

# 高齢者に対する自然排便を目指した看護介入

キーワード 便秘 高齢者 自然排便

緒方 美奈 (東入院棟 6 階)

## I. はじめに

整形外科病棟では、骨折に伴う安静や行動制限による運動量の減少、環境の変化による治療や手術のストレスなど、便秘をきたす要因は多い。便秘症状を伴い、便意の訴えがない患者に対する対応として、下剤の内服や浣腸を施行して排便を促している。山崎らは、高齢者の長期にわたる緩下剤の常用は習慣性となり、便意を減少させ、腸が正常な働きをしなくなる<sup>1)</sup>ことを示唆しているように、排便コントロールを下剤のみに頼るのではなく、排泄ニーズを左右している因子をアセスメントし、看護行為として、排泄のケアを実践していく必要がある。山崎ら<sup>1)</sup>の先行研究では、脳血管疾患で認知機能の低下やADLの低下から自ら排泄行動を行うことができない患者に対し、トイレ誘導を行うことで自然排便を促す介入が行われ、効果が得られていた。そのため今回は、入院後に便秘症状をきたした認知機能に問題のない高齢者に対し、下剤を常用するのではなく、便秘因子と一緒に考え、看護行為として、自然排便を促す介入ができないかと考え、研究に取り組むこととした。

## II. 研究目的

便秘を訴える高齢者へのADL向上というプロセスを通して、個別性に沿った介入が便秘改善への効果を期待できるのかを明らかにする。

## III. 用語の定義

便秘…何らかの原因により糞便が大腸内に溜まり、排便が規則的でないこと。

運動…日常生活活動を含め、体を動かすこと。

## IV. 研究方法

### 1. 事例研究

2. 研究期間：平成 27 年 9 月～10 月

3. 研究対象：60 歳以上の大腿骨頸部骨折または大腿骨転子部骨折患者 2 名。いずれも手術適応の患者とし、術後ADLが拡大し始めた患者とする。入院前は下剤を内服しておらず、受傷前のADLは独歩か杖歩行レベルとする。

## 4. データ収集の方法

患者を選択後、基礎情報用紙をもとに、1 日の排便回数、性状、最終排便、入院前の下剤使用の有無について情報収集し、便秘因子を抽出する。また、排便に対する主観的・客観的情報を収集し記録する。実施期間中にその日の日中の活動時間、トイレ誘導した時間と、自身の排便状況をプリストルスケールを用いて排便日誌に 2 週間記載し、変化を評価するツールとして用いる。

## 5. 倫理的配慮

福岡赤十字病院看護部倫理委員会の承認後、対象者と家族に研究の内容と目的を説明し、研究参加は自由意志であること、途中で辞退が可能なこと、辞退した場合は看護に不利益は生じないことを説明した。また個人が特定されることのないようプライバシーの保護に努め、結果に関しては研究目的以外で使用することはないことを伝え、同意を得た。

## V. 研究結果

### 症例 1.

A 氏 80 歳代女性。左大腿骨転子部骨折で入院し骨接合術施行。長谷川スケール 23 点。入院前は独居であり、ADLは自立していた。入院前は下剤を内服したことはなく、2～3 日に 1 回排便があった。入院後術前期間中はベッド上安静であり、便意の訴えはなく 2 日排便がなければセンノシド 2 T 内服し、翌日浣腸を施行して排便を促していた。術後 2 日目よりリハビリ開始し、3 日目より介入を開始した。離床意欲が低く、自らトイレへ行きたいという訴えは聞かれなかったため、①朝食前、午前 1 回、午後 1 回、夕食前、眠前に便意の有無に関わらずトイレ誘導を行う。②毎食前後 1～2 時間程度車いすで座って過ごす時間を作る。③鎮痛薬を眠前に定期内服する 以上 3 点を行っていくこととした。

介入当初は離床意欲が低い印象だったが、食事の時間に合わせて車いすで座位で過ごすことを目指した。便意の有無に関わらずトイレ誘

導を実施したところ、翌日から排便が得られた。はじめは便意の訴えはなかったが、介入してから9日で便意を訴えることができるようになった。徐々に移乗動作が安定すると日中ベッドで過ごす時間は3時間程度で、それ以外の時間は車いすに座ってテレビを見たり、本を読んだりして過ごされた。もともとの排便リズムは2～3日に1回だったが、介入後は、ほぼ毎日排便があった。

(表1)

排便表		
日にち	便の有無	1日の離床時間合計
1日目	なし	7時間
2日目	あり	7時間
3日目	あり	5時間
4日目	あり	7時間
5日目	なし	8時間
6日目	あり	7時間
7日目	あり	7時間
8日目	あり	7時間
9日目	あり	6.5時間
10日目	あり	5時間
11日目	なし	6時間
12日目	あり	5時間
13日目	あり	5時間
14日目	あり	5時間

感想を聞くと「ベッドの上で便をするなんてとても恥ずかしかった」「手術前は痛くて、便をしたいと思うことがなかった」「今まで下剤を飲んだことがなかった分下剤を飲まないとな便がないことに不安があった」「車いすへ移れるようになってから便がしたいって思うようになった」と返答があった。介入をしてから退院まで、1度も緩下剤を使用せずに過ごすことができた。

#### 症例2.

B氏 80歳代女性。左大腿骨頸部骨折で入院し骨接合術を施行した患者。長谷川スケール 24点。入院前は夫と二人暮らしであり、ADL自立。もともとの排便間隔は2日に1回程度。下剤を内服したことはなく、便秘にならないよう食物繊維が多い食事を心がけ、積極的に水分摂取をするなどして便秘を予防していた。A氏の時と同様、2日排便が無い場合にセンノシド2T内服し、それでも排便が無ければ浣腸を施行した。術後3日目から介入を開始した。介入として①朝食前、午前1回、午後1回、夕食前、眠前に便意の有無に関わらずトイレ誘導を行う。②毎食前後1～2時間程度車いすで座って

過ごす時間を作る。③疼痛が強かったため鎮痛薬を3T3×朝昼夕に定期内服する。以上3点を行っていくこととした。鎮痛薬を併用したことで、3～7時間座位で過ごすことができた。また、ベッド上安静期間は、便意の訴えが全く聞かれなかったが、介入開始後2日目より積極的にトイレへ行く姿が見られるようになった。介入開始後2日目より排便があり2～3日に1回のペースでプリストルスケール4～5の排便が確認できた。車椅子で座って過ごす時間は自身で足踏みをしたり、運動量を増加させるために積極的にリハビリをしている姿が見られた。しかし、2日排便が無く残便感の訴えが聞かれることもあり、その場合は氏と相談し浣腸を施行して排便を促した。

(表2)

排便表		
日にち	便の有無	1日の離床時間合計
1日目	なし	5時間
2日目	あり	5.5時間
3日目	あり	7.5時間
4日目	なし	5.5時間
5日目	なし	5.5時間
6日目	あり	4時間
7日目	GE施行	4時間
8日目	なし	6時間
9日目	なし	7時間
10日目	GE施行	5時間
11日目	あり	4時間
12日目	なし	3.5時間
13日目	なし	5.5時間
14日目	あり	5時間

介入終了後の感想として「車椅子にのるようになって便がしたいって思うようになった。」「入院前は自分で食物繊維が多い食べ物を食べたりしていましたが、入院してそれができなくなったから便がすっきりでなかったと思う。」「下剤を飲むことに不安はなかったけど、それでも出ないことが不安だった。」ということが聞かれた。B氏は、排便がないことがストレスとなっていたが、下剤を使用し排便があることで不安因子は軽減した。2週間介入し2度浣腸を施行したが、その他は下剤を使用せずに過ごすことができていた。

#### VI. 考察

術前のベッド上安静期間と比較し、離床時間を確保し、トイレ誘導を行った期間の方が排便回数が増え、満足感も得られていた。座位になることは、いきみ方向と肛門管の軸がより近くな

り、重力が加わるため、排便を促す体位としては効果的である。<sup>2)</sup> また、山崎らは、毎日の生活の中で排便動作を繰り返すことは「自らの力で排泄する」という行動意欲を引き出す<sup>1)</sup>ことを示唆しており、トイレ誘導が習慣化され、運動量を増加させたことで自然排便を促進させることに繋がったと考える。

A氏、B氏に共通した便秘因子として、疼痛、運動量の減少、排泄環境の変化、安静臥床によるストレス、下剤を内服しなければ排便がないことによるストレスがあった。2名とも、もともとの排便習慣はしっかりと確立しており、便秘因子について考えることができていた。

疼痛に関して川井らは、排泄の援助の原則として「排泄行動に障害がある場合は速やかに苦痛の軽減に努め、少しでも安楽に排泄ができるよう工夫し、援助しなければならない」<sup>4)</sup>と述べている。介入中は鎮痛薬を定期内服したことで術前と比較し疼痛が軽減している。このことが、運動量の増加にも繋がったと考え、排泄することに苦痛を伴わない状態にしておくことが、排便コントロールに重要だと分かった。

A氏、B氏ともにもともと下剤を内服したことはなかったが、入院後は2日排便が無ければ下剤を内服し排便を促していた。2名とも、これまで自然排便があったのに対し、下剤を内服しなければ排便がないことを不安に思う発言が聞かれた。下剤を内服することが逆に不安因子を増強させており、便秘改善への非効果的因子にもなりうることを認識した。

B氏は、完全に下剤の内服を中止することができなかった。その要因としては、もともとの生活背景が関係していると考ええる。B氏は自宅で自立した生活をしてきた。「便秘にならないよう水分を摂り、食物繊維が多い食べ物を積極的に摂っていたけど、入院後はそれができなくなったので便が出なくなった」と話していた。臨床研究において、食物繊維摂取量が増加することで腸内細菌叢の改善が図られ、便秘が改善することが知られている。入院前に自らで便秘予防を行っていたB氏だが食事内容の変化が便秘因子となっており、もともとの生活習慣が関わっているということが分かった。川井らは、排泄援助の原則として「人間がもっている生理的・情動的・社会的なニーズをよく理解し、対象の個別性に合わせ対応することが必要である」<sup>4)</sup>と述べている。個別性を理解するためには、もともとの患者の生活背景を理解し、今後患者自身はどのような生活を望むのか、もともとのADLを取り戻すためにはどのような看護

を提供しなければならないのかを考えていかなければならない。

本研究では、座位で過ごす時間を増やし、トイレ誘導を行い、自然排便を促すものであった。運動量の増加は自然排便に効果をもたらしたと考える。今後は、リハビリとも連携し患者が自立して行うことができるような足腰の運動を組み込むことでさらに活動量を増加させ、自立した排便コントロールの確立ができるのではないかと予測された。

## VII. 結論

- ・便意の有無に関わらず、トイレ誘導を行ったことが自然排便を促すことに繋がった。
- ・疼痛コントロールを行って、排泄環境を整えておくことは、便秘改善に効果があった。
- ・便秘改善へはもともとの生活習慣が関係しており、生活背景を捉えたうえで介入していく必要がある。

## VIII. 終わりに

今回、便意の有無に関わらず、トイレ誘導を行うことは、便秘の改善、便意の回復に効果的であった。これまで患者が大切にしてきた生活背景を考慮し、看護として自立した排便習慣を確立させることは退院後の患者の生活に大きな影響を与えると考える。今回の結果を生かし、高齢者が自立した排便ができるよう、排泄の援助を提供していきたい。

### 〈参考・引用文献〉

- 1) 山崎五月生：寝たきり高齢者の排便援助～便意を訴えない、便秘を呈する高齢者へのトイレ排泄を試みて～, 臨床老年看護 Vol. 9.No. 6, p 30, 2009
- 2) 河村 朗他：高齢者の便通異常, 老年消化器病, Vol. 16, (1)31-34, 2004
- 3) 前田耕太郎：徹底ガイド排便ケア Q&A, II, 42-43, 2009
- 4) 川井弘光他：日常生活と看護技術, 金原出版, p 313, 2003