOLに大きな違いが生じてくる。入院中に獲得したADLが、その先の人生を左右する。まさに“鉄は熱いうちに打て”なのである。

### 残存機能を生かした セルフケア能力の維持・向上

それぞれの患者は“何ができて、何ができないのか”を、観察とアセスメントによって、残存機能を見きわめていくことが大事である。できないことを補うとともに、患者の強みである“できること”に着目し、すこしでも“できること”を大事にすべきである。すべてを手伝わずとも、患者自身で可能な動作があれば、

## ベッド上で実施する活動性向上と早期離床に向けたケアの実際

### ① おむつ交換時 両股関節外転：開脚

おむつ交換に入る際、股関節内転で開脚しにくくなっているケースがあるが、無理に開かせようとしないことが肝心である。筋肉は元の形に戻ろうとする性質(収縮)が強いので、外力が刺激になってしまおうと伸張されずに、なかなか開脚され

ないことがある。これを踏まえうえで、おむつ交換に入る前の股関節内転筋の持続的伸張が開脚には有効であり、おむつ交換のたびに筋を伸張することで拘縮予防につながる。

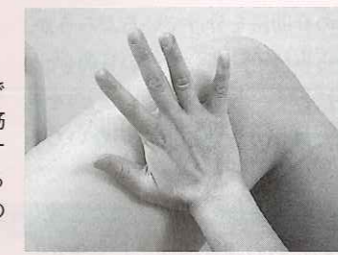


× ダメな例

ここでは閉じている脚は開かない。加える力が強すぎて本人にとっては不快となる。開くどころか、患者は抵抗して閉めようとしてしまう。

### 手の位置に注意!

介助を行う際の徒手接触は、点より面が望ましい。指先でつかむのではなく、手掌を筋腱部にあてジワッと開脚するとよい。開かせようとするより、介助を受ける側の負担を考慮することが重要。



### 介助のポイント

- 介助を“加える”のではなく、患者に「脚を開きますよ」と声をかけ、してほしい動きを求めながら行うようにする。これだけでも、患者は入っていた力を抜いてくれることが多い。
- 患者の顔を見ながら行い、痛み配慮する。筋肉は一気に弛緩することはないので、ジワッと持続的にストレッチする。目安は10秒程度。回数を多く行うよりも、持続的伸張をきちんと行うほうが効果を期待できる。

すこしでも生かして動かすことが次につながっていく。

また、それを“習慣化”することが大切である。脳卒中は高次脳機能障害を有することの多い疾患のため、理論や理屈ではなく、習慣として身体を動かすよい方法を身につけることである。“できる”ということは心地よい体験であり、次のステップに向かう原動力となる。また、一度身体で覚えたことは簡単に忘れない。

リハビリテーションは訓練時間内だけで行うのではない。患者にとって病棟で過ごす時間は長く、この時間をリハビリテーションのために有効活用することは可能である。

そこで今回と次回、病棟での日常ケアにリハビリテーションを組み込んだケアの実際例を、**1** ベッド上およびベッドサイドケアの意識的なかかわり、**2** 個々の身体機能に合わせた介助法の選択、**3** “患

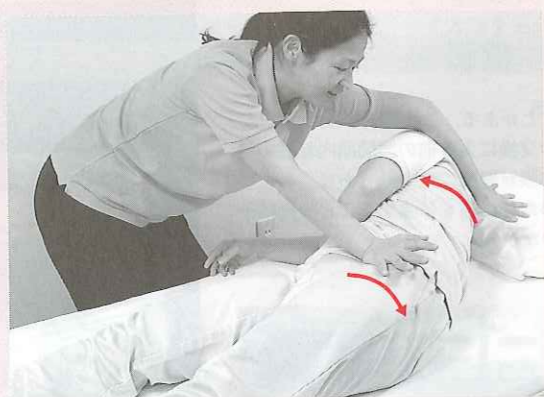
者の動きを手伝う”という視点、という3つの側面から紹介する。これらのほかに個別の介助方法もあるが、今回はどの患者に対しても重要と思われるケアを提示する。

看護師が日常のケアのなかで“ついでに”行える方法として、今回はベッド上で行える以下のケアを取り上げた。

- ① おむつ交換時(両股関節外転：開脚)
- ② 体位変換・起き上がり介助時(回旋を加

## ② 体位変換・起き上がり介助時 回旋を加えた体幹のストレッチ

人間の身体は「丸太」ではない。人は「ねじれ＝回旋」を有している。寝返り動作にからめて、体幹を回旋するストレッチをするだけでも可動域維持につながる。介助の際は本人の負担を考慮し、頭部から寝返り介助する。引っ張るのではなく、手掌面で徒手接触し、骨盤を斜め後下方の方向にゆっくりと転がす。



### 介助のポイント

- 介助者の視点では、ボディメカニクスで体幹回旋を加えずに、寝返り介助したほうが楽に思えるかもしれない。しかし、臥床が多い患者の場合、脊柱が硬くなり回旋の可動域が制限されるため、介助においても体幹回旋の可動域維持を意識していくことが重要である。
- 寝返りの場面で体幹回旋のストレッチを加えていくと、脊柱の拘縮をきたしにくく、また、排痰しやすくなるというメリットもある。他動的吸引をしなくとも動けば排痰につながるため、患者の負担は軽減されることが多い。

### えた体幹のストレッチ

#### ③ 清拭・更衣時(麻痺側上肢のストレッチ)

#### ④ 口腔ケア時(口周囲筋のストレッチとマッサージ)

#### ■ ベッド上およびベッドサイドケアの意識的なかわり

看護師が毎日行うADL介助の“ついで”にリハビリの要素を加えることが、患者にとっては習慣へとつながっていく。改めてリハビリの時間と決めてかかわると、看護師も業務量が増えた感覚になりやすいため、ベッドサイドケアの“ついで”に行うことがポイントである。とくに、廃用症候群予防に向けたストレッチやマッサージは、将来的にも続く拘縮予防に向けた看護師からの“ギフト”になるのではないだろうか。

#### ② 個々の身体機能に合わせた介助法の選択

ベッドからの立ち上がりやベッドから車椅子に移る、車椅子から便座に移るなどの移乗動作は、日常のなかで頻繁に行われる介助動作である。しかし、看護師はどれだけこの動作についてアセスメントを行っているだろうか。自らの身体を

立って支えられる患者と立って支えられない患者の介助法を分けているだろうか。ベッドから車椅子に移して次の目的(たとえば食事に行く、トイレに行くなど)を達成することばかりを意識していないだろうか。

日常最も多く行われるADL動作を残存機能維持のための訓練場面として生かしていければ、より大きな効果となる。立ち上がれる患者が大腿四頭筋をしっかり使うことで筋力は維持される。正しい立ち上がり動作の介助は、後方重心移動を防ぎ、座位姿勢の安定にもつながる。

それぞれの患者がどのような機能を持っているか、どこを優先的に伸ばすアプローチが必要なのかを考え、とくに移動・移乗の場面では立つことのできる人と、立って自らの身体を支えられない人の介助方法を分けて対応していくことが大切である。患者を「よいしょ」と持ち上げる介助から、機能に合わせた介助法へと変えていくことが大切ではないだろうか。

#### ③ “患者の動きを手伝う”という視点

私たち看護師は、“患者中心の看護”を心がけて対応している。しかしながら、

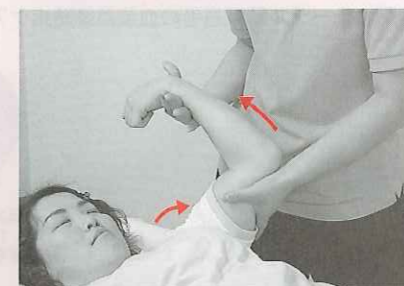
こと“動作介助”となったとき、介助者中心の対応をしていないだろうか。たとえば介助者中心に、患者を動かす移動・移乗、「よいしょ」と動かす体位変換などは力を使う動作になりやすい。そのため、看護師に必要な能力は“筋力”で、動作介助のエキスパートになるには筋トレに励むべきなのだろうか。——いや、そうではない。なぜなら、力の介助は患者にとって決してやさしいものではなく、患者の機能向上につながるとは考えられないからである。認知症の患者がみせる介護抵抗がその例で、したくない動きをさせられてきたため生じたとも考えられる。

動作介助を行うとき、患者を動かすのではなく、患者自身が動きやすくなるような支援を行うことが大切である。

そのためには、私たち健康な人間はどのようにして動いているのかを知り、どう動くことが安楽な動きなのかを、それぞれの患者の機能を考えたうえで判断し、導き方を検討することが必要である。このような介助を行うことで、患者は動ける自分を認識し、次のステップにつながっていくものと考えられる。

## ③ 清拭・更衣時 麻痺側上肢のストレッチ

麻痺側上肢で拘縮をきたしやすいのは、肩関節屈曲と肩関節外転である。介助者は患者の肩関節に近い上腕骨に一方の手を、もう一方の手で前腕を支える。肩関節をストレッチしていくので、手関節を持ち上げるのではなく、上腕骨を介助者の手掌面でジワッとストレッチを加えていく。



### ケアのポイント

- 患者の痛み配慮はするが、配慮するあまり可動域が維持されている範囲のみの運動で満足しないようにする。
- 患者自身で動かせないところが可動域制限される場所なので、回数ではなく最終可動域でゆっくりストレッチすることが大切である。

### × ダメな例



患者の上肢をつかむのは外力が加わりすぎて不快感を与えるためNG。徒手接触は手掌面とし、つかむのではなく支えるようにするとよい。患者の手関節も介助者の指腹で挟むようにすれば十分に保持できる。介助者の指先に力が入れば患者に外力として伝わるため、患者がリラックスできずに無意識的に過緊張してしまうこともある。

## ④ 口腔ケア時 口周囲筋のストレッチとマッサージ

歯磨きなどの口腔ケア時に、頬や舌のマッサージやストレッチを行う。脳卒中発症直後は経口摂取できない時期であり、口腔ケアはなされていても、清潔の保持が目的になっていることが多い。口周囲筋のマッサージやストレッチを施すことで、顎、頬、唇、舌の動きがよくなり、食事を始めるときに誤嚥を防ぎ、おいしく食べることにつながる。



### ケアのポイント

- いきなり口腔内に指を入れると、何をされるのかと患者は不快になりやすいため、ゆっくり頬や顎のマッサージから始める。
- マッサージで筋肉が弛緩してきたところでゆっくりジワッとストレッチを行う。回数ではなく1回、1回をしっかり行うことが大切である。舌もできるかぎりの挺舌を行い、少しでも動きやすくなるよう日々繰り返す。



次号では、移動・移乗や歩行援助などベッドサイドでの日常ケアの“ついで”に行える方法を紹介する。