

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society

Vol.30 29th June 2017

第30回 志誠会 医学会誌

「平和病院30年の歩みと今後の展望」

～時代のニーズに即した精神科医療とは～

日 時：平成 29 年 6 月 29 日

会 場：平 和 病 院 第一講堂

第30回 志誠会医学会プログラム 「平和病院30年の歩みと今後の展望」 ～時代のニーズに即した精神科医療とは～

《特別講演》 13:45～15:00

「志誠会の30年の背景にみる精神医療の歴史、過去・現在・未来」

講 師：澤 温 先生(社会医療法人北斗会さわ病院 理事長・院長)

《シンポジウム》 15:15～16:30

「平和病院30年の歩みと今後の展望」

シンポジスト 事務 伊芸 幸政(平和病院 法人統括本部副部長)
精神保健福祉士 金城 賴子(平和病院 診療相談課主任)
看護師 高江洲 徳一(平和病院 第1病棟課長)
作業療法士 比嘉 創(平和病院 作業療法課課長)
医師 宮城 則孝(平和病院 副院長)

【一般演題】第1群 10:00～10:40

座長：平和病院看護部主任 渡久地 猛

- | | |
|--|----------------|
| 1) レクリエーション活動のあり方 | 陽光館第2生活棟 松田 拓也 |
| 2) 月桃エキスを用いた足浴を試みて
～足白癬の改善を目指す～ | 陽光館第3生活棟 大城 光樹 |
| 3) アンケート調査の結果から
～業務改善を通して～ | 陽光館第5生活棟 市原 尚人 |
| 4) 当院訪問看護利用者の下肢筋力増強への取り組み
～ロコモーショントレーニング導入を試みて～ | 平和病院外来訪問 崎原 恵美 |

【一般演題】第2群 10:50～11:30

座長：平和病院看護部主任 垣花 宏樹

- | | |
|---|------------------|
| 5) 急性期治療病棟における静脈血栓症予防対策の導入を考える
～より安全な身体拘束をめざして～ | 平和病院第3病棟 桑山 大祐 |
| 6) 長期入院患者を対象とした外出グループの取り組み
～施設入所に向けた関わり～ | 平和病院第5病棟 津嘉山まゆみ |
| 7) 高齢者看護における観察視点について | 平和病院第6病棟 天願 静香 |
| 8) 急性期病棟における作業療法プログラムの再考
～平成28年度の入院患者データを通して見えてきたこと～ | 平和病院作業療法課 濱良垣沙希乃 |

【昼 食】 11:30～13:00

【一般演題】第3群 13:00～13:30

座長：平和病院医局 新垣 淑己

- | | |
|--|---------------|
| 9) 当院における連携についての一考察
～アンケートを用いた意識調査を通して～ | 診療相談課 高屋 幸佑 |
| 10) 慢性期病棟における入院長期化の予測因子に関する研究
～精神科リハビリテーション行動評価尺度（Rehab）を用いた後ろ向き研究～ | 平和病院心理課 榎木 宏之 |
| 11) 志誠会30年の歩み
～人口動態グラフから高齢化について考える～ | 陽光館施設長 小渡 韶月 |

【特別講演】 13:45～15:00

座長：平和病院院長 小渡 敬

【シンポジウム】 15:15～16:30

座長：平和病院 地域生活支援部長 嘉陽 須賀子
看護部副部長 比嘉 和枝

【表彰式】 16:30～16:45

31年目に向けて

職員の皆さんへ

院長 小渡 敬

昭和62年5月に平和病院を開設して、今年で30周年を迎えることになった。

当時は国会で病床適正配置法案の審議がなされており、その法律が成立すると沖縄県は病床過剰地域であるため病院の建設ができない状況にあった。さらに、平和病院開設の許認可申請の書類提出期限が迫っており、ギリギリで許可を得ることが出来た。また、精神医療の分野では昭和58年に宇都宮病院事件があり、我が国の精神医療に対する国際的な批判が高まり、これまで運用されていた精神衛生法が大きく改正される事になった。十分な議論がなされないまま精神保健法が成立した。従来の精神衛生法では、患者の人権が十分に配慮されておらず地域防衛的な考え方方が色濃く認められた。そのため患者は長期入院を余儀なくされた。これが当時の国の施策であった。それに対して、精神保健法は「医療」と「保護」を柱としており、患者の人権の尊重と、これまでに無かつた患者の社会復帰という文言が法律に明記された。

このような時代背景の中で、平和病院の建設にあたっては、通院が可能な場所に病院を作る事、さらには地域に開かれた開放的な病院にすることなど、新しい精神医療を理念に掲げて病院作りを行った。

それから早30年が経ち、精神科の治療は急性期治療病棟の運用や新薬の開発等により比較的短期間で可能になりつつある。長期入院者の社会復帰については、自立のための訓練施設や就労訓練施設及びグループホーム等を整備し、地域での生活を可能にした。また、高齢者の医療・介護については、認知症を中心に陽光館で行っている。さらに、うるま市地域包括支援センターや居宅介護支援事業、ホームヘルプサービス等、地域サービスを展開している。

しかしながら、平和病院の理念はまだ達成したとは言えず、これからのあるべき精神医療を皆で考えていかなければならない。それを行うためのヒントとしては、入院医療（救急・急性期治療）の充実に加え、地域で生活するための自立する力や就労（リワーク）再発防止等を支援する医療チームを展開することが重要であると思われる。

今回は平和病院30周年記念の特別講演にあたって、演者として社会医療法人北斗会さわ病院理事長の澤温先生しかいないと考え、無理を言ってお願ひした。シンポジウムはこれから平和病院を担っていく各部署の役職者に「平和病院30年の歩みと今後の展望」と題して行う。活発な討論が出来れば幸いである。

平成29年6月29日

31年目に向けて

事務長 稲嶺 正也

やんばるの山々では、イジュの花が咲くと初夏の訪れを告げてくれます。

しかし、今年の梅雨は例年ない程の天気の移り変わりの激しさで、「陽性の梅雨」と表現されたよう、いつもの風景とは少し違って見えました。

昨年の10月より、仕事人生34年目で「2度目の新入社員」となった私にとっても、名護市からうるま市へと向かう車窓風景は新鮮なものとなりました。

この原稿を依頼された時は、正直、「新入社員」の私が何を書けばよいのか見当もつかなかったのですが、34年目にして、2つの組織を経験した者として、感じた事を書いてみたいと思います。

医療法人社団志誠会では、「設立理念」を掲げて30年間医療・介護事業を展開し今日に至っており、私が最も注目したものが【病院運営にあたっては一般企業並の経営を行い、医療は最新かつ高度なものとする】です。これは「最高のサービスを目指す」事を示しており、平和病院を開院した当初より医学会を実施してきたのは、研究を行う事で、発表する部署自身が業務や仕事を検証する事になると同時に、発表を聞いた職員の研修の場となり、さらには、その事が法人の質の向上に繋がるためだと聞きました。「まさに企業は人なり」だという事です。

これは、経営戦略の最も重要な部分を示していると思います。経営戦略（人・物・金・情報の収集）は、全て人が行う事であり、「人」が【物】や【金】を動かし、【情報の収集】を行う。中でも最重要とされるのが、「人」が【人】を動かす（育てる）事です。

これまで志誠会は、医学会を30回継続して実施する事によって、人材の育成を30年継続して行ってきました。志誠会医学会30周年、節目の年である今年は、様々な専門職種の人材でサービス構成される介護保険制度において、一部報酬改定が行われ、「介護職員待遇改善加算」の内容が新しくなり、介護職員の待遇がさらに向上し得る様な態勢作りを目指していく事が求められています。在宅サービスも様々に変化していき、法人としては、今年4月から、うるま市からの委託事業である「地域包括支援センター具志川ひがし」がスタートしました。まさに、職員自身の研鑽と知識を習得する力が求められ、その事が組織の質を向上させるという、これまで志誠会の設立理念によって築き上げてきた力を発揮する時がきたと思わざるを得ません。

これからも、さらなる人材育成へ向け、職員個々のスキル向上を目指していく事に、微力ではありますが、今年は私も参加できる事を嬉しく思います。

最後に、今回の医学会が職員一人一人の研鑽の場となり、実り多い有意義な学会になりますよう、活発な討議を期待しています。

平成29年6月29日

31年目に向けて

看護部長 比嘉 久美子

ここ最近の話題は、何と言っても5月26日に引退表明した31歳の藍ちゃんのことでしょう。ゴルフ愛好家でなくとも沖縄が生んだ世界の藍ちゃんのことは、ゴルフの偉業(世界ツアー9勝・日本15勝)だけでなく「誰もが愛した藍ちゃん」と、その報道ぶりからも沖縄の星として知ることができます。数多くの日本のスポーツ選手が世界で活躍している中、あらゆる報道がその人柄まで褒め称えていることはなかなかないことです。早すぎる引退がそのような報道になるのかとも思われがちですが、これまでの藍ちゃんのスポーツ選手としてのプレーぶりや、人への接し方がつぶさに評価されてのことだと思います。きっと今後も素晴らしい人生を歩んでいく女性になることと思い、ゴルフ界ばかりでなく多くの活躍を期待したいと思います。

藍ちゃんフィーバーで、なかなかいつもの本題にたどりつくことができませんが、平和病院は今年、5月1日に、31年目のスタートラインに立ちました。看護部も区切りとして30年間の総括を行い、個々にリフレクションして新たな課題に取り組んでいかねばなりませんが、ここでは継続している年度の評価と今年の課題の展望に置き換えて記しておきたいと思います。

H28年度の看護部の人材育成の手法は、ディスカッションを通して設定された部署や個々の看護倫理を、毎年行っている目標管理の中に落とし込み、実践を通して評価することでした。

「看護部の人材育成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から、業務でなく仕事を通して喜びを分かち合うことが肝要です」と記しました。業務と仕事の違いは毎回の新職員オリエンテーションで理事長が述べていることです。

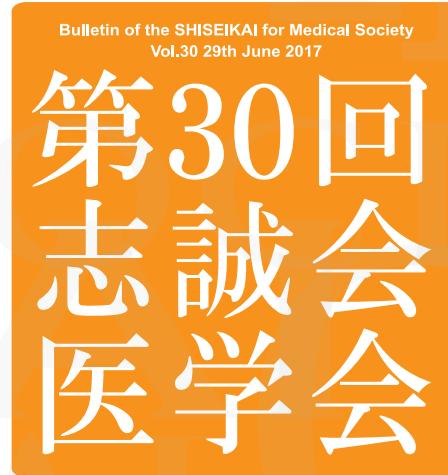
さて、去った3月にはその評価を看護部全職員がGワークを行いましたが、ディスカッションの中から真摯な報告を数多く聞くことができました。「ケアそのものが倫理的行為」であることに気づき認知症の方への声掛けを意識したり、多忙さを理由に患者さんの自立を阻害する行為をしてしたことへの気づき、インフォームドコンセントの大切さ、現実とのジレンマや安全管理のための報・連・相、職員間の関係性の大切さ、等々。実践を通しての評価は看護の質そのものへと還元されます。多忙な中でも、各部署長との個別の面接は“Win-Win”的関係性をより高め、個々のクリニカルラダーのステップアップにつながっています。しばらくはこれらの手法を看護部の人材育成のモデルとして活用していくことで、看護の質の向上を目指したいと考えています。

一方機能分化された各病棟の看護実践では、急性期治療病棟の医師配置加算の維持は、4つの病棟のチームワークの関係性がなくてはスムーズに成り立ちません。今後のスーパー救急病棟取得に向けてさらに切磋琢磨いたしましょう。また、療養病棟の長期入院患者の地域移行の取り組みも、常に他部署との関係性が関与してきます。部署の垣根を越えて主体が誰であるかを共有することが大切です。今年度も取組を強化ていきましょう。今年は、看護管理能力の向上に向けて、昨年改正した役職のチェックリストをもとに役職の業務整理を行い、ワーカライフバランスに向けた取り組みも強化したいと思います。

さて、来年度は診療報酬及び介護報酬の同時改定が予定されています。これから的精神保健医療福祉の在り方も地域包括ケアシステムの流れに組み込まれていくことが予測されます。認知症患者のBPSDの看護や、入院期間の長期化や再入院を防ぐ取り組みなどますます力を入れていかねばなりません。

最後に、30年間の平和病院は理念に向けてまっしぐらに進んできたように思います。医療がサービス業といわれるようになったのは厚生白書(平成7年版)に記されてからと記憶していますが、平和病院は当初から理念にあるようにその精神を心掛けていると思っています。これからも「マグネットホスピタル」として存在し続ける結果を出すことに邁進しいたしましょう。

平成29年6月29日



特別講演

「志誠会の30年の背景にみる
精神医療の歴史、過去・現在・未来」

講 師

社会医療法人北斗会 さわ病院

理事長・院長 澤温先生

志誠会の30年の背景にみる精神医療の歴史、過去・現在・未来

社会医療法人北斗会さわ病院

澤 温

平和病院創立30周年記念に当たって 一院長からの8つの疑問に答えてー
最初に平和病院の30年記念の学会に、学問的より現場的な私を演者として呼んでいただいたことに感謝したい。それ故に学問的でない話、あるいは疑問で終わることもあるをお許しいただきたい。

下記の依頼された項目①～⑧は多岐にわたっていてすべて重たい課題である。

①『精神保健法が施行された後の30年間で精神医療に対する国民の捉え方（偏見は消えたか？ノーマライゼーションは進展したか？）』では、まず30年前は精神保健法が国会を通過した年で、私もそうだったが、何をしても新しいもので、ある意味でなんでもしてやろう、やればそれだけの効果はあると胸を膨らませられた時期であった。国民の理解も精神保健法の3本柱の一つであるが、悲惨な事件が起きて犯人が精神科通院中であったりすると偏見が強くなる。そのような事件ではとかく「責任能力あり」として精神障害者の症状による事件でないというようにもっていき、そうすることで一般の精神障害者は別なのだからとして、このような中で精神保健法の3本柱のもう一つである患者の人権を守ろうという動きがあることが心配される。

②『精神障害者の社会復帰はなされているか？精神障害者の社会参加はどうか？－精神障害者の眞の社会復帰とは何か？』については、1995年の障害者基本法で概念的には三障害は同列となつたが、2006年の自立支援法になってようやくサービスも一元化が図られるようになった。これで一応他の障害者とは同じ福祉サービスは使えるようになったが、一般企業への就職はまだまだ難しい。一方就労者として働くには精神障害が外からは見えにくい故に理解されにくく、さらに何度も失敗しながら良くなっていくことはもっとも理解してもらいにくい。

③『精神科における認知症医療は国民にどのように理解されているか？今後、認知症医療はどのような展開をすると思われるか？』は、国民が最も関心があるので、マスコミの啓発もあり「他人事でない」と考えられている。その意味で精神障害が「誰もが罹りうる病気」ととらえられ精神科の敷居は下がってきてている。ただマスコミによっては認知症患者を精神科が担当することには、なにがなんでも反対するという考え方もあり、困り果てて精神科に依頼する家族や高齢者施設と大きなギャップがある。

④『介護保険の進展と精神医療はどのように関わってきたか？今後、どのように展開すると思われるか？』についてはあまりコメントする力を持たないが、本来医療か介護かという問い合わせでは、広い意味の医療は介護を含むが介護は医療を含まないと考えている。精神科でも医療的介入が少なくなる、あるいは一定になると介護でよいだろうという意見になるだろう。ただし相互の移動をスムーズにすることが重要で、医療保険制度と介護保険制度を明確に分け、管轄する行政部局が違うことは足かせとなるであろう。

⑤『自殺が大きな社会問題となり、社会的にうつ病が注目されるようになり、またDSM-IV等でうつ病の診断基準が広く取られるようになった（何でもうつ病）。うつ病に対して国民はどう理解するようになったか？精神科領域でうつ病は適切に診断され治療がなされているか？』

⑥『発達障害等は一時的なブームか？それとも発達障害等をどのように精神医療で捉えていくか？』について、この二つは似た面を含んでいて、薬が世に出て疾患が増えている面があるとも言われる。これは当日示す。ただ発達障害が増えたのか、これまではどうとらえられたのかを考えると、牛島が「人格障害のかなりのものは発達障害と見られる」と言っていることは示唆に富んでいる。

⑦『薬物療法について、抗精神病薬、抗うつ薬等の新薬の出現に伴い薬物療法は進歩したか？今後、どのような変遷を辿ると考えられるか？』については中立なガイドラインをみないと製薬会社に都合のよいガイドラインに振り回されることになる。対症療法から病態療法になってきてはいても、原因療法はまだない。それができれば、1回の治療でその後の治療がいらなくなるわけで、それは他の身体疾患においてもまだまだ遠いであろうしその時は医療需要は激減し、医師、医療施設はいらない存在となるであろう。歯科の現状を見るとそう思える。

最後の⑧『ここ30年間で精神科病院はどのように変わったか？今後、精神科病院は精神病床を含めどのように変わっていくと考えられるか？』は財政を含めた国の考え方ひとつである。ノーマライゼーションもヒューマニティも所詮表の顔であり、裏は経済政策である。これは1963年のアメリカ大統領教書においてもそうである。対応する人が多いと制限的でない医療ができるが財政が極端に逼迫することは明らかである。これは2025年問題と言われるが当事者である私にとっても他人事ではない。

最後に、今後精神医療がどのようにしていくかについては、これも国がどれぐらいの財政措置をするか、科学的な進歩がどのようになるかによる。しかし4疾病5事業が5疾病5事業に変えなければならないほど患者数が増えて行っているだが、入院をどれだけ減らして外来を持っていくか、外来で医療の必要のない人を、間もなくできる公認心理士が医療保険を使えるようになるならどこまでをカバーさせるかということが大きいだろう。必ず入院病床は残るが今のままでないだろう。外来は整形外科と増え続ける整骨院（正式には柔道整骨師による治療）の関係と同じと考えればよいだろう。そこで生き残るには専門職が専門職としての自覚と誇りと研鑽と接遇を含めたサービス心を常に向上させることが中心と考える。

◆ 講師略歴 ◆

さわ ゆたか
氏名 澤 温

生年月日 1947年12月18日

学歴

1972年3月 慶應義塾大学医学部 卒業

職歴

1972年5月	～1975年4月	慶應義塾大学医学部精神神経科訓練医
1977年5月	～1984年2月	名古屋保健衛生大学医学部精神神経科助手
1984年2月	～1986年12月	藤田学園保健衛生大学医学部精神神経科講師
1987年12月18日～現	在	社会医療法人北斗会さわ病院 理事長・院長 (2008年9月1日～2010年8月31日ほくとクリニック病院院長) (2013年7月1日 医療法人より社会医療法人へ変更)
2004年6月8日～現	在	奈良県立医科大学精神医学臨床教授

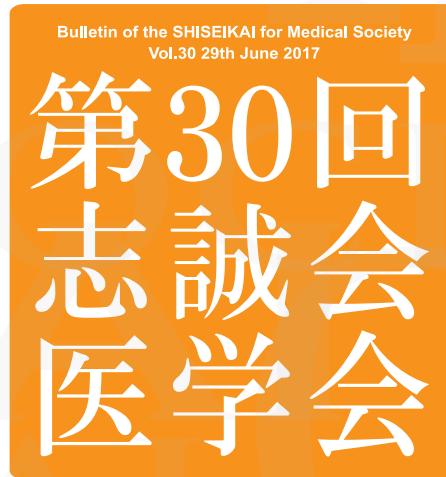
資格

2004年4年1日～現	在	日本老年精神医学会 専門医
2004年11月1日～現	在	心神喪失者等医療観察法 精神保健判定医
2006年4月1日～現	在	日本精神神経学会 精神科専門医
2006年4月1日～現	在	日本精神神経学会 精神科専門医制度指導医
2010年4月1日～現	在	日本老年精神医学会 指導医

役職

1993年6月16日～現	在	大阪精神科病院協会 理事
1993年6月17日～現	在	大阪府救急医療機関連絡協議会 常任理事
2000年7月～現	在	大阪市精神保健福祉審議会 精神科救急医療検討部会 会長
2006年2月4日～現	在	日本精神保健福祉政策学会 理事
2013年10月26日～現	在	日本神経精神薬理学会 功労会員
		(1985年1月～2013年10月 評議員)
2005年10月～2012年10月		日本精神科救急学会 前理事長 (1997年7月～2013年10月理事、2003年10月～2005年10月 副理事長、 2005年10月～2012年10月 理事長、2013年10月～2014年9月 特別顧問、2014年9月～現 在 名誉会員)

2017年6月29日現在



シンポジウム

「平和病院30年の歩みと今後の展望」

座長 嘉陽 須賀子（平和病院 地域生活支援部長）

比嘉 和枝（平和病院 看護部副部長）

シンポジスト 伊芸 幸政（平和病院 法人統括本部副部長）

金城 順子（平和病院 診療相談課主任）

高江洲 徳一（平和病院 第1病棟課長）

比嘉 創（平和病院 作業療法課課長）

宮城 則孝（平和病院 副院長）

1. 統計にみる平和病院の変遷とこれから

シンポジスト 伊芸 幸政
所属 平和病院 法人統括本部

平和病院は昭和62年5月1日に旧具志川市に開院した。平成2年4月に精神科デイ・ケア、平成4年1月には精神科訪問看護、平成5年8月から精神科作業療法を開始、平成6年8月より精神療養病棟を開設し、平成10年5月より精神科急性期治療病棟を開設し展開してきた。

平成16年9月、厚生労働省が、おおむね10年間をかけて精神保健医療福祉改革の具体的な方向性を明らかにするとして「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が取りまとめられた。このなかで「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が掲げられ、診療報酬の改定で具体的な施策が行われた。当院もその流れに沿って平成20年に精神科地域移行実施加算、平成27年に精神科急性期医師配置加算の承認を得て退院促進を推し進めてきた。

そこで今回は「精神保健福祉の改革ビジョン」が取りまとめられた頃の平成14年から15年間で、当院の外来及び入院医療がどのように変遷したのか、どれだけ地域に受け入れられてきたか統計的分析をおこなった。今後の当院の医療システムはどのように展開していくか、個人的な見解も含めて述べたい。

2. 平和病院におけるケースワーカーの30年と今後

シンポジスト 金城 賴子
所属 平和病院 診療相談課

昭和 62 年に開院したばかりの平和病院におけるケースワーカーの役割は明確ではなく、「海兵隊」としての歴史がある。初期のケースワーカーは固定した仕事がなく、外来ナースの代行業務、事務作業や薬局の手伝い、カルテ作成などから始まり、作業療法の前身である「院内活動療法」の枠組作りもしていた。退院に関わる課題解決や調整もケースワーカーが対応していたが、病院だけでは限界があり、保健所の保健師と一緒に勉強会を通してお互いに協力関係を構築していく、困難な事例を支援した。さらに、平成 2 年にデイ・ケアの開設、平成 5 年に社会復帰施設キャンプ・グリーンヒルの開設、翌年には桜邸・小桜邸の開設と、ハード面の整備とともに、それらの運営もケースワーカーが担った。

平成 6 年にはグループホーム建設設計画から地域の反対運動がおこり、立て看板やデモ行進がおこるなど「精神科に対する偏見」を目の当たりにした。反対運動は 2 年あまりで和解し、後に地域へ広報誌の配布や機関紙の発行、上江洲地区のお祭り参加など、地域とのつながりが作られた。

平成 8 年にケースワーカーの業務が病院部門、デイ・ケア部門、社会復帰施設部門、老人保健部門に機能分化され、平成 10 年には「精神保健福祉士」が国家資格化して社会的に認められ、質の向上、診療報酬上の配置加算等にもつながった。

そして今、平成 26 年に改正された精神保健福祉法から、医療保護入院者には「退院後生活環境相談員」が配置義務化され、その役割を当院では精神保健福祉士が担っている。法律上も診療報酬上も「早期退院」が叫ばれ、長期入院者の地域移行、在宅支援が課題になっている。入院患者が「地域で生活する住民」として当たり前に退院し、当たり前に自分のやりたい生活を送ることは患者自身の権利である。ケースワーカーは患者を社会資源につなげて、やりたい生活を実現できるお手伝いをすることが役割である。在宅生活を維持するためには地域の事業所や訪問看護などの在宅サービスが不可欠であり、ケースワーカーが社会資源を駆使する努力や、支援事業者や役所と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、事業者や役所を調整する力が必要だと考えている。

今後は、入退院を繰り返す人への在宅生活の支援や長期入院者の地域移行など、病院だけでは解決できない課題が増えるだろう。平和病院のケースワーカーが築き上げたこれまでの歴史を知った上で、次の世代がどういう方向へ進めばよいのか、自分たちの課題としてしっかりと考えなければならない時がきている。そのために社会情勢の変化などもふまえ、精神科医療・福祉に求められることは何かをしっかりと勉強する必要がある。

3. 看護部の取り組みについて ～30年を振り返る～

シンポジスト 高江洲 徳一

所属 平和病院 1病棟

平和病院は、昭和62年5月に開院、設立理念に基づいて新しい精神医療に取組んできた。看護部では役職を中心に部署の業務や人材育成などに力を注ぎ、理念に沿った看護実践に励んできた。今回はその経緯を、常にアメニティー・プライバシー・セキュリティーを考慮したハード面の変化と、それに伴って取組んできたソフト面の機能の変化について3期に分け、今後の展望を加え報告する。

1) 開院当初:看護の混乱期

3病棟体制（2病棟：72床 3病棟：70床 5病棟：70床）212床。

- ・他職種と協働で活動療法に取組む。
- ・看護者不足の中、約1年で病床が満床となり身体合併症の患者も多く入院。
- ・平成6年志誠会訪問看護ステーション開設。

2) 病棟の機能分化:現在の精神科看護の基盤形成

平成9年9月、急性期治療病棟開棟に伴い4病棟体制へ変更。

（1病棟：42床 2病棟：60床 3病棟：60床 5病棟：50床）212床。

- ・これまでの集団としての関わりから個別のかかわり・代理行為の見直し。
- ・閉鎖病棟という表現から個別に取組むことで閉鎖処遇へと変更。
- ・日本病院機能評価認定「精神病院種別A」取得（沖縄県精神科病院第1号）。
- ・院内LANシステムを導入しチーム医療の充実。

3) ストレスケア病棟新棟開棟:看護の人材不足の現状と質とのジレンマ

平成19年4月、6病棟開棟 精神一般病棟（ストレスケア病棟）

平成21年2月、急性期治療病棟の新棟移動。

平成23年6病棟が精神一般病棟から精神療養病棟へ移行。

- ・トイレのない保護室での看護の取組み。
- ・居室の殆どが個室化・うつ病や処遇困難患者への看護の取組み。
- ・病棟内QOLの向上に向けた、1病棟（療養病棟）の3フロア体制への取組み。
- ・5年以上の長期入院患者の地域移行支援開始。認知行動療法的看護の取組み。
- ・電子カルテの導入や敷地内禁煙への取組み。

4) 今後の展望

- ・精神科救急病棟（スーパー救急）の取得。
- ・治療抵抗性の患者に対しクロザリルの薬物療法の導入と看護。
- ・認知症および合併症看護の強化。外来看護および地域に向けた看護ケアの充実
- ・看護の倫理観に則った質の向上、業務整理とワークライフバランスをめざして。

4. 平和病院のリハビリテーションについて ～作業療法、デイ・ケアの変遷と今後～

シンポジスト 比嘉 創

所属 平和病院 作業療法課

平和病院は、開院した昭和62年当初からリハビリテーションに力を入れている。

入院患者に対しては、開院間もなく『活動療法』と呼ばれる集団プログラムが始まり、その後、外来患者に対しても、平成2年にデイ・ケアが、平成5年にはナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアがそれぞれ開始された。当時のリハビリテーションはいずれもケースワーカーを中心に運営されており、平和病院のリハビリテーションの礎はケースワーカー築いたと言って良い。

平成5年に作業療法士が入職し、入院患者に対するリハビリテーションは作業療法士主導になり、デイ・ケアでは、看護師・精神保健福祉士・作業療法士といった多職種が配置され、現在ではそれぞれの専門性を活かしてアプローチを展開している。

今回のシンポジウムでは、入院患者のリハビリテーションを担当する作業療法部門と、外来患者を担当するデイ・ケア部門の変遷を、ハード面とリハビリテーションアプローチの面から振り返る。加えて、両部門における患者の障害像の変化について、R e h a b (精神科リハビリテーション行動評価尺度) を用いて検証し、今後必要となるリハビリテーションアプローチについて考える。

～作業療法部門、デイ・ケア部門の変遷～

- ・昭和62年 平和病院開院
- ・昭和62年 活動療法開始
- ・昭和63年 サトウキビの担ぎ出し作業開始
- ・平成2年 精神科デイ・ケア承認
- ・平成5年 精神科作業療法、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア承認
- ・平成6年 S S T (ソーシャルスキルトレーニング) 導入
- ・平成7年 C M (ケースマネジメント技法) 導入
- ・平成9年 デイ・ケアセンター完成、R e h a b 導入
- ・平成12年 デイ・ケア部門 新リハビリシステム開始 (治療の4本柱)
- ・平成13年 作業療法部門 身体リハビリプログラム開始
- ・平成15年 作業療法部門 新リハビリプログラム開始 (活動療法から集団作業療法へ)
- ・平成19年 作業療法部門 リハビリテーション棟開棟
- ・平成20年 C B T (認知行動療法) 的アプローチ導入

5. 医局の取り組みと展望

シンポジスト 宮城 則孝
所属 平和病院 医局

急性期治療病棟では、精神症状の迅速な改善を目指して治療に取り組んでいる。2年前に、精神科急性期医師配置加算を導入してからは、3ヶ月以内の退院率を維持することが目標となるため、非定型精神薬への切り替えや薬物療法の見直しを行いながら心理教育等も平行して行い、病識の向上や再燃の防止など退院後に繋がるような介入を心がけてきた。

平成7年には、チーム医療を実践する手段としてケースマネジメント技法を導入し、マネジメント会議を定期的に行い、リハビリテーションプランの立案や実践、モニタリングの実施等に関わった。さらに、SSTや急性期病棟での心理社会的教育セミナー、認知行動療法のグループに参画した。

新規入院者の入院期間が短縮できている一方で、残念ながら長期入院に至っているケースも少なくなく、入院患者は二極化しているのが現状である。長期入院者の中には、精神症状は比較的安定しているが、陰性症状や交流障害など、日常生活能力の低下が長期化の要因となっているケースも多い。これまでのリハビリプログラム（グループ活動など）では、メンバー間の所属意識や作業能力の向上が認められる一方で、退院への不安やホスピタリズムの問題もあり、療養者の特性や課題に合わせた個別のリハビリテーションが必要であると思われた。現在は、ケースを選択して個別のリハビリテーションを平行して実施している。

長期入院者の中には、通常の薬物療法の反応が乏しく、精神症状が不安定であるケースも含まれている。これまで複数の非定型精神薬を使用しているにも関わらず病状の改善が難しい治療抵抗性のケースに対して、クロザピンの導入を検討している。

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol.30 29th June 2017

第30回 誠志医学会

一般演題

【一般演題 目次】

【一般演題】第1群 10:00～10:40

座長：平和病院看護部主任 渡久地 猛

1) レクリエーション活動のあり方

陽光館第2生活棟 松田 拓也

[P 25～P 27]

2) 月桃エキスを用いた足浴を試みて
～足白癬の改善を目指す～

陽光館第3生活棟 大城 光樹

[P 28～P 30]

3) アンケート調査の結果から
～業務改善を通して～

陽光館第5生活棟 市原 尚人

[P 31～P 33]

4) 当院訪問看護利用者の下肢筋力増強への取り組み
～ロコモーショントレーニング導入を試みて～

平和病院外来訪問 崎原 恵美

[P 34～P 38]

【一般演題】第2群 10:50～11:30

座長：平和病院看護部主任 垣花 宏樹

5) 急性期治療病棟における静脈血栓症予防対策の導入を考える
～より安全な身体拘束をめざして～

平和病院第3病棟 桑山 大祐

[P 39～P 44]

6) 長期入院患者を対象とした外出グループの取り組み
～施設入所に向けた関わり～

平和病院第5病棟 津嘉山まゆみ

[P 45～P 47]

7) 高齢者看護における観察視点について

平和病院第6病棟 天願 静香

[P 48～P 51]

8) 急性期病棟における作業療法プログラムの再考
～平成28年度の入院患者データを通して見えてきたこと～

平和病院作業療法課 瀬良垣沙希乃

[P 52～P 55]

【昼 食】 11:30～13:00

【一般演題】第3群 13:00～13:30

座長：平和病院医局 新垣 淑己

9) 当院における連携についての一考察
～アンケートを用いた意識調査を通して～

診療相談課 高屋 幸佑

[P 56～P 60]

10) 慢性期病棟における入院長期化の予測因子に関する研究
～精神科リハビリテーション行動評価尺度（Rehab）を用いた後ろ向き研究～

平和病院心理課 榎木 宏之

[P 61～P 63]

11) 志誠会30年の歩み
～人口動態グラフから高齢化について考える～

陽光館施設長 小渡 韶月

[P 64～P 66]

レクリエーション活動のあり方

陽光館 第2生活棟 ○松田 拓也 我如古 圭輔
大嵩 賢一

I. はじめに

平成26年に行なわれた生活棟機能分化により、陽光館第2生活棟は医療ニーズが高く、重介護の入所者が大半を占めている。

今回、入所者に有意義なレクリエーション活動(以下レク活動と略す)の時間を提供するために、職員間で問題点と対策を検討し、レク活動を計画して実施した。その結果、入所者と職員の意識の変化が見られたので報告する。

II. 研究期間

1. 2016年12月～現在も継続中
2. 対象者 要介護度1～3の16名
3. 研究方法
 - 1) 要介護度から見た現状
 - 2) 問題点と対策
 - 3) 活動計画と実施

III. 経過

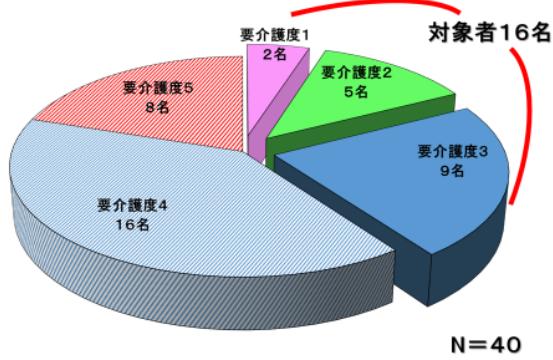


図1 要介護度の割合

図1は2階生活棟の要介護度の割合を示している。入所者数40名に対して要介護度4～5の入所者は24名である。全体の平均要介護度は3.5である。平均年齢は84.4歳である。
要介護度4～5は全体の60%を占める。

今回の対象者は、疎通が可能で移動が一部介助の要介護度1～3の入所者16名に焦点を当てた。レク活動の充実化を図る目的で、計画と実施にあたり、介護職員間で問題点と対策を話し合った。

表1 問題点と対策

問題点	対策
①運営方法が不十分	①統一したマニュアル作成
②レク活動の時間が不規則	②業務内容の見直し
③季節感がない	③季節行事の実施

問題点①職員の中には、新職員も含まれるため、レク活動の運営方法の差が見られた。そのため、運営方法の伝達が不十分であった。その解決策として、統一したレク活動の運営が出来るようにマニュアルを作成した。

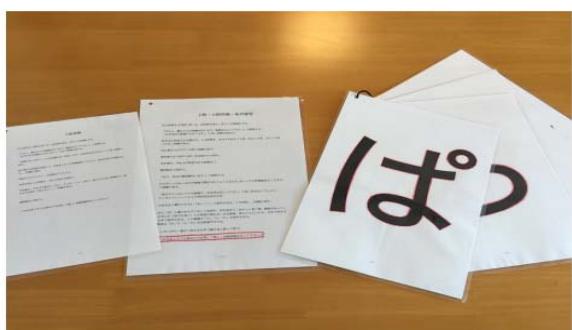


図2 活動マニュアル表

問題点②規定の日課の介護をこなすためレク活動の時間が不規則であった。レク活動時間を午後2時～2時30分に設定して、担当介護職員でレク活動に関われる様にしました。

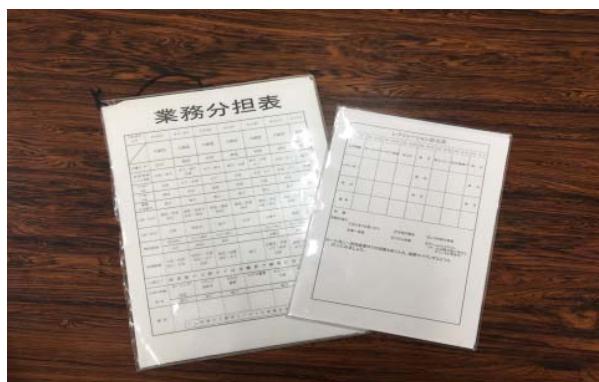


図3 業務分担表

問題点③長期入所者の多い2階生活棟では入所者が外に出る機会が少ないとため、季節感に乏しい。その対策として、毎月ごとに季節感を感じさせる行事を取り入れた。レク活動の選択肢を広げるためクラフトや習字、貼り絵を追加し、必要な小道具などは入所者と一緒に作成した。

表2 季節行事の実施

月	行事
2016年12月	クリスマス会
2017年1月	新年会
2月	ミカン狩り 豆まき
3月	ひな祭り
4月	カラオケ大会

IV. 結果及び考察

今回2階生活棟は、レク活動の運営方法に関して、活動計画と実施に取り組んだ。レク活動を行う際に当初はマニュアル表を見ながら時間がかかっていたが、徐々に統一したレク活動が運営出来るようになった。また、職員がマニュアルを十分に把握することでアレンジやアドリブも多くなった。入所者の普段とは違う表情が見られたことで、職員から活動に対して「もっと楽しい活動がしたい」「一緒に楽しみたい」など前向きな発言が聞かれるようになった。また、活動を通じて入所者とのコミュニケーションが増えた。また、運営方法に個人差があり、新職員の教育及び指導の大切さを実感させられたと

同時にベテラン職員も新たな知識収集と研鑽に努めていかなければならぬと強く感じた。

定期的な季節行事は徐々に行えるようになり、行事中に撮影した写真に関しては、個人情報に関わるため、家族の同意を得てデイルームで閲覧出来るよう掲示した。面会に来た家族が入所者と一緒に写真を見て喜ばれている姿を度々見かけた。その上、家族の希望があれば写真を提供している。

デイルームでは懐かしい音楽映像を流して鑑賞できる環境を設置し入所者から「この曲、誰が歌っているか知っている?」「この歌っている人は昔の恋人だったよ」と関心が高かった。

入浴場でもリラックスした雰囲気が保てるような音楽を流したこと、リラクゼーション効果があり入浴を楽しめている。

しかし、レク活動に関しては、日課の業務に時間を費やし、レク活動が毎日行えていない現状がある。

この状況を踏まえて入所者の身体機能レベルを考慮しながら、入所者に合うレク活動のプログラムを作成していく必要がある。

V. 終わりに

介護度の変化に伴い、レク活動のあり方も違ってくる。特に自立度の高い入所者に聞き取りを行うと「外出したい」との要望が多く聞かれた。今後は、この要望も汲み入れ、家族に対しては外泊外出支援要請も検討努力していきたい。また、今回は身体面を考慮して対象者を抽出したが、重介護度の入所者に対しても有意義なレク活動が提供出来るように今後の課題としたい。

資料①活動マニュアル表

口腔体操							
「はい、口腔体操行います。」と説明する。							
口を大きく開けてもらい「あ———」と発声させる。							
10秒位。二回繰り返す。							
次に『ぱ』と書かれたラミネートを持ち、『ぱ』を見せて 「『ぱ』のつく食べ物、動物は知っていますか(何でも 良い)と入所者に尋ねる」ある程度、答えてもらったら、 『ぱ』を5回大きな声で発声させる。この要領で『た』『ら』 『か』を発声させる。							
最後に『ぱ・た・ら・か』を五回発声させる。							
ハトポップの一番を二回大きな声で繰り返し歌って終了。							
(一部抜粋)							

資料②活動マニュアル表

下肢体操							
①入所者を2列位に並べる。②出席を取る。③ラジオ体操をする。							
「今から、腰から下の体操を行います。姿勢を正して下さい」と説明する。							
「まずは足の体操から行います。」と言い体操を始める。							
「足踏みをします。」10回足踏みを二回行います。次は出来るだけ早く10回二回繰り返す。							
手を組み、手を上げ前方に「はい、ウチントーと言いい」反らすこれを5秒間行う。起き上がる時「ばんざーい」二回繰り返す							
深呼吸を三回行う。							
(一部抜粋)							

資料③レク活動担当表

レクリエーション担当表

月日	月日(月)	月日(火)	月日(水)	月日(木)	月日(金)	月日(土)	月日(日)
レク内容	ボーリング	リハビリ体操	玉入れ	休日	卓上バレー	紅白雀揚げ	休日
レクリーダー				休日			休日
サブ				休日			休日
備考							

時間
活動の流れ
 ①はじめのあいさつ
 ②日時の報告
 ④レク内容の発表
 ③第一体操
 ⑤リズム体操
 ⑥ゲーム(アクラフト)
 (ゲームは毎日毎に決められているが変更可)

※一か月に一回程度屋外での活動を取り入れ、庭園やベランダなどでも行ってみましょう。

月桃エキスを用いた足浴を試みて ～足白癬の改善を目指す～

陽光館 第3生活棟 ○大城 光樹 玉本 美鈴
渡具知 紗織 島袋 恵

I はじめに

昨年、開催された医学会において2階生活棟で乾燥させた月桃葉の持つ効能を活用し皮膚疾患が改善したと報告があった。

3階生活棟では5名の足白癬の入所者に対し毎日の足浴、軟膏処置を行っていたが再発を繰り返していた。今回、月桃葉の抗菌・消臭効果に着目し足白癬にも有効活用できないかと考え取り組んだ。

足白癬の入所者に対し月桃エキスを用いた足浴を実施した経過と結果を報告する。

II 研究方法

研究方法

1. 研究期間

・2017年4月10日～現在継続中

2. 対象者

・足白癬の入所者5名

3. 研究方法

・月桃エキスを使用し足浴を実施

4. 評価方法

・皮膚状態を写真撮影で評価

①石鹼を適量つけ泡を立てる



②泡だけを取り洗身する



③十分に洗い流す



④擦らず軽くパッティングし水滴を取る



足浴介助方法

足浴介助方法

1. 乾燥を防ぐ為に石鹼を適量付け泡立てる。
2. 泡だけを取り細目に洗浄する。
3. 石鹼を残さない様に十分に洗い流す。
4. タオルで擦らず軽くパッティングしながら水滴を取る。

III 経過及び結果

対象者5名に良い結果が得られた為、その経過を報告する。

表1 対象者の経過

症例	高血圧症	糖尿病	心不全による下肢浮腫	脳血管障害 不全麻痺	脳血管障害 不全麻痺
対象者	ケース1	ケース2	ケース3	ケース4	ケース5
1週目	搔痒感 発赤 濡潤 不快感 落屑				
3週目	発赤 濡潤	濡潤 落屑	濡潤 落屑 不快感	発赤 濡潤 落屑	搔痒感 発赤 濡潤
5週目	完治	濡潤 落屑	濡潤 落屑	発赤 濡潤 落屑	発赤 濡潤 搔痒感
7週目		濡潤 落屑	濡潤 落屑	発赤 濡潤 落屑	落屑 濡潤
10週目		完治	完治	濡潤 落屑	濡潤

縦軸は対象者の経過日数を示している

横軸は対象者の症例を示している。



図1 ケース1

ケース1 80歳 男性 高血圧症

1週目 発赤が見られている。

5週目 右足趾間部の搔痒感はなく濡潤していた部位は乾燥している。



図2 ケース2

ケース2 男性 77歳 糖尿病

- 1週目 不快臭が軽減されたが趾間部の湿潤は変化がみられなかった。
- 5週目 不快臭は軽減され趾間部の湿潤はやや改善した。
- 10週目 落屑はほぼ改善された。



図3 ケース3

ケース3 102歳 女性 心不全による下肢浮腫

- 1週目 両足背の発赤が軽減され趾間部の湿潤は乾燥している。
- 5週目 両足背の発赤及び湿潤がやや改善した。
- 10週目 趾間部の湿潤がなくなり落屑もほぼ改善がみられた。



図4 ケース4

ケース4 82歳 男性 脳血管障害による不全麻痺

- 1週目 左趾間部の不快臭が軽減された湿潤、落屑、発赤がやや改善されたが変わった変化はみられなかった。
- 5週目 湿潤、落屑の変化は見られなかったが発赤は改善した。
- 10週目 湿潤、落屑はやや改善したが完治に至らなかった。



図5 ケース5

ケース5 77歳 女性 脳血管障害による不全麻痺

- 1週目 右足趾間部の発赤は改善したが落屑、湿潤、改善はみられなかった。
- 5週目 落屑はやや改善したが湿潤状態である。
- 10週目 落選はほぼないものの、湿潤は完治に至らなかった

IV 考察

ケース1の対象者に関して、月桃エキスを使用したことで月桃葉特有の香りであるリラックス効果が搔痒感を軽減させ、搔く行為がなくたったことで改善に繋がったと考えられる。

ケース2の対象者は糖尿病の疾患があり、ケース3は心不全による下肢浮腫があったが10週目で完治した。

ケース4・5は脳血管障害による不全麻痺があり完治には至っていない。

以上のことから今回の月桃エキスの効果は糖尿病や高血圧症、心不全の基礎疾患を持つ対象者は完治したが、脳血管障害による不全麻痺がある対象者は、浮腫、末梢の冷感(循環不全)があることに加え常に浸出液による湿潤などで皮膚トラブルが強く見られ完治には至らなかった。

常に靴を履いたままの状態で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。月桃エキスを用いた対象者5名中3名が趾間部の湿潤の軽減及び不快臭の改善が認められ、月桃葉の殺菌、防カビ効果がうまく作用し足白癬の改善につながったと考えられる。また月桃葉の消臭成分については悪臭成分メチルメルカプタンだけではなくトリメチルアミンに対しても消臭効果が認められているように、足の不快臭が消失したのは、月桃葉の消臭効果によるものと考えられる。

月桃葉の匂いなどから癒しの効果が得られ睡眠状態も改善され、また、足浴を通して対象者とのコミュニケーションが活発になった。

V 終わりに

月桃エキスを用いて皮膚状態が改善したことを探査し職員の関心度も高まった。また、足白癬の早期発見にも繋がり、現在も他の使用方法はないか模索し取り組んでいる。

今後も職員間でアイディアを出し合い、良いケアを提供していきたいと思う。

◇知っているようで知らない白癬のこと◇

水虫には…趾間型・小水疱型・角質増殖型・爪白癬があります。

白癬菌は手・身体に感染しますが9割近くは足に感染する
(その内、高齢者の4人に1人が爪水虫に感染している)

足に繁殖しやすいのは靴を履く為に足が蒸れ菌にとって過ごしやすい高温多湿な環境を作る

白癬菌は髪の毛やホコリ・垢にまみれて家具の下や階段、部屋の隅っこなどゴミが溜まり易い所にもいます。

白癬菌は垢と一緒に1年以上生き続けるのでこうしたところもこまめに掃除が必要です。

月桃エキス作成



①月桃葉を5g計り茶袋に入れる。
②鍋に水2L入れ月桃葉5g計った茶袋を鍋に入れ煮出して抽出したもの「月桃エキス」

- ①月桃葉を5g計り茶袋に入れる。
- ②鍋に水2L入れ月桃葉5g計った茶袋を鍋に入れ煮出して抽出したもの「月桃エキス」

アンケート調査の結果から ～業務改善を通して～

陽光館 第5生活棟 ○市原 尚人 徳門 竜也
知名 江美加 宮城 麻乃

I. はじめに

5階生活棟は認知症専門棟である。
転倒や表皮剥離などの事故防止に努めながら日課の業務をこなしている。
過密なスケジュールを見直してゆとりのあるケアを実施する為、今回業務改善を実施した。業務改善を開始するにあたり問題点と改善策を検討した。

実施後、職員に対して意識改革に対するアンケート調査を実施し、その結果を報告する。

問題点	改善策
① 入所者20名に対し介護職員1名の対応	① 入所者20名に対し介護職員2名の対応を実施した
② オムツ交換の回数が少ない為、尿失禁、便失禁、尿臭、便臭、皮膚トラブルが発生	② オムツ交換の回数を増やした
③ 1日の入浴介助を要する入所者が20名	③ 1日の入浴介助を要する入所者が13名

図1 業務の問題点と改善策

図1) の問題点として

- ① 日勤帯でのデイルームの入所者対応が介護職員1名では、職員の精神的な負担が大きかった。それに対する改善策としてデイルームでは介護職員2名の体制とした。
- ② オムツ交換の回数が1日5回と少ない為、尿失禁、便失禁、尿漏れ、便漏れ、皮膚のトラブルに加え、生活棟独自の異臭があった。それに対する改善策としてオムツ交換を1日6～7回に増やした。尿失禁、便失禁時の適時交換を実施、職員の配置と、時間を設定した事と、回数を増やしたこと等の工夫をした。
- ③ 1日の入浴介助を要する入所者が20名で介護職員は2名での対応である為、十分な身体観察ができなかった。それに対する改善策として曜日毎に少人数で設定し、ゆとりを持って入浴ケアを実施することが出来た。

III. 経過及び結果

介護職員全員で生活棟ミーティングを開催し、問題点を提示、改善策を検討した。

業務改善実施後、以下の内容について介護職員12名を対象にアンケートを実施した。

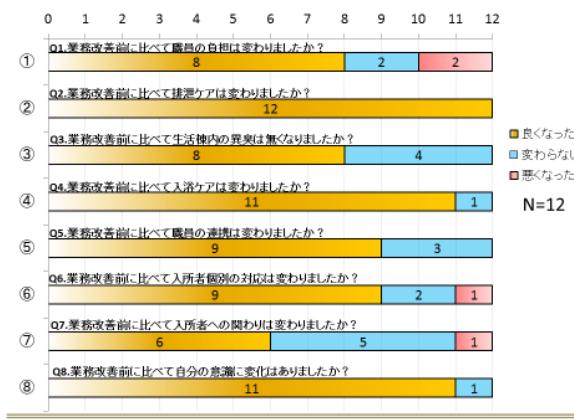


図2 職員アンケート

- ①「業務改善前に比べて職員の負担は変わりましたか」の質問で、12名中8名が良くなつたと回答を得て、全体の67%であった。
- ②「業務改善前に比べて排泄ケアは変わりましたか」の質問では12名中12名が良くなつたと回答を得た。
- ③「業務改善前に比べて生活棟内の異臭は無くなりましたか」の質問では12名中8名が良くなつたと回答を得て、全体の67%であった。
- ④「業務改善前に比べて入浴ケアは変わりましたか」の質問では12名中11名が良くなつたと回答を得て、全体の92%であった。
- ⑤「業務改善前に比べて職員の連携は変わりましたか」の質問では12名中9名が良くなつたと回答を得て、全体の75%であった。
- ⑥「業務改善前に比べて入所者個別の対応は変わりましたか」の質問では12名中9名が良くなつたと回答を得て、全体の75%であった。
- ⑦「業務改善前に比べて入所者への関わりは変わりましたか」の質問では12名中6名が良くなつたと回答を得て、全体の50%であった。
- ⑧「業務改善前に比べて自分の意識に変化はありましたか」の質問では12名中11名が良くなつたと回答を得て、全体の92%であった。

IV. 考察

アンケート結果について業務改善前に比べて排泄ケアは良くなつたと100%との回答を得た。それは個々の入所者の排泄パターンを把握し失禁をきたす時間帯に排泄誘導をすることで失禁の改善がみられたことから介護量の減少に繋がつた。

「業務改善前に比べて入所者への関わりは変わりましたか」の質問に対して50%が変わらないまたは悪くなつたとの回答を得た。それらは5階生活棟が疎通不能な重度の認知症で、多彩な問題行動を持つ入所者が多く占めている為、関わりをもっても問い合わせに対し反応が鈍く、変化を感じなかつたと思われる。

職員の配置時間、配置人数、ケアの回数を工夫し、ゆとりのあるケアを実践したことでのアンケート調査からもわかるように職員の意識が高まり、満足度も得られたと思う。

取り組みを開始することで職員間の情報の共有の速やかさと、きめ細やかなケアをすることで、皮膚トラブルの早期発見にも繋がり、生活棟内の環境においては尿臭、便臭のみならず、臭いの発生源を介護職員全員でくまなく探索し、原因を突き止め徹底した環境整備に努め、生活棟内の異臭に対しての意識も高まった。

VI. 終わりに

現在、介護職員の間でも認知症についてもっと理解を深めたいとの声も聞かれている。これから認知症についての勉強会を実施していくことで今ある課題に対して向き合い、入所者と職員にとってより良い環境になるよう目指していきたい。

添付資料

職員アンケート

今回の業務改善を通じてのアンケートです。
各質問に対し適当と思う選択肢を1つ選んで記入して下さい。

① 業務改善前に比べ職員の負担は変わりましたか？

(良くなつた・変わらない・悪くなつた)

② 業務改善前に比べて排泄ケアは変わりましたか？

(良くなつた・変わらない・悪くなつた)

③ 業務改善前に比べて生活棟内の異臭はなくなりましたか？

(良くなつた・変わらない・悪くなつた)

④ 業務改善前に比べて入浴ケアは変わりましたか？

(良くなつた・変わらない・悪くなつた)

⑤ 業務改善前に比べ職員の連携は変わりましたか？

(良くなつた・変わらない・悪くなつた)

⑥ 業務改善前に比べ入所者の個別の対応は変わりましたか？

(良くなつた・変わらない・悪くなつた)

⑦ 業務改善前に比べ入所者への関わりは変わりましたか？

(良くなつた・変わらない・悪くなつた)

⑧ 業務改善前に比べて自分の意識に変化はありましたか？

(良くなつた・変わらない・悪くなつた)

当院訪問看護利用者の下肢筋力増強への取り組み ～ロコモーショントレーニング導入を試みて～

外来・訪問看護 ○崎原 恵美 仲宗根 一美
太田 牧子 安里 真弓
山田 佐和子 国吉 薫

I. はじめに

骨や関節、筋肉、神経などいわゆる運動器の機能低下をロコモティブシンドローム（以下ロコモと略す）といい、将来要介護になるリスクが高いと言われている。昨年の医学会にて陽光館リハビリテーション課から40歳以上の職員の約94%が何らかの運動器の機能低下が始まっているという報告がなされた。同じく医学会にて報告した当院訪問看護利用者の生活習慣聞き取り調査の中で、座位時間が平均9.6時間と長く活動量の低さも顕著であることから、将来ロコモの可能性はさらに高くなると推察された。そこで今回、訪問看護利用者へロコモーショントレーニング（以下ロコトレと略す）を取り入れることで下肢筋力増強の効果が得られるのではないかと考え取り組んだ結果を報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2016年12月～2017年3月

2. 対象者

当院訪問看護利用者の同意が得られた8名
男性2名 女性6名

3. 評価方法

1) 7つのロコモーションチェック（以下ロコチェックと略す）

ロコトレ導入前後にロコチェックを実施し評価する。訪問看護時にチェックしてもらう。

<7つのチェック項目>

- ①2kg程度の買い物をして持ち帰るのが困難
- ②家のやや重い仕事が困難（掃除機、布団の上げ下ろし）
- ③家の中でつまずいたり滑ったりする

- ④5分くらい続けて歩けない
 - ⑤横断歩道を青信号で渡りきれない
 - ⑥階段を上がるのに手すりが必要である
 - ⑦片脚立ちで靴下がはけない
- 2) 30秒椅子立ち上がりテスト（以下CS-30テストと略す）

ロコトレ導入前後にCS-30テストを実施し評価する。外来受診時の診察の合間に処置室にて実施する。

<図1 CS-30テストの方法>

高さ40cmの椅子とトップウォッチを使用し、両手は胸の前で腕組みした姿勢で両膝が完全に伸展するまで立ち上がり、すばやく座位姿勢に戻る動作を30秒間繰り返す。座位から立ち上がり今までを1カウントとした。5段階別年齢階級別評価表（階級別評価と略す）にて判定した。



- ①高さ40cmの椅子に座る
- ②両手を胸の前で組む
- ③座位から立ち上がる（完全に両膝が伸展）
- ④すばやく座位にもどる
- ⑤座位から立位まで1カウント、30秒測定する

図1 CS-30テストの方法

4. ロコトレ方法

対象者へ提供したロコトレの説明書を資料1へ添付。

①片脚立ち

床につかない程度に片足を上げ、左右1分間を1セットとする。

②スクワット

肩幅より少し広めに足を広げて立ち、椅子に腰かけるようにゆっくり身体をしづめる。膝はつま先より出ないようにし、5～6回を1セットとする。

③つま先立ち

両足で立った状態で踵を上げてゆっくり下ろす。10～20回を1セットとする。

1) ロコトレ方法は日本整形外科学会が推奨している数種類のロコモ運動を参考に、1人でも簡単にできる運動3項目を設定し、各1セットを1日2～3回目安とし3ヶ月間実施。

2) 運動時の注意点として、転倒しないようにつかまるものがある場合で行い、腰や膝に痛みを感じない程度に実施するよう説明した。

3) 対象者へは月単位の運動チェック表（カレンダー形式A3サイズ）を作成し、ロコトレを実施した際にシールを貼ってもらう。

5. 倫理的配慮

本研究の目的、方法及び個人が特定されないことを説明し、同意の得られた患者を対象とした。

III. 経過及び結果

対象者は訪問看護利用者41名中、膝疾患や病状不安定にて実施不可の患者10名を除いた31名に対し趣旨を説明し同意の得られた8名とした。

対象者の背景を表1へ示す。8名中6名は当院デイケアや生活訓練、B型事業所を利用している。6名は単身生活者である。

表1 対象者の背景

男性2名 女性6名

疾 患 : 総合失調症

平均年齢: 58歳 (40代2名、50代2名、60代3名、70代1名)

合併症 : 有り6名 (高血圧症4名、高脂血症1名、糖尿病2名)

無し2名

BMI平均: 28.2 (19.8～33.4)

**訪問看護の頻度: 週1回…2名
月2回…3名
月1回…3名**

取り組み前後のロコチェックの結果を表2へ示す。ロコチェックは1項目でもあてはまれば将来ロコモの可能性があるとされており、取り組み前では「片脚立ちで靴下がはけない」5名、「階段を上がるのに手すりが必要」、「2kg程度の買い物をして持ち帰るのが困難」各4名、「家のやや重い仕事が困難」「家の中でつまずいたり滑ったりする」「15分くらい続けて歩けない」各1名であった。ロコトレ導入後は「15分くらい続けて歩けない」にチェックした1名のみが改善し、他の項目の改善はみられなかった。

表2 ロコモチェックの結果

	チェック項目	該当者	
		ロコトレ前	ロコトレ後
1	2kg程度の買い物をして持ち帰るのが困難である	4名	4名
2	家のやや重い仕事が困難である (掃除機、布団の上げ下ろし)	1名	1名
3	家の中でつまずいたり滑ったりする	1名	1名
4	15分くらい続けて歩けない	1名	0 ↓
5	横断歩道を青信号で渡りきれない	0	0
6	階段をあがるのに手すりが必要である	4名	4名
7	片足立ちで靴下がはけない	5名	5名

次にCS-30テストの階級別評価表、対象者の階級別評価を表3-1と表3-2へ示す。

CS-30テストは、椅子とストップウォッチの2つの道具で簡便に評価できる点から採用した。ロコトレ導入前のCS-30テストの階級別評価では「劣っている」4名、「やや劣っている」4名で対象者8名に下肢筋力低下が認められた。しかし、ロコトレ導入後も階級別評価では対象者7名の評価に変化はなく、B氏においては「やや劣っている」から「劣っている」へ評価が下がった。

次に、CS-30テスト結果と運動回数を表4へ示す。ロコトレ前後にCS-30テスト回数の増えた対象者は8名中5名、減った対象者は2名、変化なしは1名であった。CS-30テスト回数が増えた5名と、回数が減った及び変化なし3名の3ヶ月間のロコトレ運動平均回数を比較した。CS-30テスト回数が増えた5名のロコトレ運動平均回数は52.2回、CS-30テスト回数が減った及び変化なし3名の運動平均回数は、27.3回でCS

一般演題 外来・訪問看護

-30 テスト回数の増えた 5 名は、ロコトレ運動回数が 2 倍近く多かった。

表3-1 CS-30テストの5段階性別年齢階級別評価表

年齢	評価	優れている	やや優れている	ふつう	やや劣っている	劣っている
男性						
50～59	32以上	31～28	27～22	21～18	17以下	
60～64	32以上	31～26	25～20	19～14	13以下	
65～69	26以上	25～22	21～18	17～14	13以下	
女性						
40～49	34以上	33～28	27～23	22～17	16以下	
50～59	30以上	29～25	24～20	19～16	15以下	
60～64	29以上	28～24	23～19	18～14	13以下	
65～69	27以上	26～22	21～17	16～12	11以下	
70～74	24以上	23～20	19～15	14～10	9以下	

表3-2 対象者の5段階性別年齢階級別評価

年齢	性	ロコトレ前のCS-30の5段階評価		ロコトレ後のCS-30の5段階評価	
		CS-30の5段階評価	CS-30の5段階評価	CS-30の5段階評価	CS-30の5段階評価
A 40	女	14回	劣っている	15回↑	劣っている
B 47	女	19回	やや劣っている	15回↓	劣っている
C 50	女	14回	劣っている	13回↓	劣っている
D 59	男	10回	劣っている	15回↑	劣っている
E 61	女	17回	やや劣っている	18回↑	やや劣っている
F 67	男	9回	劣っている	11回↑	劣っている
G 69	女	13回	やや劣っている	14回↑	やや劣っている
H 71	女	11回	やや劣っている	11回-	やや劣っている

表4 CS-30テスト結果と運動回数

	CS-30テストの結果		月単位の運動回数		
	ロコトレ前	ロコトレ後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
A	14回	15回↑	14	6	4
B	19回	15回↓	4	3	5
C	14回	13回↓	17	9	13
D	10回	15回↑	31	28	24
E	17回	18回↑	22	20	20
F	9回	11回↑	24	20	18
H	13回	14回↑	9	13	8
G	11回	11回-	11	8	12

次に、ロコトレ導入前後で CS-30 テスト回数が減った B 氏と、回数の増えた D 氏の運動の取り組み経過と看護のアプローチを表 5 へ示す。

B 氏は退院後 1 ヶ月経過し無為自閉な生活を送っていた。訪問にて事業所やデイケアなどの情報提供や手続きなど進めていたが利用には繋がらない状況にあった。そこで、少しでも活動性を高め

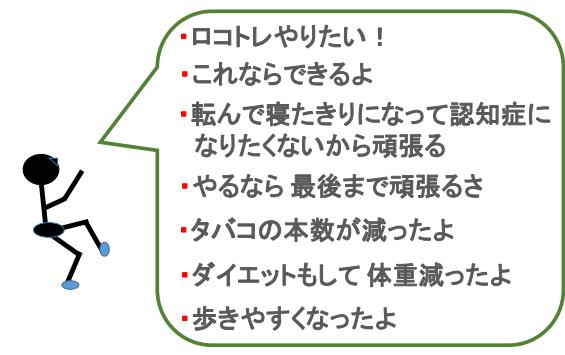
ようとロコモ参加を促すと了承した。しかし、ほとんど運動できず、週 1 回の訪問時に一緒にロコトレを行い、出来ている部分は認め励ました。生活リズムの乱れも影響し体重増加もみられた。結果、CS-30 テスト回数は 19 回から 15 回と減っていた。

D 氏は単身者で週 5 日 B 型事業所と月 1 回のデイケアを利用しており病状も安定していた。ロコトレ導入はスムーズで毎日積極的に運動を実施していた。しかし「これって、何のためにやっていの？」と内容を十分理解しないまま運動していることが分かり、再度説明することで運動の必要性を理解して取り組んでもらった。その後も真面目に取り組み「難儀だけど最後までやるさあ」と運動は欠かさず実施していた。また E 氏と同じ事業所を利用しており、互いに「ロコトレやっていの？」と声をかけ合い最後まで運動を継続することができた。外来受診日にも状況を確認しながら激励した。CS-30 テスト回数は 10 回から 15 回へ増えていた。

表5 B・D氏の取り組み経過と看護のアプローチ

	ロコトレ導入前	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
B 氏	無為自閉で反応は鈍いが一応ロコトレ了承。	ロコトレ実施されていない。週 1 回の訪問時にのみ実施。	週 1 回の訪問時にのみ実施。生活リズムの乱れ、体重増加あり。	
看護	ロコモと予防法の説明。ロコトレを実演する。	実際にやってみせながら実施。拒否はないため励ます。	実際にやってみせながら実施。ティケア利用を促す。外来で声掛け。	週 1 回の訪問時のみ実施。再度ティケア利用を促す。外来で声掛け。
D 氏	説明に対しスムーズに了承。	毎日実施。「これって何のため」と。	ほぼ毎日実施。「難儀だけど最後までやる」と前向き表情も明るい。	ほぼ毎日実施。同じ作業所利用の対象者に「やっているか」と励ましあっている。
看護	ロコモと予防法の説明。ロコトレを実演する。	再度、具体的に説明し理解したか確認した。	継続できていることを評価し支持。外来でも声掛け。	継続できていることを評価し、支持。外来でも声掛け。

次に表 6 へ、ロコトレ期間中の対象者の前向きな発言内容を示す。C 氏の CS-30 テスト回数は増えていなかったが「タバコの本数が減った」「ダイエットして体重が減った」と運動することで健康を意識することができ、H 氏も「転んで寝たくなりになって認知症になりたくないから頑張る」など健康に関する前向きな発言が聞かれた。

表6 ロコトレ期間中の対象者の前向きな発言

IV. 考察

今回のロコトレ導入により対象者8名中5名は、CS-30テスト回数が増えており運動の効果はあったと評価したい。一般的に運動機能向上に向けた筋力トレーニングは開始後3～6ヶ月以内に運動を止めてしまう人が多く、運動効果を得るにはある一定した運動時間が必要といわれている。今回の取り組みでも、CS-30テスト回数の増えた5名は、回数の増えていない対象者に比較し3ヶ月間の運動平均回数は2倍近くあり、当然のことではあるが、下肢筋力増強にはある一定の運動量が必要であることが理解できた。特にD氏は、ほぼ毎日運動継続したことでロコトレ前後のCS-30テスト結果が他の対象者に比較し伸びていることから運動の継続が下肢筋力の増強につながったと推察される。

CS-30テスト回数が増えた5名の階級別評価では「やや劣っている」「劣っている」にとどまった。その要因として、訪問看護回数が週1回から月1回とばらつきがあり、運動回数に個人差がみられたことなどが挙げられる。今回の取り組みは3ヶ月間であり、今後継続することで階級別評価も変化する可能性があると考える。

今回の取り組みで統合失調症の患者はストレスに弱いということを踏まえ、ロコトレを無理なく継続してもらうために本人の出来る範囲で取り組んでもらった。また、継続できるようロコトレ方法を掲示し、運動後にシールを貼ってもらうことで視覚的に働きかけ、モチベーション維持を

図った。これらのことでも8名の対象者が最後まで棄権することなくロコトレに取り組むことができた要因であったと考える。

取り組みの終了後に対象者より「朝起きてテレビ体操を見ながら自然とロコトレもやっているよ」「今も続けているよ」といったことばが聞かれ、また、運動期間中、転倒予防への意識や喫煙数の減少、ダイエットなど利用者の健康に関する意識に働きかけ関心を高める機会となった。

ロコモは骨粗鬆症や変形性膝関節症など運動器自体の疾患に加え、加齢による筋力のバランス低下により要介護リスクが高まるといわれ、特に下肢筋力は加齢による減少が著しく、肥満や合併症などのリスクも高まるといわれている。今回の取り組みに参加した8名は下肢筋力低下を認め、6名は肥満または高血圧や糖尿病の合併症があり将来、ロコモの可能性が高いことから運動の継続は必要と考える。昨年行った生活習慣聞き取り調査では44名中34名(77.3%)の協力の得られたのに対し、今回のロコトレは31名中8名(25.8%)にとどまった。無為自閉や無関心といった疾患の特徴でもある陰性症状も影響しており、関心や意欲を引き出す工夫が求められ今後の課題としたい。

V. 終わりに

病院訪問看護をスタートした平成20年4月の利用者の平均年齢は50歳であったのに対し、現時点では57歳と高齢化している。今後、高齢化に伴い介護予防のための食生活改善や運動への取り組みの必要性は高まると考える。地域で自分らしく生活維持できるよう今後も継続して必要な支援に取り組んでいきたい。

引用・参考文献

- 1) 日本整形外科学会：ロコモの定義
- 2) 公益法人日本整形外科学会：ロコモパンフレット2015年度版
- 3) 古謝裕加子：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～ 第29回志誠会医学会誌2018

<資料1>

ロコトレをして体をきたえよう！！



ロコトレ1 片脚立ち

*左右1分間ずつ、1日3回行いましょう。

ロコトレ2 スクワット

*ゆっくり5~6回、1日3回行いましょう。



- ・肩幅より少し広めに足を広げて立ちます。
- ・膝が足の人差し指の方向に向くように注意して、お尻を後ろに引くように身体をしづめます。

ロコトレ3 つま先立ち

*1日の回数の目安：10~20回（できる範囲で）

急性期治療病棟における静脈血栓症予防対策の導入を考える ～より安全な身体拘束をめざして～

第3病棟 ○桑山 大祐 大村 隆広
垣花 宏樹 比嘉 千奈美

I. はじめに

当急性期治療病棟は、24時間入院を受け入れており病状の激しい患者も多い。近年の精神科医療患者動向と並行し、当院も精神疾患だけでなく身体疾患を合併している患者や、高齢者、認知症患者の増加から隔離や身体拘束などの行動制限を余儀なくされるケースも少なくない。そのため静脈血栓症（以下VTEと略す）のリスクが高い患者が増えている。

当病棟の特徴であるトイレのない保護室は、拘束中の患者であっても拘束を外し室外のトイレへ誘導を行っている。また食事、面会など可能な限り拘束を外し対応するため、これまでVTEのリスクは低いと認識していた。しかし、今年2月に当院1例目となるVTEによる肺塞栓を体験した。救命後救急搬送となり一命は取り止めたが、拘束時のリスクを改めて痛感し、拘束時看護に不安や疑問を感じた。

これまで当病棟では行動制限最小化と同時に、安全な拘束への取り組みとしてチェックリストを活用し手技を重視してきたが、今回の体験から拘束時の手技ばかりでなく、拘束中の身体管理、VTEリスク対策を視野に入れた見直しを行った。

リスク予防のマニュアル作成とVTE勉強会の前後で看護者へアンケートを行った結果、拘束に対する看護者の意識の変容が見られたので、若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2017年5月13日から同年6月7日

2. 対象者

当病棟2年目以降の看護者（看護師及び准看護師）17名。対象者の看護師経験年数と精神科の

勤務年数を図1に示す。

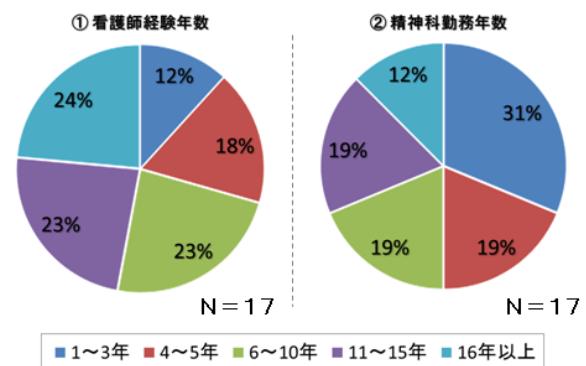


図1 看護師経験年数・精神科勤務年数

3. 方法

- 1) リスク予防のマニュアル作成および医師によるVTE勉強会を受講した。（マニュアルは資料1参照）
- 2) 1) の実施前後で、対象者にアンケート調査を行った。（アンケートは資料2参照）

4. 倫理的配慮

研究趣旨を説明しアンケート調査の同意を得、無記名とし個人を特定出来ないよう配慮した。

III. 結果

1. アンケート結果

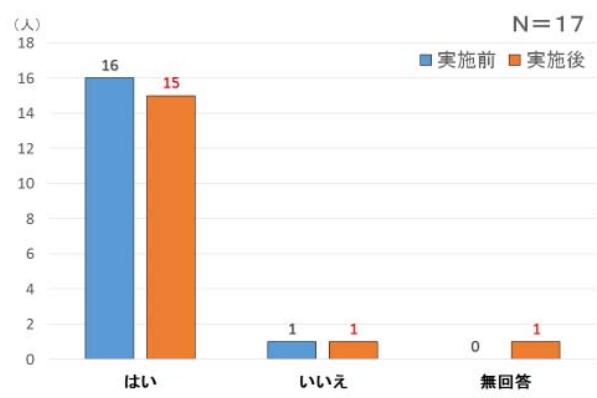


図2 拘束する時に不安に感じる

拘束時に不安を感じる16名、感じない1名であ

一般演題 平和病院第3病棟

った。実施後でも同様の結果であった。(図2)

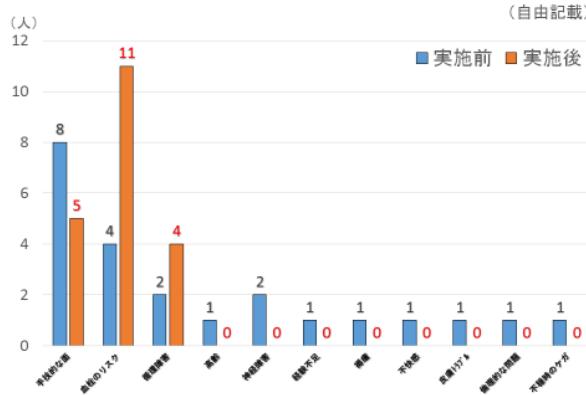


図3 拘束する時に不安に感じる理由

不安に感じる理由について、『手技的な面』は8名 (50%) から5名 (33%) へ減少し、『血栓のリスク』は4名 (25%) から11名 (73%) と增加了。(図3)

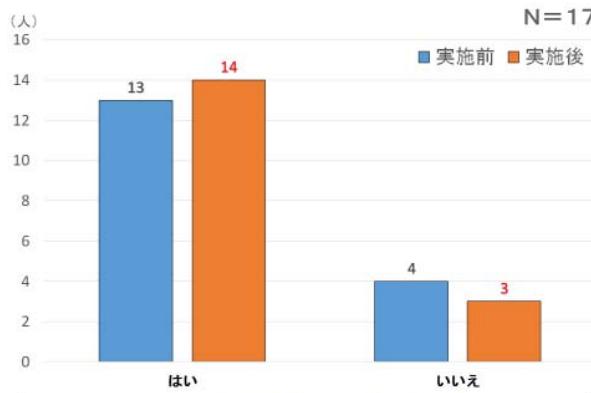


図4 拘束を外す時に不安に感じる

拘束を外す時の不安に関しては、不安を『感じる』が13名 (76%)、『感じない』は4名 (24%) で、実施前後であまり変化がなかった。(図4)

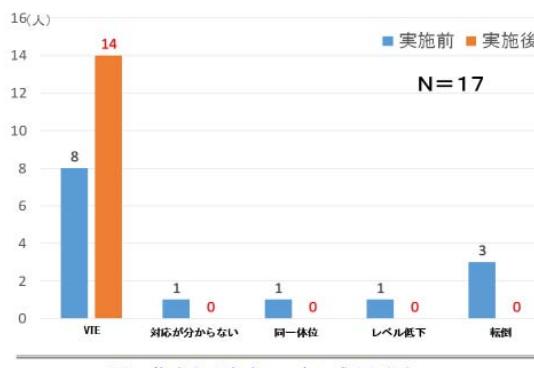


図5 拘束を外す時に不安に感じる理由

不安に感じる理由について、『VTE』を挙げた者は、実施前は8名 (61%) であったが、実施後は14名 (100%) 全員であった。(図5)

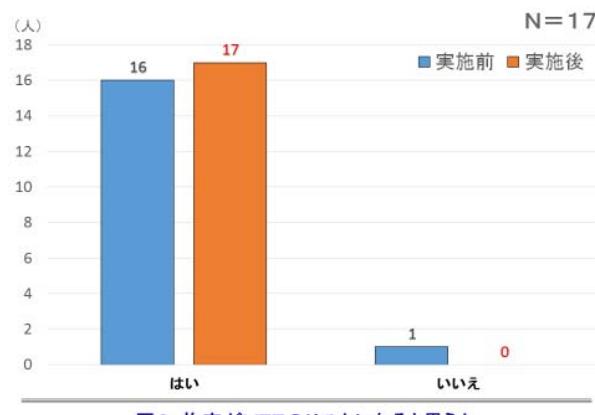


図6 拘束がVTEのリスクになると思うか

拘束がVTEのリスクになると回答した者は、実施前は16名、『いいえ』と答えた者も1名いたが、実施後は全員が『はい』と回答していた。(図6)

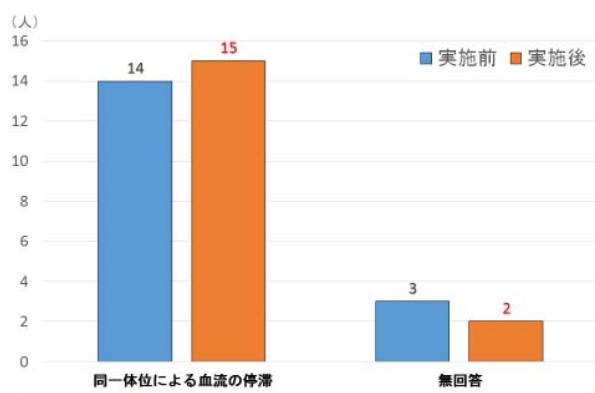


図7 拘束がVTEのリスクになると思う理由

拘束がVTEのリスクになるとと思う理由について、無回答もあった。(図7)

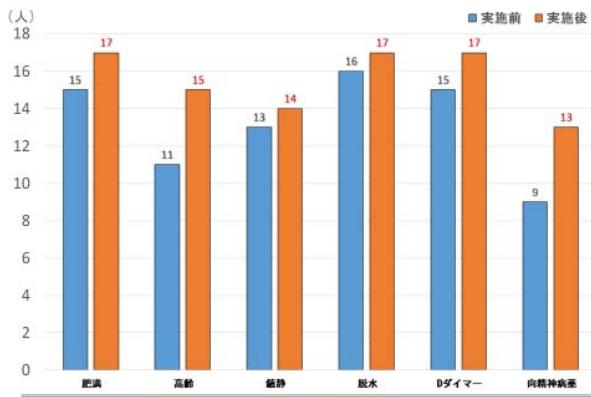


図8 VTEの原因と思われるリスク

VTEの原因と思われるリスクについて挙げてもらうと、実施前より実施後で全体的に数値が上昇した。(図8)

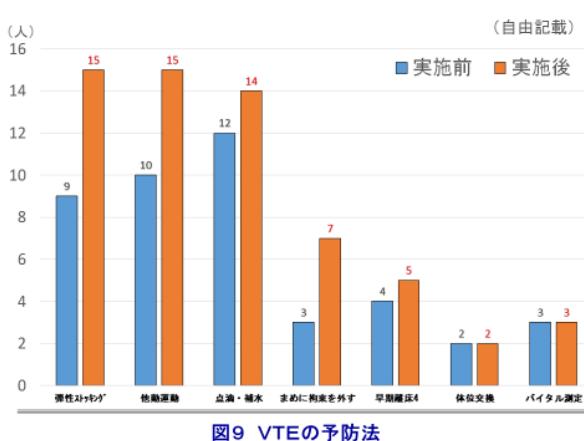


図9 VTEの予防法

VTEを予防する方法で思い浮かぶものを自由記載してもらった結果、『弾性ストッキング』、『他動運動』、『補水』が上位を占めた。(図9)

IV. 考察

図1で示すように、当病棟は精神科経験年数5年以下の看護者が半数を占めている。教育病棟としての位置づけもあり、看護者個々の経験年数が幅広い。そのため拘束という精神科特有の技術においても力量の差があることは否めない。

図2・図3では、「拘束する時に不安を感じる」看護者が16名ほぼ全員であり、実施前はその理由として『手技的な面』を挙げた者が8名(50%)と半数を占めていた。安全な拘束の取り組みとしてチェックリストを活用しダブルチェックを徹底していたが、その不安はまだまだ大きかったと考える。実施後は5名に減ったが、継続した教育や経験を積んでいくことは依然必要と考える。また、『血栓のリスク』は実施前4名(25%)から実施後11名(73%)へ増加した。これまででも資料の読み合わせは行っていたが、マニュアル作成や勉強会により多くの看護者がVTEの知識が高まり、リスクを把握した結果と思われる。症例後、タイムリーにマニュアル作成や勉強会を実施したことは効果的だったと考える。

図4で「拘束を外す時に不安に感じる」看護者は、さほど変化は見られなかったが、図5の「拘束を外す時に不安に感じる理由」として、実施後は全員がVTEと記述した。上記に述べたように勉強会やマニュアル作成により拘束におけるVTEの知識が高まりリスクへの意識が高まったと考える。

Eの知識が高まりリスクへの意識が高まったと考える。

図6・図7・図8でも同様のことが考えられ、実施前より実施後は看護者全員が全項目で数値が上昇していることから理解が深まったと思われる。

図9「VTEの予防法」について、『弾性ストッキング』は実施前9名(53%)から更に15名(88%)へ増加した。弾性ストッキングの使用は発症後すぐに導入され、対象患者に適しているのか申し送りで検討し積極的に使用してきたが、勉強会を通じ弾性ストッキング装着の有効性をより理解した結果と考える。また、実施前では“バイタルサイン”とだけ書かれていた内容が、実施後では“頻脈”、“SP02の低下”、“下肢の疼痛の有無”など、より具体的になった。他にも“マッサージ”との記入が“下肢マッサージ”、“他動運動”と具体的な手技についても説明がなされていた。このことはVTEについての漠然とした知識からより実践的な観察項目へと変化した表れである。『VTEへの漠然とした不安』から知識・意識が向上し理解しているからこそ『リスクを予見できる不安』へと変わり、その内容や質が向上したと考えられる。VTEに対する正しい理解や予防法、観察ポイントが重要となり、不安の軽減につながると考える。

今回の研究で、VTEにおいて看護者個々の経験や知識で拘束時の看護業務が行われていたことや、統一した看護提供ができていなかったと知ることができた。しかし当病棟独自のVTEマニュアルを作成し今できることを明確にしたことで、拘束時・拘束中・拘束後の看護業務の統一化や不安の軽減につながっていくのではないかと考える。

V. 終わりに

当院1例目のVTE症例を経験し、より安全で質の高い身体拘束を目指すきっかけとなったが、同時にいくつかの課題も見えてきた。より患者のニーズに沿えるよう、今回の研究にとどまらず取り組んでいきたい。

引用・参考文献

- 1) 平田直「精神科で取り組む肺血栓塞栓症予防」序文 中山書店 2009
- 2) 大庭哲「急性期治療病棟における身体拘束の取り組み」 p 35~38 第 28 回志誠会医学会誌 2015
- 3) 白根信子「静脈血栓症予防への取り組み～マニュアル導入による看護行動の変化～」 p 80~81 第 40 回日本精神科看護学術集会誌 2015

【資料1】

静脈血栓症予防マニュアル

<拘束を実施前の看護>

- ・ 弾性ストッキング着用
- ・ 弹性ストッキングのサイズチェック

<拘束中の看護>

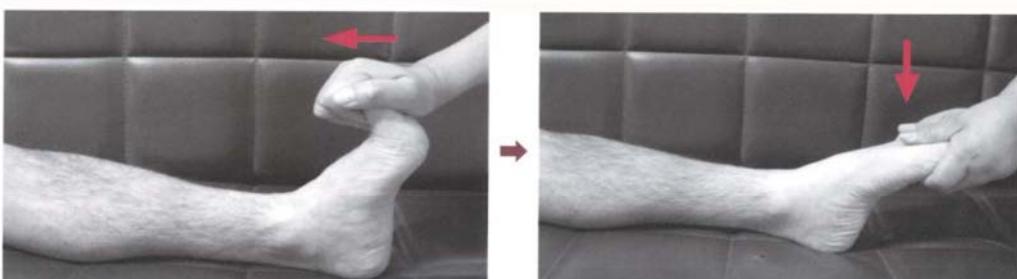
- ・ 下肢の他動運動（3時間おき）
- ・ 足首の曲げ伸ばし
- ・ ふくらはぎを末梢から中枢へマッサージ



下腿の腓腹部を中心に、筋肉をつかんで絞るように末梢側から中枢側に向かって力強くマッサージをする。左右の下腿で5～10回を目安に行う

- ・ 体位変換
- ・ 足背動脈の触知・膝下動脈の触知（脈の有無・強弱・左右差）
- ・ 3点拘束時は、拘束の左右を変える

※夜間は睡眠の妨げになるため、トイレ誘導時等に実施する



足の甲が反り返るよう指の付け根を下側から押し、次に足の甲が伸びるように指の付け根を上側から押す。左右の足で5～10回を目安に行う

<拘束を外す時の看護>

- ・ バイタルサイン測定 酸素飽和濃度測定（SPO₂）
- ・ 下肢の発赤・腫脹の有無
- ・ 下肢の他動運動（痛みを訴える時は血栓形成の可能性あり→Drコール）
- ・ 拘束はずし端座位で過ごしてもらい様子観察する（3分程度）
(表情は苦痛様ではないか・呼吸は荒くないか・話し方 呂律難の有無等)
- ・ 歩行問題なればストッキングをはずす

H29.5.16 作成

【資料2】

看護研究チーム

アンケート

性別 男 · 女

看護師歴 ____年

精神科経験年数（他の経験も含む） ____年

① 拘束をする時に不安を感じることはありますか？

はい いいえ

はいと答えた方はどのような点ですか？

()

② 拘束を外す時に不安に感じることはありますか？

はい いいえ

はいと答えた方はどのような点ですか？

()

③ 拘束することで血栓症のリスクが高まることを知っていますか？

はい いいえ

はいと答えた方はどのような点ですか？

()

④ 拘束時に血栓症を起こしやすい患者の特徴はどれだと思いますか？（複数可）

肥満 高齢 糖尿病 下肢の麻痺 鎮静 脱水 喫煙 高血圧

パーキンソン病・症候群 心疾患患者 Dダイマー高値 向精神病薬内服

⑤ 拘束時、血栓症を予防する方法で思い浮かぶ事は何ですか？

H29.5.22 作成

長期入院患者を対象とした外出グループの取り組み ～施設入所に向けた関わり～

第5病棟 ○津嘉山 まゆみ 掛福 誠志
山城 綾乃
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、長期入院患者が大半を占め生活障害が顕在化している患者が多い。退院支援を行う病棟として位置づけられているが、退院可能な患者の多くはすでに退院し、年々支援が難しくなっている現状がある。自宅退院が困難となり、施設へ入所する方向になる患者もいるが、いざ退院支援を行おうとすると消極的な場面が見られた。

そこで今回、当院の施設入所を目的とした外出グループを立ち上げ、生活範囲の拡大を目指しリハビリテーションを実践した。

今回の取り組みでは期間中に施設入所まで至らなかつたが、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

2017年2月～2017年4月（3ヶ月間）

2. 対象者

当院施設入所を検討している患者5名。

表1 対象者の背景

対象者	5名(男性4名、女性1名)
平均年齢	54.6歳
診断名	統合失調症
平均入院期間	3年
平均罹患	23.4年
退院先	当院施設
リハブ平均	78点 (全体的行動の合計)

3. グループ活動の内容

1) 活動内容

週2回（火・水曜日各2時間）の活動を1クール、合計12クール（24回）を実施した。

2) プログラム内容

- ①第1期：外出準備のアプローチ
- ②第2期：外出アプローチ
- ③第3期：施設見学のアプローチ

4. 評価方法

- 1) 活動前後の言動の変化を抽出し、検証する。
- 2) 対象者の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、研究結果の公表について対象者から同意を得た。

III. 経過及び結果

1. 第1期

気分転換の外出ができるよう、始めに外出準備から始めた。外出前のミーティングでは、各自で外出する時の格好に着替えるよう説明するが、「普段の格好でいい」と準備しないメンバーがいた。その為、一人ずつ写真撮影を行い、自己・他者で評価できるようにした。メンバーの中には、自ら鏡を見て髪をセットする人がいたが、他者から指摘されないと気づくことができないメンバーもいた。そこで、外出後にフィードバックを行い、職員はメンバーの答えを否定せず、自己の思いを表出できるよう関わった。次の外出時には、メンバー自ら準備を行い、外出前には待っていることができていた。

次に、外出手続き方法について実践した。ほとんどのメンバーは、外出時に手続きがあることを知らなかつた為、実施する前から「できない」とあきらめるメンバーもいた。グループ活動当初は、メンバー同士の交流が少なかつた為、職員は、メ

一般演題 平和病院第5病棟

ンバー同士がやりとりできるよう関わった。その為、手続きの練習時には、できているメンバーが他メンバーへ教える場面が見られ、2回目の外出以降は、特に問題なく外出手続きができるようになっていた。

表2 第1期の経過(外出準備)

◆外出する時の服装	◆外出手続き方法
<目的>	<目的>
・外出前に自分で準備できる。	・一人で「外出届」用紙へ記入することができる。
<内容>	<内容>
・一人ずつ外出着の写真を撮りフィードバックする。	・職員へ外出する旨を伝える。
・自己評価をする。	・外出届への記入・サインを行う。
・他者との違いを比較する。	<状況>
・「普段のままいい」と若替えない。	・実施する前から「できない」と発言。
➡・メンバーの指摘で気付く。	➡・覚えたメンバーが教える。
・自ら鏡を見て髪をセットしている。	・2回目以降の外出では問題なくできだ。
・自主的に若替えて、開始前には集合している。	
<職員の関わり>	
・答えを否定せず、思っていることが表現できるようサポートする。	<職員の関わり>
	・メンバー同士がやりとりできるよう関わる。

2. 第2期

実際の外出では、メンバーからの希望で病院から近い商店へ外出を行った。メンバーの中には、商店までの道のりを覚えており、景色を楽しみながら徒歩で外出できる人もいた。久しぶりに外出したメンバーからは、「楽しかった」と笑顔が見られたが、「疲れた、足が痛い」と帰院後に疲労感を訴えるメンバーもいた。

2回目の外出は、病院より遠い大きなスーパーへ出かけた。久しぶりに車に乗ったメンバーからは、車中で「遠いね、どこに行くの?」と不安な言葉が聞かれたり、緊張のせいで職員の声かけにも反応できていなかった。メンバーは、事前に買い物リストを作成していたが、値段も確認せずカゴに入れ、レジでお金が足りず商品を元に戻す場面もあった。外出後のミーティングでは、「いろんなものが売っていた。また行きたい」と楽しんだメンバーもいた。

表3 第2期の経過(外出)

◆近場(商店)へ外出	◆遠出(複合施設)へ外出
<目的>	<目的>
・気分転換ができる。	・外の世界へ関心が持てる。
<内容>	<内容>
・歩いていいける外出先を考えてもらう	・買い物リストを作成
・外出時に必要なものを準備する	・近場の商店との違いを比較する。
・外出前後にミーティングを実施	<状況>
<状況>	・「遠い、どこに行くの?」不安訴え
・商店までの道を覚えていた。	・レジでお金が足りず商品を元に戻す。
・「楽しかった、運動になった」と景色を楽しんでいる	・リスト以外のものを欲しがっていたが時間が足りなかった。
・帰院後、「疲れた、足が痛い」	
<職員の関わり>	<職員の関わり>
・周囲への関心が持てるよう、常に声かけをもらう。	・困った時にどのようにしたらよいかを考えてもらう。

3. 第3期

当院入所施設の見学を行った。施設見学の前にメンバ一間で質問事項を考え、施設側への質問を準備した。見学の場面では、施設入所経験のないメンバーは積極的に質問を行い関心の高さは見られた。しかし、入所経験者からは「就労しないといけないの?」と、施設=就労という考え方や、「配膳・皿洗いがきつかった」と施設の役割について消極的な発言もあった。そこで、施設職員と相談しながら、本人にあったプログラムを決めていくことを説明した。

また、施設入所者と交流する場面を持ち、施設の役割などについて質問することもあった。入所者からは「楽しくやっています」と返答があり、また、入所の理由として「一人で生活ができるため」と今後の単身生活の為に頑張っていると意見をもらった。そのことに対してメンバーからは、「すごいですね」と感心した発言はあったが、「自分では無理だと思う」と消極的になっていたメンバーもいた。

施設見学後のミーティングの場面では、「覚えていない」とメンバー自身が考えようとしている為、写真を見ながら具体的な質問を行った。また、白板に各施設の特徴を視覚的に表示したこと、徐々に思いだし発言が増えてきた。リフォームされた施設を見て「綺麗になっていた」と話し、「知りあいがいたら行ってもいいよ」「もっと知りたい」と前向きな発言が聞かれた。

表4 第3期の経過(施設見学)

◆施設見学	◆ミーティング
<目的>	<目的>
・施設へ関心が持てるようになる	・フィードバックを行う。
<内容>	<内容>
・メンバー間で質問事項を考え、施設側へ質問する。	・施設内の写真を見て振り返る。
・入所者へ質問する(瑞穂邸のみ)	・白板に各施設の特徴や項目をまとめる
<状況>	<状況>
・初めてのメンバーは、積極的質問。	・「覚えていない」と考えない。
・入所経験者から、「就労しないといけないの?」と発言あり。	➡・各自のファイルに施設の特徴をまとめてもらう。
➡・施設職員と相談し、本人にあったプログラムを決めていることを説明する。	・「広くなっている」「知り合いがいたら行ってもいい」「もっと知りたい」と前向きな発言
<職員の関わり>	<職員の関わり>
・メンバーから質問できるよう関わる。	・施設で得た情報をまとめられるよう繰り返し説明する。

アンケートの結果では、グループ開始前は、『退院したいですか』の質問に、全員が「はい」と答えていたが、終了後のアンケートでは、「いいえ」

と答えたメンバーが1名いた。実際に施設見学を行うことで「身の回りができていないから行けない」と自己の課題を振り返ることができていた。

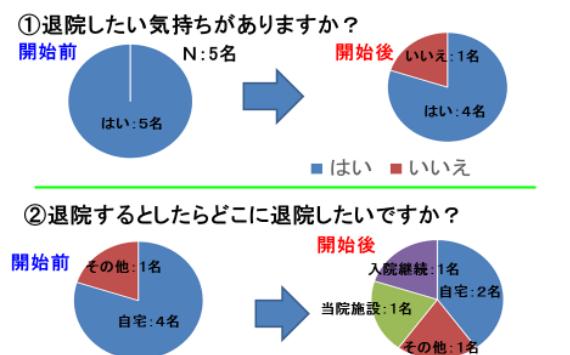


図1 対象者へのアンケート(活動前後)

IV. 考察

外出の場面では、これまで外へ出る機会が少ない患者にとって、うれしい反面、戸惑う場面が見られた。例えば近場の外出は、それほど不安は見られなかつたが、遠出の外出になると、景色を楽しめず、口数が少なくなっていた。しかし、スーパーに着くと、買い物自体を楽しむことができており、外出することで気分転換になったと考える。外出後のミーティングでは、考えてもらう場面を作ったが、「ポートで買う」と自己の課題を振り返ろうとした。そのことから病院という限られた環境の中では、患者自身が生活する上で特に支障を感じる機会が少ないのでないかと考える。

施設入所経験のない患者は、見学の前に消極的な発言が聞かれたが、実際に見学していくと積極的に質問し、最後のミーティングでは「もっと知りたくなった」という言葉が聞かれた。そのことから施設への関心が高くなり、施設入所経験のない患者にとって施設の見学は効果的だと考える。しかし、施設入所経験者は、昔の記憶が強く新しい情報への変換が難しいと感じた。そのような患者は、施設へのイメージが以前のまま固まってしまい、入所の話をすると消極的になると考える。宇佐美らは¹⁾「退院と同時に新たな人間関係を最初からスタートさせることは患者にとっても負担であり、一人でも見知った人がいればそれだけで不安が減少することもある」と述べている。グ

ループで施設見学を行うと、一人では不安を感じることでも、数名の仲間がいる状態であれば、緊張状態も改善される。外出手続きの場面でも、記入の遅い患者へ書き方を教え、最後まで待っている場面が見られたことは、グループ活動の効果があったと考える。また、ミーティングの場面では、振り返ることに時間は要したが、施設の背景などを明確にすることで、白板や写真で視覚的に表示したことは効果があったのではないかと考える。

今回の外出や施設見学では、病棟の中で特に問題のない患者でも不安や緊張する場面が見られた。病棟で自立している患者でも、施設入所となると病棟生活にはない役割や当番などがあり、病棟よりもさらに自立が求められる。グループ活動前は、退院について自信のある患者でも、実際に施設見学を通して、「自分のことは自分で行う」ことを自覚できたのではないかと考える。

長期入院患者は、職員側から退院後のサービスの活用を薦めても、患者自身が地域生活のイメージができないことで消極的になることがある。職員は、患者自身から不安が表出できるよう信頼関係を築き援助していく必要がある。また、社会資源を用いて退院できる可能性や選択を説明し、施設見学も職員と一緒にを行い、患者自身が退院へのイメージを現実的なものに変えられるよう関わっていく必要があると考える。

V. 終わりに

このグループ活動を通して、患者にとって地域で生活していく大変さがわかった。退院準備で本人の生活能力の向上を図るだけではなく、ともに支えあえる仲間づくりができるような機会を提供していきたい。

引用文献

- 宇佐美しおり 他：長期入院患者および予備軍への退院支援と精神看護、第1版、P33 医歯薬出版、2008.

高齢者看護における観察視点について

第6病棟 ○天願 静香 岡村 さおり
渡久地 猛 比嘉 和枝

I. はじめに

当病棟は男女混合の療養病棟であり、認知症や高齢者の看護を中心に行う 16 床のユニットを有している。高齢者の半数以上が何らかの身体合併症をもっており身体管理も求められる現状である。

精神科看護において観察の重要性は言うまでもないが、身体機能の低下により種々のリスクが高くなる高齢者においてはさらに重要となる。

しかし、申し送り等で観察視点のズレを指摘される場面に直面すると、自分自身も正しく観察出来ていないことがあり、看護ケアに影響しているのではと不安に感じていた。そこで今回、資格者へアンケートによる聞き取り調査を実施し、その結果を基に、過去 1 年間の看護実践データより観察視点に関連する内容を抽出、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

2016 年 4 月 1 日～2017 年 3 月 31 日 (12 ヶ月)

2. 対象者

1) 研究期間中に当病棟に在籍している 65 歳

以上の患者 44 名 (表 1)

2) 研究期間中に当病棟に勤務している資格者

10 名 (表 2)

表1 対象患者の背景

N=44

	65歳～	75歳～	85歳～
認知症	3	10	4
統合失調症	12	2	0
その他	5	4	4

表2 対象看護者の背景 N=10

	性 別	経 験 年 数	一般科経験有無
A	女	30	有
B	男	17	有
C	女	40	有
D	男	20	無
E	女	27	有
F	女	22	無
G	男	15	無
H	女	20	有
I	女	8	無
J	女	20	有

3. 方法

- 1) 当病棟に勤務する看護師・准看護師 10 名にアンケートを基に聞き取り調査を実施
アンケート項目の、観察が特に重要だと感じる時は?の返答より上位 2 項目について分析した。
- 2) 拘束解除時の観察視点について
- 3) 身体疾患併発時の観察視点について

4. 倫理的配慮

論文作成にあたり、個人が特定されないよう配慮した。

III. 結果

1. 資格者 10 名の聞き取り調査結果

○観察の重要性をどのような時に感じますか?

- ・拘束解除する時
- ・身体疾患を併発した時
- ・転倒のリスクの高い患者
- ・自ら訴えきれない患者の表情や言動
- ・全てにおいて必要である。特に表情や言動。

○何を観察してよいか分からぬ時がありますか?

あり 8 名 無回答 2 名

- ・患者の情報を把握していない場合
- ・転入時 (情報が不足)

- ・身体疾患併発時
- ・看護経験のない診断名の場合
- 他者に観察視点のずれを指摘されたことはありますか？ あり 10名
- どのような指摘ですか？
 - ・身体疾患併発時の観察ポイント
 - ・拘束時の観察ポイント
 - ・転倒後の経過観察不足
 - ・皮膚の状態の観察不足
 - ・薬剤調整後の患者の変化
 - ・転倒リスクのある患者の観察ポイント
 - ・イレウス等の腹部症状
- 他者へ観察視点について助言したことはありますか？ あり 5名 なし 5名
- どのような助言ですか？
 - ・歩行不安定な患者の観察ポイント
 - ・拘束解除トライ中の患者の動き
 - ・不眠時薬投与の判断ポイント
(表情より読み取る)
 - ・身体疾患併発時のポイント
 - ・精神症状か副作用かの判断視点
- 観察視点を明確にすることで看護の質が上がると思いますか？ 思う 10名
 - ・個々の患者の特徴を理解して、観察ポイントがズレなければ、事故防止できるし、身体的な異変に早く気付くことができると思う。
 - ・絶対に上がると思う。一人では限界がある。
 - ・連携がスムーズになる
 - ・患者サービスにつながる
- その他の意見
 - ・勉強会、チームワーク、業務整理、人員確保に努め観察力を上げることが重要。
 - ・夜間、身体的な異変に気が付くも身体疾患の知識が不十分なため、当直医への報告が不安になる。
 - ・医師が具体的に観察視点を指示してくれたため大変勉強になった。
 - ・記録の不十分さにより観察内容がうまく伝わらないことがある。
 - ・補助者よりタイムリーに観察視点を指示して

欲しいと要望があった。きちんと指示ができるようになりたい。

2. 拘束解除時の観察視点を分析した結果

調査期間中の拘束対象者のうち 65 歳以上の対象者 10 名。5 月時点で 7 名いたが、毎月 2 名～4 名解除でき、10 月には 0 になった。その方法を振り返り、解除できた要因を分析してみた。表 3 に拘束解除に至る観察段階を示した。

- 1) 観察段階 1：日常の患者個々の行動や表情を看護者各自の視点から観察し、情報を収集する。
- 2) 観察段階 2：解除に有用な情報を選択し、観察視点を統一する。
- 3) 観察段階 3：解除を試みながら、リスクに対する観察視点を明確にする。
- 4) 観察段階 4：モニタリング結果から、新たな観察視点も検討する。

表3 拘束解除に至る観察段階

観察段階	観察視点
観察段階1	①日常の患者個々の行動や表情を看護者各自の視点から観察し、情報を収集する
観察段階2	②解除に有用な情報を選択し、観察視点を統一する
観察段階3	③解除を試みながら、リスクに対する観察視点を明確にする
観察段階4	④モニタリング結果から、新たな観察視点も検討する

上記の方法を繰り返した結果、居室でも拘束解除ができるようになった。表 4 に解除までに時間を要さなかった 6 例の観察視点を示した。B 氏のように拘束の目的がフォレー自己抜去防止のためである事を再認識した上で、体動や手の動きを観察した結果、カテーテルの固定位置を工夫。最終的に抜去できない固定方法を編み出した。

E 氏は徘徊により不眠が持続していたが、危険物さえ回避できれば歩行は安定していた。そのため、入眠導入のための拘束はせず、消灯後は危険物を除去し、しばらくは徘徊を見守り睡眠を促した。入眠を促す方法が見つからず、解除までに時間を要した患者もいたが、外を眺められる方向にベッド位置を変え、ラジオの音を聞かせることで

入眠せずともベッド上で静かに過ごせることが分かり、拘束を解除できた事例もあった。

表4 拘束解除に至る観察視点

	拘束理由	観察視点
A氏	転倒・転落	転入後一日観察後、解除可能と判断
B氏	自己抜去	バルーンカテーテルの固定位置を統一
C氏	転倒・転落	てんかん発作の前駆症状
D氏	転倒・転落	照明の調整と短時間の付き添い
E氏	転倒・転落	危険物を除去し徘徊時の見守り
F氏	転倒・転落	側臥位保持(体位により入眠する)

3. 身体管理における観察視点

調査対象者44名中21名は身体合併症があり、定期的に他科受診をしている患者は5名。16名は当院で治療継続している。調査期間中に合併症の増悪(肺炎・胆のう炎・心不全・脳梗塞)で他院へ転院した患者は4名であり、看護記録より観察視点を分析してみた。(表5)

A氏：肺炎の増悪

これまで肺炎の既往があり、初期のうちに肺炎の診断がついていた。経管栄養を継続。抗てんかん薬を中止しているため発作の有無を観察しつつ、喀痰吸引や輸液管理継続。SPO2のチェック等、肺炎の観察ポイントは把握できており医師への報告も特に問題はない。抗生素のアレルギーが多種あり、専門治療のため転院となる。

B氏：急性腹症(胆のう炎)

数日前より意味不明な発言があるが精神状態の悪化と捉え、不穏時の屯服対応。前日より腹満著明。深夜でもガス抜き施行するほど腹満あるも翌日の昼間はバイタル測定不十分。前夜にて高熱。輸液開始。頻回にバイタル測定。翌日、急性腹症にて救急搬送となる。

C氏：心不全

胸痛とSPO2低下出現、当直医へ報告、診察後すぐに救急搬送となった。

D氏：脳梗塞

深夜勤務者から「義歯が入れにくい、様子がおかしい」と朝一で日勤者へ報告。流涎・呂律難あり至急主治医へつなぎ、頭部CTの結果、脳梗塞

にて救急搬送となる。身体疾患によっては現在の内服薬は中止になる可能性があったが、すでに朝薬を服用させていた。

表5 身体疾患における観察視点

	前兆	症状	診断
A氏	倦怠感	→ 発熱	→ 肺炎
B氏	意味不明な発言	→ 腹部緊張	→ 胆のう炎
C氏	胸の違和感	→ SPO2低下	→ 心不全
D氏	義歯のずれ	→ 呂律難・流涎	→ 脳梗塞

IV. 考察

聞き取り調査結果より、全員が観察は重要だと認識している。しかし、半数が何を観察して良いか分からぬ時があると返答。特に身体管理面で自信がないため、夜勤帯での医師への報告が不安になるとの発言がある。しかし、医師より具体的に観察視点を指示してくれたことで、漠然とした不安が解消され看護の焦点を絞りやすくなったとの発言もあるように、医師との連携は必要不可欠である。当直医は主治医でない場合も多いので、医師への報告の際、現時点での状態だけでなく患者の既往歴や最近の状態なども伝え、観察視点の確認をする事も必要だと考える。また、全員が他人に観察視点のずれを指摘されたことがあり、それらを修正できたとも答えていた。指摘された事を新たな知識として学び、経験知として蓄積している事が伺える。また、補助者より観察視点をタイムリーに指示して欲しいとの要望があった事に対し、患者個々の観察一覧表(資料)の作成が提案された。申し送りに入れないので補助者や新職員等、患者個々の把握が十分でない看護者へも、何を観察すればよいか、チームで共有する事ができるのではとの発想からであるが、一覧表の導入結果は次の機会に報告したい。

次に、「拘束解除時」における観察視点についてであるが、解除できた要因として、前回の医学会で報告したようにスタッフの意識の統一を前提に、何をどのように観察すればリスクを防止できるの

か、日頃の観察の中から知り得た患者個々の習慣や特徴を情報交換し、有用な情報のみを絞り込んだことで観察視点が明確になり、保守的傾向の強い殻を打ち破る安心材料になったのではないかと考える。また、状況により観察視点を変えることで看護者の行動が柔軟になり、対応力が広がったと思われる。当初は拘束解除という目的の為の情報収集であったが、細やかに観察する事で患者との関係が深まり相乗効果を生んだとも考えられる。

次に、身体管理上の観察視点であるが、A氏の場合、あらかじめ診断がついているため、標準的な観察視点は捉えていると思われる。しかし、B氏のように、意味不明の発言を精神的側面からだけアセスメントしており、身体的側面からの観察は記録にはない。高齢者は身体的な自覚に乏しく、言葉ではうまく表現できない場合が多いため、両側面から注意深く観察する必要があったと思われる。症状が顕在化された翌日もバイタル測定の回数が少ないとから、症状が改善したと捉えたのか、観察視点も曖昧である。次の勤務帯でフォローされているが、常にフォローできるとは限らない。タイムリーに振り返りを行い、疾患に応じた観察視点を指導していく方法が効果的だと考える。また、D氏の場合は、なんとなくいつもと違うことを感じ取りはしたが、薬剤との関連や様子がおかしいと感じた後のアセスメントは不十分である。身体疾患の知識や技術が習得しにくい環境だからこそ、一つ一つの事例を大事にしてチームで共有する事が重要だと考える。

観察とは「観て察知する」ことである。その技術は知識や経験が大きく左右するだけでなく、常日頃より患者に関心をもち観察しているかどうかにも左右されると考える。何かに気づき、他の情

報と関連付け、さらに気になるところを解明していくところまで考えて、はじめて観察情報が活かされることになる。また、目的や状況により観察視点を統一する場合や、身体、精神両面から観察する場合等、観察視点をどこに置くかも重要になる。

今回、観察視点について当病棟の看護実践を分析してみたが、症例数も少なく論ずるに値しないが、観察視点が看護の質に影響する事や情報をチームで共有する事で、看護の質が上がることは今回の調査でみえてきた。

V. 終わりに

今回の調査により、不安に感じていた身体管理面での観察について見方を変えることができた。知識の習得も必要であるが、まずは患者把握の第一歩である日頃の観察に努め、的確なアセスメントができるよう研鑽をつみたい。

また、アンケートから見えてきたものも多く、毎日顔を合わせて働いている仲間と仕事上の意見が話し合える風土が大切であり、看護の質を上げることに繋がると痛感した。

引用・参考文献

- 1) 中谷 将 : 高齢患者への身体拘束により想定される身体合併症のリスク P11～P20 精神科看護出版、2013. 5
- 2) 宮本 真巳 : 精神科看護における観察をめぐって P4～P10 精神科看護出版 2016. 12
- 3) 山本 美耶 : 「身体を見る力」をつけるために P44～P47 2011 第24回志誠会医学会誌
- 4) 相馬 厚 : 「情報収取のための観察ポイント」 P26～P31 精神科看護出版 2006. 10

※参考資料《観察視点一覧表》

観察視点一覧表

	氏名	睡眠	食事	排泄	活動性	皮膚状態	その他	特徴
A-1	平和 太郎	入眠時刻	量	便秘の有無	歩行状態	乾燥・湿疹	顔色・体重等	体調不良の場合、意味不明な発言が始まる。
A-2	平和 花子	眠剤与薬時間	むせの有無		徘徊の有無		BS3検	パンを貰いに行く(窒息注意)
A-3	平和 次郎		嚥下状態	尿の性状		表皮剥離	週2体重測定	好禱傾向
A-4								

急性期病棟における作業療法プログラムの再考 ～平成28年度の入院患者データから見えてきたこと～

作業療法課 ○瀬良垣 沙希乃 照屋 春奈
比嘉 創

I. はじめに

急性期病棟である3病棟の作業療法(以下OTと略す)は、統合失調症の患者を念頭に置いた種目を実施しており、革細工などの手芸に加えて、軽運動などのメニューを提供している。しかし、実際の作業場面では、同じ作業を淡々と行っていたり、せっかくOTに参加しても、無為に過ごしている患者も少なくない。そのため、「今行っている作業に効果はあるのか?」「提供しているメニューはこのままで良いのか?」といった疑問や葛藤が常にあった。

3病棟のOTメニューに関しては、これまで院内学会で報告されておらず、今後精神科救急入院料病棟が導入される事からも、急性期のOTについて検証する必要があると考えた。

今回、3病棟の入院患者データを検証すると疾患別に特徴が見られたので、今後必要となるアプローチを疾患別にまとめ、作業療法士(以下OTRと略す)が果たすべき役割を明らかにする。

表1 研究意義と目的

- ◆現在行っている急性期病棟(3病棟)の作業療法場面では、淡々と作業を続けて意欲を感じなかったり、無為に過ごす患者もいる。
- ◆「今行っている作業に効果はあるのか?」「メニューはこのままで良いのか?」といった疑問や葛藤が常にあった。
- ◆3病棟に入院する患者データを検証すると、疾患別に特徴があったので、必要となるアプローチを疾患別にまとめ、作業療法士が果たすべき役割を明らかにする。

II. 研究方法

1. 対象者

平成28年4月以降に3病棟に入院し、翌年3月末

までに退院した患者(3月末時点での入院期間が90日以上の患者も含む)、延べ247名。

2. 調査方法

対象者の入院期間、OT参加率を調べ、疾患別に示す。結果に、実際のOT場面の様子も加えて考察し、今後OTで必要となるアプローチについて疾患別に報告する。

表2 対象及び調査方法

■対象者■

3病棟に平成28年4月以降に入院し、且つ、平成29年3月末までに退院した患者、延べ247名。
(3月末時点での入院期間が90日以上の患者も含む)
○平均年齢: 54.12歳
○男性: 134名 女性: 113名

■研究方法■

対象者の入院期間と集団作業療法参加率を調べ、疾患別に示す。
結果に、実際の集団作業療法場面の様子も加え考察し作業療法で必要となるアプローチを疾患別に報告する。

III. 結果

1. 対象者の疾患別の割合

ICD-10を参考に、対象者の疾患を分類した。統合失調症圏が66%と最も多く、次いで気分障害圏が13%、器質性精神病圏が11.0%の順だった。

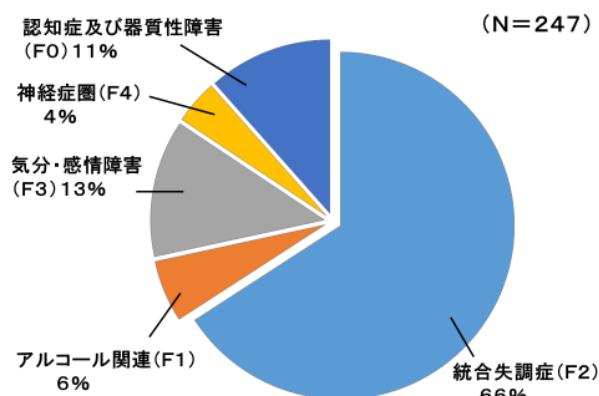


図1 対象者の疾患別分類

2. 疾患別の入院期間

対象者のうち、入院期間が3ヶ月以上になった患者を『長期入院群』、3ヶ月以内に退院した患者を『短期入院群』として、疾患別にまとめた。

統合失調症圏とアルコール関連の患者は、6割～7割の方が短期入院群だった。

気分・感情障害、神経症圏の患者は、約9割の方が短期入院群だった。

認知症圏の患者で短期入院群に属する方は約半数程度だった。

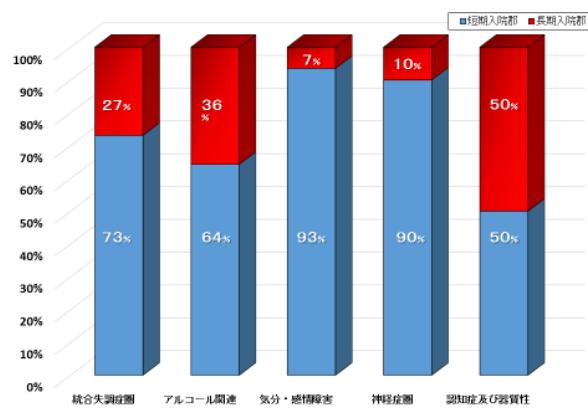


図2 疾患別の入院期間

3. 疾患別の集団作業療法参加率

参加者の出席率を週に2回以下、3回程度、週に4回以上の3段階に分けて示す。

統合失調症圏、アルコール関連は、週4回以上参加している患者が約6割おり、気分・感情障害と神経症圏は、最も参加率が高く、約7割の方が週4回以上参加していた。

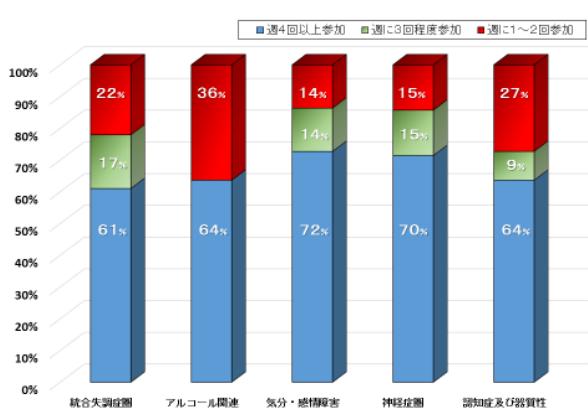


図3 疾患別の集団作業療法参加率

IV. 考察

必要とされるOTアプローチについて、疾患別にまとめる。

1. 統合失調症圏・アルコール関連

これらの疾患群に対するリハビリの基本的な目的は『生活リズムの維持・改善』であるため、毎日決まった時間にOT参加する事が重要になる。入院患者の約7割以上はこれら群の患者であり、調査前は現在行っているOTが主に統合失調症圏・アルコール関連の患者に効果を挙げていると考えていた。しかし、週4回以上OTに参加している患者は約6割に留まっており、目的は十分に果たせていない結果になった。

欠席する理由として、もちろん病状が悪く参加できない場合もあるが、それ以外にもOTに参加する意味が理解できていなかったり、作業に興味が湧かず参加をする患者など、その理由は様々である。「リハビリだから。」と参加を強要するのではなく、まず患者がなぜ参加を拒否するかを知ることが大切だと考える。

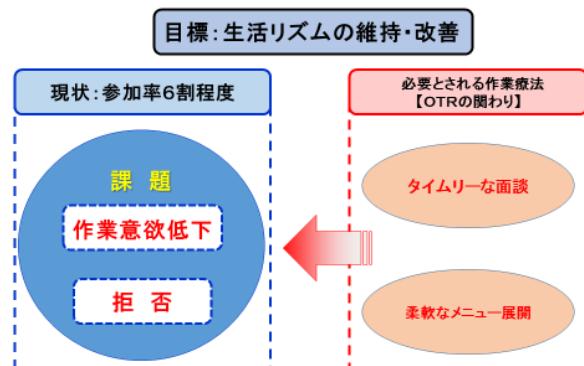


図4 統合失調症圏に対する作業療法①

陰性症状や薬の作用で鎮静され意欲が湧かないケースもある。患者の訴えを聞いてOTの必要性を伝える事が「自分の事をちゃんと考えてくれている。」「あなたが言うなら行こうかな。」という基本的な治療関係を築く機会になると考える。

拒否する療養者の対応は、これまで病棟職員に任せきりになっていた部分も多く反省も多々ある。拒否する患者に対してはOTRもタイムリーに面談を行うなど、今以上に積極的に関わる必要を感じる。

また、革細工やミサンガなどの手工芸に対しては、取り組もうとしなかったり、出来上がった作品を放置したりと、そもそも作業意欲が低い方もいる。作業メニューに関しては、多くの統合失調症患者にとって日常生活で馴染みのない手工芸を画一的に導入することに疑問を感じる。中には亜急性期のために思考がまとまらず、細かい指示や集中力を必要とする作業は向かない患者もいる。

3 病棟のOTでは、昨年度から後半に軽運動を取り入れており、運動には現実的な身体感覚の回復や適度な発散といった統合失調症患者に対して効果的な作用もある。モノ作りという一般的な精神科のOTメニューに拘らずに、手工芸に意欲の低い患者に対しては、前半から運動を取り入れるといった柔軟なプログラム運営が求められる。

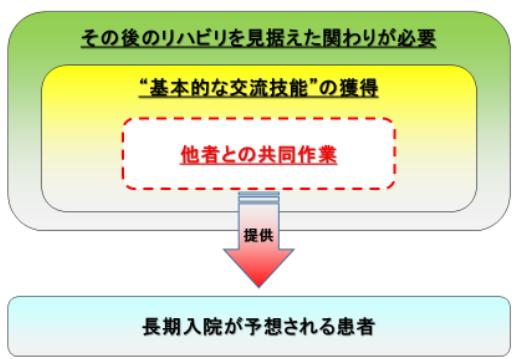


図5 統合失調症圏に対する作業療法②

統合失調症は3か月以上の長期入院となる患者の割合が高いという事も特徴の一つである。長期入院が予想される患者にはその後のリハビリテーションを見据え、基礎的な交流技能を獲得する必要もある。他者との共同作業を提供し自分の考えを伝える、困ったときに質問できるといった最低限の交流技能を身に着けてもらう事も重要だと考える。

2. 気分・感情障害・神経症圏

気分・感情障害と神経症圏の患者は、他の疾患群と比べると出席率が高い。実際のOT場面でも、革細工やミサンガ編みなどの手工芸に対して意欲的に取り組んでいる患者が多い。

しかしこの疾患群は、仕事や家事で無理をしすぎて調子を崩したり、対人関係から受けるストレスを上手く処理できない患者が多い。OTが気晴

らしにはなっていても、根本的な問題を解決するための時間にはなっていないと感じる。

患者に役立つ具体的な助言や援助をするためには、病気そのものが本人の生活にどう影響しているのか理解しておく必要があるが、OTR自身がこれらの疾患群の症状や障害との関係について整理できていない部分も多い。そのため、個々のケースについて日々検討しながら、これらの疾患に対する知識を深める必要があると考える。

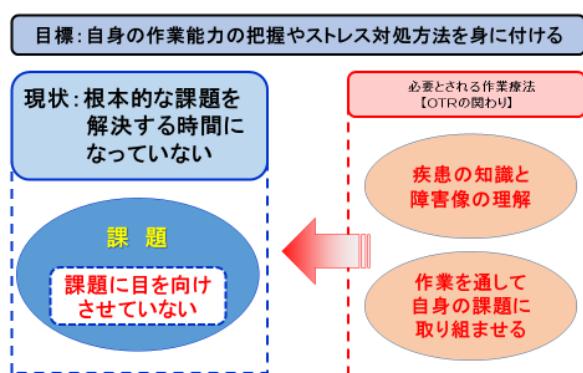


図6 気分・感情障害と神経症圏に対する作業療法

3. 認知症圏

最後に認知症圏の患者は主にBPSDのコントロールが治療目標になるが、長期入院になる患者も約半数と多い。そのため、他病棟へ転棟になった後の治療・リハビリを見据えたアプローチが重要であり、転棟後に本格的に始まるリハビリに支障がないよう、身体機能の維持が当面の目的になる。しかし、認知症圏の患者がOTに参加される場合は、車椅子に座ったまま軽作業を提供している事が多い。また現在、認知症患者が多いフロアで行っているリハビリは上肢・体幹の粗大運動を目的とした棒体操が主であるが、これは元々亜急性期の統合失調症患者に対して始まったプログラムであり、身体機能の維持を目的とした場合、内容が十分とは言えない。

認知症圏のリハビリを考える上では、歩行機能の維持や立位保持による介助量の軽減など、下肢筋力の維持に必要な運動もプログラムに加えていく必要があると考える。

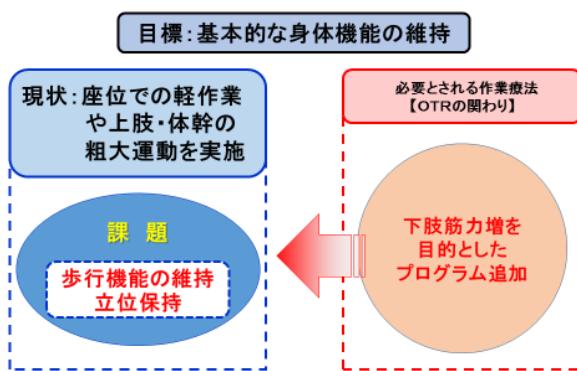


図7 認知症圏に対する作業療法

参考文献

- 1) 山根 寛 他：「精神障害作業療法」
医歯薬出版、2007
- 2) 平川 淳一 也：「精神科・身体合併症のリハビリテーション」協同医書出版社、2015
- 3) 大村 隆広：「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」p34～36
第29回志誠会医学会誌、2016

V. まとめ

各疾患の考察から、今後3病棟のOTRが行うべきアプローチをまとめる。

表3 まとめ

【統合失調症圏、アルコール関連】

- 欠席者に対してタイムリーに面談を行い、患者の気持ちを聞いたうえでOTRの必要性を伝える。
- 作業意欲の低い患者に対しては、前半から運動を取り入れるなど、柔軟なプログラム運営を行う。

【気分・感情障害、神経症圏】

- 本人の生活に役立つ助言や援助を行う為に、疾患そのものや障害像の理解を深める。

【認知症圏】

- 転棟後のリハビリを見据え、現在の上肢・体幹の運動だけでなく、身体機能の維持や介助量軽減を目的とした下肢の運動プログラムを加える。

VI. 終わりに

今回の研究で、急性期におけるOTについて取り組むべき事が明確になった。勿論OTRだけでは出来ることには限界があり、質の高いリハビリを提供する為には、他職種とお互いが持っている専門的な知識や技術を共有するなど、今以上に連携を深くすることが重要だと感じた。

作業療法士として専門的な立場からチーム医療に参加出来るよう、今後も研鑽を続けていきたい。

当院における連携についての一考察 ～アンケートを用いた意識調査を通して～

診療相談課 ○高屋 幸佑 嘉陽 須賀子 金城 賴子
神村 智美 新垣 肖子

I. はじめに

精神科領域に限らず、連携することの必要性について早くから提唱され、今日では様々な分野で広く認識されるに至っている。今後、地域包括ケアを推し進めていく上では、今まで以上に他職種との関わりが増え、それらを機能させていくために、連携の果たす役割が大きくなってくると考えられる。

しかし、そのような期待がされている中、日々の業務の中で連携に対して困難を感じる声を聞くことが少なくなく、連携という行為の中で、どのようなことが起き、考えられ、何を困難と感じているのかを疑問に感じていた。

そこで、当院の職員へ連携についての意識調査を行うことで、連携についての現状が明らかになるのではないかと考えアンケートを実施した。

先行研究において、鍛冶谷¹⁾は、「連携の困難性」を乗り越えるために、連携の中で生じる感情をどう理解し、乗り越えていくかについて論じているが、現実的にそれらの作業を行うことは多大な時間を要するものと考えられ、本研究では、連携を取り巻く全体を見る視点の重要性について考察した。

なお、本研究において連携の定義を吉池・栄²⁾がまとめた定義をもとに「他職種と単独では達成できない共通の目的を達成するために行う相互関係の過程のこと」とした。

2. 調査方法

アンケート（選択式回答）を集計し、各設問の回答割合を算出した。また記述式の設問については、類似した記述を整理した。

3. アンケートについて

連携の必要性、効果、手段、経験、感情、ノウハウ、機能の評価について調査した。感情については、否定的感情を抱いた具体的な状況についても記述してもらった。

4. 対象者の属性について

対象者の職種、勤務年数について表1に示す。

表1 職種及び勤務年数

	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上	総数
医師	0	2	1	2	5
看護師 (看護補助者を含む)	5	20	16	39	80
精神保健福祉士 (生活支援員を含む)	1	12	4	5	22
作業療法士	1	7	4	3	15
事務職	3	4	0	16	23
その他のコメディカル	1	2	3	5	11
総数	11	47	28	70	156

*その他のコメディカルには「管理栄養士、検査技師、心理士、薬剤師」を含む

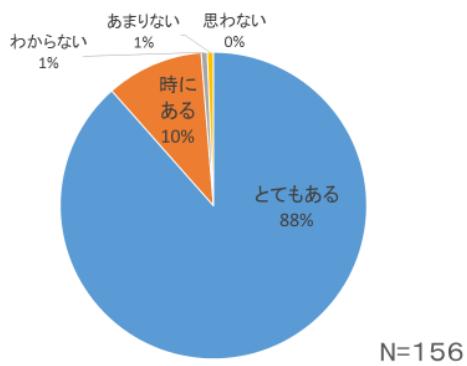
II. 研究方法

1. 対象者

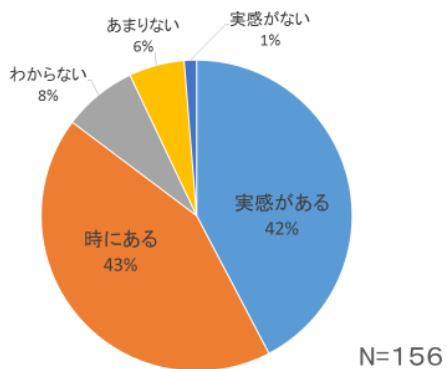
平和病院職員（社会復帰施設含む）にアンケートを依頼し回答のあった 156 名（男性 69 名・女性 87 名）

III. 結果

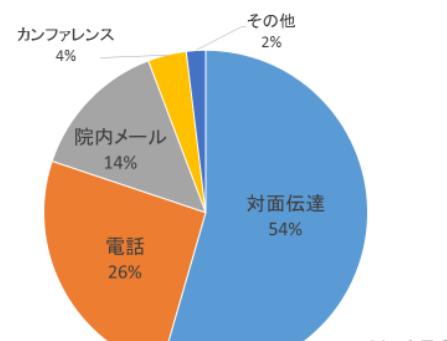
連携の必要性については、全体の 98%が必要性があると回答した（図 1）。



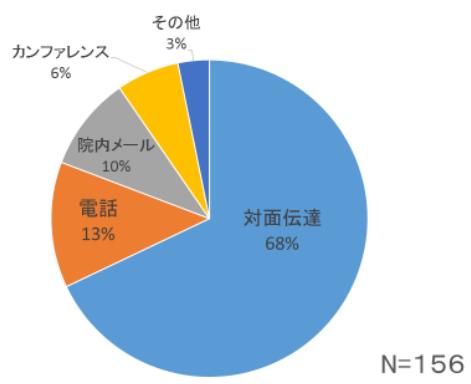
連携の効果については、全体の 85%が効果を実感していると回答した（図 2）。



連携の手段として最も用いる方法としては、「対面伝達」が 54%と半数以上を占めた（図 3）。



次にそれらの中で一番連携がうまくいった手段としては、「対面伝達」が 68%と約 7 割を占め、「電話」や「院内メール」など直接対面しない手段については、図 3 と比較すると全体に占める割合が低下した（図 4）。



連携の中で経験、実感したことは 52%が「スムーズに連携できた」と回答し、次いで「業務の負担が減った」が 35%、「予想外の成果が得られた」が 26%と連携がプラスに作用するような回答が続く一方で、「協力依頼をすべきか判断に困った」が 25%、「自分の意図が伝わらなかった」が 24%、「相手の意図が理解できなかった」が 21%、「業務の負担が増えた」が 11%とマイナスに作用するような経験も一定数あることが示された（図 5）。

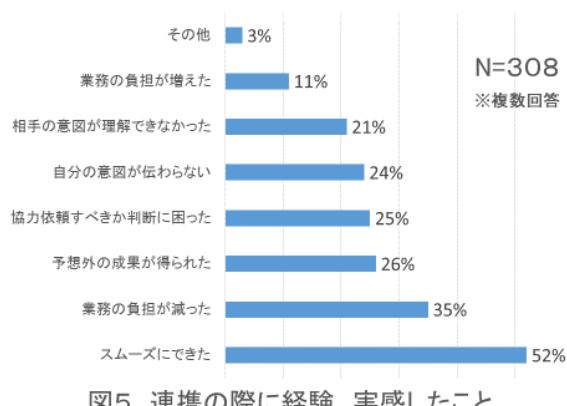


図5 連携の際に経験、実感したこと

連携を行う際に、否定的な感情を抱いたことがあるか？の問い合わせには、「わからない」「ない」と回答したのが全体の27%であり、残り73%は何らかの否定的感情を体験していた（図6）。

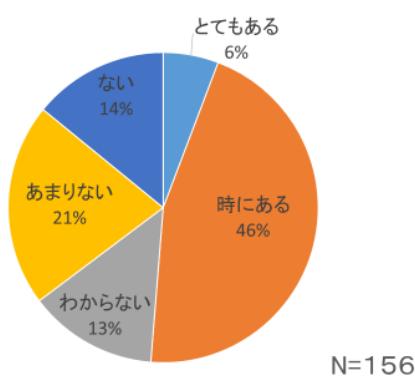


図6 否定的感覚の体験

また否定的感覚を抱いた具体的な状況については「担当外だからと相談もできなかった」などの『セクショナリズムが強い』の問題や「見解の相違がある際に相手の理由に納得できない」などの『意見、視点の相違』の問題、その他「相手が感情的な場合」などの『個人的資質の問題』、「キーマンがない」などの『連携主体の不在』という問題が示された（表2）。

表2 否定的感覚を抱いた具体的な状況

- 「セクショナリズムが強い」
 - ・担当外だからと相談もできなかった。
 - ・自分の仕事のことしか考えていない人が多い。
 - ・「忙しい」と協力せず他部署が負担を強いられた。
 - ・セクショナリズムが強い。
- 「連携主体の不在」
 - ・キーマンがない。
 - ・対応の可否がはっきりしない。

「意見・視点の相違」

- ・見解の相違がある際に相手の理由に納得できない。
- ・立場の主張が強すぎて話し合いにならない。
- ・自分のやり方を押し通され、一方的に決定事項を押しつけられた。
- ・他部署と温度差を感じる。必要以上のリスク管理による意見の食い違い。
- ・職種によって異なる視点をどのようにまとめていけばいいのか。
- ・支援に対する方向性の違い。
- ・お互いの正義が強いと配慮に欠ける。

「個人的資質の問題」

- ・相手が感情的な場合。態度や言葉の冷たさを感じることがある。
- ・個人によって全く連携の協力が得られないことがある。
- ・目標値を妥協しないといけない。
- ・専門的判断を経ずに半ばケースが横流しにされる場合。

連携についてのノウハウを知っているかの問い合わせには、「よく知っている」と回答したのが全体の3%であった（図7）。

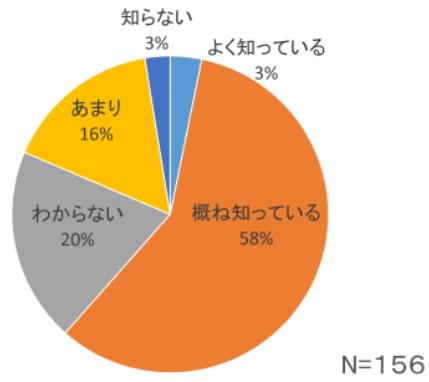


図7 連携のノウハウ

当院における連携が機能しているかの問い合わせには「とても良好」と回答したのが3%で、「概ね良好」が33%であった（図8）。

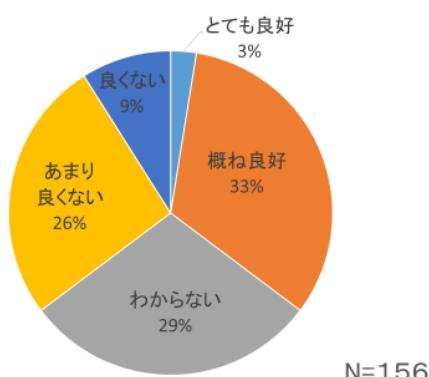


図8 当院の連携機能の評価

IV. 考察

今回のアンケート結果から、図1、図2で示されたとおり、当院において連携することの必要性や効果は大多数の職員に実感されており、連携そのものについては肯定的に捉えられているといえる。

しかし、実際に自分が連携の中に身を置いてみると、図5で示されたとおり、業務の負担が減ることで専門性を發揮するのに専念でき、重層的な関わりができるなど連携がプラスに作用するだけでなく、図6で示されたとおり、戸惑いや相互理解に至らない葛藤などの否定的な感情を、職員の半数以上が体験している。

そのため、それらの感情が連携を困難にしている一要因として考えられ、図8で示されたとおり、当院における連携機能の評価についても3割程度の肯定的評価に留まっていると考えられる。

具体的な状況としては、表2に示されたとおり「セクショナリズム」の問題や「意見・視点の相違」から連携が機能していかない状況が示された。これは言い換えると、専門職同士がそれぞれの専門性を主張するが故に起こる問題ともいえ、多職種で構成される集団には、潜在的に衝突を引き起こすリスクがあると考えられる。

そのため、各専門職がそのリスクについて自覚し、自分の正当性を主張することや、特定の相手と理解しあえないことに固執するなど、一対一の関係にこだわらず、連携を構成する全体が、何を達成したいのかを確認し、連携が機能するための工夫を凝らす視点も必要ではないかと考える。

また「個人的資質の問題」や「連携主体の不在」という問題も示されたが、これは連携についての理解が十分でないことが考えられる。連携のノウハウについて「よく知っている」と回答したのはわずか3%であり、院内全体で連携についての十分な理解を深めることで、各自が役割を認識し、主体的に連携していくことが期待される。

その他、連携は、多数を相手とする性質上、図3で示されたとおり、電話や院内メールを使うこともあるが、連携がうまくいっている割合が高い

のは、図4で示されたとおり対面伝達による方法であり、できる限り直接会って話を行うのが連携を成功させる一要因だと考える。

V. 終わりに

今回の研究から、半数以上の職員が連携の中で、戸惑いや葛藤を経験し、専門職同士であるが故に連携が機能していかない一面が示された。しかし、専門職間の一対一の関係のつまづきに捉われず、連携を取り巻く全体を見て、工夫し、直接対話していくことで、連携が機能していく可能性が示唆された。

また連携についての理解を全体で深めていくことで、連携が今よりスムーズに行えることも期待できるため、勉強会等を開催し、連携を構成する要素や連携の展開過程を理解することも有効ではないかと考える。

なお、今回の研究では、当院の全体の傾向についてとりあげたが、対象者の属性ごとの比較など細かな分析は出来ていないため、今後の研究課題としていきたい。

参考文献

- 1) 鍛冶谷静：「連携」の困難性について（1）四條畷学園短期大学紀要第44号 32-36、2011
- 2) 吉池毅志、栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理、桃山学院大学総合研究所紀要、2009.

※資料（アンケート）

アンケートのご協力のお願いです。

平成29年5月26日
診療相談課 高屋幸佑

今回の医学会で「連携」をテーマに論文作成を行います。そこで、当院における「連携」の現状について明らかにするために、皆様にアンケートのご協力のお願いです。その結果をもとに、今後の業務内容をより良くできるような論文を作成できたらと考えていますので、ご協力よろしくお願ひします。

- ※ 回答内容によって個人が特定されるものではなく、また回答者が不利益を被ることはありません。
- ※ 「連携」の定義については「他職種と、単独では達成できない、共通の目的を達成するために行う相互関係の過程のこと」とします。

問1：あなたの基本情報について該当するものに○をして下さい。

性別（男・女） 職種（Dr・Ns・PSW・OT・事務職・その他コメディカル）※準ずる者も含む
同一職種による勤務年数（1年未満・1年以上5年未満・5年以上10年未満・10年以上）

問2：あなたは「連携」は必要だと思いますか？該当するものに○をして下さい。

1. とても思う 2. 時にそう思う 3. わからない 4. あまり思わない 5. 思わない

問3：あなたは「連携」の効果を実感していますか？該当するものに○をして下さい。

1. 実感がある 2. 時にある 3. わからない 4. あまりない 5. 実感がない

問4：あなたが「連携」の手段として最もよく用いる方法一つに○をして下さい。

1. 対面伝達 2. 電話 3. 院内メール 4. カンファレンス 5. その他（ ）

問5：問4の方法の中で「連携」が一番うまく行った方法について○をして下さい。

1. 対面伝達 2. 電話 3. 院内メール 4. カンファレンス 5. その他（ ）

問6：あなたが「連携」を行う際に経験や実感したこととして該当するものに○をして下さい（複数回答可）。

1. スムーズに連携できた 2. 予想外の成果が得られた 3. 業務の負担が減った
4. 自分の意図が伝わらなかった 5. 協力依頼すべきか判断に困った 6. 業務の負担が増えた
7. 相手の意図が理解できなかった 8. その他（ ）

問7：あなたが「連携」を行う際に、相手に対し否定的な感情を抱いたことがありますか？

該当するものに○をして下さい。また可能であれば、（ ）内にその時の状況を記載して下さい。

1. とてもある 2. 時にある 3. わからない 4. あまりない 5. ない

その時の具体的状況（ ）

問8：あなたは「連携」についてのノウハウ（手順や方法）を知っていますか？該当するものに○をして下さい。

1. よく知っている 2. 概ね知っている 3. わからない 4. あまり知らない 5. 知らない

問9：当院における「連携」がうまく機能しているか、あなたの印象で該当するものに○をして下さい。

1. とても良好 2. 概ね良好 3. わからない 4. あまり良くない 5. 良くない

～アンケートは以上になります。ご協力ありがとうございました～

慢性期病棟における入院長期化の予測因子に関する研究 ～精神科リハビリテーション行動評価尺度(Rehab)を用いた後ろ向き研究～

心理課 ○榎木 宏之

I. はじめに

平成29年1月、厚労省は精神科入院患者を2020年までに3.9万人退院させるというプランを提示し、長期入院患者の退院促進は精神科病院にとって喫緊の課題の一つといえる。早期退院を促進するためには、ニーズに即したリハビリテーションなどの支援を行うため、入院の早期より長期入院の可能性の高い患者を弁別することが有効と思われるが、長期入院を予測する因子に関する議論は十分になされていない。

当院では精神科リハビリテーション行動評価尺度（以下Rehabと略す）を平成9年より導入し、精神障害者の行動測定指標として活用してきた。Rehabによって長期入院の可能性を予測することが可能であれば、入院時より、退院支援を視野に入れた早期の対応が可能になると思われる。

本研究では、1年以上入院継続の可能性のある患者を弁別するための予測指標を行動特性面より探索することで、長期入院の予測指標としてRehabが活用できるか否かを検証する。

II. 研究方法

1. 対象者

当院慢性期病棟を退院した統合失調症患者の中から、入院期間中にRehabを評定し既に退院した患者218名（女性78名、男性130名）を対象とした。

次に、対象者を入院時の在院期間に応じて2群に分けた。

一つの群は、3ヶ月から1年未満で退院した患者群であり、「1年未満群」と名付けた。1年未満群には45名が該当した。

もう一方は、退院に1年以上要した群であり「1年以上群」と名付けた。1年以上群には173名が該当した。

2. 手続き

対象者全員について、属性（年齢・罹病期間・入院回数）及び、入院期間中に評定したRehab得点（逸脱項目、5因子・16項目、全般的全得点）と、入院期間に関して2群の内該当する群（「1年未満群」または「1年以上群」）を投入し、ロジスティック回帰分析^{注1)}を用いて、「1以上群」になる可能性を予測する属性及びRehab得点を抽出する。

3. 評価方法

ロジスティック回帰分析によって有意に「1年以上群」になる確率が有意に高い属性、及びRehab得点を導き出すことで、慢性期病棟における入院長期化の予測因子を明らかにしたと評価する。

III. 経過

2群間の属性及びRehab得点の平均を表1に示した。2群間で有意な差が認められたのは、年齢と、Rehab因子の社会生活の技能であった。

表1. 2群間の属性及びRehab得点の平均の比較

	1年未満群	1年以上群
年齢（歳）	52.8	48.7*
罹病期間（日）	7448	8733
入院回数（回）	5.4	5.3
Rehab得点		
逸脱行動（点）	1.2	1.4
社会的活動性（点）	31.1	31.0
言葉のわかりやすさ（点）	6.4	6.6
因子 セルフケア（点）	22.0	23.1
社会生活の技能（点）	13.3	14.3*
言葉の技能（点）	7.8	7.5
全般的行動全得点（点）	78.2	80.4 *: $p<.05$

次に、対象者218名について、ロジスティック回帰分析によって「1年以上群」になる確率が有意に高い項目を、表2に示した。

表2. 1年以上の入院を予測する項目と予測確率

説明変数	オッズ比	95%信頼区間
年齢	.86*	.76 ~ .98
病棟内交流 ^{注1)}	5.16*	1.08 ~ 24.57
余暇 ^{注1)}	.13*	.03 ~ .64
金銭管理 ^{注2)}	2.10*	1.00 ~ 4.38

注1：因子「社会的活動性」内の項目

注2：因子「社会生活の技能」内の項目 *:p<.05

ロジスティック回帰分析の結果、有意なオッズ比^{注2)}が得られたのは、年齢

(OR=.86, 95%CI .76-.98, p<.05) および、Rehab 項目の病棟内交流 (OR=5.16, 95%CI 1.08-24.57, p<.05)、余暇 (OR=.13, 95%CI .03-.64, p<.05)、金銭管理 (OR=2.10, 95%CI 1.00-4.38, p<.05) であった。

病棟内交流および金銭管理においては、両項目の点数が1点高くなるほど、1年以上の長期入院の可能性が前者は約5倍、後者は約2倍に高くなることが示された。一方、オッズ比が小数点以下を示した年齢と余暇では、値が下がるほど、つまり低年齢および余暇の点数が低い程、長期の入院を予測する可能性が示された。

IV. 考察

本研究の結果、慢性期病棟の統合失調症患者の Rehab 因子および項目において1年以上の長期入院を予測する項目が抽出され、入院中の Rehab は入院長期化の予測指標として活用できる可能性が示唆された。

予測指標として有効な項目は Rehab においては、病棟内交流、余暇、金銭管理の3項目であった。

病棟内交流に関して、同じ病棟内の交流の困難さが高いことは、1年以上の入院の可能性があることが示唆された。その為、退院促進には、身近な環境で生活をしている患者や職員との言葉での交流にこだわらず、非言語的な交流も重視することが求められる。

余暇の項目は、点数が低くなる方が長期入院を

予測するという結果が見られた。余暇を楽しめないことは長期入院に結びつかない。言い換えると、余暇の時間に楽しめていればいるほど入院が長期する可能性が示された。この結果は、病棟内で入院生活を楽しんで満足することは、病院外での生活への関心が薄れた施設化された状態を表していると考えられる。

病棟内交流と余暇の上位尺度である社会的活動性について、今回の研究で両群の間で点数を比較しても有意な差は見られなかったが、長期入院の可能性を検討すると、下位尺度である上記2項目において入院長期化の予測が可能となった。このことから、社会的活動性については、因子レベルでのみ判断するのではなく項目まで確認することで長期入院の可能性を検討することが必要である。

金銭管理に関しては、金銭を管理することの困難さも長期入院の予測要因であり、自分自身で決められた金額を保管・使用することが難しい患者は自立を阻む要因と捉え、長期的入院の可能性に注意する必要がある。ただし、金銭管理が低いことは、本人の能力が低下したとのみ捉えるのではなく、本人を取り巻く環境（家族）からの協力の欠如と捉えて、家族等との環境調整に取り組むことも長期入院を防ぐことにつながる可能性が考えられる。森川ら(2009)は、退院阻害要因と入院期間との関連において有意差があった複数の要因の中の一部として、援助者との対人関係が持てないことや金銭管理 ができないことを指摘している。本研究でも、森川らと同様の結果が認められた。

また、年齢においては両群の平均自体で有意な差があることからも、若年層が慢性期病棟に入院する場合は、障害の遷延化の可能性を考慮して早期のリハビリを行うことが求められると思われる。

本研究は探索的に仮説を提示した取り組みに過ぎず、更なる検証が必要だが、対象患者の過去・現在の障害程度を評価するという従来の Rehab の利用目的に加えて、対象者の今後を予測する指標としての活用の可能性を提示できたのではと思われる。

引用・参考文献

- 1) 森川将行, 龍田浩, 真志田直希, 岩田光宏,
永井義雄, 安部勝之, 小出廣(2009)「堺市・
平成 19 年度精神科在院患者調査における退
院阻害要因についての統計的解析」『堺市こ
ころの健康センター研究紀要』第 1 号, 堀市
こころの健康センター.

志誠会 30年のあゆみ ～人口動態グラフから高齢化について考える～

陽光館

○小渡 阜月

城間 賢一

又吉 克美

I. はじめに

今年、平和病院は開院より 30 年の節目の年を迎える、併設施設の介護老人保健施設 陽光館も開設から 25 年を迎える。

今回、志誠会の全ての施設を時系列に列挙し制度改革と社会背景を加え年表を作成した。

また、高齢化の推移について人口動態グラフから現状の把握と今後の課題について考察する。

II. 考察

表1-1 年表 志誠会の変遷と社会背景

志誠会の施設	年	制度改革と社会背景
平和病院 開院	1987年 (昭和62年)	
	1988年 (昭和63年)	精神障害法施行 税制改正
	1989年 (平成元年)	精神障害者福祉推進計画 高齢者保健福祉費増加十年戦略
	1990年 (平成2年)	
介護老人保健施設 陽光館 開設	1991年 (平成3年)	精神障害認定 イクラクタード・候女 統一ドア政策
デイケアセンター・陽光館 開設 具志川市在宅介護支援センター 開設	1992年 (平成4年)	医療法改正 医療費控除 高齢者保健福祉費の改定
入所授産施設 キャンプグリーンヒル 開設	1993年 (平成5年)	
援護寮 桜邸 桜邸ホーム 小桜邸 開設 志誠会老人訪問看護ステーション 開設 施設介護保育園 開設 施設介護 看護寮 陽光館 開設	1994年 (平成6年)	新ゴールドプラン策定 高齢化率14%超えら
ホームヘルプサービスセンター陽光館 開設	1995年 (平成7年)	阪神・淡路大震災 地下鉄サリン事件
グループホーム 一葉邸、二葉邸 開設 研修施設 マホロバ 開設 施設介護保育園「リリー1」、「リリー2」 開設 施設介護 ローズハイツ 開設	1996年 (平成8年)	社会保障構造改革
喫茶 ガーデンクレス 開設 看護婦宿舎 スタッフハイツ 開設	1997年 (平成9年)	介護保険法成立 アソシエーション
居宅介護支援事業所陽光館 開設	1999年 (平成11年)	ゴールドプラン策定

表1は志誠会の30年のあゆみである。

表の中心は西暦と年号を示している。青枠は志誠会の全施設の名称である。赤枠は医療及び介護の制度改革と社会背景を示している。

平和病院は1987年の昭和62年に開院した。翌年の昭和63年には精神保健法が施行された。

5年後の平成3年に介護老人保健施設陽光館が開設され、短期入所施設・デイケアセンター陽光館が開設され、平成4年には具志川市在宅介護支援センターが開設された。

平成5年には入所授産施設「キャンプグリーンヒル」が開設され、翌年の平成6年には援護寮「桜邸」、福祉ホーム「小桜邸」、志誠会老人訪問看護ステーションが開設され、陽光館は痴呆専門棟を

造設した。同年、職員寮「スカイハイツ」が開所した。



図1 反対運動の立て看板

その年の9月に精神障害者グループホーム建設計画に対して地域住民から反対運動が勃発した。連日、立て看板が立ち新聞に掲載され、平和病院は存続の危機にみまわれた。

しかし理事長を先頭に公的機関や各地域の公民館で精神医療についての啓発運動を展開し地域住民に対して切れ目がない丁寧な説明責任を果たした結果、事態は収束に向かった。

その頃の社会背景に阪神・淡路大震災や地下鉄サリン事件があり、20世紀の終わりを迎え社会が不穏な空気に包まれていた。

平成7年にホームヘルプサービス陽光館が開設され、平成8年にグループホーム「一葉邸」、「二葉邸」を開設、研修施設「マホロバ」、保養施設「イーグルクラブ」、「リリー1」、「リリー2」、職員寮「ローズハイツ」が開所した。

平成9年には喫茶「ガーデンクレス」が開設され、看護婦宿舎「スタッフハイツ」が開所した。

平成11年に居宅介護支援事業所陽光館が開設された。

表1-2 年表 志誠会の変遷と社会背景

志誠会の施設	年	制度改廃と社会背景
就労訓練工場 開設 レストラン「キーウエスト」開業	2001年 (平成13年)	アメリカ同時多発テロ事件
生活訓練施設 桜邸に変更	2002年 (平成14年)	イラク戦争
保養施設 サザンクロス1、サザンクロス2	2004年 (平成16年)	
精神障害者福祉ホームB 瑞穂邸 開設	2005年 (平成17年)	介護保険法の一部改正
グループホーム 小桜邸に変更	2006年 (平成18年)	障害者自立支援法施行
	2007年 (平成19年)	年金記録問題 株式会社ニムスに指導監査後 大型処分
グループホーム あおば邸 開設	2008年 (平成20年)	厚生労働大臣賞受賞 北海道洞爺湖サミット リーマンショック
就労訓練工場 しせいかい(多機能型)に変更 グループホーム キャンブリーンビル に変更	2009年 (平成21年)	新型インフルエンザ流行 東日本大震災 福島第一原発事故 FIFA女子ワールドカップでしこジャパン
自立訓練事業所 しせいかいに変更 ・グループホーム キャンブリーンビル ・生活訓練施設 桜邸 ・精神障害者福祉ホーム 瑞穂邸 生活訓練施設 桜邸へ統合 ・グループホーム 小桜邸	2012年 (平成24年)	社会保障構造改革
グループホーム しせいかい へ統合 (キャンブリーンビル、桜邸、一室部、二室部、瑞穂邸)	2015年 (平成27年)	障害者総合支援法施行

2001 年（平成 13 年）に就労訓練工場が開設されレストラン「キーウエスト」が開業した。

平成 16 年に保養施設「サザンクロス 1」「サザンクロス 2」が開所し、平成 17 年には精神障害者福祉ホーム B 「瑞穂邸」が開設され、平成 20 年に認知症対応型共同生活介護事業所グループホーム「あおば邸」が開設された。

平成 18 年に障害者自立支援法が施行し、平成 25 年に障害者総合支援法により志誠会の生活訓練施設や就労訓練施設は自立訓練事業所・グループホーム・就労訓練工場しせいかい（多機能型）に移行された。

開院以来、医療分野においては医療制度の改正や診療報酬改定に伴い、高度急性期・亜急性期・回復期・慢性期などへの大胆な機能分化が促進された。

介護分野においても急性期医療の在院日数の短縮化は、少なからず中間施設である老健施設にも影響を与えた。つまり老健施設の医療と介護を必要とする利用者が年々増加する傾向となった。

在宅復帰が困難な入所継続中の高齢者が増え超高齢者となり、新規入所者も既に超高齢者で多疾患・多剤内服継続中のケースが多くなった。

今や医療や介護が必要な高齢者が増え続け必要な労働人口が減り続ける中で、その高齢者を支える人材が枯渇するという深刻な時代を迎えつつある。

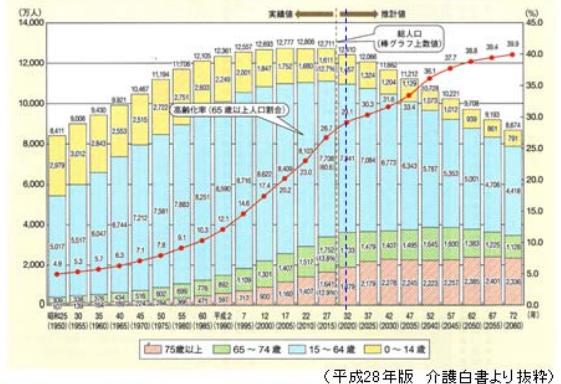


図2 高齢化の推移と将来設計

図2は平成28年版 介護白書が示した高齢化の推移と将来推計である。

縦軸は日本の人口で横軸は年度を示している。赤の折れ線グラフは、高齢化率（65歳以上人口割合）を示している。縦の青ラインは現在の位置である。日本的人口は平成27年を境に減少傾向にある。

黄色は0～14歳の人口で平成2年から減少し始め、現在まで少子化が進んでいる。

青色は15～64歳の人口で平成12年以降、労働生産年齢人口が徐々に減少している。

緑色は65～74歳の人口で前期高齢者は年々増加傾向にある。

赤色は75歳以上の人口で後期高齢者は平成12年以降増加し続けている。

総括して日本の総人口は、平成24年を境に減少傾向にある。

昭和25年では65歳以上の高齢者人口は総人口の5%程度であったが、昭和45年には7%を超え、平成6年に14%を超え、本格的な高齢化社会に突入した。

現在、平成29年の日本の総人口は1億2410万人である。65歳以上の高齢者人口は過去最高の3612万人となり、総人口の29.1%となった。

推計では平成47年に3人に1人が高齢者で6人に1人が75歳以上の高齢社会となる。

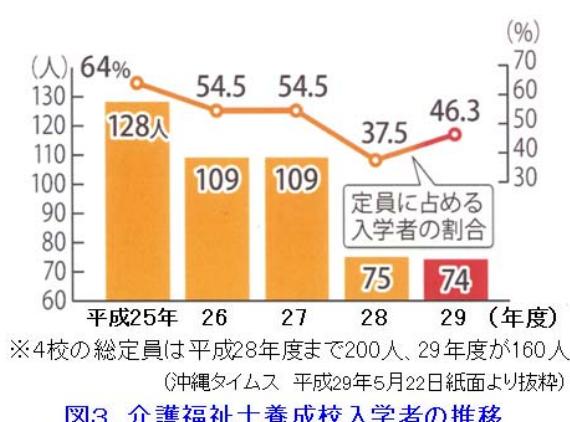


図3は沖縄県の介護福祉士養成学校（4校）の入学者の定員に占める割合である。

平成29年5月22日の沖縄タイムスから抜粋した。

沖縄の介護学科の定員割れが続き平成37年には介護従事者が4000人不足する事が見込まれる。4校の総定員は200人であったが平成28年には入学希望者が37.5%まで低下し平成29年度より定員数を160人としている。

III. 終わりに

介護分野に限らず、日本の総人口の減少は各産業分野での人材不足に影響を与えていている。

国の施策として1億総活躍社会を唱え、介護分野においては「元気な高齢者が超高齢者を支える」というスローガンを打ち出している。

地域における比較的規模の大きな事業所である介護老人保健施設 陽光館が、その多職種・多機能性という特色を生かした教育・研修の場として活動し「地域完結型」を目標とする方向性が示されている。「地域完結型」とは「治す医療」ではなく「支える医療」である。

表2 終わりに



介護老人保健施設 陽光館は、高齢者の生活を支える医療を介護と包括的に提供する場であるという自負を持って、地域の中での役割を果たしていくことが求められる。

引用・参考文献

- 1) 公益社団法人 全国老人保健施設協会／編集
介護白書、平成25年版～平成28年版
- 2) 沖縄タイムス 2017年5月22日紙面
- 3) 全国老人保健施設協会機関誌 老健
平成28年6月号

編 集 後 記

今、私の手元にあるのは第1回の医学会誌です。当時は“医学会”という言葉 자체も使われておらず演題は7題ほど。B5サイズの少し赤茶けた表紙にはイラストもなく、シンプルな冊子です。

この30年で学会誌も様変わりしてきました。第11回からA4サイズになり、第14回では表紙に初めて写真・イラストが掲載され、第20回はフルカラーで印刷。学会誌を並べて見るだけでも、この30年の変化が見てとれます。

学会誌の製作は年々効率的になりプロジェクトの負担は減りましたが、論文作成の苦労は今も昔も変わらないと思います。論文・スライド担当の職員や発表部署の皆様はもちろん、忙しい業務の合間にシンポジウムを担当された職員方のご協力があり、なんとか無事学会誌を完成させる事が出来ました。この場を借りてお礼申し上げます。

平和病院の30年を振り返った今年の医学会。特別講演やシンポジウムを通し、色々な出来事を乗り越えて今の平和病院がある事が分かると思います。

『たゆたえども沈ます』

この言葉は、“揺れはするが決して沈まずに進み続ける”という、船乗りの強い意志を表した言葉です。平和病院の30年も決して順風満帆だったわけではなく、時にたゆたえながら（揺れながら）進み続けてきた30年だったと思います。それだけに、これまでの歴史から学ぶことは多くあります。

今働いている私たち職員にとって、今回の学会が、過去から学び今後の志誠会について考える1日になればと希望します。

最後に…。

喜怒哀楽が激しく、うっかりミスが多いリーダーを最後まで支えてくれたプロジェクトメンバーに感謝します。「じゃあ、リーダーもう一度やる?」と尋ねられたら即答出来ませんが…。

今回のプロジェクトが皆さんで良かったです。本当に助かりました。 ありがとう！！

2017年6月29日[木] 比嘉 創

2017年6月29日(木)発行(非売品)

編 集：第30回志誠会医学会プロジェクト

編集責任者：比嘉 創 金城 賴子 吉平 由紀子
崎原 祥太 大村 隆広 金城 憲和

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

T E L (098) 973-2000

U R L <http://heiawahsp.ec-net.jp/~heiawahsp/>



医療法人社団志誠会

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol.30 29th June 2017

Bulletin for
the MEDICAL SOCIETY 1