

Title	福祉施設に通う知的障害者の体調不良を発見するための方策
Author(s)	日隠, 七重; 鈴木, 純恵
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2008, 14(1), p. 21-28
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56822
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

福祉施設に通う知的障害者の体調不良を発見するための方策

日隠 七重*・鈴木 純恵**

Measures to detect signs of medical problems of mentally deficient persons who commute to a welfare work activity center

Higakure N. *・Suzuki S. **

要 旨

知的障害者は自分の体調の変化を正確に表現することが困難な場合があるため、知的障害者の健康管理には施設職員の観察や判断が不可欠である。本研究において、知的障害者が通所している某作業所(福祉施設)の職員9名への半構造化面接を通して、その施設を利用している知的障害者の変調を早期に発見するための方策を明らかにすることを試みた。

その結果、職員は訴えない知的障害者の変調を早期発見するためには、まず、健康ファイルの活用等の6項目の手がかりをもとに対象者の通常の様子を把握し、対象者に起こりそうな変調を予測して関わっていた。次に、変調を発見した後、丁寧な問診と触診等の5項目の情報収集方法をもとにその原因を判断していたことが明らかになった。しかし、利用者のもつ障害の特異性などから変調の発見やその原因を特定することは困難であり、職員の経験をもとにした推察に頼るところが大きかった。そのため、経験の豊かさを異にする職員間の観察やアセスメントを共有することが重要であることが示唆された。

キーワード：知的障害者 (mentally deficient person)、体調 (health condition)、
方策 (measures)、福祉施設 (welfare work activity center)

I. はじめに

知的障害者は自分で体調の変化に気付き、それを言葉で正確に表現することが難しい場合がある。訴えが全くない人や、訴えがあっても、それが正確ではない人の体調の異常を見極めることは困難である。そのため、知的障害者の健康管理には施設職員の観察や判断が不可欠である。

福祉施設に入所または通所している知的障害者の長期にわたる健康状態の実態把握(生活習慣病の罹患率等)はすでに研究が進んでおり^{1)~3)}、それをもとに知的障害者の長期的な健康管理のための取り組みが各福祉施設で行われている⁴⁾。しかし、知的障害者の日々の体調不良を発見するための方策を体系化した研究は少なく、知的障害者の体調不良を発見するための気付きは、現場職員の経験に頼るところが大きいのではないかと考えた。長年知的障害者とかかわってきた職員は、経験を通して独自の観察ポイントを培ってきているのではないかと考える。

臨床実践に埋もれた知識を体系化しようとしたベナー⁵⁾は、「経験」をあらかじめ持っている考えや概念を実践する中で洗練することや検証することによって結果的に生じてくるものと述べている。そこで、本研究では「経験」を、「実践の積み重ねからの学び」と定義し、施設において専門家である職員が獲得してきた「経験」に着目した。知的障害者の体調管理を行ってきた職員にインタビューを行い、知的障害者の体調不良を発見するための方策を明らかにすることを試みた。

II. 目的

本研究では、訴えない知的障害者の体調不良を施設の職員が早期発見するための視点や方策を明らかにすることを目的とした。

III. 用語の定義

本研究において、職員の面接を通して、職員が知的障害者の体調の見極め検討を、通常の状態、通常とは違う状態(変調)、異常な状態に分けて行っていた。そこで、これらの用語を以下のように定義した。

1. 通常の状態

WHOによると、健康とは「完全なる肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない」⁶⁾とある。

知的障害者の中には先天的あるいは後天的に身体障害や精神障害、疾病を合併しているケースがある。今回はそのような障害を「健康でない状態」とはせず、その人にとって安定した状態を「通常の状態」とする。障害や疾患の悪化や、新たに疾病が生じることを「健康でない状態」と定義する。

2. 変調

変調とは、通常とは違う状態である。NANDA (North American Nursing Diagnosis Association; 北米看護診断協会)では『「…の変調altered』という言葉が漠然とした変化しか表していない』⁷⁾とある。そこで、本研究では変調を健康状態の変化と同義として使用し、良い変化、悪い変化のどちらの可能性もあることとする。

3. 異常

異常とは、「通常とはちがっていること。……▽好ましくない意を込めて使うことが多い」⁸⁾である。ここでは、健康状態について、異常というときは、単に通常と違うというだけでなく、確実に何か悪い状態が存在していることを表わす。また、病気の診断までに至らないような、日常の体調の悪化(例えば疲労からくる発熱)についても「異常」とする。

4. 気分

気分とは、「精神生活の全般を彩る感情状態である」⁹⁾である。本研究の中では、知的障害者の変調は彼らの行動や表情の変化から判断されていた。つまり、職員が利用者の異常を発見したときは、可視的な変化から異常か、もしくは単なる気分の変化なのかを職員は見極めていた。そこで、本研究では気分を健康状態に関係のない気持ちと定義する。

IV. 方法

1. 研究対象

研究対象は、某知的障害者通所授産施設(以下作業所)の職員9名であり、男性3名、女性6名であった。作業所の職員は全員で24名(男女比1:1)であり、作業所への通所者は18歳から61歳(平均年齢35歳)までの知的障害者(以下利用者)54名(男女比1:1)であった。知的障害の程度はほとんどが療育手帳でA(重度)判定と認定されていた。作業所では障害の内容や程度、作業への適性から作業グループを4つに分けられていた。作業グループは、①1日戸外労働班(1日中戸外で主

に花壇の植え付けや公園清掃に従事するグループ)、②1日戸外・室内労働班(その日の体調に合わせて戸外と室内の作業を選択して取り組むグループ)、③1日室内労働班(1日中室内で主に内職の仕事をするグループ)、④半日室内労働班(半日だけ内職の仕事に取り組み午後はレクリエーションをして過ごすグループ)であった。

2. データ収集・分析

作業所職員に対して半構造化面接を行った。利用者の生活や作業所での取り組み、職員の活動の実際を知るため、面接を行う前にその作業所において約2ヶ月半、週1回ボランティアとして職員や利用者とかかわりを持った。その中で、施設の方針や利用者の障害の主な内容と程度を把握した上で面接に臨んだ。

質問内容は事前に被面接者に文章で伝達した。以下に質問内容を示す。

- (1)利用者の体調管理のために気をつけていること。
- (2)体調の変化に気付くために注意していることがあるか、またそれは何か。

(3)それぞれの利用者に起こりやすい症状や罹患しやすい疾患を把握して、そこに重点を置いて観察しているか。

(4)「あのときの利用者の言動は体調不良を訴えていたのか。」と後になって気付いたことはあるか。

作業所と被面接者の同意を得て面接内容は録音し、逐語録として文章化した。利用者や職員、作業所が特定されないよう配慮することを約束し、面接の中途拒否の自由を保障した。データ分析は、逐語録から利用者の体調管理に関する内容を抽出した。次に、これらの内容の類似性により分類・抽象化し、カテゴリー化した。さらに、カテゴリー内の共通性をそのカテゴリーの表題とした。分析の客観性は研究者間で研究の全過程を共同で検討することにより確保した。

V. 結果

1. 被面接者の背景

被面接者の背景を表1に示した。面接時間は一人平均約40分であった。場所は作業所内の空き部屋を利用し、1対1で行った。

表1 被面接者の背景

	性別	年齢	職種	経験年数	職務
1	女性	40代	看護師	病棟4年・当施設8年目	全体の健康管理
2	男性	30代	一般職(社会福祉主事)	当施設10年目	1日室内労働班班長
3	男性	20代	一般職(社会福祉士)	当施設4年目	1日戸外労働班班長
4	男性	30代	一般職 (社会福祉士・介護福祉士)	当施設5年目	1日戸外労働班職員
5	女性	30代	一般職(教員免許所有)	当施設8年目	1日戸外・室内労働班班長
6	女性	30代	一般職(ヘルパー)	重度知的身体障害者施設3年 当施設2年目	半日室内労働班職員
7	女性	20代	一般職(無資格)	当施設3年目	1日室内労働班職員
8	女性	20代	栄養士	当施設3年目	給食の献立と調理
9	女性	20代	調理師	当施設4年目	給食の調理

2. 訴えない利用者の変調を早期に発見するための手がかり

知的障害や身体障害のために変調を自覚することや、自発的に訴えることができない利用者の変調を発見するための手がかりを分析した結果、6つのカテゴリーに分類することができた(表2)。以下に6つのカテゴリーについて詳述する。

1) 通常の様子を把握した上で通常との違いから変調に気付く

ほとんどの職員が、利用者の様子を「いつもとちょっと違うな」と感じることから利用者の変調に気付いていた。つまり職員は、利用者が通常と違う行動をとることは、体調不良や精神的に不安定になっていることを言葉で表現できないために生じていると考え、通常とは違う行動から利用者の異常に気付くことが多かった。職員が利用者の通常とは違う行動に気付くためには、利用者の通常の様子を把握する必要があった。通常の様子を把握するための手段としては、①家族との面談、②家庭訪問、③経験豊富な職員からの情報収集、④定期的なバイタルサインズの測定、⑤声かけに対する反応、⑥表情、視線、⑦作業への集中力、⑧食事時の利用者の様子、⑨排泄の状況、⑩月経期間中であるか否かの観察を行い、利用者に関する情報を収集していた。

2) 壮年期特有の健康問題、原疾患から注意すること、起こりやすい症状の把握

利用者の身体問題の一つとして、30～40歳以降に急激に身体機能が低下するケースが多いことが述べられていた。例えば、ダウン症で心疾患や身体障害を重複する障害者は、40歳代で状態が悪化し、亡くなるという転帰をとることが多いこと

を職員は経験していた。また、立って歩いていた人が、急に膝が悪くなり、立つことができなくなる人もいた。あるいは、突然低体温になることや、さらに、元気で明るく活発に運動していたのに、ある日から関節が硬直して曲がらなくなり、寝たきりで話すことさえできなくなってしまうこともあったことが述べられていた。職員がダウン症に起こりやすい合併症を資料にまとめて学習会を行い、作業所全体で利用者を見守るようにしていた。

また、30～40歳という壮年期は、一般に発達段階の特徴として、家族が病気で入院や死亡することを経験することの多い時期である。利用者にとっては、それまで世話をしてくれていた家族が入院して家庭内の家族構成が変化すると、作業への集中力がなくなることや、便失禁頻度が増えることなどにみられるように、精神的な不安定さが生じることもあった。

集団活動や他者とのかかわりが苦手な利用者もいるため、そのような利用者に対しては、できるだけ一人で集中して作業に取り組むことができるようなスペースを作るよう配慮していた。また、ある作業に強いこだわりがある利用者に対しては、こだわりに固執しすぎてパニック状態に陥り、発作を起こすことがないように作業内容の調整についても配慮していた。

3) 健康ファイルの活用

健康ファイルは利用者が作業所の利用を始める際に、あらかじめ家族や本人から障害の内容や疾

表2 訴えない利用者の変調を早期に発見するための手がかり

1)	通常の様子を把握した上で通常との違いから変調に気付く
2)	壮年期特有の健康問題、原疾患から注意すること、起こりやすい症状の把握
3)	健康ファイルの活用
4)	家族やグループホーム職員との連絡帳を通じた情報交換
5)	職員会議や職員間の連携による情報交換
6)	物的環境や人的環境の変化、季節や天気の変化

患、生活の様子、出生歴や生活歴を確認したものをまとめたものである。作業所で生活を始めてからは、作業所での健康診断の結果や、医療機関の受診の結果を記載していた。また、作業所で発作などが起き、病気になったときはそのことも記載していた。発作の型は年々変化していくので、発作の状況を記録することで、より重症化していることなどを経年的に確認することができるようにしていた。

4) 家族やグループホーム職員との連絡帳を通じた情報交換

毎朝利用者が来所すると、職員が必ず連絡帳に目を通していった。家庭やグループホームでの利用者の様子や生活を連絡帳で確認することで、その日の利用者の状態を把握し、起こりうる変調を予測しながらかかわっていた。例えば、連絡帳を通じて睡眠不足や食欲不振を伝えてもらうことで、職員がその利用者を特に気をつけて観察するきっかけとなっていた。帰宅時には、職員から家族やグループホーム職員に注意してほしいことを連絡帳で伝え、家庭やグループホームでも利用者の変化を見落とすことを防いでいた。

5) 職員会議や職員間の連携による情報交換

一部の職員だけでは利用者の生活を常時見守ることができないため、職員全員で利用者の様子を観察し、情報を共有することで常に利用者の変調に気付くことができるようにしていた。また、経験豊富な職員のアセスメントを共有することで新人職員のスキルアップにつなげていた。

6) 物的環境や人的環境の変化、季節や天気の変化

利用者は生活環境の変化や季節・天気の変化に敏感で、体調を崩すことや、発作を起こしやすくなるので、住環境・気象の変化や家族構成に変化があったときには注意して利用者の様子を観察していた。また、工事の音で気分を悪くすることや、予定していた時間通りに物事が進まないときに変調をきたす人もいたので、そのような点にも配慮しながらかかわっていた。

3. 利用者の変調の原因や漠然とした訴えの内容を判断するための情報収集方法

利用者の変調に気付いた後、その原因を判断するときの方法を5つのカテゴリーに分類することができた(表3)。以下に5つのカテゴリーについて詳述する。

表3 利用者の変調の原因や漠然とした訴えの内容を判断するための情報収集方法

1)	計測による情報収集(バイタルサインズの測定)
2)	家族やグループホーム職員との連絡、情報交換
3)	作業所での生活全体の観察 <ul style="list-style-type: none"> ・一人の職員だけでなく、他の職員の観察した様子を聞く ・昼食時間や休み時間などの仕事以外の時間の様子を観察する ・作業所に来る前の時間からの症状を確認する ・その時の様子だけでなく、1日かけて様子を観察する ・それまでの経験に基づき利用者の表情や行動の変化を観察する
4)	丁寧な問診と触診
5)	過去の病歴や症状から考えられる仮の判断

1) 計測による情報収集(バイタルサインズの測定)

利用者の訴えを客観的に判断するために、訴えや通常と違う行動が見られれば、必ずバイタルサインズの測定を行っていた。

2) 家族やグループホーム職員との連絡、情報交換

利用者に何か訴えがあったときや、何か通常と違う行動をとったときは、その原因を探るために家庭やグループホームに連絡して何かきっかけがなかったか確認していた。家庭と作業所では様子が違う利用者もいるので、家庭と密に連絡をとり、利用者の言動の意味の把握に努め、異常の表出かどうかについて判断していた。また、変調や訴えはあったが他に異常がなく、特に問題なく作業所で過ごすことができたとしても、連絡帳で作業所での様子やバイタルサインズを伝え、家庭での注意を促していた。

3) 作業所での生活全体の観察

利用者から体調不良の訴えがあったがバイタルサインズに異常がなく、特に原因となる症状が見当たらないときは、その訴えが気分的なもの(例えば、仕事をしたくないから休みたい)から出ているのか、本当に異常の表出なのかを判断するために、仕事場面だけでなく食事中や休み時間など他の場面の様子も観察して判断していた。同時に、いつから体調が悪いのかなど、一日かけて訴えの原因が何であったのか見極めていた。また、職員一人の観察だけでなく、他の職員からもその利用者の様子を聞いて確認していた。

利用者は自分の言葉で異常を説明することが難しいので、職員が利用者の生活をよく観察しておく必要があった。例えば、作業中の事故については、利用者からの訴えがないこともあるので、目に見える怪我がない場合は職員が事故自体に気づかない可能性もある。そのため、職員は利用者の安全を守るために生活全体に目が行き届くよう配慮していた。

4) 丁寧な問診と触診

利用者は言葉だけで症状をうまく説明すること

が難しく、「しんどい」という言葉がどこのどのような不調を訴えているのか明確でないことが多いことが述べられていた。また、利用者が身体の部位を言うときに、言葉で正確に表現できないことがあるので、実際に指を差してもらったり、職員が体に触れることで確認をしながら話を聞いていた。利用者の表現力には限界があるので、その話をよく聞き、触診して訴えの内容を確認する必要があった。

5) 過去の病歴や症状から考えられる仮の診断

利用者の表情や行動が通常と違うとき、それが体調不良によるものか、気分が落ち込んでいるためのものか、判断するためには、職員がその利用者とのかかわりの中で蓄積してきた情報をもとに行っていた。利用者から何か訴えがある時や、利用者に変調があった時は、過去の病歴や症状を振り返って原因やその後起こりそうな事態を予測していた。訴えの原因として考えられる仮の診断を班職員と一緒に複数立てて、利用者のその後の様子を観察しながら原因を特定していた。経験がなければ判断できない部分はあるが、アセスメントを職員同士が互いに伝え合うことで、観察の視点や判断するための情報を引き継いでいた。

VI. 考察

利用者の体調不良を早期発見する方策としては、まず、「訴えない利用者の変調を早期に発見するための手がかり(表2)」から利用者の変調に気づき、次に、「利用者の変調の原因や漠然とした訴えの内容を判断するための情報集取方法(表3)」をもとに変調の原因を特定しようとしていることが明らかになった。

「障害を持つ人たちは自分の体調の変化を見つけそれを表現するということが大変下手です。」¹⁰⁾とあるように、知的障害を持つ利用者にとっては自分の体調の変化に気づくことすら困難な場合がある。そのような利用者の変調にいち早く気づくためには、「『いつもと違う』ことの発見は『いつもの様子』をよく知っていることが不可欠な前

提になります。それはその人のキャラクターを始め、その人の表現の癖、健康的な癖(中略)も含めて知っているということです。」¹¹⁾とあるように、「訴えのない利用者の変調を早期に発見するための手がかり(表2)」の視点を常に考慮しながら利用者とかかわる必要があることが示された。しかし、利用者は年齢も性別も障害の程度も合併症もさまざまであり、利用者全員に共通して使用できる変調発見のための枠組みというものはない。このことから、利用者の体調不良を早期発見する上で、まず「変調に気付く」こと自体が困難であるということが言える。一般の入院患者などは、すでに体調不良を自分で自覚して表出したことで治療が始まる。また、自分の症状をうまく説明することが困難な小児であっても、小児医学や小児看護学の知識の体系化が進展したことで、乳幼児健診などによって異常の早期発見がより容易になってきた。しかし、利用者の場合は一人一人の通常の状態や特徴、生活環境を十分に把握した上で、変調が起きる可能性を予測しながら職員が変調や異常に気づく必要があることが明らかになった。

二つ目の困難さは、利用者の変調のサイン自体が本当に体調不良の訴えなのか単に仕事をしたくない思いから出ているものなのかを判断することが難しいということである。変調に気付いても、その原因の特定が困難であるということは、「利用者の変調の原因や漠然とした訴えの内容を判断するための情報収集方法(表3)」からも明らかである。利用者の変調の原因を判断するためには、利用者から得られる限られた情報の中で職員の推察に頼る部分も大きい。そのため作業所では職員同士が連携し、情報やアセスメントを共有することで、個々の職員の力量によって利用者への対応に差が出ないようにしていた。

次に、利用者の変調の原因を正確に判断するには、より多くの情報を集めて考察していく必要がある。そこで、職員同士が持っている情報を共有することは、変調の原因を特定するために必要であることが明らかになった。しかし、多くの情報

が集まっても、経験の少ない職員では、その情報から原因を特定するアセスメント力や利用者の通常の全体像の把握が不十分であることが予想される。そこで、利用者の変調の原因を判断するとき、経験豊富な職員のアセスメントを共有し、観察の視点や判断するための方策を職員間で引き継ぐことで、経験の浅い職員のスキルアップにつなげることが可能であった。利用者の体調管理を行うために、経験豊富な職員から、新人職員への知識の伝授は重要であることが示唆された。

VII. 結論

- 1) 訴えのない利用者の変調を早期発見するためには、6項目からなる手がかりをもとに職員や家族が連携して利用者働きかける必要があった。またこれらの手がかりから、利用者の通常の様子を把握し、起こりそうな変調を予測して関わっていた。
- 2) 利用者の変調を発見したあと、5項目からなる情報収集方法をもとにその原因を判断していた。利用者から得られる情報に限界があるという点で、原因の特定は大変困難であり、職員の経験をもとにした推察に頼るところが大きかった。
- 3) 1) 2) の方策により、現状では、すべての職員が同レベルで利用者の特徴を把握することや、利用者の変調に気付くことは困難である。そのため、経験豊富な職員の観察項目やアセスメントを共有することで利用者の変調を早期に発見し、原因を特定していくことが必要であることが示唆された。

VIII. 本研究の限界

本研究は一施設を対象とした調査であるため、施設利用者の障害の程度や、施設に求められる役割が異なる場合は明らかになっておらず、一般化するには限界がある。

IX. 引用・参考文献

- 1) 有馬正高(1999): 厚生科学研究費補助金(障

害保健福祉総合研究事業) 知的障害を持つ人達の健康障害の実態と対策に関する研究平成10年度研究報告書. 16

- 2) 長瀬博文, 大下喜子, 大宅顕一郎, 岡澤孝雄, 中村裕之, 荻野景規 (2000): 知的障害児施設入所者の健康状況と課題. 北陸公衆衛生学会誌, 27 (1), 37-42
- 3) 福田吉治, 庄野昌博, 二塚信 (1996): 健診成績からみた精神薄弱者の健康状況. 民族衛生, 62 (6), 339-347
- 4) 伊藤眞恵, 平博幸, 朝倉福美, 平谷美智夫 (1999): 知的障害児施設「足羽学園」における健康管理の実践活動—福井県小児療育センターを中心とした医療機関とのネットワーク作り—. 小児の精神と神経, 39 (2), 129-134
- 5) パトリシア ベナー (1992): ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー. 第一版, 医学書院, 東京, 1-33
- 6) WHO (1946): 1951年官報掲載; (注: 第14回 (1999年) 厚生科学審議会研究企画部会議事録には、WHOにおいて、1946年に出された定義について、近年spiritualな側面が加えられたが、わが国ではまだ検討途上であるため、今回は前出の定義を用いた)
- 7) NANDAインターナショナル: NANDA看護診断—定義と分類 2003-2004 (2003). 第一版, 医学書院, 東京, viii
- 8) 新村出編: 広辞苑 (1998), 「異常」の項. 岩波書店, 東京, 140
- 9) 見藤隆子・小玉香津子・菱沼典子編 (2003): 「気分」の項. 看護学事典. 第一版, (株)日本看護協会出版会, 東京, 137
- 10) 健康へのアプローチ—施設職員医療ハンドブッカー (1996). 第一版, 日本知的障害者福祉協会, 東京, 10 - 11
- 11) 前掲書 10), 4