

在宅療養高齢者に対する便秘の病態に沿った排便ケアの実践戦略の確立
ー訪問看護師の実態とジレンマの解析に基づく提案ー

研究代表者 小藺江一代 (わくわく訪問看護ステーションおやま 管理者)
共同研究者 太田 秀樹 (医療法人アスムス 理事長)
柿沼亜希子 (訪問看護ステーションオリーブ 管理者)
江戸 英雄 (元 花と森の訪問看護ステーションペンギン 管理者)
阿部 智子 (訪問看護ステーションけせら 管理者)
吉田美香子 (東北大学大学院医学系研究科 准教授)
松本 勝 (東京大学大学院医学系研究科 特任講師)
真田 弘美 (東京大学大学院医学系研究科 教授)

要旨

本研究では、訪問看護を利用する成人療養者において排便ケアの実態を明らかにするために、訪問看護ステーション 9 施設において、1～2 日間の調査日に訪問した 20 歳以上の療養者全員を対象に、基本属性と当日に行った排便ケアに関する調査紙調査を行った。対象者 283 名（年齢平均 80.6 歳、要介護度 4-5：47%）において、下剤内服者は 159 名 (56.2%)、排便を受けた者は 68 名 (24%) であった。排便を受けなかった 214 名のうち 6 名 (2.8%) は、調査当日に直腸診を受けていた。排便を受けた 68 名では、直腸診を排便の前に受けたのは 37 名 (54.4%) であり、45% の患者は直腸の便貯留が確認されないまま排便を受けていた。また、要介護 3 以下でトイレに行ける可能性があるが排便を受けた患者は 6 名 (9.8%) 存在した。これらのことから、その人の持つ力を生かした排便の自立に向けたケアが行われにくい実態が明らかとなり、便秘の種類の同定や排便の必要性の判断できる非侵襲的な身体内部の観察技術が望まれる。

キーワード 排便ケア、尊厳、ジレンマ、便秘

1. 研究の背景と目的

培ってきた文化のなかで受け入れられる排泄の場所（便所）や方法（便器に座って排泄し、身繕いをして外に出る）で最期まで自立して排便し、尊厳を持つことは誰しもが願う望みである。しかし、在宅療養者（以下、療養者）の多くは、認知機能や運動機能の障害により、自らの力で排泄をすることが困難になることがある¹⁾。例えば、認知機能の低下により直腸に便が流入してもそれを便意と認識できないため、排便へと行動を移せないことがある。また、例え、便意を感じても身体機能の障害により自

らの力でトイレに移動できなかつたり、十分な腹圧がかけられないことで便をしっかり排出することができないなどの問題が生じる。そのため、大腸の輸送機能障害による排便回数減少型便秘のほかに、機能性便排出障害による排出困難型便秘も増加するといわれており²⁾、療養型病棟に入院中の寝たきり高齢者の約 7 割は直腸性便秘であるとの報告もある³⁾。

直腸に便が長時間にわたって貯留すると、便性状が硬くなり、より一層、高齢者の力だけで排出できなくなるだけでなく、便が大量に溜ると腸管が引き延ばされ虚血状態になり壊死や破裂などの問題を生じることがある。そのため、療養者において、便秘の種類が弛緩性便秘・直腸性便秘のどちらか、あるいは混合型であることを適切に見極め、病態に適した排便ケアを行うこと重要である。

通常の便秘ケアは、「①便秘の同定」後に、「②便秘の種類と原因の評価」、「③病態に沿ったケア」という一連の過程を行う。しかし、寝たきりや認知症など、自ら症状を訴えられない療養者では問診ができず、適切な「①便秘の同定」や「②便秘の種類と原因の評価」が困難である。特に、訪問看護では毎日 24 時間の排便をモニタリングできるわけではないため、療養者や家族からの報告と、その場のフィジカルアセスメントでは十分なアセスメントができない。そのため、「③病態に沿ったケア」がされず、療養者は、直腸に便が貯留にしていなくてもかかわらず摘便を受けたり、刺激性下剤の過剰投与による下痢や便失禁を経験するといった現状が起きている⁴⁾。さらには、便秘が改善できないばかりか、便秘が解決されずに症状が悪化し腸閉塞を起こすことがある。

このように、訪問時はいつも摘便を繰り返し、便秘予防や排便の自立につなげられないことに対して、多くの看護師がジレンマを抱えているといえる。しかし、在宅における便秘の有病率や、摘便などの処置の実施件数を調べた先行研究⁵⁾はあるが、訪問看護師がどのくらいの時間をかけ何に注意して便秘のケアを行っているのか、排便ケアに対してどのような認識をもっているのかといった排便ケアの実態や、その現状を変えるための方策を検討した研究はない。

そこで本研究では、訪問看護を利用する成人療養者において排便ケアの実態を調査し、アセスメントやケアをよりよくするための方策を検討することとした。

2. 研究方法

1) 研究デザイン・セッティング、調査期間

研究デザインは横断研究であり、首都圏近郊の訪問看護ステーション 9 施設において、1～2 日間の調査日を設定し、2018 年 7 月～9 月に調査を行った。

2) 対象

訪問看護を利用する 20 歳以上の成人療養者全員を対象とし、除外基準は設けなかった。

3) 調査方法

設定した調査日に訪問した対象者に対し、基本属性と当日に行った排便ケアに関して、訪問看護師が調査票に回答した。

4) 調査項目

(1) 基本属性

障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、要介護認定、主疾患、訪問看護で普段提供する医療処置

(2) 排便状況

下剤の有無と種類、排便状況の情報収集内容と観察方法、看護師による便秘の有無の判断

(3) 便秘ケア

当日提供された排便ケアの内容、看護師が当日行った便秘のアセスメントと排便ケアに関する自信

5) 倫理的配慮

本研究は東京大学医学部倫理委員会の承認を得て行った。

3. 研究結果

1) 対象者の概要（表 1）

調査対象日に訪問した対象者は、283 名（年齢平均値（範囲）：80.6（26-102）、要介護度 4-5：40.7%）であり、約 3 割の対象者は排便ケアの目的で訪問看護を利用していた。

2) 排便状況のアセスメント状況（表 2）

最も多く集められている排便に関する情報は、排便の有無（95.8%）、便性状（76.3%）、排便頻度（70.3%）、食事摂取量（70.0%）であった。これらの多くは、問診により情報収集されており（90.8%）、排便日誌の利用は 18.0%であった。

3) 排便状況（表 3）

下剤内服者は 159 名（56.2%）であったが、看護師が便秘を有していると判断していた者は 93 名（32.9%）のみであった。下剤の多くは塩基性下剤の使用であった（120 名（42.4%））。排便を受けた者は 68 名（24.0%）であった。

表1. 対象者の属性

	n=283	2回目 (n=293)
年齢	80.6 ± 13.5(26-102)	80.2 ± 13.9(20-103)
性別 (女)	163 (57.6%)	186 (63.5%)
障害高齢者の日常生活自立度		
自立	25 (8.8%)	15 (5.1%)
J1～A2	96 (33.9%)	99 (33.8%)
B1～B2	84 (29.7%)	86 (29.4%)
C1～C2	73 (25.8%)	82 (28.0%)
認知症高齢者の日常生活自立度		
自立	70 (24.7%)	67 (22.9%)
I～IIb	139 (49.1%)	135 (46.1%)
IIIa～	60 (21.2%)	74 (25.3%)
無回答	14 (4.9%)	17 (5.8%)
要介護認定		
該当なし	17 (6.0%)	20 (6.8%)
要支援	13 (4.6%)	11 (3.8%)
要介護1	39 (13.8%)	35 (11.9%)
要介護2	48 (17.0%)	54 (18.4%)
要介護3	35 (12.4%)	45 (15.4%)
要介護4	50 (17.7%)	47 (16.0%)
要介護5	65 (23.0%)	68 (23.2%)
主疾患		
老衰	20 (7.1%)	10 (3.4%)
脳血管疾患	43 (15.2%)	54 (18.4%)
神経難病	23 (8.1%)	17 (5.8%)
認知症	48 (17.0%)	55 (18.8%)
その他	136 (48.1%)	119 (40.6%)
訪問看護の目的 (複数回答可)		
点滴	18 (6.4%)	14 (4.8%)
疼痛管理	9 (3.2%)	6 (2.0%)
人工栄養	21 (7.4%)	13 (4.4%)
褥瘡	34 (12.0%)	43 (14.7%)
排便	85 (30.0%)	94 (32.1%)
排尿	28 (9.9%)	32 (10.9%)
呼吸器管理	23 (8.1%)	24 (8.2%)
リハビリ	100 (35.3%)	100 (34.1%)

表2. 排便のアセスメント方法

n=283	
情報収集内容（複数回答可）	
排便の有無	271 （ 95.8% ）
便性状	216 （ 76.3% ）
排便頻度	199 （ 70.3% ）
食事摂取量	198 （ 70.0% ）
水分摂取量	195 （ 68.9% ）
腹部膨満感	184 （ 65.0% ）
便量	177 （ 62.5% ）
腹痛	94 （ 33.2% ）
下剤の内服状況	81 （ 28.6% ）
食形態	74 （ 26.1% ）
便失禁	70 （ 24.7% ）
排便困難	66 （ 23.3% ）
便意	63 （ 22.3% ）
残便感	60 （ 21.2% ）
身体活動量	57 （ 20.1% ）
排便場所	44 （ 15.5% ）
排便姿勢	21 （ 7.4% ）
情報収集方法（複数回答可）	
問診	257 （ 90.8% ）
腹部聴診	249 （ 88.0% ）
腹部触診	209 （ 73.9% ）
便の観察	71 （ 25.1% ）
排便日誌	51 （ 18.0% ）
直腸診	43 （ 15.2% ）
エコー	8 （ 2.8% ）

表3. 調査1回目における排便状況 (n=283)

	n(%)
下剤（あり）	159 (56.2%)
塩基性下剤	120 (42.4%)
大腸刺激性下剤	51 (18.0%)
膨張性下剤	0 (0.0%)
上皮機能変容性下剤	6 (2.1%)
漢方	7 (2.5%)
排便状態	
便秘	93 (32.9%)
下痢	9 (3.2%)
問題なし	164 (58.0%)
不明	8 (2.8%)
排便ケア（複数回答可）	
摘便	68 (24.0%)
浣腸	37 (13.1%)
座薬	10 (3.5%)
トイレ誘導	5 (1.8%)
排便姿勢	3 (1.1%)
腹部マッサージ	75 (26.5%)
温電法	19 (6.7%)
水分摂取	282 (99.6%)
食物繊維	282 (99.6%)
運動	27 (9.5%)
リハビリ	17 (6.0%)
排便の習慣化	17 (6.0%)

3) 便秘の種類別による排便ケアの違い

今回の調査では便秘の種類を正確に判定することができなかったため、摘便の有無を代替指標として、摘便を受けている患者は排出困難型便秘、受けていない患者を排便頻度減少型便秘あるいは便秘なしと仮定することにした。対象者 283 名のうち、調査者当日の摘便有無についてのデータ欠損があった 1 名を除いて、摘便を受けた者 68 名と、受けなかった者 214 名の 2 群で比較した。

その結果、摘便を受けていた 68 名の多くは要介護 4 以上であったが(53 名、77. 9%)、

要介護 3 以下でトイレに行ける可能性があるが摘便を受けた者は 6 名 (9.8%) 存在し、障害高齢者の日常生活自立度では自立の者も 1 名含まれていた (表 4)。訪問看護師は、9 割以上の対象者で排便頻度や便性状・便量の情報収集を行っていたが、排便日誌が使用されていたのは 23 名 (33.8%) のみであり、そのほかの者については問診から情報収取が行われていた。本来摘便は直腸に便が貯留されている場合のみに行うが、摘便の処理を受ける前に便貯留の有無について直腸診により確認を受けた者は 37 名 (54.4%) であり、45% の対象者は直腸の便貯留が確認されないまま摘便を受けていた (表 5)。また、排出困難型便秘であるものの、大腸刺激性下剤を内服している者は 12 名 (17.6%) に上った。

摘便を受けなかった 214 名のうち 62 名 (29.0%) は要介護 4 以上であった。6 名 (2.8%) は、調査当日に排便困難型便秘の症状のある直腸内の便貯留の有無を判断するために、直腸診を受けていた。摘便は受けていなくても、何らかの下剤を飲み排便頻度減少型便秘と推定される者は 117 名 (54.7%) に上ったが、看護師が便秘を有しているとアセスメントをしている者 39 名 (18.2%) であり、78 名は下剤を飲んでいるにもかかわらず看護師が便秘との認識を持っていなかった。便秘を改善するために最も多く提供されているケアは水分摂取の促し 90 名 (42.1%) であったが、それでも下剤内服者全員には指導されていなかった。排便動作の拡大を目指してリハビリテーションを受けている者は、13 名 (6.1%) であった。

表4. 摘便の有無での基本属性の違い

	摘便あり (n=68)	摘便なし (n=214)	p
年齢	81 ± 14.8	80.4 ± 13.1	0.765
性別（女）	43 （ 63.2% ）	119 （ 55.6% ）	0.325
障害高齢者の日常生活自立度			
自立	1 （ 1.5% ）	24 （ 11.2% ）	<0.001
J1～A2	7 （ 10.3% ）	88 （ 41.1% ）	
B1～B2	17 （ 25.0% ）	67 （ 31.3% ）	
C1～C2	42 （ 61.8% ）	31 （ 14.5% ）	
認知症高齢者の日常生活自立度			
自立	15 （ 22.1% ）	55 （ 25.7% ）	0.009
I～IIb	22 （ 32.4% ）	116 （ 54.2% ）	
IIIa～	26 （ 38.2% ）	34 （ 15.9% ）	
要介護認定			
該当なし	2 （ 2.9% ）	15 （ 7.0% ）	<0.001
要支援	0 （ 0.0% ）	13 （ 6.1% ）	
要介護1	0 （ 0.0% ）	39 （ 18.2% ）	
要介護2	2 （ 2.9% ）	45 （ 21.0% ）	
要介護3	4 （ 5.9% ）	31 （ 14.5% ）	
要介護4	17 （ 25.0% ）	33 （ 15.4% ）	
要介護5	36 （ 52.9% ）	29 （ 13.6% ）	
主疾患			
老衰	8 （ 11.8% ）	12 （ 5.6% ）	0.122
脳血管疾患	14 （ 20.6% ）	29 （ 13.6% ）	
神経難病	6 （ 8.8% ）	17 （ 7.9% ）	
認知症	10 （ 14.7% ）	38 （ 17.8% ）	
その他	25 （ 36.8% ）	111 （ 51.9% ）	
訪問看護の目的（複数回答可）			
点滴	10 （ 14.7% ）	8 （ 3.7% ）	0.003
疼痛管理	3 （ 4.4% ）	6 （ 2.8% ）	0.454
人工栄養	9 （ 13.2% ）	12 （ 5.6% ）	0.059
褥瘡	20 （ 29.4% ）	14 （ 6.5% ）	<0.001
排便	57 （ 83.8% ）	28 （ 13.1% ）	<0.001
排尿	14 （ 20.6% ）	13 （ 6.1% ）	0.001
呼吸器管理	6 （ 8.8% ）	17 （ 7.9% ）	0.802
リハビリ	10 （ 14.7% ）	89 （ 41.6% ）	<0.001

表5. 摘便の有無による排便のアセスメントの違い

	摘便あり (n=68)	摘便なし (n=214)	<i>p</i>
情報収集内容 (複数回答可)			
排便の有無	62 (91.2%)	208 (97.2%)	0.043
便性状	45 (66.2%)	153 (71.5%)	0.447
排便頻度	64 (94.1%)	151 (70.6%)	<0.001
食事摂取量	45 (66.2%)	153 (71.5%)	0.447
水分摂取量	51 (75.0%)	143 (66.8%)	0.231
腹部膨満感	55 (80.9%)	132 (61.7%)	0.003
便量	63 (92.6%)	113 (52.8%)	<0.001
腹痛	18 (26.5%)	76 (35.5%)	0.186
下剤の内服状況	27 (39.7%)	54 (25.2%)	0.031
食形態	22 (32.4%)	52 (24.3%)	0.207
便失禁	29 (42.6%)	41 (19.2%)	<0.001
排便困難	29 (42.6%)	37 (17.3%)	<0.001
便意	22 (32.4%)	41 (19.2%)	0.030
残便感	22 (32.4%)	38 (17.8%)	0.016
身体活動量	11 (16.2%)	46 (21.5%)	0.390
排便場所	13 (19.1%)	31 (14.5%)	0.345
排便姿勢	7 (10.3%)	14 (6.5%)	0.298
情報収集方法 (複数回答可)			
問診	60 (88.2%)	196 (91.6%)	0.470
腹部聴診	64 (94.1%)	184 (86.0%)	0.087
腹部触診	54 (79.4%)	154 (72.0%)	0.269
便の観察	52 (76.5%)	19 (8.9%)	<0.001
排便日誌	23 (33.8%)	28 (13.1%)	<0.001
直腸診	37 (54.4%)	6 (2.8%)	<0.001
エコー	6 (8.8%)	2 (0.9%)	0.003

表6. 摘便の有無による排便状況

	摘便あり (n=68)	摘便なし (n=214)	p
下剤 (あり)	42 (61.8%)	117 (54.7%)	0.328
塩基性下剤	33 (48.5%)	87 (40.7%)	0.263
大腸刺激性下剤	12 (17.6%)	39 (18.2%)	1.000
上皮機能変容性下剤	3 (4.4%)	3 (1.4%)	0.153
漢方	2 (2.9%)	5 (2.3%)	0.676
排便状態			
便秘	54 (79.4%)	39 (18.2%)	<0.001
下痢	2 (2.9%)	2 (0.9%)	
問題なし	4 (5.9%)	159 (74.3%)	
不明	1 (1.5%)	7 (3.3%)	
排便ケア (複数回答可)			
浣腸	34 (50.0%)	3 (1.4%)	<0.001
座薬	4 (5.9%)	6 (2.8%)	0.262
トイレ誘導	0 (0.0%)	5 (2.3%)	0.341
排便姿勢	2 (2.9%)	1 (0.5%)	0.146
腹部マッサージ	46 (67.6%)	29 (13.6%)	<0.001
温罨法	11 (16.2%)	8 (3.7%)	<0.001
水分摂取	35 (51.5%)	90 (42.1%)	0.207
食物繊維	16 (23.5%)	64 (29.9%)	0.356
運動	1 (1.5%)	26 (12.1%)	0.008
リハビリ	4 (5.9%)	13 (6.1%)	1.000
排便の習慣化	3 (4.4%)	14 (6.5%)	0.770

4. 考察

本研究により、在宅成人療養者の半数以上が下剤を内服し何らかの便秘を有していること、便秘の種類に合った適切な排便ケアが行われていない症例も存在することが明らかとなった。

排出困難型便秘のケアには、摘便のほか、浣腸や座薬などが使用されることがあり²⁾、浣腸や座薬も排出困難型便秘か否かを推定する指標に使用することも可能であるが、今回は摘便のみを使用して便秘の種類を推定した。これは、浣腸や座薬が腸蠕動を促す作用があり、排便頻度減少型の輸送機能障害を含める可能性があることから、なるべく排出困難型便秘のみを同定したいという目的からであった。その結果、摘便を受

けていた療養者は約 25%と高い頻度であることが明らかとなった。ただし、この結果は、日本で行われた療養型病棟における摘便の実施率³⁾とほぼ同様であり、運動機能や認識機能が低下した療養者の実態を反映しているものと考えられる。

本来、摘便は排出困難型便秘のみに行われるべきであり、その評価には直腸診が実施されることが多い。直腸診は感染予防用の手袋があれば実施できる点で訪問看護において簡便な観察方法であるが、患者には指が直腸に挿入されることによる疼痛や心理的苦痛など侵襲性があり、できるだけ避けたい方法である。しかしながら、本研究の結果によると、摘便を受けなかった患者中においても直腸診がされている実態があると言え、このような看護師のアセスメントのために患者の負担を強いらせることがない観察技術が開発されることが望まれる。

一方で、摘便を受けた成人療養者において、摘便前に直腸内の便貯留量や便性状を確認されていたのは約半数であった。直腸の便貯留は直腸壁を伸展させ、それによる虚血から直腸壁の浮腫をもたらす⁶⁾。このような状況で浣腸液や座薬によって発生されるガスにより直腸壁を進展させると、直腸壁が穿孔してしまう危険がある。また、そもそも便性状が硬い場合は、浣腸や座薬を追加しても、療養者の腹圧では十分に排便ができないこともある。そのため、安全にかつ効果的に摘便をするには、摘便の前に直腸内の便貯留量や便性状を観察し、摘便のみを行うのか、浣腸や座薬を追加するのかを、適切に検討する必要がある。ただし、先に述べたように、現行では直腸内の便を観察する方法は直腸診であることから、より非侵襲的な観察方法の開発を組み合わせ、摘便前の直腸内観察は普及させていく必要があるだろう。

本研究では、摘便を受けている者のなかにも、訪問した看護師からは現在の排便状態に問題はないと判断されている者が存在した。在宅療養において、便失禁によるおむつの交換や、汚れた衣類や寝具の交換・洗濯は、最も介護負担が大きな行為の 1 つである⁷⁾。また、便秘が続くことにより、その不快感からの療養者の不穏や、腸閉塞への介護者の不安も、介護負担感につながる。そのため、なるべく、訪問看護の際に大腸内の便を取り除き、訪問看護以外の際は便失禁がないことを、介護者も訪問看護師も望むことが多い。そのため、一度、訪問看護として摘便が計画されると、訪問の都度に、摘便の必要性（直腸の便貯留の有無）の確認がされることなく摘便が行われる。また、摘便から再度自力での排便に回復させるケアは実施されにくい。その結果、訪問看護の一環として摘便が慢性的に繰り返される危険がある。これらのことから、非侵襲的な方法での便秘の種類の同定や摘便の必要性の判断、その人の持つ力を生かした排便の自立に向けたケアを行うことの重要性について、看護師の意識を変えていく取り組みが必要と考えられる。

本研究にはいくつかの限界がある。1 つ目は、便秘の種類を摘便の有無で分けており、

正確な便秘の種類の同定にはなっていない点である。また 2 つ目には、首都圏の 9 施設で行った研究であり、日本全体へ結果を一般化するには注意が必要である。

5. 結論

本研究では、訪問看護ステーション 9 施設において、訪問看護を利用する成人療養者に対する排便ケアの実態調査を行った。その結果、在宅療養者の半数以上が下剤を内服し何らかの便秘を有していること、便秘の種類に合った適切な排便ケアが行われていない症例も存在することが明らかとなった。今後、看護師が便秘の種類を同定し適切な排便ケアを実施できるように、非侵襲的な観察技術の開発とその普及が望まれる。

引用文献

- 1) Choung RS, Locke GR 3rd, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ: Cumulative incidence of chronic constipation: a population-based study 1988-2003. *Aliment Pharmacol Ther*, 26(11-12), 1521-8, 2007.
- 2) 日本消化器病学会関連研究会慢性便秘の診断治療研究会（編集）；慢性便秘症診療ガイドライン，南江堂，東京，2017.
- 3) Tanaka S, Yabunaka K, Matsumoto M, Tamai N, Noguchi H, Yoshida M, Nakagami G, Sugama J, Sanada H: Fecal distribution changes using colorectal ultrasonography in older people with physical and cognitive impairment at long-term care facilities: A longitudinal observational study, *Healthcare*, 6(2), 55, 2018.
- 4) Kinnunen O1, Jauhonen P, Salokannel J, Kivelä SL: Diarrhea and fecal impaction in elderly long-stay patients. *Z Gerontol*, 22(6), 321-3, 1989
- 5) 高植幸子，林智世，金原弘幸，吉田和枝：三重県における高齢者の排泄ケアの実態調査，*三重看護学誌*. 9, 111-116, 2007.
- 6) 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会（編集）：ストーマ・排泄リハビリテーション学用語集第3版，金原出版，東京，2015
- 7) 菊池有紀，薬袋淳子，島内節：在宅重度要介護高齢者の排泄介護における家族介護者の負担に関連する要因，*国際医療福祉大学紀要*，15(2)，13-23，2011.