

## 排泄に関する課題への援助

### 1. 標題：排泄習慣が身についてきた事例

[事例番号 1022]

### 2. プロフィール

性別：男                    年齢：42歳                    IQ：測定不能  
入所年月日                : 昭和46年6月25日  
成人施設在所期間：27年（在宅の後、16歳で入所）  
精神遅滞の原因        : 分類不能

### 3. 生活課題の概要

家庭は農家であり、父母が畑作業の間は鍵のかかる部屋に閉じこめておくか、畑に連れて行って自由に遊ばせていた。本人は畑や土間に座り込んで土遊びをして過ごすことが多かった。排泄をはじめとする基本的な生活習慣は習得されていなかった。

家庭ではオムツを使用し、トイレで排泄することは全くなかった。入所と同時にオムツをはずし排泄指導を開始した。しかし、入所後も一日に何度も寮舎の外に出て、手で土を掘り返す遊びをしながら大小便の失禁をする状態をくり返していた。

### 4. 援助を要する状況

- ①排泄習慣が全く習得されてなく、大小便ともタレ流しの状態である。
- ②トイレで排泄した経験がないため、洋式便器に座るといことができず、嫌がってすぐに立ち上がり出ていこうとする。
- ③在宅時の生活状況に起因して、外で土遊びをしながら便失禁するということがパターン化している。一日に2～3回の便失禁をすることも珍しくない。排泄物を手で弄ぶという不潔行為も認められる。

### 5. 個別目標と設定理由

#### 個別目標

- ①職員の誘導にしたがってトイレに行く。
- ②ズボンとパンツを下ろしてトイレに座ることに馴れる。
- ③トイレで排泄するということを少しずつでも意識化する。
- ④失禁で身体や衣類を汚したままでは不快であり、身体をきれいにしたり清潔な衣類を身につけることが快適であることを肌で感じるようにする。
- ⑤徐々にトイレで排泄できるようにする。

#### 設定理由

幼児期より基本的な生活習慣の適切な訓練の機会が与えられてない。特に排泄に関しては、大小便ともタレ流しの状態であり、外で土遊びをしながら便失禁をするという悪い習慣が固着している。

## 6. 実際の援助場面での手法・手順

- ①職員が手を引いたり、「トイレへ行こう」と声をかけてトイレへ誘導する。
- ②ズボンとパンツを下ろして、一定時間トイレに座ることに馴れさせる。その間、職員が側に付き添って、本人が立ち上がったたりすると肩を押さえたりして座らせる。
- ③ズボンとパンツは膝下まで下ろす。両足を十分に開いて便座に腰をおろす。両手は便器の両側にある手すりを握らせ、やや前傾姿勢をとらせる。
- ④側に付き添い指導にあたる職員は、「おしっこをしよう」「うんちは？」と言葉をかけて排便を促す。また、職員が「ウン」<sup>①</sup>と声をだして、本人が腹部に力を入れて息むことを模倣学習させる。
- ⑤腹部に刺激を与え腸の蠕動運動を促すため、腹部のマッサージをする。
- ⑥帰省時には、家庭でも洋式の簡易トイレを利用して排泄させるように保護者の協力を得る。
- ⑦本人とのラポートをとり言葉への理解を進めるため、職員ができるだけ遊びの相手をする。
- ⑧失禁した場合は、すぐに身体を洗い更衣をさせて清潔に保つ。そうすることで、快と不快、清潔にすることと不潔な状態のままいることの違いを感覚として覚えさせていく。
- ⑨トイレを清潔に保つため清掃に努めるとともに、便座の冷たい感触を感じなくても済むように肌触りの良い布地で便座カバーを作るなどの工夫をして、排泄指導のための環境を整える。
- ⑩排泄記録表をつけて、排泄状況を把握し指導に生かす。

## 7. 援助過程における再評価・見直し

### ①入所2年後の再評価・見直し（昭和46年～47年）

入所と同時にオムツを外し排泄指導を開始したが、はじめはトイレに座ることさえ嫌がり、すぐに立ち上がって出て行こうとするような状況であった。職員がついているとある程度の時間は、トイレに座っていることが徐々にできるようになった。

便器で排尿することが少しずつできるようになったが、依然として尿失禁が多い。

きわめて少量の便をトイレですることがあったが、それは偶然的なものであるとしか評価できない。

ときに、職員が付き添って長時間トイレに座らせ、声をかけたり、腹部をさすったりして排便を促しても排泄がない。もう排泄しないだろうと職員が諦めて指導をやめると、その直後に土遊びをしながら便失禁を多量にしていることがしばしばであった。

一月に30回程度の便失禁があり、多い時は一日に5回便失禁をしている。また、自分の排泄物を手で弄ぶという不潔行為もあった。

トイレで排泄するという観念が芽生えるにはほど遠い状態である。

### ②入所4年後の再評価・見直し（昭和48年～49年）

この時期は、徐々に排泄指導の効果が認められるようになってきた。まず、排尿がトイレでかなりできるようになってきた。少量の便を偶然するという状態から、何回かに一度は普通量の便をトイレでするようになってきた。

職員が声をかけなくても自発的にトイレに入り、座っている姿を時々見かけるように

なった。失禁した後、自分でズボンとパンツを脱ぎトイレに行くこともある。失禁した時の不快感を感じるようになり、トイレという場所と排泄という行為の結びつきが意識化されてきたのではなかろうか。しかし、便失禁の回数は依然として多い。

### ③昭和50年以降について

この時期は、排便に関してははっきりとした指導効果が認められる。昭和50年以降、年を追うごとに便失禁の回数が減り、トイレで排便できるようになった。トイレに座ると短時間で排泄するようになった。自分でトイレに座って「ウン、ウン」と声を出して息んでいることもある。排便した後、トイレットペーパーを持って職員のところに来て、おしりを拭いて欲しいという意思表示をすることもあった。トイレで排泄することが意識化されたきたと評価できる。

帰省中も、家庭の和式トイレでなく、洋式の簡易トイレを使用して排泄することができ、かなり失禁が防げたという保護者からの報告があった。

また、職員の方も排泄記録をみると本人の排泄時間がだいたい予測できるようになり、タイミングよく働きかけることができるようになった。

## 8. 援助の結果

最重度の知的障害者であり、なおかつ適切な排泄訓練を受けてこなかったという理由から長い年月を要したが、排泄に関しては入所当時の状態が想像できないほどの顕著な改善が認められる。現在、一人で園内を徘徊したりしている時に、トイレに間に合わず尿を漏らしていることはあるが、便失禁はない。

排泄以外の面でも、着衣や靴を履くこと、手を洗うこと、職員のまねをして洗濯物をたたむことやモップを使って廊下を拭こうとすること、あるいは遊びの広がりなどの面での成長が認められる。

〔年度別の便失禁率の比較〕

年 度	S 46	S 47	S 48	S 49	S 50	S 51	S 52	S 53	S 54	S 55	H 5	H 9
大便の失禁率	96.9	97.7	88.9	データなし	61.7	35.8	36.6	16.1	10.4	5.9	0.0	0.0

(注) 失禁率は、大便失禁の回数を大便の全排泄回数で除算し、100を乗じたもの。したがって、失禁率の単位は、パーセントである。

## 9. 考察

一般的に、重度の知的障害者は排泄習慣が確立していない人が多い。知的障害という障害自体に起因して排泄に関係する心身の諸機能が未発達な状態にあるという理由が第一に考えられる。さらに、本人を見守るだけでも大変であり、とても排泄指導どころではないという状況があるのが偽らざるところであろう。訓練をしても指導効果がなかなか上がらなくなれば、オムツに頼ろうとする気持ちも分からないではない。

しかし、重度の障害を持つ人であっても、一人の人間として社会と関わってより良い生を送るためには、排泄をはじめとする基本的な生活習慣を可能な限り習得していくことが大切である。特に排泄習慣は、人が社会化していくための第一歩であり、欠くことのできな

い事柄である。そういう意味では、障害が重ければ重いほど排泄についての適切な訓練や指導が、幼児期から始められなければならない。

この事例は、一つの寮（25名を一単位とする生活の場）で排泄指導を実施した7名の内の一人についてまとめられたものである。この事例も知的障害の状態が重い人である。一日に2度も3度も便失禁をくり返すこともしばしばあり、職員は一日中失禁の処理に追われるという状態であった。失禁のために寮内は悪臭がしたりして、生活環境にも大きな影響があった。

長い年月にわたってくり返され、固着してしまった望ましくない行動や習慣を変えることは容易なことではない。この事例の一番のポイントは、長期的な目標を見据えながら段階的指導を根気よくくり返していったことにつきる。

排泄指導を開始した後の1～2年は相変わらず失禁が続き、表面的にはほとんど効果があがらなかったように思える。しかし、最初のこの期間こそが次の段階につながる大切な時期だったのではないだろうか。つまり、この時期に援助者と本人との人間関係が培われたり、トイレと排泄という関係が意識化されていくということが徐々に進み、排泄指導を受け入れていくための本人側の心的態勢が育っていったのであろう。

そのことは、直接目に見える形で表れてこないが、この時期に援助者側が目標を見失わず、長期的な視野に立って忍耐強く働きかけていったことがその後の成果につながっていると考える。

**本事例のプログラムの特徴は、**細分化した排泄動作に基づいて段階的な指導を実施したこと、単に排泄に対する直接的な指導にとどまるのではなく、本人とのスキンシップやコミュニケーションをとることをはじめとして生活の各場面で全人的な働きかけをしたことである。

## 排泄に関する課題への援助

### 1. 標題：夜尿症の改善を図る

[事例番号 1024]

### 2. プロフィール

性別：女 年齢：50歳 IQ：15

入所年月日：昭和47年2月24日

成人施設在り期間：24年（不就学、16歳で知的障害児施設入所、その後授産施設を経て現在の施設に入所）

精神遅滞の原因：周産期低酸素症

### 3. 生活課題の概要

日中は、自分でトイレにいったり排泄し特に問題はない人である。長年に渡って夜尿起しを続けてきた。夜尿起しは午前0時頃に実施していた。一時期は2回夜尿起しをしていたこともある。

しかし、夜尿起しをしても年平均40回程度の夜尿があった。夜尿をしてしまった朝は、職員の指示に従って汚れた衣類やシーツを洗濯物置き場に運んでいたが、ぼつの悪い情けないような表情を浮かべていた。

職員や他の入所者から、「〇〇さん、またおしっこしたの！」「布団が濡れちゃったよ」という言葉がかけられ、本人にとってはつらい状況があったと思われる。

夜尿起しが必ずしも夜尿を防ぐことにつながっておらず、本人の気持ちの中にも夜尿をすることが悪いことであるという意識を芽生えさせ、精神的なストレスをもたらしている様子がうかがえる。

### 4. 援助を要する状況

①年平均40回程度、多い時は一晩に2回の夜尿がある。

②夜尿起しを継続してきたが、必ずしも良い結果に結びついていない。

③平成4年頃までは、夜尿で濡れた衣類を自分のタンスの中にしまい込むということがあった。

しかし、平成5年頃からはそのような行動もなくなり、衣類を自分で着替えると濡れたシーツや衣類はひとまとめにしてベッドの脇に置いておくことができるようになった。

④起床後、職員の指示に従って濡れた衣類やシーツを運ぶ本人の表情は、ぼつの悪い情けないような表情が観察された。

⑤夜尿をしてしまった朝は、職員や他の入所者から叱責や非難を含んだ言葉がかけられ、本人の精神的なストレスになっていることが推測される。

### 5. 個別目標と設定理由

個別目標

- ①夜尿症を改善する。
- ②夜尿をしてしまった朝は、とても悪いことをしたという本人の意識があるので、その気持ちの解消を図る。
- ③熟睡できるようにする。

#### 設定理由

- ①夜尿起しをしても夜尿症が改善されず、かえって逆効果になっているのではないか。
- ②夜尿をしても叱られたりしない、夜尿は自分が意識してしていることではないから悪いことではないということを理解させたい。
- ③夜尿起しのために熟睡感が得られなかったり、本人のストレスになり精神的に萎縮させているのではないか。

## 6. 実際の援助場面での手法・手順

- ①夜尿起しを中止する。夜間は起こさないからぐっすり眠るように本人に伝える。
- ②職員は、夜尿をしても叱らないということを本人にはっきりと伝える。夜尿をしなかった時は褒める。
- ③他の入所者にも、本人が夜尿をしても非難しないように働きかける。
- ④敷き布団が濡れないように、夜尿用シートを用いる。
- ⑤就床前に必ずトイレに行くように働きかけ、排尿をすませることを習慣化する。
- ⑥夜間に目が覚めた時は、トイレに行くように言葉をかける。
- ⑦夜尿をした時は、自分で濡れた衣類を片づけ布団は外に干すことを確実に身につけさせる。

## 7. 援助過程における再評価・見直し

- ①夜尿症の改善についての問題提起と援助方法の見直し（夜尿起しの中止）
  - ・日中の排尿は特別の場合を除いて問題がないので、膀胱の機能には異常がないと考えられる。
  - ・夜尿をして一番つらい思いをしているのは本人自身である。職員が夜尿したシーツ等の処理をする回数が多くなっても良いと考えれば、たとえ夜尿回数が減らなくても大きな問題はないのではないか。
  - ・長年にわたって実施してきた夜尿起しを見直し、夜尿起しをしなくても夜尿をしなくなる機会を与えてみたい。
  - ・職員が、叱らず、あせらず、夜尿をしなかった時は誉めることで夜尿が改善するのではないか。
  - ・夜間の尿の産生を抑制する抗利尿ホルモンは、夜尿起しをしない方が分泌が良くなり、夜尿が減るのではないか。（参考文献より）
- ②夜尿起しを中止してから半年後の再評価・見直し
  - ・夜尿起しはしないと本人に伝えたが、ニコニコ笑っているだけで特別の反応はなかった。
  - ・夜尿起しを中止した平成7年7月からの6か月間の夜尿回数は、むしろそれまでの平均夜尿回数よりも減ってきている。

- ・今まで午前0時に夜尿起こしをしていたため、職員が夜間に見回りに行くと、その足音や気配で目を覚ますことが頻繁に見られた。目が覚めた場合は、トイレに行こうと声かけをした。
- ・「焦らず、叱らず、褒める」を実践したことで、本人の精神的変化があったことが考えられるが、推量の域をでない。行動面では夜尿が減った以外は特別の変化は認められなかった。

### ③夜尿起しを中止してから一年後の再評価・見直し

- ・夜尿回数が1年間（平成7年7月～平成8年6月）で27回、月平均2.25回であった。最も夜尿が多かった月が平成8年2月で6回、平成7年8月は夜尿が0回であった。月によって偏りがあったが、全体的には良好であった。
- ・午前0時頃、目を覚ますことが多かったが、時間の経過とともに目を覚ますことが少なくなり、熟睡できるようになってきた。
- ・精神面においては、表情が明るくなり積極性がでてきた。
- ・夜尿した時の本人の行動は特別の変化はなかった。

## 8. 援助の結果

夜尿起しを中止することが、良い結果に結びつくかどうか確信が持てなかったのが正直なところである。しかし、実際に夜尿起しを中止するとともに精神的なサポートを行うことで夜尿回数は減ってきた。

夜尿起しをしていた時は、夜間に自分で目覚めてトイレに行くということがなかった。

しかし、夜尿起しを中止してからは、夜間に自分で起きてトイレに行くという自発的な行動が認められるようになった。

夜尿を中心とした援助の方法や本人に対する周囲の姿勢の変化により、自己表現や積極性が認められるようになった。具体的には、ディルールの隅にいて孤立的な状態から、他の入所者と一緒にコタツに入って過ごせるようになった。また、自分の思いや要求を積極的に言葉に出すようになった。散歩に誘っても、気が進まないときは「いや」とはっきり意志表示することが見られるようになった。

〔夜尿回数の比較〕

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	年合計
10年間平均	3.5	5.7	3.7	2.7	2.2	3.9	4.0	2.6	2.7	3.2	3.2	2.8	40.2回
平成7年度	4	5	7	2	0	2	1	1	2	2	6	3	35回
平成8年度	1	4	3	1	0	1	1	1	1	2	1	2	18回
平成9年度	0	1	2	0	1	0	0	3	1	0	0	3	11回

注：1 「10年間平均」は、昭和60年度から平成6年度までの10年間の月別夜尿回数の平均値である。

2 平成7年7月から、夜尿起しを中止し援助方法を変えた。

## 9. 考察

自分の意志で調節できるものを随意的な排尿と言い、自分の意志で調節することのできない排尿を不随意的な排尿という。夜尿は後者にあたる。一般に5～6歳をすぎても、夜間睡眠中に不随意的に排尿し、下着や寝具を汚す状態を夜尿と言う。

夜尿症を原因別に見ると色々なタイプがあるが、主なものは次のとおりである。

- 1) 心理的要因によるもの・・・心理的なストレスが自律神経系に影響を及ぼし、排尿中枢の働きを乱している場合。例えば、小学校に入学したことがストレスになり、途端に夜尿をするようになる子供の場合がこれにあたる。
- 2) 膀胱機能の未熟によるもの・・・膀胱の括約筋を自分の意志で制御できるようになって随意的な排尿が可能になる。これに反して膀胱機能が未熟であり、勝手に収縮してしまい、尿が出てしまう場合である。
- 3) 尿産生リズムの障害によるもの・・・尿の産生を調整するのが抗利尿ホルモンである。成人では、この抗利尿ホルモンは、日中に少なく夜間睡眠中に多く分泌され、夜間の尿産生を抑制する。夜間睡眠中の抗利尿ホルモンが十分に産生されないと、日中とほぼ同様の多量の尿が産生され、夜尿につながる。
- 4) 泌尿器科系の異常によるもの・・・尿路系の感染症や奇形、膀胱内圧の異常などが夜尿に関係していることがある。

上記のような文献情報を参考にしながら この事例の夜尿についての援助方針を見直す作業を進めた。その結果については7. 援助過程における再評価・見直しの①に記述したとおりである。

この事例の第一のポイントは、長年にわたって実施してきた夜尿起しに疑問を持ち、本人の立場に立って援助方針を思い切って見直した点である。実際、施設の直接処遇現場では、今までの援助方針に何の疑問も抱かず十年一日のごとく、従来のやり方をそのまま踏襲しているということが往々にしてある。そして、これを見直し変えていくということは勇気と決断力と多大なエネルギーを要することである。

**本事例のプログラムの特徴は**、本人の気持ちを良く理解し、本人に対する職員の接し方を変えたこと、つまり職員が「あせらず、叱らず、褒める」ことを基本姿勢として本人に安心感を与えていったこと、職員だけでなく他の入所者の本人に対する言動にも配慮をしながら、心理的にサポートをしたことである。

そういう実践の中から得た結論として、夜尿の問題は本人の生活のほんの一部分の要素にすぎないこと、夜尿をして一番つらく悲しい思いをし不安な気持ちでいるのは当の本人であることを職員集団が共感的にとらえていることを特筆しておきたい。





慮する。

②定時排泄を徹底し、トイレで排泄することを定着させる。

トイレにつれていくことから始めて、言葉かけにより、自らトイレで排泄することを促す。

## 7. 援助過程における再評価・見直し

①医療的なケア

側彎症矯正のための訓練を開始する。

職員によっては、訓練中の放尿便はみられない。意識的に使い分けしているように見える。

骨粗鬆症への対応

著しい偏食。家庭では麺類、汁掛けご飯が中心であった。入所後、様々な試みがなされたが、大きな変化はない。歯が3本のみのため、咀嚼できないことも要因である。

②生活場面での見直し

集団生活の経験が全くなかったため、どの程度集団生活への適応が図られているのか常に見直しを行うこととした。

③記録の整理

排便場所や量の確認など、健康管理に関連する事柄を中心に記録した。

## 8. 援助の結果

①衣類 母親の手作りの衣類に形状が近かった下着のパンツやズボンは比較的早く受け入れたが、形状の異なるかぶり物のシャツやトレーナーなどはハサミで切っけたり、必死で脱ごうとしたりと激しい抵抗が見られた。どの衣類でも初めは激しい拒否行動を見せるが、結局最後には受け入れている。

結果として、入所5カ月目には1部受け入れができない衣類があるものの、ほとんど全て既成の衣類へと移行することができた。

②排泄 定時排泄誘導を徹底した結果、入所3日目に和式便器に立ち姿勢にて排尿があり、入所1カ月には自らトイレへ行き排尿するようになった。排便に関しては、両足を揃え尻を突き出すという変形姿勢のため無理のない洋式便器の使用につながった。その結果入所48日目に初めて洋式便器での排便が見られ、入所2カ月目頃には定時排泄時の援助により、排尿管ともトイレでの排泄が可能となった。

## 9. 考察

幼少期に習得すべき基本的な生活習慣が、家庭環境の中では培われなかったようである。

41歳という本人の年齢から、学習を中心とした援助プログラムを組むことは難しくなっている。両親も望んでいる健康の維持や反社会的な事柄への援助が、今後も中心になると考えられる。

着衣や排泄をはじめとする偏った基本的な生活習慣は、本人の強い好奇心によって予想外に早く改善された。もともと適応力や学習能力は高かったと思われる。

本事例のプログラムの特徴は、以下の点に視点をおいて、課題に取り組み改善を図った

点である。

- ・入所直後より早期の対応をする。
- ・衣類は、受入れ状態を確認しながら段階的に導入する。
- ・排泄は、洋式・和式の選択肢を用意する。
- ・遊びに対しては、柔軟な対応をする。

## 排泄に関する課題への援助

### 1. 標題：便秘改善事例

[事例番号 2106]

### 2. プロフィール

性別：男                      年齢：56歳                      IQ：測定不能  
入所年月日                      : 昭和46年9月21日  
成人施設在所期間：26年  
精神遅滞の原因                      : 出産時の機械的損傷（推定）

### 3. 生活課題の概要

在宅時から慢性便秘があり、1週間に1回ぐらいの排便であった。毎朝、母親が薄い食塩水を飲ませていたが、効果はなかった。毎晩パンツを見て、少しでも汚れていると、母親がそばについて和式便器で排便をさせていた。

入所後も同様に排便間隔が長く、また排便時間にも30分～1時間もかかっていた。和式便器から洋式便器になったことも影響して、便秘はさらにひどくなり、毎日排便するように促しても自力で排便することが難しくなった。医師から巨大結腸症<sup>[注1]</sup>との診断を受け、緩下剤の投与と浣腸を行うように指示を受けた。しかし、浣腸でも排便がないこともあり、摘便<sup>[注2]</sup>の処置を受けたり、また腸閉塞の症状を呈して(46歳時)施設内の診療所入院し、保存的治療を受けたこともあった。

[注1] 巨大結腸症（または巨大結腸症候群）：結腸が異常に拡張した状態の総称で、先天性のものと後天性のものがある。慢性の便秘、拡張した結腸内に多量のガスや糞便の貯留などが認められ、重症の場合は(麻痺性)腸閉塞をきたすこともある。

[注2] 摘便：手指を用いて、直腸内の便を取り出すこと。

### 4. 援助を要する状況

- ①巨大結腸症により排便間隔・時間が長く、またしばしば浣腸に頼って排便を行っている。
- ②腸閉塞の症状を呈して、入院治療を受けたことがある。

### 5. 個別目標と設定理由

個別目標

「毎日自力で排便する」

設定理由

浣腸に頼らずに毎日自力で排便する習慣をつけることによって便秘を改善し、腸閉塞に至らないようにする。

### 6. 実際の援助場面での手法・手順

①排便状況を確認するために、記録用紙を作成して記入した。

②定時排泄の徹底を図るため以下のように決め、職員に周知させた。ア)トイレへの誘導時間を毎日の夕食後とする、イ)使用する便器は決まったものにする、ウ) (嚮?)方法を一定にする。

なお、毎日の定時排泄の誘導・介助は、その日の決まった勤務時間帯の職員が行うこととした。

③和式便器ではいやがらずにスムーズに排便することがわかったので、洋式便器の使用をやめて和式便器を使用するようにした。

④巨大結腸症について診療所で緩下剤の投与を受け、食事は米飯と軟菜(きざみ食)に変更した。定期的検査(腹部X線単純撮影)も引き続き受けている。また腹囲の測定、腹部マッサージ、腹部に多量に貯留したガスの排泄の促進(本人を仰臥位にして、股関節と膝関節を曲げて、膝を腹部に押しつけるようにして圧力をかけると、ガスの排泄が見られる:以下「ガス抜き」と言う。註)を行い、便秘の改善とガスの排泄を促した。更に散歩などの運動も積極的に日課に取り入れた。

[注] 肛門からチューブを挿入してガスを排泄させる、狭義の医療的なガス抜きとは別である。

## 7. 援助過程における再評価・見直し

### ①医療的ケア

定期的検査(腹部X線単純撮影)、腹囲、「ガス抜き」や浣腸の状況に応じて、緩下剤の調整を行った。

### ②生活場面での見直し

・適度な運動量を確保するため、午前中に約2キロメートルの歩行を日課として行った。

・本人が使いやすい和式便器で定時排泄ができるように、環境を設定した。

・本人に声をかける機会をなるべく多くし、コミュニケーションの改善を図った。

### ③記録の整理

「記録表」を作成して毎日の排便状況を把握し、状況に応じて診療所との連携が円滑に行くようにした。なお、定時排泄の誘導や介助は夕食後に行って記録し、引き継ぎを確実にした。

## 8. 援助の結果

X線像では、相変わらず結腸に多量のガスと便の貯留が見られ、依然として緩下剤の投与を受けている。しかし、毎日自力で排便できるようになり、また排便に要する時間も短縮された結果、浣腸に頼らなくてもよくなり、以前に比べて健康的な生活を送られるようになった。

更に、和式トイレだけでなく洋式トイレも使えるようになり、自分で選べるようになった。

## 9. 考察

便秘は排便の回数が著しく減少し、本人が不快感や苦痛を感じるばかりではなく、重症の場合は腸閉塞にいたって生命的危険に及ぶこともある。

本事例に見られる便秘は慢性の頑固な便秘で、排便の間隔が著しく長く、また排便自体にも長時間を要し、これらの症状はすでに在宅時から見られた。

入所後に巨大結腸症との診断を受け、持続的な緩下剤の投与、食事内容の変更、腹部の定期的X線撮影などの医療的ケアを受ける一方、寮舎でもしばしば浣腸を行い、浣腸でも排便の便のない場合は摘便の処置を受けた。この間に腸閉塞の症状を呈し入院治療を受けるなど、受診回数が多くなった。

その後、先に述べた医療的ケアに加え、寮舎においても、ア)本人が長年使い慣れた和式便器を使用するように統一する、イ)定時排泄の徹底を図る、ウ)腹部マッサージと「ガス抜き」を行う、エ)適度な運動量を確保する、オ)定期的に腹囲を測定するとともに、排便の記録用紙を作成・記入して指導員間の引き継ぎを確実にし、また緩下剤を調整する際の参考資料になるように診療所にフィードバックする、カ)コミュニケーションの改善を図るために、なるべく本人に声をかける機会を多くするなどの援助を行った。

巨大結腸症自体は根本的な治療はないし、また現在も緩下剤を服用しているという状況に変わりはない。しかし、これまで述べた寮舎での長期間にわたる援助と診療所との連携の結果、排便習慣が確立し、浣腸に頼らずに「自力で排便する」という目標は達成され、さらに排便に要する時間も短くなり、また受診回数も減少し、本人の QOL が向上した。

**本事例のプログラムの特徴としては、以下の点が挙げられる。**

①排便指導の統一と徹底

便器の選択、定時排泄に関する誘導方法と職員および時間の設定、なるべく本人に声をかけるなどのコミュニケーションの改善

②排便状況と腹囲の把握と記録、および診療所へのフィードバック

記録表の作成と記入、寮舎内での確実な引き継ぎ、診療所への連絡

③医療的ケアの持続と補助的医療的ケア

食事形態の変更、緩下剤の持続的投与、定期的X線検査；診療所  
腹部マッサージ、「ガス抜き」、適度な運動量の確保；寮舎

## 歩行機能回復への援助

### 1. 標題：機能訓練による諸機能の維持・増進とその援助過程について

[事例番号 2090]

### 2. プロフィール

性別：男                    年齢：36歳                    IQ：45  
入所年月日                : 昭和45年11月27日  
成人施設在所期間：27年  
精神遅滞の原因        : 不明

### 3. 生活課題の概要

1歳8か月の時、真性てんかんの診断を受ける。2歳7か月無熱性脳炎に罹り1か月入院生活を送る。その後けいれんが頻発する。左手が不自由、言語も不明瞭となる。小学校は1年就学猶予を経て入学するが、多動といたずらのため登校停止となる。このころより医療機関での投薬が始まる。9歳の時施設へ入所し、以来27年間生活する。その間、てんかん発作の頻発で機能低下がみられ、全身硬直、アキレス腱短縮、下肢血行障害などで自分で歩行することができなくなり、車椅子（自分で操作はできない）の生活となる。また、横になって寝ていることが多いため、便秘や床ずれもみられる。

### 4. 援助を要する状況

日常生活動作は、機能の低下にともない全面的な介助を必要としている。特に横になって過ごすことが多いため、便秘や床ずれがみられ健康面にも悪い影響を与えている。機能低下－車椅子（全面介助）－運動不足（虚弱）－機能低下（内科疾患）というように益々悪循環となる。

### 5. 個別目標と設定理由

#### ①個別目標

車椅子から歩行器へ、歩行器から自立歩行へ

#### ②設定理由

段階的に改善することにより、より豊かな生活ができるよう援助する。

### 6. 実際の援助場面での手法・手順

- ①ゆったりとした時の流れに生活のリズムを合わせたリハビリテーションのメニューを取り入れて行う。
- ②整形外科医師による身体各部の機能の検診（機能低下の要因）を行う。
- ③理学療法士による訓練プログラムの作成と訓練開始。  
マッサージ、ストレッチ、寝返り、座位、立位、ひざ立ち、歩行訓練
- ④受容と承認、賞賛と励ましを繰り返し、安心と信頼関係を深める。

- ⑤各分野（整形外科医師、精神科医師、理学療法士、マッサージ師、母親）との連携を密にする。帰省期間は母親の協力・援助をお願いする。
- ⑥援助者としてのあり方を認識する（職員の意識改革）。

## 7. 援助過程における再評価・見直し

### ①機能訓練開始

- ・筋肉の短縮、拘縮に対しストレッチによるゆるやかな訓練を開始する。
- ・施設の玄関、階段を身体を支えられて昇降できる。

### ②意欲低下

- ・意欲が低下して居眠りが多い。居室で起立中に転倒し後頭部裂傷する。
- ・寝ていることが多くなり、下肢血行障害、右腸骨部の褥瘡、左くるぶし潰瘍、便秘による痔（出血）がみられる。身体状況により訓練が進まない。

### ③訓練の見直し（組み替え）

- ・日課は園外活動を中心とする。外的刺激を多く取り入れる。
- ・行動意欲を促す。

（平成7年度）

	午 前	午 後
前期	・車椅子で移動する（介助） 車（ドライブ）ー農村広場グラウンド （車椅子で景色を楽しむ）	・マッサージ・ストレッチ中心の訓練 ・健康面のチェック
後期	・車椅子で移動する（介助） 車（ドライブ）ー農村広場グラウンド （車椅子使用せずベンチで過ごす）	・マッサージ、ストレッチ、寝返り、座位、 立位、ひざ立ち、ベランダ・廊下歩行 ・左足を湯であたためる
備考	膝から崩れ落ちることが多い（調子の良い時と悪い時の差がある）	

（平成8年度）

	午 前	午 後
前期	・介助歩行で移動する 車（居室から車まで歩行）ー 農村広場グラウンド（駐車場からベンチまで移動）*階段歩行可	・専門マッサージ師によるマッサージ ・ふれあいスポーツプラザのプール、平行棒 を使用しての訓練



後期	・歩行器で移動する 車（歩行器）――農村広場グラウンド（駐車場からベンチまで歩行）	・歩行器を使用して長距離歩行 （園から1キロメートル）
備考	・旅行等にも参加できるようになる ・2月より週末帰省（母親へ協力要請） ・食欲安定 ・調子の悪い日がなくなる	

（平成9年度）

・移動はすべて自力歩行です。

	前 期	後 期
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グラウンドの階段昇降</li> <li>・グラウンドの150～200mの往復歩行</li> <li>・ふれあいプラザ（週1回）でのエアロバイク、歩行訓練</li> <li>・週1度の長距離歩行（1 Km30分）</li> <li>・一週おきに一時帰省（月～金の夜間のみ）、昼は母親とともにグループに参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グラウンドの350～400mの往復歩行</li> <li>・ふれあいプラザ（週1回）でのエアロバイク、歩行訓練</li> <li>・週1度の長距離歩行（約2 Km）</li> <li>・一週おきに一時帰省（月～金の夜間のみ）、昼は母親とともにグループに参加</li> <li>・施設内は概ね自力歩行できる</li> </ul>
備考	・一泊キャンプに参加する	

## 8 援助の結果

本人の状態を把握し、専門分野との連携と助言のもとに機能訓練を開始した。その結果、自力歩行ができるようになった。同時にいままでみられた床ずれや足の血行障害、痔、などの健康面の悪いところも解消した。表情も豊かになり生活に潤いがでてきた。

## 9 考察

本事例は、放っておけばますます機能低下が進み、寝たきりの状態になることが懸念されたため、本人の持っている潜在能力（残存機能）を引き出し、機能訓練を中心としたプログラムで自力歩行を可能にした事例である。

訓練開始当初、意欲がなく怪我をしたり、身体の不調があつて訓練ができないなどプログラムが遂行できず、状態も一進一退を繰り返した。そこで、専門分野と連携のうえ訓練

プログラムの変更を行った。外的刺激を多くする、意欲を促す、賞賛と励ましをする、他施設の訓練設備・器具を活用する、母親に協力してもらうなどのハード・ソフト面からの援助を展開した。徐々に表情も豊かになり歩行訓練も意欲的に行うようになった。自分で歩けるようになった結果、虚弱体質も改善されそれまでにあった疾病も治癒した。

車椅子から歩行器、歩行器から自力歩行へと段階的に援助を行い、3年間の機能訓練で、目標が達成できた。

**本事例のプログラムの特徴は、潜在能力の発揮を目標として、心身両面の積極的な援助を行い、好結果を得、生活の充実が図られたものである。**

- ①本人の状態の把握と積極的なアプローチ
- ②専門分野との連携と助言による機能訓練プログラムの作成及び実践と評価
- ③日課の見直し、短期目標・長期目標の設定
- ④家庭との連携（母親の協力）
- ⑤職員の援助への意識改革と専門性の向上
- ⑥受容と承認、賞賛と励ましによる信頼関係の結果、安心と安定した生活が得られた。

施設の役割のひとつとしてリハビリテーションの機能を持たねばならないといわれている。入所者が主体的な充実した生活を送ることができるよう、積極的な援助を行うことが施設に求められている。この事例は入所者のニーズに応じて施設内外の資源を積極的に活用したことにより、好結果につながった。

## 歩行機能回復への援助

### 1. 標題：リハビリテーション実施により脳梗塞発症後の廃用症候群が改善した事例

[事例番号 2119]

### 2. プロフィール

性別：男                      年齢：70歳                      IQ：14  
入所年月日                      : 昭和47年3月17日  
成人施設在所期間：26年  
精神遅滞の原因                      : 出生後脳感染症

### 3. 生活課題の概要

本事例は、多発性脳梗塞発症後、その後遺症による麻痺と加齢に伴う運動能力の低下により歩行不能となり車椅子生活となった。車椅子生活から廃用症候群となり、さらに心身の機能低下が著しくなり、日常生活動作は食事動作以外は全面介助となった。

廃用症候群により、手足の関節拘縮や筋肉の萎縮また疼痛がみられ、仰臥位・座位・立位などの基本動作が不可能となり、介護度は増大していった。特に排泄動作の困難は、本人・寮職員ともに負担が大きく、寮生活に多大な影響を及ぼしていた。

このため、廃用症候群によるさまざまな障害の改善と介助の軽減を目的に、リハビリテーションを実施し、援助を行った。実施するにあたり、寮側の理解と協力が必要であり、緊密に連絡をとりながら機能訓練を進めていった。

歩行不能の状況に対する本人のショックと落ち込みや車椅子生活をきっかけとする安静による非活動の状態から、徐々に廃用症候群が進んだものと考えられる。

### 4. 問題状況

- ①廃用症候群による全身におよぶ関節拘縮や筋萎縮が重度である。
- ②寝たきりの状態となったことで、ほぼ全面介助の日常生活となった。

### 5. 個別目標と設定理由

個別目標

- ①リハビリテーションを実施して、廃用症候群による障害の改善を図る。
- ②運動機能の回復をさせ、自立を目指した介助を行えること。

設定理由

- ①廃用症候群による関節拘縮や筋萎縮が重度で、運動機能の低下が著しい。  
体力が低下している上、膝関節の屈曲がひどく、立位が不可能である。
- ②日常生活での介護度が増大し、介助の軽減の必要性が出た。

### 6. 実際の援助場面での手法・手順

- ①整形外科医により機能訓練開始の指示がでる。

その医師の指示をもとに機能訓練を開始する。

②機能の開始にあたり、本人の運動機能等の評価を行い、訓練プログラムを作成、実施する。ケースカンファレンスを行い、他の専門スタッフから本人についての資料や情報を収集する。

高齢とともに合併症があり、リスク管理を充分に行いながら進める。

初期評価の他、定期的に中間評価を行い、プログラムの検討と修正を行う。

③機能訓練の開始。理学療法・運動療法・作業療法を組み合わせ、並行して用いる。

全身の機能低下の改善には、運動療法により全身の耐久性の強化を図る。

手足・体幹の拘縮には、温熱療法や関節可動域訓練・関節の運動・ストレッチを行い、末梢循環の改善や鎮痛、またその予防と治療をする。

座位・立位などの基本動作の改善には、座位訓練・立ち上がり訓練・立位訓練を行う。

④指導員・作業療法士・理学療法士・医師とのチームワークによって、重度知的障害者へのリハビリテーションをより効果的に進める。

## 7. 援助過程における再評価・見直し

①H9年2月 機能訓練の開始時に初期評価を行う。

運動機能（関節可動域・基本動作）・日常生活動作の評価を行う。

機能訓練プログラムを作成し、機能訓練を開始する。

・1日1回各1.5時間、月曜日から金曜日の午後に実施する。

・訓練室の雰囲気慣れてリラックスした状態を引き出す。

・了解性が高いので、やさしく声かけをしながらプログラムの説明をする。

・寮にとって、初めて全介助の入所者をかかえ、介助の方法についての戸惑いが見られた。そこで、機能訓練を進めるとともに、寮に対し、主に移乗動作時のより良い介助方法を説明し、協力を求める。

・住環境については、介助しやすいように、手すりやベッドの位置を変更してもらった。

②H9年5月 機能訓練の中間評価を行う。

・拘縮がやや改善し、全身の関節可動域が広がり、仰臥位が可能となった。

・平行棒でのつかまり立ちが可能となり、5分～10分保持できる。

・筋萎縮がやや改善され、腹ばい位（腹臥位）が可能となった。

・全身の体力が向上し、耐久性がついてきたため、プログラムを継続する。

・毎日の機能訓練に慣れて、リラックスして行えるようになった。他の入所者との交流もうまれ、笑顔が増え、また発語が多くなった。

③H9年8月 ケースカンファレンスを行う。

・中間評価の結果を、ビデオを用いて具体的に説明することで、機能訓練の様子を確認する。同時に介助の方法についての検討を行う。

視覚的に機能訓練開始時と6ヶ月後の状態を、共通の場で把握することにより、実的な検討や情報交換ができ、寮との連携がとりやすい。

④H9年8月 平行棒内での歩行が可能となる。

・普通の椅子上で、自力での端座位（腰かけ位）保持が可能となった。