

術後患者の日常生活再構築における看護の役割

—— 直腸がん術後患者の場合 ——

Role of nursing in the postoperative patients' daily life restructuring: For the rectal cancer postoperative patients

石野 レイ子
Reiko Ishino
戸 梶 亜紀彦
Akihiko Tokaji

要 約

直腸がんによる低位前方切除術後患者の日常生活の再構築のプロセスを把握することを目的として、排便機能障害と日常生活の実際について調査した。結果から、直腸がん術後患者の日常生活の再構築の要因として【排便機能障害】【生活の自己管理】【自己管理のサポート要因】【経験からの学習】【回復プロセス上の困難】のカテゴリーが見いだされた。患者が、適切なサポートを得て、排便機能障害の見通しや経過を個人差があるものとして、正確に認識し自立した日常生活ができるように、肛門を閉める練習の効果や方法、専門的な知識と技術を指導することなど、看護の役割と方向性が明らかになった。さらに、患者会の組織など社会的なサポートの必要性が示唆された。

キーワード：日常生活の再構築，看護の役割，排便機能障害，直腸がん

1. 問題の背景

日本の医療制度は、いつでも、どこでも、誰もが、安心して低廉な費用で医療が受けられる制度といわれている。これは、全ての国民が公的医療保険制度の加入者となり、医療サービスの費用が公的保険で保障される国民皆保険制度によるもので、わが国の医療制度の最大の特徴¹⁾で世界に誇れるもの²⁾といわれている。しかし、急速な少子高齢社会の進展に伴い老人医療費が増大し、1965年に1兆円を超えた国民医療費が、1999年に30兆円を突破する一方、バブル崩壊後の経済の低迷により企業や個人の保険料負担は限界に達して、保険料収入は伸び悩み、医療保険制度の財政は崩壊寸前にある³⁾。医療制度改革として、病院内での

自己完結型から機関連携型や在宅医療へ移行する医療施設機能の体系化が進められ、医療費抑制のため診断群分類と呼ばれる包括払い方式が一部導入され、今後計画的に準備が進められることもあって、在院日数はより一層短縮化される傾向にある。このように抜本改革が求められているとはいえ、2000年6月に公表されたWHO（世界保健機関）の評価においても、わが国の保健システムは世界第一位と評価され、国民は国際的に高い水準の医療提供体制下で医療が受けられる⁴⁾。反面、手術療法後に続発する後遺症を被った患者は、退院後の日常生活上の困難に遭遇することになる、といった問題を内包している。これは、自由開業医制のもと疾病治療を中心にした出来高払方式の診療報酬が発展したため、薬剤や検査機器の使用量に対する診療報酬の価格づけが高く、健康増進や手術後の後遺症に対する相談や保健指導、退院時指導

1) 岩下清子, 奥村元子, 石田昌宏, 野村陽子, 神田裕二, 皆川尚史: 診療報酬(介護報酬)第5版, 日本看護協会出版会, p.3, 2003

2) 廣瀬輝夫: 皆保険を守る医療改革を, 篠原出版新社, p.258, p.288, 2002

3) <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data13/2-80.htm>

4) 財団法人 厚生統計協会 国民衛生の動向, 48(9), 2003

などに対する診療報酬が低く設定されていることに起因すると考えられる。

食生活の欧米化に伴って増加傾向がみられる大腸がん術後の排便機能障害もその典型である。S状結腸や直腸のがん治療方法は、手術操作が困難な骨盤腔深部で結腸と直腸との吻合に高度の吻合技術が必要とされ、従来、人工肛門造設術が行われていた。しかし、Parks⁵⁾による結腸肛門吻合術の導入以後、自動吻合器や手術操作の発達と相まって低位前方切除術や超低位前方切除術など、肛門管が温存される術式が選択されるようになった⁶⁾。本術式は直腸を摘出するが肛門管が温存されるため、肛門からの排便が可能であるが、糞便の形成や貯留機能などは障害を被る。その結果、頻回の排便や下痢、残便感、soiling（知らないうちに便漏れや分泌物で下着を汚してしまうこと）などの排便機能障害の問題が引き起こされることがParks自身によって指摘され、医学領域での排便障害防止に有用な手技や治療法の開発・研究がすすめられている⁷⁾⁸⁾。こうした、手術療法を受けた患者の多くが術直後から排便機能障害に取り組みなければならぬ状況では、人工肛門造設術患者よりも肛門温存の手法が良いQOLを保つとは言い切れない⁹⁾と指摘されている。

健康という意味は、単に身体的な健康をさすものから生活概念としての健康、すなわちその人の生き方や価値観を含めたものである。看護職は、患者の健康問題に対応する生活上の問題を支援するために、術後の後遺症による機能障害の実際について把握する必要がある。佐藤らは、肛門括約筋温存術後4ヶ月以上5年未満の患者を対象にした調査から、術後排便障害とその推移の実態を把握し、排便障害の程度を評価する尺度を作成し、

排便障害が時間的経過に伴い不変、あるいは改善が見られることや、排便障害に対するセルフケア行動の実態を明らかにしている¹⁰⁾。そして、排便障害の程度や特徴的症状とその構造から、食事と排便促進の方法や生活様式の指導、および排便障害の回復についての見通しや経過を患者に教えることの必要性を検討している¹¹⁾。藤田らは、一日数回におよぶ頻便や下痢、便漏れのための外出や散歩の制限などの排便機能障害の程度と自尊感情との関係を検討し、2年未満は排便機能障害の改善に希望を抱き自尊感情が高いが、排便機能障害の程度が高くなるに従い生活満足度と自尊感情が低下する傾向にあり、排便機能障害が術後経過と共に改善するとはいえ、自尊感情は術後経過と共に高くなるとはいえない¹²⁾¹³⁾としている。また、低位前方切除術と前方切除術という結腸肛門吻合部位が異なる術式の排便機能障害とQOLに関する調査では、術式が排便機能障害の程度に影響し、soilingなどの排便機能障害がQOLに影響する¹⁴⁾ことが報告されている。これらの結果は、手術療法によって被る排便機能障害が、患者に身体的な苦痛を与えるだけでなく、日常生活に影響して患者のQOLを左右する重要な問題として捉えることの必要性を示している。

他方、術後の後遺症による機能障害の実態把握だけでなく、手術療法を受けた患者には、退院後の生活がスムーズに移行できるように、患者の生活環境の調整や継続的なケアの必要性の視点からの研究が散見される。奥坂らは、胃切除術後患者が職場復帰した際の胃切除術後の後遺障害である

5) Parks A. G., & Percy J. P.: Resection and sutured colo-anal anastomosis for rectal carcinoma. *British Journal of Surgery*, 69, 301-304, 1982

6) 高橋孝: 直腸癌外科療法と QOL. *Oncologia*, 25(2), 26-32, 1992

7) Lazorthes, F., Fages, P., Chiotasso, P., Lemozy, J., & Bloom, E.: Resection of the rectum with construction of a colon-anal anastomosis for carcinoma of the rectum. *British Journal of Surgery*, 73, 136-138, 1986

8) 畠山勝義: 低位直腸癌に対する再建術式としてのJ型結腸囊肛門吻合術. *消化器外科*, 19(7), 1117-1126, 1996

9) Sprangers, M. A. G., Taal, B. G., Aaronson, N. K., & Velde, A.: Quality of life in colorectal cancer: Stoma vs nonstoma patients. *Dis Colon Rectum*, 38(4), 361-369, 1995

10) 佐藤正美, 数間恵子, 石黒義彦: 直腸癌肛門括約筋温存術後患者の排便障害とセルフケア行動に関する研究, その1. 排便障害の実態と排便障害評価尺度の作成. *日本ストーマ学会誌*, 12(1), 27-38, 1996

11) 佐藤正美, 数間恵子, 石黒義彦: 直腸癌肛門括約筋温存術後患者の排便障害とセルフケア行動に関する研究, その2. セルフケア行動と排便障害影響要因. *日本ストーマ学会誌*, 12(1), 39-50, 1996

12) 藤田あけみ, 佐藤和佳子, 岡美智代, 佐川美枝子: 直腸癌低位前方切除術患者の術後経過期間別の排便障害と自尊感情との関係について. *日本看護科学会誌*, 22(2), 34-43, 2002

13) 藤田あけみ, 佐藤和佳子, 岡美智代: 直腸低位前方切除術患者の排便障害の検討—生活行動への影響と主観的QOLの関連について—. *日本看護研究学会誌*, 24(3), 108, 2001

14) 今井奈妙, 城戸良弘: 低位前方切除術・前方切除術を受けた大腸癌患者のQuality of Life (QOL)—排便機能障害とQUIK-Rの関連—. *日本看護科学会誌*, 21(3), 1-10, 2001

ダンピング症候群様症状と後発性低血糖様症状について、職場復帰前後を比較し、職場における食後の休憩、食事間隔の調整など職場環境を調整する必要性を指摘している¹⁵⁾。また、手術療法後通院治療中の乳がん・大腸がん患者の社会復帰プロセスにおける治療に関連する障害について、専門家の関わりとして継続した指導の必要性がある¹⁶⁾ことや、ストーマ造設患者やがん術後患者の外来化学療法などに対する専門外来が好評である¹⁷⁾¹⁸⁾といったことなど、病院外来における継続的な看護実践が散見される。その背景には、通院中のがん患者の外来化学療法に対する診療報酬が算定できるようになって、社会生活を送りながら通院治療を受ける患者に焦点をあてた研究的取り組みが始まり、その結果、患者の心身・社会的なニーズが明らかにされるようになったという経緯がある。

看護とは、人の健康問題に対応する生活上の問題を援助することである。手術療法を受ける患者の年齢も高齢化し、核家族化が進み、地域社会における共同体としての機能の低下が指摘されている。このような状況では、手術療法を受けた患者の健康と生活問題に密着して、術後の後遺症による機能障害をその人の生活の中で捉え、臓器喪失に伴う身体的・心理的問題に対する患者のニーズに応じ、疾病や障害のレベルに適応するための援助がシステムとして機能する、いわゆる支援システムの構築が必要であると考え。そのために、保健・医療・福祉機関における専門職の連携が不可欠である。とりわけ、ケアの要に位置する看護職は情報提供者として、病院内の外来や地域の保健・医療・福祉機関などと連携をしていくためのシステム・マネジメント能力が要求されていると考える。しかし、筆者が病院に勤務する看護職者400名を対象に質問紙調査を実施した結果、退院指導の実践、社会資源の活用の実際、地域との連携を視野に入れた看護の継続への志向に対する認

識が低く、施設内看護が中心の現状であることが示唆された¹⁹⁾。また、診断群分類と呼ばれる包括払い方式が実施された医療施設では平均在院日数の短縮が命題となり、早期退院の推進のために患者は社会復帰に十分な自信が持てないまま、半ば一方的に医療者による退院予定日が設定され、退院を余儀なくされている状況²⁰⁾である。

退院後、社会生活を送りながら通院治療を受ける患者の心身・社会的なニーズが明らかにされてきたとはいえ、研究的取り組みが緒に就いたばかりで、患者が置かれている状況と、臨床における看護職の認識との間には乖離があると考えられる。手術療法を受けた患者が、入院時から退院後に至る一貫したケアを受けることができる患者主体の支援システムを構築するためには、患者の心理・社会的側面からの実態把握と同時進行で、入院中のケアや退院時の指導・教育の内容や方法の現状を評価することが重要である。

そこで本研究では支援システムを構築する前段階として、退院後の患者の排便機能障害の実際と日常生活について基礎資料を得ることを目的として、術後の後遺機能障害のなかでも増加傾向にある、直腸がんによる低位前方切除術後の排便機能障害をもった患者の回復過程に焦点をあて、患者が退院後の日常生活を再構築するプロセスについて検討した。

II. 研究方法

1. 調査対象者

直腸がんで低位前方切除術を受けた外来通院中の患者を調査の対象者とした。

2. データ収集期間

調査は、平成14年7月12日～平成15年3月29日の間に実施された。

3. データ収集方法

病院長に文書で研究を依頼し、病棟看護師が調査対象者に研究の趣旨を説明して承諾を得、外来

15) 奥坂喜美子, 数間恵子: 胃術後患者の職場復帰に伴う症状の変化と食行動に関する研究. 日本看護科学会誌, 20(3), 60-68, 2000

16) 柿川房子, 水主いづみ, 木村裕美, 橋本恵美子, 長谷川敏彦: 乳がん・大腸がん患者の日常生活障害に関する研究. 神戸大学医学部保健学科紀要, 118, 105-113, 2002

17) 竹股喜代子, 丸山陽子: 外来分離のなかで看護をどう行うか. 看護展望, 28(6), 28-33, 2003

18) 黒瀬正子: 外来増築に合わせた看護部門の強化. 看護展望, 28(6), 21-27, 2003

19) 石野レイ子, 野村幸子, 三好さち子, 唯保咲子, 西山志津子: 看護職者の看護実践に関する自己認知の分析.

広島県立保健福祉大学誌人間と科学, 3(1), 59-69, 2003

20) 矢吹浩子: ストーマ造設患者の退院調整ーストーマセルフケアの早期確立を阻む問題と看護ー. 看護学雑誌, 67(9), 856-861, 2003

受信日に半構成的質問紙を用いた面接法を行った。調査内容は退院後の排便機能障害と日常生活の実際についてであった。排便機能障害については、佐藤らの排便障害評価尺度⁹⁾を参考にして、退院後の排便と排ガスの状態と、食事を中心とする日常生活と排泄に関連する内容を語るように求めた。

4. 倫理的配慮

面接に際し、再度口頭で研究の目的を説明し、同意を得、プライバシーを確保するため個室で面接を行なった。内容は対象者の承諾を得て調査用紙に記録した。

III. 結果

面接で得られた内容をデータとして、内容分析の手法を用いて分析を行った。データから排便機能障害と生活の状況に関連する部分を抽出し、それらをコード化して、類似するものをグループにし、その意味内容をカテゴリー化として命名した。分析の信頼性・妥当性を高めるため、複数の専門家によるスーパーバイズを受けた。

対象者は、女性2名、男性6名、年齢は54歳から71歳までの8名、年齢構成は50歳代3名、60歳代4名、70歳代1名で、平均年齢は61.8歳であった。手術後の経過は低位前方切除術後1ヶ月から最長1年5ヶ月を経過していた。

データの分析結果から【排便機能障害】【生活の自己管理】【自己管理のサポート要因】【経験からの学習】【回復プロセス上の困難】のカテゴリーと、それぞれに付随するサブカテゴリーが抽出された。結果を表1に示す。以下ではカテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〈 〉で表した。

【排便機能障害】というカテゴリーは、〈排便回数〉〈排便の集中〉〈便意の乱れ〉〈残便感〉〈便の形状〉〈排便の我慢〉〈排ガスの我慢〉〈排便と排ガスの区別〉の8つのサブカテゴリーで構成された。

〈排便回数〉は、手術前と比較した排便回数の増減や、一日の排便回数が「2～3回」「4～5回」「3～4回」「5～6回」「8～10回」など、正常に比較して排便回数が頻回であることが示された。回数の認識については、手術前頻回の排便で苦痛であった者は、手術後の排便回数が減ったことを回復と捉えていた。また、夜間就寝中の排

便についても術後1ヶ月間は多いが、1ヶ月後には週に5～6回に減少しているが、1年後であっても月に1回ぐらいある者もいて個人差が大きいことが示された。また、「排便後約1時間の間に排便が集中する」「退院後15日間ぐらい排便が集中した」など、排便をした後、間が空かない内に続けざまにトイレへ通う〈排便の集中〉の辛さが示された。便意の知覚については、「まあまあ分かる」「はっきり分かることがある」、しかし、便意を感じてトイレへ行っても排便がないことが「よくある」「時々ある」「ごくたまにある」「ガスだけのことがある」など、通常は便意を感じた後で排便を済ませるが、便意を感じてトイレへ行っても排便があるとは限らないという〈便意の乱れ〉が示された。そして、「下痢の時は残便感がある」「いっぺんに便が出てくれるといいのですが残ってなかなかです」など、下痢や排便後に〈残便感〉があることによる不快が示された。

〈便の形状〉では、「術直後は下痢や軟便が多く1ヶ月頃はこころ便」、「2ヶ月半経ったが便の形が無い柔らかい便」「50日経って普通便が多くなった」、3.5ヶ月経った人は「人差し指くらい」など、術後経過に伴ってほぼ普通の便の形状になっていくことが示された。これらは、直腸消失による貯留機能不全や、手術操作による糞便形成機能の障害で、障害の程度は個人差や退院後の日数によって異なっていた。

〈排便の我慢〉〈排ガスの我慢〉〈排便と排ガスの区別〉では、「まあまあ我慢できる」が「我慢できないことがたまにある」や、「下痢の時は排便を我慢できない」など、手術によって大腸の主な機能である水分吸収機能や糞便を形成する機能が低下したことによる下痢が影響し、かつ個人差が大きいことが示された。

【生活の自己管理】のカテゴリーは、〈飲食物の選択や工夫〉〈排便調整の乱れへの工夫〉のサブカテゴリーで構成された。

〈飲食物の選択や工夫〉では、「もやしやワカメを避ける」「ネクターやジュースを避ける」「43年振りに飲酒を止めた」「豆・海藻・こんにゃくを控える」など、消化しにくい食物や下痢しやすい嗜好品の摂取を避ける、控える、あるいは止めている。また、「まんべんなく何でも食べるようにしている」「新鮮な野菜や果物などをよく食べ

表1 術後患者の日常生活の実際

カテゴリー	サブカテゴリー	内 容
排便機能障害	排便回数	手術前と比べて便回数が減った 術前より排便回数が増えた(手術後1ヶ月) 退院後も複数回が多い 2~3回/日か4~5回の排便 3~4回/日「の排便がある 5~6回/日の排便がある
	排便の集中	排便後約1時間の間に排便が集中する 退院後15日位排便が集中した
	便意の乱れ	術後しばらくは食事途中に便意を我慢できずにトイレへ行った 便意があってもトイレへ行っても排便がない 便意があってもトイレへ行ってもガスだけのことがある 便意がはっきり分かることがある 便意がまあまあ分かる
	残便感	術後の残便感があると気分的に嫌です いっぱい便が出てくれるといいのですが残ってなかなかです 下痢の時は残便感がある 時々残便感がある
	便の形状	術直後は下痢・軟便・ころころ便であるが、退院後は普通便が多い ひとさし指くらいの便 親指くらいの便 ウサギの糞のようころころした便
	排便の我慢	我慢できないことがたまにある 下痢の時は排便を我慢することができない まあまあ我慢できる
	排ガスの我慢 排便と排ガスの区別	排ガスの我慢はできるが我慢しないようにしている 排ガスの我慢はできるが下痢の時はできない 排便と排ガスの区別はできるが下痢の時はできない まあまあ区別ができる 区別ができるが軟便や下痢の時はできない
生活の自己管理	食物の選択や工夫	まんべんなく何でも食べるようにしている ヤクルトと牛乳は暖めて飲む 新鮮な野菜や果物などを良く食べるようにしている モヤシ・ワカメを避ける ネクターやジュースを避ける 腹8分ににしている 野菜、りんご、芋類を食べるようにしている 退院後は食事のことが気になる 調理の種類や調理法と下痢の関係は見られない 豆・海草・こんにゃくを控える おでんを食べるのを控えている ヨーグルトや食物繊維を心がけて摂る
	排便調整の乱れへの工夫	半年くらいはゴルフのコースに出るのを控えた 重たいものは持たないようにしている 手術後退院して2ヶ月位外出を控えた 43年振りに飲酒を止めた 外出時不意の排便があっても困らないように到着した先で即トイレの場所を探す 散歩したり歩いたりすると快便で調子がいい 食事前にトイレへ行って、食事時のトイレ中断をしないように気をつけている 便が出にくい時ウォッシュレットで肛門を刺激すると出やすい トイレの帰りにぐるぐる歩いたり散歩すると便が楽に出る 下痢が続いたら温湯シャワーで肛門を暖めると痛みを翌日に持ち越さない 頻回の下痢で痛くなった肛門は暖めると翌日はすっきりする 肛門痛は下痢をした後シャワーで温めると緩和する 肛門を閉める練習をしている

自己管理のサポート要因	役割の存在	妻が仕事だから洗濯、買い物、日曜大工などをしているので生活の張りがある 2ヵ月後頃から家事程度の仕事を始めた 一人暮らしなので退院後すぐに自分の生活の世話をした 町内会の役割を自分のペースで果たしている 家族の世話をしなければならないのが大変だったがかえってよかったかもしれない
	目標の存在	手術前とあまり変わらない生活をするように心がけている 日課として1時間ぐらい散歩をする 動くことはよいことだと階段の上り下りを積極的にした 具体的に何月の旅行に参加するといった自己目標を立てて自らを励ますようにしている 町内会や老人会の旅行に行けるようになりたい
	外来受診	困った時は妻や主治医に相談する 困った時は入院中に知り合った患者や外来の主治医に相談する 困った時の相談は主治医や外来の看護師に相談する 相談は病院の看護師にする
	社会資源への期待	患者会などの相談できるものがあれば参加したい 一人暮らしなので自分の身の回りのことが自分でできなくなった時のことや、これからの暮らしについて市役所に相談に行っているがなかなか具体的なことが分からないまま不安である。
	家族の存在	家族の優しさや励ましの言葉に支えられた 妻の支えがあって助けられた
経験からの学習	薬剤量の調整	ラキソベロン内服すると翌日は半日下痢で苦しむことがあった ラキソベロン内服の滴数調整が難しい ラキソベロンの滴数の調節が2ヶ月過ぎてから分かってきた ラキソベロン12滴で下痢が集中した ラキソベロン内服後の下痢で悩まされた ラキソベロンの適量の調整が分かるのに半年ぐらいの期間を要した 何滴でどんな便が出るか、下痢するか試行錯誤の結果から自分なりの滴数を体得した。 ラキソベロンの滴数と下痢の関係を調整するプロセスの苦痛は何とも言えない大変さでした 2〜3回/月便秘をしてラキソベロンで調整する ラキソベロンの内服で下痢を体験すると外出予定がある前日は服用しないことにした 外出前にはラキソベロンを服用しないようにしている
	下痢と摂食	すき焼きの牛肉をたくさん食べてひどい下痢をして病院へ駆けつけた 食事の種類や調理法と下痢の関係はない 手術1週間後に内緒で冷たいジュースを飲んで腹部激痛とひどい下痢が持続して苦しい体験をして冷たいジュースと下痢の関係が分かった
回復プロセス上の困難	便漏れ	1ヶ月でだいぶ薬になったが時に失敗するので紙おむつを使用している Soilingの時にむつを使用しないと下着を汚して大変です 術後トイレに間に合わず下着を汚したことが4〜5回あった
	食事の中断	外食することの不安が時々ある 外食することがたまに不安である 外食を控えている
	疼痛	退院して50日経つがちくちくした痛みがある 軟便や下痢の時は肛門の奥が絞るような激痛に苦しむことがある 下痢の時突き上げるような激痛がある
	排便の乱れ	半年は便の調整で大変です 術後1ヶ月になるが排便の集中はないけど、排便時間が不規則です 排便の時間帯が決まっていないのは大変です 手術直後は30回/日位便が出た、特に夜間5回位排便があるととても辛かった 一日7回も排便に行くことがあった 退院後10日ぐらいは散歩後に排便があったが、1ヵ月半して普通になった 排便回数が多いので仕事の継続は無理と考え、定年前でもあったので退職した 便の回数が多いのが気になる 退院後6ヶ月は8〜10回/日の排便で苦しい思いをした
	心身の変調	夜間口渴がひどく困ったが5ヶ月ごろから治まった 2ヶ月位経つと自分の役割や仕事への支障が及ぶ程の自覚症状はなくなった 2月に手術、5月に母入院、7月に兄死去とめまぐるしく変化して辛かった
	術後の合併症	勃起障害を心配したが大丈夫だった 退院2ヵ月後肛門が狭窄して医師に広げてもらった 縫合不全でトラブルがあってしんどかった

るようにしている」「ヨーグルトや食物繊維を心がけて摂る」「ヤクルトと牛乳は暖めて飲む」「腹8分にしている」など、積極的に摂取する、加熱をする、適切な摂取量を弁えるなどの配慮をしていることが示された。

〈排便調整の乱れへの工夫〉は、「半年位ゴルフコースに出るのを控えた」「2ヶ月くらい外出を控えた」「外出先で即トイレ場所を探す」「食事前にトイレを済ます」など、不意に便意があっても困らないように趣味を控え、即座に対応できる方策を立て、事前の策を講じるなど工夫をしていた。また、「下痢が続いたら温湯シャワーで肛門を温めると痛みを翌日に持ち越さない」「肛門痛は下痢をした後シャワーで温めると緩和する」など、下痢による疼痛の緩和や安楽に過ごすことができるような工夫が示された。このように、食生活が排泄に及ぼす影響を最小限にするための工夫や、下痢による疼痛緩和をはかり、排便障害と折り合いをつけて、それぞれに生活の自己管理をしていることが示された。

【自己管理のサポート要因】のカテゴリーは、〈役割の存在〉〈目標の存在〉〈家族の存在〉〈外来受診〉〈社会資源への期待〉のサブカテゴリーで構成された。

〈役割の存在〉では、「洗濯、買い物、日曜大工などをしているので生活の張りがある」「町内会の役割を自分のペースで果たしている」「家族の世話をしなければならないのが大変だったけどかえってよかったのかもしれない」「一人暮らしなので退院後直ぐに自分の世話をした」など、日常生活において自分の身の回りのことや、家族のための役割があることが自分自身のサポート要因になっていることが示された。

〈目標の存在〉では、「日課として1時間ぐらい散歩するようにしている」「具体的に何月の旅行に参加するといった自己目標を立てて自ら励ますようにしている」など、自分の目標を持った生活や、「手術前とあまり変わらない生活をするように心がけている」といった、平常どおりの生活を維持するなど、それぞれの生活において実現可能な目標があることによってサポートされていることが示された。

〈家族の存在〉では、「家族の優しさや励ましの言葉に支えられた」「妻の支えがあって助けら

れた」など、家族が患者のサポート要因として示された。

〈外来受診〉は、「入院中に知り合った患者や外来の主治医」「病院の看護師」など、医師や看護師がサポート要因になっていることが示された。

〈社会資源への期待〉では、「患者会などの相談できるものがあれば参加したい」「市役所に相談に行っているが分からないまま不安である」など、患者会や公的資源がサポート要因として期待されていることが示された。

【経験からの学習】のカテゴリーは、〈薬剤量の調整〉〈下痢と摂食〉のサブカテゴリーで構成された。

〈薬剤量の調整〉では、下剤として処方されている薬剤のラクソベロンについて、「内服すると半日下痢で苦しむことがあった」「内服後の下痢で悩まされた」など、内服後の頻回の下痢による苦痛や、「滴数の調節が2ヶ月過ぎてから分かってきた」「試行錯誤の結果から自分なりの滴数を体得した」「12滴で下痢が集中した」など、滴数と排便の関係や、「外出予定がある前日は服用しないことにしている」など、服用量や滴数についてさまざまな苦渋の経験を重ね、自分にあった服用量や適切な服用方法を学習していた。

〈下痢と摂食〉では、「すき焼きの牛肉を食べすぎて下痢をして病院へ駆けつけた」「食事の種類や調理法と下痢の関係はない」など、下痢と食事との関連について経験から自分なりの調整について学習していることが示された。

【回復プロセス上の困難】のカテゴリーは、〈便漏れ〉〈疼痛〉〈食事の中断〉〈排便の乱れ〉〈術後の合併症〉〈心身の変調〉のサブカテゴリーで構成された。

〈便漏れ〉では、「失敗するので紙おむつをしている」「おむつを使用しないと下着を汚して大変です」など、自分の意思に反して便が漏れることによる大変さが示された。

〈疼痛〉では、「下痢の時突き上げるような激痛がある」「退院して50日経つがちくちくした痛みがある」など、下痢や痛みによる身体的苦痛が示された。

〈排便の乱れ〉では、「排便の時間帯が決まっていない」「6ヶ月は一日に8～10回の排便で苦しい思いをした」など、排便の時間や回数のみだ

れることの大変さや、さらに、「排便回数が多いので退職した」のように、仕事の継続を断念するほど生活へおおよぼす影響の大きさが示された。

〈食事の中断〉では、「外食することの不安が時々ある」「外食を控えている」など、食事の便意による不安や対処が示された。

〈術後の合併症〉では、「退院2ヶ月後肛門が狭窄して医師に広げてもらった」「勃起障害を心配したが大丈夫だった」など、合併症に対する心配の体験が語られた。

〈心身の変調〉では、「ラキソベロンの服用加減で排便のため時々不眠になる」、「2ヶ月位経つと自分の役割や仕事への支障がおおよ程の自覚症状はなくなった」、生活上のできごとで「めまぐるしく変化して辛かった」など、薬物の副作用、経過と共に変化する症状、生活者として遭遇する日常の出来事などに対して、その時々に対処しながら、心身・社会的な困難と対峙しながら回復していくプロセスが示された。

IV. 考 察

1. 排便機能障害の実際

消化管に取り込まれた飲食物は、主として小腸で栄養素が吸収され、液状の内容物となって大腸へ移送され、大腸の蠕動運動、分節運動、逆蠕動によって、上行・横行・下行・S状結腸の順に大腸内を移送しながら水および電解質などが吸収されて、糞便が形成される。S状結腸に貯留した糞便は、蠕動運動によって直腸に移動し、直腸内圧が約30～50mmHgになると排便反射が起こる。この排便反射は、直腸内圧の上昇が求心性の副交感神経から仙髄に伝わっておこる脊髄反射で、副交感神経が内肛門括約筋を弛緩させ、直腸の運動を促進し、内肛門括約筋が開いて、横紋筋の外肛門括約筋を意図的に弛緩させることによって排便に至らしめるものである。このようなメカニズムによって排便が行なわれるが、大腸内容物の移送時間は、食事の性質、大腸の運動機能、吸収能力、精神状態、肉体運動の有無などによって影響を受け著しく異なる²¹⁾。また、通常は便意を感じてからトイレへ行くまでに大脳皮質からの指令によ

て、外肛門括約筋を収縮させたままで排便を我慢することが可能である。

低位前方切除術は、直腸を切除するが肛門から排便できる術式である。患者が便意を感じてトイレへ行っても「排便がない」「ガスだけのことがある」などの便意の乱れや、下痢の時は排便と排ガスの我慢ができないなどの障害があるのは、手術に伴う周囲組織の血管や神経が損傷されることによる肛門括約筋の機能低下が原因と考えられている²²⁾²³⁾。排便回数については手術前頻回の排便で苦痛であった者は、手術後の排便回数が減ったことを回復と捉えるなど、回数の捉えかたは、手術前の回数により認識が異なっていたが、回数は頻回であることが示された。夜間就寝中の排便についても術後1ヶ月間は多いが、1ヵ月後には週に5～6回に減少しているものの、1年後であっても月に1回ぐらいある者もいて個人差が大きい。排便回数が頻回であるのは、直腸切除による糞便貯留機能が低下したことによるものであると考えられる。この糞便貯留機能が低下することは、便意誘発最小量と最大耐用量が低下することと関連があり、術後3ヶ月、6ヶ月、1年以上で経時的に改善する傾向にあるが、正常にまでは回復しきれないと指摘されている²²⁾。

便の形状は「術直後は下痢や軟便が多い」「50日経って普通便が多くなった」など、術後経過に伴って普通の便の形状になっていくことや、「排便後約1時間の間に排便が集中する」障害は、直腸切除の手術手技に伴って周辺神経が切離され、大腸運動が正常と比較して全域にわたり収縮回数が増加して、吻合肛門側の異常収縮運動が出現し、伝播様式の破綻がみられることによるもので、回復に長時間を要すると指摘されている²⁴⁾。このような伝播様式の破綻や神経伝導時間が延長して、外肛門括約筋、恥骨直腸筋の反応性が低下し、排便に関する知覚の変化が生じる障害については、肛門を閉める練習が改善に効果的であるといわれ

22) 岩井直躬, 橋本京三, 萩田修平ほか: 経時的な直腸肛門機能からみた肛門括約筋保存術式の選択. 日本外科学会誌, 83(9), 1004-1007, 1982

23) 今 充, 村上哲之, 中田一郎ほか: 直腸癌前方切除術の機能面よりみた遠隔成績. 日本外科学会誌, 83(9), 1011-1014, 1982

24) 飯倉基正, 太平洋一, 福田信一郎ほか: 低位前方切除術後の大腸運動. 日本消化器外科学会誌, 24(6), 1631, 1991

21) 日野原重明, 関泰志, 阿部正和: 系統看護学講座 専門基礎2 解剖生理学 医学書院, 394-396, 2002

ている²⁵⁾。また、排便機能障害は、排便回数、便の形状、排便・排ガスの我慢や区別などにおいて、個人差が大きいことが示された。大腸内容物の移送に要する時間は、食事の性質、大腸の運動機能、精神状態、肉体運動などによって影響を受けることから、疾病はもとより、食事や生活環境など、生活状況が異なる患者の排便機能障害の個人差が大きくなると考えられる。

このようなことから、排便機能障害の程度は退院後の経過によって軽減する傾向にあること、そして、回復の見通しは個々に異なることを、患者個別に指導する必要がある。また、肛門を閉める練習の効果や方法について具体的に指導することが重要である。くわえて、排便機能障害が大きく長期間に及ぶ場合は、スポーツや仕事など日常生活に及ぼす影響が大きいいためQOLが低下する²⁵⁾など、患者の心身に及ぼす影響が大きいことから、排便機能障害のメカニズムとその対策について継続的な研究が必要であると考えられる。

2. 日常生活再構築のプロセスについて

低位前方切除術を受けた患者の退院後の日常生活は、排便機能障害を中心とする術後の合併症、便漏れによるおむつ着用、外食への不安、夜間の睡眠中断など、患者の生活にさまざまな否定的影響を及ぼしていた。「排便回数が多いので退職した」のように、仕事の継続を断念して退院と同時に退職した者もいる。その一方で、自分にできる家事や町内会などの役割を担う、日課の散歩や老人会の旅行に参加するなどの自己目標を設定する、家族や入院中の患者仲間などをサポート要因にするなど、自立した生活をしていることが示されていた。さらに、患者会や公的資源をサポート要因として期待していることが伺えた。

他方、飲食物の制限や積極的な摂取など、食生活が排泄に及ぼす影響を最小限にするための工夫や、下痢による苦痛軽減や清潔のセルフケアなど、排便障害と折り合いをつけ、自己管理のためのさまざまな工夫が示されていた。また、薬剤の調整では下痢の症状と必要な薬剤量との調整ができるまでのプロセスで大変な試行錯誤がなされていた

25) 山本哲久, 望月英隆: 超低位前方切除術後並びに肛門手術後の排便障害. 臨床消化器外科, 15(8), 1143-1148, 2000

が、その経験から自分にあった服用量や適切な服用方法を学習していることが示された。人は健康問題に自ら対応する潜在的な能力を持っているとされている²⁶⁾。患者が、排便障害と折り合いをつける自己管理の工夫や、経験から学習できることは潜在的な能力を発揮した成果であって、患者の強みといえよう。

また、手術前後のサポーターに関する縦断的な調査結果によると、中心的なサポーターは一貫して患者の家族であり、医師や看護師はその専門性が最も期待されている手術前後の治療の時期²⁷⁾であった。排便機能障害の個人差や、そのことによる不安の緩和や障害の軽減方法については、入院中に知り合った患者同士で情報交換をすることで、ある程度は得られるであろう。患者同士の情報交換についての調査結果で、オストメイトのストーマケアについての相談相手は、病院の医師または看護師が約半数で最も高く、次いで患者会・同慶会・知り合いのオストメイトであった²⁸⁾ことが報告されている。しかし、障害の見通しや経過、肛門を閉める練習の効果や方法についての指導など、専門的な知識や技術を提供することは、入院中や病院外来の診療時に医師や看護師がその専門性を発揮する必要がある。

つまり、退院後の生活において、患者が適切なサポートを得て、健康問題に対処する潜在的能力を発揮して、日常生活を再構築していく上で、排便機能障害は患者の生活状況や食生活、および精神的なさまざまな生活因子によって影響を受ける個人差の大きい症状である。しかも、排便回数や便の形状など障害の程度と障害の改善は、退院後経時的に推移する傾向にある。これらのことを患者が認識できるように指導する必要がある。このように、患者自身が手術後の経過に伴って変化する排便機能障害に対応してセルフケアすることを可能にするために、看護職は患者の退院後の生活をできる限り予測ができるようにアセスメントを

26) 本庄恵子: 慢性病者のセルフケア能力を評価する指標に関する研究—看護者による評価に焦点を当てて—。日本赤十字看護大学紀要, 15, 34-45, 2001

27) 福井里美: 中年期がん患者のソーシャル・サポート・ネットワーク—手術前後のサポーターの内容と変化—。日本看護科学会誌, 22(1), 33-43, 2002

28) 社団法人日本オストミー協会, SSKP 通巻2438, 7-15, 2004.1.3発行

実施し、適切な情報提供と具体的なセルフケアの知識と技術について退院指導を実践する必要がある。

在院日数の短縮がわが国の比でない諸国では、手術療法後の患者に対する退院前教育として、VTR やパンフレットを用いた教育講座を実施して、退院後にその評価の実態調査を行なった結果、効果的であったことが報告されている²⁹⁾。また、初老の外科手術後患者に対して入院時から、退院にむけた鎮痛、創部ケアの知識や情報を指導することによって、患者と家族が病気を管理する手助けになったという評価³⁰⁾や、手術後患者に退院前に、退院後の創部処置、鎮痛のための情報提供やケアについての指導をした結果、退院後地域の健康管理者のケアの助けを求めないでセルフケアができた³¹⁾といった報告がある。また、アメリカでは保険制度による入院期間短縮が必須条件の体を成していることを受けて、患者教育による患者の自己管理を可能にするために、術後の自己治療セットとして、乳房切除術や冠動脈バイパス術後などそれぞれの術式に応じた「患者自己管理キット」³²⁾が用意されている。これらの先行研究が示すように、退院指導とその実践についての評価が重要である。加えて、看護職は、家族関係、地域社会のサポート体制など、社会資源に関する適切な情報提供や、排便障害を軽減するための専門的な知識や技術の提供ができることを求められている。このような適切な指導や情報提供を実施する際、生活の自己管理や経験からの学習が出来るという患者の強みが活用できる。また、患者会や公的資源が退院後の日常生活の再構築におけるサポート要因として期待されていることから、患者会の

組織など、社会的なサポートシステムの必要性が示唆された。

V. 結論

本調査の結果から、直腸がん術後患者の日常生活の再構築の要因として【排便機能障害】【生活の自己管理】【自己管理のサポート要因】【経験からの学習】【回復プロセス上の困難】のカテゴリーが見いだされた。低位前方切除術を受けた患者が、退院後、日常生活を再構築していく上で、適切なサポートを得て、排便機能障害の見通しや経過、肛門を閉める練習の効果や方法など、正確に認識して日常生活ができるように、専門的な知識と技術を指導することが看護職の役割として重要である。そのために、患者の退院後の生活をできる限り予測ができるようにアセスメントを実施し、適切な情報提供と具体的なセルフケアの知識と技術について退院指導を実践する必要がある。その際、排便機能障害の程度は退院後の経過によって軽減する傾向にあること、回復の見通しは個々に異なることについて、患者に個別に指導すること、および退院指導の実践についての評価などが必要である。さらに、患者会の組織など、社会的なサポートシステムの必要性が示唆された。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は調査対象者8名の面接調査の分析であって、これが低位前方切除後の患者一般の生活状況とは限らない。また、術後の経過日数も個々に異なり個人差の側面からの分析はできていない。しかし、低位前方切除後の退院後の排便機能障害の症状の推移と患者の生活状況から、日常生活の再構築のプロセスにおける看護職の役割と看護の方向性が明らかにできたと考える。今後、同一の患者に2回目の調査を実施して経過に伴う症状の変化と生活の再構築の関連を明らかにすることと並行して、病院施設における退院指導に対する看護職の認識と実際について実態調査を実施し、日常生活の再構築について看護職の具体的な関わりを明らかにし、支援システムの構築を検討することが課題である。

(2004年1月8日受付)

29) Mcnamee, S., & Wallis, M.: Patient problems and evaluation of patient discharge education after coronary artery bypass graft surgery. *Contemporary Nurse*, 8(3), 107-115, 1999

30) Hughes, L. C., Hdgson, N. A., Muller, P., Robinson, L. A., & McCorkle, R.: Information needs of elderly postsurgical cancer patients during the transition from hospital to home. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(1), 25-30, 2000

31) Amanda Henderson, Wendy Zernike: A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 435-441, 2001

32) 河野圭子: 病院の内側から見たアメリカの医療システム. 新興医学出版社, 148-149, 2003