

高齢者施設におけるシーティング

堀井 圭子^{*1} 新垣 盛行^{*2} 村上 貴子^{*3}
立花あゆみ^{*4} 片桐麻利子^{*5} 木之瀬 隆^{*6}

KEY QUESTIONS

Q1: シーティング相談室における取り組み内容は?

Q2: シーティング相談の効果は?

Q3: 施設入所者に対しシーティングを行う際の問題点は?

はじめに

食事、排泄、入浴等、当たり前のように座って行っていることはたくさんある。ところが、これが介護の場面になると、途端に当たり前でなくなり、あらためて考えなくてはならないものとなる。

今回、われわれはシーティング相談室を通じて、その技術を活用し、「自立支援」「身体拘束ゼロ」に取り組んだ。

■ ■ ■ 施設紹介

1. 概要

福祉法人うらら特別養護老人ホームみづべの苑(以下、当苑)は、2001年4月に東京都北区に開設した。施設を利用する方と家族、近隣、地域の方々、そして法人の職員、すべての関係者に喜んでいただき、信頼される施設として成長するという願いをもって、日々活動している。

事業内容は2004年4月現在で、特別養護老人ホーム50名、短期入所10名、通所介護は一般58名、痴呆10名、訪問介護、居宅支援事業所、そして、東京都北区の委託事業として、在宅介護支援センター、障害者ショートステイ2名である。

通所介護は「大人の通うデイサービス」を目指し、同性介助・専門講師によるクラブ活動等さまざまな取り組みを行っている。また、リハにも積

極的に取り組んでおり、ST3名、OT2名(うち1名は非常勤)、マッサージ師1名、スポーツインストラクター1名が勤務、個別や集団での訓練、パワーリハ等を行っている。特別養護老人ホームは、「ゆったりと寄り添う介護」を目標として、「端座位を保てる方は、オムツの中ではなくトイレに座って排泄をする。食事は車いすではなく、椅子に座って食べる」等、普通の生活を基本にして取り組んでいる。

2. 当苑における椅子の取り組み

当苑では、できることは可能な範囲で自分で行うこととしており、移乗動作も自立できるように、テーブルの高さは3種類、62cm・65cm・68cm、椅子の高さも3種類、35cm・38cm・41cmにしている(図1)。椅子については、食事等、「活動」



図1 3種類の高さの食堂椅子

*1ほりい けいこ：特別養護老人ホームみづべの苑、作業療法士 *2あらがき もりゆき：同、機能訓練指導員 *3むらかみ たかこ：同、介護福祉士 *4たちばな あゆみ：同、社会福祉士 *5かたぎり まりこ：みづべの苑在宅介護支援センター *6さのせ たかし：東京都立保健科学大学、作業療法士
0915-1354/04/¥400/論文/JCLs

表 1 入居者の座位能力分類と要介護度 [人]

要介護度 座位能力	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
座位に問題なし	2	3	7	10	0
座位に問題あり	0	0	1	9	2
座位がとれない	0	0	0	4	8

みずべの苑 (2002 年)

図 2 ベンチチェアの座位 (正面)



図 3 ベンチチェアの座位 (側面)

をするための椅子と、何もしない「休息」の椅子、また車いすについては、評価用を含めて 7 種類を用意し、一人ひとりに合ったものを提供できるよう心がけている。



シーティング相談室

1. シーティング相談室

シーティング相談室は車いす等の福祉用具の相談を受けて、それに対するアドバイスと情報提供を行うことを目的として月 1 回程度実施している。そのため、相談する本人と家族、介護支援専門員等、関係者の同席を原則としている。また複数の福祉用具業者も同席し、必要に応じてその場で、車いすの選定や適合調整を行い、用具のアドバイスを行う。

在宅介護支援センターの相談員が窓口となり、電話、FAX で受け付ける。担当の介護支援専門員より申し込み用紙に基本情報、車いす等の問題点を挙げてもらい準備をする。相談室スタッフは、デイケア担当 OT、機能訓練担当マッサージ師、持養ケースワーカー 2 名、非常勤 OT である。

2. 当苑特別養護老人ホーム入居者の座位能力分類と要介護度について

シーティング相談室は当初、施設入居者から開始した。入居者の座位能力分類と要介護度の関係は表 1 の通りである。46 名中 19 名に対し、シーティング相談室にて、対応を行った。内訳は、介護度 1~3 が各 1 名、介護度 4 が 9 名、介護度 5 が 8 名である。相談の中で提案された、車いす・椅子・車いすクッション等をどのように取り入れていくのか、個人使用で独占する必要があるケース、または共用で必要な時間のみ独占するケース等、相談を重ねる中で、そのうちの 2 名が車いすクッションを、3 名が車いすクッションと車いすを購入した。私達は、開設当初より、身体拘束を一切行わない介護を実施している。利用者はもちろんのこと、関係者、職員が安全かつ快適に生活するために、シーティングに取り組むことは、身体拘束ゼロ、褥瘡ゼロにつながることとして、不可欠となっている。

3. 外部を対象としたシーティング相談室

受け入れ準備を経て、2003 年 4 月から外部の方を対象とする相談を開始した。それ以前に、シーティングに関する講習会を数回実施し、地域の介護支援専門員や、訪問介護事業者、福祉機器レンタル

表 2 シーティング相談室前後のケアプランの変化

時間	1日の流れ	ケアプラン	
		移動は車いすで、ソファに座る (2002年10月、1日の過ごし方を見直す前)	移動は車いすで、椅子はハイバックチェア (2002年11月、1日の過ごし方を見直した後)
6	起床	車いすを使用し、食堂まで行く	車いすを使用し、食堂まで行く
7	朝食	食堂で、車いすからソファへ。ソファで過ごす	食堂で、車いすからハイバックチェアへ
8	トイレ誘導	車いすを使用し、食堂～トイレを往復	車いすを使用し、食堂～トイレを往復
10	水分補給		
11	昼食	食堂で、車いすからソファへ。ソファで過ごす	食堂で、車いすからハイバックチェアへ
12	トイレ誘導	車いすを使用し、食堂～トイレを往復	車いすを使用し、ベッドへ(昼寝)
14	間食	食堂で、車いすからソファへ。ソファで過ごす	食堂で、車いすからハイバックチェアへ
16	トイレ誘導	車いすを使用し、食堂～トイレを往復	車いすを使用し、食堂～トイレを往復
17	夕食	食堂で、車いすからソファへ。ソファで過ごす	食堂で、車いすからハイバックチェアへ
19	トイレ・居室誘導	車いすを使用し、食堂～トイレを往復	車いすを使用し、食堂～トイレを往復
20	就寝	車いすを使用し、居室へ移動	車いすを使用し、居室へ移動

みずべの苑 (2002年)

事業者等、多数の参加があった。こうした学習の機会が、後の相談につながっていったと考えられる。多くの方々に興味をもっていただけた結果、2004年3月までに、月1回のシーティング相談室に平均2名の外部からの相談があった。



事例紹介

事例1. 椅子を考えることで生活に変化がみられた痴呆のケース

男性、87歳、アルツハイマー型老年痴呆。当苑開設と同時に入居。不穏・暴言・拒食等があり、内服によるコントロールを受ける。入居当初から車いすを使用していたが、トイレ誘導時につかまり立ちが可能なため、歩行を試みた。最初は身体を硬くして足が出なかったが、そのうちみえる世界が広がり、「もう少し歩く」「あれは何だ?」等と会話が増え、感情の表現にも変化がみられた。しかし、誤嚥性肺炎のための入退院を繰り返すうち、ADLが低下し、表情も乏しくなり、暴力行為がみられるようになった。体重も減少し、「落ちる、助けて」と車いす・椅子からずり落ちてしまうようになった(図2,3)。人をつかむ、蹴

る等の行為が他の利用者、職員に対してみられるため、1人離れた場所で過ごしていただくことが多くなった。そんな中、職員からは「椅子からずり落ちて危ない」「大声を出したり、つかんで離さないのは、不安が大きいからではないか」「1人離れて過ごす現状を何とか改善できないだろうか」等の意見があがった。そこで、2002年10月のシーティング相談室にて1回目の相談を行った。評価の結果、股関節の硬さが問題となり、身体が健側に傾むくことがわかった。まずは、傾きとすべり座りの改善を目的として、ティルト・リクライニング機能つきのハイバックチェア(以下、ハイバックチェア)を用いることにした。同時に、1日の過ごし方にも着目した(表2)。どこで何に座って、どのくらいの時間過ごしているのかを時間を追って示している。1回目の相談前では、日中4回のトイレ以外は短くて2~3時間、長いときには4時間30分~5時間連続して座っていることがわかつた。看護師から「退院後で体力もかなり低下している」との情報もあり、ベッド上の休憩時間を設けることにした。この2点を実施して1カ月経過を追った。2002年11月、2回目の相談。表2の



図 4 ハイバック
チェアの座位

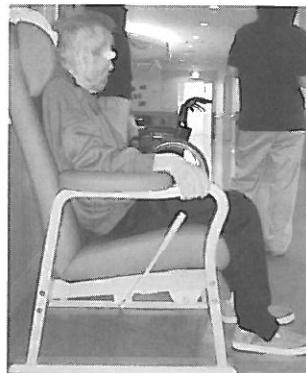


図 5 ハイバック
チェアの座位
(側面)



図 6 職員とふく
わらい



図 7 豊かな表情で笑う

ように、新ケアプラン開始後は、昼食後に1~2時間の休憩を実施している。これにより、連続座位時間を3時間以内にすることができた。看護師、担当職員から「この1日の過ごし方が定着し、体調に合わせてゆとりをもった過ごし方ができるようになった」との報告があった。また、ハイバックチェアに座るようになってから、身体の横への傾き、すべり座りに改善がみられた。大声での訴えが減り、表情にも余裕がみられ、本人にとって楽な姿勢であることがわかる(図4、5)。しかしながら、人をつかむ、つねる、蹴る等の行為については、変化はみられなかった。経過観察、ケアプランの修正を行い、環境を少しづつ変えて、廊下の離れた場所から食堂に席を移していった。その後、集団の中でもゆったりと座位を保つことができた。また、食事の姿勢も改善したため、介助がしやすくなり、食べこぼしも減少、食欲も出て、体重も増えてきた。シーティング相談については、2002年12月以降も月1回の経過報告を実施し

た。3回目の報告時には、人をつかむ、つねる、蹴るといった行為が減り、お正月には皆と一緒に福笑いに参加する等、集団の中で食事やゲームを楽しむようになった。こけていた頬もふっくらとしてきた(図6、7)。

介護職員からは、「楽に座っていられる椅子を選ぶことで、こんなに生活全体が変化するとは、正直思っていませんでした」との言葉が聞かれた。施設はさまざまな状態の方が利用するため、リハ関係者だけではなく、介護職員も一緒になってシーティングに取り組むことが、こうしてあげたいと望む介護の実現にも結びつくのだということを理解する機会となった。

事例2. 車いすを使用する環境に配慮が必要であったケース

93歳、女性、変形性膝関節症、痴呆。

左大腿頸部骨折により入院、保存治療にて退院、約1カ月の自宅療養の後、「機能訓練」目的で当院通所介護を利用開始。家族より「長く座っていら



図 8 椅子での座位
(相談前)



図 9 車いすでの座位
(相談後)



図 10 車いすと車いす移送車のフックが固定できない

れないため、「ベッドで休ませて下さい」との要望があった。初回は、緊張もあり、ほとんどの時間をベッドで過ごした。2回目には、送迎に同行した職員より、「福祉車両の中で、臀部が痛いとの訴えがある」との報告があった。評価の結果、①車いすはレンタル、②市販のクッションに座布団を重ねて使用、③左股関節が外転しておりアームレストのフレームに痕が残るほど圧迫されている(図8)、④座位能力分類で座位に問題あり、⑤座りなおしは不可、⑥臀部が前方にずれ、痛いので、座位は1時間以内、以上のことことがわかった。このことから、家族への情報提供が必要と判断し、家族にシーティング相談室への参加を提案した。家族も座位が保てないことに悩んでおり、早々に相談室への申し込みをいただいた。しかし、次の相談室まで3週間以上あるため、その間の通所介護利用時に、評価用の車いす、クッション等を試し、その結果をもって、相談室にのぞむことにした。座位保持が最も必要なのはいつなのかを考察すると、通所介護参加中は、ずり落ちへの対処や状況に応じてベッドへの誘導等が可能であるため、送迎の福祉車両内であることが判明した。これを最優先課題とし、車いす・クッションの試行を行い、ずり落ちと痛みの最も少ない組み合わせを見つかった。シーティング相談室には、本人と家族、訪問リハ担当のOTが参加した。試行の結果を報告し、体圧分布測定装置を用いて検証した結果、クッションはそのまま、車いすについては、股関節外転位の座位姿勢に最大限対応可能な機種を選

択した。結果を担当介護支援専門員に報告し、レンタルした(図9)。その後、「2時間くらい座っていることができるようになった」とのことであった。ところが、レンタルした車いすに送迎車の固定装置が合わないという問題が発生した(図10)。緊急対応として、当院の車いすにレンタルのクッションを置いて乗っていただくことにしたが、送迎のたびに車いすから車いすへと移乗せねばならず、送迎中の姿勢のくずれ、痛みの訴えの解消という目的に沿わない利用方法となってしまった。その後、体調を崩されて入院となってしまった。

シーティングというと、「座る」ことのみを考えがちである。家や施設といった環境は考慮するが、今回のように福祉車両との相性までは考えていなかった。身体に合ったものをレンタルしても、福祉車両を含めた環境との適合が必要なことをあらためて痛感したケースであった。

事例3. シーティングを行った結果、褥瘡が完治したケース

94歳女性、右片麻痺、心臓病、軽度痴呆。要介護度5。座位能力分類III。車いす座位の問題点：骨盤後傾、骨盤の左への傾き、左凸側弯。褥瘡：尾骨・仙骨部。褥瘡IAET分類ステージII

本人、58歳の息子(介護者)、介護支援専門員と訪問看護師が申し込み来室。

息子が、寝たきり予防のために、日中ほとんど車いすに座らせていた。午後疲れると、ベッドに臥床することもあった。褥瘡が痛い様子ですべり座りになり、側方へ傾いて座っていることが難し

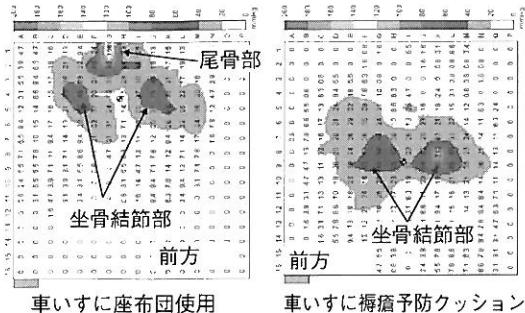


図 11 圧分布測定結果



座布団から褥瘡防止クッションへ
1時間程度は右に倒れずに座れた
図 12 褥瘡防止クッションと座位補助具使用による変化

くなった。排泄は全介助でポータブルトイレ。

車いすに座布団を使用しており、すべり座りが助長されていた。圧分布測定により、褥瘡のある尾骨・仙骨部に高い圧力がかかっていた(図11)。

対応として、身体障害者手帳で2年前に製作した車いすに、褥瘡予防機能の高い空気調節式ウレタンクッションと側方サポート座位補助具を使用することで、すべり座りと圧力軽減を図った(図12)。圧分布測定により尾骨・仙骨部は接触することなく座位がとれたが、左坐骨結節部にやや高い圧力がかかっていた。自宅の生活では連続座位時間を2時間以内として、座位状況を観察するように指示した。5カ月後に再来室し、褥瘡が完治したことの報告があった。

在宅での褥瘡予防は対応する看護師にかかる

いるが、車いすシーティングの対応が必要と理解した看護師の役割が大きかった事例であった。

今後の課題

(1) シーティング相談室を通して、今回このような活動ができた。しかし、1つの施設だけでは限界がある。例えば、地域を支える仕組みとして、行政が拠点をつくっていくことが必要と思われる。

(2) ケアプランにシーティングを取り入れることで、身体拘束ゼロの介護が実践できた。それと同時に、職員にとっては、椅子や車いすなどの「モノ」を上手に取り入れることは介護に不可欠であることを、体験するよい機会となった。

(3) 施設入居者は、シーティング相談室で関わったとしても、レンタルに結びつけることができない。そのため、施設購入か、本人購入かということになる。購入が不可能ということになれば、せっかく試行し、現場で良いケアに結びついたとしても、結局、元の状態に戻るというケースが多い。職員、関係者の徒労感、敗北感だけが残るという現状がある。

おわりに

車いす、車いすクッション、椅子等、一人ひとりに合ったものを提供すること、それが活用できる環境、そして、使い手となる職員や関係者への教育、これらが柔軟に提供できるシステムを整備することが大切である。これからも、シーティングを「普通の生活」を大切にする当苑のケアの1つとして、取り組んでいきたいと思う。

文献・資料

- 木之瀬 隆:ベタニアホームのシーティングに関するトータルケアマネージメント 5(3):80-88, 2000
- 木之瀬 隆:高齢者のシーティングその③車いすシーティングによる身体拘束ゼロと褥瘡予防、自立支援とリハビリテーション 1(3):86-93, 2003
- 木之瀬 隆:高齢者のシーティングその①シーティングの役割と普通型車いすの問題点、自立支援とリハビリテーション 1(1):93-98, 2003

- 4) 木之瀬 隆:車いすシーティング6地域で身体拘束ゼロと褥瘡ゼロを目指す特別養護老人ホーム、ホームヘルパー 350:7-9, 2003
- 5) 木之瀬 隆, 他:高齢者の車いす座位能力分類と座位保持装置. Rehabilitation Engineering 13(2):4-12, 1998
- 6) 木之瀬 隆:モジュラー車いすとシーティングシステム. OT ジャーナル 33:335-340, 1999
- 7) 堀井圭子:デンマークの福祉機器事情. 大津慶子(編):シーティングシステム研究会50回記念誌. pp 99-108, 2001
- 8) 日本シーティングコンサルタント協会 <http://seating-consultants.org/>
- 9) 松岡洋子:老人(プライエム)ホームを越えて—21世紀デンマーク高齢者福祉レポート. クリエイツかもがわ, 2001
- 10) 小島ブンゴート孝子, 他:福祉の国からのメッセージ. 丸善ブックス, 1996
- 11) ならのは編集委員会(編):これから、ここから. 社会福祉法人ならのは, 2000年
- 12) 古賀 洋, 他:高齢者の車いすシーティングにおける座位補助具の活用に関する検討. 第18回リハエクスカソラレンス講演論文集. pp 123-124, 2003

書評

大田仁史 著

「老い方」革命 新しい介護のはじまり

澤 俊二
(藤田保健衛生大学, 作業療法士)



大田は、わが国を代表する地域リハの先駆者であり、理論家であり、実践家である。まったく省みられることのなかった在宅の障害者の方々、また家族や関係者を、言葉で、行動で励まし、勇気の火をともしてきた。昭和58年(1983年)の老人保健法に基づく機能訓練事業は、彼の実践なくして実現することはありえなかった。58年から今も、実践の中で考案した体操普及のために全国をくまなく回っている。最近、大田の40年にわたる実践の現場を取材してみて、その歩みの巨大さに圧倒された。とことん障害をもつ方の側に立つ立場を貫いている。その40年近い実践の中から本書が生まれた。

ところで、団塊の世代が厳然としてある。1947年から1950年生まれで、1,200万人の大集団である。彼らが、2015年には介護保険の対象となり、はんぱでない「超」高齢化社会となり、「団塊の老人の世代」を形成する。空前の競争社会を生き抜いてきた世代である。大田は、彼らの老い方に注目をし、期待とともに、意識の変容を説く。彼らの老い方と介護予防の成否が将来の日本を決めるからだ。介護予算は日本人全員で支えるには余りにも負担が過重となり、財政は破綻する。国は、今、介護保険法の改正を翌年に控え、システムの改変と介護予防に大きな力を注ごうとしている。大田は、リハの理念を具現化し、予防から終末期ま

でを潤す仕組みを提唱する。しかし、大田は、システムを整備する限界も知っている。むしろ、国民全体が、団塊の世代を代表とする効率第一主義が生み出したわれ大人間ではなく、お互いの行動役割と存在役割の両面をきちんと受け止めることができる意識変革こそが必要だと強く述べる。

一読すると、大田のユーモアにあふれる語り口に思わず笑い、相撲の「かばい手」の思想や3級ヘルパー取得運動等にハットせられ、よしっと立ち上がってしまう。

(四六判 228頁 本体1,500円)
講談社刊 2004年
☎ 03-5395-3624