

(3) 車椅子に乗車後の介助

- ① 乗車姿勢の確認（できるだけ座席の深い位置に腰を降ろすよう介助する）
- ② フットレストを下ろして両足を乗せる。
- ③ 安全ベルトを締める。
- ④ 両腕をしっかりとアームレストの上に乗せる。
- ⑤ 上着やズボン・スカートの裾が車椅子の駆動輪に巻き込まれないように配慮する。

(4) 車椅子移動の介助

- ① 「出発しますよ」と声をかける。
- ② ブレーキを解除する。
- ③ ゆっくりと押し始める。
- ④ 移動途中でも、被介助者の乗車姿勢や腕の位置・足の位置に注意を払う。

(5) 車椅子を押す時の操作方法

- ① 低い所から高い所への段差を乗り越える場合は、自分の体重を利用しながらハンドルを持った両腕とティッピングレバーに片足をかけて、車椅子の自在輪（キャスター）を浮かして段差を越える。
- ② 高い所から低い所へ降りる場合の段差は、車椅子の方向を段差に対して後ろ向きにして、段差の角に駆動輪を直角に当てて車椅子をバックさせる。
- ③ 砂利道や砂の深い場所では、自分の体重をハンドルを持った両腕に架けて、自在輪（キャスター）を少し浮かしながら駆動輪だけで走行させる。
- ④ 特に傾斜のきつい急坂を下る場合は、車椅子に乗っている人の姿勢が前にずり落ちそうな不安を感じるので、車椅子の方向を逆にして、介助者がゆっくりと確実に後ずさりする形で下りていく。

(6) 車椅子を停止させる場合の注意事項

- ① 車椅子を停止させる場合は、平坦で安全な場所を選ぶ。
- ② 必ずブレーキをかけておく。
- ③ 車椅子の停止中も必ず介助者の視野の中に入れて安全を把握しておく。

(7) 車椅子の介助時に起こしやすい事故

- ① 両腕がアームレストにしっかり乗っていなかったために、下腕部が駆動輪に接触して擦過傷を起こしてしまった。
- ② 靴を履かないで車椅子に乗っていたところ、片足がフットレストから落ちていることに介助者が気づかず、そのまま走行していて足が地面に触れて擦過傷を起こしてしまった。
- ③ 安全ベルトを着用していなかったために、被介助者が反動で車椅子から転落した。
- ④ 道路の凹凸や側溝のグレージングに自在輪（キャスター）をとられ、弾みで被

介助者が車椅子から転落した。

- ⑤ 自分で十分に車椅子を操作できない被介助者が、職員が油断して目を離した間に下り坂まで移動し、坂道を暴走して車椅子ごと転落した。
- ⑥ 椅子利用者を移送車両に乗せるためのスロープ（幅が狭くコンクリートで造られていた）で脱輪させ転落した。

## 2) 歩行器・老人車・杖の移動介助

歩行器・老人車・杖の使用者は、車椅子利用者よりも立った姿勢を保持したり、足を運んで移動することができる人たちである。しかし、歩行器・老人車・杖は車椅子に比べるとはるかに安定性を欠くので、被介助者の転倒などによる事故防止に注意をしなければならない。

- (1) その人の歩行機能の評価を正確に行い、適切な歩行器・老人車・杖を選ぶ。
- (2) 歩行器や老人車が前方に先走りしてしまい、そのために利用者がバランスを失うような場合は、適度な重さの砂のうをつけるなどの工夫をする。
- (3) 特に下り坂は、歩行器や老人車をうまく制動し操作することが困難になるので下り坂での使用は避ける。
- (4) 歩行器や老人車は、直径の小さいキャスターを使っていることが多いので、僅かの障害物や凹凸が操作の支障になる。介助者は、床や道路の状態に常に注意を払う必要がある。
- (5) 歩行器や老人車の操作に不安がある人の場合は、介助者が手を添えて歩行器や老人車の制動をしたり、被介助者のすぐ側に位置して見守り、とっさの対応ができるようにすることが必要である。
- (6) 杖は、患側下肢の上肢で使用する。
- (7) 松葉杖は、杖の「腋かあて」を腋かに当てて使用するが、上肢で杖の「握り」を持ち、上肢で自分の体を支え、体重がかかる度合いを腋かと上腕に分散する。

## 3) かろうじて独歩可能だが、歩行が不安定な人の移動介助

- (1) 介助者の歩行ペースや歩行パターンに合わせることで移動介助の基本である。
- (2) 被介助者の側に付き添い見守る。とっさの場合に支えられるような態勢を整えておく。
- (3) 介助者は原則として、被介助者の患側後方の位置に付き添い、患側や後方への転倒防止に備える態勢をとる。
- (4) 必要に応じて被介助者の腋から上腕部にかけて手を添えて体を支えたり、手をつないで介助する。

- (5) 被介助者の歩行が極めて不安定な場合は、室内であればできるだけ固定した手すりなどを利用して伝い歩きをさせる方が安全である。
- (6) 被介助者の歩行が極めて不安定であって、手すりが利用できない場合の介助
- ・市販されている安全ベルトを使用すると良い。被介助者の腰部に安全ベルトを装着し、介助者が安全ベルトを片手で持って歩行を介助する。安全ベルトがない場合は、幅広の帯などを代用するか、ズボンの上端をもって介助する。
  - ・介助者が被介助者に相対して立ち、両手で被介助者の両手を支え、介助者が後ずさりして介助する。この場合は相手の歩調に合わせることで、介助者の両腕を締めて介助者側の両手をできるだけしっかりと安定させること、介助者がバランスを失わないようにすることが大切である。この介助方法は、あくまでもごく近い距離の移動介助に限って補助的に用いる。
- (7) 独特の歩容や歩行パターンを持っている人の中には、そのことによって歩行のバランスを保っている場合もあり、その場合は手をつないだり体を支えることが本人のバランスを崩すことになる恐れもあるので介助に際しては良く見極める必要がある。

#### 4) 自分では全く移動できない人の介助

自分で全く移動することができない人は、車椅子からベッドに移るなどのトランスファー（移乗）動作なども、全て介助者のマンパワーに頼らざるを得ない。介助者の負担を軽くするためには、適切な福祉機器を併用することが望ましい。

##### (1) トランスファー介助の基本

- ① 安全で確実な介助を行う。
- ② できるだけ介助者の負担が少ない方法で行う。
- ③ 水平運動、回転運動、でこの原理を応用する。
- ④ 介助者に片麻痺がある場合、被介助者の健側方向に回転移動させる。

この場合、被介助者に相対して立つ介助者の頭部は、被介助者の患側に位置させる。この方が被介助者の患側を観察しやすいからでもある。

ベッドから車椅子へのトランスファー介助（写真5から7を参照）



写真 5



写真 6



写真 7

- ア. あらかじめ車椅子をベッドの側に近づけておく。被介助者の健側に、ベッドの端の線と車椅子の角度が、およそ30度になるようにする。
- イ. この時、ブレーキをかけること、フットレストを上げておくこと、安全ベルトを広げておくことを忘れないこと。
- ウ. 介助者に「〇〇さん、今から車椅子に移りましょう」と声をかけ、気持ちの準備をさせる。
- エ. ベッドに仰臥している被介助者の体をできるだけ手前に引き寄せる。
- オ. 被介助者の下肢を揃えて、膝を曲げさせる。
- カ. 介助者の片方の腕を被介助者の首の下を通し肩を抱き抱える。可能であれば被介助者の腕を介助者の首に回させる。介助者のもう一方の手を被介助者の両膝の下に入れる。
- キ. 介助者の状態を起こしながら、臀部を軸にして90度回転させて、ベッドの端に座る姿勢をとらせる。このとき、被介助者がベッドから転落しないよう体を支えたりして注意をする。
- ク. もう一度、車椅子の位置を確認し微調整する。
- ケ. 介助者は被介助者に相対して立つ。両足を適度に開き膝をまげる。両手を被介助者の脇の下から肩甲部（被介助者の状態によっては、もっと下の腰背部を確保する方が良い場合もある）に回し、被介助者の上体を確実に確保する。
- コ. 介助者の腕を介助者の首に回させる。被介助者の顎を介助者の片方の肩に置かせる。
- サ. 被介助者の膝が途中で折れないように、介助者の膝で被介助者の両膝を押さえる。
- シ. 「さあ、立ちますよ」と声をかけ、意識をもたせる。
- ス. 介助者は被介助者の体を引き寄せ、下肢の筋肉を使い、半立位の状態になるまで膝を伸ばすとともに、自分の上体を後方に反らし、重心を移動させることで被介助者を立たせる。
- セ. その状態で車椅子の方向に回転し、介助者は膝を曲げて腰を低くし被介助者を静かに車椅子の座席に座らせる。
- ソ. 被介助者の腰が車椅子の座席の深い所に位置するように、座り位置を調整する。この方法は次の二通りある。
- ・被介助者に両腕を組ませる。介助者が後ろに回り、被介助者の脇の下から両腕を通し、被介助者の組んだ両腕を持って、引き上げるようにして被介助者の座り位置を調整する。
  - ・介助者が被介助者の上体をだき抱え、介助者が自分の上体を後方に反らすことにより、被介助者の上体を引き寄せ腰を浮かせる。同時に、介助者の膝頭で被介助者の膝頭を押して被介助者の座り位置を調整する。

タ. 被介助者の服装を整える。安全ベルトを締める。フットレストを下ろし、両足をその上に乗せる。両腕がアームレストの上に正しく位置しているかどうかを確認する。ブレーキをはずす。

③ベッドから車椅子へ二人の介助者でトランスファーする場合（写真8から9）



写真 8



写真 9

自分では移動が全くできず、体重が重い人の場合は複数の介助者が関らざるを得ない。基本的には、「ベッドから車椅子へのトランスファー介助」の一人で介助する場合と同じである。

ここでは、介助者二人でベッドから車椅子へトランスファーする場合の介助方法について簡単に触れておきたい。

- ア. 車椅子は、ベッドの端に対して直角に向けて準備しておく。
- イ. 被介助者の上体を起こし両下肢は膝を曲げて（膝が曲がらない人の場合は伸ばしたままでやむを得ない）、臀部を軸にして、90度体を回転させる。
- ウ. の場合、被介助者の体の方向は、車椅子に対して後ろ向きになる。つまり、そのまま平行移動させると、車椅子座席の上の空間に体が位置することになる。
- エ. 被介助者の両腕を胸の前で組ませる。
- オ. 二人の介助者は、被介助者の左右に位置する。
- カ. 両側に立った介助者は、それぞれ被介助者の両側に、被介助者側に向いて立つ。
- キ. 二人の介助者は、それぞれ片方の手を被介助者の脇から手をくぐらせて、被介助者の組んだ手をしっかりと持つ。もう一方の手を被介助者の膝下にくぐらせて支える。
- ク. 介助者同士で呼吸を合わせて、被介助者を後方に水平移動させた後、車椅子の座席に静かに下ろす。
- ケ. 座位の位置を調整する。

## 10. 移動介助についての事例

### 1) 移動障害のある高齢重度知的障害者に電動車椅子を適用した事例

I. 事例の概要：昭和46年に45歳で入所。入所まで自宅での限られた生活であり人との交流も少なかった。入所時、ADL面は不十分ながらもある程度自分でできる。四肢の痙性麻痺があり独歩は不安定ながらも可能であった。対人関係は孤立的で働きかけに対して拒否的な面があった。経年的に歩行機能が低下し、老人車や手動式車椅子による移動を経て、現在、電動車椅子を利用して移動している。

II. プロフィール：氏名 T・S (男) 74歳 IQ17 (もう少し高い可能性)

精神遅滞の原因： 出生後脳感染症 (ウイルス性)

整形外科的診断： CPによる四肢体幹痙性麻痺

その他： 消極的で内向的な性格

III. 移動能力障害の経緯：痔の手術入院 (45歳時) により歩行力の不安定さが目立つようになった。しかし、毎日、台車を押して500mほど離れた場所へごみを捨てにいたり、300mほど離れた作業棟へ粘土作業へ独歩で通っていた。その後、経年的に歩行力が低下し、転倒による打撲や裂傷、前歯の破損等あり。頭部保護帽の作成、膝保持装具の作成、筋弛緩剤の服用をした。65歳時、変形性膝関節症の診断あり。老人車→手動式車椅子→電動車椅子の利用になる。現在は、掴まり立ちがcaろうじて可能。歩行はできない。室内では手動式車椅子を使って自力でcaろうじて移動。屋外では、電動車椅子を自分で操作して移動。ただし、電動車椅子の操作時は、安全確認のために介助者が側に付き添って見守ることが必要。

IV. 移動に関する現在の援助内容：

- ① 車椅子からトイレへのトランスファー：自分で掴まって立ち、トランスファーするが、職員の見守りと一部支持が必要。ズボン・パンツの上げ下ろしは職員の全面介助が必要。夜間の排泄 (排尿回数は3~4回程度) は、介助が必要なのでナースコールを設置し、いつでも介助ができる態勢をとっている。
- ② 入浴時の介助：歩くことができないので、入浴は車椅子のまま浴室へ移動し浴室内で職員が介助して洗い場の床に座らせ、浴槽内にも介助して入らせる。浴槽内では姿勢保持が不安定になるので安全のため職員の見守りが必要。
- ③ 車椅子からベッドへのトランスファー：caろうじて自分で掴まってトランスファーが可能。安全のための見守りと、場合によっては部分的に支持が必要。
- ④ 室内では手動式車椅子を利用。屋外の電動車椅子の操作時は、安全確認のために必ず介助者が側に付き添って見守ることが必要。
- ⑤ 72歳時より機能訓練を継続中 (関節可動域訓練、姿勢・動作訓練、平行棒に掴まったの立ち上がり訓練)

V. 援助の課題：74歳という年齢から年々、上下肢機能は低下しADLも低下傾向が認められる。今後もその傾向は顕著になることが予測される。転倒による怪我や骨折などの予防と生活への意欲や楽しみを保てるような援助を考えることが必要になる。

## 2) 脳梗塞後遺症による右上下肢麻痺のために歩行障害になった事例

- I. 事例の概要：昭和46年に18歳で入所。49年より作業治療部で手芸作業をしていた。適応力あり、時に他の利用者と口論になったりすることはあるが大きな問題はない。ADLもほぼ自立しており、役割もこなして手芸作業やクラブ活動を楽しんでいた。運動機能は問題なく、移動面では歩いたり走ったりすることができていた。
- II. プロフィール：氏名 T・E（女） 47歳 IQ30  
精神遅滞の原因：その他の早期産児（8ヶ月）  
整形外科的診断：脳梗塞後遺症による右上下肢弛緩性麻痺  
その他：明るく人懐っこい性格。社会性あり興味や関心の幅も広い。簡単な会話可能。  
積極性や自発性あるが飽き易く注意散漫な面もある。
- III. 移動能力障害の経緯：平成12年の夏、帰省中に右半身が動かなくなる。受診したところ「心房細動からくる脳梗塞」の診断を受け入院。退院後、車椅子の生活になる。
- IV. 移動に関する現在の援助内容：
- ① 手動式車椅子利用による生活。車椅子は左上肢で駆動輪を操作するとともに、左足で床面を蹴って推進力を補完したり方向を定めている。
  - ② 室内では、上記の車椅子操作によって移動可能だが、屋外では介助者が車椅子を押す介助が必要である。
  - ③ 車椅子から便器へのトランスファー：自分で車椅子を操作して便器の側まで来たら、ブレーキをかけさせる。介助者が側について「さあ、立とうね」と声をかける。左手で掴まり立ちをする時に、介助者がズボンを持って介助する。立ったあと方向を変えるときにも介助者が体を支えて転倒しないように介助する。ズボンと下着を下ろしたり上げたりする介助も必要。排泄後の車椅子へのトランスファーも同様の介助が必要である。
  - ④ 車椅子からベッドや食堂の椅子へのトランスファーも排泄の場合と同じく転倒しないように体を支え、見守る介助が必要である。
  - ⑤ 入浴時は、浴室内でシャワーチェアを利用したり、浴槽内への手すりに掴まって階段を昇降する際の見守りが必要である。
  - ⑥ 機能訓練（移乗動作の獲得、車椅子操作の獲得、つかまり歩行の獲得）
- V. 援助の課題：車椅子からトランスファーの途中で左上肢で掴まり立ちしている時に、知っている利用者や職員が通りかかると、挨拶のために無意識的に左手を離そうとすることがあり危険である。ポイントの場面では終始、見守りが必要である。支持性・随意性を失った右上下肢への障害を認知させることが必要である。

### 3) 脳性まひによる両上下肢麻痺のある重複障害者の事例

- I. 事例の概要：昭和46年に26歳で入所。入所時まで自宅で生活。人との交流もなく社会的刺激は少なかった。入所時、両上下肢麻痺や手指の麻痺のため動作には時間がかかるが、身辺処理は一応自分でできていた。幻覚妄想の症状が顕在化した時期がある。情動面での不安定さがあり内的緊張を生じやすい。昭和59年から本人の希望により手芸作業を行っている。移動能力の低下とともにその他のADL面の低下も認められる。
- II. プロフィール：氏名 J・K（女） 56歳 IQ46  
精神遅滞の原因： その他の早期産児（7ヶ月）  
整形外科的診断： CPによる両上下肢麻痺  
その他： 26歳時右足関節固定術（非観血的・ギプス固定）。33歳時に幻覚妄想症状あり、3年間自宅療養や入院生活を送った後、寮の生活に復帰した。
- III. 移動能力障害の経緯：入所までは自宅で生活。外に出ることもあまりなく室内では掴まり歩き、その他は車椅子を利用していた。入所後、独歩を目標にした訓練をする。その結果、園内の1km程度の距離をゆっくりではあるが歩けるようになった。しかし、40歳頃から身体が硬直し足の痛みを訴えるようになった。しだいに右足内反足の症状が進み、足が上がらなくなり靴底を路面に擦りながら歩くようになる。その後、さらに歩行力は低下し、43歳頃には機能訓練や園内のスポーツ行事などにも参加しなくなる。現在は室内で補装具をつけると起立歩行がcaろうじてできる。しかし、不安定な歩行であるため、本人が他の利用者との接触による転倒を恐れ、他の利用者が外に出かけている時だけ補装具をつけて起立歩行の訓練をしている。通常は室内では両膝立ちの姿勢でゆっくりと移動。屋外では、介助による車椅子利用である。
- IV. 移動に関する現在の援助内容：
- ① 屋内での膝立ち移動、車椅子・トイレ・ベッド・食堂の椅子などへのトランスファー時の安全確認のための見守り。
  - ② 浴室での掴まり歩きをする時の安全確認のための見守り。
  - ③ 屋外では、全面的に車椅子を押す介助。
  - ④ 本人が意欲を失わないような励ましなどの心理的なサポート。
  - ⑤ 移動に支障がないような環境面への配慮。（滑りにくい上履き・靴・生活用品）
- V. 援助の課題：これからも徐々に移動能力は低下することが予測されるが、生活の幅ができるだけ狭まらないように、そして適度な社会的刺激が得られるように援助プログラムを組み立てる必要がある。また、腰や肩の痛みや不調を訴えることも多く、現状の移動能力を維持するための寮内での訓練が、本人の身体に負担になりすぎないように配慮し、バランスをとっていく必要がある。



## 第3章 食事

## 第3章 食事

食事は（栄養補給）、生命の保持をするために必要であり、健康の維持又は病気の状態にあつては、病状を回復するための条件である。

食べることの自立や美味しい物を楽しく食べるひときは、毎日の生活のなかで大きな喜びに結びつき、生活意欲を持つ上で重要な意味を持っている。

食事の摂取量は、1回ごとにあまりこだわらず、1日全体の摂取量、数日間の食欲の様子、運動量など生活全体を観察して判断し、決定することが望ましい。

### 1. 食事介護が必要となる障害

1) 食欲の低下、味覚・嗅覚の異常、不規則な生活や心理的環境的要因などの影響

#### 2) 摂食動作

- ・姿勢の保持 坐位保持ができない
- ・視覚機能 視覚機能の低下（弱視等）
- ・上肢機能 麻痺、関節の拘縮・変形、握力の低下（スプーンを握る、箸を持つ、食べ物をつまむ・すくう、運ぶ）  
目と手の協応動作ができない（箸を持つ、挟む、口へ運ぶ）
- ・咀嚼 歯牙の欠損、顎の筋力低下
- ・嚥下 運動機能低下、老化、衰弱による嚥下機能の低下  
消化液の分泌量の低下
- ・排泄 腸管の蠕動運動や腹壁筋力の低下

### 2. 介護の実際

#### 1) 食事介護の実際

- (1) 利用者の摂食動作能力などを分析し、介護のポイントを明確にする
  - ・介護のポイントへの集中的、継続的な働きかけのプログラム化
- (2) 介護を始める前に準備をきちんと行う
  - ・薬・調味料・湯茶・おしぼりなどの用意、お盆、食事用エプロン、床にビニールなどを敷き、こぼれても安心できるようにする
- (3) コミュニケーションを充分にとる
  - ・表情や目線、身振りなどの非言語的コミュニケーションを大切にする
  - ・献立の説明、利用者の嗜好を尋ねる

#### (4) 食べやすい姿勢の確保

- ・坐位がとれない利用者は、体幹の保持をする
- ・ベッドや車椅子使用の利用者は、介助し上半身を起こす
- ・姿勢は、利用者自身が食べやすく、楽な姿勢をとる

#### (5) 食事の食べ方

- ・はじめに湯茶、味噌汁、スープなどで唾液の分泌を促す
- ・主食と副食を交互にすすめる。
- ・固形物を数回食べるごとに、汁物を飲む
- ・一口分の量は少な目で、数回に分ける
- ・ゆっくりとせかさない
- ・咀嚼、嚥下のスピードには充分気を配る
- ・喉元を観察し飲み込んだかどうかを確認する
- ・「今度は何を食べますか」など尋ねてから介護する
- ・食の進み具合や表情などを観察する
- ・食べ終わったら、最後に湯茶などで、口の中をさっぱりさせる（口腔内の清潔）

#### (6) 水分の摂取を充分に行う

- ・水分の不足は脱水症状をきたし腎機能障害や意識障害の誘因となることがある
- ・発汗の多いとき、食事量の少ないとき発熱、嘔吐、下痢、便秘予防には十分な水分補給が必要である
- ・成人の場合一日必要な水分量は、1000mlから1500mlが必要量とされている。食物中の水分は除く。

### 2) 献立

- ・嗜好を尊重しながら、栄養のバランスをとる（食習慣は簡単には変えられない）
- ・カルシウムが不足しないように配慮する（骨粗鬆症の予防）
- ・タンパク質は大切
- ・動物性脂肪をとりすぎないように（植物性脂肪と魚油が1：5の割合で、動物性油脂が1の割合がよい）
- ・間食には果物や乳製品（菓子類には偏らないように）
- ・繊維質の食品（便秘予防）
- ・鉄分を含む食品（貧血予防）
- ・塩分は少な目（10g以下、理想的には6から7g）
- ・糖分も少な目（肥満や食欲不振の原因となる）

### 3) 調理の配慮事項

- (1) 誤嚥は、食べ物を小さくすることでその危険性が減る

(2) 誤嚥の原因となりやすい食べ物

ゆで卵、里芋、人参やゴボウの輪切り、モヤシ、ひじきの煮物、コンニャク、リンゴなどの果物のみじん切り。幼児では、ピーナッツが危険である。

(3) 食べ物をみじん切りやサイコロ状に切るより、スライス状に切るとよい。

特に、豚カツなどは、包丁を斜めに入れスライス状にする。

(4) 汁物の具は、網を使い汁を切り、具を小さく刻み皿に盛る。

(5) ゆで卵、里芋、栗きんとんなどは、包丁を使い押しつぶし、更に切る。

(6) カレー、シチューなどの具が大きい時は、フードプロセッサーを使い粉碎する。

(7) アジ、サンマなどの干物は、小さな骨が誤嚥や喉につかえたりする原因になるので、骨をできるだけ取り除く。

4) 誤嚥の予防と処置

(1) 3分以内の処置（10分で100%死に至る）

(2) 誤嚥事故が発生したら、周りの人に知らせ協力を得る

(3) 予防を第一とする（調理の配慮事項参照）

(4) 救急法（事故防止参照）

- ・ 背部叩打法
- ・ 腹部圧迫法（ハイムリック法）
- ・ 吸引法
- ・ 掻き出し法

5) Oさんの食事介護の実際

・ 55歳 男 IQ20

・ ADL状況 食事（粉碎食）、排泄、着脱衣など全面介助

現在、寝たきりの状態になっている。食事時間や短時間の散歩には車椅子を使用している。寝たきりとなった契機は、人工肛門の造営術を実施した際の長期臥床が誘因となり、下肢の関節を中心に拘縮したために、坐位が困難となったためである。

食事は車椅子坐位で摂っているが、車椅子坐位の不安定と企図振戦が食事介護を難しくしている。

・ 姿勢の保持と企図振戦のコントロール

車椅子上の姿勢は、尻をシート前方に引き、体幹を後屈させ状態が一番食べやすく、咀嚼、嚥下が容易である。

また、Oさん自身が何か動作をしようとする和不随意に頭部や上肢が小刻みに震えるため、食事の介護を困難にしている。企図振戦のコントロールは、後方から介護者の体と腕で頭部を固定すると軽減する。

- ・口の中に入れる食べ物の量

口の中に入れる食べ物の量は、スプーンに1/3程度が適量である。

量が多すぎると口の中に食べ物が残り、咀嚼と嚥下の状態が悪くなりよだれが多くなる。この場合、姿勢を矯正する。

- ・介護の留意事項

①食事の介助を始める前に、献立の説明し、何を食べたいかを問う。

②介護を行う場合、必ず、言葉をかけ説明する。

③口の中に食べ物がある場合、お茶や汁を飲むと必ずむせるので、口の中に食べ物がないことを確かめてからお茶などは飲んでもらう。

④哺乳びんに乳首をセットし、ストローを差し、お茶などを飲ませるが、この時、口の端からストローを使うとむせることが少ない。

⑤食事介護中は、常に言葉をかけ、Oさん自身の意思を確認することが、誤嚥などの事故防止につながる。

## 6) Yさんの食事介助の実際

- ・年齢46歳 男 IQ測定不能(最重度知的障害)

Yさんの食事介助は、人間関係作りが必要である。人間関係が成立していないと、介護を行うと拒否をする。具体的には、スプーンなどで食べ物を口に持っていくと、顔をそむける。食べ物を口の中に入れさせない、入れたとしても吐き出してしまう。

- ・姿勢の保持

食事時の姿勢は、車椅子のフットレストを上げ、尻の位置をシート前方にずらし、体幹と股関節の位置関係を直角より少し大きくする。

- ・介助方法

食べ物を口に入れる時は、額を左手で押さえ少し上を向いてもらう。スプーンを口唇に当て、素早く少量ずつ行う。適量は、スプーン1/3程度の食べ物の量である。

- ・誤嚥性肺炎予防について

過去に数回誤嚥性肺炎となり、食事の介助では、特に水分摂取の方法に配慮している。水分摂取は、哺乳びんを使用しているが、口の中に水分が多くはいると「うがい」をしているような状態となり、結果として誤嚥を引き起こしている。

## 3. 摂食機能の理解に必要な基礎知識

摂食機能の評価や食物形態の適否を判断するとき、摂食機能の発達、摂食機能の段階と食物形態の関係を知った上で、適切に評価し、判断をする必要がある。

摂食機能の発達には、明確な区切りはないが、機能的に分化する時期を便宜上、初期・中期・移行期・後期と分類される(摂食機能の発達段階と食物形態を参照)。

#### 4. 重度知的障害者の食事援助

知的障害者の食事に関する援助は、食事動作の習得や習熟及びマナーを中心に進められたことについての問題点の検討が出発点になると考える。

食事の動作に着目した食事の指導では、摂食機能の発達という視点からの指導ではなく、むしろ発達という視点から逆行するような方法が採られている。

具体的には、咀嚼が十分にできていないにも関わらず、早く食べるように水分の力を借りて丸飲みにする、又は流し込む。その結果、頭をそらせたり、重力の力を借りて自己流の嚥下方法を獲得する。

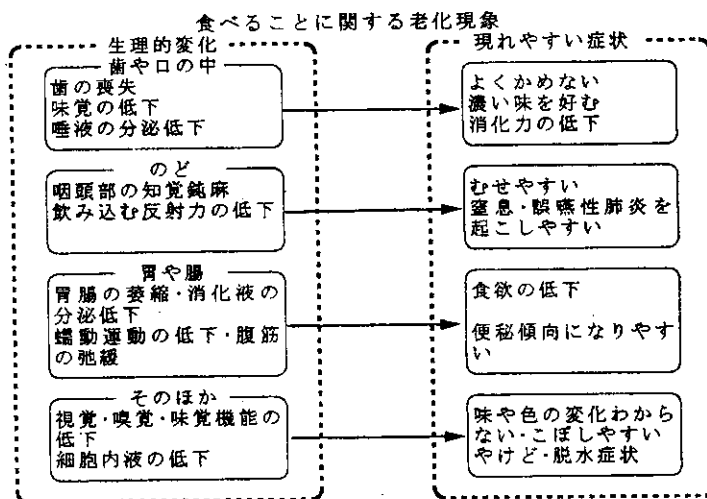
このような誤学習で身につけた咀嚼、嚥下では、老化による生理的変化や運動機能低下がみられる年齢になったとき、誤嚥が発生しやすくなるのではないかと考えられる。

普通の嚥下は、唇を閉じ、口腔内の容積を狭め、口の奥へ咀嚼によってドロドロ、ベタベタ状にした食べ物を送り、最後に嚥下反射でゴックンと飲み込む。しかし水分などで流し込むような嚥下が身についた重度の知的障害者では、普通の嚥下とは逆に、嘔吐するときのように口の奥を大きく広く、食物を落とし込み(逆嚥下という)嚥下反射で食道へ食べ物を落ととしている。

年齢が50歳前後となった重度の知的障害者で、誤嚥に至らずとも食物をゴックンと飲むタイミングがおかしい、むせる、咳き込む、呼吸が速いなどの事が観察されたならば、食物の調理方法の検討が必要な時期に来ていると、考えられる。

摂食機能の発達段階と食物形態

月齢	4	5	6	7	8	9	10	11	12
発達区分	初期		中期			移行期		後期	
	← 嚥下練習期		→			← 咀嚼練習期		→	
	口唇採取		おし潰し嚥下			舌による食べ物移動		咀嚼練習 咀嚼充実 嚥下を使った処理可能 咀嚼機処理	
食物形態	半流動食 すり潰し食		おし潰し食			軟固形		一口切り食 刻み食 普通食に近い	
食物の形	ドロドロもしくはペースト状		舌でおし潰すことのできる程度の大きさ、とろみ			舌で移動できるような形と大きさ、とろみに配慮		歯茎で潰せる程度の柔らかさ、すり潰せるも	
水分	水分多くなめらかさ(粒なし)		で、粘りと形のあるもの			大きさに配慮		少々のとろみ	
具体例	ヨーグルトなど		プリン・豆腐・カボチャ			軟らかい果物		前歯でかみ切れるもの 1歳半頃	
唇と舌の動き	唇は半開き又は舌突出		唇閉じて飲む			唇は左右同時に伸縮		唇は片側交互に伸縮	
	舌は前後運動		舌は前後運動			舌は上下運動可能		舌の左右運動可能	
口唇	半開き		上唇の形変わらず、下唇が内側に入る			上下唇がしっかり閉じて、薄く見える		上下唇が捻れながら協調する	
顎の動き	前後のみ		上下のみ			上下が主、時に左右		上下左右	
								1歳以降は、意識的に自由に形を変えられる	
								1歳以降は自由に動く	



## 5. 加齢に伴う心身の変化

食事は、楽しみの代表的なもののひとつで、高齢となっても、ほとんどの人が自分でできる日常生活動作である。しかし、摂食に関する機能は、加齢に伴い、かめない、飲み込みにくい、むせやすいなどの機能的変化が確実に現れる。

例えば、かむこと（咀嚼能力）は、歯が全部揃っているときを100とした場合、総義歯の人は、咀嚼能力が4分の1程度しかないといわれている。奥歯の大白歯を1本失うと咀嚼能力は約40%程度低下すると考えられている。

70歳代の人の平均喪失歯数は20本であり、70歳代の人は平均8本しか歯が残っておらず、その咀嚼能力は想像がつく。

また、高齢になると甘、酸、塩、苦の4つの味覚感覚が落ち、塩味や苦味に対する感受性の低下が著しく、濃い味の食事を好む人が多くなる。

高齢者は、味覚の鈍麻、反射機能の低下、唾液の分泌量の低下などにより、むせやすく、窒息を起こしやすくなるので、上半身を起こし食べやすい姿勢をとることが必要である。

食事に関して忘れてならないことは、高齢者は脱水症状を起こしやすいためである。

1日に1500から2000CCの水分摂取が必要といわれている。高齢者の脱水症状は、水分摂取量の不足、嘔吐、下痢、発熱など簡単なことでなりやすいうえ、生命に関係するような重大な病気や状態が脱水によって引き起こされる。

## 6. 誤嚥の事例

### 1) 事例-1 てんかん発作が誘因となったと推測される例

#### (1) 誤嚥を誘発する要因について

事例-1は、てんかん発作が誘因となり、誤嚥を引き起こしている。

今回事例として報告する誤嚥状況の記録は、行事後の夕食に発生した誤嚥事故である。これ以前にも、行事後に誤嚥を数回起こしていた。

本利用者のでんかん発作は難治性のでんかん発作であり、抗てんかん薬のレベルを高くすれば、てんかん発作の抑制はある程度可能であるが、歩行中のふらつき、嗜眠傾向が強くてしまい日常生活場面でのアクティビティを奪ってしまう。

このような状況を施設内診療所の医師に報告し、抗てんかん薬のレベルを変えず、行事後のでんかん発作が頻発した状況でも誤嚥を未然に防ぐ対策、食事のメニューを大幅に変更することなく、摂食を容易にする、以上に2点について相談した。

抗てんかん薬については変更せず、遠足や運動会などの行事後にてんかん発作が頻発した場合には、診療所医師に報告し、発作抑制剤を注射しててんかん発作の抑制を行い、誤嚥のリスクを未然に回避する。

食事のメニューについては、咀嚼と嚥下を容易にするために米飯から粥に切り替える。

この主食の変更は、食事時の咳き込みやむせる状態の減少に結びついているが、カロリー摂取量が減少するため、体重の減少が二次的問題として生じた。

数ヶ月間の体重の減少は、約10%以内で推移しているため、現在の対応を継続する。

(2) 誤嚥状況の記録

- ・ 年齢 50歳 IQ20
- ・ ADL状況 日常生活に必要な動作は自分でできる。

誤 嚥 の 状 況	対 応
<p>* 誤嚥発見時の状況 夕食中、30秒程度の発作がある。発作が終わっても呼吸が回復せず、苦しそうなしぐさを示す。</p> <p>* 誤嚥の発生時刻 17:00頃</p> <p>* 原因となった食べ物 米飯</p> <p>* 呼吸回復までの時間 約3分</p> <p>【参考】 掃除機は吸引用の物を食堂に常備している。平成6年度より相消式吸引ノズルを使用している。</p>	<p>後方から抱き上げたまま、腹部の圧迫を続ける。発見から1分30秒後、診療所に連絡する。</p> <p>発作中の誤嚥であるため、開口できず、指が口の中に入らない。</p> <p>2分30秒後、本人の状態は全身が弛緩し、顔面がチアノーゼ（真っ黒）である。腹部の圧迫を続けると、鼻腔からスプーン2杯分の米飯が唾液にくるまり流れ出す。</p> <p>この時点で、掃除を使い、1から2秒の吸引を繰り返す。</p> <p>3分後医師が到着する。</p> <p>呼吸の確認する。</p> <p>口の中から出血がある。</p> <p>医師からは、随時検温の指示がある。</p>

2) 事例-2 運動機能低下の伴う咀嚼、嚥下機能の事例

事例-2は咀嚼と嚥下機能の低下のため、誤嚥を起こしやすくなっている例である。

食事は全面介助が必要である。

食事時にむせる、咳き込む事が多くみられるために、配膳の際に副食を小さく刻んで、一口で食べられるようにすることで対応してきたが、誤嚥状況を更に詳しくみると以下のことが分かった。

- \* 全面介助であるため、本人の咀嚼、嚥下のペースというより、介助職員のペースになりがちである。
- \* その結果、食べ物が口の中には嚥下されず残り、唾液に絡んで誤嚥を引き起こしている。
- \* 食事の介助は、「何を食べたいか」という本人の意思を尊重し、本人が指した食べ物を少量ずつ口の中に入れる介助方法を採用することで、誤嚥の回数は減少した。
- \* 介助に当たる職員の意識の問題として、誤嚥があった直後の数ヶ月間は、調理を慎重に行うが、ある一定期間が過ぎると経験律に即し、「これで大丈夫だろう」という安



易な判断で調理や配膳、介助を行うことが、誤嚥をはじめとする介護中の事故の大きな原因となっている。

(2) 誤嚥状況の記録

誤 嚥 の 状 況	対 応
<p>*誤嚥発見時の状況            声を出せず、苦しい表情を示し目を白黒させている。</p> <p>*誤嚥の発生時刻            17:00頃</p> <p>*原因となった食べ物            直径1.5cm位の里芋</p> <p>*呼吸回復までの時間            約2分</p>	<p>直ちに車椅子から降ろし、口の中に指を押し込み、食べ物を掻き出し、口蓋、舌を刺激する。</p> <p>食べ物を掻き出しても呼吸が回復しない。口唇にはチアノーゼがでる。</p> <p>診療所へ連絡する。</p> <p>掃除機で吸引をするが、呼吸の回復はない。</p> <p>そのため、頭を下にして後方から抱え込み、腹圧をかけながら吸引する。何も吸引されない。</p> <p>床におろし、肩甲骨の間を強く叩打すると、口の中に里芋が見える。掻き出すと呼吸を回復する。</p>

※誤嚥処置については、事故防止の項を参照

## 第4章 排泄

## 第4章 排泄

### 1. 排泄介護の基本姿勢（基本的留意事項）

排泄は、人間が毎日生きていく上で食事と同じように最低限必要な行為である。しかし、私たちは日常生活において、トイレのことを「ご不浄」という言葉があるぐらい「排泄は汚いもの、人前でやってはいけないもの」という意識を持っている。誕生して、ものごころがついてくると、まず一番にしつけられるのが排泄動作である。また、年をとって排泄が出来なくなると「下の世話になったらおしまいだ」「出来る事ならおむつだけはしたくない」というように人間としての尊厳までも失いがちである。

重度の知的障害者の場合には、排泄行為そのものが障害されていることも考えられる。排泄障害の介助をするということは、日々快適な生活を送る上で重要なことであり、自分自身が排泄障害（すなわち尿失禁、便失禁）をする状態になったらどういう気持ちかということをおぼろげに忘れないで介助するのが基本姿勢である。

不愉快な気持ちを解消し満足を得られる介護とはどうすべきか考え、次のことに留意する。例え重い知的障害を持っている人に対しても、自尊心を傷つけないように心がける。

- ・ 定時排泄以外に、本人の希望にかなうような随時の対応に心がける。
- ・ 失禁した時の言葉かけには細心の注意を払う。

悪い例「何！大きいの、小さいの」「臭いね！」「手がじゃま！」「あ～ア！びっしょり」

良い例「出て良かったね。」「これでまた美味しく食べられるね。」等

- ・ 皮膚のかぶれ等に注意し清潔に心がける。
- ・ 介助時はカーテン等で覆い羞恥心に配慮し、プライバシーを確保する。
- ・ 排泄障害というのは人間の尊厳性（自分が自分である証）を失いがちな障害であるという視点を常に忘れない。

そのためには、排泄に関する簡単な医学知識をもち、そのメカニズムを理解しておいたほうがより適切な介護ができる。

### 2. 尿とは

腎臓で作られ、尿管を通過して膀胱で溜められ、脳の指図によって、尿道から排出される。健康成人の尿量は通常の食事摂取の範囲では一日 1000 から 1500CC といわれている。

食事の内容や量、疾患の存在やその程度や推移を反映する事が多いので、健康状態や各種の診断上、重要な材料となる。

## 1) 排泄障害 (尿失禁)

### (1) 腹圧性尿失禁

- ・咳やくしゃみ、スポーツなどで腹圧がかかることをすると漏れる。

### (2) 切迫性尿失禁

- ・トイレにいきたいと思ったら漏れてしまう。
- ・尿意を感じてから少しは我慢できるのだが、下着を下ろしているうちに漏れてしまう。
- ・冷たい水を使ったときや水の音を聞いた時に、急に尿意を感じる。

### (3) 溢流性尿失禁

- ・排尿開始までに時間がかかる。
- ・排尿に勢いがなく、ちよろちよろとしか出ない。
- ・残尿感がある。夜もトイレが近かったり、漏れることもある。
- ・尿意がはっきりしない。
- ・お腹に力を入れないと尿が出ない。
- ・尿が出にくい、漏れることもある。

### (4) 頻尿

- ・トイレが近い。
- ・夜になったらトイレが近く、眠れなくて困る。
- ・緊張したり、外出するとトイレが近くなる。

### (5) 機能性尿失禁 (病的な失禁というより環境的な要因によるもので、知的障害者に多い)

- ・トイレまで間に合わない。
- ・トイレが汚れて困る。
- ・洋服が汚れる。
- ・トイレと違う場所で排泄する。
- ・トイレがわからない。
- ・トイレに誘うと怒る。
- ・尿意がはっきりしない。
- ・汚れているが本人が気づかない。
- ・おもらしを認めない。
- ・おむつをとってしまう。

### (6) 心因性尿失禁

- ・恐怖、驚愕で漏れる。