

排便チームの活動内容と今後の課題

医療法人恵友会恵友病院 看護部病棟
山崎彩衣 古川万里乃 温井怜奈 林美
有紀 結城史子 小川隆敏

要旨

入院患者の排便コントロールについて、各種勉強会、研修を行い、排便日誌の有効利用、他職種との連携を行うことにより、比較的入院期間の短い急性期病棟においても良好な排便コントロールを得ることができた。安易に緩下剤に頼ることなく、より生理的な排便を促すことが重要と考える。全身状態その他各種の要因により十分なコントロールが得られない場合や、退院後の排便管理方法については、他職種との連携により解決法を見出してゆくべきだと考える。

はじめに

排泄は単に生理学的に体にとって不要なものを排出する行為ではなく、心理学的・社会的・文化的な広がりを持っており、排泄行為は、安全、社会的、尊厳や自己実現など高次の欲求にも大きな影響を与える。¹⁾しかし、排便周期は人によって個人差がある上に、全身状態や治療内容、精神症状の影響を受けやすく、急性期一般病院の短い入院期間で十分な排便コントロールを図る事は難しい。その短い入院期間でも良好な排便コントロールが図れるよう、看護師、准看護師、看護補助者の3名で排便チームを結成した。活動した内容を振り返る事で、課題を明確にしたい。

方法

1.勉強会開催

最初に「便が作られる仕組み」「腸の仕組み」「排泄の基本」など、排便に関する基礎的な勉強会を開催した。排便障害には、便秘と便失禁、下痢などがある。便失禁や下痢の場合は、意思表示ができない高齢患者であっても第三者が気づくことができるが、便秘の場合は本人の訴えがないと第三者は気付にくく、看護師が気付いた時には高度の便秘になっているケースがあった。さらに、便秘には「器質性便秘」「機能性便秘」「症候性便秘」「薬物性便秘」があり、選択すべき緩下剤が分かりにくいという意見が多かった。そのため、まずは排便障害の中でも便秘対策を中心に取り組むことにした。

2回目の勉強会は、「便秘の種類」「緩下剤の種類、効能と副作用」「嵌入便について」など便秘に関する内容に限定した。

3回目の勉強会では、直腸診と摘便についての手技確認を行った。直腸に便の滞留がない場合は、腹部の触診や腸蠕動を促進する腹部マッサージを行うが、その手技・手法については4回目の勉強会として実技演習をした。

2.オムツの当て方や適正サイズの見つけ方についての研修

筆者を含め、オムツの当て方について基本から系統立てて学んだ看護師がいなかったため、自分達のオムツの当て方に疑問を感じることはなかった。それを疑問視した当院の泌尿器医がオムツフitterを紹介してくれ、オムツメーカーの担当者と共に院内研修を開催した。

3.排便困難患者の抽出と、排便日誌を用いたの情報共有

慢性便秘症診療ガイドライン2017では、便秘とは「本来体外に排出すべき糞便を十分量かつ快適に排出できない状態」²⁾と定義されているが、排便周期には個人差がある。自ら訴えることができない患者の便秘に気づくため、排便チームが全患者の情報収集を行い、排便障害のある患者を抽出するようにした。食事や薬、治療の影響なども考慮し、医師と相談して緩下剤を選択、排便姿勢の整え方や腹部マッサージの導入など、排便チームと受け持ち看護師でカンファレンスし、排便困難患者の看護計画を立案した。排便困難患者の抽出漏れを防ぐため排便日誌を使用した。排便日誌には、食事量・内容、水分摂取量、下剤の種類、投薬内容、排便時間・量・性状・失禁の有無などを記載し、INとOUTの相関や排便周期を把握し分析することができる。

4.NSTとの連携

排便チームとしてNSTカンファレンスに参加し、栄養士や薬剤師など他職種から専門的アドバイスを得るようにした。下痢の患者には水溶性食物繊維の提供を行った上で、経口摂取ができれば乳製品と油物を制限した低残渣の食事に変更し、経管栄養患者には大豆由来の注入食・消化態栄養剤に変更した。

結果

1.勉強会

最初に基礎的な勉強会をし、2回目は便秘の症例を出して理解を促したことにより、新人看護師から「便秘の種類によってアプローチの方法が違うことが分かり、具体的なケアの選択ができるように

なった。」という反応があった。3回目の直腸診と摘便についての勉強会終了後からは、便秘を疑う場合はまず直腸診にて直腸に便が滞留していないか確認することが習慣化できた。4回目の触診や腹部マッサージの手技・手法についての実技演習では、ベテラン看護師から「今までできていたと思っていた看護技術の新しい方法を知ることができて有意義だった」と、基礎看護技術の学び直しを好意的に捉え、新しい技術を習得することの大切さを再確認できた。また、オムツ交換や清潔ケアに従事する看護補助者からは、「看護師の言葉の意味が分かるようになった」「便の観察の大切さが分かった」など、勉強意欲が向上し、臨床現場で自ら気づいた意見を看護師に報告する場面が増えた。

2.オムツの当て方や適正サイズの選択についての研修

オムツの構造、製品の特徴と適用、高分子吸収剤（ポリマー）の特性、サイズを選択、立体ギャザーの役割、下肢の可動域を考慮したオムツの当て方など、論理的に学ぶことができた。勤務中にオムツでの排尿体験を行い、オムツ装着の不快感やオムツ排尿のしにくさ、羞恥心や漏れへの不安を体感することができた。病棟全体で排泄そのものに対する意識が変化し、それは患者への配慮や声かけにも変化が見られた。オムツの適正サイズが間違っていたことも分かり、院内管理しているオムツカバーを2種類から4種類に増やすよう働きかけ採用に至った。オムツのサイズや当て方が正確になったことで、オムツからの漏れが減少し、患者の不快感が減っただけでなく不要なシー

ツ交換の回数も減少した。

3. 排便困難患者の抽出と、排便日誌を用いての情報共有

排便日誌の使用にて患者の排便パターンを理解することができ、便秘でも安易に下剤を選択しなくなり、排便チームの活動開始の前後で入院患者のセンノシドの使用量が60%減少した。

4. NSTとの連携

低残渣食へ変更、大豆由来の注入食・消化態栄養剤への変更により、下痢の患者の多くは改善された。しかし、抗生剤投与中など、食事の変更だけでは改善しない患者もいた。便秘の患者に対しては水分摂取を促し、ヨーグルトなどの乳製品の提供を行ったが、改善に至ったケースは下痢患者と比較すると少なかった。患者本人の入院前の食生活に近づけることで効果が出た事例もあった。

倫理的配慮

対象患者と家族に、目的・方法、個人情報保護、自発性の保証について説明。また目的以外には使用しないことを約束し同意を得た。院内の倫理審査委員会で審査を受けた。

看護の実際

【症例1】

A氏 80代女性。膀胱炎発症を機に食欲とADLが低下し、低血糖となり入院した。血糖はすぐに補正されたが、寝たきり状態であったためADL回復を目標としていた。入院前は3～5日毎にブリストルスケール1～2の排便があり、ビーマス2錠と、センノシド2錠を毎日服用し、一週間排便なければピコスルファー

トナトリウムを服用するというコントロール方法であったため、排便チームに相談された。入院後、食事は全量摂取していたが、7日間排便なく直腸診で便を触れなかったため、入院後8日目より腹部マッサージを行った。入院9日目よりブリストルスケール5の便が毎日出るようになり、センノシドを隔日投与とし、入院16日目には投与中止できた。A氏は排尿障害のため尿道カテーテルを留置しており、ポータブルトイレへの移乗はしていなかったが、腹圧をかけるためにもポータブルトイレでの排泄を促した。時間経過と共にブリストルスケール5～6の便が出るようになり、入院19日目よりビーマスも中止し、緩下剤を服用しない自然排便が可能となった。

【症例2】

B氏 80代男性。老健施設に入所していたが誤嚥性肺炎で入院。アルブミンは1.3g/dlと低栄養状態であった。嚥下障害が強く経鼻経管栄養を開始したが、下痢となり毎回オムツから漏れた。痩せてオムツが大きくなっていったため適正サイズに変更し、オムツの当て方や体位の工夫を行ったことでオムツ漏れは減った。NSTに相談し、水溶性食物繊維を投与し大豆由来の注入食に変更したことで、ブリストルスケール7の便が4に改善し、排便コントロールできたと評価した。しかし全身状態が悪く、消化・吸収の働きも低下しているため、再度下痢状態となる。注入量を減らすなど対応したが、下痢の問題は解決できないまま看取りの時期となり、元の老人保健施設へ退院した。

考察

「便秘のケアは排便習慣の改善、食習慣の見直し、規則正しい生活習慣を心がけるなど、薬剤以外の方法を優先的に試みる」³⁾とされているが、排便チームが発足するまでは、そのような関わりは受け持ち看護師の力量に任されており、実際は安易に緩下剤に頼っている状況であった。勉強会など排便チームの活動を通して、看護師らの排便に対する関心を高めることができ、患者の排便問題に対して原因を追求する姿勢ができた。原因が分かれば、対処方法も薬剤に頼らなくなり、結果として比較的短い入院期間においても刺激性緩下剤の使用量が軽減した。さらに看護師らの腹部マッサージの技術が上達し、腹部マッサージのみで排便コントロールが図れるようになった症例1を通して、看護師らは短期間においても排便改善における自信を持つことができた。受け持ち患者の排便コントロールに主体的に関わるようになり、排便日誌から排便周期を予測し、適切な看護ケアを選択できるようになった。そのことから、排便チームの活動は看護師のアセスメント、排便コントロールの向上に繋がったと考えられる。

ただ、排便コントロールには、抗菌剤の使用、食事摂取量、食物繊維や水分量、活動量など様々な要因が関わり、症例2のように患者の全身状態などによっては解決できないこともある。高齢者は、下剤を習慣的に使用している場合や持病のために利尿薬や抗コリン薬、向精神薬、鎮痛薬、抗菌薬など排便に影響を及ぼす薬を内服している場合がある³⁾ため、医

師や薬剤師との連携も欠かせない。退院先によっては入院中の排便管理方法を継続できないこともあるため、退院先を見据えた排便コントロール方法を提案することが必要であり、そのためには患者本人、家族、地域連携室、また地域の施設まで含めて他職種で関わる必要があると考える。

日本は高齢社会であり、排便問題を抱えながらも自身の症状を的確に訴えられない患者は増えている。また、排便問題を抱えながらも適切なケアに辿り着いていない患者も多い。今回、排便チームの活動内容を振り返り、各種疾患で入院する急性期病棟においても排便チームが有効であることを見出すことができた。今後の課題は、退院後の患者生活に寄り添った排便管理方法を提案できるよう他職種を含めたチームを結成することが必要と考える。

引用文献

1) 一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 編 「コンチネンスケアの充実をめざして 排泄ケアガイドブック」照林社 2017. P.2

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：慢性便秘症診療ガイドライン 2017.P.2.南江堂」

3) 一般社団法人 日本創傷・オストミー・失禁管理学会 編 「コンチネンスケアの充実をめざして 排泄ケアガイドブック」照林社 2017. P.186