

事例 17 疾病による長期臥床等が誘因となった心身機能低下の事例

I. 標 題：疾病による長期臥床等が誘因となった心身機能低下の事例
<p>II. 事例の要旨</p> <p>昭和47年1月26日(27歳)入所し現在に至る。</p> <p>昭和47年に医療機関を受診して、網膜色素変性症の診断を受けた。また、昭和49年(29歳時)に診療所のカルテには歩行力の低下が記録されている。もともと、入所前から高血圧症を呈しており、視覚障害と運動機能障害を合併することで援助をより難しくしている。また、複数回の入院加療を経験しているが、入院加療を契機に運動機能の低下が示されている。こうした医療的ケアの必要性が高い生活を過ごすなかで、生活場面の全般で援助が必要となってきている。</p>
<p>III. プロフィール</p> <p>氏 名：Y R                      性 別：女性                      生年月日：昭和12年03月10日生</p> <p>入所年月日：昭和47年01月26日                      在所年数：27年11ヶ月</p> <p>I Q：29                      M A：4      歳07ヶ月</p> <p>精神遅滞の原因：不明の出生前要因                      A A M D：48</p> <p>身体状況：身長 147cm                      体重41,5kg</p> <p>肢体不自由(運動機能障害)：○有      無</p> <p>整形外科的診断：なし</p> <p>その他(特記事項)昭和47・53・55年、G整肢療護園整形外科を受診するが診断名は特になし。平成2年、S病院整形外科入院・手術(化膿性膝関節炎)</p>
<p>IV. 重介護が必要となった契機</p> <p>昭和53年(41歳)頃より、老化の兆候と思われる視覚障害及び下肢機能の低下が徐々に見られている。視力の低下は網膜色素変性症によるもので、視力の低下が歩行の際に強い不安を与え始めた時期である。</p> <p>平成2年には、左膝化膿性関節炎を呈し入院・手術を受ける。これを契機に歩行力の低下が顕著に示される。</p> <p>平成5年～平成6年には、慢性動脈閉鎖症を呈し、複数回の入院加療を受ける。この間に仙骨部に褥瘡も見られた。</p> <p>入所前からの高血圧症も見られ、昭和63年には夜間に突然大声を出すなどの症状を示し向精神薬の服用、平成6年には痙攣が見られ抗てんかん薬の服薬が開始されるなど、医療面でのリスクが高い生活が継続されている。</p> <p>平成9年1月、褥瘡が再発したのを契機に、移動手段が車椅子となり、食事の摂取と洗面以外は全面的な援助が必要となった。</p>
<p>V. 日常的援助の方針</p> <p>①日常生活においては、健康管理面が最優先される。</p> <p>過去においては慢性動脈閉塞症・化膿性関節炎・仙骨部の皮下膿瘍(褥瘡)で入院し、その期間中の臥床が誘引となり機能低下に結びついている。このため現在の健康を最低限維持することが必要である。</p> <p>②ADL面では、車椅子生活(視力の低下・歩行困難)となり、寮内外での移動はすべて介助でおこなう。目がほとんど見えないため、介助を始める前に説明し、本人の希望を聞きながら介助を行う。</p> <p>食事は、過去に誤嚥があり、配膳時に副食等を細かくし、飲食時には量に配慮した介助を行う。</p> <p>入浴は、全面的に介助を行うので着脱・移動等一人で無理と感じたら二人介助を行う。</p>
<p>VI. 現在の介護内容</p> <p>食 事：お盆に特製の主食茶わん・皿・スプーン・エプロンを用意する。70分/日</p>

副食等固形食品は細かく刻む。パンはパン粥にする。 誤嚥をおこさないように配慮する。	
排泄：便器の前に車椅子を固定する。ズボン・パンツを降ろす。 排泄後パンツ・ズボンを上げる。	20分/日
着脱衣：全面的に介助する。	20分/日
整容：	分/日
入浴：全面的に介助する。	25分/日
移動：全面的に介助する。(便所・食堂等寮内・訓練・散歩等)	30分/日
睡眠：就寝中のトイレ移動を介助をする。	20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	健康上の問題	居住棟における状況	医療機関等の受診状況
S47. 1. 26		入所(27歳)	
S49. 9.	歩行時のふらつき	散歩等単独歩行時のふらつきがみられ、手をつないで行動する。	
S52. 3.	視力の低下	寮内では、手すりにつかまって移動する。0.02以上0.04以下。	T病院眼科受診を受診し網膜色素変性症と診断される。
S53. 2.	下肢の痛み	ふらつきと下肢の痛みを訴え、整形外科を受診する。	園内診療所整形外科を受診する。
S53.	歩行・視力の低下	視覚障害の為、右手で杖を左手で他の入所者と手をつなぎ園内2Kmを歩く。単独では不安がる。	
S55. 5.	下肢の痛み	ふらつきと下肢の痛みを訴え、整形外科を受診する。	ココニ一診療所整形外科を受診
S55. 6. 18	歩行能力	訓練棟からS寮まで500mを35分を要す	治療訓練部機能訓練科での訓練を開始する。
S56.	歩行低下	寮内歩行は、手すりにつかまって歩く。 訓練棟からS寮まで500mを45分を要す。 訓練棟からS寮まで杖を使って500mを1時間要す。	
S56. 7.	誤嚥	菜っ葉やワカメを誤嚥する	
S61.	歩行低下	11月からT字杖を使用する。	
S62.	歩行低下	転倒多く生傷が絶えない。	
S63. 10.	心因性反応か	約20日間の向精神薬と睡眠剤を投与で改善。その後服薬は中止。	
S63.	ローター車椅子の導入	寮内ではローター歩行、杖歩行で援助する。寮外は車椅子を使用する。	
H2. 3. 5	化膿性関節炎	S病院外科入院(約1ヶ月)退院後、褥瘡治療の為に治療棟に入院する。	S病院整形外科に入院 退院後、治療棟入院
H5. 1. 25	慢性動脈閉塞症 褥瘡		N病院入院 慢性動脈閉塞症とN病院で診断される。
H5.	車椅子	寮内でも一部車椅子を導入する。	
H6. 2. 15	慢性動脈閉塞症	退院後は、車椅子生活となる。	N病院入院
H6. 8.	褥瘡	治癒まで4ヶ月治療に通う。	
H9. 1.	褥瘡	刻んだちくわの天ぷらを誤嚥する。	園内診療所で処置

H10. 3. H10. 8. 11 H10. 10. 3 H12. 2. 1	拒食 誤嚥 誤嚥	刻んだとんかつを誤嚥する。 現在のADLの配慮等 食事：誤嚥対策(刻む等) 排泄：ズボン・パンツの上げ下げ トランスファー全面介助 時に2名による介助が必要である。 着脱：座位が不安定であり、ベッド上での全面介助を行う。 入浴：安全を優先させ、全面介助で行う。 移動：車椅子を使用し屋内外移動は、全面介助が必要となる。
--	----------------	---

### VII. 考察

本事例は医療的ケアを援助の重点とした事例である。また、本事例の処遇を困難としている問題のひとつに、生活の全ての場面や対人関係にわたって不安や不満が訴えられることである。具体的には、不安や不満が次から次へと出されるために、職員との関係で相互理解が不足する状況となった。

そのため、本人との相互理解を深めるためにさまざまな対応が実践されてきた。平成7年において、本人との信頼関係を築く方法として、本人が日常生活で「何ができるか、何ができないか、何が不安か、何が不満か」について、本人から聞き取り調査を実施した。

それを基に、何を援助すべきか、残存能力を生かせる場面は何かを整理して、本人と話し合ったことが有効であった。

現在では、本人の不安が徐々に軽減し、拒食、泣き叫び、拗ねる行為が軽減している。より信頼関係を確かなものにするためには、視覚障害者の特性を踏まえ、環境からの刺激が乏しくならないように、言葉がけ等の働きかけを多くする等の対人的接触を日常的に行う必要がある。

なお、昭和55年6月から、治療訓練部機能訓練科において、運動機能の変化に応じた機能訓練が実施されている。今後とも、機能訓練は運動機能を維持するため必要な援助内容であると考えている。

## 事例 18 不全頸椎損傷による重介護の事例

## I. 標 題：不全脊椎損傷による重介護の事例

## II. 事例の要旨

昭和47年3月に入所（19歳）。四肢に軽い麻痺はあったが、歩行等については問題は無く、施設内における日常生活での支障はほとんどなかった。平成8年10月、訓練中の転倒により、不全脊椎損傷症となる。損傷部は手術のリスクや術後のリハビリを期待できないことから保存的療法を選択し、以後3年間の園内診療所の治療棟での入院生活を送る。

平成12年12月に治療棟を退院し、一般寮へ帰寮する。事故直後からリハビリを行い、ほぼ寝たきりの臥床状態から車椅子での生活が可能までに回復した。しかし、自立歩行はできないが、介助やつかまる物があれば起立可能である。脊髄損傷による排尿・排便障害も見られる。事故による損傷の他、先天的に脊椎に狭窄や癒合を併せ持つ事により、転倒等に対してのリスク管理を特に求められるところであり、多くの場面に於いて危険回避のために複数名による介助を必要としている。

## III. プロフィール

氏名： O M 性別：男 生年月日：昭和28年11月18日生

入所年月日：昭和47年 3月13日 在所年数：27年11ヶ月

IQ：15 MA：2歳 4ヶ月

精神遅滞の原因：先天性脳性麻痺による四肢機能障害 AAMD：758.9

身体状況：身長 155.5 cm 体重 47.5 kg

肢体不自由(運動機能障害)：(有) 無

整形外科的診断：四肢麻痺・不全脊椎損傷症

その他(特記事項)：躁状態(不眠・食欲不振)・高脂血症・花粉症

## IV. 重介護が必要となった契機

## 1) 事故と治療の経過

平成8年10月16日(水)の午後の訓練の際にマット上に背部より転倒し、それ以降自力で動くことができなくなった。受診の結果、不全脊髄損傷との診断を受け、手術も視野に入れ検討したが、手術のリスクや術後のリハビリが期待できないこともあって保存的療法を選択した。事故の発生から3日後にはすでにベッドサイドリハビリテーションを開始し医師の診断の下、訓練メニューを変更しながら約3年余りかかって臥床状態から車椅子の生活・一般の生活寮での生活までに回復をした。

## 2) 退院後の生活寮における援助のあり方について

平成11年12月約3年あまりに渡った入院生活から、生活寮に戻るに当たり、関係部所による引継ぎを行い、特に医師に禁忌事項等指示を仰いだ。また、これまで受傷直後より訓練に携わってもらった職員を生活寮に招き、想定される生活上の支援・援助のあり方について具体的に講習を受け、受け入れ側の体制を整えた。特に転倒等によるリスク管理を必要とする人であることから、寮では生活動作についてマニュアルを作成し2名体制での介助等について統一的な対応を図った。この背景には入院生活が長期に渡るため、本人がいない状態が寮の常態として存在しており、また人事異動等により過去の状態を全く知らない職員が半数を占めていたことにもよる。また、過去の状態を知っていたとしても、援助・支援に当たっては過去の状態とはまったく異なるものであり、そのためにも最低限の必要事項であった。

ADLの状況は受傷前にはほぼ自立状態にあったが現在では以下の通りである。

排泄・・・一切の援助を必要としない状況からオムツの使用、尿については意志に反して出してしまう状態。排便は腹圧がかかりにくく、緩下剤やマッサージを必要とする。移乗については常にリスク管理を必要とする。

食事・・・箸を使用していたがスプーンに変更となる。入れ歯を使用出来なくなったために刻み食に変更。

着脱・・・自立状態から全面介助となる。

入浴・・・自立状態からシャワー浴となる。寮の浴槽内では座位が安定せず、現在の設備では安全確保が不可能な状態となる。簡易浴槽でも体が浮いてしまう。

V. 日常的援助の方針

- ①安全を最優先とし、転倒等のリスク管理のため、移乗動作は常に2名体制で行う。
- ②車椅子の簡単な操作等は自ら出来るため、援助に当たる場合は、まず初めに口頭による指示を与えた上で本人の行動を促す。介助に当たる場合は危険回避のため本人の了解を得てから行うようにする。
- ③入院生活が長期に渡ることから、他の入所者も含め寮生活に慣れる。
- ④安全を確保した上での自発的行動は尊重して行く。
- ⑤行事等には可能な限り参加し、生活の幅を広げる。

VI. 現在の介護内容

食 事：刻み食	60分/日
排 泄：定時排泄（オムツ・尿取りパッド使用）介助は2名で1名は便座に座っている間はリスク管理の点からその場を離れない	90分/日
着脱衣：オムツ交換も含む	20分/日
整 容：ひげ剃り	1分/日
入 浴：シャワーチェアによるシャワー浴（足浴も含む）	30分/日
移 動：散歩等	20分/日
睡 眠：尿取りパッド交換	20分/日
移 乗：起立可能 不可能 職員2名によるリスク管理	15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
H. 8.10.16	受傷		コロニー診療所 転倒後身動きできなくなったために受診。脊椎損傷の疑いで外部医療機関へ紹介
	入院	外部医療機関入院	外部医療機関（整形） X線の結果異常は無し、大事をとって入院
10.17	退院	外部医療機関退院	外部医療機関（整形） 頸椎に異常は見られるが、転倒の件とは関連無し。歩行失調の原因は不明。整形外科的には異常なしで退院。
10.18			外部医療機関（脳外科） CTの結果異常なし。頸椎に癒着が見られ頸椎間狭窄。歩行失調の原因である可能性もあり。MRI検査を奨められる。機能訓練は頸部に負担をかけないように。
10.19	入院	コロニー治療棟入院	コロニー診療所 高熱で尿に濁り、白血球値も高い。尿蛋白値も高く、コロニー治療棟入院。

10. 30	受診	ベッドサイドリハビリ開始
11. 1	受診（不全脊椎損傷の診断）	<p>外部医療機関（脳外科） MRIの結果、第3・第4頸椎が強く圧迫され、全体に狭いことが判明。手術を選択することは難しく、保存的に機能回復のリハビリをすることが望ましい。症状は進んでいない。膀胱直腸障害も起きているが、リハビリでの回復の可能性もあり。首への負担を軽くするため体を起こしている時はポリテック（頸部保護ベルト）の着用指示。</p>
11. 14	受診	<p>外部医療機関（整形） MRIの結果、頸椎管が8～9mm程しかない。（通常は12～13mm）転倒時の外傷による圧迫との推測。一般的には頸椎管を削る手術を奨めるが、手術後のリスクも大きく術後のリハビリも一般の人ほど期待できないであろう。歩行から保存的療法を取る方が良い。歩行できる可能性は薄く、車椅子での生活となる可能性が高い。 2週間はベッドで安静、上体を起こすのはベッド上のみ。ベッドで行える機能訓練は継続、2週間経過後は徐々に訓練を開始し、上体を起こす時間を長くする。内服薬の処方。手術を希望するのなら、大学病院の紹介の用意があるので早めの連絡を。『不全脊髄損傷』との診断。</p>
12. 10	座位の改善	<p>外部医療機関（整形） 車椅子で起きている時間を現在の10分程度から徐々に1時間程度まで延長の指示。筋力低下を防ぐために通常の訓練メニューの他、ベッド上でも行うこと。ギャッジベッドを45～60度程度で行う。回復目標は車椅子での生活及び自力での食事の摂取。経過によっては歩行が可能になることも考えられる。食事介助は継続し、当面自分で口に運ぶことを目標とする。入浴は当分の間禁止。 機能訓練 訓練室でのリハビリ開始。（車椅子での座位保持・筋力強化・関節運動訓練）</p>
12. 12	受診	<p>機能訓練 20分～30分座っていただけるようになる。</p> <p>外部医療機関（整形） 車椅子での生活時間をさらに長くして行く。ベッド上での訓練も継続。回復目標は車椅子での生活及び自力で食事を摂取すること。上肢、手に回復傾向が見られるが下肢については変化は見られない。食事介助は継続し、自分で口に運ぶ事を目標とする。入浴は介護浴槽にて可。訓練はギャッジベッド60度から端座位を本人が疲れな</p>

H. 9. 1. 31	立位訓練開始	い程度で行う。筋力を付けることを目標に来月より本格的に開始。
. 2. 6	受診	機能訓練 チルトテーブルによる立位訓練の開始
3. 10	装具付立位訓練開始	外部医療機関（整形） ベッド上の生活から日中は車椅子の生活に移行させる。筋力が弱く、固くなっているため、手を動かす機会を増やすように。褥瘡に対する注意を促される。
4. 1	平行棒立位可	機能訓練 下肢に装具を付けて平行棒内で立位訓練を開始する。
4. 24	受診	機能訓練 平行棒内立位がどうか可能となる車椅子の操作訓練の開始
5. 6	移動動作の改善	外部医療機関（整形） 訓練の継続。当面の目標として車椅子からのトランスファー動作、立位保持を設定。最終的には歩行出来るところまで行きたいが遠い目標である。体調は落ち着いているので、設備面、他の入所者との関連も考慮し、入院生活から生活寮に戻っても良い。
6. 18	車椅子作成	機能訓練 起居移動動作が改善される
7. 24	受診	
8. 21	訓練種変更	外部医療機関（整形） 経過は良好。訓練の継続。ポリネック（頸椎保護ベルト）は今後も必要。
10. 28	受診	機能訓練 平行棒内歩行訓練開始・車椅子での立ち上がり、ベッド・トイレ・椅子への移動。
H. 10. 1. 27	受診	外部医療機関（整形） 受傷時より右足大腿部の筋力が落ちていたが、現在は同じ太さまで回復。体（関節）がかなり硬い様なので柔らかくすることを中心とした訓練メニューの設定。住環境が整えば生活寮に戻っての生活が適しているが、それまではコロニー治療棟での生活。
4. 24	受診	外部医療機関（整形） 訓練も順調で経過良好にて現在の訓練を継続する。浴室の改造を待って生活寮にもどる、難しい様なら入浴方法を工夫するなどの対処を考えた方が良い。上下肢とも硬いので訓練を充分に行うように。
		外部医療機関（整形） 訓練の成果が上げているようなの

5. 27	受診		で、リハビリ面も含め他の病院の診察を受けるように。ポリネックをはずす件に付いては頸椎の圧迫状態の比較をする必要があるので、現状では判断できない。
H. 11. 12. 22		退院に伴う引継会議	コロニー診療所（整形） 頸椎X線2枚撮影。第2第3頸椎の癒合は事故によるものかそれ以前のものか判断できない。頸椎の状態は良いので治療の必要は無し。ポリネックは使い続ける事により筋力の低下があるので外す。
12. 24	治療棟退院	介助対応マニュアルの作成	関係部区所出席（協力要請） 機能訓練科職員による介助技術講習
12. 25	躁状態・不眠		
12. 26	躁状態・不眠		
12. 27	落下防止	ベッドに柵取り付け	コロニー診療所医師に相談、眠剤処方
H. 12. 1. 3	食事テーブル	車椅子を使用した状態では、食堂のテーブルの高さがあわないため、高さ調節と介助を容易にできるようなテーブルの検討機種	
1. 18	オムツ	日中はパンツタイプのオムツに変更	
2. 9	高脂血症		与薬開始
2. 14		福祉機器導入を請求	イージーケアテーブル

#### Ⅷ. 考察

本事例は、事故による重介護の事例である。受傷当時は手術の選択も考えられたが、手術のリスクや術後のリハビリを期待できないことから保存的療法を選択し、医師の処方の下に確実に機能訓練が開始され、臥床状態から車椅子の生活にまで回復を果たしている。受傷後4日目からの他動的な訓練に始まり、現在に至るまで生活寮に戻ることが前提に、訓練メニューが組まれて来ていることに大きな成果があったように思われる。

退院前は生活寮では入院生活が長期に渡り、本人がいない状態が常態化し、また職員の人事異動等もあり過去の本人を知る人も過半数を割るなど、本人の影が薄れていた。また、退院が決まって以降の生活寮での対応も急な事もあるなど、生活寮へ戻ることが常に前提となし、よりスムーズな退院というものを考えれば、関係する病棟や機能訓練科、生活寮との積極的な情報交換を行い、準備を行う必要があったように思われる。

生活寮に戻って以降は、入院生活を送っていた頃よりは他の入所者からも多くの刺激を受ける事もあり精神面では活発になってきた。また、機能訓練科での評価も向上している。

今後は年齢による機能低下も考えられることから、現在の機能を維持させて行くためにも機能訓練を継続させ、寮生活においては日課や余暇についても検討を行っていきたい。また上記の反省点より関係する部区所との連携を強めて行きたい。加えて、何よりも再度の転倒等においては致命傷となる可能性を持つことから、援助・支援にあたっては現在の様に特別な配慮を行っていききたい。

## 事例 19 加齢に伴う歩行力低下の事例

## I. 標 題：加齢に伴う歩行力低下の事例

## II. 事例の要旨

昭和47年3月10日(18歳)入所し現在に至る。  
 入所当初より歩行が不安定で、転倒による打撲、捻挫、すり傷、切り傷が絶えず、骨折も数回経験している。  
 歩行器を、昭和59年(30歳時)から使用し始める。  
 歩行器歩行での転倒記録は平成5年(40歳時)から増え始め、平成5年には60回の記録がみられた。  
 平成6年3月30日より、運動機能と筋力維持のための機能訓練を治療訓練部機能訓練科で開始する。  
 散歩は、平成6年中には園内の起伏に富んだ山道4km歩行可能の記録があるが、平成7年以降には園内の平坦な道路で2km程度の散歩コースに変更されている。  
 平成8年の夏期帰省後より歩行中の姿勢の変化が認められ、歩行器におおいかぶさり、全体重を歩行器にかけるようにして歩いている。このため、歩行中にバランスをとることが難しくなり、転倒がさらに増えた。  
 平成11年9月30日(46歳時)車椅子ADLに変更する。変更理由は、歩行中に膝折れが生じ、膝を強打するような転び方が日に何回も観察されるようになったためである。なお、歩行器を自分でコントロールできず、歩行器ごと壁にぶつかり額を切ったこともその理由のひとつである。また、「歩きたいという意味があるが、歩くことへの恐怖感がある。」という職員の報告も判断の材料であった。  
 今後、さらに運動機能が低下し、ADL等の介護度が増すことが予測される。

## III. プロフィール

氏名： T K 性別： 男 生年月日：昭和28年9月2日生

入所年月日：昭和47年7月10日 在所年数：27年11ヶ月

IQ： 47 MA：7歳6ヶ月

精神遅滞の原因：マリネスコ-シェーグレン症候群 AAMD：88

身体状況：身長 158cm 体重 46.5kg

肢体不自由(運動機能障害)：(有) 無

整形外科的診断：全身性の筋力低下(平成6年3月30日診断)

## その他(特記事項)

マリネスコ-シェーグレン症候群(Marinesco-Sjogren Syndrome)は、常染色体劣性遺伝形式を示す脊髄小脳変性症のひとつで、白内障・小脳性運動失調・知能障害及び発育障害等を主症状としている。

白内障は、生後数ヶ月から5歳ぐらいまでに出現し、両側性に急速に進行する。

小脳性運動失調は、失調歩行をはじめとして眼振、企図振戦、協調運動失調、筋力低下、構音障害等がある。

## IV. 重介護が必要となった契機

マリネスコ-シェーグレン症候群は進行性の疾患であり、白内障による視力障害と小脳性運動失調を伴うが、本事例も20歳代まではどうにか独歩可能であったが、30歳代で歩行器を使い始め、40歳半ばで車椅子を全面的に使用し始める。

本事例についても、転倒回数の増加(歩行力の低下)を認め始めた頃より、車椅子での生活を予想していた。また、車椅子を全面的に使用すれば、運動機能が低下しそれに伴っての介護領域と量が増加することも予測していた。

なお、通常であれば、独歩→介助歩行→杖・歩行器等の自助具を利用した歩行→四つ這い移動→いざる・寝返り移動→車椅子とレベルを変えるプログラムを用意すべきだが、本事例の場合、歩行器歩行から車椅子へ変更した理由は全身性に筋力低下が認められ、自力での四つ這い移動は歩行器歩行よりリスクが高いと考えられたからである。

車椅子使用による機能低下が想定されたとしても、日常生活の安全を優先させなければ事故につながり、その結果、生活範囲の縮小や活動性の低下に結びついてしまう。

本事例の介護領域は、移乗動作と屋外移動の際の車椅子介助であり、他のADL領域は見守りを行えば、自分でほぼ確実に動作遂行が可能である。また、自分のことは自分

で行うという意欲等は旺盛であり、精神的な面での活動性の維持を図ることが重要な鍵となっている。  
 現在のADL状況は以下のようなものである。  
 移乗：車椅子から立ち便器等の立位介助  
 食事、着脱は時間かかるが見守りあれば自分で出来る。入浴場面は座位不安定となりやすくこの面での介助と四つ這い移動の介助がある。  
 排泄場面では、移乗動作を全面に介助する必要がある。

- V. 日常的援助の方針
- ①生活意欲の維持や精神的安定を図る。  
 行動範囲の狭まり、人間関係の狭まり等が予測されるため、寮外活動の機会や余暇時間のプログラムで対応する。
  - ②生活場面で安全性を優先させる。  
 移乗動作の介護場面での安全対策を行う。  
 ヘッドギア・膝サポーターの着用の言葉掛けを行う。  
 食堂等の混雑する生活場面では、安全確保を行う。
  - ③運動機能の変化や生活動作遂行能力の継続的な観察及び記録をとる。

VI. 現在の介護内容

食 事：	分／日
排 泄：	分／日
着脱衣：	分／日
整 容：	分／日
入 浴：浴槽への移動介助 洗身 体を拭く	20分／日
移 動：車椅子による屋外移動介助	30分／日
睡 眠：	分／日
移 乗： <u>起立可能</u> 不可能 トイレ場面 就床時等を含め10回／日	10分／日
意思疎通： <u>完全に通じる</u> 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	居 住 棟 における 対応	居住棟以外の対応
S47. 3. 10		18歳時入所する。 歩行はふらつき目立ち、転倒等によるすり傷、打撲が多い。	
S52. 3. 6	骨折	23歳時、左下腿骨骨折でギプス固定を約11週間する。 歩行力の低下がみられる。	骨折後、治療訓練部機能訓練科で訓練を開始する。
S53. 3. 14	骨折	右脛骨骨折で5週間ギプス固定を行う。	
S53. 8. 9	白内障の手術		大学病院で白内障の手術を施行する。
S54	車椅子の交付申請	遠足等の園外外出に使用する目的で、車椅子交付申請する。	
S59. 9. 3	作業		作業治療部治療作業科造形2班で粘土作業を始める。

S59.12.5	筋力低下		コロニー内診療所整形外科受診 指示：①腹筋訓練 ②歩行器等の自助具の導入検討
S61.3	転倒	歩行器を使用するが、膝折れが生じ膝周辺にけがが多い。特に下り坂が危険である。寮内では、独歩できるが僅かな段差等で転倒がみられる。	
S61.7.9	寮内訓練指示		コロニー内診療所整形外科受診 指示：手摺り等を使用した足踏みなどを行い筋力の維持を図る。
S62.3		園内の山道4kmの散歩可能しかし、歩行力は低下傾向がみられる。	
S62.8.24	右手指骨折		右第5指亀裂骨折
S63	ヘッドギア	ヘッドギアを装着し始める。	
H2.3.13	ケースカンファレンス	現在の状況と今後の対応について検討する。	
H6.3	上肢筋力の低下	作業場面で、粘土を捏ねたり、紐を作ったりが出来なくなる。作業意欲の低下もある。	
H6.3.30			コロニー内診療所整形外科受診 指示：機能訓練着手の指示
H6.4.11	ADL上の変化	床や椅子からの立ち上がりや浴槽から這い上がれなくなる。	
H6.5.10	MRI検査		外部医療機関でMRI検査を受け、小脳の萎縮が認められる。機能訓練を継続する対応しかない。
H10.2.2	上肢筋力低下 座位不安定	茶碗を持てなくなる。箸を食事中によく落とすようになる。便器上での座位保持が困難となる。これまで、自分のベッドメイキングが出来ていたが、シーツを広げられなくなる。	
H10.2.2	ケースカンファレンス	機能低下の把握と今後の対応について	
H11.10.1	移乗不能	車椅子から便器への移乗が自分で出来なくなる。	

## VII. 考察

本事例はマリネスコ-シェーグレン症候群の症状が悪化し、歩行力低下を主な生活問題として扱っている。

歩行力の変化は援助経過で示したように、平成5年(39歳)頃より歩行中の転倒回数が増加したことが、ある意味で、運動機能低下の指標となる。また、上肢動作能力をみると、平成6年度には、粘土を捏ねる、紐を作ることが困難となり、4年後の平成10年には筋力低下が一段と進み、茶碗が持てなくなっている。

歩行力の低下→上肢動作能力の低下と座位保持困難という運動機能低下に起因する動作能力の変化は4年間を要している。

この4年間の経過の中で、自分自身の能力変化について受け止められるように配慮をしながら援助をしたが、「なぜ、歩いたらいけないのかなー」という疑問が投げかけられ、歩きたいという願いを叶えられなかったことに無力さを感じる。

職員サイドで、歩行器から車椅子に移動手段を変更したことは、「歩行器を使ってまだ歩きたい」という自分自身の意向よりも、「もし、歩行器を使い続け、足の骨を折ったらどうなる」「ギプスを巻いてベッドに寝ていると、寝たきりとなるよ」等と説明しある程度の納得を得た。しかし、「もしもの時の責任を問われた場合の対応を優先させ、リスク管理を先行させた」という考え方も歩行器から車椅子へ変更させた大きな理由である。

日常的援助プログラムに理論や理念をどう反映させるのか、また、日常的援助の質を検討する場合に理論や理念をどう機能させればよいのか、つまり、日々職員が行う援助の質を検討するためには、その援助に関わった職員によるケースカンファレンス等の会議の場でモニタリングを行うことが最低限必要である。

さらには、その人のライフステージを考えた場合、よりベターな援助であるかどうかの検討を行うことも必要である。

本事例は、職員とのかかわり方、特に女子職員とのかかわりは思慕に似たものがあり、女性職員のかかわり方次第では、その日の気分、人格までも変わるところがある。そのため、女性職員は、心理的に一定の距離を置き日常的に接している現実もある。

このような意味で、人間関係のあり方次第では快の状態と不快の状態を恣意的に作り出せるため、援助場面での人間関係のあり方についての検討も課題のひとつである。

## 事例 20 脳梗塞を起こした入所者の寮生活

I. 標 題：脳梗塞を起こした入所者の寮生活													
<p>II. 事例の要旨</p> <p>昭和54年11月(17歳時)入所する。ダウン症候群の障害があり、乳幼児期に右腕と右大腿部を骨折し、右腕が不自由で歩行が不安定という身体状況であった。日常生活動作は不十分ながら、自分の事は自分でできていた。日中活動は粘土作業や軽度の農作業も行っていった。</p> <p>てんかん発作は年に数回みられ、ほぼ抑制されていた。</p> <p>平成6年3月(32歳時)軽度の脳梗塞を発症し、脳神経外科に入院加療する。意識常態は改善されるが、右片麻痺が残り、歩行ができなくなる。退院後、早期に機能回復訓練が開始されるが、平成6年5月には胆嚢炎でN病院に入院し胆嚢摘出手術を受ける。</p> <p>平成6年7月に生活寮に戻る。立位保持と四つ這いは可能だが、歩行はできず、機能回復訓練を開始する。</p> <p>平成7年9月、2回目の脳梗塞を発症する。脳神経外科受診後、園内診療所の治療棟へ入院する。</p> <p>身体状況は、四肢の緊張が強く、座位の保持が不可能となる。表情もすぐれず、便失禁や夜尿も増える。その後再び生活寮に戻るが、車椅子生活となり、日常生活場面では全面介助の状態が続いている。</p>													
<p>III. プロフィール</p> <p>氏 名： I K            性 別： 男            生年月日：昭和37年2月28日生</p> <p>入所年月日：昭和54年11月29日            在所年数：21年 2ヶ月</p> <p>I Q： 15            M A：2 歳 4ヶ月</p> <p>精神遅滞の原因：ダウン症候群            A A M D：758</p> <p>身体状況：身長141.3m            体重40kg</p> <p>肢体不自由(運動機能障害)： <input checked="" type="radio"/> 有    <input type="radio"/> 無</p> <p>整形外科的診断：</p> <p>その他(特記事項)</p>													
<p>IV. 重介護が必要となった契機</p> <p>平成6年3月に脳の左側に軽い脳梗塞を起こし、平成7年9月に再発する。</p> <p>症状としては、右半身が麻痺し、立位及び坐位保持も困難となり、移動は車椅子となり、他の日常生活もほぼ全面介助の状態となる。</p>													
<p>V. 日常的援助の方針</p> <p>1) 車椅子の長時間坐位の緩和のために、横になったり余暇時間を過ごせるようプラットホームを設ける。</p> <p>2) 便座で坐位を保持続けることは困難なので、介助型トイレを本人の体型に合わせ設置する。</p> <p>3) 食器類も、主食、副食とも食べやすい食器と持ちやすいカップ、スプーンを使用する。</p> <p>4) 入浴場面での上下動の介助が増え、相互の安全性を図るため、手摺つきシャワーベンチを設置する。</p>													
<p>VI. 現在の介護内容</p> <table> <tr> <td>食 事：全粥きざみ食 誤嚥に配慮</td> <td>45分/日</td> </tr> <tr> <td>排 泄：トイレまでの移動、移乗介助 介助型トイレ使用</td> <td>60分/日</td> </tr> <tr> <td>着脱衣：全面介助</td> <td>20分/日</td> </tr> <tr> <td>整 容：全面介助</td> <td>分/日</td> </tr> <tr> <td>入 浴：全面介助 洗い場から浴槽へは抱きかかえ移動</td> <td>30分/日</td> </tr> <tr> <td>移 動：車椅子介助移動</td> <td>分/日</td> </tr> </table>		食 事：全粥きざみ食 誤嚥に配慮	45分/日	排 泄：トイレまでの移動、移乗介助 介助型トイレ使用	60分/日	着脱衣：全面介助	20分/日	整 容：全面介助	分/日	入 浴：全面介助 洗い場から浴槽へは抱きかかえ移動	30分/日	移 動：車椅子介助移動	分/日
食 事：全粥きざみ食 誤嚥に配慮	45分/日												
排 泄：トイレまでの移動、移乗介助 介助型トイレ使用	60分/日												
着脱衣：全面介助	20分/日												
整 容：全面介助	分/日												
入 浴：全面介助 洗い場から浴槽へは抱きかかえ移動	30分/日												
移 動：車椅子介助移動	分/日												

睡眠：ベットまでの移動、トランスファ介助	3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	居住棟における対応	居住棟以外の対応
S 54. 11. 29		コロニーへ入所する。 ダウン症候群 軽度の右片麻痺	
H 6. 3. 30	廊下で崩れるように倒れる。 意識あるも顔色悪くふらつく。		園内診療所を受診する。 N病院を受診し、頭部CT検査を受ける。出血・腫瘍は認められなかった。
H 6. 3. 31	夜間廊下で臥しており意識あるも右半身に異状あり、坐位とれず。		
H 6. 4. 1			T G 脳神経外科病院を受診し、入院となる。 診断：左側に軽い脳梗塞 右片麻痺認められる。
H 6. 4. 18		意識状態は改善をみたが、右片麻痺が残り歩行不能となった。 脳梗塞の再発の可能性が高いとの指摘がある。	T G 脳神経外科病院退院し、同日園内診療所の治療棟へ入院する。 機能訓練回復訓練を開始する。
H 6. 5. 10	微熱続き肺部レントゲンに異常が認められる。		N病院に入院となる。 診断：胆嚢炎及び胆石
H 6. 6. 30			胆嚢摘出手術をうける。
H 6. 7. 18	歩行不能 座位不能	全面的に車椅子を使用する。 便器からの転倒防止のため専用便器でベルトを使用し、体幹の保持を行う。	機能訓練再開 訓練室にて膝伸展装具を使用すれば、平行棒内歩行が辛うじてできるレベルとなる。 運動機能の状況 ①立位保持可能だが自力での歩行は不可能である。 ②四つ這い可能
H 6. 12. 24	右足趾骨折 第2, 3, 4 趾中足骨	H 7. 3. 11 治癒する。	
H 7. 9. 9	2 度目の脳梗塞を発症する。	四肢の緊張が強く、座位保持不可能、両脚が伸びきり、両手と頸部の緊張も強い。 精神活動性も低下し、表情がすぐれない。 便失禁や夜尿の回数が増える。 設備等の改善 ①介助型トイレを設置する。 ②食器は重量感のある器にし、自助用スプーンを作成する。 ③既存のテーブルを改良し1人用カ	T G 脳神経外科受診後、園内診療所治療棟へ入院となる。

H7. 10	嚥下障害  車椅子での生活	<p>ットアウトテーブルとして利用する。</p> <p>嚥下障害がみられる。 おやつのみりんごを誤嚥する。 体重が認められるため肥満食に変更する。</p> <p>主食全粥とする おやつのみりんご誤嚥</p> <p>車椅子一部改良（体幹右に傾くためひじ掛けストッパー）</p>
H11. 12. 1	生活環境の改善	<p>デイルームにプラットホームを設け車椅子の長時間座位を緩和し、褥瘡の予防を目的とした。</p> <p>入浴室ではシャワーチェアと浴室用ベンチを併用し、入浴を実施する。</p> <p>自力での食事摂取を目的に、食器やスプーン等を工夫した。</p> <p>脂漏性湿疹のため塗布薬を使用すると共に毎日入浴を実施し、シーツ交換、衣類交換も毎日行った。</p>

**Ⅷ. 考察**

本事例は、ダウン症候群という障害と併せ若年時に脳梗塞を発症し、日常生活に全面的な介助を要するようになった事例である。

ダウン症候群の特徴として早期老化がいわれているが、本事例は脳梗塞という疾病が契機となった身体機能低下であり、さまざまな対応がなされてきた。

1度目の脳梗塞の発症以降生活全般にわたっての医療的ケアを行ったが、2度目の脳梗塞で更に運動機能や精神活動が低下したため、福祉機器や自助具の工夫により残存機能の維持を図りつつ、生活のしやすさという観点からも環境を整えることによって、生活意欲の減退を防いでいる事例である。

重介護状態にある入所者の援助において、特別な介護設備を持たない生活寮でのマイナス面をさまざまな取り組みや工夫により補い、これまで人間関係の継続といった生活寮の利点を生かしている事例でもある。また、全面介助であるが、移乗の介護では起立保持が可能であるという点とある程度意思疎通が図れること、本人の体格が小柄なため介助が比較的容易であった、更には他入所者に同様の介助が必要な者がいなかったこと等が現寮での生活が継続できた要因である。

しかし、本人の状態や介護環境がどのように変化していくのかという見通しは楽観視できない。当面は、健康管理と現在の生活状態の維持が求められるが、今後、加齢に伴う経年的な心身機能低下や脳梗塞の再発というマイナスイヤクが懸念されると同時に、事故等が引き金となった突発的な介助度の増大等も考えられる。このようなことが生活寮における要重介護者援助の大きな課題といえることができる。

## 事例 2 1 運動機能低下による重介護の事例