

院内研究発表

入 賞 研 究
(3 例)

ケースレポート発表

部 門 代 表
(4 例)

研 修





アドヒアランス獲得に向けた入院中の薬剤自己管理の重要性

新潟県 医療法人恵生会南浜病院

○山崎 桜 中島祥吾

Key Words

服薬アドヒアランス 薬剤自己管理

はじめに

精神科の治療において薬物療法は現在でも治療の中心となっているが、精神科疾患の治療への理解を得ることは難しく、退院後経時的に服薬状況は低下し、退院後の期間とともに再発率が増加することが報告されている¹⁻²⁾。また、統合失調症患者が社会生活を維持していくためにはアドヒアランスを獲得することが必要で、薬剤の自己管理などの行動的な介入は服薬アドヒアランスや服薬の構えに対する10項目の評価(DAI-10)を向上することが報告されている³⁻⁴⁾。

現在、当院において薬剤自己管理の有効性は示されていない。本研究では薬剤自己管理の有効性をアドヒアランスの評価を通して検討した。

I. 研究方法

1. 対象患者

調査期間中に入院および退院をした認知機能に問題がなく、心理教育などの服薬指導以外の薬剤への教育を受けていない患者6名。

2. 期間：2014年12月1日から2015年2月28日

3. 方法

服薬アドヒアランスの評価は、入院期間中に薬剤の自己管理を行った患者3名(自己管理群)と看護師が服薬管理を行った患者3名(看護師管理群)に分けて評価を行った。評価は入院時および退院時の2回行い、薬剤師がDAI-10⁵⁾、看護師が服薬アドヒアランスの評価⁶⁾に基づいて評価を行った。DAI-10の評価は定法に従って行い、合計点数の評価を行った。看護師による服薬アドヒアランスの評価は病気の知識(病識)、治療への理解(治療)、薬剤数の把握(数)、薬への知識(薬識)の4項目について4段階での評価を行った。また、値は全て中央値で表し、有意差の検定はウィルコクソンの符号順位検定もしくは1元配置分散分析に

よる多重検定(Dunnett 法)にて行い、危険率5%未満を有意とした。

4. 倫理的配慮

全ての評価対象者に対して、趣旨および結果を公表すること、参加、中断は自由意志で、拒否による不利益はないことを説明し、同意を得た。

II. 結果

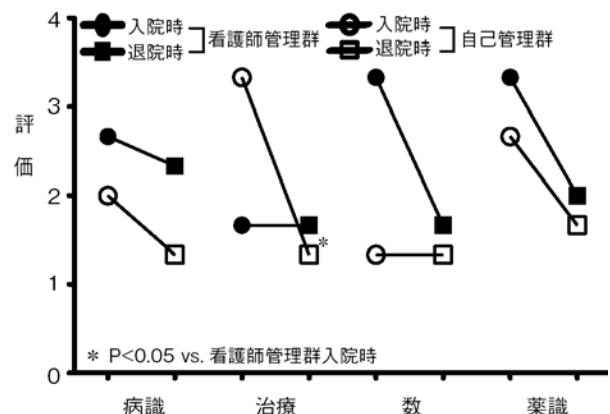


図1 看護師による治療へのアドヒアランスの評価の変化

服薬指導の平均回数は、看護師管理群で2.0回、自己管理群で2.3回と両群の間に差はなかった。

図1より看護師によるアドヒアランスの評価において、いずれの群間においても入院時の評価に有意な変化は見られなかった。また、看護師管理群では入院時と退院時のいずれの評価項目においても有意な変化は見られなかった ($P>0.05$, Dunnett 検定)。しかし、自己管理群では、病識、数、薬識の項目に変化は見られなかったが、治療の評価は退院時には評価点数が有意に減少した ($P<0.05$, Dunnett 検定)。さらに、有意な変化ではなかったが、いずれの群においても薬識の評価は入院時と比較して減少傾向が見られた。

図2より、DAI-10の評価は看護師管理群においては入院時と退院時で有意な変化は見られなかった。自

己管理群では、退院時には有意に評価点が上昇し、薬剤へのネガティブな印象はポジティブなものへ変化していた（ $P<0.05$ 、ウィルコクソン符号順位検定）。

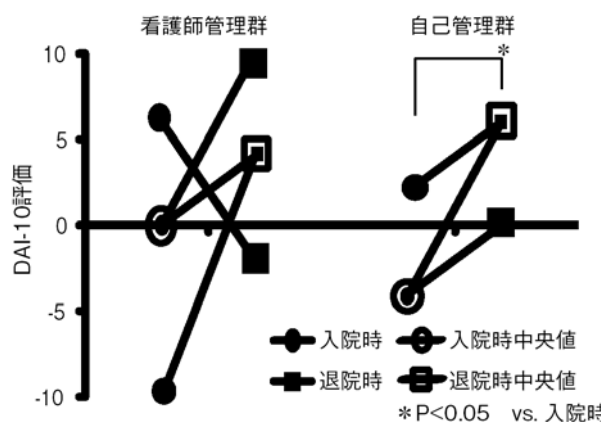


図2 薬剤師によるDAI-10の評価の変化

Ⅲ. 考 察

現在、当院の急性期病棟において確立されている薬剤の自己管理方法はないため、患者が自己管理を行うかどうかは担当看護師に一任されている。精神科看護において患者自らが治療に主体的に参加していくことは重要とされている。また、良好なアドヒアランスを得るためには、長期間継続可能な薬剤選択が重要だが、薬剤の自己管理を行うことは患者自身が薬剤の剤形や用法が継続可能かどうかについて検討する機会となる⁷⁾。本研究において、薬の管理方法にかかわらず薬識が獲得できる傾向があることが示されたが、薬剤の自己管理を行うことは治療への理解を向上するだけでなく、服薬への印象をも向上することが示された。さらに、服薬指導に加えて薬剤の自己管理を行うことはDAI-10の評価を有意に上昇させることが報告されているが、本研究においても同様の結果が示された⁴⁾。これらのことは、当院における薬剤の自己管理は患者のアドヒアランス獲得に対して有用に働いていることを示している。

現在、精神疾患においては社会復帰を含めたリカバリーが治療の目標とされ、リバーマンは症状の寛解のみでなく就学・就労、自立した生活、さらには社会的人間関係を長期間維持していくことが必要と定義している⁸⁾。症候学的寛解を維持するためには継続した薬物治療が不可欠で、社会生活を維持するために早期にアドヒアランス獲得することが必要なため、リカバリーに向けた治療アドヒアランスへのアプローチは重要といえる⁶⁾。

これらのことから、本研究では患者のリカバリーに必要な不可欠である治療へのアドヒアランスの獲得に向けて、

薬剤の自己管理を行うことがアドヒアランスを獲得する過程において重要な役割を果たしていることが示唆された。

Ⅳ. 結 論

当院で入院期間中に薬剤の自己管理を行うことは、治療へのアドヒアランスを獲得するためには重要であり、リカバリーへ向けた第一歩となることが示唆された。

引用・参考文献

- 1) 趙岳人他：統合失調症治療における服薬状況のMEMS (Medication Event Monitoring System) 多施設研究アドヒアランスを維持することの重要性、臨床精神薬理、14 (9)、p551 - 1560、2011.
- 2) D.Robinson et al: Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder、Archives of General Psychiatry、56 (3)、p241 - 247、1999.
- 3) J.A.Boczkowski et al. Neuroleptic compliance among chronic schizophrenic outpatients. J Consulting Clinical Psychology、53 (5)、p666 - 671、1985.
- 4) 山西裕他：統合失調症患者における処方薬自己管理の有用性、医療薬学、34 (12)、p1097-1099、2008.
- 5) T.P.Hogan et al: A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics. Psychological Medicine、13 (1)、p177 - 183、1983.
- 6) 深井真奈美他：統合失調症患者の社会生活の維持には早期の服薬アドヒアランス獲得が必要、日本精神科看護学術集会誌、58 (1)、p538-539、2015.
- 7) 渡邊衛一郎他：飲み心地を重視した統合失調症治療のすすめ、精神科治療学、25 (3)、p335-345、2010.
- 8) R. P. Liberman et al: Recovery from schizophrenia. Psychiatric Services、56 (6)、p735-742、2005.

オリゴ糖は便の性状を改善させる ～排便困難な高齢者のスムーズな排便を目指して～

新潟県 医療法人恵生会南浜病院

○佐分利正幸 笠原歩美 本間絵梨香

Key Words

排便コントロール オリゴ糖

はじめに

抗精神病薬を長期に渡り服用している患者、高齢者の長期入院患者、長期臥床患者等は排便コントロールが必須の課題である。下剤や浣腸も使用しているのが現状であり、下剤を使用すると二次障害の可能性や、使用する事による便秘もある。実際の病棟患者は便への執着が強い方が多いが、十分な排便コントロールができていないのが現状である。そこでオリゴ糖を摂取することでスムーズな排便が可能であった先行文献を例に当該病棟で試みた結果をここに報告する。

I. 研究目的

高齢者が下剤を使用せず、オリゴ糖のみを摂取する事により排便がコントロールできるかを調査する。

II. 研究方法

1. 研究期間：20XX年7月～12月（6ヶ月間）
2. 研究対象

当該病棟入院患者のうち、下剤を内服していない方で過去の排便状況から排便困難な方を3名選抜。またオリゴ糖は二糖類であり血糖値への影響は大きくないが、選抜者は糖尿病既往の無い方とし、また食事摂取量による排便量の差が生じないよう自力で全量摂取できる方とした。

A氏：80代 女性。便秘症・妄想性障害。日常生活動作（以下ADL）は要介助。終日オムツを着用。精神状態に波があり、車椅子で徘徊したり、自室からはって出てきたりすることもあった。

B氏：90代 女性。アルツハイマー型認知症・便秘症・妄想性障害。ADLは要介助。終日オムツを着用。車椅子を自操していることが多く、自室に居られる際は、はって出てくることもあった。

C氏：80代 女性。躁うつ病・便秘症・妄想性障害。

ADLは要介助。終日オムツを着用。作業療法活動や食事以外は自室にて臥床されていた。

3. 方法

- 1) 摂取方法：明治乳業のメイオリゴW5.0gを昼食時にヨーグルトに混ぜて摂取していただく。C氏については同意のもと、ヨーグルトに混ぜて摂取していたが、ヨーグルトを好まなかったため、研究期間途中から他の食べ物にオリゴ糖を混ぜて摂取した。
- 2) 排便量の分類をゴルフボール（以降G）、野球ボール（以降Y）、ソフトボール（以降S）の3段階の量に分け評価した。Gに満たない便については反映しなかった。
- 3) 便の性状の分類は硬便、普通便、軟便、水様便に分けて評価した。
- 4) 2)、3) についてオリゴ糖を摂取した3か月間の評価と直前の3ヶ月間の評価を比較した。排便回数、排便間隔の値は中央値で表し、有意差の検定はウィルコクソン符号順位検定にて行った。

III. 倫理的配慮

対象者患者及び家族に、研究目的や匿名性を明記した同意書を作成し調査の協力に同意を得た。

IV. 結果

排便の回数と間隔（表1）、排便の性状（図1）、排便量（表2）を研究期間3ヶ月間と実施前3ヶ月間で比較した。

表1 排便の回数と日数間隔

	排便回数（回）		排便間隔（日）	
	前	後	前	後
A氏	11	15	5.5	3
B氏	14	9	4	6.5
C氏	8	12	7	5
中央値	11	12	6	4

A氏、C氏共に増加がみられたが、B氏は減少する結果となった。また排便間隔日数をみるとA氏、C氏は短くなり、B氏は伸びる結果となった。表1より、オリゴ糖投与の前後の中央値を比較したところ、統計上有意味な変化は見られなかった。(P>0.05)

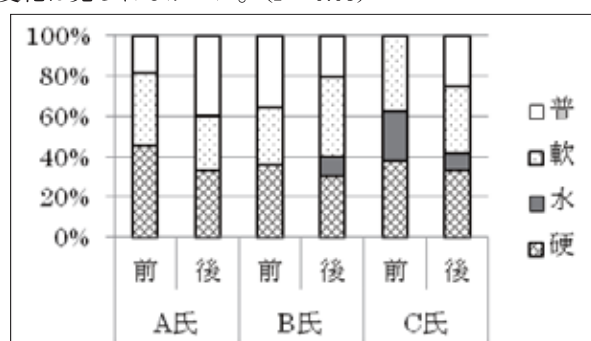


図1 便性状の変化

図1より、排便の性状については、A氏は硬便・軟便共に減少し、普通便の割合が増加した。B氏は硬便・普通便の減少し、軟便の割合が増加した。C氏は硬便・軟便に加え、水様便の減少がみられ、普通便の割合が増加した。

表2 排便量

	量G		量Y		量S		点数	
	前	後	前	後	前	後	前	後
A氏	3	11	8	3	2	5	39	50
B氏	3	5	9	2	5	6	60	47
C氏	1	12	5	8	4	3	40	54

表2の数値はGを1点、Yを3点、Sを6点として数値化したものである。総排便量の点数についてはB氏以外増加している。また、摂取前ではY、Sが多かったのに対し、オリゴ糖の摂取によってG、Yの回数が増加している。

V. 考 察

便性状では普通便が増えたり、水様便が出現したりと

個人差が出ている為、硬便と普通便、軟便、水様便の2つに分類してみる。この分類は便秘の定義として硬便の有無を基準の一つとしているものが幾つかある事、またオリゴ糖の過剰摂取は下痢症状を起こすことも踏まえての分類である。本研究における3名の便性状をオリゴ糖摂取前と比較すると、3名とも硬便の割合が減り、その他の性状の便は半数以上の割合を占めている(図1)。過剰摂取の結果ともとれる水様便を含めて、オリゴ糖の便性状への効果が示された。

排便量でも個人差があり、G、Y、Sそれぞれでも数値が散布している。そのためGとY、Sの2つに分類するとY、S級の多量の排便は減少しているが、G級の便は増加している。この事は1回量の減少はあるものの、オリゴ糖摂取によって少量の便が排泄できる様になっている事を示している(表2)。これらの事からオリゴ糖を摂取することによって、排便しやすい性状にする事で、少量の便を無理なく定期的に排便できるようにした事を示唆している。

また表1、2よりB氏個人の結果について、他者と逆の結果となっている。「高齢になると、ほとんどの場合ビフィズス菌は減量し、悪玉菌が高確率で検出されるようになる。」¹⁾とされている。オリゴ糖は腸内のビフィズス菌を活性化する事で排便を改善すると報告されている為、B氏の腸内に十分なビフィズス菌がいなかった事で変化がみられなかったと考えられる。

便秘とは統一された診断基準があるわけではなく、患者の自覚症状を中心に診断している事が多い³⁾。本研究においてオリゴ糖の摂取による便性状の改善、排便を容易にすることで、便秘になったとの感覚を軽減できることが示唆された。

VI. 結 論

本研究で、排便回数の増加や排便間隔短縮の効果はなかったが、便性状の改善する効果はあった。

引用・参考文献

- 1) 代表的な腸内細菌、大塚製薬HP
http://www.otuka.co.jp/health_illness/fiber
- 2) 佐藤徹: 乳果オリゴ糖による排便コントロールの取り組み、平成26年精神科看護研修会、看護研究発表集録 p 10-11
- 3) 便秘の定義、日本の学会基準と国際基準<http://www.benpi-naoru.net/benpi-teigi.html>

PANSS-ECを活用した隔離解除評価基準作成に向けて

医療法人恵生会南浜病院 3階病棟

○鎌田 建 草野悠衣 山家明恵

Key Words

PANSS-EC 行動制限最小化

はじめに

精神保健医療福祉の改革ビジョンがとりまとめられてから10年あまり経過した現在では、地域医療や、入院医療の急性期の重点化など精神保健医療の再構築が図られている。精神科急性期治療において行動制限を行うことは少なくないが、一般的に精神症状の改善を目的とした行動制限の日数は1～2週間と短期間である。その間の行動制限に関するケアは保護室の構造の違い、治療方針・治療システムの違い、行動制限に関する看護師の方針の違いなどによって多種多様である¹⁾。

精神科急性期治療病棟においては隔離解除の個々の評価基準が経験年数によって判断が異なり、統一した評価基準が定められていない。開放観察と解除基準の評価には陽性、陰性症状評価尺度（以下PANSS）の興奮項目（以下PANSS-EC）の活用が有効とされており²⁾、客観的な評価を行える基準を設けることにより、患者を経験年数に捉われず、評価することができる。

これらのことから、本研究ではPANSS-ECを用いて当病棟における隔離開始および隔離解除時の現状を把握し、評価基準を検討することを目的とした。

I. 研究方法

1. 研究期間

2014年10月1日から12月31日

2. 対象

研究期間中に当病棟で行動制限された隔離患者延べ12名（認知症、発達障害を除く）を対象とした。

3. 方法

研究期間中に当病棟で行動制限された隔離患者延べ12名（認知症、発達障害を除く）を対象とした。

隔離開始および隔離解除時にPANSS-ECの評価項目（興奮、敵意、緊張、非協調性、衝動性の調節障害各7段階）を用いて評価し、各項目における評価点数を比較

した。

評価項目の評価は、隔離開始理由として精神保健福祉法に定められた隔離について対象となる患者に関する事項に基づき「他の患者との人間関係を著しく損なう危険性がある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合：以下A」、「他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合：以下B」、「急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合：以下C」の3つの群に分けて行った（複数の群に該当する対象者を含む）。有意差の検定は対応のあるt検定で行い、危険度5%未満を有意とした。データ処理、統計処理にはGraph Pad Prism 5を使用した。

II. 倫理的配慮

対象者に研究に際して得られたデータは研究以外には使用せず、対象とデータは匿名が保たれるよう配慮し、研究後はデータを破棄することを口頭にて説明、同意を得た。

III. 結果

隔離開始理由のAが7名と最も多く、PANSS-ECの評価項目のうち、興奮、敵意、緊張、非協調性、衝動性の調節障害のすべての項目において有意な差がみられた（ $p<0.05$ ）（図1-a、b）。隔離開始時から解除時の評価の平均点は興奮3.1から1.1、敵意2.4から1.1、緊張2.7から1.2、非協調性3.4から1.5、衝動性の調節障害3.0から1.6であった。

Bの理由が4名であり、興奮、敵意の2項目において有意な差がみられた（ $p<0.05$ ）（図1-b）。隔離開始時から解除時の平均点は興奮3.7から1.3、敵意3.8から1.3へと変化した。

Cの理由についてはPANSS-ECの評価項目すべてにおいて有意な差がみられなかった ($p>0.05$) (図1-a、b)。

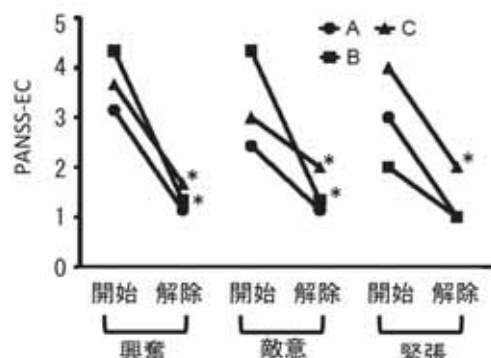


図1-a 隔離開始時と解除時の評価項目の変化

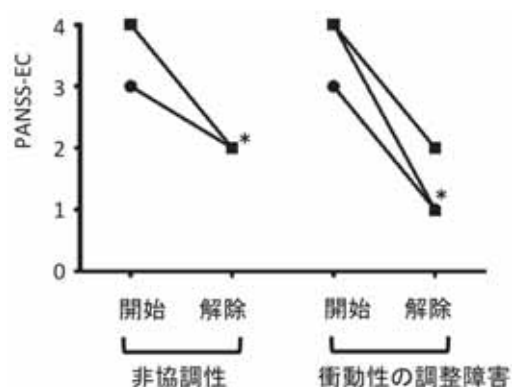


図1-b

IV. 考察

隔離開始理由のAおよびBにおける隔離解除の指標として、PANSS-ECの評価項目のすべてあるいは一部を用いての評価が妥当であるといえる。評価者からはPANSS-ECの評価項目を用いて評価していく中で「興奮」や「衝動性」を開放観察や隔離解除の感覚的な判断としており、PANSS-ECの評価項目と一致しているとの意見が聞かれた。

しかしながら、Cの理由ではPANSS-ECの評価項目すべてに有意差がみられなかった。このことは隔離理由すべてに共通する評価項目がなく、隔離理由により、評価項目が異なるということが示された。すべての隔離患者に統一した評価基準を設けるのではなく、隔離理由により評価基準を設けることが必要である。

林らは行動制限の最小化、最適化には積極的な姿勢と慎重な判断の両方が必要であり、行動制限を検討する頻度を上げること、問題をより明確化することで質の向上をはかり、効率的な仕組みを確立させることの必要性について述べている³⁾。当研究により、PANSS-ECを評価

基準として設けることで、目的意識をもって患者を評価することができるといえる。

また、藤丸は隔離・拘束の長期化を促進する要因の1つとして、不穏多動が起因となった隔離が、いつの間にか身体状況の悪化によって遷延化していたり、患者への過度な病棟ルールの押し付けが解除判断を曇らせてしまう「問題のすり替え」を指摘している¹⁾。このことは隔離理由によるPANSS-ECの評価項目を評価基準とすることで、隔離中の問題点について軌道修正、適正化を図ることができ、行動制限最小化が期待できる。

評価者の知識や経験が評価内容、判断に影響を与えるため、PANSS-ECによる評価点数は行動制限や隔離解除に向けた一助としていくことが重要である。

V. 結論

隔離解除の指標として、精神保健福祉法に定められた隔離について対象となる患者に関する事項によって、PANSS-ECの評価項目のすべてあるいは一部を用いての評価が妥当であるといえる。

参考文献

- 1) 藤丸成：実践 精神科看護テキスト 第10巻 行動制限最小化看護、株式会社 精神看護出版、2007
- 2) 小路美樹子、田中正孝、山本邦美：行動制限最小化にECの活用の可能性 PANSSとECの相関から、日本精神科看護学会誌、57(1)、116-117、2014
- 3) 林朋康等：行動制限最小化最適化に向けてのシステムづくり 個別性・客観性・効率性をめざした取り組み、日本精神科看護学会論文集vol.13、93-97、2013
- 4) S.R.ケイ、山田寛他訳：陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) マニュアル、星和書店、1991