

„動くことは生きること
動くことが
生きることであるならば
動きを維持改善することは
よりよく生きること
である“

VAP アドバイザー資格取得
のための専門レポート
養成課程 0743
2018年9月26日 ~
2019年3月12日

著者

マティアス・ヴィルチョフスキー
Matthias Wierzchowski

VAP[®]



VIV-ARTE PFLEGEKONZEPT

目次

1. はじめに	3
2. 自身の学習経過	4
3 動きの維持・改善と指導	5
3.1 患者の状況説明	5
3.1.1 患者の医学診断	6
3.2 機能トレーニングの経過	6
3.2.1 初回の経過	6
3.2.2 2回目の経過	9
3.2.3 3回目の経過	10
3.2.4 4回目の経過	13
3.3 動きの診断	15
3.3.1 機能範囲のアセスメント (MOTPA)	15
3.3.2 運動習慣およびセルフコントロールする動きの効率性の アセスメント	18
3.3.3 セルフコントロールまたは効率性を制限している条件要素 のアセスメント	19
3.4 4日間の機能トレーニングにより、患者のADLのセルフ コントロールに見られた主な変化	23
3.5 VAP - 3段階で行うモビリゼーション	24
3.6 日常ケアのためのモビリゼーション計画 (同じ患者)	27
3.7 同じ患者を対象に実施した看護師との学習プロセスの 振り返り	28
4. ワークショップ - 日常ケアにおける動きの維持・改善	29
4.1 同僚のためのワークショップ計画と授業実施に関する 振り返り	30
4.2 日常ケアによる患者の動きの維持・改善に関する看護師の 指導で得られた一般的経験	32
5. まとめと今後の計画	32
6. 参考文献一覧	34

1.はじめに

私はすでに2006年から専門看護師として働いている。ネットータル病院で11年前から従事しているICUの仕事はやりがいのある集中治療の分野であり、毎日新たなモチベーションを与えてくれる。冷静さとスピード、そしてストレスに対する耐性と忍耐力が日夜求められる日々である。

専門スタッフとして、患者を助け、最良の場合には良好な健康状態で退院してもらうことを目標としている。そのためにも投薬治療、バイタルサインのチェックやその他学校で学んだ医学的観点に加えて、それ以外の施術のアプローチ方法を応用し、確立することが重要である。

VAPはすでに90年代には存在していたが、私が初めて出会ったのは2007年、フィルセン総合病院においてである。所属先の当時の師長ティノ・フィッシャーが、上級課程の受講を始めたところだった。3段階で行うモビリゼーションと特定の動きのプロセスとによって患者を早期に「立ち直らせる」ことができ、キネステティック*が看護スタッフのサポートにもなっていることが興味深かった。

2008年から2011年にかけて、私自身もモジュール1と2を修了し、VAPをより深く理解できるようになって嬉しかった。2017年までにはモジュール3と4を修了し、次にVAPアドバイザー課程を目指すことにする。

動きを維持・改善することがどれだけ患者や看護スタッフの役に立つかを目の当たりにし、気づきもあり、自分の日常業務に取り入れたいと考えた。この養成課程に通い始めて本当に良かったと思い、2019年3月に無事修了できることを願っている。そこに至る道のりにおいて、通常の勤務に加えて養成課程に時間とエネルギーを費やすことや、毎回新たにモチベーションを持たせなければならない患者と一緒に多くの場合ちょっとずつしか前に進まないようなことに取り組むことなど、克服しなければならない課題やハードルは多い。しかし、最後に得られる喜びの方が大きくて、そういった障害が急に小さく感じられる。それだけに、この教育課程を始めて本当に良かったと思っている。毎日の仕事において報われることが多い。

*訳注 キネステティック

Duden (ドイツ語の正書法辞典) : キネステティックとは、動きを感じるという教えである。

Meyers 辞典: 「ギリシャ語の' kinesthesia' が由来で、身体部位についてそれら相互および環境との位置関係と動く方向を知覚し、コントロールし、誘導する能力を意味する。

2.自身の学習経過

「動くことは生きること。動くことが生きることであるならば、動きを維持・改善することは、よりよく生きることである」（„Bewegung ist Leben. Wenn Bewegung Leben ist, ist die Förderung von Bewegung die Förderung von Leben“¹）、というこの一文は、私が思うに、VAPにおける動きの維持・改善について多くを物語っている。

患者は、疾病によって動く能力をたちまちにして失う。私たちが何とかまた動けるようにもっていければ、患者は日常生活の諸々のことに常に援助を必要とすること無く再び生きていけるようになる。患者が自立して身を処したり動いたりできれば、外部の援助をあまり必要としないので、動きの維持・改善は財政負担の軽減にもつながるといふ主張はあながち間違いではない。

VIV-ARTE[®]ケアコンセプトは、何よりも患者が自立性を取り戻すことを助け、動く能力を再び獲得するためのツールである、と私は捉えている。動くことは、運動器官のみならず、患者の精神や社会性にも良い影響を及ぼす。そのため、ICUでの日々の業務の中でとても重要な部分を占めるようになっていく。患者の身体知覚や生活の質、安寧が改善されていくのを見ていると、スタッフだけでなく患者もとてもよい気分になる。

VAPアドバイザー養成課程の研修を通して、今ではより広く全体を視野に入れながら、患者の看護やケアを行うようになっていく。養成課程は、最終的には患者との関係性を変えることにもつながる。一緒に動くことで相互の信頼関係が生まれ、さまざまな不安が解消され、新たな力が解き放たれるからである。患者とは今まで以上に接することになり、患者からのフィードバックが全く違ってくるので、成果もさらに大きくなるのが特徴である。患者本人は、自分がすでに小さな一歩を踏み出し人生を取り戻りつつあることに気がついてとても喜び、私たちが一緒に協力しあって成し得たのだと気がつくのと、それを表現してもくれる。この気持ちは、薬の服用後のものとは違う。医薬品は患者にとって同じように必要ではあっても、個人として成しえたこと、もしくは動きに参加することは患者にとってより実感を伴うことであり、それはモチベーションとなり、精神面にも良い。

この養成課程を通じて日を追うごとに自分自身の動きをより意識するようになり、患者と一緒に動く中で、患者と目的地に到達するためには自分自身の能動的な動きがどれだけ大事であるかを認識できた。また、患者にどのような制限があるかを見て取ることが鍛えられ、それを識別さえできれば、私がいつ、どこで患者自身の動

¹ VIV-ARTE[®] キネステティック 動きの学校; ハイディ・パウダー ミスバッハの引用

きをサポートできるかがもっと分かるようになる。養成課程では、理論的な基礎項目の学びだけでなく、実践にも重点が置かれるので、学んだことを応用したり、自分のものとして習得することが容易であった。以来、自分自身の動きと目で追うことを改善することができた。この分野で自分をさらに成長させ、難しいケースの患者と日々仕事をする中で解決のための新しいアプローチを見つけることは、私にとって大きな喜びである。その間、VIV-ARTE®学習モデルをより深く理解することができた。身体に負担をかけずに日常ケアに組み込むことができることが、とても嬉しい。

3 動きの維持・改善と指導

3.1 患者の状況説明

D氏は75歳。彼はスリムな体格で158cmと身長はそれほど高くなく、さらに非常に細身というか痩せすぎている(52kg)。離婚して自宅で一人暮らしをしている。彼には娘が二人いるが、定期的に連絡をとってるのは長女だけ。長女は毎日病院に面会に来て、孫もよく連れてくる。

彼は以前、事務員として働いていた。親しみやすくオープンな人で、ただ最初の頃はモチベーションがとても低い患者であった。同僚の報告によれば、D氏は何度も繰り返して声がけしないと看護サービスが実施できなかったとのこと。

入院前はまだ動けていて、補助具は必要無し。買い物には歩いて行っていた。しかし、最近になって全身状態が悪化。食べることも飲むこともしなくなり、当然体重は減少する。家のことも自分ではきちんと対応できなくなった。ICU入室時のD氏の状態は良好とは言えず、あまり身ざれいでは無く、ネグレクトされているかのようにさえ見える。福祉サービスに、その旨連絡を入れる。

集中治療室への入室理由は、上部消化管出血である。出血が大量であるため誤嚥による肺炎を防ぐために挿管を行った。検査の結果、食道遠位部と胃底部（食道遠位部の悪性腫瘍疑い）に潰瘍性変化がみられ、出血原因と確認。挿管後、D氏は当初、肺炎を契機とした敗血症を発症。正確に算出した投与量の抗菌化学療法により炎症反応は改善、呼吸状態も次第に安定しつつある。

敗血症（血液中毒）に伴い強制的に輸液するが、代償不全となる。迅速な代償性改善により、2018年12月30日、7日間の人工呼吸管理から離脱させることができた。

D氏は、膀胱留置カテーテル装着、中心静脈カテーテル（右鎖骨下静脈）留置。当院の理学療法士が、療養体操と呼吸療法（加圧吸入とVibrax）を毎日実施。2019年1月1日、D氏は初めて端座位までモビリゼーションされた。

3.1.1 患者の医学診断

- 肺炎を契機とした敗血症、侵襲的人工呼吸管理
- 上部消化管出血
- 食道遠位部の悪性腫瘍の疑い
- 非対償性心不全
- 高血圧
- COPD
- 右側胸水
- ニコチン濫用、 たばこ 20～30本
- アルコール常習

3.2 機能トレーニングの経過

3.2.1 初回の経過

経過として、下記について記述する

- **3段階のモビリゼーションにおいて患者と一緒に行った生活動作**
- **上手く援助できた動作およびあまり上手く援助できなかった動作**
- **患者の運動能力について経験したこと、観察できたこと**
- **実施したさまざまな内容への患者の反応**
- **患者自身が、セルフコントロールあるいは効率を改善したいと考えている機能は何か**

2019年1月2日（水）にD氏（以下、D氏を患者ともいう）に会い、これから何日間か定期的と一緒に「トレーニング」する、というか彼の動きを改善していきたいと説明する。患者は覚醒、反応がある。バイタルサインは安定、血圧140/80mmHg、024l/分の投与でSpO₂93%。本人には依然としてやる気がみられず、予定しているエクササイズに参加してもらうには説得を要する。

患者はベッドに仰臥位で寝ていて、下の方にずり落ちてしまっている。上体は30度ギャッチアップ。施術を始めるときには、まずベッドの調節機能を使って自分が作業しやすい高さにしてから、左手を患者の頭の下に置いて、彼には頭を少し上げてうつむいてくれるよう声がけする。背上げ部を徐々にギャッジダウン。患者は自分で小さな枕の上に頭をのせる。フラットな仰臥位はまったく問題無いようである。

部分能動的な患者であり、基本パターン通りに一緒にベッド上を上へ向かって歩き始める。患者の右脚に接触してコンタクトし、その脚を立てるよう促す。患者は、両脚を順番にゆっくり立てる。私は、骨盤から膝の上を通り足の方に向けてゆっくり押しを強めていき、しばらく緊張を保持してから体重を骨盤に戻すようにして、

両脚が安定して立つようにする。立てた両脚を、彼は上手に保持できる。上体については、その動きを目で追うこととくに注意を払い、患者に適切なタイミングで声がけして私とは反対側の方へと回転してもらい、十分な緊張を作る。上方向については、骨盤と胸郭を接触を介して援助しなければならない。実施した一歩は十分だったので、反対側でも同じように繰り返して一歩進み、適切なタイミングで私の方を向いてくれるように声がけする。患者はベッドのさらに上に寝ていることになった。私の口頭の指示に応じるまで一定の時間を要することに気がつく。彼に負担がかかりすぎないように、時間をかけるようにする。彼は、今までは従来通りに動かされてきたので、動きの流れとその実施方法に不慣れである。ウォームアップを始める前に、私は両手を主な接触面の下に入れて、患者の身体の緊張を下げる。

寒いと言われ、上半身に毛布をかける。患者の可動性を一通り把握するために、そして彼の身体意識を促進し、支える面と運ぶ面を動かすために、両脚のウォームアップM2/1を開始。脚の筋肉量がかなり減少していることに気づかされる。筋トーンは弛緩。ただ、患者は動かされているときにも疼痛は訴えず。拘縮無し。関節の動きは良好。皮膚がとても乾燥しているので、患者にとって快適なように、ウォームアップではスキンローションを使用。両足に軽度な浮腫が見てとれる。下腿を回旋させると、ふくらはぎ（筋膜）がとても硬くなっている。

患者はウォームアップの間にリラックス。15分過ぎた頃には熟睡している。呼吸のリズムは穏やかである。両腕の筋肉量も減少しているが、筋トーンはむしろ亢進。ここでもスキンローションを使うことで手の動きが楽になり、併せて乾燥した肌の状態を直接ケアするようにした。彼の関節は、肩まではよく動く。しかし、肩甲帯ではかなりひっかかりを感じる。何度か繰り返しているうちに、徐々にではあるが凝りがほぐれていく。痛みは何も訴えず。しばらくすると患者は目を覚まし、機嫌は良く、施術費を払わなければならないのかと聞いてくる。

その後、患者に両脚を順番に立ててほしいと声がけする。私は骨盤から両足に向けて押しを強めてさらに安定させ、今回は脚と脚との間が手の幅ぐらい開いているように注意する。骨盤を上げ、私のいる方へ移動させたら、私に背を向けるように回転してほしいと声がけする。患者が骨盤を上げるときと横にずらすときに、接触を介して援助する。右側臥位になるときの回転運動では、私が骨盤と胸郭をサポートしなければならない。右側臥位では、骨盤と上体を彼と一緒にベッドの中央に向かって少し後ろに移動させて、患者の体位を最適化する。

彼の安定した体位で骨盤と胸郭のウォームアップM1を行い、4方向の動きの準備を実施しながら患者の呼吸もサポートする。その動きを、目で追う。私が円を描く動きを行っている間に、患者は2回しっかり喀痰喀出。小休止を入れる。バイタルサインは引き続き安定している。その間にベッドの反対側へと移動し、輸液ラインを整理する。患者に、目標は一緒に端座位になることであることを伝える。患者が

ベッドから両脚を出すときには、接触して援助する。次に、私は左手を患者の胸郭の下に、右手は患者の2番目の脚に置いてコンタクトする。患者に、端座位になるよう声がけする。とくに私が援助しなければならないのは、患者の上体の回旋である。患者は、片肘で上手く支えていた。2番目の脚の横方向への回旋については、一歩進む歩行動作を私が肩代わりして行って安定した座位にした。患者は端座位になったが、軽いめまいを訴える。バイタルサインは引き続き安定。

小休止してから、4方向の最小限の動きを使って彼の骨盤の中心を合わせ、最終体位の安定と上体を起こす援助および筋トーンの調整をする。上体を起こした姿勢は、背中側にベッドキューブを入れて支える。それほど努力しなくても、彼は自分で楽に姿勢を保っている。夕食が来ると、端座位のまま食事をする事ができる。飲み物のコップも上手に持っている。パンに何か塗るときは、まだ私のサポートが必要なので、これからの数日間、彼の両手の巧緻運動機能を向上させることができれば良いと思う。丁度そのときに娘さんが面会に来て、まだ小さい孫息子の集中治療室への入室を許可すると、患者はとても喜んで、少しの間ベッドの前に立ちたいとまで言う。

しかるべくモビリゼーションは続く。まずベッドを下げ、患者には前方へ座位移動してもらおう。患者は、荷重・抜重を使って体重を左右に移動させながら、何歩かに分けて少しずつ前進する。靴は私が履かせ、足の位置を最適化する。その後、私は彼の左側に座って、前方への座位移動を明日からもっと効率よく行える方法をやってみせる。私は自分の上体を起こし、胸郭をまず片方へ向ける。そして片足に体重をかけたら、抜重された側を前方に移動させる。私と同時に一緒に立ち上がるために、患者は私の右膝に左手を乗せる。私の右手は彼の臀部右側の下に置いてある。まず、彼には頭と胸郭を少し前方に曲げ、次に骨盤を前傾させ、両腕を順番に使って身体を支えるように声がけする。一緒に両脚に順番に荷重して、立ち上がっていく。私の骨盤で彼の骨盤を支えることで、彼の立位を最適化する。彼の姿勢は少し前屈みなので、私は最小限の接触で彼の上体を起こす。

ベッドのヘッドボードの方に向かって、二人で小さく二歩進む。そして、患者はベッドにまた少し斜めに腰を下ろす。彼の歩幅はとても小さい。患者は上半身が先になるようにしてベッドに横になる。患者の左隣りに座って、彼がコントロールしながら上体をベッドに預けるのを接触を介して援助する。患者は、両脚をベッドに戻せない。私は、四肢から体幹へ体重を移動させ、回旋・屈曲を使って両脚をベッドに戻すのを手伝う。右側臥位のまま寝ていたいと言うので、私はまたベッドの反対側に移って骨盤と上体を彼と一緒にベッドの中央の方向へと移動させる。

右側臥位でクールダウンM1を行い、主な接触面（骨盤と胸郭）をより広くして、患者がリラックスした安静体位をとれるようにする。両膝の間に小さな枕を入れ、毛布をかける。

最後に、「運動目標」について患者に質問する。できればカフェテリアに行きたいとのこと。まずは少しずつ進めていくこと、そして回転して側臥位になるときに端座位への起き上がりのセルコントロールの改善に、これから数日かけて一緒に取り組むことで意見が一致する。そのためには、両脚と両腕の保持・支持機能の向上と体幹の回旋改善が必要になる。

3.2.2 2回目の経過

経過として、初回のモビリゼーションとの違いについて記述する

- **患者の状態および能力**
- **新たに加わった体位変換、3段階のモビリゼーションで適応させた進め方**
- **あなた自身の動く能力**

遅番の3時間前に、患者と一緒に機能トレーニングを行う予定である。ところが、今朝、端座位への起き上がりで血圧が急上昇したことを知る。胸水貯留で胸水ドレナージが必要となる。CV 抜去。機能トレーニングは、午後に延期する。

病室に入ると、患者は端座位になって私に手を振っている。覚醒、反応あり、バイタルサインは安定、血圧 140/80mmHg、SpO2 96%、4102/分。孫に会わせてあげたことに改めてお礼を言われる。胸腔ドレーン穿刺部の痛みを訴える。疼痛スケールは5、ノバルギン 1g を点滴静注。ベッドで横になりたいとのこと。まず、患者にベッドに少し斜めに座るよう声がけする。その方が、ベッドに横たわりやすい。私は左隣に座って、彼がコントロールしながら上半身をベッドに預けるまでを見守る。今日は、自分一人で左脚をベッドに戻すことができるようになっている。右脚については、私が体幹の方への体重移動を誘導し、接触してサポートしながら、右脚をベッドにあずけられるまで援助する。その後、右側臥位を私の方で修正する。それから、患者は仰臥位になる。背部を少しギャッチアップして、彼の頭の下に小さな枕を置く。

続けて、仰臥位でM1のクールダウンを行う。そのために、例えば肩、胸郭、骨盤、かかとなどの主な接触面について、軟部組織から骨格へと4方向に体重を分散させる。患者はリラックスしている。

それからウォームアップのM2/1を開始する。両脚の関節は前日同様に動きが良い。筋肉に関しては、ほとんど変化無し。筋トーンスは相変わらず弛緩していて、筋肉量は大幅に減少。今日もまたスキンローションを使用する。両下肢（ふくらはぎ）の硬くなっている部分がよく感じとれる。一方、浮腫は少し改善した。

ウォームアップしている間に、患者はまた眠ってしまう。両腕の筋トーンの調整はゆっくりである。関節は、肩までは動かしやすい。昨日同様、凝りは何回かしっかりと動かしていくとほぐれてくる。患者が目を覚まし、今日は朝方よりも昼の方が気分が良いこと、ウォームアップで本当にリラックスできると話してくれる。昨日よりも今日の方がずっとやる気がある。施術のペースは、彼の身体能力に合わせている。私の口頭での指示に今日はよく対応できていることに気づかされる。今日は、両脚の保持・支持機能を改善するために、体幹の筋肉を強化するエクササイズを追加する。私の左手を彼の頭の下に置いてから、頭を持ち上げてうつむくように口頭で促す。背上げ部をゆっくりと下げる。そして、患者の右脚に触れ、両脚を順番に立てるよう声がけする。私は、骨盤から両足に向かって押しを強めて両脚が安定するように最適化し、両脚の間が手の幅分ぐらい開いていることを確認する。両脚は、患者がしっかりと保持できている。その後、彼は骨盤を持ち上げ、2秒間そのまま維持して、再びコントロールしながら下ろす。骨盤を上げていくときは、私の援助を必要とする。これを3回繰り返した後、少し休んで、次は骨盤を持ち上げたら私がいる方向へ横へずらすよう指示する。横移動はとてもゆっくりで不十分でもあったため、今度も接触を介して援助する。その後、私に背を向ける方向へと回転してもらう。このときも、体幹の回旋にはサポートが必要である。

左側臥位になり、骨盤と上体はまだ彼一人では無理なので、一緒に手伝ってベッドの中央の方へと移動させて最適化する。左側臥位が整ったところでベッドの背部を30度にギャッチアップして、すでに説明したように4方向への最小限の動きを使って主な接触面についてM1のクールダウンを実施する。その後、患者に毛布をかける。患者はリラックスしているように見え、呼吸のリズムも安定している。SpO2 98%、血圧は正常値。

今日は、状況が変わったときには柔軟に対応しなければならないことを教えられた一日だった。患者に負荷がかかり過ぎないように、彼の能力に合わせた動きになるよう調整した。ずっと練習しているウォームアップのM2/1は、ゆっくりと、しかし確実にルーチンになってきて、次に何をやるかあまり考えなくてもよくなった。私自身の動きも改善された。部分能動的な患者の場合、援助や補わなければならない正しいタイミングを見て取るためには、目で追うことが非常に重要だと思う。

3.2.3 3回目の経過

経過として、2回目のモビリゼーションとの違いについて記述する

- **患者の状態および能力**
- **新たに加わった体位変換、3段階のモビリゼーションで適応させた進め方**
- **あなた自身の動く能力**

患者は、今夜はよく眠れていた。申し送りによると、胸腔ドレナージに伴う痛みを一回だけ訴えてノバルジン1gを点滴静注したとのこと。胸水のドレナージ量は24時間で400ml。酸素投与は2l/分まで減らすことができた。呼吸療法のために、今朝、理学療法士が端座位にした。

入室すると、患者は目を覚ましている。血圧130/70 mmHg、SpO₂ 98%、心拍数は正常範囲内である。疼痛はなく、軽い筋肉痛があるだけ。右側臥位で寝ている、軽く（30度）背部がギャッチアップされている。

モビリゼーションの開始部分は前日と同じだが、患者が自立してフラットな仰臥位になり両脚を立てたという違いがある。私からは、口頭での指示だけ。患者は骨盤も自立して修正するが、寝ている位置がまだベッドの下過ぎる。患者と一緒に、ベッド上を上へモビリゼーション、私は引き続き目で追うことに注意をはらう。

声がけに応じて患者は右脚で上手く踏み切れているので、上への一步は効率がとても良い。私の方は最小限の接触による援助を行った。私の身体から離れた側でも、一步を繰り返す。患者は、頭がマットレスの上端の位置で臥床。私は主たる接触面のクールダウンM1を行い、彼のフラットな仰臥位の中心を合わせてから、両脚のウォームアップM2/1を始める。

筋トーンは徐々に、しかし確実に調整されてきていて、脚の浮腫もさらに軽減している。肌の状態は目に見えて良くなっているが、今日もスキンローションを使用。両ふくらはぎの硬くなっていた部分は徐々にほぐれてきている。ウォームアップの最後には、筋力と持久力を鍛えるために、患者に両脚を立ててそのまま維持してもらおう。

肩甲帯の両側の凝りが確実に解消されつつあるのがよく感じ取れる。患者は、私の施術中もずっとリラックスできていて、コミュニケーションを取りたがっている様子。いろいろと話してくれて、家族がもうすぐ面会にくるのを楽しみにしている。

これまでの数日間とは違って、ウォームアップ後、患者は（両脚を手の幅ぐらい開いて）骨盤を自立して持ち上げ、私の方へ横に動かしてから、私に背を向ける方向へと回転することができた。左側臥位になった。今日は自分で骨盤をベッドの中央の方へと動かさせていて、私は手でコンタクトするだけにして口頭で少し指示を出す。安定した側臥位で、骨盤と胸郭のウォームアップM1を行う。円を描く動きはそれぞれ目で追う。

患者は順調に上達しているなので、体幹の可動性を促し、呼吸をサポート（肺炎予防）するために、彼と一緒に体幹の回旋トレーニングを行うことにする。

ベッドの反対側で、彼の右腕に軽く引きを効かせながら、半円を描くように前方に回す。戻す動きは患者が自分で行う。患者には、手の方を見るよう促す。その後、彼には自立して体幹を回旋させながら腕を目で追ってもらう。私は体幹を伸ばすことだけをサポートする。彼の動きは流れるようで、ペースも適切である。

3回繰り返した後、患者に両脚をベッドから出すよう声がけする。今日は本人だけでできる。私はベッド背部を少しギャッチアップして、右手を患者の胸郭の下に置き、彼の右腕を私の肩に乗せる。患者に、起き上がって座るように言う。体幹の回旋が明らかに良くなっている。肘にしっかり体重を載せることができる。私の方は2番目の脚の外側への回転運動によって座位の座面が広くなるようにだけ注意を払う。端座位になった患者からは、今日はずっと楽にできた感じがするとのこと。めまいも無い。私は、最小限の円運動で骨盤の中心を合わせて座位を最適化して、彼が上体をもっと起こせるようにする。座位は、努力しなくても保持できている。

患者は、ベッド前の立位に同意してくれる。まずベッドを下げ、患者に靴を履かせる。声がけに応じて、患者は数歩に分けて前方へ座位移動する。患者の両足が床についたら両脚の位置を最適化して、今度も患者の右隣に座る。押しを使ったコントロールを使って立ち上がりの準備動作を2回一緒に実施し、努力をあまり必要とせず一緒に立位になる。彼の上体を少しだけ起こして、最適化する。前方に2歩、背上げ部の方向に2歩、後向きに2歩ずつ歩く。歩幅は小さい。脈拍が90まで上昇したので、声がけして一緒にベッドに斜めに座って（背上げ部に近い方の身体側）、そのまますぐ這ってベッドに入りやすくする。今日の彼は、安全確保の見守りにしか私を必要としない。右脚は彼が自立してベッドの上に載せ、左脚は体幹（頭部・体幹）への体重移動だけを私が接触して援助しなければならなかった。ベッド上方のサイドレールを上げてから、私はベッドの反対側へ移動。患者は上体と骨盤を上手にベッドの中央まで戻す。終わりに、安定した左側臥位で4方向への最小限の動きで骨盤と胸郭のクールダウンM1を行い、最後に布団を掛ける。

患者さんを褒める。今日の彼は多くを達成できたので、今後はもっと自信をもって行動できる。例えば自立した側臥位への回転など、体位変換によってはすでに私のサポート無しにできる。私の声がけに上手く応じられている。4方向の動きをしっかりと自分のものにし、それをどんどん上手く実践できるようになっているのが分かる。臨床応用によって、当然ながら、私は日を追うごとに自信を持てるようになり、この取り組みは患者本人の自分への信頼感や一緒に実践している内容への信頼感を強めもする。D氏が近いうちに一人で端座位に起き上がれるように、明日もまた体幹の回旋を計画する。

3.2.4 4回目の経過

経過として、3回目のモビリゼーションとの違いについて記述する

- 患者の状態および能力
- 新たに加わった体位変換、3段階のモビリゼーションで適応させた進め方
- あなた自身の動く能力

患者は昨夜、よく眠れていた。胸腔ドレナージからの排液はほとんど無く、遅くとも明日には抜去予定。病状は引き続き改善している。疼痛の訴えは無い。

横への水平移動、回転して側臥位になる、ベッドの端への前方および後方への座位移動といった体位変換は、両脚の保持・支持機能を使って能動的に実施されている。今日すぐに気がついたのは、ベッド上で上方移動するよう言われた彼がモンキーバーに能動的に手を伸ばしたことである。彼は促されるまでもなく両脚を同時に立て、右手でバーをつかみ、体重を身体の左側に移動させてから、右脚で踏み切って身体を上へ押し上げる。反対側では左手でバーにつかまって、体重を自分の右側に移動させ、タイミングを見計らって左足で踏み切る。患者はベッドの上端に到着し、私は感激。

フラットな仰臥位でのクールダウンM1の後、今日も両脚と両腕のウォームアップM2/1を行う。両脚の筋トーンは前日と変わらず。両脚のふくらはぎの硬い部分は和らいできてはいるものの、触るとまだよく分かる。今日もスキンローションを使う。両脚の浮腫は、見た目ではほとんど分からない。両腕の筋トーンは前日と変わらず。肩の動きがさらに良くなり、以前よりは引っかかりなくなってきた。

患者が自立して右へ回転した後、安定した側臥位でウォームアップM1を行い、体幹の回旋運動も追加して一緒に練習する。3回体幹を回旋させた後、患者にベッドから両脚を出してもらおう。私は背上げ部をギャッチアップして、4回目の回旋運動の後に端座位になるよう促す。2番目の脚の外側への回転だけを最小限の接触で最適化し、彼がより楽に上体を起こせて、より安定した座位になるようにする。骨盤のクールダウンM3を行って、彼の体位の中心を合わせるために体重を骨格から支持面へと誘導する。

続けて、患者はベッドの端へと前方に座位移動する。座位から臥位への体位変換について、昨日から変化はない。軽くギャッチアップした仰臥位で、クールダウンM1を行う。患者との取り組みはこれをもって今日で終了、彼の協力に感謝の言葉を述べる。その後、両脚の保持・支持機能をさらに促進し、体幹の筋肉を強化するために「ブリッジ」の練習を継続すること、そして最後に、早く自立して端座位になれるよう体幹の回旋を頑張る練習することを提案する。

機能トレーニング後のD氏（4日目）



3.3 動きの診断

3.3.1 機能範囲のアセスメント (MOTPA)

最初の小さい欄で、機能範囲のレベルを1から7で評価する。点数を縦に合計する。患者の自立レベルを、そのようにして記録する。そうすることで、患者がとる異なる体位の数と種類および特定の体位で過ごせる時間が見える化され、褥瘡のリスクと拘縮のリスクについての手掛かりが得られる。

評価を継続することで、患者の介護依存度が高まっているか、下がってきているかを把握できる。

自分がすでに体験したことだけをアセスメントすること!

新たな体位変換を追加した場合は、さかのぼって評価する。

4 a 人の機能、機能範囲： 選択可能な体位		点数			
選択可能な体位をアセスメントして、患者が個別の体位（受動的も含む）をとることができるかどうかと、その体位にどれくらいの時間留まることができるかを記録する。					
その体位を最低 2 時間は取り続けることができる		1			
その体位を 90 - 119 分間取り続けることができる		2			
その体位を 60 - 89 分間取り続けることができる		3			
その体位を 30 - 59 分間取り続けることができる		4			
その体位を 15 - 29 分間取り続けることができる		5			
その体位を 1 - 14 分間取り続けることができる		6			
その体位をとることができない		7			
4 a 人の機能、機能範囲： 選択可能な体位					
ギャッチアップした仰臥位	1	1	1	1	
フラットな仰臥位	1	1	1	1	
90度の左側臥位	1	1	1	1	
90度の右側臥位	1	1	1	1	
フラットな腹臥位	-	-	-	-	
両肘で支えた腹臥位	-	-	-	-	
ベッド、モビリゼーションチェアあるいは車いすの座位	-	-	-	-	
自力座位（例えば、端座位）	4	4	3	3	
椅座位	-	-	-	-	
支持した立位	-	-	-	-	
直立位	6	6	6	6	
小計 4 a 人の機能： 選択可能な体位	14	14	13	13	
4 b 人の機能、機能範囲： 体位のセルフコントロール		点数			

体位のセルフコントロールとは、患者がその体位に留まるために必要な援助の程度を記述している。

その体位をセルフコントロールして保持できる	1
つかまる補助具があれば、その体位をセルフコントロールして安全・確実に保持できる	2
その体位を保持するには、安全面から補助する人の見守りが必要である	3
最小限の接触による援助があれば、その体位を保持できる	4
その体位の保持には、補助する人が特定の身体領域を支える必要がある	5
その体位の保持は、補助する人がすべて肩代わりしなければならない	6
その体位の保持は、医学的理由によりまだテストすることができない	7

4b 人の機能、機能範囲：体位のセルフコントロール

フラットな仰臥位	1	1	1	1
90度の左側臥位	1	1	1	1
90度の右側臥位	1	1	1	1
両肘で支えた腹臥位	-	-	-	-
自力座位（例えば端座位）	4	4	3	3
支持した立位	-	-	-	-
直立位	5	5	5	5
小計 4b 人の機能：体位のセルフコントロール	12	12	11	11

4c 人の機能、機能範囲：複合機能を行うときのセルフコントロール
 複合機能を行うときのセルフコントロールは、患者が体位変換するために必要とする援助の程度を記述している。

その体位変換を自立して確実にできる	1
補助具を使って、その体位変換を自立して確実にできる	2
その体位変換には、口頭での指示と安全のために補助する人が必要である	3
その体位変換には、補助する人からの最小限の接触による援助が必要である	4
その体位変換に伴う部分的な動きの実行に、補助する人が必要である	5
その体位変換は、補助する人がすべて肩代わりして行わなければならない	6
その体位変換は、医学的理由によりまだ実施することができない	7

4c 人の機能、機能範囲：複合機能を行うときのセルフコントロール

仰臥位から、回転して側臥位になる	5	4	3	3
仰臥位から、回転して腹臥位になる	-	-	-	-
臥位で、ベッド上を上へ歩く	5	5	4	3
仰臥位で、ベッド上を横へ歩く	4	4	3	3
臥位から座位へ動く	5	5	4	4
ベッドの端あるいは椅子に座って行く、前方および後方への座位移動	3	3	3	3

低い姿勢で行う移乗	-	-	-	-
座位から立ち上がる	5	5	5	5
立位でまわる	5	5	5	5
歩行	5	5	5	5
階段を上る	-	-	-	-
歩行不能な患者の車いす走行	-	-	-	-
その他の機能:	-	-	-	-
小計 4c 人の機能:複合機能を行うときのセルフコントロール	37	36	32	31

3.3.2 運動習慣およびセルフコントロールする動きの効率性のアセスメント

最初の小さい欄で、歩行距離やセルフコントロールする動きの効率性を1～7で評価する。点数を縦に合計する。患者の運動習慣を、そのようにして記録する。さらに患者がセルフコントロールする動きによって生じる転倒リスクが見える化される。評価を継続することで、患者の介護依存度が高まっているか、下がってきているかを把握することができる。

自分がすでに体験したことだけをアセスメントすること！
新たな体位変換を追加した場合は、さかのぼって評価する。

3 人の動き：運動習慣およびセルフコントロールする動きの効率性				
運動習慣 (入院前と現在とに区分する)	1 = 一日の歩行距離 8000 歩からそれ以上			
	2 = 一日の歩行距離 6000 歩 ~ 7999 歩			
	3 = 一日の歩行距離 4500 歩 ~ 5999 歩			
	4 = 一日の歩行距離 3000 歩 ~ 4499 歩			
	5 = 一日の歩行距離 1000 歩 ~ 2999 歩			
	6 = 一日の歩行距離 1000 歩以下			
	7 = 7日間以上の臥床			
セルフコントロールする動きの効率性 (MOTPA 4cの 評価が5～7の 場合は、必ず7 と記入)	1 = 目標は、異なる条件下でも、常に自立して軽々と安全・確実に達成される(MOTPA 1-2)			
	2 = 目標は、異なる条件下でも、常に自立して安全・確実に達成される(4c MOTPA 1-2)			
	3 = 目標は、安定した条件下では、常に自立して安全・確実に達成される(4c MOTPA 1-2)			
	4 = 目標は、安定した条件下では、安全・確実にでは無いが自立してほとんどの場合に達成される(4c MOTPA 1-2)			
	5 = 目標は、安定した状況下では、安全・確実にでは無いが自立して多くの場合に達成される(4c MOTPA 3)			
	6 = 目標は、安定した状況下では、安全性・確実性を大きく欠いて自立してまれに達成される(4c MOTPA 4)			
	7 = 目標が自立して達成されることは皆無である(4c MOTPA 5-7)			
3a 人の動き：運動習慣				
入院前の歩行距離	4	4	4	4
現在の歩行距離	7	7	7	7
3b 人の動き：セルフコントロールする動きの効率性				
仰臥位から、回転して側臥位になる	7	6	5	5
仰臥位から、回転して腹臥位になる	-	-	-	-
臥床したまま、ベッド上を上へ歩く	7	7	6	5
仰臥位でベッド上を横へ歩く	6	6	5	5

臥床から座位へ動く	7	7	6	6
ベッドの端あるいは椅子に座って行う、前方および後方への座位移動	5	5	5	5
低い姿勢で行う移乗	-	-	-	-
座位から立ち上がる	7	7	7	7
立位でまわる	7	7	7	7
歩行	7	7	7	7
階段を上る	-	-	-	-
歩行不能な患者の車いす走行	-	-	-	-
その他の機能:	-	-	-	-
小計 3 人の動き: 運動習慣およびセルフコントロールする動きの効率性	64	63	59	58
合計 4 a-c 人の機能 MOTPA と 3 a-b 人の動き	127	125	115	113

3.3.3 セルフコントロールまたは効率性を制限している条件要素のアセスメント
 大きい欄に問題点を書き込み、小さい欄には1から6までで問題のレベルを評価する。1が最も良い評価（軽微な問題）、6が最も悪い評価（顕著な問題）になる。点数を縦に合計する。このアセスメントを継続し、患者の要介護度が改善しているか悪化しているかを記録する。

自分がすでに体験したことだけをアセスメントすること!
 条件要素を新たに追加した場合は、さかのぼって評価する。

2 機能解剖: 運動器官の状態	
体重	体重を記入、逸脱の±を記述し、1 ~ 6 のあいだで評価する
身長	身長を記入、逸脱の±を記述し、1 ~ 6 のあいだで評価する
関節の可動性	該当する関節および制限のある方向を記入し、残存する可動性を評価する: 1 = 90% 2 = 80% 3 = 60% 4 = 40% 5 = 20% 6 = 0%
筋トーンの亢進	該当する身体領域を記入し、1 = 少し硬い ~ 6 = 完全に硬直のあいだで評価する
筋トーンの低下	該当する身体領域を記入し、1 = 少し弛緩 ~ 6 = 完全に弛緩のあいだで評価する
痙縮	該当する身体領域を記入し、 1 = わずかな痙縮 ~ 6 = 顕著な痙縮のあいだで評価する
筋肉量	該当する身体領域を記入し、 1 = 少し減少 ~ 6 = 完全な喪失のあいだで評価する

手術創	創傷を記入し、評価する。1 = 乾いているが赤い 3 = じくじくして発赤が見られる 4 = 開いている 6 = 開いていて感染している
皮膚の状態	1 = 少し乾燥している ~ 6 = 非常に乾燥して鱗状になっている
浮腫	該当する身体領域を記入し、1 = 軽微な浮腫 ~ 6 = 非常に顕著な浮腫のあいだで評価する
皮膚の損傷	該当箇所を記入し、評価する。1 = 最小の発赤 2 = よりはっきりした発赤 3 = 境界のはっきりした発赤があり、指で「押して消えない」(フィンガーテスト) 4 = 水疱形成 5 = 壊死した皮膚組織が黒色の壊死層を形成 6 = 傷は深く、骨まで達している
骨折	該当する骨を記入し、1 = かなり荷重できる ~ 6 = 荷重不可のあいだで評価する
骨粗しょう症	1 = 骨折の危険性は低い ~ 6 = 骨折の危険性が非常に高い
大きな血腫	該当する身体部分を記述し、1 = かなり吸収されている ~ 6 = 形成直後のあいだで評価する

2 機能解剖：運動器官の状態

身長 158cm 体重 52 kg BMI 20.8	3	3	3	3
筋トーンス低下 左脚	4	4	3	3
筋トーンス低下 右脚	4	4	3	3
筋トーンス亢進 左腕	3	2	2	2
筋トーンス亢進 右腕	3	2	2	2
筋肉量	5	5	5	5
皮膚の状態	5	5	4	3
浮腫 左足	3	2	1	1
浮腫 右足	3	2	1	1
肩甲帯 両側、動かすときにひっかかりを感じる	4	4	3	2
左脚のふくらはぎ 硬くなっている	4	4	3	2
右脚のふくらはぎ 硬くなっている	4	4	3	2
小計 2 機能解剖：セルフコントロールを制限している 条件要素	45	41	33	29

1 インタラクション：感覚、精神、学習 & モチベーション

覚醒度	1 = 呼びかけへの反応が少し緩慢 ~ 6 = 完全な意識消失
姿勢変換時の疼痛	1 = 軽度の痛み ~ 6 = 耐えがたい痛み
鎮痛剤	2 = 非オピオイド鎮痛剤 4 = 弱オピオイド鎮痛剤 6 = 強オピオイド鎮痛剤
パレステジー	該当する身体領域を記入し、

	1 = 軽いビリビリとしたしびれ感 ~ 6 = 耐えがたいビリビリとしたしびれ感/無感覚のあいだで評価する
不随運動	1 = まれで少ない ~ 6 = 常に多い
麻痺位置	麻痺の種別を次のいずれかで評価する 1 = 麻痺症状 2 = 腰椎対麻痺 3 = 胸椎対麻痺 4 = C7四肢麻痺、片麻痺 5 = C6四肢麻痺 6 = C5 およびそれより高位の四肢麻痺
麻痺の状態	1 = 病的な反射 3 = 不完全麻痺、知覚あり 5 = 完全麻痺、部分的に知覚あり 6 = 完全麻痺：運動機能あるいは知覚機能が無い
聴力	1 = 軽度の聴力低下 ~ 6 = 聾
視力	1 = 軽度の視力低下 ~ 6 = 全盲
言語能力	1 = 軽度な言語能力の低下 ~ 6 = 完全失語
情報を理解し実施する	1 = 軽度に緩慢な理解と情報の実施 ~ 6 = 完全に混乱
指導から得た知識を実施する	1 = ほとんどの場合できる ~ 6 = 全くできない
動きに対する不安	1 = 少し不安 ~ 6 = 著しく不安
1 インタラクション：感覚、精神、学習 & モチベーション	
胸腔ドレナージ穿刺部の痛み	0 3 0 0
鎮痛剤	0 2 2 2
情報を実施する	3 2 1 1
指導から得た知識を実施する	3 2 1 1
モチベーション	4 3 2 1
不随運動	0 0 0 0
小計 1 インタラクション：セルフコントロールを制限している条件要素	10 12 6 5

5 努力：体幹と四肢のコントロール、力とパフォーマンス	
頭部のコントロール	1 = 少ない介助 ~ 6 = 全介助が必要
体幹のコントロール	1 = 少ない介助 ~ 6 = 全介助が必要
支持 & 保持 右脚	1 = 少ない介助 ~ 6 = 全介助が必要
支持 & 保持 左脚	1 = 少ない介助 ~ 6 = 全介助が必要
支持 & 保持 右腕	1 = 少ない介助 ~ 6 = 全介助が必要
支持 & 保持 左腕	1 = 少ない介助 ~ 6 = 全介助が必要
筋力	1 = 年齢相応にわずかに減少 ~ 6 = 皆無
動きに伴う循環動態	1 = ほぼ完全に負荷可能 ~

	6 = 負荷不可、あるいは集中ケアの場合は、開始時の血圧値からモビリゼーション中の上下変動が、1 = +/-10、 2 = +/-20、3 = +/-30、4 = +/-40、 5 = +/-50、6 = +/-60および、それ以上
呼吸調節	1 = わずかに困難 2 = 困難 3 = 必要時の酸素吸入 4 = 常時の酸素吸入 5 = NIV 6 = 人工呼吸管理
5 努力：体幹と四肢のコントロール、力とパフォーマンス	
頭部コントロール	0 0 0 0
体幹コントロール	3 3 2 2
支持 & 保持 右脚	3 3 2 2
支持 & 保持 左脚	3 3 2 2
支持 & 保持 右腕	3 3 2 2
支持 & 保持 左腕	3 3 2 2
筋力	4 4 3 3
動いたときの循環動態	2 2 1 1
呼吸調節	4 4 3 3
小計 5 努力：セルフコントロールを制限している条件要素	25 25 17 17

6 環境：動きに影響する環境要因および動きの維持・改善に要する時間	
マットレス	マットレスについて記述し、評価する： 1 = 普通のマットレス 2 = 粘弾性マットレス、エッジサポート有り 3 = 粘弾性マットレス、エッジサポート無し 5 = 普通の圧切替型マットレス 6 = 極端にやわらかい寝心地の厚みのある圧切替型マットレス
シート・クッションに求められる品質	シート・クッションを記述し、評価する： 1 = 動きをよくサポートする ~ 6 = 動きを大きく阻害する
車いす	車いすについて記述し、評価する： 1 = 100% 調整 ~ 6 = 20% およびそれ以下の調整
ポータブルトイレ	ポータブルトイレについて記述し、評価する： 1 = 100%調整 ~ 6 = 20%およびそれ以下の調整
装具類	装具を記述し、評価する： 1 = ソフトカラー 3 = 弾性ストッキング、骨盤ベルトまたは脚のバンテージ 5 = ハードカラー、ギブス小、腕の義肢 6 = 各種シーネ、ギブス大、コルセット、義足
動くためのその他の補助具	動くためのその他の補助具について記述し、評価する： 1 = 補助具 1つ ~ 6 = 6つおよびそれ以上（ベッドの調節機能、杖、歩行器、サークル歩行器ほか）
ライン類	ライン類を記述し、評価する：1 = 1本 ~ 6 = 6本または

	それ以上のライン類			
動きの維持・改善を補助する人に依存している	1 = 10分 4 = 1時間以上	2 = 10分以上 5 = 2時間以上	3 = 30分以上 6 = 3時間以上	
6 環境：動きに影響を与える環境要因 および動きの維持・改善に使用する時間				
マットレス		1	1	1
動くためのその他の補助具（ベッドの調節機能、ベッドの手すり、モンキーバー）		3	3	3
ライン類 CV 1日目カテーテル留置、2日目から胸腔ドレナージ/ Viggo		2	3	3
動きの維持・改善を補助する人に依存している		5	5	4
小計 6 環境：セルフコントロールを制限している条件要素		11	12	11
合計： 2 機能解剖、 1 インタラクション、 5 努力、 6 環境：セルフコントロールを制限している条件要素		91	90	67

動きの診断の評価結果	増 加 点 数	減 少 点 数
4日間で、4 a-c 人の機能 MOTPAおよび3 a-b人の動きの総和が何点変化したか		1 4
3日間で、セルフコントロールを制限する条件要素の総和が何点変化したか： 2 機能解剖、 1 インタラクション、 5 努力 および 6 環境		2 9
合計 点数の増減		4 3

3.4 4日間の機能トレーニングにより、患者のADLのセルフコントロールに見られた主な変化

自立した回転運動で側臥位になるという私たちの目標は達成された。端座位への自立した起き上がりはまだ達成できていないが、4日間の間で改善がみられ、最適化することができた。体幹を回旋させるエクササイズにより、体幹の安定性の改善と肺炎予防（ADL 呼吸）は達成された。関節を頻繁に動かすことで、拘縮や褥瘡を予防することができる。4方向の動きを教わった後、患者は特定の体位変換を自立して行えるようになった（ADL 動く）。座位では体幹コントロールが改善されて、自立して飲食するために、徐々に長い時間この体位を保持できるようになった（ADL 食べる & 飲む）。ADLの「従事する」については、D氏は宿題を丁寧にこなしている。

彼は各種エクササイズに意味を認め（ADL 意味を見いだす）、娘や孫にその成果を誇らしげにやって見せる。自分の行動や行為に自信が持てるようになっている。

3.5 VAP - 3段階で行うモビリゼーション

疾患に起因する主要問題：人工呼吸管理（7日間）を伴う肺炎を契機とした敗血症
動きに関する主要問題：5 努力 両脚の保持・支持機能が不十分
機能トレーニングの対象機能：3日目までは側臥位への自立した回転運動、
 4日目から自立した端座位への起き上がり

1 インタラクション

努力を分担しあう：経過およびモビリゼーション計画に記載したすべての体位変換を、
 受動的、部分能動的、または能動的のいずれかの空欄に記入して下さい。

インタラクション全体に関わる留意点：

患者に回転するよう声がけする；補助する人1名、場合によっては、モチベーションを
 与える


部分能動的な体位変換	すべての体位変換
-------------------	----------


能動的な体位変換	2日目からベッドの端で前方と後方へ座位移動 3日目から側臥位になる回転運動 4日目からベッド上を上方へ歩く
-----------------	---

3 人の動き

3.2.1 すべての動きのパターンは4方向を含む：経過およびモビリゼーション計画に記載したすべての体位変換を、該当するいずれかの動きのパターンの空欄に記入する。

動きのパターンに関する包括的な留意点：触覚と運動感覚を介したきっかけの合図、
 押しを強める骨盤- 両足、3日目まで体幹の回旋を援助する（端座位への起き上がり）

 体位変換	その他のすべての体位変換
---	--------------

 体位変換	側臥位で骨盤を横へずらす 座位から立ち上がる
---	---------------------------

第1段階 ウォームアップ（変更したときは日付を記入する）

ウォームアップの種類 & 繰り返し回数	選択した体位	対象の身体部位あるいはM2/2を実施した体位変換	必要に応じて、どのような適応を行ったか

M1 4方向の動きの準備動作を行う、3回	2日目～ 4日目 側臥位で	胸郭と骨盤	
M2/1 支える面&運ぶ面のモビリゼーション、3回	2日目～ 4日目 仰臥位で	両腕と両脚	
M2/2 押しを使ったコントロールの準備、2回	4日目 ベッド上の 端座位	立ち上がりするとき	補助する人 1名

追加したエクササイズ（変更したときは日付を記入する）			
選択したエクササイズ	回数	補助する人の人数	必要に応じて、どのような適応を行ったか
ブリッジ	2日目 3回	1	
体幹の回旋	3日目～ 4日目 3～4回	1	4日目から、4回目の体幹回旋後に座るよう声がけする

第2段階 さまざまな機能（変更したときは日付を記入する）	
選択した体位変換	個別の援助に関する留意点
上へ	
横へ	
回転して側臥位	
端座位への起き上がり&横になる	起き上がり ：軽くギャッチアップ、必要に応じて体幹の回旋を援助する（3日目まで） 横になるとき ：ベッドの背部の方へ中心をずらす
前方と後方への座位移動	患者の両足が床に接するまでベッドの高さを下げる。靴を履かせる。前方と後方への座位移動は自立して行う。

ベッド～椅子 および 椅子～ベッドの移乗	
立ち上がり	補助する人1名、ベッドの高さ調整、立ち上がりの準備動作2-3回（押しを使ったコントロールの準備）、最小限の接触で上体を起こす
歩行	

第3段階 クールダウン（変更したときは日付を記入する）			
選択したクールダウン	選択した体位	選択した主な接触面	特殊事項および必要な補助具
M1 主な接触面の体重を4方向に分散する	2日目～ 4日目は仰臥位と側臥位	両肩 / 胸郭 / 骨盤 / かかと	
M3 体位の中心を合わせ、最小限の荷重・抜重	3日目～ 4日目 端座位	骨盤	

3.6 日常ケアのためのモビリゼーション計画 (同じ患者)

疾患に起因する主要問題 : 肺炎を契機とした敗血症で7日間の人工呼吸管理実施

動きに関する主要問題 : 筋肉の減少

選択した日常生活機能 : 飲食できるように、端座位へ起き上がる

1 インタラクション

インタラクションに関する包括的な留意点 : 援助は、部分能動的から能動的に行われ

3 人の動き

動きのパターンに関する包括的な留意点 : 円を描く動きのパターン

モビリゼーションの3段階、経過 :

仰臥位から座位へ:

両脚を立ててもらってから、骨盤を横へずらし回転して側臥位になるよう声がけする
体幹の回旋を自立して3回行ってもらい、そのときに伸展を援助する

患者にベッドから両脚を出すよう声がけする

ベッドの背部をわずかにギャッチアップする

患者は、4回目の体幹の回旋からすぐに続けて座位へと動く。介助者は、必要に応じて、片肘の支持と2番目の脚の外側への回転を最適化する（上体を起こしやすくなり、座位がより安定する）

最小限の円運動で骨盤の中心を合わせて、患者が上体を起こしやすくする

患者の両足が床にしっかりつくまで、前方に座位移動させる

座位から臥位へ:

声がけして、ベッドの背上げ部に近い方の身体側をしっかりと後方へ座位移動してもらう

患者に、ベッドの上端に向かって這うよう促す

患者が両脚をより簡単にベッドに戻せるように、体重を両脚から体幹の方へ抜重する
回転して仰臥位になり、必要に応じてクールダウンを行う

3.7 同じ患者を対象に実施した看護師との学習プロセスの振り返り

1月6日は遅番。同僚と打ち合わせて、私が立てた日常ケアのためのモビリゼーション計画に従ってD氏を端座位まで一緒に動かすことにする。同僚は数ヶ月前から同じ病棟でフルタイムで働いていて、VIV-ARTE®のモジュール1～3は受講している。最初に、彼と一緒にモビリゼーション計画を順を追って確認する。同僚は計画を理解し、計画通り順番に実施する自信が持てるまで、私を相手に練習する。その後、彼はD氏の移乗を実施し、私は動きの順序だけを口頭で伝えてサポートする。

同僚は個々の内容をしっかり実施できている。私にとって重要なのは、同僚が、患者がいつ、どこで、どの終着点でサポートを必要としているのかどうか識別できる/感じ取れることである。彼は、患者を端座位まで動かして、あまりに簡単だったことにとっても驚いている。各モジュールを修了してからの初めての指導ということもあり、とても実践的かつ理論的で分かりやすく、参考になったとのこと。これをきっかけに、受講したモジュールの内容で思い出せたこともいくつかあった。私にとっても今回の指導は自信になり、私自身の学習プロセスをさらに一歩前進させてくれる。

翌日も、D氏を端座位までモビリゼーションする予定である。同僚は今度は、自分自身の動きにもっと注意を払い、もっと本人が動かなければならない。というのも、初回のモビリゼーションのときは最初かなり緊張しているように見えた。私たちはもう一度順を追って計画に目を通していく。彼には再度、その時々状況にもっと注意を払うよう指摘する：ベッドの高さは適切か？ ライン類の長さは十分か？ 2回目のモビリゼーションでは、同僚が今日はとても集中して注力しながら実施していることが見て取れる。初日に比べて彼自身の動きが良くなっている。また、環境（作業に適した高さやライン類の準備）にももっと気を配っている。私が直す必要はほとんど無かった。彼のパフォーマンスに満足した。D氏は2019年1月8日に隣接する病棟に移った。

同僚フランクからのフィードバック

看護師養成課程の一環として、すでにVIV-ARTE®ケアコンセプトのモジュール1～3を修了する機会が私にはあった。ただ残念なことに、30床の整形外科病棟で日々の業務をこなしながら学んだことを実践するのは、同僚の理解が十分に得られなかったこともあり、困難だった。キネステティックの分野に関する私の実践的かつ理論的な知識は、何年もの間にゆっくりと、しかし確実にさび付いてしまった。

集中治療室に移ってからは、まず第一にキネステティックの概念に基づく動きの維持・改善が役立つと考えられている環境に身を置くことができたこと、第二にヴィ

ヤチョフスキー氏のような資格を有する同僚を頼ることができたことで、自分の知識を新たにし、広げることができるのがとても嬉しかった。

指導状況について

まず、資料を使って、患者のモビリゼーションの手順と目標についてヴィヤチョフスキー氏と話し合った。私が自信を持てるようになるまで、一緒にモビリゼーション計画に従って一つ一つ練習した。続いてD氏のところへ行く。ヴィヤチョフスキー氏からは、なによりも声がけは短く正確にとの指摘があった。D氏がいつ、どこで私の援助を必要としているかを見極めなければならないとも言われる。指導してもらい、モビリゼーション計画を実施する自信がさらについた。

4. ワークショップ - 日常ケアにおける動きの維持・改善

下記ワークショップを、勤務先で6-8名の参加者を対象に実施する

VAP-ワークショップ		
VAP アドバイザー/VAP ティーチャーの氏名:	所属先:	日付および所要時間: 2時間
問題 (3段階のモビリゼーションによる) 動きの維持・改善が、日常ケアに統合できていない		
MOTPA 5～6の患者との目標 維持・改善を図りながら、不必要な体位変換や頻繁に左右に向きを変えることを避ける		
対策 (原理、小項目および基準) ウォームアップ: 2 機能解剖 - 2.2 身体部位 & 動く面 - 2.2.3. 支える面 & 運ぶ面 体位変換: 4 人の機能 - 4.2 複合機能 - 4.2.2 回旋・伸展 & 回旋・屈曲を使う ポジショニング: 4 人の機能 - 4.1 基本機能 - 4.1.1 その場に留まるための体位は中心を合わせる クールダウン: 6 環境 - 6.1 適応 - 6.1.1 筋トーンスは、環境を変化させて調整する		

比較

すべての体位変換を個別に実施する vs 体位変換を連係させる

ケア内容：身体の清潔ケア、オムツ交換、シーツ交換のために行うベッド上の体位変換

ケア動作のためのインタラクション：最小限に部分能動的

ケア動作のための動きのパターン：スパイラルな動き、回旋・伸展 - 回旋・屈曲

モビリゼーションの3段階の進め方：

フラットな仰臥位で、片脚に、簡略化したウォームアップM2/1

ベッドの反対側に移動し、両脚を立てる

骨盤を横へ、そのまますぐ回転して側臥位

屈曲した側臥位の中心を簡単に合わせる

Safetex* の交換

上方へ一歩進み、そのまま運動につなげて両脚を立てた仰臥位に戻す

Safetex* を抜くために、骨盤と胸郭を順番に抜重する

反対側でバランスを取るための上への一歩、そして回転して90度の側臥位

必要に応じて（補助具で）支える、ベッドの設定

クールダウンM3 4方向の最小限の動きM1

* 防水の横シーツ

留意点の振り返り

課題

4.1 同僚のためのワークショップ計画と授業実施に関する振り返り

D氏との機能トレーニングを終えた1月の初めには、すでにこのワークショップを企画。同僚たちにワークショップの開催を知らせ、告知も作成した。ワークショップは1月23日、早番から遅番へのシフト交代後の13:45 から、所属先の集中治療室で2時間ほど行う予定になっていた。

嬉しいことに、1週間後にはすでに5人がワークショップの参加登録をしてくれた。参加予定者の4名はモジュール1と2だけ、1名は何とモジュール1～3を受講済み。動きのパターンは回旋・伸展、回旋・屈曲を使うつもりでいたが、同僚たちはこのパターンを知らないなので、少しアドリブで対応しなければならない。そのため、基本パターンに限定することにした。ただ、骨盤 → 横へ → さらに → 直接 →

側臥位へ → 回転させる、ときだけは回旋・伸展と回旋・屈曲という動きのパターンを使うことにする。同僚（モジュール1～2）と何度か試しに練習したことがあり、参加者たちも大丈夫だと思っている。

自宅では、ワークショップを頭の中で順番に通してみた。アドバイザー用と基礎課程の教科書を改めて読み返し、一連の写真をみて勉強した（研修資料86～102ページ参照）。今度のワークショップで最も重要な留意点をインデックスカードに書き出し、バックアップと台本のつもりで用意した。これで安心できる。

体調不良のため、ワークショップを1月30日に延期しなければならなかった。急な日程変更にもかかわらず、幸いにも5人（モジュール1～2）が再び参加してくれるという。冒頭、私から現在の問題点と目的を簡単に説明し、参加者に日常ケアで行う3段階のモビリゼーションの利点を説明した。

続けて、VAPと従来のアプローチとの比較を同僚一人にやって見せた。参加者全員に、3段階のモビリゼーションを行う上で最も重要な留意点をまとめた配付資料を用意した。

参加者は全員、自己体験ではVAPのアプローチの方を好んだ。動きの実施方法による違いを自ら体験することが重要であることに気がついて、ほとんどの参加者は、患者にとって従来通りに動かされることが何を意味するかを意識するようになった。ワークショップの参加者が実施する体位変換については、動きの正確な方向、正しい荷重・抜重、目で追う、そしてもちろん彼ら自身の動きにとくに注意を払うようにした。しかし、最も重要なことは同僚たちの自己体験であり、キネステティック感覚*が育ってほしいことだった。

*訳注：運動感覚

それ以外では、なぜ最初に簡略化したウォームアップM2/1を行うかについて説明し、どの関節が1軸上の動きを可能にする支える面に属し、安定性をもたらすのかを参加者に示すことも重要なポイントだった。運ぶ面も同様で、複数の軸上の動きが可能で、柔軟性を担っている。参加者全員が、口頭での指示に従って一つ一つの動く面を動かした。同僚たちには、すべては基礎課程の教科書に書いてあることだと指摘し、ゆっくり読み直せることを伝えた。

幸いなことに、参加者のワークショップの評価は肯定的で、3段階で行うモビリゼーションを日常ケアにもっと頻繁に取り入れるべきだという意見で一致した。理論的な知識を分かりやすく伝えていたと評価され、配布資料にも感謝された。

同僚たちからは、今後もワークショップを開催してほしい、何よりも基本項目の復習がしたいと言われる。私自身も、何人かについては理論と実践の復習が功を奏したことを気づかされた。今後も継続していくべきだと思う。

約2時間のワークショップだったが、私にはとても良い実習練習と経験であった。同僚の前で、同僚のために行うワークショップは、一人で患者のモビリゼーションを行うのとは何かが違うので、しっかり準備しておいて良かった。

4.2 日常ケアによる患者の動きの維持・改善に関する看護師の指導で得られた一般的経験

誰もが同じ方法で学習するわけでは無いので、参加者によってインタラクションの形を変えなければならない。患者については、視覚、聴覚、触覚を介して一連の動きの流れを表現することができる。ワークショップでは、何よりも自己体験、そして参加者の運動感覚を発達させることが重要なポイントになる。

これまで実施してきた指導は、私や同僚にとって非常にプラスになった。一方では、キネステティックの概念に基づいた個々のモビリゼーションを私自身が復習できる。他方では、ルーチンが身について、他の人に流れをもっと上手に説明できるようになる。私は教師のアドバイスに従って、さまざまなプロセスをシンプルに説明するようにしている。

最近では、多くの同僚たちが患者への対応に行き詰ったときに私にアドバイスを求めにくることが増えている。私は時間を作っては、同僚の知識レベルに応じて指導している。そうすることで、日常ケアの中にVAPによる動きの維持・改善をいかに簡単に組み入れることができるかを意識するようになってきている。実際には、時間も力も努力もほとんどかからないのに、多くの人があることに気がついていない。

自分の経験を同僚に伝えるのは良いことであり、同僚も喜んで参加していることに気づかされる。同僚からはもちろんのこと、患者からも好意的な反応が返ってくる。自分のモチベーションを上げるためにも、とても良いことである。

5.まとめと今後の計画

私の考えでは、動きの維持・改善は今日のプロフェッショナル・ケアにおいての重要な構成要素であり、不可欠である。専門レポートや日々の実践を通して、多くの知見や経験を得ることができた。小さな一步一步を尊重し、言うなれば一歩進むごとに考えることを学んだ。どれほど小さな一歩でも、患者にとってはすでに大きな成果である。一緒に動くことで、相互の信頼関係が生まれ、患者との関係が確立され、不安が解消され、新たな力が生まれる。主役は、部分能動的な患者である。患者は一人一人異なり、指示に対する反応も異なり、制限も違えば、性格も違うので、自分の業務や担当する患者のモビリゼーションからはいつも多くを学んでいる。

将来的には、同僚に知識と実践を伝え、彼らの「動き、動かす能力」の向上と強化を図りたいと考えている。養成課程によって彼らをうまく指導できるようになり、動きを促進することが日常生活においていかに重要であるか、また私たちの日常の仕事をどれだけ楽にできるかを示していきたいと思う。

動かすとはもはや「引っ張る」や「持ち上げる」だけでは無く、だからこそ私は所属病棟に3段階で行うモビリゼーションを導入して、患者の健康増進を考えて動かすためには、モビリゼーション前のウォームアップが必要であることを同僚たちにもっと意識してもらえるようにしたい。自分の看護師としての能力を有意義に伸ばせたことを誇りに思う。今では、私自身が何度もそのプロセスを実践しこのテーマに関わっているため、すでに無意識に同僚の動きを観察している。

また、私がヒントを出して特定の手技やモビリゼーション方法に注意を向けると、同僚たちの多くが感謝してくれる。ただ、養成課程を修了した後も患者ごとに新たな課題が出てきて、自分自身の学びのプロセスが続くことにも気付かされる。動きの実施や同僚の指導を確実に行えるようになるためには、絶え間ない練習が必要となる。

幸いなことに副看護部長から提案があり、2月から集中治療室の業務を何日か休んで、院内で動きの維持・改善を推進するための時間を確保できることになった。そうなれば、ワークショップや復習、ベッドサイド・ティーチングなどができるようになる。これは素晴らしいサポート。さらに、当院のスタッフは間もなくモジュール3と4の研修を受ける予定である。つまり、私もVAPアドバイザーとして必要とされ、患者だけでなく同僚のサポートも続けられる。

また、一緒に養成課程を受けた受講生と専門的なやり取りができたことにも、とても助けられた。私を担当してくれたアドバイザーのカトリン女史は良きスパーリングパートナーだったので、経験したことやさまざまな問題について今後も意見交換していければと願っている。

この場を借りて、養成課程までの道のりや養成課程中に私に寄り添い、支えてくれた職場およびプライベートにおけるすべての人々に感謝したい。

6. 参考文献一覧

以下のスキームに従って文献リストを記載すること。

例えば. 著者Butler, S. D.:タイトル *Mobilisation des Nervensystems*, Springer
出版、第2版 1998、ページ: 6 - 47; 55 - 57; 80 - 82

Bauder Mißbach, Heidi:

Unterlagen für die Qualifizierung zur VAP- Nurse Modul 1-4
2016年1月 第10版

Bauder Mißbach, Heidi

Unterlagen für die Weiterbildung VAP- Advisor Modul 11-14
2018年8月 第13版