

第31回 志誠会医学会プログラム

多様なニーズに応えるための精神医療の「質」を追求する ～専門性を高める取り組みを考える～

特別講演 14:40～16:10

「最近の精神医学的病態の変容をめぐって－パーソナリティ障害、発達障害を中心に－」
講 師：牛島 定信 先生(東京慈恵医科大学 客員教授／ホヅミひもろぎクリニック 院長)

【一般演題】第1群 10:00～10:50 座長：陽光館 生活看護課 久保田 郁代

- | | |
|---|-------------------------|
| 1) 水分摂取量の改善への取り組み | 陽光館第2生活棟 喜屋武 莉奈 |
| 2) 下肢筋力トレーニングの効果を狙って
～移乗動作向上を図り活動的に～ | 陽光館第3生活棟 島袋 恵 |
| 3) 見直す事で知る口腔ケアの必要性
～歯科医師より学んで～ | 陽光館第5生活棟 城間 豊大 |
| 4) 不良姿勢に対する立ち上がり・歩行能力の向上を目指して
～骨盤・股関節筋群への介入～ | 陽光館リハビリテーション課
古謝 裕加子 |

【一般演題】第2群 11:00～12:00 座長：平和病院 看護部 山城 智美

- | | |
|--|-----------------|
| 5) クロザピンを導入して見えてきた看護の課題 | 平和病院第1病棟 菅原 いづみ |
| 6) 急性期治療病棟看護師の視点の統一への取り組み
～独自のチェックリストを活用して～ | 平和病院第3病棟 垣花 宏樹 |
| 7) 長期入院患者を対象とした調理・外出アプローチ
～社会生活向上を目指して～ | 平和病院第5病棟 新垣 典也 |
| 8) 認知症患者の周辺症状緩和に向けての取り組み
～カンフォータブル・ケアを導入して～ | 平和病院第6病棟 宮城 守寿 |
| 9) 当院における CPR 司令塔養成の取り組み
～アクションカードを活用して～ | 平和病院看護部 高江洲 徳一 |

昼 食 12:00～13:30

【一般演題】第3群 13:30～14:30 座長：平和病院 医局 石川 悠

- | | |
|--|-----------------|
| 10) 統合失調症不眠患者に対する睡眠改善アプローチ
～慢性期療養病棟患者への実践～ | 平和病院作業療法課 外間 正二 |
| 11) 医療相談調査からみる当院の役割の変化
～過去の医療相談との比較から～ | 平和病院診療相談課 新垣 肖子 |
| 12) 慢性統合失調症患者の就労支援
～長期入院を経てデイケアから就労訓練に繋がった1ケース～ | 平和病院デイケア課 金城 貴子 |
| 13) 「農耕訓練」の利用者における持続性の特徴について
～社会機能と神経認知の関連からみた横断的研究～ | 社会復帰施設部 真栄城 兼吾 |
| 14) 統合失調症における認知機能障害が社会的機能におよぼす影響についての一考察
～社会的認知としての mentalizing を調整変数として～ | 平和病院心理課 利根川 義昭 |

【特別講演】 14:40～16:10 座長：平和病院 院長 小渡 敬

【表彰式】 16:10～16:20

32 年目に向けて

職員の皆さんへ

院長 小渡 敬

沖縄はうりずんの季節となり梅雨入り宣言がなされたが、今年は日照りが続き空梅雨の様相を呈している。院内学会は開院記念日に合わせていつもこの時期に行うが、同時に職員の記念撮影を病院庭園で行うため毎回天気のことを気にしている。今年は撮影の心配はしなくて済むが、水不足で断水になる事が心配である。いずれにしても、心配をすることには変わりはない。

去年は病院の 30 周年を終え、一息つく間もなく 30 周年記念誌の作成に取り掛かり記念誌を上梓することが出来た。本日職員の皆さんに配布する予定である。本誌の作成にあたっては記念誌作成プロジェクトリーダーの又吉克美部長をはじめプロジェクトメンバーの皆さんの努力に感謝します。

最近の精神科の疾病構造は大きく変化しており、入院医療の中心は従来通り統合失調症であるが以前のように興奮や明らかな幻覚妄想状態を主体とした統合失調症は減少傾向にある。さらに意欲障害やコミュニケーション障害あるいは軽度人格障害を伴う統合失調症等も増加しており、これらと発達障害との鑑別が困難な症例等もしばしばみられる。また、うつ病はいわゆる内因性の重症のうつ病は減少し身体的不定愁訴を伴ううつ病や安易に自殺企図を繰り返す人格障害を伴ううつ病等が増加している。また、ストレス等で安易に離職したりパニックになる症例も増えている。さらに施設で管理することが出来ない BPSD を伴う認知症が増加している。これらの疾患の診断もさることながら治療は多岐に渡っており病状や病態に応じた的確な薬物療法を行うことが肝要である。また病態にあった的確なリハビリを行うことも重要である。さらに社会生活や就労をするにはその人の障害を把握することが大事である。当院では認知機能と生活機能を評価するために Rehab と BACS-J を導入し、心理士を中心に研究を行っている。

今後も当院は救急や急性期の治療を中心に薬物療法を洗練化し、同時に再発予防の研究や難治性疾患の治療を行い、慢性患者に対しては就労支援や自立に向けた生活支援などを進めて行きたいと考えている。陽光館では入所やデイケア、ショートステイ等を充実し入退所のある活気ある施設を目指すと同時にさらに地域に開かれた施設とする。

今回の特別講演は、精神病理学・精神分析学の大家で非常に高名な牛島定信先生に来て頂きパーソナリティ障害と発達障害について講演を頂くことになっています。

私としては高名な牛島先生に田舎の一精神科病院の勉強会に来ていただき、大変恐縮しております。

平成 30 年 6 月 28 日

32 年目に向けて

事務長 島袋 清徳

介護老人保健施設(以下、老健施設)は、我が国独自のモデルとして創設され、発足から 30 年を経過しました。介護老人保健施設陽光館は、平成3年5月に開設し、今年で 27 年になりました。入所定数 140 床は、県内でも大きい位置づけとなっています。

平成 29 年 6 月 2 日介護保険法が改正され、老健施設は、従前の「在宅復帰」に加えて、「在宅療養支援」を担う施設であることが定義として明示されました。従来からの介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準省令(厚生省令第 40 号:平成 11 年 3 月 31 日)の基本方針の第一条には、「その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない」と記載されていた。この度の介護保険改正により、第8条における老健施設の定義において、従前の「要介護者に対し」から「要介護者であって、主としてその心身の機能維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者に対し」施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設として省令により定義が上位に示されました。

①在宅支援・在宅復帰のための地域拠点となる施設、②リハビリテーションを提供して機能維持・回復の役割を担う施設が介護老人保健施設となります。

介護報酬は3年ごとの改正があり、今年は改定の時期に当たりました。本年4月より介護報酬改定がなされ、今以上に在宅復帰、在宅支援、リハビリテーションを提供する施設としての役割が大きくなりました。今後の取組としては、遅くとも平成 33 年度(2021 年度)次回の介護報酬改定までには、老健施設としての機能を発揮していなければ存在意義が問われるとも言われています。今回の改定は、現行の強化型でもなく加算型でもなく、全体の約 55%を占める従来型の老健施設をあるべき姿に如何に誘導するかが課題と言われています。そしてそのハードルをクリアすることが老健施設としてあるべき姿を目指すこととなり、又、それが評価される仕組みとなっています。

平成 30 年5月 21 日(月)の沖縄タイムスの記事に「要介護高齢者が 770 万人に」、という見出しがありました。65 歳以上のうち、介護が必要になる人が7年後の 2025 年には全国で現在より約 141 万人増え、1.22 倍の約 770 万人と推計されるそうです。沖縄県は、25 年度に 17 年 12 月現在より、1万 4653 人増え、1.27 倍の 6 万 9720 人になりました。沖縄県も全国同様、要介護高齢者が増えていくことは、深刻な課題であり、早急な対策が必要だと思われます。そのような中、老健施設で働くものとして高齢者が地域で安心して暮らせるお手伝いができることを誇りに思っています。そして、要介護高齢者が増えるということは、見方を変えれば需要が拡大し、ビジネスチャンスが広がったとも捉えています。陽光館も、時代の変化に対応しながら老健のあるべき姿に向かってトライし、進化している途中にあります。

現在は、業種に関係なくIT化が進み、ロボット(機械)が人に代わり働く時代になってきてきました。介護業界も同様なことがいえると思います。しかし、介護業界はやはり人です。気配り、目配り、思いやりはロボット(機械)にはできません。人のぬくもりが介護を支えているものだと思います。そういう人材を育てていきたいものです。人材の育成なしで企業の成長はありえません。今回行われる医学会も大きな目的は人材育成だと思います。今年で 31 回目を迎え、多くの優秀な人材が育ってきました。その継続する力こそが現在の志誠会の発展へと繋がっているものだと思います。

最後に今年も実りある医学会ができることを期待いたします。

そして一緒に学び成長し、志誠会の発展に頑張ってください。

平成 30 年 6 月 28 日

32 年目に向けて

看護部長 比嘉久美子

今年2月に 30 周年記念誌への原稿を書き終えたばかりでホッとする間もなく、早や 32 年目に向けての原稿の締め切りを迎えており、まさに「光陰矢の如し」です。ここ最近の気がかりなことは5月8日に梅雨入りをしてこの方、空梅雨がが続いていることです。離島では早くも断水騒ぎが聞かれ、県内のダムの貯水率が日々低下して、10日現在、45.4%(平年値 75.4%)になったと報じられております。先日はハーレーも鳴ったとのことで、いよいよ雨乞いをしなければならないかと。その憂いをよそに、門前のきれいに剪定されている両ガジュマルの樹々は、雨知らずの青さを保って癒してくれているのが救いです。

さて、今年は念願の精神科救急入院料(スーパー救急)の取得が実績期間に入っており、16対1から出発した患者要件の様々な基準も順調に推移しており、毎月、法人統括本部の伊芸副部長から発信されますデータに関心度が高まっております。看護部の陣容も基準を満たすことができ、新職員の多い病棟運営ではありますが質の向上に向けて切磋琢磨しており頼もしい限りです。同時に療養病棟(特に 1 病棟)の治療抵抗性の患者さんに対する粘り強い看護も並行して取り組んでおり、クザリルの効果も含めて隔離拘束の最小化の取り組みを強化しており、必ずや良い結果をもたらすであろうと希望的観測をもっております。

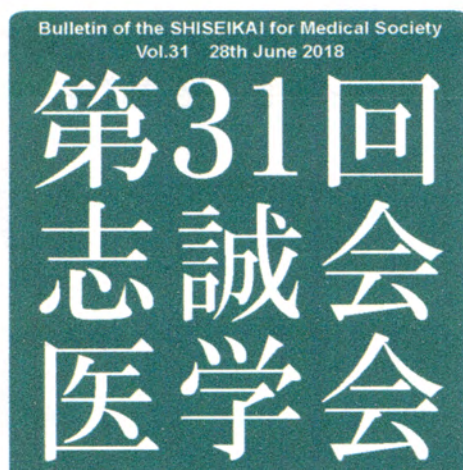
今年の看護部の目標はスーパー救急取得後の運用と、精神科の地域包括医療へ向けての取り組みを最優先することだと思います。包括ケアに関しては、これまで地域移行で取り組んできた患者さんが地域での生活を継続していくための取り組みに力を入れていかねばなりません。これまで外来看護で地道に取り組んできた訪問看護を急性期の取り組みとタイアップして進めていくことです。看護師だけでなく作業療法士や精神保健福祉士と協同の取り組みがすでに始まっていますが、効率よく進めていくことも課題となってくるでしょう。今後の訪問医療の先駆けとなるよう培ってきたチーム医療を発揮していくことが肝要かと思えます。

さて、平和病院は、平成 13 年に初回取得した経緯を持つ病院機能評価の3度目の受審を来年2月に予定しております。以前に比べバージョンもはるかにステップアップし、第3世代(3rdG:Ver.2.0)になっており、内容も「患者の視点に立った、良質な医療の実践を評価すること」とされており、現場でのケアプロセスを中心に進められるようです。ますます、看護部の現場の質が問われることとなりますが、当然看護部でも目標とするところですので自信を持って評価を受けることができるよう取り組んでいきましょう。

看護部は、今年4月の役職人事を7月に移動しました。4年ぶりの新役職誕生の大幅な人事です。早速に評価機構の取り組みのリーダーシップを発揮してもらいたいと思っています。そのために、看護部では役職の業務遂行プロセスのためのチェックリストを整備してまいりました。作成したリストを活用し新たな役職教育に力を注ぎ、役職としての責任とステータスを高めることができるように切磋琢磨いたしましょう。さらに、スタッフ一人一人の目標管理の達成度を高めることが看護部全体の質の評価となることは周知のとおりですので、PDCA サイクルが機能するように励まし合い、win-win の関係性を大切に致しましょう。

さて、今年は診療報酬及び介護報酬さらには障害福祉サービス等の報酬改定が行われました。いずれも志誠会にとって関連することばかりです。スーパー救急をはじめとする病院の急性期医療や地域包括へ向けての診療報酬の政策誘導や、さらには就労報酬に関する設定の仕組みの複雑さ等、特に陽光館や社会復帰施設のサービスの在り方を吟味しながら提供していかなければならない状況が浮き彫りになっています。国の財源の配分に影響されることは論を待ちませんが、私たちも賢く状況判断をしながら取り組んでいかなければならないと思います。日々の仕事の取り組みの結果と乖離することなく、選ばれる志誠会の組織作りに向けて邁進していきましょう。

平成 30 年 6 月 28 日



特別講演

「最近の精神医学的病態の変容をめぐって
ーパーソナリティ障害、発達障害を中心にー」

講 師

ホヅミひもろぎクリニック 院長
東京慈恵医科大学 客員教授

牛島 定信 先生

最近の精神医学的病態の変容をめぐって - パーソナリティ障害、発達障害を中心に -

ホヅミひろぎクリニック

院長 牛島 定信

(東京慈恵医科大学 客員教授)

1980 年に操作的診断 (D S M - III) が導入されて 40 年になる。従来の精神医学的考え方をもった精神科医は現役を退き、今や D S M 世代の精神医学の時代になった。その結果、現代の精神医学は科学的方向性をもつようになったとされる。診断の個人差がなくなり、治療指針も構造化された。急性期は薬物療法で寛解をもたらし、患者の社会適応を高めるべく作業療法を中心にした社会療法が施され、社会的自立 (リカバリー) へと道筋が出来上がった。就労移行・継続支援、リワークプログラムもシステム化された。

しかしながら、そうした理念はともかく、臨床現場では凄まじいばかりの混乱が起きている。ひとつのケースが時の経過とともにいくつもの診断で推移したり、ひとつのケースが受診するクリニックによって違った診断をいただいたりすることが少なくない。発達障害の診断が異常に増えていることも忘れてならない。

私は 1964 年に精神科医になった。20 世紀前半の精神医学を先輩に学び、20 世紀後半、21 世紀前半の精神医学を肌で体験した。それだけに、三つの半世紀の精神医学の推移の証人だと自負しているが、その立場からみると、精神医学的病態もまた時代とともに変化してきた。その中で注目すべきは、子どもの人格が大人の人格へと成長する青年期のあり様が大きく変わったことである。つまり、成人の人格のあり様がこの間に大きく変化し、それが精神医学的病態の変質をもたらしていると考えている。

ところが、現代の精神医学は、その時代的变化を無視し、現代の人格を基にした精神医学的病態に 20 世紀前半の精神医学的概念を当てはめているのだ。現代の精神医学的混乱の原因はここにあるような気がしている。

講演では、パーソナリティ障害、発達障害を中心にこうした変容の考察を試みたい。

以上

◆ 講師略歴 ◆

うしじま さだのぶ
氏 名 牛 島 定 信

学歴および職歴

昭和 38(1963)年 3 月	九州大学医学部卒業（東京虎の門病院でインターン）
昭和 39(1964)年 4 月	九州大学医学部精神神経科学教室 （大学院、国立肥前療養所、ロンドン精神医学研究所）
昭和 49(1974)年 10 月	福岡大学医学部精神医学教室（講師、助教授、教授）
平成 3(1991)年 4 月	東京慈恵会医科大学精神医学講座（教授）
平成 17(2005)年 4 月	東京女子大学文理学部心理学科（教授）
平成 21(2009)年 3 月	三田精神療法研究所（いわたにクリニック）
平成 27(2015)年 5 月	ホヅミひもろぎクリニック院長

所属学会その他の社会的活動

日本精神神経学会（元副理事長）
日本精神分析学会（元会長：理事長職）
日本森田療法学会（元理事長）
日本サイコセラピー学会（前理事長）
日本児童青年精神医学会（元理事長）
日本ADHD学会（元理事長）
日本精神衛生会（前理事長）
NPO法人子どもの命を守る会（理事長）その他

主な著書

思春期の対象関係論．金剛出版、1988.
対象関係論的精神療法、金剛出版、1996.
心の健康を求めて－現代家族の病理－、慶応義塾出版、1998.
人格の病理と精神療法．金剛出版、2004
境界性パーソナリティ障害；治療ガイド日本版．金剛出版 2008
境界性パーソナリティ障害の人の気持ちがわかる本 講談社 2011
やさしくわかるパーソナリティ障害． ナツメ出版 2012
パーソナリティ障害とは何か、講談社新書、2012 その他多数



Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol.31 28th June 2018

第31回 志誠学会 医学会

一般演題



一 冊 雙

【一般演題 目次】

【一般演題】第1群 10:00～10:50

座長：陽光館

生活看護課 久保田 郁代

- 1) 水分摂取量の改善への取り組み
陽光館第2生活棟 喜屋武 莉奈
[P 15～P 17]
- 2) 下肢筋力トレーニングの効果を目標として
～移乗動作向上を図り活動的に～
陽光館第3生活棟 島袋 恵
[P 18～P 21]
- 3) 見直す事で知る口腔ケアの必要性
～歯科医師より学んで～
陽光館第5生活棟 城間 豊大
[P 22～P 24]
- 4) 不良姿勢に対する立ち上がり・歩行能力の向上を目指して
～骨盤・股関節筋群への介入～
陽光館リハビリテーション課 古謝 裕加子
[P 25～P 27]

【一般演題】第2群 11:00～12:00

座長：平和病院

看護部

山城 智美

- 5) クロザピンを導入して見えてきた看護の課題
平和病院第1病棟 菅原 いづみ
[P 28～P 30]
- 6) 急性期治療病棟看護師の視点の統一への取り組み
～独自のチェックリストを活用して～
平和病院第3病棟 垣花 宏樹
[P 31～P 33]
- 7) 長期入院患者を対象とした調理・外出アプローチ
～社会生活向上を目指して～
平和病院第5病棟 新垣 典也
[P 34～P 36]
- 8) 認知症患者の周辺症状緩和に向けての取り組み
～カンフォータブル・ケアを導入して～
平和病院第6病棟 宮城 守寿
[P 37～P 40]
- 9) 当院における CPR 司令塔養成の取り組み
～アクションカードを活用して～
平和病院看護部 高江洲 徳一
[P 41～P 44]

昼食 12:00～13:30

【一般演題】第3群 13:30～14:30

座長：平和病院 医局

石川 悠

- 10) 統合失調症不眠患者に対する睡眠改善アプローチ
～慢性期療養病棟患者への実践～
平和病院作業療法課 外間 正二
[P 45～P 47]
- 11) 医療相談調査からみる当院の役割の変化
～過去の医療相談との比較から～
平和病院診療相談課 新垣 肖子
[P 48～P 51]
- 12) 慢性統合失調症患者の就労支援
～長期入院を経てデイケアから就労訓練に繋がった1ケース～
平和病院デイケア課 金城 貴子
[P 52～P 54]
- 13) 「農耕訓練」の利用者における持続性の特徴について
～社会機能と神経認知の関連からみた横断的研究～
社会復帰施設部 真栄城 兼吾
[P 55～P 58]
- 14) 統合失調症における認知機能障害が社会的機能におよぼす影響についての一考察
～社会的認知としての mentalizing を調整変数として～
平和病院心理課 利根川 義昭
[P 59～P 61]

1. 数据库系统组成

数据库系统由数据库、数据库管理系统、数据库管理员、用户等组成。

数据库是存储在计算机内的有组织的数据集合。

数据库管理系统是位于用户和数据库之间的一层数据管理软件。

数据库管理员是负责数据库系统运行、维护和管理的人员。

用户是数据库系统的最终使用者。

数据库系统的主要功能包括：数据定义、数据操纵、数据控制、数据查询、数据维护等。

数据库系统的特点包括：数据共享、数据独立性、数据安全性、数据完整性、数据并发控制等。

数据库系统的组成结构图如下所示：

数据库系统组成结构图：

数据库系统由数据库、数据库管理系统、数据库管理员、用户等组成。

数据库是存储在计算机内的有组织的数据集合。

数据库管理系统是位于用户和数据库之间的一层数据管理软件。

数据库管理员是负责数据库系统运行、维护和管理的人员。

用户是数据库系统的最终使用者。

数据库系统的主要功能包括：数据定义、数据操纵、数据控制、数据查询、数据维护等。

水分摂取量の改善への取り組み

陽光館 第2生活棟 ○喜屋武 莉奈 大城 綾乃
喜久川 美奈子 児玉 明信
池原 亮

I. はじめに

第2生活棟は、医療ニーズが高く、身体介助を必要とする入所者が多く、多岐にわたる身体管理が求められている。

当生活棟は、脱水予防のために、適宜水分補給を行い入所者の嗜好に合わせた取り組みを行っているが、なかには促しにも拒否することがあり、対応を苦慮している面があった。そこで今回、水分摂取量が少ない入所者に対し、脱水予防策の1つとして用具の変更を試み水分摂取量の改善を試みた。まだ途中経過ではあるが、その症例に若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2018年5月1日～6月10日

2. 対象者

当生活棟では、水やお茶を好まない入所者に対し、お茶に黒糖を混ぜて甘みを加える工夫を行っている。

今回は、嗜好に合わせた取り組みだけでは摂取量が増えず、ストローでの摂取が可能な入所者3名を対象とした。

表2 対象者の属性

	要介護度	自立度	寝たきり度
A氏	5	B2	Ⅲb
B氏	3	C2	Ⅲa
C氏	3	B2	Ⅲa

年齢が85歳以上の入所者

3. 手続き

介入方法として、まず始めに個別に対して年齢

別必要量¹⁾に体重を乗じて、1日に最低限必要な水分摂取量を割り出した。1日の水分摂取量の目標を明確にして、水分摂取量が改善されたかを調べた。なお、1日に必要な水分摂取量には食事に含まれている水分量は含まないものとする。

1) 介入方法

表3 介入方法

水分摂取量の目標値の設定

一日に必要な水分摂取量(ml/日)
年齢別必要量(ml)×実測体重(Kg)で計算

$$A氏 = 25 \times 31.3 = 780ml$$

$$B氏 = 25 \times 43.1 = 1080ml$$

$$C氏 = 25 \times 46.3 = 1160ml$$

牛乳をストローで上手に飲んでいるのを見つけたため、通常使用しているコップからストロー付きのコップへ変更し、効果が出るか検証してみた。

2) 用具の変更



図1 用具の変更

4. 倫理的配慮

当研究は、当法人倫理委員会において承認を受けている。

Ⅲ. 経過及び結果

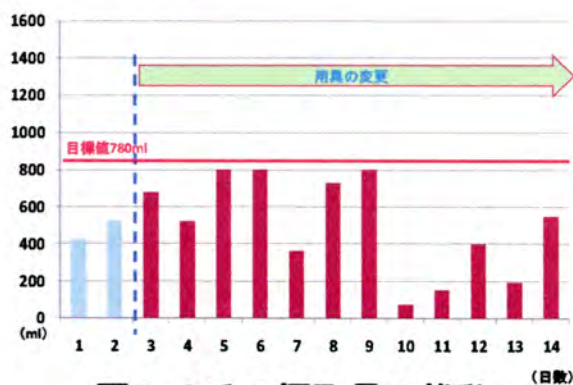


図2 A氏の摂取量の推移

A氏は、コップで提供すると自分で飲もうとするが口元まで持っていけず、こぼしてしまうためトロミを付けて介助を行っていた。また、口に含んだまま嚥下するまでに5分～10分程の時間が掛かる事もあった。用具の変更後は、ストローではスムーズに吸いこみ、飲みこぼしや口に含んだ状態は見られなくなった。また、コップに蓋付きが付いているため、本人が万が一倒してもこぼれないというメリットもあった。

また、トロミに関しては、当初はストローで吸えるようにトロミを調整していたが、現在ではトロミがなくても、お茶以外の牛乳やコーヒーをむせ込むことが少なく摂取が出来るようになった。

開始前の水分摂取量は、1日に400ml～500mlとなっていたが、徐々に500～800mlと増えていった。しかし、目標値を超える日は14日中3日であった。

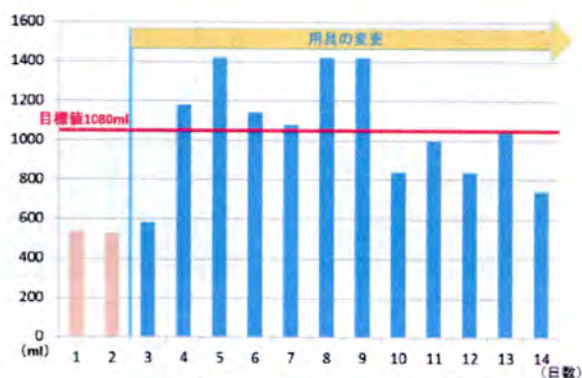


図3 B氏の摂取量の推移

B氏は、コップで提供すると一度口をつけることはあるが、直ぐに飲むことをやめてしまった。

用具の変更後は、お茶に比べて牛乳などのストロー付きの飲み物だと手を付ける回数は多かった。

開始前の水分摂取量は、何度も声を掛けて促しても、1日に500ml程度であった。開始当初は600ml程度の摂取量であったが、2日目からは自らコップを持ち飲む回数が増え、声を掛ける事も少なくなり、目標値を超える日が14日中6日となった。

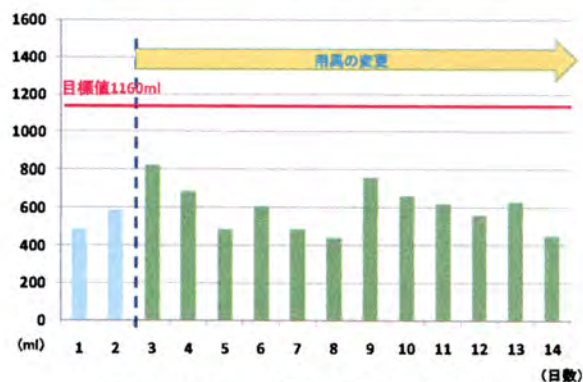


図4 C氏の摂取量の推移

C氏は、コップで提供すると摂取を促しても一口飲んで直ぐにコップを置き、飲まなくなるため、何度も声を掛ける必要があった。用具の変更後は、開始前の1日の水分摂取量が400～580ml程度であったが、初日は800ml以上の摂取が見られた。しかし、その後は以前と同じようにすぐに飲まなくなり、何度も声を掛けるが効果はなく目標値を超えることは無かった。今回の研究内容を家族へ情報提供すると、「若い時から水分は余り摂らなかった。面会中はコップを置かないようにテーブルから離しています」との話があった。また、普段から排泄の心配を気にしている様子が見られた。

Ⅳ. 考察

今回の研究にあたり、A氏に関して、CARERは「コップでは上手く喉元まで水分を送れず口から流れてしまう」²⁾と述べているように、喉の奥まで水分を送れず口に含む事が多かったのではないかと考えられる。用具を変更し、ストローで吸うことで自然に喉の奥まで水分を送ることが出来たため、口に含む事がなくなりスムーズに嚥下出来たのではないかと考えられる。また、目標値を超える日は少なかったが、蓋が付いていることで倒

れても水分がこぼれないため、失敗することなく飲めたことが摂取量の増加に繋がったと考える。自分でコップを持ち飲みたいという意欲も見られたため、用具の変更がもたらした効果であると考えられる。

B氏に関しては、飲み物を一度口に付けると遠くに置く習慣があり、通常のコップでは中身を確認することが出来なかったのではないかと考える。ストロー付き用具は半透明で中身が見えるため、遠くにあってもコップに入っている水分が確認でき、もっと飲みたいという意欲に繋がったのではないかと考える。普段から牛乳パックなど中身が見えなくてもストロー付きの飲み物だと手を付ける事が多く見られたことから、ストローが付いている物は飲み物だという認識が強くあったのではないかと考えられる。

C氏に関しては、家族からの情報で普段から飲水することは少なく、また本人自身が、水分を摂りすぎるとトイレへ行く頻度が増えると心配し、飲水を抑制していることがわかり、用具や嗜好に関係なく習慣的なものにより水分摂取量が少なかったのではないかと考える。職員は、本人が不安に思っていることを表出させ、安心させる声かけを行っていく必要がある。

今回の取り組みでは、大きな変化につなげることはできていないが、対象者との関わる時間も増えたこと、家族からの情報共有を行うことで、これまで知りえない情報を取ることができたことは効果があったと思われる。今後は、味の種類やゼリーなどの形状の工夫、お茶会を行うなど環境を変化した取り組みを検討していく必要がある。

V. 終わりに

今回の研究では、個々の好き嫌いや習慣の違いにより水分摂取を考え促していく難しさや、年齢や体重によって必要な水分摂取量がある事を知った。逆に水分摂取量が過度に増えると、身体的な影響を与える危険性もあるため、今後は看護課と連携を取りながら身体面の変化に気づけるように関わっていききたい。

引用・参考文献

資料 1) 一日に必要な水分摂取量の求め方

一日に必要な水分摂取量(ml/1日)

年齢別必要量(ml) × 実測体重(Kg)

- 22～55歳の場合 35ml/Kg/日
- 55～65歳の場合 30ml/Kg/日
- 65歳以上の場合 25ml/Kg/日

2) : CARER : 楽のみの効果より

下肢筋力トレーニングの効果を目標して
～移乗動作向上を図りより活動的に～

陽光館 第3生活棟 ○島袋 恵 嘉数 智枝
大城 光樹 比嘉 勝也

I. はじめに

陽光館第3生活棟は新規受け入れ棟という位置付けとなっている。

当生活棟の入所者の中には、トイレ誘導の際に下肢筋力の低下に伴い身体を思うように動かすことができない方がおられ、移乗の際に「足が治れば自分で立てるのに」「情けないサー」と消極的な発言があった。そこで職員ミーティングで対応策を話し合い、身体の動きが少しでもスムーズに行えれば移乗の際身体的な負担が減るのではないかな等の意見が上がった。また、下肢筋力の低下によって更衣の際や立位時のバランスが悪くなり転倒のリスクが高くなると考えられた為、下肢筋力の向上を目的に、独自の下肢筋力トレーニングを行った結果を若干の考察を加え報告する。

II. 研究期間

1. 研究期間

2018年4月3日～5月22日

2. 対象者

表1 対象者

	年齢	介護度	移動方法
A氏	80代	4	車椅子
B氏	80代	4	車椅子

3. 方法

1) 取り組み内容

- ① ゴムチューブ運動（膝上げ）
- ② 起立運動
- ③ ウェイトベルト運動

④ ゴムチューブ運動（開脚）

3. 取り組み内容

① ゴムチューブ運動（膝上げ）

ゴムチューブを足底に引っ掛け上下に持ち上げる運動



② 起立運動

廊下の手すりを利用して立つ座る10回繰り返しその後10秒間起立保持を行う運動



③ ウェイトベルト運動

両足に重りを付け上下に膝伸する運動



④ ゴムチューブ運動（開脚）

両膝にチューブを輪にして通しチューブの反発力に逆らって膝を開く運動



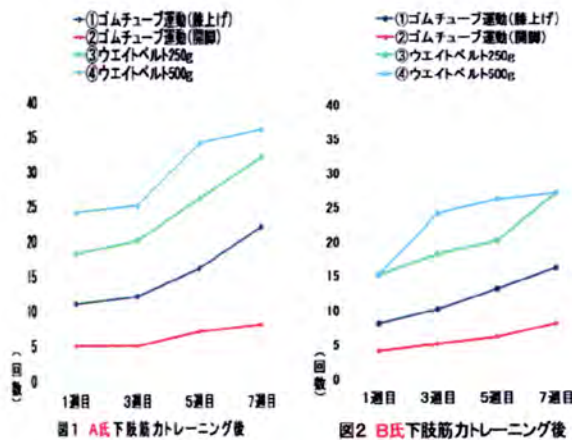
3) 倫理的配慮

本研究は、当法人倫理委員会において承認を受けている。

4. 評価方法

機能的自立度評価表（FIM）

Ⅲ. 経過及び結果



両者の下肢トレーニングの結果を図1、図2に示す。

『A氏』

トレーニング前の移乗介助は職員2名での介助を要した。各運動メニューにおいて次の通り結果が見られた。

ゴムチューブ（膝上げ）運動では、開始前は11回だったものが開始後では22回であった。

起立運動は、週5日間で1日10回を目安に実施した。

ウェイトベルト運動では、開始前は24回だったものが開始後では36回であった。

ゴムチューブ（開脚）では、開始前5回だったものが開始後は8回であった。

移乗動作FIMでの評価は、開始前は1点だったものが開始後は5点であった。

トレーニングに要する時間は、2週目までは1セット20分を要していたが、3週目以降は時間も15分までに短縮できた。

『B氏』

ゴムチューブ（膝上げ）運動では、開始前は8回だったものが開始後は16回であった。

起立運動は、週5日間で1日10回を目安に実施した。

ウェイトベルト運動では、開始前は15回であったものが開始後は27回であった。

ゴムチューブ（開脚）運動では、開始前は4回だったものが開始後は8回であった。

移乗動作FIM評価では、開始前は1点だったが開始後は3点であった。

トレーニングに要する時間は、2週目までは1セット30分を要したが、3週目以降は短縮していた。

①～④のメニューにおいてA氏・B氏共に大きな変化は無かったが3週目から各メニュー共に回数が伸びた。

表2 下肢筋力トレーニング前後

	立位保持時間 前⇒後(秒)	方向転換	膝折れ	職員対応
A氏	5 ⇒ 30	出来ない⇒出来る	あり⇒なし	職員2名 ↓ 職員1名
B氏	10 ⇒ 30	出来ない	あり⇒なし	職員2名 ↓ 職員1名

両者の下肢筋力トレーニングの介入の変化について表2に示す。

『A氏』

立位保持時間に関して、開始前は5秒間であったものが開始後は30秒間となり、25秒も立位保持が長くなり、方向転換もできるようになった。

『B氏』

立位保持時間に関して、開始前は10秒間であったものが開始後は30秒間となり20秒と長くなった。

A・B氏共に入浴時やトイレ時の立位保持時間も伸び、動作がスムーズに行えるようになった。また、B氏においては車椅子から自力で立ち上がることが可能になり、トレーニング後の移乗介助においては職員1名の介助だけでできるようになった。

A氏は、トレーニング前にはトイレや入浴といった生活場面での移乗において、立ち上がりや立位・姿勢保持ができず、2名の介助を要していた。移乗時には、「出来ないさー」「重たいのにごめんねー」と話され、トイレ誘導の声掛けに

は「トイレは後から行くさー」と後回しにするような言葉が聞かれた。開始後には、トイレや入浴の声掛けに「先生お願いします」「トイレに行きたい」と自発的な発言も聞かれ、トイレへ行く回数も増えた。その際には、自ら手摺を掴み立ち上がることや姿勢保持が出来るようになった。また、足を運ぶ動作もうまくなり方向転換できるまでになった事で職員が介助することが少なくなった。家族からは、「湿布薬の請求がなくなった」「外出時のトイレ介助が楽になった」と声が聞かれ、本人からは「カラオケに行ってきました」と嬉しそうな声が聞かれた。

B氏は、生活面での移乗においてA氏同様に職員が2名で全介助を行っていた。B氏には、認知障害があり取り組みへの理解が難しく、トレーニングを行う度に本人に分かりやすい言葉掛けを行った。開始当初は、運動を拒絶する事もあったが2週目を過ぎた頃から拒絶する事が見られなくなった。開始後は、手摺を掴み自力で立ち上がる事ができるようになり、姿勢保持できる時間も増えたが、自ら動くことは望まず、トイレ回数は特に変化はなかった。方向転換はうまくできていなかったが、介助する職員の数は2名から1名と以前に比べ介助量が少なくなった。

IV. 考察

今回、取り組みを行った下肢筋力トレーニングにおいて、運動量と運動にかかる時間が運動機能の向上に関係してくると推測される。

A氏においては、開始前は介助してもらうことに遠慮する発言が聞かれていたが、導入後より自分で行えることに喜び、家族からの発言があったように、一緒に外出する楽しみが増えたことは、下肢筋力トレーニングの効果だと考える。

B氏においては、A氏と同じメニューを行ったにも関わらず運動機能への効果に差がでたことは、認知障害から取り組みへの理解力が低くモチベーションを維持することが困難だったのではないかと考える。

職員は、開始当初トレーニングを実施すること

に対し、「辛そう」「何だか可哀そう」と消極的な発言も聞かれたが、職員全員が取り組みに関わったことで両氏が活動的になり、トイレなどの介助量の軽減につながったことや、両氏の気持ちに変化があったことで、職員の考え方が前向きに変化したのではないかと考える。

今回の組みを行った結果、個人差はあるが下肢筋力が増強した事で、活動範囲の拡大になり、一定のトレーニングを実施した事で運動機能の向上につながったのではないかと考える。

以上の事から、今後も運動機能の維持向上を図る為には、職員が日頃から利用者とコミュニケーションを図り、安心して生活できる環境を整えることで、日常の下肢筋力低下を予防する取り組みを実施していくことが必要だと考える。

IV. 終わりに

今回の取り組みで、下肢筋力増強が入所者の心身に大きな変化を与えることになったので、これからも取り組みを継続していきたい。

引用文献

- 1) 長寿科学振興財団 :「高齢者の身体活動の必要性」

【機能的自立度（FIM）評価表】

● F I Mの評価表 ●

7点（完全自立）

補助具または介助なしで『自立』

6点（修正自立）

時間が掛かる 装具や自助具、服薬が必要
安全性の配慮が必要

5点（監視・準備）

監視・準備・指示・促しが必要

4点（最少介助）

手で触れる以上の介助は必要ない75%以上は『自立』

3点（中等度介助）

手で触れる以上の介助が必要50%～75%未満は『自立』

2点（最大介助）

25%～50%未満は『自立』

1点（全介助）

25%も自力で行えない

見直す事で知る口腔ケアの必要性 ～歯科医師より学んで～

陽光館 第5生活棟 ○城間 豊大 玉本 美鈴
伊波 聡 佐々木 飛鳥
宮城 麻乃

I. はじめに

高齢者の健康維持の一つに、口腔ケアが重要とされている。しかし認知症の行動障害 (BPSD) の進行により口腔ケアの実施がうまくできず、口腔内環境の悪化を招いてしまうことがある。

当生活棟 (認知症専門棟) でも毎食後口腔ケアを実施し清潔保持や感染予防に努めているが、入所者の対応と他業務の優先によりうがいや拭き取りのみで済ませてしまうこともあり口腔ケアを重視しておらず簡素化してしまっている現状がある。そのため口腔内の清潔が保てず舌苔が目立つ入所者もいる。

今回、当施設往診歯科の協力を得て口腔ケアの見直しを行い、取り組んだ経過及び結果に若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2018年4月～2018年5月31日

2. 対象者

口腔ケアの見直しを行った認知症専門棟入所者2名

表1 対象者の背景

	要介護	認知度	口腔ケアに関して
A氏	5	Ⅲb	・職員にて全介助 ・介護拒否がある ・開口が難しい
B氏	2	Ⅲa	・自力で可能 ・易怒的になる事がある ・職員の介入が難しい

3. 方法

1) 歯科医師より職員が口腔ケアを学ぶ

表2 歯科医師の指導内容

① 開口の難しい方は口角を軽く引っ張る事で隙間を作り口腔内を確認する
② 先に保湿ジェルを塗る事で汚れをふやかして拭き取りやすくする
③ 急に口腔内に異物が入ると身構えてしまう為頬からマッサージをするように拭き取り始め徐々に外側から内側にかけて行う
④ 拭き取りは、奥から手前に汚れをかき出すように行う
⑤ 自立して行っている方でも口腔内に汚れが残っている事がある為確認が必要

2) 従来の口腔ケアを見直す

3) 介入前後の口腔内の比較

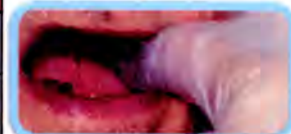
4. 倫理的配慮

本研究は、当法人倫理委員会において承認を受けている。

III. 経過及び結果

表3 口腔ケア方法(A氏)

従来の口腔ケア 洗口液を浸したガーゼ絞って指に巻き口腔内の汚れを拭き取る	口角を軽く引っ張る事で隙間を作り口腔内を確認する
見直し後	
① 保湿ジェルを使用し口腔内、舌に塗布する	
② 洗口液に浸したガーゼを絞って指に巻き奥から手前に汚れをかき出すように拭き取る	



A氏は自力での口腔ケアができず、職員介助にて洗口液に浸したガーゼで拭き取りを行っていた。声掛けをしながら行うが、すぐに閉口してしまい拒否も見られる為、十分なケアが行えず舌苔

が目立っていた。

A氏のようなケースに関して、ケアの仕方を歯科医師より助言をもらい実施した。口角を軽く引っ張り隙間を作ることによって口腔内の食べ残しや舌の確認をしながらケアも行いやすくなった。更に保湿ジェルを使用することで汚れが拭き取りやすくなり舌苔も軽減した。

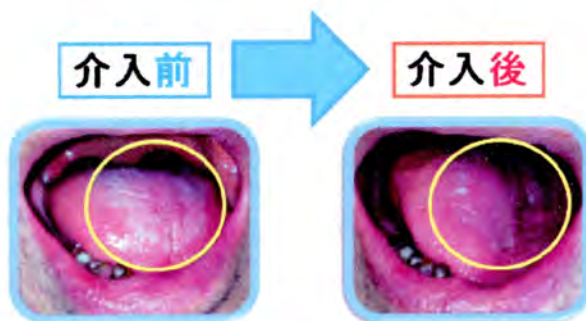


図1 介入前後の比較(A氏)

表4 口腔ケア方法(B氏)

従来の口腔ケア
職員は声掛けするのみで、義歯清掃とうがいには自立
↓
見直し後
①本人へ声掛けし義歯清掃を行ってもらう
②保湿ジェルを使用し舌の清掃を行ってもらう
③洗口液でうがいを行う

B氏の場合は、自力で行える事と職員の介入に対し易怒的になることもあるため、声掛けと誘導のみで口腔内の確認までは十分に行えていなかった。

今回、職員が介入することで、義歯の磨き残しや舌苔の汚れが確認でき、自力でのケアでは不十分であることが把握できた。見直し後からは残存機能も活かしつつ、B氏へ義歯洗浄と保湿ジェルを使用し舌の清掃を行ってもらった。最後に、職員による義歯の磨き残しと舌の確認を行ったことで義歯の汚れや舌苔は軽減した。

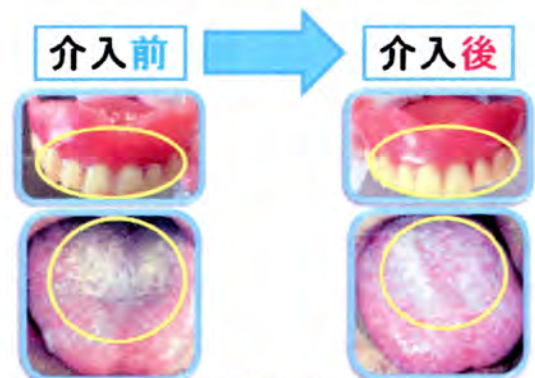


図2 介入前後の比較(B氏)

IV. 考察

A氏は開口しない事がありケアが困難であったが歯科医師からの助言を実施することで口内の拭き取りが容易くなり、舌の汚れもきれいに拭き取ることができ、舌苔の汚れが軽減出来た。また、職員が密に声掛けをしていることから、発語が多く聞かれるようになったと感じられる。

B氏においては自力で行っていた為、確認せずとも綺麗にケアが出来ているという職員の思い込みや、声掛けに易怒的になる事もあり介入が難しく、確認のみの対応で終わっていた為に口腔内の清潔が保たれていなかった。今でも易怒的になる事はあるが毎日接し促す事で職員の介入にも肯定的になってきていると感じられる。また、職員が介入することで口腔内の観察が行え、磨き残しがなくなり介入前よりも改善出来た。B氏のように自力で行える入所者でも磨き残しや舌までのケアが不十分であり口腔内の確認が必要であると再認識できた。更にB氏に関しては他入所者との交流も増えつつあり、笑顔が増えたようにも思える。

両氏、発語や他入所者との交流が多くなったのは、職員のケアへの介入により話す機会が増え、それが他入居者へ話しかける意欲にも繋がったのではないかと考える。

今回の取り組みからうがいや拭き取りのみでは十分な口腔ケアが行えていないことが分かった。本来の歯磨きだけにとらわれず保湿ジェル等必要に応じて対応することも清潔な口腔環境維持への対策方法でもあったと考えられる。

歯科医師の実技指導、助言をもらい活かすこと

で口腔ケアの必要性を理解し、知識を高め、適切な口腔ケアの実施が口腔内環境の改善に繋がれたと考えられる。

V. 終わりに

口腔ケアの必要性を改めて知る事で、より良い口腔内環境を維持するよう職員の意識づけも図れた。今後も入所者が健康的な生活を送れるよう継続して支援していきたい。

不良姿勢に対する立ち上がり、歩行能力の向上を目指して ～骨盤、股関節筋群への介入～

陽光館リハビリテーション課 ○古謝 裕加子

松元 勝利 親川 聡史

I. はじめに

生活範囲が住居内生活中心になり、座りっぱなしや歩行不足により活動性が低下した虚弱高齢者では、背中を丸くさせた（円背）前傾姿勢の方が目に付く。板光らは、「体幹が前傾するにつれバランス能力、歩行能力ともに低下する傾向がある」¹⁾と述べている。仲田は、「姿勢を保持するためには、骨盤、下肢の代償動作が必要となってくる」¹⁾と述べている。先行研究においても「体幹前傾歩行では、股関節筋の働きが大きくなるため体幹の姿勢保持には股関節筋群の役割が重要である」²⁾とされている。当館入所、通所利用者においても体幹前傾姿勢の方々が増加傾向にあり、バランス能力や歩行能力に支障をきたしている。今回、姿勢保持や立ち上がり、歩行能力向上を目指し、数ある股関節筋群の中でもすでに膝曲りや前傾姿勢の始まっている高齢者にとって主要な骨盤、股関節筋群へ着目し、ストレッチや筋力増強運動を実施することで効果的な結果が得られるか検証したので、ここに報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

平成 30 年 5 月～（1 ヶ月間）

2. 対象者

対象は当館入所、通所を利用されている虚弱高齢者、前傾姿勢傾向で補助具を使用し自立歩行されている 8 名（男性 4 名、女性 4 名）（入所者 3 名、通所者 5 名）とした。

年齢は 80.4 ± 7.4 歳、認知機能（HDS-R） 20.8 ± 6.4 点で、介護認定は要支援 2 名、介護 1 が 4 名、介護 2 が 2 名であった（表 1）。

表 1 研究期間と対象者の情報

研究期間	平成 30 年 5 月 ～ 1 ヶ月
対象者数	8 名（男性 4 名 女性 4 名）
年齢	80.4 ± 7.3 歳
認知機能 (HDS-R)	20.8 ± 6.4 点
介護認定	要支援 → 2 名 介護 1 → 4 名 介護 2 → 2 名 (入所者 3 名・通所者 5 名)

3. 方法

対象者に対して骨盤・股関節筋群を中心としたストレッチ、筋力増強運動を週 3 回、全 12 回実施した。プログラム内容は、準備運動として腸腰筋、ハムストリングスをストレッチ、引き続きワイパーエクササイズ（20 回）、筋力増強運動（腸腰筋：左右 各 10 回×3 セット、ハムストリングス：左右 各 10 秒保持×3 セット、内転筋：左右 10 秒保持×3 セット、引き続き、後ろ歩きを 1 分間、整理運動のストレッチと腰回し（左右 15 回）を実施し終了するプログラムとした。（図 1）



図 1 運動内容

4. 評価方法

ストレッチ、筋力増強運動開始前と終了後に同様の体力評価を実施し、介入効果を検証した。体力評価は以下の3項目とした(表2)。

1) 5回立ち上がり(以下SS-5と略す)

瞬発的下肢筋力評価

2) Timed up & Go(以下TUGと略す)

バランス能力評価

3) 5m最大歩行

歩行スピード評価(横断歩道を渡れるか)

<分析方法>

分析方法に関して、運動開始前の体力評価結果と終了後の同一項目に対して、各々対応あるt検定で検討した。

<倫理的配慮>

本研究は、当法人倫理委員会において承認を受けている。

Ⅲ. 結果

ストレッチ、筋力増強運動介入前後における各評価結果3項目を表2に示す。

SS-5に関して、開始前 16.1 ± 7.6 secで終了後は 12.5 ± 1.6 secであった(図2)。TUGは、開始前 15.3 ± 3.4 secで終了後 13.7 ± 2.4 secであった(図3)。5m最大歩行は、開始前 5.9 ± 1.2 secで終了後 5.6 ± 1.6 secであった(図4)。

表2 運動介入結果

運動内容	開始前(sec)	終了後(sec)	検定結果
5回立ち上がり (SS-5)	16.1 ± 7.6	12.5 ± 1.6	
Timed up & Go (TUG)	15.3 ± 3.4	13.7 ± 2.4	*
5m 最大歩行	5.9 ± 1.2	5.6 ± 1.6	

The values are Mean $\pm$ SD

*; $p < .05$

図2, 3, 4 (グラフ)

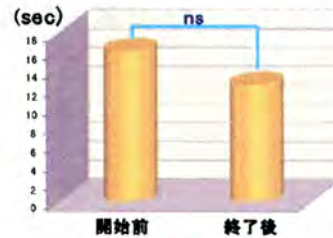


図2 SS-5

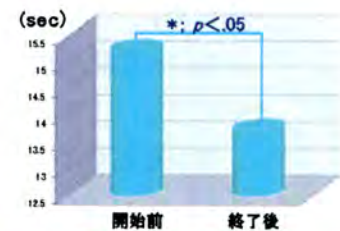


図3 Timed up & Go (TUG)

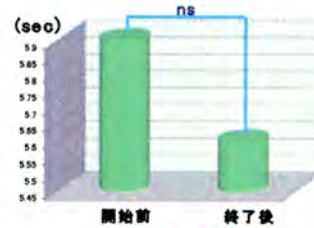


図4 5m 最大歩行

全ての項目において対象者8名中7名が終了後の体力評価結果に改善傾向が認められ、1名が開始前より低くなったという結果が得られたが、統計学的にはTUG ($p < .05$) のみに有意差が得られた。

Ⅳ. 考察

今回、すでに前傾姿勢の始まっている高齢者にとって主要な骨盤、股関節筋群へ着目し運動介入による効果を検証した結果、開始前と終了後、全項目の体力評価結果の比較より、8名中7名に改善傾向が見られ、1名に低下が見られた。統計学的分析からは、TUGにおいて有意な改善が得られたが、他のSS-5、5m最大歩行に差はなかった。実施期間が一ヶ月と短期間であったことも要因の一つであることも否めない。加えて、すでに前傾姿勢で膝関節屈曲傾向のある対象者に対し、選定した筋群の中に立つ、歩く動作に必要な大腿四頭筋(太もも前の筋)を選定していなかったため動作時の効率的な筋出力向上に繋がらなかったことも要因の一つと考える。しかし、8名中7名に全項目で改善傾向が見られたことは、本プログラムの有用性の一端を示しているのではと考える。その要因として一ヶ月と短期間であったため、筋力

が向上したとは言いが、インナーマッスル(深層筋)である腸腰筋(特に大腰筋)運動では、股関節を曲げるだけでなく伸張することも意識し動かしたことや後ろ歩き、ハムストリングス(太もも後ろの筋)など日頃動かしていなかった筋群をトレーニングすることでより多くの筋が収縮するようになり、筋の動きがスムーズになり筋出力における発揮能力が高まったと考える。加えて歩行時の推進力(アクセルの役目)が増し、足の振り出しや蹴りだしがスムーズになり、歩行速度へ変化をもたらしたと考える。また、立位での運動時に片足で踏んばる場面も多かったため、内転筋(太もも内側の筋)の働きにより片足で、しっかり立って支えることができたことも効果を得たと考える。

また、バランス能力テストであるTUGで有意な効果が得られたことは、高齢者は股関節でバランスをとるため、今回の運動介入により股関節の柔軟性も高まり、大きく動かしていたことでバランス能力が変化したことも要因と考える。

他の要因として、日常生活で使うことの少ない筋肉を使うため、トレーニングしている筋肉を意識して動かす、更に作用を説明し号令によりリズム良く効率的に動くように誘導したことや、運動終了後に動作変化(歩幅が広がった、スピードが増した等)について都度伝えたことや、ご本人へ運動を通しての変化(足が軽くなった)など聞き取りを行い、効果を実感してもらうよう努めたことも運動意欲に繋がり効果を得た要因と考える。以上のことにより短期であったが、骨盤、股関節筋群に着目した運動介入は立つ、歩くなど日常生活動作能力の維持や向上に向けたトレーニングとして一助になると考える。また、開始時よりも低下した1名は、日頃より疾病からくる下肢脱力症状があり、今回は、ふらつきも強くなっていたため下肢脱力症状が強かったことが要因と考える。

本研究では、単独筋群への強化により瞬発的運動効果を検証したが、今後は複合的プログラムや持久力的運動効果を目指したトレーニングを導入し効果について検証していきたい。

V. 終わりに

不良姿勢は完治することは難しく経時的に変化していくため、無理なく継続できる運動提供と日常生活で座りっぱなしや歩行不足にしない等の生活指導なども重要である。不良姿勢の悪化防止に加え予防の観点からも取り組んでいきたい。

引用文献

- 1) 林 泰史 : 骨粗鬆症に伴う円背による歩行障害とそれに適した歩行練習,
MEDICAL RIHABIRITATION,
No.104,P91,P92 全日本病院出版会、2009
- 2) 高井 逸史 : 加齢による姿勢変化と姿勢制御、
日本生理人類学会誌,Vol.6,No.2,2001.5

筋 肉 名 称 と 作 用

① 腸腰筋(大腰筋・腸骨筋)

作用 : 股関節を曲げる。

② 大腿四頭筋

作用 : 膝を伸ばす。

股関節を曲げる。

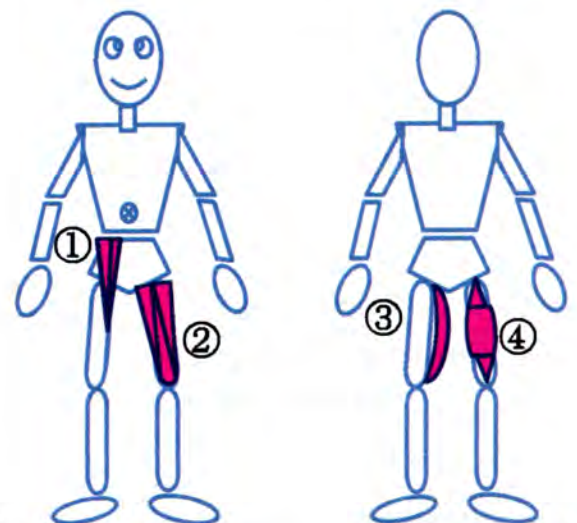
③ 内転筋

作用 : 股関節を内にとじる。

④ ハムストリングス

作用 : 膝を曲げる。

股関節を伸ばす。



クロザピンを導入して見えてきた看護の課題

第1病棟 ○菅原 いづみ 平良 寛
儀保 桂 高江洲 徳一

I. はじめに

当病棟は慢性期の療養病棟で入院期間が長く、従来の薬物治療及びリハビリテーションでは効を奏しにくい症状や障害が残存しており、長期に保護室を利用している患者が多いことが特徴である。そのため、保護室の患者を一般居室へ移動させられないことが当病棟の課題であった。

当院では、2017年7月より治療抵抗性統合失調症へ有効とされる非定型抗精神病薬（以下クロザピンと略す）が導入され、病状改善への期待が高まった。しかし、従来の薬剤とは異なり重篤な副作用があると報告されている。そのため、導入前に当病棟看護資格者（以下資格者と略す）に対して、クロザピンの副作用や検査方法に関する勉強会を行った。導入以降も副作用への不安を抱く声が挙がっていたため、資格者のクロザピンに対する捉え方の実態を改めて把握することが必要であると考えられた。

そこで、資格者を対象にクロザピンへの捉え方に関する調査を行った。また、治療対象事例を紹介し患者の実態と職員の捉え方を検討することで、病棟におけるクロザピン運用に関する課題を明らかにすることを本研究の目的とする。

II. 研究方法

1. 研究期間

2017年10月～2018年5月（8ヶ月間）

2. 対象者

表1 対象者の背景

対象者: 9名(男性5名、女4名)

看護師2名 准看護師7名

平均年齢: 52歳

看護経験年数: 9年～36年

3. 方法

1) 調査

(導入前)

①クロザピンに関する勉強会時の意見及び感想

(導入後)

②アンケート

- ・勉強会の内容の理解について
- ・重篤な副作用について
- ・副作用を特定する為の血液検査データが分るか

③聞き取り調査

- ・どのような不安があるのか

2) 事例紹介

- ・クロザピンを導入した1事例

4. 倫理的配慮

本研究は、当法人倫理委員会において承認を得ている。

III. 結果

1. クロザピンの勉強会時の意見及び感想

勉強会後、資格者からは「すぐに副作用に気付くことができるか不安」との声が聞かれた。平日はCPMS コーディネート業務担当者や主治医が勤務しており不安は少ないが、夜間・休日では人員が限られているため責任と緊張感に戸惑う様子が見えられた。また、発熱時の対応では、夜間・休日の場合血液検査を当直医と資格者で実施しているため、実際に機器の操作ができるか不安との声が聞かれた。

2. アンケート

1) 「勉強会の内容は理解できましたか」は、『出来た』1名(11%)、『あまり出来ていない』

4名（44%）、『出来ていない』4名（44%）となり、完全に理解できたと答えたのはわずかであった（図1）。

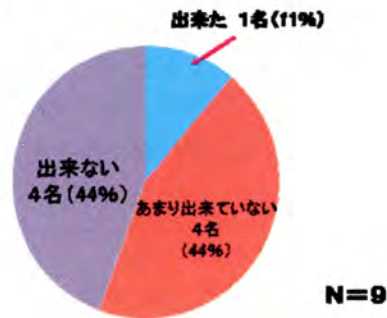


図1 勉強会の内容の理解

2)「重篤な副作用について理解しているか」は、全員が『大体出来ている』9名（100%）と答えた（図2）。



図2 重篤な副作用についての理解

3)「副作用を特定するための血液検査データがわかりますか」は、『分かる』5名（56%）、『あまり分からない』3名（33%）、『分からない』1名（11%）となり、「身体的な副作用は分かるが、血液データの基準値がわからない」であった（図3）。

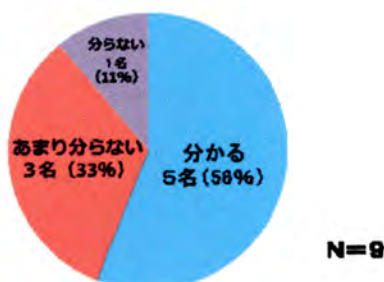


図3 副作用を特定するための血液検査データの理解

3. 聞き取り調査

1) クロザピン導入前（複数回答）

『不安がある』7件、『効果が期待できる』4件、『緊張する』2件、『大変』1件という結果であった（表2）。特に不安の理由として、「使用したことのない薬だから」「重篤な副作用があるから怖い」「副作用で死に至ることがあるから不安」などの声があがった。

2) クロザピン導入後（複数回答）

『不安がある』6件、『効果が期待できる』5件、『緊張する』2件、という結果であった（表2）。不安の理由としては、「誤薬が心配」「夜間や休日の副作用発見時に自分が対応できるか心配」などの声が上がった。

表2 聞き取り調査結果※

時期	回答（件数）
導入前	・不安がある 7
	・効果が期待できる 4
	・緊張する 2
	・大変 1
導入後	・不安がある 6
	・効果が期待できる 5
	・緊張する 2
	・大変 0

※複数回答

4. クロザピンを導入した1事例

表3 事例:A氏（導入前）

年齢	:50代
性別	:男性
診断名	:統合失調症
入院期間	:11年
罹患期間	:33年
状態	:他患者への暴力行為にて隔離 ・拘束になることが多く保護室から一般居室への移動できない

A氏は、クロザピン導入前は多い時で月に3～4回の暴力行為がある患者であった。一般居室で過ごすこともあったが、病状が悪化すると他患者を追いかけてまで暴力を振るう行為があり、隔離が必要な時もあった。また、時折亜昏迷状態となり後方へ倒れて頭部外傷などの事故を繰り返した。

め、意識障害の出現時は拘束を行って事故防止に努めていた(表3)。

今回、クロザピンを12.5 mgから開始し、特に副作用の問題もなかったので約2ヶ月かけて500 mgへ増量となった。また、クロザピン開始してから、疎通性も良くなり、亜昏迷状態になることもなくなった。時折、他の患者に反応して大声を出すことはあるが、暴力行為は導入後一度もなかった。約3ヶ月した頃、流涎や眠気などが見られたため減量し、現在では200 mg服用中である。約半年で、開放処遇となり開放先でも特にトラブルはみられなかった。クロザピンを導入してから、2回ほど発熱することはあったが、肺炎と腸炎の診断でありクロザピンの副作用とは判断されていない。

IV. 考察

今回の実態調査の結果、クロザピンに関する適切な理解が十分統一されていない事や、資格者の不安が拭いきれていない事が明らかになった。

アンケートの結果から、クロザピンの主な副作用は理解しているが、重篤な副作用を特定する血液検査データの基準値が分からない傾向が見られた。そのため、現場では実際に検査データを見る際に、速やかに異常の有無を判断することが難しい職員がいるのではと思われる。

聞き取り調査では、夜間・休日の副作用発見時の対応について不安の声が多かった。理由として、日中はコーディネーターが勤務しており相談できる環境にある一方で、夜間・休日は単独での判断が求められることになるため、不安になる事が考えられる。また、検査データの把握に加え、普段操作しない検査機器を臨時で扱う事も、不安を強めている要因になっているのではないかと考える。

1人でも適切に判断が出来るようになるためには、知識の獲得が必要ではと思われる。

事例では、身体的変調はあっても重篤な副作用は見られなかった。そのことから、実際の現場では副作用の可能性を念頭に入れながらも、過度な不安を抱く必要はないのではと考える。

クロザピンを使用するにあたって、副作用を早

期発見するためには、血液検査データの異常数値を把握できる知識や適切な対処方法を習得する必要がある。結論として、クロザピン運用において一貫した看護実践をするためには、副作用の観察ポイントを十分に理解することで早期発見に繋がり、重篤な副作用出現時に適切な対応が行える事で重篤化が防げるのではないかと考える。

V. 終わりに

今後の課題として、①定期的な勉強会の実践、②CPMS コーディネート業務担当の登録者増員、③各病棟との連携を図り統一した看護実践に役立てたい。

参考文献

- 1) 外間晃一・新城早苗(2013)クロザリルにおける看護の役割. 第19回沖縄精神科看護学術集会学術誌, 21-22.

急性期治療病棟看護師の視点の統一への取り組み ～独自のチェックリストを活用して～

第3病棟 ○垣花 宏樹 ワナメーカーひとみ
桑山 大祐 大村 隆広 山城智美
比嘉 千奈美
心理課 利根川 義昭

I. はじめに

当病棟では、精神科急性期治療病棟としての役割に加え、若手看護師、精神科看護未経験者の育成と専門性を高める役割を担っている。看護師経験年数だけでなく精神科未経験者も在籍する事から、治療の経過や段階に合わせた関わり方、観察の視点にも個人によって異なる。鈴木ら(2003)によれば、臨床経験年数と看護実践の質は必ずしも正比例するものではないとされており、精神科看護は看護師の経験だけでは補う事は難しいという課題がある。それらの有用な手段の一つとしてクリニカルパスの存在があり、有効性が報告されている。

そこで本研究では、看護師側のあらゆる要因に着目し、看護師のケアプロセスの視点を統一するためのツールの一つとしてクリニカルパスの利点を参考にタイムラインチェックリスト（以下チェックリストと略す）を独自に作成し活用した。

『看護師の自律性』『看護業務』『看護師間相互の影響』にチームとして変化が出る事で経験値による視点のばらつきがどの程度低減されるのか調査することを目的とする。

II. 研究方法及び対象

1. 研究期間

2018年4月28日～5月28日

2. 対象者

2018年5月までに急性期治療病棟に入職した看護師28名（表1）

3. 研究方法

<タイムラインチェックリスト>

クリニカルパスの利点を活かした当病棟独自で作成したチェックリストであり、患者個々の治療プロセスを時間軸で追うことを目的としている。これは、当病棟のクリニカルパスを再検討することを目的とした予備的研究として作成したものである。

チェックリストの活用方法は、入院1日目より、入院形態や行動制限、身体的、精神的観察ポイントを項目に沿ってチェックし、週1回の回診後にチェックリストを元に現状を再検討し看護計画に反映させケアプロセスを追った。

表1 研究方法

□対象 □ H30年5月までに急性期治療病棟に入職した看護師28名看護師を2群に分けた。
a)タイムラインチェックリスト活用群:看護師14名
b)タイムラインチェックリスト未活用群:看護師14名(コントロール群)



今回の研究では、チェックリスト活用群（以下A群と略す）とチェックリスト未活用群（以下B群と略す）の2群を対象とした。また同意書にて承諾を得て無記名による質問紙を実施した。

4. 評価方法

評価方法を表2に示す。尾崎(1988)が作成し

た看護師の職務満足度尺度（以下尺度と略す）は7因子からなる尺度であるが、その内の「給料」「職業的地位」他2因子は本研究の目的から除外し『専門職としての自律』『看護業務』『看護師間相互の影響』の3因子とインタビューの2つを用いた。

表2 評価方法

□看護師の職務満足度尺度
（48項目・7因子）

- 因子
- ・専門職としての自律
 - ・看護業務
 - ・看護師間相互の影響

3因子で評価する。



5. 倫理的配慮

本研究は当法人倫理委員会において承認を受けた。

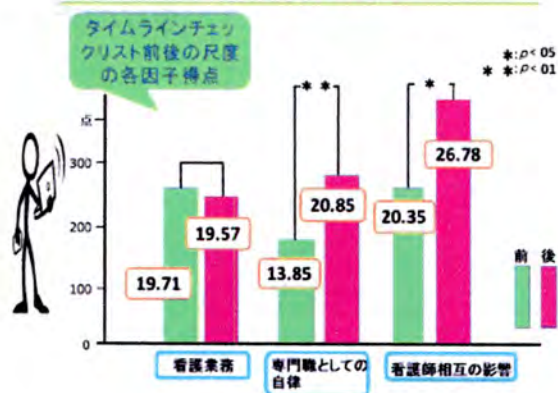
Ⅲ. 結果

表3 対象者属性

A群	B群
タイムラインチェックリスト活用群(14名)	タイムラインチェックリスト未活用群(14名)
看護師経験年数:10.2年	看護師経験年数:11.1年
精神科経験年数:3.6年	精神科経験年数:3.2年
年齢(23~51歳)	年齢(23歳~63歳)
平均:36.8歳	平均:36.5歳
性別:男 7名 女 7名	性別:男 5名 女 9名

表3に示すように、年齢、看護師経験年数、精神科経験年数の平均値からA群とB群2群に分けた。属性に対して t 検定^{注1)} を実施し有意差が無いことを確認した。A群にチェックリストを導入し、導入の前後で尺度を実施した。B群はコントロール群としチェックリストを導入せずA群と同時期に尺度を実施した。A群に対して導入前後の尺度3因子の結果を表4に示す。尺度得点が高いほど満足度が高いことを示す。

表4 尺度の結果



『看護業務』に関して有意差は見られなかった ($t=0.047$, $p=0.963$)。『専門職としての自律』に対する満足度は有意に高いことが認められた ($t=3.019$, $p=0.009$)。『看護師間相互の影響』についても有意な差が認められた ($t=2.495$, $p=0.026$)。次にA群とB群にチェックリスト実施後の3因子の総得点を比較した。『3因子総得点』 ($t=2.038$, $p=0.048$) のA群B群間で有意差がみられた。

次に、看護師の年齢、性別、看護師経験年数、精神科経験年数と看護師の職務満足度尺度との間の関連性をみるために、相関^{注2)} 分析を行った。

看護師の性別と『看護師間相互の影響』の間で有意な相関 ($r=0.32$ $p<0.09$) が認められた。看護師経験年数と『看護業務』の間で有意な相関 ($r=0.4$ $p<0.09$) が認められた。精神科経験年数と『看護業務』の間で有意な相関 ($r=0.14$ $p<0.02$) が認められた。相関の結果を表5に示す。

表5 看護師の経験値からみた3因子の相関分析結果

	専門職としての自律	看護業務	看護師間相互の影響
年齢	0.24	0.16	-0.18
性別	0.08	0.19	0.32*
看護師経験年数	0.26	0.40*	0.13
精神科経験年数	-0.07	0.41*	0.11

*: $p<0.05$

IV. 考察

評価尺度の『看護業務』に関してチェックリスト活用前後の得点では有意差は見られなかった。『看護業務』の因子の中には、ペーパーワークや仕事量に関する項目の他、患者ケアに関する項目が含まれている。谷岡ら(2003)によればパスやチェックリストは最小限のチェックにすぎない、精神科では特に実際を目で観察されたことが重要だと述べている。インタビューにて、ある看護師は「チェックリストを使って受け持ち患者の治療の経過を追う事で、時間の経過とともに観察するポイントが何となくではあるが、わかってきた」と発言があった。このようなことから t 検定では有意差は見られていないが、看護師の経験年数と精神科経験年数の間に有意な相関が得られていることは、看護師の経験年数と精神科経験年数が共に長い看護師はチェックリスト活用前後に関わらず初めから高い得点を示していたと考えられる。

『専門職としての自律』因子では有意な差がみられた。『専門職としての自律』の因子では、仕事と看護師としての自主自律が含まれている。インタビューにて精神科経験はないが看護師経験歴16年のスタッフから、チェックリスト活用後「患者の治療経過のポイントが少しずつ分かった気がする。看護計画に反映してみます」などの意見が聞かれた。チェックリストを活用し、見る視点を整えたことで変化がみられたのではないかと考える。また、因子の得点に有意差がみられたが看護師の自律性が直接患者のケアに繋がったとは言い難いが、インタビュー結果を踏まえると、チェックリストは看護師が自発的に自分自身で考え観察し行動するという自律性への働きがあったのではないかと示唆された。

『看護師間相互の影響』に関して、因子の得点の前後で有意な差がみられた。新人看護師が視点のフォーカスにズレが無いか、先輩看護師へ助言を求める場面が多く見られるようになった。また相関では女性の看護師の方がより相互の関係を築く傾向にあった。短期間の調査で断言する事は難しいが、チェックリストが果たそうとする機能が

徐々に現れたのではないかと考える。

以上のことから、今回チェックリストを活用して経験値による視点のばらつきがどの程度低減するか調査した。その結果をまとめると、チェックリストは『看護業務』に関して経験による差を埋めるような効果はみられなかったが、『専門職としての自律』や『看護師間相互の影響』に関しては、促進されるような影響力がある可能性が示された。

著者は精神科経験年数1年未満が約7割を占める当病棟において、ケアプロセスの視点を統一することの重要性の一部が本研究を通して明らかになったと考える。今回の調査でチェックリストを活用することで、視点のばらつきが低減できたかは調査期間が短く結果を一般化することは難しい。しかし、当病棟の現状の課題を取り上げ病棟全体で取り組んだことは有意義な調査だったのではないかと考える。

V. 終わりに

サッカー選手の本田圭祐は「日本のストロングポイントというのはチームワークだが、それは生まれもっている。あとはいかに個を高められるかだ」と述べている。いかに看護チームとして個の質を高めることが精神科急性期治療病棟の全体の質を高めることに繋がるのではないかと考える。

引用・参考文献

- 1) 西村良二・正化孝(2009):「うつ病の臨床カルパスを中心に」第104回日本精神神経学会総会,
- 2) 鈴木英子(2009):「日本の臨床看護職における専門的自立性」第6回日本保健福祉学会,
- 3) 真野元四郎, Betty furuta, 高坂要一郎, 谷岡哲也(2003):「精神障害者のためのヘルスケアシステム」学際的なチームケアモデルと実践のガイドライン, 西日本法規出版株式会社, 岡山, 2003

注釈

- 1) t 検定: 二つの群の平均値を比較して、統計的に有意(妥当な)差があるかどうかを調べる統計的手法。
- 2) 相関分析: 統計的計算の結果で表す2つの変数の関係(関係あり/なし, 強い/弱い関係)の強さ。

長期入院患者を対象とした調理・外出アプローチ
～社会生活向上を目指して～

第5病棟 ○新垣 典也 玉城 美希 比嘉 八弥
高良 佳樹 掛福 誠志 山城 綾乃
作業療法課 新里 将悟 喜瀬 夢乃

I. はじめに

現在、国の施策として長期入院患者の地域移行が推進されており、入院患者数の削減目標も設定されている。当病棟は慢性期の療養病棟で5年以上の入院患者が半数を占めており、退院支援を行う病棟として位置づけられているが、退院可能な患者は既に退院し、年々支援が困難になっている。現在、外出など環境変化を望まない患者が残っており、病院外への関心は低くグループ活動への参加意欲の低下が見られた。

そこで、社会への関心や意欲を高めることを目的とした外出・調理グループを立ち上げ、社会生活向上を目指し作業療法士と連携しリハビリテーションを実践したので、患者の変化や今後の課題について若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2018年3月～2018年5月（3ヶ月間）

2. 対象者

5年以上長期入院している、退院に消極的な患者8名。

表1 対象者の背景

対象者	: 8名(男性8名)
平均年齢	: 60.5歳
診断名	: 統合失調症6名、 統合失調感情障害1名 アルコール性精神病1名
平均入院期間	: 15.8年
平均罹患	: 34.7年
Rehab評価尺度平均 (全体的行動の合計)	: 90.8点

3. グループ活動の内容

表2 グループ活動の内容

- 1) 活動内容
週3回(月・火・水曜日 各2時間)の活動を1クール、
合計8クール(24回)を実施
- 2) プログラム内容

月曜日	火曜日	水曜日
ミーティング	外出アプローチ	調理アプローチ
メニュー決め	役割確認	役割確認
役割分担	身嗜みチェック	調理
外出先を決定	買い物	実食
身嗜みチェック	ドライブ	片付け

4. 評価方法

- 1) 活動前後の言動の変化を抽出し、検証する。
- 2) Rehabの取り組み前後で比較し、評価する。
- 3) 対象者アンケート及びインタビュー調査を検証する。

表3 アンケート及びインタビュー内容

『活動前』
①入院している期間はどのくらいですか？
②なぜ、外出(退院)したくないのか？
③調理活動で作ってみたいものはありますか？
『活動後』
①外出してみようでしたか？
②今後も外出したいですか？
③活動前に、外出に対し不安があったが、何に対して不安だったのでしょうか？

5. 倫理的配慮

- 1) 対象者へ研究にあたり研究目的、研究協力の有無により不利益が生じないことについて文書で説明した。
- 2) 個人が特定されないよう配慮し、研究結果の公表について対象者から書面による同意を得た
- 3) 本研究は、当法人倫理委員会において承認を受けた。

Ⅲ. 経過及び結果

ミーティングの場面では、グループ参加の目的や自己の役割を確認し、メニューなどを話しあった。開始当初は自発語も少なく、うつむいた状態の患者が多く、職員からの質問に対しても考えようとせず「わからない」と答えていた。職員は、メンバーが考えて答えが出せるよう隣に座り、沈黙になりそうになると声かけを行い、答えは否定せず思っていることが表現できるよう関わった。その結果、回を重ねるごとに自発語も増え、メンバー同士で話し、役割を決める時にはお互い譲り合う場面が見られた。

外出アプローチでは、外出に向けて身嗜みを整えることや自分の役割を認識し、遂行できることを目標として外出をした。開始当初、外出を怖がっていたメンバーは、車で待機を希望していたが、2～3名を1組として役割分担を行ったことで、周りの雰囲気から自主的に車から降り、メンバー全員で買い物をすることができていた。職員は、無理に促すことは行わず、メンバー同士がやりとりできる雰囲気を作った。その結果、買い物する際に困った場面でも、メモを片手にわからないことはお互い相談し店員へ声かけする場面が見られた。また、外出を繰り返していくと、徐々に自分の思いを伝えることができるようになり、メンバー自身が外出先以外を希望する場面もあった。職員は臨機応変に対応することで、最終的には全員が外出することに抵抗することはなかった。

調理アプローチでは、自分の役割を認識し遂行することや役割を終えた後は、他メンバーの手伝いをするができることを目標に調理を行った。開始当初は、「できない」「わからない」が口ぐせで実践するまで時間を要することがあった。そこで職員は、外出アプローチと同様に役割を分担し、わからないことは他メンバーに確認できるよう関わった。その結果、役割を終えた後、指示待ちすることもあったが、他メンバーからの声かけで最後まで作業に取り組むことができていた。

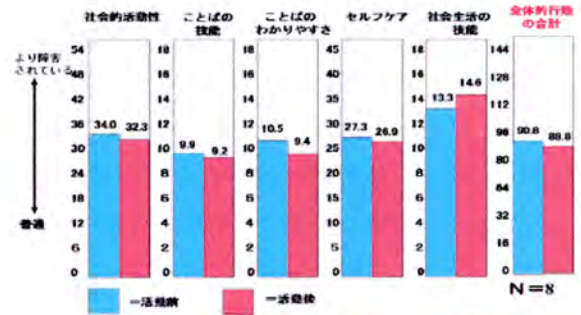


図1 Rehabの変化 因子別

Rehabの結果から、グループ活動後は『社会生活の技能』以外の因子は、良い値を示したが、有意差はみられなかった。全般的行動の全得点では、若干の改善は見られたが、最も良い点数は72.5点、最も悪い点数は111.5点であり、39点の差があった。

グループ活動前後のアンケート及びインタビュー調査では、活動前は、「怖いから行きたくない」「できないから」「わからない」と消極的な発言が多く聞かれた。活動後のアンケートでは、①『外出してみてもうでしたか？』の質問に対し、「道が変わっていたから不思議な感覚だった」「懐かしい感じがした、道が新しくなっていて驚いた」と述べ、②『今後も外出したいですか』の問いに全員が「はい」と答えていた。また、外出する前は、外出に対し「怖い」と訴えていたメンバーに同じ質問をすると、「トイレが近くにあるか心配」「外に行っていないから不安だった」と答えた。

Ⅳ. 考察

今回、外出と調理を組み合わせたグループ活動を実施し、外部の変化に戸惑うことはあったが、患者から買い物以外の外出先をリクエストする場面も見られ、少しずつ地域への関心が出てきたことはグループ活動の効果だと考える。

ミーティングの場面では、沈黙することが多く、職員が隣から声かけしたことや答えを否定しない関わりを継続することで、自主的な発言につなげることができたと考える。

外出や調理場面では、行う前から「わからない」と発言することが多かったが、役割を分担したこ

とで、患者同士のやりとりができるようになり、それぞれが役割の意識が高まったのではないかと考える。

グループ活動は、患者に安心感を与えることはできていたが、他患者へ依存する傾向があった。このグループ活動の中では、全体で行動するのではなく、少人数で役割分担していく関わりが、お互いに声掛けしあうなどの行動の変化につながったのではないかと考える。

長期入院している患者にとって、地域に出る事は戸惑うことが多いと思われるが、うれしいこと、楽しいことを体験することは重要だと考える。病院の中だけで観察すると、特に問題ない患者でも、地域では不安が出てくると思われる。アンケートの結果からも、不安な気持ちを持っている患者は、それを言語化することは少ない為、職員は患者が何に対し不安を持っているのかを把握していくことが重要だと考える。また、患者の希望を把握することや、患者の強みや変化に合わせて徐々に活動を拡大していく必要があると考える。

今回、3ヶ月という短期間のグループ活動では、Rehabの結果で有意差は見られなかった。職員は、どんな場面で患者が戸惑うのかを知る為にも、これから外出アプローチは継続していく必要があると考える。

V. 終わりに

長期入院患者を退院支援する上で、地域への不安を軽減するためにも、訴えを明確化し自信をつけていけるような機会を提供していきたい。

参考文献

- 1) 宇佐美しおり他編：長期入院患者および予備群への退院支援と精神看護、医歯薬出版、2008

認知症患者の周辺症状緩和に向けての取り組み ～カンフォータブル・ケアを導入して～

第6病棟 ○宮城 守寿 比嘉 和枝
天野 健一 根神 寿人
作業療法課 久保田 翔 里 尚樹

I. はじめに

高齢化社会が進行する今日、当院の急性期治療病棟に入院する認知症の患者の割合も急激に増加している。当病棟は急性期の症状を脱した認知症や高齢者の患者対象のユニットを有しており、退院へ繋ぐ役割を担っている。在院日数の短縮により転入時も周辺症状が顕在している患者が多いのが現状である。しかし、これまでの認知症看護は各自の経験に依拠するところが大きく、体系的な取り組みではなかった。そこで今回専門性のある均質なケアが提供できるよう、認知症周辺症状の緩和に有効だとされているカンフォータブル・ケアを導入した。導入後の患者の反応や周辺症状の変化から、それらの効果について分析した。その結果に若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. カンフォータブル・ケアとは、提唱者の南敦司氏によると、カンフォータブルとは英語で「心地よいこと、快刺激」と訳され、心地よいと感じる刺激を提供することで認知症周辺症状を軽減するためのケア技術である。その基本技術は表1に示した①～⑧項目であり、⑨⑩の2項目はこれらの技術を実践するための気持ちの持ち方である。

表1 カンフォータブル・ケア

- ① 常に笑顔で対応する。
- ② 常に敬語を使う。
- ③ 相手と目線を合わせる。
- ④ 相手にやさしく触れる。
- ⑤ 相手をほめる。
- ⑥ 相手に関心を向ける。
- ⑦ こちらから謝る態度を見せる。
- ⑧ 不快なことは素早く終わらせる。
- ⑨ 演じる要素をもつ。
- ⑩ 気持ちに余裕をもつ。

2. 研究期間

2018年3月～2018年5月（3ヶ月間）

3. 対象者

研究期間中継続して当病棟に在籍している認知症の患者4名（表1）

表2 対象患者の背景

N=4

	病名	年齢	性別	HDS-R
A氏	レビー小体認知症	79歳	男性	7点
B氏	アルツハイマー型認知症	89歳	男性	14点
C氏	アルツハイマー型認知症	94歳	女性	7点
D氏	アルツハイマー型認知症	81歳	男性	6点

4. 実施者

研究期間中に当病棟に勤務しており精神科経験1年以上の看護者13名及び担当作業療法士5名

表3 実施職員の背景

N=18

看護師	4名	男2・女2
准看護師	4名	男1・女3
看護補助者	5名	男5
作業療法士	5名	男2・女3

4. 方法

- 1) 導入前に実施職員へカンフォータブル・ケアの10項目について自己評価してもらった。
- 2) 実施職員全員にカンフォータブル・ケアの資

料を熟読してもらい、10項目がどのようなメカニズムで周辺症状緩和に効果があるのか学んだ。

- 3) 10項目を休憩室のホワイトボードに大きく掲示し、意識を高めた。
- 4) 毎日のリハビリテーションを開始する時には必ず前に立ち、朝の挨拶と自己紹介をした。
- 5) 院内LANを活用し、実践状況及び患者の反応等、気づいた事をタイムリーに入力し情報を共有した。

4. 評価方法

- 1) LANの内容や看護記録、アンケート調査より項目別に効果を分析。明らかに良い反応があった項目を「有効」として各自のアンケートより抽出した。ここでの明らかに良い反応とは、周辺症状の軽減、もしくはこれまでとは違う穏やかな表情や言動が見られたときとした。
- 2) 対象患者4名の周辺症状の変化を初期、中期、後期に阿部式BPSDスコアを用い評価した。

5. 倫理的配慮

本研究は当院の倫理委員会承認を受けた。

Ⅲ. 経過及び結果

- 1) 「有効」とした人数を項目別に抽出した。

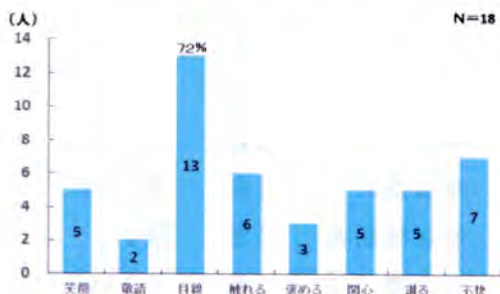


図1 A氏 項目別有効人数

A氏の主な周辺症状は大声を上げる。不機嫌な時には介護抵抗があった。③「目線を合わせる」では13名(72%)が効果を感じていた。ベッドや

椅子に座っている時は必ずしゃがむ。靴を履く時には一旦靴を目線まで持ちあげる。食事介助時には目線を合わせ好きなものを確認する等々。⑧

「不快な事は素早く終わらせる」では7名(39%)表情を察知してタイムリーにトイレに誘導する。排泄後、素早く処理する等に努めた。②「敬語」には殆ど反応がなかったが、方言だと疎通が取りやすい事が分かり、丁寧な方言を使うと表情が和らいだと2名(11%)が実感した。④「やさしく触れる」では6名(33%)特に作業療法の時間は後屈した首のマッサージや、大声を出す時には優しく肩や背中を触れながら、対応すると落ち着く事があった。⑤「関心を向ける」では、5名(28%)が、日により波はあるが職業や趣味の話をするとう表情が明らかに変わるのを実感した。しかし後期は発語が乏しくなり大声が増えた。

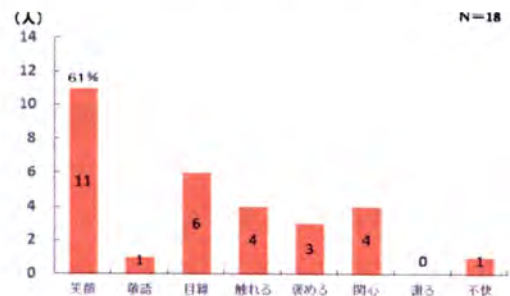


図2 B氏 項目別有効人数

B氏の主な周辺症状は徘徊である。特に夕方になると入口付近を往来する事が多かった。そのような時に①「笑顔」で対応すると表情が穏やかになると11名(61%)が実感。「目線を合わせ」「優しく触れる」と更に効果を実感した。

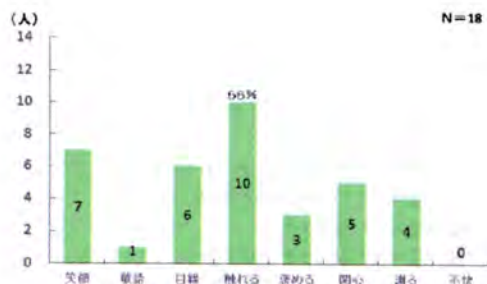


図3 C氏 項目別有効人数

C氏の周辺症状は昼夜逆転である。生活リズムを整える為に、昼間の散歩やレクの時間に④「やさしく触れる」では10名が良い反応を得た。①「笑顔」が7名③「目線を合わせる」では6名が落ち着いてくると効果を実感していた。

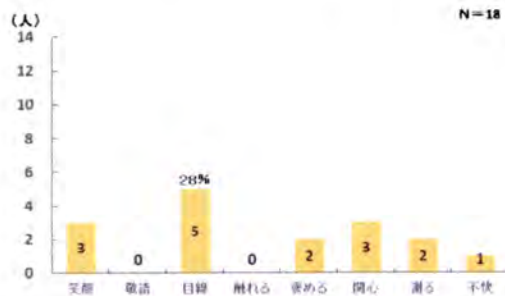


図4 D氏 項目別有効人数

D氏の周辺症状は不潔行為と暴力行為である。気難しい気性で気分の変動も激しく、難聴もあり対応が難しかったが、⑤「目線を合わせる」では5名 (28%) ①「笑顔」では3名 (17%) が効果を感じていた。

2) 図5に対象患者4名のBPSDスコアを示した。

4名ともに導入初期の点数に比べると後期の点数は改善していた。しかし、A氏は中期にかなり改善していたが過鎮静傾向あり抗精神薬を減量。後期のスコアはやや悪化した。D氏は後期に職員への暴力行為あり抗精神薬を微増。スコア上は中期と同じだった。他2名は処方の変更なく、BPSDスコアは徐々に改善した。

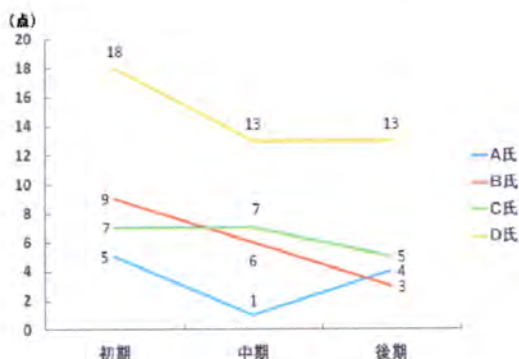


図5 BPSDスコアの変化

IV. 考察

A氏は呂律難が著明で、意図が伝わりにくいための苛立ちから大声を発する傾向があった。

「目線を合わせる」事でこちらからのメッセージが伝わりやすくなり、意図を解せない時には「先に謝る」事でそれ以上にエスカレートせず落ち着いたのではないと思われる。また「優しく触れる」や「不快な事を素早く終わらせる」でも6名～7名が良い反応を実感しており、うち1名はその後の患者との関係が良好になったと答えている事からも、これらの対応が信頼を得るきっかけになったのではないと思われる。A氏の場合、レビー小体認知症の症状だけでなく脳梗塞後の片麻痺もあり、本人の負担はかなり大きかったと考える。「不快」な時間を少しでも減らし「快」の時間を増やす事で苦痛の軽減に繋がったのではないと思われる。中期はBPSDスコアも改善していたが、後期は症状の進行やいくつかの要因が重なり、発語が乏しく疎通が取れない事により再び大声を出す事が多くなった。認知機能にも日内変動がある事を理解して、その時その時の状態に応じた適切な対応を見極め、効果があった対応を全員が共有する事が重要になると考える。

B氏、C氏は、図5に示したようにBPSDスコアは徐々に改善した2名である。共通して効果があると感じた項目は「笑顔」「目線」「優しく触れる」であった。特に「笑顔」に関しては、患者の反応は予想以上であった。導入前の実施職員のアンケートではほとんどの職員が当然の事のように笑顔で接していると返答していたが、実際はマスクをしている職員が大半であった。マスクをすると効果が半減する事が分かり、感染上の理由以外は全員がマスクを外した。¹⁾ 南は『認知症高齢者は視力低下や注意、関心などの低下により曖昧な状況が苦手になるが、相手が笑っているのか、怒っているのかという表情の判断はできるので、一見して「笑顔」と分かるように口元を見せ、オーバーなりアクションで笑顔を作ることが大切』と述べている。マスクを外

した満面の笑みは十分な快刺激となり、良い反応が得られたと考える。また、人はやさしく触れられる事で本能的に安堵感を感じると言われている。B氏やC氏が落ち着かない時に優しく触れながらコミュニケーションを取った事で安堵感だけでなく、親密性が増しなじみの関係を作りやすくなったと考える。

しかし、D氏に対しては「触れる」事での効果を実感した職員は一人もいなかった。他の3名に比べると、気難しい性格や難聴による疎通の困難さもあり、なにより女性には威圧的だったため、実践した数も少なく、おのずと効果を実感した人数も少なかったと思われる。効果を実感した男性職員によると「目線を合わせ」口の動きをゆっくりと見せ、こちらの意思を十分に伝える事で穏やかになるとの情報を共有した事で他の職員も対応しやすくなった。「触れる」行為は相手によっては不快刺激になる可能性もあるため、相手の性格や関係性をよく吟味する必要がある。

このように、周辺症状や性別、本来の性格などにより効果のある項目にも違いがある事が分かった。有効な対応技術を共有することで、より多くの“快刺激”を提供出来ると考える。

⑨⑩の気持ちの持ち方は①～⑧の実践に影響してくるのは容易に推測できる。大半の職員が日により差があり不十分と答えており、今後の課題としたい。

今回の研究は期間が短く、評価も主観的要素が強いため、周辺症状の緩和にカンフータブル・ケアが直接的に影響を与えたかは論ずることは出来ないが、実施職員全員が何らかの効果を実感できた事は今後ケアを継続していく上で意義があったと評価している。

V. 終わりに

今回の研究期間、院内LANにより喜びや発見等情報を共有する事で各自のモチベーションが上がったとの意見があった。今後更に、カンフータブル・ケアを定着させていくには、チ

ーム間での協力は不可欠である。チーム力を上げ、認知症看護の専門性を高めていきたい。

引用・参考文献

- 1) 南敦司：精神科看護 2016.05 v o l 43 No5
通巻 284 号～通巻 291 精神看護出版
- 2) 白取絹恵：精神科看護、2007.08 v o l 34
No8 P13～18 精神看護出版、
- 3) 大塚恒子：精神科看護 2009.05 v o l 36
No5 P6～12 精神看護出版、

当院における CPR 司令塔養成の取り組み ～アクションカードを活用して～

看護部 ○高江洲 徳一 比嘉 千奈美
銘苅 加代子

I. はじめに

精神科病院では、救命処置（以下 CPR と略す）の件数が少なく経験が不足していることや休日・夜間では医師、スタッフの数が限られていることから看護師の役割は重要となってくる。2010 年より中央での看護講座（以下講座と略す）の中で、スタッフに対し CPR 訓練を行い知識・技術の基盤づくりは出来てきた。しかし、急変時応援に駆け付けたスタッフを含め的確に指示を与えるリーダー的存在が少ないことが課題であった。CPR をスムーズに行うには司令塔の役割を果たせるリーダーを養成する事が重要だと考え、CPR 司令塔養成の講座を開催した。講座の中で当院独自のアクションカードを作成し、それを活用してシミュレーションを繰り返し行いより実践に近い動きを習得することが出来た。

そこで、講座終了後に行ったアンケートと実際の CPR に関わった時の聞き取り調査の結果から今回の教育効果について分析してみた。

1. アクションカードについて

出来るだけ効率よく緊急対応を行うことを目的として作られたものである。

II. 研究方法

1. 対象者

各病棟および外来でリーダーシップがとれる資格者 22 名（男性 9 名、女性 13 名）

2. 研究期間

2016 年 7 月～2018 年 3 月（1 年 9 ヶ月）

3. 看護講座の概要

- 1) 月 1 回・60 分・1 グループ 7～8 名
 - ①2016 年 7 月～2017 年 3 月（全 8 回）
 - ②2017 年 7 月～2017 年 10 月（全 4 回）
 - ③2017 年 11 月～2018 年 1 月（全 3 回）
- 2) 司令塔としての役割の明確化
- 3) 当院における CPR 応援マニュアルの確認
- 4) 『JRC 蘇生ガイドライン 2015』医療用 BLS アルゴリズムの確認
- 5) モデル人形を活用し CPR 技術の処置や留意点を講義し振り返りを実施
- 6) アクションカードの紹介と修正
- 7) アクションカードを活用し CPR のシミュレーションを実施。その都度振り返りを行い気付いた良い点や課題を明確化
- 8) 具体的な状況を設定しシミュレーションを繰り返し実施
- 9) 講座終了後は、各部署でアクションカードを活用した CPR 勉強会の促し

4. 評価方法

- 1) アンケート（講座最終日）

受講者 22 名へ司令塔に対する認識、アクションカード、講座の内容について記述してもらった。
- 2) 聞き取り調査（講座期間中及び講座後）

実際に CPR 場面に遭遇したかの有無、CPR 対応を行い司令塔として役割を果たせたのかの確認を行った。

5. 倫理的配慮

研究にあたり個人が特定されないよう配慮し、本研究は当法人倫理委員会において承認を得た。

Ⅲ. 結果

1. アンケート結果

1) CPR 司令塔としての認識 (図 1)

講座前では「誰かがやってくれるだろうという依存があった」「司令塔が務まるのか不安」などの回答があった。講座後は「意識と責任感が高まった」「声かけや指示で患者の命は救えると思った」という一方で「特に変わらない」という回答もあった。

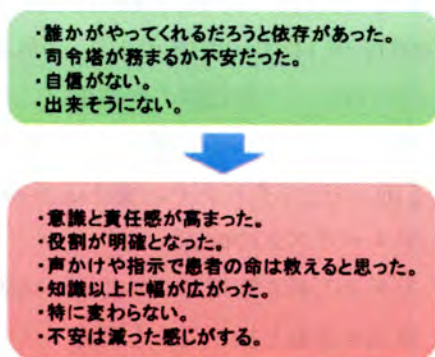


図1 CPR司令塔としての認識

2) 実践への意識 (図 2)

司令塔として『動ける』15名(68%)、理由として「何度もシミュレーションを行ったから」「アクションカードを活用することで動ける」であった。『動けない(自信がない含む)』7名(32%)理由として「周りを見る事が出来ない」であった。

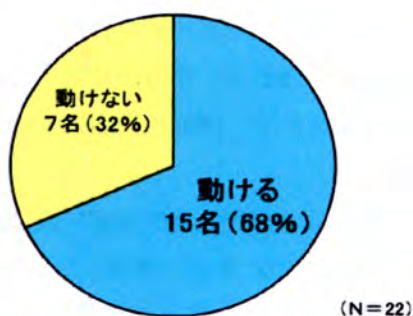


図2 今後も司令塔として動けるか

3) アクションカードの必要性 (図 3)

22名(100%)全員が『必要』と回答した。理由として「慌てることがある」「処置の抜けがないか確認ができる」であった。

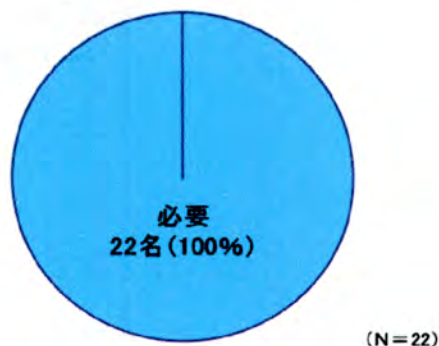


図3 アクションカードは必要だと思うか

4) アクションカードを活用した指示 (図 4)

『出来る』16名(73%)、理由として「落ち着いて指示が出来る」であった。『出来ない』5名(23%)では「シミュレーションでうまく出来なかった」などであった。『無回答』1名(4%)。

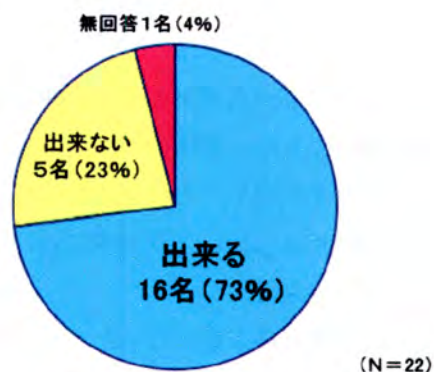


図4 アクションカードを活用して指示が出来るか

5) アクションカードを活用した教育 (図 5)

『出来る』10名(45%)、『出来ない』12名(55%)。その理由として「自信がない」「一人では難しい」「教え方がわからない」などであった。

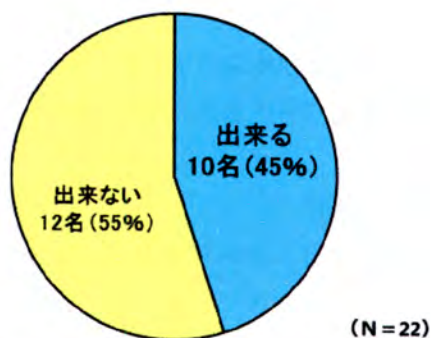


図5 アクションカードを活用して教育が出来るか

2.聞き取り調査

講座期間中及び講座後の CPR 件数は 2016 年度 5 件、2017 年度 2 件、計 7 件であり実際 CPR に関わった受講者は 22 名中 8 名であった。受講者へその状況を聞くと、「落ち着いて対応出来た。実際に司令塔になり周りを見て指示出来た」「CPR 現場へ向かう時にアクションカードを意識していた」「司令塔ではなかったが、周りを見て出来てない処置に気付く、その役割を行った。みんな声をかけあっていた」「CPR 終了後、自分自身で振り返りを行い、反省点に気付くことが出来た」などの声が聞かれた。

IV. 考察

2010 年より継続されてきた CPR 訓練の成果として個々の意識は高く現場でのそれぞれの役割をこなす事は出来ていると考える。

図 1 の結果からも分かるように、講座前はネガティブな意見が多かったが、講座後はポジティブな意見へと変化している。その要因として、講座の中で何度も繰り返しシミュレーションする事によって流れが体得できたことや司令塔としての動きを自覚するようになったことが考えられる。

図 2 では、繰り返しシミュレーションを実施し、その都度振り返りを行い良い点や課題を明確にしたことが、徐々に自信へと繋がったのではないかと考える。『動けない』と答えた受講者も実際の CPR 現場では周りを見てチームの一員として関わる事が出来ていた。

図 3 では全員がアクションカードは『必要』と回答した。急変時は煩雑となりやすく全体を把握する事が難しい状況である。今回アクションカードを取り入れたことは司令塔としての役割を最大限に発揮するために心強いツールの 1 つとなったのではないかと考える。現在は各部署の救急カートにアクションカードの設置を義務付け、実際の CPR 現場でもアクションカードを活用している。

図 4 のアクションカードを活用した指示では、使い慣れてないことが上手く出来なかった要因としてあげられ、シミュレーションで繰り返し活用

することで改善できるのではないかと考える。一方では、アクションカードを見なくても頭に入っているという言葉も聞かれ、司令塔としての意識を高く持っている受講者もいた。

図 5 のアクションカードを活用しての教育では第 3 グループで「出来ない」という回答が多かった。第 1、第 2 グループは受講者が満足するまで講座を延長して行っていたが、第 3 グループでは簡素化しシミュレーションのみを実施した。その結果、司令塔としての動きは体得できたが短期間で講座を修了したことも影響し、教育するまでの自信には至らなかったと考えられる。

実際の CPR を実践した 8 名の発言から、今回の教育により自信と使命感が高まったことが伺える。また、蘇生できたことによりモチベーションが高まったのではないかと考えられる。

これまでの CPR 訓練により受講者が数段の力を身に着けた事を実感した。また、講座後の CPR は 7 件あり 1 件を除き蘇生できたことは評価したい。

V. 終わりに

今回の取り組みで、実践型のシミュレーションを繰り返し行ったことは司令塔としての自信へと繋がり CPR に対する認識を深めることが出来た。今後もシミュレーションを定期的に行い、モチベーションの維持・向上を図り、チームで活動していけるよう努めていきたい。

引用・参考文献

- 1) 森紀子：すぐに動ける！急変対応 エキスパートナース 32 (5), P10~P41, 照林社, 2016.

【参考資料：アクションカード】

アクションカード

応援要請

- ☐ 大きな声で人を呼ぶ
- ☐ CPRコール(全館放送or携帯メール)
- ☐ 必要時は心マを開始する

必要物品の準備・実施

- ☐ 救急カート
 - 挿管セット・背板・記録用紙
- ☐ 吸引器
- ☐ 酸素チューブ
- ☐ バッグバルブマスク(リザーバー付)
- ☐ AED
- ☐ 心電図モニター
- ☐ 静脈ルートの確保

ICU準備

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ 不要なものは片づける | ☐ ベッドの位置調整 |
| ☐ 部屋の照明を明るく | ☐ ヘッドボードの除去 |
| ☐ エアマットコンセントを抜く | ☐ 枕の除去 |

確認・連絡事項

- | | |
|----------------|-----------|
| ① 治療方針(搬送の方向で) | ④ 搬送病院へ連絡 |
| ② 部署長へ連絡 | ⑤ 119へ連絡 |
| ③ 家族へ連絡 | ⑥ 事務所へ連絡 |
- かかりつけ病院の確認

統合失調症不眠患者に対する睡眠改善アプローチ ～慢性期療養病棟患者への実践～

作業療法課 ○外間 正二 山本 大輔 里 尚樹

喜瀬 夢乃 照屋 春奈

第1病棟 高江洲 徳一 新垣 愛子

I. はじめに

閉鎖処遇患者への精神科作業療法を毎日実施する中で、特定の患者が短時間睡眠や不眠であると看護部から申し送りをうける事が多くあった。なぜ、特定の患者が不眠を繰り返すのか疑問に感じていた。そこで、睡眠記録簿から不眠者を調べてみると、1ヶ月を通して特定の患者8名の夜間平均睡眠時間が4時間以下である事が分かった。

作業療法を実施する中で、睡眠改善につながるアプローチができないか考え、睡眠改善法の1つとして“日光浴”を中心としたアプローチを試みた。

日光浴には基本的な体内時計を整える効果がある。具体的な効果として、脳内物質であるセロトニン分泌とメラトニン抑制という効果があり、セロトニンは日中の覚醒、メラトニンは睡眠に関係している。内山リによると「人は起床後に朝日の光を浴びる事で体内時計がリセットされ、朝起きて夜に眠くなるという自然な体内リズムを作っている。」と述べている。しかし、閉鎖処遇患者は病状不安定な事や、処遇的な問題から屋外へ出る機会が少なく、十分な日光浴を行えていない。

不眠患者の中には、身体管理が必要な患者や、著しく病状が崩れている患者なども含まれていた。

今回は安定して作業療法へ参加が可能な患者を抽出し、病棟の協力を得ながらプログラムを実施した。その結果に考察を加え報告する。

II. 研究方法及び対象者

1. 研究期間

2018年1月～4月(3ヶ月間)

2. 対象者

平成29年12月の1ヶ月の平均睡眠時間が4時間以下で毎日の作業療法へ参加可能な患者。

表1 対象者の属性

対象者	閉鎖処遇男性4名
主病名	統合失調症
平均年齢	62.8歳
平均入院期間	15.5年
実施前の平均睡眠時間	3.4時間
プログラム期間中の睡眠薬の変更はない。	

3. 研究方法

1) 日光浴(1ヶ月目～)

天候に関係なく10時30分～11時30分の間で毎日15分以上の日光浴を行った。



図1 日光浴をしている様子

2) 午睡予防声かけ(2ヶ月目～)

病棟職員巡回時に、午睡している時間と場所を把握し、離床促した。

3) 睡眠薬服用時間調整(3ヶ月目～)

睡眠薬の服用時間を20時から21時へ変更した。

4. 評価方法

1) プログラム期間中22時～6時の夜間睡眠時間の変化を検証する。

2) プログラム期間中13時～21時の午睡回数の変化を検証する。

5. 倫理的配慮

当法人倫理委員会において承認を受けている。

Ⅲ. 経過及び結果

1. 22 時～6 時の夜間平均睡眠時間 (全体)

実施前の全体平均睡眠時間が 3.4 時間に対して、実施後は 4 時間であった。

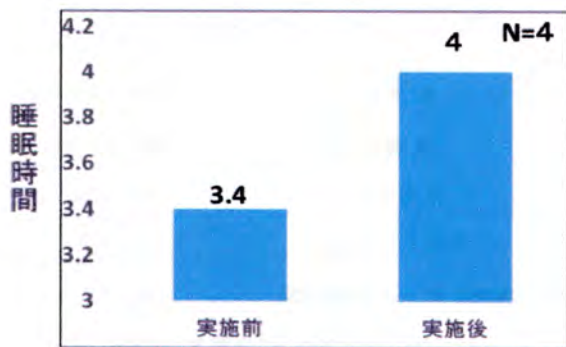


図2 平均睡眠時間

2. 22 時～6 時の夜間睡眠状況 (個人)

A 氏の実施前の平均睡眠時間は 2.9 時間だったのに対し、実施後は 3.1 時間であった。

B 氏の実施前の平均睡眠時間は 3.7 時間だったのに対し、実施後は 4.9 時間であった。

C 氏の実施前の平均睡眠時間は 3.1 時間だったのに対し、実施後は 4.4 時間であった。

D 氏の実施前の平均睡眠時間は 4 時間だったのに対し、実施後は 3.6 時間と対象者の中では唯一開始前より睡眠時間が減少した。

結果から 4 人中 3 人の平均睡眠時間が実施前よりも増加した。

全員が実施前は睡眠が 0 時間と全く眠れていない日があったが、実施後は不眠がなくなり、短時間でも睡眠がとれるようになった。

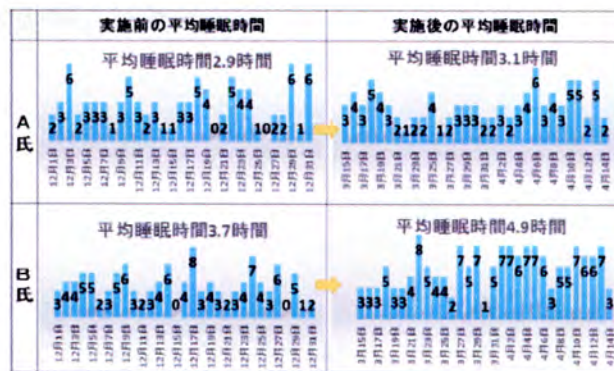


図3-1 睡眠時間の変化(個人)

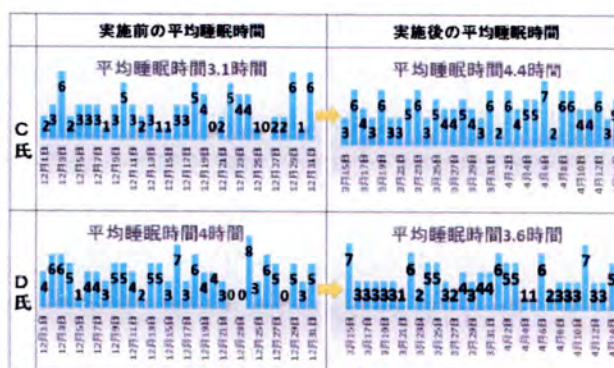


図3-2 睡眠時間の変化(個人)

3. 夜間睡眠状況の変化(個人)

青色のグラフが実施前の 1 ヶ月間で 22 時～6 時の間に眠れた回数を示し、オレンジ色のグラフがプログラム実施後に眠れた回数を示している。

B 氏・C 氏は全ての時間で実施前よりも眠れる回数が増えている。また、23 時～1 時の時間に注目すると、全員が実施前よりも眠れる頻度が増加した。

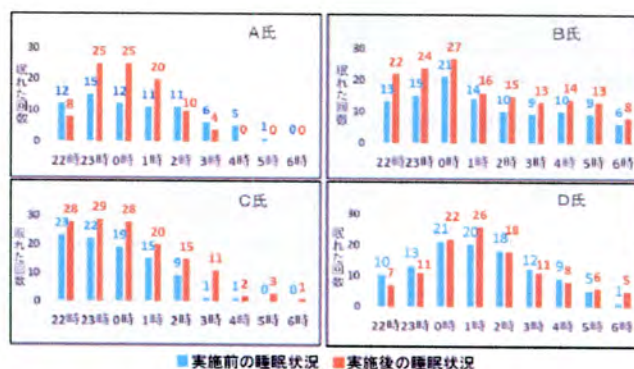


図4 夜間睡眠状況の変化

4. 午睡回数の変化

青色のグラフがプログラム実施前の午睡回数を示している。全員が、13時～21時の間に多く午睡している事が分かる。

実施後のオレンジ色のグラフは実施前に比べると、午睡している頻度が減少していた。

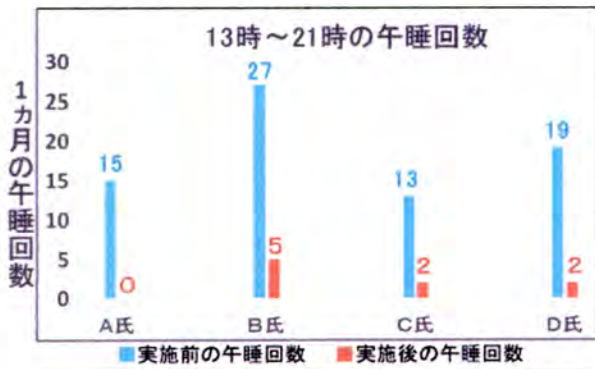


図5 午睡回数の変化

IV. 考察

プログラムの経過として、アプローチ1ヶ月後まで、日光浴のみをプログラムとして行った。日光浴を行ったことで体内リズムが調整され、日光浴の効果である、セロトニンとメラトニンが昼間の覚醒や、夜の睡眠に良い影響を与えた可能性がある。

夜間帯に睡眠が0時間と不眠の日が無くなっていくことから、微力ではあるが、体内リズムが正常化しつつあるのではないかと考える。

だが、閉鎖処遇という環境の問題から午後どうしても自室にて、臥床していることが目立った。そこで、午睡予防の必要性を感じ、声かけを行った。午睡が減少するにしたがい、夜の睡眠時間は増加していった。このことから、日光浴プログラムの他にも、午睡予防声かけも昼と夜のメリハリをつけるうえで、大きく作用したのではないかと考える。

また、3ヶ月目に睡眠薬服用時間を1時間遅らせた事で、23時～1時と深夜帯に睡眠がとれる頻度が増加した。その結果、全体平均睡眠が3.4時間から4時間と開始前よりも増加したと考える。

これらの結果は作業療法時間だけでなく、病棟での生活にも配慮した意識的なかわりが功を奏したのではないかと考える。

今回の対象者の平均入院日数は平均 15.5 年と長

期間の入院生活となっており、屋外へ出る機会が少ない状況にあった。結果、刺激の少ない環境で過ごしている彼らにとって、睡眠リズムの崩れが病棟生活を送る上で支障を来す事は少ないと考えられる。看護部から特定の患者が不眠であると申し送りを受ける事が多くあった背景には、病状の変動なども想定されるが、長期入院によるホスピタリズム等が影響し、夜間帯に睡眠をとる必要性を感じていない状況があったのではないかと考える。しかし、プログラムの結果から、多少睡眠が改善した事を踏まえると、対象者の生活パターンや意識的な部分にも何らかの変化が現れ始めたのではないかと考える。

これからの関わりとして、三島²⁾は「高齢者の睡眠リズム障害に対して睡眠薬や抗精神病薬などの効果は一時的で、長期服用すると、むしろ過鎮静の為、午睡が増加してしまう。また、転倒や骨折などの危険性が高まる。」と述べている。したがって、主治医や病棟と連携を深めながら、1人1人に合った服薬量を調整しつつ、昼と夜のメリハリがついた生活を送れる様、意識的な関わりが重要だと考える。

V. 終わりに

今回のプログラムを通して、慢性期患者は、長期にわたる入院生活のパターンに安住し、ホスピタリズムや病状など様々な要因が夜の不眠を招いていると推察できた。

患者が今後もより良い生活を送れる様、病棟と連携を取りながら日光浴を含め、睡眠改善に有効なプログラムを実施していきたい。

引用文献

- 1) 内山真：睡眠障害の対応と治療ガイドライン第2版 P17. 2012.
- 2) 三島和夫：睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン第5版 P84. 2014.

参考文献

- 1) 本多真：日薬理志 (folia Pharmacol. jpn.) 129, 422～426. 睡眠障害の治療 2007
- 2) 有田秀穂：脳内セロトニン・トレーニング第1版 2005.

医療相談調査からみる当院の役割の変化 ～過去の医療相談との比較から～

診療相談課 ○新垣 肖子 渡嘉敷 鈴奈
高屋 幸佑 比嘉 阿耶乃

I. はじめに

診療相談課では、昭和 62 年 5 月 1 日の開院時より、精神保健福祉に関する相談を関係機関と連携を図りながら行っており、第 6 回、第 19 回、第 24 回の当院医学会において、医療相談の状況について報告がされている。今回は日々の業務の中で、これまでにない相談を受けることが増えてきていると感じており、現状について整理したいと考えた。そこで、新たに平成 24 年から平成 29 年の 6 年間の医療相談について調査を行い、過去に行った平成 18 年から平成 23 年の 6 年間の医療相談調査と比較し、現在求められている当院の役割について若干の考察を加え報告する。

II. 対象及び方法

1. 対象

医療相談表に記載された平成 18 年から平成 29 年までの 12 年間の相談を対象とし、平成 24 年以降の相談については、今回新たに調査を行った。なお、医療相談は、当院に受診歴がない方が対象となっており、受診歴がある方の相談については診療録に記載するため対象外とした。また 8 時 30 分から 17 時 30 分までに診療相談課が対応したものとし、休診日や時間外の相談は対象外とした。

2. 方法

1) 医療相談調査

医療相談表から相談件数、性別、年齢、疾患名、相談者、相談経路、相談種別について調査した。疾患名については相談後、当院受診につながった場合は、その疾患名とし、他院を受診し、当院では相談のみとなった場合は他院での疾患名とした。疾患名の分類は国際疾病分類第 10 改訂版 (ICD-10) に基づくものとした。相談種別の一部と疾患名については年齢別での分類も行った。

2) 過去の調査との比較

今回の医療相談調査と、平成 18 年 1 月 1 日から平成 23 年 12 月 31 日までの医療相談調査について比較を行ない、変化がみられたデータについて抽出を行った。

III. 結果

1. 相談件数

相談件数については増加傾向であることが示され、平成 18 年から平成 29 年にかけて相談件数がおおよそ 2 倍程度増加していることが示された。(図 1)

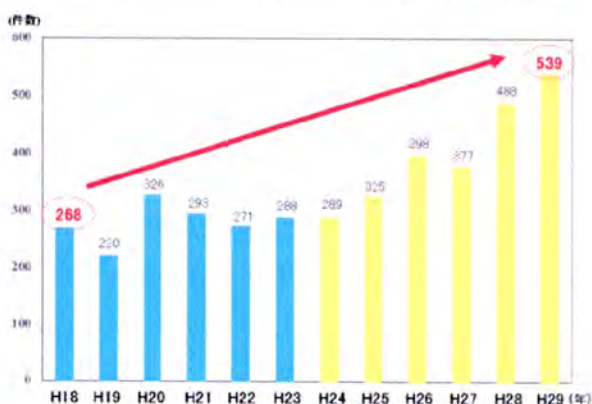


図1 相談件数

2. 性別

性別は男性の割合が若干多く、過去の調査と比較しても大きな変化はみられなかった。(図 2)

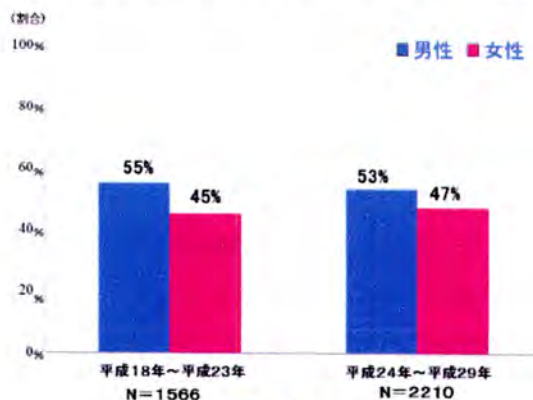


図2 性別

3. 年齢

過去の調査においては、グラフが 30 代を頂点とした山型となっているが、今回の調査では、70 代が若干少ないものの、各年代に偏りがない状況が示された。10 代以下と 80 代以上の方が増加傾向であり、10 代以下についてはおよそ 4 倍程度、80 代以上については 2 倍程度増加していることが示された。(図 3)

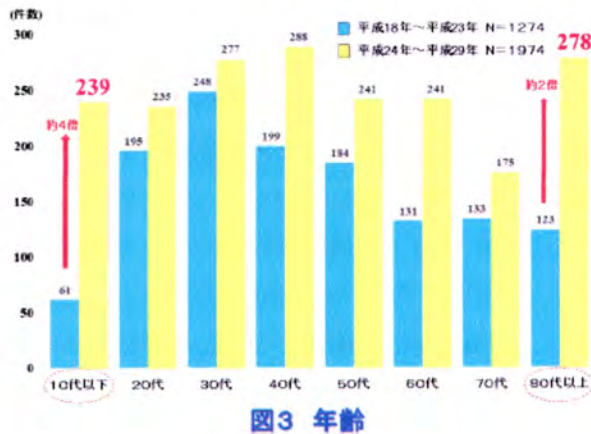


図3 年齢

4. 疾患名

統合失調症等が占める割合が高い状況については変化が見られないが、知的障害等と発達障害等については増加傾向にあることが示された。(図 4)

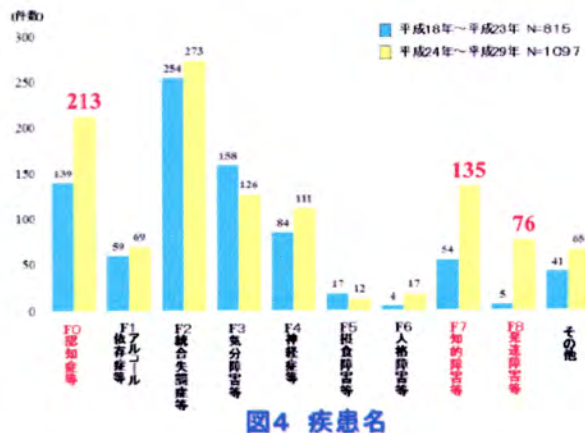


図4 疾患名

次に平成 24 年から平成 29 年の疾患名のみを年齢別で分類してみると、10 代以下においては、知的障害等と発達障害等で約 8 割を占めている状況が示された。また 80 代以上については、認知症が約 8 割を占めている状況が示された。(図 5)

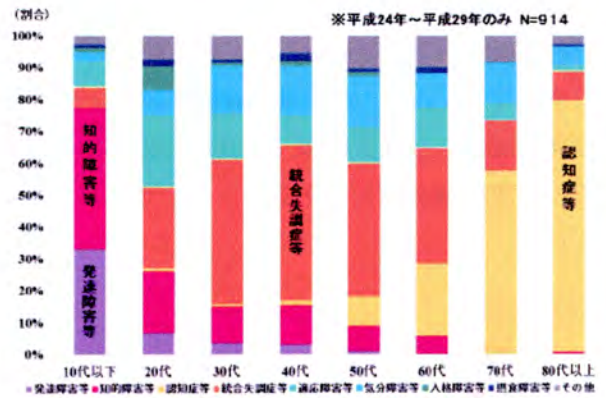


図5 年齢別の疾患割合

5. 相談者

家族、本人が占める割合が高い状況については変化がみられないが、わずか 2 件であった学校からの相談が 48 件と増加傾向である。(図 6)

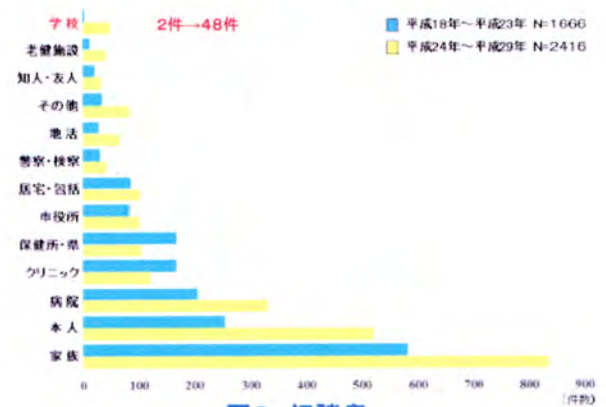


図6 相談者

6. 相談経路

電話での相談が約 8 割であり、前回とあまり変化はみられなかった。(図 7)

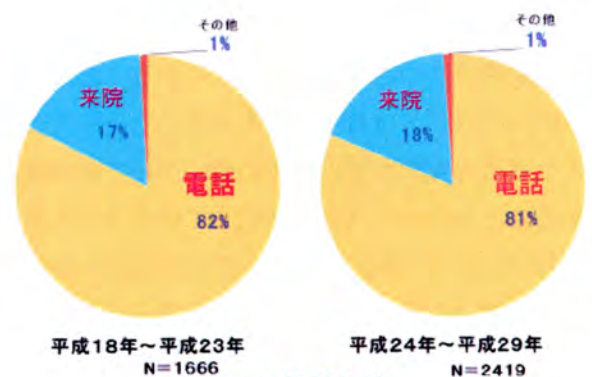


図7 相談経路

7. 相談種別

受診相談がおおよそ半数を占めている状況については変わりがないが、診断書記載依頼の割合が増加傾向にあることが示され、当法人施設利用についての相談は減少傾向にあることが示された。(図8)

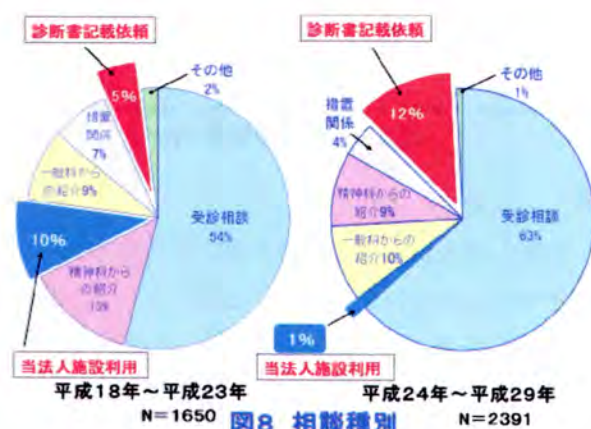


図8 相談種別

次に、平成24年から平成29年に診断書記載依頼があった方を年齢別で分類してみると、10代以下の割合が高いことが示された。(図9)

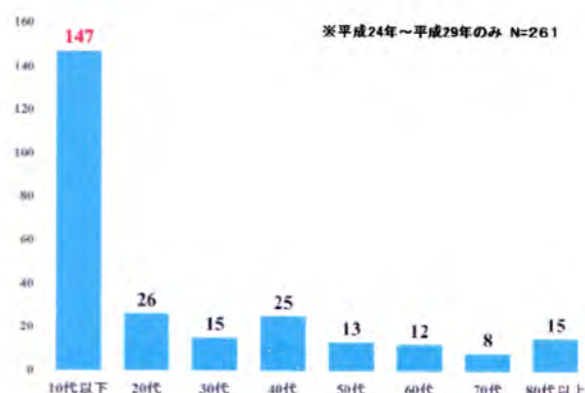


図9 診断書依頼の年齢分類

IV. 考察

相談件数については増加傾向にあることから、当院へのニーズは着実に高まっているといえる。また老若男女問わず、幅広い層についての相談があることからニーズが多様化していると考えられる。

10代以下に関しては診断書作成依頼が相談の大きな割合を占めており、その内容としては、学習ヘルパーや特別支援学級への通級目的等でありこれまでには少数だった治療を目的としない診断書作成依頼である。

これは平成25年の学校教育法の改正により障

害のある子どもの就学先を教育学のみならず、医学、心理学などの専門的な見地から意見を求めることが制度化されたことが、その要因であると考えられる。今後も引き続き同様の相談が継続的に大きな割合を占めることが予想されるため、学校現場における障害児への施策についても把握し、児童の不利益とならぬようタイムリーに対応していく必要がある。

また80代以上についても相談件数は増加傾向であり、4人に1人が認知症と言われている高齢化に伴い、今後も高齢者の受診相談は増えていくことが予想される。そのため、高齢者を取り巻く動向についても注視していくことが必要である。さらに10代以下と違い高齢者については認知症によるBPSD等で入院治療を必要とすることもあり、地域で対応が困難となった場合にスムーズに入院受け入れができる体制整備が当院には求められていると考える。それらの体制整備のためには、円滑な退院支援が不可欠であり、精神保健福祉士に求められる役割がさらに大きくなってきているといえる。

近年、有料老人ホームや就労支援施設等が次々とできているが、その結果として、当法人の施設利用の相談が減少していると推察される。今後は法人内外を問わず、これまで以上に社会資源を把握し、新しい関係機関との連携や情報共有が重要になってくると考える。

V. 終わりに

平成29年2月の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書によると精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築や多様な精神疾患等に対応できるよう医療計画に基づいた医療連携による支援体制の構築が推進されている。当院が制度から遅れをとることなく、地域から頼られ、地域の中での役割を果たせるよう邁進していきたい。

参考文献

- 1) 嘉陽須賀子他：当院における地域精神保健活動を通して－6年間の医療相談の実態から－平和病院第6回医学会誌、1993.
- 2) 西久保頼子他：病院医療相談に関する考察－13年間の実態調査から－平和病院第19回医学会誌、
- 3) 高屋幸佑他：医療相談調査からみる精神科病院の役割の変化－過去の医療相談との比較から－平和病院第24回医学会誌、

慢性統合失調症患者の就労支援 ～長期入院を経てデイケアから就労訓練に繋がった1ケース～

デイケア課 ○金城 貴子 大城 大志
比嘉 創

I. はじめに

当院デイケアの通所者（以下メンバーと略す）の中には、ニーズはあるものの就労まで繋がっていない方も多い。ケースによって理由は様々だが、以前のように当院の就労訓練工場の訓練（以下就労訓練と略す）を提供するだけでは、就労まで繋がらないメンバーが多くなってきている。

デイケアではここ数年、積極的に就労支援を行ってはいないが、質の高い治療を提供する為にも就労支援プログラムの実施は必須になる。

今回、長期入院を経てデイケアを利用し就労訓練に繋がったA氏に対し、個別で関わる機会を得た。経過を振り返ることで、今後デイケアで実施すべき就労支援のあり方を考える。

II. 研究方法

1. 研究期間

2016年10月～2018年4月

2. 事例紹介

表1. 事例紹介

対 象 : 30代 女性
主病名 : 統合失調症
入院期間 : 約2年4ヶ月
入院回数 : 1回
職 歴 : 飲食店アルバイト(約1ヶ月程度)
生活環境 : 母・姉2名・子供1名と同居中

3. デイケア通所までの経緯

県内で出生。高校を中退後、飲食店でアルバイトを経験(約1ヶ月)。その後は実家で家事をしていた。20歳で妊娠、結婚し2子授かる。23歳のとき当院受診するが、その前後にも他院を受診しており、いずれも通院を中断していた。

35歳のとき幻聴と不眠を訴え当院に初回入院。入院中は誘われればカラオケなどの余暇を楽しむ事も出来たが自分から他患者を誘うことはなく、職員に言われるがまま日課に従った生活をしており主体性に乏しかった。またこの頃から幻聴と不眠を訴え追加薬を服用する事が多かった。2年4ヶ月の入院期間を経て自宅退院し、2016年10月デイケア通所開始となる。現在、母・姉2人・子供1人と同居中。

4. 評価方法

- 1) A氏をとりまく環境の変化に沿って研究期間を4期に分け、職員の介入方法も含め経過をまとめる。
- 2) 病状の変化に関して、定期薬をC P換算した値を提示する。
- 3) デイケア参加以降のRehabの値を、特に『社会的活動性』の因子について比較する。

5. 倫理

本研究は、当法人倫理委員会において承認を受けている。

III. 経過

1. I期

退院後、主治医の促しにより週5回の予定でデイケアを開始。幻聴に左右されて自宅のポストを壊したり強迫的な手洗い行為は継続しており、病状はまだ不安定だった。デイケアには概ね参加出来ており、I期の後半には活動性も徐々に改善しつつあった。

幻聴に左右され革細工を裁断したことをきっかけに、定期薬を飲んでいないことが判明。職員は特に個別の対応をしていなかったが、怠薬した情報は主治医に伝達された。

2. II期

家族の勧めがキッカケとなり就労訓練に向けた体験プログラムを開始、それに伴い担当職員が個別の関わりを始めた。訓練後に本人と面談を持ち、上手く出来た点のフィードバックや課題の振り返りと解決方法を提示し、本人から挙がった意見や面談の内容については計画相談員を通して就労訓練の現場と情報共有を徹底した。また幻聴や不眠の訴えは継続しており、追加薬を服用する時間帯や休日の過ごし方などについても話し合い、就労訓練以外の面でもアドバイスしていた。

この頃になるとA氏は殆ど休まずデイケアに参加できるようになり、他メンバーとの交流も見られるなど、活動性はハッキリと向上した。

3. III期

当院の就労継続支援B型を利用した就労訓練を開始。空笑や独語はあったものの、週3回半日の就労訓練を継続できていた。週に1度、訓練時間が半日から終日に延長したり、同居していた母親が入院するなどの出来事があったが、就労訓練もデイケアも継続して参加できていた。

個別面談は継続しており、回を重ねる毎にA氏の課題も明確になった。例えば「手袋のサイズが合わなくて作業がしづらい。」という悩みを「腕が痛い。」という独特な表現をするために相手に伝わりにくく悩みが解決しないなど、一つ一つの問題をA氏から正確に引き出した。その上で解決方法を就労訓練の現場へ伝え、ストレスの軽減を図るなど保護的に関わっており、課題となっていた睡眠の取り方や追加薬の飲み方についても課題となっていた睡眠の取り方や追加薬の飲み方について、同様に細やかな助言を繰り返し行っていた。

また、計画相談員からは自宅での生活状況も情報提供され、深夜に間食するなどの問題行動に対しても、面談の席で取り上げて助言がしていた。

4. IV期

就労訓練やデイケアは継続できており、睡眠を含めた本人の状態も概ね安定していたが、A氏自身は診察場面で不眠や倦怠感を訴える事が多く、

追加薬の調整は依然として頻回だった。

担当職員はA氏が診察時に自身の状態を正確に伝えられるようになることが次の課題と考え、診察前にA氏と自身の状態について考える時間をとった。しかし、担当職員の狙いとは逆に診察場面では不眠や・倦怠感に執着する発言が増えてしまった。この時期には眠気が強く作業にも取り組めない事もあったため、担当職員が診察場面にも立ち会って本人の発言をサポートすることになった。

5. A氏の病状

定期薬のCP換算値については、I期は不安定だったが、就労訓練の準備が始まったII期からは安定した。ただし、不眠や倦怠感の訴えは継続しており、追加薬は処方されていた。

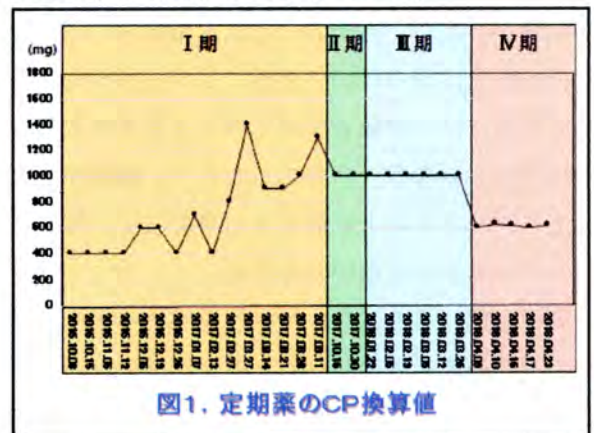


図1. 定期薬のCP換算値

6. Rehab

デイケアを開始してから、社会的活動性の因子の内、『病棟内交流』『余暇』『活動性』の項目が改善した。就労訓練や個別の関わりが始まったII～III期には、『言葉の量』『自発的言語』といったことばに関する項目が大きく改善していた。

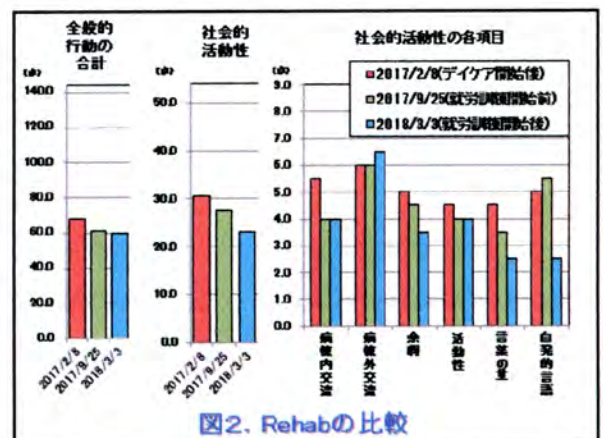


図2. Rehabの比較

IV. 結果

表2. 結果

- 医師や家族の後押しで、デイケアや就労訓練を始められた。
- デイケアに参加する事で活動性が改善した。
- 就労訓練を継続するには、生活面も含めて、細かい援助が必要だった。
- 診察場面で自身の状態を正確に伝える事は難しかった。

IV. 考察

結果から、今後デイケア職員が就労支援で行うべきアプローチについて考える。

A氏のケースは、家族の後押しがあって就労訓練に繋がったが、A氏のように対象者全ての家族が協力的とは限らない。就労に対する意欲を後押しする為には、対象者を取り巻く家族や友人などの協力が必要なケースもあるだろう。職員が意図してエンパワメントを活用する事で就労に繋がるメンバーも少なくないと思う。

就労に繋げる為には、活動性を高める事や最低限の交流技能も求められる。就労訓練の前段階として対象者にアプローチする場合、これらの障がいの改善を目的に関わることが求められる。

就労訓練が始まった後は、就労場面だけでなく生活全般を視野に入れて、問題点の抽出・原因の把握・対処方法などを明確にすることが重要だ。そのためにはある程度保護的に関わる期間が必要であり、また、得られた情報は関係部署とタイムリーに共有したい。

対象者個々で抱えている問題は多種多様であり、自己解決できる部分をどう増やして自立していくかも個々で様々だと考えるので、職員も個別対応が望ましい。但し、職員には対象者の能力を正確に把握する技術が求められる。今回、言語面の技術が決して高くないA氏にとって、自身の状態を言葉で伝える事は職員が思っていたよりも難しい作業だった。診察場面で混乱を招いた事は反省点として挙げておきたい。個別で援助することは効

果的だが、援助方法が本人の能力に見合ったものになるようにアセスメント能力を高めなければならない。

VI. 結語

表3. 結語

- エンパワメントの積極的な活用
- デイケアでは活動性・交流技能の向上を
- 個別対応がのぞましい
- 正確なアセスメント能力を！

VII. おわりに

今回、A氏の経過を振り返る事で、デイケアで就労援助をする際に必要なアプローチが見えてきた。病状管理や生活全般の援助も含めたきめの細かい就労支援ができることは、外部の事業所にはない、当法人の就労訓練工場やデイケアの特徴と言える。

今後も当院デイケアならではの就労支援を実施し、質の高い医療・リハビリテーションを提供していきたい。

参考文献

- 1) 山根寛：『精神障害と作業療法』第2版、三輪書店
- 2) 山根寛 他：『ひとと作業・作業活動』三輪書店
- 3) 長谷川直実 他：『精神科デイケア 必携マニュアルー地域の中で生き残れるデイケアー』金剛出版
- 4) 比嘉創 他：『長期入院統合失調症患者に対するアプローチの視点ー精神科リハビリテーション行動評価尺度（Rehab）を用いた検討ー』第27回志誠会医学会誌

「農耕訓練」の利用者における持続性の特徴について ～社会機能と神経認知の関連からみた横断的研究～

社会復帰施設部 ○真栄城 兼吾 金城 頼子 松田 忍
渡慶次 よしの 崎山 さつき 内間 祐亨
心理課 利根川 義昭

I. はじめに

現在、就労訓練工場しせいかいでは、6つの就労訓練工場（農耕訓練、製パン工場、製麺工場、食品加工、ガーデンクレス、喫茶ポート）がある。平成13年より開設し利用者それぞれの障害レベルや適性に応じて選べる内容として機能してきた。

しかし、近年では地域に事業所が多く開設されてきたことで、利用者の選択肢が増えたことや、継続困難な利用者が出てきたことから就労訓練工場全体の参加者が減少しているという現状がある。そのような中で農耕訓練は長期間に渡り、安定的に継続している人数が他の工場に比べ多い。しかし、農耕訓練利用者は当院で用いられているRehab（精神科リハビリテーション行動評価尺度）の「全般的行動の合計」でみると「中程度から著しく困難」の範囲に入る方が多く、因子で見ると特に言語性の部分で数値の悪い方が多く見られた。実際の現場で利用者は、指示に対しての反応が乏しく、大まかな指示が苦手だったり言葉での返答が少ないことが実感としてある。

そこで農耕訓練利用者は交流の苦手な方が多いにも関わらずなぜ就労訓練を継続できているのかという疑問が出てきた。

そこで本研究では、行動では表れない認知面を評価することで農耕訓練を継続出来ている特徴が明らかになるのではないかと考え、これを社会機能と認知機能の両面から検討する事を目的とする。

II. 方法 (表1)

1. 研究期間

2011年4月～2018年5月（7年間）

表1 方法

対象者	診断名:統合失調症 「継続群」:1年以上継続している利用者10名 「リタイア群」:本人の意思で途中中断した利用者9名
研究期間	2011年4月～2018年5月(7年間)
実施尺度	1)Rehab(精神科リハビリテーション行動評価尺度) 2)BACS-J(統合失調症認知機能簡易評価尺度) ①言語機能と学習 ②ワーキングメモリー ③運動機能 ④言語流暢性 ⑤注意・情報処理速度 ⑥実行機能 3)JART25(病前推定IQ検査)
倫理的配慮	当法人倫理委員会にて承認済み

2. 対象者

診断名が統合失調症で、農耕訓練を利用した事のある利用者19名。

3. 実施尺度

- 1)統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版
(Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia Japanese version : BACS-J; Keefe et al, 2004)
- 2)精神科リハビリテーション行動評価尺度
(Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker; Rehab; Hall and Baker, 1983)
- 3)病前推定IQ検査
(National Adult Reading Test(JART)短縮版、植月ら、2007.)

4. 実施方法

1) 対象者

農耕訓練利用者を「継続群」「リタイア群」の2つに分けた。

「継続群」:1年以上継続している利用者10名
「リタイア群」:本人の意思で途中中断した利用者9名。

- 2) 実施尺度
- 両群の社会機能を Rehab にて評定し、神経認知を BACS-J にて評定した。
- 3) 病前推定 IQ を測定するのに JART25 を用いた。
5. 解析方法
- 「継続群」「リタイア群」両群で t 検定をおこなった。また BACS-J、Rehab、JART25 及び属性情報との関連を見る為、相関分析を行った。
6. 倫理的配慮
- 本研究は、当法人倫理的委員会において承認を受けている。

Ⅲ.結果

1. 対象者の属性
- 対象者の属性を表 2 に示す。

表2 対象者属性

	継続群	リタイア群
年齢	49.2	52.8
性別	男性 10名	男性 7名 女性 2名
農場期間	57.4ヶ月	27.9ヶ月
最終学歴 (中学校 高卒1 専門学校2 大学)	1.2	0.8
病前推定IQ	88.9	88.6

2. Rehab 得点の t 検定での比較 (図 1)
- 1)
- 継続群とリタイア群の比較ではセルフケア因子に 5 %水準で有意差が認められた ($t=2.211, p<.05$)。それ以外の Rehab 因子に有意差は認められなかった。また、継続群の特徴として、「言葉の技能」「ことばのわかりやすさ」因子がリタイア群より高い傾向にあることがわかった。

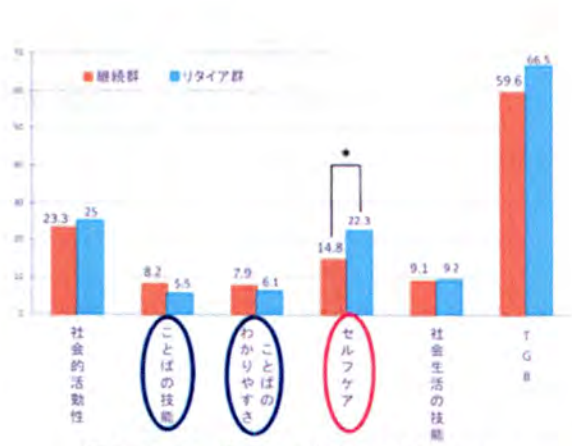


図1 Rehab得点の t 検定での比較 (t 検定 $*p<.05$)

3. BACS-J Z-score の t 検定での比較 (図 2)
- 「運動機能」と「処理速度」に 5 %水準で有意差が認められた ($t=2.216, p<.05$) ($t=2.689, p<.05$)。
- また、有意差は認められていないものの BACS-J の Composite-Z の平均値は、継続群の方が良い結果であった。



図2 農耕訓練者のBACS-J Z-Scoreの t 検定での比較 ($*p<.05$)

4. 継続群とリタイア群の t 検定における比較 (表 3)
- 継続群とリタイア群を比較すると、利用期間において 1 %水準の有意差が認められた ($t=-2.689, p<.01$)。
- セルフケア因子得点 ($t=2.211, p<.05$)、情報処理速度 ($t=-2.689, p<.05$)、運動機能 ($t=-2.216, p<.05$) の項目において t 検定で有意差が認められた。

表3 継続群とリタイア群のt検定における比較

農場利用			
	継続群	リタイア群	t検定
農場利用期間(平均)	57.4ヶ月	27.9ヶ月	**
就労継続(あり:1 なし:0)	0.5	0.9	*
セルフケア因子得点	14.8	22.3	*
情報処理速度	-1.63	-2.33	*
運動機能	-0.65	-1.67	*

(t検定 ** $p < .01$ * $p < .05$)

5. BACS-JとRehabの相関分析結果(表4)

BACS-Jにおける「言語性記憶」とRehab因子の「ことばの技能」、「ことばのわかりやすさ」との間に、有意な正の相関が認められた($r = .549, p < .01, r = .579, p < .01$)。

また、BACS-Jにおける「運動機能」とRehab因子の「セルフケア」との間に有意な負の相関が認められた($r = -.552, p < .05$)。

BACS-Jにおける「情報処理速度」と「ことばの技能」との間には相関が認められた($r = .567, p < .05$)。

また、「病前推定IQ」と「ことばの技能」因子との間に有意な正の相関が認められた($r = .625, p < .01$)。

表4 BACS-JとRehabの相関分析結果

BACS	社会的活動性	ことばの技能	ことばのわかりやすさ	セルフケア	社会生活の技能	TGB
言語性記憶	-.004	.549**	.579**	.059	.043	.310
ワーキングメモリ	-.167	.123	.189	-.139	-.125	-.007
運動機能	-.010	-.048	-.142	-.552*	-.230	-.435+
言語流暢性	-.218	.002	-.011	-.164	.001	-.096
情報処理速度	-.206	.567*	.251	-.281	.000	-.435+
遂行機能	-.101	.351	.303	-.238	.166	.123
Composite Z	-.150	.394+	.316	-.316	-.003	.022
病前推定IQ	-.091	.625**	.334	.140	.389	.448+

(t検定 ** $p < .01$ * $p < .05$)

6. BACS-Jと対象属性の分析結果(表5)

次にBACS-Jと属性の相関関係について、表5に示した。

「ワーキングメモリー」と「農場期間」の間に有意な負の相関が認められた($r = -.483, p < .05$)。

「情報処理速度」と「年齢」に有意な負の相関が($r = -.499, p < .05$)、また「情報処理速度」と「病前推定IQ」の間には、有意な負の相関が認められた($r = .456, p < .05$)。

「病前推定IQ」と「遂行機能」($r = .645, p < .01$)、「Composite Z」との間には、有意な正の相関が認められた($r = .560, p < .05$)。

表5 BACS-Jと対象属性の相関分析結果

属性	年齢	性別	農場期間	最終学歴	病前推定IQ
BACS					
言語性記憶	-.450+	.159	-.099	.071	.294
ワーキングメモリ	-.303	.254	-.483*	.141	.375
運動機能	.147	-.520*	.348	.019	.067
言語流暢性	-.040	-.020	-.455+	.270	.319
情報処理速度	-.499*	-.287	0.11	.309	.456*
遂行機能	.037	-.037	.079	.395+	.645**
Composite Z	-.221	-.095	+.084	.309	.560*

(t検定 ** $p < .01$ * $p < .05$)

IV. 考察

今回調べた結果で継続群、リタイア群共にRehabでは中程度の困難、BACS-Jの総合Z値では、-1.5以下と重度障害の群に相当する事がわかった。

それを踏まえて、見えてきた特徴としてRehabでは、継続群のセルフケア因子に有意差があるという事で、継続群の方が、状況に応じた身だしなみなど整えることができる。助言・援助があまり必要ではない、つまり指示が少なく済む方が多いと言える。

セルフケア因子は、運動機能と相関している事から、仕事として取り組むためには、指示されたことをしっかりと状況判断して、それをスムーズに行動に移すことができている人が多いということが結果から示されている。

また、農耕訓練の性質上、みんなで協力しながら取り組む作業が多く、仲間との協力関係には言葉が重要だと思われる。しかし、Rehabにおいて「言葉の技能」「ことばのわかりやすさ」がリタイア群に比べて悪い値が出ている。これは話すことが苦手な方が多く、認知機能の面からみても、記憶力と相反して話すことが苦手で

あることがわかった。また臨機応変さや、作業内容が突然変わった時に柔軟に対応する事も苦手であることが分かった。

一方で、継続群は指示に対しての理解が良く目標達成に向けて順序を立てる能力が高いと言える。その様な特徴を踏まえた上で、農場指導員は、お互いが協力関係になるように配慮したペアを組んだり、指導員が近くにいて本人たちが迷わないように細かな指示をするなど参加者に合わせて工夫している指導方法も、訓練の継続に奏功していると考えられる。わかりやすい指示を継続することにより認知面での処理速度のリハビリになっているのではないかと考える。

農耕訓練では、野菜の収穫や土づくり、散水など、体を大胆に使う作業から、収穫物の袋詰めや残根処理など細かい手作業の仕事まで、個々に応じた仕事内容の幅の広さも継続できる要因の一つになっていると考えられる。

以上からまとめると、我々が感じていた言語面での表出の少なさや伝える事の苦手さなどの印象は Rehab や BACS-J の結果から数値として表われており、あらためて農耕訓練は障害の重い方が利用していると言える。障害が重かったり、コミュニケーションが苦手だとしても、身体を動かす事が出来てセルフケアが出来ていれば、多くの方が農耕訓練へ参加し継続できると推測される。

V. 終わりに

今回は、神経認知と社会機能の面から農耕訓練を見たが、就労訓練を継続するうえではそれだけではない。家族や周囲のサポートなど環境面の部分や本人の相性など継続には大きく影響していると思われる。

本研究を通して、これからの「就労訓練工場しせいかい」が選ばれる事業所になる為に活かせるよう今後も邁進して行きたい。

参考文献

- 1) 兼田康宏：統合失調症の認知機能障害と機能的アウトカム、脳と精神の医学、第 20 巻、第 2 号、2009.

統合失調症における認知機能障害が 社会的機能におよぼす影響についての一考察 ～社会的認知としての *mentalizing* を調整変数として～

心理課 ○利根川 義昭 榎木 宏之

I. はじめに

統合失調症患者における認知機能障害は統合失調症の中核症状であり、患者の社会機能予後に対して精神症状以上に大きな影響を及ぼすと考えられている(兼田, 2013)。統合失調症の認知機能障害を包括的に評定する尺度としては Keefe ら(2004)により考案された BACS-J が有用とされており、統合失調症の認知機能への介入が近年注目されるようになった。しかし認知機能障害の研究が進む中で、池淵(2012)は神経認知課題によっては評価しきれない社会認知の存在を指摘し、社会認知は神経認知の社会機能へもたらす影響を媒介する変数であると考えられるようになった。社会認知とは「空気を読む」「察する」「行間を読む」等といった他者との間における文脈を読む力の事を指し、近年 *mentalizing* (Theory of mind) とも呼ばれている(Green, 2015)。ところで、日々の臨床に携わる中では臨床群において神経認知は高いにもかかわらず社会的機能が低い群や、反対に神経認知は低いにもかかわらず社会的機能は高い群などがあることも珍しくないが、なぜこうした差が生まれるかについての先行研究はこれまでみられていない。本研究ではここに文脈を読む力である *mentalizing* が関与しているのではないかとの仮説を立て、統合失調症における *mentalizing* が神経認知と社会機能との間でどのように調整変数として働くかを明らかにすることを目的として調査を行った。

II. 方法

1. 研究期間

2017年8月～2018年1月

2. 対象者

慢性期病棟入院中の統合失調症患者 24 名

3. 実施尺度

- 1) 統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版 (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia Japanese version : BACS-J; Keefe et al, 2004)
- 2) メンタライゼーション質問紙 (Mentalization Questionnaire: MQ; 山口, 2016)
- 3) 精神科リハビリテーション行動評価尺度 (Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker; Rehab: Hall and Baker, 1983)
- 4) 陽性・陰性症状評価尺度 (Positive and Negative Syndrome Scale; PANSS; Stanley et al, 1991)

4. 実施方法

対象者へ MQ 質問紙を配布して回答をもらい、その直後に心理士が個別に BACS-J を実施した。また後日、医師に協力を依頼し PANSS を実施した。

5. 分析方法

Rehab の TGB を目的変数とし、BACS-J の 6 因子と MQ の 2 因子を従属変数とする階層的重回帰分析および交互作用の単純傾斜分析を行った。手順は以下の通りである。

Step1 : 記述統計値を投入。

Step2 : 目的変数に Rehab TGB、従属変数に MQ と BACS Z-Score を投入。

Step3 : 交互作用項 (MQ と BACS Z-Score) を

投入。スライスを MQ に設定。
なお統計ソフトは HAD (version14.80) を使用した。
(<http://norimune.net/had>)

6. 倫理的配慮

本研究は当法人倫理委員会において承認を得ている。対象者の調査への協力は自発的なものとし、調査によって利害関係が生じないことや個人情報 は会盛られることを、対象者へ書面を通して説明した上で、同意書の記入をもって確認を得た。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の属性を表 1 に示した。

表 1 .対象者の属性

性別(人数)	男性 16 女性 8
年齢(mean)±SD	56.6 ± 8.8
罹病期間(mean)±SD	22.2 ± 12.4
入院期間	2年288日 ± 776.7
Rehab合計得点(mean)±SD	70.5 ± 15.9
PANSS(mean)±SD	Positive 14.8 ± 5.4 Negative 24.5 ± 7.2

対象者の多くが罹病期間 10 年以上経過している慢性期患者であり、年齢平均は 56.6 歳であった。

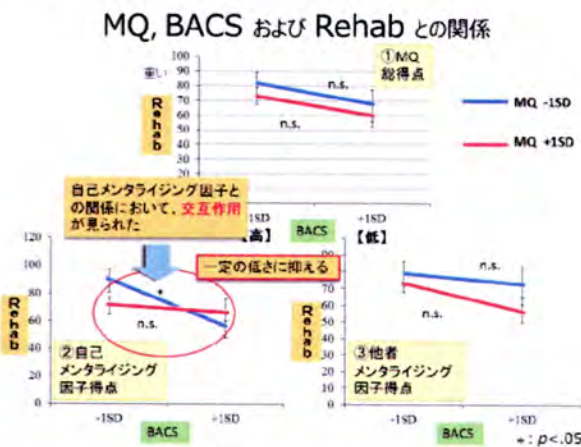


表 2 に階層的重回帰分析および交互作用の単純傾斜分析の結果を示した。縦軸は Rehab の TGB 得点であり、上に行くほど障害が重たくなることを示している。横軸は BACS Composite Z-score の得点で、認知障害の程度が高い群と低い群を

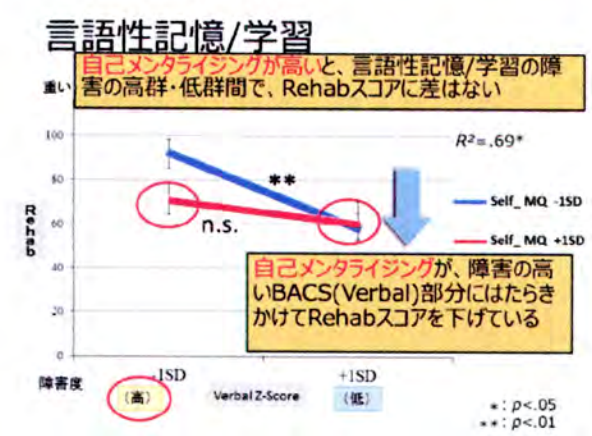
+1SD、-1SD 群として 2 つに分け提示している。MQ は棒グラフで示されており、赤線が MQ 総得点+1SD 群を、青線が-1SD 群を示す。

まず Step1 で Rehab TGB と BACS-J Composite Z-score、MQ 総得点との関係をみたところ、MQ 総得点+1SD 群では Rehab TGB への BACS-J の主効果は有意とならなかった ($\beta=-5.3$, $t=-1.0$, n.s.)。MQ 総得点-1SD 群も主効果は有意とならなかった ($\beta=-4.5$, $t=-1.3$, n.s.)。

次に他者メンタライズ因子との関係でみた時、他者メンタライズ因子得点+1SD 群では Rehab TGB への BACS-J の主効果は有意とならなかった ($\beta=-5.7$, $t=-1.7$, n.s.)。他者メンタライズ因子得点-1SD 群も主効果は有意とならなかった ($\beta=-2.4$, $t=-0.4$, n.s.)。

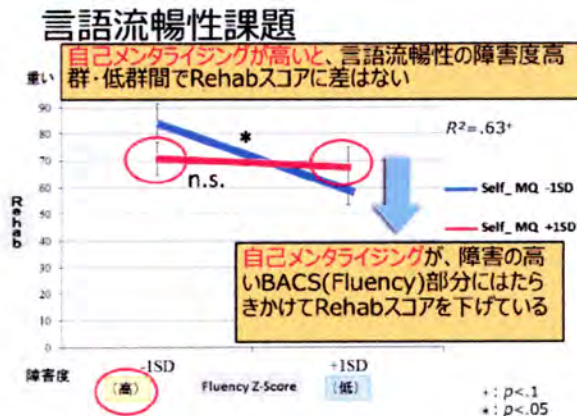
自己メンタライジング因子との関係でみた場合、自己メンタライズ因子得点+1SD 群では Rehab TGB への BACS-J の主効果は有意とならなかった ($\beta=-1.0$, $t=-0.3$, n.s.)。自己メンタライズ因子得点-1SD 群は主効果は有意であり ($R^2=.56$, $\beta=-11.0$, $t=-2.3$, $p<.05$)、+1SD 群と-1SD 群との間に交互作用がみられた。

そこで自己メンタライズ因子と BACS-J の 6 因子、Rehab TGB との関係を重回帰分析と交互作用による単純傾斜分析を行った。その結果、言語性記憶/学習 Z-Score、言語流暢性課題 Z-Score、符号 (処理速度) 課題 Z-Score との関係において交互作用がみられた。結果を以下の図に示す。

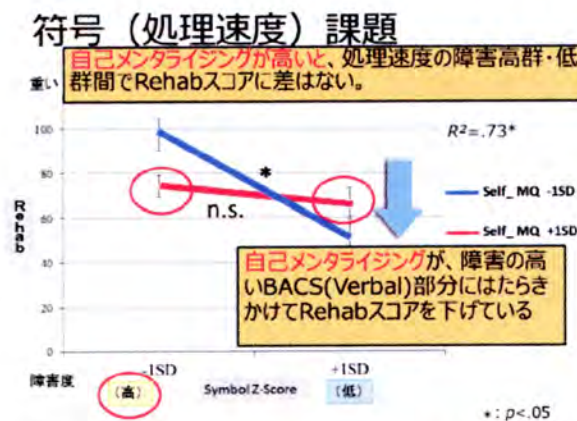


Rehab TGB と言語性記憶/学習 Z-Score、自己メンタライズ因子との関係でみたところ、言語性

記憶/学習 Z-Score +1SD 群では Rehab TGB への言語性記憶/学習 Z-Score の主効果は有意とならなかった ($\beta = 4.5$, $t = 0.7$, n.s.)。自己メンタライズ因子得点 -1SD 群は言語性記憶/学習 Z-Score の主効果は有意であった ($R^2 = .69$, $\beta = 14.9$, $t = 3.5$, $p < .01$)。



次に Rehab TGB と言語流暢性課題 Z-Score、自己メンタライズ因子との関係でみたところ、言語流暢性課題 Z-Score +1SD 群では Rehab TGB への言語流暢性課題 Z-Score の主効果は有意とならなかった ($\beta = 1.2$, $t = 0.3$, n.s.)。自己メンタライズ因子得点 -1SD 群は言語流暢性課題 Z-Score 主効果は有意であった ($R^2 = .63$, $\beta = 12.5$, $t = 2.9$, $p < .05$)。



Rehab TGB と符号(処理速度)課題 Z-Score、自己メンタライズ因子との関係でみたところ、符号(処理速度)課題 Z-Score +1SD 群では Rehab TGB への符号(処理速度)課題 Z-Score の主効果は有意とならなかった ($\beta = 3.5$, $t = 1.0$, n.s.)。自己メンタライズ因子得点 -1SD 群は符号(処理速度)課題

Z-Score 主効果は有意であった ($R^2 = .73$, $\beta = 21.2$, $t = 3.9$, $p < .01$)。

IV. 考察

以上の結果から、メンタライジングは BACS スコアと Rehab 間の調整因子として働くことがわかった。

言語性記憶/学習においては、統合失調症の認知機能の中でも、言語的な記録や保持するインプット機能において低さが見られても、セルフメンタライジング(自分を客観視)する視点が精神内界にあれば、社会的機能を保つことができると思われる。

言語流暢性においては、思考を働かせるアクティブな機能が低くても、客観的な自分をみつめる静的な能力が内面にあれば、社会的機能が保たれる傾向性が示唆された。

処理速度においてはアウトプット作業として、目と手をつかって作業を処理する能力が低くても、客観的に自分を内省する能力があることで、社会的機能を保つことができる可能性が推察される。

V. 結論

今回の研究から、ことばの記憶や、活発に思考を働かせること、あるいは心身を共に動かし作業することなどの、外に向かう動的な認知機能が低くても、自分の内側を客観的に見つめる、内省する、といった内に向かう静的な認知的能力があることで、統合失調症の社会的機能は保たれうることが示唆された。

引用文献

- 1) 兼田康宏, 住吉太幹, 中込和幸, 他: 統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版(BACS-J). 精神医学 50: 913-917, 2008
- 2) 兼田康宏, 住吉太幹, 中込和幸, 他: 統合失調症認知機能簡易評価尺度日本語版(BACS-J)標準化の試み. 精神医学 55: 167-175, 2013
- 3) 池淵恵美, 中込和幸, 池澤聰, 他: 統合失調症の社会的認知: 脳科学と心理社会的介入の架橋を目指して. 精神神経学雑誌 114(5): 489-507, 2012
- 4) Green, MF, William, P, Horan and Junghee, L: Social cognition in Schizophrenia. Nat Rev Neurosci. 2015 Oct;16(10):620-31. doi10.1038/nrn4005. Epub 2015 Sep 16.

編集後記

私事で恐縮ですが、当法人に長年勤める中で、プロジェクトリーダーを担当したのは今回が初めてでした。いろいろ経験してきたつもりでしたが、医学会プロジェクトリーダーを担当することで、これまで知らなかったことを改めて勉強させてもらっているように思えます。

その中でも、医学会プロジェクトは、発表者という演じる人（あるいは、研究成果を発表する人）達の舞台を作る裏方だということを感じました。過去のプロジェクトの資料を見ると、運営面で多くの創意工夫の足跡が垣間見られ、これまで30回分のプロジェクトを行ってきた各プロジェクトメンバーに敬意を表したいという気持ちになります。今までの積み上げがあるからこそ、今年の取り組みがあるのだと思います。

私達プロジェクトが工夫した点の一つは、研究発表の質を高めるため、予演会の前に「中間発表会」という研究の途中経過を報告する機会を設けたことでした。中間発表会が、演者のみなさんのより良い発表のための「舞台」の一部になっていたら幸いです。

今回の医学会では、「質の追求」をテーマとして打ち出しましたが、質を求めるためには、まず目の前にある課題について、私達一人ひとりが常に考え続けることが大切なのではと思います。発表者の皆さんの論文作成の相談に乗りながら、学生時代に恩師から「論文とは汗をかいて書くものだ。」ということをお口酸っぱく言われていたことを思い出しました。

今年は開設から31年目の年です。人間でいうと31歳であり、ちょうど青年期が終わり、新たなライフステージに移行する時期という心理学者もいるほど、人生の節目にあたる時期といえます。当法人として次のステージに移ろうとするこの時期に、自らの臨床実践を振り返り、次の一步を模索する機会に今回の学会になることを期待します。

最後に、発表者・共同発表の皆さんお疲れさまでした。そして、不慣れなリーダーを支えてくださったプロジェクトメンバーの皆さん、ありがとうございます。

2018年6月28日[木] 榎木 宏之

2018年6月28日（木）発行（非売品）

編集 集：第31回志誠会医学会プロジェクト

編集責任者：榎木 宏之 金城 憲和 平敷 靖幸 山城 綾乃
友利 美由紀 池原 康裕 利根川 義昭

発行者：小渡 敬

発行所：医療法人社団志誠会

平和病院・陽光館・社会復帰施設

住所 沖縄県うるま市上江洲665番地

TEL (098) 973-2000

URL <http://heiwahsp.ec-net.jp/~heiwahsp/>



医療法人社団志誠会

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society

Vol.31 28th June 2018

Bulletin of
the SHISEIKAI
MEDICAL
SOCIETY