

## 座談会

# 長期臥床者や 在宅療養患者における 排便管理



司会 長尾 和宏 先生

医療法人社団裕和会  
長尾クリニック 院長

出席者 木村 貴純 先生

医療法人桑樹会  
木村内科・胃腸内科 院長

西田 伸一 先生

医療法人社団梶社会  
西田医院 理事長

馬見塚 勝郎 先生

社団法人藤元メディカルシステム  
藤元総合病院 在宅医療センター長

(五十音順)

長期臥床者や在宅療養患者における便秘症を始めとした排便障害の頻度は高く、加齢に伴う生理的機能低下や日常生活での活動量低下によって、長期臥床や在宅療養により便秘症を来たす高齢者が増加することは論を俟たない。このように排便障害は患者のQOLを著しく損なうきわめて重要な問題であるにもかかわらず、多くの医療従事者において関心や知識は十分とはいはず、わが国の医療水準に見合った排便管理が行われていないのが現状である。

この状況を開拓すべく、2012年にわが国では約30年ぶりに新しい作用機序を有した便秘症治療薬としてルビプロストンが登場した。ルビプロストンは小腸上皮頂端膜に存在するCIC-2クロライドチャネルを活性化し、腸管内への水分分泌の亢進により、便の水分含有量を増加させることで自然な排便を促進する点を特徴とし、慢性便秘症治療のあらたな選択肢として期待される。そこで今回、いかにして長期臥床者や在宅療養患者における排便管理の質の向上を図り、QOLの改善に導くか、超高齢化時代を迎えたわが国において、きわめて切実なアンメット・メディカル・ニーズともいべき排便管理の現状と課題について討論を行った。

記載されている薬剤のご使用にあたっては、各薬剤の添付文書をご参照ください。

# 長期臥床者や在宅療養患者における排便管理



長尾 和宏 先生

医療法人社団裕和会 長尾クリニック 院長  
日本慢性期医療協会 理事  
日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事  
日本尊厳死協会 副理事長、関西支部長  
全国在宅療養支援診療所連絡会 理事

## わが国の長期臓床者や在宅療養患者における排便管理の現状と問題点

**長尾** 現在、超高齢化社会を迎えたわが国において、長期臓床者や在宅療養患者は増加の一途を辿っています。そのなかで、食支援については多職種連携による積極的な介入が行われていますが、便秘症対策をはじめとした排便管理に関しては大きな進展はほとんどみられませんでした。

従来、酸化マグネシウムや刺激性下剤を中心として使用されてきた便秘症治療薬に、わが国では約30年ぶりとなる新薬であるルビプロストンが加わり、排便管理もあらたな局面を迎えつつあります。

そこで、まずは日常診療における排便管理の現状と問題点についてお話を伺いたいと思います。

**馬見塚** 私は、脊椎損傷で消化管運動機能が障害された患者さんなどを多く診ており、排便管理に関しては非常に難渋している状況です。以前に比べ、食支援に積極的に取り組む施設は増えましたが、適切な排便管理を行わずして、栄養管理の本来的な目標は達成できないのではないかと感じています。

**木村** 人間の生活の基本として、快眠・快食・快便は非常に重要です。それについて我々医師や患者さんの側は気付いていながら、排便管理の問題についてはきちんと向き合わないままやり過ごしてきたのではないかと思います。

私が診ているCOPDの在宅療養患者さんの中には

は、排便のたびにひどい息切れを生じ、大変苦しい思いをされている方がおられます。しかし、この患者さんのケースはあくまでも一例に過ぎません。さまざまな病態において、排便管理は重大な問題になっているのだと思います。

**西田** 便秘が続くと、それが原因となって食欲不振を来します。また、最近では認知症患者さんのBPSD<sup>\*</sup> (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) 悪化の要因となることもあります。

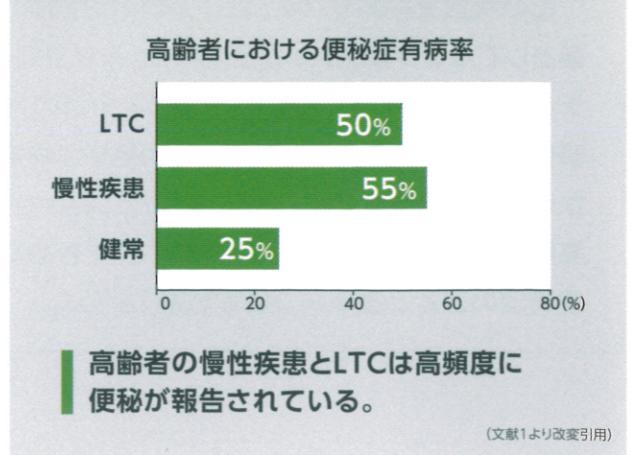
そう考えると現状では、排便管理については主に看護師が取り組んでいる状況ですが、我々医師の側も、もっと積極的に関与していくべき領域であると思います。

**長尾** 高齢者の慢性疾患におけるロングタームケア (Long Term Care:LTC) では、高頻度に便秘が生じているという報告もあります(図1)<sup>1)</sup>。高齢の長期臓床者、在宅療養患者ではさまざまな合併症を抱えており、本来ならCOPD、がん、認知症などと病態別に便秘を論じるべきだと思いますが、なかなかそこまで到達できていないのが現状といえるでしょう。もしかすると、現代医療の中で最も立ち遅れているのは「排便学」かもしれません。

実際に便秘症の患者さんを診療する上で、特にどのようなことを問題点として認識しているのでしょうか。

**馬見塚** たとえば、便秘を来たしている患者さんに下剤を処方したものの、うまくコントロールできずに結局、便

図1 高齢者の慢性疾患とLTCにおける便秘の頻度



秘と下痢を繰り返すという苦痛を患者さんに与えてしまうケースがあります。下痢は喪失した分を補充すればよいと思われるのに対し、便秘の方がよりコントロールが難しいように感じています。

## 排便管理にかかるスタッフや家族への指導

**長尾** 排便管理にかかる機会の多い看護師や介護スタッフ、そして在宅療養患者を抱えるご家族に対しては、どのような指導を実施されていますか。

**馬見塚** 便通異常には十分な注意を払うようお願いしています。脱水があるとどうしても便が硬くなりますので、水分摂取の状態をチェックすることは重要です。十分な水分がないことには、下剤を投与してもスムーズな排便是実現できません。

**長尾** 脱水を見抜いて、しっかり水分をとっていただくということですね。

**木村** 看護師に話を聞くと、摘便やおむつ処理することで患者さんはすっきりした気分になり、会話も弾むようですし、良好なコミュニケーションを図る上で、排便管理は有用なツールとなっているようです。

**長尾** なるほど。排便管理が医療側と患者さんの関係性構築により影響をもたらしているわけですね。

**西田** また、寝たきりになると正常排便が難しくなりますから、自力歩行が可能な患者さんであれば、できるだけ起きて体を動かしていただきます。ご家族に対しては、毎日なるべく同じ時間帯に食事をし、食後は便意の有無にかかわらず患者さんをトイレへ誘導するなど、体内時計に排便が組み込まれるようなアドバイスを行っています。

## 長期臓床者、在宅療養患者における便秘症治療薬選択のポイント

**長尾** 酸化マグネシウムが認知症を合併している患者

馬見塚 勝郎 先生

社団法人藤元メディカルシステム  
藤元総合病院 在宅医療センター長  
かごしま緩和ケアネットワーク 役員  
宮崎県医師会在宅医療協議会 理事  
在宅医療認定医



さんなどに対して漫然と長期投与されていたことで高マグネシウム血症を引き起こし、重篤な転帰に至ったという報告<sup>2)</sup>があり、長期臓床者、在宅療養患者における便秘症治療を酸化マグネシウムに頼りすぎている現況が疑問視されていると思います。その問題がなかなか解決できないなか、電解質濃度に影響を及ぼさないルビプロストンが登場したことは、患者さんにとって大きな福音となると期待されます。

そこで、薬剤を用いた便秘症治療の実際についてお伺いしていきたいと思います。

**馬見塚** 私の場合、腎機能障害がなければまずは水分補給を行い、酸化マグネシウムによる単剤治療で便を軟らかくします。消化管機能が低下している患者さんなどで、酸化マグネシウムでも改善がみられない場合はピコスルファートナトリウム、センノシド製剤などの刺激性下剤を使用します。

また、経口摂取が難しい患者さんには、フルスルチアミンやパンテノールなどを静注で投与しています。

**木村** 私も基本的には、第一選択薬として酸化マグネシウムを検討しますが、最近では、ルビプロストンを単剤投与し、症状をみながら酸化マグネシウムやピコスルファートナトリウム、センノシド製剤の追加を行うケースも増えてきています。

## 便秘症治療薬の効果判定

**長尾** 便秘症治療薬を投与後、治療効果についてはどのようにして評価をされていますか。

# 長期臥床者や在宅療養患者における排便管理



木村 貴純 先生

医療法人桑樹会 木村内科・胃腸内科 院長  
日本プライマリ・ケア連合学会認定医  
日本消化器病学会専門医  
日本消化器内視鏡学会専門医  
日本肝臓学会専門医

**馬見塚** 通常は、3日から1週間程度で効果判定を行っています。

**長尾** 排便日誌のようなものを用いることはありますか。

**馬見塚** 排便だけで日誌をつけることはありませんが、がん性疼痛のある患者さんには、看護師にがん性疼痛の評価とあわせて便の軟らかさや量についても記録をしてもらい、それをもとに便秘症治療薬の効果を確認しています。

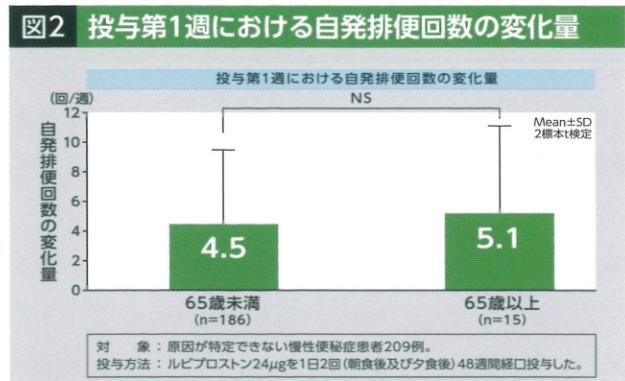
**木村** 当院も、デイケアやデイサービスの介護スタッフが記録をつけてくれていますので、それを効果判定に活用しています。

**西田** 私の場合は訪問看護ステーションに依頼して、カレンダーに排便状態の記録をつけてもらっています。刺激性下剤では增量によりスパズム(腸の過剰収縮)が生じ、便秘を助長する可能性があるため、記録を参考に治療薬の見直しを行うケースは多いです。

**長尾** 治療薬の効果判定に関しては、現状のところ看護師や介護スタッフが患者さんの排便状態を記録し、その情報をもとに医師が適切な治療を行うということですね。

## ルビプロストンの効果的な使い方

**長尾** ルビプロストンは、65歳以上の高齢者でも、65歳未満と比較して自発排便回数において同等の効果が得られており(図2)<sup>3)</sup>、副作用の発現についても、国内臨床試験(24μgを1日2回投与)において65歳以上では31症例中14例(45.2%)、65歳未満では284症例中182



**ルビプロストンによる自発排便回数の増加量に、年齢による差は認められなかった。**

(文献3より引用)

## 図3 年齢別副作用発現率

国内で実施した臨床試験(24μg1日2回投与)における年齢別副作用

年齢	副作用発現例数/層別因子該当症例数		副作用発現率
	65歳以上	65歳未満	
65歳以上	14/31		45.2%
65歳未満		182/284	64.1%

(文献3より引用)

例(64.1%)でした(図3)<sup>3)</sup>。つまり高齢者の便秘症治療においても有効性が期待できるといえますが、先生方はルビプロストンをどのように使用されていますか。

**馬見塚** 脊椎損傷の患者さんでは1回24μgを1日2回処方しますが、高齢者では生理機能が低下していたり、体が小さい方もいるので24μgを1日1回<sup>\*</sup>から開始し、経過観察しながら增量を行うようにしています。

**西田** 当院でも、高齢者ではより副作用などに注意しながら慎重に投与しています。

**木村** 当院は有床診療所ですので、長期臥床状態を余儀なくされ、便秘に苦慮されている患者さんが少なくありません。

そこで、RomeⅢ基準を満たす当院入院中の便秘症患者さんを対象にルビプロストン24μg/日投与群、48μg/日投与群、重質酸化マグネシウム群、センナ群、プラセボ群に無作為に割り付けを行い、56日間の有効性と安全性の検討を行いました<sup>4)</sup>。

その結果、24μg/日投与群、48μg/日投与群とも投与開始1~2週後から4回/週程度の自発排便が認められました。便性状については治療開始時は各群ともプリストルスケール2前後であったものが、ルビプロストン群では4程度にまで改善がみられ、重質酸化マグネシウム群については3~4へと緩徐に安定し、センナ群、プラセボ群で大きな変化は認めませんでした。

副作用については、48μg/日投与群で軽微な消化器症状を中心とする副作用が認められましたが、電解質異常はみられませんでした。

この結果を踏まえて、ルビプロストンは24μg/日からの慎重投与は長期臥床の患者さんの便秘症治療に有効であると思います。

また、ルビプロストンは既存薬剤に比べると薬価が高いという印象がありますが、摘便の場合では1回あたり1,000円(100点)が算定されます。そうすると、摘便を月4~5回実施するのと、ルビプロストン24μg/日を1ヵ月处方するのとで、患者さんの経済的負担に大差はないことがありますし、摘便に要する看護師の時間的コストも削減できます。ですから、個々の患者さんの状況に応じて24μgで開始するのも1つの方法かと思います。

**長尾** 高齢の患者さんと、24μg/日からでも効果が期待できるということですね。生理機能低下などによる副作用発現のリスクも考慮すると、高齢者の場合は少量から投与開始の方が副作用のモニタリングが行いやすいかもしれません。

## ルビプロストンの印象と排便管理の今後の展望

**長尾** ルビプロストンは小腸粘膜上皮細胞に存在する

西田 伸一 先生

医療法人社団東社会 西田医院 理事長  
公益社団法人調布市医師会 副会長  
日本在宅医学会認定専門医  
日本救急医学会認定専門医  
日本外科学会認定登録医



CIC-2クロライドチャネルに作用することで腸管内への水分分泌を促進し、便を軟らかくして排便を促すという新しい作用機序を有する薬剤ですが、この点について、先生方はどのような印象をお持ちですか。

**馬見塚** 私は子どもの頃から便秘症でしたが、最近、ルビプロストンを使うようになってからスムーズな便意が得られていますし、硬さも理想的な、うるおいのある状態の便が出ます。

**木村** たしかに、プリストルスケール3~4程度の瑞々しい、ぬめり感のある便が出やすくなりますね。

**馬見塚** そのぬめり感が、他剤では得られないルビプロストンの特徴を感じています。

**長尾** つまり無理のない、自然な排便に近い快便感が得られるということですね。

**西田** 刺激性下剤では腹部に不快感を生じることがありましたでしたが、ルビプロストンは刺激が少なく、痛みを生じない点が大きなメリットであると思います。

また、慢性便秘は大腸ポリープあるいは大腸がんを発症させる重要な危険因子となります。我々医師にとって、便秘症治療は日常臨床において見過ごすことでのきない、非常に重要な問題であることを本日の座談会であらためて認識しました。

**長尾** 慢性便秘においては、痔核や裂肛、直腸脱出、宿便、女性の場合は子宮脱などの合併症で苦しむ患者さんも非常に多いと聞きます。たとえ高齢で寝たきりになっても可能な限りQOLを維持することは重要です。慢性便秘症治療薬がそうした合併症を減らし、患者さんの人間としての尊厳を保つことに貢献でき、そしてルビ

## 長期臥床者や在宅療養患者における排便管理

プロストンがその中心的薬剤となることが期待されます。

高齢者の排便管理の問題を論じる場合には、医療と介護の連携抜きには語れません。2014年4月の診療報酬改定によって病院や施設からの在宅復帰が強く促進されるなか、今後、排便管理を介した連携が進めば、より一層患者さんのQOLが向上するものと思われます。

本日はどうもありがとうございました。

### 文献

- 1) Shua-Haim JR, Sabo M, Ross JS:Constipation in the elderly: a practical approach.  
<http://www.clinicalgeriatrics.com/article/1188>. (2007年3月12日)
- 2) 厚生労働省医薬食品局:医薬品・医療機器等安全性情報252号, 2008
- 3) ルビプロストン承認申請資料
- 4) 木村貴純:長期臥床慢性便秘患者に対するルビプロストンの有効性と経済効果.  
Pharma Medica 32(4):77-78, 2014