



今後取り組む意欲障害対策は、平均在院日数の短縮化のために、 より積極的に行われるべきである — ②

(2) 意欲障害への具体的対応

- A：まず意欲低下の原因を追究します。
うつ、器質脳疾患(脳血管障害、パーキンソン病、進行性核上麻痺、CO中毒等)、薬物性、アルツハイマー病では重度になればなるほどやる気は失せます。
- B：疾病そのものが原因であると断定でき、かつ病変部位が特定できた場合、薬物による治療を試みます。
アリセプト、シンメトレル等を投与します。
- C：心理的要因が強い場合(うつも含まれる)
カウンセリングを行います。
- D：社会的要因が強い場合(家族関係、仕事、住まいなど)
MSWが面談を行います。

(3) 意欲障害への取り組みから専門性の構築へ

当法人はリハビリテーション治療に自信があり、この治療を障害を有する多くの住民に受けていただくと考えが故に、常に満床を維持し、さらには、ほとんどの患者様に自宅へ退院していただくよう日々努力を続けております。今後は意欲障害が顕著な入院患者様が早期に生きる喜び、意欲を獲得し、社会や家庭での役割を見出し、それを目標に入院リハビリテーション治療に取り組むプロジェクトを一刻も早く立ち立てたいと考えております。このようなプロジェクトの完成は結果として、在院日数の短縮に直結いたします。それは病院経営のさらなる健全化にも道を開きます。また、その場合、あたりまえですが待機患者様を常に多くかかえるための一層の努力は必須で、日ごころからの医療連携室中心の取り組みを強めていかねばなりません。また日々の病棟カンファレンスでゴールの設定とそれに向けての取り組みの具体化努力も要求されます。そして、これらが完結できれば医療の質の向上は自然に成し遂げられます。しかし、もしもリ

ハビリの専門性(例：心リハ、脊損治療)を強く打ち出したならば、専門性に対応した患者様を常に多く(途切れることなく)受け入れることができるかどうか問題になります。巨樹の会は関東に12の回復期病院を有するグループ故にそれぞれの病院に特色を持たせるという意図は決して無駄ではないでしょう。人材が豊かになってきていますので、徐々にではありますが、一方で、従来通りの様々な疾患の治療を行いながら、他方で、何かに特化した、より専門性の高い診療体制を各病院に構築する必要性を感じております。

参考①

- 1、意欲と発動性は動機づけ(行動に駆り立て、目標に向かわせる内的過程)の原動力
- 2、意欲と発動性は意思決定の初期に働き、覚醒度の障害や発動後の運動、気分、注意とは明らかに異なる
- 3、老人では意欲の障害が廃用症候群に導く
- 4、うつでは気分の障害があってそのために意欲障害をおこす—うつの臨床表現のひとつが意欲障害
- 5、うつを伴わない意欲障害もあるのでうつと意欲障害は異なる

参考②

■意欲障害には以下三型がある

- 1、自分からは何もしないが外界刺激で改善する意欲障害：CO中毒等(内側前頭前皮質、淡蒼球内節障害)
- 2、情報処理障害による意欲障害：行動の制御障害で(前頭葉内側-眼窩一基底核内側)、良い悪いの判断や意思決定の障害がみられ、感情鈍麻がおこります。
- 3、認知処理障害による意欲障害：遂行機能障害や短期記憶ワーキングメモリーの障害がみられます(前頭葉背外側一尾状核)。