

事例NO. 13

I. 標 題：高齢ダウン症の事例

II. 事例の要旨

昭和46年6月23日入所し現在に至る。
入所20年経過した平成6年頃より、歩行のスピードが遅くなる、ADL動作が不正確となり動作が鈍くなる等が観察されるようになった。
平成7年8月22日、入所以来初めての発作があり、その後、歩行困難、左片麻痺の症状がみられた。同年9月26日「頸椎亜脱臼」と診断され、同年11月7日手術を施行し、平成8年3月1日外部医療機関を退院する。退院後はコロニー内診療所の治療棟に入院した。
平成8年9月1日特別介護棟に転寮となる。

III. プロフィール

氏名： T G 性別： 男 生年月日：昭和15年1月30日生

入所年月日：昭和46年6月23日 在所年数：28年6ヶ月

IQ：測定不能 MA：1歳9ヶ月

精神遅滞の原因：ダウン症候群 AAMD：758.0

身体状況：身長 145 cm 体重 51 kg

肢体不自由(運動機能障害)：(有) 無

整形外科的診断：頸椎亜脱臼

その他(特記事項)

IV. 重介護が必要となった契機

平成6年2月(55歳)頃より、歩行のスピードやADL動作が不正確となるなどが日常的に観察されるようになる。

同年9月頃には、尿失禁がみられはじめた。1日に1から2回の失禁であったものが、日を迫る毎にその回数が増加していった。

行動上の変化では、寒い日に半袖一枚でいる、下半身裸でトイレに立っている、昼食後にパジャマに着替えるなどの痴呆を疑わせる行動がみられるようになってきた。

平成7年8月22日入所以来はじめての発作があり、続いて、歩行困難、左片麻痺の状態となり、9月には「頸椎亜脱臼」と診断され、手術を施行する。手術後の外部医療機関へは、平成7年10月25日から平成8年3月1日の間入院した。外部医療機関退院後は、コロニー診療所の治療棟へ同年3月1日から同年8月31日入院し、9月1日特別介護棟へ転寮する。

特別介護棟転寮当時のADL状況等は以下のものであった。

食事：全面介助が必要である。

右手は、プラスチック製の軽いコップを持ち保持できたことから、介助場面では、運動機能的に良好な右手にスプーンを握らせ、自力で皿から食べ物をすくい、口までスプーンを持っていくことを意識づけた。

排泄：全面介助であり、オムツを使用している。たれ流しの状態である。

尿便意は全くないようであるが、日中は3時間おきに、トイレでの定時排泄を実施した。

移乗：全面介助 2名でのリフティングが必要である。

その他のADL領域も全てにわたって全面介助である。援助場面では、介助を行う際には必ず、今から何を行うのかを言葉掛けを続けた。

日中は、寝かせきりにさせず、車椅子で座位の生活を継続した。なお、オムツ交換時には必ず陰部の清拭を行うと同時に、発赤や褥瘡の有無について確認した。

V. 日常的援助の方針

- ① 介護を行う際には、必ず言葉掛けを行い説明してから介護する。
- ② 受傷前、好きであった野球や歌謡曲の話題で話しかける。
- ③ 心身の障害が高度であるが、前述の食事時間の援助などを諦めることなく、継続して働きかける。
- ④ オムツを使用しているため、清潔を優先させる。

VI. 現在の介護内容	
食 事：スプーンを握ることはできるが、口まで運べない。	45分/日
排 泄：日中もおむつを使用するが、食後などしびんで採尿をする。	45分/日
着脱衣：自分で何か動作をしようとするとき全身的に筋緊張がみられる。そのため、介護場面では相互にリラックスしながら行う。無理をすると機械的となる。	20分/日
整 容：身繕いや車椅子上での姿勢の矯正等	20分/日
入 浴：	45分/日
移 動：	20分/日
睡 眠：体位変換 おむつ交換	30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)	
福祉機器の導入：ギャッジベッド エアマット(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
S46.6.23		入所(31歳) 入所前は、26歳まで在宅、26歳から31歳までの間自立訓練を目的に山形県「吹浦荘」に入所した。就業先が見つからず退所となる。	
		一般寮における生活は、全ての領域にわたって自分の意思で自立的に行うことが可能であった。	作業治療部授産作業科 畜産班に所属
H5.1.13		ケースカンファレンスを実施する。具体的な問題状況は認められないが、体力の衰えがあるのか、ADL動作のスピードが遅くなるなどが日常生活の中で観察される。また、言葉が不明瞭となり、言葉数が減少している。	伝音性難聴 慢性副鼻腔炎急性増悪症 外部医療機関を月1回受診する。
H5.5		ソフトボールクラブで、キャッチボールの落球が目立つようになる。	
H5.9		起床時(6時30分頃)居室で転倒する。頭部裂傷し6針縫合する。	
H5.11		歩行のスピードが遅くなる。4kmぐらの歩行は可能である。	
H6.1		便失禁がみられた。	
H6.7		食欲不振がみられる。	
H6.9		失禁がみられはじめる。 1から2回/日	

H6.12		紐を結ばなければならない靴を自分ではけなくなり、マジックテープの靴に変更する。 食べたものを間違えるようになる。 具体的には、昼食にうどんを食べたのだが饅頭と答える。	
H7.1	夜尿	夜尿がみられるようになる。	
H7.4		4km の歩行コースへの参加が不可能となる。 散歩の拒否がみられる。 「オシッコがでたくなるから」との理由である。	
H7.7		服を自分で着られなくなる。 僅かな段差での転倒が多くなる。	
H7.8.21	体重の減少	H6/4 50kg(身長 143.5cm) H7/4 42kg H7/8 40kg	副食低コレステロール食 1400 から 1500 カロリー 診療所 ① コレステロールの検査 ② ポケ症状も調べる ③ 今後の食事の検討
H7.8.22	発作	外部医療機関受診中に 20 秒間の全身硬直がみられる。 発作の後遺症と思われる身体麻痺が認められる。	
H7.8.22	脳波検査		診療所 ① てんかん波(スパイク波)は認められない。 ② 小さな脳梗塞があるため、ポケ症状が進んでいるとも考えられるので、CT 検査を実施する。
H7.8.25	C T 検査		検査結果 痴呆症状・発作を起こす原因は認められなかった。 発作の後遺症と思われる身体麻痺は、2 から 3 日で回復すると思われる。
H7.9.4	歩行困難 左片麻痺	身体麻痺が改善せず、歩行困難な状態であるため、車椅子を使用する。	
H7.9.16	MRI 検査指示		診療所より MRI 検査の指示
H7.9.18	食欲不振	食欲不振が認められ、体重が減少する。体重 38.5kg(マイナス 3.5kg)	
H7.9.20	頸椎の異常	コロニー内診療所受診する。	整形外科 第1頸椎と第2頸椎の部分で、神経を圧迫している

			るために麻痺がでていないかとの診断がでる。 ダウン症には頸椎異常の人が多いとのことである。
H7.9.21	MRI 検査	外部医療機関を受診する。	MRI 検査 発作や麻痺の原因は認められない(脳腫瘍・脳内出血・脳梗塞などはない)。 しかし、脳の萎縮がみられる。
H7.9.26	頸椎脱臼	外部医療機関を受診する。	頸椎が脱臼し、大きくずれている。現状では短命と思われる。 手術するか否か、今後のことを決めるようにとの指示がある。
H7.10.25		外部医療機関を受診する。	診察の結果、緊急入院となる。
H7.10.27	手術実施	外部医療機関で手術施行する。	頸椎の固定
H8.3.1		外部医療機関を退院し、コロニー内診療所に入院する。	
H		特別介護棟へ転寮する。	

VII. 考察

本事例は、ダウン症候群に多くみられる頸椎の亜脱臼のために生命の維持を最優先させて対応しなければならなかった。

外部医療機関での臥床期間は、約5ヶ月間と長期であり、对人的接触や生活範囲の狭まりがあった。

特別介護棟での援助は生理的欲求充足のレベルを十分に満たすことを最低限度のレベルとし、①生活リズムの確立と②介護場面における身体接触と話しかけを濃密に行うことで、何らかのコミュニケーションの成立を図れるようになることを当初の援助のねらいに設定した。

生活のリズムについては、食事、入浴、散歩、排泄などの生活の流れにメリハリをつけることで昼夜逆転現象を解消し、安定した生活リズムをつくった。

また、身体的介護面では、たれ流し状態の排尿を何とかして改善できないものかと考え、その方法として、オムツが汚れていたとしても、シピンをあて、「オシッコでませんか」「オシッコをして下さい」との対応を日中継続し、夜間には、オムツをはずし、シピンをあてておき、2時間毎の体位変換時に排尿の有無を確認するという対応を行った。なお、オムツ交換時には必ず、蒸しタオルで清拭を実施した。

この対応の結果、排泄状況についてはほとんど変化を認めていないが、陰部の清潔状態の保持と褥瘡発生をある程度防止できたと考えている。

コミュニケーションの面では、臥床期間中の对人的な接触が減少したことなどが誘因となり、自発言語が全くみられなくなったと考えられた。

対応として、オムツ交換時やディルームで静養している場面などでは、カセットテープで、以前、好んで聴いていた歌謡曲などを流すこと、介助場面では、これから何を行うのか言葉による説明や、「Gさーん」と名前を連呼した。

当初は、オムツ交換や体位変換で、「イテター」「ヤメロー」などの拒否的言葉しか発しなかったが、数ヶ月後に、入浴を終え浴室からディルームへ車椅子で移動中、「アー、気持ちよかった」と明瞭な言葉が聞かれた。

自分から言葉を発することは相変わらず数少ないが、「イテター」「ヤメロー」などの拒否的言葉は減少傾向にある。

心身障害が重度の場合、生理的欲求充足の段階で援助のねらいを設定しがちであるが、その人にとっての生活の快適性とはまず何かを考えた介護が継続的に展開されるべきである。

事例 1 4 誤嚥を頻発する事例

I. 標 題：誤嚥を頻発する事例

II. 事例の要旨

入所当初の生活状況をみると、歩行中に転倒がみられる以外特に問題はなかった。S58 (37歳) 9月から12月にかけて、口数が少なくなり、日常場面で、全ての動作がのろく不確実となった。その具体的な現象をみると「日中、何度もパジャマに着替えたり」「何事に対してもやる気がない」「母親が面会に来ていると思っているらしい言動」などがあった。

この様な生活意欲の減退した期間と同時に運動機能の低下が進行した。

経年的に歩行を中心としたADLの状況をみると、S56.5の歩行状態は、ふらつき(失調)がみられるものの、300mぐらいの自力歩行が可能であった。ADL評価を適用した検査では、ほぼ自立であった。

S58.9の歩行状態などは、物につかまっでの起立保持も不可能となり、自力歩行が不可能となった。さらには、右下肢の麻痺が著明となってきた。

S59.1実施のADL評価では、自立度が全面介助となった。ADLの全面介助は、本人の生活意欲などの減退、続いて、運動機能低下その結果としてのADL動作遂行能力低下との経過をたどったが、生活意欲の減退、運動機能の低下、についての要因や原因は不明であった。

以後、昭和62年7月(40歳)、63年4月の2回体調不良や怪我などのために臥床や静養を余儀なくされた期間に心身機能低下がみられている。

この事例の特徴は、心身機能低下が進む過程の中で、最重点に援助が必要となった事項として誤嚥があげられる。

具体的には、車椅子上での姿勢保持が困難で、上半身が前屈したり側方に傾いてしまい、安定した座位の保持ができず、更に、咀嚼・嚥下機能低下も伴っているために誤嚥とそれに伴う肺炎を併発しやすい事例である。

平成元年4月1日特別介護棟へ転寮した。

III. プロフィール

氏名： Y M 性別： 男 生年月日：昭和22年8月25日生

入所年月日：昭和47年5月8日 在所年数：26年8ヶ月

IQ： 14 MA： 2歳 2ヶ月

精神遅滞の原因： 不明の出生前要因 AAMD：48

身体状況：身長 165.5 cm 体重 47.8 kg

肢体不自由(運動機能障害)： 有 無

整形外科的診断：脳性麻痺

その他(特記事項)

視覚障害(網膜色素変性症)

IV. 重介護が必要となった契機

本事例は、生活意欲の減退→運動機能低下→ADL動作遂行能力低下の順で心身機能の低下が進行した。

生活意欲の減退が何によって引き起こされたかは不明であるが、対応としては、運動機能の維持・回復を目的として、昭和56年4月8日(34歳)治療訓練部機能訓練科での機能訓練を実施した。

機能訓練を継続的に実施してきたが、昭和58年9月、同62年7月、同63年4月と3回大きく運動機能低下を引き起こした。この3回の機能低下とも、病気や怪我で長期に機能訓練が実施できなかった時期に合致している。

病気や怪我が回復し、機能訓練を再開すると、運動機能やADL動作遂行能力はそれまで可能であった動作が一挙にできなくなっていた。また、意識がはっきりせず、ボーとしており、話しかけても反応が鈍かった。

機能訓練を継続することで一時的にある程度の運動機能の回復がみられるが、しかし、全体的には運動機能低下を引き起こしているパターンであった。

また、何らかの理由による機能訓練の回数の減少はあきらかに運動機能低下を引き起

こした。
 なお、生活意欲の低下状態を医師に相談した結果、医師が、試みに抗うつ剤を使用すると、因果関係は不明であるが、痙攣発作がみられた(臨床的にはてんかん発作がみられるが、脳波上ではてんかん波認められない)。また、時間経過が前後するが、脳CT検査では、「両側に脳梗塞様の所見を認め、脳の萎縮傾向がある(S59.4、63.4)」との所見があった。

特別介護棟転寮時のADLおよび援助内容は以下のものであった。
 食事：自らスプーンで摂取するが、咀嚼・嚥下機能の低下から口の中に食べ物がたまってしまう、時々、誤嚥の状態となる。特に水分の摂取時はむせることが多い。誤嚥の対応として、副食は粉碎とし、主食は粥とした。誤嚥をした場合には、背部叩打法で対応した。

排泄：食後の定時排泄と、本人に「シッコでる」と聞いてトイレへの誘導を併用した。体調の良好なときには、自分からトイレに行き、便器前に車椅子を止め→ブレーキをかける→フットレストをあげる→天井からのパイプにつかまり、ズボン・パンツを脱ぎ→パイプを軸に半回転し便器に座る。

入浴：浴槽内で浮き上がってしまうことがある。
 視力低下(網膜色素変性症)の低下も、ADL動作遂行能力の低下と生活意欲の低下の一因となっている。

V. 日常的援助の方針

- ① 本人の意思を引き出す。やる気を起こさせる。
 生活意欲の低下は、視力の低下、運動機能の低下など様々な要因が複合的に作用し引き起こされていると考えられるが、介助場面で、自分でできる動作を誘導し、できた場合にはどんな些細な事柄であっても賞賛する。
- ② 機能訓練の継続を行い、運動機能維持を図る。
- ③ 実際の介護場面では、座位が不安定であるため座位を伴う生活場面では、事故防止のためにリスク管理を徹底する。

VI. 現在の介護内容

食 事：着席後車椅子上で、誤嚥防止のため上半身が直立するように姿勢を矯正する。
 口の中に食べ物を一杯に詰め込むので注意を要する。 15分/日

排 泄：移乗介助は2人で行う。座位不安定のため、便器からの転落注意。 30分/日

着脱衣： 20分/日

整 容： 10分/日

入 浴：介護浴槽内で浮き上がることもあるので、窒息に注意を要する。 45分/日

移 動： 15分/日

睡 眠：自分での寝返りできないため、確実に体位変換する。
 夜間の排尿量が多いので、おむつの交換は確実に行う。 45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
S47.5.8		入所(24歳) 国立コロニー入所前の状況は、昭和39年7月1日(17歳)生活訓練を目的として知的障害者更生施設U更生園に入所する。 昭和43年6月21日付で退所させられる。退所理由は、能力の向上が認められないためであった。 その後、コロニー入所までは在宅であった。	作業治療部治療作業科造形班

	ADL	入所当初のADLの状況は、歩行を除きほぼ自立していた。歩行の状態は、起立が不安定で、視覚障害の影響もあり、物にぶつかったり、側溝に転落したりなどのことがみられた。	
S55	転倒	歩行中の転倒による怪我が目立ち始める。 右膝・目の上に怪我をする。 歩いているとき自分の足に引っかかって転ぶことが多い。	
S56.5.8	機能訓練開始	機能訓練開始の理由は、歩行中の転倒により怪我が多いためである。	機能訓練開始 訓練目標：基礎的運動能力の増進
S57.10.22	歩行距離	自力歩行は400から600m可能 立ち止まることができない。	
S58.9.30	生活意欲の減退	生活場面での意欲の減退が目立つ。 自分からしゃべらなくなる。自発的動きもみられない。 失禁・夜尿が多くなり、着脱衣に時間がかかるようになる。	立位の訓練ができなくなる。 1回目の機能低下 四つ這いは10m程度しかできない。
S58.11.11	介助歩行不能	側方から介助しても歩けなくなる。	2回目の機能低下 四つ這い不能となる。 平行棒歩行2・3歩程度
S59.1.7	発作 ADL評価	寮舎で発作を起こす。 ADL評価：ほぼ自立の状態から、 ほぼ全面介助の状態となる。	
S60.12		就床時、痰が絡まるようになる。 誤嚥(ご飯・ミカン・ビスケット)	
S62.9		生活場面での失禁が多くなる。	
S63.4			3回目の機能低下 平行棒起立不能 スタンディングボックスでの起立にきりかえる。
H1.4.1	特別介護棟	特別介護棟に転寮する。 ADL状況 食事：誤嚥のリスク管理 嚥下しやすいように、副食にとろみを付ける。 ミキサー食も併用する。 排泄：定時排泄 夜間はオムツを使用する。 浣腸は3日毎に行う。自然排便はほとんどない。 洗面：うがいで、水が気管に入ることが多い。要注意 着脱：声をかければ、腕を動かす。 移乗：立位不安定で、膝折れが生じる。 移動：車椅子の操作自分では不能であり、全面介助が必要である。 言語：入所当初は不明瞭だが会話	

		可能であった。 現在は「ア－」のみで、言葉を発しない。
	誤嚥性肺炎の状況	
	H5.2.18 から 2.18	治療棟入院
	H8.5.30 から 6.21	治療棟入院
	H9.12.19 から 12.24	治療棟入院
	H10.10.16 から 10.23	治療棟入院
	H10.11.10 から 11.18	治療棟入院

Ⅶ. 考察

本事例は、心身機能低下の要因が特定できないが、昭和 58 年 9 月頃から 59 年 1 月の約 4 ヶ月の間に ADL がほぼ自立の状態から全面介助が必要な状態へと急激に低下した。

観察された状態の変化をみると、①生活意欲の低下がみられ、②歩行が不能となり、ADL 動作遂行能力の低下、③介護度の増大と変化した。

生活意欲の減退(やる気のなさ)に対する対応として、医師の処方による抗うつ剤を試用したが、痙攣発作がみられたため、その服用は中止された。そのため、生活意欲の減退がうつ症状なのかどうかについては不明の状態である。

また、生活意欲の減退を引き起こした要因として、視力障害の進行が考えられるが、この視力障害は網膜色素変性症が原因であり徐々に視力障害が進行したため、生活意欲を急激に減退させたとは考えにくい。網膜色素変性症は中枢性の疾患であるため、症状の増悪に伴い、脳が変性し、それに伴っての心身機能低下との可能性を否定することができないと医師の説明もあった。

しかし、網膜色素変性症による視力障害は、視野の狭窄と視力そのものが障害されるために、特に歩行では恐怖心が伴ったと考えられる。このため、日常的な行動範囲や活動量の低下にともなう運動不足が運動機能低下を生じさせたことも事実である。

心身機能が急激に生じるような事例では、対応が後手に回ったり、本人のネガティブな面のみに着目する傾向がある。まず考えなければならない対応は、本人の生活意欲などを賦活化させることを優先させなければならないが、その場限りの対応ではなく、ある程度の期間(例えば 1 から 2 ヶ月)と機能低下の状態を想定した援助プログラムを検討する必要がある。具体的には、直接介護に当たる職員が、心身機能低下の状態に応じた援助内容と介護方法を統一して実行できるプログラムを作成することである。

事例 15 疾病が誘因となり介護度が増大した事例

- ②入浴グループの変更〔自立組から介助組へ移行〕。
- ③過敏性大腸炎のため、普通食から消化器疾患食へ食事変更〔主食－全粥、副食－消化の良い刻み食〕(本人の希望及び摂食動作に困難性が認められる時には食事介助を行っている。)
- ④排泄介助(H10. 10. 4～ズボンの上げ下ろし、排泄後の後始末、身だしなみが自力でできなくなってくる〈プライバシー保護に配慮する〉、H11. 11～必要に応じて使用していた紙おむつ(パンツタイプ)を常時使用する)。
- ⑤福祉機器の導入(適切な歩行器を検討中)。
- ⑥身体的不調、病気の訴えは受容するだけでなく、整理して理解を促す。
- ⑦心理的アプローチを検討中。

VI. 現在の介護内容

食 事：消化器疾患食、摂食動作を見守り身体的不調時介助、スプーン、与薬、塗薬、リハビリ用テーブル	30～60分/日
排 泄：トイレ誘導、ズボンの上げ下ろし、排泄後の後始末、失禁処理	120分/日
着脱衣：オムツ取り替え、着脱動作見守り身体不調時介助	30分/日
整 容：衣服調節、身だしなみに配慮	15分/日
入 浴：不調時の洗体・洗髪介護、移動介助、転倒に配慮、浴槽内での配慮	45分/日
移 動：歩行器、ローエータ使用	30分/日
睡 眠：ナースコールによってトイレ誘導(1回/10分×3)	30分/日
移 乗：○起立可能 不可能	
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	
余暇への援助：カラオケ	分/日
福祉機器の導入：歩行器(機種選定中)、リハビリ用食事テーブル、保護帽、サポーター	

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
46. 7.26		コロニー入所	作業治療部授産作業科手芸3班所属。
54. 9.21		入所以来絶えず病気や身体の不調の訴え多く、その都度医療機関に受診して対応してきた。	作業で良く糸を切るのは視力の低下で眼鏡が合わなくなっている。 ↓ 母の判断で帰省。K病院受診(以前目の手術をした病院)。眼底網膜、その他検査では異常なし。当時のメガネでは細かい作業には不向きなため、作業用メガネを作ることになる。

54.11.16		<p>身障センターへ補装具申請へ。 〔G大病院〕 右目はきれいだが、左目に手術後の白濁残っている。白濁を手術で取れば少しは視力が出る。手術は5分位。 G大眼科受診→手術を受ける方向で受診する。 手術の承諾を母より得る。 ベッド待ちの状態。</p>	
55. 3.30		<p>保護者、寮職員、企画調査部ケースワーカーの三者が話し合い以下の結論を得る。 ①目の手術に関しては今回中止とする。 ②今後目に関しては、手術・診察がG大を通さず、K病院を受診してもらうようにする。 園内診療所で医師より外反母指の手術進められる(両足)。</p>	<p>K病院眼科受診(「手術はK病院で行いたい」との母の希望で受診するため帰省する。) K病院では、手術はしなくても良いと診断される。</p>
H4. 6.24	足痛の訴え		
7.13			G整肢療護園にて外反母指の手術をうける。
5. 3.17	足痛の訴え、 手の震え	園内診療所の医師より月1回「たこ」を削る指示。が、職員の前では足を引きずって歩く他の場面で軽い足取りで歩く。	
6. 1.10	手の震え		帰省しK研究所メディカルセンター受診。パーキンソン氏病の状態現れている。
3.15	手の震え		J病院受診(帰省)。「パーキンソンではなく、染色体異常によるもので、年齢のため後遺症として出てきたもの」とのこと。
4.27			J 大学付属病院脳 神経内科に検査入院する。「パーキンソン氏病症候群」と診断される。
8. 4.12	下痢のため	※当時の状態 ごくわずかに左足を引きずる。寮外では杖をついて歩行している。	園内治療棟入院。帰園時母の希望で歩行器持参する。
9. 8.22			園内診療所受診する。「過敏性大腸炎」との診断ある。
9. ~	転倒、下痢	歩行中の転倒多くなり、H10.1からサポーター購入し膝の保護を目的として使用を開始する。	
10. 2. 5	転院		J 大学付属病院からG大学付属病院へ(母の希望で)。

4.	身体の不調	入浴時の着脱衣等で動作の制限と時間がかかり、より困難となる。	
5.	食事に時間を要す	トイレに入っている時間が長い。	
6.		食事時間帯を変更（他人所者より30分以上早く食べ始める）。 本人専用の食事用テーブル、椅子のセットを購入する。	
7.	両膝の痛み	食事時間が長いため、作業に遅れたり休んだりすること多い（AM 6回、PM 1回）。	園内診療所受診。
7.	作業参加率低下		
9.		夜間のトイレ、職員を呼ぶための「プザー」を設置する。 月の内20日位体調が悪く、介助度が生活全般に増大するとともに、体の痛みや手の震えで食事がとれず、日常生活全般の介護度が増大する。	夏期帰園中に「トイレにひとりで行くのは、危険なので職員を呼ぶように」と母に言われたと本人が話す。
9.		日課の見直しを行う。	本人の所属している手芸3班の「作業時間の短縮（午前中のみ）」となる。 冬期帰省後より左腕の3か所にオンパックス（ミニサイズ）を貼る〔母の希望〕。
11. 1.	腕の痛み		ヘッドギア、ローレータ（歩行器）の使用について機能訓練科へ相談する。
2.		起床時特に動き悪く介助度増す。	医師の指示に基づき食餌変更する。
10.		安全確保のためヘッドギアの使用を開始する。	
11.10.	下痢多い	消化器疾患食（全粥、消化の良い刻み食）	
	排泄 身体の硬直、 痙攣	紙おむつ（パンツタイプ）常時使用となる。	
11.11.		・食事用テーブルと椅子を変更（身体をつっぱり椅子よりずり落ちそうになるため）。 ・入浴を自立組から介助組に変更となる。 ・作業の帰路、途中より「硬直」や「足が踊る」との理由で歩かなくなり職員が迎えに行く回数が多くなる。	機能訓練科より借用。
12. 1.			園内整形診察で身障手帳の等級が1種2級に等級変更となる。 これまでは「両眼無水晶体症及び眼球振盪症による視力右0.1左0.1」で2種5級であったが、肢体不自由が加わったため。

VIII. 考察

本事例は疾病が誘引となりADL動作遂行能力が低下し、結果として介護度が増大した事例である。

本入所者は、入所以来神経質で依頼心の強い傾向がみられ、身体的不調を訴えることが多かった。パーキンソン氏病症候群の診断後、身体的不調の訴えが増大し、ADL動作の低下も顕著となり日常生活場面において介助を要求することが多くなった。ここ数ヶ月(H 11.10からH 12.1)は、身体の硬直と痙攣度合いが進行し、移動、食事、排泄、入浴、更衣等の生活動作の介助が増大している。

また、本入所者は母からの影響を受けやすい特性を持っていた。疾病を契機に、母からの本入所者に対するきめ細かい配慮や身の回りの世話が、さらに依存的生活を助長している傾向が感じられる。

今後、パーキンソン氏病症候群の進行によって、ADL動作遂行能力が更に低下することが予測されるが、医療との連携を図りつつ、日常生活での適切な身体介助と心理面での安定化をはかり生活意欲の活性化をねらった心身両面からの介護が課題になると思われる。

事例 16 突然の機能低下が認められた援助事例

I. 標 題：突然の機能低下が認められた援助事例

II. 事例の要旨

昭和46年9月(16歳時)に入所する。入所時は、常時車椅子を使用しながらの生活であったが、起立バランスや歩行訓練などの機能回復訓練と平織りマット作成などの手芸作業を中心とした生活の流れを送り、日常生活における介助度はそれほど高くなく、自立した生活を送っていた。

しかし、昭和53年(24歳時)に全身の後弓反張が強くなり出現し、起立不能、座位保持不能などを呈した。また、痛みや不安の訴えが強くなり、生活全般に大きな影響を与えて全面介助の状態を呈した。

そのため、医学的診断を受けて治療方針を求めることが重要と判断し、各方面の診療機関(脳神経外科、整形外科)を受診して、幅広い角度から治療方針に関する情報を収集した結果、こうした状態が継続するようならば脳外科的な手術の必要性も考えられたが、筋緊張を軽減する対症療法を行いながら経過を見守る方法を行った。

その結果、3年後の昭和56年(27歳時)には、担当医師から「頸部の斜頸位が見られる後弓反張はなくなり、身体的にも精神的にもリラックスが見られる。」と説明を受けるほどの回復傾向が見られ、昭和62年(33歳時)には、「筋緊張は全く消失して付随意運動及び後弓反張は顕著な改善が見られる」との説明を受け、自力で車椅子が操作できるまでの回復が見られた。また、身体能力の回復が見られてくるのにとともに、以前のように日々の物事に意欲的・積極的に取り組むことが見られるようになった。

なお、その後、入所時当初と同じ生活の流れを送るほど回復したが、平成7年に肝硬変及び食道静脈瘤に罹患していることが判明し、現在ではその治療のために市内の病院に入院中である。

III. プロフィール

氏名：T A 性別：女 生年月日：昭和29年12月8日生

入所年月日：昭和46年9月26日 在所年数：28年2ヶ月

IQ：36 MA：5歳10ヶ月

精神遅滞の原因：不明 AAMD：分類不能

身体状況：身長152.5cm 体重49.8kg

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)：肝硬変、食道静脈瘤、高脂血症

IV. 重介護が必要となった契機

入所以来、脳性麻痺のために常時車椅子を使用しながらの生活であったが、起立バランスや歩行訓練などの機能回復訓練と作業(手芸)を中心とした生活の流れを送り、日常生活における介助度はそれほど高くなく、自立した生活を送っていた。

しかし、昭和53年6月(24歳時)に突然、右頸部の痛みを訴え、3週間後頃には全身の後弓反張が強くなり出現し、起立不能、座位保持不能などを呈した。また、同時に痛みや不安の訴えが強くなり、生活全般に大きな影響を与えて全面介助の状態を呈し、さらには、後頭部や臀部に褥瘡が見られた。また、機能低下及び疲労のためか感情の起伏が激しく、精神的に不安定な状態となり他者に対する依頼心が非常に強くなった。

V. 日常的援助の方針

医学的診断を受けて治療方針を求めることが重要と判断し、各方面の診療機関(脳神経外科、整形外科)を受診して、幅広い角度から治療方針に関する情報を収集した。

その結果、こうした状態が継続するようならば脳外科的な手術の必要性も考えられたが

- 、筋緊張を軽減する対症療法を行いながら経過を見守った。
具体的な援助の方法は以下のとおりである。
- ①日常生活については新たに付添いの専門職員を増員し対応する。
(特に、排泄及び入浴場面については複数職員による介助を必要とした)
 - ②心身のリラクゼーションや適度な運動不可を与えるなどを目的として施設内の機能訓練科への通部を開始する。
(最初に、本人のリラックスする姿勢を探す。その後、四つ這い移動ができるような訓練を行う)
 - ③現在の症状の軽減を目的として施設内の臨床心理科への通部を開始する。
(本人の心理像を浮き彫りにしながら、二次的強化によるオペラント条件付け療法と暗示による自己強化の心理療法を行う)
 - ④外部の診療機関にて鍼治療を行う。
(昭和54年11月から昭和58年7月までの約4年間にわたり週1回通院する)
 - ⑤心身の安定を図るために緩和な精神安定剤を服用する。
(セルシン、ホリゾンなど)
 - ⑥施設生活の確保及び介護負担の軽減のために福祉機器を積極的に活用する。
(ストレッチャー、食事テーブル、介護浴槽、簡易トイレなどを取り入れる)

VI. 現在の介護内容

※現在は食道静脈瘤が再発・悪化したために市内の病院に再入院中である。そのため、以下の記述は入院直前の状況である。

食 事：ほぼ自立 (スプーンを使用する)	60分/日
排 泄：ほぼ自立 (生理の手当ては介助を要する)	80分/日
着脱衣：ほぼ自立 (ボタンかけのみ介助を要する)	60分/日
整 容：	分/日
入 浴：ほぼ自立 (医師の指示により週2回のみ、浴槽への出入りには一部職員の介助を要する)	30分/日
移 動：常時、車椅子を使用する	分/日
睡 眠：本人の希望により、夜尿起こしを実施中	分/日
移 乗：(起立可能) 不可能	25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	
余暇への援助：茶道、華道を行っている(ともに月2回)	
福祉機器の導入：車椅子、食事テーブル、コロニー便器	

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
S.46.9.27. (16歳)		入所	機能訓練科での訓練と作業部(手芸班)での作業を開始する。 (訓練目的は起立バランス歩行などであった)
S.53.6.11. (23歳)	問題の発生 (全身の後弓反張の出現)	日常生活については新たに付添いの専門職員を2名増員し対応する。	

S.53.6.21.		施設内において来園した整形外科医師の診察を受ける。	
S.53.9.5.		施設内において来園した神経科医師の診察を受ける。	
S.53.7.22.	異様な筋緊張		機能訓練の目的を変更する。 (本人のリラックスする姿勢を探し、その後、四つ這い移動ができるような訓練を行う) 同時に精神安定剤の服用も開始する。
S.53.8.31. (24歳)	不安定な精神状態		心理科での心理治療を開始する。 (カタルシスを放出して行動療法を行う)
S.54.3.2. (25歳)			手芸班を退部する。
S.54.11.			県内の医療機関にて鍼治療を開始する。 (週1回行う)
S.56.7. (26歳)		付き添い職員を2名から1名に減らす。 (ADLの回復及び心理的自立を図るため)	
S.57.12.16 (27歳)			手芸班に再入部する。 (ADLの回復及び生活圏の拡大のため)
S.58.7. (28歳)			県内の医療機関にて行っていた鍼治療を終了する。
H.7.10.24. (40歳)	肝硬変の判明	血液検査の結果、肝硬変が判明したため、生活の流れを寮内での療養を中心としたものに変更する。	作業部及び機能訓練科を長期欠席することにする。 (本人の心理的ものを考えて退部ではなく、欠席とした) 月1回程度の定期診察を開始する。
H.8.9.25.	食道静脈瘤の手術		肝硬変にともなう食道静脈瘤のために市内の病院に入院し、合計4回に及ぶ手術を行う。 (H.8.12.26.～ H.9.1.12.までは冬期帰省ということで一時退院する)
H.9.2.6.	退院		月1回程度の定期診察は継続する。
H.11.11.26	食道静脈瘤の再手術		肝硬変にともなう食道静脈瘤のために市内の病院に再入院し、再手術を

H.11.12.26	肝硬変のため死亡	する。
------------	----------	-----

VIII. 考察

発病当初、担当医師の「全身の後弓反張及び起立不能や座位保持不能は心理的要因があるのではないか」という見解のため詳細な原因は不明であるが、施設内及び施設外の多方面にわたる社会資源を活用することにより、幅広い角度から治療方針に関する情報が収集されて適切な対応ができた。その結果、全面介助を要するような状態から入所時のような状態まで回復することができた。

日常生活においては、新たに付添いの専門職員を増員して対応したために、介護の質を落とすことなく対応できたことに加え、その職員の存在が本人の心の支えとなり心身の機能回復の一因になってきたこともあったが、付き添い職員への依存性を増してしまい、休暇になると不安になり体調を崩す、寮職員の役割が不明になるなどのマイナス面もあった。

しかし、この不安は身体的・心理的機能の回復とともに和らいでおり、現在では寮職員の対応のみで生活を送ることができている。

今後の課題としては、発病当初の担当医師の見解から、全身の後弓反張は完全に治癒したものではなく、対症療法により症状の改善が図られたものであると考えられるため、時間的経過によっては再発・悪化し、全身機能が再低下することも十分に予測された。これ以降、職員の統一された働きかけにより、心理面での安定を図るとともに日課や行事へ参加し、活動範囲が拡大された。

なお、本事例は平成7年ごろより肝硬変が悪化し運動が負荷されると食堂静脈瘤の破裂の危険性が高いため、医師より日常活動の制限を指示されADLは全面介助を行っていた。