

直腸性便秘に対する看護実践の介護保険施設間の比較

Comparison of nursing practice for rectal constipation among long-term care insurance facilities

ないとうともよし¹⁾ くらたさだみ²⁾ まきのくみこ²⁾³⁾ なかわらみえこ⁴⁾ おかだえいさく⁴⁾ おじましゆき⁴⁾
内藤智義¹⁾ 倉田貞美²⁾ 牧野公美子²⁾³⁾ 中村美詠子⁴⁾ 岡田栄作⁴⁾ 尾島俊之⁴⁾

- 1) 浜松医科大学 臨床看護学講座
- 2) 元浜松医科大学 臨床看護学講座
- 3) 桜美林大学 老年学総合研究所
- 4) 浜松医科大学 健康社会医学講座

(連絡先)

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山 1-20-1 浜松医科大学臨床看護学講座 内藤智義

Key words: 直腸性便秘 介護保険施設 看護実践

抄録

背景・目的 介護保険施設における直腸性便秘に対する看護実践の現状はほとんど明らかにされていない。本研究の目的は、介護保険施設における直腸性便秘に対する看護実践の現状を明確にし、3種類の施設間の看護実践を比較することで、その特徴や課題について検討することである。

方法 静岡県の介護保険施設（特別養護老人ホーム：特養、介護老人保健施設：老健、介護療養型施設：療養型）に勤務する看護師 753 名を対象に、郵送法による自記式質問紙調査を行った。回収された調査票は 336 名（回収率 44.6%）で、全て分析対象とした。調査項目「直腸性便秘に対する看護実践」は、観察、分析、実施、評価に関する 29 項目であった。直腸性便秘の看護実践について 3種類の施設間に差があるかを χ^2 検定で比較した。

結果 特養では、〈観察・把握〉の項目にある「排泄された便を観察する」「直腸内や肛門内に便が残留しているか観察する」の実践割合が、他施設と比較して相対的に低く有意差を示した。老健では、〈実施〉の項目にある「オムツでの排泄ではなく、トイレやポータブルトイレでの排便を促す」「便意を感じた時に、優先してすぐに排便できる状況にする」「対象に合った排便パターンから、排便誘導を促す」の実践割合が、他施設と比較して相対的に高く有意差を示した。療養型では、「医師から処方された下剤を内服してもらう」「浣腸を実施する」「摘便を実施する」の実践が 8~9 割と高く他施設と比較して有意差を示した。

考察 3種類の施設間の比較により、直腸性便秘に対する看護実践には差が認められた。その要因としては、入所者の平均要介護度や職種の人員配置基準が異なることが考えられた。この結果からは、各施設の種別に応じて直腸性便秘に対する看護実践を促進する必要性について示唆された。

I. 背景・目的

生活の場である介護保険施設(特別養護老人ホーム; 特養、介護老人保健施設; 老健、介護療養型医療施設; 療養型)においては、その人らしい生活の継続が重要な課題となるが、とりわけ基本的欲求のひとつである排泄は、心身の健康を維持する重要不可欠な生命活動である。しかし、高齢者は様々な要因によって便秘になる。腸は加齢によって解剖学的な変化(結腸の収縮の協調性損失のもとになる憩室の発生など)や、病態生理学的な変化(筋の収縮性低下や神経感受性の消失など)が起り、排便を困難にさせる¹⁾。また、活動量や食事摂取量の減少、あるいは便意を催してもすぐにトイレに行かないといった行動パターンも便秘のハイリスクとなる。施設入所している高齢者の排便状況の実態調査では、6~8割が下剤を内服しており^{2, 3, 4)}、便秘症状を有する高齢者が多いことが示唆されている。便秘は未治療または適切に治療しないと、多量の硬い便が長期停滞することにより、潰瘍や穿孔など生命に危険を及ぼす合併症が生じる。以上のように、高齢者の便秘の要因は複雑に関連しているが、日常生活のなかで頻発しているため健康管理を担う看護師の役割は非常に重要である。

高齢者の便秘には、大腸の輸送能の低下が主な原因の弛緩性便秘と、便意を抑制し続け直腸の感受性が低下して排便反射が消失することが原因の直腸性便秘があり、その両方が合併したタイプが多いのが特徴である^{5, 6, 7)}。これまでの便秘ケアに関する研究では、食物繊維の摂取^{8, 9)}、運動¹⁰⁾、温罨法¹¹⁾、腹部マッサージ¹²⁾など腸管運動を促進することで弛緩性便秘への有効性を明らかにした研究が多いが、便意の抑制等に関与する直腸性便秘に焦点をあてた研究は少ない。高齢者の便秘に対するケアに際しては、腸蠕動を高めるケアだけでなく、便意を訴えたらすぐにトイレ介助することや排便反射を活用してトイレ誘導を習慣づけること、腹圧や重力を最大限に活用する座位の姿勢を取ることなど¹³⁾直腸性便秘に対応したケア

を取り入れていくことが重要となる。しかし、介護保険施設における直腸性便秘に対する看護実践の現状はほとんど明らかにされていない。

そこで本研究は、介護保険施設における直腸性便秘に対する看護実践の現状を明確にし、3種類の施設間の看護実践を比較することで、その特徴や課題について検討することを目的とした。

II. 方法

1. 調査対象者

独立行政法人福祉医療機構「WAM NET の介護事業者情報」で2011年4月時点で検索された静岡県内の介護老人福祉施設187ヶ所、介護老人保健施設100ヶ所、介護療養型医療施設36ヶ所、合計323施設のうち、調査研究に協力が得られた施設に勤務する看護師336名。

2. 調査方法

介護保険施設323ヶ所の施設長に対して研究の趣旨について説明を記入した研究依頼書と研究計画書、協力確認及び看護師数を把握するための返信用ハガキを郵送し、研究の協力を求めた。返信用ハガキにより研究協力の確認後、各施設の看護師人数分の協力者用依頼文や返信用封筒とともに質問紙を各施設に発送し、各施設長及び看護管理者から調査対象者に配布してもらった。同意のある調査対象者には、回答した質問紙を個々の回答者が直接返信用封筒に入れポストに投函してもらい、郵送法にて回収した。調査実施期間は2011年6月~7月。

3. 調査項目

調査項目は、対象者の基本属性、直腸性便秘に対する看護実践とした。対象者の基本属性は、性別、年齢、看護師経験年数、勤務する介護保険施設の種別、施設経験年数、雇用形態を尋ねた。

直腸性便秘に対する看護実践の調査項目は、次の過程を経て独自に作成した。①便秘の看護介入に関わる書籍・文献など^{14, 15, 16)}に記載されている排便管理、便秘管理、糞便埋伏管理などから直腸性便秘に対応する項目をリストアップした。②看

護過程に基づき観察・把握、分析(アセスメント)、実施、評価に関する項目に分け、重複する内容を整理した。③筆頭著者以外のエキスパートパネル3名(第2、第3著者及び老年看護学領域の大学教員1名)と共に直腸性便秘の主原因となる便意の抑制・消失に対応した項目を採択した。④介護保険施設に勤務する看護師2名プレテストを行い、項目の表現を修正した。以上より最終的に29項目からなる直腸性便秘の看護実践の調査項目を作成した。回答形式は「1:全く行っていない」「2:あまり行っていない」「3:どちらともいえない」「4:時々行っている」「5:常に行っている」の5件法とし、便意の抑制によって排便反射が起こらず、常習的に刺激性下剤・浣腸の使用している直腸性便秘が疑われる事例(表1)を読んで普段から実践している看護について回答を求めた。次に「4:時々行っている」「5:常に行っている」と回答した者を直腸性便秘に対する実践をしているとして割合を算出した。

4. 分析方法

統計処理には、SPSS statistics 23を使用し、3種類の施設間の割合の比較は χ^2 検定、3種類の

施設間の平均値の比較は一元配置分散分析を行い、 $p < 0.05$ を統計的に有意とした。

5. 倫理的配慮

本研究は浜松医科大学「医の倫理委員会」の承認を得て行った(承認番号22-184)。研究協力者には協力依頼文を用いて、研究目的、研究協力の自由、研究結果の公表方法、協力しなくても不利益が生じないこと、個人情報保護されることを説明した。回答後の質問紙は同封した返信用封筒にて個々に直接研究者に返送してもらい、回答内容が他者に漏れないようにした。回答後の質問紙の返送をもって同意を得られたものとみなした。

Ⅲ. 結果

本研究は323施設に調査協力依頼し、特養43施設、老健24施設、療養型7施設の合計74施設から協力が得られた。調査票は74施設に勤務する看護師753名に配布し、特養151名、老健119名、療養型66名の合計336名(回収率44.6%)より回答を得た。

1. 対象者の属性

対象者の基本属性を表2に示す。対象者全体の大部分は女性(96.7%)であり、平均年齢は46.6

表1. 直腸性便秘の事例

Aさん(85歳女性)は介護保険施設に入所しているアルツハイマー型認知症の方です。会話は、簡単な内容は自分の意思を伝えることができ、相手の話も理解できています。日常生活行動は、屋内の生活はおおむね自立していますが、認知症のため部分的に介助が必要です。便意はあるが不明確なことが多いです。遠慮がちな性格で、スタッフにトイレ介助を頼むのを気につけ、便意を我慢しているようです。時折、失禁がみられるためオムツを使用しています。

もともと便秘傾向で緩下剤(マグラックス)を毎日内服しており、排便が3日ない時は刺激性下剤(ラキソベロン)を頓服で内服しています。本日も3日前に硬便を排出後は下剤を内服しても排便がなく、トイレ内で「きばっても便がでへん。浣腸をして下さい」と訴えています。浣腸を常用している入所者です。

表2. 対象者の基本属性

		全体 n=336	特養 n=151	老健 n=119	療養型 n=66	P値
性別	男性	11 (3.3)	3 (2.0)	5 (4.2)	3 (4.5)	0.688
	女性	325 (96.7)	148 (98.0)	114 (95.8)	63 (95.5)	
年齢		46.6±10.1	47.3±10	46.8±9.6	44.1±10	0.099
看護師経験年数		19.8±9.6	20±9.2	20.2±10	18.8±10	0.455
施設経験年数		6.3±5.1	6.3±4.9	5.9±4.4	7.2±6.2	0.028
雇用形態	常勤	256 (76.4)	113 (75.0)	86 (72.3)	57 (86.4)	0.190
	非常勤	68 (20.3)	31 (21.0)	30 (25.2)	7 (10.6)	
	その他	11 (3.3)	6 (4.0)	3 (2.5)	2 (3.0)	

表中の表記は、Mean±SD、またはn(%)で示した。

3種類の施設間の割合の比較はカイ2乗検定、3種類の施設間の平均値の比較は一元配置分散分析を使用した。

±10.1歳 (Mean±SD), 看護師平均経験年数は19.8±9.6年、介護施設の平均就業年数は6.3±5.1年であった。雇用形態は常勤が256人(76.4%)と大半を占め、非常勤68人(20.3%)、その他11人(3.3%)であった。また、これらの各項目の割合及び平均には3種類の施設間に有意差を認めな

った。

2. 直腸性便秘の看護実践に関する介護保険施設間の比較

直腸性便秘に対する看護実践をしている割合と3種類の施設間の割合を比較したカイ2乗検定の結果を表3に示す。全体で直腸性便秘に対する

表3. 直腸性便秘の看護実践に関する介護保険施設間の比較

	全体 n=331	特養 n=146	老健 n=118	療養型 n=65	P値
〈観察・把握〉					
1. 排泄された便を観察する	285 (86.4%)	108 (74.5%)	113 (95.8%)	64 (97.0%)	<0.001
2. 便意の有無を把握する	263 (80.5%)	107 (74.9%)	100 (84.8%)	56 (86.1%)	0.059
3. 排便時の怒責の程度を把握する	191 (58.1%)	76 (52.4%)	85 (72.0%)	30 (46.9%)	<0.001
4. 排便痛の有無を把握する	187 (57.4%)	75 (52.1%)	76 (64.4%)	36 (57.1%)	0.133
5. 対象の排便パターンを把握する	277 (83.9%)	116 (79.5%)	103 (87.3%)	58 (89.2%)	0.103
6. 対象の認知機能や性格を把握する	288 (87.0%)	124 (85.0%)	112 (94.9%)	52 (80.0%)	0.006
7. 直腸内や肛門内に便が残留しているか観察する	236 (71.1%)	88 (60.2%)	95 (80.5%)	53 (80.3%)	<0.001
〈分析〉					
8. 便秘のタイプについてアセスメントする	155 (47.2%)	66 (45.8%)	57 (48.7%)	32 (49.2%)	0.857
9. 便意の抑制・消失についてアセスメントする	123 (37.8%)	48 (32.9%)	56 (47.9%)	19 (30.2%)	0.017
10. 痔疾患についてアセスメントする	197 (59.8%)	90 (60.7%)	68 (57.6%)	39 (60.0%)	0.803
11. 下剤の使用頻度についてアセスメントする	255 (77.5%)	109 (74.7%)	90 (76.9%)	56 (86.1%)	0.173
12. 対象が気兼ねなく排便援助を頼める環境かをアセスメントする(介助者の態度や声かけ)	186 (56.5%)	71 (48.6%)	71 (60.2%)	44 (67.7%)	0.022
13. トイレにて排便動作が可能かをアセスメントする	240 (73.0%)	93 (64.1%)	95 (80.5%)	52 (80.0%)	0.005
14. 排便時に腹圧を十分にかけることが出来るかをアセスメントする	221 (66.9%)	87 (59.6%)	94 (79.7%)	40 (62.6%)	0.002
15. 便意や排便反射を考慮した排便誘導のタイミングについてアセスメントする	157 (47.6%)	58 (39.7%)	67 (56.8%)	32 (50.0%)	0.021
〈実施〉					
16. 水分摂取量が増えるように促す	295 (90.0%)	130 (89.1%)	107 (90.7%)	58 (90.6%)	0.889
17. 運動量が増えるように促す	158 (48.2%)	76 (52.0%)	60 (50.9%)	22 (34.4%)	0.047
18. 医師から処方された下剤を内服してもらう	303 (92.1%)	140 (95.9%)	103 (87.3%)	60 (92.3%)	0.034
19. 浣腸を実施する	206 (63.1%)	84 (57.5%)	67 (57.3%)	55 (84.6%)	<0.001
20. 摘便を実施する	245 (74.6%)	103 (70.6%)	85 (72.6%)	57 (87.7%)	0.026
21. オムツでの排泄ではなく、トイレやポータブルトイレでの排便を促す	245 (74.8%)	100 (68.5%)	98 (83.0%)	47 (73.4%)	0.024
22. 便意を感じた時に、優先してすぐに排便できる状況にする	214 (65.2%)	77 (52.7%)	91 (77.1%)	46 (71.9%)	<0.001
23. 対象に合った排便パターンから、排便誘導を促す	177 (53.8%)	72 (49.7%)	74 (62.8%)	31 (48.5%)	0.066
24. 温水洗浄便座(ウォシュレット)を使用し、肛門部を刺激させる	73 (22.2%)	29 (19.8%)	31 (26.3%)	13 (20.3%)	0.423
〈評価〉					
25. 排泄された便について評価する	274 (83.4%)	114 (78.1%)	103 (87.3%)	57 (89.1%)	0.059
26. オムツ内排泄ではなく、トイレやポータブルトイレで排便できる環境を整えているか評価する	212 (64.6%)	85 (58.2%)	90 (76.2%)	37 (57.9%)	0.004
27. 便意を感じた時にすぐに排便できる環境を整えているか評価する	185 (56.1%)	72 (49.3%)	77 (65.2%)	36 (56.3%)	0.034
28. 排便誘導が本人の排便パターンに合っているか評価する	177 (53.7%)	68 (46.6%)	73 (61.9%)	36 (56.2%)	0.042
29. 下剤・浣腸の使用頻度を評価する	243 (73.9%)	105 (71.9%)	86 (72.9%)	52 (83.6%)	0.248

表中の表記は、n(%)で示した。※無回答は欠損値として扱い、分析から除外した。

3種類の施設間の割合の比較はカイ2乗検定した。

看護実践が50%未満の項目は「24. 温水洗浄便座を使用し、肛門部を刺激させる」「9. 便意の抑制・消失についてアセスメントする」「8. 便秘のタイプについてアセスメントする」「17. 運動量が増えるように促す」であった。一方、実践している割合が90%以上の項目は、「16. 水分摂取量が増えるように促す」「18. 医師から処方された下剤を内服してもらう」であった。

次に3種類の施設間で看護実践の割合に有意差を示した項目は、〈観察・把握〉では7項目中4項目、〈分析〉では8項目中5項目、〈実施〉では9項目中6項目、〈評価〉では5項目中3項目であった。特に〈観察・把握〉の項目にある「1. 排泄された便を観察する」「7. 直腸内や肛門内に便が残留しているか観察する」は実践している割合が老健と療養型では8~9割に対し、特養では6割~7割と施設間において有意差を認めた。〈実施〉の項目にある「21. オムツでの排泄ではなく、トイレやポータブルトイレでの排便を促す」「22. 便意を感じた時に、優先してすぐに排便できる状況にする」「23. 対象に合った排便パターンから、排便誘導を促す」は老健が6~8割に対し、特養と療養型では4~7割と施設間において差がみられた。「18. 医師から処方された下剤を内服してもらう」「19. 浣腸を実施する」「20. 摘便を実施する」は療養型では8~9割が実践しており施設間において有意差を示した。

IV. 考察

本調査では、介護保険施設の看護師による直腸性便秘に対する看護を実践している割合は、概ね全体で約4~7割と半数程度で幅があり十分ではない現状がうかがわれ、また各施設の種別が異なることにより看護実践に違いがあることが明らかにされた。

1. 介護保険施設全体における直腸性便秘に対する看護実践の現状

便秘のタイプ、便意の抑制・消失に対するアセスメントを行っている施設は全体で半数未満で

あった。一方、水分摂取を促すことや下剤の内服投与を行っている施設は全体で約9割であった。これらの結果から、看護師は直腸性便秘の有無を十分にアセスメントすることなく、一般的な便秘ケアの方法として水分摂取と下剤の投与を選択し実践している可能性がある。老健と療養型の入所者計278名を対象にした調査においても、高齢者の便秘に対する看護師の対処方法は、下剤投与が約8割、水分摂取量を増やすが約6割を占め、それ以外はあまり実施されていない状況が報告されている⁴⁾。したがって、介護保険施設で生活する高齢者に対する便秘ケアに際して看護師は、便意の抑制や消失などの原因から直腸性便秘の有無をアセスメントし、直腸性便秘が疑われる場合は下剤投与や水分摂取に偏在することなく、排便反射や腹圧・重力の有効活用する姿勢をとるなどの直腸性便秘に対応した看護を提供することが強く求められる。

2. 介護保険施設の種別が異なることによる直腸性便秘に対する看護実践の違い

特養では、排泄された便や直腸内に便が残留しているか観察・把握することは、老健と療養型と比較して相対的に低く有意差を示した。その理由として、以下のことが考えられる。特養は介護保険制度の指定基準¹⁷⁾において、入所者100名に対する看護職員の人員配置が3名と介護保険施設の種別内では最も少ないため、介護職に排便状況の観察を委ねざるを得ない状況があるためと考えられる。また、介護保険施設における看護ケアの実施状況に関する実態調査¹⁸⁾では、特養において排泄ケアは主に介護職が主体となって看護職と協働して実施していた。したがって、特養では排泄ケアの主な実施者が介護職である状況から、便秘ケアに関して看護師と介護職の連携の必要性が他施設に比べて高く、直腸性便秘に適した便秘ケアが実施されるためには、日頃から介護職との排便に関する情報交換がスムーズになされるような関係性やシステム作りの重要性が高いといえる。

次に老健では、排便反射を活用したトイレ誘導や腹圧・重力を有効活用した姿勢など直腸性便秘に対応した看護実践を示す項目の割合が高いのに対し、特養と療養型では相対的に割合が低く有意差を示した。その理由として、まず、要介護度別在所者数の構成割合¹⁹⁾をみると、老健では平均介護度3.23で要介護1~3を合わせると54%と半数を示すのに対し、特養と療養型ではそれぞれ平均要介護度が3.91と4.36であり、要介護4~5が占める割合がそれぞれ68.6%と87.5%と高く、入所者の多くはトイレで排便することを目標とされにくいことが考えられる。また、老健の特徴には他施設よりも多くの理学療法士が設置されており、リハビリマネジメントの流れに沿って包括的かつ計画的な排泄リハビリテーション計画を立案し、日々の排泄パターンの構築、訓練内容へと反映させて在宅復帰を目指している²⁰⁾。排泄リハビリテーションにおいて、排泄の一連の行為を日常生活動作の一環として、便意の認識から始まり、起居、移乗、移動、更衣、後始末までを包括的に捉えたアプローチが実践されている²¹⁾。施設の特性として理学療法士と連携しながら老健の看護師は、排泄リハビリテーションの視点を持ち、便意の確認に基づきトイレで排便することの習慣化や、トイレで座位を保つための姿勢保持筋力の改善を含めた直腸性便秘に有効な看護実践をしている可能性がある。これらの2点から、老健が特養と療養型と比較して個々の排便習慣をふまえた上でトイレでの排便援助を実践している割合が高いのではないかと考えられる。

療養型では、下剤の投与、浣腸、摘便など医療処置による便秘ケアを実践している割合が高く他施設と比較して有意差を示した。これは療養型の看護師は常時必要な医療管理を提供していることや入所者100に対する医師の人員配置が3名と介護保険施設の種別内では最も多いこと¹⁷⁾から、他の施設に比べて医療処置に対する抵抗感が少ないことや医師による下剤や浣腸の指示が得られやすことが影響している可能性があると考え

られる。しかしながら、刺激性の下剤や浣腸の常習的な使用や濫用は、肛門直腸領域の感覚障害により排便反射が起こりにくくなり便意が消失することも直腸性便秘を引き起こす原因とされている。療養型の看護師には、下剤や浣腸の投与だけでなく直腸性便秘に対する十分なアセスメントや予防的介入として重要な対象の反射運動の活用や排便環境・排便時間を整えるなど生活面からのアプローチできるようにしていくことが重要であると考えられる。

本研究にはいくつかの限界がある。横断研究であり因果関係は不明な点、自記式調査票では必ずしも直腸性便秘に対する看護実践を正確に把握できなかった可能性がある点、調査施設間で回答数が異なったため結果にバイアスがかかる可能性がある点が挙げられる。また、静岡県内の協力が得られた一部の施設に限定している点、調査協力が得られた施設と協力が得られなかった施設の間に違いがないか検討できていない点、さらに回収率44.6%と低いため選択バイアスが発生している可能性が挙げられる。しかし、本調査の対象の基本属性は、全国規模の介護施設におけるアンケート調査の結果と類似していた：女性95.5%、平均年齢49.2歳、看護師平均経験年数21.8年、介護施設の平均就業年数8.3年²²⁾。したがって、今回の結果をすべての介護保険施設に勤務する看護師に当てはめることには慎重な検討が必要であるが、今後の直腸性便秘に対する看護実践を考える上で重要な示唆を与えるものと考えられる。最後に、調査実施から7年が経過していることが挙げられる。しかし、その間も直腸性便秘に焦点をあてた論文は少なく、本研究の結果は未だに介護保険施設における看護実践が不明確な現状において、その特徴や課題を明示することで、排便ケアの質の向上に結びつくことが期待される。

V. 結論

介護保険施設の種別により、直腸性便秘に対する看護実践に差が認められた。これは入所者の平

均要介護度や職種の人員配置基準が異なることが要因であると考えられた。この結果は各施設の種別に応じて直腸性便秘に対する看護実践を促進する必要性を示していると考えられた。

本研究の実施にあたり、調査にご協力していただきました介護保険施設ならびに看護師の皆様へ感謝申し上げます。なお、本論文は、浜松医科大学大学院医学系研究科へ提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。開示すべきCOI状態にない。

文献

- 1) Yakabowich, K. Prescribe with care: The role of laxatives in the treatment of constipation. *J Gerontol Nurs* 1990; 17(7):4-11.
- 2) 美登路昭, 小島邦行, 森岡千恵, 他. 加齢と便通異常. *老年消化器病* 2000 ; 12 (3) : 265-270.
- 3) 平野芳子, 大川恵津子, 嶋田美江, 他. 療養型病床群における排便状態と下剤処方の実態調査. *Expert Nurse* 2004 ; 20(10) : 70-72.
- 4) 陶山啓子, 加藤基子. 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. *老年看護学* 2006 ; 10 (2) : 34-40.
- 5) 河井啓三, 大沼敏夫. 排便のしくみ. よくわかる排便・便秘のケア. 東京: 中央法規出版. 1999 ; 30-47.
- 6) 松生恒夫. 高齢者の便秘解消のためのケア実践. *臨床老年看護* 2006 ; 13 (5) : 76-83.
- 7) 堀内朗. 高齢者排便障害(機能性腸障害)の診断・治療. *Geriatr Med* 2012; 50(8) : 929-932.
- 8) Murakami K, Sasaki S, Okubo H, et al. Food intake and functional constipation: a cross-sectional study of 3835 Japanese women aged 18-20 years. *J Nutr Sci Vitaminol* 2007; 53: 30-36.
- 9) 浅野恭代, 片山満子, 河野光登. おから由来の水溶性大豆多糖類の整腸効果に関する検討. *応用薬理* 2013 ; 85 : 7-13.
- 10) Ghoshal UC. Review of pathogenesis and management of constipation. *Trop Gastroenterol* 2007; 28: 91-95.
- 11) 菱沼典子, 平松則子, 春日美香子, 他. 熱布による腰背部温罨法が腸音と排便習慣に及ぼす影響. *日本看護科学会誌* 1997 ; 17 : 32-39.
- 12) 岡崎久美, 米田由美子, 深井喜代子, 他. 腹部マッサージが腸音と排便習慣に及ぼす影響. *臨床看護の進歩* 2001 ; 12 : 113-117.
- 13) 大田仁史, 三好春樹. 排泄ケア. 完全図解 新しい介護. 東京: 講談社. 2009 ; 21 : 110-115.
- 14) リンダ J. カルペニート. 便秘. 新道幸恵監訳. *カンペニート看護診断マニュアル*. 東京: 医学書院. 2008 ; 204-212.
- 15) Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher. 排便管理. 中木高夫編. *看護介入分類(NIC)*. 東京: 南江堂. 2009 ; 514.
- 16) グロリア M. ブレチェク, ジョアン C. マクロスキー編. 便秘・糞便埋伏管理. *看護介入 NIC から精選した43の看護介入*. 東京: 医学書院. 2004 ; 83-93.
- 17) 厚生労働省. 指定介護老人福祉施設の人員, 設備及び運営に関する基準. 2011. <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H11/H11F03601000039.html> (2018年7月16日アクセス可能)
- 18) 山内加絵, 長畑多代, 白井みどり, 他. 介護保険施設における看護ケアの実施状況及び研修ニーズに関する実態調査. *大阪府立大学看護学紀要* 2009 ; 15(1) : 31-42.
- 19) 厚生労働省. 平成28年介護サービス施設・事業所調査の状況 介護保険施設の状況. 2017. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_04.pdf (2018年7月16日アクセス可能)

- 20) 山根好史. 老人保健施設からみた「連携」の現状と課題. 大阪府理学療法士会誌 2008 ; 36 : 26-34.
- 21) 今田拓, 安藤徳彦, 土屋弘吉, 他. 日常生活活動. 東京 : 医歯薬出版. 2002 ; 48-50.
- 22) 日本看護協会. 介護保険施設等における看護職員に求められる役割とその体制の在り方に関する調査研究事業 報告書. 2017.
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/16_kanngokyoukai.pdf (2018年7月16日アクセス可能)