

## 片麻痺で車椅子を使用して自立でトイレ排泄をしている患者の便漏れを予防するための対処行動の特徴

横山孝枝<sup>1)</sup> 出村佳子<sup>2)</sup> 高間静子<sup>2)</sup>

**要旨**：本研究は、片麻痺で車椅子を使用して自立でトイレ排泄をしている患者を対象に、便漏れを防ぐための対処行動の特徴を調べた。対象は、脳出血・脳梗塞が原因の片麻痺の55歳～91歳の範囲における男性4名、女性4名とし、計8名とした。「便漏れを防ぐために生活の中でどのような行為をしているか」という半構成的質問を用いて、面接法で聞き取り調査を行った。全体で22件の対処行動がみられ、それぞれの質から対処行動を類別化すると、①「摂取量の加減」、②「便意がなくても排便を試みる」、③「排便間隔を知り排便を試みる」、④「便貯留能の低下を知り即時排便行為が可能となるように準備しておく」、⑤「残留便を排除するために努責をする」の5種類の対処行動がみられた。

【Key words】 片麻痺・便漏れ・予防・対処行動

### 緒言

便失禁（便漏れと同義）は、皮膚に便が付着し不快感、搔痒感を感じ、臀部糜爛や褥瘡につながる事が多く、患者にとってはディストレスとなる。島崎<sup>1)</sup>は「家の中で過ごして悪臭や便失禁に対処しようとしている人には、社会からの隔絶や抑うつ状態が生じるおそれがある」と報告している。

また、養護施設に入所している患者は、便失禁を悩むだけでなく、介助者に対しても気遣い、気持ちを暗くしている。このため社会関係（社交）は消極的になり、外出を回避し、厭世的な気持ちに陥り、対人不安や孤立感を高める。

便失禁の原因は、完全には解明されていないが排便を自制する恥骨直腸筋・外肛門括約筋・内肛門括約筋および直腸の総合的な働きが障害されて起こるとされている<sup>1)</sup>。19～74歳までの男女を対象とした便失禁・下痢に悩む患者の特徴を明らかにした研究では、大多数の患者に便失禁・括約筋の低下・排便量の減少という特徴が同時にみられている<sup>1)</sup>。また、肛門括約筋の収縮力の低下は便貯留能困難をもたらす便失禁が生じる。さらに、島

田<sup>2)</sup>は「便意を起こす高位中枢への刺激が遮断される意識障害、認知症や脳血管障害があると、便意が感じられず、排便の意識的なコントロールができなくなり、肛門括約筋は弛緩したまま便失禁が起こる」と報告している。患者自身いろいろと工夫をして解決策を講じているが、動作が健常時のように円滑にできないために便失禁にうまく対処できないことが多い。入院している片麻痺で車椅子を使用して生活している患者の場合でも対処行動に失敗することが多く、便失禁を生じて屈辱感を体験し自尊心の低下をきたすような体験をしている<sup>2)</sup>。本研究では、片麻痺で車椅子を使用し自立でトイレ排泄をしている患者の便漏れを防ぐための対処行動を調べたことを目的とした。

### 用語の定義

便漏れ：便失禁と同義。不随意的に排便がおり、衣服、ベッド、椅子、床などを汚す状態をいう<sup>3)</sup>。

トイレ排泄：ベッドより車椅子に移動→車椅子で便所へ移動→便所のドアの開閉→車椅子から便座への移動→下着を降ろす→便座に座る→尿放出→陰部を拭く

<sup>1)</sup> 福井総合病院 4B病棟

<sup>2)</sup> 福井医療短期大学 看護学科  
(受付日 2010年12月)

→下着を上げ整える→便座より車椅子へ移動→便所のドアを開ける→洗面所で手を洗う→車椅子で病室へ移動→車椅子からベッドへ移動するまでの一連の動作をいう<sup>4)</sup>。

## 方 法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

### 2. 調査対象

対象は片麻痺の成人男子と成人女子の各々4名とし、年齢は55歳から91歳の範囲で、全員自力で車椅子を使用してトイレ排泄のできる対象であった。対象の詳細は表1に示した。

### 3. データの収集と方法

対象に面接して「便漏れを防ぐために生活の中でどのような行為をしているか」という質問を面接法で聞き取り収集した。

### 4. データの処理と分析

対象に面接し、便漏れを防ぐために取っている対処行動を研究者は記憶にとどめ、面接終了後、便漏れを防ぐための対処行動と判断できるものを逐語録にし、箇条書きにしてコード化した。コード化した対処行動のうち、同質と判断できるものをグループにして、それぞれにグループの質を最も表現できる名前を与えた。つまり、ネーミングしたそれぞれの対処行動を、便漏れを防ぐために取っている対処行動の概念とした。

### 5. データ収集期間

2010年1月～4月の3ヶ月間に行った。

### 6. 倫理的配慮

面接で情報収集する目的を、対象に説明し承諾を得る。収集した情報は無記名とするため誰の情報かを特定できないようにしていること。途中で情報提供を断ることもでき、それによって診療・看護において不利は被らないこと。データを集計した用紙は研究終了後、シュレッターで廃棄する等を説明する。また、本研究については対象が入院している施設の倫理審査委員会の承諾を得て行った。

## 結 果

車椅子を使用して自立でトイレ排泄をしている8名の片麻痺患者の便漏れに対する対処行動は22件みられた。これらの内容を質的に分類すると5種類の対処行動に分類できた(表2)。

食べない、食事量を減らす等の対処行動は①「摂取量の加減」という名前を与えた。次に排尿後は長時間便座に座る、排尿後は努責する等の対処行動がみられ、これらを②「便意がなくても排便を試みる」という対処行動と命名した。また、薬を使用して排便があるまで待つ、3～4日ごとの排便間隔に合わせて下剤を服用する、早めにトイレに行く、2～3日ごとにトイレで努責する等の対処行動を③「排便間隔を知り排便を試みる」とした。

さらに、トイレに行き立位をとると失禁するため座ったままナースコールを押して介助者を待つ、ポータブルトイレをベッド近くに置く、ゴロゴロとお腹がなったらすぐにトイレに行く、便意時にトイレに行く等は、④「便貯留能の低下を知り即時排便行為が可能となるように準備しておく」とした。努責する対処行動は⑤「残留便を排除するために努責をする」対処行動とした。

全対処行動の中で、①の対処行動数は2件あり、対処行動をとっているのは、該当者は利き手が片麻痺1名、

表1：調査対象者の背景

(n=8)

対象	性	年齢	片麻痺	認知症	言語障害	車椅子	排泄場所
①	女性	84	非利き手	無	無	使用	トイレ
②	女性	86	利き手	無	無	使用	トイレ
③	女性	60	非利き手	無	無	使用	トイレ
④	女性	78	利き手	無	無	使用	トイレ
⑤	男性	71	非利き手	無	無	使用	トイレ
⑥	男性	60	非利き手	無	無	使用	トイレ
⑦	男性	64	利き手	無	無	使用	トイレ
⑧	男性	60	利き手	無	無	使用	トイレ

非利き手が片麻痺1名であり、どちらも女性であった。②の対処行動数も2件であり、男女それぞれ1名ずつで、どちらも非利き手が片麻痺であった。③の対処行動数は9件で、男性2名、女性2名で、利き手が片麻痺3名、非利き手が片麻痺1名であった。④の対処行動数は7件であり、男性2名、女性2名で、利き手が片麻痺2名、非利き手が片麻痺2名であった。⑤の対処行動数は2件であり、男性2名でどちらも非利き手が片麻痺であった。尚、利き手が片麻痺と非利き手が片麻痺の患者がとっている対処行動の傾向は同じであった。

## 考 察

車椅子を使用して自立でトイレ排泄している片麻痺患者の便漏れを防ぐための対処行動は大まかに5つに分類できた。

①の対処行動は、食事摂取量を直接減らすことで便量を減らし、便漏れの頻度を減らそうと考えた対処行動である<sup>2)</sup>。排便の障害のある高齢者に対する看護について便量を減らし、便漏れの頻度を減らそうと考えた対処行

動である<sup>2)</sup>。排便障害のある高齢者に対する看護について島田<sup>2)</sup>は「残渣の少ない食物にして直接粘膜への刺激を少なくし、排便反射を抑制し、飲食を禁止し腸の安静を保つこともある」と報告している。線維性食品の不足は逆に便失禁の悪化や便秘も引き起こすことも考えられるが、①の対処行動は、片麻痺患者以外の患者においても一般的にとられている対処行動と考える<sup>3)</sup>。②・⑤の対処行動は便意がなくても腹圧をかけることで、少しでも直腸内の残便をへらそうとした対処行動と考えられ、これも片麻痺患者以外の患者においても一般的にとられている対処行動と考える<sup>2)</sup>。

湯浅<sup>2)</sup>は、「認知症や脳血管障害によって便意を起こす高位中枢への刺激が遮断されている場合では、便意がなくても便座に1日1回座り、腹圧をかけ、排便習慣をつける。排便が習慣づけられることで他の時間には排便は起こらないことになり、便失禁も防ぐことができる」と報告している。③・④の対処行動は利き手の麻痺の対象に多く、麻痺のために排便動作に時間を要することからくる対処行動と考えられる。③・④の対処行動は中枢神経障害である片麻痺患者以外の患者の場合でもとられ

表2：便漏れを防ぐための対処行動の特徴

(n=22)

行動	麻痺側		利き手 (件数)	非利き手 (件数)	対処行動名
	具体的対処				
・食べない			1		①摂取量の加減
・食事量を減らす				1	
・おしっこが出た後に長時間便座に座る				1	②便意がなくても怒責を試みる
・おしっこのあとに怒責する				1	
・薬使用して排便があるまで待つ			1		③排便間隔を知り排便を試みる
・朝食後に必ず排便があるため、便意がなくても朝食後にトイレに行く				1	
・3～4日ごとの排便間隔に合わせて下剤を服用する			3		④便貯留能の低下を知り即時排便行為ができるように準備して待つ
・早めにトイレに行く			3		
・2～3日ごとにトイレで怒責する				1	
・トイレに行き、立位をとると失禁するため座ったままナースコールを押す				1	⑤残留便をなくす怒責をする
・ポータブルトイレを使用する			1	1	
・ゴロゴロとお腹がなったらすぐにトイレに行く			2		⑤残留便をなくす怒責をする
・便意時にトイレに行く			0	2	
・かなり怒責する			1	1	
件数合計			12	10	

ている行動であり、直腸がん男性患者においても、便貯留能の低下がディストレスとなり得るとされており、同様の対処行動がとられると報告されている<sup>5) 6)</sup>。下剤を使用することで便の性状を整えて排便を用意し、排便に関わる筋群（恥骨直腸筋・外肛門括約筋・内肛門括約筋）の働きを補助している対処行動と考える<sup>1)</sup>。また、排便パターンについて田中<sup>6)</sup>は、「年をとると腸の働きが低下し、便秘や下痢になりがちで、排便のリズムがみだれがちになります。その原因に目を向けながら、排便パターンをつかむようにする」と報告している。便漏れの対処行動には、排便間隔を把握することは有効であり、患者独自で、その経験から導きだした対処行動と考える。セルフケアが自立していない患者に対する安全な移乗・移動方法の選択について斎藤<sup>4)</sup>は、「特にベッドやトイレへ移乗するときの身体の扱いと車椅子の操作は、すっかり習慣づけられるまで、移乗のたびに看護師を必ず呼ぶように説明する」と報告している。また、メアリー<sup>7)</sup>は、転倒について「可動性が低下すると、尿意や便意への反応に要する時間が長くなる」と報告している。このことから、片麻痺であるが故、即座に排便行動がとれずに失禁してしまうことや、安全に動作ができず排便する前に転倒してしまう危険性があるためにとられている対処行動と考えられる。

今回の質的研究において導きだされた対処行動は、片麻痺患者における便漏れを防ぐための対処行動であり、この研究を土台にして、利き手が片麻痺と非利き手が片麻痺の患者の違いを、量的研究において症例数・内容をさらに増やし、一般化できるものにしていく研究が必要と考える。

## 結 論

車椅子を使用して自力でトイレ排泄をしている片麻痺患者の便漏れを防ぐための特徴的な対処行動として、①

「摂取量の加減」②「便意がなくても排便を試みる」③「排便時間を知り排便を試みる」④「便貯留能の低下を知り、即時に排便行為が可能となるように準備して待つ」⑤「残留便を排除するために努責する」の5つがみられた。

## 研究結果の活用と限界

本研究の結果で得られた対処行動は、車椅子を使用して自力でトイレ排泄をしている片麻痺患者の便漏れを予防するための対処行動として活用できる。しかし、対象者8名に限定して把握した対処行動であるために、同一条件の対象者群について同様な方法で便漏れ予防のために取っている対処行動を把握し、一般化できるものかについて立証する必要がある。

## 文 献

- 1) 島崎玲子：クリニカルナーシング1 看護診断—診断分類の理論的背景と診断名一覧。3, 医学書院, 東京, 1991, p97.
- 2) 島田広美：最新高齢者プラクティス 疾病・障害をもつ高齢者の看護。中央法規, 東京, 2005, p71-82.
- 3) 小野寺杜紀訳：看護診断に基づく老年看護学3 身体的変化の看護診断。医学書院, 東京, 1993, p10-13.
- 4) 石鍋圭子：リハビリテーション専門看護。医歯薬, 東京, 2001, p51-57.
- 5) 大口二美：直腸がん男性患者の特徴的なディストレスとコーピング行動—直腸超低位前方切除術を受けた患者の外出・人との接触の場合—。北陸公衆誌 2010; 36: 46-50.
- 6) 渥美京子：おむつを減らす看護・介護。医学芸術社, 東京, 2003, p47.
- 7) 黒江ゆりこ訳：看護診断にもとづく老年看護学3 身体的変化の看護診断。医学書院, 東京, 1993, p138.

## <投稿規程>

1. 投稿の内容について：当センター内業務すべての領域のものとし，他誌に発表されていないものに限る。
2. 著者について：筆頭著者は当センター職員に限る。筆頭著者・共著者あわせて原則6名以内とする。
3. 投稿区分について：下記の基準によるものとする。
  - ① 原著：独創性があり，結論が明確である研究ないし報告
  - ② 研究，実践報告：当センター職員にとって示唆に富む，興味ある症例の報告
  - ③ 依頼原稿：センターフォーラム等での優秀演題
  - ④ 資料，その他：研修会などで得た，斬新性・教育性のある報告
4. 投稿原稿について：本規程および執筆規程に従うものとする。
5. 採否について：投稿論文の採否は，職員教育委員会およびセンター雑誌編集小委員会で決定する。また投稿区分は，雑誌編集小委員会が査読の結果決定する。修正を求められた場合は指定された期日までに再投稿する。

## <執筆規程>

1. 言語は和文とする。
2. 投稿原稿はパソコンのワープロソフトを使用，本文はA4の用紙に1行40字×30行で作成（段組みは1段に設定），フォントはMS明朝体，文字の大きさは10.5ポイント，英数字は半角，句読点は全角カンマ（，）と全角ピリオド（.），括弧（）「」は半角とする。
3. 論文は，表紙に題名，著者所属，著者名を記す。原著および依頼原稿は，要旨，緒言，方法，結果，考察，文献の順に記載する。尚，要旨にはKey wordsを3個以内で併記する（各Key wordの間には『，』をつける）。症例報告は，本文，文献，図表の説明の順に記載する。
4. 図，表は論文原稿とは別にし，ワープロソフトに貼り付ける前の元データを提示する。天地の区別が必要なときはそれを明示する。また本文中に図表の挿入箇所を赤字で指定しておく。写真は手札版以上の鮮明なものとする。
5. 図，表は図1，表1，等と番号を記しタイトルを明記する。タイトルは図の場合下に，表の場合には上に明記する。
6. 文献は本文に引用されているもののみあげ，引用番号は本文の引用順による。本文の引用箇所に番号を付ける。文献の書き方は下記のようにする。

〈雑誌〉著者名：論文題目。雑誌名 西暦発行年；巻：起始頁-最終頁。

〈書籍〉著者名：書名。版数，巻数，発行所名，発行地，西暦発行年，引用頁。

引用文献の著書氏名，編者氏名は，3名以上の場合は最初の3名を書き，他は～ら，または，et al とする。

例1) 里吉宮二郎：内分泌障害によるミオパチー。臨床神経 1961；1：439-449。

例2) 清水潤，西山和利，武田浩一ら：筋生検所見でtype II atrophyを認めた進行性半側委縮症の1例（会）。臨床神経 1991；31：93。

例3) 小川泉三：脳の解剖学。第4版，南山堂，東京，1958，p94。

例4) 日本赤十字社ホームページ：血液事業（Blood Programme）。

<http://www.jrc.or.jp/active/blood/index.html> (2007年6月現在)

7. 原稿（図，表を含み）は，電子媒体に保存したデータと出力原稿の両方で提出する。