

No. 298	当院における経腸栄養剤・流動食のとりみ調整の検証		
申請者	看護部	看護師	梶 玄
開催日		迅速審査	令和7年7月18日
研究の概要	<p>本研究の目的は、当院で使用しているとりみ剤と経腸栄養剤・流動食でのとりみ調整を検証すること、及びとりみ調整方法・手順の基準を示すことである。嚥下障害患者には、適切な食事形態やとりみ調整の提供が推奨されている。日本摂食嚥下リハビリテーション学会は水のとりみに関して3段階の基準を示しているが、経腸栄養剤・流動食に関する基準はない。先行文献では、使用するとりみ剤と経腸栄養剤・流動食の種類によってとりみの付き方が異なることが分かっている。また、攪拌回数や、静置時間といった手順がとりみ調整に影響することが指摘されている。当院では、多くの経腸栄養剤・流動食を扱っており、とりみ調整は主観的評価で統一をしている。しかし、それぞれの経腸栄養剤・流動食に対するとりみ剤の使用量や手順の基準化はされておらず、とりみ調整の方法・手順については曖昧な現状がある。そこで、客観的評価により、当院におけるとりみ調整を検証し、適切なとりみでの提供ができるよう、その方法・手順を基準化する必要があると考えた。</p>		
判定	条件付承認		

No. 299	アルツハイマー型認知症のBPSDの構造と介護負担度との関連		
申請者	診療部	心理療法士	小林 信周
開催日	令和7年7月10日		
研究の概要	<p>BPSD(認知症の行動・心理症状)はアルツハイマー型認知症(AD)に高確率で随伴し、予後悪化、介護負担増大、施設入所や入院の要因となる。BPSDは各々有病率、持続期間や生物学的・心理社会的因子の関連の程度が異なり、先行研究でADのBPSDはいくつかの症状グループに分類されたが、一致した結果が得られていない。また、これらの症状グループが介護者の負担へ及ぼす影響の報告も少ない。ADのいくつかの症状グループから成るBPSDの構造、これらのBPSDの構造と介護負担との関連を明らかにし、先行研究と比較して考察する。</p>		
判定	条件付承認	オプトアウトの記載、中止基準の修正後承認	

No. 300	当院認知症疾患医療センターを初回受診したアルツハイマー型認知症のBPSDに関する追跡的研究		
申請者	診療部	心理療法士	小林 信周
開催日	令和7年7月10日		
研究の概要	BPSD(認知症の行動・心理症状)はアルツハイマー型認知症(AD)に高確率で随伴し、予後悪化、介護負担増大、施設入所や入院の要因となる。横断的研究ではADの認知症進行に伴いBPSDが増悪することが示されている。ADのBPSDに関する縦断的報告は少ないため、ADの転帰に関する6ヶ月間の追跡研究を実施し、ADのBPSD治療に対する当院の役割について考察する。		
判定	条件付承認	オプトアウトの記載、中止基準の修正後承認	

No. 301	北陸病院における入院患者の筋肉量とBMIの傾向分析		
申請者	診療部	栄養士	横山 明澄
開催日	令和7年7月10日		
研究の概要	これまで栄養状態の評価にはアルブミン(以下、Alb)値が主に使用され、Albの基準値によって低栄養の判定がなされてきた。しかし、令和6年度の診療報酬改定において「栄養評価にGLIM(GlobalLeadershipInitiativeonMalnutrition)基準を活用することが望ましい」という文言が追加された。そして、多くの施設でGLIM基準が栄養管理の標準的な手順として普及しており、今後は栄養管理を必要とする全ての対象者へGLIM基準を使用した栄養診断が行われることが期待される。GLIM基準での低栄養の判定には、体重減少や低BMI(BodyMassIndex)、筋肉量減少が含まれる表現型基準と食事摂取量減少や消化吸収機能低下、疾患負荷や炎症の状態が含まれる病因基準が存在する。そして、筋肉量減少の項目が追加されたことにより、現在までは測定していなかった筋肉量を測定する必要性が生じた。当院では第一の手段として、実現可能性の高い下腿周囲長から筋肉量の判定を行うことを開始した。本研究では当院に入院している患者を対象に下腿周囲長を測定し、日本人の新身体計測基準値JARD2001のスクリーニング値を用い栄養障害の判定を行う。その結果から、各病棟の特性や筋肉量と体重・BMIとの関連について検討し、入院患者の栄養サポートに寄与する。		
判定	条件付承認	オプトアウトの記載、研究の対象となる個人の人権擁護の修正後承認	

No. 302	精神科勤務の看護師における精神健康およびパーソナリティに関する研究		
申請者	看護部	看護師	島山 督道
開催日	迅速審査		令和7年7月18日
研究の概要	<p>看護師の職務は、病気をもつ人々を24時間体制で支える感情労働職であり、身体的・精神的に高いストレスを抱える職業である。看護師が慢性的なストレス状態に置かれることで離職に至るケースも少なくなく、これが医療現場の人手不足を常態化させ、さらなる業務過多を招くという悪循環が生じている。このような状況は、看護師自身の健康だけでなく、患者へのケアの質や安全性にも重大な影響を及ぼす。したがって、看護師が精神的健康を保持し、長期的に働き続けられる職場環境の整備は、看護の質を持続的に担保するうえで不可欠である。中でも精神科に勤務する看護師は、他診療科に比べて対人関係に起因する心理的ストレスの負荷が大きいことが複数の研究で報告されている。たとえば、精神科看護師は、患者の暴力的言動や自傷他害行動、衝動的行動、長期入院に伴う依存傾向などへの対応を日常的に求められており、常に高度な対人スキルと精神的タフネスを要する職務に従事している。加えて、精神科におけるバーンアウトや暴力被害の経験は、他診療科に比べて高頻度であることが指摘されており、精神科看護師特有の職業的困難性が浮き彫りとなっている。さらに、精神科看護においては、患者との関係構築において共感的理解や非言語的対応、長期的信頼関係の構築といった内面的資質が看護の質に直結する要素であるとされている。このような実践特性を背景として、看護師個人の精神健康（スピリチュアルヘルス）や人格特性（パーソナリティ）が、臨床現場での援助関係の形成やストレス対処、ケア提供行動に及ぼす影響は非常に大きい。近年では、従来のメンタルヘルスの枠組みでは捉えきれない“生きる意味”や“つながり”、“超越”といった広義の精神的健康を包含する概念として、精神健康（Spiritual Well-being）に注目が集まっている。スピリチュアリティは、WHOによる健康の定義改正案においても含意されており、国内外の医療現場においてもスピリチュアルケアの導入が進みつつある。とりわけ、精神健康（スピリチュアルヘルス）の水準が高い医療従事者は、職業的ストレス状況や倫理的ジレンマに柔軟に対応できる傾向があり、精神的レジリエンスやケアの持続性との関連性も示唆されている。こうした背景から本研究では、精神科病棟に勤務する看護師を対象として、精神健康（スピリチュアルヘルス）の水準と、パーソナリティ特性（Big Five モデル）との関連性を明らかにすることである。精神科看護師が自身の内的資源に気づき、それを活用できる支援や職場環境の整備を検討するための基礎的知見を提供することで、ストレス対処能力の強化や離職予防への新たな示唆が得られることが期待される。</p>		
判定	承認		

No. 303	統合失調症患者の服薬アドヒアランス獲得の阻害要因		
申請者	看護部	看護師	宮田 寿美香
開催日	迅速審査		令和7年7月18日
研究の概要	<p>当病棟では他の病院で治療が困難な急性期や慢性期の統合失調症患者を受け入れており、治療抵抗性を示す方・知的障害の方・発達障害の方・高齢で認知機能の低下を示している方などが多い。そのため服薬アドヒアランス獲得が困難な傾向があり、退院後に服薬の自己調整や中断などによって精神症状が悪化し再入院するケースを認めている。「統合失調症は再発し易く、初発で症状が軽快しても、服薬を中止した場合、1年以内に約80%が再発する」と久住は述べている。再発は統合失調症患者の予後を左右する大きな要因でもあることから、患者が精神状態を安定させ、地域生活を継続するためには服薬継続が不可欠であり、精神科では患者の退院後の生活を予測して服薬アドヒアランスを向上させる支援を行うことが重要である。そのためには患者から医療の同意を得て、薬物療法での薬の効果や副作用などを説明し、服薬しつづけない場合には理由を聞き、患者が自身の病気に気付き、自ら進んで服薬が行えるように支援を行い、患者の服薬アドヒアランスを向上させることが必要である。服薬アドヒアランスを向上させる方法について、Dolderら(2003)のレビューによると、統合失調症患者が服薬に積極的になる(服薬アドヒアランスを高める)ための心理社会的な介入法は、1教育的介入2行動的介入3情緒的介入に大きく分類されていて、この3種の方法を組み合わせることで効果がとても高まると安保らは述べているが、当病棟の現状として、服薬自己管理を行う前に病因や症状、経過、薬の作用や副作用、ストレス要因の同定やストレス対処に関する情報提供など教育的介入が十分に行われていない現状がある。また教育的介入が行われ、患者が服薬の必要性やストレス対処などについて情報を得ても、薬を服用することや、健康行動を実施するのは、他でもない患者自身である。そのため看護師は患者の生きる希望や目標、価値観などを知り、それらを尊重したうえで治療法や予防法を提案し、お互いが対等な立場で意見を述べながら患者が最適と判断した行動を取ることができるよう情緒的介入を行うことが必要であるが、十分ではない。さらに行動的介入として、退院前に服薬自己管理が行われているが、開始する時期がく患者の特性や自宅での生活を考慮した実行可能な方法を共に考える関わりが不足している傾向がある。このような現状が生じていることで当病棟の患者の服薬アドヒアランス獲得が阻害されていると考えた。そこで今回当病棟で教育的介入・行動的介入・情緒的介入が不足している要因を明らかにし、今後患者の服薬アドヒアランス獲得を高め退院支援を充実させる一助にしたい。</p>		
判定	承認		

No. 304	統合失調症患者のストレングス・マッピングシートを用いた支援		
申請者	看護部	看護師	有澤 奈津世
開催日	令和7年7月10日		
研究の概要	<p>精神科看護においては、急性期から慢性期に至るまで、看護師は患者の症状の軽減や社会復帰支援に尽力しているが、依然として症状中心のアプローチが主流であり、患者の「その人らしさ」や強みに焦点をあてた支援は限定的である。特に統合失調症のような慢性疾患では、完治を前提とした「問題解決モデル」だけでは支援が行き詰まり、患者の持つ可能性や希望に光を当てる機会が少なくなりがちである。統合失調症患者の多くは、繰り返す入院歴や対人関係の破綻経験から、自己効力感が著しく低下していることが報告されている。また、他者に対する警戒心や不信感を抱え、支援者との関係性構築に困難を示すことも多い。その結果、患者自身の希望や目標を語る機会を持たないまま、支援が画一的かつ管理的になってしまう傾向がある。そのような現状において、ストレングスモデルは従来の問題志向型アプローチに代わり、患者の強みや価値を土台に支援関係を築く革新的な方法論である。ストレングスモデルに基づく「ストレングス・マッピングシート」は、患者自身が自分の強みや関心を視覚的に整理し、主体的にリカバリーを志向する契機を得る実践ツールとして注目されている。また、ラップらが提唱するようにリカバリーとは自分は何者か、どのような人物になりたいのかという感覚を取り戻す過程であり、看護師はそのプロセスを対話的に支援する役割を担っている。本研究では、ストレングス・マッピングシートを用いた看護実践が、患者のリカバリー志向性や自己効力感にいかなる影響を与えるのかを質的に検討する。特に今回の対象者は、自己効力感の著しい低下がみられる統合失調症患者であり、従来の介入ではモチベーションの向上が困難であった背景がある。よって、ストレングスモデルに基づくアプローチがリカバリー志向の支援として有効であるのかを明らかにすることは、今後の精神科看護における実践モデルの再構築につながる意義深い研究である。</p>		
判定	条件付承認	撤回書の添付、計画書の見直し後承認	

No. 305	認知症治療病棟で下肢浮腫がみられる高齢患者へのアプローチ～「立つ」ケアの強化		
申請者	看護部	看護師	山下 健太
開催日	令和7年7月10日		
研究の概要	<p>当院の認知症治療病棟(以下、「病棟」と示す)では、重度の高齢の認知症患者(以下、「患者」と示す)が多く入院している。入院生活における看護では、認知症への治療のみならず、高齢である患者のADL低下の防止やQOLの向上に向けた援助を工夫し取り組んでいる。しかし、患者は病棟生活の大半の時間を車椅子や椅子に長時間座り過ぎている実態がある。そして、長時間座位で過ごしている多くの患者の下肢には浮腫がみられており、下肢浮腫は転倒や活動性の低下を招くなど、患者の生活への悪影響が懸念される。高齢者の長時間の座位行動について、安永らの調査によると「高齢者は1日の1/3程度の時間を座って過ごしている」と報告もある。病棟という閉鎖的な空間で生活している患者の場合は、より一層座位での生活が助長される環境であると推測され、座位行動がもたらす患者への影響について捉え対処していく必要があると考える。そして、長時間座り過ぎる生活は健康への悪影響をもたらすとされ、近年ではフレイル予防や認知症対策を含めた公衆衛生上の課題として注目されている。2018年のWHO身体活動・座位活動ガイドラインでは、「2030年までに身体不活動の者を15%削減する」と目標が設定され、高齢者の座位行動についても、長時間の座位から置き換えた行動を取ることが推奨されている。長時間の座位による影響は、「長時間の同一肢位や長期臥床による不動により、局所の静脈還流が阻害されることにより浮腫が引き起さされる」要因でもある。このため、長時間の座位行動を伴う現状を見直し、病棟における患者の浮腫への対処が必要と考える。特に高齢者の場合は、全身疾患や器質的な原因を伴わない局所的な下肢浮腫が多く、「下肢の筋ポンプ機能低下により生じる下肢の浮腫に悩む高齢者は増加傾向にある」と報告されている。また、高齢者の浮腫についての調査では「高齢者の浮腫の保有部位の88.2%が下肢である」と報告もある。さらに、細身は「車椅子座りきりの状態が下肢浮腫に関連している」と報告しており、武田も「高齢者はあまり歩行しないので下腿の筋肉ポンプ作用が低下し、さらに皮膚緊張度も低下するため容易に下肢浮腫を生じやすい」と述べている。つまり、長時間の座位行動を伴う現状にある患者は、下肢浮腫を生じやすい状況であり、下肢浮腫は病棟における看護としても対処すべき喫緊の課題であると考え。浮腫への対処についての先行研究では、下肢の挙上や筋収縮運動、タッピングや弾性ストッキングの着用など対処療法的に浮腫を除去する効果を示す報告がある。しかし、病棟ではケアを取り入れるにあたり重度の認知症を伴う患者に対するケアへの難しさもある。例えば車椅子ティルトを下げるも下肢の挙上が保てず転落のリスクが増してしまう現状や、弾性ストッキングの着用やタッピングの介入に対しそれを阻む患者の言動など、認知症を患う患者であるが故に対応に困難が生じている。このため、患者に対し負担なく取り入れることができる方法が必要と考える。WHO身体活動・座位活動ガイドラインが推奨する行動に、「行動の強度の程度に関わらず、長時間の座位から置き換えた行動」としていることから、例えば歩行や効果的な対処方法が出来ない場合においても、日常生活援助の中で単に「立つ」ということを取り入れ、長時間の座位行動を減らすことだけでも、浮腫軽減に対し、一定の効果が期待できるのではないかと考える。しかし、下肢浮腫に関する先行研究において、「立つ」ことを援助に取り入れ、浮腫予防成果として報告された調査はみられていない。そこで、本研究では入院している高齢の認知症患者に対し、日常生活援助の中に「立つ」ことを取り入れることで、高齢患者の下肢浮腫軽減への効果を明らかとしていくことを目的とする。そして、日頃の生活援助の一部に下肢浮腫予防の視点を取り入れたケア効果を明らかとすることは、病棟における患者の健康の向上を図るための認知症看護の示唆を得る一助になると考える。</p>		
判定	条件付承認	撤回書の添付、同意書、計画書の見直し後承認	