

精神科入院患者の排泄セルフケアを低下させる要因と 回復を促す看護介入 — 国内の事例研究報告を対象とした文献レビュー —

岡 京子*

Factors of declining excretion self-care in psychiatric inpatients and nursing interventions to promote recovery : Literature review of case studies in Japan

Kyoko OKA*

抄録

本研究の目的は日本国内の既存の事例研究報告から、精神科入院患者の排泄セルフケアを低下させていた要因、回復を促す看護介入を明らかにし、精神科入院患者に対する排泄ケアの示唆を得ることである。35件の文献検討を行い、《排便機能に関連した要因》《排尿機能に関連した要因》《排泄動作に関連した要因》《アセスメントを困難にさせる要因》《ケアの提供を困難にさせる要因》の5つが排泄セルフケアを低下させる要因として分類され、ケアを提供すること自体が困難にあること、行動制限や慢性便秘症に対する多量の下剤の投与など医療者の行為も排泄セルフケアを低下させる要因となっていることが示された。回復を促す看護介入は7つに分類され、《看護チームの方向性を統一》《排泄の自立に向けた患者との協働関係を構築》《身体的苦痛や不快感の軽減》《排便機能に対するケア》《排尿機能に対するケア》《排泄環境の調整》《患者の支援者・多職種との連携》といったケアが展開されていた。

キーワード：精神科入院患者 排泄セルフケア 看護介入 文献検討

Key words : Psychiatric Inpatients, Recovering Excretion, Nursing Intervention, Literature Review

I. はじめに

排泄の問題は、本人ではなかなか相談しにくく、生命に関わることは少ないことから、医療や介護の場面では加齢変化に伴う仕方がないものと認識されることがある。しかし、失禁の経験があることで羞恥心やにおいが気になり対人関係に消極的になったり、外出や活動を制限するなど（田尻ら、2020）排泄問題が対人関係、社会活動におけるQOLに与える影響は大きい。2016年度の診療報酬改定では「排尿自立指導料」が導入され、2020

年度には「排尿自立加算」「外来排尿自立指導料」へと見直された。介護報酬改定でも2018年から「排せつ支援加算」が導入された。排泄の問題は「仕方がないもの」ではなく、適切な看護・介護ケアにより取り戻すことができるものと評価され、排泄の自立を支援することのできる適切な看護・介護ケアが求められているといえる。

日本の精神科入院患者において、排泄に課題を抱えるものは少なくない。令和3年度の630調査（厚生労働省、2022）では、精神病床の入院患者

*駒沢女子大学 看護学部 看護学科

数の62.4%が1年以上の長期入院患者であり、厚生労働省の平成27年度障害者支援状況等調査研究事業報告書では、1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く）のうち、おむつ等による管理が困難な尿失禁、ないし便失禁のあるものは35.1%であった。この数値を掛け合わせると、精神科入院患者の21.9%がおむつをしていても失敗することがあり、おむつを日常的に使用している患者の割合はもっと高いと推測される。日本では精神科入院患者の排泄の問題について、要因を明らかにした調査研究は見当たらない。Rabinowitz, T. et al. (2011) と Martin, L. et al. (2012) は、カナダの精神科入院患者の実態調査を行い、尿失禁と関連のある要因として、女性、高齢、下痢、認知機能や身体機能の低下、椅子による拘束、入院期間の長さを挙げている。日本の精神科における在院日数は277.0日と世界的にも長期であり（厚生労働省, 2022, 2018）、行動制限の実施率も高い（Newton-Howes, G. et al., 2020）。日本の精神科病院の治療環境が患者の排泄機能にもたらす影響はより大きいと考えられる。

これまで多くの事例研究などで精神科入院患者の排泄ケアに対する看護介入が報告されてきたが、対象となる患者の特徴や、看護介入について、統合し、類型化したものは見当たらなかった。そこで本研究では、既存の事例研究報告から、精神科入院患者でいったんは自立していた排泄セルフケアが何らかの要因で低下し、看護のかかわりによって回復にむかった過程を分析し、精神科入院患者の排泄セルフケアを低下させる要因、回復を促す看護介入を明らかにすることとした。

II. 研究の目的

本研究の目的は既存の事例研究報告から、精神科入院患者の排泄セルフケアを低下させていた要因、回復を促す看護介入を明らかにし、精神科入院患者に対する排泄ケアの示唆を得ることである。

III. 用語の定義

排泄セルフケア:本研究において、排泄とは排尿・

排便を指し、尿意・便意の知覚、移動や衣類の着脱、排泄、後始末といった排泄行動のプロセスすべてに関するセルフケアを「排泄セルフケア」と定義する。

排泄動作:トイレまでの移動、衣類の着脱、便座へ座る、排泄する、排泄物の後始末をし皮膚の清潔を保つといった排泄行為に伴う動作を「排泄動作」と定義する。

以下の「排尿機能」「排便機能」の用語に関しては、日本創傷・オストミー・失禁管理学会の「排泄ケアガイドブック」（2017）に基づき定義する。

排尿機能:膀胱以下の下部尿路の、蓄尿機能・排尿機能を指す。これらの機能が障害された状態が「排尿機能障害」であり、頻尿、尿失禁、排尿困難、尿閉などの症状を呈する。

排便機能:小腸・結腸の消化・吸収機能による便の作成、腸管の運動による便の輸送機能、直腸・肛門機能と腹圧による排出機能を指す。これらの機能が障害された状態が「排便機能障害」であり、便秘や便失禁、排便困難、残便感、頻便、下痢などの症状を呈する。

排泄行動のプロセス:以上から、本研究では排泄行動のプロセスを、①尿意・便意の知覚・訴え、②移動や準備などの排泄動作、③排尿機能・排便機能による排泄、④着衣・後始末・移動などの排泄動作によって構成されるものとする。

IV. 研究方法

1. **研究デザイン:**既存の研究結果を活用した文献調査研究

2. **文献収集方法:**医中誌 Web を用い、2011年～2021年の10年間の国内論文を対象とし検索を行った。検索式は「成人用おむつ and 精神科」「精神科 and 排泄ケア」「精神科 and 失禁」「精神科 and 排尿」「精神科 and 排便」で検索し、絞り込み条件は「看護文献」「原著論文」とした。本研究では既存の文献から「精神科入院患者の排泄セルフケアの回復に向けた看護」を把握するため、対象患者の詳細と看護介入、患者の変化と変化の要因について記述されている事例研究報告を分析

対象文献とした。

3. 文献検討の方法：文献を精読し、研究対象者の特徴をまとめ、患者の排泄セルフケアを低下させていた要因、排泄セルフケアの改善を促す看護介入について抽出し、質的帰納的に分類した。

4. 倫理的配慮：本研究はすでに発表された文献を用いた研究であり、本研究で用いる事例研究報告について、著者の意図を損なわないよう、表現に留意した。

V. 結果

1. 分析対象文献（表1）

2011年～2021年の10年間の文献から検索を行い、132件が抽出された。そのうち、調査研究10件、精神科入院患者対象でないもの、排泄セルフケアの回復に焦点があてられていないもの（行動制限の緩和、皮膚トラブルの改善など）を除外し、65件を抽出した。文献の中には研究デザインが明記されていないものもあったため、論文内容を精読し、研究対象の変化を記述しその要因を考察しているものを事例研究として分類し、35件を本研究

表1 分析対象文献

文献No.	論文タイトル	筆頭著者	発行年
1	患者-看護師間の信頼関係と相互作用 紙パンツ使用歴13年の若年女性患者への排泄ケアを通して	川原	2012
2	「トーク&腹部マッサージ」で気づいた「ケアリングタッチ」 便尿失禁時に易怒的で対応困難となる患者の安心できる空間づくり	東恩納	2012
3	長期間精神薬服用患者に対する生活の質向上に向けた排泄ケア	八田	2012
4	排泄自立行動がもたらす患者変化 高次脳機能障がい者の事例を通して	石川	2013
5	患者の行動変容から学んだ職員の接遇 多飲症患者とのかかわりの中からの学び	神戸	2013
6	退行現象の強い患者への危機介入 トイレトレーニングから始めた育てなおしを試みて	井上	2014
7	最重度精神遅滞で着衣拒否のある患者へ行動療法を用いたケア	兼森	2014
8	放尿・弄便のある認知症患者へのかかわり 排泄と行動制限との苦痛の狭間で	新田	2014
9	段階的な看護介入が効果的であった認知症症状を呈する老年期うつ病の1例	津口	2014
10	下剤の減量とケアにより排便状況が改善した事例を通して	堀内	2015
11	床上排泄から自然排泄獲得への取り組み チームで継続的に関わる排泄ケア	寺田	2015
12	認知症患者の排泄誘導によるADLの変化 長期間おむつを使用している患者2事例を通して	江里口	2015
13	長期隔離中の知的障害を有する患者の看護 行動の減少からの検討	江口	2016
14	不安・緊張により導尿を希望する患者の看護 継続的な看護が及ぼした患者の変化	宮本	2016
15	統合失調症患者への排便コントロール時苦痛緩和へのかかわり	中嶋	2016
16	多飲水患者への看護 患者との協働により自己効力感を高める	足立	2016
17	奇異動作のある患者に対する介入についての事例研究 認知行動的介入により奇異動作が減少した要因の分析	林田	2017
18	カンフォータブルケアを用いた看護から学んだこと	中島	2017
19	巨大結腸症患者の便秘改善の要因を明らかにする 過去3年の診療録から	小谷	2017
20	向精神薬内服による便秘の改善に向けた取り組み 病棟スタッフ間の統一された看護を目指して	竹山	2017
21	排泄ケアの質改善が精神科患者の生活に及ぼす効果	深澤	2017
22	患者の希望を叶える退院支援の実践 ストレングスに着目して	横尾	2018
23	機能的尿失禁の認知症患者への排尿習慣化訓練の効果 トイレでの排泄をめざして	雲田	2018
24	サブイレウス状態を繰り返す拒否の強い統合失調症患者のケア	鯉田	2018
25	精神科救急病棟に入院した統合失調症患者を対象としたセルフケア理論の活用	松尾	2019
26	排便認識が正確でない統合失調症患者への心理教育支援 チェック表を用いた日課による取り組み	三浦	2019
27	高齢患者の望むセルフケアに向けて「できない」から「できる」へのアプローチ	赤嶺	2019
28	破衣行為の著しい認知症患者へのかかわり	桐子	2019
29	せん妄患者の自宅退院を目指した排泄自立に向けたかかわり	石田	2019
30	リハビリスタッフとの連携による退院支援	高谷	2019
31	ストーマを造設している解離性障害患者の看護	妹尾	2019
32	長期不穏状態にある患者への看護 放尿・放便・脱衣行為に対してのアプローチ	仲真	2021
33	不安や恐怖心が強い患者に対する排泄動作の獲得に向けた看護介入	平西	2021
34	長期隔離者の全面開放をめざして スタッフミーティングによる看護者と患者関係の変化	須崎	2021
35	心不全増悪により臥床生活となった認知症患者とのかかわり	濱崎	2021

の分析対象文献とした。分析対象文献の一覧を表1に示す。

2. 過去10年間（2011-2021年）の排泄セルフケアの回復に関する事例研究報告における対象患者の特徴（表2）

分析対象文献には、患者複数名を対象とした文献もあり、文献に示された対象患者は39名であった。対象患者の特徴を表2に示す。

患者の特徴を概観すると、56%（22名）が統合失調症患者であり、20%（8名）が認知症患者であった。年代は30代～60代が56%（22名）、70代以上が38%（15名）であった。排泄の問題では、排便に関連する問題が14件、排尿に関連する問題が7件、排泄動作の問題が22件であり、重複した問題を持つケースもあった。患者の状態としては、

身体拘束、隔離、つなぎ服の着用、車いす安全ベルト、ミトン着用などの行動制限を行っていた患者が10名であった。イレウスの既往のある患者7名はすべて統合失調症患者であった。骨折の既往のある患者は4名であった。事例の介入期間は、記載されていないものもあったが、最短で1か月、最長で5年5か月に及んでいた。1～3か月以内が13件、4～6か月が10件、7～12か月が8件、23か月以上が3件であり、急性期の入院期間である3か月を超え、ケアを提供していた事例が60%以上であった。

3. 患者の排泄セルフケアを低下させていた要因（表3）

対象患者の排泄セルフケアを低下させていた要因を抜き出し、5つのカテゴリーに分類した（表

表2 対象文献に記載されていた対象患者の特徴

診断名	人数	年代							排泄の問題			状態			
		30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	不明	排便	排尿	動作	行動制限	イレウス	多飲水	骨折の既往
統合失調症	22		4	6	5	7			10	5	13	5	7	3	2
認知症	8						4	1	1		5	3			2
精神発達遅滞	2	1			1				1	1		1			
自閉症	1				1						1	1			
うつ病	1						1				1				
解離性障害	1			1											
高次脳機能障害	1			1						1	1				
妄想性障害	1					1					1				
脊髄小脳変性症	1			1					1						
器質性精神障害	1				1				1						
	39	1	4	9	8	11	4	1	14	7	22	10	7	3	4

表3 排泄セルフケアを低下させていた要因

カテゴリー	サブカテゴリー	該当文献番号
排便機能に関連した要因	下剤や洗腸の連用による効果の減弱	3, 10, 11, 15, 19, 20, 21, 24, 26,
	多量の下剤による下痢	10, 15, 19, 21, 24, 26,
排尿機能に関連した要因	多飲水による多尿	5, 13, 16,
	腹圧性尿失禁	13
	排尿困難感	16
	尿意の頻回な訴え	4
排泄動作に関連した要因	強い不安による排尿困難	14
	行動制限による体動の制限	3, 7, 8, 17, 19, 24, 29, 32, 34, 35,
	麻痺や関節の拘縮、疼痛による体動の制限	4, 9, 15, 25, 27, 30, 33,
	失認・失行による放尿・排便	8, 12, 18, 23,
	意欲低下による活動の低下	12, 25, 27,
	着衣の拒否	7, 28, 32,
	退行によるセルフケア全体の低下	6, 13, 31,
	保清への意欲低下・無関心	2, 32,
アセスメントを困難にさせる要因	行動のこだわり	14, 17, 22,
	幻覚妄想による混乱	32
	言語的疎通が困難	6, 7, 13, 15, 17, 28, 29, 32, 34,
ケアの提供を困難にさせる要因	尿意・便意の喪失	10, 20, 33,
	患者が排泄があったことを認識できない	3, 9, 26,
	易怒性・粗暴性	2, 4, 7, 11, 12, 17, 24, 29, 30, 32,
	看護ケアに対する拒否	2, 5, 11, 12, 18, 23,
	患者・看護師関係の悪化	3, 5, 15, 16, 21, 22, 24,
	看護師の感情的巻き込まれ	1, 13, 16, 31,
	患者のリハビリへの意欲低下	1, 9, 33,
	看護師によって排泄ケアに対する必要性や優先順位の認識が異なる	2, 32, 35,
経済的困難によるケア用品の不足	31	

3)。《 》にカテゴリー、〈 〉にサブカテゴリー、対応する表1の文献番号を（ ）内に示す。

《排便機能に関連した要因》

患者の背景として、向精神薬の副作用である便秘が重症化し、イレウスの既往（3, 10, 11, 15, 19, 21, 24）があり、その予防として刺激性下剤の連用や浣腸による処置が行われ、〈下剤や浣腸の連用による効果の減弱〉（3, 10, 11, 15, 19, 20, 21, 24）が、さらに便秘を悪化させる要因となっていた。患者本人の便秘に対する恐怖心から下剤の乱用に至っていたケース（26）もあった。〈多量の下剤による下痢〉（2, 10, 15, 19, 21, 24, 26）が誘発され、夜間の便失禁が睡眠の妨げとなっていることもあった（10, 21）。

《排尿機能に関連した要因》

1日に10Lを超えるような飲水により、1日の尿量が5000～8000mlとなっている（16）ような〈多飲水による多尿〉（5, 13, 16）があった。原因は記載されていなかったが、〈腹圧性尿失禁〉（13）、〈排尿困難感〉（16）、〈尿意の頻回な訴え〉（4）がみられていた。そのほか〈強い不安による排尿困難〉のため導尿をたびたび希望する（14）ケースがあった。

《排泄動作に関連した要因》

身体拘束（17, 19, 24, 29）、隔離（3, 32, 34）、つなぎ服の着用（8）、車いす安全ベルト（7）、ミトン着用（35）などの〈行動制限による体動の制限〉があり、身体拘束時にはおむつを着用する（19）という看護の慣習や保護室内にトイレがない（32）という構造上の問題からトイレの使用が制限されることもあった。〈麻痺や関節の拘縮、疼痛による体動の制限〉（4, 9, 15, 25, 27, 30, 33）といった身体的理由から排泄動作をとることが困難となっていた。一方で身体的問題はないが、〈失認・失行による放尿・放便〉（8, 12, 18, 23）、〈意欲低下による活動の低下〉（12, 25, 27）、〈着衣の拒否〉（7, 28, 32）、〈退行によるセルフケア全体の低下〉（6, 13, 31）、〈保清への意欲低下・無関心〉（2, 32）、〈行動のこだわり〉（17, 22）、〈幻覚妄想による混乱〉（32）

など多彩な精神症状により、排泄動作が困難となっていた。

《アセスメントを困難にさせる要因》

〈言語的な疎通が困難〉（6, 7, 13, 15, 17, 28, 29, 32, 34）であったり、〈尿意・便意の喪失〉（10, 20, 33）、〈患者が排泄があったことを認識できない〉（3, 9, 26）ために排泄状況の正確な把握が困難になっていた。下剤の乱用から水様便となったことで排便と認識できないケースがあった（26）。

《ケアの提供を困難にさせる要因》

患者の〈易怒性・粗暴性〉（2, 4, 7, 11, 12, 17, 24, 29, 30, 32）、〈看護ケアに対する拒否〉（2, 5, 11, 12, 18, 23）、度重なる排泄の失敗（1）や抑うつ感（9）、強い不安（33）による〈リハビリへの意欲低下〉により、ケアの提供が困難となっていた。患者の操作的態度（1）や、本来セルフケアが自立していた患者が退行状態となっていること（13, 31）、多飲水が改善しないこと（16）に対し、看護師が陰性感情を抱く〈看護師の感情的巻き込まれ〉や、不穏行動に注目し、排泄ケアの意識が薄れる（32）など〈看護師によって排泄ケアに対する必要性や優先順位の認識が異なる〉ことから、腹部マッサージやトイレ誘導などの排泄ケアが定着しなかったり（2）、身体症状の悪化を恐れて排尿誘導に消極的（35）になっていた。また、患者に対する看護師の指示的な態度や叱責（5, 22）や多飲水に対し飲水制限を行ったことに対する患者の不満（16）、連日浣腸を実施される苦痛から看護師への被害的言動やケアの拒否（3, 15, 21, 24）があり〈患者・看護師関係の悪化〉へつながっていた。そのほか、〈経済的困窮によるケア用品の不足〉では経済的問題からストマのパウチが購入できず、患者自身でのケアが困難となっていた（31）。

4. 排泄セルフケアの回復を促す看護介入（表4）

対象文献に記載されていた排泄セルフケアの回復を促す看護介入に注目して分析を行った結果、精神科入院患者の排泄セルフケアの回復を促す看護介入は、7つに分類された（表4）。《 》に

カテゴリー、< >にサブカテゴリー、対応する表1の文献番号を（ ）内に示す。

《看護チームの方向性を統一》

チームで看護師の感情を整理し（1）、感情的な巻き込まれによって、看護師個々の提供するケアに差異が生じていること（31）、転倒のリスクを恐れて隔離が長期化している現状（34）、馴れ合い関係から看護師の言葉使いや態度が乱れ患者との関係が悪化していること（5）を振り返り、患者に対する否定的感情がある時は患者と距離を取ることでスタッフの情緒的負担を減らす（31）、といった<看護師の感情をチームで整理しケアへの影響を振り返る>試みがなされていた。看護師に対する勉強会等で知識の普及を図ったり、研修会へ参加するなどの教育的関わりによって、<看護チームで排泄ケアの必要性を共有する>ことをしていた（2, 11, 20）。排泄の自立というケア目標をチームで共有し、介助方法を統一するなど<看護チームの支援の方向性を統一する>事を行っていた（27, 33）。

《排泄の自立に向けた患者との協働関係の構築》

患者と看護チーム間で排泄の自立という目標を共有し、お互いに歩み寄りながら協力して目標達

成に向けて進むことができるよう、以下の8つの看護介入を通し、患者との協働関係を構築していた。

<患者の健康的な部分に着目し関係性を構築する>

思い出話などのたわいない話からストレスを発見したり、楽しみを共有する事で患者の健康的な部分に注目していた（13, 18, 22）。また、患者が排泄を自立したいという希望と、セルフケアが低下してしまったストレスや、自立へのあきらめの気持ちがあるといった患者の持つ両価的な思いに配慮しながら（1, 29）患者との関係性を構築していた。

<問題行動の背景を踏まえ行動を無理に修正したり否定しない>

排泄に関連した問題行動として、放尿やおむつ破り、衝動行為があるケースでは、問題行動が起こりやすい時間や状況、背景をアセスメントし、言葉にできない行動の意味を探る（7, 12, 13, 17, 18, 28）ように関わっていた。そのうえで、拒否に対して説得をしない、本人の徘徊につき添う、退行状態からオムツの排泄となっていることを否定しないなど患者の表現をうけとめ、行動を

表4 排泄セルフケアの回復を促す看護介入（数字は該当文献番号を示す）

カテゴリー	サブカテゴリー	該当文献番号
看護チームの方向性を統一	看護師の感情をチームで整理しケアへの影響を振り返る	1, 5, 31, 34,
	看護チームで排泄ケアの必要性を共有する	2, 11, 20,
	排泄ケアの看護モデルを提示する	20
	看護チームの支援の方向性を統一する	27, 33,
排泄の自立に向けた患者との協働関係の構築	患者の健康的な部分に着目し関係性を構築する	1, 13, 18, 22, 29
	問題行動の背景を踏まえ行動を無理に修正したり否定しない	5, 6, 7, 12, 13, 17, 18, 25, 28, 32, 33, 34
	問題行動にとらわれず自己決定を促し生活全体を整える	4, 5, 7, 15, 19, 21, 28,
	患者の希望を尊重した目標を共有し意欲を引き出す	1, 16, 22, 27, 29, 30, 33,
	患者と課題・ケアの意義を共有しケアの参加を促す	6, 14, 15, 16,
	ケアの負担を考慮し継続できるケア方法を患者と共有する	2, 6, 27, 31, 35,
	患者とケアの結果・できた喜びを共有する	8, 14, 23, 25, 33,
身体的苦痛や不快感の軽減	排泄ケア以外でも成功体験を積むことで患者の自信や自己効力感を高める	16, 22, 27, 33,
	身体的な苦痛や不調の軽減を図る	9, 25, 28, 35
	患者の抵抗が少ない快刺激となるケアを取り入れる	2, 3, 9, 10, 11,
排便機能に対するケア	患者の苦痛となっている医療行為の必要性を見直す	10, 24, 32,
	排便日誌などを活用し排便状況のアセスメントを行う	10, 11,
	患者が表現する排便量・性状と現実に差異がないか確認する	17,26
	便性状に合わせて下剤や食事を調整し自然排便を促す	8, 10, 18, 19, 21, 24, 26, 28, 31,
排尿機能に対するケア	排便習慣を作る	20, 32,
	腸内環境の改善を促し便性状のコントロールを行う	3, 10, 15, 21,
	排尿日誌などを活用し排尿パターンのアセスメントを行う	8, 23,
排泄環境の調整	排尿パターンや患者の活動状況に合わせて根気強くトイレ誘導を行う	4, 7, 11, 12, 15, 23, 28, 34,
	患者が自分で排泄できるよう環境を調整する	8, 19, 29, 32, 33,
患者の支援者・多職種との連携	失禁の状態に合わせてケア用品を検討する	4
	家族や支援者と介護負担を共有する	18, 30,
	家族や支援者と患者の回復を共有する	30, 33,
	多職種と連携し幅広い支援を行う	27, 30, 31, 33,

無理に修正したりすることはせず、安心感を与えていた(5, 6, 13, 17, 25, 28, 32, 33, 34)。

＜問題行動にとらわれず自己決定を促し生活全体を整える＞

患者の拒否や易怒的な自己表現に対し、看護師がとらわれずに患者の自己決定を促したり(4)、着衣の拒否がある患者に対し好きな服を自分で選んでもらう(7)など、些細なことでも患者の自己決定の機会を奪わない介入がされていた。多飲水のある患者に対しては、飲水以外の気分転換活動を積極的に取り入れ、飲水行動に固執しないよう関わっていた(5)。また、作業療法の参加や運動の促しなど日中の離床を促し、活動量を確保することで、夜間の睡眠が十分に取れるよう促す(4, 15, 19, 21, 28)、など活動と休息のバランスを整えたり、排泄に関する問題行動が生活の中心にならないように、患者が問題行動にとらわれずに生活が整うよう促していた。

＜患者の希望を尊重した目標を共有し意欲を引き出す＞

患者の希望を尊重し、退院目標を設定し共有したり(1, 16, 22, 27, 30)、多飲水のある患者に対して飲水制限を一方的に行うのではなく、安全に水を飲めるという目標を共有し(16)患者の意欲を引き出していた。

＜患者と課題・ケアの意義を共有しケアの参加を促す＞

退行した患者に対し、優しい口調でトイレで排泄する快適性を繰り返し伝えたり(6)、運動に拒否的な患者に対し励ましながらケアの意味を説明していったり(15)、多飲水や不安への誤った対処が課題であることを共有する(14, 16)など、看護師が一方的にケアを行う関係ではなく、患者のケアの参加を促していた。

＜ケアの負担を考慮し継続できるケア方法を患者と共有する＞

患者のできることとできないことをアセスメントし、ケアの方法を統一、提供時間などを患者と相談しながら具体的に設定し、約束事を共有することで、患者の混乱を少なくし、患者看護師の互

いの負担を軽減していた(2, 6, 27, 31, 35)。

＜患者とケアの結果・できた喜びを共有する＞

強い不安感から導尿を希望する患者に対し、不安に対する対処法を教育的に実践するだけでなく、導尿以外の方法でも不安が軽減したことを患者と共に振り返ったり(14)、トイレでの排泄ができた際に患者とともに喜ぶ(8, 23, 25, 33)ことで、患者の自信となっていた(25)。

＜排泄ケア以外でも成功体験を積むことで患者の自信や自己効力感を高める＞

排泄に限らず、食事の際に口元を自分で拭くなどの小さな目標を立てたり(27)、できることを見つけ達成していくことで患者の自信を引き出し、自己効力感を高めることへつながっていた(16, 22, 27, 33)。

＜身体的苦痛や不快感の軽減＞

言語的疎通が困難であったり、身体状況を妄想的に解釈してしまい、正確に表現できないケースでは、身体的苦痛や不快感は時にケアに対する拒否や問題行動として表現されたり、精神症状の悪化を招いていた。そこで、患者の身体状況をアセスメントし、腰痛の緩和につとめたり、下剤の調整により腹痛を軽減する、などの＜身体的な苦痛や不調の軽減を図る＞介入を行っていた(9, 25, 28, 35)。ケアの手法として、温罨法やマッサージ、フットケアなどの快刺激を与えるケアを積極的に取り入れ、腸内環境の改善を目的とした間食も患者の嗜好を取り入れたものにするなど＜患者の抵抗が少ない快刺激となるケアを取り入れる＞工夫をしていた(2, 3, 9, 10, 11)。＜患者の苦痛となっている医療行為の必要性を見直す＞では、刺激性下剤や浣腸の定期実施指示、長期にわたる行動制限など、患者の苦痛となり二次的な精神症状の悪化を招くような医療行為については、必要性の是非を検討することで、患者の苦痛を軽減し、自力での排泄動作を可能にしていた(10, 24, 32)。

＜排便機能に対するケア＞

対象患者は慢性の便秘がすでに存在しており、イレウスの予防のため下剤や浣腸を連用し、下痢

が誘発され、失禁の要因となっていた。看護チームで排便状況の共有ができるよう<排便日誌などを活用し排便状況のアセスメントを行う> (10, 11) が行われ、患者の表現があいまいであったり、表現が独特である患者に対してはトイレに付き添い<患者が表現する排便量・性状と現実に差異がないか確認する>介入を行っていた(17, 26)。<便性状に合わせて下剤や食事を調整し自然排便を促す>では、ブリストルスケールなどを用い、排便状況を把握し、便の性状に合わせて下剤の量を調整したり (8, 10, 18, 19, 21, 24, 26, 28)、浣腸の使用を中止し、座薬や内服の下剤で排便を促す事で自然排便に近づけていた (10, 24)。<排便習慣を作る>では、朝の冷水の摂取、定期的なトイレ誘導、腹部マッサージや運動などのケアをスケジュールに取り入れ、排便習慣を作っていた (20, 32)。<腸内環境の改善を促し便性状のコントロールを行う>では、患者の嗜好を取り入れながら、乳酸菌飲料やヨーグルト、食物繊維入りのゼリー、オリゴ糖を間食に取り入れ、腸内環境の改善を促すことで、便性状が有形便に近づくという変化があった (3, 10, 15, 21)。

《排尿機能に対するケア》

排尿チェックシート、排尿日誌などを活用し、チームで共有することで<排尿日誌などを活用し排尿パターンのアセスメントを行う>介入があった (8, 23)。把握した排泄パターンに合わせて、<排泄パターンや患者の活動状況に合わせて根気強くトイレ誘導を行う> (4, 7, 11, 23, 34) 介入を実施していた。疎通が困難な患者に対しても、弄便が起りやすい時間の前にトイレ誘導をしたり、立ち上がりのタイミングに合わせてトイレ誘導を行う (12, 15, 28) など、抵抗があってもタイミングを見計らいながらスタッフがあきらめずに根気強くトイレ誘導を行っていた (12)。

《排泄環境の調整》

<患者が自分で排泄できるよう環境を調整する>では、自宅のトイレの環境に近づけたり (33)、認知症のある患者に対しトイレ誘導の道順を統一することで混乱を防いだり (8)、患者の身体の

動きに合わせてトイレまで伝い歩行ができるよう環境を整える (29) 介入があった。また、ポータブルトイレのバケツ部分だけを取り出し排泄するという患者の排泄行動に合わせた援助を行ったり (32)、行動制限を緩和することで自力でトイレに行けるようになり、排泄が自立した (19) ケースがあった。

<失禁の状態に合わせ、ケア用品を検討する>では、漫然とりハビリパンツを使用するのではなく、失禁の改善に合わせて布パンツへ切り替え、自立へとつながっていた (4)。

《患者の支援者・多職種との連携》

<家族や支援者の介護負担を共有する>では、患者の主な介護者となる家族の苦労をねぎらい、介護負担の度合いを共有することで関係性を構築していた (18, 30)。退院前の患者の状態から自宅退院に抵抗があった家族やヘルパーに対し、排泄状況を共有したり、ケア方法を共有するなど<家族や支援者と患者の回復を共有する> (30, 33) ことで退院後の不安の軽減につながっていた。

<多職種と連携し幅広い支援を行う>では、関節の拘縮があったり、麻痺による体動の制限のある患者に対し、理学療法士と連携し排泄動作のアセスメントと積極的なリハビリを行ったり (30, 33)、意欲の低下がある患者に対し、作業療法士と連携し体操を取り入れるかかわりがあった (27)。また、経済的困窮からケア用品が不足している患者に対し、精神保健福祉士と連携し、経済的問題支援を行っていた (31)。

VI. 考察

1. 精神科入院患者の排泄セルフケアを低下させている要因

患者の不足するセルフケアを補うために看護師はケアを行うが、患者の易怒性やケアの拒否、意欲低下、言語的疎通困難、といった精神症状は、《ケアの提供を困難にさせる要因》となり、<看護師の感情的巻き込まれ><患者・看護師関係の悪化>につながり、さらにケアの提供を困難にさせていることが考えられた。また、<言語的疎通

が困難>であったり、<患者が排泄があったことを認識できない>という患者の特性は、尿意・便意の把握、排泄パターンの《アセスメントを困難にさせる要因》となっていた。このように本研究の対象事例において、排泄ケアを実施する前提となる段階で困難要因が存在していることが明らかになった。

本研究の対象事例において、排泄のプロセスの中で特に問題となっていたのは《排泄動作に関連した要因》であった。多彩な精神症状により排泄動作を取ることが難しいだけでなく、<行動制限による体動の制限>が排泄セルフケアを低下させる要因となっていたことが明らかになった。

また、患者の背景にあるイレウスに至るような慢性便秘症があり、対策として下剤の大量投与が行われていたことがさらに患者の排泄セルフケアを低下させていたことが示された。

2. 精神科入院患者の排泄セルフケアの改善を促す看護介入の関連性の検討 (図1)

本研究で示された看護介入の関連を図1に示す。まず、《看護チームの方向性を統一》することで、ケアを提供するためのチーム作りを行っていた。排泄ケアは看護師からの一方的な支援ではなく《排泄の自立に向けた患者との協働関係の構築》を前提とし、その関係性の中で長期に渡るケアを継続的に展開していた。具体的な介入方法として、《身体的苦痛や不快の軽減》を優先的に行いながら、《排便機能に対するケア》《排尿機能に対するケア》《排泄環境の調整》《患者の支援者・多職種との連携》

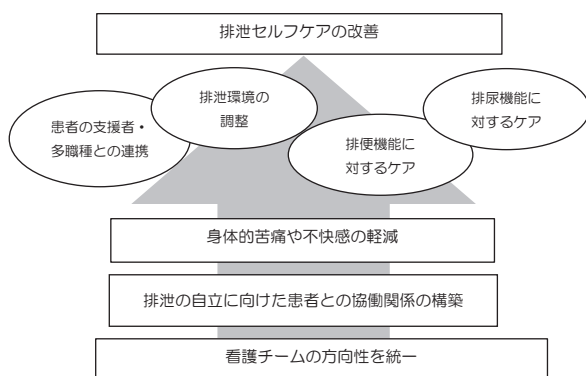


図1. 排泄セルフケアの回復を促す看護介入の関連を示す概念図

多職種との連携》が行われ、排泄セルフケアの改善へとつながっていた。

3. 看護師の感情をチームで整理する重要性

本研究の対象事例では、介入期間が3か月以上であったケースが60%以上(39例中21例)であった。介入期間が長期にわたると患者の状態や、意欲、関係性も変化していく。本研究で困難要因として<易怒性・粗暴性>があったが、排泄ケアの場面は看護師に対する暴力や、転倒も起こりやすい。排泄ケアは看護師の個々の知識だけでなく、排泄に対する看護観、価値観が投影されやすく、<看護師によって排泄ケアに対する必要性や優先順位の違いが異なる>ようにチームの方針が揺らぎやすい。本研究で示された《看護チームの方向性を統一》していく介入は、ケアを提供していく中で継続的に実施されるべき重要な方策である。それぞれの看護師が持つ患者に対する否定的感情も含めて率直に共有し、整理する場を積極的に作っていくことが必要であると考えられる。

4. 患者と協働関係を構築する重要性

本研究の対象患者は排泄のみならず精神症状によりセルフケア全般の課題を多く抱え、ケアを提供することも困難であった。看護師は、それらの問題に注目するのではなく、精神科看護の専門性を発揮し、<患者の健康的な部分に注目し関係性を構築する><問題行動の背景を踏まえ行動を無理に修正したり否定しない>といった介入が行われ、<患者の希望を尊重した目標を共有し意欲を引き出す><患者と課題・ケアの意義を共有しケアの参加を促す><ケアの負担を考慮し継続できるケア方法を患者と共有する>という、看護師の一方的なケアではなく患者とともにケアに取り組む患者との協働関係の中でケアが展開されていた。このような否定されることのない安全な関係性の中で、生活全体を整える介入が展開されていたからこそ、患者の排泄セルフケアの回復へとつながっていたと考える。

5. 排泄ケアにおける精神科特有の課題

本研究では7例にイレウスの既往があり、下剤や浣腸の連用が9例あった。便失禁の問題は、本

人にとって苦痛が大きいだけでなく、精神科入院患者の慢性便秘は看護スタッフの業務に著しく負担がかかっている（西尾，2008）と指摘されており、本研究でも便秘に対するケアに臨床の看護師は困難さを感じていることが伺えた。そのため、排便ケアについては臨床の看護師の興味・関心は高いことが想像され、本研究でも排便日誌を用いたり、精神科疾患を持つ患者の認識に合わせたアセスメントを行うことや、排便回数だけでなく排便量・性状を把握し、多用されがちな下剤や浣腸を減量・中止することで排便しやすい性状に近づけること、薬剤に頼らず、腸内環境の改善を促すことで自然排便に近づける、など精神科入院患者の特性に合わせた多彩なケアが展開されていた。看護師は、排便の有無だけに注目するのではなく、排便の質に目を向けているといえる。「統合失調症薬物治療ガイドライン2022」では、抗精神病薬による便秘症は高頻度で重症である可能性があるにも関わらず、他の副作用や一般的な便秘症に比して国内外ともに明らかにエビデンスが明らかに不足していると指摘している。精神科入院患者に対し、すでに臨床で展開されている様々な排便ケアを、今後エビデンスとして蓄積していくことが必要である。

一方で、排尿機能に関しては**多飲水による多尿**＜強い不安による**排尿困難**＞の他は詳細な記載がなく、介入のバリエーションも少なかった。多飲水症状のある患者に限らず、精神疾患患者の残尿量が正常より上回っていること（石橋ら，2011）、残尿量と抗精神病薬のCP換算量に相関関係があったこと（國芳ら，2012）などの報告もあり、抗精神病薬による排尿機能そのものへの影響は少なくないと考える。

また、身体拘束を実施する際におむつを着用するという慣習からトイレの使用が制限されていたり、下剤の乱用により便失禁が誘発されるなどの要因は看護の力で改善していくことが可能である。入院中の治療や看護がきっかけとなりその後の患者のQOLを低下させるようなことがないように、排泄セルフケアの低下を防ぐ予防的な介入方法を

検討していくことは看護の重要な課題として示唆された。

Ⅶ. 結論

過去10年間、35件の日本国内の事例研究報告において、精神科入院患者の排泄セルフケアを低下させていた要因は**《排便機能に関連した要因》**《**排尿機能に関連した要因**》《**排泄動作に関連した要因**》《**アセスメントを困難にさせる要因**》《**ケアの提供を困難にさせる要因**》の5つに分類され、ケアを提供すること自体が困難にあること、行動制限や慢性便秘症に対する多量の下剤投与など医療者の行為も排泄セルフケアを低下させる要因となっていたことが示された。

精神科入院患者の排泄セルフケアの改善を促す看護介入は7つに分類され、**《看護チームの方向性を統一》**をすることでチーム作りを行い、**《排泄の自立に向けた患者との協働関係を構築》**し、その関係性の中で**《身体的苦痛や不快感の軽減》**《**排便機能に対するケア**》《**排尿障害に対するケア**》《**排泄環境の調整**》《**患者の支援者・多職種との連携**》が展開されていた。

Ⅶ. 謝辞

本研究は「文部科学省科学研究費助成事業（2021年度～2023年度）基盤C」の助成を受けて実施した（研究代表者：岡京子、研究課題名；精神科病院におけるおむつ使用状況の実態調査と排泄アセスメントツールの開発，課題番号；21K10810）

引用文献

- 石橋照子，藤井明美，福島素美，他（2011）：精神科病院入院患者における身体合併症発症のハイリスク群のスクリーニング，島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要，6，13-21.
- 一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会（2017）：排泄ケアガイドブック—コンチネンスケアの充実にめざして，10-20，21-28，東京：照林社.

- 厚生労働省 (2016) : 平成27年度障害者支援状況等調査研究事業報告書, 精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に関する実態調査, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000130379.pdf>
- 厚生労働省 (2018) : 第1回精神保健福祉士の養成のあり方に関する検討会資料「最近の精神保健医療福祉施策の動向について」平成30年12月18日資料2, <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf>
- 厚生労働省 (2022) : 令和2年病院報告, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/20/dl/03byouin02.pdf>
- 厚生労働省 (2022) : 令和3年度630調査, <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>
- 國芳浩平, 内村直尚 (2012) : 向精神薬による排尿障害の検討, 精神医学, 54 (7), 721-726.
- Martin L, Rabinowitz T, Montague P. (2012) : Urinary incontinence in inpatient psychiatry : prevalence, change and relationship to length of stay, Journal of Clinical nursing, 21, 2219-2227.
- Newton-Howes,G., Savage,M.K., Arnold,R., Hasegawa,T., Staggs,V., Kisley,S. (2020) : The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries : an international epidemiological study, Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29.
- 日本神経精神薬理学会, 日本臨床精神神経薬理学会 (2022) : 統合失調症薬物治療ガイドライン2022, 90-91, 東京 : 医学書院.
- 西尾彰泰, 植木啓文 (2008) : 精神科患者における慢性便秘の治療, 精神科治療学, 23 (10) ,1271-1278.
- Rabinowitz, T. , Martin, L. , Montague, P. (2011) : Prevalence and Correlates of Urinary Incontinence in a Large Cohort of Psychiatric Inpatients, Psychiatric Services, 62 (1), 97-100.
- 田尻后子, 霍明, 曾我部美恵子, 他 (2020) : 中高年女性において尿失禁が日常生活のQOLに与える影響, 理学療法科学, 35 (3), 315-319.

