

# 注意集中と動作の単純化に焦点を当てたアプローチによって — 一連の起き上がり方法を再学習した脳血管疾患患者の一例 —

熊谷 理恵\* 長野県看護大学看護学部  
小田 和美 長野県看護大学看護学部

左視床脳出血で入院後1ヶ月ほど経過していたが、ADLの拡大が図れていなかった77歳の男性への関わりを振り返った事例である。関わり当初は発熱や倦怠感などによって日中のほとんどを臥床している状況であり、自力で寝返りや起き上がりができず座位も安定していなかった。また、軽度の意識レベルの低下と認知機能の低下が存在していた。そのため、適切な起き上がり方を習得できるように関わることで、体力や筋力の低下を最小限にとどめること、バランス感覚を向上させることに着目し、理学療法士と同じ順番で接することにした。また、理解に合わせた指示の仕方をして記憶力の向上、動作の順番を思い出せるように働きかけた。さらにバランスを保持できる姿勢を意識的にとれるように言葉で姿勢の修正をした。その結果、適切な順番に基づいてほぼ自力で座位になり、1時間位の端座位を保持でき、お茶を飲むなどの動作も安定して行えるようになった。以上のことから、適切な起き上がりの順番や座位保持のポイントを患者の状態に合わせて、その方法を修正してから伝えること、身体や環境の状況を整えることなどによって、適切な動作の順番を記憶すること、座位の保持、筋力や体力の維持向上、ADLの拡大、自尊心の向上が図れることが示唆された。

キーワード ⇒ 注意集中, 認知, 動作の単純化, 記憶, 脳血管疾患

## 1. はじめに

近年の高齢社会に伴い高齢者の受療率は年々増加傾向にある。入院においては高齢者が全体の64%を占めている。脳血管疾患の入院患者は約23万人で入院患者全体の16%である。そのうち65歳以上の脳血管疾患の高齢者は20万人であり、全体の86.4%も占めている状況である（厚生統計協会, 2008; 厚生労働省, 2005）。

脳血管疾患に罹患した場合、状態が安定していれば急性期より機能回復訓練が開始されている。高齢者の脳血管疾患の予後は背景にある脳病変や運動器疾患、廃用性変化によって左右され（岩本・木内, 2003）、治療には総合評価と早期リハ

ビリテーションが重要であるとされているため、高齢者においても同様に急性期より機能回復訓練が行われている。しかし、高齢者は成人期には見られない生理的な身体機能低下や心理・精神的変化もある（松村, 2001）ため、高齢脳血管疾患患者に対しても、その特徴も踏まえて長期的な視点でリハビリテーションに関わる必要がある。

今回、脳出血で入院した77歳の男性患者（以下、Aさんとする）に関わった。Aさんは罹患後数日でリハビリテーションが開始されたが、日常生活動作（以下、ADLとする）が拡大されず、看護師からの促しがないと自発的に行動しない時期が続いていた。研究者は看護師としてリハビリテーション開始1ヶ月後頃より関わりを持ち始め、患者の注意集中機能や認知機能へ働きかけるために動作を単純化した声掛けを援助に取り込むと、徐々にではあるが活動範囲が広がり、ほぼ寝たき

\*[連絡先] (勤) 〒399-4117 長野県駒ヶ根市赤穂1694  
長野県看護大学看護学部

りの生活から、ほとんど自力で座位になり日中は端座位で過ごす時間が増えるまでになった。そこで、この事例への介入方法について検討したのでここに報告する。

## 2. 事例の概要

### 2-1 対象者

氏名：A氏，年齢：77歳，性別：男性

現病歴：脳出血（左視床）

主訴：呂律がうまく回らない

現病歴による症状：右上下肢不全麻痺，構音障害，嚥下障害，意識レベルの低下（GCS：E4V4M6），見当識障害，神経因性膀胱，尿失禁，便秘

既往歴：肺手術（62歳のとき，詳細は不明），坐骨神経痛（入院中は訴えなし），左上下肢不全麻痺（詳細は不明，未治療であった），高血圧

職業：入院前まで農業，入院の4年前までは炭焼き

性格：穏やか，口数は少ないが無口ではない

趣味：仕事，庭木の剪定

家族構成：妻，長男夫婦，孫2人と同居

体格：身長160cm，体重85kg（BMI 33.2）

### 2-2 現病歴

20XX年9月30日，自宅で通常通りの生活をしていて身体の動きが悪くなった。疲れたと判断し1日休息をとって様子を見ていたが改善しなかったため，脳神経外科を受診したところ，脳出血と診断され入院となった。入院翌日（20XX年10月2日）にはバイタルサインが安定したためベッドサイドで理学療法が開始された。また，その4日後（20XX年10月6日）より同様に作業療法も開始された。しかし，20XX年10月26日頃より尿路感染による発熱のため臥床時間が長くなり，この頃から，日中寝てしまうことで夜間に不眠になっていた。また，発熱による倦怠感のために洗面，ひげ剃りや清拭などの清潔に関する行為やリハビリテーション（以下，リハビリとす

る）に対して積極的に行動が起こせない状況であった。

### 2-3 関わり始めた頃の状態（20XX年11月1日）

Aさんは自力での寝返り，起き上がりが困難であり，端座位や立位も安定しないためトランスファーは全介助であった。記銘力の低下があり，端座位や立位になるように指示しても，手順が覚えられないために適切な行動が取れなかった。また一つの動作に時間がかかる状況であった。

構音障害と腹圧の低下によって声が聞き取りづらかったが，コミュニケーションは成立していた。嚥下障害があったため特別食を摂取していた。もともと食べることが好きという性格と本人の希望により，右手でスプーンを持ち，左手で茶碗を持って45分～1時間近く時間をかけて自力で摂取していた。

リハビリの内容は関節可動域訓練や寝返り訓練，起き上がり訓練であった。

### 2-4 医師から患者及び家族に行われた病状についての説明

今回はもとの左上下肢不全麻痺に加えて右上下肢不全麻痺が出現し，結果として四肢麻痺となっている。もとの多発性脳梗塞がCTで見られる。脳萎縮も高度である。機能的には麻痺は重くないが，脳血管性認知症，パーキンソン症候群などが今後の問題になってくる可能性がある。

### 2-5 患者自身の医師からの病状説明の受け止め

医師からの病状説明後，医師に何を言われたかか尋ねると，言葉が聞きとれなかったため何を言っていたのか分からなかったが，泣き出していたことから否定的な感情があることが窺えた。

### 2-6 倫理的配慮

今回の実践報告での学会誌への投稿にあたり，意識状態がはっきりしないことがあったためAさん本人への了承を得ることは困難であったが，ご家族（妻）へ口頭にて，学会誌へ投稿すること，論文内では匿名にするため個人は特定されないこと，論文投稿後にデータは破棄すること，論文への投稿を断ることが出来ること，一度了承した後

でも断ることができること、断っても今後の診療等に不利益がないことを説明させて頂き、了承を得ている。

### 3. 問題状況の発生経過

20XX年11月1日

日中は臥床していることが多かったため、定時的に体位交換が行われていた。看護師の促しによってベッド柵を持って身体を支えようと協力的な動作はみられた。しかし、促しがあっても自分自身の力では身体の向きを変えたりすることはできなかった。また、ベッドから車イスへ移動する際は介助で端座位になることができるが、その状態から車イスへ移るために立ち上がって身体の向きを変えることはできなかった。そのため、トランスファーは看護師が全介助で行っていた。この日のリハビリ内容は、寝返り訓練と起き上がり訓練であった。

ベッドアップしてベッド上長座位になると、手拭きを手渡せば右手で持って顔を拭くことはできていたが促しがないと行おうとはしなかった。

20XX年11月2日

前日のリハビリについて「良く動けていましたね」と話しかけると「まだ駄目だ。まだ思い通りには動けない。まだ全然動けないけど、トイレくらいは行けるようになりたい」と言う言葉が返ってきた。ベッドアップ中は長座位でずっと病室から外の景色を眺めていたので、他の場所へ行かないかと誘うと賛同し、車イスに乗って散歩に出かけた。散歩の途中で病院の外に出ると「外の空気は気持ちがいい」と嬉しそうな表情をしていた。病室に戻った後は「疲れた」という言葉が聞かれたためベッドで休んだが、しばらくすると「起きたい。起きていた方が楽だ。」と言って自力で起き上がろうとした。しかし腕に力が入らず、また、両手で左右両方のベッド柵を持って、仰臥位のまま起き上がろうとしたために起き上がることはできなかった。

リハビリ室では起立訓練を行ったが、身体の軸が安定せずAさん一人での立位保持は困難であった。端座位については、身体の前にテーブルを置きそのテーブルに手を付いていると安定するが、テーブルがないと徐々に後ろに倒れてしまう状況であった。リハビリ後に病室に戻ると「疲れた」と言っており、熱を測ると38.6℃ありそのまま休息を取ってもらった。

20XX年11月4日

日中は、活動を促せば取り組もうとする姿勢がみられるが、声をかけなければずっと何もせず寝ていたり、自分からお茶を飲んだり、ひげを剃ったりするなどの行為を行おうとする姿は見られなかった。また、尿路感染と思われる発熱があるため、安静にしていることが多く臥床時間が長くなっていた。

### 4. 問題の理解と目標設定

Aさんはトイレに行けるようになりたいという動機があり、自分から起き上がろうとしたり、日中ベッドから離れることで気分転換がはかっていたため、自力で起き上がり動作ができ離床が段階的に進んでいけば、ADLの拡大に繋がるのではないかと推察できた。そのためには、①Aさんが適切な起き上がり方を習得できるように関わること、②発熱や倦怠感による体力や筋力の低下を最小限にとどめることが重要と考え、さらに③バランス感覚が向上し端座位や立位保持ができるようになるための関わりが必要であることが考えられた。Aさんは脳出血を発症したことにより意識レベルが低下していた(GCS:E4V4M6)ため、特に端座位は、足底がしっかりと床に着くことによって、意識レベルの支配を司っている脳幹網様体賦活系に刺激を与えることができ、バランス感覚を向上させるためには重要であると考えた。さらに端座位が保持できるようになることは、トイレでの排泄ができるようになることに直結しており、覚醒が促され、体力や筋力の維持向上に貢

献できると考えた。

Aさんは、入院前からの左上下肢麻痺に加えて、今回の脳出血によって右半身の知覚障害と右上下肢不全麻痺が生じたこと、肥満体型（BMI 33.2）のために体重と筋力のつりあいが取れにくいことなどから、身体のバランス保持が困難となっていると考えられた。さらに、発熱によって臥床時間が長くなっていること、それらのこと全てが相まって体が動かしにくくなっており、寝返りや起き上がりなどの動作が自力で出来なくなっていることから、筋力や体力が低下していることが推察された。これらに加えて、日中に行われる顔拭きやお茶を飲むことなども促しがないと行えない状況が続いていたため、毎回促しをしないと本人の残存機能を引き出すことができず、関節可動域の減少や体力・筋力の低下が予測された。リハビリ中は理学療法士の指示に従い、身体を動かすことができていたため、病室でもAさんに合った起き上がりの方法を実施すればその方法をAさんが学習でき、体力や筋力の低下を防ぐことができるのではないかと考えた。

これらのことから、Aさんのトイレに行けるようになりたいという希望も加味して、まずAさんが自力で起き上がりができ、端座位を保持できるようになることを目標にした。

## 5. 目標に向かっての実践経過・結果

### 5-1 目標別に見た関わりの経過

発熱や倦怠感が存在していたため、Aさんの体力で行える日中の活動をリハビリとして最大限に生かせるようにし、食事前やリハビリ前の動作時、水分摂取時を利用して起き上がりの訓練を実施することが有効であると考え、Aさんの起き上がり方や意欲を観察し指導をしていくことにした。関わりの経過とAさんの反応や介入の結果は、Table 1に示す。

#### ①適切な起き上がり方の習得

20XX年11月8日

ベッドで熟睡していたが食事を持っていくと目が覚めたため、「起きてお昼ごはんを食べられそうですか?」と尋ねたところ「食べれそうだよ」と返事があった。Aさんに起き上がるように促すと、いつものように左右のベッド柵につかまり、仰臥位のまま起き上がろうとしていたため、一度そのまま寝るように説明し「まず私の方（Aさんの右側）を向いて寝てください」と声をかけて右側臥位に寝てもらい、「足をおろしてください」とベッドから足を下ろすことを促した。その状態から、起き上がる時は右肘（側臥位になった際に下になる側の肘）に力を入れて手をついて起き上がるように説明をした。Aさんが起き上がり方法で混乱しないようにリハビリ中に理学療法士が実施している方法と同じ動作の順番「ア. 起き上がりしたい方のベッドサイドの反対側に身体を寄せる。」「イ. 起き上がりたい方に向けて寝返り側臥位になる。」「ウ. 足をベッドから下ろす。」「エ. 右肘と右手に力を入れて身体を起こし横向きに起き上がる」で実施した。肩と腰に手を当てて支え起き上がりを看護師が介助すると、仰臥位のまま起き上がるよりも軽介助で起きることができていた。

この方法を使うと、Aさんの力の作用が無駄なく起き上がりに活かされているということが実感できたため、この起き上がりの動作の順番に「オ. 起き上がりの一連の動作の順番を覚えることができる」ことを加えて、これらを①Aさんが適切な起き上がり方を習得できることの具体的な目標とした。Aさんは最初の動作を指示しなければ、仰臥位のまま起き上がろうとするため、Aさんが適切な動作の順番を覚えられるように、起き上がり動作をする前に、看護師が「今から起き上がりますよ」と声を掛けて、Aさんが心身ともに準備ができるように心掛けた。また、起き上がり動作に注意を集中できるように看護師はAさんの一つ一つの動作を指示し、その動作が終るまで声を掛けずに待つようにした。そして、Aさんが動作中はその場で静かに見守るように配慮

した。更に、起き上がり動作を小さな動作単位に分け、更にア～エの動作の順番を統一して今後関わっていくことを強化していくことにした。

20XX年11月9日

ベッドで横になって家族と話をしている際に、食事は起きて食べられそうかと看護師が尋ねると「食べれます」と返答があった。「では起き上がりますよ」と声をかけると前日同様に仰臥位のまま起き上がろうとしていたため、Aさんに一動作ずつ言葉で指示し従って貰った。まず一度寝てもらい少し左側に身体を寄せるように促し身体を動かす介助を看護師が行った。その後右側に寝返ってもらい足を下ろすように説明をし、足を下ろすのを手伝ってから起き上がりを支えた。起き上がり後は「疲れた」と言うような発言はなく、前日より自然な動作になってきていた。

20XX年11月10日

水分補給のため看護師が端座位になることを促した。Aさんの左側に身体を動かすように促して移動を手伝った。その後右側に寝返りをうつように促したが、ベッド柵と身体の距離が近く、十分な側臥位にはなれなかった。再び仰臥位になって位置を直してから寝返りをするのはAさんにとって負担になると考えたため、「いつもより身体が右側に寄っていますが、その状態のまま起きてみましょう。昨日と同じ様に右側を向いて下さい。」「右手と右肘に力を入れて身体を起こしてください。」「身体を起こしたら足を下ろしてください。」とAさんの動きに合わせて一動作ずつ指示を出した。動作中に看護師が介助をしたがAさんは起き上がり辛そうにしており介助量も大きかった。

これはベッド柵と身体の距離が近いことで十分な側臥位が取れず起き上がろうとする力が半側臥位を保つ力に分散され、起き上がりに十分な力がなかったと考えられた。十分な側臥位になってから起き上がることで、Aさんの力が起き上がりだけに利用され、起き上がりやすくなることが推察されたため、介助者の動作の順番の徹底とA

さん自身が正しく側臥位を取った方が楽に起き上がれることを実感できるように意図的に声をかけていくことが必要であると実感した。

20XX年11月15日

面会者がおり、Aさんから「起きる」との発言があった。左右のベッド柵をつかみ仰臥位のまま起き上がろうとしていたため、正しい方法で起き上がるように一度寝てもらった。これまで仰臥位から起き上がる際には一動作ずつ指示をして従ってもらっていたところ数日で指示に従った起き上がり動作がスムーズになってきていた。そこで、一連の動作の順番が記憶されているか確認するためにAさんに「起き上がるにはどうしたらよかったですでしょうか?」と尋ねてみたところ、再び仰臥位のまま起き上がろうとした。そのため、看護師は側臥位になるという最初の動作のみ促した。すると、その後は自力で寝返りができ、足もベッドから下ろそうとするため、足を下ろすのを少し手伝い肩と腰を支えて起き上がりを行った。起き上がった後の端座位は安定しており、左手を膝の上に乗せていると端座位のまま30分保持できた。

まだ、Aさんにとって「起きる」という動作とまず側臥位になるという動作が結びついていないことが今回の関わりから理解できた。また、Aさんは最初の動作が正しくできていれば、その後の起き上がるための動作はスムーズに行える段階になってきたと判断できた。そこで引き続きAさんが正しい動作の順番を覚えられるように、起き上がる順番のヒントを出し、Aさんが意識的に動作できるような関わりが必要であると考えた。

同日、Aさんの家族とベッドサイドで話をしていると、臥床していたAさんが「起きるか」と言いながら、半側臥位になったため、足を下ろすように促すと、足を下ろし、ベッド柵につかまって肘をついて自力で起き上がる事ができた。今回のAさんの行動から、まだ確実ではないが、正しい起き上がり方の動作の順番を覚えられつつあることやAさんの身体が起き上がり方を習得できつつある段階ではないかと推察できた。また、

継続的にAさんへの意識づけを行ってきた結果の現れではないかと考えた。

### ②体力や筋力の低下を最小限に留める関わり

Aさんは尿路感染が疑われ発熱を繰り返していた。そのため、抗生剤の投与が開始されており、20XX年11月11日までは38～39度の発熱があったが、11日以降は36度代で落ち着いてきた。発熱をしていた間もリハビリは継続して行われていたため、理学療法士によるリハビリ時間はAさんが解熱をしている時間に調整をして実施してもらった。また、リハビリ後は水分補給を行い、臥床してゆっくり休息を取ってもらうように関わった。

発熱をしていた期間においては、病室で行う寝返りや起き上がりの訓練は、食事をする際の動作やリハビリ室へ移動する際のみとし、必要最低限の活動に留めるようにした。この間、日々のAさんの起き上がり動作の状況、活動に対する思いや疲労感を観察し、解熱した20XX年11月11日頃より日中の活動回数を徐々に増やしていくことにした。そこで、この頃からリハビリ室への移動や食事前の時だけでなく、顔拭きやお茶を摂取する時、散歩に誘って賛同が得られた時なども日中の訓練の機会とした。活動する機会は、当初は1日に1～2回であったが、15日には4回ほどになっていた。

### ③バランス感覚向上のための端座位訓練

20XX年11月9日

起き上がった後の身体がベッドに対して斜めになっていたことと床にきちんと足が付いていなかったため、「もう少し手前に移ってこれますか?」と尋ねると、介助しなくても自力で少し腰を浮かしながら徐々に手前に移ってくることができた。また、Aさんはベッド柵につかまっていたり、手を膝の上に乗せたりして端座位を保持していたが表情も普段と変わらず、特別な努力をしてその姿勢を取っていたわけでは無いようで、自然にバランスを取っていたように見えた。その後、しばらく観察したが後ろへ倒れていくこともなく端座

位は安定していた。

また、以前は身体の横に手を付いて体幹を支えていたため、重心が後に傾き後方へ倒れてしまっていたが、手を膝に置くことやベッド柵につかまらることによって身体の重心をAさんの体幹の前方へ置くことができていたため、端座位が安定したと推察された。

20XX年11月10日

起き上がった後は、足がしっかりと床につく位置まで身体を移動するように促すと介助を必要としなくても自力で身体を動かすことができていた。足のつく位置まで移動した後、端座位のバランスを観察すると少し後方へ傾いていた。そのため手を膝の上に乗せるように説明したところ、重心はやや後ろへ傾いていたが、倒れることなく座位を保持できていた。そのまま、自らマットに手をかけて倒れないように保持したり、ベッド柵につかまってバランスを取っているため、お茶を渡すと、左手はマットにつかまり、右手でコップを持ってお茶を飲むことができていた。やや重心が後ろにあったため、「左手を膝の上に乗せることは難しいですか」と尋ねると「難しいことはない」と返答があり、左手を膝の上に乗せ再びお茶を飲んでいった。横からAさんの座位を観察すると重心が前方にあり安定していた。この状況から、左手を膝の上に乗せることでお茶を飲むという動作を伴った端座位においても安定していたため、この姿勢が有用であることが発見できた。そこでAさんが端座位になった際には、常にこの姿勢が保持できるように左手の使い方に気づくよう関わるのが重要であると考えた。また、Aさん自身に重心の置き方に注目できるように働きかける必要性も見出された。何かを行うという動きを伴った端座位が保持できたことで、今後は様々なADLを拡大できる可能性が高いことが実感できた。

20XX年11月15日

端座位の保持時間をみると、関わり始めは3～4分ほどしか保持できなかったが、15日には40分～1時間ほどまで急激に延長してきていた。ま

Table 1 関わりの経過と結果

月日	起き上がり方法の習得	活動頻度	端座位保持時間
11/8	①前もって説明する ②一動作ごとに言葉で指示する ③一動作が終了するまで声を掛けずに待つ ④リハビリの理学療法士と同じ動作の順番で実施する ⑤動作中は静かに見守る ↓ 仰臥位のまま起き上がろうとするが、効果的な順番で起き上がると介助量が軽減する	・解熱時に実施できるようにリハビリ時間の調整 ・リハビリ後の休息時間の確保と水分摂取の促し ・食事とリハビリ室への移動時のみの訓練の実施 ↓ 1日1~2回の訓練実施	・手を膝の上に置く、または、ベッド柵につかまるように指示する ・身体の重心をAさんの体幹前方へ置くように指示する ↓ 1回の端座位保持時間3~4分
11/9	前日と同様に①~⑤を実施 ↓ 前日より自然な動きになる		
11/10	半側臥位から①~⑤で実施 ↓ 起き上がり辛そうにしており、介助量も多くなる	8・9日の活動以外にも水分摂取時も訓練を実施	・足底が床につく位置まで身体を前方に移動することを指示する ・手を膝の上に置くことを説明する ↓ 動作を伴った端座位ができるようになる
11/11		顔拭き時、水分摂取時、散歩時にも訓練を実施	
11/15	・起き上がりの順番が記憶されたかの確認の実施 ・起き上がりの動作の順番のヒントを出す ↓ 仰臥位で起き上がろうとするが、右側臥位になる言葉の指示のみでほぼ自力で端座位になれるようになる	11日と同様に活動時間の確保 ↓ 1日4回程度の訓練実施	身障者用トイレで排尿の実施 ↓ 端座位保持時間が40分~1時間 車椅子からの立ち上がり、手すりを持ちながらの立位保持、便座への方向転換(上記の逆の動作)がほぼ自力でできる

注)ゴシック体はAさんの反応や介入の結果を示す

た、リハビリ室での訓練が終了した後に身障者用のトイレに寄って排泄をすることができるようになり、「ここまで来れるようになった。」と嬉しそうな表情をするようになった。排泄動作に関してはズボンの上げ下げは看護師が介助したが、車椅子から立ち上がること、手すりを持って立位を保持すること、便座への方向転換や便座に座ること、また、この逆の動作も A さんが自力で行えていた。

## 5-2 目標の達成状況

A さんの希望も含めた目標は、自力で起き上がりができ、端座位を保持できるようになることであった。具体的な目標は「ア. 起き上がりたいた方のベッドサイドの反対側に身体を寄せる。」「イ. 起き上がりたいた方に向けて寝返り側臥位になる。」「ウ. 足をベッドから下ろす。」「エ. 右肘と右手に力を入れて身体を起し横向きに起き上がる」「オ. 起き上がりの一連の動作の順番を覚えることができる」としていた。20XX 年 11 月 15 日における目標達成状況は以下のとおりである。

関わり始めの頃は起き上がることを促すと、A さんは仰臥位の状態です左右両方のベッド柵につかまり、そのまま起き上がろうとして、自力で起き上がることができず再度臥床してしまう状況であった。A さんの身体の状態や体力などを考慮して、看護師がリハビリや食事前の移動時や、水分摂取時を利用して適切な起き上がり方の動作の順番を一動作ずつ説明して誘導し、A さんの記憶に働きかけた結果、適切な起き上がり方法でほとんどの介助を要さなくても起き上がるようになった。次の動作の声掛けをすれば具体的な目標に掲げたア～エは行えるようになり、目標はほぼ達成できたと言える。しかし、「オ. 起き上がりの一連の動作の順番を覚えることができる」に関しては毎回確実に適切な起き上がり方ができるようになったわけではなかった。ただ A さんがまず側臥位になることを思い出し実行できれば、その後につながる動作もほとんどの介助がなくても行える段階になってきていた。そこで起き上がるための最初の動作として、起き上がる方向への

側臥位がとればそのまま見守りで、仰臥位のまま起き上がろうとした時には側臥位になるという声掛けをすることによって記憶を呼び起こすことができると考えられた。

端座位の実施に関しても、当初は 3～4 分ほどしか保持できなかった状態から、最終的には 1 時間ほどまで端座位を保持できるようになった。また、ただ座っている状態ではなく、お茶を飲むこと、タオルで顔を拭くこと、衣服を着脱することなどの動作を伴った端座位も行えるようになっていた。これは、A さんが自分の身体の傾きを体感しベッド柵を持って身体を前方に引き寄せ、倒れないように力を入れてつかまっていたことや左手を膝の上に置くことなどができるようになったことに関連していた。更に身障者用のトイレで 1 日に 1 回程度排泄をすることができるようになった。

## 6. 考察

### 6-1 A さんの認知への働きかけ

A さんは年齢的に考えても高齢者特有の身体機能の低下（思考速度、応用力や記憶力の低下）が存在していた（山岸、2006）と思われる。加えて、もともと多発性脳梗塞があったことや脳出血に罹患したこと、意識レベルの低下が出現していたことなどによって、さらに認知面に関する能力は低下していたと考えられる。また、高齢患者の回復阻害要因の一つに脳卒中の既往が関係すること（飯田・小橋、2007）が明らかになっていることから、A さんが適切な動作の順番を覚えることに時間を要したことの原因の一つになっていたとも考えられた。認知には必然的に知覚・記憶・学習・思考が含まれる（今井・中島（編）、2006）ため、今回のように関わり始めからこの点に注目し、A さんが起き上がる方法を覚えられるようになるまで、A さんが起き上がることに集中できるように指示する言葉以外は話さず静かに見守り、声の掛け方を A さんの状況に合わせて



て変更したことがほぼ自力で起き上がれるようになってきた結果に結びついていると推察できる。また、Aさんは記憶力が低下していたため、新しく体験した移動動作に関するポイントや単純化された多くの一動作を記憶しておける能力は低下していたと思われる。そのため、Aさんの移動に関する介入を行っていた看護師間だけでなく、理学療法士とも全ての移動動作を統一したことは、記憶力が低下していたAさんにおいては有効であったと考えられる。さらに、起き上がり前に動作の順番を全て説明するのではなく、一つ一つの動作ごとに統一したポイントを押さえ、Aさんの動作に合わせてそのポイントを指示したことも、認知機能が低下していたAさんにおいては適していたと考えられる。関わり始めは、Aさんが動き始める前にこちらから動作の方向を指示していたが、経過と共にAさん自身が次の動作を思い出すことができるように話しかけたことは、機能低下していたと思われる記憶力に働きかける機会になったのではないかとと思われる(柳原, 2003)。今回の介入の中ではAさんの認知機能がどの程度であったかなども客観的に判断できるものがなかったが、関わり始めより長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)などの客観視できるものを用いて評価を行うことでよりAさんの認知機能に合ったケアを検討できたかもしれない。

## 6-2 身体面および精神的面へのサポート

Aさんと関わり始める以前より38℃を超える発熱を繰り返しており、そのため、Aさんは必然的に昼夜問わず臥床して過ごす時間が増えてしまっていた。それに加え、主治医から病状説明を受け、自分の置かれている状況を突き付けられ否定的な感情が生じていた時期であったこと、日常生活においても他者の力を借りなければ何もできないという実感などが重なり、とても主体的に活動ができる状態ではなかったと思われる。まずは身体的な負荷を軽減するために、発熱状況や体力に合わせて活動と休息の時間を検討し、必要最低限ではあったが1日2回程度の起き上がりや端座

位のケアを提供したことは、Aさんの酸素消費量を軽減させ、呼吸状態を安楽にし、リハビリに集中できる環境を整えることにつながっていたと思われる。Aさんは発熱を繰り返していたことによって体力が低下していたため、理学療法士とリハビリの時間を調整したことは、Aさんにとってリハビリの時間を最大限に活用できただけでなく、身体的にも精神的にも負担が少なくなっていたのではないかと考えられる。また、こちらから一方的に関わりを持つのではなく、Aさんの希望を聞き、その内容を踏まえて活動内容を決定して関わった結果、Aさんの活動への動機が高まり、ADLの新しい方法を獲得することに貢献できた。また、発症当初は自力で寝返りができない、起き上がれないなどの脳血管疾患患者が一番気に掛けると思われる移動に関する機能が喪失したことを自覚して落ち込んでいても、Aさんが身障者用のトイレで排泄ができ、他者の介助を受けることも良しとするようになったことは、15日の「トイレまでこられるようになった。」という発言から、新たな移動方法があることを発見し、その方法の実現可能性を見出したことによって、移動動作の価値が本質的には残存していたことに気が付き、Aさんの中で価値の範囲(渡辺・本田, 2000)が拡張したと推察できる。また、一度気持ちが落ち込んだ後に必要なADLを繰り返し行うことによって、座位バランスの向上とともに徐々に様々な動作を習得し始めたことで、Aさん自身の身体イメージの変化が起き始めたとも考えられる。その結果、発症後の否定的な感情が薄れ、低下していた自尊心が回復し日常生活においても自発的な発言が聞かれるようになったのではないかとと思われる。

## 6-3 バランス向上の関わりについて

高齢者脳卒中患者における早期リハビリテーションの基本は座位訓練から始まる。また、早期から離床や座位を進めることによって深部静脈血栓症、褥瘡、関節拘縮、嚥下性肺炎などの合併症を予防できるのみならず、発症3ヶ月後の機能障害

やADLを改善させると言われている（小林，2008）。この観点から見てもAさんに端座位の機会を増やしたことは、予備能力の少ない高齢者ほど重症化しやすい身体機能の低下を改善させることに直接的に働きかけることができたと思われる。また、端座位になる際にAさんの足底を床にしっかりとつけていたことは、脳幹網様体賦活系を刺激し低下していた意識レベルの改善に繋がり、日中の覚醒を促した。このことはバランス感覚を向上させるための一助になっていたとも考えられる。さらに認知面の改善にも関係することが推察できるため、適切な動作の順番を記憶する手助けにもなっていたと思われる。これらのことが関連して、急激に端座位保持時間が延長してきたこと、動作が伴った端座位においてもバランスを保持できるようになったことや適切な起き上がりの順番を覚えられつつある段階に至ったなどの身体機能の回復に繋がっていたと評価できる。また、端座位を保持する時間が1時間ほどまで延長したことは、Aさんにバランス感覚を気付かせるような声掛けが効果的でAさんは端座位安定のポイントを身につけることができたことが関連していると考えられた。

#### 6-4 研究の限界

今回の事例であるAさんと関わりを持ち始めた日より、身体面だけでなく認知面においても注意集中と動作の単純化に焦点を当てたりハビリ的な介入を中心に行った結果、Aさん自身の移動動作の変化は大まかに捉えることができた。しかし、身体面においては四肢の麻痺の程度や深部感覚の程度に関する指標等、認知面においては記憶力や判断力、時間や場所の見当識、計算などの認知機能を客観的に評価できる尺度等を使って評価を行っていないため、詳細かつ客観的な評価を提示できないことが、本研究の限界である。

## 7. 研究へのサジェスション

Aさんは、77才という高齢者であり、もとも

との身体機能の低下に加えて、脳出血を罹患したことによって、さらに認知機能の低下をきたしていた。また、主治医からの病状説明が行われ精神的にも落ち込んでいるような様子もあり、とても自発的に活動が出来る状況ではなかった。その様な中、Aさんの毎日の体調に合わせて、起き上がり動作に集中できるように動作の指示以外は話をせず、Aさんの動きの程度にあわせて声の掛け方を変えながら関わった。それに伴い、Aさんの運動機能が徐々に向上し、動き方も覚えられるようになったため、自然とAさんから「○○しようか」などの発言も聞かれるようになった。このように、Aさんへの関わり方について、毎日Aさんへの効果を評価しながら働きかけを継続して行ってきた結果、精神的にも安定感を取り戻し、ADL拡大のための新しいやり方を獲得することが出来たと考えられる。

今回は、Aさんの発言や行動を注意深く観察して関わってきたが、高齢脳血管疾患患者が、脳血管疾患の部位や程度によって、あるいは認知能や高次脳機能の障害の程度によってどのような日常生活動作が再獲得しやすく、逆にどのような動作が再獲得しにくいのか、あるいはどのような学習方法が有効なのかについて研究で明らかになれば、客観的な指標を使ってより効果的なリハビリテーションへの支援方法を見出し、より患者により添えるケアが提供できることが期待できる。

#### 引用文献

- 飯田紀彦・小橋紀之 2007 リハビリテーションにおける高齢患者回復阻害要因 日本老年医学会雑誌, 44, 37.
- 今井四郎・中島義(編) 2006 心理学辞典 有斐閣
- 岩本俊彦・木内章裕 2003 高齢者の主要疾患の診断と治療 *medicina*, 40, 1668-1670.
- 小林康孝 2008 高齢者脳卒中患者におけるリハビリテーションとその問題点 *Geriatric Medicine*, 46, 1173-1177.

厚生労働省 2005 患者調査の概況 厚生労働省  
大臣官房統計情報部

厚生統計協会 2008 国民衛生の動向 厚生統計  
協会

松村豊 2001 高齢者のケア 学習研究社 2-12

渡辺俊之・本田哲三 2000 リハビリテーション  
患者の心理とケア 医学書院

山岸すみ子 2006 高齢者の心理ケア 高齢者リ  
ハ・ケア実践, 4, 52-59.

柳原幸治 2003 脳卒中患者のリハビリテーショ  
ン *Geriatric Medicine*, 41, 929-937.

(受稿：2010年8月12日)

(受理：2012年8月30日)

## A case report of a patient with cerebrovascular disease using an effective sequential method focused on attention, concentration, and simplification of movement

This 77-year-old male patient admitted with left thalamic brain bleeding was unable to improve his daily living skills (ADL) after about one month in the hospital. In the beginning of our involvement the patient was mainly confined to bed during the day because of fever and fatigue. He was unable to turn over on the bed or get up on his own, and he was also unstable in a sitting position. In addition, there was a slight decrease in his level of consciousness and a decrease in cognitive function. Therefore, we focused on three points, 1) instructions of appropriate procedures for getting up, 2) minimization of decline in his physical and muscular strength and 3) improvement of his sense of balance. Furthermore, we decided to try direct involvement with the patient by the same standardized procedures used by physical therapists. The patient was instructed by appropriate methods up to his ability, and was encouraged to improve his memory and to remember a sequence of movements. In addition, the patient was further advised to keep a conscious posture by which his balance could be maintained. As a result, the patient was able to sit up with little support using appropriate procedures. He was also able to maintain an upright sitting position for approximately one hour and to perform movements in a stable manner such as drinking tea. This study demonstrated appropriate methods for improving the above specific goals, the patient's ADL, and his self respect.

**Key words** ⇒ attention concentration, cognition, simplification of movement, memory, cerebrovascular disease

### Authors

KUMAGAI Rie (Nagano College of Nursing)

ODA Kazumi (Nagano College of Nursing)