

			が変化しており、脳の機能低下(痴呆)を示している疑いもみられる。
S62.10.5	頭部裂傷	トイレ内で転倒、頭部裂傷する。2針縫合、皮下動脈切断している。起床直後の時間帯、興奮気味であった。	
S62.10.29	ぼけ症状		診療所 老人性痴呆症状が進んでいる。 薬を使うが、効果は期待できない。 夜間の不眠状態に対しては、様子を見て検討する。 * 静脈炎の対応 ① 医療用サポート靴下を使う。 ② 就床時は、下肢を胸の高さと同じに保つ。
S62.12.1			診療所 不眠状態、大騒ぎをする興奮状態に対し、朝・昼食事に安定剤、就床時に睡眠導入剤を与薬し、観察を継続する。
S62.12.4	浮腫・静脈炎悪化		診療所治療棟へ入院する。S63.1.8まで。 * 治療棟での入院生活では、不眠、興奮はみられない。
S63.2.19	ケースカンファレンス	寮記録等に基づき、コロニー内関係スタッフで、今後の処遇について検討を行う。 ① 浮腫・静脈炎、ガス抜き等を含めた、健康管理・リスク管理は今後一層難しくなる。 ② 行動の手がかりの乏しい人であり、心理的刺激を加える必要がある。	
H1.5.2	特別介護棟	特別介護棟に転寮する。 あかしあ寮転寮後の生活状況は、食事中に食器を投げる、放尿、不眠、興奮等がみられた。 職員が対応する場合、言葉掛けをできるだけ多くし、コミュニケーションを図る、できる限り行動を規制しない等に配慮した。	
H1.8	興奮状態の軽減	興奮状態となることが少なくなる。 職員に対する不信感が薄れ、介護に抵抗をしなくなる。	
H1.9	お礼を言う	食堂から居室等への車椅子移動が自分でできるようになる。 職員が行う介護のに対し、「ありがとう」というようになる。 以後、日常的介護場面で協力的と	

H10.2		なる。 日中ベッドで寝ていることが多くなる。	
H11.1.22	左大腿骨骨折	左大腿骨を骨折する、この骨折の原因は不明であり、入浴時に発見する。 痛みの訴えはなかった。	外部医療機関へ入院し、H11.5.7 退院する。
H11.5		医療機関退院後は、一日の生活をほとんどベッド上で過ごす。	

VIII. 考察

本事例は、特別介護棟に転寮後約4ヶ月間は、転寮前の生活とほとんど変化がなかったが、変化の兆しは、転寮後2ヶ月が経過した頃より職員の言葉掛けに対し、返事をするようになったことである。

次いで、放尿が減り、トイレに行きたいことを職員に対し伝えるようになった。同時に、職員に対する不信感が無くなったのか、介護に対し拒否が無くなり、何か自分がしてもらおうと礼を言うようになってきた。

転寮して4ヶ月後の平成元年9月頃には、機嫌良く寮内で手すりを使って歩きはじめ、「何をしてるんですか」職員が聞くと、「訓練です」と答えが返ってくるようになった。

本事例は、全盲、難聴があり人一倍恐怖感や不信感を抱きやすく、それらが増幅して不安定になったと考えられる。また、特別介護棟の入所者で暴力をふるうのものがなく、職員が相互受容という考え方を基本に置いて以下のような対応を続けたことで、恐怖心や不信感が薄らいだと考えられる。

- 1) 具体的対応について
 - ① できる限り行動を規制しない。
 - ② 言葉掛けを多くし、コミュニケーションを図る。
職員の名前を教える。「今日は、何月何日何曜日ですか」というような会話の場面を持つ。暦に関しては以前から正確であり、自信を持って答えることができるために後の会話が展開しやすい面がある。
 - ③ 介護に対し、理解が得られるまで説明し、行動を引き出す。
入浴場面で、脱衣場から浴室までの数メートルを四つ這いすることを納得させ、四つ這い中に自然に腹圧がかかりガスが抜けたら、「ガスが抜けたよ」「お腹の具合はどうですか」「気持ちがいいですか」等の言葉を掛け、できるだけ説明と体験を一致させた。
 - ④ 散歩等の日課に参加するように促す。
ゲストハウスを利用してコーヒーやお茶を飲んでくことを散歩コースに取り入れ、散歩の誘うなどの対応をした。
 - ⑤ 視覚障害があるので寮内の移動を自分で行うためのメンタルマップ(位置関係)を作るための援助
寮内に設置された手すりを利用し、自分の居室やトイレの位置を覚える。
例えば、食堂から居室までの移動は、職員が介助をして手すりのあるところまで車椅子を移動し、目標物を確認しながら職員と一緒に自分で車椅子を操作することを繰り返し返した。このような対応は、生活介護が共同作業であるという認識を本事例に植え付けたかもしれない。共同作業という認識が、「ありがとう」という言葉で表現されたのでは、考えられる。

2) 健康管理について

- (1) 巨大結腸症
巨大結腸症があり、毎日のガス抜きと排便を確保する必要がある。
以前のガス抜きの方法は、ゴム製のチューブを肛門から入れガスを抜いていたが、四つ這い移動、背臥位で下肢を抱え込むボールポジションでガスが抜けることがわかり、ガス抜きはこれらの方法で行った。
排便は4日間みられない場合には、浣腸を実施した。
排便の習慣が確立すると、思わぬ問題が生じる。排便中に強く息むことを続けるために、脱肛が再発した。そのため、ウォシュレットを導入する。

(2) 浮腫、静脈炎
浮腫と静脈炎対策として、手すりを利用した歩行訓練を行う。歩行訓練導入期には、寮内メンタルマップを作るときと同様に、職員がそばに付き添い実施した。
数の暗唱ができるため、歩行中に「いち、にち・・・」と声を掛け、そろばんを

利用して何回往復したのかを自分で勘定した。

毎日定期的に歩行を行うことで、浮腫はかなり改善された。

現在は、左大腿骨骨折以降、日中のほとんどをベッド上で過ごしている。車椅子生活からベッド上の生活に移行した最大の理由は、左大腿骨骨折のため入院期間中に生じた全身的な体力低下である。

重介護の必要な人にとっては、事故による受傷や骨折による長期臥床が生活のパターを変えるきっかけや心身機能低下の要因となるので、この面での厳重なリスク管理の必要性が高い。

なお、ガス抜きと浣腸による排便は、ベッド上で看護師による対応を行っている。

事例 10 頸椎管狭窄症の事例

I. 標 題：頸椎管狭窄症の事例

II. 事例の要旨

昭和 58(53 歳)年頃より、歩行中に下肢の痛みを訴えるようになる。そのため、杖の使用を開始した。平成 3 年 9 月に杖から歩行器に切り替える。平成 7 年(65 歳)9 月頃より歩行中の転倒がみられはじめる。

平成 8 年 1 月 31 日、移動は、屋内手すり歩行、屋外車椅子を使用するよう医師の指示が出た。同年 7 月 24 日、頸椎の変形性脊椎症及び骨粗鬆症と診断された。

平成 8 年 10 月、車椅子を日常的に使用している。車椅子の使用は、本人の要望もあり、さらには、屋内移動で手すりを使用した歩行が困難となり四つ這いをしていたが、四つ這い移動中につぶれることがあり、その際他の入所者がぶつかる等の危険な場面がみられるため、リスク管理と運動機能面を考慮した結果車椅子の使用を行った。

平成 9 年 3 月 25 日から頸椎カラーの装着を始め(変形性頸椎症、頸部脊椎管狭窄症の診断に伴い)頸部の保護を行う。

頸椎カラー使用以後は、リスク管理として、頸部への直達外力をさけるために起立介助をはじめとして全ての ADL 場面ではほぼ全面介助を行った。その結果、数ヶ月後には食事面を除いて全面介助となり、車椅子からの移乗、入浴、トイレ場面等で、職員 2 名による介助が必要となった。

平成 9 年 11 月 25 日、特別介護棟へ移籍を行う。

III. プロフィール

氏 名：S I 性 別： 女 生年月日：昭和 5 年 7 月 2 8 日生

入所年月日：昭和 4 6 年 7 月 1 日 在所年数：2 8 年 1 0 ヶ月

I Q： 1 9 M A： 3 歳 0 ヶ月

精神遅滞の原因：出生前感染症 AAMD：0 1 9

身体状況：身長 1 4 2 c m 体重 4 0 . 6 k g

肢体不自由(運動機能障害)：(有) 無

整形外科的診断：脳性痙直性失調性麻痺

その他(特記事項) 言語機能障害

平成 8 年 1 月 頸椎・胸椎・腰椎の変形性脊椎症及び全身の骨粗鬆症の診断

IV. 重介護が必要となった契機

昭和 58(53 歳)年頃より、歩行能力の低下が観察された。平成 8 年 1 月 31 日変形性脊椎症、骨粗鬆症、次いで、平成 9 年 3 月 25 日変形性頸椎症、頸部脊椎管狭窄症と診断された。運動機能面をみると、平成 8 年 8 月頃以降、下肢の麻痺がさらに進行し、起立が困難な状態となり、「四肢の麻痺については、もともとの脳性麻痺の症状に頸椎症の症状が重なっているため、どの程度、頸椎症による影響を受けているか判断するのは難しい。」との医師のコメントがあった。

運動機能低下の進行が早く、今後も機能低下が進行することが予測され、また意欲低下も伴っていた。

所属寮では、トイレ・浴室等が介護を行うには狭いことや職員の介護技術上の問題もあった。

V. 日常的援助の方針

①本事例は運動機能低下の進行が早ため、介護方法や介護内容を日常的に職員間で打ち合わせを行い援助を実施する。

②現在の運動機能では普通型車椅子での座位が可能であるが、座位不能となった場合を想定して介護方法及び内容を検討する。日常生活の安楽性を優先させる。

③生理的欲求の充足と安全の確保が重要であるが、意思のくみ取りを日常場面で常に行いながら介護を行う。

VI. 現在の介護内容

食 事：上肢機能喪失	4 5 分／日
排 泄：起立不能のためトイレを個別的に改造している。	6 0 分／日
着脱衣：上下肢及び体幹の随意性がない。	2 0 分／日
整 容：整髪等	1 0 分／日
入 浴：移動をはじめ全面介助	4 5 分／日
移 動：屋内の自力による車椅子操作不能	1 5 分／日
睡 眠：体位交換 おむつ交換等	2 0 分／日
移 乗：起立可能 <u>不可能</u>	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	居 住 棟 に お け る 対 応	居住棟以外の対応
S49.7.1		国立コロニーに入所(44 歳時)する。	
S50.7.1		入所時、集団での散歩では歩行ペースが遅く、集団から離れ近距離を一人で歩いていた。	
S58.	下肢の痛み	入所 1 年程経過すると、走ることや集団での散歩にも支障のない歩行力がつく。	
S61	体調不良の訴え	下り坂での歩行時、足の痛みを訴えることがみられる。 園内の山道(4km)を約 40 分程度で可能である。	
H2.12.12		体調不良を訴え、作業を嫌がるようになる。 寮舎から作業棟までの距離が約 700m 程あり、歩行力が低下し疲れるために嫌がっているのではないかと考えられる。 寮舎での当番や役割等は、確実にこなしている。 ADL は、ほぼ自立している。 作業は午前、午後参加していたが、午後の作業を選択性とした。 日常生活場面で、動作緩慢となり、食事に時間がかかるようになるなどが観察される。 腹痛、頭痛、肩や腕の痛みの訴え、泣いていることやそれを理由として作業、散歩等の拒否があった。その場合、マッサージをしたり、湿布薬を貼ることで落ち着きを取り戻すこともあった。	

H3.12.4	ケースカンファレンス	日常的に歩行中の転倒がみられるようになる。 ケースカンファレンスを実施し、入所以降の援助経過をモニタリングし、今後は、健康で潤いのある生活が送れるように援助することを申し合わせる。	
H7.9	右上肢機能喪失	右上肢が使えなくなり、食事動作等左手で行う。	
H8.1.31	骨粗鬆症	整形外科医の指示に基づき、寮舎内手すり歩行、屋外は車椅子の使用を開始する。	コロニー内診療所 整形外科を受診する。 診断：全身が骨粗鬆症の状態にある。 変形性脊椎症
H8.8	機能訓練の開始		運動機能の維持を目的とした機能訓練の開始する。
H8.10	車椅子移動	自ら車椅子を寮内でも使用し始める。 車椅子を日常的に使用し始めて以降、運動機能の低下が加速度的に進行する。 ADL 状況 食事：ほぼ全面介助 排泄：トランスファー全面介助 入浴：浴槽内では職員 2 名で支える。 着脱：全面介助 起立：起立不能であり、全面介助必要	整形外科受診 診断：変形性頸椎症 頸部脊椎管狭窄症
H9.11.25	特別介護棟へ転寮	一般寮から特別介護棟へ転寮する。	
H10.11.25	ケースカンファレンス	特別介護棟へ転寮し 1 年が経過した。転寮後の援助についてのモニタリングを行う。 問題点等 ①生活動作の介護については、事故等の問題状況はなかった。 ②生活場面でのトランスファー介助で常時 2 名の職員が必要である。 ③介護をされての生活となっているため、今後、余暇や興味のある活動への積極的参加機会を確保する必要がある。	
H11.10	車椅子座位保持が不安定	車椅子上での生活は、当然のこととして運動量が減少するが、このことが引き金となり、体重の増加と褥瘡の発生が危惧される状態となっている。 褥瘡対策としては、体位交換や日中ベッドで過ごす時間の確保を行	

H11.12	筋力の低下とそれに伴う動作能力の低下	<p>っている。</p> <p>食事動作のうちスプーンを自分で持つことが可能であったが、スプーンを介助により持たせても、持てなくなり落とすことが多くなった。</p> <p>また、車椅子座位保持は姿勢の修正等を行えば、特に日常生活には支障無く、崩れ落ちることなどはなかった。現在の状況は、頭部を車椅子のバックレストで保持しなければならない状況となった。このことは、運動量の減少と頸部脊椎管狭窄症などの疾患が影響しているかもしれないが状態としては、全身的に筋が弛緩したことに起因している。</p> <p>日常的介護量は身体状況に比例して増大している。</p>	
--------	--------------------	---	--

VIII. 考察

本事例は、身体麻痺の状態が経年的に悪化し、それに伴い活動領域が狭まり日常的介護度が増大した。

現在の身体状況を見ると、アクティブな動きが全くできない状況にあり、食事・排泄等の生理的欲求充足の介護を行うことが精一杯の状況となっているのが実状である。しかし、本事例の生活を考えた場合、身体状況が悪化する以前には自分のことを自分自身で自立的にできたことを考えれば、生理的欲求充足のみの介護では心理的な満足感等の面で不十分であることは否めない。

日常的介護を含めた援助は、被援助者の意思や選択性、自己決定という理念をその援助に反映させなければならないといわれるが、重介護を必要とする重度の知的障害者の援助では、実際場面で行われている援助は生理的欲求充足を第一義的に考えている状況がある。

このような状況を打破するための試みとして、できないことに着目したプログラムではなく、介護者自身が行っている介護を「受け入れられる」か、「受け入れられない」という視点で自問自答することで、「受け入れられる」と考えられる介護を行うことが介護者が満足の状態あるのかを判断するひとつの手がかりとなる。

さらにいえば、被介護者の一番活動的で意欲的であった時期を介護者が思い描きながら介護を行えば、それもひとつの満足度を高める要因となると思われる。

事例 1 1 環境条件を整えることで歩行を再習得した事例

I. 標 題：環境条件を整えることで歩行を再習得した事例

II. 事例の要旨

昭和 63 年 4 月 4 日午前 7 時 45 分頃転倒し、左大腿骨骨幹部を骨折する。外部医療機関に入院し、4 月 5 日手術を施行する。5 月 25 日外部医療機関を退院しコロニー内診療所へ入院する。

コロニー内診療所の治療棟へ入院した時点からベッドサイドでの機能訓練を開始する。

平成元年 9 月 4 日、骨折部に挿入してあったエンダーピンのズレを指摘され、10 月 6 日から 12 月 12 日までの約 2 ヶ月間再入院し、ピンの抜去術を施行する。

なお、機能訓練は昭和 63 年 6 月 19 日から 8 月 29 日まで実施する。この間の機能訓練は、1 対 1 での訓練を原則としたが、訓練中に泣き叫ぶ、拒否、自分から動こうとしない等の理由から機能訓練を中断した。

平成 1 年 12 月 12 日退院時の歩行力は、歩行器を使用し一部介助を必要とするものの、屋内の ADL は歩行器で可能であった。

平成 1 年 12 月 27 日、寮での生活を開始する。

治療棟を退院し、寮生活を開始した直後から安全を優先させ、歩行器 ADL から現実的対応として車椅子に切り替える。

この安全性を優先させた理由は、同じ寮に生活する入所者の中に、他害を行う者の存在や歩行器で寮内移動を行った場合、段差・居室と食堂のスペースが狭い等の理由からである。

車椅子を使用し始めてから数ヶ月もしないうちに、歩行器による歩行力は低下し、歩行力の低下と共に ADL 動作遂行能力の低下、生活意欲の低下、てんかんの発作の頻発がみられた。このような状況は、日常的介護度の増大につながった。

平成 2 年 10 月 1 日、日常生活場面での介護が高いことを理由として、特別介護棟へ転寮する。

III. プロフィール

氏 名： K T 性 別： 男 生年月日：昭和 22 年 8 月 4 日生

入所年月日：昭和 46 年 5 月 27 日 在所年数：28 年 3 ヶ月

I Q：測定不能 MA：1 歳 6 ヶ月

精神遅滞の原因：分類不能 AAMD：319.0

身体状況：身長 166 cm 体重 60 kg

肢体不自由(運動機能障害)：(有) 無

整形外科的診断：左大腿骨骨幹部骨折

その他(特記事項)

受傷前の生活問題

1) てんかんの発作の頻発

本事例は難治性てんかんの診断を受けており、抗てんかん薬による発作を抑制しているが、8～14 回/月観察され抗てんかん薬を増量するとその副作用が強く生じ、その逆は発作回数が増えるという結果を招く。

そのため、抗てんかん薬の調整は、日常生活をできるだけ制限しないという処方医師にお願いし、ある程度の発作回数はやむえないという方針を立てていた。

2) 援助の困難性

本事例の日常的援助の困難性は、在宅時の生活で過保護であった事も要因のひとつであるが、自分なりの生活パターンや好きなことをさせておかなければ、声かけ(食事だよ一等)を行う→発作様の状態となる→発作様の状態に職員が対応→甘える・依存し、できることも自分でしない→生活リズムが崩れる、という悪循環が生じることであった。

IV. 重介護が必要となった契機

重介護状態となった直接的な要因は、骨折に関連した 2 回にわたる長期臥床が引き金となった全身性の廃用性萎縮とそれに伴う ADL 動作遂行能力の低下であった。安静を保つ必要性から生活領域全てにわたって介護を行ったが、このことも、他者に対する甘えと依存性を増幅させた。

- 特別介護棟へ転寮した当時の身体的状態等は、以下のものであった。
- (1) 車椅子上で座位保持ができず、ずり落ちてしまう。
 - (2) 食事をはじめとするADLは、全て介助が必要である。
特に食事では、自分から噛むことや飲み込むこともせず、口の中に食べ物を押し込む様に介助すると、飲み込むという状態である。誤嚥の危険性が常にあった。
排泄は、たれ流しに近い状態であった。
 - (3) 日中、常に居眠りが目立ち、自分から何かを行うという事がなかった。
生活リズムも崩れていた。

V. 日常的援助の方針

① 生活リズムの確立

日中の居眠りは昼夜逆転現象ではなく、抗てんかん薬の副作用とも考えられたが、対人的な接触を濃密に行うことと与薬時間を調整することで解消を試みる。
覚醒している状態の時に、ブロック、ねじ回しなどの工具等を媒介にして、まず遊びを行うようにし向ける。

散歩・日光浴等の機会を設け、積極的に屋外に連れ出す。

② 自発性の誘発

日常的な介護場面では、必ず今から行うことを説明し、目を覚まさせてから行う。
また、以前自分でできた動作、例えば、食事の介護場面では、スプーンを持たせ、介護者が手を添えてスプーンで食べ物をすくい、口に数回運ぶことを繰り返してから食事介助を行うように配慮した。

③ 介護方法と内容の統一

本事例は、例えば、介護場面で最初に介助をしようとした職員を拒否し、違う人を指さし、その人が介助をすると比較的スムーズに介助が行えるという傾向がある。
また、指をさされる職員は、ある程度特定することができる。このような状態が続くと、特定職員に甘えや依存が強く出てしまい、その職員がいなければ、何もしないということが受傷以前からあった。

さらには、介護を行う全職員が統一した介護方法と内容を行わなければ、介護の質の確保やどのような介護内容を必要としているかのアセスメント、モニタリングが不可能となる。

④ 可能性の追求

援助のゴール設定では、寮内自力歩行によるADLとし、短期的には車椅子座位の安定を目的とした。

何か新しい動作、例えば、車椅子から物につかまって立つ等ができた場合には、とにかく褒めることを申し合わせた。一緒に喜び、成功体験を通して意欲を高める。
座位の安定→つかまり立ち→歩行器歩行→自力歩行の道筋を念頭に置き、ひとつひとつの動作の確実性と安定性を日常生活場面を利用して習得させる。

VI. 現在の介護内容

食 事：	分／日
排 泄：	分／日
着脱衣：見守り、身づくろいの介助	10分／日
整 容：	分／日
入 浴：着脱の一部、浴室内の移動	20分／日
移 動：	分／日
睡 眠：	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	

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
S46.5.27		国立コロニーへ入所(23歳)	

		<p>・入所当時のADL状況 各動作領域とも、自分でできる能力があるにもかかわらず、介助を職員に求める。 歩行は、両上肢をだらんとさせ、体幹を前屈させたくの字の姿勢で歩く。バランスを失いやすく転倒もみられる。</p> <p>・てんかん てんかんの発作は、起床時、昼食時に多く観察される。</p> <p>・援助の重点事項 ① ADLの確立 ② 余暇時間の使い方 ③ 日課の確立</p>	
S58.9.1	骨折	右上腕骨骨折 午前6時30分から8時30分間に骨折するが、原因不明である。	外部医療機関で処置
S58.10.4	骨折	左上腕骨骨折 午前6時30分頃、他入所者に押し飛ばされ受傷する。	外部医療機関で処置
S63.1	歩行バランスわるい 転倒	帰省中、屋外に出ることなく寝ていたとのことである。 帰園後の生活状況を見ると、歩行は介助をしなければ歩けない、食事は全面的に介助が必要であり、他の生活動作もほぼ同様である。	診療所てんかん外来 ・抗てんかん薬の与薬を、夕食時の5時30分頃から6時30分に変更する。 ・与薬後、居眠りをしないような対応を行う。
S63.4		散歩等には辛うじて参加できるまでに歩行力が回復する。 しかし、約1km程の散歩中に、3回位の転倒がみられる。	*難治性てんかんであるため、抗てんかん薬の成分の調整等は継続して行っていた。
S63.4.3	歩行困難	原因不明であるが、歩行することが困難で、寮内は台車に乗せ移動する。 日中は、ほとんどの時間うとうとしている。食事の時間だけ自分で歩く。	
S63.4.4	チアノーゼ 貧血状態	朝食後、食堂から動けず、食堂内に寝転がっている。 ベッドで静養をする。 夕食食べられず、椅子に座っているとチアノーゼが生じる。 午後8時頃、貧血状態となる。	
S63.4.5	大腿骨骨折	コロニー内診療所受診後、救急車で外部医療機関を受診する。 左大腿骨骨折と診断される。入院	
S63.4.5	手術	手術施行	
S63.4.15	手術 ピンのずれ	再手術 理由：褥瘡予防のため体位変換を行った際に、骨折部を固定しているピンがずれたため。	
S63.5.25		外部医療機関を退院する。	園内診療所の治療棟へ入院する。

H1.6.19			機能訓練開始 S64.1.2 まで、治療棟へ入院し、1 月 2 日から帰省する。1 月 4 日帰園 治療棟入院を継続
H1.7.4	寮生活	治療棟退院し、寮生活を開始する。 移動は車椅子を日常的に使用する。	治療訓練部での機能訓練を開始する。8 月 29 日まで実施する。
H1.9.16	腫脹	手術をした部位に腫脹がみられる。	
H1.10.6			
H1.12.12		外部医療機関を退院する。	外部医療機関へ入院する。 エンダーピン 5 本抜去術を施行する。
H1.12.27	寮生活	治療棟を退院し、寮生活開始となる。	コロニー内診療所の治療棟へ入院する。
	他者への依存	・寮生活では、全ての生活場面で甘えと他者への依存が強くあり、自分でできることもしようとしない。	
	ADL 能力低下	・結果的には、介助をせざるを得ないため、ADL 動作遂行能力の低下に結びつく。	
	移動全面介助	・歩行は介助があれば歩行器で可能であったが、安全面を考慮して車椅子に切り替えると、起立・歩行意欲が消失し、移動が全面介助となる。	
H2.10.1	特別介護棟	特別介護棟へ転寮する。	抗てんかん薬の血中濃度測定
	抗てんかん薬	・寮内訓練として、補装具を使用 しての平行棒起立を開始する。 ・日中の居眠りが目立つために、 抗てんかん薬との関連を医師に問 い合わせ及び相談する。	
H2.11.5		抗てんかん薬を変更したことで居眠りが少なくなる。約 1 ヶ月間の観察結果を基に相談する。	
	四つ這い	寮内訓練に四つ這いを加える。 好む遊具を廊下の隅に置き、それを四つ這いで取りに行く。目的は遊具、結果として四つ這いをする。	抗てんかん薬の成分変更
	遊具	・遊具等の興味ある物を目に付くところに置いておくと、時に車椅子から降り、四つ這いをするようになる。 ・四つ這いの訓練を続けると、身体のかなしに軽やかさがみられる。	
H2.12.4	歩行器	試しに歩行器を持っていくと、自分から、手を差し出し歩行器につかまり約 20m 程歩く。 ・車椅子での移動範囲が拡大し、寮内を自由に動き回る。	

	移乗	・車椅子から便器等への移乗が、自分でできるようになる。
H3.3.12	歩行器歩行	屋外歩行器歩行 200m から 500 m 可能となる。 ・歩行器でのADLも可能と思われるが、車椅子が楽であるため車椅子を使っている。
H3.6.19	リスク管理	歩行器ADLへ切り替える。 しかし、てんかんの発作時、転倒等のリスク管理ができず、車椅子を使用する。歩行器は、使用場所や職員状況を勘案して使用する。 ・移乗動作の介助不要となる。
H5.3.7	移乗	
	車椅子破損	使用していた車椅子が破損したため、歩行器を自分から使用し始める。 ・散歩中車椅子の車軸が折れてしまう。「使う車椅子がない」と説明する。 ・これ以降、ADLは歩行器で行う。時に、転び、手足に擦り傷を作る程度である。
H6.4.10	独歩	園内散歩に行き、自分から「17 歩独歩」をする。
H6.4.24		独歩 30 歩位は可能となり、寮内では用が独歩で足せるようになる。 ・以後、独歩が定着する。

VIII. 考察

本事例は、一般寮から特別介護棟へ転寮し9年が経過した。転寮当初は、ADL全面介助、歩行不能、てんかん発作の頻発等の生活問題を抱えていた。

現在は、ADLの介助はほとんど不要であり、歩行は寮内ADLを行うには不自由さが感じられない状態となっている。園内の短距離散歩であれば、独歩でいくこともできる。

1) 新しい環境の設定

本事例がもともと居住していた寮の入所者状況をみると、24名の入所者の内約2/3が日常生活動作のほぼ全面介助もしくは、他害・自傷・徘徊等の行動上の問題があり、本事例に対し濃密な個別的援助が必要であるにもかかわらず職員の人的キャパシティに限界があった。他害暴行のみられる他の入所者から「守る」というリスク管理に困難が伴った。

また、本事例はADL全ての領域で全面介助が必要であり、建物設備などの環境をみると、浴室・食堂・トイレ・居室全ての面で車椅子を使用してのADLを介護するためには、狭かった。

上記のような人的環境と物理的環境の問題は、ある程度援助を工夫することで、対応が可能と考えられる。しかし、①車椅子での座位保持が困難で、目を離すと車椅子のシートから体が半分以上も落ちてしまうような状態が度々ある。②てんかんの発作が頻発する。③生活意欲が感じられない。④他入所者からの暴力行為による二次的な事故防止が予測される。等の援助上の問題は、早急に対応をはかる必要があった。

この様な理由から、特別介護棟に転寮した。

特別介護棟での新しい環境を利用して、本事例にとってより望ましい変容を期待した。具体的には、ADL動作遂行能力を再習得する、特に、歩行の習得を長期的な援助の目標に設定した。なお、ADLの自立志向にとどまるのではなく、歩行能力を獲得することで生活圏の拡大を第一義的に目指した。

2) 生活リズムの確立

人の生活をみると、その日の流れの中でさまざまな行動を行うが、この生活行動は「いつ」「どこで」「誰と」「何を」という要素の規則性がある。しかし、活動性の低下した

人は、誰かの援助や介護を受けて生活行為を他動的に行ってもらっている。

まず、本事例では一日の流れの中で行われる介護を職員間の統一した対応で、日課やスケジュールの経験を通し理解できるように促し、自分で動き回ることを引き出すような対応を考えた。

空白の時間となりやすい食事や排泄直後の時間帯に、居眠りをしないようにできるだけ多くの対人接触行うことを職員で申し合わせた。

ひとつの方法は、接触を多く持つことで覚醒させ、ブロックやねじ回し等の遊具を目に付くところに置いて車椅子を自分で操作するようにし向けた。このことは、遊び等の行為を通し、車椅子操作の習得を自分から体得し、動くことを期待する意図性を持たせた。

要は、車椅子の訓練、練習という位置づけを行うと、ややもすると介護者側からの押しつけとなり、拒否や発作を誘発する危惧があったからである。

車椅子を自分で操作し始めると、自分でトイレの方に行こうと移動することやトイレに行きたいとの意思表示をすることがみられ、時にみられた失禁は全くなかった。

3) 自分で動き回れば、何かが変わる。

本事例は、前述のようにゴール設定を寮内自力歩行によるADLと設定したが、このゴールをほぼ達成している。

独歩ができるようになった時期をみると平成6年4月頃であり、歩行器を押して歩いていたが、自分から伝い歩きや独歩をするようなことが観察された。この時期は、てんかんの発作が月に2回ぐらいしかないと続き、体調が良かったことが大きく影響している。

また、歩いている姿を見たときに、職員は、少々大げさに「すごいなー」「歩けるんだー」と対応し、もっと歩け、もっとできるという対応を慎んだ。

この時期を振り返ると、職員側の対応は、ほめることを基本とし、自分からの動きを引き出すように援助場面では心がけた。

具体的には、寮外に出て、スコップを使い穴を掘っている時に、「オヤツだよー」と声を掛けるが無視をされる。この時の職員は、「穴掘りか。すごいな、がんばってるなー」「終わったら手を洗って、オヤツだよー。」というような対応をとった。

入所者の変化を指向するため、具体的には、変化や潜在能力を引き出す条件は、現在の状態像をどのように把握するのか(アセスメント)、過去の援助についての見直し(モニタリング)が最低限必要となる。

事例 1 2 左大腿骨頭壊死による歩行不能の事例

事例NO. 12

I. 標 題：左大腿骨骨頭壊死による歩行不能の事例

II. 事例の要旨

昭和 46 年 11 月 29 日(19 歳)入所し現在に至る。
 昭和 64 年 6 月 14 日整形外科医より脊椎湾曲症との診断を受ける。同年 9 月 28 日、神経内科を受診し、「脳室の著明な拡大」を指摘される。この医療機関の受診理由は、生活場面において、歩行時のふらつきが観察されるようになったためである。
 約 3 年後の平成 3 年頃より歩行状態が更に悪化し、転倒による骨折が 2 回みられた(左足第 5 指基節骨骨折、鼻骨骨折)。
 また、平成 4 年 7 月 22 日、脳室が昭和 64 年の段階より拡大し、「水頭症」の診断を受ける。同年 11 月 16 日、整形外科医より車椅子 ADL への変更を指示される。
 同年 12 月 19 日、つかまり立ちもできなくなったため整形外科を受診すると、「特発性左大腿骨骨頭壊死及び左股関節囊の異所性化骨」と診断され、歩行を禁止される。
 これ以降居住棟においては、車椅子での生活となり、安全面を配慮し、更には車椅子使用による生活範囲の縮小があるため生活の質を確保するための援助の必要性が生じた。
 平成 5 年 6 月 1 日、一般寮での日常生活援助をする上で、個別援助を行うためには他入所者の日課変更等が生じる等の職員数の絶対的不足、建物環境等の狭隘、職員の介護技術上の問題等個別的対応が不十分であるため、特別介護棟へ転寮となる。

III. プロフィール

氏 名： T M 性 別： 男 生年月日：昭和 26 年 3 月 2 日生
 入所年月日：昭和 46 年 11 月 29 日 在所年数：28 年 1 ヶ月
 IQ：測定不能 MA：1 歳 9 ヶ月
 精神遅滞の原因： 分類不能 AAMD：319.0
 身体状況：身長 165cm 体重 52.5kg
 肢体不自由(運動機能障害)：(有) 無
 整形外科的診断：四肢体幹の痙性失調麻痺 特発性左大腿骨骨頭壊死
 その他(特記事項)：食事摂取にむらがあり、食事介助に工夫を要す。
 トランスファーの介助では、左下肢に体重負荷をしない。

IV. 重介護が必要となった契機

入所から約 18 年経過した、平成元年(年齢 37 歳)頃より脊柱の湾曲が目立ち、歩行中にふらつきがみられはじめた。
 ふらつきがみられはじめた約 1 ヶ月後に転倒し骨折(右第 5 指基節骨骨折)、これ以後、散歩等の歩行場面では介助職員を 1 名配置し個別的に対応した。また、大小便の失禁がみられはじめた。その理由としては、歩行が思い通りにならないためと考えられた。
 平成 4 年 2 月より機能訓練を開始する。同年 11 月屋内外の歩行中の転倒が以前にも増して多くなったために、日常生活全般にわたって車椅子を使用した ADL に切り替える。車椅子の自力操作は知的能力のレベルからみても操作の習熟が期待できず、介護度が増す結果となった。
 同年 12 月、左大腿骨骨頭壊死等のため、整形外科医より、「歩行の禁止と安静」の指示がでる。以降すべての場面において車椅子となり、トランスファーはリフティングの伴う全面介助となった。
 この当時の ADL の介護状況は以下のようなものである。
 食事：全面介助 口を閉じて拒否がある。
 排泄：定時排泄による全面介助 なかなか排尿や排便しない(できない)。
 着脱：ズボン等は全面介助であるが、上着は手を出したりする。
 入浴：浴槽の出入り及び脱衣場から浴室の移動全面介助
 生活意欲の面では、何事に対しても消極的で、涙もろくなる。

V. 日常的援助の方針

①知的障害が重度であるため、「いきなり立てば痛い」「痛いと感じ、動いたら転ぶ」というようなことは、体験を通じおぼえさせる。

- そのため、介助はゆっくりと同じことを数回繰り返すような余裕を持って行う。
 ②過剰介護が続けば、自発性を阻害することとなるので、自発的動作を待つ。
 ③リスク管理は十分に行う。

VI. 現在の介護内容

食 事：粉碎食時にミキサー食	60 分/日
排 泄：移乗 着脱	30 分/日
着脱衣：全面介助	40 分/日
整 容：	分/日
入 浴：介護浴槽	45 分/日
移 動：車椅子操作不能	40 分/日
睡 眠：体位変換 エアーマット使用	45 分/日
移 乗：起立可能 <u>不可能</u> 右のみで体重負荷する。	分/日
意思疎通：完全に通じる ある程度通じる <u>ほとんど通じない</u>	
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
S46.11.29	ADL 未自立 半介助	入所(19歳) 多動傾向があり、ADL は未自立であり、食事は何とかひとりで食べられ、排泄は職員が誘導を行う 定時排泄で対応した。その他の動作領域では、半介助が必要であった。 歩行は問題がない。	
	ADL 習得できない	ADL をはじめとする生活動作の指導や援助を継続するが、動作遂行能力の変化をあまり認めていない。	
S64.6.14	ふらつき	歩行中のふらつきが目立つようになる。	脊椎湾曲症の診断
S64.9.28			脳室の著明な拡大
H3.9.24	転倒・骨折	歩行中に転倒し左足第5指基節骨骨折、これ以降更に歩行不安定となる。 歩行は個別的に対応する。	
H4.2.24	歩行の個別対応		機能訓練開始 訓練目標：歩行力の強化
H4.7.6	転倒・骨折	鼻骨骨折	
H4.7.22	水頭症		「水頭症」の診断
H4.11.16		車椅子の使用を開始する。	

H4.12.19			左大腿骨骨頭壊死 左股関節関節囊の異所性 化骨
H5.2.5		<p>一般寮における援助上の問題点</p> <p>食事</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スプーン使用ができなくなる。 ・咀嚼能力の低下及び水分は吸い飲みが必要となる。 <p>排泄</p> <ul style="list-style-type: none"> ・車椅子で移動全面介助となる。 ・トランスファー介助で、職員ひとりの場合、どうしても左下肢に負荷がかかるために痛みの訴えがある。 ・排便・排尿が直ぐにできず、長時間座る結果となる。 <p>着脱</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2名の職員が必要となる。一人は身体を支える。支えてもふらつきがあり、安全に問題がある。 <p>入浴</p> <ul style="list-style-type: none"> ・座位がとれず、洗い場に寝かせて身体を洗う。 <p>睡眠</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就眠時、自分で寝返りができない。 	
H5.6.1		特別介護棟へ転寮となる。	
H9.2.8		車椅子座位が安定せず、車椅子からづり落ちそうになる。「ボー」とした状態が観察される。また、失調が強くなる。	
H9.2.12	てんかん発作	発作が観察される。	診療所：フェノバルブ注射 左半球に発作波
H9.2.15	低体温	体温 31.1℃ 血圧測定不能	電気毛布で体を温める。

VIII. 考察

1. 原因不明の失調の進行

30歳頃より経年的に歩行中の失調が進行する。神経内科、整形外科等を受診し、頭部CT等の検査を受けるが失調の進行の原因は不明であった。

この間、機能訓練を筋力の保持増強、歩行バランスの改善を目的として機能訓練を実施したが、これによって新たな身のこなしや動作形成ができなかった。このことは、重度の知的障害という障害特性や機能訓練上のテクニックの問題と言うより、むしろ、この頃より既に左下肢の痛みがあり、機能訓練実施上で、痛みに対する十分な対応ができなかったことによるものである。

2. 左大腿骨骨頭壊死

平成4年11月頃より、つかまり立ちも容易にできない状況となった。12月に特発性左大腿骨骨頭壊死が発見された。この状態においては、安静を確保することが必要であり、機能訓練を中断した。

車椅子の全面的使用に伴っての心理面の変化をみると、情動反応、意欲的反応、対人関係での反応、言語的な反応が全般的に著しく減退した。また、社会成熟度診断プロフィールを適用して社会生活能力をみると、その能力が著しく低下し、基本的生活習慣も崩壊し介護度が増大している。

3. 今後の課題

日常生活での介護場面で、全面に介助を行うという介護ではなく、ADL動作の指導的働きかけの要素を持ちながら、言葉掛けや動作を誘発するように配慮したが、その効果にはみるべきものがないのが実状である。

そのため、介護者が、機械的に介護を行ってしまうという危険性も否定できない。

事例 1-3 高齢ダウン症の事例