

事例NO. 21

I. 標題：運動機能低下による重介護の事例

II. 事例の要旨

昭和47年3月17日(43歳)入所し現在に至る。  
 昭和52年3月左大腿骨頸部骨折のためI病院に入院する。入院中においては夏の暑い頃食欲が落ち、点滴による栄養補給を一ヶ月ほど続ける。その後も入院生活を送り、約1年間の入院生活を経て、昭和53年4月に退院となり、寮生活に戻る。  
 帰寮後の生活は、長期入院による機能低下や骨折部をかばうために歩行困難な状態であった。機能回復のために昭和53年4月から約一年間の機能回復訓練を受け、杖を使用しての歩行が可能となる。昭和55年6月に機能回復訓練は終了となる。ADL面(入浴を除いて)においてはほぼ自立していた。訓練終了後は集団の中に入ることも嫌がらず生活していた。日中は寮舎周辺の散歩を主に言い、夜は女性寮に遊びに行くという生活であった。  
 平成3年頃より散歩の距離が短くなり、傍目で疲れが目立つようになる。平成4年11月になって杖を使つての散歩を嫌がり、シルバーカーの使用を始める。距離は短くなったが、楽しそうに歩いていた。平成6年5月頃より歩行中の転倒がみられるようになる。浴室への移動に四つ這いで入るようになる。夜尿が目立つようになる。平成8年1月頃より失禁が多くなる。4月になると、散歩に出かけるのに時間がかかるようになる。5月になると、散歩の途中で座り込むことが目立つようになる。  
 平成8年10月頃には、歩行能力が低下し、四肢の硬直も目立つようになる。K病院を受診しMRI検査を受けると、微小梗塞像が能実質全体にびまん性に散在していた。多発性脳梗塞、パーキンソン症候群と診断を受ける。能循環改善薬を服用する。11月頃になると、四肢の筋強剛が進行し、上肢は特に伸筋側に強く、下肢は伸筋、屈筋ともに筋強剛が強くなる。このため運動能力が低下して、立位が取れなく、11月23日より車椅子の生活となる。以後重介護となる。車椅子使用により自立排便が減り、便秘を起こしやすくなる。通常のベッドマットでは褥瘡ができてしまう。

III. プロフィール

氏名： Y T 性別：男 生年月日：昭和3年4月22日  
 入所年月日：昭和47年3月17日 在所年月日：27年11月  
 IQ：14 MA：2歳02月  
 精神遅滞の原因：細菌性 AMD：022  
 身体状況：身長138cm 体重：37kg  
 肢体不自由(運動機能障害)：(有) 無  
 整形外科的診断：多発性脳梗塞、多発性脳梗塞に由来するパーキンソニズム、  
 左股関節変形性関節症、神経因性膀胱

IV. 重介護が必要となった契機及び現在の介護内容

(1) ADLが自立していた時期

昭和53年3月の骨折前はほぼ自立していた。骨折後、歩行に関しては機能回復訓練を受け、杖歩行が可能となる。歩行能力やや低下し杖歩行からシルバーカーの使用による歩行に変わってもADL面(入浴を除いて)はほぼ自立していた。

(2) 多発性脳梗塞、パーキンソン症候群による心身機能の低下で介護度の変化

平成8年の秋頃から歩行能力が低下し、四肢の硬直が目立ち始め、ADL動作領域で介護度の増大がみられるようになり、ADL(食事場面で食物を特殊スプーンや手掴みで口に運ぶことを除いて)及び移動介助が全面的に必要となる。

食 事：箸を使用(左利き)していたが箸の使用はできなくなる。歯が無くきざみ食である。現在では箸に変わって特殊(介護用)スプーンを使用して自ら食べる。右手でスプーンの先を持って左手の指の中に押し込むようにして握らせている。主食、副食についてはすくい易い皿を使っている。

排 泄：大便は洋式便器を使用し、小便は小便器を使用していたができなくなる。現在では大便についてはひょうたん型便器を使用している。小便については同じくひょうたん型便器を使用しているが、変形性股関節症でもあり、関節可動域が狭く排尿は便器の中にはできない。尿取りパットをあてがいがながらの排泄となる。

着脱衣：自立していた。声掛けに手や足などを動かすが可動域が狭く介助を要する。

入 浴：脱衣場から浴室へは、四つ這いで移動ができていた。座位については介護用バスチェアを利用することで保っていた。現在では車椅子からシャワーチェアへ移乗させ、浴室に入り、湯につかるのも全て

介助を要する。  
 移 動：シルバーカーでの散歩ができていた。寮内では手摺りを伝って移動できていた。現在では車椅子による移動介助を要する。寮内ではほんの短い距離なら自ら動かすことができる。  
 就 床：ベッドに自ら入ることができたができなくなる。褥瘡予防のエアーマットを使用する。屈曲拘縮予防や体幹の円背予防のため仰臥位で就寝する。  
 (3) 歩行不能となった以後の状態  
 ADLは全面介助となるがまだまだ生活意欲は感じられる。周囲の人の出来事への関心は失われていない。音楽や雑誌の写真なども聴いたり見たりしている。

V. 日常的援助の方針

- (1) 車椅子での座位は体位が崩れやすく、姿勢が悪くなるので、ときどきは座り直しをする。また、日中ベッド等において仰臥位や側臥位を取るようにする。
- (2) 対人関係において好き嫌いもあり、女性との交流を好むのでそのような場面や機会に配慮する。
- (3) 安全に配慮し、一人介護でのトランスファーが無理なので、できるだけ二人介護を行う。
- (4) トイレ使用时、プライバシーには特に配慮する。着衣の上げ下ろしの際、立位動作で足を痛がる時はその場でせず、ベッド等に横たえて行う。
- (5) 褥瘡防止に注意し、エアーマットを使用する。
- (6) 食事については、他からの干渉や騒々しさを嫌うため配慮を常に行う。食事量にはむらがあるが、欠食が続くとき(夏季の暑い時期)には診療所にて点滴による栄養補給等をする。
- (7) 便秘について、三日間程度排便が無ければ緩下剤を使用する。

VI. 援助経過

年月日	問題状況	居住棟における援助経過	居住棟以外の援助
S47. 3. 17 S52. 3. 15 S52. 8.	左大腿骨頸部骨折 拒食(約一ヶ月)	入所(44歳)	I病院入院 I病院入院する。 点滴による栄養補給 大腿骨骨頭壊死発症 偽関節のままでの退院となる。
S53. 4. S53. 4.	車椅子による移動		I病院退院する。 機能訓練科にて機能回復訓練を行う。
S54. 3. 16		移動介助はなくなる。	機能訓練にて杖を使用しての歩行可能となる。 機能訓練終了。
S55. 6. 3 H4. 11.	杖歩行できなくなる。	シルバーカーを使用しての歩行となる。	
H6. 9.	浴室への移動が四つ這いとなる。 夜尿が目立つ。		
H6. 10 H7. 11.	右鼠径ヘルニア 浴室で腰掛けに座れない。	介護用バスターを使用しての介助となる。	N病院にて手術。
H8. 10. 15	左膝を痛がる。	シルバーカーに座らせて寮に戻る。	
H8. 11. 14	左膝関節の痛み、右足甲部の腫れと痛み。捻挫との診断。	捻挫ということで朝夕のシップ菓の交換。	診療所にて診察。 H整形外科にて診察。
H8. 11. 22	転んでも起きあがれない。	車椅子の使用を始める。移動介助となる。	
H8. 11. 28	機能低下している。左側の手足の動きが鈍い。		診療所にて診察。 整形外科受診の指示がでる。
H8. 12. 2			G整肢療護園にて診察。左股関節変形性関節症、下肢

H8. 12. 11	体が硬くなったように感じられる。	生活全体に介助を要する。重介護となる。	の痙性麻痺と筋強剛を指摘。 K病院脳神経外科にて診察予約。 K病院にて(MRI撮影)と診察。多発性脳梗塞を指摘される。 診療所にて診察。多発性脳梗塞等の説明。 診療所にて、機能訓練の進めを受ける。多発性脳梗塞のために服薬始まる。
H8. 12. 13			
H8. 12. 18			
H9. 1. 10	褥瘡ができる。	エアーマットの使用。一週間で治る。以後褥瘡はできない。 トイレ出入り口の確保のためドアからカーテンに変更。トイレバーの設置。脚長差を補う台の設置。	
H9. 2. 3			診療所にて、機能訓練の相談を行う。
H9. 2. 8			群馬整肢療護園にて機能訓練の相談を行う。診断で現病歴は全身性の硬直痙性麻痺、左大腿短縮、膝関節変形性関節症、両膝屈曲拘縮。
H9. 2. 12			群馬整肢療護園の処方箋を訓練部に届ける。
H9. 2. 13			訓練部よりケ-スファイルの依頼出される。
H9. 2. 17			訓練科にて観察訓練始まる。
H9. 2. 20			ケ-スファイル開催。訓練日程決まる。月水木金の午後1時30分から15時。便秘薬臨時処方。
H9. 8. 6		便秘がちとなる。	
H9. 9. 24		トイレバー本人用に変更。	
H10. 4. 10		便秘。	便秘薬定期処方。訓練日程の変更。
H9. 11. 1			月火水木金の午前9時30分から11時。
H11. 1. 19		本人の体に合った車椅子を使用する。	
H12. 2. 10		現在状況は4. (2) で表記。	脳梗塞、パーキンソン症候群、便秘に対して薬が処方されている。

VII. 考察

本事例は老齡期において多発性脳梗塞を発症したことにより、四肢の筋強剛（上肢は伸筋側

に、下肢は伸筋、屈筋とも)が進行したため、急激な運動障害を引き起こし、重介護となった例である。

歩行能力の変化は平成4年頃に現れてきていたが、杖による歩行からシルバーカーを使っての歩行で何とか維持できていた。しかし、膝の痛みの訴えから始まった歩行困難は多発性脳梗塞を発症することによって完全に歩行能力を奪ってしまった。以後、薬物療法と機能訓練で機能維持を図っている。訓練科では介助しやすい、介助されやすい動作を習得する訓練と体力維持に主眼を置いた訓練を開始し、現在に至っているが、訓練開始当初と比べてみても、現在の運動能力は低下してきている。排泄面ではトイレバーにつかまっただけの立位も難しくなっているし、便座に座った時の関節可動域は更に狭くなっている。車椅子から便器への移乗も体を回転させるとき、前は、右足で体重を支えていられたが今はできない。二人介護によるリフティングが必要となった。入浴時の車椅子からシャワーチェアへの移乗も二人介護によるリフティングが必要となった。ベッドからの車椅子への移乗も二人介護によるリフティングが必要となって来ている。食事については誤嚥防止の配慮をしつつ、食べやすい食堂の環境設定が必要です。それでも暑さには弱いようで食欲が落ちてしまう時期には特別な配慮を必要とする。褥瘡については、今のところできていないが防止については配慮が必要である。

薬物療法、機能訓練等を開始後は表情も豊かになり、話かけにもよく応答するようになった。年と共に明るくなってきているし、穏やかになっている。

現在では、右上肢が四肢の中でよく動くので、動きの悪い利き手である左手を補完できるように訓練や生活の中でよく使うように配慮している。

周囲への関心興味もまだまだ旺盛で、行事はもちろん、外出も好きである。外出しても車椅子のままなら食事が摂れるので、多くの機会を設けていきたい。

## 事例 2 2 頸椎不全損傷による重介護の事例

<p>I. 標 題：頸椎不全損傷による重介護の事例</p>
<p>II. 事例の要旨                  昭和46年7月19日37歳で入所し、現在に至る。                  入所当時のADLのうち食事と排泄は自分ででき介助が不要であった。着脱、入浴は半介助が必要であった。                  歩行は動作が鈍く、段差や未舗装の道路では手をつなぐ等の対応が必要であった。                  平成9年12月23日(63歳)散歩中、登り坂の道路を他入所者と手をつないで歩行中に転倒する。以前から転倒しやすいためヘッドギヤを装着していたが、顔面に擦過傷を作る。転倒直後は歩行ができなかったが、その日のうちに歩行はできるようになる。しかし、目つきがトロンとしていた。                  平成10年1月20日寮内で再度転倒する。この転倒以降、歩行が不安定となったため、4日後の1月24日外部医療機関を受診、さらに、1月26日コロニー内診療所の整形外科を受診し「頸椎不全損傷」と診断される。                  以後、頸部を保護するために車椅子を日常的に使用し、ADL全般にわたって介護が必要となった。</p>
<p>III. プロフィール</p> <p>氏名：K N      性別：女      生年月日：昭和9年1月5日生</p> <p>入所年月日：昭和46年7月19日      在所年数：28年17ヶ月</p> <p>IQ：14      MA：2歳2ヶ月</p> <p>精神遅滞の原因：出生後脳感染症      AAMD：028</p> <p>身体状況：身長135cm      体重45.0kg</p> <p>肢体不自由(運動機能障害)：(有) 無</p> <p>整形外科的診断：脊椎管狭窄(頸椎部)があり、転倒により頸椎不全損傷</p> <p>その他(特記事項)：糖尿病</p>
<p>IV. 重介護が必要となった契機                  平成7年頃より歩行中の転倒が目立つようになり、平成9年12月の転倒以降、歩行中のふらつきが以前に増して著明となる。外部医療機関を受診し、脊椎管狭窄(頸椎部)があり、転倒により頸椎不全損傷を受傷した疑いがあるとの診断を受けた。                  さらに、「完全な頸椎損傷でないことを考えると早めにリハビリを開始するように」、訓練目標は、「介助して歩行可能な状態にする」と整形外科医から指示があった。                  機能訓練は、平成10年2月12日から開始する。開始時の運動機能の状況は以下のようであった。</p> <p>①診断名：頸椎不全損傷の疑い                  ②障害名：下肢・体幹機能障害                  ③姿勢/動作                  椅子座位は不安定であり、椅子からの立ち上がりは介助があればできるが、自分ではできない。                  起立の保持は介助があればできるが、自力ではできない。</p> <p>④上肢機能                  右手で物を持つことができる程度で、動作としての実用性はない。                  ADL状況を見ると以下のようであった。</p> <p>排泄：便器上での座位不安定のため、安全ベルトを使用する。                  日常的に尿漏れがみられるため、尿パットを使用する。自力排便ないため、4日に1回座薬を使用する。                  なお、尿パットは夜間も3時間おきに交換する。</p> <p>食事：辛うじてスプーンが使える。                  入浴：脱衣場から浴槽までの移動は2名での介助、浴槽内及び洗い場では1名が常に安全確保をする必要がある。</p>
<p>V. 日常的援助の方針</p> <p>①急激な運動機能低下であるため、入所者と介助者の安全を優先させるため見込みでの介護や一人介護をさけ、2名での介護を実施する。                  ②介護場面では、過剰介護をすることなく、意欲・自発性等の持続をはかる。                  ③精神的・身体的リラクゼーションを図る。</p>

④介護方法等を含めた実際的な対応は、職員間の統一をするため会議での徹底を図る。	
VI. 現在の介護内容	
食 事：粉碎糖尿食 右手で辛うじてスプーンの使用可能	45分/日
排 泄：尿取りパットの交換 定時排泄	45分/日
着脱衣：	20分/日
整 容：身繕い 髪をとかす等	20分/日
入 浴：	35分/日
移 動：操作が全くできないため全面介助	40分/日
睡 眠：体位変換等	30分/日
移 乗：起立可能 <b>不可能</b>	分/日
意思疎通：完全に通じる <b>ある程度通じる</b> ほとんど通じない	
福祉機器の導入：シャワーチェアー トイレの改造	

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
H4. 12. 7	ケースカンファレンス  援助の重点    ADL状況	<p>ケースカンファレンスは、これまでの援助経過のモニタリングを目的に開催され、以下のような援助の重点を確認した。</p> <p>①健康管理 * 糖尿病治療の継続 * 体力の衰え、歩行中の転倒に対するリスク管理</p> <p>②安全な雰囲気の中で運動ができるような場を設定する（運動機能の維持）。</p> <p>③年齢は58歳となっているので、楽しめる生活を考える。</p> <p>この当時のADL状況 食事：自分でできる。 歯が3本しか残っておらず、よくかめない。 対応→魚の骨をとる。 固い物は細かく切る。</p> <p>排泄：ほぼ自立 時間を見計らったトイレ誘導やズボンを十分に下ろさないで排泄をすること等があり見守りや点検を必要とする。</p> <p>入浴：半介助 洗える部分は足のみであり、介助は不可欠。</p> <p>着脱：一部介助 ボタン掛け不能 前後・裏表理解不能</p>	
H7	歩行中の転倒	日常的に散歩等を実施し運動機能や歩行力の維持を図っていたが、	

	体が固くなる	歩行中につまずくことや転びやすくなった。 転倒は、膝や手のひらに擦過傷を作る程度であった。 トイレや入浴中の介助場面で、身のこなしやバランスが悪く、体が固くなってきた。	
	対応	散歩や浴室内での介助場面では、安全を優先させるように申し合わせた。	
H9. 12. 23	散歩中に転倒	コロニー内の登り坂の道路で転倒する。転倒後、歩行が困難となり、また、言葉掛けなどに対する反応が鈍くなる。  * 具体的な歩行の介助 職員が肩を貸し、腰を保持しなければ歩けない。	
H10. 1. 20	廊下に横たわった状態で発見	16:20頃 廊下に横たわった状態で発見する。 職員1人での介助では歩けず、2人でベッドに移す。	
H10. 121			外部医療機関を受診する。 診断：頸椎管狭窄症
H10. 1. 26			コロニー内診療所 整形外科外来 診断：頸椎不全損傷 指示：機能訓練の実施
H10. 1. 26	介護状況	移乗：車椅子座位の状態では、右手で手すりを持ち、職員が腰の部分を引き上げれば起立、移乗が可能である。 女子職員可能 食事：自分で摂取できるが、時間がかかる。 車椅子：自分で操作できない。 その他のADLは全て全面介助が必要である。 * 介護上の問題点 ①職員の介護に対する技術上の知識不足、特に、移乗動作の介護方法について。 ②脱衣場及び洗い場、浴槽が狭い。 ③トイレ、車椅子を使用した場合、方向転換等を行うためには狭い。	
H10. 2. 12			治療訓練部機能訓練科で機能訓練を開始する。 * 本事例の機能訓練を開始すると同時に、日常的な介護方法等についても機能訓練科職員が実務的に寮職員に伝達講習を行った。
H11. 4	生活場面での緊張緩和	寮における日常生活場面での緊張緩和を目的にリラクゼーションを実施する。 下肢のマッサージ場面等の身体接	



		<p>触を通じコミュニケーションを図ることを前提とし、援助者と一緒に体を動かすように促した。マッサージ場面ではノリが悪いが、今のところ、入浴中の介護しながらの「お魚ごっこ」は体を動かし、表情が豊かとなり、一番リラックスしている。</p>
	食事場面での緊張緩和	<p>食事動作場面では、自分の思い通りに食事が摂れないことがストレスとなっていた。そのため、介護用の食器（上肢の動作制限があっても食べ物をすくい易くしてある）を使用し始めると、食事の摂取が容易となり、副次的に、表情や動作に余裕ができた。</p>
	入浴の介護マニュアル	<p>入浴に関し、職員の統一的対応と安全確保を目的にマニュアルを作成する。</p>
	手掌のむれ防止	<p>左手指の拘縮があり、手のひらがむれ不潔になりやすい。そのため、ヘアカーラーを握り、拘縮の矯正とむれを防止した。</p>
	下肢の血行障害への対応	<p>自発的な動きが少なく、下肢に浮腫が目立つため、おやつ・食事場面と随時の対応として、車椅子から椅子や床上に下ろし、脚用のマッサージ器を使い血行促進をするとともに、褥瘡の予防を図った。</p>
H12.2	受傷2年後の生活状況	<p>ADL動作遂行能力は、前述(H10.1.26)さほど変化を認めていない。</p> <p>寮における援助の重点的ねらい</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①日中、車椅子から降ろしボール遊びで動きかける。</li> <li>②行事や散歩等にはできるだけ参加する。</li> <li>③機能訓練の継続</li> <li>④遊びを媒介とした対応を継続すると、介護場面での自発的行動や入所者と遊ぶことが観察されるようになった。</li> <li>⑤受傷直後の体の動かない状態であったが、集団の生活の流れを優先させた対応ではなく個別性を優先させると、自らの意思を出すようになった。</li> </ol> <p>具体的には、人の動きをみるようになり、何かしてもらいたい時に職員や友達を呼ぶことが見受けられるようになった。このように、障害を受け入れた状態となっている。</p>
	集団の優先 個別性 受動から能動	

#### VII. 考察

本事例は、58歳時に散歩中の転倒により頸椎不全損傷となった例である。国立コロニーには重介護者が生活する特別介護棟があるが、本事例は受傷後も一般寮で生活している。この一般寮での生活が継続できた条件などを列挙すれば以下のよう

ある。

1) 介助すれば起立保持ができ、移乗動作がほぼ自分で行える。

本事例は、早期に機能訓練が開始され運動機能レベルが、「体の一部を支える介助をすれば、起立ができ」かつ、「手すり等に自分でつかまり移乗ができる」に保たれていることが、一般寮での生活を可能にしていると考えられる。

経験側に基づいて考えた場合、日常的介護場面でもっとも体力的、心理的に負担となるのは、「何とか、辛うじて起立ができ、作業で介助をすれば移乗が何とかできる人」の介護を行った直後である。

2) ポイントを押さえた介護技術の伝達が実務的に対応できた。

機能訓練科職員が寮の生活場面で、実態に則した介護方法等を寮職員に伝達した。

3) 介護や援助の質を考えた場合、職員一人ひとりの技術がそれを規定するが、しかし、物理的環境条件も介護や援助の質に大きく影響を与える。そのため、シャワーチェアやトイレの改造等即応できる物理的環境の整備を行った。

4) 職員の意思統一と援助のモニタリングを日常的に繰り返した。

今後どのくらい一般寮での生活ができるかどうか予測は出来ない。しかし、これまでの取り組みを一言で表現すると、「比較的順調に対応できた。」「これからも、出来るだけ長くこの寮で生活を続けてもらいたい。」ということが出来る。

生活場面で、入所者や職員との遊んでいる状態をみるとリラックスしており、移乗の時に介助をしようとするれば立ち上がろうとする、着脱の時には自分の腕を動かし介護に協力する動き等、自分の意志で体を動かそうとしている意欲が感じられ、このようなことが、ある意味で援助の指標となる。

最後に、現在の入所者と職員比率は2.4対1で、女性職員7名、男性職員3名の構成となっている。女性寮では7対3が、同性介護を行うためには最低限の職員比率である。入所者全体の援助や同性介護を考えた場合、7対3は理想の比率であるが、今後、重介護者の増加等を含めた入所者状況の変化した場合、この7対3という比率では体力を要する介護に不安が残り、最新介護機器の導入と、その利用の必要性を痛感する。

### 事例 2 3 頸椎ヘルニアが原因となった歩行障害の事例

I. 標 題：頸椎ヘルニアが原因となった歩行障害の事例

II. 事例の要旨

昭和46年7月28日、33歳で入所し現在に至る。  
 生活状況をみるとADLはほぼ自立しており、時折点検を行えば特に問題はなかった。日課をみると、月曜日から金曜日まで午前午後と作業治療部での作業に参加していた。作業は、入所から昭和56年9月までの間授産作業科木工班に属し、昭和56年9月24日から平成10年8月14日の間は授産作業科農芸2班に所属していた。  
 平成10年8月14日以降は作業治療部に所属せず、寮内での処遇を主体とした援助に変更した。  
 作業主体の援助から寮内援助への変更理由は、視覚障害が進行し、日常生活全般にわたって支障が生じたためである。具体的には、農芸2班の作業では椎茸の原木運搬等集団的に行うが、炎天下に一人だけ残され、石拾いをしているという状況などがみられた。  
 寮職員の対応は、「作業どうする。みんなと一緒に出来ないだろ。」という内容のことを問いかけると、「作業は辞めた。ソフトボールのマネージャーでいい。」との答えが返ってくる。ソフトボールは園全体のクラブ活動で、ステータスシンボルでもあり、ソフトボールを辞めることはプライドを傷つけ、自己同一性の喪失にもつながる可能性がある。なお、視力障害の原因は、昭和63年(50歳)に大学病院で緑内障と診断を受けている。これについては定期的に大学病院で診察を受けている。  
 平成8年3月十二指腸穿孔を外部医療機関で手術を施行、平成10年6月腸閉塞で外部医療機関へ入院する。  
 平成11年8月16日、転倒があった。転倒の原因は特定できない。  
 8月20日、少量の尿失禁がみられる。同月21日、「身体が痛い」との訴えがあり、「身体がぐったりした状態」が観察される。  
 同月23日の夕食後、腰砕け状態となり、歩行不能となる。  
 同月25日、左下肢の機能状態が悪く、力が入らず、足を床に着けない。一人では歩けない。28日になると、職員2名で両脇から支えなければ、立てず歩けない状態となる。  
 9月2日、就寝中に自力で寝返りが出来ず、仙骨部及び大転子部に褥瘡の初期症状がみられた。9月8日、一般寮からコロニー内診療所治療棟へ入院する。  
 今回の急激な運動機能の原因については、平成11年10月5日外部医療機関で、頸椎6・7番のヘルニアと診断される。頸椎ヘルニアについては、以前から要素があったのか、外傷によるものか不明である。  
 日常生活は全ての領域で全面介助が必要な状態となった。  
 現在の生活状況をみると、治療棟へ継続して入院中で、視覚の問題あるが車椅子ADLが定着ししつつある。  
 介護の面をみると、生活に必要な動作がほぼ全面介助の状態である。

III. プロフィール

氏名： N M                      性別： 男                      生年月日：昭和13年6月30日生

入所年月日：昭和46年7月28日                      在所年数：28年7ヶ月

I Q：23                      M A：3歳8ヶ月

精神遅滞の原因：出生後脳感染症                      A A M D：028

身体状況：身長 161cm                      体重 45kg

肢体不自由(運動機能障害)：  有

整形外科的診断：頸椎6/7ヘルニア 両下肢弛緩性麻痺

その他(特記事項)

1) 頸椎ヘルニアの治療方針について  
 頸椎ヘルニアについての治療方針は、手術を行わず、保存的に行うということで決定された。この保存的治療方針は、身元引き受け者が外部医療機関の医師の説明を受けて決定した。決定には、手術後に安静を保つことが絶対的に必要であるが、性格や行動特性から判断すれば、術後の安静を保つことが難しい、ということをも判断基準とした。手術をしない場合、上肢は運動機能低下が進行し、下肢は現状のまま、歩行は今後

ともできないと予測された。

2) これまでの病歴について

緑内障：昭和63年に大学病院で診断される。  
以後、大学病院を定期的に受診している。  
不眠・徘徊・こだわり：コロニー内診療所で治療を受ける。  
十二指腸穿孔：平成8年 胃を切除する。以後、ダンピング症候群がある。  
腸閉塞：平成10年 外部医療機関へ約1ヶ月入院する。

IV. 重介護が必要となった契機

1) 頸椎ヘルニアと診断を受けるまでの経過と運動機能の状況

- ①転倒後、4～5日目に尿失禁がみられ始める。
- ②転倒後10日目ぐらいで、歩けなくなる。
- ③歩けなくなった状態で、ベッドで静養する。
- ④今後車椅子生活となることな予想される。

頸部の状態は、車椅子生活に耐えられるとの医師の指示が出たので、9月20日から車椅子ADLを開始する。同時に機能訓練も開始する。

ADL全面介助が必要である。

- ⑤平成11年10月1日、頸椎6番7番のヘルニアとの確定診断を受ける。  
頸椎ヘルニアについては、以前から要素があったのか、外傷によるものか不明である。

2) コロニー内診療所治療棟への入院の理由

- ①歩行中にふらつくことやバランスを崩す等の歩行障害が見られる。
- ②尿失禁が増加する。
- ③寝返りが自分で困難となり、仙骨部に褥瘡ができる。
- ④入所者の援助には日中3人の職員が対応可能だが、20時30分から翌朝の7時まで は職員の勤務体制上1人しか配置できない。そのため、夜間の介護に限界があった。  
一人勤務の夜間に、自分でベッドのフレームをつかみ、体を動かしベッドから転落していたことが数回あった。

上記入院理由は、医療的対応というよりむしろ寮の入所者状況や職員配置上の問題が主なものであった。

また、職員の介護技術上の問題と他の入所者の暴力からの安全確保が困難という理由もあった。具体的には、体位変換、おむつの使い方、清拭方法、エアーマットの使い方等についての知識がなく、さらには、移乗動作の介護では、力任せに行っている現実があり、被介護者及び介護者の相互の安全確保に問題があった。

本事例が生活する寮は、自閉性精神遅滞の人や他害・興奮の伴う他の入所者が一緒に生活しており、ベッドで静養中に他入所者に馬乗りになられたことも、入院をさせる理由のひとつである。

馬乗りとなられた時間をみると、午前10時40分頃である。この時間帯は、様々な活動時間帯で、寮に配置できる職員は1名というのが最大限の現実的な対応である。夜間の20時30分から明けの7時までの10時間30分間は1名の職員が勤務するのみで、突発的な事故等があった場合に勤務職員が当たれば、人的能力を超えているといわざるを得ないのが夜間の時間帯の実情である。

3) 今後の治療方針

今後の治療方針の概略は、頸椎の手術はリスクが高いことと本人が体力的に耐えられないとの理由で、手術は施行せず、機能訓練によって病状の進行を遅らせると医師より説明があった。

今回の急激な運動機能低下の原因は、以前からあった頸椎症に外圧が加わり頸椎の6番と7番のヘルニアになったと、整形外科医より説明がなされた。

なお、今後の治療については、整形外科医より家族に説明があった。この説明には、直接処遇にかかわる寮職員も同席した。

V. 日常的援助の方針

現在、医療上の問題というより、職員の介護に関する知識や技術の問題、入所者状況、職員状況等、いわゆる社会的理由、緊急避難的入院であり。時間が経過すれば、解決する性質の問題ではない。

援助上で支障となっている職員関係の問題点は、ある程度の水準で解決のめどが立つが、入所者に関わる他害行為などの問題は早急に解決のめどが立たず今後とも緊急避難的な入院生活が続く可能性が高い。

- ①入院生活のため生活が単調となりがちなので、寮行事等への参加、他入所者・職員との交流を図る。
- ②治療訓練部機能訓練科での機能訓練を継続し、運動機能の維持を図る。

VI. 現在の介護内容

食 事：消化器疾患食（ダンピング症候群のため6回食対応）	誤嚥注意	45分/日
排 泄：おむつ交換（8回/日）		40分/日
着脱衣：全面介助		20分/日
整 容：		分/日
入 浴：介護浴槽（1回/週）		30分/日
移 動：		20分/日
睡 眠：		分/日
移 乗： <u>起立可能</u> 不可能		5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
S46. 7. 28	入所	33歳時に入所し現在に至る。 何か特別に指導をしなければならぬ行動上の問題等はなかった。 日課は作業を中心に組み立て、寮の中でも中心的に役割をこなしていた。 クラブ活動はソフトボールに参加、運動会ではリレーの選手、園外活動のゆうあいピック等にも選手として選ばれていた。 運動能力では自転車を自由に乗り回すことができた。	作業治療部授産作業科木工班に通所する。
S56. 9. 24			木工班から農芸2班へ班替え
S63	緑内障		大学病院で緑内障と診断される。 以後定期受診となる。
S63	つまづく 転倒	日常生活で、つまづくことや転倒がみられるようになる。	
H8. 1	不眠・徘徊 こだわり	夜間自分のタンスをいじったり、こだわっている靴がないといって探し回る等の行動がみられる。 靴や衣類にこだわる。→探す（徘徊）→不眠→こだわりが強くなる。	コロニー内診療所 特殊外来精神科医に相談する。 対応：安定剤を処方（向精神薬）
H8. 3. 2	十二指腸穿孔	夜間眠れない。 腹痛の訴えある。	診療所受診後、外部医療機関を受診し、十二指腸穿孔と診断され緊急手術を施行する。
H8. 3	視力低下が進行する	生活場面、作業の様子、ソフトボール活動等をみると、視力の低下が進んでいると判断できる。	

		具体的には、慣れた場所ではさほど問題ないが、初めての場所では昼間でもつまずいたり、動けず立ち止まることやうづくまる等が観察される。	
H8. 5	夜間不眠	元来、行動がせっかちで、早のみこみで散漫な行動がみられたが、対人的トラブルや情緒不安定は認められなかった。 しかし、日常生活場面で、今まで出来ていたことが出来なくなる、他者からの働きかけや言葉掛けに対しての理解力の低下、精神的に不安定となることが目立ってきた。 融通性のなさ、自己中心的な行動が目立ち、引きこもり孤立的なる、気分が変わりやすい、意欲の低下が目立ってきた。 徘徊中やこだわり行動を行っている時に失禁や転倒が目立つようになる。	コロニー内診療所受診 向精神薬の処方
H10. 6. 6	失禁 徘徊中の転倒		腸閉塞のため外部医療機関を受診し、6/6から7/4の間入院する。
H10. 8. 14	作業の退部		
H11. 8. 16	転倒か	外作業が中心の農芸2班について「作業どうする。みんなと一緒に出来ないだろ。」という問いに対して、「マネージャーでいい。」と答える。	
H11. 9. 1	歩行不能	転倒があったらしい。原因は特定できない。	
H11. 9. 8	治療棟入院	失禁がみられる。ベッド上でも動けず、褥瘡が出る。 歩行不能の状態	
H11. 10. 5	頸椎ヘルニア		外部医療機関で頸椎ヘルニアと診断される（MRI）。
H12. 1		受傷から6ヶ月が経過する。 運動機能の回復はみられない。	

#### VIII. 考察

本事例は、頸椎ヘルニアによって運動機能が低下し、ついで歩行不能状態等が生じ重介護状態となった事例である。

この事例の処遇上の問題点は、重介護状態に対する援助ではなく、今後の処遇をどこで行うかという問題である。国立コロニーでは、重介護を必要とする入所者のあかしあ寮（特別介護棟）があるが、現在のところあかしあ寮定員枠が埋まっており、緊急避難的に診療所の治療棟へ入院している。治療棟は本来医療的ケアを必要とする入所者のための施設であるが、あかしあ寮が作られる以前には介護上の重度者を引き受けていたという経緯がある。このことは、社会的入院と同様の現象と理解できる社会的理由（一般寮での介護力不足、役割を担うべき施設の不足等）で、治療棟を寮代わりに利用し入院している状態となっている。

よりよい生活を考えた場合、急性期をすぎれば障害が慢性化した状態の本事例を医療機関に置くことが好ましいのかどうかという結論を出す時期となっている。

心身障害者福祉協会 研究協力者名簿

花岡 卓二	池沢 泰典	新田 耕次	原田 隆男	長谷川寿一	関口 恵美
浜中 雅己	吉沢 晃	斉藤 暢子	芝 康隆	前田 秀信	高橋 永俊
並木智久代	横沢 恒夫	勅使河原伸悦	渡辺 正幸	樋口 裕明	中田 博久
安田 知明	本橋 雅実	八木 充			

事例執筆者

赤羽 充 (西居住区 けやき寮)	宮口 隆司 (西居住区 いちよう寮)
小林 隆裕 (西居住区 いちよう寮)	坂 正昭 (西居住区 さくら寮)
前田 秀信 (西居住区 もみじ寮)	見野 久敏 (西居住区 つばき寮)
富沢理恵子 (西居住区 うめ寮)	安田 知明 (企画調査部 調査課)
安部 匠 (東居住区 ぼたん寮)	佐藤 仁保 (東居住区 こまどり寮)
小林 和貴 (東居住区 つつじ寮)	塚越 真二 (東居住区 こぼと寮)



知的障害のある高齢者の支援・介護  
あり方に関する研究

## 知的障害のある高齢者の支援・介護のあり方に関する研究

分担研究者 今村理一（みづき会）

### 研究協力者

柄澤昭秀  
（聖徳大学）

岡田節子  
（静岡県立大学短期大学部）

中村はる子  
（九十九園）

奥山正司  
（十文字学園女子大学）

奥山則子  
（東京都立保健科学大学）

小野澤昇  
（はるな郷こがね荘）

小野寺清  
（東京福祉商経専門学校）

玉井弘之  
（日本知的障害者愛護協会）

大久保常明  
（日本知的障害者愛護協会）

### <要約>

本研究は、全国の知的障害者更生（入所）施設、特別養護老人ホームに入所している高齢知的（発達）障害者の実態を調査、分析し、高齢期にある知的障害者の支援・介護のあり方を検討し、併せて介護保険制度との整合性について検討することを目的としている。本年度は、全国の知的障害者更生施設並びに特別養護老人ホームに対して、①施設に入所している高齢知的障害者の有無と人数、その人達の②年齢、性別、障害の内容と程度、判定根拠等、③介護状態像、④処遇上の問題点、受け入れの是非、今後の望ましい生活の場・処遇の場等の調査項目により、悉皆調査を実施し、知的障害者更生施設1,055ヵ所（84.3%）、特別養護老人ホーム2,318ヵ所（57.7%）の回答を得た。特別養護老人ホームに入所している知的障害者の割合は2.3%であり、昭和63年度の同様の調査と差のない結果を得た。それらの人達の内容では、後期高齢者層の増加を捉えている。これら寿命延長の傾向は、一般高齢者と同様のラインにあると理解でき、高齢知的障害者の処遇も「痴呆」や「寝たきり」を視野に入れる必要も示唆された。また、年齢階級別の介護状況、処遇上の問題、今後の望ましい生活の場についての考え方などにおいて、知的障害者更生施設と特別養護老人ホームには有意の差がみられた。一方、昭和63年時の調査では見られなかったデイサービス利用等、地域での生活を推奨する声も多く、これらは、今後の施策にとっての資となると思われる。

### <見出し語>

- ・身体的障害の合併
- ・介護状態
- ・特別なプログラムとケア
- ・処遇困難
- ・地域生活

## I. はじめに

現今、高齢者層、特に後期高齢者層の急増により、寝たきりの人、知能に障害のある人（痴呆）、毎日の生活行動に障害のある人達に対応する濃密な介護の必要が叫ばれている。

加えて、都市化、社会生活構造の変化等は、支援体系の歪みを増す危険感もあり、加齢を背景とする福祉社会の将来に不安を抱かざるをえない。

知的発達障害者支援の場も同様である。加齢を追って知的発達障害者への対応について、その人達の疾病、障害、毎日の生活での歪み等はそれぞれ異なっており、その人達への処遇プログラムの展開も千差万別である。もちろん、長い歴史のある発達障害への処遇プログラムの内容や実践は、優れた個々の成果を上げていると考えられるが、それらの資料が集約、検討、整理されて、加齢を背景としての学際的な内容と支援のあるべき方向を目指しているとは、言いにくい現状である。

我が国の高齢知的発達障害者の生活の場を大別すると、知的障害発達障害者処遇の専門施設である知的障害者更生施設等で生活する人達、老人福祉法による養護老人ホームや老人介護福祉施設等で生活する人達、さらに一般社会で生活する人達の3群となろう。これらの施設で生活する高齢知的発達障害者に共通して使用できる評価や、プログラムの仕様が考慮される必要があるだろう。

折から、介護保険制度の施行、社会福祉基礎構造改革の展開もあって、早急に、評価やプログラムの開発を含めて、「高齢知的発達障害者の支援・介護のあり方」についての検討が行われなければならない。

## II. 研究の目的と概要

### 1. 高齢化への対応

表1に示した通り、知的障害者更生施設における高齢者数は激増している。特に、70歳以降の後期高齢者層の増加は、従来からの知的障害者発達のプログラムの変更を促すと考えられる。

### 2. 経年変化（準縦断的研究の必要）

10年前の平成2年に、我々は全国老人施設および精神薄弱者入所更生施設の全数調査を行っている。言うまでもなく、加齢に対する調査分析は、横断的な、年齢階級平均値の比較等を中心とする調査より、縦断的、あるいは準縦断的に個人及び集団の変化を追う調査資料によるべきと考えられている。本調査は、平成2年全国調査との比較・分析を核とする初年度（平成11年度）と、その調査内容の分析から、高齢者それぞれの心身の実態を把握する2年度（平成12年度）調査を行う。

### 3. 知的障害者高齢化に伴う処遇への提言

(1) 介護保険制度が実施され、介護のあり方が高齢者の生き様と強い関連があると考えられる現状では、従来の看護→介護の図式から、高齢者の生き様を強く背景づける監護を

中心とした介護の定義と、その内容のあるべき姿を提起したい。

(2) 上記のことから、本研究の対象は、介護保険における対象と同様である。

第1の対象者・・・生理的老化による概ね60歳以上

第2の対象者・・・病的老化が案じられる40歳以上

(3) 介護保険施行のもとでは、介護の主な対象者は、介護ニーズの高い人、つまり、障害により生活困難な人から、寝たきり、あるいは準寝たきりの人々であり、痴呆のある人々である。既に表1に示したとおり、知的発達障害者の加齢もスピードを速めており、後期高齢の知的障害者（寝たきりや痴呆の頻度増）も視野に入れていく必要がある。本研究は、予測される痴呆、寝たきりの事態への基礎となる調査研究でもある。

表1. 高齢者の知的障害者更生施設に占める推移

	利用者数(人)	50～59歳(%)	60～64歳(%)	65歳以上(%)
1989年	49,485	14.4	3.3	1.1
1990年	50,827	15.4	3.8	1.2
1991年	54,126	16.6	4.4	1.4
1992年	56,188	17.8	4.9	1.6
1993年	57,823	18.7	5.4	1.9
1994年	63,080	19.9	6.1	2.2
1995年	64,862	20.6	6.7	2.6
1996年	65,115	21.8	7.6	3.0
1997年	65,513	23.2	8.2	3.5
1998年	66,431	25.0	8.8	3.8

### Ⅲ. 調査概要

#### 1. 調査目的

本調査は、特別養護老人ホーム及び知的障害者更生施設に入所している高齢知的障害者の実態を把握し、高齢知的障害者の支援・介護のあり方を検討することを目的とした。

#### 2. 調査課題

本調査は、上記の目的を達成するために次の4点を課題として調査項目を作成した。

- ①施設の基本属性：所在地、運営形態、定員・現員、高齢の知的障害者の有無と人数
- ②高齢知的障害者の基本属性：年齢、性別、障害の内容と程度、判定根拠等
- ③介護状態：「各要介護状態区分の状態像例（厚生省、平成10年度版）」を使用
- ④高齢知的障害者が入所していることによる処遇上の問題点、受け入れの是非、今後の望ましい生活の場・処遇の場等についての施設としての見解