

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 15 No. 2

September 2017

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 2424-0052

看護科学研究 編集委員会

編集委員： 委員長 太田勝正 (名古屋大学)
副編集長 八代利香 (鹿児島大学)
(五十音順) 江崎一子 (大分香りの博物館)
江藤宏美 (長崎大学)
河村奈美子 (滋賀医科大学)
末弘理恵 (大分大学)
三宅晋司 (産業医科大学)
村嶋幸代 (大分県立看護科学大学)
山下早苗 (防衛医科大学校)

編集幹事： 平野 亙 (大分県立看護科学大学)

英文校閲： Gerald Thomas Shirley (大分県立看護科学大学)

事務局： 定金香里 (大分県立看護科学大学)
山田貴子 (大分県立看護科学大学)
秋本慶子 (大分県立看護科学大学)
白川裕子 (大分県立看護科学大学)

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人の意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文：	2名
	総説：	1名
	研究報告：	2名
	資料：	1名
	トピックス：	1名
	ケースレポート：	1名

看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。投稿論文チェックリストにより確認する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、投稿原稿は2ヶ月を目途に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。また著作権は、看護科学研究編集委員会に所属する。査読では以下の点を評価する。

内容：掲載価値があるか、論文の内容は正しいか、論文の区分が正しいか

形式：書き方・表現が適切か、論文の長さが適切か、タイトル・英文要旨が適切か、引用文献が適切か

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに(委員会から特に指示がない場合、2ヶ月以内を目途に)再投稿すること。返送の日より2ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。なお、返送から2ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWWページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物における **biomedical** 研究実験的治療を含む)は、関係する法令並びにヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に準拠していること。
- 2) 関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文に記載すること。ただし、投稿区分「ケースレポート」については、倫理的配慮等に関するチェックリストの提出をもって、それに代えるものとする。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 著作権譲渡

著作権は看護科学研究編集委員会に帰属する。論文投稿時、投稿論文チェックリストを提出することにより、著作権を譲渡することを認めたものとする。

14. 投稿論文チェックリスト

著論文投稿時に、原稿とともに投稿論文チェックリストを提出する。

15. 英文(全文、または和文の英文タイトル、英文要旨)のネイティブ・チェック

英語を母国語としない方は、専門分野の用語を理解している英語ネイティブのチェックを受けた後、投稿する。

16. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

E-mail: jjnhs@oita-nhs.ac.jp

表 1 投稿区分

カテゴリー	内容	字数
原著 (original article)	独創的な研究論文および科学的な観察	和文 5,000 ～ 10,000 文字 英文 1,500 ～ 4,000 語
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	和文 5,000 ～ 10,000 文字 英文 1,500 ～ 4,000 語
研究報告 (study paper)	独創的な研究の報告または手法の改良提起に関する論文	和文 5,000 ～ 10,000 文字 英文 1,500 ～ 4,000 語
資料 (technical and/or clinical data)	看護・保健に関する有用な資料	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
トピックス (topics)	国内外の事情に関するの報告など	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
ケースレポート (case report)	臨地実践・実習から得られた知見	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
読者の声 (letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	和文 2,000 文字以内 英文 1,000 語以内

執筆要項

1. 原稿の提出方法

本誌は電子投稿を基本としています。以下の要領に従って電子ファイルを作成し、E-mailに添付してお送り下さい。その際、ファイルは圧縮しないで下さい。

ファイルサイズが大きい、あるいは電子化できない図表がある場合は、ファイルをCDにコピーし、鮮明な印字原稿を添えて郵送して下さい。原則として、お送りいただいた原稿、メディア、写真等は返却いたしません。

投稿区分「ケースレポート」を提出する場合は、「チェックリスト」を必ず郵送でお送り下さい。

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

角2封筒の表に「看護科学研究原稿在中」と朱書きし、下記まで書留でお送り下さい。

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

看護科学研究編集事務局

2. 提出原稿の内容

1) ファイルの構成

表紙、本文、図表、図表タイトルを、それぞれ個別のファイルとして用意して下さい。図表は1ファイルにつき1枚とします。ファイル名には、著者の姓と名前の頭文字を付け、次のようにして下さい。投稿区分「ケースレポート」については、署名をした投稿要項別紙のチェックリストも用意してください。

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtab1

表2: OTtab2

図表タイトル: OTcap

2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

表紙: 投稿区分、論文タイトル(和文・英文)、氏名(和文・英文)、所属(和文・英文)、要旨(下記参照)、キーワード(下記参照)、ランニングタイトル(下記参照)

本文: 論文本文、引用文献、注記、著者連絡先(郵便番号、住所、所属、氏名、E-mailアドレス)

図表タイトル: すべての図表のタイトル

3) 要旨

原著、総説、研究報告、資料については、英文250語以内、和文原稿の場合には、さらに和文400字以内の要旨もつけて下さい。

4) キーワード、ランニングタイトル

すべての原稿に英文キーワードを6語以内でつけて下さい。和文原稿には、日本語キーワードも6語以内でつけて下さい。また、論文の内容を簡潔に表すランニングタイトルを、英文原稿では英語8語以内、和文原稿では日本語15文字以内でつけて下さい。

3. 原稿執筆上の注意点

1) ファイル形式

原稿はMicrosoft Wordで作成して下さい。これ以外の

ソフトウェアを使用した場合は、Text形式で保存して下さい。
図表に関しては以下のファイル形式も受け付けますが、
図表内の文字には、Times New Roman、Arial、MS明朝、
MSゴシックのいずれかのフォントを使用して下さい。

Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint,
Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, EPS, DCS,
TIFF, JPEG, PDF

2) 書体

ひらがな、カタカナ、漢字、句読点と本文(和文)中の括弧は全角で、それ以外(数字、アルファベット、記号)は半角にして下さい。数字にはアラビア数字(123...)を使用して下さい。

全角文字については、太字および斜体は使用しないで下さい。また、本文・図表とも、下記のような全角特殊文字の使用は避けて下さい。

(例) ① VII ix © ★ ※ “ No. m² kg ㄥ (株) 鞆 ☞

3) 句読点

本文中では、「、」と「。」に統一して下さい。句読点以外の「、」「:」「;」などは、すべて半角にして下さい。

4) 章・節番号

章・節につける番号は、1. 2. …、1.1 1.2 …として下さい。ただし、4桁以上の番号の使用は控えてください。

(例) 2. 研究方法

2.1 看護職に対する意識調査

2.1.1 調査対象

5) 書式

本文の作成にはA4判用紙を使用し、余白は上下・左右各30.0 mm、1ページあたり37行40文字を目安にして下さい。適宜、改行を用いてもかまいません。本文には、通しのページ番号を入れて下さい。

図表については大きさやページ数等の設定はいたしません。ただし、製版時に縮小されますので、全体が最大A4サイズ1ページにおさまるようフォントサイズにご留意下さい。1ページを超える図表になる場合は、編集事務局にご相談下さい。

6) 引用文献

本文及び図表で引用した文献は、本文の後に日本語・外国語のものを分けずに、筆頭著者名(姓)のアルファベット順に番号をふらないで記載して下さい。ただし、同一筆頭著者の複数の文献は、発行年順にして下さい。著者が3名よりも多い場合は最初の3名のみ記載し、それ以外は「他」「et al」として省略してください。雑誌名に公式な略名がある場合は略名を使用して下さい。なお、特殊な報告書、投稿中の原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を避けて下さい。原則として、引用する文献は既に刊行されているもの、あるいは掲載が確定し印刷中のものに限りです。

正確を期すため、DOIがある場合にはつけて下さい。

(例: 雑誌の場合)

江崎一子, 神宮政男, 古田栄一 他(1996). 早期リウマチ診断における抗ガラクトース欠損IgG抗体測定の臨床的意義. 基礎と臨床 30, 3599-3606.

Miyake S, Loslever P and Hancock PA (2001). Individual differences in tracking. Ergonomics. 44, 1056-1068.

Murashima S, Nagata S, Magilvy J et al (2002). Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. Public Health Nurs. 19, 94-103.

Ishikawa Y and Eto H (2012). An observational study using jncast of mother-infant interactions during breastfeeding on the forth day after birth. Journal of Japan Academy of Midwifery. 26, 264-274. DOI: 10.3418/jjam.26.264

(例: 書籍の場合)

高木廣文(2003). 生活習慣尺度の因子構造と同等性の検討. 柳井晴夫(編), 多変量解析実例ハンドブック, pp95-110. 朝倉書店, 東京.

Emerson AG (1976). Winners and losers: Battles, retreats, gains, and ruins from the Vietnam War. Norton, New York.

O'Neil JM and Egan J (1992). Men's and Women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In Kusama T and Kai M (Eds), Gender issues across the life cycle, pp107-123. Springer, New York.

(例: 電子ジャーナル等の場合)

太田勝正 (1999). 看護情報学における看護ミニマムデータセットについて. 大分看護科学研究 1, 6-10. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf) (最終閲覧日: 2016年2月5日)

Lee SW (2014). Overview of nursing theory. Jap J Nurs Health Sci 12, 58-67. http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/12_2/12_2_3.pdf (accessed: 2011-12-24)

本文中では、引用文の最後に(太田 2017)または(Ota 2017)のように記載します。ただし、一つの段落で同じ文献が続いて引用されている場合は不要です。著者が2名の場合は(太田・八代 2017)または(Ota and Yatsushiro 2017)、3名以上の場合は(太田 他 2017)または(Ota et al 2017)として下さい。同一著者の複数の文献が同一年にある場合は、(太田 2017a)、(太田 2017b)として区別します。2つ以上の論文を同一箇所引用する場合はカンマで区切ります。

(例) 食事中の塩分や脂肪は、大腸がんのリスクファクターのひとつであると考えられている(Adamson and Robe 1998a, O'Keefe et al 2007)。

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(太田 2017)のように記載し、引用文献として明示して下さい。ただし、あらかじめ著作者に転載の許可を得て下さい。

電子ジャーナルの引用は、雑誌に準じますが、加えて最終閲覧日を記載して下さい。それ以外のインターネット上のリソースに言及する必要がある場合は、引用文献とはせず、本文中にURLを明記して下さい。

(2017年4月1日改定)

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 15, No. 2 (2017年9月)

目次

研究報告

- 便秘症状を有するA大学女子学生の便秘薬選択過程と選択後の排便状況及び排便管理 25
吉良 いずみ

企画記事

- Maximizing comfort for the person with dementia: Nursing care approaches that work across the continuum of care 36
Carol O. Long
- せん妄 適確にアセスメントをし、せん妄を予防する 45
小川 朝生

便秘症状を有するA大学女子学生の便秘薬選択過程と選択後の排便状況及び排便管理

Laxative selection process by female students with constipation and the state of bowel movement and management

吉良 いずみ Izumi Kira

大分大学 医学部 看護学科 Oita University

2016年7月26日投稿, 2017年7月31日受理

要旨

本研究は、便秘症状を有し便秘薬を使用する女子大学生5名を対象に、便秘薬の選択過程から選択後の排便状況及び排便管理について明らかにすることを目的とした。インタビュー調査の結果、便秘薬を選択するまでに《排便困難感と関連症状の出現》や《排便に影響する健康パターンの認識》といった過程を経て、《便秘薬の効果に関する広告や宣伝》《便秘薬の使用を勧める親の存在》などをきっかけとし便秘薬を開始していた。便秘薬選択後の排便状態は《副作用症状のない排便コントロールの成功》がある一方で、《正常な排便状況からの逸脱》や《副作用症状による身体的・精神的苦痛》を経験し、《排便状況に応じた便秘薬の決定》をしていた。また、便秘薬の使用による《排便状況への満足感や安心感》がある一方で《過剰な排泄効果と副作用への不安》もあった。便秘薬の使用を効果的で安全な保健行動とするためには、対象者の背景や排便状況、副作用症状を丁寧に聴取しより良い排便状態をとるに考え支援する必要性がある。

Abstract

This study aimed to clarify the process of selecting a laxative and state of bowel movement and management after consuming laxatives among five female students with constipation. Participants who experienced difficulty in bowel movement and became aware of health patterns or conditions that affect bowel movement chose a laxative based on parental recommendation or advertisements regarding the efficacy of a laxative. They reported that the state of their bowel movement after using laxatives improved in terms of frequency, but they also experienced bowel movements different from normal ones and the worsening of bowel movement and general physical condition after discontinuing laxatives. In addition, they reported that determining the dose of laxatives based on the state of the bowel movement was important. Furthermore, although they reported feeling satisfied and relieved regarding the state of their bowel movement after using laxatives, they also reported anxiety regarding excessive stimulation of bowel movement and adverse effects. For safe laxative use and effective health behavior, support to improve bowel movements should be based on careful investigation of the subject's background characteristics, state of bowel movement, and adverse effects of laxatives.

キーワード

便秘症状、便秘薬、排便管理

Key words

constipation, laxatives, bowel management

1. はじめに

便秘症状は成人の14～19%程度が有し、特に女性に多いことが報告されている (Spinzi et al 2009)。便秘症状を有する成人女性は、食事、運動、水分摂取、便秘薬の使用 (Lee and Warden 2011) などによるセルフケアを実施しており、特に、便秘薬の選択は、同様に便秘症状に悩む成人男性に比較して女性ではおよそ2倍である (福島他 1991)と報告されている。

便秘薬は、作用機序によって整腸剤、緩下剤、機械性下剤などに分類され、医師から処方されるだけでなく市販薬の入手が可能である。以上のことから便秘薬は、一般市民にとっても看護者にとっても便秘症状に対する第一義的な対処方法として選択されている現状があり、多くの便秘で苦しむ人々が使用していると考えられる。

しかし、便秘薬は高マグネシウム血症や下痢、習慣性による粘膜の炎症および損傷といった副

作用症状が報告されている(松岡・谷川原 2007)。また、慢性便秘症患者の下剤使用に関する実態調査では、便秘症状の発症から下剤使用までの期間は3ヶ月未満が39%であり、比較的早期から便秘薬を内服する傾向があること(高野 1990)が報告されている。便秘薬は便秘そのものを改善できないことに加えて、副作用症状や長期の使用による耐性、新たな有害事象を発生する可能性もある。そのため、その効果と副作用症状を評価し排便管理の手段として適切に使用できるよう支援するとともに、対象にとってのよりよい排便管理の方法についても検討する必要がある。排泄は基本的ニードであり、誰もができるだけ自然な形で、尚且つ身体に負担がない排便が行えるよう、安全な看護ケアを科学的根拠のもとに提供することが我々看護者に求められている。

地域で生活する便秘の自覚症状があり便秘薬を使用している成人女性に対して、40℃の腰部温罨法を実施し検討した先行研究では(Kira 2016)、自覚的な便秘症状や排便状態は改善した一方で、便秘薬の使用日数と回数に有意な減少は認められなかった。

この結果から、便秘薬を内服する対象者にとって、自覚的な便秘症状の改善および排便日数や回数の改善のみでは、便秘薬の使用量を減少させるという行動には繋がらず、便秘薬を使用するという行動には便秘症状以外の影響があるのではないかと考えた。上述したように、便秘薬は副作用症状の報告もあり、薬剤の使用は必要最低限にとどめながら、心身への負担が少なくできるだけ自然に近い形で排便管理を行えることが望ましいと考える。しかし、便秘症状が緩和しても便秘薬の使用を継続するのは、「便秘薬を継続したい」という対象者自身の思いや、「便秘薬を継続しなければならない」という何らかの理由によると推測できる。そのため、これらの対象者の「便秘薬の使用」に対する思いを知り、実際に便秘薬の使用によってどのような排便状態になっているのかを知らなければ、対象にとって適切な排便管理の支援は提供できないと考えた。

そこで本研究では、便秘薬を使用し始めたきっかけや便秘薬の選択の過程および便秘薬の使用による排便状況の変化や便秘薬の継続理由と対象者の便秘薬の使用に対する思いを明らかにすること

を目的として調査を行った。これらを明らかにすることにより、便秘症状に対する適切な便秘薬の使用を含めた、対象者に負担の少ない排便管理のための看護的な支援につながると考える。

2. 研究の目的

本研究のリサーチクエッションは、「便秘症状を有する成人女性において、便秘薬の使用を開始したきっかけは何か、また便秘薬使用後の排便管理状況はどのようなものであるか」である。便秘症状を有し便秘薬を使用する成人女性の、便秘薬の選択過程から選択後の排便状況及び排便管理について実態と便秘薬の使用に対する思いを記述的に明らかにすることを目的とする。

3. 研究方法

3.1 研究デザイン

質的記述的研究

3.2 調査期間

2013年10月～2014年3月

3.3 研究対象

3.3.1 対象者の条件

便秘症状に対して便秘薬の使用を行いながらも地域で社会生活を送る20代の成人女性5～8名とした。成人女性では、10代から便秘症状を有する対象者が増加し、20代でさらに増加し30代で第1のピークを迎える(独立行政法人統計センター 2009)。そのため、便秘症状が増加し始め、尚且つ自分で便秘薬をコントロールしている期間に入っていると考えられる20歳～30歳代の成人女性とした。また、機能性消化管障害全体の診断基準として開発されたROME」基準の「機能性便秘」の診断基準を参考に、症状が少なくとも6か月以上前から出現しているものとし、合わせて自覚的な便秘症状を測定する日本語版便秘評価尺度(Constitution Assessment Scale: 以下CASとする; 深井 2007, 深井 他 1995a, 深井 他 1995b, McMillan and Williams 1989) 5点以上で便秘症状により日常生活に支障があると感じている人を対象とした。尚、CASはその評価期間から、過去数日間(short term, ST版)、過去1週間(middle term, MT版)、過去1か月(long term, LT版)の3種類があり、信頼性妥当性は検討されている(深

井 他 1995a)。本研究では慢性的な便秘症状を有する対象者を選定するため、LT版を使用した。

尚、本研究における「便秘薬の選択」については、医療機関で便秘薬が処方された場合についても、その使用や継続を本人が選択していると解釈し、「便秘薬を選択した」対象者であると捉えた。

3.4 データ収集方法

3.4.1 対象地域と施設

日本の成人女性における便秘の罹患率は、15-20%と報告され地域差に関する報告はない(独立行政法人統計センター 2009)。そのため、研究者が在住する地域に設定をし、20～30歳代の成人女性が多く集まると考えられるA大学に通学する女子学生を対象とした。

3.4.2 調査手順

施設管理者から研究実施の許可を得たのち、研究説明用紙と募集ポスターを配布するとともに、掲示板などの不特定多数のA大学女子学生が閲覧可能な場所に、研究内容と募集内容に関するポスターを掲示した。ポスターを基に研究に応募してきた対象者に対して、直接会い、調査内容、実施方法、倫理的配慮について資料を用いて口頭で説明した。調査内容や方法について同意を得られた対象者には、CASを実施してもらい5点以上の「自覚的な便秘症状がある」と判断された場合、同意書に署名をしてもらい研究協力者とした。

3.5 インタビュー内容

フェイスシートに対象者の背景として、年齢、便秘期間、便秘薬使用期間、月経周期を記載してもらった。

具体的なインタビュー内容は以下のとおりである。

- (1) 便秘症状への対処方法として便秘薬使用を選択するまでの過程
- (2) 便秘薬を選択したきっかけ
- (3) 便秘薬選択後の排便状況
- (4) 便秘薬の使用に対する思い

内容の方向性をもちながらも、対象者に自由に発言してもらうことを目的として、半構成的なインタビューとし、原則1回60分で対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。

3.6 分析方法

分析は萱間(2007)の質的データの分析を参考に行った。得られたインタビューデータは逐語録に起こした。逐語録に起こした内容については、発言の内容や意図を直接対象者に確認し、インタビュー内容の信頼性を高めた。また、分析の過程では、対象者の許可のもと、初めにインタビューの結果について排泄援助の専門家1名に内容を提示し、対象者の発言内容やその意図について共有した。

その後、研究者がインタビュー内容を何度も読み、インタビュー内容ごとに分析した。分析では、はじめに(1)便秘薬使用を選択するまでの過程について、全ての対象者のデータについてこの内容に該当する部分に下線を引き、逐語録に出現した順に番号を付け、データをスライスレコード化を行った。内容の類似性や相違性に基づき、サブカテゴリ化し、さらにカテゴリ化を行った。その後、同様の分析をインタビュー内容(2)～(4)のすべてについて行った。カテゴリ化の過程においても排泄援助の専門家1名と共に2度のディスカッションをし、対象者の語った意味内容とカテゴリ内容の表現および内容の妥当性を高めた。

3.7 倫理的配慮

対象者には、研究の目的、方法、個人情報の保護、研究協力は自由意思であり、研究協力の有無及び途中で研究参加を中断する場合も不利益を被ることはないことを紙面と口頭で説明し、同意書と研究参加断り書を渡した。対象者の選定基準として使用するCASは、日本語版の開発者に使用許可を得た。尚、本研究は大分大学医学部倫理委員会の承諾を得て実施した(承認番号673)。

4. 結果

4.1 対象者の背景

研究への参加申し込みがあったのは6名で、そのうち研究内容の説明後、対象者の選定基準に該当し、研究への協力が得られた研究協力者は5名、平均年齢は23歳(20～30歳)、便秘期間の平均は9.8年(1～27年)、便秘薬の使用期間の平均は4.7年(1～12年)であった。他の疾患による治療や薬剤の内服による便秘症状であるものはいなかった。自覚的な便秘症状を示すCASの平均得点は7.8点

(5-11点)で、全員が5点以上であり自覚的な便秘症状があると判断された。便秘薬の使用頻度は月に2回程度から2回/日で、5名中3名は副作用の自覚がありながらも内服を継続していた。便秘薬の使用に関する副作用症状については、5名中3名が「知っている」と回答し、知っている具体的な内容には「腹痛、腹満、血圧低下、腸が黒ずむ、下痢、自然排便が困難、便秘薬耐性」などがあつた。

以下の結果については、カテゴリは《 》、サブカテゴリは< >、対象者の語りは「 」で示した。

4.2 便秘薬を選択するまでの過程と選択のきっかけ

4.2.1 便秘薬を選択するまでの過程

便秘薬を選択するまでの過程では、33のデータから《排便困難感と関連症状の出現》、《排便に影響する健康パターンの認識》、《生活構造の変化》、《不規則な生活習慣》、《体重増加に対する恐怖心》と命名した5つのカテゴリを抽出した。

対象者は、便秘薬を選択するまでに「1週間とかは普通に出ない」「出てもちょっとしか出なくて」といった<排便困難感の自覚>や、「冷や汗と頭がくらくらする」という<便秘の悪化による身体症状の出現>から、《排便困難感と関連症状の出現》を認識していた。また、「生理前の1週間はやっぱり全然でない時もある」といった<月経による排便状況への影響>や、「体調が乱れ始めてからだんだんこういう風になった」といった<体調不良による排便への影響>について認識しており、ホルモンバランスや体調によって自身の排便状況が影響され、<自分は便秘であるという自覚>を持って生活していた。さらに、その背景として<生活時間の変化><生活空間の変化>という物理的な環境の変化と共に、<家族関係の変化>という自身を取り巻く人間関係の変化から《生活構造の変化》を経験するとともに、<食習慣の悪化>や<運動不足>といった、排便状況に影響する日常生活行動に《不規則な生活習慣》が見られていた。さらに、便秘症状とは関係なく「水を飲むのがずっと怖かった」など《体重増加に関する恐怖心》を抱いていることもあつた(表1)。

4.2.2 便秘症状への対処方法として便秘薬を選択したきっかけ

便秘薬の使用を選択したきっかけについては、17のデータから《便秘薬の効果に関する広告や宣

伝》、《便秘薬の使用を勧める親の存在》、《便秘薬の容易な入手環境》、《確実な排便効果の期待》と命名した4つのカテゴリを抽出した。各カテゴリに該当するサブカテゴリ、コードは表2に示すとおりである。

対象者は便秘症状の対処方法として便秘薬を選択するにあたり、<ネットの口コミにある効果の期待>や、同様に店頭に並んだ<商品の陳列方法による効果の期待>をしており、《便秘薬の効果に関する広告や宣伝》へとつながっていた。一方、「副作用ないからいいよ、みたいなこと言われて」「親が勧めてくれてた」と直接<親の勧め>があつたことや、<親が医療関係者>であること、そもそも<親が便秘>であるといった対象者にとって近い関係にある《便秘薬の使用を勧める親の存在》があつた。

さらに、「母が家に常備していた」「薬局箱を買っていて、その中に入っていた」といった、<自宅に便秘薬が常備されていた>という状況や、「自分で病院に行って、そこでお薬もらってた」という、<医療機関の受診による便秘薬の処方>が継続的に行われる状況があつた。対象者自身の<所属施設の健康管理担当部署への相談>によっても、便秘薬を手に入れることができるような、《便秘薬の容易な入手環境》にあつた。さらに、便秘薬によって排便が確実に出るだろうという考えのもと、「家を出したいって気持ちがあつた」といった<排便をコントロールし自分で排泄したいという思い>をもち、《確実な排便効果の期待》があつた。

4.3 便秘薬選択後の排便状況と排便管理

4.3.1 便秘薬の使用を開始してから現在までの排便状況

便秘薬を内服してからの排便状況については、39のデータから《副作用症状のない排便コントロールの成功》、《正常な排便状況からの逸脱》、《副作用症状による身体的精神的苦痛》、《心身の状態や日常生活行動による排便状態の悪化》、《社会生活における支障》と命名した5つのカテゴリを抽出した。各カテゴリに該当するサブカテゴリ、コードは表3に示すとおりである。

対象者は便秘薬の効果によって、「1日1回くらいになりました」といった<正常な排便回数への

表2. 便秘薬を選択したきっかけ

サブカテゴリ	コード	データ(17)
ネットのロコミにある効果の期待	ネットで一番メジャー	ネットでこれが一番、メジャー
商品の陳列方法による効果の期待	いっぱい並んでいるのが一番いい	いっぱい並んでるから「あ、一番いいんだろな」
親の勧め	飲んでみるよという勧め 副作用がなく良いという勧め 親の勧め	1回飲んでみればって言われて勧められて 副作用ないからいいよ、みたいなこと言われて 親が勧めてくれた
親が医療関係者	親が医療関係者	親が医療関係の仕事
親が便秘	母が便秘	母がすごい便秘
自宅に便秘薬が常備されていた	家族が便秘薬を常備していた 自宅の薬局箱に便秘薬が入っていた 便秘薬が家にあった	母が家に常備していた 薬局箱を買っていて、その中に入っていた 薬が家に結構あって 家にあった
医療機関の受診による便秘薬の処方	自分で病院に行き便秘薬をもらった	自分で病院に行って、そこでお薬もらった
所属施設の健康管理担当部署への相談	保健管理センターに相談した 保健管理センターで便秘薬をもらった	本当に苦しくて、保健管理センターに飛び込んだ 保健管理センターで薬をもらった
排便をコントロールし自宅で排泄したいという思い	家を出したいという気持ち	家を出たいっていう気持ちがあった
確実かつ即効性のある排便効果の期待	便が出て手取り早い 効果のあるものがいい	出るし、手取り早い 買うなら効くやつがいい

回復>が見られるように排便状況が改善し、《副作用症状のない排便コントロールの成功》が得られていた一方で、「下痢っていうか、ちょっと水様っぽい」といった、<下痢便の出現>や「強いのも、ずっと服用してたので効かなくなってきた」といった<排便反応の低下>を体験し《正常な排便状況からの逸脱》がみられていた。また、実際に「吐いて、なんか呼吸困難みたいな、もうめまいが、みたいな」といった<便秘薬による副作用症状>の体験や、すでに知識としてある「ネットで調べたら、それ以上飲まないとか効かなくなるとか」といった<副作用症状に対する恐怖感>も抱いており、《副作用症状による身体的精神的苦痛》を伴っていた。

さらに、「寒いとか、多分いろいろあってでなくて」「解放された土曜日だ、と思うと、するっと出る」といった、<気候や精神面による排便状況への影響>や、通常とは異なるイベントにより<日常生活行動の変化による排便状況の悪化>が起こったり、もともとある<月経周期に関連した排便状況の悪化>が起こることで、《心身の状態や日常生活による排便状態の悪化》があった。「毎日2錠飲んでるとずっと出る時とかちよろちよろとあって」といった<持続的な便意の出現による日常生活への支障>や、「うつ伏せで眠れなくて、痛くて便があると」といった<便秘症状の継続による日常生活行動への支障>という《社会生活における支障》もみられていた。

4.3.2 便秘薬選択後の排便管理

便秘薬の内服を選択してからの排便管理につい

ては、18のデータから《排便状況に応じた便秘薬の決定》、《便秘薬の中断による排便状況・身体症状の悪化》、《副作用を考慮した便秘薬の変更や中断》と命名した3つのカテゴリを抽出した。各カテゴリに該当するサブカテゴリ、コードは表4に示すとおりである。

対象者は、「色々な薬を使っている」「出ないなと思ったらちゃんとした薬に替える」など、継続して使用中で自分にあった便秘薬を選択し、<確実な効果が得られる便秘薬の種類の選定>を行うとともに、「1日出なかつたら次の日飲む」といった、自分の<排便状況による便秘薬の使用量の決定>も行うことで、効果的な排便管理ができるよう《排便状況に応じた便秘薬の決定》を行っていた。また、<便秘薬の中断による排便状態の悪化>や<便秘薬の中断による身体・精神的側面への影響>といった、便秘薬の使用を中断することによる排便状態の悪化だけでなく、「薬を止めると尿の回数も減る感じ」「薬を止めて2日出ないと気分が悪くなる」といった<便秘薬の中断による身体・精神的側面への影響>という《便秘薬の中断による排便状況・身体症状の悪化》も見られた。

さらに、「副作用症状が強くなったと思ったら変えたりしたけど、やっぱり出なくて強いのに」「飲み過ぎて体調不良になり変えた」といったすでに起きている<副作用症状の軽減のための新たな便秘薬への変更>や、「薬剤師に、『これは副作用が弱いから、こっちの方がいいんじゃない』って言われて」「他の便秘の薬だとお腹が痛くなったりとかそういうのがあるって聞いてて」といっ

表3. 便秘薬選択後の排便状況

サブカテゴリ	コード	データ (39)
正常な排便回数への回復	1日2回以上 1日1回 2日1回	1日に2回以上出る 1日1回とか 1日1回くらい 2日に1回くらい
副作用症状の出現がない	お腹の痛みはない 下痢はない	お腹痛くなったことはない 飲むと下痢もなく
下痢便の出現	下痢になる 水様っぽい便 やわらかい便 軟便から水分が多い便 どろどろの便	ちょっと下痢っぽくなる 3袋飲むと下痢になる たまに下痢になる 無理に出そうと思った時は下痢になることもある 下痢っていうか、ちょっと水様っぽい ちょっとやわらかい便が出る感じ 軟便から水分が多い感じ 最初は硬い便とかも出ていたが、今はどろどろ
排便反応の低下	最初は回数も多かった ずっと服用して効かなくなってきた いつも出ていたがうまくいかなくなった	最初はもっと回数も多かった 強いのもずっと服用してたので効かなくなってきた いつも夜寝る前に飲んで次の日の朝とか夜に出るが、それがうまくいかなくて薬も効かないのかなって思って
便秘薬による副作用症状	お腹が痛い 気持ちが悪くなり背骨が痛くなる 嘔吐・呼吸困難・めまいがある 吐き気がある 皮膚が乾燥する 口が温く 乾燥する	すごいお腹痛いときもあった 23、4くらいから漢方をはじめたけど効かなくて、お腹が痛いだけ効いていて、お腹が痛くなっているのかな、という感じ 気持ちが悪くなるのと、背骨が痛くなる 吐いて、なんか呼吸困難みたいなの、もうめまいがある 飲んで2時間後くらいは吐き気がある ずっと薬使ったら皮膚が乾燥して喉も乾くし、口の中が温く感じがする 冬も夏も関係なく結構乾燥する
副作用症状に対する恐怖感	飲む量が増えて怖くなった 背骨の痛みが出て怖くなった	それ以上飲まないとか効かなくなるとか、だんだん量が増えるみたいなのがあったってそれで結構怖くなって 背骨の痛みは今年くらいになってから出てきてちょっと怖くなって
気候や精神面による排便状態への影響	冬の寒さで便が出ない 解放された土曜日には便が出る ストレスがかかると下痢になる	冬だったので、寒いとかいろいろあってでなくて 解放された土曜日だ、と思うと、するっと出る 下痢になるし何かでストレスがかかると
日常生活行動の変化による排便状況の悪化	トイレに座ることができれば出たはず 実習時には何をしても出ない	朝すぐに出ていたから、多分座れば出たんじゃないかと思う 3年生の実習の時間が、1週間出なくて、何しても出ない
月経周期に関連した排便状態の悪化	生理前はガスがたまり便秘や肛門痛になる	生理前にガスがすごいたまってる下半身がすごいなるくなったり便秘になって肛門痛になる
持続的な便秘の出現による日常生活行動への支障	毎日飲むとずっと出続ける 授業中に便秘があり授業を抜ける	毎日2錠飲んでるとずっと出る時とかちよろちよろとあって 朝飲むと大体6、7時間後くらいに効きだして授業中にうらって来て授業ちょいちょい抜けたりしてた
便秘症状の継続による日常生活行動への支障	お腹が痛くうつ伏せで眠れない スポンが入らなくなる ごはんがおいしく感じない	うつ伏せで寝れなくて、痛くて、便があるとスポンとか入らなくなるのがいやだな、と思って ひどいときは5日以上出なかったときもあってご飯食べても全然おいしくない

表4. 便秘薬選択後の排便管理

コード	データ (18)
色々な薬を使用している 浣腸では便が出ない 出ない時は薬を変える 調子が悪いと市販薬を買う	色々な薬を使っている 浣腸も何回か試したけど出ない 出ないと思ったらちゃんとした薬に変える 調子悪いときは市販の薬を買う
飲むときも全然飲まない時もある	2回くらい週に飲んでそれ以外も飲むときも全然飲まない時もある
色々試して出ない時に飲む 1日出ない時に飲む 減らすと効果がない	色々やってもダメだったとき 1日出なかったら次の日飲む 減らしたら効かない
薬を止めると効かない 薬を止めると排便回数が減った 薬を止めると便が出なくなる 薬を止めると薬剤耐性ができた 薬を止めると尿の回数が減る 薬を止めると気持ちが悪くなる	一時期止めたら効かないような感じ いつもと比べたら2、3回減った 2日間くらい内服をやめてみたら出ないなと思って 中断すると薬物耐性ができた感じ 薬を止めると尿の回数も減る感じ 薬を止めて2日出ないと気持ち悪くなる
体調不良で薬を変更した 副作用症状が強くなり薬を変えた	飲み過ぎて体調不良になり変えた 副作用症状が強くなったと思ったら変えたりしたけど、やっぱり出なくて強いのに
副作用の弱い薬を勧められた	薬剤師に「これは副作用が弱いからこっちの方がいいんじゃない」って言われて
他の薬はお腹が痛くなると聞いた	他の便秘の薬だとお腹が痛くなったりとかそういうのがあるって聞いて

た選択の過程の中で＜副作用を考慮した便秘薬の選択＞を行うという《副作用を考慮した便秘薬の変更や中断》があった。

4.4 便秘薬の使用に対する思い

便秘薬の使用に対する思いについては、15のデータから《排便状況への満足感や安心感》、《過剰な排泄効果と副作用への不安》《便秘薬を中止

したいという思い》と命名した3つのカテゴリを抽出した。各カテゴリに該当するサブカテゴリ、コードは表5に示すとおりである。

対象は便秘薬の継続した使用について「ネットの評判がいいし効果も強力」とネットの評判による安心感や排便効果の実感や、「飲んだ方が安心しますね、なんか」といった便秘薬を内服すること自体での安心感から《排便状況への満足感や安心感》を抱いていた。一方で、「下痢になっているくらいなので、効きすぎている、飲みすぎている、と思う」といった過剰な排泄効果の出現への不安や、「違う病気になったら嫌だ」といった便秘薬の内服によって引き起こされる、副作用症状への恐怖感、また「薬すら効かなくなったらいやだな」という便秘薬への耐性が出現する不安といった《過剰な排泄効果と副作用への不安》を抱えていた。さらに「使いたくないです。もう。それは、金銭的にも負担」「薬を飲む方が面倒くさい」といった便秘薬の使用による煩雑感や金銭的負担感の認識があり、「症状が良くなるならやめたい」「自然な形がいい」といった便秘薬を使用する必要がなければ使用せず排便したいという自然排便への期待を持ち《便秘薬を中止したいという思い》を抱いていた。

6. 考察

6.1 便秘薬の選択過程と選択のきっかけ

今回の結果から明らかになった便秘薬の選択過程では《排便困難感の出現》《排便に影響する健康パターンの認識》があった。先行研究では、便秘薬の購入の際「便秘気味である」という理由が96.1%、「お腹の調子が変わる」「吹き出物が多い」といった便秘や便秘の随伴症状のために購入する人は50.5%と報告され（福島他 1991）、排便困難

感を自覚してから便秘薬を使用するという結果と同様であった。一方、《排便に影響する健康パターンの認識》のサブカテゴリには、月経や体調不良等、排便不良に影響する自身の健康パターンの認識があり、排便状態を単独ではなく、自身の健康パターンと関連付けて認識していることが明らかになった。また、この過程には《生活時間の変化》《生活空間の変化》という物理的な環境の変化だけでなく、《家族関係の変化》という生活行動に影響する人間関係の変化もあった。便秘症状には、食事や運動（De Schryver et al 2005）等の日常生活行動や、精神的ストレスが影響することが報告されており（松岡・日比 2011）これらが便秘薬を使用する過程でも生じていた。さらに、便秘症状による排便困難等とは直接的に関連の無い、《体重増加に関する恐怖心》というカテゴリもあった。前出の先行研究（福島他 1991）では、便秘薬購入の際の「痩せたい」という理由は21.4%であり、今回の結果にあった「水を飲むのがずっと怖かった」という発言からもわかるように、便秘薬の選択理由は排便状態だけでなく、便秘薬によって「排泄する」ことで、体重管理を行おうとする意思があることもわかった。しかしながら、便秘薬には様々な緩下作用を含むものがあり、その使用においては重篤な副作用症状の出現や健康被害も報告されていることから（高野 1990、安原 2007）、適切な健康行動として便秘薬を選択できるよう支援をする必要があることが示唆された。

次に便秘薬を選択したきっかけについてであるが、今回の結果から便秘症状の管理において、周囲の人や医療機関、健康管理部署等への相談、薬局での入手といった状況があり、対象者にとっての有効な社会資源となっていることが示唆された。これらは心身の不調を経験すると家族や友人、か

表5. 便秘薬の使用に対する思い

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	データ(15)
排便状況への満足感や安心感	ネットの評判による安心感や排便効果の実感	評判が良く効果も強力	ネットの評判がいいし効果も強力
	便秘薬を内服すること自体での安心感	薬を飲んだほうが安心	飲んだ方が安心しますね、なんか
過剰な排泄効果と副作用への不安	過剰な排泄効果の出現への不安	薬が効きすぎている	下痢になっているくらいなので効きすぎている、飲みすぎていると思う
		便が出過ぎていて心配	出過ぎていたので心配
	副作用症状への恐怖感	違う病気になると嫌 副作用があるのに使用することへの疑問 気持ち悪いのは嫌	違う病気になったら嫌だ 何故こんなに副作用でのに使ってるんだろうと 気持ち悪いのも嫌だし
便秘薬への耐性が出現する不安	薬に身体が慣れる 薬が効かなくなると嫌	薬に身体が慣れていく気がして 薬すら効かなくなったら嫌だ	
便秘薬を中止したいという思い	煩雑感や金銭的負担感の認識	薬を飲むのが面倒	飲むのも面倒 薬を飲む方が面倒くさい
		薬の購入による金銭的な負担	使いたくないです、もうそれは金銭的にも負担
	自然排便への期待	便秘症状がなければやめたい 自然排便がいい	便秘がなければ使いたくない 便秘症状が良くなるならやめたい 自然な形がいい

かりつけ医に相談したり、薬局で薬剤を購入するなどその解決に向けて何らかの行動を起こすことを示すヘルプシーキング (help-seeking) 行動 (菊澤 2010) であると捉えられる。今回の対象者の個別的な特徴として、便秘薬の入手が容易な環境にあたり親が医療者であるなど便秘症状への便秘薬の使用について興味・関心が高い対象者が研究協力者となっていると推測されることから、便秘薬使用に対する興味・関心が高いことが対象者のヘルプシーキング行動に影響していると考えられた。

一方、人々のヘルプシーキング行動についてその意思決定や行動の選択には、人々をある種のケアに向かわせたり向かわせなかったりするという、人々の間にある病を社会的に構築するシステム (Lay Referral System 素人間推奨システム) と関連するとされる (菊澤 2010)。人々が助言を求めたり与えたりすることは、素人間推奨システムにおける文化の内容 (健康・医療をめぐる文化や知識) に左右され、さらに人々のヘルプシーキングに関する意思決定は、必ずしも「合理的選択」ではなくその場の人間関係、社会的ネットワークや文化の構成に依拠するものであることも報告されている。今回の結果では、便秘症状に対する対処方法の選択において、家族や友人、インターネットの広告が活用されていたが、便秘薬選択後の副作用症状に悩まされている状況を鑑みると、必ずしも対象の健康にとっての「合理的選択」につながったとはいえない。便秘薬の使用が対象にとっての合理的選択となるためには、看護者は、対象の保健行動に関する背景について知るとともに、便秘薬を選択した結果または予測される排便状態や心身の状態を共有することで、個々の対象の便秘薬の使用に関する知識や生活状況に応じた保健行動への支援につなげる必要があることが示唆された。

6.2 便秘薬選択後の排便状況と排便管理

今回の結果からは《排便回数の回復》という便秘症状の改善があった一方で、下痢や副作用症状による身体的・精神的苦痛や日常生活への支障があることが示された。便秘症状によって、日常生活への影響や身体・精神的側面への影響があることが報告されているが (Glia and Lindberg 1997, Lee

and Warden 2011)、本研究ではこれに加えて、便秘薬を使用することでの下痢や副作用症状といった新たな状況が発生していることも明らかになった。対象にとっては、ストレス状態や月経周期等避けられない影響要因もあり、副作用症状があっても、便秘薬を中止することが困難な状況にあると考えられた。また、便秘薬選択後の排便管理の過程では、《排便状況への満足感や安心感》がある一方で、便秘薬の中断による排便状態の悪化の経験から《過剰な排泄効果と副作用への不安》、《日常生活行動への支障》、《便秘薬を中止したいという思い》という相反する持ちを持ちながら排便状態をマネジメントしていることが明らかになった。多くの対象者は便秘薬について、自己調節を行ってもよいことを医師から指導され、我々看護者もまた排便状況によって便秘薬を調整するよう指導しているだろう。しかし、対象にとっての「排便状況によって」という認識や実際の排便状況について、実際に便秘薬を使用する必要があるのかを一緒に評価することはあまりないのではないだろうか。便秘薬を効果的、かつ安全な保健行動として選択してもらうためには、対象者の排便状況や副作用症状について丁寧に聴取し、対象にとってのより良い排便状態を考え援助を行う必要性があることが示唆された。

7. 研究の限界

本研究はA大学に通う5名のインタビュー内容の結果に基づくものであり、便秘薬の入手が容易な環境にあたり親が医療者であるといった対象の個別的な特徴があったことや、便秘薬の使用について興味・関心が高いと考えられる対象者が研究協力者となっていると推測された。そのため、今後は便秘薬の使用についての興味・関心が低いなど、様々な生活背景をもつ対象者に対して調査を行う必要がある。また、研究協力者の便秘期間には幅があり、排便状態や便秘薬の使用に対する思いにも違いがあることが考えられ、便秘症状を有する期間や便秘薬の使用期間の異なる対象者においても、これらの結果が適用されるのか検証する必要がある。合わせて、トライアングレーションの手法を用いるなど、より信頼性・妥当性の高い分析結果につながる研究方法を用いる必要がある。

8. 結論

本研究の結果、便秘症状を有し、便秘薬を使用するA大学女子学生の、便秘薬の選択過程から選択後の排便状況及び排便管理について、以下のことが明らかになった。

1. 便秘症状を有するA大学女子学生が便秘薬を選択するまでの過程については、《排便困難感と関連症状の出現》《排便に影響する健康パターンの認識》《生活構造の変化》《不規則な生活習慣》《体重増加に対する恐怖心》の5つのカテゴリを抽出した。
2. 便秘薬を選択したきっかけには《便秘薬の効果に関する広告や宣伝》《便秘薬の使用を勧める親の存在》《便秘薬の容易な入手環境》《確実な排便効果の期待》の4つのカテゴリを抽出した。
3. 便秘薬選択後の排便状況については、《副作用症状のない排便コントロールの成功》《正常な排便状況からの逸脱》《副作用症状による身体的精神的苦痛》《心身の状態や日常生活行動による排便状態の悪化》《社会生活における支障》の5つのカテゴリを抽出した。
4. 便秘薬選択後の便秘薬の管理については《排便状況に応じた便秘薬の決定》《便秘薬の中断による排便状況・身体症状の悪化》《副作用を考慮した便秘薬の使用や中断》の3つのカテゴリを抽出した。
5. 便秘薬の使用に対する思いについては《排便状況への満足感や安心感》《過剰な排泄効果と副作用への不安》《便秘薬を中止したいという思い》の3つのカテゴリを抽出した。
6. 便秘薬の選択を対象にとって適切な保健行動として実施してもらうためには、対象者の生活背景や排便状況および、副作用症状について看護者と対象者が共有し支援する必要がある。

本研究にご協力いただきました研究協力者の皆様に深謝申し上げます。なお、本研究は、JSPS 科研費 25893190 の助成を受けたものです。

引用文献

De Schryver AM, Keulemans YC, Peters HP et

al (2005). Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 40(4), 422-429.

独立行政法人統計センター (2009). 厚生労働省 平成19年国民生活基礎調査 健康票, 第2巻第1章65表 総症状数. http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001051935&requestSender=dsearch (最終閲覧日: 平成28年7月1日)

深井喜代子(2007). 8章 便秘のケア. 菱沼典子他(編), 看護実践の根拠を問う 改定第2版, pp103-119. 南江堂, 東京.

深井喜代子, 杉田明子, 田中美穂(1995a). 日本語版便秘評価尺度の検討. *看護研究* 28(3), 25-32.

深井喜代子, 塚原貴子, 人見裕江(1995b). 日本語版便秘評価尺度を用いた高齢者の便秘評価. *看護研究* 28(3), 33-40.

福島紀子, 新井雅恵, 今井裕恵 他(1991). 便秘の実態と薬剤服用の問題点. *社会薬学* 10(1), 35-42.

Glia A and Lindberg G (1997). Quality of life patients with different types of functional constipation. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 32(11), 1083-1089.

萱間真美(2007). 質的研究実践ノート: 研究プロセスを進める clue とポイント. 医学書院, 東京.

菊澤佐江子(2010). ヘルプ-シーキングと家族・コミュニティ: ネットワークエピソードモデルの意義と可能性, *社会志林*, 57(3), 91-101.

Kira I (2016). Random control trial of hot compresses for women those who used laxatives on severity of constipation and quality of life. *Japanese Journal of Nursing Science* 13(1):95-104. DOI: 10.1111/jjns.12090.

Lee E and Warden S (2011). A qualitative study of quality of life and the experience of complementary and alternative medicine in Korean women with constipation. *Gastroenterology Nursing* 34(2), 118-127.

松岡文, 谷川原祐介(2007). 緩下剤の薬理. 日比紀文, 吉岡政洋(編). 便秘の薬物療法, pp24-28. 協和企画, 東京.

松岡克義, 日比紀文(2011). I-1 下痢・便秘へのアプローチ: 下痢と便秘のメカニズム. 日比紀文(編), レジデント, pp6-12. 医学出版, 東京.

McMillan SC and Williams FA (1989). Validity and reliability of the constipation assessment scale. *Cancer Nursing* 12(3), 183-188.

Spinzi G, Amato A, Imperiali G et al (2009). Constipation in elderly Management Strategies. *Drugs Aging* 26(6), 469-474.

高野正博(1990). 便秘症患者の分析-とくに下剤使用の実態について-. *日本大腸肛門病学会雑誌* 43(3), 473-479.

安原真人(2007). 緩下剤の副作用と使用上の注意. 日比紀文, 吉岡政洋(編). 便秘の薬物療法, pp29-34. 協和企画, 東京.



著者連絡先

〒879-5593

大分県由布市挾間町医大ヶ丘 1-1

大分大学 医学部 看護学科

吉良 いずみ

kiraizu3@oita-u.ac.jp

大分県立看護科学大学 第18回看護国際フォーラム

Maximizing comfort for the person with dementia: Nursing care approaches that work across the continuum of care

Carol O. Long, PhD, RN, FPCN, FAAN

Capstone Healthcare & Founder, Palliative Care Essentials

Adjunct Faculty, Arizona State University College of Nursing and Health Innovation

Received 7 February 2017

Abstract

Dementia is a progressive terminal condition for which there is no cure. Alzheimer's disease is prevalent in 60–80% of all dementias. Those with Alzheimer's disease may suffer from well-intentioned, albeit uncomfortable treatments and nursing interventions, particularly as the person encounters increasing physical and mental decline and approaches the end-of-life. As the progression of dementia robs a person of their memory, ability to speak, and care for themselves, nursing professionals and family caregivers may not know the best practices in caring for these individuals. This paper incorporates a case study with an interdisciplinary team approach to illustrate the possibilities in providing positive caring interventions for the person with advanced dementia.

Key words

palliative care, hospice, dementia, Alzheimer's disease, behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), interdisciplinary team

1. Introduction

Dementia is not a specific disease but rather a progressive geriatric syndrome that is severe enough to impair memory, cognition and both instrumental and basic activities of daily living. To illustrate the effects of dementia, a fictitious case study illustrates the ravages of dementia.

Three years ago, Mrs. Emi Aida, age 84, was diagnosed with one of the many types of dementia; Alzheimer's disease. She has been a resident at Bene Vida nursing home for the past year, with multiple readmissions back to the hospital every 3 to 4 months due to ongoing and unresolved urinary tract and respiratory infections accompanied by a low-grade fever. As in the past, she is experiencing a superimposed delirium on dementia as evidenced by an acute onset, a fluctuating course of inattention, disorganized thinking and altered consciousness using the Confusion Assessment Method (CAM; Inouye et al 1990). Her score on the Mini-Mental State Examination (MMSE) is 4, out of a potential score of 30, 3 on the Clinical Dementia Rating (CDR) scale, and 7A on the

Functional Assessment Staging Tool (FAST), all of which are indicative of advanced dementia (Folstein et al 1975, Morris 1993, Reisberg 1988).

Mrs. Aida utters just a few understandable words and she is no longer able to execute both her instrumental and the usual activities of daily living (ADLs). She has co-morbid conditions of well-controlled hypertension, crippling osteoarthritis and progressive chronic obstructive pulmonary disease. Mrs. Aida takes an array of medications including antihypertensives, bronchodilator inhalers, which she can no longer self-administer, and anti-dementia medications. Each time she is admitted to the hospital, her condition continues to deteriorate with evidence of increasing cognitive decline, progressive loss of independence, weight loss, and behaviors suggestive of discomfort. Bene Vida nursing staff report that Mrs. Aida's behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), or behaviors typically attributable to her dementia diagnosis, have become more frequent and pronounced. For example, she often will strike out and hit the direct

care nursing home staff and she groans and pounds on the table continuously when sitting for long hours in a chair. She also thrashes and screams in the shower, resisting all bathing efforts. Her only child, a son who is also her durable and medical power of attorney and manages her medical and financial affairs, lives close by and accompanies her to the hospital by ambulance.

He is very distraught, having witnessed years of deterioration and laments to the paramedic "...she is no longer the mother that I once knew. I know that she would not want to be this way."

2. What is dementia?

Dementia is not a specific disease but rather a progressive syndrome that includes memory loss, confusion, impaired thinking, language, judgment and movement difficulties. Over time, the effects of dementia will lead to total reliance on family and other caregivers for all needs by the advanced stage (Alzheimer's Association [AA] 2016a). Dementia is an umbrella term that includes an array of neurodegenerative diagnoses of which 60–80% are Alzheimer's disease (AA 2017). Like Mrs. Aida, approximately two-thirds of people diagnosed with dementia are women. Alzheimer's disease is listed as the 4th leading cause of death in Japan (Institute for Health Metrics and Evaluation 2015), the 6th leading cause of death for people age 65 and older in the United States (AA 2016b), and the 7th worldwide (World Health Organization World Health Organization [WHO] 2017a).

Individuals in the late or advanced stage of dementia with Alzheimer's disease share similar characteristics (AA 2016b). Increasing resistiveness to caregiver interventions may emerge when the person 'calls out' or demonstrates physical or verbal behaviors, rejects care, or strikes a caregiver if the approach is not optimized to meet their person's needs. The person will have increasing eating difficulties; leading to dysphagia and the inability to chew. They may be able to hold a cup for drinking or a fork with food but they will

have to be cued to drink and eat or may need to be fed; thus, leading to weight loss if care staff are not attentive to dementia-friendly foods and fluids to prevent dehydration and the risk for infections. Over time, the person becomes oriented only to him or herself; thus, running the risk of isolation and depression since these individuals may look like they can no longer engage in any meaningful activities or connections when in fact they can. Motor impairment will become more severe with the person's inability to reposition themselves or participate in activities and the risk for pressure ulcers escalates, which is also related to bowel and bladder incontinence common in the moderate stage of dementia.

As ambulatory skills are lost, the person with advanced dementia is generally moving into the final or end-stage of dementia. This stage will be marked by the loss of purposeful body movement and the total reliance on caregivers (family or others) for dressing, grooming, bathing, feeding, and bladder/bowel care. Difficulty interacting and responding to surroundings may lead to increasing resistiveness to care, largely viewed as self-protection measures or in response to pain. The person will become dysphagic and mute and they will lose the ability to sit up, hold up their head and/or smile. They will no longer respond to their name. The person with end-stage dementia will encounter numerous intercurrent infections related to urinary tract or upper respiratory infections. Repeated infections and fevers or progressive weight loss may escalate. In the terminal stage, hospice care becomes a consideration for additional support and comfort-focused strategies during the last 6 months of life.

To date, there is no cure for dementia or Alzheimer's disease and it is considered a terminal condition. While there is no cure, individuals continue to undergo numerous uncomfortable and aggressive life-sustaining treatments, such as cardiopulmonary resuscitation and tube feedings (Mitchell 2016, Mitchell et al 2012, Volicer 2005). These medically futile procedures

often lead to poor outcomes and a diminished quality of life. Pain is commonplace and often goes undetected and untreated (Herr et al 2011). In addition, delirium is common for people with dementia as individuals often succumb to intercurrent infections related to dehydration, decreased mobility and aspiration pneumonia due to beginning dysphagia making the clinical picture more complex for nurses to decipher (Oligario et al 2015). Palliative care is necessary for these individuals.

3. What is palliative care?

The World Health Organization defines palliative care as follows:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual (WHO 2017b).

Palliative care attends to loss and grief and the need for psychosocial support for patients and families along the trajectory of serious illness. Furthermore, palliative care enhances quality of life and regards life, dying and death as a normal process as it incorporates an interdisciplinary team approach to the family-patient dyad. Palliative care in the United States is introduced early on in a disease trajectory for individuals with serious illness, such as Alzheimer's disease, and may include therapies to modify the disease with curative or restorative intent. Over time, these life-prolonging medical interventions will generally diminish in favor of increased attention to comfort measures to relieve pain and suffering and improve quality of life (Coyle 2015). In addition, hospice care is a part of the palliative care continuum and is focused on care of the patient and family in the last six months of life. To date, palliative care for conditions other than progressive cancer and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

are not part of the formal healthcare system in Japan however, continuing collaboration and research in palliative care for dementia is evolving (Nakanishi et al 2015a, Nakanishi et al 2015b, Takenouchi and Tamura 2015).

For persons with dementia, palliative care may not be initiated until late in the treatment plan, thus limiting the opportunity for aggressive attention to physical and psychological symptoms, social and family needs, and spiritual support for the person and family alike (van der Steen 2010). While dementia is considered a medical and psychiatric condition, care planning requires a person-directed palliative care approach that maximizes the person's capabilities while anticipating and meeting needs and minimizing interventions that are considered uncomfortable and often lead to distress and behaviors. Palliative care needs to be operational in all clinical settings and especially for persons with dementia who have complex care needs and are at risk for multiple transitions of care (AMDA 2016). Palliative care should be initiated upon the diagnosis of dementia; affording the opportunity for the patient, family and clinical team to plan person-directed care along the trajectory of the illness.

4. Theories: Caring for the person with dementia

Tom Kitwood's seminal work, *Dementia Reconsidered, the Person Comes First* (1997), provides a foundation for a person-directed care approach. By coming to know the person and their needs, respecting their choices, incorporating preferences, and enabling independence and self-efficacy even when the person can no longer actively participate in their self-care; the focus can shift to what can be done to support dignity and comfort rather than what is lost. As such, the anticipation of need, advocacy, positive interactions and maximum attention to what brings pleasure for this person becomes critical; especially as the disease erodes cognition, verbal communication and self-care.

Two theories help to explain discomfort and behaviors in people with dementia. The Progressively Lowered Stress Threshold (PLST) theory proposes that ongoing neurodegenerative changes compromise the person's ability to decode and respond to both internal and external stimuli which then leads to stress (Hall and Buckwalter 1987). With limited ability to cope, the person unknowingly becomes anxious and then dysfunctional behaviors emerge. The cycle continues until the stress is relieved. For the clinician, this is a conceptual shift in understanding that behaviors have meaning and that behaviors, which are often a reaction to clinician interventions, are communication of unmet need (Long 2009). Examples of behaviors may include, but are not limited to, calling out, hitting, continually crying, pacing, repetitive questioning and more. Thus, when behaviors occur, a search for the cause is critical, especially when the person can no longer verbally communicate.

The Consequences of Need-driven, Dementia-compromised Behaviors (C-NDB) theory suggests that when the person with dementia is unable to make their needs known due to communication deficits, behaviors evolve (Kovach et al 2005). When original or basic needs are not met, consequences emerge and the effects cascade with new needs and behaviors ensuing. Many behaviors may be instigated by meaningful family and care staff not realizing that the need to be safe, fed, stimulated and loved are primary needs that a person with advanced dementia may not be able to communicate other than through non-normative behaviors. Thus, the behavior is a reaction and not a consequence of the disease and appropriate person-directed palliative care interventions can break the cycle.

In this situation, Mrs. Aida is severely distressed and compromised. Nursing interventions need to focus on her delirium and other ongoing stress and resulting behaviors, promote physical and emotional comfort that aligns with her personal preferences, and anticipate needs, since Mrs. Aida

is not able to effectively and verbally communicate or do this herself anymore. Attention to caregiver grief is necessary through ongoing communication about the progression of dementia and positive caregiving approaches that engage family members in this final journey. Finally, evidence-based research and clinical practice guidelines continue to evolve and are interwoven into the remaining case scenario.

5. Nursing care for the person with advanced dementia

Mrs. Aida is admitted to the medical nursing unit at Baywood Medical Center. Her blood pressure is elevated and pulse is rapid. She is agitated and combative, requiring physical restraints and antipsychotic medications. Intravenous (IV) antibiotics are ordered, but Mrs. Aida unknowingly jerks out the IV line even when restrained. After 4 hospitalizations in the past year and in consultation with the son, the hospitalist physician refers Mrs. Aida to the palliative care team (PCT), which includes a social worker, physician, nurse, pastoral care and an array of therapists, pharmacists and a dietician to plan ongoing care. The PCT, unit nurse manager, hospitalist and son review Mrs. Aida's current status, medications, comfort level, prognosis and documented advance directives in a family meeting to prioritize her care needs which include stabilizing her current condition but also planning for the future with consideration of her advance directives. A comprehensive plan of care is developed to plan for her return back to her home, *Bene Vida*.

Since Mrs. Aida is experiencing a hyperactive delirium related to a confirmed infection, safety is of utmost importance (Close and Long 2012). Although she is intermittently combative and resistive to care, the arm restraints and antipsychotic medications are weaned in favor of the son and other family members staying with Mrs. Aida around-the-clock until she stabilizes. Numerous interventions are instituted that protect her well-being including placement in a quiet

room away from the noisy nurse's station, applying her eyeglasses and hearing aide, and maintaining nutrition and hydration with food and fluids that she enjoys (Kolanowski 2016). Since Mrs. Aida is nonverbal and unable to reliability self-report pain, a behavioral observation pain tool specific for people with dementia is used (Herr et al 2011) and it is soon determined that she is experiencing moderate to severe pain. With a quiet room, minimal noise and distractions, soon Mrs. Aida becomes more alert and comfortable and is able to ingest liquid antibiotics and opioid analgesics. The team evaluates the rest of her medications to ascertain efficacy, burden and risk in sync with the updated Beer's criteria (American Geriatrics Society [AGS] 2015). As such, several medications are discontinued since they are considered potentially inappropriate and possibly harmful. The bronchodilators, that she no longer uses and causes her extreme anguish when she tries, are also discontinued.

Simultaneously, the hospital social worker confers with the son and the Bene Vida social worker to review Mrs. Aida's life story, a biosketch that details her background, desires, likes and dislikes (Dougherty et al 2006, Thompson 2012). A revised life story is placed above Mrs. Aida's bed and soon all nursing care staff are calling her by her preferred and given name "Emi", The life story captures essential information for nursing staff to use when Emi becomes distressed and to enhance meaningful connections. In this situation, nursing staff reminisce about the past with Emi while using numerous distractors and nonpharmacologic interventions to address pain and the unfamiliarity of being in a hospital (Gallagher and Long 2011, Gitlin et al 2012). Soon, she is able to sit up in a chair for short intervals since staff realize that her arthritis and inability to sit for long causes pain. Acetaminophen around-the-clock is now all that she needs in addition to frequent rest intervals and intermittent back massages. As a result, she no longer bangs her hands on the overhead table, which was commonplace at Bene Vida. In

addition, family and staff engage in prayer and spiritual song when anxiety emerges and to bring enjoyment as a normal occurrence. The hospital dietician and PCT gleans dietary preferences from Emi's life story and modifies her diet, eliminating the low-salt food which she dislikes and does not eat (American Dietetic Association 2010). With a liberalized diet, soon Emi is eating soft and sweet foods which she enjoys and her weight is expected to improve. Thus, her care plan is truly customized, attending to her needs, deficits and personal preferences.

Within days, Emi stabilizes and another family conference is held to review her current status and plan for her transition. While Emi's medical condition continues to improve, she lacks the cognitive capacity to make medical decisions. Additional comfort measures are identified and advance directives are again reviewed in light of her current progression along the Alzheimer's disease trajectory. The PCT, unit nursing staff, hospitalist and son recommend a feeding tube to administer medications and food in the future when she is no longer able to swallow. However, it is noted that Emi does not want intravenous hydration of antibiotics or artificial nutrition "to prolong misery and suffering" according to her son. This is specified in her advance directives and the care team honors these advance care planning decisions (AGS 2014). While Emi is currently not a candidate for hospice, the eligibility criteria (Table 1) is reviewed with her son for future

Table 1. Hospice eligibility in the United States

<p>All of the following, or 7C on the Functional Assessment Staging Tool (FAST), which includes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unable to ambulate, bathe and dress without assistance • Constant or intermittent urinary or fecal incontinence • No meaningful or intelligible verbal communication limited to six words or less <p>One of the following in the past 12 months:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspiration pneumonia • Septicemia • Decubitus ulcers, multiple, stage 3-4 • Fever, recurrent after antibiotics • Inability maintain sufficient fluids and caloric intake with 10% weight loss during the previous month or serum albumin < 2.5 g/dl

(Reference: CMS 2015)

consideration in keeping with her advance directives that specify the provision of comfort measure to alleviate pain, physical symptoms, social and spiritual distress.

6. Palliative care coordination

The PCT and hospital care team transition Emi back to the nursing home. With the Bene Vida staff, they review at length the revised and updated approaches to her care and jointly examine other opportunities to create comfort. Both teams discuss the need to continue to assess and address Emi's pain, largely becoming more intense with her lack of mobility, her inability to sit in a chair for long intervals, and the need for rest in bed. Her incapacity to self-report pain will require Bene Vida to institute procedures and a behavioral observation pain tool to assess pain and provide the appropriate analgesic and nonpharmacological interventions around-the-clock (Herr et al 2011).

Additionally, Bene Vide nursing facility staff ponder other evidence-based comfort measures that could reduce stress and dementia-related behaviors. Since showers and the use of a shower chair emerged as a threatening, intrusive and unwelcoming event for Emi in the past, the nursing facility team start using the towel bath method; preserving personal bathing preferences first, promoting privacy and warmth and thereby minimizing self-protective behaviors (Hall et al 2013). With this change, Emi is receiving impeccable personal hygiene in the comfort of her own bed, often sleeping right through the spa-like bed-bath experience while enjoying individualized music from her iPod (Music and Memory 2017, Zhang et al 2017).

Her family doctor orders a general diet and dietary personnel customize her meal preferences to foods she can eat and enjoy or "dementia-friendly comfort foods". Emi is now eating 75% of her meals, most of which are natural but soft foods. In addition, she is offered, and ingests, numerous fluids including juices and chocolate drinks. Nursing staff realize that Emi is no longer

able to request a drink or food and must have regular offerings throughout the day. Staff also place the food item or drink in her hand so that Emi can use muscle memory to feed herself while she is still able. Additionally, while Emi will likely encounter dysphagia in the final stages of her life, her advance directives will guide treatment and careful hand-feeding will allow her to eat her food until she is no longer able to do so (AGS 2014).

Correspondingly, after her evening meal, Emi enjoys oral hygiene when care staff use techniques from Mouth Care without a Battle© and other support oral hygiene approaches (University of Iowa 2011, The Cecil G. Sheps Center for Health Services Research 2017). Much like other personal hygiene tasks, staff personalize her oral care experience with tooth-brushing techniques and practices that foster engagement and reduce self-protective behaviors. Similarly, the activity/recreational therapy professional incorporates additional sensory stimulation into her normal ADLs such as staff reading engaging picture books and taking Emi outdoors for short intervals. With the addition of back massages, individualized music, and comfort food, Emi's plan of care is indeed holistic and person-directed.

Finally, Emi's son and the Bene Vide interdisciplinary team affirm that no future hospitalizations nor burdensome IV antibiotics will be considered in lieu of Emi receiving supportive care at Bene Vida nursing facility and hospice services in the future (Mitchell 2015). Thus, palliative care is an approach that honors an individual's choice, focuses on evidence-based practice that maximizes comfort while reducing pain and other symptoms that cause distress, and promotes respect and dignity until the end-of-life.

7. Conclusion

The entire nursing home team assembled to review the new plan of care and certified nursing assistants received extra training to execute the bathing procedures, pain protocol, and engagement plan of care that includes music and prayer. Her

weight loss has stabilized and pain is minimal. The life story was updated and the son continues to receive supportive care from community resources and the Bene Vida social work team to manage ongoing loss and grief. Emi's preferences and advance directives continue to be honored, the delirium has resolved, her behaviors have radically diminished, and hospice is making a visit soon to discuss care options while never giving up hope for a cure.

This exemplar case study magnifies the importance of the interdisciplinary team in transitions of care, communication, and collaboration that is specific to palliative care for people with dementia who have complex care needs in the advanced stage. In conclusion, Alzheimer's disease and other dementias are terminal conditions. Person-directed palliative care for dementia is necessary and this can be accomplished by integrating current theories and evidence-based practice that are comfort-focused into the plan of care across all clinical health settings. With no cure for AD and related dementias on the horizon, palliative care needs to become the "new normal" in the care of and for people with dementia with nursing care approaches that work.

References

- Alzheimer's Association (2016a). What is dementia? <http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>
- Alzheimer's Association (2016b). Late stage care: Providing care and comfort during the last stage of Alzheimer's disease. http://www.alz.org/national/documents/brochure_latestage.pdf
- Alzheimer's Association (2017). 2017 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 13(4), 325-373. https://www.alz.org/documents_custom/2017-facts-and-figures.pdf
- American Medical Directors Association (AMDA) - The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine (2016). Dementia in Care Transitions. <https://paltc.org/amda-white-papers-and-resolution-position-statements/dementia-care-transitions>
- American Dietetic Association (2010). Position of the American Dietetic Association: Individualized Nutrition Approaches for Older Adults in Health Care Communities. *Journal of the American Dietetic Association* 110(10), 1549-1553. DOI: 10.1016/j.jada.2010.08.022
- The American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel (2015). American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 63(11), 2227-2246.
- American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee (2014). American Geriatrics Society Feeding Tubes in Advanced Dementia Positions Statement. *Journal of the American Geriatrics Society* 62, 1590-1593.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (2015). Coverage of hospice services under hospital insurance. Medicare Benefit Policy Manual, CMS Pub. 100-02, Chapter 9. <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/downloads/bp102c09.pdf>
- Close J and Long CO (2012). Delirium: Opportunity for comfort in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 14(6), 386-394.
- Coyle N (2015). Introduction to palliative nursing care. In Ferrell BR, Coyle N and Paice J (Eds), *Oxford textbook of palliative nursing*, 4th edition, pp3-10. Oxford University Press. New York.
- Dougherty J, Gallagher M, Cabral D et al (2006). About me: Knowing the person with advanced dementia. *Alzheimer's Care Quarterly* 8(1), 12-16.
- Folstein MF, Folstein SE and McHugh PR (1975). "Mini-mental State": A practical method

- for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 12, 189-198.
- Gallagher M and Long CO (2011). Advanced dementia care. Demystifying behaviors, addressing pain, and maximizing comfort. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 13(2), 70-78.
- Gitlin LN, Kales HC and Lyketsos CG (2012). Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *Journal of the American Medical Association* 308(19), 2020-2029.
- Hall G and Buckwalter K (1987). Progressively lowered stress threshold: a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing* 1(6), 399-406.
- Hall GR, Gallagher M and Hoffman-Synder C (2013). Bathing persons with dementia. Iowa City (IA): University of Iowa College of Nursing, John A. Hartford Center of Geriatric Excellence. National Guideline Clearinghouse (NGC-9791). <https://www.guideline.gov/content.aspx?id=44984>
- Herr K, Coyne PJ McCaffery M et al (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing* 12(4), 230-250.
- Inouye SK, van Dyck CH Alessi CA et al (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine* 113, 941-948.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2015). What causes the most deaths? <http://www.healthdata.org/japan>
- Kitwood T (1997). *Dementia reconsidered. The person comes first.* Open University Press, London.
- Kolanowski A (2016). Medical alert: Delirium do's and don'ts. *American Nurse Today* 11(7), 39.
- Kovach CR, Noonan PE, Schlidt AM et al (2005). A model of consequences of need-driven, dementia-compromised behavior. *Journal of Nursing Scholarship* 37(2), 134-140.
- Long CO (2009). Palliative care for advanced dementia. Approaches that work. *Journal of Gerontological Nursing* 35(11), 19-24.
- Mitchell S (2015). Advanced dementia. *New England Journal of Medicine* 372(26), 2533-2540.
- Mitchell S (2016). Palliative care of patients with advanced dementia. Up-to-Date. Topic 86250, Version 13.0. <http://www.uptodate.com/contents/palliative-care-of-patients-with-advanced-dementia>
- Mitchell S, Black BS Ersek M et al (2012). Advanced dementia: State of the art and priorities for the next decade. *Annals of Internal Medicine* 156, 45-51.
- Morris JC (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology* 43, 2412-2414.
- Music and Memory (2017). <http://musicandmemory.org/>
- Nakanishi M, Miyamoto Y, Long CO et al (2015a). A Japanese booklet about palliative care for advanced dementia in nursing homes. *International Journal of Palliative Nursing* 21(8), 385-391.
- Nakanishi M, Nakashima T, Shindo Y et al (2015b). An evaluation of palliative care contents in national dementia strategies in references to the European Association for Palliative Care white paper. *International Psychogeriatrics* 27(9), 1551-1561.
- Oligario G, Buch C and Piscotty R (2015). Nurses' assessment of delirium with underlying dementia in end-of-life care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 17(1), 16-21.
- Reisberg B (1988). Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin* 24(4), 653-659.

Takenouchi S and Tamura K (2015). Palliative care in Japan. In Ferrell BR, Coyle N and Paice J (Eds), Oxford textbook of palliative nursing, 4th edition, pp3-10. Oxford University Press. New York.

The Cecil G. Sheps Center for Health Services Research at the University of North Carolina (2017). Mouth Care without a Battle. <http://www.mouthcarewithoutabattle.org/>

Thompson R (2011). Using life story work to enhance care. *Nursing Older People* 23(8),16-21.

University of Iowa, John A. Hartford Foundation Center of Geriatric Nursing Excellence (2011). Oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. National Guideline Clearinghouse: 008700.

van der Steen JT (2010). Dying with dementia: What we know after more than a decade of research about advanced dementia. *Journal of Alzheimer's Disease* 22(1), 37-55.

Volicer L (2005). End-of-life care for people with dementia in residential care settings. Alzheimer's Association. Chicago. <http://www.alz.org/national/documents/endofflifelitreview.pdf>

World Health Organization (2017a). The top 10 causes of death. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>

World Health Organization (2017b). WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Zhang Y, Cai J, An L et al. (2017). Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. *Aging Research Reviews* 35, 1-11.



Author for correspondence

Carol O. Long
Capstone Healthcare & Founder, Palliative Care Essentials
Adjunct Faculty, Arizona State University
College of Nursing and Health Innovation
3416 E. Winona Street, Phoenix, Arizona
85044 USA
carolongphd@gmail.com

大分県立看護科学大学 第18回看護国際フォーラム

せん妄 適確にアセスメントをし、せん妄を予防する

Delirium: Prevention and treatment

小川 朝生 Asao Ogawa

国立研究開発法人 国立がん研究センター 先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野 National Cancer Center

2017年5月16日投稿

要旨

せん妄は、急性に生じる注意障害を主体とした精神神経症状の総称である。せん妄は、精神的苦痛やコミュニケーションの阻害による苦痛に加え、身体症状のコントロールの悪化を招くこと、転倒やルートトラブルなど医療安全上の問題とも関連するため、その対策は緊急の課題である。せん妄に対して、増悪因子や直接原因を可能な限り管理・制御することにより、せん妄の発症を予防する試みが様々行われてきた。近年、看護師を中心とする多職種による複合的な介入は、せん妄の発症率ならびに重症化を防ぐうえで有効性が示されつつある。超高齢社会を迎えたわが国でも、せん妄に対する認識が深まるとともに、今後、わが国の医療体制においても実施可能な簡便なせん妄への対応方法が確立し、普及することが望まれる。

キーワード

せん妄、認知機能障害、予防、精神医学

Key words

delirium, cognitive impairment, prevention, psychiatry

1. はじめに

せん妄は、急性に生じる注意障害を主体とした精神神経症状の総称である (Lipowski 1983)。せん妄は、高齢者を中心に治療中に高頻度に認められる精神神経症状であり、治療のあらゆる段階で出現する。せん妄には、注意力の障害を中心に、不眠や昼夜逆転などの睡眠覚醒リズムの障害、感情の変動、精神運動興奮、知覚障害、妄想など多彩な症状が夜間を中心に出現し、数時間から数日のレベルで変動する(米国精神医学会 2014)。

せん妄を合併すると、せん妄自身による精神的苦痛やコミュニケーションが障害されることによる苦痛に加え、身体症状の発見の遅れやコントロールの不良にもつながり、治療の阻害因子にもなる。特に全身状態の変化を早期に発見する上で、自覚症状の聴取は重要なきっかけであるが、せん妄により症状評価が困難になることで、早期対応を困難にし、死亡率や合併症の発症頻度の上昇を引き起こす。がん治療を進める上で、せん妄のリスクを事前に把握し、その予防を進め、早期に発見することは、がん治療を適切に提供する上で重要である。

本稿では、せん妄がどのような病態なのか、そ

の概要についてがん治療を中心に簡単にまとめていきたい。

2. 臨床像

せん妄は、睡眠覚醒リズムの障害(中途覚醒や昼夜逆転)、注意障害を中心に、不安・焦燥感、精神運動興奮、さまざまな情動変化(怒り、多幸感、無欲、無関心)、幻覚・妄想(通常は幻視、注意力障害からの錯覚と混在)を伴う(米国精神医学会 2014, Lawlor and Bush 2015)。症状には日内変動があり、日中は目立たず夕方から夜間にかけて増悪するのが通常である。せん妄の原因となる身体要因に、対応がなされないと、数週間から数ヶ月間、症状が持続し、認知症に移行することもある。

3. 診断

せん妄は、かつては「不穏」な状態を漠然と指して用いられてきたが、1980年代頃にせん妄や錯乱、昏睡をまとめて意識障害として概念が再構成されるに至った。現在は、器質性脳症候群(びまん性の脳障害の結果生じるさまざまな精神症状を、原因の如何にかかわらず総称する)の一類型として整理された(Laird et al 2013)。現在のDSMは

この概念を継承し、見当識障害を中心とする意識障害全般を覆う広い概念として定義されている(米国精神医学会 2014)。

4. 病態生理

せん妄は、自律神経系の機能障害を伴うなど認知機能に限定されず脳全体の機能障害が生じることから、神経伝達物質の異常に留まらず、より広い障害が想定されている(Laird et al 2013)。代表的なものに「神経炎症仮説」がある。全身性の炎症反応や低酸素等により発生したサイトカインが脳内に移行し、続発的に神経支持細胞の機能変化を引き起こすことがせん妄を誘導するという仮説である(Cerejeira et al 2012)。

5. リスク因子

せん妄は、主に脆弱性(誘発因子や器質因子)を元に、感染等の炎症反応や増悪因子が重畳して発症する(Inouye and Charpentier 1996)。一般には以下のように3種に分けて原因を整理する(図1)。

それぞれ、

- (1) 準備因子(器質的な脆弱性を決める要因：高齢、認知症、神経変性疾患、脳梗塞の既往、など)
- (2) 誘発因子(直接せん妄を生じはしないものの、脳に負荷をかけ、機能的な破綻を誘導する：身体拘束、強制的な臥床、睡眠リズム障害、痛みなどコントロール不良な身体症状)
- (3) 直接原因(せん妄発症の引き金となる要因：脱水、薬剤、感染、低酸素血症など)

6. せん妄と認知症

せん妄と認知症はしばしば混同されがちである。診断基準をみれば、せん妄と認知症は互いに除外診断にあがるように、別の病態である。せん妄は意識障害であるのに対して、認知症は神経細胞脱落により生じた脳の器質的な障害である(米国精神医学会 2014)。臨床では、認知症は数ヶ月から数年の期間をかけて徐々に出現する一方、せん妄は数時間から数日と短期間で発症する。このように、症状の出現時期を病歴から割り出すことで鑑別する。また、せん妄の場合は注意の障害が前景に立つため、注意障害の程度により判断することが重要である(表1)。



図1. せん妄の発症と要因との関連

入院中に判断に迷った場合には、対応の緊急度から、まずせん妄を優先して疑うことがルールである。

一方、病態としては、せん妄の発症が認知症の増悪を誘発することが知られている。せん妄と認知症の間に炎症反応等をきっかけに神経機能障害やamyloid β の蓄積促進など何らかの病態的な機序が重なる可能性がある(Laird et al 2013)。

7. せん妄が与える影響

せん妄は治療の遂行を妨げ、死亡率の上昇や合併症の増加など治療面の問題と関連するのに加え、転倒やルートトラブルなどのマネジメント上の問題に直結する。また、せん妄をいったん発症すると、その影響は入院中に留まらず退院後まで続き、退院後の死亡率の上昇や再入院の増加、認知

表1. せん妄と認知症の比較

	せん妄	認知症
発症	急激	徐々に進行
期間	数時間から数日	月から年単位
注意	焦点をあて、維持し、転換する事が困難になる	重度の認知症を除き保たれる
意識	変動	概ね正常
会話	一貫しない、文脈がまとまりなくなる	まとまっているが、単語が出てこないことがある
原因	身体条件、薬剤等の物質	神経学的変性

表2. せん妄に対する介入方法

	予防的介入	治療的介入
薬物療法	抗精神病薬やメラトニン、ラメルテオン、抑肝散等	抗精神病薬
非薬物療法	入院時のリスク評価とリスク因子の除去(誘発因子、直接原因の除去)	早期発見と早期対応 ・早期発見:定期的なモニタリング 早期対応:原因検索と直接要因除去、誘発因子除去

表3. せん妄に対する代表的な治療薬

	投与経路	常用量	半減期	使用上の注意点	特徴
定型抗精神病薬					
ハロペリドール	経口、静脈、筋肉、皮下	0.75-10mg	10-24hr	錐体外路症状の発現率が高い 高用量では QT 延長のリスクがあるため、モニタリングが望ましい	標準的な治療薬 ハロペリドール単独でせん妄症状のコントロールができた比率は 60%
クロルプロマジン	経口、静脈、筋肉、皮下	10-25mg	10-59hr	強い $\alpha 1$ 受容体阻害作用があり、鎮静効果が強い反面、血圧低下など循環動態への影響がある。 けいれん閾値を下げるため、脳転移のある患者では、けいれん誘発に注意をする	ハロペリドールに比べて強い鎮静作用があるため、精神運動興奮が強い場合に用いる
非定型抗精神病薬					
オランザピン	経口	2.5-10mg	21-54hr	鎮静効果が強い 過鎮静のために投薬量が制限されることがある。 代謝障害のリスク	難治性悪心嘔吐の治療薬としても使用されることがある。難治性悪心嘔吐の治療薬としても使用される
リスペリドン	経口	0.5-4mg	4-15hr	活性代謝物が腎排泄のため、腎機能低下時に過鎮静が生じる場合がある 代謝障害のリスク	
クエチアピン	経口	12.5-200mg	3-6hr	代謝障害のリスク	半減期が短く持ち越し効果が少ない。 錐体外路症状がほとんどなく、パーキンソン病のせん妄・精神病症状には第一選択薬となる
アリピプラゾール	経口	6-24mg	40-80hr		鎮静効果がない。 低活動性せん妄に対して主に使用される。

症への移行の増加にも関連する (Fann et al 2007, Witlox et al 2010)。

8. マネジメント

せん妄のマネジメントは、その手段から薬物療法と非薬物療法に、その目的から予防的介入と治療的介入に大きく分けることができる (表 2)。一般に非薬物療法は、せん妄の背景因子 (誘発因子) のうちリスクとなりうる要因に働きかける複合的介入であることから、予防的介入と治療的介入の両側面がある。非薬物療法は、特に予防的介入を意識して行われる (Gustafson et al 1991, Hshieh et al 2015, Inouye et al 1999)。

9. せん妄への対応 (非薬物療法)

せん妄は、特に高齢者の入院において問題になることから、高齢者病棟入院患者に対して発症を予防できないか、積極的に検討されてきた (Inouye

et al 1999)。

本領域では、米国の Inouye らによる The Hospital Elder Life Program (HELP program) が知られている。HELP program は、高齢入院患者を対象に、多職種チーム (看護師を主体に、医師、理学療法士、作業療法士、ボランティアで構成) により提供される複合介入である。HELP program の主要な介入には、入院時点でのリスク評価を実施した後、刺激や働きかけ、離床の促し、聴覚・視覚障害への対応、入眠の促し、脱水の予防がある (Inouye et al 1999)。

Hshieh らは、高齢者のせん妄に対する HELP program のメタ・アナリシスをおこない、介入の主要な評価項目であるせん妄の発症や転倒、退院後の再入院、在院日数、身体機能の変化、認知機能の変化を評価した。複合的介入を実施したランダム化比較試験、非ランダム化試験について、そ

れぞれメタ・アナリシスを行なった結果、複合的介入は、せん妄の発症を予防し (Odds比 0.47)、転倒予防 (Odds比 0.38) する効果が認められた (Hshieh et al 2015)。がん領域においては、小規模の前後比較試験が報告されているが、本格的な検証はまだなされていない。

10. 非薬物療法の今後の課題

せん妄の非薬物療法の効果は、総合的には内科・外科急性期管理のセッティングを中心に、メタ・アナリシスで示されるエビデンスレベルに達しつつある。これは、臨床では頻度が高いにも関わらず、背景因子が多彩なために比較試験が組みにくいせん妄に関する研究ではもっとも進んでいる。

今後重要なのは、「非薬物療法は、予防効果も治療効果もあるのか」という点である。非薬物療法の介入の予防効果は示されつつあるものの、治療効果に関しては結論が出ていない。これは、せん妄発症の背景因子の検討は進んでいるものの、発症した後のせん妄の維持・促進に関係する要因の関係は十分に分かっていないことも関連している。

11. 薬物療法

せん妄を発症した場合には、大半の症例では、抗精神病薬による薬物療法をおこなう。

抗精神病薬のせん妄に対する有効性はどの薬剤でもほぼ同等である (Lawlor and Bush 2015)。薬剤を選択するにあたっては、その薬剤の持つ鎮静作用の強弱、有害事象のプロフィール、作用時間を考慮して決定する (表3)。

抗精神病薬の使用に関して、最小量から滴定法を用いて漸増する。ハロペリドールやリスペリドンの場合、もともと鎮静作用は弱く設計されている薬剤であり、「寝かす」ことを治療効果と誤解して用いると過量投与になるため注意をしたい。

12. 終わりに

せん妄に関して、その病態から対応について、概要をまとめた。超高齢社会を迎え、高齢者の入院患者が急増する我が国において、高齢者に頻度の高いせん妄は避けて通れない課題である。臨床において体系立てた取組が普及することが望まれる。

引用文献

米国精神医学会 (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京.

Cerejeira J, Nogueira V, Luís P, Vaz-Serra A et al (2012). The cholinergic system and inflammation: common pathways in delirium pathophysiology. *J Am Geriatr Soc* 60(4), 669-75.

Fann JR, Alfano CM, Roth-Roemer S et al (2007). Impact of delirium on cognition, distress, and health-related quality of life after hematopoietic stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 25(10), 1223-31.

Gustafson Y, Brännström B, Berggren D et al (1991). A geriatric-anesthesiologic program to reduce acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fractures. *J Am Geriatr Soc* 39(7) 655-62.

Hshieh TT, Yue J, Oh E et al (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med* 175(4), 512-20.

Inouye SK and Charpentier PA (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*. 275(11), 852-7.

Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA et al (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 340(9), 669-76.

Laird BJ, McMillan DC, Fayers P et al (2013). The systemic inflammatory response and its relationship to pain and other symptoms in advanced cancer. *Oncologist*. 18, 1050-5.

Lawlor PG and Bush SH (2015). Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*. 12, 77-92.

Lipowski ZJ (1983). Transient cognitive disorders

(delirium, acute confusional states) in the elderly.
Am J Psychiatry 140, 1426-36.

Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF et al (2010).
Delirium in elderly patients and the risk of
postdischarge mortality, institutionalization, and
dementia: a meta-analysis. JAMA 304(4), 443-51.



著者連絡先

〒277-8577

千葉県柏市柏の葉6-5-1

国立研究開発法人国立がん研究センター 先端

医療開発センター 精神腫瘍学開発分野

小川 朝生

asogawa@east.ncc.go.jp