

## ケアの基本原則 1 離床を促す

離床とは、ベッドやふとんから離れること、つまり、寝たきりではない状態をつくることです。

### 離床とADLの関係

私たちは、活動と休息を繰り返し、一定の規則性を保ちながら生活しています。

また、生活の中の習慣的行為(いわゆる ADL の大部分)を見てみると、例えば、トイレで排泄し、ほぼ同じ時間帯に食事をするように、ADL は、特定の場所で一定の時間帯に行われるという特徴をもっていることがわかります。

ケアの目標は、まず、誰もが営んでいるこの“ふつうの生活”(=規則的生活)を取り戻すことです。

### 臥床生活が及ぼす影響

- ① 夜間不眠になりやすい
- ② 臥床時間が長くなると、廃用がすすむ。  
⇒基礎知識の整理⑥
- ③ 廃用がすすむと、ADLが低下する。
- ④ ADLが低下すると介護度が重くなる。
- ⑤ 介護度が重くなる程、本人の主体性は奪われる。

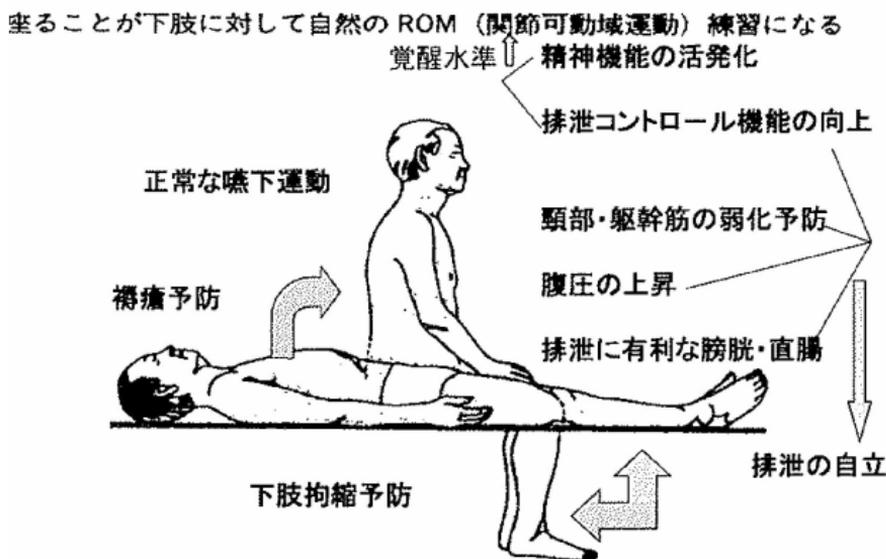
### 主体性が奪われるとは

私たちは、誰の手も借りずに身辺処理(排泄、更衣、整容等)を行っています。他者の手を借りる必要がない状況の下では、生活の主体は自分にありますが、介護を受けなければならなくなると、次第に主体が他者へと移っていくこととなります。たとえ、どんなに良い介護ができたとしても、介護を受ける側には、常に気兼ねや我慢などの心理がは

たらいっているということ、ケアに従事する人は、意識しておく必要があります。

## 離床生活(座位)の効果

座位は、覚醒水準を高めめます。



## 離床の目標

- ① 1日3回の食事と排泄は、ベッドから離れて行う。
- ② 上記①の他に、日中に何らかの活動を行う。

寝たきりの人に対して、これから離床をすすめようとするとき、はじめは、離床そのものが目標となる段階がありますが、離床は、ふつうの生活を送るためのステップであるということを忘れないでください。

## はじめて離床する場合に、事前に確認すること

- ① 起立性低血圧の恐れがないか  
⇒基礎知識の整理⑦

- ② 股関節が曲がるかどうか
- ③ わずかでも体重を支えることができるか(全介助であっても、足底が床につけられるかどうか)

#### 〈対処〉

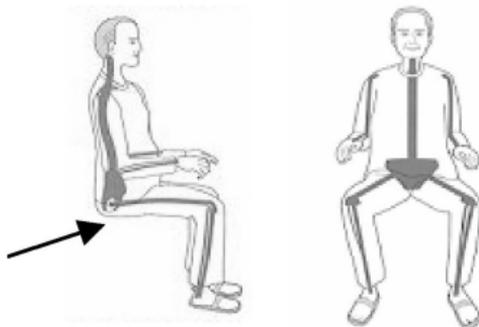
- ①起立性低血圧の恐れがある場合
    - ・ ベッド上で、端座位をとって慣らす
    - ・ 気分が悪くなったら上体を倒すことができるようリクライニング車いすを使用する
  - ②股関節が曲がらない場合
    - ・ リクライニング車いすの背もたれの角度を調整する。
    - ・ 身体がズレないように、大腿部周辺にクッションをあてる。
  - ③体重を支えることができない場合
    - ・ 最低2人で全介助により移乗する
- ※状態に応じて、介助バーを使用する等、残存機能を活用した介助方法を工夫する。

#### 座る姿勢

- ① 体重を支える支点をつくる。(座骨結節で支えられるように深く座る)
- ② できるだけ左右対称の姿勢をつくる
- ③ 椅子を選ぶ(一般的な車いすは、長時間の座位に向かない)
- ④ クッションを選ぶ(固すぎず柔らかすぎない)
- ⑤ テーブルを使用する場合は、肘が 90 度程度に曲がる高さにする。

座骨結節

左右のお尻の下に手を当てると固く触れる部分



## 離床を定着させるために

- ① 目標を設定する。(いつ頃までに、どのくらいの時間離床できるようになるか)
- ② 主な担当者を決めておくと、変化を把握しやすい。
- ③ 楽しみをつくる(おしゃべり、散歩、お茶を飲む等)

### 〈基礎知識の整理⑥〉

#### 廃用

安静や臥床によって(使用しなくなることで)引き起こされる心身機能の衰えのこと。筋力低下、関節拘縮、骨粗鬆症、心・肺機能低下、起立性低血圧、精神活動低下などが起こる。

### 〈基礎知識の整理⑦〉

#### 起立性低血圧

臥床が続いている人が、上体を起こしたときに、脳や心臓に血液が行きにくくなるため、血圧が急に下がり、脈拍が増加する。めまいや立ちくらみ、どうき、吐き気などが症状として出現する。

## ケアの基本原則 2 口から食べる

食べることは、生命維持だけではなく、基本的欲求であり、生きている上での楽しみのひとつです。

また、経管栄養だけだった人が、口から食べるようになって、表情が豊かになっていく様子からもわかるように、咀嚼は脳を活発に刺激します。一旦、経管栄養になると、再び口から食べることが試みられなくなりがちですが、たとえ、経管栄養をやめることができなくても、経口摂取を組み合わせることができないか検討してみましょう。

### 経管栄養

嚥下障害のある人に対して、胃・小腸まで流動状の栄養剤を管を通して注入することをいいます。

#### ① 経鼻胃管(マーゲンチューブ)

鼻から管を入れて、栄養剤を注入します。鼻に管が入っているので、違和感や苦痛を伴います。

#### ② 胃ろう

腹部に穴を開けて、胃に直接管を入れて栄養剤を注入します。造設には手術が必要ですが、マーゲンチューブに比べて違和感や自己抜去しにくい利点があります。

### 嚥下障害

嚥下の過程のどこか一カ所でも障害されると嚥下障害となります。

#### 〈嚥下の過程〉

“おいしそう、食べたい”(認知)

#### ①食物の認識



#### ②口腔への取り込み

“かみかみ”（歯と歯ぐき）

③咀嚼

“もぐもぐ”（舌・口の動き）

④舌で飲み込みやすい塊にする

⑤唾液の混ぜ合わせ

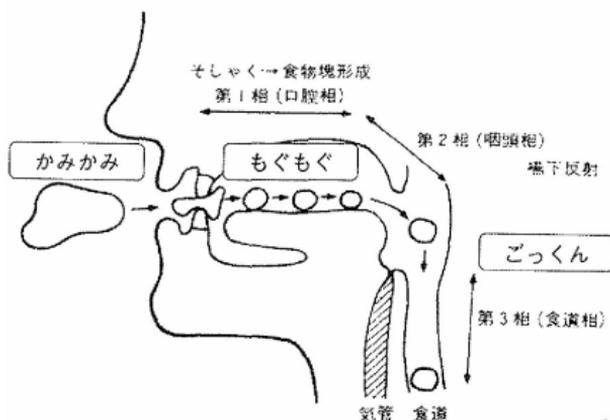
⑥のどへ送りこむ

“ごっくん”（嚥下反射）

⑦食道へ送り込む

⑧口の閉鎖（食道内陰圧）

⑨食道から胃へ送る



〈症状〉

- ・のどがゴロゴロしている
- ・のどにものがつまったような咳をする
- ・痰が多い  
特に、食後に痰や咳が増える。
- ・むせる
- ・食べ物を口に入れた後、飲み込みまでの時間がかかる
- ・涎がある
- ・しばしば、発熱や肺炎がある

## 経口摂取をはじめるために

経口摂取はリスクを伴うため、どのような条件(摂食時の姿勢、食物形態、一口の量など)であれば安全に食べることができるのかがしっかり評価されており、それを守っていける環境(主治医の認識、看護・介護力など)があって初めて経口摂取が可能となります。

- ① 嚥下障害のアセスメントを行う。(医師・歯科医師の診断のもとに、嚥下訓練の知識と技術を有するPT、OT、ST、歯科衛生士等による評価)  
※ 意識障害の有無を確認する(意識障害がある場合は、そのレベル)

- ② 実施方法を検討する。  
いつ、誰が、どのように行うか

- ③ チームで対処する  
(主な役割)

看護部門: 看護処置、健康状態の管理

リハビリ部門: 評価、介護職員等へ技術協力

栄養部門: 栄養管理、摂取しやすい食物形態の工夫

歯科部門: 評価、介護職員等へ技術協力、口腔ケア

介護部門: 日々の介護

## 経口摂取時の姿勢

- ① 上体を 30～90 度の範囲で起こした姿勢(背もたれにもたれ、安定した楽な状態)
- ② 頸部を前に突き出し、顎を軽く引いた状態にする(※単に顎を引いただけの姿勢や、顎が前につき出した姿勢は、誤嚥を引き起こすので要注意)
- ③ 食べ物が、視界に入るようにする。

## 口腔周辺の準備

- ① 口の周囲の筋肉や舌をほぐす(両頬・口唇のマッサージ)

- やストレッチ、舌圧子などで舌を他動的に動かす)
- ② 皮膚の刺激（氷片で、頬や顎から喉を軽くなでる等）

### 食物の形状

飲み込みやすい塊になるもの（バラバラになりにくいもの）で、飲み込み時に変形しやすく、粘膜に付着しにくいものが適しています。

ゼリー、プリン、ムース、ペースト状のもの 等

### 食事にかかる時間

嚥下障害のある人が、経口摂取を行う場合、疲労を起こさないようにするには、30分以内で終わるようにします。

また、一口の量や、口に入れるペースは、無理のないよう調整します。

### 食後の口腔ケア

食物残渣(食べ物のかす)がないか確認する  
綿棒や柔らかいブラシなどで口腔内をきれいにする。

### 1日に必要な摂取カロリー

ADL 全介助レベル—1,300Kcal

嚥下訓練により、1日3食の経口摂取が可能となれば、経口摂取だけに切り替えることも可能となります。目安は、1,300Kcal の栄養と 1,300ml の水分をコンスタントに口から取れるかどうかです。ケアチームの情報を医師にきちんと伝え、指示を仰ぎます。

## ケアの基本原則 3 トイレで排泄する

排泄は、最も他者の手を借りたくない行為です。

また、座位をとることによって排泄物が体外にスムーズに押し出されますが、臥位でおむつの中に排泄をするのは、身体のメカニズムからも心理的にも難しいことです。

おむつは、排泄の道具としてではなく、排泄の失敗に備えて使用するものとしてとらえましょう。

### 排泄の一連の過程

どの過程が困難なためにおむつを使用しているのかを明らかにして、できない部分を補う工夫をする。

- ①尿意・便意を感じる
- ②排泄の準備が整うまで我慢する
- ③トイレまで移動してトイレの中に入る(ドアの開閉)
- ④下着を下げる
- ⑤便器に座る
- ⑥排尿・排便
- ⑦おしりを拭く
- ⑧水を流す
- ⑨下着を上げる
- ⑩手を洗う
- ⑪トイレから出て、元の場所に戻る

### 排便はトイレで

- ① 便器に座ると腹圧がかかり、排便しやすくなる
- ② 最初は、便意がなくても食後に便器に座ってもらうようにする。(朝食後は、腸の蠕動運動が起きやすい)
- ③ 便秘対策は、規則的な時間帯にトイレへ誘導すること

と十分な水分摂取を徹底する。(排便誘発剤に頼りすぎない)

#### ④ 長期臥床では頻便になりやすい

##### 〈頻便のメカニズム〉

寝たきり → 腹圧減少 → 便秘(宿便) → 軟化(軟便)  
→ 直腸内圧上昇 → 溢流性便失禁便(便がつまっているために流れ出る)

### ポータブルトイレの考え方(特に排便)

ポータブルトイレは、居室などトイレではない場所に置いて使用するので、臭いや人の気配など落ち着く環境ではない上、排泄後の処理を人の手に委ねなければなりません。

ポータブルトイレを使用すれば一人で排泄できる人についても、最終目標はトイレでの排泄であることを忘れずに、ポータブルトイレはそのステップとしてとらえましょう。(例えば、トイレへの移動を介助してトイレで排泄する等、段階的に行います。)

### 頻尿のメカニズム

長期臥床では、頻尿になりやすい。

臥床 → 覚醒水準低下 → 排尿抑制力の低下  
→ 頻尿 → 膀胱容量減少 → 頻回な尿意

#### 上記以外の頻尿の原因

- ・神経因性膀胱
- ・慢性膀胱炎
- ・前立腺肥大(男性)
- ・骨盤底筋群筋力低下(女性)
- ・心理的要因

## 排尿リズムをつかむ

適切なタイミングでトイレに誘導するためには、排尿リズムをつかむ必要があります。具体的には、排尿チェック表を作成して、記録し、一定の傾向をつかみます。

〈チェック項目〉

- ① 排尿のみられた時間(起床・就寝時間、食事時間も記入すると関連がつかみやすい)
- ② 尿量(おむつ内に排泄があった場合は、重量を計測)
- ③ 以上を合計して、1日の排尿回数、およその尿量を把握

記入例

月日曜 時間	3月6日(月)		3月7日(火)	
	排尿	量	排尿	量
6:00	○	300	○	350
7:00				
8:00			○	200
9:00	○	200		
10:00				
11:00				

## ケアの基本原則 4 水分管理(脱水予防)

高齢になると、脱水をおこしやすくなります。施設に入所している高齢者の脱水を予防するには、ケアに従事する人が水分管理の知識を備えておく必要があります。

### 脱水とは何か

体の水分と電解質が欠乏している状態が脱水です。  
放置すれば、死に至ります。

〈脱水の症状〉

脱水1日目:元気がなくなる、微熱(36.5度以上)、認知症  
の行動異常が顕著化

脱水2日目:うつらうつら、つじつまがあわない、  
夜間せん妄

 やがて

昏睡→生命の危機

### 高齢者は何故、脱水になりやすいか

ヒトのからだの60%は水分できていて、水分の40%が細胞の内側に、20%が細胞の外側にある状態で体内環境は保たれています。

ところが、高齢になると細胞数が減少するので、細胞内の水分が少なくなり、逆に細胞外の水分は多くなってきます。

また、腎臓での水分の再吸収力が低下して薄い尿が多つくられ、老廃物を体外に捨てにくくなります。

このように、体内環境を維持するための水分が不足してくるのにもかかわらず、のどの渇きを感じにくくなるので、水分の摂取不足が起こり、脱水をおこしやすくなります。

## 体内の水の出入り(1日あたり)

成人の日常生活レベル

〈体外へ出す量〉

尿 1,500

便 200~300

汗、呼吸 700~1,000

計 2,400~2,800ml

〈補われる量〉

代謝による燃焼水 1,500

食物 700~1,000

飲水 1,500

計 2,400~2,800ml

## 高齢者が一日に摂取が必要な飲水量

活動の少ない人 1,300 ml

運動や体操などを行った日 1,500 ml

※口から入れる水分を次のように考える、

食べ物(ごはんやおかず)に含まれる水分と飲水を合わせて1日 2,100~2,500ml



食事

800~1,200

+



飲水

1,300

=

1日

2,100~2,500ml

## 経管栄養の場合の必要量

1日 2,500ml の水分を摂取するためには、経管栄養食の水分量が1日 1,250ml とすると、残り 1,250ml の水分補給が必要となります。

## プログラムを工夫する

- ① トイレが近くなるので、水分を控えてしまう人が少なくありません。高齢者には、こまめな水分摂取が必要なことを日頃から十分に説明しましょう。健康教育プログラムを組むことも有効です。
- ② 入所者一人一人が1日1,300mlの水分摂取ができるように、3食の食事以外に、いつ、どれだけ飲めば良いかを考えて、プログラムの中にティータイムを組み入れます。  
(例) 500mlペットボトルのお茶やミネラルウォーター2本で1,000ml。残り300mlは、食事のお茶で取る。

## 水分制限が必要な疾患

水分を制限しなければならない疾患があります。次の疾患は、必ず医師の指示を受けてください。

- ・ 心不全
- ・ 腎不全

## 脱水の確認方法

- ① 微熱がないか  
高齢者は、低体温が多いので、36.5度でも微熱と考  
えなければいけない場合があります。入所者の平熱  
を把握しておきます。
- ② 腋下が湿っているか  
腋下は、通常湿っています。もしも、乾いていたら、  
脱水を疑います。

## ケアの基本原則 5 日中の活動 (アクティビティ)

入所生活は、自宅での生活に比べて不規則になりにくい反面、自由に気ままな暮らしというわけにはいかない面があります。アクティビティは、心身を健康な状態にするだけでなく、集団生活の潤滑油のような側面もあります。

小さな単位でケアを行おうという考え方が広まるにつれて、大集団で行われるプログラムではなく、活動内容にバリエーションが求められます。

### 日中の活動

離床の章でも触れているように、活動と休息というメリハリが、私たちの生活にはあります。身体には、日中に活動が活発になり、夜間に休息するリズムがあり、このリズムが乱れると、夜間不眠や食欲不振、便秘など不調をきたしてしまいます。夜、眠れるようにするには、日中に身体と心を動かしておく必要があります。

### 活動の成り立ち

ふつうの生活では、どんな活動をしているのでしょうか？

家の中：身辺処理、家事、勉強などの知的活動、ゲームなどの娯楽、庭いじり、ペットの世話、休息、家族の団らん等

家の外：仕事、学校、趣味活動、友達つきあい、ボランティア活動、コミュニティ活動、ショッピング、ドライブ、旅行等

実に多様な活動をしていることがわかります。そして、家庭生活(=家の中)と社会生活(=家の外)の中で、さまざまな役割を担い、いろいろな顔をもち、喜んだり悲しんだり怒ったり、多くのことを考え、挫折や達成感を味わい暮らしています。

人は、活動の中で学習を繰り返し、成長発達していきます。

施設の中で、アクティビティを組み立てる時、このふつうの生活の成り立ちをよく理解しておくことが大切です。

## アクティビティの性質

アクティビティにどのような性質があるかを考えて、適切なものを選択します。

〈参考例〉

	身体活動が主なもの	精神活動が主なもの
一人でもできるもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>・簡単な家事(テーブルを拭く、ゴミ捨 等)</li> <li>・楽器(鍵盤、打楽器等)</li> <li>・運動(体操、太極拳 等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>音楽を聴く、TV・ビデオを見る、ラジオを聴く、読書、新聞雑誌を読む、文章を書く、俳句を詠む、絵を描く、写真を撮る、手芸、パソコン、パズル 等</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・世話(ペット、植物)</li> </ul>	
仲間と一緒に向いているもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>ゲーム(身体の動きを伴うもの)、スポーツ、体操、散歩、園芸、陶芸、大工仕事、 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外国語会話(中国語、英語、ハングル語等)</li> <li>ゲーム(クイズ、カード等) 等</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>音楽(合奏、合唱)</li> <li>食べる(料理、会食、茶話会) 等</li> </ul>	

## 留意点

- ① 対象者に対して、どのような意図でアクティビティを行うのか考える(身体活動を高めたい、精神活動を刺激した

- い、意欲を引き出したい、ストレスを解消させたい等)
- ② 導入意図にふさわしいアクティビティを選択する。(一人の自由な時間をつくる、なじみの関係をつくる、気分転換を図る等)
  - ③ 難しい動作や工程がないか。あれば、どのように補うのか考える(介助、道具の工夫、工程変更等)→OTを活用
  - ④ 対象者の興味や関心を知る。(生活歴や日常行動の観察の中から)
  - ⑤ アクティビティを実施することが目的にならないようにする。(アクティビティは、導入意図に向けての手段に過ぎない。)
  - ⑥ 実施してどうだったか振り返る。
    - ・導入意図はかなえられたか？
    - ・何よりも、対象者が主体的に参加できたか？(ケア従事者が一方的にすすめていないか？)
    - ・対象者の意思で選択できる場面があったか？
  - ⑦ 施設の職員や入所者以外の顔ぶれの参加を積極的にすすめる。(外の社会とのつながりをつくる)
  - ⑧ アクティビティ終了後は、“水分補給”を忘れずに！

### 用語の整理

アクティビティは活動のことですが、施設ケアの中で、ケアを行う側が意図的に組み立て、実施するプログラムをアクティビティと表現します。(人が生活の中で自ら行っている営みを“活動”とし、アクティビティと使い分けています。)

## ケアの基本原則 7 行動の観察と分析 (認知症の場合)

一見、不可解と思える行動には、意味や原因があります。“認知症だから不可解だ”と決めてかかると、ケアの手がかりは見つかりません。行動をよく観察し、その行動を引き起こす原因を探ることがケアの出発点です。

### 認知症の成り立ちを理解するために

慣れ親しんでいる行為を以前と同じように問題なく行うことができない状態を実行機能障害といいます。認知症は、この実行機能障害が永続的なもので、なおかつ、自己修正が困難な状態です。

たとえば、ケア従事者のあなた自身が、眼鏡をどこかに置き忘れたとしたら、これも一時的な実行機能障害による“うっかりミス”ですが、自らあるいは他人の指摘によってうっかりミスに気づき、次に同じことを繰り返さないように注意をします。これが自己修正です。認知症は、実行機能障害の自己修正ができなくなった状態です。

### 問題となる行動(症状)を観察する

- ① いつ
- ② どこで
- ③ どのような状況で生じているか
- ④ その行動(症状)が現れていないのは、どのような状況か

〈観察しきれない例〉

・Aさんは徘徊する。



〈行動を観察した例〉

・Aさんは、2～3日穏やかに過ごしていても、その後、それぞれ外に出て行こうとする日があり、これを繰り返す。落ち着かない日に職員が声をかけると、大声を上げて興奮状態となる。

## 原因を分析する

① 最近、環境の変化がなかったか(人、場所、物について確認する。)

〈例〉人→担当職員の交代等

場所→入院、入所等

物→おむつをやめてトイレ誘導に変更する等

② 身体不調がないか

(1) 脱水

1日1,300mlの水分摂取ができているか

(2) 便秘

排便がない状態が3～5日続いているか

(3) 低栄養

ADL自立レベル—1,500Kcal

ADL全介助レベル—1,300Kcal

(4) 急性疾患、けが

不快感や苦痛時に症状が顕著

・日内変動(日中は落ち着いているが、夕方になると不穏状態となる等)がみられる場合、水分不足がないか考えます。日中の運動量に見合う水分補給が行われていない場合、せん妄により興奮状態が引き起こされている可能性があります。

・週内変動(数日おきに不穏状態を繰り返す)がみられる場合、便秘がないか考えます。数日に1度生ずる腸の排便活動の高まりに応じて交感神経が緊張し、興奮状態が引き起こされている可能性があります。

- ・低栄養には、日内変動や週内変動はありません。
- ・急性疾患や怪我では、不快感や苦痛が増すと認知症の問題となる行動が現れます。(それ以外ではじっとして特に行動は現れないことが多い)

### ③ 行動を抑制したり、孤独な状況をつくっていないか

人の行動には必ず動機があります。その動機は、その時の状況の中から生まれます。この状況とそれに対する動機を合わせたものが「きっかけ」です。きっかけを発見できるかどうかは、行動観察がしっかりできているかどうかにかかっています。

多くの場合、「行動の抑制」と「孤独な状況」が、きっかけになっています。

## ※抑制

ここでいう抑制とは、身体拘束だけでなく、言葉による行動の禁止も意味しています。抑制が原因であると考えられる場合は、思い当たる言動を行わないことにより、対象者の行動が落ち着かないかどうか様子を見ます。

## ※孤独

孤独の解消は、簡単ではありません。ケア従事者による直接的な接触や声かけで一時的には症状が落ち着いても、生活の中には“死角”となる時間帯があり、ちょっと目を離した隙に異食や物集めなどの行動が起きることがよくあります。他の入所者の物に手を出すことにより、入所者の中で孤立が深まってしまいます。ケア従事者のねばり強い働きかけはもちろん必要ですが、その人に見えることを見つけて役割をもってもらうことで、周囲の見方が変化し、関係が変わる可能性があります。(図3参照)

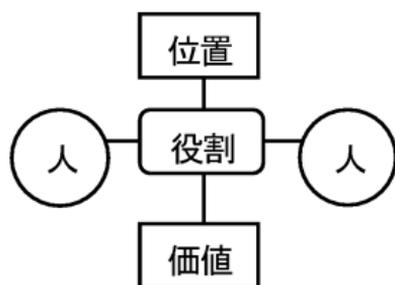
## 生活歴(人生史)を把握する

例えば、困難な状況に直面したとき、真っ向から立ち向かっていこうとする人もいれば、回避しようとする人もいるように、状況に対してとる行動は、人によって異なります。行動の特性は、その人のアイデンティティーや長年の生き方の影響を強く受けています。

その人は、これまでどのような人生を歩んできたでしょうか。その人生史を手がかりに、「もし、自分がこのような状況に置かれれば同じ行動をとったかもしれない」と、自分に置き換えて納得することが、行動を理解するということです。行動を理解することができれば、認知症の人に対する不可解さが消え、共感が生まれます。

また、生活歴を丹念につかむことにより、その人の得意なことや好きなことがわかり、役割づくりのヒントになります。

図3 役割を介した人と人との関係(社会関係)



役割は、人と人を結びつけ、互いの「位置」と「位置」をつくり出します。(役割によって互いの位置と価値観を通して人と人を結びつけています。)

認知症の方が慣れ親しんだ行為をその人の役割として担ってもらえることができると、その役割を通して再び現実の生活の中で、周囲の人との関係ができ、認知症の人が落ち着いて過ごすことの出来る場所を作り出すことができます。

## ケアの基本原則 8 福祉用具の選定

私たちは、道具や物理的環境に身体の動きを合わせることができですが、介護が必要な状態になると、道具の方を身体の動きに合わせなければ、動作を一人で行うことが難しくなります。福祉用具の選定は、ADLに直結します。

### ベッド

#### ・高さ

下肢の筋力低下や片まひなどで、立ち上がり動作が不安定な人は、ベッドに腰掛けた状態で前足部(足の指先から土踏まずにかけての部分)が床につく高さ(45～50センチ)が適切です。これより高いと車いすからベッドに戻るのが難しく、低いと立ち上がりにくくなります。高さ調整が可能な電動ハイ&ローベッドが適しています。



約45～50センチ

#### ・マットレス

寝返りや起きあがり動作は、やや硬めの方が行いやすくなります。寝具の柔らかさも同様で、厚みの異なる寝具で動いてもらい、動きやすいものを選択します。(マットレスに直接ベッドパットを敷く等工夫します。)

## ベッドかふとんか

ベッドは、移乗動作を行いやすくするために使用しますが、状況判断力の低下により、ベッドからの転落の危険性を回避することの方が優先される場合は、床にマットレスを直に置く等で対応します。ただし、この場合は、車いすへの移乗動作が容易ではなくなる上、床からの立ち上がり動作に危険を伴います。車いすに移乗する際は、椅子の座面に両手をつけて立ち上がりやすくする等の工夫をします。



## 車いす

車いすは、移動の道具です。2つに折りたたむことができるのも、車に積み込んで運ぶことができるようにするためです。ところが、車いすの構造は、背もたれやシートがたわみ、長時間座るのに向いていないため、一日中車いすに座っていると姿勢が傾くなど、苦痛を引き起こしてしまいます。

### ・椅子を併用する

食事やアクティビティでは、椅子に座り変えるなど、車いすに座りっぱなしにならないようにします。

### ・クッションを選ぶ

座面に敷くクッションは、その人の状態に応じた硬さや厚みを選択します。

### ・体幹を支える

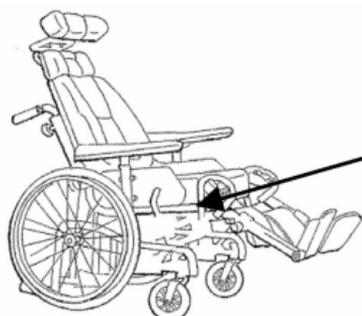
体幹の変形や筋力低下がある場合は、クッションを部分的に当てる等、こまめな調整をします。車いすのバックレ

ストの張り具合を調整できる機能のついた車いすも適しています。

#### ・特殊な機能のついた車いす

##### ティルト機能

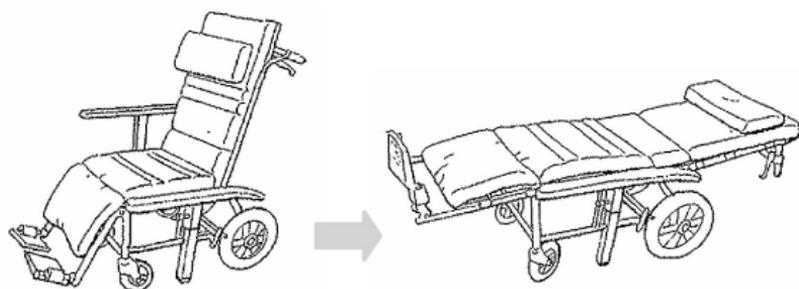
座面の傾きを調整できるので、  
ずり落ちるを防ぐことができます。



シートの角度を  
調整できる

##### リクライニング機能

座面の傾きはそのまま、背もたれだけを倒す機能です。座位の耐久性が低く、上体を倒す必要がある時期に使用しますが、手を使う等の作業には向いていないので、安定したら標準的な車いすに切り替えます。



背もたれ(バックレスト)と下腿部分(レッグレスト)の角度を変えれば臥位にできる。(フルリクライニング機能)