

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol.29 30 th June 2016

第29回 志誠会 医学会誌

「地域包括ケアを見据えた在宅医療の充実に向けて」
～急性期医療の質の向上と慢性期病棟のQOL向上を目指して～

日 時：平成 28 年 6 月 30 日

会 場：平 和 病 院 第 一 講 堂

29

第29回 志誠会医学会プログラム

「地域包括ケアを見据えた在宅医療の充実において」

～急性期医療の質の向上と慢性期病棟のQOL向上を目指して～

特別講演 『睡眠障害の診断と治療』 14:15～15:30

講師 内村 直尚 先生（久留米大学医学部 神経精神科医学講座 教授）

【一般演題】第1群 9:50～10:50 座長：デイケアセンター陽光館課長 平田嗣晃

- 1) 乾燥月桃葉と古紙を使用したハンドグリップ
～拘縮手の皮膚トラブル改善～ 陽光館第2生活棟 喜屋武あずき
- 2) ゆとりあるケアを目指して～業務変更の試み～ 陽光館第3生活棟 大山始
- 3) 事故件数の集計から見る問題点～リスクマネジメントの工夫～ 陽光館第5生活棟 伊波聡
- 4) 介護老人保健施設陽光館入所者の現状 陽光館生活看護課 新城みゆき
- 5) 40歳以上の陽光館職員における運動器症候群を考える
～ロコモ危険度テストの報告～ 陽光館リハビリテーション課 古謝裕加子

【一般演題】第2群 10:55～11:55 座長：平和病院看護部課長 比嘉千奈美

- 6) 慢性期閉鎖病棟における暴力事故減少に向けての一考察 平和病院第1病棟 高江洲徳一
- 7) 急性期治療病棟における早期退院に向けた看護者の役割 平和病院第3病棟 大村隆広
- 8) 療養病棟における肥満改善に向けての試み 平和病院第5病棟 山内敦子
- 9) 療養病棟における高齢者の拘束解除に向けての取り組み 平和病院第6病棟 岡村さおり
- 10) 療養病棟の統合失調症患者に対するアプローチ方法について
～Rehab データを用いた病棟別の考察～ 平和病院作業療法課 柏田省一

昼食 12:00～13:00

【一般演題】第3群 13:00～14:00 座長：平和病院医局副院長 宮城則孝

- 11) 健常成人における曖昧さへの態度の類型化の試みと不安の比較 平和病院心理課 榎木宏之
- 12) 施設入所者の言葉の明瞭さに関する実態把握と阻害要因の検証 社会復帰施設部 神部香織
- 13) デイケア利用を継続するために必要な関わり～中断者との比較から見てきたもの～ 平和病院デイケア課 真栄城兼吾
- 14) 訪問看護利用者の肥満改善の取り組みに向けて～生活習慣の聞き取り調査を実施して～ 平和病院外来 仲宗根一美
- 15) 当院の医療保護入院者退院支援委員会における精神保健福祉士の役割
～早期退院に向けての取り組みと今後の課題～ 平和病院診療相談課 金城頼子

【特別講演】 14:15～15:30 座長：平和病院院長 小渡敬

【表彰式】 15:40～16:00

30 年目に向けて

職員の皆さんへ

院長 小渡 敬

院内学会は、回を重ね今年で 29 回目となった。本会は病院の開設を記念し当初は 5 月に開催していたが、恒例の記念撮影も年々職員の数が増え室内での撮影が困難となり、庭園で全職員の記念撮影をするようになった。そこで梅雨時期を避けて 6 月に開催することになった。今年も晴天のもとで撮影ができそうである。

少子高齢化による人口減少と人口構造の変化は、時代を大きく変化させつつある。医療や介護の在り方については、時代に対応するため地域医療ビジョンの策定が急がれている。それによって一般科では病床の機能分化と療養病床の削減、さらに地域医療の充実等、いわゆる地域包括ケアを実現化し、これからの低成長時代の社会保障を実現しようとしている。精神医療においては高齢社会に伴う認知症の増加で年間 1.2 万人の行方不明者の問題や、自殺者やうつ病等の増加により、精神疾患はがん・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病とならび国民病となった（5 疾病時代）。

日々の臨床場面では急性期の治療の在り方と慢性の療養病床をどのようにするかが問題である。国はそのことに対しては「入院から地域へ」というスローガンを何年も前から唱えているが、それに対する精神医療施策は出てこない。おそらく一般科の療養病床の削減ないし変更の手法で行われる可能性がある。これらのことを踏まえ、我々が今やらなければいけないことは、精神科救急・精神科急性期医療を充実すること。さらに精神科在宅医療（地域包括ケア）を充実させることが大事である。今回はこれらのことを踏まえ学会のテーマを「地域包括ケアを見据えた在宅医療の充実に向けて」とした。

特別講演は久留米大学医学部精神神経科医学講座教授、内村直尚先生に「睡眠障害の診断と治療」と題し、話を頂く。今回も皆さんにとって、有意義な学会となることを期待する。

30年目を迎えて

法人統括本部長 上江州 学

今年の梅雨は、例年より1週間早く梅雨が明け、真夏日の晴天が続いていますが、今年の気象状況では、この時期なっても台風が発生していないことが話題になっています。6月下旬に入っても台風が発生していない現象は、18年ぶりのことだそうです。発生しないことに越したことはありませんが、逆に今後発生する台風の大型化など不安に思っているのは私だけでしょうか。

また今年3月14日、熊本県や大分県に大きな被害をもたらした熊本地震。インフラ整備など未だ復興のめどが立っていない中、6月16日には、北海道の函館で震度6の地震が発生しました。日本全体を不安にしている各地の地震。南海トラフなど地震に対して敏感になっている方も多いのではないのでしょうか。地震大国日本、4年後の東京オリンピック開催に影響が出ないことを祈りたいと思います。

さて、医療の分野では、今年4月に診療報酬改定が行われました。今回は、全体で0.49%のプラス改定となりました。精神科分野については、今後の実態調査等で具体的な数字で出てくると思います。

精神科医療の項目では、退院促進、訪問看護等の在宅医療が高く評価されており、平和病院においては、在宅支援としてデイケアのリハビリテーション機能の強化や精神科訪問看護、社会復帰施設との連携の強化を図る必要があると考えております。また、平成30年に行われる診療報酬・介護報酬同時改定、地域包括支援システムを見据えて、志誠会では、病院、老健、社会復帰施設の各職種からなる在宅支援プロジェクトを発足し、精神障害者や高齢者がスムーズに地域に移行できる体制の構築、並びに在宅生活が継続できるサポートシステムの構築に取り組んでいきたいと考えております。

陽光館においては、今年の優先課題として新規利用者の確保、定数の維持を掲げております。陽光館の稼働率はここ数年安定せず、特に今年に入ってから90%を割る状況が続いており、経営的にも厳しい状況となっています。現在、近隣の病院や居宅サービス事業所へ広報活動を行っておりますが、さらに広報範囲を広げ関係機関との連携を強化していかなければならないと考えております。

また、今後のもう一つの課題として、陽光館におきましても在宅支援の強化に取り組んでいきたいと考えております。昨年の介護報酬改定では、在宅復帰への取り組みが高く評価され、報酬にも反映されました。2年後に行われる介護報酬改定においても介護老人保健施設にとりましては、更なる在宅復帰に向けた取り組みが評価されることは間違いないと思います。医療・介護・福祉が目まぐるしく変化する中で、老健施設そして職員自身も変化していかなければ、今後生き残っていくことはできません。今起こり得る変化をできるだけ予測し、変化に柔軟に対応できる、職員の更なるスキルアップ、組織づくりに邁進していかなければなりません。

そして更に地域との繋がりを強くするなど、当施設が地域になくてはならない存在となれるよう取り組んでいきたいと思います。

志誠会医学会がその職員のスキルアップの一つになっていることを確信し、各部署の研究発表を傾聴したいと思います。

30 年目に向けて

看護部長 比嘉久美子

毎年、梅雨の時期にこの原稿を書いています。2 年前のこの時期にはまだ開花のなかった駐車上エリアのホウオウ木の花が、今年は鮮やかに咲き誇っております。会議室の窓から見下ろす眺めが言いようのない風情を漂わせておりますが、あのようにものの見事に咲きますと毎朝心が躍ります。やがて隣の火焰木の花も空に向かってさらに真っ赤な花を咲かせ、本格的な夏を迎え盛夏祭の時期に入ります。ほんのわずかな四季の移ろいの一コマですが学会前のストレスフルなこの時期心が癒されます。

さて、いつもの本題であります平成 27 年度の看護部目標の評価と、今年度の課題を展望したいと思います。平成 24 年 5 月から開始されている平和病院の第 6 次 5 か年計画も今年で最終年となりました。病院は来年 30 周年を迎えますが区切りの年を目標がぶれないように課題遂行に取り組みたいと考えます。

先ず、特に看護に特化している項目は、精神科救急・急性期看護の充実、質の向上を課題としての取り組みです。急性期治療病棟は、これまで常に教育病棟としての役割を担いながら、病院経営の要にもなっている病棟であるため常に課題が集中しております。また、患者さんにとっても、とくに初回入院のイメージはその後の治療を左右するファクターを孕んでいるため、物理的環境要因もさることながら、人的環境のもたらす影響はさらに大きいと感じています。精神科看護の力量が短期間に評価される大事な役割の病棟です。質の問題を集約して述べると、トイレのない保護室の看護を「特別なことではない」として難なく運用していることを評価したいと思います。昨年 10 月に取得した医師配置加算をクリアできたことも成果です。さらには看護の専門性を質的にも量的にも高めるための人員配置や、経営上のメリットをもたらすであろう精神科救急病棟の取得が課題です。そのための人材確保は喫緊の努力目標です。

一方、療養病棟では長期在院患者の退院支援の課題に様々な角度で取り組んでおり成果を上げております。平成 20 年度から新設されている「精神科地域移行実施加算」もその一つですが、継続できていることは看護の力量もさることながら、チーム医療の成果として評価したいと思います。一方、治療抵抗性の患者を抱え合併症の問題や、常にリスク管理が求められている病棟でも、一人一人の患者の病棟内での QOL を維持し高めていく取り組みを模索し実践している看護者やリハビリスタッフの姿勢には精神科看護の奥義のようなものささを感じております。今年はクロザリルの薬物療法の効果も期待したいところです。

看護部の質の向上は年間を通して企画されている教育システムが大切な要素であることに変わりはありませんが、現場で活かす看護実践教育に力を入れてきました。精神科における継続教育に加えて CPR や CV PPP のシミュレーション教育、倫理教育の徹底等は継続が力になっていることと思います。今年は加えてフィジカルアセスメントに力を入れていきましょう。また、今年は目標管理の中に倫理の在り方を落とし込みディスカッションを通して部署や個々の目標を設定してもらう試みを開始しております。どのような結果を生むのか来年の評価に向けて楽しみな試みです。看護部の人材育成のための目標管理の制度は、結果として個人の成果が組織の成果として期待できます。それには、部署長とスタッフが面接場面を通して、業務でなく仕事としての喜びを分かち合うことが肝要です。手抜きすることなくやり遂げましょう。

今年度の診療報酬改定も期待した改定とは言えず、国は今後も少子高齢化や厳しい財政状況等から制度改革はさらに厳しさを増すといわれています。さらに医療の効率性と質の向上に向けて一般科同様精神科においても入院医療の機能分化や地域医療の在り方が鮮明になってくると思われます。また、昨年来、医療法の改正による医療事故調査制度やストレスチェックの実施等、課題は次々とやってまいります。30 年の評価は 1 年、1 年の積み重ねに他ならないと思います。臆することなく頑張りましょう。

平成 28 年 6 月 30 日

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol.29 30 th June 2016

第29回 志誠医学会 医学会

特別講演 睡眠障害の診断と治療

講 師

久留米大学医学部 神経精神医学講座

内村 直尚 先生

睡眠障害の診断と治療

久留米大学医学部神経精神医学講座 内村直尚

睡眠障害は不眠、過眠、概日リズム睡眠障害および睡眠時随伴症（睡眠中に生じる異常行動）に大別される。不眠の原因は様々であり、疼痛、頻尿、高血圧や糖尿病などの身体疾患、うつ病やパニック障害などの精神疾患、降圧剤、H2ブロッカーなどの薬物、環境変化や心理的要因などがあげられる。また、高齢者に多い不眠を呈する疾患として、夜間入床時に下肢を中心にむずむず感、虫が這うような不快な異常感覚が起き、入眠が障害されるレストレスレッグス症候群および夜間睡眠中に足関節が背屈運動を主体とする周期的な不随意運動を数十秒間隔で起こし、中途覚醒や熟眠障害を生じる周期性四肢運動障害がある。過眠の原因疾患には睡眠時無呼吸症候群あるいは、10歳代が好発年齢で夜間に十分な睡眠をとっても我慢できない睡眠発作、嬉しいや悲しいという情動に伴い全身の筋肉が弛緩し、膝から崩れ落ちる情動脱力発作、金縛りといわれている睡眠麻痺や入眠時幻覚などの症状が出現するナルコレプシーがあげられる。概日リズム睡眠障害には、睡眠時間帯が正常な時間帯から5～6時間後退し、朝方にならないと寝付けず、昼近くにならないと起きられない睡眠相後退症候群（DSPS）があり、通学や通勤に支障を来す。睡眠中に出現する異常行動（睡眠時随伴症）としては、60～70歳代の男性に好発し、夢内容と一致した大声や手足を動かしたり起き上がりベッドパートナーを殴ったり蹴るなどの行動化を認めるレム睡眠行動障害（RBD）があり、レビー小体型認知症やパーキンソン病の前駆症状としても考えられている。当日はこれらの睡眠障害の治療についても概説する。

◆ 講師略歴 ◆

うち むら なお ひさ
内 村 直 尚

福岡県出身 昭和 31 年 7 月 3 日生まれ

現 職

久留米大学 医学部 神経精神医学講座 教授
久留米大学 医学部長
学校法人久留米大学 理事・評議員
久留米大学高次脳疾患研究所 所長

略 歴

1982 年 3 月 久留米大学医学部 卒業
1986 年 3 月 久留米大学大学院医学研究科生理系専攻博士課程 修了
1986 年 4 月 久留米大学医学部神経精神医学講座 助手
久留米大学医学部生理学第一講座 兼務
1987 年 5 月 31 日～1989 年 4 月 30 日
米国オレゴン州 Oregon Health Science University へ留学
1990 年 4 月 久留米大学医学部脳疾患研究所 助手
久留米大学医学部神経精神医学講座 兼務
1992 年 9 月 久留米大学医学部神経精神医学講座 講師
2000 年 4 月 久留米大学医学部神経精神医学講座 助教授
2007 年 4 月 久留米大学医学部神経精神医学講座 教授
2011 年 4 月 久留米大学病院 副病院長 (～2013. 3. 31)
2012 年 4 月 久留米大学高次脳疾患研究所 所長
2013 年 4 月 久留米大学 医学部長
2013 年 4 月 学校法人久留米大学 理事・評議員

学外役職

- ・日本睡眠学会 理事 (2007. 11～)
- ・日本臨床精神神経薬理学会 理事 (2012. 10～)
- ・日本依存神経精神科学会 理事 (2007. 9～)
- ・九州精神神経学会 理事 (2007. 11～)
- ・日本精神神経学会 代議員 (2013. 4～)
- ・日本時間生物学会 評議員 (2007. 1～)
- ・日本精神科診断学会 評議員 (2006. 11～)
- ・日本不安障害学会 評議員 (2009. 3～)
- ・日本精神保健・予防学会 評議員 (2009. 7～)
- ・独立行政法人日本学術振興会
科学研究費委員会委員 (2011. 12～)
- ・公益財団法人医学教育振興財団 審査委員会審
査委員 (2013. 4～)

主な著書 分担執筆

「眠らない、眠れない」法研 東京 1999／「現代病としての睡眠障害」日本評論社 東京 2000
「すべての診療科で役立つ・精神科必修ハンドブック」羊土社 東京 2005
「昼寝（午睡）のススメー15 分間の午睡で頭も体もリフレッシュー」九州大学出版会 福岡 2007
「分子糖尿病学の進歩ー糖尿病と睡眠障害ー」金原出版 東京 2008
「専門医のための精神科臨床リュミエール」中山書店 東京 2009
「睡眠学」朝倉書店 東京 2009／「夜間頻尿診療ガイドライン」Blackwell Publishing 東京 2009
「睡眠障害」病気と薬パーフェクト BOOK2010 南山堂 東京 2010
「患者さんの生活改善」うつ病の事典 日本評論社 東京 2011
「プライマリ・ケア医のための睡眠障害ースクリーニングと治療・連携ー」南山堂 東京 2012
「睡眠障害の対応と治療ガイドライン第 2 版」じほう 東京 2012
「睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン」じほう 東京 2014 など

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol.29 30 th June 2016

第29回 志誠学会 医学会

一般演題

【一般演題 目次】

【一般演題】第1群 9:50～10:50

座長：デイケアセンター陽光館課長 平田嗣晃

- 1) 乾燥月桃葉と古紙を使用したハンドグリップ～拘縮手の皮膚トラブル改善～
陽光館第2生活棟 喜屋武 あずき … 15～17
- 2) ゆとりあるケアを目指して～業務変更の試み～
陽光館第3生活棟 大山 始 … 18～20
- 3) 事故件数の集計から見る問題点～リスクマネジメントの工夫～
陽光館第5生活棟 伊波 聡 … 21～23
- 4) 介護老人保健施設陽光館入所者の現状
陽光館生活看護課 新城 みゆき … 24～27
- 5) 40歳以上の陽光館職員における運動器症候群を考える
～ロコモ危険度テストの報告～ 陽光館リハビリテーション課 古謝 裕加子 … 28～30

【一般演題】第2群 10:55～11:55

座長：平和病院看護部課長 比嘉千奈美

- 6) 慢性期閉鎖病棟における暴力事故減少に向けての一考察
平和病院第1病棟 高江洲 徳一 … 31～33
- 7) 急性期治療病棟における早期退院に向けた看護者の役割
平和病院第3病棟 大村 隆広 … 34～36
- 8) 療養病棟における肥満改善に向けての試み
平和病院第5病棟 山内 敦子 … 37～40
- 9) 療養病棟における高齢者の拘束解除に向けての取り組み
平和病院第6病棟 岡村 さおり … 41～44
- 10) 療養病棟の統合失調症患者に対するアプローチ方法について
～Rehab データを用いた病棟別の考察～
平和病院作業療法課 柏田 省一 … 45～48

昼食 12:00～13:00

【一般演題】第3群 13:00～14:00

座長：平和病院医局副院長 宮城則孝

- 11) 健常成人における曖昧さへの態度の類型化の試みと不安の比較
平和病院心理課 榎木 宏之 … 49～51
- 12) 施設入所者の言葉の明瞭さに関する実態把握と阻害要因の検証
社会復帰施設部 神部 香織 … 52～55
- 13) デイケア利用を継続するために必要な関わり～中断者との比較から見てきたもの～
平和病院デイケア課 真栄城 兼吾 … 56～58
- 14) 訪問看護利用者の肥満改善の取り組みに向けて
～生活習慣の聞き取り調査を実施して～
平和病院外来 仲宗根 一美 … 59～63
- 15) 当院の医療保護入院者退院支援委員会における精神保健福祉士の役割
～早期退院に向けての取り組みと今後の課題～
平和病院診療相談課 金城 頼子 … 64～67

乾燥月桃葉と古紙を使用したハンドグリップ ～拘縮手の皮膚トラブル改善～

第2生活棟 ○喜屋武 あずき 城間 豊大
大城 光樹 武藤 亜矢子
仲村 敬

I. はじめに

2階生活棟は、寝たきりの入所者が約半数を占め、長期臥床者の拘縮手は不快臭を伴い、浸軟、びらんなどの皮膚トラブルが生じやすいために吸湿効果のある茶葉を茶袋に詰め、それをガーゼで巻いたハンドグリップ（以下、にぎにぎと略す）を取り入れたハンドケアを行っていた。

昨年、開催された沖縄県介護老人保健施設大会にて他施設で、生の月桃葉を握らせると手の悪臭・湿潤・皮膚疾患が改善したという報告を受け、2階生活棟でも月桃葉の抗菌、消臭効果に着目し、にぎにぎ作成に取り組んだ。

そこで今回、試行錯誤を繰り返し、乾燥させた月桃葉と古紙をシュレッダーにかけた紙（以下、古紙と略す）を使用した、にぎにぎが完成したので、完成するまでの過程、にぎにぎを切り替え使用後の経過、そして新たな皮膚トラブルが生じた入所者に対して使用し良い結果が得られ、更にコスト削減につながっているのを報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2015年2月～2016年2月末日迄

2. 対象者

- 1) 手指拘縮があり、取り組み前よりにぎにぎを使用していた入所者
- 2) 調査期間中、手掌部に皮膚トラブルが発生した入所者
- 3) 手指拘縮があり、指を硬く握り込んでいる入所者

3. 調査項目

- 1) 対象者の原因疾病名
- 2) 皮膚状態の観察

3) 吸湿量の測定

4) 材料費

4. 評価方法

- 1) 皮膚トラブルの発生した拘縮手に、にぎにぎを使用する前後の皮膚状態を写真撮影での評価。
- 2) 手指拘縮があり、指を硬く握り込んでいる2名を対象に、快晴・室温26℃前後・湿度70%前後の環境下で、右手のみにぎにぎを交換せず握ってもらい、吸湿効果がどのくらいあるか重さを計測し比較をした。

III. 経過及び結果

当初、茶葉に刈り取りした直後の生の月桃葉をきざみ混入させたにぎにぎを作成してみたが、茶葉が月桃葉のエキスを吸収しガーゼまで染み出すトラブルが発生し、さらに臭いも混ざり合うことで、月桃葉特有の香りを得ることができなかった。

また、刈り取った月桃葉をビニール袋に入れ数日間置くとカビが発生し保管方法にも工夫が必要と判ったが、交換日に数十人分の月桃葉を刈り、にぎにぎを作成することは業務上対応できないことから、生の月桃葉を使用することは断念し乾燥させ使用することにした。

だが、以前使用していた茶葉は一個作成するのに約20g使用していたこともあり月桃葉のみで作成するのは、量を確保することが困難であることから吸湿効果を代用できる材料はないか検討していると、スタッフより古紙はどうかと意見があり、古紙の吸湿性と、月桃葉の効果である抗菌・消臭作用を組み合わせ作成した。

でき上がりは、茶葉使用時と変わらぬ形を作ることができ、ある程度の弾力性も確保され、ほの

かに月桃葉の良い香りがする、にぎにぎが完成し手指拘縮のある入所者に使用した。

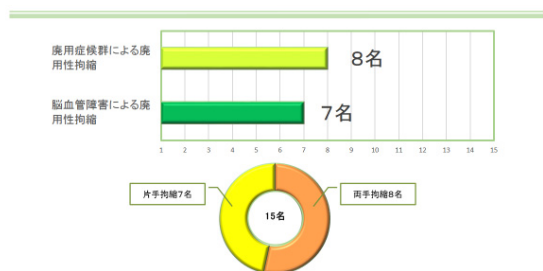


図1 手指拘縮者の原因疾病名

図1の使用者の原因疾病では、廃用症候群による廃用性拘縮8名、脳血管障害による廃用性拘縮7名の合計15名。両手拘縮8名、片手拘縮7名であった。

交換は、週2回とし一回の交換で23個を使用、毎日のハンドケア業務として手掌内が湿潤してないか、吸湿量が多く汚れてはないか、形が変形してないか、ちゃんとした位置で装着しているかの確認を行い、汚れがある場合は、微温湯での手指のふき取りを行うとしたが、他業務をこなしながら行う業務は忘れがちとなり統一したケアができないうでいた。

その後、ベッドサイドの個別ケア項目表を活用した。「にぎにぎ大丈夫ですか」と職員に問かける言葉で掲示し、視覚を通じて注意を促し、更にハンドケア担当職員を1名つけて対応したことで、忘れることなく確実にハンドケアが実践できるようになり切り替え後も、不快臭や皮膚トラブルの発生は見られなかった。

症例紹介

T氏

年齢・87歳

性別・男性

病名・脳梗塞後遺症

拘縮の程度・左上肢不全麻痺
左手指拘縮

症例は脳梗塞後遺症で、入所時より、左上肢不全麻痺があり、軽度の握り込みがあった。

左手指の運動機能はある程度残存していること

もあり、にぎにぎの使用は、不快臭や皮膚トラブルが生じた場合のみであったが、入浴前に手掌内を確認すると不快臭・浸軟・皮膚トラブルを起こした状態となっていた。

その後、毎日の手浴・にぎにぎを交換し皮膚状態の観察を行った。



2日目には、浸軟はあるものの不快臭は軽減した。3日目には、浸軟が改善され不快臭もなくなり、4日目には、皮膚トラブルは改善されていた。

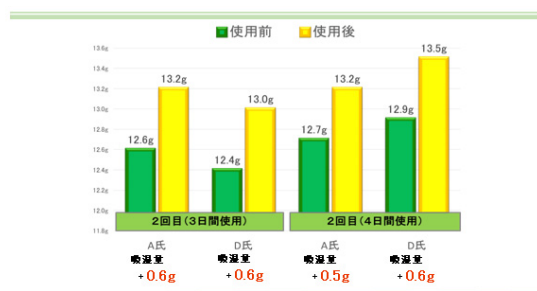


図2 にぎにぎ使用後の重さ(g)の比較

図2は、にぎにぎの吸湿量の測定で、2名を対象に週2回の入浴後から入浴前まで、右手のみ実施した。1回目は3日間・2回目は4日間の使用で重さの計測をした。

1回目A氏のケースでは、使用前12.6gから使用后13.2g+0.6gであった。D氏のケースでは、使用前12.4gから使用后13.0gで+0.6gの吸湿量がみられた。

2回目A氏のケースでは、使用前12.7g～使用后13.2gで+0.5gであった。D氏のケースでは、使用前12.9g～使用后13.5gで+0.6gの吸湿量がみられた。

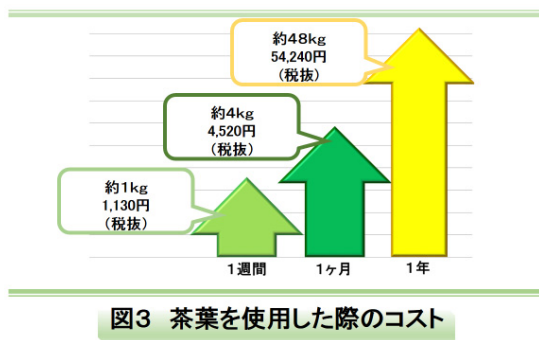


図3 茶葉を使用した際のコスト

図3、茶葉使用時は1個作成に約20g必要で、現在の使用者数で割り出すと週2回交換した場合は、1週間で約1kg、1カ月では、約4kgが必要となる。

古紙は生活棟内で破棄された紙を使用し、月桃葉は施設周辺に自生している葉を使用している。ガーゼ・茶袋以外の材料費は発生していない。

そして、茶葉の単価は1kgが、1,130円である。1カ月では4,520円となり年間で換算すると、54,240円のコスト削減ができています。

IV. 考察

今回の取り組みで、月桃葉と古紙を用いたハンドケアで手掌内湿潤の低減及び不快臭の改善が認められた。月桃葉の抗菌・消臭作用については悪臭成分メチルメルカプタンだけでなく、トリメチルアミンに対しても緑茶抽出物とほぼ同じ消臭効果が認められている。拘縮手の不快臭が消失したのは、月桃葉の消臭作用によるものと考えられる。

常に手を握った状態が持続する拘縮手は体温の放射が妨げられ、発汗を伴い湿潤状態となり、皮膚トラブルが発生しやすい環境となっている。

特に手掌や足底は他の部位に比べて角質層が厚い部分であり、ふやけて浮き上がる。

その為、垢となった角質層は菌の繁殖の栄養源となる。また、浸軟した皮膚は化学物質や細菌の透過性が亢進し、感染を起こしやすい状態になっている。¹⁾

古紙はシュレッダーにかけていることで、紙が細かくなっていることで、通気性が保たれ、拘縮手にこもる熱を放射できている。

また、吸湿量を計測した調査では、3から4日間で0.5から0.6gの吸湿量となった。よって手掌内の湿潤環境が改善されたのは、古紙の持つ吸湿性の効果と推測される。

古紙は予想以上に吸湿効果が高く、作り置きする場合は密閉容器を使用する。

その事で、にきにぎの効果を向上すると考える。

毎日行うハンドケア業務に対して、職員の理解と意識が高まり実施できるようになり、皮膚トラブル予防に繋がっている。

V. 終りに

月桃葉で皮膚状態が改善するのを体験したことで、職員の関心度も上がり、他の利用方法はないか模索し取り組みをしている。

今後も職員間でアイディアを出し合い、良いケアを提供し、選ばれる施設を目指したいと思う。

引用・参考文献

- 1) 新村真人 (1993)・褥瘡・皮膚潰瘍の予防と治療
- 2) 標準整形外科学(改訂10版)

ゆとりあるケアを目指して
～業務変更の試み～

陽光館 第3生活棟 ○大山 始 北嶋 真也
古謝 有朝 喜屋武 莉奈
宮城 麻乃 栄野川 太志

I. はじめに

3階生活棟は在宅復帰を目的とした生活棟という位置づけとなっている。3階生活棟は排泄の見守りや付き添いの歩行の介助を要する入所者を受け入れ、生活リハビリ支援の介助に多くの時間を費やす状態となり、ゆとりのあるケアが困難となっていた。

そこで平成26年3月より現在までに3回の時差勤務の変更を試みた。その結果を職員ミーティングで勤務体制について検討し実施した結果を報告する。

II. 取り組み期間・内容

1. 期間

平成26年4月～平成28年3月

2. 内容

介護職員のミーティング(月1回)

勤務体制の調整

III. 経過及び結果

3階生活棟は多岐に渡る入所者を受け入れる為、個々の特性や病状もさまざまである。そのため、個別の対応や家族の要望も受け入れながら質の高い介護が求められる。



図1 勤務時間一覧表

図1は既存の勤務体制である。縦ラインのオレンジのラインは口腔ケアやトイレ誘導やオムツ交換やベッドへの誘導等介護者の人数が必要な時間帯である。

青の縦ラインは食事の介助の時間帯でどちらも介護者の人数を必要とする時間帯である。しかし現状の既存の体制では入所者の要望に応えきれなかった。そのため、問題解決の為に生活棟ミーティングを実施した。

表1 4時差勤務の問題点

- ①既存の体制では入所者の要望を優先的に聴くことが出来ない。
- ②夜勤勤務で事故(転倒/転落/誤薬等)のリスクが高くなる。

表1は4時差勤務の問題点として①既存の体制では入所者の要望を優先的に聴くことが出来ない、②夜勤勤務で事故(転倒/転落/誤薬等)のリスクが高くなるという2点を示している。これらの問題点を解決するために介護職員ミーティングを開催した。



図2 勤務時間一覧表

図2は問題点の解決策として平成26年4月より1回目の時差勤務変更を試みた。1回目の時差勤務の改善点として5時差に変更となり退勤時間

が変更されたことで業務の焦りが軽減され入所者の要望を汲み取りやすくなった。また時差勤務者の就業時間内に夜勤者はトイレ誘導や就寝準備を行うことができた。さらに就寝前薬の時間に5時差勤務者がナースコールの対応に当たることができ誤薬リスク軽減に繋がった。

つまり4時差勤務（10時15分～19時）を5時差勤務（12時45分～21時30分）に変更した事により夕方のケアに関して入所者の要望に応えることが出来たが日中のケアが十分と言えなかった。

表2 5時差勤務に変更後

問題点

- ①介護者の移動により日勤帯の業務に支障が出てきた。

表2は5時差勤務に変更したことでの問題点として①介護者の移動により日勤帯の業務に支障が出てきたことを示している。



図3 勤務時間一覧表

図3は5時差勤務の変更によって生じた問題点を解決するために、平成26年5月に5時差勤務（12時45分～21時30分）の時間を1時間前（11時45分～20時30分）に2回目の変更をした。人数は従来通り3名体制であった。

表3 新5時差勤務時間変更後

問題点

- ①1時間の時差勤を変更したことで夕方の食事介助やトイレ誘導や口腔ケアやベッドへの誘導が円滑に行えなかった。

表3は5時差勤務時間変更後の問題点として①1時間の時差勤を変更しても入所者の要望に応えられなかったことを示している。



図4 勤務時間一覧表

図4はこれまでの経緯を介護職員のミーティングで再検討した。平成27年10月より、日勤業務から1人を時差勤に移動し、4時差勤務と5時差勤務への勤務体制に3回目の変更を実施した。

個々に合わせたケアと見守りの強化をすることを目的として、昼食の介助から5時差勤務者が業務に参加でき、昼食後のケアを行う時間に日勤者が業務に参加することにより口腔ケアやトイレ誘導やオムツ交換やベッドへの誘導が円滑に実施することができた。また、デイルームで過ごす入所者への気配りや声掛けなどのケアを職員全員で行うことができた。就寝前薬の内服が終わるまでの時間については、ナースコール対応など夜勤者のサポートも不備なく行えた。

夕食後のケアでも時差勤務者2人は口腔ケアや入所者の見守りと下膳の担当に分担することで気持ちにゆとりができ、入所者の訴えに耳を傾けることができた。業務にゆとりがうまれたことで職員の焦りが減少し、要望も汲み取れることで夕食後の問題点はクリアできた。また入所者から笑顔

がみられるようになった。

IV.考察

これまで業務に対し余裕がなく、細かいケアまでできていなかった。現在はケアのことを考えて対応ができていると職員の声が多く聞かれ、介助中の事故は軽減した。

また、業務にゆとりがあることで職員間の情報共有が強化され、時差勤務変更以前より入所者の状態把握ができ、素早い対応ができるようになったことで、入所者を持たせるというストレスを少なからず減少させることができたと感じている。

V.おわりに

職員のゆとりが、入所者の笑顔を引き出し、楽しく過ごせる環境を作れることができると実感できた。

ケアにゴールはありません。入所者1人1人のしたいこと・して欲しいことを聞き、感じ取り、現在より充実したケアを目指し陽光館3階生活棟に入所して良かったという言葉が聞けるようにしていきたい。

事故件数の集計から見る問題点 ～リスクマネジメントの工夫～

陽光館 第5生活棟 ○伊波 聡 徳門 竜也
上門 優也 池原 亮

I. はじめに

現在、介護老人保健施設では、在宅復帰への支援や経口摂取の維持と復帰、看取りといった事柄に加え、リスクマネジメントについての関心が高まっている。第5生活棟は認知症専門棟として重度の周辺症状を呈する入所者が対象のため、日頃から転倒や転落、窒息などの事故に対して細心の注意を払い、事故が発生した際には発生時の状況報告と分析、さらには今後の注意点について院内LANを活用し職員に周知を図っている。しかし、事故が一向に後を絶たないのも事実である。

そこで今回、1年間の事故件数の集計を行い分析したうえで、事故防止に向けた取り組みを行ったので若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 事故の集計調査期間

2015年4月～2016年3月までの1年間に提出された、『生活の質とリスクマネジメント』（事故報告書類）を参考に事故の種類と発生場所、発生時間などを集計した。

2. 研究期間

2016年4月～継続中

3. 分析と対策立案

- 1) 事故の内容から問題点を見出す。
- 2) 問題点から実現可能な再発防止策を立案し実行する。

III. 経過および結果

事故件数の集計の結果、第5生活棟では1年間に事故は24件に上り、ひと月に2件の割合で発生していることが分かった。

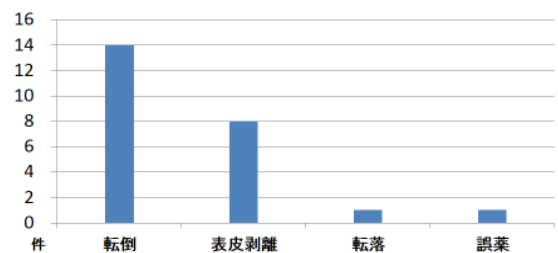


図1 事故の内容

事故の内容では転倒14件、表皮剥離8件、転落1件、誤薬が1件であった。

事故の発生契機では、入所者が発生契機となる転倒や転落、表皮剥離などが23件で、職員が発生契機となった表皮剥離が1件であった。誤薬に関しては服薬拒否のある入所者への投薬で、食事に混入したものを職員が目を離した隙に別の入所者が食べるという盗食行為による誤薬であった。

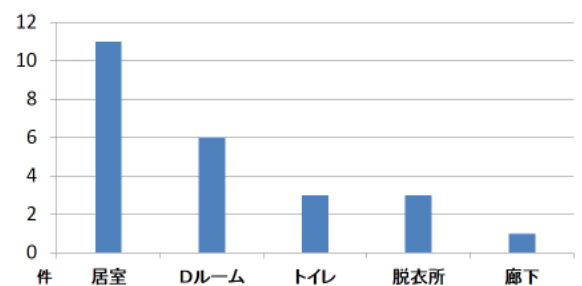


図2 事故の発生場所

発生場所では、居室11件、Dルーム6件、トイレ3件、脱衣所3件、廊下が1件であった。事故のリスクの高い入所者に対しては、椅子やベッドに離床センサーを設置しているが、入所者自ら破壊する行為や、寝具に付け替えてコールが作動しなかったケースが3件あった。

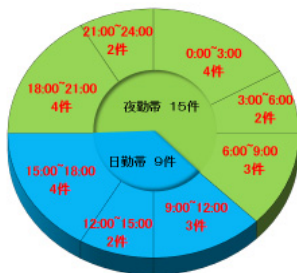


図3 事故発生時間帯

発生時間では、日勤帯で9件、夜勤帯で15件の事故が発生していた。夜勤帯では事故の発生前に夜間せん妄や不眠のあったケースが5件あった。また、日勤帯では介護への抵抗や盗食行為、帰宅要求など、顕著な周辺症状が事故の要因になったケースが24件中11件に上った。

事故が発生する度に職員に周知をしているが事故が後を絶たない。ある入所者は1年間で転倒事故が3件発生していた。事故が起きてしまう問題点として、日が経つと入所者個々のリスクについて意識が薄れていき、認識していてもケアを行う際に注意力が欠落した状態になっていたのではないかと推測された。



図4 周辺症状への対応

第5生活棟は認知度Ⅲ以上の方が入所しており、認知症の中核症状からくる帰宅要求や徘徊、妄想などの周辺症状が昼夜問わず出現している。しかし、施設ではやむを得ない場合以外には身体拘束を行わないため、介護が難しい状況になりながらも事故が起きないように様々な対応や工夫を行い事故防止に努めてきた。



図5 新リスク表(車椅子)

これまで、個々にリスクを抽出していたにも関わらず、ファイル形式にして詰所で管理をしていたため十分に活用されていなかった。そこで今回、新たに入所者個々のリスク表を作成し、車椅子やベッドに掲示することで視覚的に注意喚起する方法を試みた。



図6 新リスク表(ベッド)

薄れがちであったリスク情報を、ケアを行う前にリスク表で確認出来るため、個々のリスクについて再認識し、注意力を引き出すことが出来るようになった。

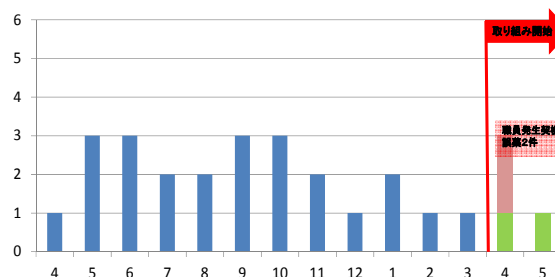


図7 事故の発生日 (2015.4~2016.5)

4月から取り組みを開始した結果、4月と5月の2ヶ月間での事故は入所者が発生契機となった転倒2件、職員が発生契機となった誤薬2件の合計4件が発生している。

IV. 考察

これまで、事故が発生する度に書面や申し送り等で再発予防を職員に周知しながら、離床センサーの設置工夫や、見守りの強化、座席や居室の環境調整などの対策を行ってきたが十分ではなかった。堀米¹⁾によると、「多くの研究は介護事故の発生要因に着目した研究が行われており、事故防止策や入所者の活動範囲などの関連性が検証されている研究は少ない」と述べている。

4月からリスク表を掲示する取り組みを開始して2ヵ月の間に転倒事故は2件で前年度に比べ減少はしたものの、職員が発生契機となる誤薬事故が同月に2件発生した。これは、職員の異動などにより、新職員への指導が行き届かずマニュアルの徹底が成されていなかった事が原因と考えられる。しかし、今回の取り組みを行なったことで新職員や他部署の介護職員から「わかりやすい」という声が聞かれ、今後入所者個人のリスクが容易に理解できていくものと考えられる。

職員の入れ替わりが慌ただしく介護の体制や質が問われているなか、どれだけ短期的に認知症高齢者の行動特性に対する理解が深められていくかが重要な鍵になってくると思われる。

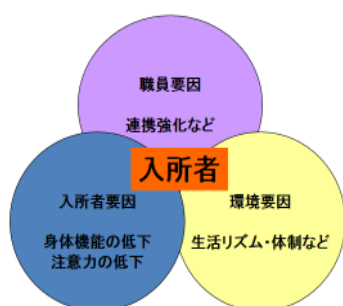


図8 今後の安全対策

今回は、統計を通して視覚的に注意喚起を促すことを目的にリスク表を掲示する方法を行なった。

しかし、平田²⁾によると、「介護者個人の不注意によって事故が起きたのだ」という誤解を払拭し、「施設の構造上または体制上の問題点によって事故が起きる危険があるのだ」、つまり、介護事故が起きるときは、「システムの欠陥」が存在する。と

述べている。そのことから、職員の意識や注意力を引き出すことと同時に、今後は事故やインシデントの定義の再確認と、入所者要因である身体機能や注意力の低下、介護に対する抵抗などのほか、環境要因と言える施設の日課や体制、職員の連携強化など事故に直結した要因を検証して、入所者に合わせた事故防止策を遂行していくことが必要であると考えられる。

V. おわりに

日常生活を営むうえで事故に対するリスクは避けられないものである。しかし、施設では安心・安全が最低限の保障として捉えられ、家族からの大きな要望でもある。高齢者介護に従事する職員として、事故に対するリスクを最小限に抑え、これからも入所者及びご家族とより良い関係性を築き上げていきたい。

参考文献

- 1) 堀米史一：介護老人福祉施設における介護事故に関するリスクマネジメントの質的研究、社会医学研究、第33巻1号 2016
- 2) 平田厚：福祉施設におけるリスクマネジメント、障害保健福祉研究情報システム、フォーラム 2003

介護老人保健施設陽光館入所者の現状

陽光館生活看護課 ○新城 みゆき 前徳 恵子
宮城 妙子

I. はじめに

介護老人保健施設陽光館（以下当施設と略す）は平成3年に開設して25年を迎えた。3年に1度の介護保険制度の改定に適応しながら現在に至っている。入所者の高齢化と要介護度の重度化に加え入所者は多疾患でフレイル（虚弱）な状態であるため容易に重篤な容態の急変に陥りやすく、医療機関への救急搬送を余儀なくされている。今回看護の視点から入所者の全体像（年齢・介護度・疾患・内服薬剂量等）を把握し分析を試みた。急変時に備えて家族へ蘇生についての説明と家族の将来・最終的ニーズのアンケートを聴取し、その結果を集計し分析を試み報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

平成28年1月1日～平成28年5月30日迄

2. 対象者

累積入所者（151名）

※ ショートステイを除く

3. 研究方法

1) 家族へのアンケート調査を実施

病状急変時の対応に関する確認表作成

2) 疾患・内服薬・要介護度はカルテより情報収集

III. 経過及び結果

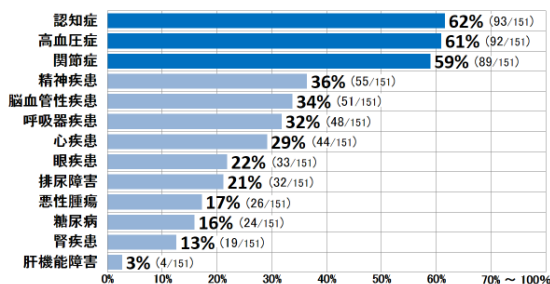


図1 主な疾患別罹患患者数 n=151

図1のグラフは主な疾患を示し、際立った疾患は認知症・高血圧・関節症である。その他老人に特有な疾患を示している。

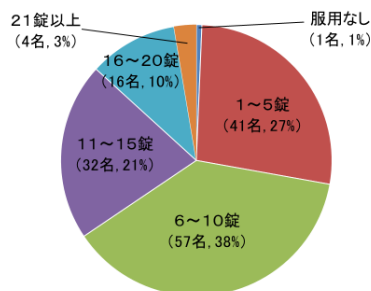


図2 1日の服用薬剤数の分布 n=151

図2は1日の服用薬剤数の分布である。6錠～15錠が大半を示している。

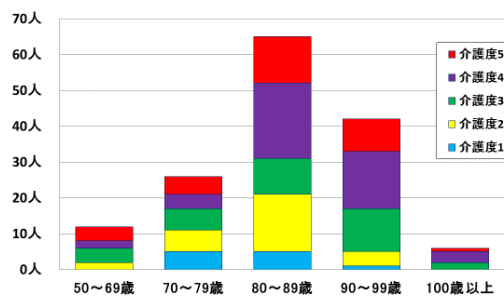


図3 年代別介護度 n=151

図3は年代別要介護度を示している。80歳以上は要介護度4～5が半数以上を示している。80歳以下では要介護度2～3が半数以上を示している。全体の要介護度の平均は、要介護度3.7を示している。平均年齢は、82.6歳であった。

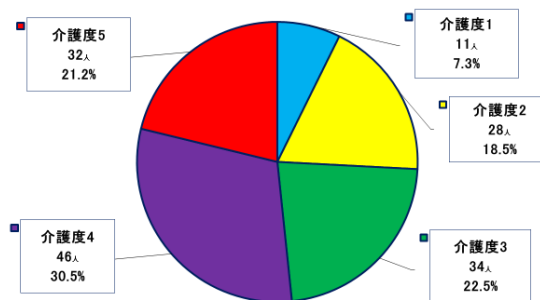


図4 要介護度別割合 n=151人

図4は要介護度別割合を示している。要介護度4から要介護度5が半数以上を示している。

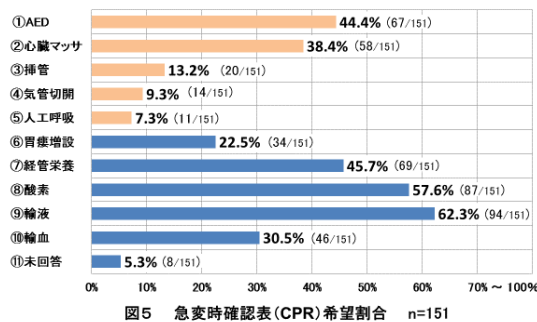


図5 急変時確認表(CPR)希望割合 n=151

図5は病状急変時の確認表の家族の希望割合を示している。家族は応急処置を希望しているが延命処置は希望していない。

IV. 考察

当施設に入所している殆どの高齢者は、入所時より身体的・精神的に障害を持ち地域支援・家族支援のみでは在宅生活が困難な状態である。また、加齢に伴う生活機能の低下があるフレイル(虚弱)な高齢者が多い。当施設の今年上半期のデータから分析した結果、社会全体の高齢化現象と比例して当施設入所者の平均年齢や要介護度も上昇している。その上、高齢者に特有な認知症や高血圧症や関節症が入所者の半数以上を占めている。精神疾患が34%と多かったのは、平和病院からの紹介によるものである。多くの入所者の殆どが多疾患で多剤の内服薬服用を余儀なくされており、6錠以上の内服薬服用者が151名中109名であった。その上、加齢による免疫能力の低下により感染率が高く医療的観察や処置の増加が目立ってきている。100歳以上になると要介護度4から要介護度5となっている。本来当施設はリハビリテーションや医療行為により早期の身体機能の回復を目指す施設であるが、特別養護老人ホームの入所待機者の増加により入所する事が出来ない高齢者が入所できるまでの繋ぎで当施設に入所している。老健施設は原則3ヶ月の利用期間の規定があるが、現状では多疾患で重介護の入所者が半数以上を占めており、また主介護者も高齢で自宅での介護療養が困難な状況にある。また、家族の意向も入所

継続を希望しているため、長期にわたり当施設を利用せざるをえない高齢者が多い。老健施設は、医師及び看護職員・介護職員・理学療法士・他専門職の配置が義務づけられている。看護師は入所者に対して内服・身体管理を初め療養病棟レベルの医療行為を行うが、病状悪化時や急変時には医療機関へ救急搬送をせざるをえない。当施設のアンケート調査結果では「AED」「心臓マッサージ」の一時的延命処置に関しては希望者が多かった。しかし、医療機関での長期的な延命処置は望まず、一時的な症状に対しての対症療法は要望が多かった。家族は高齢であっても長生きして欲しいとの思いがアンケート調査で確認できた。現状の当施設における家族の要望は、①日常生活の看護と介護 ②リハビリの維持 ③在宅復帰の支援 ④中長期的な医療行為 ⑤看取りである。看護師は観察、アセスメント、判断力が求められると共に他専門職と情報を共有し身体管理に努めなければならない。日常生活が自分で出来なくなる状態へと変化し、容態が急変するリスクが高い事を、常日頃から家族に理解していただく必要がある。病状の変動や悪化時には、医師と共に積極的な面談を行い、現状を受け止められるよう、日頃から家族との信頼関係の構築が不可欠と考える。

引用・参考文献

日本医師会雑誌 (第145巻・第2号)

参考資料1 (1 / 2)

病状急変時の対応に関する確認表 (平成 年 月 日確認)

療養者名 様 (生年月日: M・T・S 年 月 日)

ご家族氏名 様 (続柄:)

- ①AED (体外式徐細動) (希望する ・ 希望しない)
②心臓マッサージ (希望する ・ 希望しない)
③気管内挿管 (希望する ・ 希望しない)
④気管切開 (希望する ・ 希望しない)
⑤人工呼吸器 (希望する ・ 希望しない)

- ・胃瘻造設 (希望する ・ 希望しない)
・経鼻栄養 (希望する ・ 希望しない)
・酸素投与 (希望する ・ 希望しない)
・輸液 (希望する ・ 希望しない)
・輸血 (希望する ・ 希望しない)

説明医師: _____

担当者: _____

※この用紙は、病状やご本人、ご家族の気持ちの変化に応じて変更することが可能です。その場合は、主治医、生活棟職員、相談員へお声かけください。

※急変時には、ご本人やご家族へ治療方法の説明や承諾をいただく時間がない場合がありますので、ご家族で話し合っていて、方向性がお決まりでしたら、早めにお知らせください。

※当館では基本的に、ご本人（ご本人が意思決定できない場合はご家族）の希望を尊重致しますが、その時点でのご本人の状況から医師の判断により、緊急処置が行われる場合があることも、ご了承ください。

介護老人保健施設 陽光館

参考資料1 (2 / 2)

①AED (体外式徐細動)

不整脈や心臓の動きが止まった場合に心臓に電氣的な刺激を加えて、正常な心臓の動きを取り戻せるようにする方法です。

火傷やほかの不整脈を起こす場合があります。

②心臓マッサージ

心臓の動きが止まった場合に、胸の上を押して外部から心臓を圧迫して、体内の血流を保たせる方法です。

肋骨 (肺を包んでいる骨) や胸骨 (胸の真ん中の骨) の骨折やそのおれた骨による肺の損傷が起こる場合があります。

③気管内挿管

呼吸が困難になった場合に、一時的に口から気管 (肺に行く通路) まで管を入れることです。

歯を含む口腔内あるいは気道 (肺に行くまでの通路) の損傷を起こす場合があります。

また挿入された状態では会話や食事をすることはできません。認知症等のために、状況を理解し治療に協力をすることができない方の場合、チューブを引き抜かないように身体拘束をしなくてはならない場合もあります。長期間、挿管が必要な場合は気管切開 (喉に穴を開けてチューブを通すこと) が必要になります。

④気管切開

③の状態が長期間必要な場合は気管切開 (喉に穴を開けてチューブを通すこと) が必要になります。

⑤人工呼吸器

自分の力で十分な呼吸ができない時に、挿管をした上で機械につないで機械の力で呼吸をして頂くことです。いったん、人工呼吸器での治療が開始されたら、基本的には呼吸機能が改善して「自分の力で呼吸ができる」と判断された場合のみしか、取り外しができないとお考えください。

※また、心臓が動いても植物状態のように意識が戻らず、人工呼吸器が外せないような状況になる可能性があります。

なお、吸痰等のための一時的な挿管 (食事や痰が詰まって呼吸困難となった場合に一時的に管を入れて、食塊や痰を吸引すること。危険性は上記③と同じ。) に関しては「延命処置」ではなく、「一時的な救命処置」として取り扱い、医師の判断により行われることがあります。

40歳以上の陽光館職員における運動器症候群を考える ～ロコモ危険度テストの報告～

リハビリテーション課 ○古謝裕加子

松元勝利 親川智史

I. はじめに

最近、よく取り上げられるようになったロコモティブシンドローム（和名：運動器症候群）通称ロコモが話題になっている（以下ロコモと略す）。ロコモとは、筋肉や関節、骨など運動器の衰えによって日常生活動作がスムーズにできなくなり要介護のリスクが高まる状態のことを言う。高齢者に多い生活習慣病であるが実は、運動器の機能低下は40歳ぐらいからすでに始まっていることがわかっている。このまま運動器の低下を意識することなく今の生活を続けていると40歳以上の5人に4人が将来は要介護状態になると言われている。以上のことから40代からの対策は不可欠となっている。そこで、今回40歳以上の陽光館職員に着目したところ、「どこかが痛いと感じる」「体力が低下している」などの声が聞かれた。そのことからロコモ危険度テスト、痛みの有無、姿勢などの項目チェックを使い、ロコモ予備軍になっていないか？自分の身体に関心を持ち予防のために何が大切かを知ってもらい運動機能低下予防の第一歩になればと調査を実施したので、ここに報告する。

II. 研究方法及び対象

1. 対象：40歳以上の陽光館・あおば邸職員
（男性：12名、女性：50名 合計62名）
2. 測定期間：平成28年4月25日～4月30日
3. 方法
 - 1) ロコモ危険度テスト（動作編）
 - ① 40 cm椅子からの片脚立ち上がり
（左右の脚測定）
 - ② ヒップリフト&両手拳上
（左右の脚測定）

- ③ フロントランジ（左右の脚測定）
- ④ 40 cm椅子からの座り立ちテスト
（10回何秒で座り立ちできるか測定）
- ⑤ アンケート（痛みの有無、姿勢など）

4. 評価方法

- 1) ロコモ危険度テストを実施し動作ができる？できない？をチェック

※「できない」の評価ポイント

①片脚立ち上がり

- ・立ち上がれるがぐらぐらしキープできない。
- ・左右の脚ともに立ち上がれない。

②ヒップリフト&両手拳上

- ・身体がぐらつく
- ・お尻が下がる。

③フロントランジ

- ・膝が内側に入る ・身体がぐらつく
- ・膝屈曲90° 不十分
- ・膝が足部より前にでる

- 2) 40 cm椅子からの座り立ち：性・年代別の時間と比較し、速い/ふつう「できる群」遅い「できない群」と表した。

III. 結果

III 結果(ロコモ危険度テスト・椅子からの座り立ち)

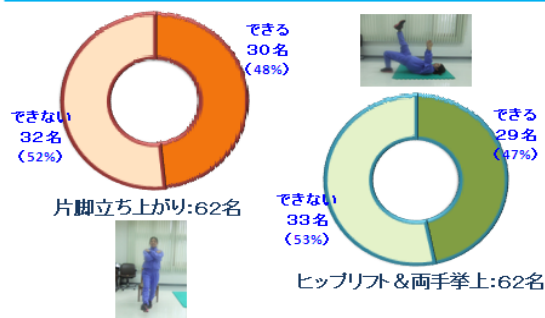


図1 片脚立ち上がり・ヒップリフト&両手拳上結果

1. 片脚立ち上がりテスト

できる群：30 名

できない群：32 名

<できない群の内訳>

- ・片脚のみできない：15 名
- ・両脚ともにできない：17 名

2. ヒップリフト&両手拳上テスト

できる：29 名

できない：33 名

Ⅲ 結果(ロコモ危険度テスト・椅子からの座り立ち)

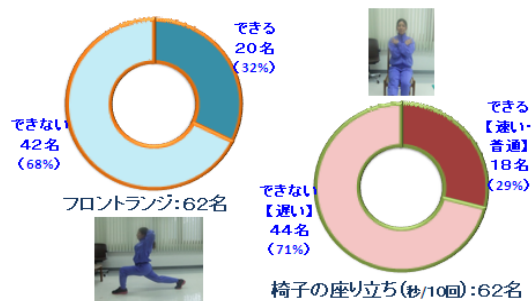


図2 フロントランジ・椅子の座り立ち結果

3. フロントランジテスト

できる：20 名

できない：42 名

<できない群の内訳>

- ・膝が内側に入る
(左右入る：20 名、片脚入る：22 名)
- ・膝屈曲 90° 不十分、膝が足部より前に
でる：20 名

※複数あり

4. 椅子からの座り立ちテスト

できる (速い/ふつう)：18 名

できない (遅い)：44 名

- ・44 名の脚力が弱い

Ⅲ 結果(アンケート)



図3 姿勢チェック

1) X脚・O脚：23 名

2) 猫背・そり腰：5 名

Ⅲ 結果(アンケート)

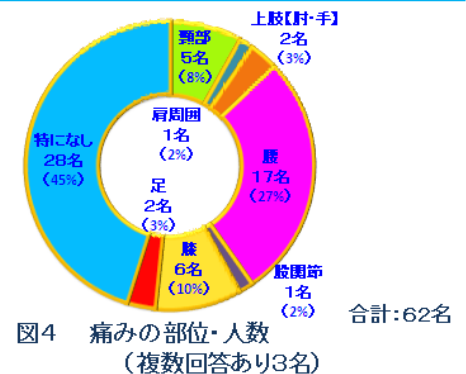


図4 痛みの部位・人数
(複数回答あり3名)

Ⅲ 結果

1. 62名中 **58名**が何かしら
機能低下がみられた！

2. 62名中 **4名**が問題なくクリアできた！

3. **58名**がロコモティブ予備軍といえる！！

Ⅳ. 考察

今回、40 歳以上の陽光館職員におけるロコモについて調査を行った結果、約 94% (62 名中 58 名) の職員が何らかの運動器の機能低下をおこしていることがわかった。

また、問題なしの 4 名においては、痛みや不良姿勢はありつつも椅子の座り立ちテストの結果から「できる群」の中でもタイムが速く、下肢筋力が強いことが示された。

今回のロコモ危険度テストの結果から「できない群」の要因として腰部、臀部、大腿部筋肉の筋力低下が最も影響していることが示された。加えて股関節周囲の柔軟性低下および痛みや不良姿勢、日々の同じ動作が影響し不慣れた動きに対し、筋の連動が上手くいかないことや筋出力低下に陥り動作が行いにくくなっていると考える。

日頃、日常生活や仕事で忙しく動き回っている私達であるが、加齢や日々の同じ動きの中では、機能低下していくことが今回の調査で示された。

対策として、①下半身を中心に背筋群、腹筋群などを筋力トレーニングで鍛える。下半身の筋肉は、十分な運動を行わなければ衰えやすい筋肉で、特に大腿部の筋肉は最も衰えやすいといわれているため下半身の強化は重要である。②ストレッチで柔軟性を高める。③姿勢を崩す生活習慣を見直すこと。姿勢の悪さは、筋肉の衰えや運動器の機能低下が大きく関与しているため、以上を踏まえ実行していくことが重要と考える。

しかし、今回の調査では、運動習慣や意識していることなどについて、62名中5名のみが何らかの運動実践や意識をしているとの結果であった。

日本人で運動習慣がある人は、3人に1人もいないという厚生労働省のデータもあり、いきなりハードな運動を開始しても長続きしないということが言われている。継続的かつ効果的に実践していくためには、日常生活で活動強度を上げることから始めることが良いと考える。人間の身体は、同じ運動を繰り返し与えていると省エネモードになってしまうと言われている。普段の生活活動よりも「ややきつい」と思える負荷で新しい刺激を与え続け動かすことが機能低下を予防できると考える。

今回の調査結果から職員全員が自分自身の身体の状態を今一度見直すきっかけとなり「自分はまだ大丈夫」と過信することなく、運動器の機能低下は、すでに始まっていることを認識してもらい少しずつ運動する習慣を身につける一歩になればと考える。

V. 終わりに

今回、調査のみの報告となったが、40代からの運動器の機能低下が始まっていることがわかり予防対策の必要性を痛感できた。

制度改正により地域包括ケアシステムの構築が言われる中、住み慣れた地域で元気に人生最後まで暮らしつづけてもらうためにも私達、理学療法士は、治療医学から予防医学という観点へ積極的に目を向け40代からの適切な予防策を立て情報提供および健康教育を行い、どう実践していただくか考える機会となった。今後、研鑽を積み予防対策へ取り組んでいきたいと考える。

参考文献

- 1)：基礎運動学、第6版、医歯薬出版株式会社
- 2)：姿勢と動きのなぜがわかる本、第1版、秀和システム
- 3)：理学療法の臨床の実際～
<http://rigakuryouhourrinshou.blog.fc2.com>
- 4)：ロコモ対策超入門、ニッポン放送
- 5)：ロコモティブシンドローム、メディカルレビュー社

【添付資料】						
性・年代別の時間（秒）						
判定 年齢	男 性			女 性		
	速い	ふつう	遅い	速い	ふつう	遅い
40～49	～7秒	8～10	10～	～7	8～10	11～
50～59	～7秒	8～12	13～	～7	8～12	13～
60～69	～8秒	9～13	14～	～8	9～16	17～
（参考：早稲田大学 福永研究室 資料）						
椅子の座り立ち（秒/10回）						

慢性期閉鎖病棟における暴力減少に向けての一考察

第1病棟 ○高江洲 徳一 新垣 愛子
比嘉 和枝 儀保 桂

I. はじめに

当病棟は統合失調症の慢性期で難治性の患者がほとんどであり、精神科リハビリテーション行動評価尺度においても著しく社会生活困難な患者が94%を占めている。

平成25年の医学会でも報告したが、暴力行為の発生数が他病棟に比べ極めて多い事も当病棟の課題の一つである。日々の臨床の中で暴力事故やインシデントに直面するたびに、今以上に的確な予見ができれば暴力を減少させることが可能となるのではないかと感じていた。そこで今回、過去3年間の暴力事故やインシデントを調査し、暴力を予見できる因子や観察視点、対応について分析してみた。その結果に若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2013年4月～2016年3月

2. 対象者

- 1) 研究期間中に暴力事故及びインシデントとして報告された当該患者45名
- 2) 研究期間中に勤務している看護師15名

3. 方法

- 1) 暴力事故及びインシデント件数の推移
- 2) 暴力事故及びインシデントの対象の推移
- 3) 暴力事故及びインシデントの要因の比較
- 4) 暴力事故当該患者を過去の暴力歴で分類
- 5) 看護師へ暴力を予見するポイントについて聞き取り調査
- 6) 看護師へ対応の工夫について聞き取り調査

4. 評価方法

- 1) 過去の暴力歴やインシデントの有無から予見の可能性を検討

2) 看護師への聞き取り調査から予見の観察ポイント进行分析

5. 倫理的配慮

研究にあたり、個人が特定されないよう配慮した。

III. 経過及び結果

1. 事故及びインシデント件数の推移 (図1)

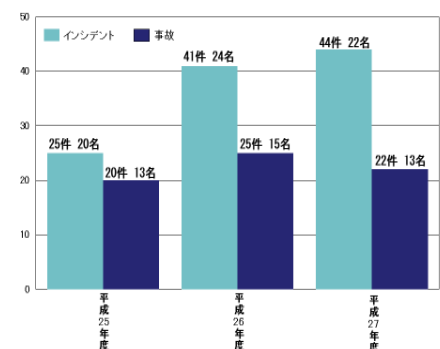


図1 事故及びインシデント件数の推移

事故件数はさほど変化はないが、インシデント件数は明らかに増加している。内容としては、25年度は同じ患者が4件起こしており、26年度は5名の患者が3件ずつ起こしている。27年度は3件が1名。5件起こした患者が1名いる。3年間、連続で暴力行為を起こしている患者も5名いた。

2. 事故及びインシデント対象の推移 (図2)

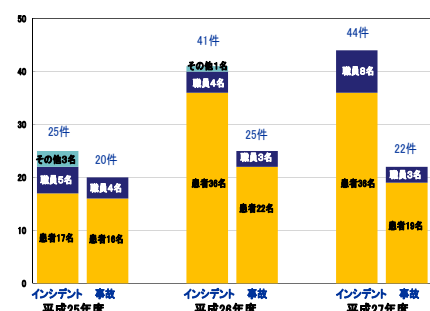


図2 事故及びインシデント対象者の推移

25年度の事故件数20件中、職員への暴力が4件（1件は頭部CT検査を要すレベル3）26年度は25件中職員への暴力が3件（うち1件は医師への暴力、レベルは全て2）27年度は22件中3件（うち2件は新職員と他部署の職員、すべてレベル1）

インシデントの大半が患者同士の暴力であり、攻撃寸前に看護者が制止していることが多い。

3. 事故の要因について以前の研究報告期間（平成22年度～24年度）と比較した。（図3）（図4）

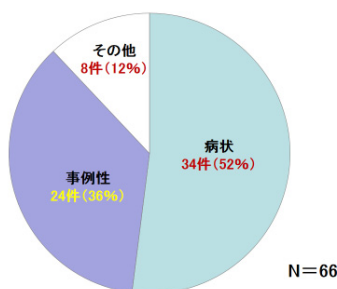


図3 平成22～24年度の事故要因

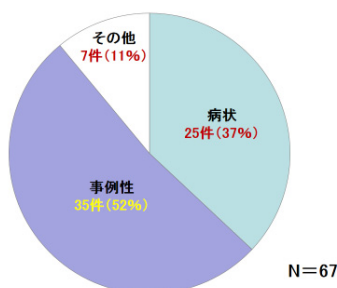


図4 平成25～27年度の事故要因

総件数は66件、67件とほぼ同じである。しかし、平成22～24年度の事故の要因は病状に因るものが半数以上であるのに対し、平成25～27年度は事例性に因るものが半数以上を占めていた。事例性に因る内容は「自分の要求が通らない」「相手が不愉快な行動をした」「飲みものやテレビのチャンネル争い」などであった。

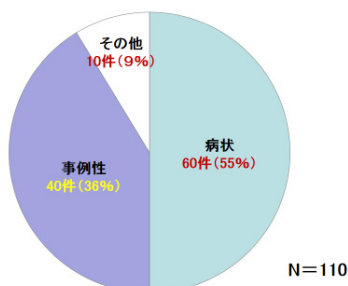


図5 平成25～27年度のインシデントの要因

次に25年度～27年度のインシデント110件を要因別に分類した。病状に因るインシデントが55%を占めていた。（図5）

4. 平成27年度の暴力事故当該患者13名を過去2年間の暴力歴で分類した。（図6）

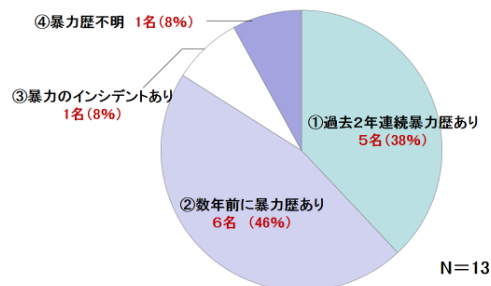


図6 暴力歴の分類

- 1) 25年度、26年度と2年連続暴力事故あり、27年度も暴力事故を起こした患者5名（38%）
 - 2) 数年前には暴力歴があり27年度も暴力事故を起こした患者6名（46%）
 - 3) 暴力歴はないが26年度のインシデントにはあがっている患者1名（8%）
 - 4) 新患で過去の暴力歴が不明な患者1名（8%）
5. 看護者へ日頃、臨床で暴力を予見するためにどのような点に留意しているか、聞き取り調査を行い、経験年数により比較してみた。

精神科経験5年未満の看護者3名は①過去の暴力歴②患者の表情や口調等が中心であるのに対し、経験5年以上の看護者12名は①②以外に③現在の病状④処方の変化⑤患者間の人間関係⑥欲求の満足度（面会や小遣い銭の有無）⑦睡眠状況⑧行動制限の変更等々、日常生活全般に及んでいた。

6. 次に、暴力を予見した時の対応の工夫について聞き取り調査を行い比較してみた。5年未満の看護者は①リスクの高い患者とは距離を置く②先輩看護者へ対応を交代してもらおうと答えているのに対し、5年以上の看護者は①過去に暴力行為のある患者を対応する場合は相手のパーソナルスペースに入らない②要求に対し条件を付けた上で応じる③傾聴と共感④早めにP I C Uへ誘導し、環境を変える④注射や頓服などの処置を行う等々あった。

IV. 考察

図1の結果からわかるように、インシデント件数は明らかに増加していることや図3、4の比較においても、事故の要因の事例性が病状を上回っていることから、病状悪化の兆候を予見し事前に対応できているのではないかと考える。これは、図5のインシデントの要因分類で病状が半数以上を占めていることから伺える。

また、職員への暴力による侵襲度が軽減している要因として、周囲の看護者のフォローによるところが大きいと考える。しかし、3年連続被害に遭っている看護者の場合、看護者と患者間の距離の置き方などが影響していると考えられ、タイムリーに実践的な指導が必要だと考える。一方、他部署の職員や新職員への暴力であるが、見慣れない職員に対して攻撃性を示す患者は予見できていたが、情報を伝達していなかったために発生している。このような暴力に対しては、確実な情報の伝達や適切な介入により防止できると考える。

次に、図6に示した過去の暴力歴分類において、27年度暴力事故当該患者13名のうち、3年連続事故を起こしている患者が5名。1～2年前に暴力事故のある患者が6名と全体の84%を占めていることから、暴力歴のある患者のリスクは非常に高いことがわかった。黒田は「過去の暴力歴は暴力の最も強い予見因子である」と述べているように、暴力を予見する最も有用な情報は暴力歴であることが今回の調査においても示唆された。

次に、リスクの高い患者の暴力を未然に防止するには、予見する観察ポイントが重要になる。看護者への聞き取り調査結果からも分かるように経験年数の豊富な看護者ほど、観察視点が日常生活全般に及んでおり、患者と密に関わっていることが伺える。患者が何に対して不満を抱いているのか、イライラしているのか、患者間の人間関係など、病状だけでなく事例性を起こす要因を把握し、それらの情報を確実に伝達、共有することが重要になると考える。しかし、兆候を察知しリスクに見合った介入が実行できる環境がなければ、予見

しても防止できない事になる。

当病棟の中央に位置するPICUは病室とナースステーションが近接しており、患者に安心感を与えられる環境であるため、病状悪化や事例性によるリスクを予見し、一時的に保護する空間として効果的に運用できていると考える。

以前の研究報告の中で頻回に暴力を起こしていた患者に「いかなる理由があれ暴力は絶対にやってはいけない」と繰り返し厳しく指導した結果、その後3年間（今回の研究期間中）インシデント1件のみだった。このように、看護者の姿勢はその後の患者の行動を左右することもある。

経験豊富な看護者の対応は、患者との適切な距離間を保ち、傾聴・共感しながら、条件はつけるが可能な限り譲歩し要求を満たす対応をしていた。それは、患者の思いを汲み取ることをベースに対応しており、看護者の倫理観そのものが暴力を予防する対応の工夫に繋がっていると考ええる。

以上のことを踏まえてまとめると、暴力を予見するには①過去の暴力歴②日常的な生活全般に及ぶ観察③倫理観と経験から得た対応の工夫が重要な要素だと考える。

V. 終わりに

今回の研究により暴力の予見について考える機会を得た。臨床の経験知を活かし有用な対応を見出すこともできた。今後も倫理観を高め、暴力のない病棟を目指し更なる研鑽を積んでいきたい。

引用文献

- 1) 黒田治: 自傷・他害・依存・アクティングアウトのリスクマネジメント他害、臨床精神医学、2005年増刊, p, 237-254, 2005

事故レベル

【レベル0】	間違っただけで発生したが、患者には実施されなかった場合
【レベル1】	間違っただけを実施したが、患者には変化が生じなかった場合
【レベル2】	(軽度) 事故により、患者への観察の必要が強化された場合
【レベル3】	(中度) 事故のため、治療・処置の必要性が生じた場合
【レベル4】	(高度) 事故による後遺症が残る可能性が生じた場合
【レベル5】	(死亡) 事故が死因となった場合

急性期治療病棟における早期退院に向けた看護者の役割

第3病棟 ○大村 隆広 桑山 大祐
新里 恵司 比嘉 勇司
真栄城 優子 比嘉 千奈美
垣花 宏樹

I. はじめに

精神科医療の動向は入院治療から在宅医療へ移行している。平成 26 年度改訂では、急性期治療病棟において密度の高い医療を提供し、在院日数の短縮化を図るため、精神科急性期医師配置加算（以下 16 : 1 と略す）が新設された。「新規入院患者のうち 6 割以上が 3 ヶ月以内に退院し、在宅へ移行する」ことが規定されており、当院では平成 27 年に医師・看護師・精神保健福祉士などを中心にプロジェクトが発足され、加算に向けて目標が達成されている。当病棟でも平成 26 年より早期退院へ向けた取り組みを実践しており、加算の数値的な要件は満たしているものの看護の専門性を活かした関わりが十分に出来ているのか再考するため、平成 26 年にあげた課題 7 項目と新たに 4 項目追加した取り組みを振り返り、資格者の意識調査も加えまとめたので報告する。

II. 当病棟の概況

1. 入院患者動態(表 1)

表 1. 入院患者動態(N=315)

性 別:	男 151名	女 164名
平均年齢:	52.67歳(±18.35)	
入院形態:	措置入院	1名
	医療保護入院	107名
	任意入院	207名

2. 平成 27 年入院患者転帰(表 2)

表 2. 平成27年入院患者転帰

1年間の入院患者	315名
3月未満の退院者	212名
3ヶ月以上の退院者	34名
入院継続中	43名(平成28年3月31日時点)

3. 入院患者疾患別分類(図 1)

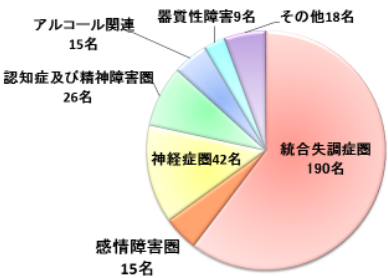


図1. 疾患別分類(N=315)

III. 研究方法

1. 取り組み期間

2014 年 6 月～2016 年 5 月

2. 取り組み内容

平成 26 年度に当病棟の研究であげた早期退院に向けた取り組み 7 項目(表 3)と新たに病棟としての早期退院に向けた取り組み(表 4)を振り返り課題を抽出する。

表3. 平成26年の取り組み課題

- ①参画型看護計画の実践の強化
- ②リハビリの充実、病状に応じた処遇改善
- ③多職種との綿密な情報交換
- ④入院時より退院後の方向性の確認
- ⑤転出先への情報提供強化
- ⑥有効なベッドコントロールの検討
- ⑦病診連携や病病連携の継続

表4. 今回追加した取り組み

- ・ 患者情報をタイムリーに多職種と共有(メール活用)
- ・ 医師へ積極的に病状報告
タイムリーに入院形態・処遇変更へつなぐ
- ・ 患者についてのショートカンファレンス実施
- ・ グループミーティングの実施

3. 資格者 11 名を対象に以下の 5 項目でアンケート調査を実施した。(表5)

表5. アンケート項目内容

- 問1. 3病棟勤務歴
- 問2. 急性期医師配置加算について
- 問3. 受け持ち患者の退院先について
- 問4. 早期退院の実践について
- 問5. 早期退院に向けた関わりについて

4. 倫理的配慮

本論文の作成にあたり個人が特定されないよう配慮した。

IV. 結果及び考察

平成 26 年度の研究であげた早期退院に向けた取り組みについて②～⑦は現在も継続できている。しかし、①の問題型看護計画は立案できているが参画型看護計画へ移行できず実施できていない。入院時は問題型看護計画からの立案であるが参画型看護計画への移行時期が明確になっていないため実践できなかったと思われる。参画型看護計画では患者自身に主体的に参画してもらうため必然

的に患者・家族との関わりが今まで以上に必要となってくる。患者・家族と退院に向けての関わりをしているが書面には反映していないのが現状である。参画型看護計画への移行時期を明確にし、どう取り入れるか検討する必要がある。

新たに病棟での早期退院に向けた取り組みとして、難しいケースの患者の場合など問題点をあげて申し送り後にショートカンファレンスを入院早期より持つようになった。

見藤¹⁾は「看護者はカンファレンスの場で情報を提供し合い、話し合っただけの看護を評価し次の計画にそれを活かしていく」と述べている。このような取り組みを実施することにより、医師へ綿密な情報伝達するようになりタイムリーに入院形態・処遇の変更ができ患者の退院促進へつながったのではないかと考える。

急性期症状が鎮静した患者へ、グループミーティング(病棟独自に実施しているオリエンテーション)を行い、経時的入院治療計画書の説明もしている。それにより患者自身が主体的に治療に参画でき退院の意識づけへとつながっている。

入院時の急性期症状が活発な時期に患者の理解を得ることは難しいが、入院時より家族も含めパスを提示し退院までの流れを大まかに説明することで退院を患者・家族と一緒に考え、計画的な退院を意識づける有効な手段の一つであると考え。北林²⁾は「急性期治療病棟に入院してくる全患者にパスを試みたら早期退院率の改善に役立った」と報告されている。澤³⁾は、「無理に時間軸を設定すると逆に必要のないケースで入院期間の延長が起きかねない。バリエーションのために現実的でない」と論じている。パスには優位性があるという反面、現実的ではないという両極端の意見がある。当病棟で現在活用しているパスの見直しも検討し患者の個別性を重視し、その患者にあった方法でパスを取り入れるなど患者の状態変化にも対応できるような柔軟な方法でパスを活用していくことも検討していく必要がある。

アンケート結果より、16:1の理解度は46%が「分からない」と回答している。その原因として

は16:1のプロジェクトや部署長に委ねる部分が大きく早期退院にむけた取り組みは意識しているが根本的なシステムに関して理解が乏しかった。そこで勉強会を実施し理解を深めることが出来た。今後も継続して勉強会を実施する必要があると感じた。

早期退院の実践について自由記載した結果、患者の退院後の不安を聞きだし、それに応じた情報を多職種で共有するなど、早期退院を看護師個々が意識しチームとしてのアプローチ以外に取り組んでいる。

早期退院に向けた患者との関わりについて、現在実践している退院に向けた取り組みと一致している意見が多く聞かれた。受け持ち患者の退院先を把握し、どのような取り組みが早期退院につながるか把握し実践できていることがわかった。16:1の理解を深め、さらに専門性の高い関わりを実践していくことが今後看護の役割として求められていると感じた。

勤務歴から見ると1年目から5年目までの看護師が64%を占めている。教育病棟としての位置づけもあるため新人看護師から熟練看護師までの幅が広く看護の力量の差があることは否めない。統一した早期退院に向けて明確な取り組み事項はないため、看護師が一貫した対応が出来る方法を検討する必要があると考える。そこで、当病棟独自の入院患者把握表を作成し、どの看護師が見ても患者の入院から退院までの流れが分かるようなツールを活用するのも一つの方法であると考え。新人看護師から熟練看護師の力量の差を埋めることはツールを活用することだけでは難しいが同じプロセスを共有することは可能ではないかと考える。

IV. まとめ

今回あがった課題を以下にまとめた。

1. 参画型看護計画を確実に実施する
2. 入院時から退院を意識づける柔軟なパスの作成と活用

3. 看護者の動きがわかる、入院から退院までの流れが把握できる一覧表の作成及び統一した看護の実践

V. 終わりに

今回16:1の取り組みから看護師の役割を見直すことができた。そこでみえてきた課題を確実に実践することで精神科急性期看護の質の向上につなげたい。

引用文献

- 1) 見藤隆子他 : 看護学事典 第2版 日本看護協会出版会、P189 2011.
- 2) 3) 井上新平他 : 精神科退院支援ハンドブックーガイドラインと実践的アプローチ 第1版、第1P67 医学書院出版、2011.

療養病棟における肥満改善に向けての試み

5病棟 ○山内敦子 山城綾乃 掛福誠志
作業療法課 新里将悟

I. はじめに

当病棟は慢性期の療養病棟で、長期入院患者が多く、BMI 25以上の肥満者が約37%を占めている。生活習慣に起因する疾病として、主に脳血管疾患・心疾患などが指摘され、これらの疾患は肥満が要因の一つとも言われている。

そこで今回、当病棟の患者の肥満率の高さに着目し、BMI 25以上の患者22名を対象にアンケートを実施し、肥満改善を目的としたグループ活動への参加を呼び掛けた。しかし「周りの人が太っていて自分は太っていない」と自覚できなかったり、身体的症状を自覚できている患者でも、グループ活動参加への動機付けが難しく、自主的に参加を希望した患者は22名中4名であった。継続したグループ活動を期待し、『昔の自分に戻りたい』という強い気持ちのある患者4名を中心に、作業療法士と連携を図りリハビリテーションを実践した。

今回の取り組みでは、大きな体重減少の改善は見られなかったが、今後の課題が得られたので、若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間:2015年12月～2016年3月
(4ヶ月)
2. 対象者
自主的にグループへ参加を希望した4名
(男性2名、女性2名)

表1 対象者の背景

対 象 者	: 4名(男性2名、女性2名)
平 均 年 齢	: 52.5歳
診 断 名	: 統合失調症
平 均 入 院 期 間	: 4年
平 均 罹 患 期 間	: 20.7年
合 併 症 の 有 無	: なし

3. グループ活動の内容

1) 活動内容

①データ測定(採血、体重、腹囲)

②グループ活動

運動プログラム:週3回(月・水・土、各1時間)と、勉強プログラム:週1回(火、1時間)を1クールとし、合計12クール(37回)を実施。

2) プログラム内容

①第1期:運動アプローチ

②第2期:認知的アプローチ

4. 評価方法

1) データの変化

2) ミーティング記録よりグループ活動前後の言動の変化を抽出し、検証する。

3) グループ活動後、対象者へアンケート調査の結果を検証する。

5. 倫理的配慮

研究にあたり個人が特定されないよう配慮し、対象者に承諾を得た。

Ⅲ. 経過及び結果

表2 第1期(運動アプローチ)の経過

<方法>	・患者自身がプログラムを組み合わせて実施する。 ・運動後の体重測定。
<内容>	・プログラム①ラジオ体操・踏み合昇降・ストレッチ ・プログラム②ラダートレーニング ・プログラム③ロングプレスダイエット → 毎日、同じ時間に体重測定を行うことを患者へ伝える
<状況>	・当初は入浴するなど集まりが悪かった → 体調不良で連日休む事は無かった ・「痩せたー」と変化に対し発言あり ・自主的に体重測定を行う場面が見られる
<職員の関わり>	・患者自身が決めたことは否定しないよう関わった ・出来た事に対し褒めるよう関わった

第1期の経過を表2に示す。

運動アプローチでは、グループの目的を説明し無理せず運動が続けられるよう、患者自身がプログラムを組み合わせて実践した。

プログラム①のラジオ体操・ストレッチはウォーミングアップとして行い、踏み台昇降は患者の好きな音楽をかけながら行った。

プログラム②のラダートレーニングのもも上げ・サイドステップなどは床に等間隔のラインを引き、できている患者を先頭にステップを踏んで実施した。体幹バランスの悪い患者は、早いペースの患者に合わせると転倒リスクにつながるため、職員はマンツーマンで関わった。

プログラム③のロングプレスはDVDを見ながら実践した。このプログラムは器具類と場所を問わず実践できるため、運動プログラムの時間以外でも行なえるよう覚えてもらった。

開始当初は、運動に対し関心が高く患者同士でお互い声かけしながら参加する場面も見られた。しかし、体重の変化が見られなくなると、女性患者は開始時間に入浴し、参加しても集中力がなくすぐに休憩することもあった。

患者は、停滞期になると意欲の低下が目立ち始め、プログラムへの参加を休もうとすることもあったが、患者間でミーティングを行い、参加の有無を再確認することで連日休むことなく、運動後の体重も自主的に測定する場面が見られた。

一人の患者は休日でも自ら運動を行い、自室でストレッチをする姿が見られ、また「痩せてきた」と変化に対し職員へ声かけすることもあった。病

棟職員もグループ活動に関心が持てるように担当する職員は固定せずローテーションで行った。患者自身が決めたことは否定しないよう統一した対応を行い、職員もプログラム以外でも患者へ声かけし、できたことに対し褒める場面が見られた。

表3 第2期(認知的アプローチ)の経過

<方法>	・体重・腹囲などの正常値を知る。 ・これまでの間食状況を振り返る。
<内容>	・勉強内容:①メタボによるリスクや食習慣の問題点 ②毎日の間食状況の確認 ③体重測定の方法 ・売店でカロリーを自分で聞く。 ・実際の砂糖の量を視覚で表示する ・間食する時間・食事の食べ順を実施。
<状況>	・居眠りをしてしまう人も居た。 ・便秘していると相談あり。 → 「こんなにカロリーあったんだ」と驚く。 ・意識して間食する量を減らすことができている。 ・腹部マッサージを行うことで便秘改善
<職員の関わり>	・ディスカッション形式で行うことで、個人の考えを引き出す関わりを行った。 ・できていることを褒め、他患者からも評価(褒める)してもらった。

第2期の経過を表3に示す。

認知的アプローチでは、メタボリック症候群の診断基準を説明し、自分の値と比較することで、さらに自覚できるよう取り組んだ。

学習内容は、①メタボリック症候群によるリスクや食習慣の問題点など、②毎日の間食状況の確認、③体重測定の方法を実施した。

開始当初は、居眠りをする患者がいたため、講義スタイルではなくディスカッション形式で行った。その結果、理解力の低い患者も自ら質問する場面が見られ、最後まで参加することができた。また、太り始めてから現在の生活について振り返る場面を持つことで、患者自ら痩せていた頃の写真やTシャツを持ってきて、「入院してから太った」「昔はもっと痩せていた」と振り返ることができた。

職員は、患者の1日の摂取カロリーを自覚させるため、毎食時のカロリーを計算し、間食の時間や食事の食べる順番について指導を行うことで、エネルギー消費がしやすい体型づくりを目指した。

患者が普段食べている菓子類のカロリーを売店で調べることで、1日のカロリーを過剰に摂取していることに気づけるように関わった。患者は、間食だけで1食分のカロリー量を摂取していることに驚き、自主的にカロリーの低い菓子へ変更する場面が見られた。

職員は病棟内にある自販機の飲み物のカロリー量、スティックシュガーを用いて表示した。そのため、視覚的に示すことで「こんなにカロリーがあるんだ」と自覚することができ、後半からは患者自ら意識し、カロリーの低い飲み物へ変更することができていた。

患者からは停滞期になると、体重変動も少なくなり、「便秘するようになった」と困っていることの相談もあった。そこで学習の中で腹部マッサージの効果を伝え、実践形式で指導を行った結果、「以前はよく下剤を飲んでいたが、今は下剤を飲まなくても便がでるようになった」との声が聞かれた。

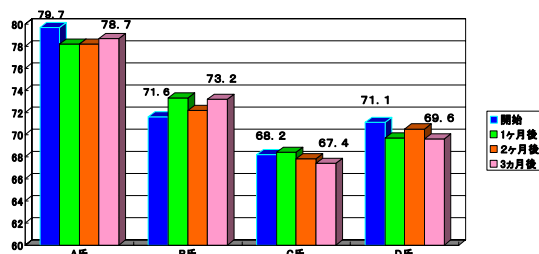


図1 体重の変化

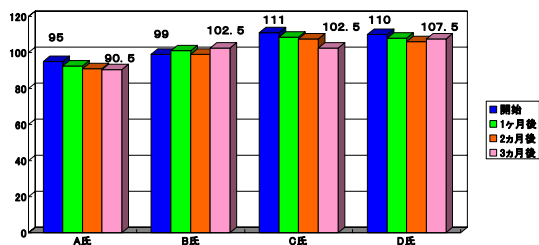


図2 腹囲の変化

対象者4名の体重・腹囲の変化を図1、図2に示す。

開始時と終了直後の体重で一番変動があったのはD氏のマイナス1.9kgであり、他はあまり大きな変化はなかった。一人の患者は開始直後に体重が増加しているが、他3名はゆっくりではあるが毎月体重は減少していた。腹囲で一番変動があったのは、A氏とC氏のマイナス6cmであり、患者からは「ズボンのウェスト部分がゆるくなった」と喜ぶ姿があった。

グループ活動後のアンケートの結果では、設問

①「活動に参加して体重変動はありましたか？」に対し、「減っている」と実感している人は2名で「変わらない」と答える患者もいた。また設問④の「グループ活動後意識して取り組んでいることは？」に対し、「飲み物と間食が減った」「カロリーを見るようになった」と活動終了後も意識している患者もいた。

表4 対象者へのアンケート【活動後】

設問	回答
①活動に参加して体重変動はありましたか？	・減っている(2名) ・変わらない ・測定していない
②間食するのに何か変化はありますか？	・コーラをゼロコーラに変えた ・間食を気にするようになった
③運動を続けていますか？	・ストレッチをしている。 ・やってない
④グループ活動後何か意識して取り組んでいますか？	・飲み物と間食が減った。 ・カロリーを見るようになった。

職員アンケートの結果では、開始当初は患者自身が時間を守れず、やる気もバラバラであったが、徐々に興味を示し間食状況を気にする発言や、体重を自発的に測定する場面も見られた。

また、活動終了後も腹部マッサージを継続的に実施することで、以前は排便のこだわりの訴えが多かった患者も少なくなり、低カロリーを意識した間食が継続できていると答える職員もいた。

IV. 考察

第1期の運動プログラムでは、患者と毎日の目標を決め、参加する職員も一緒になって実践することで継続できたと考える。

これまでのグループ活動は、職員を固定し実施していたが、参加していない職員は関心を持つことがなく、グループ活動後も継続することが難しかった。そこで担当する職員をローテーションで組むことで、グループ活動以外でも患者へ声かけし、褒めるなど関心が見られたのではないかと考える。職員と一緒に運動を楽しく行うことや、患者の意見から取り組む内容を決定し実践することで、モチベーションの維持、向上に繋がったと考える。

第2期では、ディスカッション形式を取り入れ、

患者は自らの意見が尊重されることで、満足感が得られたのではないかと考える。また患者同士で意見交換することが、相互作用となり安心感につながり、仲間意識や参加意欲が高まったことは評価できる。

今回の取り組みで大きな体重減少はみられなかったが、肥満改善に向けての取り組みの中で、患者自身がカロリー数値を意識して選んだことから、カロリーを見る習慣ができてきたのではないかとと思われる。また、アンケートの結果からいえることだが、現在も自ら腹部マッサージを継続できていることは学習の中で、実践的に取り組んだことが効果的であったと思われる。

今回のグループ活動には、多くの参加者を予想していたが、実際は4名となったことは意外な結果であった。その要因としては、周囲と比較して肥満傾向の多い環境では、「周りは太っているけど、自分は太っていない」と特に問題視していない患者が多かった。

さらに、午後の活動以外の時間を利用して行うグループ活動は、自由な時間が奪われてしまうので、参加の動機付けが困難であった。しかしながら、肥満が身体合併症の要因につながるということを認知させるアプローチも必要で、今後は他職種を交えた肥満改善の指導が行えるような援助をしていく必要がある。

V. 終わりに

今回の取り組みで期待した結果は得られなかったが、今後は結果だけではなく、ディスカッション形式などのプロセスに視点をおき、患者自身の現実感や目標を高めていけるよう援助していく。

療養病棟における高齢者の拘束解除に向けての取り組み

第6病棟 ○岡村さおり 玉城 千明
渡久地 猛 徳盛ゆきえ

I. はじめに

当病棟は、慢性期の統合失調症や認知症・高齢者の早期退院に向けて、退院支援を行っている男女混合 50 床の療養病棟である。

近年、精神科病院では認知症・高齢者の増加とともに身体拘束も増えているという報告がある。当病棟も身体拘束が増加傾向にあり、拘束に伴う精神的苦痛、身体的弊害や人権擁護の観点から、拘束解除および最小化に向け取り組んできた。しかし、転倒事故や身体合併症などにより拘束解除が難行し長期化しているのが現状である。

そこで今回、拘束解除に向けて取り組んだ 5 症例を通し、今後の看護方針を明確にするため病棟看護師への意識調査も含め分析した。その結果に若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2015 年 4 月～2016 年 3 月（12 ヶ月間）

2. 研究対象者

- 1) 研究期間中に拘束解除に向けて取り組んだ患者 5 名

表 1 に対象患者の背景を示す。

表 1 対象患者の背景

対象者: 5 名 (男性 1 名・女性 4 名)

診断名: アルツハイマー型認知症

平均年齢: 88.6 歳

拘束の理由: 転倒・転落防止

- 2) 研究期間中に拘束解除に向けて取り組んだ看護師 15 名

表 2 に対象看護師の背景を示す。

表 2 対象看護師の背景

対象者: 15 名

(正看: 6 名 准看: 4 名 補助者: 5 名)

性別: 男性 8 名・女性 7 名

精神科経験年数: 1 年～19 年

3. 方法

- 1) 拘束解除の対象者は表 3 に示す共通の方法を必ず導入した。また、患者個々の特性に応じ、種々の工夫も取り入れた。

表 3 拘束解除対象者への取り組み

- 1) 観察しやすい場所にルーム移動した
- 2) 生活リズムを確立するため、昼間の離床を強化した
- 3) 散歩やレクリエーションへの参加を強化した
- 4) 睡眠の改善を図るため、既存の睡眠表を参考に就寝前薬の服用時間を統一した
- 5) ナースコールやセンサー、鈴を活用した
- 6) ベッド柵の使用

- 2) アンケートによる看護師の意識調査 (選択式・記述式)

4. 評価方法

- 1) 5 症例の拘束解除までの経過と結果
- 2) アンケート結果を分析

5. 倫理的配慮

本論文をまとめるにあたり個人が特定されないよう配慮した。

Ⅲ. 経過及び結果

1. 表4に5症例の拘束時間と取り組み内容を示した。

表4 対象患者の拘束期間と取り組み

対象者	拘束期間	取り組みから解除までの期間	おもな取り組み
A氏	119日	9日	暗さの調整し静かな環境 身体管理
B氏	118日	11日	排尿の対応 暗さの調整
C氏	63日	解除できず	ぬいぐるみの活用 鈴の活用
D氏	44日	20日	昼間に棟内の散歩 パルン管理
E氏	39日	21日	腰痛の緩和 排泄の対応 昼間の歩行訓練

A氏：女性 94歳

認知症の周辺症状（以下BPSDと略す）は軽減したが、発熱や腹痛などの身体合併症が長引き、拘束開始より3ヶ月以上経過していた。身体面の改善が見られたため、拘束解除に向け取り組みを開始。ナースセンターに隣接した部屋（以下観察室と略す）に移動し、ベッド柵の使用と毛布に鈴を付け、適宜対応した。しかし、観察室がナースセンターの隣のため照明が明るく中途覚醒が出現した。そこで、照明を暗くし本人の訴えを傾聴することで再入眠できるようになり、9日目に解除となった。

B氏：女性 86歳

日中はウォーカーを使用し歩行しており、夜間は頻尿のため起き上がり行為が目立ち転倒リスクが高く、3ヶ月余り拘束を継続していた。急遽、介護老人保健施設への入所が2週間後に決定したため、拘束解除しなければならぬ状況になった。当日で観察室へ移動し、取り組みを開始した。昼間はほとんど拘束せず、Dルームで他の患者と過ごすよう努めた。覚醒時に起き上がり、ベッドから降りようとするため、センサーコールやベッド柵を使用した。センサーが作動した際はすぐに駆けつけ対応することや、傾聴を心がけ看護者間で統一して臨んだ。その結果、再入眠につながることができ、11日目に拘束解除となった。

C氏：女性 83歳

日中はDルームで対応しているが、突然、立ち上がる行為や車椅子から滑り降り、テーブルの下に潜り込む行為などが目立ち、常に見守りが必要な状況であった。そこで、拘束と併用しベッド柵や鈴を毛布に付け、お気に入りのぬいぐるみを用いて、看護者が入眠を促すと静かに臥床することができた。しかし、睡眠時間が短く、本人の理解力も低いことから、居室での拘束解除は難しいと判断し、観察室待機となった。待機中も毎日ぬいぐるみを活用し統一した対応を継続していたところ、しだいに精神症状や睡眠の改善により、拘束時間は減少したが、完全に解除することはできないまま退院に至った。拘束期間は63日間であった。

D氏：男性 94歳

急性期治療病棟より転入後、環境になじめないせいか、落ち着かず留置中のフォーリーを触りながらの徘徊が目立った。そこで転倒防止のため、夜間は拘束を開始した。日中、病棟内を歩行する際、ユローズバッグの持ち方を指導するなど常に観察し、転倒防止に努めた。また作業療法の参加も促し日中の離床時間を増やした結果、夜間の睡眠が確保できたため、居室でベッド柵、センサーコールを設置し取り組みを開始した。しかし、センサーが作動し、看護者が駆けつけるまでに自力で起き上がり、ふらつきながら入口まで歩いてきており、転倒リスクが高すぎると判断し、観察室へ移動した。睡眠表を基に、就寝前薬の時間を統一したことにより、覚醒時の歩行も安定し、取り組み開始後20日目で拘束解除に至った。

E氏：女性 86歳

BPSDが落ち着き、転入後は拘束せずに経過していたが、覚醒時に居室で転倒し腰痛出現。転倒後は起き上がりが上手く行えず、了解も悪くなったため、転倒防止のため再び拘束開始。腰痛は鎮痛薬服用と湿布で緩和。観察室が使用

できる状況になり移動。E氏の訴えに対応し共感することで、再入眠でき3週間で拘束解除できた。しかし居室へのルーム移動後、病状悪化し再拘束となった。

2. アンケート結果を一部抜粋し表5に示す。

表5 対象看護者への意識調査

設 問	回 答
問4 身体拘束を行う際に困ったこと、抵抗を感じたことがありますか？	・高齢者や皮膚の弱い患者を拘束するときに抵抗を感じる。 ・人間的な問題で拘束するとき。
問5 拘束解除に向け工夫している事がありますか？	・看護者同士で協力し見守る状況を作っている。 ・消灯後は静かな環境を作っている。 ・不穏にしないよう傾聴し落ち着かせるようにしている。
問6 どのような条件が整えば拘束は解除できると思いますか？	・チームで方向性を話し合い、統一した考えで関わる。 ・職員の数を増やしリハビリ活動以外の関わりを増やす。 ・センサーコール増やし、見守りできる体制を作る。 ・患者の行動、危険サインを理解し情報を共有する。
問7 身体拘束によるデメリットは？	・自由が束縛され人格の尊厳がなくなる。 ・意欲の減退、運動能力低下、身体機能の低下、ADLの低下。 ・活動性の低下によるコミュニケーション不足につながる。 ・行動が制限され褥瘡のリスクが高くなる。

問1. 行動制限最小化についての勉強会または研修を受けたことがありますか？

「はい」11名、「いいえ」3名、無記名1名。

問2. 勉強会で印象に残った内容は？

殆どが「行動制限を行う上での法律上の注意点や人権尊重のための最小化などを学んだ」と答えている。

問3. 身体拘束は必要だと思いますか？

全員が「必要である」と回答。その理由は「転倒・転落防止」と答えている。

問4. 身体拘束を行う際に困ったこと、抵抗を感じたことがありますか？

全員が「はい」と回答。その理由として「高齢者や皮膚の弱い患者を拘束するときに抵抗を感じる」「人間的な問題で拘束する時」等々。

問5. 拘束解除に向け、工夫している点がありますか？

「看護者同志で協力しながら常に見守りができる状況を作るようにしている」「消灯後は静かな環境を作っている」

問6. どのような条件が整えば、拘束が解除できると思いますか？

「人員の確保」「チームでの意思統一」「リスク

への判断力」「センサーコールなどを増やす」

問7. 身体拘束によるデメリットは？

「自由が束縛され人格の尊厳がなくなる」「意欲の減退、運動能力低下、身体機能の低下、ADLの低下」「活動性の低下によるコミュニケーション不足につながる」

問8. 行動制限最小化委員会を知っていますか？に対しては、全員が「知っている」と回答。

IV. 考察

A氏やD氏のように身体合併症の併発により、種々なリスクが高まり拘束期間が長期化してしまうことがある。身体合併症を重症化させないためには、24時間患者のそばにいる看護者のフィジカルアセスメント能力が求められる。医師と連携を密にして合併症を重症化させない努力が重要だと考える。しかし、B氏のように短期間で拘束解除できた要因として、施設入所日が急遽決定したことにより、入所の必須条件である拘束解除に向け、タイムリーに観察室が空いたこと、人員が確保できたこと、そして何よりも看護者の意志統一がスムーズに図れたことが功を奏したと考える。また、覚醒時に本人の訴えを「傾聴」することに努め、安心感を与えることで睡眠時間を確保できたと考ええる。

次に、C氏のように、観察室を使用している患者がいたため、拘束解除の時期を逃してしまったケースもある。観察室がタイムリーに使用できるよう、他患者の身体管理の徹底と他の居室でも拘束解除ができる体制作りが必要だと考える。C氏は拘束解除することはできなかったが、ぬいぐるみの活用で、睡眠が改善したことから、看護者の意識の持ち方次第で居室での拘束外しも可能だったのではないかと考える。

E氏は、腰痛が持続している間、拘束解除が困難であったが、疼痛緩和後はスムーズに解除することができた。このことから、やはり身体の不調は大きなバリエーションになっている。

看護者の意識調査の考察としては、ほとんど

の看護師が拘束に対して、身体的弊害や倫理的な観点から、出来る限りしたくないと感じながらも、事故に対する不安が大きく、保守的になっていると思われる。比較的人員の確保ができる日中でも拘束している日もあり、リスクに対する個人差があると考え。観察室へ移動しないと拘束解除の取り組みが開始できないという固定観念にとらわれている傾向も強い。マンパワーの問題も否めないが、チームで意思統一をはかれば拘束解除は可能であるという意見もあることから、まずは人員的な問題をフォローできるような勤務調整や業務改善を試みることも必要かと考える。解除できれば退院ではなく、拘束を開始した日から、解除することを意識して取り組むことを念頭におきチームで意思統一を図ることが最優先だと考える。これまで述べてきたことを踏まえ、今後の改善点を以下にまとめた。

- ①医師との連携を密に行い、速やかに身体合併症の改善に努める。
- ②看護師の意志統一をするために、具体的な達成目標を明示し、情報を共有する。
- ③固定観念を払拭し、観察室以外でも拘束解除に向けて取り組むよう意識する。

V. 終わりに

今回の研究にあたり、改めて看護師一人一人が倫理について深く考える機会となった。今後も看護師の意志統一を図り「拘束しない看護」を目指して取り組んでいきたい。

参考文献

- 1) 長谷川利夫：精神科医療の隔離・身体拘束
日本評論社 2013.4月
- 2) 吉岡充・田中とも江：縛らない看護医学書
院 1999
- 3) 高齢・認知症への身体拘束のリスク
精神科看護 2013 (5) P4～P10

療養病棟の統合失調症患者に対するアプローチ方法について

～R e h a b データを用いた病棟別の考察～

作業療法課 ○柏田 省一 比嘉 創 山本 大輔
島袋 文子 久保田 翔 新里 将悟

I. はじめに

当院では病棟が機能分化されており、各病棟の治療目標が明確になっている。しかし、リハビリテーションの中心である集団作業療法は、どの病棟に対しても同じ目標で実施されている。

今後さらに効果的なリハビリテーションを提供するためには、各病棟の特徴を捉え必要とされるアプローチを整理する必要があると考えた。

本調査では、リハビリテーションが治療の中心となる療養病棟の統合失調症患者（以下療養者と略す）に対して、R e h a b 評定時に得られるデータを比較する。実際の作業療法（以下OTと略す）場面での様子も加え、各病棟で必要となるアプローチをまとめたい。

II. 研究方法

1. 対象者

2016 年 1 ～ 3 月に R e h a b 評定を行った療養者のうち、療養病棟に入院していた療養者 144 名。（1 病棟 54 名、5 病棟 59 名、6 病棟 31 名）

2. 調査方法

R e h a b 評定から得られる全般的行動全（以下、T G B と略す）と逸脱行動の値、及び年齢と通算の入院回数を病棟別に比較。実際のOT場面などの様子も加えて各病棟の特徴を示し、必要とされるアプローチについて考察する。

表 1 対象及び調査方法

対 象 者

2016 年 1 月～2016 年 3 月に Rehab 評定を行った患者のうち、療養病棟に入院していた統合失調症患者 144 名。
（1 病棟 54 名、5 病棟 59 名、6 病棟 31 名）

方 法

対象者の Rehab のデータ（全般的行動全得点と逸脱行動）と、平均年齢、及び通算の入院回数を病棟別に比較する。
実際の作業療法場面の様子も加え、病棟別の特徴を示す。

III. 結果

1. T G B の値

1 病棟の平均値が最も悪く、次いで 5 病棟、6 病棟の順だった。

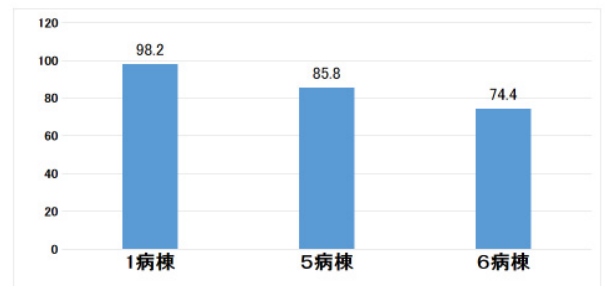


図 1 各病棟の TGB の分布

T G B の値がどの点数域に分布しているか病棟別に比較すると、1 病棟は 88 点以上の範囲に偏っており、5 病棟は 65 点～112 点の範囲に集中していた。6 病棟は全ての点数域に療養者がおり、1 病棟、5 病棟にはいない 40 点以下の療養者も 4 名おり、その内 3 名が既に退院していた。

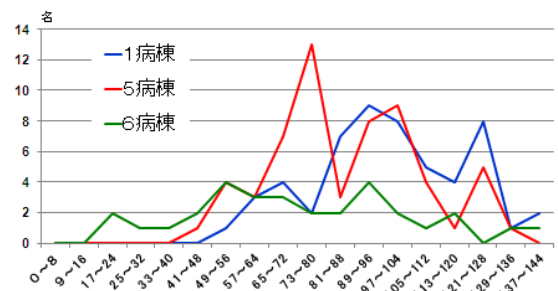


図 2 各病棟の TGB の分布

2. 逸脱行動の合計の平均値

T G B の値と同じく 1 病棟の平均値が最も悪く、次いで 5 病棟、6 病棟の順番だった。

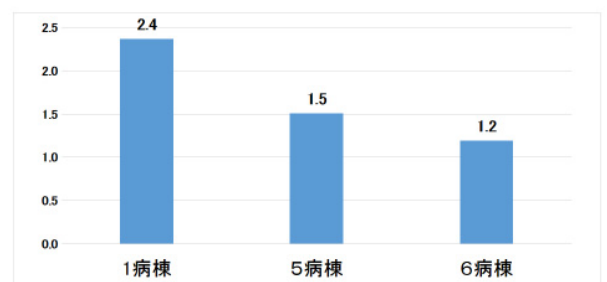


図 3 逸脱行動の合計の平均値

3. 平均年齢と通算の入院回数

5病棟の平均年齢が最も高く、次いで1病棟、6病棟の順だった。通算の入院回数も5病棟が最も多く、以下1病棟、6病棟の順だった。

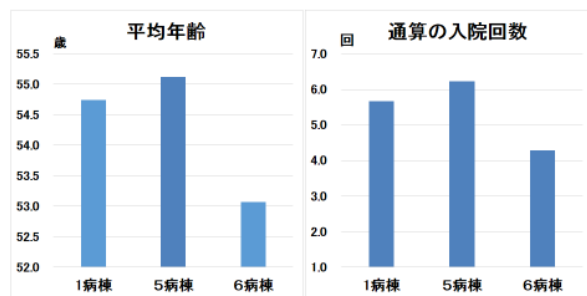


図4 各病棟の平均年齢と通算の入院回数

IV. 考察

1. 1病棟

他の病棟と比べ、TGBと逸脱行動の合計の値が最も悪かった。逸脱行動の内訳では独語・空笑の回数が最も多く、病状が不安定な療養者が多いことが特徴と言える。

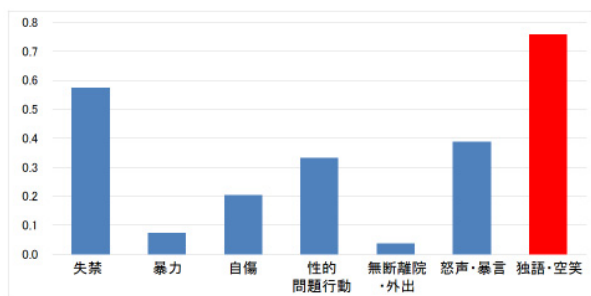


図5 1病棟の逸脱行動の内訳

実際のOT場面でも、幻聴に聞き入って目の前の作業に意識が向けられなかったり、突発的に攻撃的になったり突然疎通が取れにくくなるということが少なくない。そのため、まず病状を安定させ、落ち着いてリハビリテーションに取り組める状態になってもらうことがアプローチの目的になる。

山根 1) は病状を安定させるためのOTとして『対象者の状態にあった作業活動を用いて気分を鎮めること』『病的行ために向けられがちなエネルギー（衝動）を身体エネルギーとして発散すること』『心身の基本機能の回復や改善』を挙げている。

つまり、『作業に集中してもらうこと』『身体を動

かしてエネルギーを発散すること』『生活リズムを維持すること』で、病状を落ち着けることが必要なアプローチになる。集団OTプログラムを上手く活用して生活リズムを維持しながら、療養者自身が可能な範囲の簡易な作業や散歩・体操といった粗大運動を提供して、不適切な行動や陽性症状に向かいがちな衝動を適応的な形で発散してもらいたいと考える。

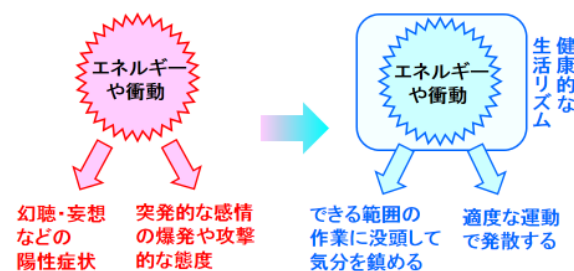


図6 1病棟の療養者に対するアプローチ

2. 5病棟

平均年齢が最も高いこと。入退院の回数が多いため何らかの社会生活を経験している療養者が多いこと。Rehabの得点が一定の範囲に集中していることが特徴として挙げられる。

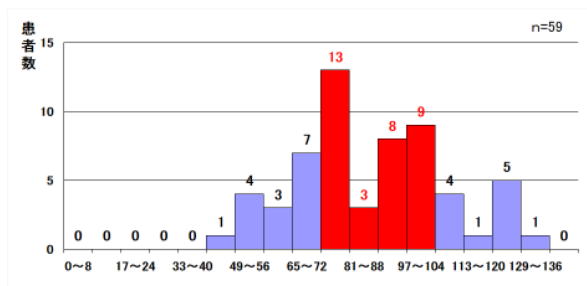


図7 5病棟のTGBの分布

同じ程度の障害を持った療養者が多いために、他の療養病棟に比べると全体の雰囲気はまとまりやすいと考えられる。療養者のほぼ全員が毎日集団OTに参加できているのは、これまで病棟職員が取り組んできた“全員がOTへ参加する”という雰囲気作りが個々の療養者に対しても良い影響を与えている結果だと言える。平均年齢も高いため、身体機能や活動性の維持を目的に、まず“全員がOTに参加する”という雰囲気を維持することが基本となる。

一方、これまでセルフケアや滑舌の改善などを

目標にグループ活動を行ってきたが、グループを行っている間は改善しても、終了した途端に元の状態に戻ってしまうことが多かった。プログラムを行っている最中は職員が褒めたり周りから注目されることで何とかモチベーションが保てるが、終了後は、目的がなくなってしまうことや周りの雰囲気に取り込まれやすく、モチベーションを維持できない。

入退院が多く何らかの社会生活を経験しているため、社会生活をおくる上での課題は比較的明確になっている。モチベーションを維持した状態のまま退院につながることを理想的なので、退院の時期が決まった療養者に対してタイムリーにプログラムを開始する方法がより効果的だと考える。

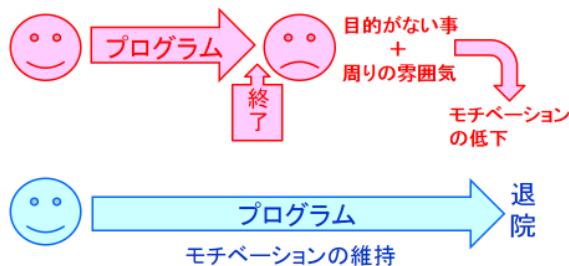


図8 5病棟の療養者に対するアプローチ(生活障害)

3. 6病棟

TGBの分布から分かるように、障害の程度が様々な療養者が混在していることが特徴といえる。6病棟は、TGBの値が低い療養者と高い療養者に焦点を当てて考察する。

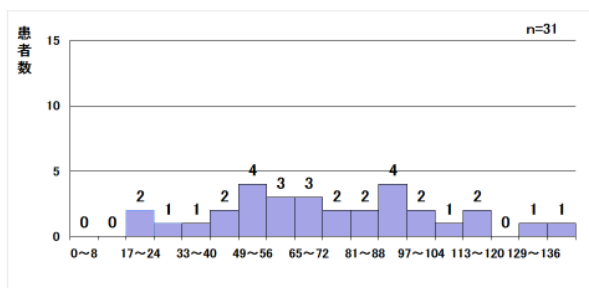


図8 6病棟のTGBの分布

TGBの値が低い療養者は、セルフケアは良く生活障害は軽度に見えるが、ストレスの対処方法や対人交流の悩みに課題を持っている療養者が多い。実際のOT場面でも、騒がしい雰囲気に対して過敏に反応して作業を中断したり、他者との関

係が少しでも悪くなると泣き出すほど感情をコントロールできなくなることもある。その都度職員が話し相手になり落ち着いてもらうが、このような反応は繰り返されることが多い。ストレスの対処方法や適切な対人距離の保ち方などを学ぶ必要があり、適切なアドバイスをするために、作業療法士も心理的な知識とカウンセリングの技術を身に付けたい。

TGBの値が高い療養者は、A棟と呼ばれるフロアで過ごされている。身体障害や認知症を抱えており、TGB平均値は117点でかなり重度の生活障害を抱えている。

身体面へのアプローチは、現在行っている歩行訓練の他にも、実際の食こと場面での嚥下訓練や介助量軽減のための立位保持訓練といった退院後の生活に即した形の機能訓練が必要と感じる。現在ある療養者に対しては、家族から収集した住環境の情報を元に、実際に必要な機能訓練を行っている。6病棟A棟では、こういったケースをスタンダードにしていきたい。

また高齢者は、調理・園芸・遊びといった、自身が経験して身に付けた作業を、他者に“教える”“伝える”といったプログラムに対して反応が良い。認知機能面へは、これまでの人生で培った経験や能力を活かすアプローチをしたい。

TGBの値が低い療養者	TGBの値が高い療養者
<p>一見すると障害は軽度。しかし、ストレス対処能力や対人交流技能に問題を抱えている。</p> <p>↓</p> <p>ストレスの対処方法や適切な対人距離の保ち方を助言するために、心理的知識とカウンセリングの技術を身に付ける。</p>	<p>重度の生活障害を抱えており、統合失調症の他に認知症や身体障害を抱えている。</p> <p>↓</p> <p>退院後の生活環境に即した身体機能訓練。本人の得意分野を活かした認知機能へのアプローチ。</p>

図10 6病棟のアプローチ

6病棟の療養者には、統合失調症のリハビリテーションのみならず、カウンセリングや身体機能・認知機能など、様々な面に対してのアプローチが必要となる。

IV. まとめ

各病棟の考察から、今後さらに力を入れるべきアプローチをまとめる。

表2 まとめ

○1病棟の統合失調症患者に対しては、病状を安定させて、リハビリに取り組める状態になっていただく。

○5病棟は、全員がOTプログラムに参加する現在の雰囲気を保つ。生活障害へのアプローチは、開始するタイミングを逃さない。

○6病棟は、カウンセリングや、身体機能、認知機能など、様々なアプローチが必要。

V. 終わりに

今回の調査から、日々療養者と関わる中で感覚的に感じていた必要なリハビリについて整理することができた。

今回の報告を具体的なプログラムに繋げて、療養者に対して効果のあるリハビリテーションを実践していきたい。

引用文献

- 1) 『精神障害と作業療法』 山根寛、三輪書店、
P42～、2003. 第2版
- 2) 『人と集団・場』 山根寛、三輪書店
P135～、2006. 第2版

健常成人における曖昧さへの態度の類型化の試みと不安の比較

心理課 ○榎木 宏之[#]

甲田 宗良[#] 近藤 毅[#]

医局 小 渡 敬

[#]琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座

I. はじめに

日常生活の中で、不明解、あるいは正解のはっきりしない曖昧な状況は人を不安にさせやすいため、対処の仕方によっては、不安が軽減される一方で、不安が増強される場合がある。

我々はこれまで、曖昧な状況に人が置かれた時、対処パターンとしてとり得る態度を把握するために、曖昧さへの態度に着目して調査研究を行ってきた。その結果、曖昧さへの態度は4つの因子で構成され、4因子の一つである「曖昧さへの不安」態度が、不安症状に影響を与える因子であることを確認した(Enoki et al., in preparation)。

しかしながら、4つの因子は一人の個人の中に併存する態度であり、個人によって各因子の程度は異なる。そのため、「曖昧さへの不安」の態度が高くて他他の態度の程度によっては、不安のなりやすさは異なるため、一つの態度だけで、不安症状を予測するには限界があり、4因子全体のバランスで個人が不安になりやすいのか否かを考える必要があると思われる。不安症状との関係を精緻に検討するには、因子のばらつきを一定のタイプごとにグループ化し、グループ間の不安の程度を比較するという課題が残されていることが考えられた。

そこで本研究では、複数の曖昧さへの態度の組み合わせの中で、不安症状が重くなるタイプ、または、不安症状が軽くなる曖昧さへの態度のタイプを類型化することを目的とし、一般健常者を対象に調査を行った。その結果に考察を加えて報告する。

II. 研究方法及び対象

1. 対象者

一般成人に質問紙調査を実施し、1019名を分析の対象とした(男性513名、女性506名; 年齢[歳] $M=34.09$, $SD=12.68$, $range=18-78$)。

2. 調査実施方法

関東、中国、四国、九州、沖縄の5地域の一般成人へ縁故法による質問票調査を行い、回答は任意とした。総回収数1338名より欠損サンプルを除外した。

3. 測定内容

対象者へ「曖昧さへの態度尺度」(Attitudes towards Ambiguity Scale: ATAS; 西村, 2007)及び「日本語版状態 - 特性不安尺度」(State-Trait Anxiety Inventory: STAI; 清水・今栄, 1981)の中の特性尺度20項目を採用し、質問票を配布した。

ATASについては、我々が一般成人($N=1019$)を対象に因子分析を改めて行った結果、因子構造は4因子(Enjoyment: “享受”、Anxiety: “不安”、Exclusion: “排除”、Noninterference: “不干渉”)で構成されることを確認した(Enoki et al., in preparation)。本研究では、この4因子を用いて解析を行った。

4. 分析方法

クラスター分析を用いて、全対象者の中で曖昧さへの態度4因子の高低のパターンが似たサンプル同士でグループを作り、曖昧さへの態度を類型化してクラスター(分類化されたグループ)を抽出する。

なお、クラスター分析とは、異なる性質のものが混ざりあっている集団(対象)の中から互いに似た

ものを集めて集団（クラスター）を作り、対象を分類しようという統計解析方法である。

5. 倫理的配慮

本調査研究は、琉球大学疫学研究倫理審査委員会の承認を得ている。対象者の調査への協力は自発的なものとし、調査によって利害関係が生じないことや個人情報を守られることを、対象者へ書面を通して説明した。

Ⅲ.結果

表1 対象者の属性

N=1019	女性 506	男性 513
年齢(mean) (歳) ± SD (range)	34.1±12.68 (18-78 歳)	
就業状況(人数)	就業中687学生298 主婦・無職34	
地域 (人数)	関東100 関西6 中国・四国75 九州32 沖縄806	

対象者の属性を表1に示した。全対象者は1019名で、男女差は、ほぼ均等であり、年齢は18歳から78歳までの幅広い人口が対象となった。

クラスター分析の結果、統計的に解釈可能なクラスターとして曖昧さへの態度は、4つの群に分けられることが明らかになった(図1)。1つ目のクラスターは、曖昧さに対して好奇心などを持って楽しむという享受の態度が他の態度に比べて突出しており、「享受優位群」と名づけた。2つ目のクラスターは、享受の態度が高いことに加えて、曖昧さを認めず白黒はっきりさせようとする排除の態度も高い点より、「享受・排除優位群」と名づけた。3つ目のクラスターは、全ての態度が低いことから、「4因子低得点群」と名づけた。4つ目のクラスターは、享受と曖昧さを不安に思う不安の態度が同程度の高さであることから、「享受・不安優位群」と命名した。

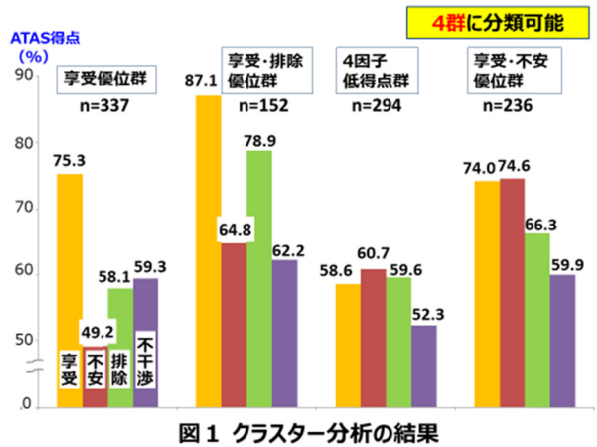


図1 クラスター分析の結果

クラスター毎の不安症状の程度の違いを分析するため、一元配置分散分析を行った。その結果、不安症状におけるクラスター間の違いの効果は有意であった ($F(3, 1015) = 50.32, p < .001; \eta^2 = .129$; 観測検出力 = 1.00; 図2)。不安症状が最も重かったのは、曖昧さを楽しんでいる一方で不安にも思う「享受・不安優位群」であった。次に重かったのは、「4因子低得点群」であり、更に次は、曖昧さを楽しみながらも白黒はっきりつける、「享受・排除優位群」であり、最も不安症状が軽かったのは、「享受優位群」であった。

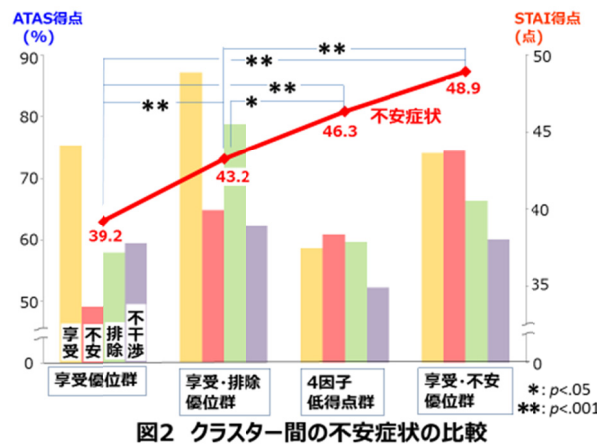


図2 クラスター間の不安症状の比較

次に、不安症状の程度について、各クラスター内の曖昧さへの態度4因子の特徴と関連づけて検討した(図3)。

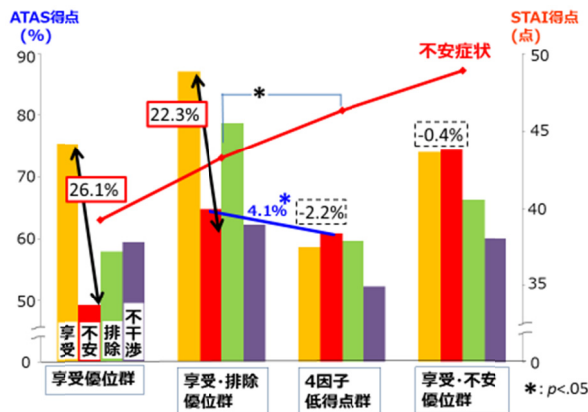


図3 不安症状と曖昧さへの態度の特徴の比較

「享受・排除優位群」と「4因子低得点群」を比較すると、不安症状の軽い「享受・排除優位群」は、不安症状は軽い一方で、曖昧さへの不安の態度が4.1%有意に高いという、矛盾する結果が認められた。この結果は、曖昧さを不安に思うにもかかわらず、不安症状そのものは比較的軽いという状態を示している。次に、図3の中での右側2つの比較的不安症状が重いクラスターと左側2つの不安症状が軽いクラスターを比較すると、右側2つのクラスターの享受と不安は、程度に違いはあるが、クラスター内の両因子の差は-2.2%および-0.4%と、同程度の得点を示している。一方、不安症状が軽い「享受・排除優位群」および「享受・排除優位群」のクラスターでは、享受と不安の間で26.1%および22.3%と、開きが認められ、不安症状が軽い群は、享受と不安の間に顕著な差がある点が特徴として認められた。

IV. 考察

一般健常者において、曖昧さへの態度の4因子の程度の特徴を統計解析すると、曖昧さへの態度は最終的に4つの群に類型化された。不安症状を比較すると、群によって不安の程度に違いがあることも明らかになった。類型化された群の中には、曖昧さへの不安の態度が他の群に比べて強いにもかかわらず、不安症状は軽いという相反する傾向を有するタイプが認められた。そのため、不安症状の程度は曖昧さを不安に思う態度の強さのみでは決まらず、他の態度とのバランスによって決まることが示唆された。また、各群を比較すると、不安症状が軽いタイプと

不安症状が重いタイプでは、曖昧さへの態度のパターンに違いが見られた。

不安症状が軽いタイプは、曖昧さを不安に思う態度を上回る程の強さの曖昧さを楽しめる態度を有していることが考えられる。曖昧さに不安になりながらも、回避することなく受容する姿勢を持っていることが不安症状を軽減させている可能性が考えられる。また、曖昧さに白黒をつけながらも楽しむ態度があるタイプは、知性化して解釈しながら楽しんでおり、そのような態度が不安症状から個人を守っている可能性がみられる。

一方、不安症状が重いタイプは、曖昧さをどんなに楽しめていても同程度に不安に思う態度が強いため、不安は相対的に強くなる可能性が考えられる。曖昧さを楽しんではいるが、症状が比較的重いことから、真の意味で曖昧さを楽しんでいることにはならず、美化や否認などの曖昧な状況そのものを受け容れられない心理的メカニズムが働いている可能性が考えられる。

今回の結果からは、曖昧さへの態度の「排除」や「不干涉」の因子については、複数のクラスターに共通する特徴はみられなかった。排除と不干涉という行動的側面の態度よりも享受・不安という認知的側面が抑うつ・不安に影響を与えていると考えることができる。このような見方は、認知が症状に影響を与えるという従来の視点と同じ捉え方であり、今回の結果の理解を補う点になると思われる。

以上より、不安症状の強さは、単に曖昧さを不安に思うという態度の強さだけで決まるのではなく、他の態度の程度、特に、曖昧さを楽しむ態度の程度が関与している可能性があることが推察された。

引用文献

- 1) 西村佐彩子 (2007). 曖昧さへの態度の多次元構造の検討—曖昧耐性との比較を通して、パーソナリティ研究, 15(2), 183-194.
- 2) 清水秀美・今栄国晴 (1981). STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY の日本語版 (大学生用) の作成, 教育心理学研究, 29(4), 348-353.

施設入所者の言葉の明瞭さに関する実態把握と阻害要因の検証

社会復帰施設部○神部 香織 松田 忍 西村 幸乃
長根山 由梨 栄野比 千秋 上江洲 多恵子
心理課 榎木 宏之
医 局 小渡 稚子

I. はじめに

当法人では平成8年より精神科リハビリテーション行動評価尺度(以下R e h a bと略す)を導入し、年に2回全体評定を行っている。導入の目的としては、チーム医療全体に関わる職員の視点を一律にする、リハビリテーションの評価をする、社会復帰施設入所のための参考基準として活用する、の3点があげられている。

社会復帰施設では以前より、R e h a bの結果や日常の関わりの中から、入所者の「言葉の明瞭さ」が課題として挙がっている。しかし、本人に気づかせる声掛けや、はっきり発語するように促すなどの関わりに留まり、具体的なプログラムの構築までには至っていない。実際に、入所者が緊急時に救急隊や日直者へ電話連絡するも全く聴き取れず対応に苦慮するという問題が浮き彫りになった。このような現状があることから、「言葉の明瞭さ」に障がいをもつことで、コミュニケーションの妨げとなり、結果として社会復帰を阻む可能性が十分に考えられる。

そこで今回、「言葉の明瞭さ」に焦点を当て、施設入所者の実態を把握するとともに、阻害要因を検証することで今後の支援のあり方を再考したい。

II. 研究方法

1. 対象者の選定方法

現施設入所者の内、連続して3回R e h a bの全体評定を行っている者で、「言葉の明瞭さ」項目の平均が0点の者を「普通群」、5点以上の者を「障がい重い群」とした。

2. 分析方法

1) 対象者の背景の比較

年齢、発症年齢、通算入院期間、罹病期間及びChlorpromazine(C P)換算量(以下C P換算と略す)を算出し、t検定を用い両群を比較した。また、口腔内の状態把握のため、歯の欠損状況の有無について確認を行った。

2) インタビュー調査

対象者全員へ、「言葉の明瞭さ」に対する本人の自覚や、実際に困った経験等を問うインタビュー調査を実施。質問項目は全9項目で構成。(添付資料参照)

公平性を保つため関わりが多い精神保健福祉士1名と、関わりが少ない精神保健福祉士の2名で聴き取りを行った。インタビュー上では、対象者が理解しやすいように「言葉の明瞭さ」を「滑舌」、「話しづらさ」と表した。

3) 倫理的配慮

対象者へ本研究の主旨及び、調査への協力は任意であること、調査によって利害関係が生じないこと、個人情報を守られることについて、書面にて通知し同意を得た。

III. 結果

1. 対象者の背景

表1 対象者の背景

	普通群(n=6)	障がい重い群(n=8)
主病名	統合失調症	統合失調症
性 別	男性:3 女性:3	男性:7 女性:1
平均年齢 (歳)	46	59*
平均発症年齢 (歳)	27	26
通算入院期間(ヶ月)	31	91
罹病期間 (ヶ月)	230	377*
CP換算値 (mg)	537.5	1285.2
歯の欠損 (名)	1	7

*p: <0.05



「普通群」が6名(男性3名・女性3名)。「障がい重い群」が8名(男性7名・女性1名)計14名を選定した。

今回は、罹病期間と平均年齢に有意差が認められた($t=1.78$, $12df$, $p=.04$)。主病名は全員統合失調症であった。通算入院期間は「普通群」31ヶ月に対し「障がい重い群」は91ヶ月と「障がい重い群」が長かったが、有意差は認められなかった。CP換算値は「普通群」537.5mgと「障がい重い群」1285.2mgで「障がい重い群」の方が高値だったが、有意差は認められなかった。歯の欠損有りは「普通群」は1名に対し「障がい重い群」が7名と多かった。(表1)

2. インタビュー調査の結果

インタビュー調査の結果より、両群を分ける特徴的な項目を取り上げ報告する。

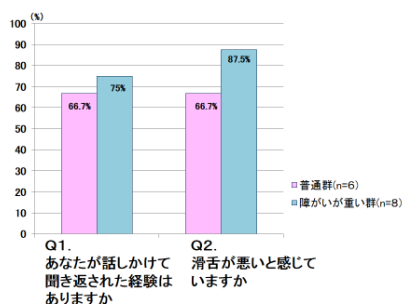


図1 「言葉の明瞭さ」に対する自覚(Yes回答)

Q1のあなたが話しかけて聞き返されたことがありますか?の問いに「Yes」と答えた「普通群」は66.7%(4名)、「障がい重い群」は75%(6名)と「障がい重い群」が高い。

Q2の滑舌が悪いと感じていますか?の問いに「Yes」と答えた「普通群」は66.7%(4名)、「障がい重い群」は87.5%(7名)と「障がい重い群」が高い。(図1)

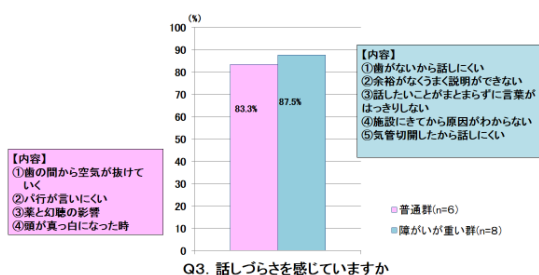


図2 話しづらさに対する自覚(Yes回答)

Q3の話しづらさを感じていますか?の問いに「Yes」と答えた「普通群」は83.3%(5名)、「障がい重い群」は87.5%(7名)と「障がい重い群」が高い。

話しづらさを感じている原因については「普通群」は歯の間から空気が抜けていく、パ行が言いにくい、薬と幻聴の影響などの回答が得られた。

「障がい重い群」は歯が無いから話しにくい、余裕がなくうまく説明できない時、話したいことがまともな言葉がはっきりしない等の回答が得られた。(図2)

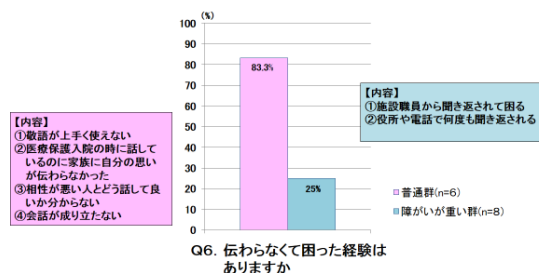


図3 困った経験の有無(Yes回答)

Q6の伝わらなくて困った経験はありますか?の問いに「Yes」と答えた「普通群」は83.3%(5名)、「障がい重い群」は25%(2名)と「障がい重い群」が低い。

困った経験内容について「普通群」は敬語が使えない、医療保護入院の時に話をしているのに家族に自分の思いが伝わらなかった、相性が悪い人とうまく話していかかわからないとの回答があった。「障がい重い群」は施設職員から聞き返されて困る、役所や電話で何度も聞き返されるとの回答があった。(図3)

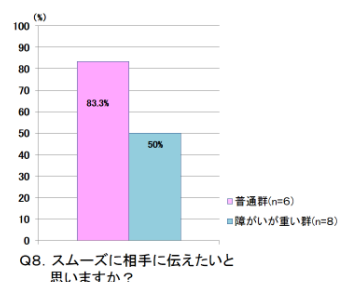
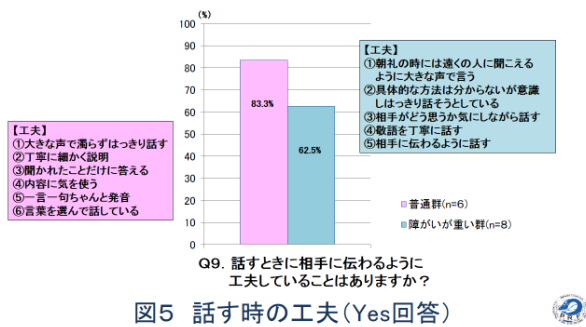


図4 改善意識の有無(Yes回答)

Q8のスムーズに相手に伝えたいと思いますか?の問いに「Yes」と答えた「普通群」は

83.3%(5名)、「障がい重い群」は50%(4名)と「障がい重い群」が低い。(図4)



Q9の話す時に相手に伝わる様に工夫していることはありますか?との問いに「Yes」と答えた「普通群」は83.3%(5名)、「障がい重い群」は62.5%(5名)と「障がい重い群」が低い。

工夫している内容については「普通群」は大きな声で濁らずはっきり話す、丁寧に細かく説明、言葉を選んで話をしているとの回答が得られた。

「障がい重い群」は朝礼の時には遠くの人に聞こえるように大きな声ではっきり言うようにしている、具体的な方法は分からないが意識しはっきり話そうとしている等の回答が得られた。(図5)

IV. 考察

1. 対象者の背景の分析

年齢及び罹病期間に有意差が認められたことから、加齢に伴う筋力の衰えや、抗精神病薬の長期内服に伴う身体機能の低下を予防するための専門的な働きかけが求められる。

歯の欠損については「普通群」と比較して、「障がい重い群」が多い。このことから、口腔内のケアが不十分で、適切な治療に結びついていないと考えられる。実際に、経済的なこと情から歯科受診を控えたり、義歯に不具合が生じて、必要性を感じられず歯科受診に至らない対象者も見られる。まずは口腔内の健康管理を基本として必要性を理解してもらい、適切な受診に結びつけることは言うまでもない。

通算入院期間において有意差は認められなかったものの、長期入院による社会との接点の乏しさ

は、外部とのコミュニケーションの機会を少なくすることが容易に推察され、社会的入院の弊害は否定できない。

C P換算値において有意差は認められなかったものの、C P換算量の平均は「普通群」に比較して「障がい重い群」のほうが高値を示していることから、抗精神病薬と「言葉の明瞭さ」との関連性は否定できない。今回は対象者数も少ないため、今後さらに検証を深める必要がある。

2. インタビュー調査の分析

インタビュー調査の結果を分析し、表2に示した。

表2 両群の傾向

特 徴	普通群	障がい重い群
活舌の悪さに対しての自覚	ある	ある
外部との接点	多い	少ない
滑舌の悪さで困った経験	多い	少ない
話す時の工夫	日常的に相手に伝わりやすいような、具体的な工夫を行っている	意識はしているが、漠然としており、場当たりの

1) 「普通群」の特徴

「普通群」はRehab評価で「普通」と評価しているが、実際は滑舌が悪く話しぶらと感じていた。過去に、薬の副作用の影響や精神症状等で「言葉の明瞭さ」に対して困った経験があり、自身で主治医への相談や、音読をするなどの具体的な工夫と努力を行っている。さらに、「普通群」は外部との接点が多く、金銭管理から役所手続きまで自身で行っており生活の幅が広いことがわかった。このことから、「普通群」は専門職の手を借りずとも自助努力により修正が可能である。

2) 「障がい重い群」の特徴

自覚はあるが過去に困った経験が少ない。8名中1名を除いて金銭管理、手続き関係等は家族が担っており、日用品の購入は家族もしくは、院内の売店で済ませることから外出の機会は少なく生活の幅が狭いことがわかった。また、施設内では集団生活にも関わらず、非言語コミュニケーションのみで疎通が成立してしまうことが往々にしてあり、困る機会が少ないと考えられる。イン

タビューでは、相手に伝わるように工夫して話していると答えているが、具体的な方法はなく、漠然としており場当たりのであった。よって「障がい重い群」に対しては専門的支援が必要であると言える。

さらに、「障がい重い群」のインタビュー調査の結果を基に、3つのタイプに分けてアプローチ方法を検討した。

3)「障がい重い群」のタイプ別考察

表3 タイプ別アプローチ

【改善したいタイプ】 滑舌の悪さに対する自覚：あり 困った経験：あり 改善意識：あり	○アプローチ方法○ ・自分の声を録音し、話し方の特徴を理解する ・職員と一緒に話し方の弱点や改善点を見つけ、具体的な対策を考案する
【現状維持タイプ】 滑舌の悪さに対する自覚：あり 困った経験：なし 改善意識：なし	○アプローチ方法○ ・外出や外部交流等の保護的でない環境を設定する ・失敗や困った経験から学んだことを振り返る
【自覚なしタイプ】 滑舌の悪さに対する自覚：なし 困った経験：なし 改善意識：なし	○アプローチ方法○ ・他者交流の機会を増やすアプローチから始める ・他者からの意見を聴き、滑舌の悪さの自覚を促す



①改善したいタイプ

自覚・困った経験があり、相手に伝わるように工夫しているが、具体的な方法が分からないことが特徴である。具体的な対策を見出すために、まず自分の話し方をレコーダーなどで客観的に聞き、話し方やその特徴をアセスメントし、明確で具体的な工夫を共に見いだすアプローチ方法が有効ではないかと考える。

②現状維持タイプ

自覚はあるものの困った経験が少ないことが特徴である。生活の範囲が狭いことで、外部とのコミュニケーションの機会が少ないことが影響していると考えられる。保護的でない環境を意図的に設定し、困る経験をすることで改善意識に結びつけるアプローチ方法が有効ではないかといえる。例えば、通常家族が行っている役所の手続きを、職員同伴し本人主体で行ったり、グループで外食するプログラムを設定し、コミュニケーションで何について困ったかを具体的に振り返ることで改善意識に結びつくと考えられる。

③自覚なしタイプ

自覚が無いことが特徴である。小グループを通

して、「言葉の明瞭さ」に関して他者からの意見を聞き、自覚を促すアプローチから開始する必要がある。(表3)

V. 終わりに

今回は、明らかな阻害要因の検証には至らなかったが、両群のアセスメントからニーズに沿ったリハビリテーションが展開できる機会に繋がったといえる。今後は更に深く具体的なプログラムの検討を行い実践に活かしていく。

資料 質問紙の結果(Yes回答)

質問項目	普通群 (n=6)	障がい重い群 (n=8)
Q1. あなたが話しかけて聞き返された経験がありますか	66.7%	75%
Q2. 滑舌が悪いと感じていますか	66.7%	87.5%
Q3. 話しづらさを感じていますか	83.3%	87.5%
Q4. 人と話をしたり、電話をすることは好きですか	66.7%	50%
Q5. 学生の頃と比べて話し方に違いはありますか	0%	0%
Q6. 伝わらなくて困ったことはありますか	83.3%	25%
Q7. 施設職員への伝わり方と店員さんとの伝わり方に違いがありますか	16.7%	0%
Q8. スムーズに相手に伝えたいと思いますか	83.3%	50%
Q9. 話すときに相手に伝わるように工夫していることはありますか	83.3%	62.5%

デイケア利用を継続するために必要な関わり

～中断者との比較から見えてきたもの～

デイケア課 ○真栄城兼吾 比嘉阿耶乃
渡嘉敷鈴奈 比嘉 創

I. はじめに

精神障害を持つ患者がデイケアを利用する目的の一つに、“地域生活を維持すること”が挙げられる。デイケアは精神保健福祉士、看護師、作業療法士といった多職種が配置されており、多少病状が不安定でも、地域生活を維持するための援助が可能だと考えている。

しかし、デイケア利用者（以下利用者と略す）の中には、デイケアを継続することができず、病状悪化や自閉的な生活に戻ってしまう利用者も少なくない。

そこで今回、一人でも多くの利用者がデイケアを有効活用しながら継続できるための必要なアプローチとは何かを検証するために、利用者の参加状況と他サービスとの併用率を調査した。結果について考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 調査期間および対象者

2015年4月～2016年2月（11ヶ月間）の間に、デイケアの利用登録者を行った84名。

2. 調査方法

1) 利用者の参加状況

対象者の『週平均の利用回数』と『デイケア中断回数』を調べ、2016年5月までデイケアを継続できていた利用者44名を“継続群”、3ヶ月以上デイケアを中断した利用者40名を“中断群”として、両者を比較した。

表1 対象者及び調査方法

対象者
2015年4月～2016年2月（11ヶ月）の期間に、デイケアを利用するために登録を行った利用者84名。

調査方法
1) 対象者の『週平均の参加回数』と『デイケア中断回数』を調べ、デイケアを継続できた利用者を“継続群”、3ヶ月以上中断した利用者を“中断群”とし、両者を比較した。
2) 『継続群』に対しては、デイケアを利用する目的について聞き取り調査を実施した。
3) 対象者が他サービスを併用している割合について調べた。

2) 聞き取り調査

『継続群』に対して、デイケアを利用する目的について聞き取り調査を実施した。

3) 他サービスとの併用率

対象者が、デイケアと就労支援、訪問看護、ホームヘルパーを併用している割合について調べた。

III. 結果

1. 利用者の参加状況

1) 週平均の利用回数

デイケアの利用が週に1回程度では、39%（19名）しかデイケアを継続できなかったが、週2回の利用では58%（11名）の利用者がデイケアを継続出来ていた。週3回以上デイケアを利用した方は、病状を崩して入院しデイケアを中断された1名を除いて、全員がデイケアを継続出来ていた。

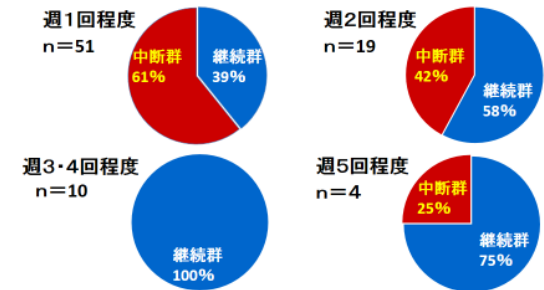


図1 平均の利用回数とデイケアの継続率

2) デイケアの中断回数

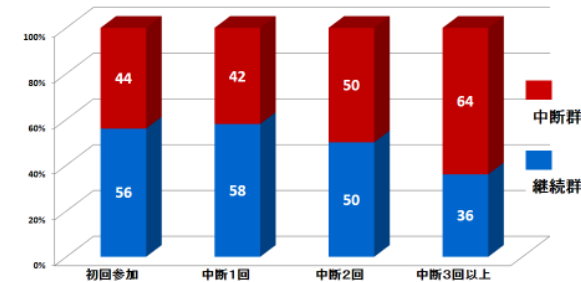


図2 デイケア中断回数

デイケアに初参加された利用者は56%（18名）がデイケアを継続できており、それまでデイケアを1回だけ中断したことがあった利用者も、再び

デイケアに通い始めた後は58%が継続できていた。しかし、過去に2回中断したことがある利用者はその後は半数が中断しており、過去の中断回数が3回以上になると、その後36%（5名）しかデイケアを継続できなかった。

2. 聞き取り調査

主な回答を挙げる。

表2 聞き取り調査の主なコメント

質問「デイケアを続けている目的は何ですか？」

「とりあえず起きよう、歯を磨こうと準備しているうちにデイケアに来ている。」

「家の外に出る目的として参加している。」

「就労をしているので、週に1回の気分転換。」

「薬をもらうため。」

「ためになっている気はするけど、具体的には分からない。」

「家族、主治医、職員に勧められているから。」

しっかりとした目的を持って参加している利用者が多かった半面、中には目的が明確でなく、“周りに勧められたから”という回答もあった。

3. デイケアと他サービスを併用している割合

利用者の64%が、デイケアと他サービスを併用していた。

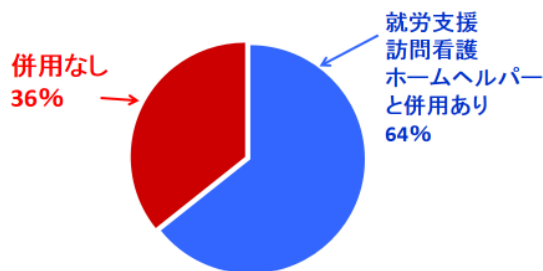
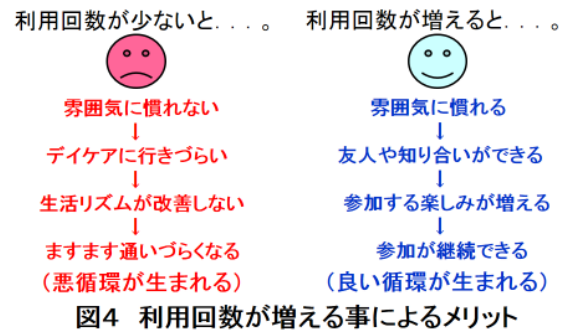


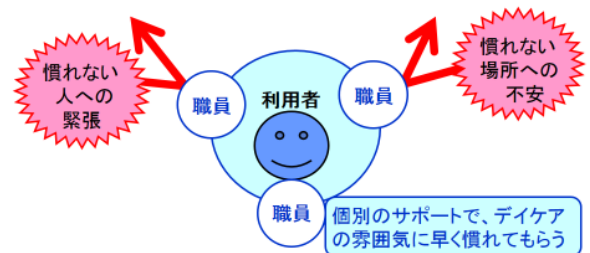
図3 デイケアと他サービス併用の割合

IV. 考察

デイケアの参加状況は、週3回以上の利用者は明らかにデイケアを継続できる割合が高かった。継続するためには“週3回以上”という回数がある一つの目安になると思われる。現在はデイケアの欠席者のみ電話連絡や個別面談を行っているが、利用回数が少ない利用者にも電話連絡や個別の面談を積極的に取り入れるなど、利用回数を増やす取り組みをしたい。



新規で参加する利用者の中には、人や場所への緊張が強く週に1回からデイケア利用を始める方もいる。部署内で情報共有を行い各々の職員が関わるよう心がけているが、業務が忙しい時には充分な関わりができていないこともある。参加開始から一定期間内は、デイケアに来れたことを評価したり困ったことはないか確認するなど、個別のサポート体制を強化したい。



『デイケアの中断回数』については、1～2回の中断であれば中断後デイケアを継続することに大きな支障はないが、3回以上デイケアを中断すると、その後のデイケア継続は難しくなる。何度もデイケアを中断する利用者は、中断するまでの期間も短く参加している時でも無ために過ごされる方が多い。聞き取り調査からは、継続群の多くが自分なりの目的や目標を持ってデイケアに参加していることが分かったが、中断してしまう利用者は逆に何のためにデイケアへ参加しているかという目標や目的が曖昧なため、利用開始当初からデイケアへの参加意欲が高まらないのではないだろうか。そのため、目的を持ってデイケアに参加してもらえようようなアプローチが重要になる。個別面談からニーズを把握し、利用目的について定期的に話し合う関わりが必要だと考える。

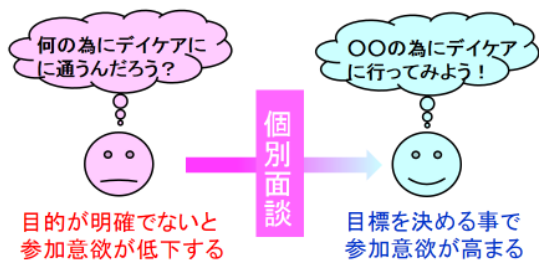


図6 デイケアを中断させないためのアプローチ

また、デイケアと就労支援、訪問看護、ホームヘルパーといった他サービスを併用されている利用者也6割以上いた。デイケアを継続利用していただくためには、他サービスにはないデイケアに通うメリットを感じてもらう必要がある。

就労支援を併用している利用者からは、デイケアが「気分転換になっている。」というコメントもあり、適度にストレスを発散する場所としてデイケアを位置づけているが、“デイケアがあるからこそ安心して就労を続けられる”と感じてもらうために、例えば、職場での悩みを聞いて共感したりストレスの対処方法をアドバイスするなど、治療的なアプローチも行っていきたい。

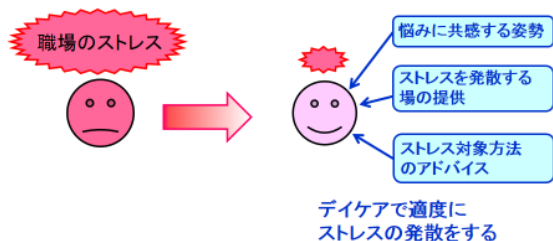


図7 就労支援サービスを併用する利用者に対して

デイケアと訪問看護やヘルパーを併用している利用者は、社会生活を維持するために様々なサポートを必要としている。したがってデイケアでも、病状安定のために服薬管理を行ったり、必要であれば整容・保整面のケアを行うなど幅広いアプローチが必要になる。多職種が配置されているデイケアだからこそ、どんな疾患や障害を持った方でもサポートができると考えている。利用者本人の状態や病状に変化がないか細かく観察し、関係部署全体で情報を共有しながら社会生活を維持できるようサポートしていきたい。

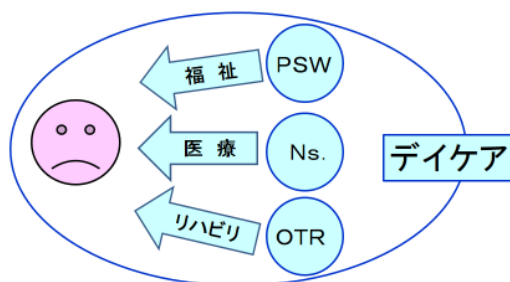


図8 訪問看護・ヘルパーを併用する利用者に対して

V. まとめ

表3 まとめ

- デイケアを継続するためには週3回以上の利用が目安となり、参加回数を増やす関わりをしたい。
- 特に新規の利用者に対しては、サポート体制をこれまで以上に強化する。
- デイケアを中断しないよう、参加する目的を明確にする。
- 他サービスと併用している利用者に対しては、デイケアに通うメリットを感じてもらう。

VI. 終わりに

地域には作業所や地域活動支援センターなどの様々なサービスができており、精神科デイケアを取り巻く状況は年々厳しくなっている。

さまざまなサービスが乱立する中で、精神科デイケアの強みは医療的な関わりがタイムリーにできることであり、利用者の病状や障害の重さに関わらず地域で生活することをサポート出来る点だと考える。

今回の調査からデイケアを継続して利用していただくための具体的なアプローチが見えてきた。結果を現場に活かし、利用者にメリットを提供し続け、選ばれるデイケアにしていきたい。

参考文献

- 1) 田中英樹：精神障害者の地域生活支援、中央法規、2001.
- 2) 安西信雄：精神科デイケア実践ガイド金剛出版、2006.

訪問看護利用者の肥満改善の取り組みに向けて ～生活習慣の聞き取り調査を実施して～

外 来 ○仲宗根一美 崎原恵美 太田牧子
安里真弓 山田佐和子 銘苅加代子 国吉薫

I. はじめに

統合失調症の平均寿命は一般人口に比較して15年短い¹⁾こと、また心血管疾患による死亡率は一般より高いことが報告され、要因としては肥満や糖脂質代謝異常などメタボリック症候群や、抗精神病治療薬の影響などが指摘されている。当院の訪問看護利用者も肥満による問題をかかえており、肥満改善に対するアプローチを行なってきたが、効果はあまり見られなかった。

そこで今回、肥満の解消に向けたアプローチを検討するために、訪問看護利用者へ生活習慣の聞き取り調査を実施した。調査報告と今後の方向性について考察したことを報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2016年2月～2016年3月（2ヶ月間）

2. 対象者

訪問看護利用者 44名のうち、聞き取り調査を実施した34名

3. 方法

1) 聞き取り調査

- ①倫理的配慮として、聞き取り調査の目的及び個人が特定されないことを説明し、同意の得られた利用者だけに実施した。
- ②訪問看護時に、予め作成した聞き取り調査表、日課表をもとに食生活・日常生活・運動量等を聞き取った。
- ③訪問を担当した看護師5名で聞き取った。
- ④訪問時に腹囲を測定した。

- 2) 外来診療録より平成28年3月時点での、BMI、合併症（糖尿病、脂質異常症、高血圧症）を調査した。

III. 結果

訪問看護利用者は44名であるが、聞き取り調査の協力が得られた利用者は34名（77.2%）であった。協力の得られなかった利用者10名は、拒否が3名、病状により聞き取りが困難と判断した3名、訪問キャンセル等で聞き取りが実施できなかった4名であった。

表1に対象者の背景、図1に対象者のBMI値、図2に腹囲を示す（以下BMI 25以上を肥満者とする）。

表1 対象者の背景(n34)

■ 男性 21名 女性 13名	■ 平均年齢 60.0歳(36歳～81歳)
■ 単身者 16名(47.1%)	■ 疾患 統合失調症 31名(91.2%)
■ BMI 25以上 24名(70.5%)、BMI 18.5以下 2名(6%)	
■ 合併症治療者 17名 50% (肥満者14名)	
糖尿病のみ→2名(2名肥満者)	
脂質異常症のみ→3名(3名 ")	糖尿病・脂質異常 →1名(1名 ")
高血圧症のみ→8名(5名 ")	高血圧・脂質異常 →1名(1名 ")
	糖尿・高血圧・脂質異常→2名(2名 ")

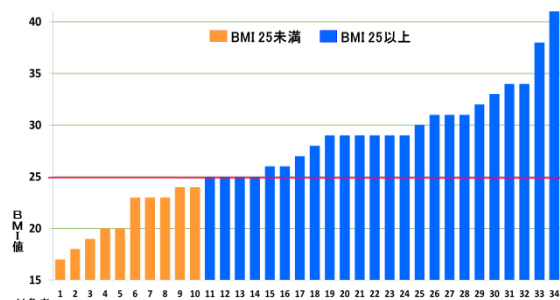
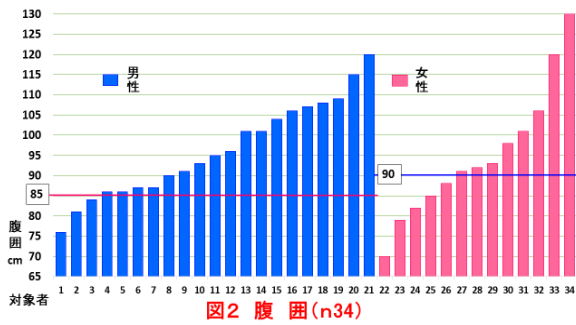


図1 BMI値(n34)



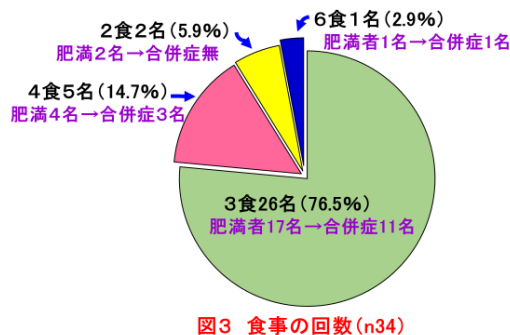
34名中、BMI 25以上は24名で70.5%を占め合併症治療者（糖尿病、脂質異常症、高血圧症のいずれか）は、17名でその中の肥満者は14名（82.4%）であった。糖尿病のみ2名、脂質異常症のみ3名、高血圧症のみ8名、糖尿病と脂質異常症は1名、脂質異常症と高血圧症は1名、全てを合併している利用者は2名であった。高血圧症のみの3名は肥満者ではなかった。

腹囲(図2)は、男性85cm以上18名で、女性90cm以上は8名であった。メタボリック症候群の診断基準とする腹囲及び合併症を2つ以上罹患している利用者は、34名中4名であった。

聞き取り調査の結果を以下に示す。

<食生活>

食事の回数(図3)について調査した。1日3食は26名(76.5%)、2食2名(5.9%)、4食5名(14.7%)、6食1名(2.9%)であった。肥満者の占める割合は、3食は65.4%、2食と6食が100%、4食が80%を示した。



間食の回数(図4)について調査した。間食の習慣が毎日ある対象者は6名(17.6%)、週に数回16名(47.1%)、間食なし12名(35.3%)であった。間食(毎日、週に数回)する肥満者は16名で

72.7%を占め、間食しない肥満者は8名で66.7%を占めた。

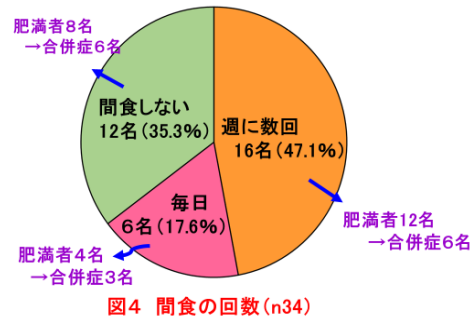


表2に対象者の食生活の傾向を示す。

表2 食生活の傾向 (n34)

■ 20:00以降の食事と間食 20:00以降の食事 7名 (肥満者6名→合併症有4名) " 間食 3名 (肥満者1名→合併症有)	■ 炭水化物の偏り 1食 炭水化物のみ11名 (肥満者6名→2名合併症有) 2食 " 5名 (肥満者4名→2名合併症有) 3食 " 2名 (肥満者1名→1名合併症)
■ 食事量は 腹八分目 11名 (肥満者6名→合併症2名) 普通 15名 (肥満者12名→合併症6名) お腹一杯 8名 (肥満者6名→合併症6名)	■ 飲み物について 毎日砂糖入り飲料を飲む19名 (肥満者11名→7名合併症)

20時以降に食事をする対象者は7名であった。肥満者6名の占める割合は85.7%で、4人は合併症に罹患していた。

食事内容として、炭水化物のみ（ラーメン、インスタント食品等）の偏った食事摂取を1日1食摂っている者が11名、2食5名、3食2名、合計18名でその中の肥満者は11名で61.1%を占め、5名が合併症に罹患していた。

食事量に対して、腹八分と答えた利用者は11名、普通15名、お腹一杯8名であった。肥満者の占める割合は、普通が80%、お腹一杯は75%に対し、腹八分は54.5%で低い割合であった。腹八分と答えた肥満者A氏（BMI 34）は、「朝食は蜂蜜とチーズのサンドイッチ、梅干とご飯、昼食は市販の弁当、バナナ2本、菓子パン1個、夕食はご飯とふりかけ」と答えた。

毎日砂糖入り飲料を摂取する利用者は19名（55.9%）、その中の11名が肥満者で、合併症に罹患している利用者は7名であった。

「食生活に問題点があるか」(図5)の問いに、

問題ないとの回答は16名（47.1%）で、問題ありは12名（35.3%）、わからないは6名（17.6%）であった。問題ありと回答した12名中、8名が改善したいと希望し、全員が肥満者であった。

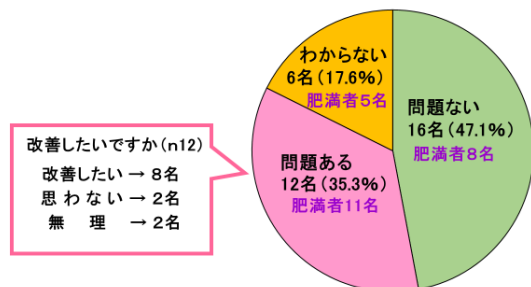


図5 食生活に問題がありますか(n34)

<生活習慣・運動習慣>

睡眠時間（図6）の調査をした。睡眠時間は5時間から11時間と幅があり、平均睡眠時間は8.3時間で肥満者と肥満者でない利用者の平均睡眠時間に殆ど差はなかった。睡眠が9時間以上の利用者は14名で、その中の10名は肥満者で、合併症罹患者は6名であった。

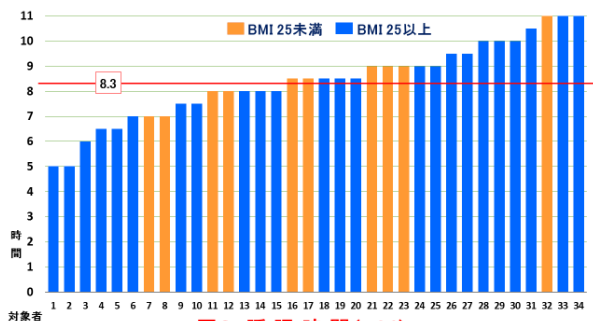


図6 睡眠時間(n34)

1日の就寝時間を除いた座位または臥位時間（図7）を調査した。座位または臥位時間の平均は、9.6時間であった。肥満者の平均時間は10時間、肥満者ではない利用者は8.7時間であった。

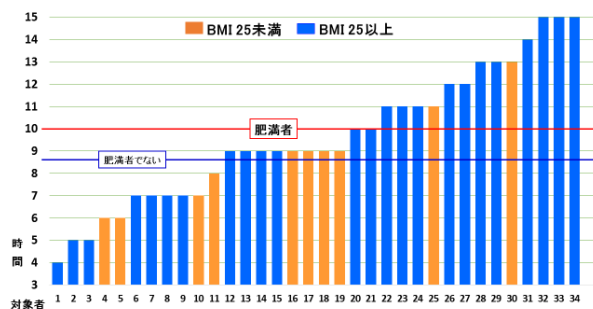


図7 1日の就寝時間を除いた座位または臥位時間(n34)

身の回りの実施状況と頻度（図8）について、寝具の片付け以外は、ほぼ全員の利用者が行っている。毎日ではなく週数回の実施者は、洗面が10名、歯磨き6名、入浴25名、着替え16名であった。週数回の歯磨きの6名中2名は、糖尿病に罹患していた。

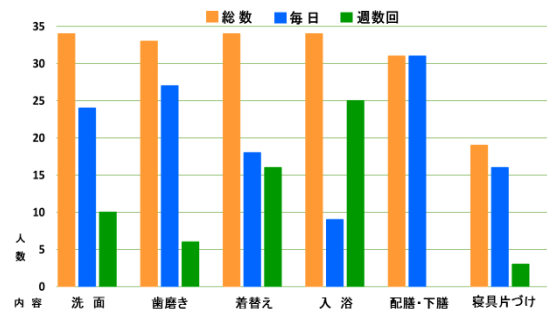


図8 身の回りの実施状況と頻度(n34)

家事等をどの程度担っているか（図9）については、料理、食器洗い、洗濯、掃除器かけ、拭き掃除、部屋の片づけ、トイレ・風呂掃除、ゴミ出し、庭掃除を調査した。まったく家事をしない利用者は3名で、殆どの利用者が何らかの家事を担っていたが、頻度としては低かった。

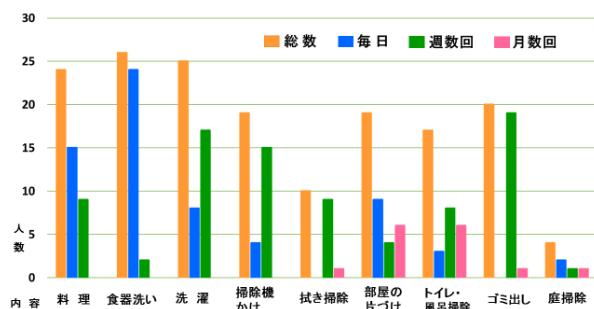


図9 家事の内容と頻度(n34)

就労訓練やデイケア等のサービス状況（表3）を調査した。一般就労は2名（5.9%）、就労訓練

7名(20.6%)病院デイケア9名(26.5%)、生活訓練1名(2.9%)、介護保険デイサービス3名(8.8%)であった。一般就労を含めたサービス利用者22名(64.7%)中、肥満者は16名(72.7%)、サービス利用のない対象者12名(35.3%)中、肥満者は8名(66.6%)で、サービス利用者に肥満者の割合が高かった。

表3 就労及び就労訓練・デイケア利用状況(n34)

■ 一般就労 2名(週3日～5日 週平均4日)	計22名 (64.7%) 肥満者16名
■ 就労訓練 7名(週2日～5日 " 4.4日)	
■ 生活訓練 1名(週3日 " 3日)	
■ 病院 9名(月1～週3日 " 1.3日) デイケア	
■ 介護保険 3名(週3日～5日 " 4日) デイケア	

運動習慣があるかを調査した(図10)。運動習慣について、運動あり(毎日～月2回まで)は、19名(55.9%)、なしは15名(44.1%)であった。運動あり19名の週の平均運動時間は135分であった。運動ありの肥満者は14名(73.7%)、なしの肥満者は10名(66.7%)で、運動習慣のある肥満者の割合が高い。しかし、BMI30以上の肥満者10名に関しては、運動なしの肥満者の割合が高く、運動あり4名の週の平均運動時間は84分で19名の平均と比較し短かった。

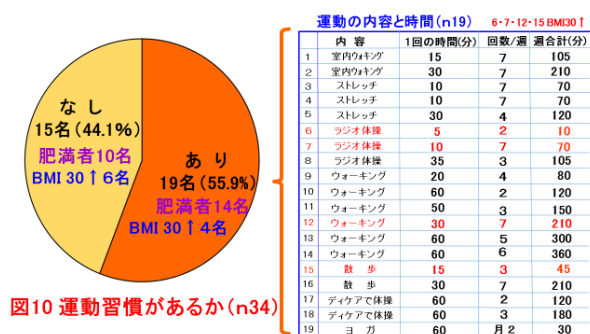


図10 運動習慣があるか(n34)

タバコを吸うか調査した(図11)。吸うと回答した15名(44.1%)中、肥満者は11名(73.3%)でその中の合併症罹患者は6名であった。15名中6名はやめたいと回答した。

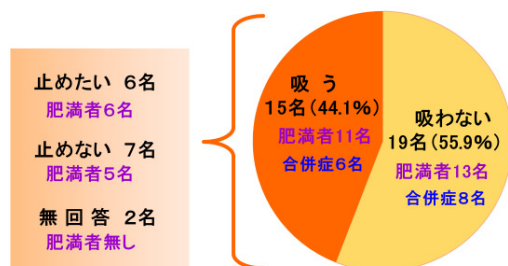


図11 タバコを吸うか(34)

血液検査に関心があるかを調査した(図12)。関心ありと回答した23名(67.6%)中、肥満者は16名(69.6%)であった。関心無し4名(11.8%)わからない6名(17.7%)、無回答1名(2.9%)であった。

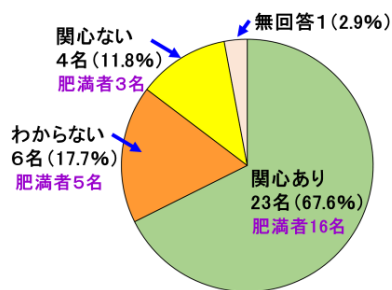


図12 血液検査に関心があるか(n34)

IV. 考察

食生活の聞き取り調査結果から、3食の食事摂取をしている利用者に肥満の割合が低かったこと、20時以降に食事をする利用者に肥満者の割合が高かったことは、肥満の要因として通常述べられていることと一致している。毎日、砂糖入り飲料を摂取している者が半数以上を占めており、今後、肥満者に対し、食事の傾向に加え、アプローチしていきたい。食事量の主観として、「腹八分」と回答した利用者にケースとして紹介したA氏のような肥満者が含まれており、食事指導については一般の肥満者より難しく工夫が求められる。食生活に問題があると回答し、かつ改善を希望した8名の肥満者には、優先的にアプローチを実践していきたい。

生活習慣・運動習慣の聞き取り調査でわかったことは、睡眠時間では平均時間から休息はとれていると推測された。しかし、9時間以上睡眠時間

をとる利用者が14名おり、座位時間の平均時間も9.6時間と長いことから活動量の低さが、全体に顕著であり、筋力の低下、特に下肢筋力の低下が懸念される。肥満者に限らず、全利用者に下肢筋力を高める運動も検討したい。

身の回りについては、生活者としての最低限の活動をどの程度できているか把握するため調査した。洗面や歯磨き、着替えなど、毎日行えていない利用者もあり、座位時間の長さと同様に、無為、自閉の状態を示すものとする。歯磨きを毎日していない利用者の中に糖尿病罹患者が2名おり、口腔ケア不足による感染症のリスクが懸念される。

家事については、殆どの利用者が何らかの役割を担っているが、家事の頻度は少なく、活動量が低いと推測される。

就労訓練やデイケア等のサービス利用状況では、64.7%と高く、これは訪問看護での取り組みの成果であると評価したい。サービス利用者に肥満者の割合が高い結果であったが、利用者個々のサービス利用前後の肥満度の比較はしておらず、評価は難しいと考える。

運動をしている肥満者の割合が高かったことについても、訪問看護において、肥満者へ運動導入アプローチの結果であると評価したい。サービス利用と同じく、個々の運動導入前後の体重を比較していないため、評価は難しい。BMI 30以上の肥満者においては、運動をしていない割合が高く、運動をしていても平均運動時間は短く、肥満改善に至るほどの運動量ではないと推察される。

喫煙習慣については、喫煙する肥満者の割合が高く、特に喫煙する合併症罹患患者6名に対しては禁煙の働きかけが必要と考える。

血液検査に関心がある対象者は7割近くを占め、肥満者も含め関心度が高いことから、外来の検査データは今後の肥満改善の取り組みに、効果的に活用できると考える。

V. 終わりに

今回の聞き取り調査では、食事や飲み物などの正確な量の把握はできなかったが、訪問看護利用者個々の生活習慣を具体的に把握することができた。今後、下肢筋力の低下に対するアプローチを含め、肥満者に対する生活習慣への具体的なアプローチに繋げたい。

引用文献・参考文献

- 1) Hennekens CH. et al: Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. Am Heart J. 2005.
- 2) 徳山明広：統合失調症と生活習慣病 p 4 - 21, 精神看護出版, 2015.
- 3) 渡邊博幸：統合失調症と嗜好品 p 37 - 41, 精神看護出版, 2008.

当院の医療保護入院者退院支援委員会における精神保健福祉士の役割 ～早期退院に向けての取り組みと今後の課題～

診療相談課 ○金城頼子 高屋幸佑 神村智美
崎山さつき 嘉陽須賀子

I. はじめに

平成 26 年 4 月より改正精神保健福祉法が施行され、特に医療保護入院における内容が大きな改正となった。なかでも、退院後生活環境相談員の配置義務、医療保護入院者退院支援委員会の開催など、医療保護入院者が早期に退院できるよう措置が講じられるようになった。当院でも各病棟担当の精神保健福祉士が退院後生活環境相談員の役割を担い業務にあたっている。

実際に業務として医療保護入院者退院支援委員会を開催するようになり、病状回復と並行して方向性を明確にし、早期退院をすすめる効果はあるように感じる。

そこで改正法施行後 2 年間に、医療保護入院者退院支援委員会を開催した内容について整理し、精神保健福祉士として早期に退院、もしくは処遇改善をすすめるために必要なことや、改善点を明確にしたい。

II. 研究方法

1. 研究期間

平成 26 年 4 月～平成 28 年 3 月（2 年間）

2. 方法

「医療保護入院者退院支援委員会議事録」の記録と診療録から、開催件数、入院診療計画書における医療保護入院の推定される入院期間、入院から医療保護入院者退院支援委員会開催までの期間、疾患分類、医療保護入院者退院支援委員会開催後の結果、平成 28 年 3 月時点における対象者の処遇、退院時の入院形態、退院後の経過、疾患別の退院先分類、入院から退院まで要した日数を調査した。

3. 医療保護入院者退院支援委員会について

医療保護入院者退院支援委員会（以下委員会と略する）は、病院において医療保護入院が必要と

される期間を明確化し、退院に向けた取り組みについて審議を行う体制を整備することで、病院関係者の医療保護入院者の退院促進に向けた取り組みを推進するために義務付けられたものである。

在院期間が 1 年未満の医療保護入院者が対象で、入院診療計画書に記載された推定される入院期間を経過する場合に開催する。

当院では、主治医、担当相談員、看護師、家族、本人同席した上で開催している。開催予定日の日程調整、通知、開催時の会議録の作成、結果報告の業務を一手に相談員が担っている。できるだけ地域援助事業者の参加も求められているため、支援を求めたい関係機関へも参加を呼びかけて、できるだけ参加してもらっている。

4. 退院後生活環境相談員について

平成 26 年 4 月に改正精神保健福祉法が施行され、精神科病院の管理者には医療保護入院者に対する退院促進のための 3 つの体制整備の義務付けがされた。

- 1) 精神保健福祉士等のうちから退院後生活環境相談員を選任し、本人または家族からの相談に応じさせること。
- 2) 地域生活へ移行を促進するために、必要があると認められる場合には、介護保険事業者や障害福祉関係の事業者等の援助事業者を紹介するように努めなければならない。
- 3) 医療保護入院者の退院による地域への移行を促進するための措置を講じなければならない。具体的には、入院時に入院診療計画を作成し、当該入院の予定期間内に退院が困難な場合は病院内の委員会で入院期間の更新や退院促進について審議する等、地域生活へ移行を促進するための体制を整備すること。

上記 1) が「退院後生活環境相談員」のこと

であり、当院では精神保健福祉士が担っている。
また3)が委員会のことである。その上で退院後
生活環境相談員は、以下の3点が責務・役割とな
っている。

- ①個々の医療保護入院者の退院支援のための取
組みにおいて中心的役割を担うこと。
- ②多職種連携のための調整と行政機関を含む院外
の機関との調整を図ること。
- ③個人情報保護について遺漏なきよう十分留意す
ること。

また退院後生活環境相談員は「医療保護入院者
が任意入院で引き続き入院する場合、退院するま
で継続して退院促進のための取り組みを行うこと
が望ましい」とされており、実際に地域移行する
まで支援を継続している。

Ⅲ. 経過及び結果

委員会開催回数は58回で、一月当たり平均が
2.4回の開催となった。対象人数は41人で、複数
回開催が12人いた。(表1)

表1 委員会開催回数

対象期間	H26年4月～H28年3月
対象人数	41名
開催件数	58回 (複数対象12名含む)
月平均回数	2.4回

入院診療計画書に記載する医療保護入院の入院
期間は「3ヶ月」が多く28件だった。(図1)

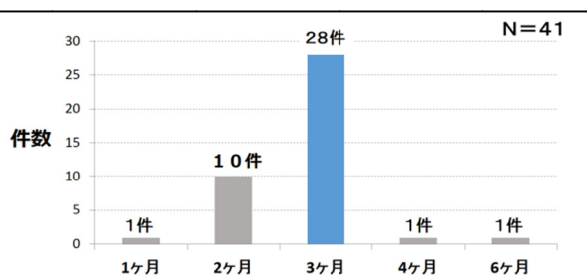


図1 入院診療計画書における医療保護入院の入院期間

入院から委員会開催までの期間は、平均 89.5
日 (2ヶ月 29.5日) であった。(図2)

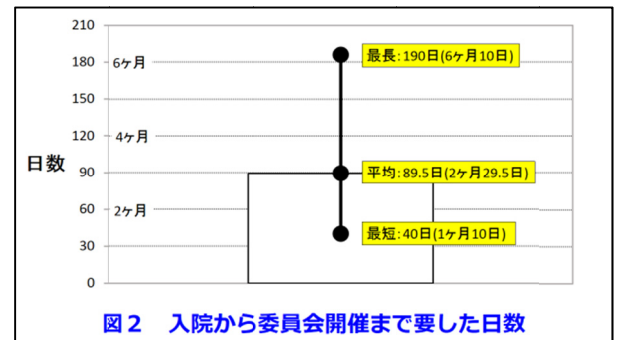


図2 入院から委員会開催まで要した日数

対象者の疾患別分類では、F2群が61%と一番
多く、続いてF0群が29%と多いことが分かった。
(図3)

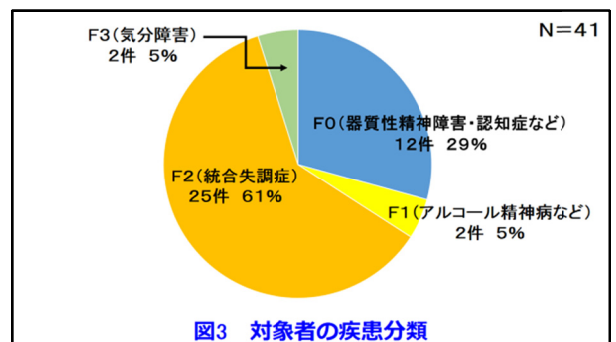


図3 対象者の疾患分類

委員会開催後の結果は、退院が2件、入院継続
が25件、任意入院へ形態変更が14件(複数回開
催した結果、任意入院へ形態変更した件数5件を
含む)であった。(図4)

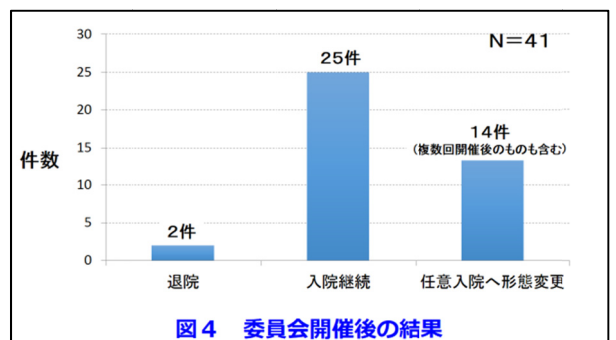
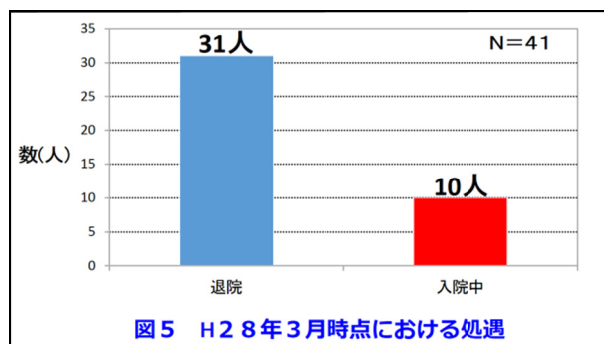
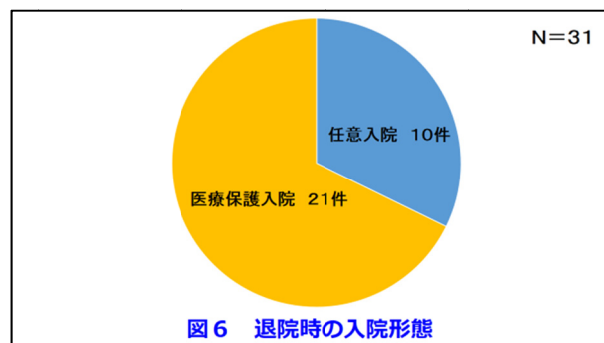


図4 委員会開催後の結果

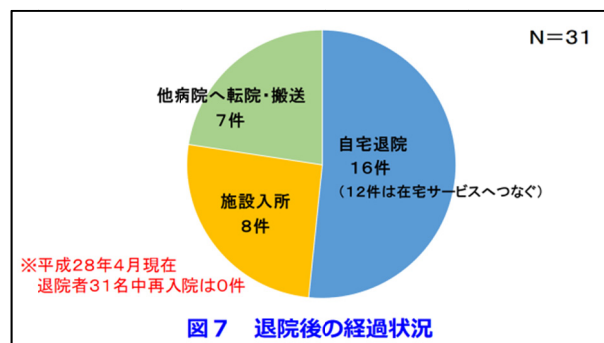
平成 28 年 3 月末時点の対象者の処遇は退院が 31 人、入院中が 10 人であった。(図 5)



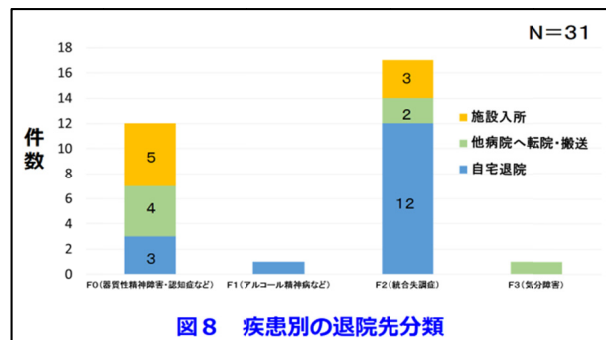
退院時の入院形態は、医療保護入院が 21 件、任意入院が 10 件と、必ずしも任意入院で退院するわけではないことが分かった。(図 6)



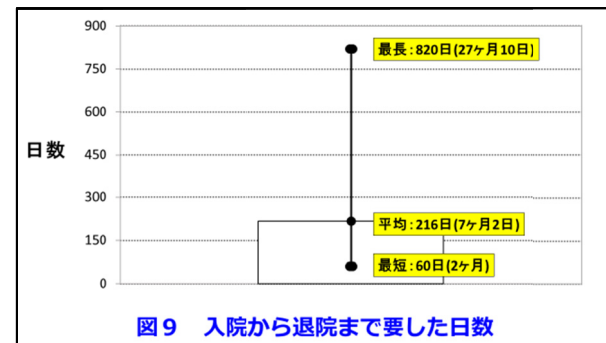
退院した対象者 31 人の経過は、自宅退院が 16 件、そのうち 12 件は地域の福祉サービスを利用した。介護保険や障害者総合支援法関連施設への入所が 8 件、他病院や救急搬送のため転院が 7 件であった。そして退院後 3 ヶ月未満の再入院者は平成 28 年 4 月時点で 0 件であった。(図 7)



疾患別の退院先の分類は、F 0 群では、自宅退院より施設入所が若干多く、F 2 群では自宅退院が多い事が分かった。(図 8)



入院から退院までの平均期間は 216 日 (7 ヶ月 2 日) であった。(図 9)



IV. 考察

今回委員会開催した医療保護入院者の平均在院日数は 216 日であった。当院の平均在院日数※との比較では、平成 26 年度が 206.6 日、平成 27 年度が 227.1 日であり、大きな差異は見られなかった。当院では医療保護入院者は全入院者の約 2 割※を占め、月平均 40 人前後の医療保護入院者がおり、なかには 1 年以上入院が長期化しているケースもあり、それらを含めると今回の調査した平均在院日数は大幅に増加することが推測される。

また入院から退院までの期間が約 7 ヶ月を要した主な要因として、役所の手続き調整や住環境の調整に時間を費やしていることが大きい現状がある。そのため短期入院を実現するためには、入院直後から具体的な退院を意識して調整する必要があると考えられる。

一般的に医療保護入院者は病状が悪化し、本人

の同意が得られず、家族が大変な思いをして入院へつないでいる場合も多いため、家族が受け入れられるまでの環境調整や時間を要することは否めないが、閉鎖処遇で入院を長期化させることは、本人の家庭での居場所をなくすことへもつながり、社会生活への支障を招きかねない。委員会は開催義務があり期限内に開催することにより、主治医や看護師、本人、家族も参加し病状、経過の説明の他、本人、家族の意向も聴取しながら今後の方向性をマネジメントすることができ、退院の生活を具現化できる有意義な機会となっていると思われる。また相談員の役割として「任意入院へ形態変更した後も地域生活へ移行するまで継続して退院促進するための取り組みを行うことが望ましい」¹⁾というガイドラインがあるように、一層退院に向けて在宅生活を維持していくための重要な役割を担っていると思われる。

今回、委員会開催期間が「3ヶ月」で開催することが多かったが、その時点を踏まえて方向性を確認し、次の調整へ繋げる機会となつては遅い場合も多々ある。委員会で方向性を確認するより早期に調整していくためにも「クリニカルパス」を導入し、家族と相談や連絡をとる機会、役所関係の手続きの時期などを取りこぼさずに明確にすることが必要だと思われる。

また退院後、三ヶ月を経過しても再入院がいなかったこと、地域の福祉サービスへつないだ件数が多くいたことから、地域生活を維持していくためには地域事業者との協力体制が必要であると思われる。そのため病院と地域事業者のやりとりがスムーズに行えるような協力関係を構築するためにも、相談員自身が積極的に普段から顔の見える関係作りやコミュニケーション力の向上、事業者や役所との調整力が必要だと思われる。

V. 終わりに

診療報酬の兼ね合いなどもあり、今後は更に早期退院がすすむと思われる。入院者全員にとって入院は通過点であることを意識して、チーム医療で地域での居場所をなくさない支援を今後も続け

ていきたい。

参考資料

※平和病院の統計 平成26年度、平成27年度

1) 改正精神保健福祉法施行(平成26年4月)に関する業務のためのガイドライン、平成27年3月
公益社団法人 日本精神科病院協会

編集後記

今、まさに論文の最終チェックの慌ただしい中、編集後記を書いています。今回の医学会プロジェクトの取り組みを振り返ってみると、まずは論文の質の底上げを目指すことと、できるだけ論文作成者が何を書くべきだったか迷って、頭が破裂しそうにならないように（これは僕の過去の苦い体験にも基づいています）、事前の勉強会に力を入れました。具体的には、勉強会資料をできるだけわかりやすく、誰でも理解できるものを作成しました。その結果、今回できあがった勉強会資料を参考に論文作成を進めていけば、一定の質の確保ができると考えており、今後医学会を開催していくにあたり、大きな財産になったのではないかと自負しております。

また論文作成者の負担を考慮し、「残業をさせません！」と選挙のマニフェストのようなことを掲げてみましたが、なかなか難しい状況もあったかと思います。そんな中、少しでも周りのスタッフが論文作成者に配慮してあげられた場面があったのであれば、うれしく思います。

「論文の質をあげる」というのは、僕が知る限り、毎年言われてきたことですが、志誠会には様々な職種のスタッフがいますので、文章作成が上手な人もいれば、まったく論文なんて書いたことがない！という方もいますし、ましてや「パワーポイントって何？」とおっしゃられる方もいる中で、全体の質の底上げというのは、今後も永遠のテーマになってくると思いますが、今回医学会プロジェクトを担当してみてわかったこともありますので、来年のプロジェクトへしっかり引き継ぎたいと思います。

最後に、今回の医学会プロジェクトメンバー、論文作成者、各係の担当者、医学会開催にむけて準備して下さった方々、色々ありましたが、結果的には楽しくプロジェクト運営ができました！心より感謝申し上げます。ありがとうございました！！

2016年6月30日[木] 高屋 幸佑

2016年6月30日（木）発行（非売品）

編 集：第29回志誠会医学会プロジェクト

編集責任者：高屋 幸佑 渡久地 猛 小谷 佐和子
山本 久美子 宮城 聖子 池原 康裕

発 行 者：小 渡 敬

発 行 所：医療法人社団志誠会

平和病院・陽光館・社会復帰施設

住 所 沖縄県うるま市上江洲665番地

TEL (098) 973-2000

URL <http://heiwahsp.ec-net.jp/~heiwahsp/>



医療法人社団志誠会

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society

Vol.29 30 th June 2016

Bulletin of
the SHISEIKAI
FOR
MEDICAL
SOCIETY



医療法人社団志誠会

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society

Vol.29 30 th June 2016

Bulletin of
the SHISEIKAI
FOR
MEDICAL
SOCIETY