

第 1 1 回

富山県農村医学研究および
健康管理活動発表集会抄録

平成6年1月29日

富山県農村医学研究会

第 11 回

富 山 県 農 村 医 学 研 究 お よ び
健 康 管 理 活 動 発 表 集 会 抄 録

1. 開催日時 平成6年1月29日(土) 13:30~16:30

2. 開催場所 厚生連高岡病院 地域医療研修室(I)

3. 発表集会

(1) 開 会 (13:30)

(2) 開会の挨拶 (13:30~13:45)

(3) 会員発表 (13:45~16:30)

(4) 閉 会 (16:30)

プログラム

1. 開会の挨拶 (13:30~13:45)

2. 会員発表 (13:45~16:30)
(発表10分、討論5分)

座長 富山市民病院院長 石田礼二 (13:45~14:45)

1. 人間ドックにおける血清脂質と食習慣の関連について

厚生連滑川総合検診センター○岸 宏栄 小川忠邦 川口京子
松井規子 保井陽子 早崎智美
上田孝子 川岸智美 砂田誠一郎
谷川秀明 大浦栄次

2. 継続受診者の高脂血症の経過から保健相談をふりかえる

厚生連高岡総合検診センター○佐竹千佳子 渋谷直美 森内尋子
小林昭子 高田久子 坂次順子
坂本文枝

3. 血中インスリン値と各種関連因子との関係について

厚生連滑川総合検診センター○小川忠邦 川口京子 松井規子
岸 宏栄 保井陽子 早崎智美
上田孝子 砂田誠一郎 谷川秀明
大浦栄次

4. 食生活スタイルと健康影響

ケアホーム陽風の里 ○渡辺正男
富山女子短期大学 桑守豊美

座長 前富山医科薬科大学教授 渡辺正男

5. 農業機械による手の外傷の治療 -最近の症例から-

厚生連高岡病院形成外科 ○長谷田泰男 野町重昭

6. 利賀村におけるスギRAST成績

厚生連高岡病院耳鼻咽喉科 ○豊田 務
富山県農村医学研究会 大浦栄次

7. 富山県の空中花粉調査 -スギ科花粉の地域性と年次変化について-

富山医科薬科大学公衆衛生 ○寺西秀豊 劔田幸子 加藤輝隆
加須屋実
富山県農村医学研究会 大浦栄次

<特別発言> 老化とその対応

富山県農村医学研究会 会長 越山健二

座長 厚生連高岡病院第2内科診療部長待遇 亀谷富夫

8. 在宅療養患者のQOL向上を目指して

-多発性脳梗塞に痴呆をきたした患者の訪問看護を通しての一考察-

厚生連高岡病院看護部 ○吉田実千子 堂前倫子 森田久子
西山明美 矢後久美 藤巻一美

9. 高齢者の一過性精神障害の発症因子を検討する

-パンフレットを作成し家族指導を試みて-

厚生連高岡病院看護部 ○三井智恵 藤木美希 浦喜代美
笹島由起恵

10. 糖尿病教育入院患者の退院後のコントロール状況について

厚生連高岡病院看護部 ○盤若由美 黒田智子 牧野富美子
盛野愛子 山下国子 野崎啓子

3. 閉会 (16:30)

1. 人間ドックにおける血清脂質と食習慣との関連について

厚生連滑川総合検診センター

小川忠邦, 川口京子, 松井規子, ○岸宏栄, 保井陽子, 早崎智美
上田孝子, 川岸智美, 砂田誠一朗, 谷川秀明, 大浦栄次

(はじめに)

通常検診でチェックされる各種成人病のリスクファクターは、個人の生活習慣、特に食習慣と密接に関連していると考えられる。そこで当滑川検診センターにおいても日帰り人間ドックの検診データと食習慣の関連を明らかにするために、平成2年度から生活関連因子を問診表によって聴取し、個人の情報として全てコンピューターに入力してきた。そこでこの度、その中から食習慣に関連した個人情報と血清脂質との関連を有意差検定したのでここに報告する。

(対象者及び調査方法)

平成4年度滑川総合検診センターの日帰り人間ドック受診者、男2424人、女2886人計5310人全員を対象とした。

調査方法は、10種類に分けた食品群と塩分(表1)について、それぞれ摂取状況を5段階(表2)とした。さらに飲酒、喫煙についても聴取し4段階(表3)とした。

各脂質については、それぞれ3段階(表4)に分け、食習慣の各群との間で、カイ二乗検定を行った。

(結果)

有意差検定の結果を一覧表に示すと表5のようになり、男女差がかなり認められる。

(1) 中性脂肪と有意差を示したのは、男性では豆類と塩分に認められただけであったが、女性では摂取頻度が高いと値が上昇傾向を示したのは、海藻類のみで、肉、卵、乳製品、油脂類などの食品とは、摂取頻度が高いと減少傾向を示した。

(2) 総コレステロールは、男性では乳製品との値の上昇傾向を示し、女性では海藻類と上昇傾向、肉類などと減少傾向を示した。

(3) HDLコレステロールは、男性では魚類と、女性では肉類、乳類などと、いずれも上昇傾向を示した。

(4) 酒、煙草については、男性ではHDLコレステロールが酒に対して上昇傾向、煙草とは減少傾向を示した。女性では常用者が極めて少ないため評価困難と思われる。

(総括並びにまとめ)

食習慣が検診成績にどのような影響を及ぼしているかを知るため今回は血清脂質との検定を行った。その結果男性では有意差を示したものが少なく、女性では有意差を示したものが多く認められた。しかしこれは、予測した結果と異なることが多かった。これは、食習慣についての摂取状況が主観に左右される聞き取り調査のため正確な把握がされなかったのではな

いか。また食品群を細かく分けすぎたためにお互いに重なり合い、干渉し合って個々に検定した結果が必ずしも実態を表していないのではないか。このような事が原因として考えられ、あらためて問診内容について検討を行ないたい。

(おわりに)

この調査結果をもとに生活問診の内容を見直し今回取り上げた脂質以外の各種因子についても調査検討し、食習慣を含めた生活関連因子全般について検討を行うことによってこれら問診情報がデータベースとして充分活用できるものと考えたい。

表1 食品群別分類

| 食品群 |
|----------|
| 1 肉類 |
| 2 魚類 |
| 3 卵類 |
| 4 豆類 |
| 5 牛乳・乳製品 |
| 6 緑黄色野菜 |
| 7 淡黄色野菜 |
| 8 海藻類・苔類 |
| 9 いも類 |
| 10 油脂類 |
| 11 塩分 |

表2 摂取状況

| | 分類 | 塩分分類 |
|---|----------|-----------------|
| 1 | 好きで良く食べる | 塩辛い方が好き |
| 2 | 良く食べる | どちらかと云えば塩辛い物が好き |
| 3 | 普通 | 普通 |
| 4 | 多くは食べない | 塩辛い物は余り好きでない |
| 5 | ほとんど食べない | 塩辛い物は嫌い |

表3 酒・煙草の摂取状況

| | 酒 | 煙草 |
|---|--------------|------|
| 1 | 飲まない | 吸わない |
| 2 | 以前飲んだが禁酒した | 禁煙した |
| 3 | 時々飲む(2-5回/週) | 時々吸う |
| 4 | 毎日飲む(6回以上/週) | 毎日吸う |

表4 脂質分類

| | 中性脂肪 | 総コレステロール | HDLコレステロール |
|---|---------------|---------------|-------------|
| 1 | -100 mg/dl | -200 mg/dl | -40 mg/dl |
| 2 | 101-150 mg/dl | 201-220 mg/dl | 41-55 mg/dl |
| 3 | 151- mg/dl | 221- mg/dl | 56- mg/dl |

表5 脂質と食品群との有意差検定

| | 男 | | | 女 | | |
|--------|------|----------|------------|------|----------|------------|
| | 中性脂肪 | 総コレステロール | HDLコレステロール | 中性脂肪 | 総コレステロール | HDLコレステロール |
| 肉類 | | | | ●●● | ●●●● | ○ |
| 魚類 | | | ○○ | ● | | |
| 卵類 | | | | ●●● | ● | ○ |
| 豆類 | ○ | | | | ○ | |
| 牛乳・乳製品 | | ○○○ | | ●● | | ○○○ |
| 緑黄色野菜 | | | | | | |
| 淡黄色野菜 | | | | | | |
| 海藻類・苔類 | ● | | | ○○○ | ○○○ | |
| いも類 | | | | | | |
| 油脂類 | | ○ | | ●●● | ●● | ○○ |
| 塩分 | ○ | | | | | |
| 酒 | | | ○○○ | | | ○ |
| 煙草 | | ● | ●● | | ○○ | |

○=P<0.05 ○○=P<0.01 ○○○=P<0.001

○:摂取量が増えるほど脂質の値が増加する傾向にある

●:摂取量が増えるほど脂質の値が減少する傾向にある

2. 継続受診者の高脂血症の経過から保健相談をふりかえる

厚生連高岡総合検診センター

○佐武千佳子 渋谷直美 森内尋子
小林昭子 高田久子 坂次順子 坂本文枝

【はじめに】

今回、我々は、保健相談において、高脂血症と診断された受診者が他の疾患より多くしかも経過観察者が多いと感じ、この受診者の3年間の経過をふりかえり、今後の保健相談に役立てたいと考え検討したのでここに報告する。

【対象と方法】

対象

1990年4月から1993年3月までの、日帰りドック3年連続受診者1404名（男713名、女691名）のうち、総合判定で、高脂血症と指摘された者を抽出した（男375名、女350名）。

方法

- (1)総合判定の3年間の経過により、経過観察者の今後の判定に注目し、1年目は異常なし、2年目、3年目は要経過観察の集団をA群（男54名、女51名）とし1年目から3年目の変化を、食生活、運動状況、肥満度から検討した。
- (2)対照群として、3年間の判定が良くなっている集団をB群（男64名、女57名）悪くなっている集団をC群（男31名、女35名）とし、その経過を同様に比較検討した。

【結果】

表1 高脂血症の年齢別人数

| 年齢 | 3年連続受診 | | 高脂血症 | | | | A群 | | B群 | | C群 | |
|--------|--------|-----|------|------|-----|-------|----|----|----|----|----|----|
| | 男 | 女 | 男 | 男(%) | 女 | 女(%) | 男 | 女 | 男 | 女 | 男 | 女 |
| 29才以下 | 10 | 2 | 4 | 40.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 30-34才 | 19 | 12 | 9 | 47.4 | 2 | 16.7 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 35-39才 | 43 | 41 | 24 | 55.8 | 12 | 29.3 | 3 | 1 | 5 | 3 | 2 | 0 |
| 40-44才 | 146 | 180 | 91 | 62.3 | 60 | 33.3 | 9 | 13 | 17 | 13 | 9 | 3 |
| 45-49才 | 103 | 108 | 53 | 51.5 | 55 | 50.9 | 7 | 3 | 3 | 11 | 8 | 6 |
| 50-54才 | 103 | 120 | 57 | 55.3 | 81 | 67.5 | 14 | 10 | 9 | 12 | 3 | 7 |
| 55-59才 | 85 | 128 | 41 | 48.2 | 80 | 62.5 | 6 | 11 | 12 | 10 | 0 | 10 |
| 60-64才 | 101 | 75 | 54 | 53.5 | 46 | 61.3 | 10 | 11 | 10 | 6 | 3 | 6 |
| 65-69才 | 71 | 23 | 25 | 35.2 | 12 | 52.2 | 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 70才以上 | 32 | 2 | 17 | 53.1 | 2 | 100.0 | 1 | 0 | 4 | 0 | 3 | 0 |
| 計 | 713 | 691 | 375 | 52.6 | 350 | 50.7 | 54 | 51 | 64 | 57 | 31 | 35 |

3年連続受診者のうち、男性の52.6%、女性の50.7%が高脂血症である。年齢別高脂血症の割合では、男性は20代で約40%を示し、高齢になるほど高脂血症の割合が増え、40~44才では62.3%とピークを示し、それ以上の年齢は横ばいで約50%を示す。女性は30~34才で16.7%で、高齢になる

ほど高脂血症の割合が増え、50才以上になると60~70%を示す。45才未満では男性の方が多いが、50才以上は女性の方が多傾向にある。

肥満度とTG、TCとの関係、食生活、運動状況については、推計学的に数が少ないため、3群とも有意差はみとめられなかった。

(A群について)

男性は、高脂血症の内でも、「TG+TC高値」27.8%、「TC高値」20.4%、「T

G高値」14.8%、「低HDL-C」14.8%である。女性は「TC高値」49.1%、「低HDL-C」22.8%、「TG+TC高値」19.3%である。

はじめて要経過観察と判定される年齢（2年目）は、男性は「30才代」3人、「40才代」16人、「50才代」20人、「60才代」14人、「70才代」1人であり、女性は、「30才代」1人、「40才代」16人、「50才代」21人、「60才代」13人である。

食生活では、1～3年目まで変化のあるものは、男性の大豆製品を「よく食べる」が2.3%増え、「ほとんど食べない」が0%となった。女性も大豆製品の「ほとんど食べない」が0%となった。

運動について1～3年目の変化は認められないが、「週3～4回」が男女共微増した。「しない」は3年間、男性が約58%、女性が約53%である。肥満度について1～3年目の変化は認められない。

（B群について）

男性は、「TG高値」35.9%と多く、次いで「TC高値」「低HDL-C」23.4%となっている。女性は、「TC高値」49.1%、「TG高値+TC高値」19.3%である年齢別では、女性は40才代が多く、男性は50才代と30才代が多い。

食生活では、3年間の変化をみると、女性は魚類の「多くは食べない」、大豆製品の「好きでよく食べる」が増加傾向にあり、塩分の「好きでよく食べる」が2・3年目は0%である。男性は、油脂類が、3年間「ほとんど食べない」が0%である。喫煙は、「ほとんどのまない」+「禁煙した」が微増し、「毎日吸う」は減少した。晩酌は、「毎日飲む」が減少した。

運動について、「する」は増加傾向にあり、週1～2回が多かった。

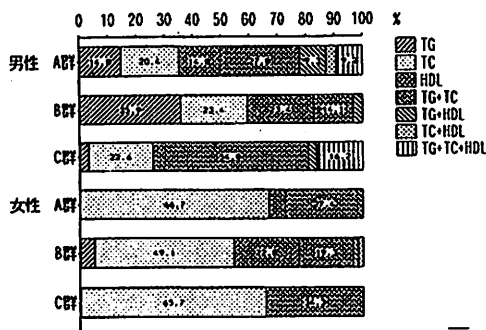
（C群について）

男性は「TG高値+TC高値」が54.8%、「TC高値」22.6%である。女性は「TC高値」65.7%、「TG高値+TC高値」34.3%である。年齢別では、男性は40～49才が多い。女性は40～69才と幅広く、55～69才がピークとなっている。

食生活では、男性の肉類は、全項目が1・2・3年目と増減の変動ある。魚類・卵類は「よく食べる」が減少傾向である。塩分は「どちらかといえば好き」が増加しており、「あまり好きではない」は減少している。喫煙は「毎日吸う」が減少傾向である。女性では緑黄色野菜の「よく食べる」が減少傾向である。

運動は「しない」が男女とも減少傾向にある。

図 | 高脂血症



3. 血中インスリン値と各種関連因子との関係について

厚生連滑川総合検診センター

○小川忠邦, 川口京子, 松井規子, 岸 宏栄, 保井陽子
早崎智美, 上田孝子, 砂田誠一郎, 谷川秀明, 大浦栄次

はじめに

糖尿病が動脈硬化のリスクファクターの一つとして重要であることは言うまでもないが、それに対して、糖尿病発症前におけるインスリン抵抗性に基づく高インスリン血症がすでに重要な役割を演じていることは従来から云われており、Reavenの“Syndrome X”をはじめ“死の四重奏”あるいは“内蔵脂肪症候群”などの概念と絡み合っており、これらはいずれも高インスリン血症がその根底に主役を果たしているとされている。そこで今回我々は、人間ドック受診者を対称として 血中インスリン値 (IRI) と各種関連因子との関係を検討したので、以下に報告する。

対象並びに方法

滑川総合検診センターの日帰り人間ドック受診者の中から、40才～60才台の、顕性糖尿病を除いた男193人、女314人、計507人を対象とし、空腹時のIRI値をRIA法で測定した。平均年齢は男53.5才、女54.1才である。一方、同時に行なった検診項目の中から、IRIと関連の深いと思われる肥満度、空腹時血糖、HbA_{1c}、血清脂質、尿酸並びに血圧を選び、それらとの関連を検討した。方法は、IRIを1～3, 4～6, 7以上 $\mu\text{U}/\text{ml}$ の三段階に分け、一方上記各項目についても、それぞれ表2のように三段階に分け、IRIとの間でカイ二乗検定を行なって有意差を検討した。

成績

(1)IRI値は、男女共1～14 $\mu\text{U}/\text{ml}$ に分布しているが、男性は1～4、女性は2～6 $\mu\text{U}/\text{ml}$ が大半を占め、平均値で男3.6 $\mu\text{U}/\text{ml}$ 、女5.1 $\mu\text{U}/\text{ml}$ と女性が男性より高値であった。

(2)表1は各項目の平均値を、IRI値別にみた成績である。これで見ると、IRIと最も関連が深いのは肥満度で、ついで、空腹時血糖、中性脂肪ともかなり関連がみられている。

(3)表2に、IRIと各項目との関連を、各段階別に実人数で示し、これをカイ二乗検定でみた有意差の結果も同時に示した。これによると、男女共最も関連が深いのは肥満度であり、ついで空腹時血糖、中性脂肪、HDLコレステロールが有意の相関を示した。また男性の最小血圧と尿酸にも相関がみられた。これに対し、総コレステロール、HbA_{1c}、最大血圧とは男女共関連がみられなかった。また年齢とは全く無関係であった。な

お糖尿病の家族歴のある者と然らざる者との間には差はみられなかった。

まとめ

血中インスリンは、従来から指摘されている通りに、肥満度と最も強い相関を示した。高インスリン血症は、通常インスリン抵抗性に基づくものであり、将来糖尿病に進展する要因と考えられるので、空腹時血糖や中性脂肪、HDLコレステロールなどと強い相関がみられたことは、高インスリン血症を、糖尿病発症前の動脈硬化のリスクファクターの一指標として位置づけることもできると思われる。

表1 インスリン値別平均値

| インスリン | 男 | | | 女 | | |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1~3 | 4~6 | 7~ | 1~3 | 4~6 | 7~ |
| 年令 | 54.1 | 52.8 | 51.5 | 54.3 | 54.5 | 53.1 |
| 肥満度 | -4.5 | +5.3 | +8.6 | -3.2 | 0.0 | +10.4 |
| 空腹時血糖 | 94.2 | 100.6 | 109.6 | 92.5 | 95.5 | 97.3 |
| HbA _{1c} | 4.9 | 4.9 | 5.4 | 4.8 | 4.7 | 4.8 |
| コレステロール | 182.9 | 191.5 | 200.7 | 200.3 | 207.4 | 208.0 |
| 中性脂肪 | 95.9 | 141.3 | 174.2 | 81.8 | 94.6 | 112.6 |
| HDLコレステロール | 53.7 | 47.0 | 48.1 | 57.5 | 56.6 | 48.4 |
| 尿酸 | 5.2 | 5.3 | 5.9 | 3.9 | 4.0 | 4.2 |
| 最大血圧 | 122.0 | 125.4 | 130.3 | 123.9 | 124.7 | 123.8 |
| 最小血圧 | 78.4 | 83.2 | 83.9 | 77.0 | 77.9 | 78.7 |

表2 インスリン値別各項目の人数

| | インスリン 人数 | 男 | | | 有意 差 | 女 | | | 有意 差 |
|-------------------|-------------|-----|-----|----|---------|-----|-----|----|---------|
| | | 1~3 | 4~6 | 7~ | | 1~3 | 4~6 | 7~ | |
| 肥満度 | ~-11 | 36 | 3 | 0 | +++ | 28 | 24 | 2 | +++ |
| | -10~+10 | 79 | 30 | 15 | | 57 | 95 | 37 | |
| | +11~ | 11 | 12 | 7 | | 10 | 23 | 38 | |
| 空腹時血糖 | ~90 | 56 | 8 | 1 | +++ | 42 | 43 | 17 | ++ |
| | 91~100 | 46 | 20 | 8 | | 40 | 66 | 34 | |
| | 101~ | 24 | 17 | 13 | | 13 | 33 | 26 | |
| HbA _{1c} | ~4.5 | 33 | 13 | 2 | - | 27 | 51 | 23 | - |
| | 4.6~5.2 | 68 | 22 | 13 | | 53 | 77 | 45 | |
| | 5.3~ | 25 | 10 | 7 | | 15 | 14 | 9 | |
| コレステロール | ~200 | 93 | 29 | 14 | - | 46 | 57 | 32 | - |
| | 201~220 | 19 | 8 | 2 | | 25 | 35 | 17 | |
| | 221~ | 14 | 8 | 6 | | 24 | 50 | 28 | |
| 中性脂肪 | ~100 | 85 | 14 | 5 | +++ | 73 | 91 | 41 | + |
| | 101~150 | 27 | 15 | 5 | | 17 | 38 | 24 | |
| | 151~ | 14 | 16 | 12 | | 5 | 13 | 12 | |
| HDLコレステロール | ~40 | 22 | 13 | 6 | + | 6 | 13 | 11 | +++ |
| | 41~55 | 48 | 23 | 10 | | 36 | 57 | 53 | |
| | 56~ | 56 | 9 | 6 | | 53 | 72 | 13 | |
| 尿酸 | ~4.5 | 29 | 11 | 2 | ++ | 76 | 106 | 50 | - |
| | 4.6~5.5 | 61 | 18 | 5 | | 14 | 31 | 21 | |
| | 5.6~ | 36 | 16 | 15 | | 5 | 5 | 6 | |
| 最大血圧 | ~120 | 59 | 20 | 9 | - | 43 | 66 | 30 | - |
| | 121~140 | 50 | 16 | 5 | | 37 | 55 | 34 | |
| | 141~ | 17 | 9 | 8 | | 15 | 21 | 13 | |
| 最小血圧 | ~75 | 47 | 10 | 8 | +++ | 43 | 49 | 26 | - |
| | 76~90 | 67 | 26 | 6 | | 41 | 76 | 43 | |
| | 91~ | 12 | 9 | 8 | | 11 | 17 | 8 | |

+ P<0.05
++ P<0.01
+++ P<0.005

4. 食生活スタイルと健康影響

○渡辺正男（ケアホーム陽風の里）

桑守豊美（富山女子短期大学）

1. はじめに：

疾病の予防、健康増進の為には、その人の食生活スタイルが重要な要因となることはよく言われ、そのための栄養指導が現在行われている所であるが、従来の国民栄養調査にのっとった栄養調査方法では、個人の食生活指導に充分応えられるかどうかについては大いに疑問を持つものである。このような考え方に基つき、これまでわれわれはアンケート方式による食生活パターン分析の一方法を考案し、調査を続けた結果、その有用性が明らかになったと思われるのでその概要を紹介し、諸賢のご批判を仰ぎたいと思うものである。

2. 方法：

アンケートの方法としては、国民栄養調査で行われている食品群別に、表1に例示したように、その嗜好性、摂取程度を5つのカテゴリーで質問し、それぞれにスコアを割り当てた。豊川裕之氏（1986）の行った、1971年の国民栄養調査結果の主成分分析結果から得られた因子ベクトル（表2）を用い、同氏の提唱する第一因子（贅沢・質素型）、第二因子（欧米・伝統型）の因子得点を計算した。この方法の特徴は、実際の食品摂取量を計算する代わりに標準化摂取量として、回答されたカテゴリーのスコアを直接用いたことである。この2つの因子得点を平面上にプロットすると、ゼロを中心として4つの象限に分けられる。この内、2つの因子得点が±1以内に含まれるものを、いわゆるバランスのとれた食生活として分類すると合計5つのパターンに分けられ、P0, P1, P2, P3, P4とした（図1～4）。

調査対象としては、富山女子短大生80名（G1）、県内一老人病院の入院患者196名（G2）、同病院職員90名（G3）とした。食生活調査は3群とも同様であるが、後2者については、病歴調査、健康調査その他を同時に調査した。G2では面接、他は自記式で行った。

3. 結果：

調査対象G1の食生活パターンを図1に示した。同じ対象で国民栄養調査方式で行った栄養調査の結果から見た食生活パターンを図2に示した。両者の食生活パターンには大きな差異がみられたが、われわれの新方式による同じ対象で、過去の食生活パターン及び、3週間後の再度の調査では全体としてほぼ同じ食生活パターンを示していた。再度繰り返した調査では、一致率 κ 計数の計算結果は高い再現性を示した。入院患者G2、同職

員 G 3 の食生活パターン及び、疾患別比較を図 3、図 4、表 3 に示した。また職員 G 3 について自覚症状との関連を見たのが表 4 である。この結果、この両群ではほとんどが伝統型に属し、バランスのとれた平均値群 P 0 に入っている者は、職員では自覚症状が少なく、患者全体としてはその数が極めて少ない。また患者の疾患別比較でもそれぞれの疾患に特徴のある食生活パターンが見られた。

4. 結語:

以上の調査結果は、われわれの用いた新方式による食生活パターン分析が食生活指導に有用なものであり、また、指導の現場でも直ちに应用のできる極めて簡便な実用的なものであることを示した。

終わりに臨み、ご協力を頂いた、友愛病院会理事長、林隆文氏、保健婦、上島久子氏に深甚の謝意を表す。

表 1. カテゴリー・スコア

16. 卵類に就いて (スコア値):
- 1) ① 好きでよく使う (+2)
 - ② どちらかと言えば好きで、よく使う方である (+1)
 - ③ どちらとも言えない (1日量40g、例: 1日当り2/3 個) (0)
 - ④ どちらかと言えば嫌いで、あまり使わない方である (-1)
 - ⑤ 嫌いで殆ど使わない (-2)
 - 2) 上記の好みは以前 (数年以上) と較べて
 - ① 変わった, ② 変わらない
 - 3) 『変わった』と答えた方は、その頃の好みは?
 - 1) の区分でお答えください

表 2. 食生活主成分分析表 (豊川裕之、1986)

| 食品群 | (1) 全国平均 (1971) | (2) 全国の 標準偏差 | (3) 第一因子の ベクトル | (4) 第二因子の ベクトル |
|------------|-----------------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| (1) 米 | 295.4 | 102.7 | -0.09 | 0.357 |
| (2) 麦 | 69.1 | 55.6 | 0.137 | -0.276 |
| (3) いも類 | 39.5 | 34.2 | 0.077 | 0.13 |
| (4) 砂糖 | 20.9 | 16.4 | 0.153 | 0.054 |
| (5) 菓子類 | 37.5 | 36.3 | 0.133 | 0.064 |
| (6) 油脂類 | 18.2 | 14.8 | 0.209 | -0.079 |
| (7) 豆・豆製品 | 73.9 | 45.9 | 0.056 | 0.306 |
| (8) 果実類 | 121 | 96.7 | 0.23 | -0.004 |
| (9) 緑黄色野菜 | 51.9 | 44.6 | 0.129 | 0.086 |
| (10) 淡色野菜 | 228.8 | 104.3 | 0.177 | 0.217 |
| (11) 海草類 | 7.3 | 11 | 0.055 | 0.203 |
| (12) 魚介類 | 36.3 | 46.3 | 0.071 | 0.302 |
| (13) 肉類 | 49.8 | 35.7 | 0.202 | -0.103 |
| (14) 卵類 | 45.5 | 27.1 | 0.174 | 0.002 |
| (15) 乳・乳製品 | 94.7 | 95.5 | 0.184 | -0.159 |

5. 農業機械による手の外傷の治療 —最近の症例から—

○長谷田泰男 町野重昭

(厚生連高岡病院形成外科)

最近経験した農業機械による手の外傷例を報告するとともにその特徴、治療上の問題点などについて検討を加える。

症例1：57歳 女。精米機に左手を巻き込まれ、3・4・5指を受傷、直ちに受診した。示指は中節骨底部、中指・環指は中節骨中央で切断され、軟部組織の挫滅、欠損を伴った。骨の短縮、軟部組織のデブリドマン後、断端形成術を施行した。術後断端部癒痕の硬化と疼痛を訴えたがリハビリテーションにより改善した。4ヵ月後に義指を作成、装着した。

症例2：43歳 男。使用していた草刈機が木に当たり、はずみで左4・5指を受傷、直ちに受診した。左環指末節背側皮膚は剥奪され、伸筋腱の欠損、関節の露出を認めた。小指の末節骨骨折を合併した。両指とも、末節指節間関節を鋼線により約3週間伸展固定し、その後リハビリテーションを行った。環指末節指節間関節に軽度の伸展屈曲障害を残し治療した。

症例3：51歳 男。稲刈り中、挟まった稲を取り除こうとして右手を刃に巻き込まれ受傷、直ちに受診した。右手は第二指間から小指球にかけて切断されわずかな軟部組織のみでつながっていた。手関節部、母指球部の深い裂創、指神経の二重切断、橈骨・尺骨骨折を合併した。骨接合、血管吻合、神経縫合を行い、手は生着した。腱縫合は施行しなかった。約2ヵ月後に伸筋腱移植を施行し、現在リハビリ中である。近日中に屈筋腱形成を予定している。

症例4：53歳 男。牛糞しぼり機のローラーに右手を巻き込まれ、右示指を受傷、近医を経て受診した。右示指は、基節部から皮膚軟部組織が全周にわたって指先まで剥奪され、骨、腱の露出を認めた。腹部皮弁にて全周を覆い、約3週間目に皮弁を切離し、現在リハビリ中である。

考察：農業機械による事故は富山県においては1975年をピークに減少しつつあるが、全国的にはいまだに増加している地域もみられる。受傷原因となる機械は、その地域の農業の特色により多少異なるがコンバイン、トラクター、草刈り機、ハーベスタ、モノレールなど多種にわたる。50歳台の事故が最も多く最近ではさらに高齢化が進んでいる。受傷部位は、手が最も多く、次いで下肢、躯幹の順でみられる。手の外傷を来すものとしては、コンバイン、草刈り機、トラクター、ハーベスタ、糞摺機、田植機、カッターなどがあげられるが、富山県は有数の稲作地帯であることからコンバインによる事故が最多である。

農業機械による手の外傷は、著しい挫滅、組織欠損、骨折、腱損傷、切

断、あるいはこれらの合併損傷を伴うことが多い。手は体のなかでも、最も重要な機能と知覚を有する器官であり、わずかな外傷でも、長期間の治療を要したり、障害を残したりすることから治療に当たっては十分な注意を要する。

報告例では臨床的に特徴的な症例を呈示したがそれぞれに治療上の問題点を有していた。症例1は示指を含む3指の切断例であり、切断末梢指は粉碎のため再接着は不可能であった。また切断端の挫滅が著しく術後瘢痕拘縮、疼痛のため長期のリハビリを要した。残存部の関節運動制限、知覚異常のため、手としての機能はまだ十分に果たされていない。高品質の義指を装着したが患者の満足は必ずしも得られていない。症例2は指先のわずかな外傷ではあるが伸筋腱の欠損、骨折を伴ったことから手の機能が長期間損なわれた。症例3はコンバインによる複雑損傷例であり、zone2での不全切断により複数の骨、指動脈、伸筋腱、屈筋腱の切断、指神経の二重切断の他、尺橈骨骨折を伴った。骨接合、血管吻合により手は生着したが伸筋・屈筋両腱は二次再建を余儀なくされ、受傷後4ヵ月現在、3~5指屈曲不能、伸展制限、中指の知覚脱失を残し治療中である。症例4は指軟部組織が手袋状に剥奪されたものでローラー状のものに巻き込まれた際生じやすい。指を救うためには腹部皮膚弁で被覆するほかになく、肘・肩関節の拘縮をきたしたり、機能的、形態的回復に時間が必要となる。後日の血行障害も避けられないことから本例では切断術が適応であったかもしれない。

農機による外傷は機械の習熟、指導、啓蒙により当地では減少しつつある。しかし兼業農家が増加し、扱い慣れていない機器で受傷する例も増えているように思われる。なかでも手の外傷は原因のほとんどが不注意によるものである。自験例でも症例4以外は専業農家ではなく、他に主とする職業を有していた。また4例中3例は不用意な機械扱いが原因の事故であった。

手の複雑外傷は損傷部位、程度、機能回復の見込み、残存機能の評価、治療期間の目安、職業、年齢などを総合的に判断して治療に当たらなければならない。損傷程度によっては切断術により残存機能の早期回復、早期復職を計ったほうが良いと考えられる例も多い。しかし社会生活の種々の面から、たとえ動かなくても、知覚が失われていても、指の温存を希望するものがほとんどであるのが現状である。

予防に優る治療はなく、一層の事故予防の指導・啓蒙、各人の自覚を期待したい。

6. 利賀村におけるスギRAST成績

○ 豊田 務 (厚生連高岡病院)

大浦 栄次 (富山県農村医学会)

I. はじめに

スギ花粉症は年々患者が増加の傾向にあり、社会的にも注目され、日本人一般集団に於ける有病率は7~9%と推定されている。本来スギ花粉症の発病には遺伝的要因と環境要因の複雑な関与があるが、第一義的要因としてスギ花粉が昭和50年代に至って急激に増加したことが患者急増に直結している。また大気汚染の改善も当分見込なさそうで、スギ花粉症患者も21世紀に向かって確実に累積して増加していくものと思われる。

今回我々は山村におけるスギ花粉症の実態調査のため利賀村住民健診の機会に地域住民の鼻アレルギー症状をアンケート調査し、重ねてスギRAST検査を行なった。その成績を基に当院日帰り人間ドック受診者の同様調査の成績とを総括して、市街、農村、山村の3地域におけるスギ花粉症の発症頻度を検討した。

II. 方法

アンケート調査の内容は大別して自覚症状とアレルギー関連疾患についてのものであり、IgE特異抗体としてスギRASTのみ検査した。対象者は利賀村368名、健診センター499名の計867名である。両者を更に居住地域別に分類し、市街63名、農村424名、利賀山村368名(健診センター受診者のうち山村居住者12名を除く)の計855名として以下の統計を行なった。

III. 結果

先ず各地域における鼻漏、鼻閉、くしゃみなどの鼻アレルギー症状の発現頻度は、市街63名中18名で28.6%、農村424名中66名で15.6%、利賀村では368名中48名13.0%であり、市街、農村、山村の順であった。また各地域における性別では市街は女性、農村、山村では男性に鼻アレルギー症状が多く認められた。

次にスギRAST成績については、自覚症状陽性群と非陽性群のRAST陽性率は全地域において当然ながら自覚症状陽性群にRAST陽性率が高値を示した。利賀村におけるRAST陽性率は22.0%で、これは市街14.3%、農村10.1%に比して可成りの高率を示した。利賀村における性別陽性率は男25.9%、女8.0%と男に陽性率が高く、また年齢別では40歳代までは半数以上に陽性例があり、50歳代以降は加齢とともに陽性率が減少傾向にあった。特に60歳代、70歳代の女性では78名中5名、44名中0名と5.1%、0%と高齢女性にスギRAST陽性

者が極端に低値であるのが注目された。ちなみに利賀村の性別自覚症状も同様男に多かった。

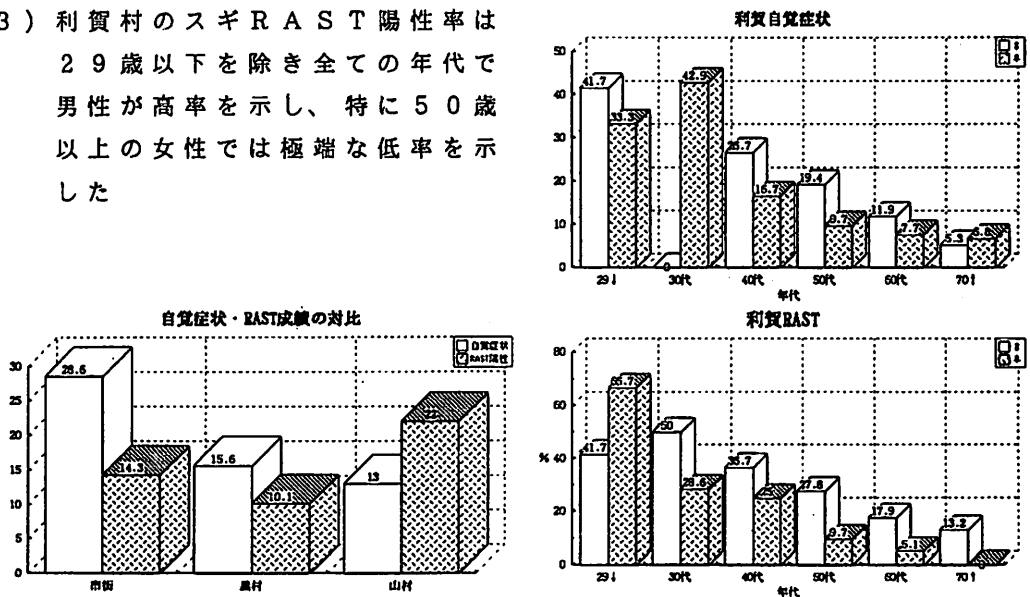
IV. 考 察

今回我々が利賀山村におけるスギ花粉症の調査にあたり、市街、農村居住者の本症の発症頻度を比較した。結果的には山村におけるR A S Tの陽性率が高かったが、逆に市街では自覚症状を強く訴える傾向がみられた。スギ花粉症の発症要因には遺伝的要素が関与することは勿論であるが、環境因子として現在注目されている大気汚染が重要な一因と考えられている。

抗体陽性率と自覚症状の発現が相反する原因として、果たして大気汚染が関わっているのかどうかを考察した。過去12年間の大気汚染物質とスギ花粉症患者の増減との相関を求めた。結果はメタンおよび全炭化水素にやや相関を示した。この統計結果の裏付として、平成5年2・3月における高岡市街地と利賀村に地理的に最も近い福野町の県公害センターより得た大気汚染物質のデータを比較した。結果は全炭化水素で著明な数値差を認めた。ディーゼル排出微粒子(diesel exhaust particulate・DEP)の主成分は活性炭と同じ炭素の微粒子で、この活性炭が鼻粘膜に作用し、アレルギーのアジュバント効果を持つことが知られており、結果的には市街地居住者にスギ花粉症患者が多いものと推察された。利賀村におけるR A S T成績で特に高齢女性に陽性頻度が低かったが、免疫産生能低下の原因は生活環境あるいは栄養などが考えられるが定かでない。

V. ま と め

- 1) 利賀村のスギR A S T陽性率は22.0%で、市街14.3%、農村10.1%に比し高率を示した
- 2) 市街・農村と山村の鼻アレルギー症状の発症率とR A S T陽性率は逆相関を示し、炭化化合物による大気汚染を一因と考えた
- 3) 利賀村のスギR A S T陽性率は29歳以下を除き全ての年代で男性が高率を示し、特に50歳以上の女性では極端な低率を示した



7. 富山県の空中花粉調査—スギ科花粉の地域性と年次変化について

○寺西秀豊， 鯉田幸子， 加藤輝隆， 加須屋 実
（富山医科薬科大学医学部公衆衛生学教室）
大浦栄次（富山県農村医学研究会）

〔はじめに〕

空中花粉調査については，全国各地で調査が行われているが，富山県においても，1988年より富山県内に広く調査地点を設置して行われている。今回は，1993年のスギ科花粉の飛散状況の特徴とともに，各地域の年次変化の特徴点について報告する。

〔対象と方法〕

富山県内7観測地点（高岡市太田，高岡市永楽町，井波町，富山市，立山町，滑川市，黒部市）にDurhamの標準花粉検査器を設置し，ワセリンを塗布したスライドガラスを原則として毎朝9時に取り替えた。花粉の染色はメチル紫を色素とするグリセリンゼリーで行い，1 cm^2 内の花粉を光学顕微鏡下で同定，カウントした。調査期間は，1993年2月17日より4月28日までである。7観測地点のうち，3観測地点は1988年より，2観測地点は1989年より調査をおこなっているため，それぞれの地点における年次変化についても検討した。

〔結果と考察〕

富山市における1993年のスギ花粉飛散状況を図1に示した。飛散開始日は2月18日であり，飛散ピークは3月23日に認められた。飛散パターンとしては多峰性を示した。

7観測点におけるスギ科およびヒノキ科の総飛散数を比較したものが表1である。飛散数は，富山市においてスギ科4,664個，ヒノキ科533個と多く認められた。スギ科・ヒノキ科花粉飛散数の合計を100%として，他の観測地点を比較すると井波町は84.4%であったが，他の地域は50~60%と飛散数に大きな地域差が認められた。

5観測点における5ないし6年の年次変化を示したものが図2である。各地点で地域差は認められるものの，1991年，1993年には多く飛散しており，1989年，1992年には少なく飛散している様子には共通点が認められた。このことは，空中花粉調査には地域性より時間的違いの方がより影響力をもっていることを示唆している。すなわち，地域的特性を数量的に評価しておけば，各地域の花粉飛散数を一定の年次変動予測式により計算できる可能性が考えられる。

最後に，調査にご協力いただいた厚生連高岡看護専門学校，井波農協総務課，立山町農協購買課，滑川病院，黒部市農協指導課の職員の方々，高岡市太田小学校の先生方に御礼申し上げます。

表1 スギ科・ヒノキ科花粉飛散数の観測点別比較(1993年)

| 観測地点 | 高岡市 太田 | 高岡市 永楽町 | 井波町 | 富山市 | 立山町 | 滑川市 | 黒部市 |
|-------|-----------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| スギ科 | 3,009 | 2,130 | 3,640 | 4,664 | 2,364 | 2,417 | 2,511 |
| ヒノキ科 | 583 | 554 | 748 | 533 | 528 | 383 | 498 |
| 合計 | 3,592 | 2,684 | 4,388 | 5,197 | 2,892 | 2,800 | 3,009 |
| 比率(%) | 69.1 | 51.6 | 84.4 | 100.0 | 55.6 | 53.9 | 57.9 |

*富山市のスギ科・ヒノキ科花粉飛散総数の合計を100%とした場合の各観測地点の比率

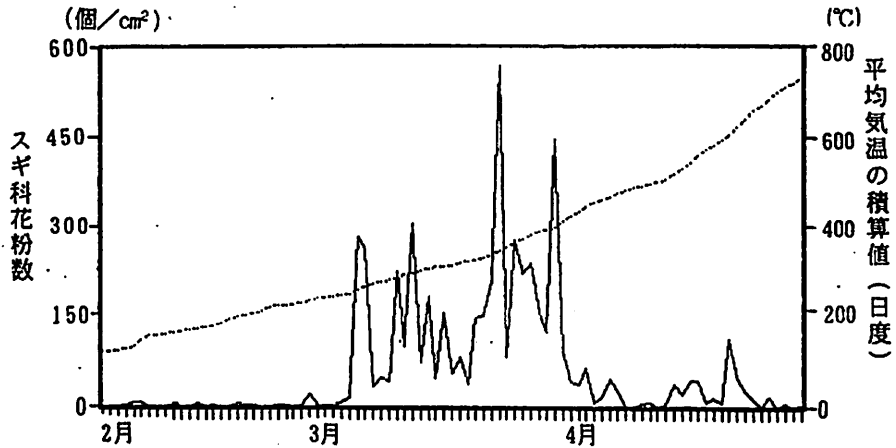


図1. 平均気温の積算値とスギ科花粉飛散状況(富山市)

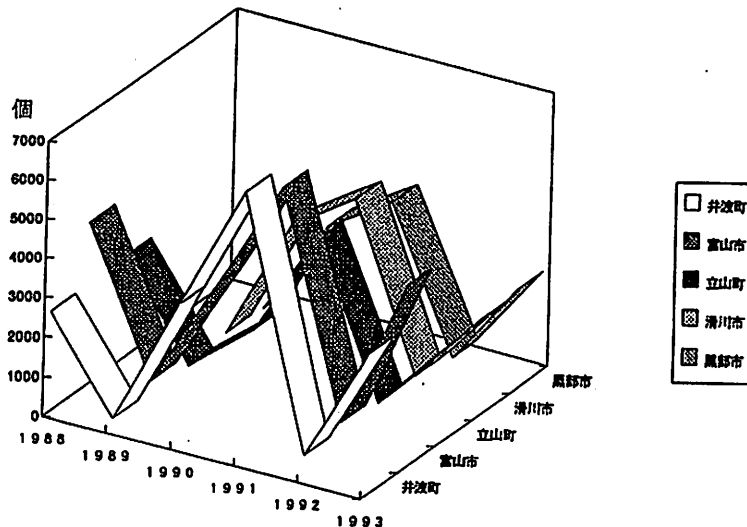


図2. 地域別にみたスギ科花粉総飛散数の年次変化

8. 在宅療養患者のQOL向上を目指して

— 多発性脳梗塞に痴呆をきたした患者の訪問看護を通しての一考察 —

厚生連高岡病院看護部 3病棟3階

○吉田 実千子 堂前 倫代 森田 久子
西山 明美 矢後 久美 藤巻 一美

はじめに

脳神経疾患患者の多くは、精神又は身体の一部に障害を残したまま、社会あるいは家庭へ復帰していく。それゆえに、患者及びその家族の苦痛ははかりしれない。このような現状から、患者の自立性を日常生活の中でその人らしく培っていくこと、そして、障害に対する援助のみではなく、QOLの視点での看護が必要となってくる。

今回の事例では、原疾患に痴呆をきたし、日常生活動作（以下ADLと略す）と妻の介護力が低いために、寝たきりになることが危惧された患者に訪問看護を行った。そして、寝たきりになることなく、痴呆が進行せず満足した生活を送ることを目的に、ADLの3項目（運動・食事・排泄）に着眼し、援助を行い知見を得たので報告する。

I 研究方法

平成5年3月20日～6月30日まで、週1回、1時間、保健婦・看護婦の2名で訪問看護を行う。

II 事例紹介

事例は76歳男性。診断名は、多発性脳梗塞及び痴呆。転倒により頭部打撲。頭部CT上異常なかったが、筋力低下が著しくリハビリ目的で入院。

痴呆症状に伴い、意識低下がみられ、尿、便失禁状態であったが、リハビリ実施と共に端座位保持ができ、部分介助で食事摂取可能となり、入院1ヵ月で退院となった。

妻、長男夫婦、孫3人の7人家族であり、主な介護者は妻である。長男夫婦は共働きで、時間的余裕がないため介護協力は得られなかった。

III 看護の実際及び考察

運動面においては、妻の介護力不足のため継続した援助がなされておらず、寝たきりに近く無表情な状態だった。そこで、運動の継続の必要性と安全・安楽な介護方法を具体的に指導した事により、転倒することもなく介助歩行で戸外に散歩できるようになり、笑顔を見せるようになった。運動障害のある患者を介護する上で、残存機能を維持していく事は大切である。介護者に運動の継続の必要性を理解できるようにかかわった事、また、患者のペースに合わせ少しでも意欲を保ち続けるように、継続的に働きかけた事が、運動面の向上につながったと考える。

食事面においては、患者自身で食べられるにもかかわらず、とりこぼしが多く時間がかかることから妻が寝室で全面的に食べさせていた。

そこで、家族と共に食卓を囲み自分で食べるよう提案した結果、自分で摂取が可能となり、自らほしい食べ物を言えるまでになった。

食欲は身体状態だけでなく、人間の五感や、精神状態にも影響を受けている。そこで、一人で食べるより家族と共に食卓を囲むよう配慮し、さらに、安易に手助けすることは患者の自立を妨げることを指導した。このことが、食事面のADL向上につながったと考える。

排泄面においては、妻がオムツを交換するだけであったが、時間を決めて排尿を促すことにより、徐々にキャッチできる回数が増え、運動面の向上に伴いトイレで排尿できるようになった。排便についても、食物によるコントロールや促すことによりパターンがほぼ確立した。

老化に伴って排泄機能は、いろいろな形で損なわれ、老人に老いを一層自覚させ痴呆症状悪化の原因となる。尿・便失禁は、必ずよくなるという強い信念をもち、根気強く妻と共に介護したことが、排泄自立への足がかりになったと考える。

痴呆に関しては、ADL回復進度表を使用し評価しつつ取り組み、住み慣れた環境の中で愛する家族と共に過ごすことが、回復につながり、長谷川式簡易知能スケールにおいても、上昇を認め有効であったと考える。

介護力に関しては、理解力不足・認識不足から患者のニーズの充足がなされていなかった。そこで、訪問看護毎に妻の不安を傾聴しつつ適切な介護方法を指導し、共に実施したことにより妻の理解力・判断力が向上し自信に結びついたといえる。また、デイサービスの導入により、妻の精神面・肉体面で余裕ができたと考える。以上のことに加え、笑顔を失いがちになっていた患者が「家に帰ってよかった。」と話し、自然な笑顔で幸福を実感している様子から、患者のQOLが向上したと評価する。

IV まとめ

今回の事例を通して、

- 1, 1つひとつの動作を繰り返しあきらめず実施すること、さらに安易に手助けをせず患者の自立を促すことが、ADLの向上につながる。
- 2, ADL向上に加えて、住み慣れた環境で愛する家族と共に暮らすことが、痴呆症状の悪化を防止する。
- 3, セルフケアの欠如した患者の場合、介護力の向上が患者のADL拡大へ、結びつく。

以上のことを学んだ。さらに、上記の3点はQOL向上へつながる大きな要因であることを認識した。

今後は、患者のみでなく、その人を介護する家族のQOLについても視点を向けて援助していきたいと考える。

9. 高齢者の一過性精神障害の発症因子を検討する。
～パンフレットを作成し家族指導を試みて～

厚生連高岡病院看護部 ○三井 智恵 藤木 美希
浦 喜代美 笹島由起恵

はじめに

近年、人口の高齢化と共に、各種疾患を合わせもつ高齢者の手術件数は増加してきている。佐藤ら¹⁾は「術前に正常な精神状態にあるものでおよそ半数の老人患者に術後精神障害が観察され、病状の安定や回復とともに休息、安定が得られるようになると、ほぼ術後一週間以内に消失する」と述べている。当病棟でも平成4年度、60才以上の手術件数は106名38%であり、術後一時的に一過性精神障害（以後精神障害と略す）を起こす患者もいる。術後患者に精神障害が発症した場合、その時の家族の動揺は測り知れない。この場合、患者をケアするだけでなく家族にも目を向け、不安なく家族が患者と接することができるように精神的援助を行ってゆくことが必要と思われる。そうする事によって、看護の統一が図れ患者も安心し、患者とその家族、看護婦との信頼関係をよりよくすることにもつながる。そこで私達は、家族指導のパンフレットを作成、術前より家族指導を試み、術後の患者の経過と家族の対応から、精神障害を引き起こす発症因子を検討しまとめたのでここに報告する。

I 研究方法

1) 対象 手術対象の患者家族4名

2) 方法 (1) 面接法
面接は術前に家族にパンフレットを使用し、質問項目に基づいて受け持ち看護婦が行い面接終了後、ノートに書き留めた。

(2) 参加観察法
術後援助しながら観察した内容は、事後ノートに書き留めた。

3) 期間 平成5年3月～6月まで

II 結果 (詳細はスライド参照)

事例A: 63才♂頸椎症性神経根障害 会社員 性格: 真面目 精査目的にて入院したが、急きょ手術となる。不眠症の既往なし

手術後の患者の経過と家族の様子

手術後3人床から個室収容。翌日より痛みの訴え多く、鎮痛剤、眠剤使用するも、2～3時間の睡眠しかとれなかった。「ここはどこや。骨どこいった。天井こわれる。」等の意味不明な言動が、日中もみられた。この症状は一週間で落ち着いていった。家族は患者が不穏になったとき、戸惑いをみせていたが次第に受容していった。

事例B: 74才♀左大腿骨々頭壊死 リウマチ 無職 性格: 依存心強い 左股間節痛あり、手術目的にて入院。不眠症の既往なし

手術後の患者の経過と家族の様子

手術後6人床から個室収容。覚醒良好であったが徐々に傾眠がちになり、つじつま合わぬ発語聞かれ、昼夜逆転するなど不穏みられる。神内依頼され「夜間せん妄」と診断、内服処方され、後3～4日で回復していった。家族はパンフレットを理解し、患者に対して見守る態度で接していた。

事例C: 98才♂胸部有棘細胞癌 無職 性格: 温厚 のんびり 胸部症状あり、手術目的で入院。不眠症の既往なし

手術後の患者の経過と家族の様子

手術後床上安静強いられるも、不穏、見当識障害はみられなかった。患者は、家族の希望で入院時より個室収容。家族は、生活パターンを家庭と変わらないように接していた。

事例D: 71才♂胃癌 無職 性格: 頑固 腹痛あり、手術目的にて入院。一カ月前より痴呆症状あり。

手術後の患者の経過と家族の様子

手術後6人床から個室収容。夜間1時間程しか睡眠とれず「早く家帰らんなん。いくら払えばいいがや。パチンコが…。」等の不穏、見当識障害みられた。この症状は1週間程で落ち着いていった。家族は家に電話する等不安な様子であったが、患者の不穏の消失とともに次第に安心していった。

III 考察

手術対象の患者家族の精神的援助の一方法として、パンフレットを使用し、術前より家族指導を行った。そこで、精神障害を発症した4事例を通して、患者の精神障害を引き起こす発症因子を検討した。発症因子としては不眠、疼痛、環境の変化、身体的拘束が挙げられる。

不眠、疼痛については、A、B、Cは入院中は十分な睡眠がとれていたが、Dは時々不眠がちであった。手術施行後、A、B、Dは疼痛、身体的拘束あり夜間の睡眠がとれず、昼夜逆転し不穏、見当識障害等の精神障害がみられた。又、不眠は疼痛が原因となることもある。不眠、昼夜逆転のある場合、昼は病室を明るく、話しかけたりし、夜は暗く静かにして昼夜の区別がつきやすい様にし、さらに、睡眠導入薬、鎮痛剤な

どを投与し睡眠を促した。十分な睡眠がとれれば昼夜の区別がつき、日中の行動も落ち着いて、次第に精神障害も消失する。Cに関しては不眠、昼夜逆転はみられず、精神障害も起こらなかった。これは患者が術前術後を通して、疼痛もなく、十分な睡眠がとれていたことによるものと考えられる。

環境の変化については、Aは職場で、B、Dは家庭で、自分の役割のあるところから入院となった。入院当初は大部屋に入院しており他の患者からの刺激も幾分あったと思われるが、手術後、個室へ収容され床上安静を強いられたことや、心の準備のできないうちに手術となったことが、精神障害を誘発した因子の一つになっていたと考える。Cに関しては入院当初より個室であり、手術後も患者が家庭にいた時と変わらないように、家族が生活のリズムを保っていたことで環境の変化も少なく、精神障害は起こらなかったと思われる。入院、病院内で部屋替え、ベット替え等の急激な環境の変化には十分な配慮が必要である。又、新しい環境に落ち着くまで、ストレスが加わらないよう患者のペースに合わせて接することも大切である。

患者の個性を重視した関わりについては、患者が行動の規制を強いられている中で、自分で身の回りの事を少しずつでも行ってゆくことが大切である。A、Bに関しては症状の軽快とともに行動を促してゆくことで、精神障害を消失してゆくことができた。Dにおいては以前からの痴呆症状もあったが、手術後はさらに悪化し、家族も不安を訴えていた。老年期の精神疾患には痴呆やうつ状態のほか幻覚、妄想状態がある妄想や言動があっても直ちに否定したり、阻止したりせず、十分に受け入れて聴くことが重要である。そのような働きかけにより、患者も次第に落ち着いていった。長谷川ら²⁾は「老年精神疾患のきっかけとして、最も頻度の多いものは、身体病にかかったことであり、老人になると、肉体的なものが心の不安を起こす源泉になりやすく、身体疾病にかからないようにすることが、精神の健康を維持する。」と述べている。身体疾病だけでなく、精神の健康へも目をむけてかなければならないと考える。

又、家族の患者への接し方については、A、Dの場合は患者の精神障害について不安を訴えたが、半信半疑ながらも理解を示しパンフレットを参考に介護している場面も見られたため、患者と家族、看護者側の信頼関係は円滑に保たれたと考える。Bの場合、看護婦の助言は理解し参考にしていただけだったが、家族は自分なりの患者への接し方を持っていた。家族と患者の信頼関係が上手く図れていた事は、最も良いことではないかと思う。Cの場合においては高齢であり、家族は受容していたため、私達の助言は患者への接し方の再確認を促すことができたと考えられる。

私達は患者と関わりゆく上で、入院前の情報収集の手段としてアナムネ聴取時に、日常生活の様子、痴呆の有無、精神疾患の既往、眠剤を服用しているか等の情報を得ることが必要である。さらに患者の特性を知るためには、毎日違う看護婦が関わるのではなく、継続した看護が必要である。それは、精神障害などの異常の早期発見も可能とし、素早く対処できる様になると考えプライマリナーシングの必要性を認識した

IV まとめ

術後精神障害をきたした高齢者の看護を体験し、気付いた点を挙げる。

- 1) 不眠、疼痛、環境の変化、身体的拘束は精神障害の発症因子となりうる。
- 2) 精神障害の誘因となった因子を取り除くことによって、すみやかに回復することが分かった。
- 3) 看護婦、家族の一貫した受容的な態度は、精神障害の発症因子を軽減することができる。
- 4) プライマリナーシングを行うてゆくことは看護婦、患者、その家族との信頼関係をよりよくする。

資料1 パンフレット

家族の方へ

<入院(手術)することによる環境の変化が及ぼす精神障害(ボケ)を予防するために>

高齢者の患者さんにとって、入院(手術)は、精神的・肉体的に大きなストレスとなり、一時的な精神障害(ボケ症状)が出る場合があります。

例えば、急に大声を出したり、暴れたり、点滴や体に入っている管を抜こうとしたり、家族の人を見間違えたり、意味の分からないことを言ったりし、そばに付いている人がびっくりするようなことがおこることがあります。しかし、一人で身のまわりの事ができるようになると治っていきます。このとき、側にいる人(家族、看護婦等)の接し方がとても大切です。

入院したことによる一時的な精神障害は予防できると言われていています。以下に家族の方にも出来る予防策をあげましたので協力して下さるようお願いいたします。

<予防策>

1. 昼間は話しかけて、目を覚ましておきましょう。
2. 失敗行為をいちいち叱ったり、行動に干渉することは、患者のイライラをより強めます。
3. 介護者の思い通りにいなくても相手のペースに合わせて対応して下さい。
4. 相手の話をじっくり聞いてあげましょう。
5. 自分でできることはできるだけ自分でしてもらうようにしましょう。
6. 家族の面会は、良い刺激になるので度々顔をみせて下さい。

<ボケ症状が出た場合の対応策>

1. 患者の前で「ボケ」という言葉は使わないようにしましょう。プライドが傷つき、そのことが余計にストレスとなり、悪くなってしまう場合もあります。
2. 昼夜逆転して夜間暴れたりする時は、睡眠導入剤を使用する場合があるので、看護婦にすぐに知らせして下さい。
3. 例え人格が変わってしまった様な言動がみうけられても、その人の人格を尊重し、自尊心を傷つけない「人生の先輩」への尊敬の念を忘れないような態度で接して下さい。

以上

わからないことや困ったことがあれば、遠慮なさらず、いつでも看護婦に相談して下さい。どうぞ、よろしくお願い致します。

10. 糖尿病教育入院患者の退院後の コントロール状況について

厚生連高岡病院看護部 内科外来

○盤若由美 黒田智子 牧野富美子
盛野愛子 山下国子 野崎啓子

はじめに

近年豊富な食生活や環境の変化に伴い、糖尿病（以下DMとする）患者は急激に増加している。当院においても、DM教育入院をする患者が年々多くなって来ており、現在外来通院しているDM患者は月平均約1400名である。約一ヶ月間の教育入院で、血糖値もコントロールされ、自己管理の必要性を十分認識して退院された患者が、早期からコントロールを乱したり、さらには再入院となるケースも少なくない。今回私達は、コントロール不良となって行く患者がどのくらいいるのか、退院後どの時期で悪化するのか、又その原因は何か、実態調査を行い現状を知る事ができたのでここに報告する。

1. 研究期間及び対象

研究期間 平成5年4月1日～7月31日まで

調査対象 平成4年1月～12月におけるDM教育入院患者164名
(初回入院及び再入院も含む)

2. 結果

DM教育入院患者164名中、現在通院している患者が127名で、中断者は22名である。その22名中、60才以上が15名である。

コントロール状況は、良好群が84名(66.1%)、悪化群が43名(33.9%)と約3割強の者にコントロールの悪化が見られる。男女別に見ると、男性が66名中20名(30.3%)、女性が61名中23名(37.7%)が悪化しており、女性が男性をやや上回っている。年代別に見ると20代以下が4名中2名(50.0%)、30代が4名中1名(25.0%)、40代が14名中4名(28.6%)、50代が40名中7名(17.5%)、60代が37名中16名(34.2%)、70代以上が28名中13名(46.4%)が悪化している。60代から70代以上に悪化者が多かった。次に全体を治療別状況から見ると、ダイエットが32名(25.1%)内服41名(32.2%)、インスリン使用が45名(42.7%)である。良好群を治療別に見ると、ダイエットが30名(35.7%)、内服が29名(34.5%)、インスリン使用が25名(29.8%)である。悪化群においては、ダイエットが2名(4.6%)、内服が12名(27.9%)、インスリン使用が29名(67.5%)で薬物療法をしている患者がほとんどである。なかでもインスリン使用をしている患者が圧倒的に多い。

退院後1～2ヶ月で悪化している患者が18名(41.9%)、3～4ヶ月で悪化しているのが10名(23.3%)、5～6ヶ月で悪化しているのが8名(18.6%)

、7ヶ月以後に悪化しているのが7名(16.2%)である。

次に悪化原因については、“食べ過ぎ”によるものが第一に多く、次いで“理解力不足”という結果であった。

3. 考察

通院を中断し、治療を放棄して行く患者が1割強と、割合多いことが分かった。DMは、苦痛を感じる自覚症状がないために、治療の必要性を実感しにくい点も原因の一つと考えられる。

悪化時期において、退院後1~2ヶ月で悪化する患者が4割と驚くべき結果となった。入院中は定められた単位のみのお食事が出され、間食をしないように注意するだけで守られていたお食事が、退院後は単位を考えながらお食事療法を行わなければならない。知識として理解はできているが、いざ実行するとなると戸惑いや妥協が現れ、コントロールが出来ないと考えられる。コントロール悪化群にインスリン患者が多いことに関しては、インスリン治療患者は、不安定型及び肝疾患などの合併症により、コントロールが乱れやすいこと、またインスリン注射に甘んじてお食事療法が基礎であることを、忘れがちになっていることが原因と考えられる。悪化原因については、患者の主訴に表れているようにお食事制限の必要性を理解しているが、我慢出来ずに食べてしまうものが最も多かった。このことは、退院から現在までの体重の変化を比較すると、コントロール良好群では0.9 Kg減に対し、コントロール悪化群は2.9Kgの増がみられることから裏付けされた。悪化原因の中にアルコールを飲むという原因も、7人と少数ではあるが目につく。後藤らの調査では“ストレス解消法として男性は、飲酒やたばこ、ギャンブル、女性は、食べると言うことが増えている”とっている。今回の調査はほぼ同じ傾向にあると考える。職場や家庭で重要な役割を担う時期の男女がここでは問題となろう。次に理解力不足が多かったことは我々も予想した結果であった。病識の無い言葉は、特に60歳以上に多くみられコントロールの悪化も伴っている。食べるという行動から引き起こすコントロールの悪化は、心の葛藤とストレスが大きく関与しており、精神面への援助として、患者を取り巻く、ストレスの除去に努めることも、良いコントロールに導く一つの方法と考える。今後も患者自身が“自分の健康は、自分で守る”という指導を継続して行く必要がある。

おわりに

今回の調査でコントロール悪化原因について、だいたいの傾向を把握することが出来た。この調査を機に次の段階では、患者の個別性を捕らえた具体的な指導を図ることを今後の課題として行きたい。尚平成5年7月24日に当病院においても、お互いに意見交換をし、交流を深め、自己意識を高める事を目的として、糖尿病友の会(かたかご会)が発足されました。今回の調査研究を生かし、今後も積極的に働きかけを勧めて行きたい。

〈特別発言〉 老化とその対応

富山県農村医学研究会 会長 越山健二