博士学位論文

介護医療院における重度要介護高齢者に対する「快適な排便ケア」の実態とそれに影響を及ぼす要因との関連検証

Current Status and Factors Related to "the care of comfortable defecation" for older adults in Integrated Facility for Medical and Long-term Care

２０２３年 ３月

島根大学大学院医学系研究科　看護学専攻博士後期課程

小岡　亜希子

指導教員　原　祥子

目次

Ⅰ．研究の背景 ・・・

Ⅸ．考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・43
1．重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践の実態・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 43
2．重度要介護高齢者の快適な排便ケアに関連する要因・・・・・・・・・・・・・・・ 44
3．生活と医療を支えるために介護医療院の看護師に求められる組織的課題・・・・ 50
4．本研究の限界と今後の課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51

Ⅹ．結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・52

謝辞・・・53
付記・・・53
引用文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・54

Ⅰ.研究の背景

１．日本における介護医療院設置の目的と役割

日本の療養病床は、1973 年の老人福祉法改正により老人医療費の無料化が行なわれ、老人病院が増加し、施設代わりの病院利用が促進されたことに始まる。その後 1993 年の医療法の改正により、一般病院における長期入院患者の増加に対応し、長期の療養を必要とする患者が入院できるための療養型病床群を設置している。2000 年の介護保険法、2001 年の医療法改正により、介護療養型医療施設と医療療養病床とに分かれることとなった。しかし、実際には医療療養病床（医療保険適用療養病床）と介護療養病床（介護保険適用療養病床）で入院患者の状態に大きな差が無く、医療の必要性の高い患者と低い患者がそれぞれに混在しているという現状から、患者の状態に応じた病床再編が求められ、介護療養病床は老人保健施設等への転換を促進すること、あわせて介護療養病床を 2011 年度末をもって廃止することが打ち出された。しかし、介護保険施設等への転換は進まず 6 年延長されたが、多くの高齢者が介護療養型医療施設から移動できない状態が続いていた。2016 年の医療が必要な要介護高齢者のための長期療養施設の在り方に関する調査研究事業（一般社団法人日本慢性期医療協会）によると療養病床の在宅復帰率は介護療養病床では 0～20％未満が 6 割を占め、医療療養病床においても 40％未満が半数を占めており、長期入院の状態であることが伺える。また、要介護度は介護療養病床の 9 割、医療療養病床の 4 割が要介護 4，5 の重度要介護状態であること、喀痰吸引を必要とする者の割合は介護療養病床で 4 割、医療療養病床で 6 割、経管栄養においてはいずれの病床においても 6 割を超えているという現状を報告している。厚生労働省は、介護療養病床の今後の在り方や慢性期の医療･介護ニーズに対応するためのサービスの提供体制の在り方を再検討し、介護療養病床や医療療養病床で生活する高齢者は、療養生活が長期におよび、そこで生涯を終える方も多いこと、特別養護老人ホームや老人保健施設の入所者よりも医療必要度や要介護度が高いという現状から、2017 年度末をもって介護療養病床を廃止し、2018 年度からは新たな機能を持つ介護医療院の設置を決定した。介護療養病床から介護医療院への移行期間は 2024 年度末とし、現在移行が進められている。

介護医療院は、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重や家族や地域住民との交流が可能となる住まいとしての居場所の提供と、経管栄養や喀痰吸引等の日常生活上必要な医療処置や充実した看取りを行なえる体制が重視され、「住まいと生活を医療が支える新たなモデル」として位置づけられている。厚生労働省によると介護医療院は、2021 年 6 月 30 日時点で病院の介護療養病床からの移行が約 65％を占め、次いで病院の医療療養病床からの移行が 25％と報告されているが、介護医療院は単なる長期療養病床等からの移行先ではなく、重度要介護高齢者の住まいとしての役割があり、医療処置のみならず、生活の視点を取り入れた日常生活ケアの提供が重要であると考える。

2. 長期療養病床における排泄ケアの動向と看護上の課題

介護医療院に相当するこれまでの長期療養病床の個別の排泄ケアについては、立後れが指摘されている。Takaoka ら（2020）が院内勉強会の開催の少なさ（10.7%）やユニット内の便秘管理のケースカンファレンスの開催の少なさ（23.4%）を示し、看護師の排便評価は排便回数の把握のみで性状や量の評価が不足していたり、慢性便秘症のガイドライン(日本消化器病学会関連研究会ら,2017)の勧告に反して刺激性下剤を連日投与している実態を報告している。また、排泄物の接触によって生じる失禁関連皮膚炎（Incontinence-associated dermatitis；IAD）の国内介護療養型医療施設の有病率は 17%（Shigeta, et al., 2009）と諸外国と比べて差はないものの、市川ら(2015)は、介護療養型医療施設における調査で 98.7%の病棟で定時のおむつ交換が行なわれていること、定時に加えて定時以外のおむつ交換を行なっている病棟が 41.0%にとどまっていることを指摘し、いずれの報告もアセスメントに基づく個別ケアの不足や長期療養病床の排泄ケアの質の向上の必要性を示唆している。長期療養病床の排泄ケアの困難性は、高齢者施設に比べて長期療養病床に入院する高齢者の背景も要因の 1 つではないかと考える。長期療養病床に入院する高齢者は、何らかの医療処置を必要としており、医療区分や要介護度も高い。医療を必要とする一方で、生活の制限からストレスもたまりやすく精神状態も不安定になりやすい。心身の状態を適切にアセスメントし、複雑で様々な健康問題を抱える高齢者に医療処置を的確に実施しながら個別的な排泄ケアを行なうことは、容易ではないことが伺える。

Susan ら(2015)は、ナーシングホームで生活する高齢者の失禁の特徴を調査した中で、長期の介護状態であること、ADL や認知機能に障害を持つこと、下痢、便秘、および脳卒中などの既往症を持つ高齢者は、尿失禁と便失禁の二重の失禁をもつ特徴があることを示している。高齢者は加齢に伴う生理的な機能低下や生活環境の変化によって慢性便秘症を引き起こしやすい。陶山ら（2006）は老人保健施設の入所高齢者 278 名のうち、約 8 割が下剤を内服しており、さらに下痢している者が 44.2%、便失禁している者が 34.9%に上ると報告しており、高齢者は便秘によって下剤を内服し、その下剤によって下痢を引き起こしているという現状が伺える。介護医療院に入所している高齢者は、84.1%が要介護 4 以上であること、入所者の傷病名で最も多いのが認知症（56.1%）、次いで脳卒中（55.6%）であり（厚生労働省, 2020）、長期療養病床と同様に長期療養患者の利用者が多いことが推察される。介護医療院に入所している多くの重度要介護高齢者も便秘と下痢の両方の苦痛を感じていることが想定され、ケアスタッフには医療と生活の視点を併せ持ち柔軟に対応する能力が求められること、便秘と下痢、尿と便の二重の失禁をかかえる高齢者をケアすることが求められている。髙岡ら（2022）は、医療療養病棟の看護職は医療療養病棟の特有の患者背景を踏まえた便秘ケアの方法の選択や下剤使用の難しさ、病棟における便秘ケアのルーティン化などの改善すべき課題を抱えていることを報告しており、このことを踏まえると、介護医療院においても排便ケアに焦点をあて、ケアの改善を図ることは喫緊の課題であると

考える。

重度要介護高齢者の便秘ケアは、トイレでの排便姿勢をとれない高齢者にどのように排便動作を援助すれば良いのか、自ら動くことが困難な重度要介護高齢者にどのような活動を促していけば良いのか、食べられるものが制限されている中でどのような食事の工夫が可能なのかといった重度要介護高齢者に特有した課題がある。高齢者の便秘という問題に対しては、2010 年に高齢者の快便を目指すケアが提唱され、便秘改善のためのプロトコール（伴ら，2010）が作成され、排便姿勢がとれる高齢者は、トイレに誘導して自然排便を促すなど、単一的なおむつ交換から、おむつからの離脱を目指すケアが具体的に示されている。このケアプロトコールは、介護・医療の違いや在宅・施設の違いを問わず全ての高齢者に適応したものとして開発されており、対象となる高齢者の ADL は長期臥床状態から自立まで幅広い。また、詳細なアセスメント項目と、便秘改善のケア項目が挙げられ、幅広く対応できるよう網羅的に示されている。しかし、網羅的に示されることにより、特有の課題をもつ重度要介護高齢者に、どのようなケアを提供すれば高齢者にとって快適な排便ケアが提供できるのか、具体的イメージを持ちにくいのではないかと考える。そのため、常時おむつ排泄を余儀なくされる重度要介護高齢者に対して、どうすれば快適な排便ケアを提供できるのか、具体的な快適な排便ケアの実践内容を行動レベルで提示する必要がある。そうすることで、重度要介護高齢者の特有の課題を踏まえた便秘ケア方法を選択し、ルーティン化したケア方法を改善でき、下剤投与の難しさからくる下痢や尿失禁と便失禁の二重の失禁で苦痛な思いを感じている高齢者にも快適な排便ケアが実践できるのではないかと考える。そのためにはまず、重度要介護高齢者が多く生活する介護医療院においてどのような排便ケアが実践されているのか、その実態を明らかにし、実践に影響する要因を明らかにすることが必要である。

3. 重度要介護高齢者に対する「快適な排便ケア」に影響を与える要因の検討

重度要介護高齢者に快適な排便ケアを提供するためには、複雑で様々な健康問題に対応できる看護師の役割が重要である。鳥海（2007）は、高齢者施設における看護師の役割として、看護は介護の全てをカバーする存在で有るとし、生活の場においては、看護師が的確な予測と判断で介護職を支えることが必要であり、看護職としてのその力量が、介護施設を暮らしの場にしていくと述べられている。さらに桑田（2010）は、療養病棟の看護師の役割について、指導的視点を持ちながら、介護と看護が連携すること、24 時間患者のそばにいる看護師は他職種との連携を円滑に進めるためにも調整役を担うことを挙げている。看護職が自分の役割を理解し、介護職の役割･機能に対する理解を深めることが必要である。排便ケアの質の向上のためには、まず看護職の薬の調整だけにとどまらない排便ケアの在り方が重要であると考える。

排便ケアの質の向上のためには、快適な排便ケアに影響を与える要因を明らかにする必

要がある。これまでの研究において、組織としての取り組みや特性が影響することが報告されている。便秘の管理と組織的な要因との関連を研究した Takaoka ら（2020）の報告では、病棟管理者がエビデンスに基づく看護実践の重要性を認識しているかという、病棟管理者の認識と便秘管理の関連性を明らかにしている。さらに、ケースカンファレンスの開催や教育を受ける機会などの組織環境、スタッフの人的資源の存在などとの関連を報告している。Sakakibara ら（2011）と Lene ら（2015）は、看護師の排便ケアリーダーを育成し、排便ケアチームの存在やそれを牽引するリーダーの存在の重要性を示している。

Anika ら（2021）は、尿失禁管理に対する知識、態度、信念、実践に関するスコーピングレビューを行ない、尿失禁管理の行動変容を促進する要因として、知識（尿失禁に関する得た情報と情報の理解）、態度（看護師の思考、感情、認識に影響を与える素因のある視点）、信念（尿失禁管理に対する信念や期待）があることを報告している。これらは排便管理においても影響を及ぼすことが推察される。Takaoka ら（2020）も下剤使用に関する信念や臥床状態での排便管理に関する基礎的な知識を持つことは、実践に影響することを指摘している。また桑田（2010）は、療養病棟における看護師の役割として、寝たきり状態で意思疎通が困難な状況であっても意思のある 1 人の人格であることを忘れない倫理的態度を身に付けておく必要があると述べている。介護医療院は、医療の視点に加え生活の視点を重視した施設であることを踏まえると、重度要介護高齢者を生活者として捉える看護態度は、排便ケアの実践に影響するのではないかと考える。

以上のことから、重度要介護高齢者に対する「快適な排便ケア」の実践に影響する要因として、組織環境、排便ケアに対する信念、生活を支える看護の態度、排便および排便ケアに関する知識を設定し、排便ケアの実践との関連性を明らかにし、介護医療院の排便ケア向上に寄与する示唆を得たい。

Ⅱ．研究目的

本研究の目的は、介護医療院における重度要介護者に対する看護師の快適な排便ケアの実態を明らかにし、排便ケアの実践に影響する要因との関連性を明らかにすることである。

Ⅲ．本研究の意義

今後も重度要介護高齢者の増加が見込まれる超高齢社会において、介護医療院は医療を必要としながらも生活の視点を取り入れた日常生活の充実を目指す新たな生活施設である。その観点から、介護医療院における重度要介護高齢者に対する「快適な排便ケア」の実践が必要不可欠なものであると考える。介護医療院における重度要介護高齢者に対する「快適な排便ケア」の実践を明らかにし、それに影響する要因を探ることは、介護医療院のみならず、重度要介護高齢者の排便ケアの質の向上に資するものと考える。

Ⅳ．研究の枠組み

１．重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践項目原案の作成

2010 年に伴らによって作成された「便秘改善のためのケアプロトコール」は、下剤に依存しすぎず快便を目指すケアの指標として作成されている。快便とは「気持ちよく便通があること」であり、本人が気持ちよいと感じられる排便があることが重要としている。しかし、重度要介護高齢者の場合は、トイレでの排泄は困難であり、本人の気持ちよさを兼ね揃えた本来の快便を目指すことは難しい。そのため、ケアを提供する者がその人にとって快適な排便であることを目指して排便ケアを行なうことが重要である。複雑で多様な疾患をもつ重度要介護高齢者にとって快適な排便を目指すためには、疾患のみならず食事や運動などの日常生活の側面からのアセスメントが重要であり、さらに苦痛を自ら訴えることが困難であることを踏まえ、苦痛や羞恥心に十分に配慮する必要がある。そして、それらを実践するためには、看護師や介護福祉士などのケア職だけでは困難であり、医師や薬剤師、リハビリテーション専門職などのチームケアが重要であると考えた。

介護医療院における床上排泄を余儀なくされる高齢者の「快適な排便ケア」とは、食事摂取量の減少、運動量の減少、身体機能の低下による排泄行動の制限を踏まえた排便ケアチームによるアセスメントに基づく排便ケアと、排便物を他者にみられる苦痛や羞恥心に配慮したケアを行ない、排便管理を下剤のみに頼らず、その人にとって十分な量の排便が快適に腸を通過し、排便に至れるよう支援することである。快適な排便ケアの構成要素は、高齢者の便秘の改善ケアプロトコール（伴ら，2010）に示された便秘改善のためのアセスメント項目、国内外の高齢者の便失禁に対する介入研究 10 文献（Chassagne et.al,2000；Bliss et.al,2001,2011,2014；Schnelle et.al,2003,2009,2010； Zhang et.al,2011； Conley et.al,2014；Kon et.al,2017）、便秘に対する介入研究 9 文献（Jeon et.al,2005；Lämås et.al,2009,2011,2012；McClurg et.al,2011,2016；Huang et.al,2015；Turan et.al,2016；Birimoglu et.al,2019）を参考に、「アセスメントに基づく便秘改善のためのケア」「苦痛と羞恥心に配慮したケア」「チームアプローチ」の 3 領域とし、排便ケアの研究者によるスーパービジョンを受けて 47 項目を設定した。表 1 に示す。

1）アセスメントに基づく便秘改善のためのケア

Ernest ら（2009）は、便秘の要因として、加齢に伴う不可逆な要因に加えて、薬（副作用）、変性疾患、食事摂取量の減少、認知症、運動量の減少、プライバシーの減少、脱水、抑鬱を挙げている。加齢に伴う不可逆的な機能低下の側面だけでなく、加齢により変化しうる精神状態の変化や併存疾患、処方薬、食事量の変化や運動量の減少などの環境の変化も便秘を増やす要因とされており、看護師は入所者の身体・心理面をアセスメントし、便秘改善のためにケアしていく必要がある。これまで腹部マッサージ（Jeon et.al,2005；Lämås et.al,2009,2011,2012；McClurg et.al,2011,2016；Birimoglu et.al,2019；Turan et.al,2016）下剤・止痢剤調整（Camilleri et.al,2009；Seinelä et.al,2009；Gallelli et.al,2010）、食物繊維

の投与（Yeun et.al,2015；Sturtzel et.al,2008）、排便パターンに応じたトイレ誘導（Huang et.al,2015）等は、すでに有効性が報告されており、日本老年看護学会の便秘の改善ケアプロトコール（伴ら,2010）においても、その有効性が示されている。また、国際的なベストプラクティスの推奨事項に基づいて看護師主導の便失禁の評価と治療を示した Faecal incontinence in adults：management（National Institute for Health and Clinical Exellence, 2007）（以下、便失禁ガイドライン）においても、便失禁の初期管理に進む前に、便秘の有無を確認し便秘の改善を図る必要性が示されている。「アセスメントに基づく便秘改善のためのケア」については、このケアプロトコール（伴ら,2010）および便失禁ガイドライン（National Institute for Health and Clinical Exellence, 2007）に基づき実践の内容を整理し、関連する疾患、食事、活動と休息、排便機能、下剤の調整や処置に関してアセスメントに基づいたケア実践項目 32 項目を設定した。

（1）関連する疾患に関する項目

関連する疾患については、疾患や内服薬が便秘や便失禁に影響している可能性をアセスメントする必要がある。パーキンソン病薬や気管支喘息治療薬として用いられる抗コリン薬や、利尿薬は高齢者が多く内服している薬であるが、これらは便秘を起こしやすい薬とされている（樋島,2015）。また、老年医学会が報告している高齢者の安全な薬物療法ガイドライン（2015）においても、介護施設において薬物有害事象予防のために特に注意を要する薬剤として抗精神病薬は不穏や転倒だけでなく尿失禁や便秘のリスクを増大させる薬として使用を控えることが推奨されている。看護師は入所者がどのような疾患を持ち、何を内服しているかを情報収集し、便秘や下痢、便失禁に影響していると考えられる場合には内服薬の変更や中止の可能性をチームで検討する必要がある。これらを踏まえて 3 項目を設定した。

（2）食事に関する項目

食事に関することについては、食行動を通して可能な限り腸管を正常に動かすことが必要である。食物繊維や腸内環境を整える腸内細菌食品は、すでに便秘に効果があることが検証されている。また、口腔ケアは、口腔ケアによる口腔感覚や唾液分泌が、グレリンの分泌改善に繋がる（木村ら,2012）ことが報告されている。グレリンとは主に胃から生産されるペプチドホルモンであり、これが大腸運動の促進作用を持つ（平山ら,2014）ことが報告されている。つまり、経口摂取の有無にかかわらず、食前に口腔ケアを行なうことは消化のための腸を整えることに繋がると考える。さらに、経管栄養を受けている高齢者は下剤の内服に関係なく下痢していることが多い（小岡ら,2016）。下痢改善のためには半固形化栄養剤の使用が有効とされており、積極的な導入が求められる。

これらの内容から、正常な腸の活動を促すことで便秘や下痢を改善することが必要であり、食物繊維、口腔ケアによる大腸運動促進作用、経管栄養などに関する 9 項目を設定した。

（3）活動と休息に関する項目

活動については、適度な運動が腸蠕動を促進することはすでに明らかにされている。Huang ら（2015）は、ナーシングホームに入所する便秘のある寝たきり高齢者に対し、30 分の腹部マッサージが便秘の改善に効果があったことを示している。運動の代替として腹部のマッサージ効果があることは実証されているものの、すべての寝たきり高齢者に 30 分の腹部マッサージを施すことは、多忙な臨床の場での導入は困難である。重度要介護高齢者に自発的な運動を促すことや、自ら腹部マッサージを実践してもらうことは難しい。しかし、腸を動かすためには日常生活の中で、できる限り身体を起こして動くことが必要である。寝たきりの状態であったとしても、可能な限りリクライニング車椅子に移乗したり、ベッド上で上体を起こすなどの時間を持つことが腸蠕動の促進に繋がる。また、本人のもてる力を最大限に活かし、おむつ交換時には膝立やヒップアップ、側臥位への自発的な動きの促し等の小さな動きも活動を促進すると考える。さらに運動だけでなく、日中に人とのコミュニケーションをとるなどケアスタッフの積極的な声かけが生活リズムを整えることにも繋がる。

運動だけでなく効果的な睡眠も便秘の改善には有効である。松本（2015）は、意識障害のある寝たきり高齢者における 24 時間の睡眠評価を行ない、昼夜問わず 1 日睡眠状態にある全日型睡眠を示したことを報告している。寝たきり高齢者は外部からの刺激がなければ覚醒を維持することは困難である。そのため、ケアスタッフは、言語的コミュニケーションが難しい状態であっても、日中は人の輪の中にいたり、意識的に声をかけたりするなどして覚醒を図り、夜間は静かな環境を用意して十分な睡眠を確保できるよう睡眠と覚醒のリズムを作っていくことが重要である。そうすることにより、夜間に副交感神経が優位となり腸蠕動の促進に影響するといえる。

これらの内容から、身体を動かす機会の提供、適切な休息の確保に関する 7 項目を設定した。

（4）排便機能に関する項目

排便機能については、便の排出を促進することが重要である。便失禁を防ぐためにも、胃－結腸反射等を用いて決まった時間にトイレに座ることが有効であることが示されている（Schnelle et.al,2009,2010）。また、自ら便意を訴えなくても便意を意図的に確認したり、便意を示す仕草を察知したりすることで、便意に応じたトイレ誘導を行なうことが有効とされている。重度の要介護高齢者をトイレ誘導することは容易ではないが、近年は移動用のロボットなどの導入も進んでおり、トイレで排泄することを試みることが重要であるといえる。また、トイレでの排泄を実現させるためには、日頃から前傾姿勢がとれるよう支援することも重要である。特に脳血管疾患を伴う場合には関節拘縮から上体が後方に反ることが多く前屈姿勢がとりにくくなる。身体機能低下により移乗に痛みや苦痛を伴う場合にはトイレ誘導は避けるべきであるが、普段から座位姿勢をとったり、前傾姿勢をとる機会を意図的に作るなどして排便姿勢が保持できるような支援が必要である。移乗に痛みや苦痛を伴

う場合には、排便のタイミングを予測したり、便意を察知したりすることができれば、ベッドパンへの排泄やタイムリーなおむつ交換が可能となり、不快感の軽減に繋がるといえる。排便機能に関する項目として 4 項目を設定した。

（5）下剤の使用に関する項目

下剤の調整について西村（2008）は、排便ケアにおいて、ルーティン化された下剤内服のみでなく、排便障害の種類と原因を判別すると同時に、個々の排便周期に合わせたケアプランを立案することが重要であるとし、日数による排便コントロールではなく、下剤の内服量を調整して便の形状を整える排便コントロールを提唱している。陶山ら（2006）は老人保健施設の入所高齢者 278 名のうち、約 8 割が下剤を内服しており、さらに下痢している者が 44.2%、便失禁している者が 34.9%に上ると報告している。また機械的下剤の使用は、下痢症状に関連していたことを報告し、下剤の使い分けの必要性も示している。Sakakibara ら(2010)の報告においても、介護老人保健施設における要介護高齢者の便の性状と関連要因を探る研究において、下剤使用者は 63.3%おり、下痢便の排出と大腸刺激性下剤の使用との関連を示している。Susan ら（2013）は、ナーシングホームの高齢者の便失禁の有病率とその相関を調査しており、便失禁と下痢に相関を認めている。また、緩下剤の使用者の便秘の罹患率は 41%であり、便失禁と便秘による宿便との関連を示している。西村（2008）の提唱するように、便の形状を観察しながら排便コントロールを行なうことは、下剤による下痢を防ぐために重要であり、宿便による便失禁を改善するためにも有効な手段であるとされている。下剤の使用について 9 項目を設定した。

2）苦痛と羞恥心に配慮したケア

国際的なベストプラクティスに基づく看護師主導の推奨便失禁ガイドライン（National Institute for Health and Clinical Exellence, 2007）に、虚弱な高齢者、重度の認知症のある者、尿失禁を有する者も便失禁の高リスクグループとして挙げられており、便失禁は社会的に信用を失い不名誉な状態となるため、十分に配慮する必要性が明記されている。また、便失禁管理におけるグットプラクティスとしてケアに関わる全てのスタッフは、便失禁が個人とその介護者に与える身体的・感情的な影響の両方に注意を向ける必要性、便失禁の評価･管理と関連する身体的、感情的、心理的、社会的問題について話し合う機会を設け、患っている個人の見解、経験、態度および意見を積極的に求めるよう推奨している。重度要介護高齢者は、自ら便意を伝えることができないだけでなく、排泄物の処理を完全に人に委ねなければならない状況を踏まえ、ケアに関わるスタッフは、高齢者の排便に関わる心身の苦痛を想像し、対応することが求められるといえる。これらを踏まえ、痛みや不快感への配慮に関する 6 項目を設定した。

3）チームアプローチ

「快適な排便ケア」の要素として、チームでの排便ケアは不可欠である。高齢者への質の高いサービスの提供にはチームアプローチの実践が重要である（亀井ら,2006）といわれている。チームアプローチは、厚生労働省が 2018 年度に介護施設の排泄ケアの質の向上のために新たに創設した排せつ支援加算でも、重視されている。算定要件として①排せつに介護を要とする入所者のうち、適切な対応を行なうことによって要介護状態の軽減が見込まれると医師等が判断した者に対して、施設の医師、看護師、介護支援専門員他が共同で、該当する入所者が排せつ介護を必要とする原因を分析すること、②原因分析に基づいた支援計画を作成すること、③支援計画に基づいた支援を継続して実施することが求められている。これらをふまえてチームアプローチに関する 9 項目を設定した。

表１　重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践原案 47 項目

①アセスメントに基づく便秘改善のためのケア
関連する疾患に関する項目
入所時は疾患名や既往を把握し、排便への影響を検討している
抗コリン薬や抗精神病薬など便秘を引き起こす薬剤を把握し、副作用の出現を確認している
抗菌剤やプロトロンプ阻害薬（タケプロン、ランソプラゾール等）など下痢を引き起こす薬剤を把握し、副作用の出現を確認している
食に関する項目
便秘改善のため、食物繊維製品を積極的に取り入れている
便秘改善のため、プロバイオティクス製品を積極的に取り入れている
便秘改善のため、ビフィズス菌等の腸内細菌食品を積極的に取り入れている
食事は、可能な限り経口から摂取するため、食形態を工夫している
経口摂取の有無にかかわらず、食前には口腔ケアを実施している
個人の体重に応じた必要水分摂取量を算出し、十分な摂取量を確保している
1 日に必要な水分摂取量を確保するため、本人の嗜好に応じた飲み物や生活の中で飲水の機会を設けるなど工夫している
経管栄養剤は食事ととらえ、体調が悪い日やお腹が張っている時は、注入量を減量するなど調整している
経管栄養を受けている高齢者が下痢している場合には、液状栄養剤から半固形化栄養剤への変更を検討している
活動と休息に関する項目
週 5 回以上、15 分の腹部マッサージを行い、腸蠕動を促進している
離床の際は、本人の体力や疲労度に応じて離床時間を調整し、活動と休息のバランスを考えて離床を進めている
1 日 1 回はベッドから離れ車椅子に移乗するようにしている
ベッド上で過ごしている時も、覚醒時にはベッド上で上体を起こす時間を設けている
おむつ交換の際には、膝立、ヒップアップ、腰のねじりなど声をかけながら、できるだけもてる力を発揮してもらっている
夜間は十分な睡眠が確保できるよう、環境（人の声、音、明るさ、温度など）を整える配慮をしている
言語的コミュニケーションが難しい状態であっても、人の輪の中にいたり、スタッフが声をかけるなどしてコミュケーションを図っている
排便機能に関する項目
便意を確認したり、便意を示す仕草が読み取れた場合には、積極的にトイレでの排泄を試みている
便意が読み取れた場合には、ベッドパンを利用するなどしておむつ以外の床上排泄を支援している
排便姿勢が保持できるよう、日頃から座位姿勢を工夫している
便意を表出して排便できた場合には、賞賛し次も教えて欲しいことを伝えている
下剤の使用に関する項目
処方された下剤の作用について知識をもち、投与後はその作用（副作用）を確認している
下剤の種類について知識を持ち、便秘の状況に応じて使い分けている
服用している内服薬との飲み合わせを確認して投与している
浣腸を行う場合には、直腸内に便が降りてきていることを内診やエコーで確認したうえで行っている
浣腸は直腸穿孔のリスクを考え最小限にしている
摘便を行う場合には、直腸内に便が降りてきていることを内診やエコーで確認したうえで行っている
下剤を服用して下痢した場合は、下剤の量や種類を変更するよう再検討している
ブリストル排便スケールを用いて、便の形状を確認しながら下剤を内服している
下剤を開始したり、変更した場合は「排便日誌」をつけて経過を観察している
②苦痛と羞恥心に配慮したケア
刺激性下剤の使用は腹痛を伴うため、使用を最小限にしている
摘便は本人の不快感を考慮し、最小限にしている
おむつ交換時は、拘縮等による身体の痛みがあることを考慮して体位変換している
おむつは、本人の排泄状況に応じてパットの大きさを変更している
パッドは、重ね使いはせず 1 枚で使用している
便失禁そのものへの心理的な苦痛、自尊心に配慮した声かけをしておむつを交換するように心がけている
③チームアプローチ
患者本人が困っていることや本人の不快感を捉え、チームで共有している
個別の排泄ケア方法に関して、看護職と介護職の間で日頃からディスカッションしている
トイレで排便できる可能性について、チームで検討している
看護師は、排泄に関して積極的に多職種から情報を得るように心がけている
便秘や下痢している状態に対して積極的に医師と相談している
便秘や下痢に影響する薬剤に関して積極的に薬剤師と相談している
腸蠕動を促進するため、可能な運動方法について PT や OT と相談している
少しでも経口摂取を維持するため、食事摂取方法に関して ST に相談している
栄養剤や食物繊維の摂取等に関して栄養士と相談している

２．重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践項目原案の内容妥当性の検討

原案の 47 項目について、えひめ排泄ケア研究会に所属する 4 名の看護･介護職（特別養護老人ホーム介護主任 1 名、特別養護老人ホーム看護師 1 名、介護療養病棟の看護師長 1 名、介護医療院看護師 1 名）に内容の妥当性の確認を依頼した。えひめ排泄ケア研究会とは、排泄障害の診断・治療・介護に関する基礎、臨床研究及び実践に関する情報交換と科学的検討を行ない、会員相互で研鑽する事を目的として設立された団体で、高齢者看護および排便ケアに関する研究者が代表を務め、医師、看護師、介護福祉士、理学療法士などの世話人で構成されている。毎年、勉強会や事例検討会、学術講演会を開催し、医療・保健・福祉職者等が一定の水準の知識と方法を持って 排泄障害の診断、アセスメントに基づいた専門的なケアの提供を行なう事ができるように活動している。依頼した 4 名は、長年この団体に所属し、えひめ排泄ケア研究会の勉強会で講師などを担当している者たちである。この 4 名に、原案の 47 項目を送り、よくしている、時々している、あまりしていない、ほとんどしていないの 4 段階で回答を得た。さらに、原案の 47 項目のわかりにくい表現や内容の過不足について意見を求めた。その結果、7 項目に表現の変更を行ない、1 項目を削除、5 項目を追加した。重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践は、アセスメントに基づく便秘改善のためのケア 33 項目、苦痛と羞恥心に配慮したケア 9 項目、チームアプローチ 9 項目の 3 要素 51 項目で構成された。重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践項目を表 2 に示す。

表 2　　重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践項目

	①アセスメントに基づく便秘改善のためのケア
	関連する疾患に関する項目
1	入所時は疾患名や既往を把握し、排便への影響を検討している
2	抗コリン薬や抗精神病薬など便秘を引き起こす薬剤を把握し、副作用の出現を確認している
3	抗菌剤やプロトロンプ阻害薬（タケプロン、ランソプラゾール等）など下痢を引き起こす薬剤を把握し、副作用の出現を確認している
	食に関する項目
4	便秘改善のため、食物繊維***やオリゴ糖などのプレバイオティクス製品を***積極的に取り入れている
5	便秘改善のため、ビフィズス菌や***乳酸菌等の腸内細菌を含むプロバイオティクス製品（ヨーグルトやヤクルトを含む）を***積極的に取り入れている
6	食事は、可能な限り経口から摂取するため、食形態を工夫している
7	経口摂取の有無にかかわらず、食前には口腔ケアを実施している
8	個人の体重をもとに算出した必要量に基づき、水分摂取量を確保している
9	1 日に必要な水分摂取量を確保するため、本人の嗜好に応じた飲み物や生活の中で飲水の機会を設けるなど工夫している
10	経管栄養剤は食事と捉え、体調が悪い日やお腹が張っている時は、***注入量を減量するなどの調整を医師と相談している***
11	経管栄養を受けている高齢者が下痢している場合には、液状栄養剤から半固形化栄養剤への変更を検討している
12	***経管栄養を受けている高齢者が下痢している場合には、乳糖不耐症等の可能性を考え他の栄養剤への変更を検討している***
	活動と休息に関する項目
13	週 5 回以上、15 分の腹部マッサージを行い、腸蠕動を促進している
14	離床の際は、本人の体力や疲労度に応じて離床時間を調整し、活動と休息のバランスを考えて離床を進めている
15	1 日 1 回はベッドから離れ車椅子に移乗するようにしている
16	ベッド上で過ごしている時も、覚醒時にはベッド上で上体を起こす時間を設けている
17	おむつ交換の際には、膝立、ヒップアップ、腰のねじりなど声をかけながら、できるだけもてる力を発揮してもらっている
18	夜間は十分な睡眠が確保できるよう、環境（人の声、音、明るさ、温度など）を整える配慮をしている
19	言語的コミュニケーションが難しい状態であっても、他の入所者やスタッフとともに過ごせるような環境を作りコミュケーションとるようにしている
	排便機能に関する項目
20	便意を確認したり、便意を示す仕草が読み取れた場合には、積極的にトイレでの排泄を試みている
21	便意が読み取れた場合には、ベッドパンを利用するなどしておむつ以外の床上排泄を支援している
22	***2 人以上での介助が困難なために床上で排泄が余儀なくされる場合には、リフトを使って可能な限りトイレでの排泄を検討している***
23	排便姿勢が保持できるよう、日頃から座位姿勢を工夫している
24	便意を表出して排便できた場合には、賞賛し次も教えて欲しいことを伝えている
	下剤の使用に関する項目
25	処方された下剤の作用について知識をもち、投与後はその作用（副作用）を確認している
26	下剤の種類について知識を持ち、便秘の状況に応じて使い分けている
27	下剤は服用している内服薬との飲み合わせを確認して投与している
28	浣腸を行う場合には、直腸内に便が降りてきていることを***直腸診や小型の***エコー等で確認したうえで行っている
29	浣腸は直腸穿孔のリスクを考え最小限にしている
30	摘便を行う場合には、直腸内に便が降りてきていることを***直腸診や小型のエコー***で確認したうえで行っている
31	下剤を服用して下痢した場合は、下剤の量や種類を変更するよう再検討している
32	ブリストル排便スケールを用いて、便の形状を確認しながら下剤を内服している
33	下剤を開始したり、変更した場合は、***排便時間や量、形状などを記録に残し、***経過を観察している
	②苦痛と羞恥心に配慮したケア
34	刺激性下剤の使用は腹痛を伴うため、使用を最小限にしている
35	摘便は本人の不快感を考慮し、最小限にしている
36	おむつ交換時は、拘縮等による身体の痛みがあることを考慮して体位変換している
37	***日頃から拘縮を予防するため、上下肢の他動運動を行っている***
38	おむつは、本人の排泄状況に応じてパットの大きさを変更している
39	パッドは、重ね使いはせず 1 枚で使用している
40	便失禁そのものへの心理的な苦痛、自尊心に配慮した声かけをしておむつを交換するように心がけている
41	***入所者がおむつを外したり便をさわったりする場合は、不快感の表出と捉え、おむつ交換の時間を検討している***

42　*便臭や排便を示す表情、しぐさを認めた時は、その都度におむつ交換をしている*

③チームアプローチ	
43	患者本人が困っていることや本人の不快感を捉え、チームで共有している
44	個別の排泄ケア方法に関して、看護職と介護職の間で日頃から情報共有し、検討している
45	トイレで排便できる可能性について、チームで検討している
46	看護師は、排泄に関して積極的に多職種から情報を得るように心がけている
47	便秘や下痢している状態に対して積極的に医師と相談している
48	便秘や下痢に影響する薬剤に関して積極的に薬剤師と相談している
49	腸蠕動を促進するため、可能な運動方法について PT や OT と相談している
50	少しでも経口摂取を維持するため、食事摂取方法に関して *ST 等（歯科衛生士や摂食嚥下認定看護師など）*に相談している
51	栄養剤や食物繊維の摂取等に関して栄養士と相談している

斜体は追加/修正箇所

3. 研究の概念枠組

この重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践は、施設の属性に関する要因、看護師個人の属性に関する要因、組織環境に関する要因、看護師の排便ケアに対する信念、看護師の生活を支える看護の態度、看護師の排便および排便ケアに関する知識の 6 つの要因から影響を受けると予測される。本研究の概念枠組みを図 1 に示す。

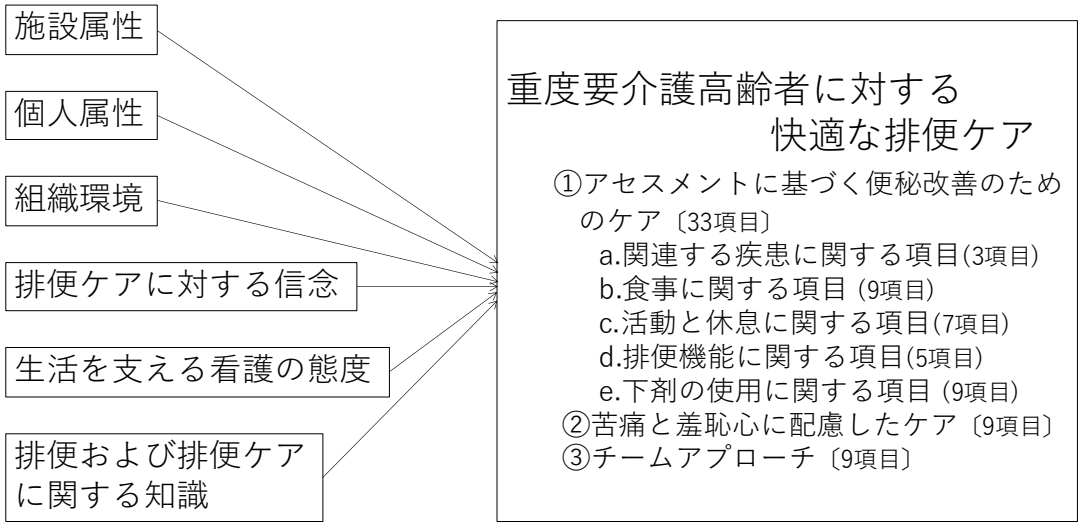

図 1　研究の概念枠組み

Ⅴ．用語の定義

1. 重度要介護高齢者

関節の拘縮や座位保持のバランスの悪さによりトイレでの排泄が困難で床上で排泄している者、あるいはトイレへの移乗に 2 人以上の介助を必要とするためにトイレでの排泄が困難となり床上で排泄している高齢者

2. 快適な排便ケア

排便ケアチームによるアセスメントに基づく排便ケアと、苦痛や羞恥心に配慮したケアを行ない、排便管理を下剤のみに頼らず、その人にとって十分な量の排便が快適に腸を通過し、排便に至れるよう支援すること

Ⅵ. 研究方法

1．研究デザイン

関連検証研究デザインである。

2. 研究対象者

全国の介護医療院　570 施設（2021 年 11 月現在）で、研究協力の得られた施設に勤務している看護管理者および看護師・准看護師

3. 調査期間

2022 年 1 月～2022 年 3 月 31 日

4. 調査方法

研究対象となる介護医療院の施設長へ研究の主旨・概要、倫理的配慮を記載した研究依頼文書と研究実施許可願を送付した。合わせて看護管理者へ研究の主旨・概要、プライバシーの確保、データの取り扱い、研究への承諾や撤回等について記載した研究依頼文書、回答書、看護管理者用調査票および返信用封筒を送付した。承諾が得られた介護医療院の看護管理者に対して、研究対象となる看護師・准看護師の人数分の依頼文書と看護師用調査票、返信用封筒を郵送し、配布を依頼した。回答者自身によって厳封後、直接ポストに投函していただき回収した。回収した際に、看護管理者と看護師・准看護師が同一施設からの回答であることがわかるように、調査票には施設毎に番号を記した。

5. 調査内容

1）施設の属性

設置主体、開設年、介護医療院サービス提供体制、介護医療院への転換元の施設、介護医療院の病床総数、排せつ支援加算の取得状況、現在の入所者の要介護度、消化器内科医または高齢者専門の医師の存在の有無、皮膚排泄ケア認定看護師の存在の有無、排泄ケア委員会またはチームの有無、排泄ケアチームの構成メンバーの職種の計 11 項目とした。

2）対象者の属性

性別、年齢、看護師経験年数、勤務職種、取得資格（複数回答）、看護基礎教育機関の計 6 項目とした。

3）組織環境

勤務中の担当患者体制、排泄ケア勉強会の開催頻度、院内で開催される排泄に関する勉強会への参加の程度、院外で開催される排泄に関する勉強会への参加の程度、排泄ケアに関するケアマニュアルの活用の程度、便秘や便失禁時の個別の看護計画の立案の程度、排泄ケアに関して助言してくれる人の存在の有無、移乗支援ロボットの活用の程度、組織風土尺度の計 9 項目とした。

組織風土は塚本ら（2007）の組織風土尺度を用いた。コントロール感（4 項目）、スタッ

フのモラール（3 項目)、親密さ(4 項目)、学習雰囲気(3 項目)の計 14 項目で構成されており、いつもそうである（5 点）からまったくそうでない（1 点）の 5 段階評定尺度で回答を得た。この尺度は信頼性と妥当性は検証されており、本研究への使用の許可を得た。

4）排便ケアに対する信念

排便ケアに対してどのような信念を持っているかについて独自に作成した 5 項目で構成した。非常にそう思う(4 点)から全くそう思わない (1 点) の 4 段階評定尺度で回答を得た。これらは逆転項目とし、得点が高いほど排便ケアをより良い排便ケアを考えたいとする信念を持ち合わせているものとした。

5）生活を支える看護の態度

（1）利用者中心的看護

音山ら（1997）の利用者中心介護 I（介護態度）を用いた。この尺度は、「利用者一人一人の個別のニードにあった介護がなされている」など職場での介護の状況を問う 5 項目（Cronbach α ＝.83）で構成されており、介護に対する全般的な態度を問うものである。これらは利用者中心の介護態度もしくは介護観を表すものであり内的一貫性は証明されている。この尺度の介護態度を看護態度に置き換えて用いること、文末の表現を個人の態度となるよう「している」と表現を変えて用いることの承諾を得て用いた。非常にそう思う(4 点)から全くそう思わない（1 点）の 4 段階評定尺度で問い、得点が高いほど利用者中心の看護の態度を持ち合わせているものとした。

（2）生活の視点を取り入れた看護の態度

重度要介護高齢者の生命に直結する医療処置に加えて、生活の視点を取り入れた日常生活ケアの提供が求められる介護医療院の特性を踏まえて独自に作成した 5 項目で構成した。非常にそう思う(4 点)から全くそう思わない（1 点）の 4 段階評定尺度で問い、得点が高いほど生活の視点を取り入れた看護の態度を持ち合わせているものとした。

6）排便および排便ケアに関する知識

排泄ケアガイドブック（2017)、排便ケアＱ＆Ａ（2006）などを参考に、排便のメカニズムに関する基礎知識（5 項目)、排便ケアに関する基礎知識（5 項目）の計 10 項目を独自に作成した。回答は、正・誤・わからないの 3 つの選択肢を設け、分析時はわからないの回答は誤回答とし、正を 1 点、誤を 0 点として合計点を算出した。

7）重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践

本調査において従属変数として扱う看護実践は、快便を目指すケアプロトコール (伴ら, 2010)、国内外の高齢者の便失禁および便秘に対する介入研究等（布施ら,2014；木村

ら,2012;Kokura et.al,2020;Huang et.al,2015;Schnelle et.al,2010;松本ら,2015; Susan,2013)、便失禁ガイドライン（National Institute for Health and Clinical Exellence，2007)、慢性便秘症治療ガイドライン（日本消化器病学会関連研究会，2017）高齢者の薬剤使用に関する文献（樋島，2015；日本老年医学会，2015）等を参考に、重度要介護高齢者の快適な排便ケアの実践項目を独自に作成した。アセスメントに基づく便秘改善の為のケア 33 項目、苦痛と羞恥心に配慮したケア 9 項目、チームアプローチ 9 項目の計 51 項目からなる。事前に特別養護老人ホーム、介護療養型病棟、介護医療院に勤務する看護・介護職にプレテストを行ない、内容妥当性は確認した。

6. 分析方法

1）各変数における記述統計

看護管理者および看護師・准看護師から得たデータについて記述統計を行なった。

2）排便ケアに対する信念の一次元性の検討

本研究で独自に作成した排便ケアに対する信念の 5 項目について、一次元性の確認のための主成分分析を行なった。

3）生活を支える看護態度の一次元性の検討

測定に用いる利用者中心的看護は一因子で構成されているが、本研究における一次元性の確認のための主成分分析を行なった。さらに、本研究で独自に作成した生活の視点を取り入れた看護の態度 5 項目についても、一次元性の確認のための主成分分析を行なった。

4）重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践の構成項目の検討

（1）実践項目の選定：項目分析として、①各実践項目を除外した場合の Cronbach α 係数の変化の算出、②天井効果・フロア効果の確認、③I-T（項目-全体）相関分析、④G-P 分析、⑤項目間相関の算出、⑥探索的因子分析を実施した。

（2）信頼性の検討：Cronbach α 係数算出による内的整合性の確認を行なった。

5）重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践と各関連要因との関連性の検証

重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践の各因子の下位尺度得点を目的変数とし、多重共線性を考慮したうえで、関連する要因と考える全ての項目を説明変数として重回帰分析（強制投入法）を行なった。

Ⅶ. 倫理的配慮

本研究は、島根大学医学部看護研究倫理委員会の承認をもって実施した。

研究対象となる介護医療院の施設長、看護管理者に対して、研究の主旨・概要、プライバシーの確保、データの取り扱い、研究への承諾や撤回等について記載した研究依頼文書と研究実施許可願を送付し、研究実施の許可を得た。承諾が得られた看護管理者に対して、研究対象となる看護師の人数分の依頼文書と看護師用調査票、返信用封筒を郵送し、配布を依頼した。研究対象者の依頼文書には研究者の連絡先を明示し、研究の主旨・概要、研究への参加は自由意思であり、参加を拒否することにより不利益を被ることはないこと、研究の途中でも、不快・不自由が生じた場合など、どのような理由でも参加を辞退することができること、プライバシーの保護、データの取り扱い、質問紙には回答に同意する欄を設けてチェックがあることと返送をもって最終的な同意とすることを記載した。また、調査後の辞退については、無記名での返信のため対応できないことも記載した。

調査票は看護管理者用と看護師用が同一施設からの返送であることを確認するため、調査票に番号を記載した。そのため、施設名は一時的に特定されるが看護師への送付が完了した時点でリストを削除し、分析時点では施設や個人を特定することができないよう処理することを記載した。

Ⅷ. 結果

全国 570 施設の介護医療院に研究協力を依頼し、研究協力意向の返信があった施設は 60 施設（回収率 10.5%）であった。協力施設の看護職員に対し、689 部を配布、448 部を回収した（回収率 65.0%）。看護職員から返信のあった 448 部のうち、快適な排便ケア実践 51 項目に欠損のあった回答は除外し、405 部を有効回答（有効回答率 90.4%）とした。

1. 施設属性

施設属性の結果を表 3 に示す。

サービスの設置主体は医療法人が 47 施設（78.3%）と最も多かった。サービス提供体制は介護医療院（Ⅰ・Ⅱ型）が 41 施設（68.4%）、医療機関併設型介護医療院（Ⅰ・Ⅱ型）が 16 施設（26.7%）、併設型小規模介護医療院が 3 施設（5.0%）であった。介護医療院に転換される元の施設は、介護療養病床が 36 施設（60.0%）と多く、介護老人保健施設からの転換は 6 施設（10.0%）であった。新設の介護医療院は無かった。病床数の平均は 53.9±38.0 床であった。要介護度 4 および 5 の要介護者が 80%以上入所している施設が 48 施設(80.0%)であり、入所者の全員が要介護度 4 および 5 である施設が 16 施設（26.7%）であった。

排泄支援加算を取得している施設は 9 施設（15.0%）であった。消化器内科医または高齢者専門の医師が配置されている施設は、18 施設（30.0%）であったが、皮膚排泄ケア看護認定看護師が配置されている施設は 2 施設（3.3%）と少なかった。排泄ケアチームがある

施設は 15 施設（25.0%）で、チーム内に医師がいると回答したのは 6 施設（40.0%）、PT・OT 等のリハビリテーション専門職がいると回答したのは 7 施設（46.6%）で半数に満たなかった。

表 3　施設属性　　n =60

	n	(%)
設置主体		
医療法人	47	78.3
社会福祉法人	1	1.7
国公立・公立	2	3.3
個人	2	3.3
その他	8	13.3
開設年		
2018 年	9	15.0
2019 年	24	40.0
2020 年	20	33.3
2021 年	6	10.0
無回答	1	1.7
サービス提供体制		
介護医療院Ⅰ型	34	56.7
介護医療院Ⅱ型	7	11.7
医療機関併設型介護医療院Ⅰ型	10	16.7
医療機関併設型介護医療院Ⅱ型	6	10.0
併設型小規模介護医療院	3	5.0
転換元施設		
介護療養病床（病院）	33	55.0
介護療養病床（診療所）	3	5.0
医療療養病床（病院）	14	23.3
医療療養病床（診療所）	0	0.0
介護老人保健施設	6	10.0
その他	3	5.0
無回答	1	1.7
病床数		
10 床未満	1	1.7
10 床以上 50 床未満	31	51.6
50 床以上 100 床未満	20	33.3
100 床以上 150 床未満	6	10.0
150 床以上	2	3.4
平均		
要介護度 4 および 5 の割合		
50%未満	1	1.7
50%以上 60%未満	1	1.7
60%以上 70%未満	4	6.7
70%以上 80%未満	6	10.0
80%以上 90%未満	9	15.0
90%以上 100%未満	23	38.3
100%	16	26.7
平均要介護度		4.3±0.4
排泄支援加算取得		
あり	9	15.0
排せつ支援加算Ⅰ	8	13.3
排せつ支援加算ⅠおよびⅡ	1	1.7
なし	50	83.3
無回答	1	1.7
消化器内科医または高齢者専門の医師の配置		
あり	18	30.0
なし	39	65.0
無回答	3	5.0
皮膚排泄ケア認定看護師の配置		
あり	2	3.3
なし	58	96.7
排泄ケア委員会やチームの有無		
あり	15	25.0
なし	44	73.3
無回答	1	1.7
排泄ケアチームメンバー（複数回答）		
医師がいる	6	40.0
薬剤師がいる	1	6.7
看護職がいる	15	100.0
介護職がいる	12	80.0
栄養士がいる	1	6.7
理学療法士がいる	5	33.3
作業療法士がいる	2	13.3
言語聴覚士がいる	0	0.0

2. 個人属性

個人属性の集計結果を表 4 に示す。対象者は、男性 29 名（7.2%）、女性 367 名（90.6%）で、平均年齢は 48.9±11.2 歳であった。60 歳以上の者が 80 名（19.8%）と約 2 割を占めた。看護師経験年数は 20 年以上 30 年未満が 115 名（28.4%）と最も多く、平均経験年数は 24.0±12.0 年であった。勤務職種は、看護師 262 名（64.7%）、准看護師 137 名（33.8%）で准看護師の割合が 3 割以上を占めていた。取得資格（複数回答）は、介護支援専門員が最も多く 40 名（9.9%）であった。看護師資格取得の基礎教育機関は、3 年制の専門学校が最も多く 155 名（59.2%）で、4 年制大学は最も少なく 6 名（2.3%）であった。

表 4　　対象者の属性　　n =405

	n	(%)
性別		
男	29	7.2
女	367	90.6
答えたくない	2	0.5
無回答	3	1.7
年齢		
20 歳代	26	6.4
30 歳代	57	14.1
40 歳代	102	25.2
50 歳代	132	32.6
60 歳代	74	18.3
70 歳代	6	1.5
無回答	8	2.0
平均±SD		48.94±11.24
看護師経験年数		
3 年未満	9	2.2
3 年以上 5 年未満	17	4.2
5 年以上 10 年未満	29	7.2
10 年以上 20 年未満	83	20.5
20 年以上 30 年未満	115	28.4
30 年以上 40 年未満	88	21.7
40 年以上	57	14.1
無回答	7	1.7
平均±SD		24.02±12.01
勤務職種		
看護師	262	64.7
准看護師	137	33.8
無回答	6	1.5
取得資格（複数回答）		
認定看護師	2	0.5
専門看護師	0	0.0
特定行為研修修了看護師	1	0.2
保健師	7	1.7
助産師	1	0.2
介護支援専門員	40	9.9
介護福祉士	5	1.2
社会福祉士	0	0.0
その他	3	0.7
看護師資格取得基礎教育機関（n＝262）		
2 年制専門学校	58	22.1
3 年制専門学校	155	59.2
5 年一貫校	9	3.4
通信	15	5.7
短期大学	14	5.3
4 年制大学	6	2.3
その他	5	1.9

3. 組織環境

組織環境に関する集計結果を表 5 に示す。担当する患者の勤務形態は介護医療院の入所者のみを担当する者が最も多く 352 名（86.9%）であった。排泄ケアの勉強会については、あまり開催しないと回答した者が最も多く 164 名（40.5%）で、参加の程度については、院内の勉強会によく参加・時々参加と回答した者が 213 名（52.6%）と約半数であった。一方院外の勉強会への参加は、よく参加・時々参加と回答した者は 39 名（9.6%）と少なかった。

排泄ケアマニュアルの活用は準じていると回答した者が 279 名（68.9%）であり、便秘や下痢、便失禁が続いた時に個別の看護計画を立案するかという問には 243 名（60.0%）が立案すると回答した。排泄ケアに関する助言者の存在は 325 名（80.2%）がいると回答した。

組織風土尺度の各項目の得点と下位尺度ごとの平均点を表 6 に示す。合計平均得点は 51.4±9.1 点で、下位尺度のコントロール感 17.0±2.8 点、スタッフのモラール 12.1±2.5 点、親密さ 12.9±3.4 点、学習雰囲気 9.4±2.6 点であった。

表 5　組織環境

	n	(%)
担当する患者の勤務形態		
介護医療院の入所者のみ	352	86.9
入所者と病棟入院患者の両方	42	10.4
夜勤のみ入所者と病棟入院患者と両方	4	1.0
その他	6	1.5
無回答	1	0.2
排泄ケア勉強会の開催程度		
よく開催する	15	3.7
ときどき開催	156	38.5
あまり開催しない	164	40.5
全く開催しない	69	17.0
無回答	1	0.2
院内排泄ケア勉強会の参加の程度		
よく参加する	63	15.6
時々参加する	150	37
あまり参加しない	83	20.5
全く参加しない	17	4.2
開催がない	90	22.2
無回答	2	0.5
院外排泄ケア勉強会の参加の程度		
よく参加する	3	0.7
時々参加する	36	8.9
あまり参加しない	126	31.1
全く参加しない	239	59.0
無回答	1	0.2
排泄ケアマニュアルの活用の程度		
大変準じている	25	6.2
概ね準じている	254	62.7
あまり準じていない	45	11.1
全く準じていない	9	2.2
マニュアルがない	70	17.3
無回答	2	0.5
排便状態に応じた看護計画の立案の程度		
よく立案する	106	26.2
時々立案する	137	33.8
あまり立案しない	100	24.7
全く立案しない	62	15.3
排泄ケアに関する助言者の存在		
あり	325	80.2
なし	79	19.5
無回答	1	0.2
移乗用リフトやロボット等の活用		
よく活用する	16	4
時々活用する	15	3.7
あまり活用しない	11	2.7
全く活用しない	34	8.4
リフトやロボットはない	329	81.2
組織風土得点　(範囲)		(平均±SD)
全体　(14-70)		51.4±9.1
コントロール感　(4-20)		17.0±2.8
スタッフのモラール　(3-15)		12.1±2.5
親密さ　(4-20)		12.9±3.4
学習雰囲気　(3-15)		9.4±2.6

表 6　組織風土尺度得点

	平均	標準偏差
Ⅰ．コントロール感	17.0	9.1
1．何か問題が生じたら、すぐに話し合いを持っている	4.2	0.9
2．話し合うことで良い改善策が見出せている	4.1	0.8
3．誰からの提案でも一度は受け止め、話し合いをしている	4.1	0.9
4．よい提案をされれば、そのやり方を取り入れている	4.5	0.7
Ⅱ．スタッフのモラール	12.1	2.5
5．入所者さんひとりひとりについて最善を考えてケアに取り組んでいる	4.2	0.8
6．スタッフはみな熱心に仕事に取り組んでいる	4.0	1.0
7．よい方向に変っていこうとする雰囲気を感じる	3.9	1.0
Ⅲ．親密さ	12.9	3.4
8．お互いの私生活についても話しをしている	3.5	1.1
9．職場を離れても一緒に過ごすことがある	2.3	1.1
10．思ったことをお互いに伝えやすい環境である	3.5	1.1
11．自分の考えや思いを提案しやすい職場である	3.6	1.1
Ⅳ．学習雰囲気	9.4	2.6
12．わからないことは、自分から文献を調べたり、勉強会を開いている	3.3	1.0
13．勉強したい時にはできる環境がある	3.2	1.1
14．新しい看護の情報や医療の情報が、話題になる機会が多くある	3.0	1.0

4. 排便ケアに対する信念

排便ケアに対する信念の実態を表 7 に示す。排泄ケアに対する信念で最も高い得点を示した項目は「便意を訴えない人の便失禁はしかたない（2.96±0.76 点）」で、最も低い得点を示した項目は「寝たきり高齢者の排便ケアとはオムツ交換のことである（2.05±0.78 点）」であった。

表 7　排便ケアに対する信念

項目	平均	標準偏差	全くそう思わない		あまりそう思わない		少しそう思う		非常にそう思う	
			n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
高齢者は下剤無しでは便秘には対処できない	2.58	0.79	34	8.4	145	36.0	181	44.9	43	10.7
便意を訴えられない人の便失禁はしかたない	2.96	0.76	14	3.5	83	20.6	213	52.9	93	23.1
おむつは快適性よりも漏れないことを重視せざるを得ない	2.50	0.76	39	3.5	150	37.1	189	46.8	26	6.4
寝たきり高齢者の排便ケアとはおむつ交換のことである	2.05	0.78	99	3.5	199	49.4	91	22.6	14	3.5
高齢者は下痢であっても排便は認めた方が良い	2.65	0.73	16	3.5	156	38.7	186	46.2	45	11.2

排便ケアに対する信念 5 項目は、欠損値を除く 397 名の回答を用いて、一次元性の確認のための主成分分析を行なった。はじめにデータが因子分析に適しているかどうかを検定した結果、Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は 0.723、Bartlett の球面性検定は、$p<0.01$ であり、データが因子分析に適合していることを確認した。結果を表 8 に示す。排便ケアに対する信念は、1 成分 5 項目からなり、Cronbach α 係数は、0.654 であった。

表 8　排便ケアに対する信念の主成分分析　n=397

高齢者は下剤無しでは便秘には対処できない	.700
便意を訴えられない人の便失禁はしかたない	.693
おむつは快適性よりも漏れないことを重視せざるを得ない	.677
寝たきり高齢者の排便ケアとはおむつ交換のことである	.640
高齢者は下痢であっても排便は認めた方が良い	.517
寄与率（%）	42.114
Cronbach α =	0.654

5. 生活を支える看護態度

１）利用者中心的看護

利用者中心的看護の実態を表 9 に示す。利用者中心的看護で最も高い得点を示した項目は「利用者は一人の人間として尊重され大切にしている（3.42±0.58 点）」で、最も低い得点を示した項目は「利用者の生活の自立をできるだけ援助するような看護をしている（2.96±0.72 点）」であった。

表 9　利用者中心的看護

項目	平均	標準偏差	全くそう思わない		あまりそう思わない		少しそう思う		非常にそう思う	
			n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
利用者一人一人の個別のニードにあった看護をしている	3.05	0.65	3	0.7	66	16.4	241	59.8	93	23.1
利用者の生活の自立をできるだけ援助するような看護をしている	2.96	0.72	7	1.7	90	22.3	217	53.8	89	22.1
利用者の気持ちを配慮した思いやりのある看護をしている	3.24	0.56	1	0.2	23	5.7	257	63.5	124	30.6
利用者が必要な要求を何でも言える雰囲気づくりをしている	3.02	0.67	5	1.2	72	17.8	237	58.5	91	22.5
利用者は一人の人間として尊重され大切にしている	3.42	0.58	1	0.2	16	4.0	198	48.9	190	46.9

利用者中心的看護 5 項目は、欠損値を除く 401 名の回答を用いて、一次元性確認のための主成分分析を行なった。1 項目に天井効果を認めたため、「利用者は一人の人間として尊重され大切にしている」を除外した。はじめにデータが因子分析に適しているかどうかを検定した結果、Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は 0.787、Bartlett の球面性検定は、$p < 0.01$ であり、データが因子分析に適合していることを確認した。結果を表 10 に示す。利用者中心的看護は、1 成分 4 項目からなり、Cronbach α 係数は、0.828 であった。

表 10　利用者中心的看護項目の主成分分析　　n =401

利用者一人一人の個別のニードにあった看護をしている	.873
利用者の生活の自立をできるだけ援助するような看護をしている	.808
利用者の気持ちを配慮した思いやりのある看護をしている	.800
利用者が必要な要求を何でも言える雰囲気づくりをしている	.778
利用者は一人の人間として尊重され大切にしている	
寄与率（%）	66.524
Cronbach α =	0.828

斜体は削除項目

２）生活の視点を取り入れた看護態度

生活の視点を取り入れた看護態度の実態を表 11 に示す。生活の視点を取り入れた看護態度で最も高い得点を示した項目は「寝たきりの状態であっても、日常生活援助によって状態は変化する（3.43±0.61 点）」で、最も低い得点を示した項目は「日常のケアは効率よりも本人の快適性を重視して提供している（2.90±0.72 点）」であった。

表 11　生活の視点を取り入れた看護態度

項目	平均	標準偏差	全くそう思わない		あまりそう思わない		少しそう思う		非常にそう思う	
			n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
家族と高齢者がお互いの存在を大切に感じられる援助をおこなっている	3.10	0.70	6	1.5	62	15.4	221	55.0	113	28.1
治療や病状コントロールよりも、どちらかと言えば本人が望むであろう生活を大切にしている	3.00	0.73	6	1.5	87	21.5	210	52.0	101	25.0
日常のケアは効率よりも本人の快適性を重視して提供している	2.90	0.72	10	2.5	97	24.1	220	54.6	76	18.9
利用者の身体的な負担を避けるために安静・安全を最優先している	3.28	0.67	3	0.7	41	10.1	201	49.6	160	39.5
寝たきりの状態であっても、日常生活援助によって状態は変化する	3.43	0.61	2	0.5	20	5.0	185	45.8	197	48.8

生活の視点を取り入れた看護態度 5 項目は、欠損値を除く 400 名の回答を用いて、一次元性の確認のための主成分分析を行なった。天井効果を認めた 1 項目「寝たきりの状態であっても、日常生活援助によって状態は変化する」と、回答に誤解を生む不適切な質問項目「利用者の身体的な負担を避けるために安静・安全を最優先している」を除外した。はじめにデータが因子分析に適しているかどうかを検定した結果、Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は 0.694、Bartlett の球面性検定は、$p<0.01$ であり、データが因子分析に適合していることを確認した。結果を表 12 に示す。生活の視点を取り入れた看護態度は、1 成分 3 項目からなり、Cronbach α 係数は、0.755 であった。

表 12　生活の視点を取り入れた看護態度の主成分分析　n= 400

家族と高齢者がお互いの存在を大切に感じられる援助をおこなっている	.824
治療や病状コントロールよりも、どちらかと言えば本人が望むであろう生活を大切にしている	.818
日常のケアは効率よりも本人の快適性を重視して提供している	.816
利用者の身体的な負担を避けるために安静・安全を最優先している	
寝たきりの状態であっても、日常生活援助によって状態は変化する	
寄与率（%）	67.132
Cronbach α =	0.755

斜体は削除項目

6. 排便および排便ケアに関する知識

排便および排便ケアに関する知識は、欠損値を除く 399 名の回答を用いて、正答を 1 点、合計 10 点満点で算出し、平均得点は 5.5±1.9 点であった。結果を表 13 に示す。

表 13　排便および排便ケアに関する知識　n=399

		正答率(%)
1	小腸は栄養素を吸収し大腸は水分や電解質を吸収している	84.1
2	嵌入便があると水様便が排出される場合があるので下痢と誤認しやすい	53.9
3	便秘時の処方は刺激性下剤よりも浸透圧性下剤の方が優先される	65.3
4	感じていた便意が消失するのは直腸にあった便が結腸に戻るためである	21.8
5	前傾姿勢は、直腸と肛門の角度が広がるため排便しやしくなる	73.4
6	寝たきりの高齢者は直腸性便秘よりも弛緩性便秘になりやすい	14.2
7	ブリストル便性スケールは、数字が大きくなるほど正常に近づく	63.9
8	胃結腸反射は食後 30 分程度で起き、便意を誘発する	44.0
9	便の硬さは大腸での便の移動時間の長さに影響される	60.0
10	経管栄養剤は下痢を予防するために水と混ぜて投与した方がよい	70.0
	平均得点	5.50±1.91

7. 重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践の実態

重度要介護高齢者の快適な排便ケアの実践の実態を表 14 に示す。アセスメントに基づく排便ケアの平均得点は 2.68±0.43 点であった。細項目である疾患に関する 3 項目の平均得点は 2.76±0.65 点、食に関する 9 項目の平均得点は 2.81±0.54 点、活動と休息に関する 7 項目の平均得点は 2.84±0.46 点、排便機能に関する 5 項目の平均得点は 2.14±0.55 点、下剤の使用に関する 9 項目の平均得点は 2.84±0.52 点であった。苦痛と羞恥心に配慮したケアの平均得点は 3.17±0.41 点、チームアプローチの平均得点は 2.76±0.54 点であった。最も平均得点が高かったのは苦痛と羞恥心に配慮したケアで、最も平均得点が低かったのは排便機能に関する項目であった。

詳細な実践項目では、実践している認識が高かったものは多い順に「おむつ交換時は、拘縮等による身体の痛みがあることを考慮して体位変換している（3.71±0.58 点）」「下剤を服用して下痢した場合は、下剤の量や種類を変更するよう再検討している（3.58±0.63 点）」「食事は、可能な限り経口から摂取するため、食形態を工夫している（3.52±0.74 点）」「おむつは、本人の排泄状況に応じてパットの大きさを変更している（3.52±0.76 点）」「便臭や排便を示す表情、しぐさを認めた時は、その都度におむつ交換をしている（3.42±0.68 点）」であった。

実践している認識が低かったものは「2 人以上での介助が困難なために床上で排泄が余儀なくされる場合には、リフトを使って可能な限りトイレでの排泄を検討している（1.36±0.70 点）」「便意が読み取れた場合には、ベッドパンを利用するなどしておむつ以外の床上排泄を支援している（1.48±0.77 点）」「週 5 回以上、15 分の腹部マッサージを行い、腸蠕

動を促進している（1.48±0.71 点）」「浣腸を行う場合には、直腸内に便が降りてきていることを直腸診や小型のエコー等で確認したうえで行っている（1.95±1.13 点）」「腸蠕動を促進するため、可能な運動方法について PT や OT と相談している（2.07±0.87 点）」であった。

表 14　重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践　　n =405

		項目	平均	標準偏差	全くしていない		あまりしていない		ときどきしている		よくしている	
					n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
アセスメントに基づく便秘改善のためのケア												
疾患に関する項目	1	入所時は疾患名や既往を把握し、排便への影響を検討している	2.87	0.85	25	6.2	102	25.2	179	44.2	99	24.4
	2	抗コリン薬や抗精神病薬など便秘を引き起こす薬剤を把握し、副作用の出現を確認している	2.66	0.85	40	9.9	118	29.1	187	46.2	60	14.8
	3	抗菌剤やプロトロンプ阻害薬（タケプロン、ランソプラゾール等）など下痢を引き起こす薬剤を把握し、副作用の出現を確認している	2.75	0.82	21	5.2	137	33.8	171	42.2	76	18.8
食に関する項目	4	便秘改善のため、食物繊維やオリゴ糖などのプレバイオティクス製品を積極的に取り入れている	2.12	0.98	132	32.6	132	32.6	101	24.9	40	9.9
	5	便秘改善のため、ビフィズス菌や乳酸菌等の腸内細菌を含むプロバイオティクス製品（ヨーグルトやヤクルトを含む）を積極的に取り入れている	2.32	1.06	115	28.4	113	27.9	108	26.7	69	17.0
	6	食事は、可能な限り経口から摂取するため、食形態を工夫している	3.52	0.74	14	3.5	19	4.7	114	28.1	258	63.7
	7	経口摂取の有無にかかわらず、食前には口腔ケアを実施している	2.78	1.14	75	18.5	95	23.5	81	20.0	154	38.0
	8	個人の体重をもとに算出した必要量に基づき、水分摂取量を確保している	2.91	1.03	43	10.6	105	25.9	104	25.7	153	37.8
	9	1 日に必要な水分摂取量を確保するため、本人の嗜好に応じた飲み物や生活の中で飲水の機会を設けるなど工夫している	3.28	0.78	15	3.7	36	8.9	173	42.7	181	44.7
	10	経管栄養剤は食事と捉え、体調が悪い日やお腹が張っている時は、注入量を減量するなどの調整を医師と相談している	2.60	0.97	63	15.6	117	28.9	146	36.0	79	19.5
	11	経管栄養を受けている高齢者が下痢している場合には、液状栄養剤から半固形化栄養剤への変更を検討している	2.75	0.97	55	13.6	91	22.5	161	39.8	98	24.2
	12	経管栄養を受けている高齢者が下痢している場合には、乳糖不耐症等の可能性を考え他の栄養剤への変更を検討している	3.00	0.95	38	9.4	67	16.5	156	38.5	144	35.6

活動と休息に関する項目	13	週 5 回以上、15 分の腹部マッサージを行い、腸蠕動を促進している	1.48	0.71	253	62.5	119	29.4	24	5.9	9	2.2
	14	離床の際は、本人の体力や疲労度に応じて離床時間を調整し、活動と休息のバランスを考えて離床を進めている	3.07	0.90	28	6.9	65	16.0	163	40.2	149	36.8
	15	1 日 1 回はベッドから離れ車椅子に移乗するようにしている	2.59	0.86	41	10.1	144	35.6	160	39.5	60	14.8
	16	ベッド上で過ごしている時も、覚醒時にはベッド上で上体を起こす時間を設けている	3.04	0.84	14	3.5	92	22.7	164	40.5	135	33.3
	17	おむつ交換の際には、膝立、ヒップアップ、腰のねじりなど声をかけながら、できるだけもてる力を発揮してもらっている	3.20	0.84	17	4.2	57	14.1	158	39.0	173	42.7
	18	夜間は十分な睡眠が確保できるよう、環境（人の声、音、明るさ、温度など）を整える配慮をしている	3.38	0.78	14	3.5	32	7.9	144	35.6	215	53.1
	19	言語的コミュニケーションが難しい状態であっても、他の入所者やスタッフとともに過ごせるような環境を作りコミュケーションとるようにしている	3.15	0.80	14	3.5	61	15.1	184	44.9	148	36.5
排便機能に関する項目	20	便意を確認したり、便意を示す仕草が読み取れた場合には、積極的にトイレでの排泄を試みている	2.68	0.95	55	13.6	105	25.9	161	39.8	84	20.7
	21	便意が読み取れた場合には、ベッドパンを利用するなどしておむつ以外の床上排泄を支援している	1.48	0.77	267	65.9	95	23.5	30	7.4	13	3.2
	22	2 人以上での介助が困難なために床上で排泄が余儀なくされる場合には、リフトを使って可能な限りトイレでの排泄を検討している	1.36	0.70	307	75.8	59	14.6	32	7.9	7	1.7
	23	排便姿勢が保持できるよう、日頃から座位姿勢を工夫している	2.12	0.87	103	25.4	178	44.0	97	24.0	27	6.7
	24	便意を表出して排便できた場合には、賞賛し次も教えて欲しいことを伝えている	3.07	0.94	28	6.9	81	20.0	130	32.1	166	41.0
下剤の使用に関する項目	25	処方された下剤の作用について知識をもち、投与後はその作用（副作用）を確認している	3.07	0.76	9	2.2	75	18.5	199	49.1	122	30.1
	26	下剤の種類について知識を持ち、便秘の状況に応じて使い分けている	3.08	0.85	16	4.0	83	20.5	160	39.5	146	36.0
	27	下剤は服用している内服薬との飲み合わせを確認して投与している	2.96	0.91	24	5.9	105	25.9	139	34.3	137	33.8
	28	浣腸を行う場合には、直腸内に便が降りてきていることを直腸診や小型のエコー等で確認したうえで行っている	1.95	1.13	205	50.6	80	19.8	57	14.1	63	15.6
	29	浣腸は直腸穿孔のリスクを考え最小限にしている	2.85	1.13	72	17.8	78	19.3	95	23.5	160	39.5
	30	摘便を行う場合には、直腸内に便が降りてきていることを直腸診や小型のエコーで確認したうえで行っている	2.25	1.26	174	43.0	62	15.3	62	15.3	107	26.4

31	下剤を服用して下痢した場合は、下剤の量や種類を変更するよう再検討している	3.58	0.63	5	1.2	17	4.2	121	29.9	262	64.7
32	ブリストル排便スケールを用いて、便の形状を確認しながら下剤を投与している	2.57	1.29	133	32.8	62	15.3	55	13.6	155	38.3
33	下剤を開始したり、変更した場合は、排便時間や量、形状などを記録に残し、経過を観察している	3.27	0.82	15	3.7	52	12.8	146	36.0	192	47.4
苦痛と羞恥心に配慮したケア											
34	刺激性下剤の使用は腹痛を伴うため、使用を最小限にしている	2.75	0.85	33	8.1	113	27.9	183	45.2	76	18.8
35	摘便は本人の不快感を考慮し、最小限にしている	2.99	0.76	12	3.0	83	20.5	207	51.1	103	25.4
36	おむつ交換時は、拘縮等による身体の痛みがあることを考慮して体位変換している	3.71	0.58	3	0.7	16	4.0	77	19.0	309	76.3
37	日頃から拘縮を予防するため、上下肢の他動運動を行っている	2.31	0.88	82	20.2	147	36.3	144	35.6	32	7.9
38	おむつは、本人の排泄状況に応じてパットの大きさを変更している	3.52	0.76	12	3.0	29	7.2	99	24.4	265	65.4
39	パッドは、重ね使いはせず１枚で使用している	3.29	0.96	28	6.9	60	14.8	82	20.2	235	58.0
40	便失禁そのものへの心理的な苦痛、自尊心に配慮した声かけをしておむつを交換するように心がけている	3.39	0.73	11	2.7	28	6.9	160	39.5	206	50.9
41	入所者がおむつを外したり便をさわったりする場合は、不快感の表出と捉え、おむつ交換の時間を検討している	3.19	0.77	7	1.7	67	16.5	174	43.0	157	38.8
42	便臭や排便を示す表情、しぐさを認めた時は、その都度におむつ交換をしている	3.42	0.68	5	1.2	29	7.2	160	39.5	211	52.1
チームアプローチ											
43	患者本人が困っていることや本人の不快感を捉え、チームで共有している	3.27	0.65	2	0.5	38	9.4	213	52.6	152	37.5
44	個別の排泄ケア方法に関して、看護職と介護職の間で日頃から情報共有し、検討している	3.30	0.76	6	1.5	55	13.6	157	38.8	187	46.2
45	トイレで排便できる可能性について、チームで検討している	2.55	0.96	68	16.8	115	28.4	154	38.0	68	16.8
46	看護師は、排泄に関して積極的に多職種から情報を得るように心がけている	2.79	0.90	32	7.9	118	29.1	159	39.3	96	23.7
47	便秘や下痢している状態に対して積極的に医師と相談している	3.09	0.78	17	4.2	57	14.1	205	50.6	126	31.1
48	便秘や下痢に影響する薬剤に関して積極的に薬剤師と相談している	2.22	0.92	100	24.7	153	37.8	116	28.6	36	8.9
49	腸蠕動を促進するため、可能な運動方法について PT や OT と相談している	2.07	0.87	109	26.9	192	47.4	72	17.8	32	7.9
50	少しでも経口摂取を維持するため、食事摂取方法に関して ST 等（歯科衛生士や摂食嚥下認定看護師など）に相談している	2.76	1.10	80	19.8	66	16.3	132	32.6	127	31.4
51	栄養剤や食物繊維の摂取等に関して栄養士と相談している	2.85	0.97	45	11.1	90	22.2	151	37.3	119	29.4

8．重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践に関連する要因

重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践に関連する要因を分析するため、項目分析により項目を選定し、探索的因子分析、重回帰分析を行った。

1）項目分析による実践項目の選定

（1）各実践項目を除外した場合の Cronbach α係数の変化の検討

51 項目によって構成された重度要介護高齢者の快適な排便ケアの実践項目の全体の Cronbach α係数は 0.923 であり、各実践項目を除外した場合の Cronbach α係数は、0.920 から 0.925 の範囲であった。実践項目の内的整合性を脅かす実践項目はみられなかった。

（2）天井効果･フロア効果の確認

食に関する項目で天井効果が見られたのは、「食事は、可能な限り経口から摂取するため、食形態を工夫している」「1 日に必要な水分摂取量を確保するため、本人の嗜好に応じた飲み物や生活の中で飲水の機会を設けるなど工夫している」の 2 項目であった。

活動と休息に関する項目で天井効果が見られたのは、「おむつ交換の際には、膝立、ヒップアップ、腰のねじりなど声をかけながら、できるだけもてる力を発揮してもらっている」と「夜間は十分な睡眠が確保できるよう、環境（人の声、音、明るさ、温度など）を整える配慮をしている」の 2 項目であった。フロア効果が見られたのは、「週 5 回以上、15 分の腹部マッサージを行い、腸蠕動を促進している」の 1 項目であった。

排便機能に関する項目で天井効果を認めたのは、「便意を表出して排便できた場合には、賞賛し次も教えて欲しいことを伝えている」の 1 項目であった。フロア効果を認めたのは、「便意が読み取れた場合には、ベッドパンを利用するなどしておむつ以外の床上排泄を支援している」と「2 人以上での介助が困難なために床上で排泄が余儀なくされる場合には、リフトを使って可能な限りトイレでの排泄を検討している」の 2 項目であった。

下剤の使用に関する項目で天井効果を認めたのは、「下剤を服用して下痢した場合は、下剤の量や種類を変更するよう再検討している」と「下剤を開始したり、変更した場合は、排便時間や量、形状などを記録に残し、経過を観察している」の 2 項目であった。フロア効果を認めたのは、「浣腸を行う場合には、直腸内に便が降りてきていることを直腸診や小型のエコー等で確認したうえで行っている」と「摘便を行う場合には、直腸内に便が降りてきていることを直腸診や小型のエコーで確認したうえで行っている」の 2 項目であった。

苦痛と羞恥心に配慮したケアで天井効果を認めたのは、「おむつ交換時は、拘縮等による身体の痛みがあることを考慮して体位変換している」「おむつは、本人の排泄状況に応じてパットの大きさを変更している」「パッドは、重ね使いはせず 1 枚で使用している」「便失禁そのものへの心理的な苦痛、自尊心に配慮した声かけをしておむつを交換するように心がけている」「便臭や排便を示す表情、しぐさを認めた時は、その都度におむつ交換をしている」の 5 項目であった。

チームアプローチに関する項目で天井効果を認めたのは、「個別の排泄ケア方法に関して、看護職と介護職の間で日頃から情報共有し、検討している」の 1 項目であった。

これら 18 項目は、回答に偏りがあり因子分析に影響すると考え、項目から除外した。

（3）I-T（項目-全体）相関分析

各質問項目と実践 51 項目の総得点の相関係数は 0.184 から 0.614 であった。相関係数が 0.3 以下を示す項目は、「経口摂取の有無にかかわらず、食前には口腔ケアを実施している」「便意が読み取れた場合には、ベッドパンを利用するなどしておむつ以外の床上排泄を支援している」「2 人以上での介助が困難なために床上で排泄が余儀なくされる場合には、リフトを使って可能な限りトイレでの排泄を検討している」「浣腸は直腸穿孔のリスクを考え最小限にしている」「摘便を行う場合には、直腸内に便が降りてきていることを直腸診や小型のエコーで確認したうえで行っている」「ブリストル排便スケールを用いて、便の形状を確認しながら下剤を投与している」「パッドは、重ね使いはせず 1 枚で使用している」の 7 項目であった。これらは実践項目の一貫性を損なっていることを示すため、除外した。この 7 項目のうち天井･フロア効果と重複している項目が 4 項目あった。

（4）G-P 分析

総得点の平均は 143.18 であり、これを分割点として対象者を上位群、下位群にわけ、各質問項目の得点に関する t 検定を行なった。51 項目全ての項目に有意差を認め、各項目と総得点との間に関連を認めた。

（5）項目間相関係数の算出

51 項目の項目間相関係数は、-0.081 から 0.613 の範囲であった。各項目間で 0.7 以上の高い相関関係を示す項目は認めず、除外する項目はなかった。

項目分析の結果、重度要介護高齢者の快適な排便ケアの実践項目 51 項目のうち、30 項目を選定した。表 15 に示す。

表 15　重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践項目の項目分析の結果

			平均	標準偏差	I-T 相関	G-P 分析 t 値
アセスメントに基づく便秘改善のためのケア						
疾患に関する項目	1	入所時は疾患名や既往を把握し、排便への影響を検討している	2.87	0.853	0.614	-11.637
	2	抗コリン薬や抗精神病薬など便秘を引き起こす薬剤を把握し、副作用の出現を確認している	2.66	0.849	0.506	-8.992
	3	抗菌剤やプロトロンプ阻害薬（タケプロン、ランソプラゾール等）など下痢を引き起こす薬剤を把握し、副作用の出現を確認している	2.75	0.819	0.555	-11.374
食に関する項目	4	便秘改善のため、食物繊維やオリゴ糖などのプレバイオティクス製品を積極的に取り入れている	2.12	0.979	0.427	-7.398
	5	便秘改善のため、ビフィズス菌や乳酸菌等の腸内細菌を含むプロバイオティクス製品（ヨーグルトやヤクルトを含む）を積極的に取り入れている	2.32	1.063	0.426	-7.740
	6	食事は、可能な限り経口から摂取するため、食形態を工夫している	3.52	0.743	0.389	-5.875
	7	経口摂取の有無にかかわらず、食前には口腔ケアを実施している	2.78	1.144	0.211	-4.314
	8	個人の体重をもとに算出した必要量に基づき、水分摂取量を確保している	2.91	1.027	0.463	-8.376
	9	1 日に必要な水分摂取量を確保するため、本人の嗜好に応じた飲み物や生活の中で飲水の機会を設けるなど工夫している	3.28	0.778	0.459	-8.021
	10	経管栄養剤は食事と捉え、体調が悪い日やお腹が張っている時は、注入量を減量するなどの調整を医師と相談している	2.60	0.972	0.472	-9.107
	11	経管栄養を受けている高齢者が下痢している場合には、液状栄養剤から半固形化栄養剤への変更を検討している	2.75	0.973	0.490	-9.552
	12	経管栄養を受けている高齢者が下痢している場合には、乳糖不耐症等の可能性を考え他の栄養剤への変更を検討している	3.00	0.948	0.457	-9.142
活動と休息に関する項目	13	週 5 回以上、15 分の腹部マッサージを行い、腸蠕動を促進している	1.48	0.709	0.366	-7.437
	14	離床の際は、本人の体力や疲労度に応じて離床時間を調整し、活動と休息のバランスを考えて離床を進めている	3.07	0.896	0.483	-8.685
	15	1 日 1 回はベッドから離れ車椅子に移乗するようにしている	2.59	0.862	0.390	-9.139
	16	ベッド上で過ごしている時も、覚醒時にはベッド上で上体を起こす時間を設けている	3.04	0.836	0.396	-8.431
	17	おむつ交換の際には、膝立、ヒップアップ、腰のねじりなど声をかけながら、できるだけもてる力を発揮してもらっている	3.20	0.835	0.370	-6.487
	18	夜間は十分な睡眠が確保できるよう、環境（人の声、音、明るさ、温度など）を整える配慮をしている	3.38	0.777	0.338	-6.188
	19	言語的コミュニケーションが難しい状態であっても、他の入所者やスタッフとともに過ごせるような環境を作りコミュケーションとるようにしている	3.15	0.797	0.567	-10.447
排便機能に関する項目	20	便意を確認したり、便意を示す仕草が読み取れた場合には、積極的にトイレでの排泄を試みている	2.68	0.953	0.473	-7.914
	21	便意が読み取れた場合には、ベッドパンを利用するなどしておむつ以外の床上排泄を支援している	1.48	0.769	0.294	-5.027
	22	2 人以上での介助が困難なために床上で排泄が余儀なくされる場合には、リフトを使って可能な限りトイレでの排泄を検討している	1.36	0.701	0.202	-2.254
	23	排便姿勢が保持できるよう、日頃から座位姿勢を工夫している	2.12	0.865	0.509	-9.676
	24	便意を表出して排便できた場合には、賞賛し次も教えて欲しいことを伝えている	3.07	0.940	0.477	-7.876
下剤の使用に関する項目	25	処方された下剤の作用について知識をもち、投与後はその作用（副作用）を確認している	3.07	0.756	0.570	-11.385
	26	下剤の種類について知識を持ち、便秘の状況に応じて使い分けている	3.08	0.848	0.580	-11.174
	27	下剤は服用している内服薬との飲み合わせを確認して投与している	2.96	0.914	0.51	-9.344

28	浣腸を行う場合には、直腸内に便が降りてきていることを直腸診や小型のエコー等で確認したうえで行っている	1.95	1.127	0.379	-7.535
29	浣腸は直腸穿孔のリスクを考え最小限にしている	2.85	1.131	0.258	-4.410
30	摘便を行う場合には、直腸内に便が降りてきていることを直腸診や小型のエコーで確認したうえで行っている	2.25	1.257	0.247	-4.439
31	下剤を服用して下痢した場合は、下剤の量や種類を変更するよう再検討している	3.58	0.634	0.413	-8.326
32	ブリストル排便スケールを用いて、便の形状を確認しながら下剤を投与している	2.57	1.293	0.184	-4.132
33	下剤を開始したり、変更した場合は、排便時間や量、形状などを記録に残し、経過を観察している	3.27	0.824	0.453	-7.002
苦痛と羞恥心に配慮したケア					
34	刺激性下剤の使用は腹痛を伴うため、使用を最小限にしている	2.75	0.854	0.451	-7.662
35	摘便は本人の不快感を考慮し、最小限にしている	2.99	0.761	0.375	-5.990
36	おむつ交換時は、拘縮等による身体の痛みがあることを考慮して体位変換している	3.71	0.575	0.416	-6.156
37	日頃から拘縮を予防するため、上下肢の他動運動を行っている	2.31	0.883	0.404	-7.142
38	おむつは、本人の排泄状況に応じてパットの大きさを変更している	3.52	0.756	0.313	-5.690
39	パッドは、重ね使いはせず１枚で使用している	3.29	0.960	0.201	-4.486
40	便失禁そのものへの心理的な苦痛、自尊心に配慮した声かけをしておむつを交換するように心がけている	3.39	0.734	0.469	-6.977
41	入所者がおむつを外したり便をさわったりする場合は、不快感の表出と捉え、おむつ交換の時間を検討している	3.19	0.767	0.518	-10.687
42	便臭や排便を示す表情、しぐさを認めた時は、その都度におむつ交換をしている	3.42	0.680	0.417	-7.078
チームアプローチ					
43	患者本人が困っていることや本人の不快感を捉え、チームで共有している	3.27	0.645	0.532	-10.146
44	個別の排泄ケア方法に関して、看護職と介護職の間で日頃から情報共有し、検討している	3.30	0.755	0.597	-12.298
45	トイレで排便できる可能性について、チームで検討している	2.55	0.960	0.537	-9.736
46	看護師は、排泄に関して積極的に多職種から情報を得るように心がけている	2.79	0.895	0.515	-8.714
47	便秘や下痢している状態に対して積極的に医師と相談している	3.09	0.783	0.452	-8.447
48	便秘や下痢に影響する薬剤に関して積極的に薬剤師と相談している	2.22	0.919	0.494	-9.566
49	腸蠕動を促進するため、可能な運動方法について PT や OT と相談している	2.07	0.872	0.499	-9.357
50	少しでも経口摂取を維持するため、食事摂取方法に関して ST 等（歯科衛生士や摂食嚥下認定看護師など）に相談している	2.76	1.100	0.320	-5.889
51	栄養剤や食物繊維の摂取等に関して栄養士と相談している	2.85	0.970	0.549	-11.352

表中の網掛けの項目は削除した項目

2）探索的因子分析

選定された重度要介護高齢者の快適な排便ケアの実践項目 30 項目について、はじめにデータが因子分析に適しているかどうかを検定した結果、Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は 0.908、Bartlett の球面性検定は、$p<0.01$ であり、データが因子分析に適合していることを確認した。最尤法、プロマックス回転を用いた探索的因子分析を行ない、固有値 1 以上、因子負荷量 0.3 以上を選定基準として因子を抽出した。その結果、「刺激性下剤の使用は腹痛を伴うため、使用を最小限にしている（因子負荷量 0.279）」「摘便は本人の不快感を考慮し、最小限にしている（因子負荷量 0.274）」「便秘や下痢している状態に対して積極的に医師と相談している（因子負荷量 0.246）」「経管栄養剤は食事と捉え、体調が悪い日やお腹が張っている時は、注入量を減量するなどの調整を医師と相談している（因子負荷量 0.235）」「ベッド上で過ごしている時も、覚醒時にはベッド上で上体を起こす時間を設けている（因子負荷量 0.293）」「日頃から拘縮を予防するため、上下肢の他動運動を行っている（因子負荷量 0.211）」の 6 項目が除外された。

次に残りの 24 項目について、データが因子分析に適しているかどうかを検定した結果、Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は 0.906、Bartlett の球面性検定は、$p<0.01$ であり、データが因子分析に適合していることを確認した。最尤法、プロマックス回転を用いた探索的因子分析を行なった結果、全ての項目が因子負荷量 0.3 以上を示し、4 因子が抽出された。累積寄与率は 40.99%、因子間相関係数は 0.346～0.651 であった。結果を表 16 に示す。

第 1 因子は、「処方された下剤の作用について知識をもち、投与後はその作用（副作用）を確認している」や「抗コリン薬や抗精神病薬など便秘を引き起こす薬剤を把握し、副作用の出現を確認している」「患者本人が困っていることや本人の不快感を捉え、チームで共有している」などの 9 項目からなる。処方された下剤や内服している内服薬の副作用、基礎疾患などが排便状態に影響する可能性があることを理解し、患者の不快感を早期に解決するためのケアの実践と考え、【疾患や内服薬の副作用にともなう排便の不快を考慮するケア】と命名した。Cronback α 係数は 0.839 であった。

第 2 因子は、「便意を確認したり、便意を示す仕草が読み取れた場合には、積極的にトイレでの排泄を試みている」「排便姿勢が保持できるよう、日頃から座位姿勢を工夫している」などの 7 項目からなる。寝たきりの状態であっても、本人に残されている潜在能力を維持し、離床した日常生活を取り入れることで快適な排便を促そうとするケアと考え、【日常生活上のもてる力を活かすケア】と命名した。Cronback α 係数は 0.758 であった。

第 3 因子は、「経管栄養を受けている高齢者が下痢している場合には、乳糖不耐症等の可能性を考え他の栄養剤への変更を検討している」や「腸蠕動を促進するため、可能な運動方法について PT や OT と相談している」などの 5 項目からなる。形の良い便の生成を促すための食事に関する検討や腸蠕動を促進するための実践と考え、【便の生成や移送を援助するケア】と命名した。Cronback α 係数は 0.754 であった。

第 4 因子は、「便秘改善のため、食物繊維やオリゴ糖などのプレバイオティクス製品を積極的に取り入れている」と「便秘改善のため、ビフィズス菌や乳酸菌等の腸内細菌を含むプロバイオティクス製品（ヨーグルトやヤクルトを含む）を積極的に取り入れている」などの 3 項目からなる。腸内細菌を食事から摂取するプロバイオティクスとその腸内細菌を活性化させるプレバイオティクス食品を合わせて摂ることで腸内環境を整えるための実践と考え、「増やし食物繊維を投与することで、便の生成と移送を促進するための実践と考え【腸内環境を整えるケア】と命名した。Cronback α 係数は 0.698 であった。

表 16　「重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践」の因子構造

	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子
第 1 因子：疾患や内服薬の副作用にともなう排便の不快を考慮するケア（Cronbach α=0.839）				
25 処方された下剤の作用について知識をもち、投与後はその作用（副作用）を確認している	.912	-.084	-.112	-.027
1 入所時は疾患名や既往を把握し、排便への影響を検討している	.697	.081	-.047	.034
26 下剤の種類について知識を持ち、便秘の状況に応じて使い分けている	.590	-.030	.122	.000
3 抗菌剤やプロトロンプ阻害薬（タケプロン、ランソプラゾール等）など下痢を引き起こす薬剤を把握し、副作用の出現を確認している	.572	-.031	.130	.000
2 抗コリン薬や抗精神病薬など便秘を引き起こす薬剤を把握し、副作用の出現を確認している	.549	-.028	-.078	.230
27 下剤は服用している内服薬との飲み合わせを確認して投与している	.440	-.056	.260	-.062
43 患者本人が困っていることや本人の不快感を捉え、チームで共有している	.345	.339	-.042	-.033
41 入所者がおむつを外したり便をさわったりする場合は、不快感の表出と捉え、おむつ交換の時間を検討している	.315	.277	.128	-.161
46 看護師は、排泄に関して積極的に多職種から情報を得るように心がけている	.304	.115	.241	-.029
第 2 因子：日常生活上のもてる力を活かすケア（Cronbach α=0.758）				
20 便意を確認したり、便意を示す仕草が読み取れた場合には、積極的にトイレでの排泄を試みている	-.090	.847	-.161	.050
45 トイレで排便できる可能性について、チームで検討している	-.041	.672	.084	-.002
14 離床の際は、本人の体力や疲労度に応じて離床時間を調整し、活動と休息のバランスを考えて離床を進めている	.084	.628	-.114	-.024
23 排便姿勢が保持できるよう、日頃から座位姿勢を工夫している	-.007	.496	.016	.182
19 言語的コミュニケーションが難しい状態であっても、人の輪の中にいたり、スタッフが声をかけるなどしてコミュケーションを図っている	.322	.383	-.004	-.029
15 1 日 1 回はベッドから離れ車椅子に移乗するようにしている	-.060	.380	.105	.149
50 少しでも経口摂取を維持するため、食事摂取方法に関して ST 等（歯科衛生士や摂食嚥下認定看護師など）に相談している	-.107	.356	.346	-.258
第 3 因子：便の生成や移送を援助するケア（Cronbach α=0.754）				
12 経管栄養を受けている高齢者が下痢している場合には、乳糖不耐症等の可能性を考え他の栄養剤への変更を検討している	.002	-.154	.710	.069
51 栄養剤や食物繊維の摂取等に関して栄養士と相談している	.097	-.057	.672	.028
11 経管栄養を受けている高齢者が下痢している場合には、液状栄養剤から半固形化栄養剤への変更を検討している	-.009	-.010	.651	.026
8 個人の体重をもとに算出した必要量に基づき、水分摂取量を確保している	.004	.056	.507	.043
49 腸蠕動を促進するため、可能な運動方法について PT や OT と相談している	.017	.193	.318	.131
第 4 因子：腸内環境を整えるケア（Cronbach α=0.698）				
4 便秘改善のため、食物繊維やオリゴ糖などのプレバイオティクス製品を積極的に取り入れている	.003	-.076	.042	.882
5 便秘改善のため、ビフィズス菌や乳酸菌等の腸内細菌を含むプロバイオティクス製品（ヨーグルトやヤクルトを含む）を積極的に取り入れている	-.009	.132	.033	.601
48 便秘や下痢に影響する薬剤に関して積極的に薬剤師と相談している	.079	.195	.145	.304

全体 Cronback α=0.898　　累積寄与率　40.994%

因子間相関	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子
第 1 因子	―	0.592	0.651	0.420
第 2 因子		―	0.534	0.346
第 3 因子			―	0.424
第 4 因子				―

3）重回帰分析

重度要介護高齢者の快適な排便ケアの実践に関連する要因について、表 17、表 18 に示す。重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践の各因子の下位尺度得点を目的変数、多重共線性を考慮したうえで、関連する要因と考える全ての項目を説明変数として重回帰分析（強制投入法）を行なった。

第 1 因子【疾患や内服薬の副作用にともなう排便の不快を考慮するケア】は、要介護 4・5 の高齢者の割合が高い（β＝0.112, p＝0.029）、院内の排泄ケア勉強会へ参加している（β＝0.112, p＝0.042）、院外の排泄ケア勉強会へ参加している（β＝0.098, p＝0.026）、排便管理の看護計画を立案している（β＝0.104, p＝0.025）、排泄に関する助言者がいる（β＝0.122, p＝0.008）、コントロール感得点が高い（β＝0.151, p＝0.017）、学習雰囲気得点が高い（β＝0.168, p＝0.005）、生活の視点を取り入れた看護の態度がある（β＝0.144, p＝0.021）、排便ケアに関する知識得点が高い（β＝0.111, p＝0.012）に関連がみられ、調整済み R^2 値は 0.449 であった。

第 2 因子【日常生活上のもてる力を活かすケア】は、皮膚排泄ケア看護認定看護師がいる（β＝0.207, p＝0.001）、院内の排泄ケア勉強会へ参加している（β＝0.142, p＝0.019）、コントロール感得点が高い（β＝0.191, p＝0.006）、生活の視点を取り入れた看護の態度がある（β＝0.207, p＝0.002）に関連がみられ、調整済み R^2 値は 0.340 であった。

第 3 因子【便の生成や移送を援助するケア】は、排泄ケアチームがある（β＝0.176, p＜0.001）、看護師経験年数が長い（β＝0.119, p＝0.011）、コントロール感得点が高い（β＝0.166, p＝0.013）、学習雰囲気得点が高い（β＝0.162, p＝0.009）、生活の視点を取り入れた看護態度がある（β＝0.137, p＝0.038）、排便ケアに関する知識得点が高い（β＝0.097, p＝0.038）に関連がみられ、調整済み R^2 値は 0.384 であった。

第 4 因子【腸内環境を整えるケア】は、皮膚排泄ケア看護認定看護師がいる（β＝0.277, p＜0.001）に関連がみられ、調整済み R^2 値は 0.277 であった。

表 17　重回帰分析（強制投入法）による重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践の関連要因　　N＝405

		第 1 因子 疾患や内服薬の副作用にともなう排便の不快を考慮するケア			第 2 因子 日常生活上のもてる力を活かすケア			
	説明変数	β	t 値	有意確率	β	t 値	有意確率	VIF
施設属性	要介護 4・5 の高齢者の割合(n=405)	0.112	2.188	0.029*	-0.063	-1.114	0.266	1.559
	消化器内科医または高齢者専門医の有無(n=376)	0.016	0.356	0.722	0.053	1.092	0.276	1.168
	皮膚排泄ケア看護認定看護師配置の有無(n=405)	0.098	1.731	0.084	0.207	3.341	0.001**	1.899
	排泄ケアチームの有無(n=402)	0.032	0.704	0.482	0.080	1.616	0.107	1.212
個人属性	性別(n=398)	0.042	0.960	0.338	-0.052	-1.071	0.285	1.150
	看護師経験年数(n=398)	0.014	0.311	0.756	0.022	0.450	0.653	1.131
	看護資格(n=399)	0.006	0.126	0.900	-0.030	-0.602	0.548	1.247
	院内の排泄ケア勉強会の開催の有無(n=404)	0.036	0.655	0.513	0.076	1.261	0.208	1.773
	院内の排泄ケア勉強会への参加の有無(n=403)	0.112	2.041	0.042*	0.142	2.366	0.019*	1.785
	院外の排泄ケア勉強会への参加の有無(n=404)	0.098	2.238	0.026*	0.013	0.270	0.787	1.144
	排泄ケアマニュアルの遵守の有無(n=403)	0.068	1.453	0.147	0.038	0.745	0.457	1.301
	排便管理の看護計画立案の有無(n=405)	0.104	2.249	0.025*	0.042	0.829	0.408	1.267
組織環境	排泄に関する助言者の有無(n=404)	0.122	2.657	0.008**	-0.029	-0.587	0.558	1.241
	勤務担当(n=404)	-0.032	-0.755	0.451	0.068	1.438	0.152	1.095
	リフト・ロボットの有無(n=405)	0.009	0.193	0.847	-0.017	-0.340	0.734	1.243
	コントロール感得点(n=403)	0.151	2.392	0.017*	0.191	2.767	0.006**	2.346
	スタッフのモラール得点(n=405)	0.125	1.775	0.077	0.065	0.845	0.399	2.919
	親密さ得点(n=404)	-0.009	-0.173	0.863	-0.005	-0.089	0.929	1.520
	学習雰囲気得点　(n=403)	0.168	2.851	0.005**	0.024	0.375	0.708	2.044
態度	利用者中心的看護態度得点(n=401)	0.004	0.055	0.956	0.077	1.103	0.271	2.378
	生活の視点を取り入れた看護態度得点(n=400)	0.144	2.327	0.021*	0.207	3.060	0.002**	2.263
信念	排便ケアの信念得点(n=397)	0.024	0.535	0.593	0.060	1.238	0.217	1.172
知識	排便ケアに関する知識(n=399)	0.111	2.542	0.012*	0.016	0.325	0.745	1.139
	R^2	0.488			0.386			
	調整済み R^2	0.449			0.340			

* $p<0.05$　** $p<0.01$

消化器内科医または高齢者専門医の存在の有無，皮膚排泄ケア看護認定看護師配置の有無，排泄ケアチームの有無，院内の排泄ケア勉強会の開催の有無，院内の排泄ケア勉強会への参加の有無，院外の排泄ケア勉強会への参加の有無，排泄ケアマニュアルの遵守の有無，排便管理の看護計画立案の有無，排便管理の看護計画立案の有無，排泄に関する助言者の有無，リフト・ロボットの有無：（有＝1，無＝0）
性別（女性＝1，男性＝0），看護資格（看護師＝1，准看護師＝0），勤務担当（1＝介護医療院の利用者のみを担当，0＝入所者と病棟入院患者等の両方を担当）

表 18　重回帰分析（強制投入法）による重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践の関連要因（つづき）

		第 3 因子 便の生成や移送を 援助するケア			第 4 因子 腸内環境を整えるケア			
	説明変数	β	t 値	有意確率	β	t 値	有意確率	VIF
施設属性	要介護度 4・5 の高齢者の割合(n=405)	0.029	0.535	0.593	0.028	0.470	0.639	1.559
	消化器内科医または高齢者専門医の有無(n=376)	0.038	0.814	0.417	0.030	0.592	0.554	1.168
	皮膚排泄ケア看護認定看護師配置の有無(n=405)	0.104	1.737	0.083	0.277	4.266	$p<0.001^{**}$	1.899
	排泄ケアチームの有無(n=402)	0.176	3.671	$p<0.001^{**}$	0.035	0.681	0.497	1.212
個人属性	性別(n=398)	-0.054	-1.165	0.245	-0.007	-0.140	0.889	1.150
	看護師経験年数(n=398)	0.119	2.573	0.011^{*}	0.083	1.664	0.097	1.131
	看護資格(n=399)	-0.066	-1.356	0.176	-0.063	-1.197	0.232	1.247
	院内の排泄ケア勉強会の開催の有無(n=404)	0.073	1.269	0.205	0.107	1.703	0.090	1.773
	院内の排泄ケア勉強会への参加の有無(n=403)	0.080	1.371	0.171	0.104	1.651	0.100	1.785
	院外の排泄ケア勉強会への参加の有無(n=404)	-0.013	-0.281	0.779	0.066	1.303	0.194	1.144
	排泄ケアマニュアルの遵守の有無(n=403)	0.090	1.821	0.070	0.096	1.781	0.076	1.301
	排便管理の看護計画立案の有無(n=405)	0.054	1.099	0.272	0.059	1.108	0.269	1.267
組織環境	排泄に関する助言者の有無(n=404)	0.004	0.089	0.929	0.062	1.175	0.241	1.241
	勤務担当(n=404)	0.075	1.641	0.102	-0.047	-0.951	0.342	1.095
	リフト・ロボットの有無(n=405)	-0.051	-1.050	0.294	-0.050	-0.950	0.343	1.243
	コントロール感得点(n=403)	0.166	2.489	0.013^{*}	0.063	0.880	0.380	2.346
	スタッフのモラール得点(n=405)	0.106	1.432	0.153	0.146	1.815	0.071	2.919
	親密さ得点(n=404)	-0.017	-0.315	0.753	0.069	1.190	0.235	1.520
	学習雰囲気得点　(n=403)	0.162	2.610	0.009^{**}	0.035	0.519	0.604	2.044
態度	利用者中心的看護態度得点(n=401)	0.019	0.279	0.780	0.076	1.051	0.294	2.378
	生活の視点を取り入れた看護態度得点(n=400)	0.137	2.089	0.038^{*}	0.001	0.019	0.985	2.263
信念	排便ケアの信念得点(n=397)	-0.022	-0.474	0.636	0.047	0.913	0.362	1.172
知識	排便ケアに関する知識(n=399)	0.097	2.087	0.038^{*}	-0.006	-0.119	0.905	1.139
	R^2		0.428			0.328		
	調整済み R^2		0.384			0.277		

* $p<0.05$　** $p<0.01$

消化器内科医または高齢者専門医の存在の有無，皮膚排泄ケア看護認定看護師配置の有無，排泄ケアチームの有無，院内の排泄ケア勉強会の開催の有無，院内の排泄ケア勉強会への参加の有無，院外の排泄ケア勉強会への参加の有無，排泄ケアマニュアルの遵守の有無，排便管理の看護計画立案の有無，排便管理の看護計画立案の有無，排泄に関する助言者の有無，リフト・ロボットの有無：（有＝1，無＝0）
性別（女性＝1，男性＝0），看護資格（看護師＝1，准看護師＝0），勤務担当（1＝介護医療院の利用者のみを担当，0＝入所者と病棟入院患者等の両方を担当）

Ⅸ. 考察

1. 重度要介護高齢者の快適な排便ケアの実態

重度要介護高齢者の快適な排便ケアの実践の構成要素であるアセスメントに基づく便秘改善のためのケア項目のうち、最も実践の認識が低いものが排便機能に関する項目であった。排便機能に関する項目は、自ら便意を訴えられなくてもケア提供者が便意を意図的に確認したり、便意を示す仕草を察知したりすることで、便意に応じた排泄を促し、トイレやベッドパンなどを用いておむつ排泄以外の方法を検討する項目である。排便機能に関する項目の実践の認識が低かったということは、重度要介護高齢者の便意に応じた排泄の困難性とトイレ誘導の困難さが伺える。今回の対象となった施設の 8 割が、入所者の 80%以上が要介護 4・5 であると回答しており、ほとんどが寝たきり状態であることが推測される。長くおむつへの排泄が続くと、尿意や便意を訴えないで良い状態を作り、そのことが尿意・便意を表出する機能を失わせてきた可能性もある。入所者のほとんどの者が便意を訴えられず、ケア提供者が高齢者の仕草や表情から便意を読みとくことの困難さが反映したものと考える。

また、ほぼ全員が寝たきり状態であることを踏まえると、一人一人をトイレで排泄することへの困難さも想定できる。股関節や膝関節に拘縮があると座位姿勢をとることも困難になり、トイレでの排泄を諦めざるを得ない場合もある。しかし、そのような状態にさせないためにも、日常的に座位姿勢をとったり、ベッドから離床する機会が必要であり、身体的な負担を最小限にするためにも理学療法士や作業療法士とともに検討することも必要ではないかと考える。厚生労働省は平成 29 年にロボット技術の介護利用における重点分野として排泄支援を加え、排泄の予測や動作支援に関するロボットの導入に助成している。本研究の対象者で移乗用リフトやロボットを活用していると答えたものは 7.7%と少なく、8 割がロボットはないと回答していた。移乗用ロボットの活用は、たとえ歩行できなくてもトイレへの移乗を容易にすることができる。介護医療院に移乗用ロボットを普及することができれば、多くの重度要介護高齢者がトイレでの排泄を試みることができるのではないかと期待する。

重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践の構成要素のうち、最も実践の認識が高いものが、苦痛と羞恥心に配慮したケアであった。この項目は、重度要介護高齢者は、自ら便意を伝えることができないだけでなく、排泄物の処理を完全に人に委ねなければならない状況を踏まえ、ケアに関わるスタッフは、高齢者の排便に関わる心身の苦痛を想像し、対応することが求められているとして設定した項目である。今回の調査では、組織風土の中のスタッフのモラールの得点が 12.1±2.5 点であり、一般病院で調査した塚本ら（2007）の調査と比較すると 1 点近く高い結果となっていた。スタッフのモラールとは、「患者さんひとりひとりについて最善を考えてケアに取り組んでいる」や「スタッフはみな熱心に仕事に取り組んでいる」などの病棟の熱心さを表すものである。介護医療院の看護師は、利用者の最善を考

えてケアに取り組みながら苦痛や羞恥心に配慮していると認識していることが伺える。しかし一方で、介護医療院の前身である長期療養病床では、病棟で醸成される画一化された便秘ケアからなかなか抜け出せないことや、治療や患者状態により複雑化する便秘ケアに対応しきれないといった課題（髙岡ら，2022）や、排便コントロール方法のほとんどを下剤の内服に頼っていること（市川ら，2015；小岡ら，2016；Takaoka et.al, 2020）などがあげられており、苦痛や羞恥心に配慮してケアを行なっていると認識しながらも、実際には画一したケアから抜け出すことが難しいという困難を抱えていることが示唆された。便失禁ガイドライン（National Institute for Health and Clinical Exellence，2007）では、便失禁管理におけるグットプラクティスとしてケアに関わる全てのスタッフは、便失禁が個人とその介護者に与える身体的・感情的な影響の両方に注意を向ける必要性、便失禁の評価･管理と関連する身体的、感情的、心理的、社会的問題について話し合う機会を設け、患っている個人の見解、経験、態度および意見を積極的に求めるよう推奨している。介護医療院の看護師が持ち合わせる熱心さをもって、利用者にとって苦痛の少ない快適な排便とは何かを考える話し合いの場を意識的に持つことが、課題解決の糸口となるのではないかと考える。

2. 重度要介護高齢者の快適な排便ケアに関連する要因

1）重度要介護高齢者の快適な排便ケアの因子特性

重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践の 51 項目は、項目分析、探索的因子分析の結果 24 項目 4 因子構造となった。それらの特性を示す。

第 1 因子である【疾患や内服薬の副作用にともなう不快を考慮するケア】は、「処方された下剤の作用について知識をもち、投与後はその作用（副作用）を確認している」や「抗コリン薬や抗精神病薬など便秘を引き起こす薬剤を把握し、副作用の出現を確認している」「患者本人が困っていることや本人の不快感を捉え、チームで共有している」などの項目で構成されている。慢性便秘症診療ガイドライン(日本消化器病学会関連研究会ら,2017)は、高齢者の便秘症の要因として併存疾患や処方薬の影響を受けるとし、抗コリン薬や向精神薬、向パーキンソン病薬などがその代表とされる。また樋島（2015）は、高齢者が下痢を起こしやすい薬剤として、抗菌薬や抗炎症薬等を挙げており、下剤だけでなく、様々な内服薬が排便障害をきたす可能性があることを注意喚起している。介護医療院で生活する高齢者は、複雑で多様な疾患を有していることが推察され、疾患そのものの影響や多剤を内服する薬剤の影響をうけていると考える。看護師は、常に疾患による症状や薬の副作用の出現を観察し、何が原因で不快な状態に陥っているのかをアセスメントすることが求められる。第 1 因子は、疾患や薬剤による影響をアセスメントし、不快の原因を探る内容が示されている。

第 2 因子である【日常生活上のもてる力を活かすケア】は、「便意を確認したり、便意を示す仕草が読み取れた場合には、積極的にトイレでの排泄を試みている」「排便姿勢が保持できるよう、日頃から座位姿勢を工夫している」などの項目で構成されている。便失禁診療

ガイドライン（National Institute for Health and Clinical Exellence，2017）では、フレイル・寝たきり高齢者への便失禁への初期治療として便秘を改善するためのトイレへの移動が推奨されている。トイレでの排便姿勢は、臥床時に比べ直腸と肛門の角度が広がるため、便が出やすい状態となる。重度要介護高齢者だからという理由でトイレでの排泄を安易に諦めるのではなく、便意や尿意を尋ねることで、便意や尿意を表出する力を引き出したり、日常生活の中でベッドから離れる機会を作り、座位姿勢を工夫することで、トイレでの座位保持が可能となる可能性を引き出すことができると考える。第 2 因子は、トイレでの排泄につながるよう日常生活の中でもてる力を引き出す看護が示されている。

第 3 因子である【便の生成や移送を援助するケア】は、「経管栄養を受けている高齢者が下痢している場合には、乳糖不耐症等の可能性を考え他の栄養剤への変更を検討している」や「経管栄養を受けている高齢者が下痢している場合には、液状栄養剤から半固形化栄養剤への変更を検討している」「腸蠕動を促進するため、可能な運動方法について PT や OT と相談している」などで構成されている。慢性便秘症診療ガイドライン(日本消化器病学会関連研究会ら,2017)は、高齢者の便秘症の要因として、食事量の変化と運動量の減少などの生活環境の変化を挙げている。食事は、便を作るもととなるものであり、便の生成に影響していると考える。小岡ら（2016）は、長期療養病床で経腸栄養をうける高齢者の 8 割が泥状～水様便を排便していることを報告している。Kokura ら（2020）は、日本における経腸栄養関連の合併症予防のための半固形状流動食に関する系統的レビューとメタアナリシスを行ない、半固形状流動食が胃食道逆流のリスク、胃内で滞留時間、治療（投与）時間を減少させることを報告し、半固形状流動食の選択が下痢や便秘の改善に影響することも示唆している。介護医療院の入所者の 5 割が胃ろうや経鼻経管などの経腸栄養療法を受けている（厚生労働省，2020）ことを踏まえると、栄養療法に関する項目は便の生成に関する特徴を示していると考える。また、快適な排便の為には便の移送は重要となる。便の移送を援助する方法として大腸刺激性下剤の投与が選択されることが報告されている（小岡ら，2016；Takaoka et.al，2020）が、大腸刺激性下剤は、大腸の筋層間神経叢に作用するため、大腸収縮時に腹痛や水様下痢便による電解質異常などの有害事象の発生頻度も高いことも報告されている（日本老年医学会，2015）。下剤にのみ頼らず、重度要介護状態であっても可能な運動についてリハビリテーション専門職と検討して腸蠕動を促進させることは、快適な排便ケアの実践を示していると考える。

第 4 因子である【腸内環境を整えるケア】は、「便秘改善のため、食物繊維やオリゴ糖などのプレバイオティクス製品を積極的に取り入れている」や「便秘改善のため、ビフィズス菌や乳酸菌等の腸内細菌を含むプロバイオティクス製品（ヨーグルトやヤクルトを含む）を積極的に取り入れている」などの項目で構成されている。プロバイオティクス食品（ビフィズス菌や乳酸菌をを含む食品）を取り入れ腸内細菌を増やし、プレバイオティクス食品（食物繊維やオリゴ糖を含む食品）を摂取することで、腸内細菌を活性化し、腸の活動を改善す

る内容を示している。プロバイオティクス食品とプレバイオティクス食品を合わせて摂取することはシンバイオティクスと呼ばれ、高齢者において腸内環境改善による便通改善のほか免疫機能の向上にも効果があることが検証されている（下野ら,2020）。また、小山ら（2021）による経腸栄養剤を摂取する重度要介護高齢者での検証でも、排便回数や排便日数、坐薬や浣腸などの医療処置回数の改善がみられ一定の効果があることが検証されている。シンバイオティクスは、新たな便秘改善ケアとして注目される内容であり、快適な排便ケアの特性であるといえる。

慢性便秘症診療ガイドライン(日本消化器病学会関連研究会ら,2017)は、加齢とともに便秘の有病率は増加し、その要因については生活環境の変化などの要因や、腸管運動に関与する神経の変化が考えられるとしている。生活環境の変化には、精神状態の変化、併存疾患、処方薬、食事量の変化、運動量の変化などが挙げられており、これらの内容は第 1～第 3 因子と内容が一致すると考える。また、腸管運動に関与する神経の変化は、加齢に伴う腸管筋層間の正常神経筋の減少や神経細胞数の変化により、結腸輸送が緩徐になることで便秘を引き起こすことを示し、加齢に伴う不可逆的な要因であるといえる。しかし、第 4 因子は、シンバイオティクス食品の摂取により腸蠕動を補うものであり、不可逆的と考えられてきた蠕動機能の低下に対応するものであると考える。つまり、この重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践項目は、高齢者の便秘症ケアに有効な内容を示していると考える。

2)【疾患や内服薬の副作用にともなう排便の不快を考慮するケア】に関連する要因

第 1 因子【疾患や内服薬の副作用にともなう排便の不快を考慮するケア】には、要介護度 4 および 5 の割合、院内外の勉強会への参加の有無、排便管理の計画立案の有無、排泄に関する助言者の有無、コントロール感と学習雰囲気、生活の視点を取り入れた看護態度、排便ケアに関する知識が関連していた。

要介護度割合では、要介護度 4 および 5 の割合が高いことが実践と関連していた。これは、介護医療院では要介護度が高く、寝たきり状態である人が多くなることにより、疾患や薬の副作用にともなう排便の不快を考慮するケアを実施せざるを得ない現状を示していると考える。平成 30 年の厚生労働省の調査では、介護医療院の入所者の傷病は、認知症、脳卒中、高血圧、心臓病の順に多く、入所する高齢者の 9 割が寝たきりの状態であるとしている（厚生労働省，2020）。このことからも、介護医療院の入所者は複数の疾患を併せ持つ寝たきりの状態の高齢者が多く、疾患や内服薬の副作用に考慮したケアを実践していると考える。

また、排便ケアに関する知識があること、院内外の勉強会に参加していること、学習雰囲気があることの知識の獲得に関する内容が影響していた。勉強会などへの参加によって知識を深めることは、アセスメントでの視点が的確になり、ケアの判断ができるようになった

り、視野を広げたりするといわれている（高橋ら，2019）。髙岡ら（2022）は、医療療養病棟の看護師による便秘ケアの課題として、下剤使用のベストプラクティスがよくわからないことや、“3 日排便が無ければ下剤と坐薬”といった病棟での便秘ケア方法が画一化されていることから抜け出せないことを挙げている。下剤のコントロールに方法については、西村（2008）が便秘への薬剤の使用について、薬物をルーティン化して便を出すのではなく、ブリストル便形状スケールを用いて、便の状態に合わせて下剤を調整することを推奨しており、各地で勉強会や事例報告もなされている。現状の課題を解決していくためには、下剤や薬剤に関する知識、うまく対応できた事例やその方法を知る機会が必要であり、勉強会への積極的な参加や病棟の学習的雰囲気が疾患や内服薬の副作用にともなう排便の不快を考慮するケアの実践を高めていると考えられる。

次に、排便管理の計画立案をしていること、排泄に関する助言者の存在とコントロール感が高いことが疾患や内服薬の副作用にともなう排便の不快を考慮するケアに影響していた。コントロール感とは、「誰からの提案でも一度は受け止め、話し合いをしている」や「話し合うことで良い改善策が見出せている」といった何か問題が生じても解決できるというコントロール感を示している（塚本ら，2007）。つまり、排便コントロールが上手くいかなかったり、ひどく下痢が続いているなどの問題が起きても、スタッフ同士で話し合いの場があり、解決に向けて話し合う組織風土があることを示している。重度要介護高齢者の排便障害の課題を解決するために話し合いのもとケア計画を立案しているだけでなく、その方向性に関して医師や薬剤師、排泄ケアリーダー等の助言者の存在もあるのではないと推察する。助言者がいることで安心して自分たちが考えたケアを実践でき、重度要介護高齢者の排便の不快感や失禁が少しでも良くなれば、次の高齢者にもケアを実践してみようと動機づけられ更なるコントロール感が生まれるのではないかと考えられる。学んだ知識を活用できる機会があり、成功体験を積むことで、話し合い、疾患や内服薬の副作用にともなう排便の不快を考慮するケアに至れることが示唆された。

さらに、生活の視点を取り入れた看護態度を持ち合わせていることが影響していた。鳥海（2007）は、医療モデルである病院は、治療目的のために他律的に管理されることを受け入れさせる場所であり、入院そのものが「非日常」とする一方で、介護施設は徹底的に暮らしの場であり、「生活モデル」が優先されるといっている。長期療養病床の高齢者の便秘管理に関しては、これまで下剤によるコントロールが中心となっている（小岡ら,2016; Takaokaら,2020；市川ら,2015）。“3 日排便が無ければ下剤“という考え方は、下剤の量が固定されルーティン化していることが多い。そのため、下剤の効果によりたとえ下痢していたとしても“排便がとにかくあればよい”と判断され、3 日以内に排便を認めることが最優先されてきた。しかし、下痢して便失禁することは生活において非日常であり、苦痛を伴うものである。下剤や内服薬の副作用により下痢して不快を感じることは生活を乱されることと直結する。その現状を打破し、不快や苦痛の少ない生活を送って欲しいとする態度が、疾患や内服薬の

副作用にともなう排便の不快を考慮するケアに影響すると考える。

3)【日常生活上のもてる力を活かすケア】に関連する要因

第 2 因子【日常生活上のもてる力を活かすケア】には皮膚排泄ケア認定看護師の有無、院内の排泄ケア勉強会への参加の有無、コントロール感、生活の視点を取り入れた看護態度が影響していた。

まず、皮膚排泄ケア認定看護師の配置と院内の排泄ケア勉強会への参加が影響していた。皮膚排泄ケア認定看護師に求められる役割は、排泄障害を伴う個人を多角的に捉え、高い臨床推論力・病態判断力に基づいた専門的な排泄管理やスキンケアができることとされている（公益社団法人日本看護協会,2022)。褥瘡を予防するためには、おむつへの排泄ではなくトイレで排泄することが最も有効である。皮膚排泄ケア認定看護師の存在は、可能な限りトイレで排泄できるように身体的、心理的、社会的状況を多角的に捉えたうえで、院内で勉強会を開催し、問題解決のための指導がなされているのではないかと推察する。

次に、コントロール感が高いことが影響していた。第 2 因子は、寝たきりの状態であっても、本人に残されている潜在能力を維持し、離床した日常生活を取り入れることで快適な排便を促そうとするケアである。山本（2016）は、長期療養施設におけるケアの質改善に関する調査で、入院時、床上排泄だった人の中でトイレでの排泄を試みている人は 0 %が 130 件（50.1%)、1%以上 5 %未満が 74 件（28.8%）であったこと、1 ヵ月間で院内･病棟内で開催されたレクレーションは 1 回以上 5 回未満が 53.3%、0 回が 31.9%であったことを報告している。長期療養病床にいる高齢者はこれまで入院生活の中で車椅子に移乗できる機会はかなり限られていたことが推察できる。臥床状態にある高齢者に日常的に座位姿勢を取り入れることは、看護職には充分な観察力と病棟内での意思統一が求められる。介護医療院で生活する高齢者は、複数の疾患を併せ持つため、体調不良をきたしやすい上にそれを自ら訴えることは難しい。そのため、座位姿勢をとれるかどうかの観察力やどうすれば安定した座位がとれるかをアセスメントし実践･評価するために話し合う場が必要である。トイレで排泄できたり、ADL の向上を認めた時には、その成功体験がさらにコントロール感を向上させていると推察する。

さらに、生活の視点を取り入れた看護態度を持ち合わせていることが影響していた。腸を動かすには、できる限り身体を起こして動くことが必要であるが、重度要介護高齢者の場合にはその活動も自ら行なうことはできない。先に述べた山本ら（2016）の報告にもあるように、レクリエーションの開催など活動の機会もかなり少ないことが伺え、生活の場がベッド上や居室内に限られているのではないかと推察する。重度要介護高齢者においても、健康であったときと同様に、誰かとコミュニケーションをとったり、散歩に出かけたり、家族と交流を持つなどの日常生活支援を行なうことが、活動の機会を作り、ストレスを緩和させ、潜在化している高齢者のもてる力に働きかける機会となり、快適な排便ケアにつながるものと考える。また、そのような看護に価値を見出せる看護観は、快適な排便ケア提供を促進す

る要因となると示唆された。

4)【便の生成や移送を援助するケア】に関連する要因

第 3 因子【便の生成や移送を援助するケア】には、排泄ケアチームの有無、看護師の経験年数、コントロール感、学習雰囲気、生活の視点を取り入れた看護態度、排便ケアに関連する知識が影響していた。

まず、排便ケアに関する知識があることと組織の学習雰囲気があることが関連していた。Takaoka ら（2020）は、長期療養病床における便秘管理と組織的な要因を明らかにする中で、学習雰囲気と下剤に関する知識が下剤に頼らない便秘ケアに影響することを明らかにしている。本研究で学習雰囲気と排便ケアに関連する知識が影響していたことは、Takaoka ら（2020）の報告と同様の結果であったといえる。効果的な便秘管理の促進のためには、知識と下剤だけに頼らない排便管理の重要性を認識する必要があり、知識を持とうとする姿勢が職場の学習雰囲気を高めているものと考える。

次に、排泄ケアチームの存在と看護師経験年数が長いこと、コントロール感が高いことが影響していた。重度要介護高齢者に快適な排便を提供するためには、看護師のみでは困難であり、医師、薬剤師、栄養士、理学療法士や作業療法士などのセラピストの協働が重要となる。細田（2021）は、医療と介護のはざまでジレンマを感じた看護師は、ジレンマを抱きつつ、注意深く療養者を観察し続けて、一つひとつの看護実践を重ねており、ジレンマを抱くからこそ視野が広がり、思考が深くなり、看護師として成長するとしている。さらに、生活の場における医療・介護・福祉のチーム･アプローチや多職種連携は、多様な価値観が交差するため、ジレンマを抱くことも多いが、だからこそ患者当事者にとって最も良い対応は何かを多職種で考える場となり得るとしている。本研究における排泄ケアチームの存在は、多職種の話し合いを生む場であり、そこで話し合われた看護を実践することは、皆で話し合えば解決できない問題は無いとするコントロール感を向上させるのではないかと推察する。

さらに、生活の視点を取り入れた看護態度を持ち合わせていることが影響していた。生活の視点を取り入れた看護態度は、第 1，第 2 因子ともに影響をしている。第 3 因子は、排便を薬物管理だけに頼らず、身体活動の増加や水分摂取量や食事や経管栄養剤の検討により排便を促すケアである。これまでと同様に、重度要介護高齢者を生活者として観る視点を持つことが重要であると考える。これに加えて、寝たきり状態で意思疎通が困難な状況であっても意思のある 1 人の人格であることを忘れない倫理的態度は重要である。勝原（2016）は、看護師は「看護の質を保証する」「看護専門職としての誇りをもつ」「患者の権利を尊重する」「患者の生命を守る」の 4 つの道徳的欲求を持つとしている。さらに、組織人としても「多職種と協働する」「組織のルールを守る」という道徳的欲求をもっているとしている。道徳的課題の解決のためにはまず、道徳的な気づきが重要で、それを認識する必要がある。看護師には、重度要介護高齢者の便秘や下痢、便失禁は本当に仕方のないことなのか、これで高齢者の権利は守られているのか、看護師として最善のケアを行なえているのか、本当に

解決できる方法はないのかと倫理的課題としての気づきが必要である。課題を解決するために、栄養士やリハビリテーション専門職らと相談しながら課題解決に繋げ、成功体験を重ねることで、生活の視点を取り入れた看護の態度がより定着すると考える。

5)【腸内環境を整えるケア】に関連する要因

第 4 因子【腸内環境を整えるケア】に影響していたのは、皮膚排泄ケア認定看護師の存在であった。シンバイオティクスとは、新しい考え方である。皮膚排泄ケア認定看護師に期待される能力として、より質の高い医療を提供するため、多職種と協働し、チーム医療のキーパーソンとして役割を果たすことが出来ることや看護職への指導、看護職等へのコンサルテーションが期待されている。腸内環境を整えるためには、新たな知識を取り入れ、薬剤師や栄養士等とともに協働するためのチーム医療のキーパーソンとなっていることが示唆された。

3. 生活と医療を支えるために介護医療院の看護師に求められる組織的課題

これまで重度要介護高齢者の快適な排便ケアに関連する要因について考察を述べた。本研究から、これからの介護医療院での排便ケアに求められる課題として、以下の 4 つが示唆された。①積極的な勉強会への参加を促し、排便ケアに関する知識を持つこと、②皮膚排泄ケア認定看護師や助言者となり得る排便ケアのリーダーを育成すること、③カンファレンスを通して排便ケアの課題を解決できるというコントロール感を育てること、④生活の視点を取り入れた看護の態度を養うことである。特に課題解決のコントロール感があることと生活の視点を取り入れた看護態度は、第 1～第 3 の 3 つの因子に共通しており、その重要性が示唆された。中井ら（2015）は、看護師には専門的な知識や看護技術だけでなく様々な態度を身に付けることが求められるとしている。重度要介護高齢者の排便ケアにおいては、たとえ寝たきりの状態であっても生活者として支える看護の態度が養われることが重要である。態度を養うためには、自分でやってみて、うまくできたり失敗して間違っていたと気づいたりする機会があることで態度が身に付けられる（中井ら，2015）とされる。つまり、病棟内で行なわれる看護師間や多職種でのカンファレンスは、自分たちのケア実践を評価する場であり、次に繋がる看護を考える機会となり得る。カンファレンスで看護師として自分たちの意見やアイデアを出すためには、既得の知識や勉強会に参加して得た知識を発信する力が必要である。そのためには、病棟がもつ学習的雰囲気という組織風土が重要なのではないかと考える。生活の視点を取り入れてケアを実践している看護師は、問題に対し自分たちが考えて看護計画を立案し、実践した看護で療養者に良い効果をもたらしたとする体験によりエンパワーメントされ、更なる課題解決に向けてコントロール感を高め次のケアに繋がるのだと考える。生活の視点を取り入れた看護態度をもつ看護師を多く育成することができれば、「住まいと生活を医療が支える新たなモデル」としての排便ケアが実践でき

るのではないかと考える。

重度要介護高齢者の排便ケアの実態において、実施している認識の低かった項目は、「腸蠕動を促進するため、可能な運動方法について PT や OT と相談している」「排便姿勢が保持できるよう、日頃から座位姿勢を工夫している」「トイレで排泄できる可能性についてチームで検討している」「1 日 1 回はベッドから離れ車椅子に移乗するようにしている」といった座位姿勢に関連するケア内容が多く含まれていた。重度要介護高齢者の場合、関節に拘縮をきたしていたり、筋萎縮、骨粗鬆症を合併している場合も少なくない。看護師だけでは困難な移乗動作も PT や OT などのリハビリテーション専門職を巻き込むことにより、可能性が広がるのではないかと考える。介護医療院の施設基準には機能訓練室とリハビリテーション専門職の配置が義務づけられている。重度要介護高齢者の快適な排便ケアの実戦に向けてリハビリテーション専門職との協働が鍵となることが示唆された。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、全国の介護医療院 570 施設を対象として調査を依頼したが、協力の同意が得られた施設数は 1 割であり、介護医療院の排便ケアの実態を十分に把握できていない可能性がある。

今回、51 の実践項目のうち、天井効果・フロア効果の検討、Ｉ-Ｔ相関分析の結果により 21 項目が削除された。中でも天井効果を認めた項目は 13 項目あり、多くの看護師が当たり前にやっていると判断した項目と推察する。「食事は可能な限り経口から摂取するために食形態を工夫している」「夜間は充分な睡眠が確保できるよう、環境を整える配慮をしている」「1 日に必要な水分摂取量を確保するため、本人の嗜好に応じた飲み物や生活の中で飲水の機会を設けるなど工夫している」「おむつ交換の際は膝立、ヒップアップ、腰のねじりなど声をかけながらできるだけもてる力を発揮してもらっている」「便意を表出して排便できた時は賞賛し、次も教えて欲しいことを伝えている」といった項目は、便秘改善のためのケア項目の中でも日常生活援助場面に関するベストプラクティスを示すものである。本研究における重度要介護高齢者の快適な排便ケアの実践とは、あくまで認識を問うものであり、実践そのものを測定することには限界がある。林ら(2016) は高齢者の廃用症候群に対する療養病床に勤務する看護の実態を調査し、看護師経験 15 年以上のベテラン看護師であっても、経口摂取訓練や関節可動域訓練は 4 割程度であったことを報告している。「実践している」という自己の認識には個人によりその程度に幅があることが推察され、多くの項目が天井効果により脱落したと考える。

本研究の対象者は看護師を対象としている。介護医療院での排便ケアは介護職との協働が必要不可欠であり、看護と介護の協働に焦点を当てることも必要である。小岡ら (2013) は、介護職と看護職が協働して排泄ケアを実践するためのプログラム用いた教育的介入を行ない、個別の事例を検討するためのカンファレンスが排泄ケアの信念を深めるために有

効であったことを報告した。今後は、この重度要介護高齢者の快適な排便ケアの実践項目を指標化し、知識の提供やカンファレンス等を取り入れた看護･介護職のための教育プログラムを開発し、この実践が快適な排便というアウトカムに至るかを検証する必要がある。

X．結論

本研究は、介護医療院における重度要介護高齢者に対する看護師の快適な排便ケアの実態とそれに影響を及ぼす要因との関連検証を行ない、以下の結論を得た。

1. 重度要介護高齢者の快適な排便ケアの実践の構成要素であるアセスメントに基づく便秘改善のためのケア項目のうち、最も実践の認識が低いものが排便機能に関する項目で、最も実践の認識が高いものが、苦痛と羞恥心に配慮したケアであった。
2. 介護医療院における重度要介護高齢者に対する看護師の快適な排便ケアは、【疾患や内服薬の副作用にともなう排便の不快を考慮するケア】【日常生活上のもてる力を活かすケア】【便の生成や移送を援助するケア】【腸内環境を整えるケア】の 4 因子が抽出された。
3. 【疾患や内服薬の副作用にともなう排便の不快を考慮するケア】に関連する要因は、重度要介護割合、院内外の勉強会への参加の有無、排便管理の計画立案の有無、排泄に関する助言者の存在、組織環境のコントロール感と学習的雰囲気、生活の視点を取り入れた看護態度、排便ケアに関する知識であった。
4. 【日常生活上のもてる力を活かすケア】に関連する要因は、皮膚排泄ケア認定看護師の配置、院内の排泄ケア勉強会への参加、職場のコントロール感、生活の視点を取り入れた看護態度であった。
5. 【便の生成や移送を援助するケア】に関連する要因は、排泄ケアチームの存在、看護師の経験年数、仕事のコントロール感、学習的雰囲気、生活の視点を取り入れた看護態度、排便ケアに関連する知識であった。
6. 【腸内環境を整えるケア】に関連する要因は、皮膚排泄ケア認定看護師の配置であった。
7. これからの介護医療院での排便ケアに求められる課題として、①積極的な勉強会への参加を促し、排便ケアに関する知識を持つこと、②皮膚排泄ケア認定看護師や助言者となり得る排便ケアのリーダーを育成すること、③カンファレンスを通して排便ケアの課題を解決できるというコントロール感を育てること、④生活の視点を取り入れた看護の態度養うことの 4 つが示唆された。
8. 介護医療院における看護師の重度要介護高齢者の快適な排便ケア実践に向けて、リハビリテーション専門職との協働が鍵となることが示唆された。

謝辞

本研究の過程において、COVID-19 の拡大により医療の提供がひっ迫する中、調査に御協力頂きました看護職の皆様に心より御礼を申しあげます。

重度要介護高齢者に対する快適な排便ケアの実践項目の内容妥当性の検討に御協力頂きました、和泉千佐子氏、梶原若菜氏、窪田里美氏、竹岡照枝氏に心より感謝申しあげます。

付記

本研究は、JSPS 科研費 19K11114 の助成を受け実施致しました。

引用文献

Anika Janse van Vuuren, J. A. van Rensburg, Lonese Jacobs, et al. (2021): Exploring literature on knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence management: a scoping review, International Urogynecology Journal volume 32, pages485–499.

伴真由美，原等子，吉原悦子，他．第 6 章快便を目指すケア．In:中島紀恵子，石垣和子．高齢者の生活機能再獲得のためのケアプロトコール. 東京:日本看護協会出版; 2010:136-170.

Birimoglu Okuyan C, Bilgili N. (2019): Effect of abdominal massage on constipation and quality of life in older adults: A randomized controlled trial, Complement Ther Med,47:102219.

Bliss DZ, Jung HJ, Savik K, et al.（2001）：Supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence, Nurs Res, 50(4), 203-213.

Bliss DZ, Savik K, Jung HJ, et al. (2011): Symptoms associated with dietary fiber supplementation over time in individuals with fecal incontinence, Nurs Res., 60(3 Suppl):S58-67.

Bliss DZ(1), Savik K, Jung HJ, et al. (2014): Dietary fiber supplementation for fecal incontinence: a randomized clinical trial, Res Nurs Health, 37(5), 367-378.

Camilleri M, Beyens G, Kerstens R, et al. (2009): Safety assessment of prucalopride in elderly patients with constipation: a double- blind, placebo-controlled study, Neurogastroenterol Motil, 21(12), 1256-e117.

Chassagne P, Jego A, Gloc P, et al.（2000）：Does treatment of constipation improve faecal incontinence in institutionalized elderly patients? , Age Ageing, 29(2), 159-64.

鳥海房枝 (2007)：高齢者施設における看護師の役割　医療と介護を連携する統合力, 206, 雲母書房，東京.

Conley P, McKinsey D, Ross O, et al. (2014): Does skin care frequency affect the severity of incontinence-associated dermatitis in critically ill patients? , Nursing, 44(12), 27-32.

Ernest P. Bouras, Eric G.Tangalos (2009)：Chronic Constipation in the Elderly, Gastroenterol Clin N Am 38, 463–480

布施 順子，福永 あゆ，荒田 桃子，中嶋 容子ら (2014)：排便コントロールにおけるグアーガム分解物(PHGG)の有用性，栄養-評価と治療　31 巻 1 号 Page20-23.

Gallelli L, Colosimo M, Tolotta GA, et al. (2010) : Prospective randomized double-blind trial of racecadotril compared with loperamide in elderly people with gastroenteritis living in nursing homes, Eur J Clin Pharmacol, 66(2), 137-44.

林裕子，宮田久美子，大内潤子（2016）：高齢者の廃用症候群に対する看護の実態，北海道科学大学研究紀要，41，7-14.

樋島学（2015）：薬の副作用による排泄障害とケア，臨床老年看護，22（3）, 2-8,日総研.

平山晴子，樅木勝巳，椎名貴彦，他（2014）：グレリンの大腸運動促進作用，日本薬理学雑誌，143，270-274.
細田満和子（2021）：「チーム医療」とは何か　第 2 版，267，日本看護協会出版，東京.
Huang TT, Yang SD, Tsai YH, et al. (2015): Effectiveness of individualised intervention on older residents with constipation in nursing home: a randomised controlled trial, J Clin Nurs, 24(23-24),3449-3458.
市川佳映，須釜淳子（2015）：介護療養型医療施設における Incontinence-Associated Dermatitis (IAD)の有病率および看護ケア、組織体制との関連，日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌，19（3），319-326.
一般社団法人日本創傷・オストミー失禁管理学会 編 (2017)：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，東京.
一般社団法人日本慢性期医療協会（2016）：医療が必要な要介護高齢者のための長期療養施設の在り方に関する調査研究事業報告書.
Jeon SY, Jung HM. (2005): The effects of abdominal meridian massage on constipation among CVA patients, Taehan Kanho Hakhoe Chi. ,35(1),135-142.
亀井智子，友安直子，梶井文子，他（2006）：在宅認知症高齢者に関する学際的チームアプローチの質評価枠組みの開発: 文献研究と専門職インタビュー調査から，聖路加看護学会誌，10（1），23-37.
勝原裕美子（2016）：組織で生きる-管理と倫理のはざまで，311，医学書院，東京.
木村貴之，遠藤眞美，永富絵美ら（2012）：要介護高齢者に対する機能的口腔ケアと血漿中活性型グレリン値の関連性，九州歯会誌　66（2）29-38.
Kokura. Y, Suzuki. C, Wakabayashi. H, et al. (2020): Semi-Solid Nutrients for Prevention of Enteral Tube Feeding-Related Complications in Japanese Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, Nutrients，12(6)，1-14.
小岡亜希子，陶山啓子，形上五月，他（2013）：高齢者施設における排泄ケアの協働を目的とした教育プログラムの介護職に対する効果, 日本老年社会科学会誌, 34 (4), 491-499.
小岡亜希子，陶山啓子，中村五月,他（2016）：療養病床において経管栄養を受ける高齢者の排便の実態と下痢に関連する要因，日本老年看護学会誌，20（2），83-91.
Kon Y, Ichikawa-Shigeta Y, Iuchi T, et al. (2017): Effects of a Skin Barrier Cream on Management of Incontinence-Associated Dermatitis in Older Women: A Cluster Randomized Controlled Trial, J Wound Ostomy Continence Nurs., 44(5), 481-486.
公益社団法人日本看護協会 (2022)：認定看護師教育基準カリキュラム皮膚・排泄ケア分野, https://nintei.nurse.or.jp/nursing/wp-content/uploads/2022/01/14_hifuhaisetukea_B_20220121.pdf，アクセス 2022.9.14
厚生労働省（2020）：第 183 回社会保障審議会介護給付費分科会（web 会議）資料,

https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672495.pdf, アクセス 2021.10.18
厚生労働省老健局老人保健課（2021）：介護医療院の開設状況について，https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000786506.pdf, アクセス 2021.10.18
小山彰子，横山弥枝.（2021）：特別養護老人ホーム入所高齢者における排便状況の探索的検討，栄養学雑誌，79（3），151-161.
桑田美代子（2010）：療養病棟における看護師の役割　生活を看るプロフェッショナル，病院，69（5），334-337.
Lämås K, Lindholm L, Stenlund H, et al. (2009): Effects of abdominal massage in management of constipation--a randomized controlled trial, Int J Nurs Stud, 46(6),759-767.
Lämås K. (2011): Using massage to ease constipation, Nurs Times,107(4),26-27.
Lämås K, Graneheim UH, Jacobsson C. (2012): Experiences of abdominal massage for constipation, J Clin Nurs., 21(5-6),757-765.
Lene Elisabeth Blekken, Sigrid Nakrem, Kari Hanne Gjeilo, et al. (2015)：Feasibility, acceptability, and adherence of two educational programs for care staff concerning nursing home patients' fecal incontinence: a pilot study preceding a cluster-randomized controlled trial, Implementation Science 10:72.
前田耕太郎 編（2006）：徹底ガイド排便ケア Q&A，総合医学社，東京.
松本勝，大貝和裕，根本鉄，他(2015)：意識障害のある寝たきり高齢者における 24 時間の睡眠評価とバイタルサインズのモニタリング，看護理工学会誌、2(1)、47-53.
McClurg D, Hagen S, Hawkins S, et al. (2011): Abdominal massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: a randomized controlled feasibility study, Mult Scler.,17(2),223-233.
McClurg D, Hagen S, Jamieson K, et al. (2016): Abdominal massage for the alleviation of symptoms of constipation in people with Parkinson's: a randomised controlled pilot study, Age Ageing,45(2),299-303.
中井俊樹，小林忠資（2015）：看護のための教育学，129，医学書院，東京.
National Institute for Health and Clinical Exellence (NHS). (2007): Faecal incontinence: the management of faecal incontinence in adults. Nice Clin Guidel 49 2007. https://www.nice.org.uk/guidance/cg49/resources/guidance-faecal-incontinence-pdf. Accessed 13 jun 2021.
日本老年医学会(2015)：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン，日本老年医学会，東京.
日本消化器病学会関連研究会（2017）：慢性便秘症治療ガイドライン，南江堂，東京．西村かおる（2008）：アセスメントに基づく排便ケア，238，中央法規出版，東京.
音山若穂，矢冨直美（1997）：特別養護老人ホームの利用者中心的介護が介護スタッフのス

トレスに及ぼす影響，社会保障研究，33（1），80-89.
Sakakibara C, Tsukasaki K.（2010）：Fecal properties and associated factors in elderly persons requiring care at a long-term care health facility for the elderly, Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University, 34(1):39-49.
Sakakibara C, Tsukasaki K.（2011）：Intervention to construct a system for defecation care in long-term care health facilities for the elderly. Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University, 35(2):15-27.
Schnelle JF, Kapur K, Alessi C, et al.（2003）：Does an exercise and incontinence intervention save healthcare costs in a nursing home population? , J Am Geriatr Soc. , 51(2),161-168.
Schnelle JF, Simmons SF, Beuscher L, et al. (2009): Prevalence of constipation symptoms in fecally incontinent nursing home residents, J Am Geriatr Soc., 57(4), 647-652.
Schnelle JF, Leung FW, Rao SS, et al. (2010)：A controlled trial of an intervention to improve urinary and fecal incontinence and constipation, J Am Geriatr Soc.,58(8), 1504-1511.
Seinelä L, Sairanen U, Laine T, et al. (2009): Comparison of polyethylene glycol with and without electrolytes in the treatment of constipation in elderly institutionalized patients: a randomized, double-blind, parallel-group study, Drugs Aging, 26(8),703-713.
Shigeta Y, Nakagami G, Sanada H, et al. (2009): Exploring the relationship between skin property and absorbent pad environment. J Clin Nurs 18, 1607-1616.
下野智弘，星野智宏，高橋悠太，他（2020）：Bifidbacterium longum BB536 含有シンバイオティクス食品による高齢者の便秘改善効果　ランダム化非盲検並行群間比較試験，薬理と治療，47（7），1167-1177.
Susan Saga, Anne Guttormsen Vinsnes, Siv Mørkved, et al.（2013）：Prevalence and correlates of fecal incontinence among nursing home residents: a population-based cross-sectional study, BCM Geriatrics,13:87.
Susan Saga, Anne Guttormsen Vinsnes, Siv Mørkved, et al.(2015)：What Characteristics Predispose to Continence in Nursing Home Residents?:A Population-Based Cross-Sectional Study, Neurourology and Urodynamics 34:362-367.
Sturtzel B, Elmadfa I. (2008) : Intervention with dietary fiber to treat constipation and reduce laxative use in residents of nursing homes, Ann Nutr Metab, 52(Suppl 1), 54-56.
陶山啓子，加藤 基子，赤松 公子，他（2006）：介護施設で生活する高齢者の排便障害の実態とその要因，日本老年看護学会誌，10（2），34-40.
高橋平徳（2019）：体験学習の理論と特徴，編集　高橋平徳，内藤知佐子，看護教育実践シリーズ５　体験学習の展開，192，医学書院，東京.
Takaoka M, Igarashi A, Futami A, Yamamoto-Mitani N. (2020)：Management of constipation in long-term care hospitals and its ward manager and organization factors, BMC Nursing,

Jan 16;19:5.
髙岡茉奈美，五十嵐歩，山本則子（2022）：医療療養病棟における看護職による便秘ケアの課題と工夫，日本老年看護学会誌，26（2），63-70.
塚本尚子，野村明美（2007）：組織風土が看護師のストレッサー、バーンアウト、離職意図に与える影響の分析，日本看護研究学会雑誌，30（2），55-64.
Turan N, Ast TA. (2016): The Effect of Abdominal Massage on Constipation and Quality of Life, Gastroenterol Nurs,39(1), 48-59.
山本則子（2016）：長期療養施設におけるケアの質改善に関する質問紙調査報告書.
Yeun Y, Lee J. (2015) : Effect of a double-coated probiotic formulation on functional constipation in the elderly: a randomized, double blind, controlled study, Arch Pharm Res, 38(7), 1345-1350.