

## シンポジウム 1

### 高齢患者の尊厳と安全を守るケアのデザイン－急性期病院における身体拘束ゼロへの挑戦－

#### Q. 身体拘束には、センサーマットも含まれていますか？

A. 私見です。論文を読みますと、欧米ではセンサーの使用を身体拘束とみなしていません。あくまで、その人が自分の意思で行動するのを制限することを身体拘束としています。私はその考えに同意しています。まずは、心身の苦痛や全身機能を低下させる抑制帯や 4 点柵の使用といった実質的な身体拘束の回避・解除を目指すことが第一と考えます。センサーの設置自体を問題にするのではなく、センサーの設置方法が使用される側の心身の負担にならない配慮をする、センサーの使用を拒否する場合は使用しない、衣服に接続して使用しない、センサーが作動した時は活動を制限するのではなく、なぜ動きたいのか、痛みなのか、トイレに行きたいのかなど理由を確認/査定し、その人のニーズを満たすことを行う。言い換えれば、これらを行わなければ、身体拘束に該当すると考えます。このことは、議論していく必要のあることと私は考えています。(加藤真由美)

A. 含まれていません。センサーマットは行動を素早くキャッチするためのアイテムです。鳴動時はまずは行動を観察します。本人がお困りの様子であれば「どうしましたか」とたずねます。行動を制止するためではなく次の行動に移るための、その方のニーズをかなえるために使用しています。外せる時期を見極めていくことも大切でカンファレンスで話し合います。(小池京子)

A. 介護保険施設を対象とした「身体拘束ゼロへの手引き」(厚生労働省)ではセンサー類が身体拘束に含まれています。私の所属病院では、体に触れるセンサー(クリップ式センサー)は身体拘束に含んでおりますが、センサーマット類は含まず、センサーマット類は転倒転落予防策として位置づけております。身体拘束を所属施設において何を身体拘束とするのか、協議されることが重要ではないかと思えます。私見ではありますが、まずは最も患者さんにとって苦痛である拘束具の使用を最小限にするという観点で取り組んでおります。センサー類の使用が本人にとって監視されているなどの不快になる場合、使用目的である転倒転落予防の観点から本人・家族等を含め話し合い、対応についてチームで検討することが大切と考えます。(佐藤晶子)

A. 患者にとって、行動を控えるように作用する機能と動くことの後にセンサーが反応することから、抑制的な用具と考え、含めて考えています。看護の効果について、患者の立場から検証も少ないように思います。(小藤幹恵)

#### Q. 患者さんが気にならない NG チューブの固定方法の具体的な方法を図で教えてください。

A. 照林社より出版されています「これならできる！身体拘束ゼロの認知症医療・ケア－大誠会スタイルの理念と技術－」29 ページに詳しく書いてあります。図でお示しするのが難しく説明ですみません。①固定テープは角を丸く切るとはがれにくい。②頬のテープはオメガ(Ω)留めを行う(テープがチューブを一周するため、密着し、引っ張られにくくする他、皮膚をテープで圧迫することなく固定できる)。③チューブと鼻・頬の間に指が入らないような固定の工夫(テープの間を狭くする)。顔半分を覆うほどのテープで張らないようにする。④皮膚が弱い場合は鼻の下に固定すると、尾翼の皮膚損傷を防ぐことができる。⑤ルートは患者が触れないよう、見えない後ろ側に置く。⑥皮膚にフィルムドレッシング材を貼付しその上にチューブを固定すると、鼻にかかる刺激がやわらぐ。(小池京子)

A. 当院でも、頬の筋肉の流れに沿うように、チューブをつかむようにテープを貼ることや、鏡で固定について患者と相談したり説明したりしていることを聞いています。今はもっと工夫が進んでいるかもしれませんが。(小藤幹恵)

**Q.** 大学病院で認知症ケアチームのメンバーとしてラウンドしています。経鼻チューブや内頸に CV ルート挿入中の患者のミトン解除への取り組みに困難を抱えていましたが、過去の患者の行動ではなく、今の患者の行動や反応をアセスメントするという視点、触るだけでなく引っ張っていないと切迫性とは言えないということ、非常に学びとなりました。ジレンマを感じているスタッフではなく、抑制への抵抗が低い病棟へのアプローチに苦戦しています。何か良い方法あれば教えてください。

A. ジレンマを感じているスタッフではなく、抑制への抵抗が低い病棟へのアプローチについて：何がそうさせているのか、査定をする必要があると考えます。フォーカスグループインタビューで、スタッフが身体拘束をどのように捉えているのか、回避・解除するには何が促進しており（何が促進因子）、何が阻害しているのか（何が阻害因子）、その解決方法は何かを当事者で話し合いをすることをお勧めします。取り掛かる必要のあることは複数に及ぶはずですが、そのため、どこから手をつけたらいいかと混乱したり、回避・解除は無理！と拒否する気持ちが心を大きく占めることに及びかねません。そのため、話し合いでは「願い」を共有することをお忘れなく、願いを選んで回避・解除を進めましょう。

加えて、その病棟の中心的役割を担う数名を選出してもらい、その方々がその病棟を牽引する核となる組織になっていただきます。その病棟がどのようになったらいいか、その方々が最も知っているからです。相手に意図を伝えて進めていったらいいですね。身体拘束回避・解除は「出来ない」から、「難しいがやりようによって出来る。やってみよう」という意識に変わるのに、ある程度の期間を要すると見込む必要があると考えます。短期間で変わると仮定すると、どこかでひずみが出てきます。勉強会の開催や自分たちがまずモデルとして実践し、それを共有する場を設けて、やってみよう・やってみようと言われることをねらいにするとよいと考えます。外圧では一旦関心をもって、いずれその関心は低下していきます。しかし、内発では心や考えに残り、関心がいずれ行動へとつながっていきます。（加藤真由美）

A. まずは管理者を巻き込みます。当グループはトップダウンで始まりました。トップダウンは最初の一步に必要です。それがないと「やっていいんだ」ともなれません。やるのは看護師、安心して一步を踏み出すことが必要です。カンファレンスなどでは、新人でも「気づき」を話せる雰囲気作りも大切です。やるぞと決めた管理者やリーダー陣が同じ志で向かうのがよいと思います。（小池京子）

A. 切迫性について：特に ICU などの集中治療領域において、切迫性は重要なアセスメントの視点です。人工呼吸器装着患者は適切に鎮静・鎮痛されていれば身体拘束は不要です。CV 挿入の自己抜去予防は、①本人に CV や病状の認識を確認し必要性や抜かないで欲しいこと、抜くとどうなるかを説明する、②その上で対応策について本人と話し合う（例：気にならないようタオルで覆う、搔痒感に対し清拭やテープの変更など）、③対話が難しい場合は、患者の行動を観察し心身の苦痛や不快など行動の背景をアセスメントしそれに対するケア（代替案）をチームで検討し提供することです。このとき、④身体拘束のメリット・デメリットをチームについて検討し、チームが合意できる範囲で身体拘束をできるだけ解除する方法を検討する、ことが大切です。患者さんにとっては1分1秒でも解除された方が苦痛が減るわけですから、その中で本人・家族等に説明し話し合いながら身体拘束解除に向けた検討を継続することが最小化につながり、この積み重ねが病棟スタッフの成功体験となり自信につながると考えます。

抑制への抵抗が低い病棟へのアプローチについて：何が原因になっているのか、病棟スタッフと話し合いをする、その上で多様な視点から組織分析し、その上で病棟とともに、現実的な目標や計画を立案していくことが大切だと思います。私はその中でも患者さんと病状や身体拘束について話すこと、身体拘束を解除した状態で行動を観察することを提案してきました。身体拘束を外すときは良いですが再度装着するとき、私は苦々しい気持ちになります。こういう気持ちを病棟スタッフは1日に何回も感じているのだろうと想像します。それでも、やはり、看護師一人一人がこの現実に向き合いながら、こういう理由で拘束させてもらっていると患者に説明し対話する、患者の反応を確認することにより、何とか身体拘束を外せないか、患者の苦痛を緩和できないかという看護師の思い（専門的価値）に立ち戻ることができるのではないかと考えています。（佐藤晶子）

A. きっと抑制をしなくてもできたことがあろうかと思えます。そういう状況をチームでほりおこしてみると、自分たちの実践力のよさやさらに伸ばす可能性の高い看護力を知ることができるのではないのでしょうか。（小藤幹恵）

Q. 私は認知症治療病棟で勤務しています。当院では患者様の日常生活を支えるために車椅子安全ベルトを外す取り組みを多職種と協働して行っております。しかし、「安全を確保できない」、「転倒させてしまい、その人の今後の人生に影響を及ぼす程の外傷を与えてしまうかもしれない」という看護師側の恐れもあり、車椅子安全ベルトを積極的に外せない現状があります。そこで、各病院で取り組んでいる事がありましたら、ご教示よろしくお願い致します。

A. 車椅子安全ベルトを積極的に外せない現状があることをとても理解します。とても難しい問題です。人員があれば、近くで見守り、動かれるようでしたら、理由を確認/査定し、その方の動きたいニーズを満たすケアを行います。いっぺんに複数の方を外すのは望ましくありません。生活リズムが整うようにし、病棟で出来るだけその人が好きなことができるようにし、BPSD等を制御できれば、ほんの短時間でも外せる時間を設けることを熟練看護師が実践しています。院内のそのような方の実践を共有することを勧めます。より、実現する実感が沸くからです。後は、その実践が続くように管理的な環境を整えることが必要です。しかし、手こずっているのは事実です。現在、方法を探索中です。(加藤真由美)

A. 全職員が徹底することは、相手の立場に立って、「自分だったらどうしてほしいか」を考え、「自分がされて嫌なことはしない」という意識をもつことが大切です。治療をチームで話し合います。その治療(酸素や点滴など)は本当に必要か、代替方法はないか、どのタイミングなら治療ができるかななどを、チームで検討していくことが大切です。(小池京子)

A. 所属施設では、まず、転倒転落の要因を患者要因(転びやすさ)、病気・治療の影響、入院環境の影響の3つにわけて考えています。これらの考え方と患者要因(転びやすさ)のアセスメントと予防策、患者・家族に協力してほしいことを含め、入院時に患者・家族に説明しています。人間は動くのが当たり前で、普通に生活していても転ぶリスクはあること、病気や入院によりさらに転ぶリスクは高まること、その上で予防策をとってもすべての転倒を防ぐことはできないことを共有します。その上で、入院中の対応について、患者本人・家族とこの予防策でよいか相談します。希に身体拘束を希望する家族もいると思いますが、縛って動けないようにすることが本人にとって本当に本当に良いことなのか、身体拘束のデメリット(心身の廃用など)や身体拘束をしたとしても転倒転落はすべて防げないことを話し合います。もちろん、転倒転落による外傷のリスクはありますので、その時の対応も含め共有しながら、本人にとって何がよいのかという視点で、医療ケアチーム、患者・家族等と共に話されるとよいのではないのでしょうか。

また、身体拘束をするかしないかだけでなく、どういう時なら解除できるのか、1分1秒でも解除するためにどうしたらよいか話し合い、チームで合意できたところから解除し、成功体験を積み重ねていくことがプロセスとして大切と考えます。

(佐藤晶子)

A. 安全ベルトの使用実績はありませんが、減らしたいと願っていることは素晴らしいことだと思います。患者の姿勢を保つ工夫や足裏を床に直接つけて気持ち良さを一緒に味わってもらうこと、優しい声でのコミュニケーションをそばにいて楽しい時間となるようにすること、クッションやぬいぐるみ、マッサージ等、生活の基本を充実させながらよい時間を少しずつ増やすことから始めてはいかがでしょうか。困ったことに対応する時間の長さが変わりませんし、かえって喜びの時間を前に作ることで役立ちます。(小藤幹恵)

**Q. スタッフとして身体拘束は仕方ないと考えている管理者を巻き込むために有用なデータにはどのようなものがありますか。**

A. ・身体拘束は人の尊厳を損ない、けがをおわせており、世界保健機関は虐待と位置付けています (WHO, World report on violence and health, 2002). ・身体拘束は心身機能の低下や肺炎などの合併症を引き起こし、結果的には健康障害を増長させ、生活再構築を難しくさせています (Watson R, Restraint: its use and misuse in the care of older people, Nursing Older People, 13(3), 2001). ・身体拘束は死亡事故を引き起こしています (Berzlanovich, et al., Deaths due to physical restraint, Deutsches Arzteblatt International, 27-33, 2012) 1997-2010年(ドイツ)22事例/27,353解剖を受けた患者ベッド腹部に紐、車椅子紐・ベルト等・スタッフ教育、転倒リスクアセスメント、ハイリスク患者の表示、転倒後評価、離床センサー、身体拘束(4点ベッド柵)、低床ベッドの複数で介入したにもかかわらず、相対危険比は1.38(95%信頼区間:1.05-1.82)と、転倒リスクがかえって増加した (Hunderfund, et al., Effect of a multidisciplinary fall risk assessment of falls among neurology inpatients, Mayo Clinic, 86, 19-24, 2011)  
(加藤真由美)

A. 患者さんのアウトカムがすべてです。照林社より出版されています「これならできる！身体拘束ゼロの認知症医療・ケア—大誠会スタイルの理念と技術—」69ページに書いてあります。BPSD評価尺度であればNPI-Q, BPSD+Q/BPSD25Q, DBDスケールなどがあります。生活機能動作でいうとFIMやバーセルインデックスなども、データで示すのには有用かと思います。例えばNPI-Qで私たちの負担度の軽減が示されれば、職員も納得していけるのではないのでしょうか。(小池京子)

A. 有用なデータとまでは言えませんが、病院機能評価や他病院の取り組みの紹介は効果的と考えられます。人権擁護や倫理的課題への取り組みなど時代や社会の要請に応じることが管理者にとって重要です。一方、医療安全、医療事故対策も管理者にとって重要なものであり、病院としてどう考えるかにより、できる範囲や内容は影響をうけます。看護部として、病棟として、一看護師として、患者の人権擁護、苦痛緩和の観点から、身体拘束解除に向けてできることは必ずあります。できることから段階的に考え、取り組みを積み重ね、継続することが必ず力になると思います。(佐藤晶子)

A. 身体抑制しないほうが3B以上のような重大なインシデントが非常に少ないや、職員のメンタル面での調査、その他、患者や職員の前向きさを測定する者があれば役立つと思います。しないことをベースにおく場合の謾妄発生率の比較などもいかがでしょうか。(小藤幹恵)

**Q. 4人の先生方の貴重なご意見、ありがとうございます。その方たちが抵抗勢力ではなく仲間なんだという視点で取り組んでいきたいと思っています。**

A. 身体拘束回避・解除を抵抗なく看護師として当然進めていくことに管理者を含めスタッフの意識が変わるまでに1~2年間要したとある管理者から聞いています。まず、推進する人々が一緒に働いている人を信頼して、勉強会や拘束回避・解除の検討会開催で意見や成功事例を共有するなど工夫して関わることが必要と考えます。(加藤真由美)

A. 医療・チームケアは、本人と家族等との対話を通し、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し、理解したうえで、意思決定のために協同することが求められています。皆で力を合わせられるといいです。(小池京子)

A. 相手の考えや価値観はなにか、何が影響しているのか、身体拘束最小化に向き合えない理由や背景は何かを一緒に考え、解決策や対応策、できることを一緒に見いだすことができるとよいと思います。病棟管理者の役割の1つにケアの質の管理があります。身体拘束を実施している患者のベッドサイドに一緒に行き患者と向き合い対話する機会をもつことで、患者のためにできることは何か、よいケアとは何かについて話し合えるのではないかと思います。(佐藤晶子)

A. いろいろな意見があるからこそなおさら配慮に満ちた心いっぱいの看護ができるのだと考えると、異を唱えているように見える方々の話をじっくり聞くことは特に重要な意味があるように思います。(小藤幹恵)

Q. 皆様、ご講演ありがとうございました。現場のスタッフの倫理的感受性には差があると思うのですが、それ以上に管理者の価値観や目標設定が大きく影響するように感じています。ルート類の事故抜去、転倒転落と抑制の関係性において、抑制を実施していたから防げる、もしくは防げたという評価がなされると、抑制が必要だというスタッフの行動が強化されるように思います。こうした観点から、抑制解除の評価につながる客観的な評価方法について、抑制の実施率以外にあればご意見をいただけると幸いです。

A. 転倒予防に限ったことですが、次の尺度があります。「一般病棟の認知障害高齢者に対する入院時から身体拘束の回避・解除を念頭においた転倒予防ケア行動評価尺度 (FCBE 尺度)」研究で FCBE 尺度を使用されたい場合は、開発者 牧野真弓先生 (富山大学) email: makino08@med.u-toyama.ac.jp までご連絡下さい。実践で使用される場合は、連絡は不要です。(加藤真由美)

A. 患者さんのアウトカムがすべてです。照林社より出版されています「これならできる! 身体拘束ゼロの認知症医療・ケア—大誠会スタイルの理念と技術—」69 ページに書いてあります。BPSD 評価尺度であれば NPI-Q, BPSD+Q/BPSD25Q, DBD スケールなどがあります。生活機能動作でいうと FIM やバーセルインデックスなども、データで示すのには有用かと思います。(小池京子)

A. 所属病院では、数年前から毎月病棟別に、身体拘束の実施状況 (身体拘束具利用数) と転倒転落、自己抜去の IA レポート数を示しています。分析の結果、身体拘束数と転倒転落数、自己抜去数はまったく関連がありません。つまり、身体拘束数が多いから転倒転落や自己抜去が少ない、逆に身体拘束が少ないから転倒転落や自己抜去が多いことはまったくデータからは示されませんでした。このような分析結果を病棟管理者に提示しています。これらは、先行研究からも示されています。

また、客観的なデータに加え、質的なデータを示すことも効果的です。例として、身体拘束解除による患者・家族等の反応、スタッフの反応、看護の質の向上です。記録調査や解除の取り組みや事例報告なども合わせてされると良いのではないかと思います。(佐藤晶子)

A. ルート類の抜去や転倒転落が発生するのは、患者が動くから、さらに言い換えると医療的な処置が中断したり再度実施が必要になったりしないことが最優先のゴールであり、患者のごく普通のニーズや行動であるその原因であることを「悪いこと」「あってはならないこと・やめさせるべきこと」と考えるような思考過程について、それでよいのだろうか、そうならないために看護のできることで患者も一緒に頑張れることがないかと看護の役割をよく考えてみるコメントを頂いたように思います。(小藤幹恵)

## シンポジウム 2

### コロナ禍における慢性～末期心不全高齢者へのケアのデザイン

**Q. 退院後 1 か月に限り 5 回を上限に在宅訪問できる、退院後訪問指導の制度を活用されていますか？具体的にどのように活用しているか教えてください**

A. 当院では在宅酸素療法を導入し退院される方や認知症高齢者（自立度Ⅲ以上）の方に対して、スムーズな在宅療養移行支援を目的に活用しています。医療機器の使用や服薬、食事、排泄行動など在宅で上手く療養生活ができているか確認し、必要な指導を行い、多職種と連携して調整していきます。そのまま介護保険での訪問看護を継続される方もいます。（木間美津子）

**Q. 訪問看護の役割を教えてください**

A. 在宅において、疾病をもつ療養者や家族に対して、医師と密に連携し医療処置や看護ケア、観察、アセスメント、指導を行うこと、地域の多職種と連携して療養者の生活や家族の介護負担を支援することが役割であると考えます。そして、高齢化社会が進展するなかで、住み慣れた地域でその人らしく過ごしその人が望む最期を迎えられるように、療養者や家族に寄り添い、繰り返し対話から導いた思いを多職種で共有し、叶えてあげることや精神面の支援も重要な役割であると思います。（木間美津子）

## シンポジウム 4

### 介護保険施設における COVID-19 対応から考える

#### 「新しいケア様式」

##### Q. 相場先生へ

ご発表ありがとうございました。老健の看護師です。感染対策しながらの生活の場を継続するにあたり、家族との直接的つながりのところで、口頭で説明しても、なかなか理解していただくことが難しいこともあったと思います。例えば、画面越しで会っても加齢の変化に気づきにくいことがあります。看取りの段階に入って、なぜこんなことになったのかと言われた家族もおられました。その時、伝えることに限界を感じたものです。相場様に施設では、どのような工夫をされたのでしょうか。

A. 当施設でも同様の困難感を抱くことはありました。工夫として、状態が悪化した場合は、施設長の許可を得て、感染対策を行ったうえで面会を許可していました。家族の反応を見て、看護師から医師に状態説明を依頼することもありました。いずれにしてもささいなことでも何か変化がある場合には、家族の認識が私たち職員の認識と乖離しないように対応を心掛けていました。(相場健一)

Q. 相場先生へ見守り機器の導入をされたとのことですが、入所者には倫理的な配慮として、どのように説明をされたのか教えていただきたいです。また、インカムの具体的な活用について、詳しく教えていただきたいです。

A. 見守り機器は、シルエット動画で映し出されるため、起き上がった、ベッド端に座っているなどの大きな動きが確認できる程度で、細かな動作は分かりません。このようにプライバシーにも配慮されていることを説明します。

また、この機器は利用者の行動を抑制するためではなく、生活環境を整え、安心・安全に過ごしていただく目的で使用している旨を伝えています。

もちろん、過去に機器を使用したことで、利用者がベッド上で立ち上がる様子に気が付くことができ、職員が駆け付けて、転倒を防げた事例がありました。認知症利用者の場合、職員がまさかと思う行動をとられることがあり、このように安全を守る目的であることもお伝えしています。

インカムの具体的な活用について、①朝のオリエンテーションにおける全体への情報伝達、②職員間連携（探す・呼ぶ・依頼など）、③利用者の情報共有（状態把握・新規入所者の情報）、④緊急時の招集（急変対応）、⑤家族対応中の質問に対する速やかな対応などがあります。(相場健一)

## 教育セミナー 2

### コロナ禍における慢性～末期心不全高齢者へのケアのデザイン

**Q. AD と SAS の関連が興味深かったです。AD の方が SAS を呈する、というところで、その理由はということが考えられているのか教えていただきたいです。中枢性の問題だとは予想しますが、機序等はどの程度分かっておりますでしょうか？また、SAS の症状がある方のうち何割かの方が AD になったというところでは、SAS は AD の方のプレクリニカル指標になりうるということまで言える知見があったりしますか？**

A：ご質問ありがとうございます。アルツハイマー型認知症と閉塞性睡眠時無呼吸障害との関連を検討したシステマティックレビューでは、AD 患者の OSA 合併率は健常者との比較でオッズ比 5.05 と報告されています (Emamian F, 2016)。間欠的低酸素状態のマウスにおいて脳抽出液中  $A\beta$  が有意に上昇 (Shirota S, 2016) していたという報告があり、睡眠障害と認知機能低下の仮説では、間欠的低酸素状態、胸腔内圧変動による  $A\beta$  およびタウ蛋白の集積、神経可逆性の低下、ニューロンの損失・萎縮が関係していると言われています (Bobu OM, 2020)。これらのことから脳血管性認知症、AD へのいずれへの関与が示唆されています。しかし、疫学研究も含め、睡眠時呼吸障害が直接、認知症発症に関与するかどうかは今後の研究が待たれるところです。

**Q. 睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドラインとても勉強になりました。高齢者（だけではないですが）においては、睡眠薬が最初に出されたまま漫然と処方されてしまっているように感じています。つまり、休薬やそれによって内服を終了するという方向や見直しがされていないことが多いのではないかとことです。その結果、加齢進行による身体・内臓機能の低下や生活習慣の変化（運動量や活動量の増減）があっても内服が同じように継続されておりそれによる弊害（睡眠の遷延やリズム異常、または認知機能障害）が出現するというところに結びつくことがあると予想しました。一方、看護は生活に根差した専門性を有するにもかかわらず看護師が内服薬の確認や調整にうまくかかわれていないようにも思います。このあたりの看護基礎教育・継続教育における課題としてお考えはありますか。**

A：先生のご意見に強く同意致します。漫然と睡眠薬が処方されていたり、患者の希望で減量・中止が困難であるのが現状と思います。CBT-I はデリバリー上あるいは対象適用上実施が困難な事例も多いと推察されます。講演でも申しましたが在宅では睡眠薬の管理が本人・家族に委ねられているため、健康・生活をトータルに看ることのできる看護の役割は大きいと考えています。ささやかな試みとして、本学では在宅における服薬支援を強化したいと考え、「在宅看護論」のなかで薬剤師の先生から「在宅における服薬マネジメント」の講義をいただいております。さらに現任教育にも取り組む必要があると考えております。

Q. 当院では数年前より高照度光療法を導入しております。導入当初、原始の人間の生活リズムに合わせ、5時から6時など早朝から光を浴びるのが望ましいといわれていました。当院では9時頃よりブライトケアを行っていますが、前途のことがあったため、早朝覚醒の患者様には5時、6時でも光に浴びて頂いています。先生のご発表では早朝覚醒のある患者さまには早朝から光を浴びて頂かないようにとのことでしたが何時頃からなら光療法を行っても良いものでしょうか？ご助言のほどよろしくお願い申し上げます。

A. ご質問ありがとうございます。ヒトの体内時計のリズムは朝に光を浴びると早寝早起きに、夜に光を浴びると夜型になるという性質があります。したがって、朝に光を浴びるのは夜型傾向に陥りがちな若年世代（思春期や大学生など）には有効です。一方、もともと早起きの高齢者では、早起き→早朝に光に曝露→体内時計のリズムの朝型化（睡眠相の前進）→早寝→早起きというサイクルとなってしまいます。「朝の光で体内時計をリセット」はよく言われるのですが、早朝覚醒で困っている方の場合は5時、6時に散歩、外出などによる光暴露は避けるべきなのです（このような方々は入居者皆さまと一緒に開始時間で問題ないと考えます）。