

カバーター：便秘には、食事療法(食物繊維)、運動が必要だが、患者の自宅を訪問する在宅医には、生活を踏まえたこれらへの指導や、環境を踏まえたアプローチが特に求められる。

<症例:82歳 男性>

- ・ 認知機能は保たれADLは自立しているが、慢性閉塞性肺疾患(COPD)による呼吸不全(Hugh Jones IV度)のため通院が困難となり、3年前から訪問診療を開始。
- ・ 1年前から下腿浮腫を認め、肺性心と診断し利尿剤を開始。
- ・ 半年前から便秘傾向となり塩類下剤を処方
- ・ 妻と2人暮らし
- ・ 要介護2、デーサービスを週に3回利用中

<内服薬>

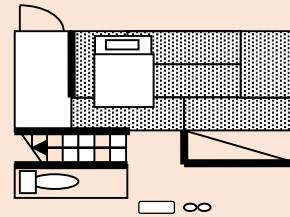
アムロジピン 1回40mg 1日1回(朝食後) フロセミド 1回10mg 1日1回(朝食後)
酸化マグネシウム 1回250mg 1日3回(毎食後) 長時間作用性吸入気管支拡張剤

排便の困難さ

- ・ ある訪問診療の際、排便が大変で、毎日、市販の浣腸を使用していることが判明。
- ・ ひどい時は肛門に指を入れて便を掻き出すこともあるという。
- ・ 便の形状はコロコロ便であるという。
- ・ 呼吸不全もあるため、まずトイレ動作を評価することとした。

訪問時にトイレ動作の評価

- ・ まず、ベッドからの起き上がり動作、立ち上がり動作を確認した。
- ・ 自覚症状、呼吸数は16回/分。
- ・ SpO₂:95%(Room air)は 平時と変化を認めなかった。
- ・ 次に、トイレ迄の動線を一緒に歩いて確認した。本人は、妻に遠慮してトイレ介助を希望しないという。寝室からトイレまでは約15m程あり、段差を認めたが、患者の視力は保たれており、歩行バランスや筋力から転倒リスクは高くないと評価した。
- ・ スリッパの使用は辞めることをお勧めした。
- ・ 手すりは設置されていた。
- ・ さらに、模擬でのトイレ行為を実際に見せてもらった。洋式トイレの蓋を開け、便座に座ると、息切れがある様に見受けられた。呼吸数は28回/分、SpO₂:90%(Room air)であった。
- ・ 実際には、脱衣行動もあり、より負担となっていることが予想される。便はやや硬めであり、出すのが大変であるという。COPDで痩せており、腹筋なども衰えて便が出し難いものと考えられた。
- ・ 再び、便器から立ち上がり、元の導線を寝室に向かって歩いてもらったが、トイレの出口で、ややフラツキを認め、その後は息切れがひどく、歩行バランスもやや悪く、転倒リスクも懸念された。
- ・ トイレへの出入りのために、トイレ内の手すりの設置が必要であると考えられた。



ケアマネジャーと相談

- ・ 本人とトイレ内の手すりなどについて相談してもらうこととした。
- ・ 最終的には、トイレ内へのパー設置、導線では歩行器を使用することとなった。
- ・ 医学的には、労作時用として在宅酸素療法を導入し、薬剤として麻子仁丸を処方した。
- ・ 排便時の姿勢(前傾姿勢、両肘を両膝の上に、上半身を前傾に、足置きで腹筋に力が入りやすく)などの指導を訪問時に行ったが十分行えず、訪問リハビリテーションを週1回、2ヶ月間導入し効果を得た。
- ・ 本人の負担になると考え、同時に多くの介入(食事や運動に関する助言)は急には行わなかったが、上記の介入で、一連のトイレ動作による負担、息切れは軽減し、便秘は解消した。

考察

高齢者においては、男女問わず便秘が増加することが知られている。加齢により腸管運動機能が低下し、排便時に生ずる肛門周囲の筋肉の一連の動き(直腸内の便が腸管壁を伸展して直腸筋の収縮と内肛門括約筋の弛緩が起こり、随意的に外肛門括約筋が弛緩して肛門拳筋が収縮する)が障害されると共に、直腸に便が到達して腹圧をかけても、排便反射が起こりにくいためとされている。

排泄の問題は尊厳に直結し、「最期までトイレに行って用を足したい」という方は多く、在宅医にとって臨床的に非常に重要な問題である。排泄行為の失敗や排泄ケアが必要な際も、本人の自尊心や羞恥心に十分配慮する必要がある。例えば、脳血管障害の既往を持つ在宅療養者では、ADLの低さよりも、排泄の自立がQOLに影響していたと報告されている¹⁾。

もちろん、特に認知症などでは、便秘の不快感が、行動心理症状、せん妄、食欲低下へつながる可能性があり注意が必要である。

さらに、便秘は、高齢者にとって非常に頻度の高い健康問題であるにもかかわらず、患者は、羞恥心などから必ずしも話題にしないこともあり、QOLを高めるべく、患者に配慮しつつ、他職種と連携して、便秘への介入を試みたいところである。特に、日常生活動作への介入は重要で、本症例では在宅酸素、歩行器、一時的に訪問リハビリテーションを導入した。例えば、尿失禁は、排尿に必要な日常生活動作の訓練によって改善する可能性がある²⁾。

便秘は、患者のADLが低くなると生じやすく、排泄に介護を要することも多いが、介護者の負担感は、患者に訪問リハビリテーションを導入している患者の介護者の方が低いとされていることから日常生活動作の訓練、特にリハビリテーションの重要性がうかがえる³⁾。

さらに便秘は、認知機能が中等度に障害された場合、便意がなくなるため生じやすいが、もし認知症があっても、あくまで残存能力を生かし、例えば朝決まった時間にトイレ誘導を行うと、トイレで排便を試みると、便意がなくても、便座に座ることで便意を生ずることが期待できる。

トイレへの導線の状況に応じて、福祉用具(ベッド、車椅子、杖、歩行器など)の使用を検討し、ポータブルトイレの適応も検討する必要があるが、長年使い慣れたトイレを使用したいなどや、プライバシーや尊厳に大いに関わるため、物理的に移動距離が減るからという理由のみで導入せず、見えないような工夫、尿取りパットなどを敷いて音を軽減、消臭グッズを使用などの配慮を行うことにも留意する。

文献

- 1) 習田 明裕. 脳血管疾患の既往をもつ在宅療養者のQOLに影響を及ぼす要因分析 老年者と壮年者の比較を通して. 東京保健科学学会誌 2000;3(2):88-97.
- 2) van Houten P.et.al.Urinary incontinence in disabled elderly women: a randomized clinical trial on the effect of training mobility and toileting skills to achieve independent toileting. Gerontology 2007;53(4):205-10.
- 3) Crotty M et al. Home versus day rehabilitation: a randomised controlled trial. Age Ageing 2008;37(6):628-33.

NEXT STEP: 排泄は、認知機能や日常生活動作(ADL)の低下により妨げられる可能性があり、その問題は訪問診療を行う患者では多い。しかし、密室となりやすいトイレでは医師はもちろん、家族や介護スタッフも、排泄を自分で“どのくらいできているのか”を把握できない可能性があるため、在宅医として排泄の問題に常に目を向けていきたい。