

第8章 事故防止

第8章 事故防止

1. 事故防止について

施設における生活が安全で安心して過ごせること、かつ心地よく質の高い生活を送ることができることを期待して施設を利用する人たちにとって、事故はあってはならないものである。また、心身に障害をもつ人達への生活を援助する施設職員にとっても、事故の未然防止は常に最優先すべき課題である。

しかしながら、援助する者が常に留意し、原因を探り、対策をとって、事故の発生を未然に防ぐための努力をしているにもかかわらず、多種多様な事故が生じてしまうのも事実である。その原因が、人為的な要因によるものであれば、これに対しては徹底した対策が講じられなければならない。

事故防止対策は、福祉施設における危機管理¹（リスクマネジメント）の項目の一つとして位置付けられており、事故の未然防止及び再発防止等の対応策の実施は、福祉施設にとっての重要な義務事項であることを認識しなければならない。

更に平成15年度からは、知的障害者施設においても利用制度へと制度が変わることが決まっており、契約事項として、事業者の業務違反としての損害賠償責任・事故発生時の対応・緊急時の対応などについても契約することが考えられる。その場合、介護事故²等が生じた場合は損害賠償責任を問われることも起こりうる。

改めて、事故によって生じる本人の精神的・身体的苦痛、不安を思い、事故の起きない環境を整備することや、援助の手順の確認など事故防止に細心の配慮をして事故防止に努めなければならない。

2. 事故の内容

福祉施設における事故は、大きく分けると、原因が確認できたものと確認できなかったものに分けられる。知的障害者の施設においては、障害が重ければ重いほどコミュニケーションをとることが難しく、職員も正しく状況を聞き取ることができないことも多い。また、本人の行為によるものである場合と、他の人が関係したものとに分けて考えることもできる。更に、人為的なものか、環境的な要因によるものかといった分け方もできる。

¹ 危機管理：「危機や事故に対して可能な限り事前に予測・予見し、適切に予防し、可能な限り結果発生を回避し、万一の事故には、迅速に対応・処理し被害の拡大を防止し、損害を最小限に抑えることである」
福祉施設におけるリスクマネジメント 多久島耕治著

² 介護事故：「介護サービスを提供する過程で利用者に不利益な結果を与えた場合、または与える危険のあった場合」
国民生活センター（2000.8）

知的障害関係施設で生じる事故としては、転倒による外傷・他の人から受けた外傷・熱傷・誤飲・誤嚥などが比較的多くみられる。

また、入浴時やプールでの溺水も、件数こそ少ないがおこっている。なお、利用者が抗てんかん薬等を服用している場合に、その薬を職員が誤って服用させてしまうなどの誤与薬も残念ながら起こっている。いずれの事故も、重大な結果を招くことにもなりかねないので、事故の未然防止策を立てて周知徹底するとともに、細心の配慮が必要である。

3. 事故発生時の対応

不幸にして事故が発生してしまった場合は、迅速な対応をとることが大切である。

まず、①事故の状況を把握するとともに、必要な処置を行う ②状況に応じて、上司等への報告を行う ③保護者等への報告を行う ④原因の究明と再発防止策をたてる

以上の点について、手順を明らかにしておく必要がある。

4. 事故の未然防止のために

事故が発生した後の対応がいかに適切に行われたとしても、未然防止に勝るものではない。施設職員としては、未然防止のために全力を傾注すべきである。

社会全体が高齢化社会に移行していく中であって、知的障害関係施設の利用者も例外ではなく、高齢の人が多くなっていく。その結果、次のような状況が現在以上に顕著になることが予想される。①運動機能等の低下により介護度が高くなる ②生活習慣病等による医療的ケアの必要性が高くなる ③骨粗しょう症の進行による骨折の予防対策が必要になる。ここで敢えて低下傾向面ともいえる事項を列挙したが、これらのことも念頭におきながら、援助や介護の技術向上を図るとともに、職員のチームワークを良好に保ちながら、事故防止に努めることが求められている。

また、生活環境の整備や職員間で情報を共有化することに併せて、異常を見落とさない、見逃さない、見過ごさないといった業務への取り組み姿勢についても再確認する必要がある。

5. 与 薬

1) 誤与薬とは

- ① ほかの人の薬を飲む又は飲ませる
- ② 二重与薬をする
- ③ 服薬日時（日・曜日・朝昼夕 等）を間違える
- ④ 与薬漏れをする（行事・外出時の不携帯、単純な与薬忘れ）

⑤ 配薬を間違える（名前・日付の書き違い）

2) 防止のための留意事項

- ・定期薬服用者と薬品名の一覧表を作成し、保管場所および配膳室に貼っておく（錠剤・カプセル・散薬等、形状の絵柄つきにすると、なお良い）
- ・処方された薬を、誰が配薬するのか（勤務者を）決めておく
- ・風邪、けがなどの受診後、臨時に処方された薬については、受け取ってきた職員が確実に配薬し、他の職員に伝達すること
- ・食堂のテーブルに名前を書く、顔写真を貼る、ベッドに名前を記す等、寮として必要と思われる工夫を検討し、実行する
- ・定期薬、不定期薬、臨時薬、外用薬の配薬状況や保管方法等は配薬箱を中心に点検し、与薬状況は寮の保健係が責任を持って把握し、問題が生じた場合には速やかに対応する
- ・朝昼夕の食事時、夜間就床時等、服薬に関わる職員を一名定め確実な与薬を行う、複数の職員では与薬しない（二重与薬・飲ませ間違いの防止）
- ・手に複数の薬を持つての与薬方法は、間違いのもととなる
- ・服薬に関わる職員は、一人ひとりの名前を声に出して意識化し、確認しながら、確実に与薬する
- ・同姓の人、同名の人は特に注意し、フルネームを確認する
- ・勤務者同志で「薬は与薬しましたか」、「与薬しました」という相互確認を行う

3) 誤与薬をしてしまったら

(1) 次の場合、すぐ診療所に報告し、医師の指示を受ける

- ・他の人の薬を飲ませてしまった
- ・同じ人に、二重に薬を飲ませてしまった
- ・薬を飲ませるのを忘れ、指定時間が過ぎてしまった
- ・指定の日、曜日、朝昼夕就床時の別を間違え、薬の種類、量、用法が、処方通りにならなかった
- ・外出時、薬の携帯を忘れ、与薬しなかった

(2) 外出時に、薬を持って行くのを忘れた場合は、次のようにする

- ・間に合う場合は寮に連絡し、他の職員が届ける
- ・間に合わない場合は診療所に連絡し、医師の指示に従う（場合によっては、予定を変更して寮に戻る）

6. 誤嚥

1) 誤嚥とは

- ① 食物など固形物がかえって気道をふさぐ
- ② 水分、流動物、細かい食物などが気管内に入ってむせる

2) 防止のための留意事項

① の場合

- ・誤嚥を起こしやすい人、嚥下困難な人が、誰と誰かを確実に把握し、嚥下困難食、きざみ食、粉碎食等の手配を早め早めに行う
- ・危険が予測される食物は、こまめにチェックし、「切る」「刻む」「つぶす」等の手を加えるようにする
- ・原則として、形のある食物が、そのままテーブルに並べられるということのないように、配膳を担当する職員は心がける
- ・おやつとして出される果実（りんご、なし、桃 等）は特に注意し、みかんなども丸ごと渡すのは避ける
- ・おやつの時間を担当する職員は、ひとりではなく、必ず二人以上とし、全体に目がいき渡るようにする

② の場合

- ・加齢による身体機能の衰えは水分の嚥下にも支障をきたし、気道内を経て肺に至り嚥下性肺炎を引き起こすことがあるということを理解し、十分に注意する
- ・水分摂取時、「むせる」、「咳き込む」などの状態が見られるようになった時は、ストローを使うなどの対策を、早めにとる
- ・きざみ食等の対応をしている人でも、一度に多量の食物を口に入れば危険は同じであることを認識し、飲食中の目配り、気配りを怠らない
- ・食物、飲み物の保管には万全を期し、知らないうちに「食べた」「飲んだ」「誤嚥事故が起こった」、ということがないようにする

3) 誤嚥が起きたら

① の場合

- ・呼吸できずに苦しんでいたら口を開け、詰まっている物が見えたら指で掻き出す
《指交差法》
- ・顔を側方に向け、親指と示指を交差させ口を開ける
- ・もう一方の示指を頬の内側に沿って進め、口の奥をふくようにして詰まっている物を取る（示指にガーゼなどを巻くと取りやすい）
- ・指で掻き出せない、詰まっている物が見えないというときは、吐き出させる手当て

を行う

《背部叩打法》（完全に詰まっている際には無効の場合があるので他の方法を用いる）

- ・深くおじぎをした状態にし、相手の腹部に片手を回し、もう一方の手のひらで、背中を強く2～3回たたく
- ・身体の大きな人の場合、横向きの姿勢で寝かせ、相手の背中を手のひらで数回強くたたく

《ハイムリック法》

- ・立ったまま、または座った状態で、後から右のこぶしを、みぞおちの部分に当てこれに左手を添え、胸部および上腹部を圧迫するように後上方部に弾みをつけて締めつける

《吸引ノズルの使用法》

- ・寮に備え付けの掃除機に吸引ノズルをセットし、口の中に入れてスイッチを入れ2～3秒でスイッチを切る
- ・誤嚥の処置と同時に診療所へ連絡し、医師に救命の依頼をする

② の場合

- ・細かくした食物を摂取中に、激しく咳き込んだり、むせたりした時は、上記の手順により処置をする
- ・水分摂取中に激しく咳き込んだりむせたりした時は、軽く背中をたたいたり、さすったりして、おさまるのを待つ
- ・なかなかおさまらなかつたり、おさまったあとも苦しそうな場合は診療所に連絡し指示を受ける
- ・上記のようなことが起きたのち、一兩日は様子の観察を怠らない
- ・体調に異常を感じたらすぐに診療所に連絡し、診察を受ける

7. 誤飲

1) 誤飲とは

- ① 薬品、洗剤を飲む（クレゾール、逆性石けん、サンポール、ヒビテン液、ハイター等）
 - ② 異物（クレヨン、乾電池、石、ねじ、釘、パチンコ玉、竹串、魚の骨等）を誤って飲み込んでしまう
- ※ 緊急性の高いものを、異食とは別項目とした

2) 防止のための留意事項

① の場合

- ・薬品や洗剤等、飲み物と間違える可能性のある物は、必ず鍵の掛かる所に保管す

る

- ・容器を出して使用している時に、あっという間に飲んでしまうこともあるので、注意と気配りをおろそかにしない
- ・使用後のしまい忘れをしない
- ・使用済み容器は、必ず水洗いをして処分する（残液を飲まれないように）

② の場合

- ・異物を口に入れる癖のある人を確実に把握しておく
- ・過去に飲み込んでしまったことのある異物が何かを知っておく
- ・飲み込む危険のある物を出しっ放しにしたり置き忘れてたりしないように、使用時の手順を決めておく
- ・石や釘など屋外で手に入れられる物の場合、できるだけ一緒に行動して、機会を減らすようにする
- ・魚の骨は誤って飲み込む場合があるので、あらかじめ取り除く
- ・常に危険をとまなう人は、定期的にレントゲン撮影をして確認をする

3) 誤飲をしたら

① の場合

- ・すぐに吐かせるもの
石鹼 洗剤 化粧品 香水 整髪料 インク 絵の具 クレヨン 医薬品 農薬
※意識がない場合は吐かせる手当ては行わず、保温して、一刻も早く診療所へ
- ・吐かせてはいけないもの
漂白剤 ガソリン 灯油 アルカリ 酸 噴霧用殺虫剤 液体家具磨き
※保温して、一刻も早く診療所へ

② の場合

- ・異物を口に入れるところを見たら、口を開け、取れる場合は取り出す
- ・飲み込んでしまったら「何を」「どのくらい」かを把握し、すぐに診療所へ報告し指示を受ける
- ・処置を受けたあとは、排便状態をよくチェックする

【救急処置】

たばこの吸い殻や洗剤、薬品などの毒物を飲んだときには、コップ1～2杯の牛乳か水を飲ませて薄め、それから指でのどを刺激して吐かせます。

この処置によって吐いても吐かなくても、診療所を受診しますが、そのとき、飲んだ薬物の容器など、薬物の内容が判るものを持ってきて下さい。

しかし、強いアルカリ性や酸性の物質を飲んだ場合は、吐かせずに、すぐに診療所を受診して下さい。

また、ガソリンや石油などを飲んだときも、何もせず、すぐに診療所を受診して下さい。これらの薬品では、無理に吐かせようとする、胃に孔があいたり、重い肺炎になりやすいためです。

8. 異食

1) 異食とは

食物以外の物を、故意に食べてしまう（行動障害の一種）

2) 留意事項

- ・異食癖のある人が誰で、何を主に口に入れるかを把握しておく
- ・原因や理由（心理的・生理的）を探れるものは、探る努力をする
- ・泥や土、壁などを口にするのは、体内の寄生虫が原因となっている場合があるので医師に相談する

3) 異食するところを見たら

- ・異物を口に入れるところを見たら、口を開け、取り出せる場合は取り出す
- ・異物を食べてしまったあとは、その様子や体調を注意深く観察し、なにか異常があれば診療所に報告し、指示を受ける
- ・タバコを食べてしまったらすぐに吐き出させる処置をし、その後診療所を受診する

9. 溺水

1) 溺水とは

- ① 入浴中に、浴槽に沈む
- ② プール利用中に、沈む、溺れる
- ③ 池、湖沼、河川、海で深みにはまる、流される

2) 防止のための留意事項

① の場合

- ・浴室に職員がいない状態の時は、必ず施錠する（特に給湯中は注意する）
- ・浴室での入浴介助には、必ず二名以上の職員があたる
- ・入浴中、職員は浴槽に背を向けず、正対した状態で介助をする
- ・入浴剤は、透明度を減じて危険なため、使用を禁止する
- ・てんかん発作のある人、身体に麻痺や障害のある人を十分に確認したうえで、入浴のメンバーを、危険の少ない組合せにする

- ・入浴終了後、窓の施錠を忘れずにする（外から入る場合がある）
※その他、細部についての手順等及び②、③の場合については省略する。

10. 熱傷（やけど）

1) 熱傷（やけど）とは

- ① 火や炎（焚火、炭火）、熱いお湯（お茶をこぼす、熱湯に触れる、かかる）熱い物（食器、ヤカン、ナベ、ストーブ、アイロン等）に触れる
- ② 低温やけど（暖房便座、電気毛布、コタツ等）
- ③ 薬品に触れる、薬品がかかる（クレゾール液、漂白剤等）

2) 防止のための留意事項

① の場合

- ・寮内行事での火気使用時、その取り扱いには十分注意し、入所者が火に触れたりしないように気をつける
- ・熱いお茶類をこぼし、胸や膝などにやけどを負うことがあるので、危険のある人にはぬるめの物を用意する等の配慮を怠らない
- ・熱い食器やナベ、ヤカン類、ポットや魔法瓶、ストーブ、アイロン等によるやけどは、職員の注意により大部分が防げる事故であることを自覚し、その管理取扱いを慎重に行う
- ・入浴時のやけどを防ぐため、職員は必ず自分の身体を使ってお湯の温度を点検する

② の場合

- ・熱や痛みを感じにくい人、身体に麻痺がある人が、長時間暖房便座に座ったままということのないように、十分注意する
- ・電気毛布等を使用している人には、正しい使用法を説明し、設定温度の調節、点検を適宜行う

③ の場合

- ・クレゾール、漂白剤等、危険のある薬品は、必ず鍵のかかる場所に保管する
- ・必要量を出したらその都度収納し、出したままで掃除や洗濯をしないよう注意する

3) 熱傷（やけど）事故が起こったら

【救急処置】

熱傷は、身体の組織が高熱により破壊され、変性してしまう病態です。

熱傷の応急処置は、速やかに患部を流水で冷やすことです。

これは、熱による組織の損傷をなるべく拡げないためです。

20分から30分、水道水などで冷やして下さい。

このとき、直接患部に強い水流が当たらないように注意して下さい。

熱傷の原因、熱傷の拡がりの範囲、熱傷の状態（火ぶくれになっているか、焼けこげているか、皮膚の色が赤いか、白っぽくなっているか）などは、熱傷の重症度を知る上で大切です。

なお、熱傷で火ぶくれができている場合、水泡は潰さないで下さい。

また、火傷で衣類が皮膚に付着しているときも、その部分を残し、衣類をはさみで切り取るなどして、火傷した部位の皮膚をできるだけ温存するように注意して下さい。また、熱傷が広い範囲に及んでいる場合、ショックなどの重篤な状態となることがあります。

患者さんの全身状態などを調べ、速やかに診療所に連絡して下さい。

およそ身体の表面積の10%以上の熱傷では、入院治療が必要です。

灯油や化学薬品などが皮膚にかかったり目に入った場合も、熱傷の場合と同様に、とにかく流水でよく洗浄して、診療所を受診して下さい。

1.1. 怪 我

1) 怪我とは

- ① 外 傷 （外出血をとまなう切り傷、挫傷、擦過傷、裂傷、釘・針の傷）
- ② 刺 傷 （トゲの刺し傷、虫刺され、蜂刺され）
- ③ 咬 傷 （毒蛇に噛まれる→マムシ、ヤマカガシ）
- ④ 打 撲 （腫れる、内出血を起こす、痛みのみ）
- ⑤ 骨 折 （単純骨折、複雑骨折、亀裂骨折、剥離骨折）
- ⑥ 脱 臼 （肩・肘・股関節・手足の指や関節がずれたり外れたりする）
- ⑦ 捻 挫 （靭帯・関節包の損傷）
- ⑧ 切 断 （手指・足指・四肢の切断）

2) 防止のための留意事項

- ・入所者の怪我にはさまざまな要素があるので、過去の怪我での症状、起きた場所、原因や誘因などをできるだけ把握しておく
- ・転倒による怪我を未然に防ぐよう配慮する
（スリッパ等の履物が滑りやすいか床が濡れたままになっていないか、躓きやすい段差はないか、歩行時のペアは適切か、寮舎内外の整理整頓はされているか、路面が凍結していないか等）
- ・入所者同志のトラブル防止
（人間関係を良好に保つよう配慮する興奮などの予兆を事前に把握して対応する、

寮内の雰囲気明るく穏やかに保つよう努める等)

- ・危険要素を取り除くべく、注意と配慮を怠らない
- ・危険箇所、危険物の点検と改善
- ・保護帽の着用など、大きな怪我を未然に防ぐための方策を取り入れる
- ・床の水滴れなど、思いがけないことが事故の原因になることもあるので、十分に注意を払う
- ・入所者のいる所には職員が必ず一名いるようにし、常に気を配り、目が届く体制をとっておく
- ・入浴時や衣服の着脱時などは、入所者の身体を直接目にする場面なので、異常の有無に十分気を配る

3) 怪我人が出たら

【救急処置】

◎外 傷

《止 血》

外傷後出血が多いときには

- ・まず傷口を清潔な布などで強く押さえます（直接圧迫法）。
この直接圧迫法を第一原則とします。
- ・または傷より心臓に近い動脈の止血点を手や指で押さえます（間接圧迫法）。
- ・さらに、腕や足の太い動脈が切断されたような場合には、傷より心臓に近い部位を3センチ以上の幅のある布やベルトなどできつく縛ります。このとき30分経ったら、1～2分結び目を静かにゆるめて血流を再開させます。

《洗淨・消毒》

傷が小さいときには、そのまま消毒します。

傷が土や汚い水などで汚染されているときには、特に丁寧に洗淨し、傷口に泥やガラス片などが付着していたら、ブラシなどで洗い落とします。牧場などで、家畜の破傷風が流行しているときには、破傷風の予防注射を追加するか、医師と相談して下さい。

◎打 撲

《頭部打撲》

入所者には、手足に麻痺があったり筋力が弱い人が多く、転倒したときに頭部を守る防御反射が十分にできないことがあります。

またてんかん発作で転倒する場合にも、意識を失っているため、全く防御態勢がとれないまま頭部を打撲することもあります。

このような場合、ちょっとした転倒でも予想外に大きな衝撃を頭部に受けることになります。

したがってこのような入所者には、なるべくヘッドギアをするなどして、頭部打撲にと

もなう障害を予防して下さい。

患者さんが転倒したりして頭部を打撲したときには、安静にして様子を観察して下さい。頭部を打撲した後で、すぐにいつもと変わらない状態に戻れば、まず心配はいりません。しかし、何ともなくても1～2日は静かに過ごさせて様子を見て下さい。

頭部を打撲後

- ・ぼんやりしていつもと様子が違う
 - ・嘔吐する
 - ・ふらついたり手足に麻痺が現われる
 - ・耳や鼻から血や水のようなものが出る
 - ・いったんは意識がはっきりしたのに、数日後に眠気が出るなど意識レベルが低下するなどの症状が見られれば、脳震盪や脳挫傷、頭蓋内出血などの疾患が考えられます。
- 速やかに医師の診察を受けて下さい。

(頸髄損傷)

ダウン症などの染色体異常では、頸椎の奇形をともなうことがあります。

このような患者さんでは、転倒した際に頸髄を損傷して、四肢の麻痺や、尿閉（膀胱直腸障害）などの症状が出る場合があります。

転倒後にこのような症状が現われたら、速やかに医師の診察を受けて下さい。

【応急処置】

患者さんを安静に保ち、意識レベルや呼吸、脈拍などのバイタルサインを調べます。

《胸部打撲》

胸部打撲では、皮膚など表面的には特に大きな外傷がなくとも、肋骨が骨折して肺や肝臓・脾臓などが破裂したり、気胸や血胸などを起こし、受傷後数日してから呼吸困難などを起こすことがあります。

患者さんを静かにして様子を見守り、呼吸などの様子がいつもと違うようなら医師の診察を受けて下さい。

《腹部打撲》

腹部の強い打撲により肝臓や腎臓、脾臓などに裂傷を負うことがあります。大きな事故の場合には、たとえ表面的な外傷がたいしたことはなくとも、医師の診察を受けて下さい。

◎骨折・脱臼・捻挫

骨折のときには、患部が変形したり、内出血で紫色に腫れるなどの症状があります。

脱臼とは、関節が損傷を受けて、関節がずれたり外れてしまった状態です。

捻挫とは、関節の靭帯が過度に伸びたり、断裂した状態です。

これらの病態はいずれも似かよった症状なので、必ずしも診断が容易でなく、レントゲン検査などを受ける必要があります。

患部を安静に保ち、医師の診察を受けて下さい。

12. 骨折予防のためのチェックリスト

移動・移乗

- 靴のサイズが合っていて、かかとを踏んでいない
- サンドルはさける
- 杖や歩行車、装具が適合している
- 杖先ゴムがすり減っていない
- 車椅子の乗車時は靴をはく（足を保護する）
- 足先が車椅子のフットレストから落ちていない
- 車椅子乗車時、手や肘が肘掛からはみでていない（良い座位姿勢）

食事（食堂）

- テーブルやいすが適切な高さである
- テーブルやいすのキャスターのストッパーをかける
- 床がすべらない

入浴（脱衣室・浴室）

- 床がぬれていない
- マットですべらない
- タイルにせっけん水が残っていない

トイレ

- 手すりが適切な位置についている
- 床がぬれていない
- 便器の高さが適切である

整容・洗面

- 洗面台の高さが適切である
- 洗面台の下がぬれていない

更衣（衣類・はきもの）

- 衣類の裾がからまっていない
- 脱げやす履物はさける
- 靴底がすり減っていない

援助全般

- 散歩時、援助者は入所者のまひ側を歩く（まひ側に転倒しやすい）
- 後ろから手を引かない、引っ張らない（上腕骨の捻転骨折をさける）

- 急がせない（少しの段差が転倒を誘因する）
- 正しい介助方法を身に付ける
- 入所者の人間関係を把握し、双方の所在を常に確認する
- 異変や事故の情報は速やかに連絡し、職員全員が共有する

住環境

- ドアの開閉に危険がない（出入り口での誘導方法を考える）
- 家具等が適切な位置にある（居室や廊下に障害物を置かない）
- ベッドの高さ、手すりの位置が適切である

【引用・参考文献】

- 1) 江草安彦監修. 重症心身障害者療育マニュアル. 医歯薬出版株式会社. 1998
- 2) BMIと肥満 [質疑応答]. 日本医事新報. No. 3991. 2000.
- 3) 大浦武彦, 中篠俊夫, その他. 特集・褥創のトータルケアをどうするか. Home Care Medicine. Dec. 2000.
- 4) 最新基本手技 A to Z. エキスパートナース. vol.10, No.6. 1994.
- 5) 田島脩作, その他. 高齢心身障害者の骨粗鬆症の対策に関する研究. 厚生省心身障害研究. 平成9年度(1997)
- 6) 箱崎昌子, その他. 慢性低体温を呈する中枢神経障害例の検討. 脳と発達 19. 1987.
- 7) 西村正明, その他. 重症心身障害児(者)における体温調節障害の検討—第2報. 脳と発達 24. 1992.
- 8) 疥癬の治療と感染予防対策 [質疑応答]. 日本医事新報. No.3963. 2000.
- 9) 老人保健施設における疥癬対策 [質疑応答]. 日本医事新報, No.3971. 2000.
- 10) 二階堂亨, 花岡卓二, 岡野昭. 重度精神薄弱者の医療管理に関する研究—胃、腸管系疾患のスクリーニングについて. 厚生省心身障害研究. 昭和55年度(1980).
- 11) 辻陽雄監訳. 腰痛のマネジメント (Managing Low Back Pain). 医学書院. 1990.
- 12) 片岡治. 腰痛の正しい知識. 南江堂. 1989
- 13) 厚生省障害保健福祉総合研究
「知的障害者施設における援助技術の体系化に関する研究」平成10年度研究報告書
主任研究者 手塚直樹
- 14) 平成7年度「老化等に関する調査研究」国立コロニーのぞみの園保護者会
心身障害者福祉協会国立コロニーのぞみの園
- 15) 中村隆一・斎藤宏 著「基礎運動学」第4版 医歯薬出版KK
- 16) 系統看護学講座23 「老人看護学」 医学書院
- 17) 木下安子・岩橋成子著 社会福祉専門職ライブラリー「介護技術」誠心書房
- 18) BMIと肥満 [質疑応答]. 日本医事新報. No. 3991. 2000.
- 19) 大浦武彦, 中篠俊夫, その他. 特集・褥創のトータルケアをどうするか. Home Care Medicine. Dec. 2000.
- 20) 最新基本手技 A to Z. エキスパートナース. vol.10, No.6. 1994.
- 21) 田島脩作, その他. 高齢心身障害者の骨粗鬆症の対策に関する研究. 厚生省心身障害研究. 平成9年度(1997)
- 22) 箱崎昌子, その他. 慢性低体温を呈する中枢神経障害例の検討. 脳と発達 19. 1987.
- 23) 老人保健施設における疥癬対策 [質疑応答]. 日本医事新報, No.3971. 2000.
- 24) 二階堂亨, 花岡卓二, 岡野昭. 重度精神薄弱者の医療管理に関する研究—胃、腸管系疾患のスクリーニングについて. 厚生省心身障害研究. 昭和55年度(1980).
- 25) 辻陽雄監訳. 腰痛のマネジメント (Managing Low Back Pain). 医学書院. 1990.

- 27) 片岡治 腰痛の正しい知識. 南江堂. 1989
- 28) 牛山武久「排泄の仕組みと排泄障害」民間社会福祉施設職員合宿研修会講義録 1993
- 29) 「痴呆性老人ケアマニュアル」 社会福祉法人 全国社会福祉協議会 1991
- 30) 「ケア用品情報レポート 第1号」「2号」(社)なら女性フォーラム 1993
- 31) 今村理一「高齢知的障害者の援助・介護マニュアル」 日本知的障害者愛護協会 1999
- 32) 「痴呆老人の介護テキスト」日本赤十字社 1992
- 33) 松下和子「家庭でできる介護のコツ」 エスエルタワーズ在宅ケア推進事業部 1996
- 34) 家庭看護の手引き 高崎・地域医療センター 1976
- 35) 日本コンチネンス協会 HP
- 36) 老人介護についての個人的HP
- 37) 長谷川和夫他「寝かせきりにしない家庭看護」 法研 平成5年12月1日
- 38) ファッションの20世紀 柏木 博 NHKブックス
- 39) 第三者委員・苦情解決ハンドブック 大國美智子編集 大阪府社協研修センター
- 40) 介護福祉養成講座13 介護技術 介護福祉士養成講座編集委員会編 中央法規出版
- 41) 「特別養護老人ホームにおける自立に向けた介護展開手順の手引き」 全社協
- 42) シルバー日吉の手作りマニュアル 社会福祉法人熊本南福社会 1997
- 43) 反怖勇他 介護技術に関する研究—あかしあ寮介護技術— 心身障害者福祉協会
平成8年12月10日
- 44) 心身障害者福祉協会編 利用者への援助についての基本姿勢 心身障害者福祉協会
平成10年7月1日

高齢知的障害者の援助の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

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報告

分担研究者 今村理一（みずき会）

研究協力者

横澤 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
（ベルホーム）

小野沢 昇
（こがね荘）

小野寺 清
（サンシャイン学園）

生川 善雄
（東海大学）

関口 恵美
（東京福祉大学）

玉井 弘之
（日本知的障害者福祉協会）

大久保常明
（日本知的障害者福祉協会）

〈要約〉

平成11年度の本研究によれば、施設で生活する60歳以上の知的（発達）障害者は約1万人であり、痴呆の出現頻度の高いとされている70歳以上の数は3,500人弱となっている。

本研究では、主として10年間の準縦断的検討の視点から、心身機能やADLの低下の著しい、中高齢知的障害者群の生活と健康のさし迫った実態を、高齢者処遇の視点から捉えた。

〈見出し語〉

- ・ 高齢知的障害者
- ・ ADL
- ・ 知的障害の原因
- ・ 介護度
- ・ 居住環境
- ・ 日中活動
- ・ 作業活動

I. はじめに

平成11年度の研究によれば、施設で生活する60歳以上の知的（発達）障害者は約1万人であり、巷間痴呆の出現頻度の高いとされている70歳以上の数は約3,500人弱となっている。

また、近年、知的（発達）障害者と痴呆との関連については、米国における Dr.Dalton や Dr.Janicki、我が国においても山崎（老年精神医学誌）、今村（痴呆介護誌）等が報告を行っている。今後の高齢知的障害者への対応を考えると、この課題は緊急の検討を要するものと考えられる。

遡るが、精神遅滞の加齢をテーマに本格的に調査分析の機会を得たのは、昭和58年であった。当時は、我が国においても漸く精神遅滞者の加齢への関心がみられ始めた時でもあった。調査研究は、当時の日本精神薄弱者愛護協会（現知的障害者福祉協会）の絶大な支援のもとに「精神薄弱者加齢の軌跡」としてまとめられ上梓された。省みると、その成果のひとつとして、精神薄弱者の加齢の実態は、「知能の遅れだけで、早期老化の要因にならない。残念ながら早期老化の態様を示す特殊要因のある人を除いては、精神遅滞の人達の各年代の変化のプロフィールは一般の人と殆ど変わらない」等が実証されたのであった。

その後、社会においては、一般の人々の寿命の延長が注目され、高齢者対策が具体的施策に変化していくなかでは、当然、精神遅滞の人達の寿命も延長し、各施設でもその対策に目を向けるようになった。我々は、その間に厚生省心身障害研究や日本老年社会科学会の場を借りて、精神遅滞の人達の加齢の実態やダウン症の人達の変化の動向等を発表し、また、日本知的障害福祉協会からは、平成5年に「高齢者精神薄弱者の日常生活援助技術」平成11年に「高齢者知的障害者の援助・介助マニュアル」を出版、発表も行った。

一方、近年、この人達の寿命の延長に伴って、痴呆を疑われる人達が散見されるようになった。

加齢に伴って、ヒトは知能の衰退と生活機能の低下を示すようになる。この「呆け」といわれる生活上の変化は、50歳前後から「ちょっとした物忘れ」を意識することから始まり、失見当識や記憶の障害は、少しずつだが、頻度を多くするようになり、やがて器質的な変化がみられるようになって、痴呆の診断となる。

さて、長い間、「精神遅滞者に痴呆はみられない」などの、ある意味で荒唐無稽なささやきを、更生施設職員等の一部で耳にしたことがあった。多分その理由は、生来のハンディキャップと痴呆のハンディの混合があったように思われる。しかしながら、漸く、70歳、80歳、90歳、の精神遅滞者が散見されるに及んで、明らかな心身機能の退行のなかで、痴呆と考えられる精神症状や行動がみられるようになった。アルツハイマー様変化診断の報告もある。失見当識や記憶の障害等の退行現象は、当然、一般の人々と同様、50歳前後あるいはその以前に精神遅滞の人達にも現れているはずである。しかも、その変化は加齢に伴っては、器質的な変化を背景にして、対数的な増加をみせるはずである。

本年の研究では、主として10年間の準縦断的検討の視点から、心身機能やADLの低下の著しい、中高齢知的障害者群の生活と健康のさし迫った実態を、高齢者処遇の視点から捉えたいと考える。

II. 研究の目的と概要

1. 研究の目的