

	睡眠不規則	対応：眠剤、安定剤 その他の行動として、脱衣、反芻などもある。 タバコ・紙類を求めて徘徊→徘徊阻止→破壊行動・自傷に結びつく。	
S49.12.19	白内障	視力の問題で一人で歩けない状態となる。	園外医療機関で白内障と診断される。
S50.4.12	白内障手術		白内障の手術を施行する。
S52.9.17	右目視力喪失		医療機関で視力喪失と診断される。 左目も視力が衰えていること指摘される。
S53.3.29	骨髄炎		園外医療機関へ入院し手術を施行する。
S63.		入所から昭和63年頃の17年間は、自傷による傷が化膿したなどの理由で、医療機関を受診するが、健康問題には至らなかった。 前述のように、行動障害への援助が中心であった。 この当時、白杖歩行訓練を実施する。	
	ADLは一部介助	日常場面でのADL介助は、生理の手当や入浴時の介助等一部という状態であった。 生活状況は比較的安定していた。	
H2.6.15	発熱		園内診療所受診する。 自傷の傷が炎症を起こしたための発熱と考えられる。 肝機能検査値が悪く、脾臓疾患が考えられる。
H2.8.7	治療棟入院		発熱が続き園内診療所治療棟へ8月21日まで入院する。 発熱の原因は、胸膜炎か気管支炎ではないか。
H3.1.27	右第5指切断		園外医療機関で手術を受ける。
H3.5.10	尿閉塞		園内診療所治療棟へ入院する。3月11日まで。
H4.3.23	身体の傾き		園内診療所整形外科を受診する。
H5.4.15	歩行状態の変化	歩行中、地面に手をつき休むような仕草をする。 生活状態は安定している。	
H8.1.1	不明熱		肝機能検査値悪く、以後1回/月診療所の定期受

H8.2.6	肝機能障害		診となる。 園外医療機関を受診する。
H9.1.8	歩行不能	独歩不能となる。	
H9.2	食欲不振	食欲不振が続く。	
H9.3	介助歩行	歩行は介助をすれば、どうにか歩けるようになる。	
H9.5	車椅子	散歩時車椅子の使用を始める。	
H9.5.9		屋外歩行は、体調のよいときには車椅子を押して歩くことが出来る。	園外医療機関受診 第5腰椎骨折変形 脊椎カリエスの疑い
H9.7	歩行力の低下	寮内で、伝い歩きをしているときでも、転んだり、すぐに座り込んだり、ふらつきが目立つ。 身体の傾き、腰の曲がりが目立つ。	
H11.1	ふらつき転倒	平成9年7月から11年頃までは歩行は、ふらつきながらもどうにか独歩が出来る状態であった。	
H11.4.12	けいれん発作		園外医療機関を受診する。
H11.6	歩行の介助度増加	片側だけの歩行介助では、倒れ込んでしまい安全の確保できなくなる。 自ら四つ這い移動を行うようになる。	
H11.7	筋力低下 独歩不能	筋力が低下したのか、身体がグニャグニャの状態になる。 つかまり歩きも不能になる。 利き手が右から左に変わる。 茶碗を持てなくなる。 食器を、介護用の皿に、スプーンとスプーンホルダーを使う。	
H11.8		筋力の低下は右半身に強く出る。 そのため、バランスが取れず自分で身体を支えることが出来ない。	
H11.9	四つ這い不能	四つ這いが不能となり、自ら寝返りで移動するようになる。 ADLは、全面的に介護が必要となる。	
H11.10.6			園内診療所で、甲状腺機能低下症と診断される。
H11.10.8	ケースカンファレンス	日常的援助内容方法等についての職員の意思統一を行う。 なお、車椅子ADL移行のための機能訓練を開始する。	
H11.12.28	低体温	体温が34度台に低下する。	
H12.3.12	現在のADL	食事：上肢がほとんど使えないた	

状況	<p>め、全面介助が必要である。</p> <p>排泄：トイレ移動を含めて全面介助は必要である。</p> <p>着脱、座位保持</p> <p>入浴：座位保持出来ないため、常時2名で介助する。</p> <p>移乗：2名で介助する。</p>
----	---

#### VIII. 考察

本事例の生活課題は、入所当初をみると、いわゆるタバコを食べる、それを阻止すれば自傷、粗暴行為等に結びつく行動上の援助課題であった。平成8年(42歳)からは、健康問題が援助課題となった。

平成2年頃から肝機能検査値の結果が悪く、膵臓炎が疑われた。平成8年以降は原因不明の発熱が続くが、確定診断には至らず、変化する状態に対して対応をするという援助のにならざるを得なかった。具体的に生活場面で出来ることは、心身機能低下によって生じる生活上の変化に対し対応する以外には方法がなかった。

本事例は現在も一般寮で生活しているが、たとえば入浴場面の介護をみた場合、シャワーチェアや簡易介護浴槽を使っているが、座位が不安定であるためシャワーチェアの使用は一人の職員では無理な状況であり、簡易介護浴槽を使用したとしても、湯船にはいるには男性職員が抱いてはいるという方法を採用しなければ安全が保てない運動機能状態となっている。

現実問題として、女性職員のみの方の勤務状況においては、介護をする上で職員の負担が大きくなりつつある。

今後の課題としては、寮での援助の限界をどのように考えるか検討を始める必要がある。

寮における援助の限界は、経管栄養等の医療的処置が日常的に必要とされるような状況がひとつの指標となる。

## 事例 6 てんかんと左片麻痺を合併する移動の重介護の事例

事例NO. 6

I. 標 題：てんかんと左片麻痺を合併する移動の重介護の事例

II. 事例の要旨

本事例は、昭和47年2月23日、岡山県の施設から措置変更となり、国立コロニーへ入所し現在に至る。

入所当初は、頻発するてんかん発作への対応が援助の課題であった。頻発するてんかん発作に対処して、抗てんかん薬を調整する過程で薬を増量すれば日中の活動時間帯に覚醒しにくく、起立歩行が困難な状況となり、逆に薬を減量すればてんかん発作が頻発し発作＝転倒による受傷といった状態が繰り返された。

昭和49年から昭和58年までの間に、てんかん薬を11回処方変更している。

歩行バランスに影響がでるなど薬による副作用の問題を残しているが、基本的にこの当時の処方まで現在に至っている。

昭和59年3月30日、左下腿骨（脛骨、腓骨）を骨折した。医師の指示により、同年8月1日より骨折後の後療法を含め、安静期間中に生じた運動機能低下の改善を目的に機能訓練を開始した。

骨折した左下腿は患側（日本脳炎の後遺症で、左半身に見た目には殆ど分からない軽度の麻痺が残っている）で、右半身のみで体重負荷をしているため自力での歩行は出来ず、左側から介助や支持をしても歩行困難な状況であった。

この骨折を契機とした機能訓練は、昭和60年7月まで実施し、コロニー内での実用歩行レベルを回復した。実用歩行は可能となったが、前述した左半身の片麻痺は骨折以前には殆ど気付かなかったが、骨折以降左上下肢に麻痺がはっきりした形で認められるようになった。この左片麻痺は一見したところ上肢の動作、長距離歩行時の耐久性の低下、段差の乗り越え等については、ほとんど問題を認めなかった。

平成8年頃（43歳）より食べ物を誤嚥する事が認められ、移動に時間がかかるためトイレに間に合わず失禁に至ることが目立った。入浴場面では、洗い場から浴槽への移動が四つ這いで出来なくなる等、運動機能低下が原因する動作遂行能力の低下が見られるようになった。

平成11年9月の段階では更に機能低下が進み、生活場面における安全管理とADLの直接介護の度合いが一段と必要になり介護度が増大した。

現在の状況は、移動介助と入浴場面で重介護状態となっている。

III. プロフィール

氏名： O Y 性別： 女 生年月日：昭和28年1月2日生

入所年月日：昭和48年2月23日 在所年数：27年4ヶ月

IQ： 14 MA：2歳2ヶ月

精神遅滞の原因： 出生後脳感染症 AAMD：028

身体状況：身長 147cm 体重 45.2kg

肢体不自由(運動機能障害)：  有  無

整形外科的診断：脳性麻痺 失調型

その他(特記事項)：抗てんかん薬は、ADL動作遂行能力の低下に伴い減量して経過をみている。

IV. 重介護が必要となった契機

本事例は、年齢が43歳頃から経年的に介護度が増大し、移動と入浴場面での重介護状態となった。しかし、介護度が増大する要因となった運動機能の低下は、ほとんどの場合、転倒による受傷が影響している。転倒で受傷し安静を保つ、傷が治るが運動機能低下や動作遂行能力の低下が生じる。機能訓練場面や生活場面での集中的指導を行うが、転倒前の機能や能力状態には回復しなかった。

けがを重ねることや疾病による長短の臥床や安静が、重介護状態を引き起こす大きな要因である。

V. 日常的援助の方針

前述のようなことがわかっているため、本事例が生活する寮では手すりの設置や壁にラバーをはる等の設備上の工夫をしている。

このような建物設備の工夫にまして、本事例に関連して考えなければならないことは、職員の勤務配置や介護度が高いという理由から、生活範囲の縮小を考える援助ではなく、可能な限り他の入所者と外出や行事に参加できるように配慮している。

別な言い方をすれば、馴染んだ生活環境で、出来るだけ長く生活できるように援助の工夫を行っていくということである。

- ①リスク管理の徹底  
リスク管理をしながら、自発動作を促し、時間がかかっても見守りを行う。
- ②介護度が高くなると、それに比例して生活範囲や経験が狭くなるので、積極的に行事や散歩の機会を設ける。
- ③転倒や事故防止を優先させた援助は過剰介護の傾向となりやすい。出来ることを介護することは機能低下や意欲の低下に結びつく。  
そのため、出来ることと出来ないこと、さらには出来るけれどリスク管理上させないこと等を見極める必要がある。

#### VI. 現在の介護内容

食 事：誤嚥があるので、調理を確実に行う。	30分/日
排 泄：トイレまでの四つ這い誘導 安全確保 見守り	30分/日
着脱衣：一部介助	20分/日
整 容：身繕い 髪をとかす等 ヘッドギアの確認	10分/日
入 浴：浴室内では四つ這い中ハイリスク 浴槽内では浮き上がりに注意	35分/日
移 動：四つ這い移動中の転倒に注意	40分/日
睡 眠：夜尿処理等	10分/日
移 乗： <u>起立可能</u> 不可能	10分/日
意思疎通：完全に通じる <u>ある程度通じる</u> ほとんど通じない	

#### VII. 援助経過

年月日	問題状況等	居住棟における対応	居住棟以外の対応
S48.2.23	ADL状況	20歳時国立コロニーのぞみの園へ入所する。  食事：普通に箸の使用が出来る。 排泄：和式便器の使用可能で、介助は不要である。 着脱：小さいボタン掛け等も可能 入浴：一部介助が必要だが、ほぼ自分で出来る。	
S54.3.14	ケースカンファレンス	てんかん発作の頻度は、1～2回/年で安定していたが、昭和52年1月に4回のてんかん発作が観察されて以降、発作回数が増える。てんかん発作の回数に応じて、抗てんかん薬の調整が始まる。抗てんかん薬の副作用か、不機嫌状態が観察される。 *作業-細工班で暖簾作り *寮内役割-配膳当番  今後の援助方針 ①リスク管理 不機嫌状態に伴う拒食もあり、体重のチェックを行う。	診療所 *抗てんかん薬の調整を依頼する。 *てんかん発作の型 大発作で、脱力発作がみられる。 *発作後、もうろう状態 器物破損がみられる。 *発作の時間帯 ①入眠時 ②朝起きるときの半覚醒時 ③食事中が多い。

		<p>②発作の誘因を探る 職員の対応方法</p> <p>③不機嫌状態は心理的な反応とも考えられるので、観察の継続する（心理的要因はなかった）。</p> <p>④抗てんかん薬のコントロールを継続する。</p>	
S54.4 ～ S56.5	不機嫌状態	不機嫌状態が続く。 S56年4月から5月にかけて、てんかん発作が16回/月あり、抗てんかん薬の調整をする。	
S56.10	副作用	歩行障害、運動失調の副作用が強く生じる。	
S56.12		てんかん発作6回	
S56.10 ～ S58.5		月平均19回	
S56.10 ～ S56.11	歩行障害 運動失調	歩行障害、運動失調の副作用が強く生じる。	診療所 *抗てんかん薬を2回にわたって減量する。
S57.8 ～ S57.11	歩行障害 運動失調	歩行障害、運動失調の副作用が強く生じる。	
S58.6.1	ケースカンファレンス	全体像の見直しと日課の検討 今後の援助 ①リスク管理 けが防止のための環境設定 ②投薬コントロール ③寮内指導の徹底 日課への参加を図る。	
S59.3.30	下腿骨骨折	下腿骨を骨折する。 *骨折前後の生活状況 寮での役割は配膳当番、日課は午前作業、午後グループ活動だが、発作による転倒への恐怖心が強く、活動を消極的にしている。	園外医療機関受診後、園内診療所の治療棟へ入院する。
S59.8.1	機能訓練開始	独歩不能で、介助歩行が辛うじて可能な状態であった。  ADLは、半介助が必要となる。移動、入浴場面の介助度が高くなる。	治療訓練部機能訓練科で、骨折の後療法、歩行力の再獲得を目的に機能訓練に着手する。
H2.6.29	ケースカンファレンス	全体像の見直しと今後の指導方針についての検討を目的とする。 援助方針 ①ほめること、待つことを基本に援助を行う。 ②危険防止 *建物設備の改良 *転倒による骨折に対する管理 ③場面に応じた車椅子の検討	
H8.10.28	ケースカンファ	身体機能面の低下と介助度の増加	

	アレンス	について ①箸からスプーンに変更する ②介助歩行を止め、移動の際は車椅子を使用する ③日課の軽減を図り、訓練部への通所に重点を置く
H11.9.20	ケースカンファレンス	ADL 状況 食事：スプーンを使用（箸から変更） 普通食から咀嚼嚥下困難食に変更する。 排泄：トイレに着くまでに失禁することが目立つ。 入浴：四つ這いで、脱衣場から洗い場まで2m程移動するが、左上肢の支持性が低下し、自分の体を支えられず頭からつぶれてしまう。 着脱：表裏前後の間違いがなかったが、間違えるようになる。時間を要し実用性ない。 移動：車椅子を全般的に使用する。独歩の実用性はない。 移乗：半介助が必要である。

#### VIII. 考察

経年的に運動機能が低下し、左側麻痺の状態が悪化し、ADL全般に能力低下をきたしているが、特に移動と組合わさったADLに影響を及ぼしている。

具体的には、

- ①全体的に動作が緩慢となり動きが遅くなった。
- ②伝い歩きで、左足を引きずるようになる。(尖足が目立つ)
- ③立ち上がりのスピードが遅くなる。
- ④四つ這いの時でも前につぶれ転倒する。
- ⑤入浴時、浴槽への出入りで転倒しやすくなる。等があげられる。  
このような状況に対して、寮の対応としては以下のようなことを実施した。
- ①居室をトイレに近い部屋に変更した。
- ②トイレ内に専用トイレを作る。
- ③浴室内と浴槽に出入り用等の手すりを新たに設置した。
- ④自分での移動はほとんどが四つ這いのため、膝にサポーターの着用をする。  
現在、夜尿の問題が新たに生じている。

本ケースの場合、職員サイドの意思確認ができて取り組みを行おうとする時には、次のステップに進みつつある傾向が見られた。機能の低下は緩慢な場合と想像したより急速に進む場合があり、低下の傾向を確実に予測できず、現機能を維持しようとすることで精一杯となり実際の低下傾向を見失いがちであった。すべての職員が以前より機能低下していることを確認した段階で援助を開始するのではなく、機能低下のステップをシュミレーションし、段階的に援助の内容を設定し、一定の段階に至った時は速やかに本人に必要な援助を行うことができる体制を組む必要があったと思う。

現在、日常生活への対応は次のようになっている。午前は機能訓練科でリハビリを受け可能な限り機能の維持を図ることに努める。

午後は入浴、または余暇活動に重点を置いて生活に楽しみを持てるように努める。

余暇時間にはノートと鉛筆を渡し、絵を描くことなどで末梢機能の維持を図りつつ、本人が楽しめる時間となるように工夫している。

寮生活の中でも運動機能の維持を図るために、転倒によるけがの防止に配慮しながら、手すりを利用した起立保持や座起立の時間を設けている。ADLの介護場面では、自分で出来ることは自分で行うことを基本としている。必要以上の声掛けや叱咤激励する言葉、これをしなさいと言った口調や強制は、本人の意欲を低下させるため、意欲を喚起させる言葉を使うように注意を払っている。

援助場面で介護度が増加していることは事実だが、居室や廊下で他の入所者と遊ぶ場面では楽しそうに大きな声を上げることもみられる。今後も他の入所者との交流関係が遮断されないように日常的援助の継続を図って行きたい。



## 事例 7 生活意欲の喪失がみられる事例

事例NO. 7

<p>I. 標 題：生活意欲の喪失がみられる事例</p>
<p>II. 事例の要旨</p> <p>昭和46年6月14日(22歳)に入所する。入所当初から昭和60年頃(37歳)の援助の重点は、人間関係の拡大と協調性の育成をねらいとした。難聴のために、他者からの刺激に対し過敏に反応し、不機嫌状態や集団参加の拒否がみられたことによる。</p> <p>昭和60年頃から右脚を引きずって歩くことが観察されるようになり、62年頃から歩行力が低下し転倒が目立ち、骨折などの受傷がみられた。</p> <p>ADL動作遂行能力をみると、言葉掛けや点検を要する領域があるもののほぼ自分でできていた。</p> <p>余暇時間等には折り紙や塗り絵などを他入所者と一緒に行い、他者との交流もみられ、生活意欲は旺盛であった。</p> <p>転倒が多くなった時期に、「転ぶ、怖い」などの身体的機能低下の不安や心理的恐怖を訴えることが多くなった。</p> <p>平成5年(45歳)になると、生活意欲は旺盛であるものの、歩行力がますます低下し、作業や散歩等への参加機会が減少した。作業や散歩、寮内での移動範囲の狭まりが、生活意欲の減退を引き起こした。さらには、母親の死亡が生活意欲の減退を増幅させた。</p> <p>この時期、歩こうという意欲が感じられず、安全面を配慮して車椅子によるADLに切り替えた。</p> <p>車椅子でのADLとなった3年後の平成8年(48歳)浴槽内での座位がとれなくなり浴槽に沈んでしまうことやトイレでの座位が保持できず、職員2名による介助を行っても安全を確保することが困難な状況となった。</p> <p>座位困難の状況となった同時期、トイレの訴えが多くなり、次いで、尿閉塞の状態となった。これ以降、定期的な導尿が必要となる。</p> <p>平成9年(49歳)全身の筋力低下が進み、身体全体の力が抜けたような状態となり、日常生活場面で移乗動作介助が必要な排泄や入浴では職員2名による介助でも安全管理が困難となっていった。また、生活意欲の喪失状態にあり、介護場面での協力が得られず、介護を行う職員の心理的負担も大きいものがあった。</p> <p>生活寮の施設設備等では、トイレの改造、夜間介護を容易にするためにギャッジベッドの使用、食事場面ではイージーケアテーブルなど福祉機器を導入した。</p> <p>平成9年10月、あかしあ寮(特別介護棟)へ転寮する。</p>
<p>III. プロフィール</p> <p>氏名：O K                      性別：女                      生年月日：昭和23年12月19日生</p> <p>入所年月日：昭和46年6月14日                      在所年数：28年10ヶ月</p> <p>IQ：35                      MA：5歳8ヶ月</p> <p>精神遅滞の原因：出生後脳感染症                      AAMD：022</p> <p>身体状況：身長 144cm                      体重 50kg</p> <p>肢体不自由(運動機能障害)：(有) 無</p> <p>整形外科的診断：痙性麻痺による右上肢機能全廃、右下肢機能障害</p> <p>その他(特記事項) 神経性難聴 難治性てんかん 慢性中耳炎</p>
<p>IV. 重介護が必要となった契機</p> <p>日常的介護度は、加齢に伴う痙性片麻痺の状態の悪化が誘因となった歩行力の低下→車椅子の使用→生活範囲の縮小→ADL動作遂行能力の低下→介護度の増大→生活意欲の喪失という流れがあった。</p> <p>このような心身機能低下の経過の中で、歩くことへの不安や恐怖、心のよりどころであった母親の死亡が影響しあい、他者との交流を遮断した心理的閉じこもり状態となり、同時に生活意欲の喪失状態となった。</p>
<p>V. 日常的援助の方針</p> <p>日常的援助では、生活意欲を呼び覚ますことが必要であるが、介護場面で濃密な接触を行い、まず安心感を植え付けること心がけた。</p>

- ① 介護場面での身体接触や要求を充足し満足感を通して快の状態を体験させる。
- ② 自分でできる食事動作、数メートルの車椅子移動等は自分で行わせる。  
介護職員は、動作を始動するまで待ってから対応する。
- ③ 散歩等の機会を多くし、生活範囲の拡大をはかる。
- ④ 介護場面でのリスク管理を徹底し事故を防止する。

VI. 現在の介護内容

食 事	食べ物に対する好き嫌いやその場の雰囲気等で拒食がある。 1 3 5 (45分×3回)分/日
排 泄	神経因性膀胱炎で一日に数十回の排尿の訴えがある。 3 0 分/日
着脱衣	全面介助 1 0 分/日
整 容	全面介助 1 0 分/日
入 浴	全面介助 3 0 分/日
移 動	右片麻痺があり右上肢は廃用手だが、下肢で床を蹴り車椅子の操作が可能である。屋外のみ移動介助が必要である。 1 5 分/日
睡 眠	分/日
移 乗	起立可能 (不可能) 1 0 分/日
意思疎通	完全に通じる ある程度通じる (ほとんど通じない)
福祉機器の導入	ギャッジベッド イージーケアテーブル

VII. 援助経過

年月日	問題状況等	居住棟における対応	居住棟以外の対応
S46.6.14	入所 てんかん	22歳時に入所する。 てんかんの発作は、月に5～6回ある。なお、発作は昭和48年4月以降は認められない。	
S47.11	補装具	歩行の支持性を高めるために、右短下肢装具を使用する。 (昭和51年3月より、長下肢装具に変更する。)	
S57.5	生活寮の移転	2階棟から平屋棟へ移転となる。 作業棟、診療所などのコロニー内施設から遠くなり、「新しいT寮は、遠いからスカン」といい、移動距離の長さが心理的負担となる。	
S60頃	補装具側下肢の跛行	右脚を引きずり始める。 転倒はほとんど無い。	
S62後半	転倒	転倒が目立ち始める。 転倒の恐怖感が心理的不安定状態につながり、作業部へ行くことを嫌がる。  この時期以降、転倒が日常的に観察される。	

H1			作業部参加 75%
H4.1	転倒で受傷	頭部保護帽を着用しているが、転倒し額に裂傷を負う。	
H5.11.10			園内診療所 整形外科受診 「老化の進行」の指摘 作業部参加 48%
H7.3.18	転倒で受傷		右膝前十字靭帯損傷
H7.4.30	車椅子 ADL	車椅子移動に切り替える。	整形外科受診 「肉体的には 65 歳ぐらいであるので、車椅子の生活も致し方ない」との指摘を受ける。
H8.4	機能低下	他動的な起立保持及び座位保持が著しく困難となる。  食欲不振、気力減退、情緒不安定な状態がみられる。	
H8.5	トイレ改造	手すりの設置等 ギャッジベッドの使用開始	
H8.6		食事場面での姿勢保持や動作を容易にする目的で、イージーケアテーブルを導入する。	
H8.7		浴槽内で座位保持できず、浴槽に沈んでしまう。  介護場面では 2 名の職員が必要な状態となる。	
H8.10	神経性膀胱炎  作業参加の中止	頻尿の状態となる。 「お母さんが亡くなった(H8.4)」 と言って泣いている。	神経性膀胱炎の診断  作業意欲がなく、「(作業)やりたくない」とのことで、作業参加を中止する。
H8.11		利き手の左手でスプーンが持てなくなる。	
H9.1	尿閉塞		尿閉塞の診断
H9.4		身体的、精神的に落ち着いてきたのか、日常生活場面で、自主的行動や意欲的な動きがみられるようになる。 しかし、行事や散歩等に参加しても周囲の状況や雰囲気に対し反応が乏しい。	
H9.10	転寮	あかしあ寮へ転寮となる。	医師の指摘によれば「運動機能面について、今後快復は難しい。」とのことである。

## VIII. 考察

本事例は、歩行力の低下→車椅子の使用→生活範囲の縮小→ADL動作遂行能力の低下→介護度の増大→生活意欲の喪失という流れがあった。

日常生活の援助方針の項で述べたが、生活意欲を再度呼び覚ますことを援助の方針とした、このことは、生活の様々な場面で他者に依存する全面介助の状態であっても、本人の意思に基づかない介護は、自己決定権の侵害になりかねないという考えである。

また、快の状態を体験させるという方針も、意思の確認の困難な場合においては、その人が持つ自己決定権が脅かされるが、快の状態の体験＝援助者が被援助者の権利擁護の代弁者(アドボカシー)という考え方に基づいている。

端的に表現すれば、被援助者の自己決定権を尊重しない日常的介護は、いわゆる「生かされている」状態であり、どのように障害が重くても自己決定権を尊重した援助は、「その人らしい生き方」、即ち人生の喜びがある。

また、施設における日常的な援助場面では、知的障害や合併する障害が重度になればなるほど、援助技術を向上させることが質の高いサービスを提供するための必要不可欠な条件となる。

例えば、食事場面でみられる誤嚥を考えた場合、誤嚥が起きたときの対応を準備するよりも、むしろ、誤嚥を起こさないための食物の調理方法や摂食動作の介助方法等の援助技術があれば、誤嚥の原因の原因を取り除くこととなり、その人のQOLや自己実現に結びつく。

## 事例 8 両上肢機能全廃の事例

I. 標 題：両上肢機能全廃の事例

II. 事例の要旨

昭和47年5月22日(20歳)入所し現在に至る。  
 入所当初の生活状況は、四肢体幹に運動機能障害があるが、ADLの各動作領域で介助が不要であり、言葉掛けや点検で特に問題はなかった。ただ、歩行中の転倒が時に見られたが、保護伸展反射があり、けがをしても擦り傷程度であった。  
 入所後約10年経過した30歳頃から、歩行中の転倒でけがを負うことが目立つようになった。転倒によるけがの防止などを目的として、機能訓練を開始する。  
 昭和59年6月13日、尖足を矯正し歩行能力の改善を目的としたアキレス腱皮下切離術を施行した。この手術を実施した後は歩行能力が改善し、転倒の減少も認められた。しかし、平成4年(35歳)頃より、全身的に運動機能の低下がみられはじめ、特に、肩関節の痛みや上肢の随意動作の制限が目立った。  
 上肢動作が制限されると、歩行中に上肢でバランスをとることができず、更に転倒回数が多くなり、車椅子の使用をしなければ安全の確保ができない状況となった。なお、車椅子の操作は、足で床を蹴って操作した。この操作方法は、車椅子からの転倒の危険性が常であった。平成4年から6年までは、体調の良いときなどは介助歩行を実施する。  
 平成6年4月(36歳)食器等を全く持てない状態となる。歩行は介助歩行であっても危険な状態となった。  
 なお、同じ生活寮の入所者が車椅子をひっくり返すなどの行為があり、危険の防止が課題となった。  
 介護上の問題と他入所者による他害等の問題が一般寮では解決できないために、平成6年12月5日特別介護棟に転寮する。

III. プロフィール

氏名： T K                      性別： 男                      生年月日：昭和27年4月6日生

入所年月日：昭和47年5月22日                      在所年数：27年7ヶ月

IQ：22                      MA：3歳6ヶ月

精神遅滞の原因：その他の早産児                      AAMD：612

身体状況：身長 153cm                      体重 52kg

肢体不自由(運動機能障害)： (有) 無

整形外科的診断：脳性麻痺 上半身アテトーゼ、下半身痙性が著明

その他(特記事項)

IV. 重介護が必要となった契機

本事例は重度の知的障害に上下肢の運動機能障害を合併している。入所時から四肢体幹の変形やそれに起因する運動能力の低下が予測されていた。予測ではまず歩行力の低下を考えていたが、歩行より上肢機能が先に機能低下した。

両上肢が機能喪失状態となると、歩行時にバランスが取れず、介助があれば辛うじて歩行できるが独歩は不能となり車椅子ADLとなった。

車椅子での移動は、足で床を蹴り屋内では実用的に移動が可能であり、介助の要請があったときのみ介助を行っている。

食事：右手でスプーンを持つことはできるが、スプーンを口まで持っていけない。そのため、全面介助となる。食事の全面介助をおこなうと体重が急激に増加する。

排泄：車椅子使用直後はオムツを使用する。オムツの使用は自尊心をいたく傷つける。車椅子座位から介助をすることで、時間がかかるものの辛うじて起立ができるので、便器で排尿する。排便は、トランスファー全面介助をおこない、便器を使用する。

トイレのスペースが狭く、介護がやりにくい。

睡眠：就寝中に身体の痛みの訴えがある。

就寝中の排泄はシピンで対応しているが、トイレ以外での排泄に抵抗があるため、夜間は排泄を限界まで我慢している。また、失禁は「恥ずかしい」という本人の思いがある。

V. 日常的援助の方針		
①全てを他者に依存的な生活ではなく、自分の意思が持続できるよう配慮する。 具体的には、介護を始める前に介護してもよいかどうかの「イエス・ノー」を確認する。		
②できるだけ同性介護に心がける。		
③自尊心を傷つけないように配慮する。		
VI. 現在の介護内容		
食 事：全面介助	何を食べたいかと問いながら介護する。	60分/日
排 泄：定時排泄	排泄したいという意思の確認をおこなう。	30分/日
着脱衣：全面介助	何を着たいかという意思を尊重する。	30分/日
整 容：		分/日
入 浴：介護浴槽		45分/日
移 動：寮内は、時間がかかってもできるだけ自分で行う。		30分/日
睡 眠：エアーマット使用	ズボンで採尿(訴えのあったその都度)	30分/日
移 乗：起立可能	不可能	分/日
意思疎通：完全に通じる	ある程度通じる	ほとんど通じない
福祉機器の導入：エアーマット(褥瘡予防マット)		

VII. 援助経過

年月日	問題状況等	居住棟における対応	居住棟以外の対応
S47.5.22		入所(20歳)	作業治療部造形1班
S58.4.26	転倒 転倒による顔 面の受傷 頭部保護帽	入所時から昭和57年度までの育成目標をみると、その目標は、身だしなみをきちんとしよう、転ばないように気を付けよう、けがをしないようにしよう等に設定されており、言葉掛けや点検等の対応であった。 57年度の後半から、転倒によるものと思われる傷が絶えず、また入れ歯を3回破損した。 対応として、頭部保護帽を着用するとともに、歩行訓練を曜日、時間、コースを決めて自主的にこなった。	整形外科を受診し、S58.4.18から機能訓練を実施した。 目標：保護伸展反射の習得等
S59.6.13		機能訓練と手術的な尖足の改善により、歩行中の転倒は減少し、この後約7年間は運動機能の維持が図られた。	両側アキレス腱皮下切腱術施行
H4から H5	ADL状況	食事：H5.10より食べこぼしが多くなる。 上肢の運動制限のため、水分はストローを使わなければ飲めない。 また、誤嚥が1回ある。 排泄：立ち便器の前で、ズボンを降ろしきれず、ズボンを汚	



<p>H6.6.1</p> <p>ADL 状況</p>	<p>す。</p> <p>着脱：パンツ、ズボンはスムーズだが、上着に時間を要す。着替えるのに1時間30分かかる。</p> <p>入浴：全面介助</p> <p>食事：全面介助 手がテーブルまで上がらない。咀嚼嚥下能力も低下する。そのため、リンゴ等はすり下ろす等の対応が必要である。</p> <p>移動：車椅子</p> <p>排泄：夜尿がみられる。</p> <p>着脱：全面介助 全身が硬直しているため、介助がしづらい。</p> <p>入浴：全面介助 浴槽内で、職員が両側から身体を支える。</p> <p>睡眠：理由がわからないが、ベッドに横臥させると苦痛で顔をゆがめる(圧痛)。</p>	<p>H6.3 作業を中断する。 理由：上肢が使えないため。</p>
<p>H6.12.5</p>	<p>特別介護棟に転寮する。</p>	

Ⅷ. 考察

1. 障害の受容

運動機能低下によって自分ができる行動が徐々に狭まる経過の中で、更には、転倒等だけがをした場合など、職員が最大限配慮したことは、本人のとまどいや不安を払拭することはできないが、障害の状態を本人がマイナスイメージとして捉えないようにするという点である。

現実な対応としては、能力以上の動作を要求したり、「こんなことが出来ないの」等の言葉を発しての介助をしないように心がけた。また、本人の動作を待ち、本人が動作を起こしたときにさりげなく手をさしのべるように介助をおこなった。

この様な対応を続けると、排泄をぎりぎりまでがまんし、下着を尿で汚すような状態になって初めて介護を要求していたものが、余裕を持って介護の要求が出来るようになった。

余裕を持って自分の側から介護を要求できることは、自分自身の障害を認め、障害を受容したことのメルクマールのひとつである。

人の手を気兼ねなく借りられる雰囲気をつくるのが、障害受容の近道である。

2. 対象者が快と感じる介護

本事例は、入所当初、歩行中の転倒が日常生活で援助を要する問題であった。機能訓練や日常的な援助では、下肢の運動機能に着目して対応をしていたが、予想をしていなかった上肢の運動機能が低下が引き金となり、次いで、歩行不能となり重介護状態となった。

本事例では、既存の上肢障害が悪化し、結果として摂食動作の制限をはじめとするADL動作に必要な上肢動作ができないこと、下肢の機能低下により自分で移動できないという二つの運動機能障害が複合してADL障害が拡大されている。

このような障害を持つ対象者に対する介護では、介護領域が広く、量が多いが、どのような職員が介護に当たっても介護の質ができるだけ均一であり、対象者が常に快の状態を保持できるように配慮しなければならない。

事例 9 相互受容によって健康・生活問題を改善した事例

## I. 標 題：相互受容によって健康・生活問題を改善した事例

## II. 事例の要旨

本事例は、昭和47年5月26日(41歳)に入所する。  
 入所当初の援助は、巨大結腸症に起因するガスによる腹部膨満への対応及び排便の確保と歩行力の維持の2点がその主な内容であった。  
 昭和62年8月(56歳)、両下肢に原因不明の浮腫と静脈炎が発症した。  
 内科医の指示は、「ベッドでの静養を主にし、車椅子による生活は一日のうち2時間を限度とする」、整形外科医は、「長期安静が続けば、筋力低下と関節拘縮が進行し、寝たきり状態となる」と指摘があった。  
 日常的にベッド生活が続くと、ガスによる腹部の膨満と排便の状態が益々悪くなった。ガス抜きと浣腸は医師の指示に基づき寮職員が実施していた。  
 ガスはゴム製のチューブを使い、抜いていた。脱肛があり、チューブによるガス抜きは痛みが伴うため、協力が得られず、暴れる等の拒否的行動が伴った。ガス抜き後、数時間興奮状態が続いた。ガス抜きと同様のことが浣腸でもみられた。  
 生活状況を見ると、腹部の膨満の状態が悪化した同じ時期に、生活リズムが崩れ始め、昼夜逆転現象、特定衣類への強いこだわり、浮腫の薬の副作用が影響した頻尿によるトイレへのこだわり、意思の疎通困難、他者への不信等がみられはじめた。  
 ガス抜き、浣腸、安静と運動機能維持のバランス、浮腫があるため下肢に傷をつくらぬ配慮等の医療的・健康管理の問題と意思疎通困難状態の改善、他者への不信感の払拭、昼夜逆転等の生活リズム等の生活援助問題が複合し、援助が困難となった。  
 この様な状況を一挙に改善する方法はなく、消極的方法であるが、この様な人と受け止め、状態や症状に応じた対処をせざるを得なかった。  
 医療的・健康管理の問題と生活援助上の問題を軽減するためには、一般寮と異なる日常的援助内容や援助技術が必要であるため、平成元年4月1日特別介護棟の開設と同時に転寮した。

## III. プロフィール

氏名： A T 性別： 男 生年月日：昭和6年4月30日生

入所年月日：昭和47年5月26日 在所年数：27年9ヶ月

IQ： 18 MA：2歳10ヶ月

精神遅滞の原因：分類不能 AAMD：319.0

身体状況：身長 158cm 体重 58kg

肢体不自由(運動機能障害)：(有) 無

整形外科的診断：両下肢痙性麻痺

その他(特記事項)

全盲 聴覚障害 両下肢痙性麻痺 巨大結腸 特発性両下肢浮腫 両下肢静脈炎  
ADLはほぼ自立している。

## IV. 重介護が必要となった契機

医療的・健康管理の問題と生活援助上の問題が複合した事例であり、援助場面での困難性は、例えば、ゴム製のチューブを使用したガス抜きと浣腸では、脱肛があり痛みを伴うために拒否をして暴れ回り、興奮状態が数時間続き、この混乱が2次的に他の入所者を巻き込み、寮全体が騒乱状態となってしまった。

このガス抜きと浣腸は、実施をしなければ直接的に生命の危機に陥り、日常的援助では最優先しなければならないものである。

援助の前には、援助者と被援助者の役割関係以前に、人間的に相互に受容する状態が必要である。この事例では、相互受容や信頼関係が崩れており、まず、ガス抜きや浣腸を含め、日常的な援助についての見直しが必要となった。

なお、ADL動作遂行能力面は、コロニーにおける生活であれば自立していた。

## V. 日常的援助の方針

① 相互受容ができるよう信頼関係を作る。

入所者と職員の信頼関係が壊れており職員が体に触ると大騒ぎをする等、生活場面

で援助を行う際、職員側のペースではなく入所者側のペースで援助を行うよう配慮する。

例えば、ガス抜きではゴム製チューブを使うのではなく、四つ這いで腹圧を掛ける、背臥位で下肢を抱え込むボールポジションによるガス抜きの方法を、説明を行いある程度納得するまで続け、チューブより痛くないことを体験させる。

説明による納得→体験する→チューブより痛くない→信頼関係を作る→相互受容という仮説で対応する。

- ② 日常的援助は、食事、排泄、睡眠等の生理的欲求を満たし、健康管理を最優先させる。
  - ③ 援助場面では説明による納得を行うが、本人の動きを待ち、介助は自分でできないことや足りない部分を補う。
  - ④ その場限りや今現在の介護のみを考えるのではなく、将来を見越した介護を指向する。
- 具体的には、高齢であるためベッド生活も念頭に置き、移乗動作、排泄動作等

#### VI. 現在の介護内容

食 事：見守り及び点検	10分/日
排 泄：巨大結腸あり自力排便ができず、浣腸で対応している。看護師が実施する。 排尿は、しびんを使い自分で排泄できる。	40分/日
着脱衣：点検	10分/日
整 容：ひげ剃り 清拭	10分/日
入 浴：着脱、移乗等全面介助	35分/日
移 動：屋外全面介助	20分/日
睡 眠：しびんの交換等	10分/日
移 乗：起立可能 (不可能)	10分/日
意思疎通：完全に通じる (ある程度通じる) ほとんど通じない	

#### VII. 援助経過

年月日	問題状況等	居住棟における対応	居住棟以外の対応
S47.5.26		入所(41歳)する。 ADLは、ほぼ自分でできる。 夜間の排泄回数が多く、尿器をベッドサイドに置く。 意思交換は、日常的なことであれば可能であった。しかし、要求が多い。 寮内は伝い歩き、屋外は歩行器を使用し500m位は可能であった。	
S62.8	浮腫、静脈炎	両側下肢の浮腫、静脈炎と診断される。 静脈炎のため歩行能力が低下する。 浮腫の治療薬の副作用で、もともと頻尿の傾向があったが、頻尿傾向が更に強くなり、一日中トイレで過ごすことがあった。  衣類・食事量・排尿に固執が激しく、泣きわめく、大声を絶え間なく上げる。	診療所医師の対応 血液流動をコントロールする目的で、下肢を高く保てる車椅子の交付申請をおこなう。  浮腫は心臓、腎臓系の疾患によるものではなく、原因が特定できない特発性である。浮腫の治療薬を抜くことはできない。  *今までの生活パターン