

第32回 志誠会医学会プログラム

「精神科病院における地域医療を考える」

～精神科地域包括ケアシステムの構築に向けて～

シンポジウム 14:00～16:00

『精神科地域包括ケアシステムの構築に向けて』

指定討論者	澤 温	(さわ病院 理事長)
シンポジスト	宮城 則孝	(平和病院 医師 副院長)
	垣花 宏樹	(平和病院 看護師 第3病棟課長)
	比嘉 創	(平和病院 作業療法士 作業療法課課長)
	高屋 幸佑	(平和病院 精神保健福祉士 診療相談課課長)
	渡慶次 よしの	(相談支援事業所 しせいかい)

【一般演題】第1群 10:00～10:40 座長：グループホームあおば邸 課長 友利 美由紀

- | | | |
|--|----------|-------|
| 1) スライドボードでの移乗介助を実践
～抱えない介助を目指して～ | 陽光館第2生活棟 | 児玉 明信 |
| 2) 更衣・入浴動作の自立トレーニング
～在宅復帰に向けて～ | 陽光館第3生活棟 | 上間 葉子 |
| 3) 水分摂取への取り組み
～水分量増加による変化～ | 陽光館第5生活棟 | 神山 智美 |
| 4) 介護老人保健施設看護職の役割
～アンケートからみえた急変時対応～ | 光館生活看護課 | 源古 香織 |

【一般演題】第2群 10:50～11:30 座長：平和病院看護部 課長 銘苺 加代子

- | | | |
|---|----------|-------|
| 5) 療養病棟における処遇変更への取り組み
～家族調査から見えてきたもの～ | 平和病院第1病棟 | 掛福 誠志 |
| 6) 1事例からみえてきた精神科救急病棟の新たな役割
～地域包括ケアを見据えて～ | 平和病院第3病棟 | 大村 隆広 |
| 7) 長期入院患者に対する角化症改善に向けての取り組み
～足浴を導入して～ | 平和病院第5病棟 | 玉城 美希 |
| 8) 統合失調症患者を対象としたカンフォータブル・ケアの試み | 平和病院第6病棟 | 玉城 千明 |

昼 食 11:30～13:00

【一般演題】第3群 13:00～13:50 座長：平和病院医局 医師 小渡 稚子

- | | | |
|--|-----------|--------|
| 9) 統合失調症長期入院患者に対する言語機能改善アプローチ
～調理活動を活用した取り組み～ | 平和病院作業療法課 | 照屋 春奈 |
| 10) 新プログラムを通してデイケアのアプローチを考える
～多様化するデイケアニーズに応えるために～ | 平和病院デイケア課 | 近藤 知江 |
| 11) 自立支援事業所しせいかいの現状と展望
～症例を通して考える～ | 社会復帰施設 | 西 良樹 |
| 12) 新規患者の来院が集中する日の探索的調査 | 平和病院診療相談課 | 渡嘉敷 鈴奈 |
| 13) 精神科病院における入院の長期化は何をもって予測できるのか？
～転帰からみた精神科リハビリテーション行動評価尺度 (Rehab) を用いた後方視的研究～ | 平和病院心理課 | 榎木 宏之 |

【シンポジウム】 14:00～16:00 座長：平和病院第1病棟課長 高江洲 徳一
平和病院心理課 利根川 義昭

【表彰式】 16:10～16:20

33年目に向けて

職員の皆さんへ

院長 小渡 敬

今年も梅雨に入り院内学会の季節となりました。今年の学会は特別な学会であります。それは、去った4月1日に新しい元号が『令和』に決まり5月1日の新天皇の即位と同時にいよいよ令和の時代が始まりました。我が国の新しい時代の幕開けです。令和については多くのマスコミが報道しているようにその出典が万葉集からと言われております。京都大学名誉教授の中西輝政先生の言葉を借りると令和は「万葉集」巻五・梅花の歌三十二首の序文にある『^{しよしゆん}初^{れいげつ}春の令月にして^{きよ}氣^{かぜ}淑く^{うめ}風和^{きようぜん}ぎ梅は鏡^こ前の^{ひら}粉を^{らん}披き蘭は^{はいご}珮^{こう}後の^{かお}香を薫らす』を典拠としており、漢籍から引用してきた従来の元号選定とは一線を画し、今回初めて日本の古典から採用されたと記しています。それを翻訳すると『初春、麗しい月に爽やかな風が吹く。鏡の前で女性がおしろいをつけているように白い梅の花が咲き、貴人が身につける香り袋のように蘭の花が薫っている』。翻訳しても私には意味不明であるが中西先生によると、美しい大自然を愛で、自然と共に生きる日本人の感性を如実に現代に伝えていると述べています。さらに安倍総理は記者会見でその意味について、お互いに美しい心を寄せ合い一人ひとりが希望を持って自らの花を大きく咲かせる時代にしていきたいと話していました。そういう意味で、今回の院内学会は「令和元年」の記念すべき学会にしていきたいと思ひます。

今回の学会のテーマは「精神科病院における地域医療を考える」副題は一精神科地域包括ケアシステムの構築に向けて—としております。平和病院はこれまで主に救急や急性期治療のシステムの確立に力を注いできました。今後は退院後の在宅医療に目を向け質の高い地域医療が出来るようにしていきたいと考えております。

地域医療（在宅医療）を行うには、次の4つの機能の質を高めることが肝要であると考えます。①退院支援、②日常の療養支援、③日常の生活支援、④急変時の対応等が考えられます。今回の学会のシンポジウムのテーマは副題である「精神科地域包括ケアシステムの構築にむけて」であります。各専門職種でこれらの地域医療に必要な機能と専門職種間の連携について討論してもらいたいと考えております。そして、これらを実践して確立していく事が精神科の地域包括ケアに結びつくものと考えております。今回のシンポジウムの指定討論者は澤温先生をお願いをしております。より活発なシンポジウムになると確信をしております。

令和元年6月27日

事務長 島袋 清徳

5 月 1 日元号が代わり令和の時代に入りました。日常生活、仕事において特に変化があるわけではないですが新たに頑張ろうという気持ちになっています。

最近では、働き方改革という声をよく聞き、自分の働き方についても考える時があります。働き方改革とは、日本の人口減少により労働不足が発生この労働不足を解消させるために、働き手を増やし、出生率を上昇させ、労働生産性を向上させる必要がでてきます。これを実現させようとする政策が「働き方改革」です。働き方改革関連法が 2018 年 6 月 29 日に可決、成立し、2019 年 4 月から施行されています。「長時間労働の是正」、「正規・非正規の不合理な処遇差の解消」、「多様な働き方の実現」という 3 つが柱となっています。

沖縄県も労働不足と言われていますが他府県とは少し事情が違うようです。沖縄県の人口は約 143 万人といわれ、現在でも毎年人口は増えています。沖縄県は、観光産業を中心に好景気が続いています。労働者を必要とする企業等は多いのですが働き手の数が少なく景気に追い付いていないのが現状です。これが労働不足と言われている要因だと思います。人口については、沖縄県も 2025 年前後ピークに人口が減少すると言われています。そうすると働き手がもっと減るわけですから労働不足の問題は、より深刻な問題となると想定されます。

全体的なことをお話ししましたが、個々の働き方についてはどうでしょうか。自分の働き方についても今一度考えてみたいと思います。業務を通して職員と意見交換をする機会を増やすようにしています。そこでは色々な意見があり、考え方や価値観が変わってきているのを日々実感しています。その中でお互いが納得いく働き方ができればと思っています。

法人としても働き方改革について、前向きに検討していかなければなりません。働き方改革の目的として法人は、生産性の向上、職員は、ワークライフバランスの実現が優先順位の上位に来ていると思います。それを実現するために、法人は、職員の働く環境を整え、業務の効率化、コスト削減を図る必要があります。職員は、業務の見直し、効率化、自己研鑽などによるスキルアップを図る必要があります。法人、職員が目的を一つにして、業務を遂行していくことが大事になります。そして、そこで働くことが、やりがい、生きがいに繋がればワークライフバランスの実現が可能になり、法人が求める生産性の向上にも繋がっていくものだと思います。志誠会も 32 年目に入りました。これからも法人と職員が一体となって目標に向かって創意工夫し、協力し、共に成長して志誠会の発展に努めていきたいものです。

今年も医学会の時期になりました。毎年それぞれの部署の課題研究などを発表する場として開催されています。今年は医学会に向けてプロジェクトチームの発足が早く、意気込みが感じられます。本番に向けて意見交換、勉強会、予演会など業務の合間を利用して準備を進めています。今年も職員のスキル向上と職場の活性化につながり実りある医学会になるよう期待しています。

令和元年 6 月 27 日

33 年目に向けて

看護部長 比嘉久美子

5月1日より令和の元号になっておりますが未だ馴染めないでいる昨今です。昭和に創立された平和病院も3つの元号を経過することになります。若い職員には馴染のない光景でしょうが、故・小沢総理(当時官房長官)が時の人となった、あの平成のポーズから30年余も経過してしまい、「昭和は遠くになりけり」の印象です。志誠会の平成の歴史は昨年発刊された30周年記念誌にしっかり刻み込まれておりますので、時に繙きながら新たな令和の年月に向けて歴史を育んでいきたいものだと思います。

さて、平和病院は、喫緊の課題でありました精神科救急入院料の取得を4カ月の実績をクリアして昨年8月より開始されております。何といても施設基準と、かなり厳しいいくつかの患者要件を達成していかなければならないことなど、救急病棟だけでは乗り切れない課題を各部署の連携でスムーズに運用できていることに安堵感を覚えています、気の抜けない運用基準だと思います。救急病棟の在院日数の短縮化は今後の精神科医療の方向性を示唆していることに論を待ちませんが、現場では部署長が全体の舵取りをしながら看護の質をあげる取り組みに奮闘している状況が印象的な1年の動きでした。

また、病棟の看護陣容が看護師のみで構成されたことも創立以来初の試みでしたので、看護部全体にどのような変化を生むのか期待していたことでした。結果として一つの病棟の質が向上することは同時に他の病棟へも波及し、新たな変化を生んでいると思われます。前述した救急病棟のスムーズな運用も病棟間の連携が大きく関与しており、さらに、今年2月に受審した病院評価機構のケアプロセス等の取り組みにおいても、どの病棟においても難なくこなしていた実績から全体の質が向上したと評価できます。また、看護部は中央の教育システムが常に人材の交流の場であることからお互いに好影響を生んでいることも一因かと思われます。今後も教育システムを最大限に活用し病棟間で補完し合える風土を作っていきたいと考えています。看護部には今年、新人看護師・准看護師が6名発令になっております。嬉しい限りですが「新人看護職員研修」の努力義務も果たさなければなりません。一人前に育つための看護部教育を丁寧に実践し、また、それぞれの病棟でチームの一員として大切に育ててもらいたいと考えます。

看護部の人事は今年も7月に行います。今年度の看護部目標の一つに「看護部新体制に向けたマネジメントを行う」と掲げました。昨年は病棟役職の陣容が十分ではありませんでしたが部長室はじめ各病棟に役職のラインが布石できました。今年、日本看護協会は「病院看護管理者のマネジメントラダー」を6つのカテゴリーで示し定義づけております。組織管理能力・質管理能力・人材育成能力・危機管理能力・政策立案能力・創造する能力、この6つの能力を各ラダーに照らし合わせながら看護管理者のマネジメント能力を育むために切磋琢磨していきたいと考えております。スタッフ個々には平和病院看護師のクリニカルラダーが完成しておりますので目標管理に合わせて年間の個々の目標を達成してもらいたいと考えております。

さて、昨年度、2つ目の課題でありました病院機能評価「第3世代3rd G: Ver. 2.0」は今年2月に受審し、精神科に特化した分野の評価は問題なく経過しましたが、一項目の再評価の提出があり結果が待たれるところです。看護部では基準や手順の見直しに時間がかかりましたが、ケアプロセスの手法は当院のチーム医療の形を踏襲するものであることが再確認できました。今後の地域包括ケアシステムの運用にもその手法は活用できることと思います。

平和病院は精神科地域包括を見据えた第7次5カ年計画がすでにスタートしております。課題は山積しておりますが、働き方改革といわれている昨今です。ゆとりを持ってこなしていく技術も培いながら、自然体で乗りきっていきましょう。

令和元年6月27日

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol.32 27th June 2019

第32回 志誠会 医学会

シンポジウム

「精神科地域包括ケアシステムの構築に向けて」

座 長 高江洲 徳一（平和病院 第1病棟 課長）
利根川 義昭（平和病院 心理課）

シンポジスト 宮 城 則 孝（平和病院 副院長）
垣 花 宏 樹（平和病院 第3病棟 課長）
高 屋 幸 佑（平和病院 診療相談課 課長）
比 嘉 創 （平和病院 作業療法課 課長）
渡慶次 よしの（相談支援事業所 しせいかい）

指定討論者 澤 温
（社会医療法人 北斗会 さわ病院 理事長）

第 32 回 志誠会医学会シンポジウム
～精神科地域包括ケアシステムの構築に向けて～
開催主旨

志誠会医学会プロジェクトリーダー

心理課 利根川 義昭

高齢化社会が進んでいると言われる昨今、医療はその時代背景に合わせた変化を求められている。厚労省は以下のように述べている。「団塊の世代（約 800 万人）が 75 歳以上となる 2025 年以降は国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれているため、厚労省においては、2025 年を目途に高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的の下で、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進しています」（厚労省 HP より）

精神科における地域包括ケアシステムは、先に一般科医療での施行を待って、後から施行される見通しであるため、いまだ国内には前例となるモデルがなく、どういった形になるのかまだ誰にも分からないのが現状といえる。その中で精神科における地域医療の大きな課題は、まず第一に精神科病院に長期入院中の統合失調症患者の社会復帰の問題である。患者の人権や地域生活中心の医療などがいわれるようになった一方で、それを実際に展開し供給するシステムが出来上がりきったとはいえない現状がある。

また国によれば、沖縄県の人口動態予測は他県とは異なり少子化に反して増大していく見込みがあり、これら例外的な地域に関して、国はその地域ごとでの柔軟な判断に委ねているという。その中のひとつである沖縄県中部地域の地域包括ケアシステムをいかなる形にしていくかは、同じ地域にいる我々職員自身で考えていかなければならない、避けては通ることのできない課題といえる。

そこで今回、当院医学会にてシンポジウムの場を設け、今後の地域包括ケアを担い代表する部署で集まり、当院の現在の連携について現状を確認し、話し合う場をもちたいと考えた。地域包括ケアシステムにおいて当院が今後担っていくと考えられる役割である、①退院支援、②日常の療養支援、③日常の生活支援、④危機介入の 4 つの観点を軸に、各部署から発表していただき、当法人の課題と展望を明らかにすることで、今後の私たちの進んでいく方向性を共有・確認していくためのシンポジウムとしていきたい。指定討論者には社会医療法人北斗会さわ病院理事長澤温先生にご登壇いただき、院外の視点を提示していただくことを通して、我々のあるべき姿や課題を見出していく。さらにフロアの職員とのディスカッションを通して今後のヴィジョンを共有する場にしていきたい。

地域包括ケアは一種のはやり、あるいはこれまでの医療と介護の地域包括ケアの単なる精神医療領域での模倣だけ。精神科地域包括ケアというが、精神科はこれまでもずっと包括ケアだった??。ただしこれまでは病院内包括ケアで、人生丸抱えだった。これで能力を失わせた。これからは地域包括ケアで、地域で、在宅で、保健・医療・福祉・介護が連携して地域の生活者で疾患や障害ある人を支え、その人その人の人生が達成感をもって、満足感をもって生きていくこと。しかしここにもいくつも落とし穴がある。

- ・地域包括ケアのモデル都市、柏市は「在宅医療を推進して、地域を病院」と称して「地域＝病院、わがや＝病室、道路＝ろうか」、と説明。澤は2003年に「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」と提言し数年後に全く同じことが柏市で提唱された。気を付けるべきは、病院内の便利さ、治療の濃厚さを地域で落としてはならない（患者も家族も薄いのを希望すれば別だが、薄いのは国の思うつぼ）

【澤 温、外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか、日本外来精神医療学会誌、3：7-16、2003】
【澤 温、地域精神医療と精神科病院―地域に開かれた精神科病院―、Schizophrenia Frontier、VOL5・NO2、87-93、2004】

- ・デイケアと訪問看護の入院期間短縮、再入院防止

【澤 温、社会復帰メニューの利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討、精神神経学雑誌、93：1042-1052、1991】

- ・みんなで見ているは誰も見ていない

【澤 温、Q52 訪問看護・訪問介護との連携のポイントは?、新・精神科デイケア Q&A：244-245、2016】

カンファレンスカンファレンスの津波 カンファレンスしていたらなにかやったという達成感に浸っていないか

- ・社会復帰のための4つの要素は整備されているか

【澤 温、社会復帰施設と福祉、日精協誌、14：1086-1092、1995】

- ・個々人のサポートになる「しやかいふつき」は評価されているか

【澤 温、井上英治、藤本圭子他：精神障害者のサバイバル的社会復帰のための簡便スケール“しやかいふつき”について、病院・地域精神医学、42：255-258、1999】
【澤 温：相談支援事業について、日精協誌、25：269-278、2006】
【澤 温、木下秀夫、黒田健治、長尾喜一郎、1年以上地域生活を送る精神障害者と1年以上入院を続ける精神障害者についての「生活障害評価」の有用性、日精協誌、32(2)：183-189、2013】
【澤 温、分担研究報告書「重度かつ慢性患者の地域生活に必要な人的サポート」、平成29年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業（精神障害分野）重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究～心理社会的治療／方策研究班 平成29年度総括研究・分担研究報告書（研究代表者井上新平）】

- ・連携というきれいな言葉にだまされていないか

2007年第50回日本病院地域精神医学会（京都） 病院・地域なんていっしょにやれへんの!?

―病院から見た地域、地域から見た病院―

連携、システム、ネットワークなどの言葉 （聞き飽きた、互いの得意分野でサポート、

負担をシェアすることが大切、（しんどい）夜は病院さん、貴方に頼むシステムを作ったからというのではないだろう、これは医療の中の病院と診療所の住み分けでも同じ）と述べた

- ・一番気を付けなければならないのは、サポートと称する「サポートの押し売り」

つい最近も退院直後は訪問週 5 と書いてくれと外部の訪問看護ステーションから

訪問もデイケアもヘルパーも本人の希望を考えながらも力を落とさせない程度で
成年後見法の地域・在宅での判断　すべて代理行為では判断できないし力を奪う

座長：開催趣旨

第 32 回 志誠会医学会シンポジウム ～精神科地域包括ケアシステムの構築に向けて～ 開催趣旨

志誠会医学会プロジェクトリーダー
心理課 利根川 義昭

高齢化社会が進んでいると言われる昨今、医療はその時代背景に合わせた変化を求められている。厚労省は以下のように述べている。「団塊の世代（約 800 万人）が 75 歳以上となる 2025 年以降は国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれているため、厚労省においては、2025 年を目途に高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的の下で、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進しています」（厚労省 HP より）

精神科における地域包括ケアシステムは、先に一般科医療での施行を待って、後から施行される見通しであるため、いまだ国内には前例となるモデルがなく、どういった形になるのかまだ誰にも分からないのが現状といえる。その中で精神科における地域医療の大きな課題は、まず第一に精神科病院に長期入院中の統合失調症患者の社会復帰の問題である。患者の人権や地域生活中心の医療などがいわれるようになった一方で、それを実際に展開し供給するシステムが出来上がりきったとはいえない現状がある。

また国によれば、沖縄県の人口動態予測は他県とは異なり少子化に反して増大していく見込みがあり、これら例外的な地域に関して、国はその地域ごとでの柔軟な判断に委ねているという。その中のひとつである沖縄県中部地域の地域包括ケアシステムをいかなる形にしていくかは、同じ地域にいる我々職員自身で考えていかなければならない、避けては通ることのできない課題といえる。

そこで今回、当院医学会にてシンポジウムのを設け、今後の地域包括ケアを担い代表する部署で集まり、当院の現在の連携について現状を確認し、話し合う場をもちたいと考えた。地域包括ケアシステムにおいて当院が今後担っていくと考えられる役割である、①退院支援、②日常の療養支援、③日常の生活支援、④危機介入の 4 つの観点を軸に、各部署から発表していただき、当法人の課題と展望を明らかにすることで、今後の私たちの進んでいく方向性を共有・確認していくためのシンポジウムとしていきたい。指定討論者には社会福祉法人北斗会さわ病院理事長澤温先生にご登壇いただき、院外の視点を提示していただくことを通して、我々のあるべき姿や課題を見出していく。さらにフロアの職員とのディスカッションを通して今後のヴィジョンを共有する場にしていきたい。

①医局

精神科地域包括ケアにおける医師の役割

医療法人社団志誠会 平和病院 医師 宮城 則孝

退院支援の促進

当院では、急性期の退院支援と平行して、長期入院患者の地域への退院を進めてきた。これから、入院数を減少し、地域生活での定着を支援していくためには、多職種や地域と連携した地域包括ケアの構築が必要とされる。速やかに地域生活へ移行するためには、入院早期から、地域での生活を見据えた退院支援を実施していく必要がある。病棟を担当する看護師や PSW と連携して、退院先の選定を迅速に行いながら、退院前訪問を速やかに実施していくことが重要である。それぞれのケースの日常生活の課題や利点を評価し、入院から退院後の療養まで一貫した支援を継続していけるように連携を強化していきたい。

退院後の療養や生活の支援

効果的で一貫した支援を行うためには、病棟スタッフや医師、アウトリーチを支援するスタッフとの連携や情報共有が不可欠である。地域医療の中心を担うのはデイケアと訪問看護であり、再燃防止のための服薬管理や療養に関する相談、日常生活のサポートを行っている。デイケア等のコミュニティに属して、交流や集団生活を送ることは、個々の経験値や適応力を向上し、地域生活を維持することに還元され则认为する。社会資源の紹介や利用等、日常生活のサポートは PSW が中心となっているが、個別に必要なサービスを検討し、全体をマネジメントする役割として、医師も主体的に関わっていく必要がある。治療中断や未治療のケースへのアプローチは今後取り組むべき課題であり、保健所を中心とした関係機関は元より、地域との連携が必須である。

アウトリーチの強調は評価。ただ、地域は病院と考えると「アウトリーチは当たり前」。アウトリーチの基準には注意（訪問看護以外は、往診、訪問診療、訪問リハビリ、訪問栄養指導、訪問薬剤指導など、来れない人が対象）

地域や関係機関との連携、危機介入

入院を予防し、地域生活を定着させる観点からも、緊急時の介入は、重要な課題のひとつである。周囲が精神症状の変動や状態の変化に気付き、早期の受診に繋げる為にも、地域住民との情報共有、関係機関との連携が不可欠である。関係機関との連携では、お互いのニーズをある程度共有できるので、情報交換や定期的なカンファレンスを行う場の設定が必要である。地域との連携に関しては、専門職間の連携と違い、関係性を築くことから始めていくことが重要である。病院側のニーズだけで、一方的に連携を求めても良好な関係性を築くことはできない。講演会などの啓蒙活動だけでなく、公民館での交流などから始める必要がある。お互いに顔を合わせた交流を持つことで、相談や受診がしやすい地域との関係を築いていきたい。アウトリーチを実践するチームとして、これからは、医師も地域に出向いて支援する体制が必要とされていくであろうと思われる。

②看護部

精神科地域包括ケア構築に向けて病棟看護師の立場から

精神科救急病棟 垣花 宏樹

精神科も一般科同様、地域包括ケア構築を国が示しているが、長期入院者の退院支援即ち地域移行という印象が強く、なかなかイメージしづらい。長期の包括はイメージしやすいと言うのは硬い。地域は病院と考えたら当たり前。院内包括をそのまま地域にと考えると、急性期も慢性期も同じに見えるはず。一度、これまでなら入院していた人を入院させずにみる、あるいはまだ入院していたかもしれない人を早めに退院させてフォローしていたらすぐわかる。



今回、医学会のサブテーマとなっている「精神科地域包括ケアシステム構築に向けて」を病棟看護師の立場から「退院支援」というキーワードをもとに、精神科地域包括ケアについて考察した。

○精神科救急病棟退院支援について

精神科地域包括ケアシステムを構築していくためには、色々な課題があるが、精神科救急病棟の役割として具体的に何をしていく必要があるのかを考えたい。

まず、患者が病院に入院した時期から退院を見据え関わり、いかに入院中からアウトリーチに繋ぐ準備ができるかということである。まず、準備の方法として退院前訪問を活用し患者の退院先の住まいや生活習慣、その他家族が抱える問題を医療者側が出向いて情報を得て、患者に関わる多職種で情報共有し、どの時点でどの職種が関わるかを明解にする。

入院した時期から退院を見据えたらよい。「維持期を見据えた急性期治療」は製薬会社が大好き入院したらすぐ4つの要素を考える。隔離が解除されたらすぐ退院前訪問を。入院6ヶ月までは6回とあるがわからないから最初から6回までOKと考えていたらよい。早く出たら6回したからと喧嘩すること。救急病棟だから意識しないでどこでも同じ。

これをどんどん押し進めると国の思惑通り病床は空く。だから空くとどうするか考えながらするように。上手にしたら150床でも運営している病院もある。あくまでも一体型のパソコンでなく外付け自由のパソコンへ。ただ施設を作って借金あるとしんどい。急性期治療病棟ができる前は、入院も地域医療も経済的にも平行移動だった

開放の療養病棟を無くすは当然 しかしこれまで希釈していてバランスとっていたのが濃厚になるので大変

精神科救急病棟であれば準備期間は3ヶ月以内となるわけで、治療と並行して退院支援を勧める必要がある。

○療養病棟の退院支援について

療養病棟に入院中の患者の高齢化、同時に家族の高齢化。

退院の受け皿といえば家族であるが、家族の高齢化に伴い、家族としては受け入れがたい現状ではないかと考える。そのような社会的な状況も踏まえ退院支援を考えていく必要がある。療養病棟の患者は自分の健康を管理して疾患や障害を予防するといった「自助」は難しい。そのため、近隣住民や自治会、民生員、ボランティア、ピアサポーターなど関わる人の精神疾患の理解と協力が不可欠だが、そこでは個人情報取り扱い、危機介入の問題がある。

○その他

- ・入院中の患者の退院前訪問は入院 6 ヶ月以内で 3 回までと縛りがあり、また、病棟の看護師が病棟から外に出た時間は、入院基本料の算定時間から削られる現状。
限られた時間と人材でいかに退院を促進しアウトリーチに繋ぐかが精神科病院、病棟の役割となっているのではないかと考える。
- ・精神科の地域包括ケアシステムを構築し、質を高めていくためには、診療報酬の改定を現場から願いたいものである。

その通りだが今頃気が付いたか！



③デイケア

精神科領域における地域包括ケアシステムの構築

デイケア課 比嘉 創

平成 25 年の精神保健福祉法の改正以降精神障害者の地域生活への移行が声高に叫ばれているが、厚生労働省が示す新たな地域精神保健医療体制では具体的な施策は明記されていない。

今回のシンポジウムでは、地域住民と精神疾患をもつ患者が共に安心して生活し続けられるために必要な支援を念頭に置き、リハビリテーションの専門職として民間病院ができる現実的な地域包括ケアを考える。

【入院患者の退院支援について】

生活を維持するうえで必要なことは、①心身の健康、②収入源、③生活能力、④日中の役割・居場所、といったところである。入院患者の退院支援は、これらの項目について正確なアセスメントを行い、必要な能力を身に付けてもらうことや支援体制を整えることが重要になる。急性期病棟で始まった退院前訪問は、退院後の生活をアセスメントするという点で今後重要なプログラムになる。

長期入院患者に関しては、患者の持つ生活能力が正確に把握しづらいという問題がある。社会復帰施設やショートステイなどを利用し、社会生活を営む為に具体的にどのようなリハビリや支援が必要になるのか、

正確にアセスメントする必要があるだろう。

必要な生活能力が明確になることで、病院内のリハビリテーションにも変わる必要性が生じる。これまで実践されてきた活動性や生活リズムに重きを置いた趣味的なプログラムに加え、生活能力を高めるためのより実践的なアプローチが重要になる。

【地域生活維持のための療養・生活支援】

精神障害者が安定した地域生活をおくるためには、ある程度病状が安定していることが前提となる。現実的に有効なアウトリーチは主に訪問看護やデイケアになるが、その役割は単純な服薬管理だけではない。病状が不安定になる原因には生活上のストレスも関係しているため、仕事の負担や人間関係のトラブル、生活スタイルの変化など、患者を取り巻く環境をタイムリーに把握しておく事が重要だろう。また、同居している家族や近隣の住民から情報を収集したり、協力体制を築くことが出来ればさらに心強い。家族や近隣住民との関係を築くことも、アウトリーチサービスが担う役割の一つではないか。

【危機介入について（地域との協力体制の構築）】

地域生活を送っている精神障害者の危機介入を円滑に行うためには、地域との協力体制が必須である。しかし地域住民からすれば、隣近所の住人の様子がどうもおかしいと感じても、誰に報告して良いのか分からないだろう。

平和病院もこれまでも様々な啓蒙活動を行ってきたが、一方的な広報という手法だけでなく、病院が自ら地域の中に入り、精神科病院を知ってもらう努力も必要かもしれない。

例えば、公民館を借りて地域住民に向けた講話をする。精神医療の話だけではなく、『生活習

慣病』『不眠』『高齢者のケア』など、一般的に関心の高い分野の話も交えてみる。精神医療に特化した地域貢献ではなく、地域貢献する中に精神医療も含まれるという視点をもって、地域との協力関係を築いていければと考える。

各職種の垣根はいらないが、デイケア、特に OT は先ず活動には責任を

そして活動通じて QOL 改善を その目安は笑顔

アウトリーチは規制 訪問リハビリは来れる人はだめだが、訪問看護（ステーション）なら作業療法士も OK

④精神保健福祉士

地域包括ケア実現にむけて PSW・訪問看護の立場から

相談課 高屋幸佑

精神障害にも対応した地域包括ケアの構築が叫ばれているが、国が示している内容をみると、長期入院者の地域移行の話がメインとなっており、取り組むべき内容がイメージしづらい印象を受けた。今回は「地域医療」という医学会のテーマと、PSWの立場から「生活支援」「危機介入」というキーワードをもとに、地域包括ケアについて考えてみたい。

○地域医療について

まず地域医療とは、地域に積極的に関心を持ち、受け身でなく、双方向の関係を築ける医療と私は考える。現状では、ケースごとで地域の方も巻き込み支援体制を構築することはあるが、何かあった時に連絡を取り合うという、一時的な形でやりとりが終わることが多く、継続的な関係性を構築していくことが、今後当院で取り組んでいくべきことではないかと考える。また病棟から普段出る機会のない専門職にも退院前訪問等で実際の生活場面をみてもらい、地域医療を行うという意識を病院全体で育むことが必要だと考える。

○生活支援について

地域生活での要となるのが、生活支援である。退院前から地域生活を行う上でのアセスメントははじまり、実際に退院した後に状況を確認していく中心は訪問看護であると考えている。訪問看護の目的として病状の管理も含まれるが、実際に患者さんとの会話の内容は生活状況の話がメインとなり、そうすると院内での「職員と患者さん」という関係性から、同じ生活者という立場で話をしていく側面が強くなる。また生活そのものに入っていくので、家族を含めた本人のコミュニティの価値観の中で支援を考えていかななくてはならない。ただ、その中で患者さんの新たな一面も発見できる可能性があり、それが仕事の楽しさにも繋がると考えている。さらに地域との関係性が密になると、地域の情報も増えるため、より幅のある生活支援ができ、細かなニーズを満たしていくことも可能になると考える。

個人の生活支援はしやかいふつき 家事はさしすせそ（裁縫、ショッピング、炊事、洗濯、掃除）
入院したら、すぐ経済面の手続き（生保、年金）、退院後の医療（自立支援、手帳、支援区分、介護区分） を考えること。してない・・・



YOU ARE FIRED!!

○危機介入について

地域生活の継続性を考える時に危機介入は重要であり、たとえ、入院となっても、危機介入が

スムーズであれば、早期退院の可能性も高くなる。危機介入は、その必要性が高い人ほど、訪問看護やヘルパー、さらには友人等、インフォーマルな資源も巻き込み、週にどれだけ本人の状況を確認できる人がいるかが、重要なポイントだと考えている。またクライシスプランなど、病状が安定している時に事前に本人と取り決めをしていくことも重要だと考える。また大勢の価値観が違う人が関わるため、連携についての技術も身につけることや支援目標の共通理解を図ることが必要である。

※地域との関係を築いていく上で、地域側も何に困っていて、何を必要としているのかを知り、お互いを気にかける関係性が必要だと考える。

危機の予測はむずかしいがきわめて重要。しかし予防的危機介入で予防的入院なら地域医療でない。スタッ

フのレベルに応じスタッフにも時に漸進的脱感作を。ただし遅すぎると、スタッフにも危険、あるいは地域にも

負担かけ、継続できない。地域の人にも脱感作と協力を・・・。

地域では医療は前に出過ぎるな 生活者が主 医療は影、ましてや救急は影の影

クライシスプランは名前こそきれいだが、クライシス時に役立つかわからない（意識障害になるとなにもできないのと同じ。車運転事故見ると明らか）

昔どこかで見た・・・



⑤計画相談員

精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築について

～計画相談の立場から見てくるもの～

相談支援専門員 渡慶次 よしの

精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、各市町村で地域包括ケアシステムが着々と整備されつつある。

相談支援専門員として、地域のなかで生活を支援していると、福祉だけで支えることの難しさ、医療側との連携の必要性を感じる場面が多々ある。

例えば、本人や家族の病気に対する理解が乏しく治療の基本である通院や内服が不規則だったり、症状や困り感に上手く対処できず生活のしづらさを感じていたり、生活上のストレスが病状に影響することもある。また、家族のなかに支援を必要とするケースもある。就労訓練やヘルパー等の障害福祉サービスを利用しているケースであれば、支援する側が病気や特性にどう対応したら良いか分からないということもある。

特に、3障害のなかでも精神障害者の対応の仕方については難しく、同じ不隠であっても薬なのか、環境調整が必要なのか、原因によっては対応も異なってくる。障害の程度や症状は幅広く、生活場面に介入すると調子の悪い場面に遭遇することもある。地域で生活を支えるうえでは病識獲得や内服の必要性、さらには対応の仕方など、福祉だけではなく医療のなかの専門分野の役割がとても重要になってくる。地域医療の中心であるデイケアや訪問看護と連携が図れれば、共通認識のもとで支援やリハビリに連続性を持たすことができ、本人の対処する能力を高め、生活のしづらさを改善し安定した生活に繋げることが出来るのではない

かと考える。また、生活スタイルやコミュニティを知ることは、様々な視点から本人を見ることが出来、ストレングスの発見やニーズ掘り起こしも期待でき、生活の質の向上にもなるだろう。相談支援専門員として、一時的な介入で終わらず連携し続けることが求められるのではないかと考える。

精神障害者に対応した地域包括ケアシステムを構築するためにも、医療の側から協議の場へ積極的に参加し、地域生活を支えるうえで何が求められているのかを知り、障害福祉・介護、住まい、社会参加、地域の助け合い、教育等の機関がやっていることを理解することが必要ではないかと考える。そのなかで、精神科の病院として提案出来ることもあるかもしれない。長年続けている広報活動と併せて、民生委員をはじめとする地域の支援者に対する見学ツアーや交流会への参加を通して、顔の見える関係作り、専門職による出前講座など、地域の理解が深まれば、精神科の病院が困ったときの相談場所となり、社会的孤立の解消や早期の危機介入へ繋げていくことも期待できるのではないかと考える。接触体験触れているは良いし、何かあって、ご連絡くださればすぐ対応しますと言ったら、地域の人に言われた。「私ら給与もらってませんで」と

1. 精神科地域包括ケアにおける医師の役割

シンポジスト 宮城 則孝

所属 平和病院 医局

退院支援の促進

当院では、急性期の退院支援と平行して、長期入院患者の地域への退院を進めてきた。これから、入院数を減少し、地域生活での定着を支援していくためには、多職種や地域と連携した地域包括ケアの構築が必要とされる。速やかに地域生活へ移行するためには、入院早期から、地域での生活を見据えた退院支援を実施していく必要がある。病棟を担当する看護師やPSW と連携して、退院先の選定を迅速に行いながら、退院前訪問を速やかに実施していくことが重要である。それぞれのケースの日常生活の課題や利点を評価し、入院から退院後の療養まで一貫した支援を継続していけるように連携を強化していきたい。

退院後の療養や生活の支援

効果的で一貫した支援を行うためには、病棟スタッフや医師、アウトリーチを支援するスタッフとの連携や情報共有が不可欠である。地域医療の中心を担うのはデイケアと訪問看護であり、再燃防止のための服薬管理や療養に関する相談、日常生活のサポートを行っている。デイケア等のコミュニティに属して、交流や集団生活を送ることは、個々の経験値や適応力を向上し、地域生活を維持することに還元され则认为。社会資源の紹介や利用等、日常生活のサポートはPSW が中心となっているが、個別に必要なサービスを検討し、全体をマネジメントする役割として、医師も主体的に関わっていく必要がある。治療中断や未治療のケースへのアプローチは今後取り組むべき課題であり、保健所を中心とした関係機関は元より、地域との連携が必須である。

地域や関係機関との連携、危機介入

入院を予防し、地域生活を定着させる観点からも、緊急時の介入は、重要な課題のひとつである。周囲が精神症状の変動や状態の変化に気付く、早期の受診に繋げる為にも、地域住民との情報共有、関係機関との連携が不可欠である。関係機関との連携では、お互いのニーズをある程度共有できるので、情報交換や定期的なカンファレンスを行う場の設定が必要である。地域との連携に関しては、専門職間の連携と違い、関係性を築くことから始めていくことが重要である。病院側のニーズだけで、一方的に連携を求めても良好な関係性を築くことはできない。講演会などの啓蒙活動だけでなく、公民館での交流などから始める必要がある。お互いに顔を合わせた交流を持つことで、相談や受診がしやすい地域との関係を築いていきたい。アウトリーチを実践するチームとして、これからは、医師も地域に出向いて支援する体制が必要とされていくであろうと思われる。

2. 精神科地域包括ケア構築に向けて病棟看護師の立場から

シンポジスト 垣花 宏樹

所属 平和病院 看護部

精神科も一般科同様、地域包括ケア構築を国が示しているが、長期入院者の退院支援即ち地域移行という印象が強く、なかなかイメージしづらい。今回、医学会のサブテーマとなっている「精神科地域包括ケアシステム構築に向けて」を病棟看護師の立場から「退院支援」というキーワードをもとに、精神科地域包括ケアについて考察した。

○精神科救急病棟退院支援について

精神科地域包括ケアシステムを構築していくためには、色々な課題があるが、精神科救急病棟の役割として具体的に何をしていく必要があるのかを考えたい。

まず、患者が病院に入院した時期から退院を見据え関わり、いかに入院中からアウトリーチに繋ぐ準備ができるかということである。まず、準備の方法として退院前訪問を活用し患者の退院先の住まいや生活習慣、その他家族が抱える問題を医療者側が出向いて情報を得て、患者に関わる多職種で情報共有し、どの時点でどの職種が関わるかを明解にする。

精神科救急病棟であれば準備期間は 3 ヶ月以内となるわけで、治療と並行して退院支援を勧める必要がある。

○療養病棟の退院支援について

療養病棟に入院中の患者の高齢化、同時に家族の高齢化。退院の受け皿といえば家族であるが、家族の高齢化に伴い、家族としては受け入れがたい現状ではないかと考える。そのような社会的な状況も踏まえ退院支援を考えていく必要がある。療養病棟の患者は自分の健康を管理して疾患や障害を予防するといった「自助」は難しい。そのため、近隣住民や自治会、民生員、ボランティア、ピアサポーターなど関わる人の精神疾患の理解と協力が不可欠だが、そこでは個人情報取り扱い、危機介入の問題がある。

○その他

- ・入院中の患者の退院前訪問は入院 6 ヶ月以内で 3 回までと縛りがあり、また、病棟の看護師が病棟から外に出た時間は、入院基本料の算定時間から削られる現状。
限られた時間と人材でいかに退院を促進しアウトリーチに繋ぐかが精神科病院、病棟の役割となっているのではないかと考える。
- ・精神科の地域包括ケアシステムを構築し、質を高めていくためには、診療報酬の改定を現場から願いたいものである。

3. 精神科領域における地域包括ケアシステムの構築

シンポジスト 比嘉 創

所属 平和病院 リハビリテーション部門

平成 25 年の精神保健福祉法の改正以降精神障害者の地域生活への移行が声高に叫ばれているが、地域の中で十分に援助体制が整っているとは言い難い。

今回のシンポジウムでは、地域と精神疾患をもつ患者が共に安心して生活し続けられるために必要な支援を念頭に置き、リハビリテーションの専門職として民間病院ができる現実的な地域包括ケアを考える。

【入院患者の退院支援について】

社会生活を維持するためには、①心身の健康、②収入源、③生活能力、④日中の役割・居場所、といった点が重要である。入院患者の退院支援は、これらの項目について正確なアセスメントを行い、必要な能力を身に付けてもらうことや支援体制を整えることが重要になる。

急性期病棟で始まった退院前訪問は、退院後の生活をアセスメントするという点で今後重要なプログラムになるであろう。しかし長期入院患者に関しては、生活能力が正確に把握しづらいという問題がある。社会復帰施設やショートステイなどを利用し、社会生活を営む為にどのようなリハビリや支援が必要になるのか、正確にアセスメントすることが重要だ。もちろん病院内のリハビリテーションも変わる必要性がある。これまでの活動性や生活リズムに重きを置いたプログラムに加え、生活能力を高める実践的なアプローチが重要になるだろう。

【地域生活維持のための療養・生活支援】

精神障害者が地域生活をおくるためには、ある程度病状が安定していることが前提となる。現実的に有効なアウトリーチは主に訪問看護やデイケアになるが、その役割は単純な服薬管理だけではない。病状に関係する仕事の負担や人間関係のトラブル、生活スタイルの変化など、患者を取り巻く環境をタイムリーに把握しておく事が重要だろう。また、同居している家族や近隣の住民から情報を収集したり、協力体制を築くことが出来ればさらに心強い。家族や近隣住民との関係を築き、包括的な支援体制を統括することも忘れてはならない。

【危機介入について（地域との協力体制の構築）】

危機介入を円滑に行うためには地域との協力体制が必須である。しかし地域住民からすれば、隣近所の住人の様子がおかしいと感じても、誰に報告して良いのか分からないだろう。

当院ではこれまでも様々な啓蒙活動を行ってきたが、一方的な広報という手法だけでなく、病院が自ら地域の中に入り、精神科医療を知ってもらう努力も必要かもしれない。

例えば、公民館を借りて地域住民に向けた講話をする。精神医療の話だけではなく、『生活習慣病』『不眠』『高齢者のケア』など、一般的に関心の高い分野の話も交えてみる。精神医療に特化した地域貢献ではなく、地域貢献する中に精神医療も含まれるという視点をもって、地域との協力関係を築いていければと考える。

4. 地域包括ケア実現にむけてPSW・訪問看護の立場から

シンポジスト 高屋 幸佑

所属 平和病院 診療相談課

精神障害にも対応した地域包括ケアの構築が叫ばれているが、国が示している内容をみると、長期入院者の地域移行の話がメインとなっており、取り組むべき内容がイメージしづらい印象を受けた。今回は「地域医療」という医学会のテーマと、PSWの立場から「生活支援」「危機介入」というキーワードをもとに、地域包括ケアについて考えてみたい。

○地域医療について

まず地域医療とは、地域に積極的に関心を持ち、受け身でなく、双方向の関係を築ける医療と私は考える。現状では、ケースごとで地域の方も巻き込み支援体制を構築することはあるが、何かあった時に連絡を取り合うという、一時的な形でやりとりが終わることが多く、継続的な関係性を構築していくことが、今後当院で取り組んでいくべきことではないかと考える。また病棟から普段出る機会のない専門職にも退院前訪問等で実際の生活場面をみてもらい、地域医療を行うという意識を病院全体で育むことが必要だと考える。

○生活支援について

地域生活での要となるのが、生活支援である。退院前から地域生活を行う上でのアセスメントははじまり、実際に退院した後に状況を確認していく中心は訪問看護であると考えている。訪問看護の目的として病状の管理も含まれるが、実際に患者さんとの会話の内容は生活状況の話がメインとなり、そうすると院内での「職員と患者さん」という関係性から、同じ生活者という立場で話をしていく側面が強くなる。また生活そのものに入っていくので、家族を含めた本人のコミュニティの価値観の中で支援を考えていかなくてはならない。ただ、その中で患者さんの新たな一面も発見できる可能性があり、それが仕事の楽しさにも繋がると考えている。さらに地域との関係性が密になると、地域の情報も増えるため、より幅のある生活支援ができ、細かなニーズを満たしていくことも可能になると考える。

○危機介入について

地域生活の継続性を考える時に危機介入は重要であり、たとえ、入院となっても、危機介入がスムーズであれば、早期退院の可能性も高くなる。危機介入は、その必要性が高い人ほど、訪問看護やヘルパー、さらには友人等、インフォーマルな資源も巻き込み、週にどれだけ本人の状況を確認できる人がいるかが、重要なポイントだと考えている。またクライシスプランなど、病状が安定している時に事前に本人と取り決めをしていくことも重要だと考える。また大勢の価値観が違う人が関わるため、連携についての技術も身につけることや支援目標の共通理解を図ることが必要である。

※地域との関係を築いていく上で、地域側も何に困っていて、何を必要としているのかを知り、お互いを気にかける関係性が必要だと考える。

5. 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築について
～計画相談の立場から見てくるもの～

シンポジスト 渡慶次 よしの

所属 相談支援事業所しせいかい

精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、各市町村で地域包括ケアシステムが着々と整備されつつある。

相談支援専門員として、地域のなかで生活を支援していると、福祉だけで支えることの難しさ、医療側との連携の必要性を感じる場面が多々ある。

例えば、本人や家族の病気に対する理解が乏しく治療の基本である通院や内服が不規則だったり、症状や困り感に上手く対処できず生活のしづらさを感じていたり、生活上のストレスが病状に影響することもある。また、家族のなかに支援を必要とするケースもある。就労訓練やヘルパー等の障害福祉サービスを利用しているケースであれば、支援する側が病気や特性にどう対応したら良いか分からないということもある。

特に、3障害のなかでも精神障害者の対応の仕方については難しく、同じ不隠であっても薬なのか、環境調整が必要なのか、原因によっては対応も異なってくる。障害の程度や症状は幅広く、生活場面に介入すると調子の悪い場面に遭遇することもある。地域で生活を支えるうえでは病識獲得や内服の必要性、さらには対応の仕方など、福祉だけではなく医療のなかの専門分野の役割がとても重要になってくる。地域医療の中心であるデイケアや訪問看護と連携が図れれば、共通認識のもとで支援やリハビリに連続性を持たすことができ、本人の対処する能力を高め、生活のしづらさを改善し安定した生活に繋げることが出来るのではないかと考える。また、生活スタイルやコミュニティを知ることが、様々な視点から本人を見ることが出来、ストレングスの発見やニーズ掘り起こしも期待でき、生活の質の向上にもなるだろう。相談支援専門員として、一時的な介入で終わらず連携し続けることが求められるのではないかと考える。

精神障害者に対応した地域包括ケアシステムを構築するためにも、医療の側から協議の場へ積極的に参加し、地域生活を支えるうえで何が求められているのかを知り、障害福祉・介護、住まい、社会参加、地域の助け合い、教育等の機関がやっていることを理解することが必要ではないかと考える。そのなかで、精神科の病院として提案出来ることもあるかもしれない。長年続けている広報活動と併せて、民生委員をはじめとする地域の支援者に対する見学ツアーや交流会への参加を通して、顔の見える関係作り、専門職による出前講座など、地域の理解が深まれば、精神科の病院が困ったときの相談場所となり、社会的孤立の解消や早期の危機介入へ繋げていくことも期待できるのではないかと考える。

Bulletin of the SHISEIKAI for Medical Society
Vol.32 27th June 2019

第32回 志誠学会 医学会

一般演題

【太田 誠亮 参一】

明治三十四年三月、東京府立第一中学校に在りて、同校の同窓会に加入せり。

明治三十五年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治三十六年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治三十七年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治三十八年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治三十九年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治四十年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治四十一年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治四十二年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治四十三年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治四十四年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治四十五年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治四十六年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治四十七年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治四十八年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治四十九年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治五十年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

明治五十一年、同校の同窓会に加入せり。同校の同窓会に加入せり。

【一般演題 目次】

第1群 10:00～10:40

座長：グループホームあおば邸 課長 友利 美由紀

- 1) スライドボードでの移乗介助を实践 ～抱えない介助を目指して～
陽光館第2生活棟 児玉 明信 … 30～32
- 2) 更衣・入浴動作の自立トレーニング ～在宅復帰に向けて～
陽光館第3生活棟 上間 葉子 … 33～37
- 3) 水分摂取への取り組み ～水分量増加による変化～
陽光館第5生活棟 神山 智美 … 38～40
- 4) 介護老人保健施設看護職の役割 ～アンケートからみえた急変時対応～
光館生活看護課 源古 香織 … 41～43

第2群 10:50～11:30

座長：平和病院看護部 課長 銘苅 加代子

- 5) 療養病棟における処遇変更への取り組み ～家族調査から見えてきたもの～
平和病院第1病棟 掛福 誠志 … 44～46
- 6) 1事例からみえてきた精神科救急病棟の新たな役割 ～地域包括ケアを見据えて～
平和病院第3病棟 大村 隆広 … 47～48
- 7) 長期入院患者に対する角化症改善に向けての取り組み ～足浴を導入して～
平和病院第5病棟 玉城 美希 … 49～51
- 8) 統合失調症患者を対象としたカンフォータブル・ケアの試み
平和病院第6病棟 玉城 千明 … 52～54

昼食 11:30～13:00

第3群 13:00～13:50

座長：平和病院医局

医師 小渡 稚子

- 9) 統合失調症長期入院患者に対する言語機能改善アプローチ
～調理活動を活用した取り組み～
平和病院作業療法課 照屋 春奈 … 55～57
- 10) 新プログラムを通してデイケアのアプローチを考える
～多様化するデイケアニーズに応えるために～
平和病院デイケア課 近藤 知江 … 58～60
- 11) 自立支援事業所しせいかいの現状と展望 ～症例を通して考える～
社会復帰施設 西 良樹 … 61～66
- 12) 新規患者の来院が集中する日の探索的調査
平和病院診療相談課 渡嘉敷 鈴奈 … 67～69
- 13) 精神科病院における入院の長期化は何をもって予測できるのか？
～転帰からみた精神科リハビリテーション行動評価尺度（Rehab）を用いた後方視的研究～
平和病院心理課 榎木 宏之 … 70～73

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON

FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME

BY
JOHN B. BOWEN

VOLUME I

FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME



The first settlement of the city of Boston was made in 1630, by a company of Puritan settlers, who came from England, and founded the town of Boston, on the site of the present city.

The first church was founded in 1630, and the first school in 1631. The first printing press was established in 1639, and the first newspaper in 1689.

The city of Boston was incorporated as a city in 1822, and has since that time been the seat of government for the Commonwealth of Massachusetts.

1822



The city of Boston has been the seat of government for the Commonwealth of Massachusetts since 1822, and has since that time been the seat of government for the Commonwealth of Massachusetts.

The city of Boston has been the seat of government for the Commonwealth of Massachusetts since 1822, and has since that time been the seat of government for the Commonwealth of Massachusetts.

The city of Boston has been the seat of government for the Commonwealth of Massachusetts since 1822, and has since that time been the seat of government for the Commonwealth of Massachusetts.

The city of Boston has been the seat of government for the Commonwealth of Massachusetts since 1822, and has since that time been the seat of government for the Commonwealth of Massachusetts.

スライディングボードでの移乗介助を実践 ～抱えない介助を目指して～

第2生活棟 ○児玉 明信 松田 拓也

城間 貴史 上門 優也 池原 亮

I. はじめに

第2階生活棟は、身体介護を必要としている方が多く入所している。日常生活を支援していくなかで、車椅子やベッドへの移乗介助を行う状況が多くあり、介護職員が身体的な負担を抱えている問題があがった。どのリサーチにおいても介護の離職要因では、腰痛などの身体的負担が原因となっているケースが上位を占めている。当生活棟においても半数以上の介護職員が腰痛を抱えていて、普段から腰痛ベルトやストレッチなどで自主的に対策を行なっているが、改善には至っていない。そこで、移乗を行う際にスライディングボード(以下ボードと略す)を取り入れることで入所者を安全に介助することが出来、職員への身体的負担の軽減に繋がらないのか取り組んだので報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2019年4月26日～5月26日

2. 対象者

介護職員 14名

3. 介入方法

- 1) 手順方法作成
- 2) 勉強会
- 3) 実践(入所者の反応)

4. アンケート調査

- 1) ボードを使用しての感想
- 2) 継続して使用したいかの感想

III. 経過及び結果

図1 スライディングボードの特徴



ボードの特徴として、入所者や職員に負担が少なく楽に移乗が行えるようになっている。また、様々な種類のボードがあり、持ち運びが容易となっている。

1. 手順方法(ベッドから車椅子への移乗)



まず、車椅子のフットレストを取り外し、アームレストを下げた状態でベッドに車椅子を30度に配置。車椅子よりベッドが少し高めになるよう調整。



次に、入所者を端坐位にし、臀部の下にボードを10cmほど差し込んだあと、ボードを車椅子の座面の位置まで調整。



図4 手順方法③

次に、対象者を左手で支えながら、右手で腰を押すように移動。



図5 手順方法④

車椅子へ移動した後、ボードを抜き取り、フットレストやアームレストを定位置に戻す。

2. 勉強会

ボードの使用方法を介護職員へ周知していくうえで、一度に全員が集まって勉強会を開催することが困難であったため、まずは研究メンバーだけで勉強会を実施し、ボードを使用する際の手順方法を作成して個別的に職員へ周知していく方法を取った。

介護職員同士でお互いに通常の移乗介助とボードを使用しての移乗介助のデモンストレーションを行った。通常の移乗介助の場合には、丁寧にゆっくり行っても、「引っ張られている」、「持ち上げられると不安」というような意見があった。ボードを使用しての移乗介助の場合には、「通常の移乗介助に比べ、不安感が少ない」「楽だった」などの意見があった。しかし、「滑って落ちていくようだった」などの不安な意見もあった。

3. 実践

ボードを使用する際の条件として、高さが調整出来るベッドを使用していることや車椅子のアームレストが調節可能でありフットレストが取り外しできることと決めた。

条件に合う入所者は4名で、1名で実践するには不安があったため、2名体制で行うようにした。当初は慣れないこともあり、移乗に時間が掛かっていたが、経過と共に1名でも行えるようになった。入所者からは、特に痛みや不安を訴えることもなく移乗を行うことが出来た。

4. アンケート調査

取り組みに関してアンケートを実施し、意識調査を行なった。

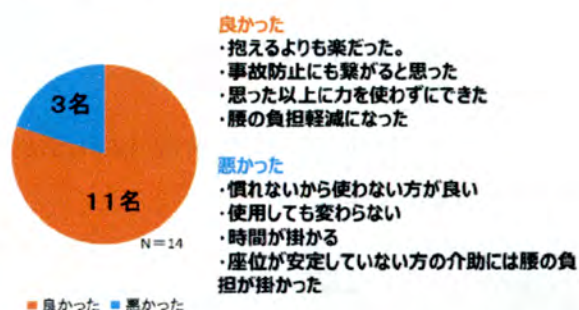


図6 ボードを使用しての感想

図6は職員へのアンケートでボードを使用してみたの感想を示したグラフである。

14名中11名が良かったとの回答があり、「抱えるよりも楽で職員の身体負担の軽減に繋がると思った」。また、「思った以上に力を使わずに移乗を行えた」などの意見があった。

3名が悪かったとの回答があり、「変わらない、慣れないから使わない方が良い」と意見があった。

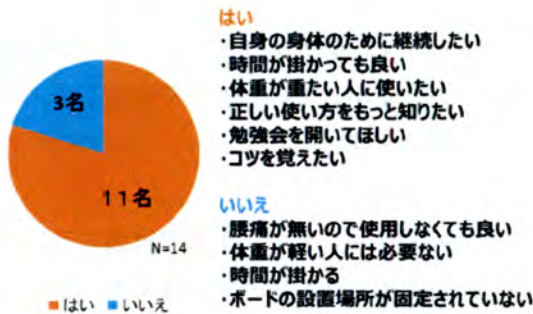


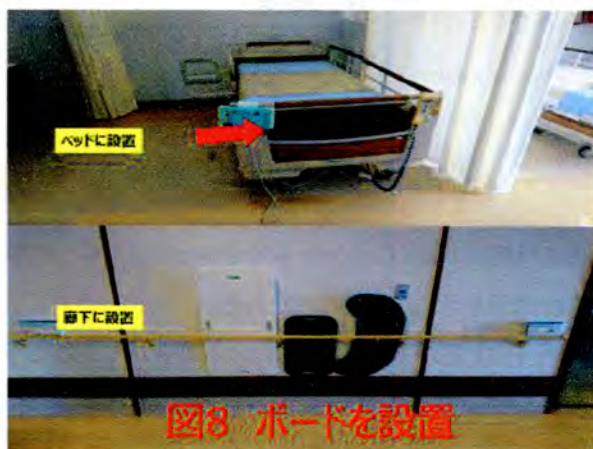
図7 継続して使用したいかの感想

図7は職員へアンケートで今後、ボードを使用していきたいかの感想を示したグラフである。

14名中、11名が継続したいとの回答があり、「時間が掛かっても自分自身の身体を守るためにも継続していきたい」との意見があった。

3名は、「今は腰痛も無いので使わなくても大丈夫」「時間が掛かり面倒なので使いたくない」などの意見があった。

しかし、「もっと勉強会を開いて習得出来れば使いたい」と否定的では無かった。



今まではボードの配置を固定していなかったためボードを探すことに時間が掛かっていた。その対策として対象者のベッドや廊下に配置し、いつでも使用できるようにした。

IV. 考察

今回の取り組みであるボードを使用しての移乗介助方法を以前から知っていたが、現場において早く終わらせるにはボードを使用すると時間が掛かるのではないかと介助する職員の負担軽減には

繋がらないのではないか？など、消極的な思い込みがあり取り組むことが出来なかった。

実際に、ボードを使用して身体的負担の軽減に繋がると分かっているにもかかわらず、限られた職員で入所者の対応や業務に追われ、ゆとりが持てずにスピード優先の介護になっている現状がある。スピード優先の介護は不適切な介助を生み、腰痛などの身体的負担の原因に繋がる危険性もあり、業務改善や環境を整えていく必要性がある。

実践で入所者からの聞き取りは難しかったものの、通常の移乗介助に比べ、筋肉の拘縮もなくリラックスができていたのではないかと推測される。

現在は、ボード使用を完全に行えている状況ではないが、対象者以外でも移乗に負担が掛かりそうであれば、「ボードを使用してみよう」などの意見も聞かれてきているため、福祉用具に関して意識の変化が見られたのではないかと考えられる。

ボードを継続して使用するには、ボードの枚数が限られているため、職員が積極的に使うにも使えないこともあり、ボードの増加は不可欠だと考えられる。

また、ボードの使用に消極的な職員に対して、勉強会などで使用方法を習得して、実践の積み重ねが出来るような取り組みが今後の課題と考える。

V. 終わりに

今後、当生活棟では移乗介助の基本として、福祉用具を活用し、入所者の残存機能を活かしながら職員の身体を守る介護を実践していき、入所者、職員共に安全で安心できる環境を築きたい。

参考文献

- 1) 今井調子：介護離職の構造に関する研究

更衣、入浴動作の自立トレーニング！！ ～在宅復帰に向けて～

第3生活棟 ○上間 葉子 大嵩 賢一
比嘉 敦美 嘉数 智枝
浜端 愛

I. はじめに

陽光館第3生活棟では（以下当生活棟と略す）在宅復帰に向け、入所者の支援を日々行っている。その中で入所者が在宅復帰後、日常生活で自立した生活が行なえる様に、支援出来る事はないかと考え職員ミーティングにて、日常の基本的な所作である更衣、入浴に着目し、個別支援を行い自立に近づけてみてはどうかとの発言があった。これに伴い当生活棟では、更衣、入浴に関する諸動作向上に向け、在宅復帰が可能と思われる入所者に対して個別支援を行い入所者のADL向上を検証した結果を報告する。

II. 研究方法

1. 取り組み期間

2019年2月12日～継続中

2. 取り組み内容

- 1) 在宅復帰が可能と思われる入所者で、支援内容を理解し承諾が出来る方を対象者とした。
- 2) 更衣、入浴の必要なトレーニングを入所者の要望に沿って行う
- 3) 更衣に関する筋力、可動域の向上（更衣の自立）
- 4) 入浴動作の筋力、可動域の向上（洗髪、洗身、拭き取りの自立）
- 5) 個別評価方法

FIM（機能的自立度評価表）により、トレーニング前後を比較する。

対象者

- A氏 84歳 介護度2女性（歩行器）
B氏 78歳 介護度3女性（車椅子）
C氏 80歳 介護度3女性（歩行器）

3. 倫理的配慮

本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

この支援を行う上で在宅復帰が可能と思われる入所者を3名リストアップし、本人に個別支援内容を説明し了解を取った上で、要望等を聞く事にした。

入所者の要望としては「トレーニングを続けていくことで痛みや辛さが無い事」「余り目立たない方法で・・・」と言う要望があった為、これらを考慮した上で適切で効果のある個別支援方法を検討しなければならなかった。まず、「目立たないで・・・」と言う要望に対しては、訓練を行う時間帯として、朝のラジオ体操後、入浴時、全体レクレーション等にも筋力、可動域トレーニングを追加しなるべく通常の日課の中に組み込み、出来るだけ目立たない様にした。また「痛みや辛さが無い事」に関しては入所者のADLに則し無理が無いように配慮した。以上の点に留意し更衣、入浴に関する筋力増強、可動域向上トレーニング（以下トレーニングと略す）を行う事とした。

A氏 既往歴 右大5肋骨骨折 介護度2

入所当時は、表情も冴えず他者との関わりを余り持ちたがらない性格であり、1人で静かに過ごす事が多かった。また歩行器の使用に慣れていない事もあり、職員の付き添い介助が必要であった。その為、行動面もかなり抑制的であった。入浴時、上着の着脱は、トレーニング前から一部介助で行っていたが、ズボン、下着の着脱は体幹保持がうまく出来ず職員の介助をしきりに訴えていた。これらの自立を目指してA氏には上肢、体幹保持トレーニングを重点的に行うことにした。

上肢トレーニング

効果（肩、肩甲骨及び両膝関節可動域向上）



両方の手でクロール（左右交互に10回、さする左右10回ずつ）

下肢トレーニング

効果（ズボンの上げ下ろしのバランス、筋力向上）



体を前に倒しながら立ち上がり、膝を伸ばし、その後ゆっくりとイスに座る。10回

トレーニング開始時は「出来ません。難しいです。ズボン、下着を上げて、下げて。」という発言が聞かれたが、トレーニングが進むにつれ体幹の保持が徐々に保てる様になり。ズボンの上げ下げがゆっくりではあるが行えるようになった。入浴に関しては「手が余り使えない、足に手が届かない、洗って下さい。」と全面的に介助を求める傾向が強く見られたが、取り組みを継続していく中で次第に自立的になり、入浴に関してはほぼ介助なしで行えるようになった。FIMでの評価は上肢4⇒6点、下肢5⇒6点、入浴4⇒6点に向上した。

機能的自立度評価表(FIM)

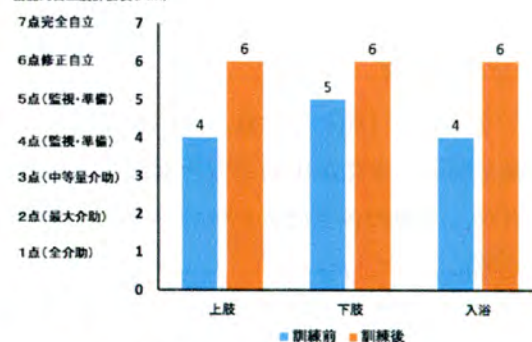


図1. A氏トレーニング前後のFIM対比グラフ

B氏 既往歴 腰椎症、右変形性股関節症 介護度3

A氏とは対照的にB氏は穏やかで社交性もあるが遠慮がちな性格で職員に介助を求めない事が多かったが更衣に関しては着脱が苦手であった。上着の袖に腕をスムーズに通すことが難しく、またズボン、下着の着脱は両腕の可動域が狭い為、手が届かず職員介助で行っていた。これらを踏まえ上肢、足上げトレーニングを重点的に行った。

上肢トレーニング

効果（肩甲骨、肩関節の可動域向上）



腕上げ、肩回し（前後 20 回）

下肢トレーニング

効果（靴下やズボン等を足先へ通す動作の向上股関節の柔軟性向上）



つま先の上げ下ろし（つま先、かかとの上げ下ろし各 10 回、つま先あげ 10 秒間）

トレーニング当初、若干足の痛みを訴えられた為、取り決めた内容や回数を緩やかに変更し継続していく事にした。それにより訓練に対して前向きに取り組むようになり、あれほど苦手であった袖に腕を通す動作も訓練開始時よりも、両腕の可動域向上が見られ、次第に行えるようになった。入浴に関しては頭部、上肢、太腿までは洗う事が

出来るのだが、両足膝下には腕が思うように伸びず職員介助が必要であった。これを改善するトレーニングは順調に進んでいたが、訓練期間中に体調を崩された事もあり、思うように伸びなかった。FIMでの評価は上肢 3⇒5 点、下肢 3⇒6 点、入浴 3⇒5 点に向上した。

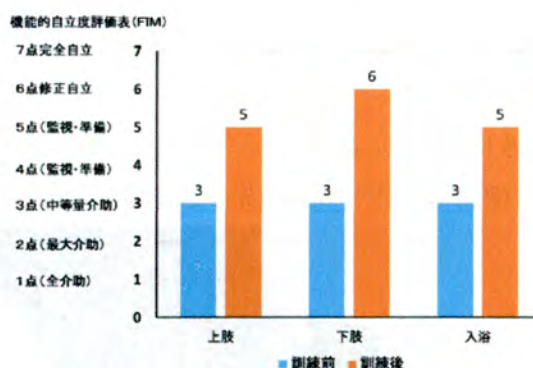


図1. B氏トレーニング前後のFIM対比グラフ

C氏 既往歴 右前腕骨折 介護度 3

C氏は普段、他者から声を掛けられると、笑って頷くくらいで非常に温厚な方であった為、トレーニング自体も緩やかな中で行う事になった。

トレーニング当初は、トレーニング自体に理解が乏しい為、中々成果が現れなかったが、次第に理解を深めていき、進んで訓練を行うようになった。更衣に関しては上着の着脱は袖に腕を通す事は出来るが、衣服を整える動作やズボンの立位での上げ下げは出来なかった。入浴に対しては全ての洗身行為が、不十分であり、職員の介助が必要であった為、上肢、立位保持のトレーニングを重点的に行う事にした。

上肢のトレーニング

効果（洗身に必要の手首の動き向上）





タオルを用いた手首の運動(タオルを両手に持ち、前に伸ばし手首を上下に動かす。各10回)

下肢のトレーニング

効果(靴下やズボン等を足先へ通す動作の向上)



つま先の上げ下ろし(つま先、かかとの上げ下ろし各10回、つま先あげ10秒間)

トレーニングが進むにつれて、左腕の可動域が向上し洗身も訓練前よりは向上しているが、右前腕の可動域は余り向上しなかった。またズボンの着脱に関しては、下肢の強化及び座位バランス向上により、座った状態である程度のズボンの上げ下げは出来るようになったが、そこから立位になりズボンを上げ下げすることは不完全な形に留まった。FIMでの評価は上肢2⇒3点、下肢2⇒2点、入浴2⇒3点に向上した。

機能的自立度評価表(FIM)

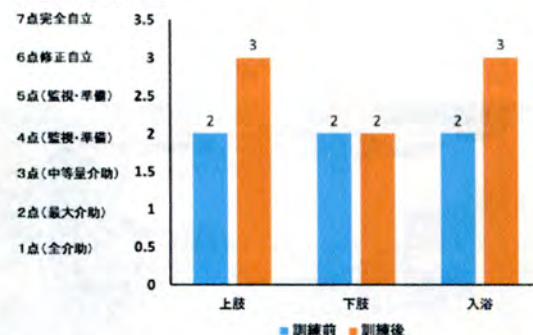


図1. C氏トレーニング前後のFIM対比グラフ

IV. 考察

今回、この取り組みを行った事で、対象者のADLと心理的な面で様々な変化が見られた。今までは更衣、入浴に関して入所者の訴えによる職員の介助で行われていたが、トレーニングの成果が表れ、入所者からの介助要請も少なくなり、次第に自立的に行なえる様になっていった。また外泊時、入浴は基本的に当生活棟で済まされてから行かれるのだが、A氏は「入浴は自宅で、自分で入ります、大丈夫です。」と前向きな発言が聞かれる様になった。またC氏は自宅では歩行器を上手に用いて「1人で、トイレに行けるようになっていく。」と家族から外泊の際、喜ぶ声が聞かれたと報告を受ける事もあった。また、本人もADLの向上で、自宅での生活がスムーズになる事により、以前よりも外泊に対して前向きになり、次回の外泊を楽しみにされている。B氏は一時的に体調を崩された為、トレーニング効果が伸び悩む事もあったが、現在も前向きにトレーニングを継続し自立度を高めている。

職員もトレーニングを行う前は更衣、入浴を自立に近づけて行く事は入所者の身体、心理に負担を掛けてしまうのではないかと考える職員もいたが、入所者の表情、意識、ADL向上がゆっくりではあるが、日に日に変化していく事に気づき、今では楽しみながらこの活動を継続している。また、この活動を行うことで、入所者と家族の関わりにも変化を起こしている。外出、外泊時に家族の介護負担が減る事で外出、外泊数の増加に繋が

っている。入所者も外出、外泊が多くなるにつれ、更衣、入浴以外の整容にも気を使うようになる事で社交的になり、入所者を受け入れる家族も在宅復帰に前向きになる事で、入所者の心身面で意欲がまし、ADLも向上し復帰に近づくのではないかとと思われる。

V. 終わりに

今回、在宅復帰後を目指した更衣、入浴トレーニングを行う上で、入所者から支援に対して前向きな発言が聞かれるようになり、他者との関わりにも積極的な面が多く見られるようになった。このように、入所者の心身及びADLの向上に大きな変化を与える事になったので、これからも取り組みを継続していき、1人でも多くの在宅復帰を目指して活動を継続していきたい。

引用文献

1) 月刊 DAY、第1版、P15、P32、QOL サービス出版部 2018.

水分摂取への取り組み ～水分量増加による変化～

陽光館 第5生活棟 ○神山 智美 玉本 美鈴
嶺井 隆広 宮城 麻乃

I. はじめに

人間の体は 60%が水分といわれ高齢者においては 50%とされている。そのうち 1%でも欠如すると脱力や食欲低下等熱中症に似た身体的影響が出てくると言われている。高齢者は水分を摂取しようとしなかったり、トイレを気にして水分量を控える為、水分摂取量が減少する傾向にある。竹内¹⁾は高齢者ケアには 4 要素となる基本的なケアが存在し 1 番は『水(水分)』であり人間が 1 日に必要とする水分をきちんとケアできるようになっていくとほとんどの問題は解決していく。2 番目は『食事』3 番目は『排便』4 番目は『運動』と述べている。5 階生活棟でも水分提供を行っているが拒否や飲むことを理解できず手をつけなかったり、床にこぼしたり等の行為が見られる入所者がいる。また介助が必要な入所者が多く介助を要しない入所者へ十分な提供が行き届いていない現状もあることから水分摂取量が少なく身体への影響があるのではと考えた。そこで 4 要素の基本となる『水(水分)』に着目し水分摂取量増加に伴いどのような変化がみられるか取り組みを試みた結果を報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

2018年12月～2019年4月(5ヶ月)

2. 方法

- ①水分摂取への提供の工夫
- ②水分摂取量のチェック
- ③開始前後の状態の変化
- ④月 1 回の体重測定
- ⑤開始前後に N 式老年者用日常生活動作能力評価尺度 (N-ADL) を実施し日常生活動作(以下 ADL と略す)の比較をする

3. 対象者 (入所者 3 名)

- ①水分提供量が少ない人
- ②水分制限のない人
- ③介助を要しない人

※対象者のリスクを考え施設医石川先生と相談済

表1 対象者の背景

	性別	年齢	介護度	認知症	自立度	既往歴	周辺症状
A氏	男	80	4	Ⅲb	B1 車イス	認知症、統合失調症、脳梗塞後遺症、心室性期外収縮、心房細動	抑うつ、不眠、食欲低下
B氏	男	92	2	Ⅲb	A1 手引き歩行	前頭側頭葉型認知症、膝関節症	不眠、暴力、易怒性、放尿、徘徊
C氏	女	89	4	Ⅲb	B2 車イス	アルツハイマー型認知症、高血圧症、不眠症	食欲低下、不眠、興奮、異食

4. 当研究は、当法人倫理委員会において承認を得ている。

III. 経過及び結果

表2 水分摂取への提供と工夫

開始前の目安			開始後の目安		
時間	水分の種類	量	時間	水分の種類	量
起床時	お茶	180ml	起床時	お茶	180ml
10時	牛乳	180ml		黒糖茶	180ml
	お茶	180ml	朝食時	お茶	180ml
15時	お茶又はコーヒー	180ml	10時	牛乳	180ml
夕食前	お茶	180ml		お茶	180ml
合計		900ml		ヨーグルト (1日3対象者)	60ml
			昼食時	お茶	180ml
			13時	お茶又は黒糖茶	180ml
			15時	お茶又はコーヒー	180ml
			夕食時	お茶	180ml
			合計		1680ml

工夫したこと

- ① 1200ml～1500mlの水分摂取を目標とした
- ② 提供回数を増やした
- ③ 毎日の水分量を記録し、職員間で申し送り共有した

表3 A氏の状態変化

A氏の開始前

	1日の平均水分量
介入前平均	700～900ml

開始前

- ・水分を提供しても飲んでくれなかった。
- ・発語もなく表情も陰しかった。
- ・排泄の訴えもなく尿失禁を繰り返し、夜間オムツのりが目立った。
- ・中途覚醒が多かった。

A氏の開始後

	1日の平均水分量
平成30年12月	1290ml
平成31年1月	1272ml
平成31年2月	1323ml
平成31年3月	1493ml
平成31年4月	1520ml

開始後

- ・水分を自ら飲むようになり摂取量が増えた。
- ・日中、発語が増え、表情も良くなった。
- ・日内変動はあるが尿意、便意の訴えが聞かれるようになりトイレでの排泄が増えた。
- ・夜間のオムツのり、夜間覚醒も減少し朝まで眠る事が増えた。

開始前のA氏は水分を提供しても飲んでくれなく表情も陰しかった。排泄面では訴えもきかれず尿失禁を繰り返し夜間のオムツいじりが目立ち中途覚醒が多かった。

開始後は水分を自ら飲むようになり摂取量が増え日中、発語も聞かれるようになり表情も良くなってきた。日内変動はあるが尿意、便意の訴えが聞かれるようになりトイレでの排泄が増えた為、夜間のオムツいじりも減少し朝まで眠る事が多くなった。

表4 B氏の状態変化

B氏の開始前

	1日の平均水分量
介入前平均	700～900ml

開始前

- ・時間を問わず、徘徊が目立った。
- ・定時のトイレ誘導は行っていたが放尿や空振りがあり失禁が見られていた。
- ・食事提供しても途中で食べよとせず一部介助にて対応した。
- ・急に暴力的になり暴力を振るうことが多くみられた。
- ・表情も陰しく意思疎通が取れない。
- ・歩行が不安定で手引き歩行が必要だった。

B氏の開始後

	1日の平均水分量
平成30年12月	1455ml
平成31年1月	1443ml
平成31年2月	1509ml
平成31年3月	1499ml
平成31年4月	1622ml

開始後

- ・徘徊は減少した。
- ・日内変動はあるが尿意、便意の訴えが聞かれるようになった。
- ・放尿、失禁が軽減しトイレに行く回数が増えた。
- ・暴力を振るうことや暴力的になる事も減り、冗談を交えながらの会話が聴え、表情も良くなり笑顔が多くなれた。
- ・食事自己摂取できるようになった。
- ・歩行は手引き歩行から単独歩行へ変わった。

開始前のB氏は時間を問わず徘徊が目立った。定時のトイレ誘導は行っていたが放尿や空振りがあり失禁が見られていた。また表情も陰しく意思疎通がとれず急に暴力的になり職員へ暴力を振ることが多かった。食事は提供しても途中で食べよとせず一部介助にて対応した。歩行が不安定で手引き歩行が必要だった。

開始後は徘徊は減少した。日内変動はあるが尿意、便意の訴えが聞かれるようになり放尿、失禁が軽減しトイレに行く回数が増えた。意思疎通も取れるようになり暴力的になる事が減り、冗談を交え

ながらの会話が增多表情も良くなり笑顔が多くなった。食事自己摂取できるようになり歩行も単独歩行へ変わった。

表5 C氏の状態変化

C氏の開始前

	1日の平均水分量
介入前平均	700～900ml

開始前

- ・排泄の訴えもなく尿失禁を繰り返し夜間興奮状態になりオムツのりや脱衣行為が目立った。
- ・日中、不穏になる事が見られ、コップを投げたり、大声で卑猥な発言があった。
- ・目の前にあるエプロンやおしぼりなどを食べようとする異食行為が見られる。

C氏の開始後

	1日の平均水分量
平成30年12月	1193ml
平成31年1月	1197ml
平成31年2月	1181ml
平成31年3月	1379ml
平成31年4月	1463ml

開始後

- ・夜間の覚醒も減りオムツのりや興奮状態も軽減し脱衣行為はなくなった。
- ・日中、不穏症状や卑猥な発言が減った。
- ・尿失禁が減少した。
- ・異食行為に変化はなかった。

開始前のC氏は排泄の訴えもなく尿失禁を繰り返し、夜間興奮状態になってオムツいじりや脱衣行為が目立った。また日中、不穏になる事が見られコップを投げたり大声で卑猥な発言がきかれた。目の前にあるエプロンやおしぼりなどを食べようとする異食行為もあった。

開始後はトイレでの排泄が増え尿失禁が減った。夜間の覚醒も減りオムツいじりや興奮状態も軽減し脱衣行為はなくなった。日中、不穏症状や卑猥な発言は減ったが異食行為に変化はなかった。

表6 N式老年者用日常生活動作能力評価尺度 (N-ADL)

	開始前	開始後	開始前	開始後	開始前	開始後
歩行・起座	3点	3点	5点	9点	3点	3点
生活圏	5点	5点	5点	5点	5点	5点
着脱衣入浴	1点	1点	1点	5点	1点	1点
摂食	5点	5点	3点	7点	5点	5点
排泄	1点	5点	1点	5点	1点	5点

重症度評価点

10点	正常	自立して日常生活が営める
9点	境界	自立して日常生活が営むことが困難になり始めた初期状態
7点	軽度	日常生活に軽度の介助又は観察を必要とする
5点・3点	中等度	日常生活に部分介助を要する
1点・0点	重度	全面介助を要する(0点は活動性や反応性がまったく失われた最重度の状態)

開始前後にN-ADLを実施し比較をした結果A氏、C氏は排泄の項目で変化は現れたが、B氏においては排泄の項目だけではなく歩行・起座、着脱衣入浴、摂食で大きな変化が現れた。

IV. 考察

今回の取り組みで対象者に水分摂取量の増加とADLへの多少の変化が現れた。特に起床時、午前中の摂取が有効的であったことは就寝中による呼

吸や汗などから体内の水分が失われるため喉の渇きが感じやすくなるからではないかと考えられる。また決まった時間だけ提供するのではなく水分摂取の機会を増やし入所者の気分や体調不良などにより進まない時は個々の嗜好に合わせ提供することで無理なく摂取できたのではないかと考えられる。

A氏は自ら好んで摂取しようとせず促しが必要であり、時には拒否が強く困難な場合もあったが開始後は自ら摂取できるようになってきた。徐々に摂取量を増やし提供回数をこまめに設けることで飲むという事の意識付けに繋げることが出来たからだと考えられる。職員の声掛けに対し頷きはあるものの発語はあまりなく表情も陰しかったが現在は笑顔や発語が増え活気も見られるようになった。

B氏は意思疎通がとれず表情も陰しく急に易怒的になることが多かった。職員を変えても介助抵抗や暴力を振るう事もあり対応に苦慮していた。しかし現在は易怒的になる事が減り冗談を交えながらの会話が増え穏やかになってきた。また介助に対しても協力的であり抵抗も減った。歩行も不安定で手引きでの付き添いが必要な状態であったがフラツキもなくなり安定され単独歩行へとADL向上にも繋がった。徘徊は見られるが出口やトイレを探すなどと行動パターンにも変化が現れ始めている。摂取量があがったことにより意識レベルが上がり身体的な活動性も改善されてきたからではないかと考えられる。

C氏の脱衣行為はなくなったが異食行為に変化は見られず、エプロンやおしぼり等が目の前にあると口に入れようとしてしまう。脱衣行為は水分不足による行動障害だったと考えられ水分増量に伴い無くなったと推測されるが異食行為に関しては水分摂取だけでは改善に至らなかった。他の観点から考えていく必要がある。

対象者に共通して変化がみられたのは夜間のオムツいじりの減少である。日内変動はあるが排泄の訴えがありトイレでの排泄が増えている。水分増量した結果、覚醒水準があがり尿意を感じることで

排泄訴えを出来るようになったと考えられる。取り組み前では水分を増量することで体重の増加も懸念されたが月一回の体重測定では±1 kgと問題はなかった。

また取り組み前後のADL比較の為N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)にて評価した。A氏・C氏は排泄面以外に変わりはないが、A氏・C氏は車椅子を使用し、移動は介助が必要であり自走することは殆どなくB氏は歩行が可能であり運動量の違いから差が出たのではないかと考える。

竹内は「水を飲ませることに成功したら次は運動である」と述べている。今回4要素の内「水」だけに着目して取り組んできたが今後は水分摂取に続き運動量や食事、排泄の3要素も加え取り組んでいくことで更なる可能性に期待が持てると思う。

引用・参考文献

- 1) 竹内 孝仁 : 水 介護は水に始まり水に終わる
- 2) 竹内 孝仁 : 水をたくさん飲めばボケは寄りつかない
- 3) 田原 総一郎、竹内 孝仁 : 認知症は水で治る

介護老人保健施設における看護職の役割 ～アンケートからみえた急変時対応～

生活看護課 ○源古 香織 久保田 郁代
渡久地 猛 宮城 妙子

I. はじめに

平成 29 年度まで、急変した入所者を各生活棟でケアしており、夜間は看護職が勤務している 2 階生活棟から、各生活棟を巡回しなければならなかった。そこで、平成 30 年度から急変した入所者は昼夜関係なく、2 階生活棟へ転床しケアを行っている。その判断は看護職個々に任せられ、責任が大きく重圧を常に抱えており、対応を振り返った時に的確な判断であったかどうか、後悔するなど精神的負担が大きいのと思われる。今回、転床する際の判断を統一するために、急変時対応に関するアンケートを看護職 16 名に実施し、身体管理を要する入所者の、転床の判断基準を設けたので報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

平成 31 年 1 月～平成 31 年 4 月
(4 ヶ月間)

2. 対象者

1) 看護職 16 名

3. 調査方法

1) 急変時対応に関するアンケート

①年代

②看護経験年数

③施設での経験年数

④医療機関での経験年数

⑤入所者を 2 階へ転床する判断基準の選択

⑥急変時の対応で感じたこと

III. 結果

急変時対応に関するアンケート(以下アンケートと略す)を、選択式と記述式で行った。

1. 年代

年代では 40～60 代が多数であった。(図 1)

III. 結果



図1. 年代

2. 看護経験年数

経験年数では 20 年以上が多数であった。

(図 2)

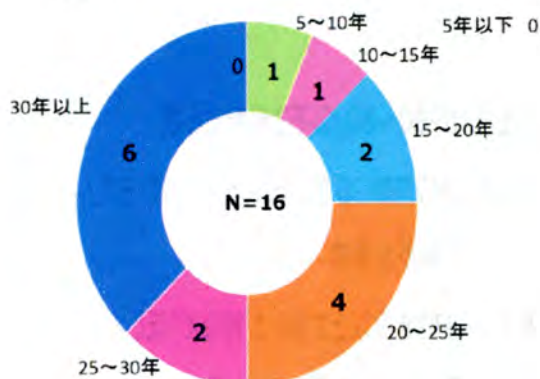


図2. 看護経験年数

3. 施設での経験年数

施設経験年数では 5 年以下～15 年以下が多数であった。(図 3)

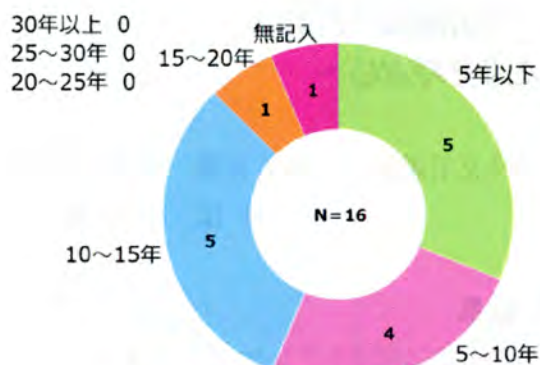


図3. 施設での経験年数

4. 医療機関での経験年数

医療機関経験年数では10年以上が多数であった。(図4)



図4. 施設での経験年数

5. 入所者を2階へ転床する際の判断基準を各項目で複数選択してもらった。

＜血圧＞・BP90～80/以下で判断が多数

＜呼吸＞・呼吸回数30回/分以上、肩呼吸・チアノーゼ
で判断が多数

＜体温＞・BT38度以上でBPが普段より低く
悪寒・戦慄があるで判断が多数

＜SP02＞・SP02 85%以下で判断が多数

個々で目安としている値がある事が分かった。

6. 急変時の対応で感じたことを記載してもらった。

急変時の対応で感じたこと

- ・夜間は看護師1名と介護職と共に対応をしないとけないので判断に困る
- ・急変時に介護職が普段通りの業務を行っていた
- ・介護職からの応援依頼の連絡内容が不十分
- ・判断が正しかったか引き継いだ後も気になる
- ・日中は相談できるが夜間は一人なので不安
- ・夜間、点滴確保が難しい時
- ・一度もモニターを使用しなかったため手技が不安

急変時の介護職との連携、応援要請時の報告の仕方で困難を感じており、夜間帯の判断が正しかったのかなど不安を感じている事が分かった。

アンケート内容から、決定した判断基準

決定した判断基準

＜血圧＞ 血圧90/50以下

＜呼吸＞ 呼吸回数24～30回/分以上
チアノーゼ・努力呼吸がある

＜体温＞ 悪寒・戦慄を伴う発熱が38度以上
血圧90/50以下と低下したとき

※転床必須判断ポイント

- 1、意識レベル低下がある
- 2、モニター心電図の装着が必要
- 3、酸素が必要
- 4、頻回な見回りが必要
- 5、頻回な吸引が必要

IV. 考察

老人介護保健施設（以下老健と略す）での入所対象者は病状安定期にある要介護高齢者とされている。入所者の多くは複数の疾病を有しており、加齢に伴う生理的機能や予備力・回復力の低下など、身体機能の変化が激しく、さまざまな病気にかかりやすい状況にある。老健で行われる看護ケア・医療行為には限界があり、いかに早く対応し重篤になる前に、医療機関へつなぐことが重要となる。緊急時の対応は看護職の的確な判断がさらに要求されるので、日頃から介護職と連携し情報共有を行う事が必要である。

今回、アンケートでは年代や看護経験年数、施設

や医療機関での経験年数に関係なく、観察しているポイントに差異はない事がわかった。蔵野ら）は、老健の看護師は急変した高齢者に対して「いつもと異なる表情や行為に着目」したり「既往歴の悪化や治療薬の影響と推測される症状に着目」したり「リスクを想定した経時的観察」をすることで、情報収集していたと述べている。看護職は、普段と異なる何気ないサインを見逃さずに観察することが求められている事が分かる。アンケートから、看護職個々である程度バイタルサインの目安としている値があることが判明した。それを基に具体的な数値を決定し、統一した基準を設けることが出来た事で医師への報告を的確に行う事ができ早期に治療に結び付ける事が出来たと考えられる。また、転床必須の判断ポイントとして、意識レベル低下、努力呼吸や酸素必要時、モニター装着が必要、頻回な見回りや頻回な吸引が必要な時も基準に加えた。松岡ら）は、施設における看護業務に起因するストレスの原因には「看護師としての責務から生じる精神的重圧」があるとし、医師が不在の為に急変時の適切な判断を迫られる緊張感を感じながら看護業務を行なっている状況が明らかとなっていると述べている。今回、統一した基準を設けた事で介護職より、看護職が勤務している2階へタイムリーに転床しているため、安心して夜勤が出来るようになったと意見が聞かれたことは、施設で勤務する看護職、介護職への精神的負担は軽減されていると思われる。

V. 課題

急変時の対応で感じたことを記載してもらった内容から課題が見えてきた。それは、急変時の介護職からの連絡内容が不十分なため、応援要請時の報告の仕方など、円滑なコミュニケーションが行えていないという事である。緊急時だからこそ普段よりも綿密に、お互い声を出して確認していく必要があるため、今後は5W1Hの方法の活用を検討したい。

VI. 終わりに

老健における看護職の役割は多岐に渡る。医療機関であればチーム医療が大切であるように、老健では介護職とのチームケアが重要だと思われる。入所者に起きた異変を発見するのは、看護職だけでなく介護職も同様であり、異常の早期発見・早期対応を実施するためには、介護職の協力は欠かせない。介護職と協働するにあたり、介護職への教育は老健看護職の重要な役割と考える。

引用参考文献

- 1) 水戸美津子：新看護観察のキーポイントシリーズ高齢者、342、2011.
- 2) 生野繁子：看護・介護のための基本からまなぶ高齢者ケア(第3版) 2-45、金芳堂、京都、2011.
- 3) 福田和美、渡邊智子、瓜生忍、他：介護老人保健施設における救急ケアの実態、木村看護教育振興財団看護研究集録、16、129-144、2009.
- 4) 蔵野あゆみ、百瀬由美子、松岡広子、他：介護老人保健施設で急変した高齢者に対する看護師の判断プロセス、日本福祉学会誌、16(2)、151-163、2011.
- 5) 松岡広子、百瀬由美子、渡辺みどり、他：介護保険施設に勤務する看護師が体験する役割ストレス、日本看護福祉学会誌、15(2)、149-16、2010.

療養病棟における処遇変更への取り組み ～家族からの調査でみてきたもの～

第1病棟 ○掛福 誠志 比嘉 愛子
高江洲 徳一

I. はじめに

当病棟は慢性期の療養病棟で、治療抵抗性の患者が多くを占めており、ほとんどの患者が閉鎖処遇である。それに加え、他の病棟から病状悪化した患者の受け入れも担っているため、病床調整が円滑になるような体制を整える必要がある。多職種で行われる回診後のカンファレンスなどで精神症状が安定し開放処遇への変更について検討するが、家族の中には、過去のエピソードや入院時の病状などが影響し処遇変更に消極的な家族も多いのが現状である。

そこで今回、行動制限を最小化していく取り組みとして、これまで処遇変更できた事例を通してアプローチ方法を模索するため、家族へアンケートおよびインタビューを行った。その内容を分析し、今後の課題について若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 対象者

閉鎖処遇から開放処遇へ変更できた患者の家族5名

2. 調査方法

- 1) 閉鎖処遇から開放処遇へ変更できた患者を選定する。
- 2) 他の病棟へ選定した患者の面会時に連絡するよう協力依頼する。
- 3) 連絡を受けた担当看護師が当該病棟へ出向いて家族へアンケートおよびインタビューを行う。

3. 評価方法

対象者の家族へアンケートおよびインタビューを行い検証する。

4. 倫理的配慮

- 1) 本研究を行うにあたり対象者に対し研究目的、内容を口頭及び書面で説明し同意を得た。
- 2) 本研究は当法人の倫理審査委員会にて承認を得た。

III. 結果

今回、閉鎖処遇から開放処遇へ変更となった患者の家族を対象にアンケートを実施した。

1. 患者のキーパーソン (図1)

キーパーソンとなっているのは『親』4名(80%)、『兄弟』1名(20%)であった。また、キーパーソンの年齢について、『親』60～70歳代、『兄弟』40歳代であった。

Q 主にどなたが関わっていますか？

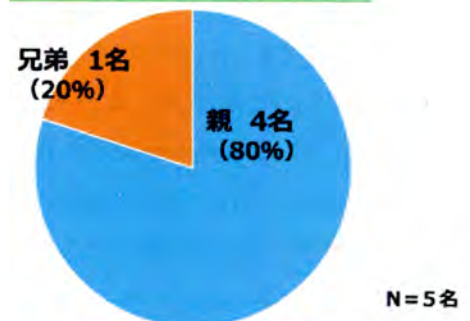


図1 患者のキーパーソン

2. 面会の頻度 (図2)

面会について『1週間に1回以上』4名(80%)、『月に1回以上』1名(20%)であった。『2～3ヶ月に1回』『あまり行けない』は、なかった。

Q 面会はどのくらいのペースでしていますか？

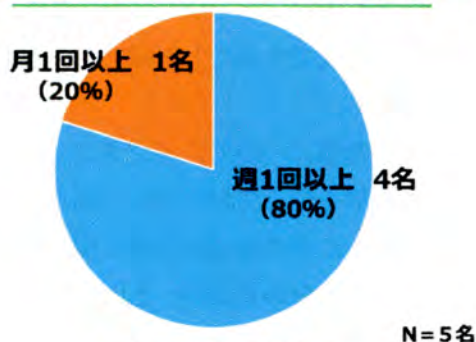


図2 面会の頻度

Q病気の診断名について知っていますか？

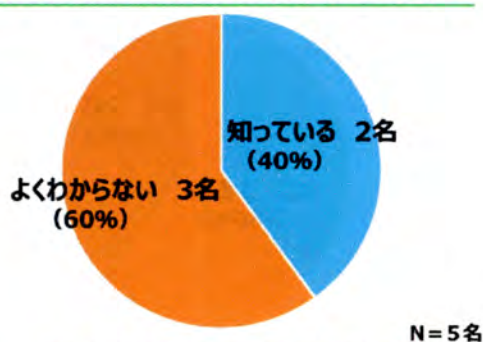


図4 患者の診断名の理解度

3. 相談者の有無 (図3)

家族が、入院中の患者のことで相談できる人について、『はい』4名(80%)、『いいえ』1名(20%)であった。アンケートの回答を基に、インタビューを実施した。主に相談を行っているのは、兄弟(姉妹)、叔父・叔母や子どもであった。

Q 相談できる人はいますか？

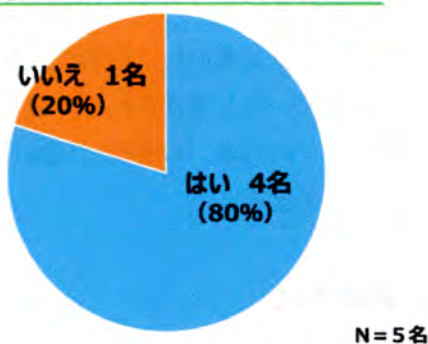


図3 相談者の有無

5. 開放処遇の説明 (図5)

開放処遇の説明について全員が『納得して受け入れすることができた』5名(100%)であった。インタビューで、「開放処遇って何ですか？」と質問があったが、具体的に説明すると理解された。また「病院の判断に任せている」と答える家族もいた。

Q開放処遇の説明について理解できましたか？

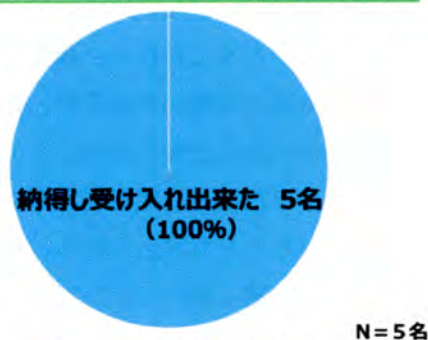


図5 開放処遇の説明

4. 患者の診断名の理解度 (図4)

患者の診断名について、『知っている』は2名(40%)、『よくわからない』3名(60%)であった。インタビューでは、「どのような治療だと思いますかと質問すると「本人が立ち直っていくための環境づくり」、「睡眠がとれるかが大事。生活リズムを戻す。投薬も大事」、「薬の治療で落ち着かせているのかな」と答えた。しかし、ほとんどが「はっきりしたことは分からない」と回答した。

6. 不安や心配事の有無 (図6)

開放処遇の変更の際に不安や心配事の有無について確認すると『あり』2名(40%)、『なし』3名(60%)であった。インタビューでは、「最初は家族へ敵意を向けていたが面会することで本人も落ちついてきたと思う」「閉鎖処遇が長いと本人がストレスになるので考えないといけない」と前向きに考える家族もいるなか、「病状によって不安はある」と答える家族もいた。

Q開放処遇の変更時に不安や心配事はありましたか？

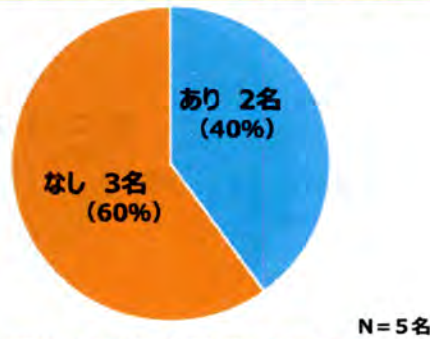


図6 不安や心配事の有無

IV. 考察

今回、処遇変更のアプローチ方法を模索するために、実際、処遇変更できた患者の家族へアンケートおよびインタビューを行った。その結果より処遇変更を行うことに関して家族の協力は不可欠であり、患者・家族・医療者の関わり方が重要となる事が再認識できた。

アンケートの結果から、処遇変更できた患者のキーパーソンは親世代が主であったが、今後、親の高齢化が進むと、兄弟間の世代へ移行していく可能性が高いと考えられる。親と子どもの関係では積極的に関わる傾向があるが、兄弟間へ移行した際に自分の生活を優先することやこれまで関わりが少なかった場合、積極的な家族の関わりから消極的になることも考えられる。親だけでなく家族も含めて一緒に関わっていけるようなアプローチも必要である。看護者側は患者背景にも関心を持ち積極的に家族へ寄り添い関係性を築いていく必要がある。

面会について、月に1回以上の面会があり『週1回以上』が多くを占めていた。面会時に、看護者は患者の様子や状態を積極的に伝えることで、患者の状態を知ってもらう機会となり患者理解が深まりやすいのではないかとと思われる。患者の状況が分かる事で処遇変更へつながりやすいのではないかと考える。そのため、面会の少ない家族に対し声掛けだけではなく、面談など患者と関わる場を設定していくことも必要であると考えられる。

入院中の患者の事で、相談は主に家族間で行わ

れていたことから、病棟職員やケースワーカーでも相談してもよいことを説明する。また、主治医との面談で相談できることを伝えることも必要であると考えられる。

患者の診断名について、インタビューより病気に対して理解を示しており関心の高さが伺えた。しかし、ほとんどの家族が治療に関しては「はっきりしたことは分からない」と回答したことから家族に対して疾病に関する学習の機会が得られるようにリーフレットの作成などを行っていく必要があるのではないかと考える。

開放処遇の説明について「開放処遇って何ですか？」という質問があり具体的に説明することで理解されたことから、わかりやすい言葉を使用する必要がある。その他に無断離院などのリスクや必要に応じて処遇変更も可能であることを十分に説明する必要がある。

開放処遇変更時の不安や心配事の有無については、主治医の方針をそのまま受け入れている現状があり、インタビューの中で「病状によって不安はある」という言葉から、過去にあったエピソードが影響していると考えられる。現在も開放処遇を継続できている事から不安は軽減しているのではないかと考える。

V. 終わりに

今回の調査は、すでに開放処遇へ変更になった患者の家族へアンケートおよびインタビューを行っているため本研究の限界である。

今後の課題として家族側の心情についての研究を積み重ねまずは開放処遇にできた方々の思いを知ったうえで閉鎖処遇の患者の研究につなげていきたい。

参考文献

- 1) 松村恵子：退院に消極的な家族を持つ患者の社会復帰へのアプローチ 日本精神科看護学会誌 Vol.40 No.1 1997.5

1 事例からみえてきた精神科救急病棟の新たな役割 ～地域包括ケアを見据えて～

第3病棟 ○発表者 大村 隆広 垣花 宏樹

I. はじめに

近年わが国の医療は、病院中心から地域移行へと変革が求められている。精神科もその流れを軽視できない状況にある。当法人の第7次5ヶ年計画もその動向に沿った計画を掲げている。以前までは病気による治療やケアが中心で急性期症状を一日でも早く緩和させることが精神科救急病棟の役割として大半を占めていた。今回、入院から密なチーム医療を展開し1ヶ月弱で自宅へ退院した事例で、多少の成果と地域包括ケアを実践していく中での精神科救急病棟の役割が明確になった。

今回の事例を再考し、当院独自の地域包括ケアのモデルの先駆けとなるよう、若干の考察を加え報告する。

II. 研究方法

1. 研究期間

X年12月～X年1月（1ヶ月間）

2. 方法

1) 事例研究

3. 対象者

A氏 60代 女性 統合失調感情障害

初回入院 応急入院

同胞7名中第2子として出生、社会的で明るい性格 15歳でA県へ行き仕事をした後沖縄に帰省。10代後半の時に夫と知り合い20代で結婚、20代前半に1子授かるが他界、第2子は他県で生活している。夫とは離婚。家族とは疎遠でアパートの大家が内縁の夫で世帯は違うが同じアパートに住んでいる。数年前から当院通院治療している。過去にB病院で措置入院歴がある。

4. 倫理的配慮

本研究を行うにあたり、対象者に対して研究の目的や個人情報等を厳密に保護すること、研究を院内学会で発表することを、口頭および文書で説明

し同意を得た。

III. 経過及び結果

入院翌日より「人を殺す、あんたの首を絞めようか」と興奮しカバンを振り回す行為やナースセンターのガラスを何度も強打し自傷他害の恐れあり隔離拘束となった。薬剤調整と毎朝行っている行動制限最小化に向けたカンファレンスを看護師間で実施し3日目で隔離拘束解除に至った。

毎朝、看護師間で実施しているカンファレンスで面談の調整が行われているか、入院形態・処遇が適切かを話し合い、主治医へ看護師サイドから進言した。症状が安定し総室に移動後、2回に分けてグループミーティングを実施し多職種と患者数名で入院から退院までの流れを説明した。また、回診カンファレンスでは患者の治療状況、治療・退院の方向性について話し合い多職種で必要な治療や退院後のサポート体制を確認した。

A氏は単身生活であり家族とも連絡が取れず入院前の生活を把握することができないことから、入院後すぐに退院前訪問の実施を検討し、本人の病状安定を待って看護師と精神保健福祉士により退院前訪問を実施した。当初、A氏は自宅訪問を拒否され「汚いからいいよ行かなくて」との発言が聞かれたが、退院する前に自宅での生活状況を把握して退院の準備を進めていくことを説明すると直ぐに承諾された。退院前訪問後「看護婦さんが家に来ると安心感あるね」とA氏から自宅訪問に対する気持ちの変化が現れる発言が聞かれた。

退院後は訪問看護で自宅へ伺いたいことを話し、退院後訪問看護に繋げる事ができた。

しかし、退院後のA氏に対し周囲のサポート体制構築の必要性を感じたため精神保健福祉士から地域包括支援センタースタッフへ退院後のイン

フォーマルなサポートを協力依頼し、単身生活であることから救急キットの活用することに繋ぐことができた。

IV. 考察

毎朝、担当看護師による行動制限最小化と行動制限の適正化について、カンファレンスを実施し病状に合わせた必要な行動制限を話し合い、必要な治療や対応方法についてスタッフ間での統一を図った。主治医と密に情報交換を行うことで早期に隔離拘束を解除できたと考える。

また、毎朝に看護師間で行うミーティングで患者の病状の変化について情報交換を行い、その情報を主治医へ密に報告し病状に合わせた入院形態・処遇の妥当性の検討を依頼することで早期に開放処遇へ変更することができた。患者の行動範囲の拡大を図ることで病棟内では見えないA氏の社会性の把握につながり早期に退院ができた要因のひとつではないかと考える。また、当精神科救急病棟では看護師、作業療法士、公認心理師が担当し2回に分けて治療の段階と流れをA氏と共有するため、グループミーティングを実施している。入院時より退院先を見据えたイメージがしやすくなるという効果が得られている。このように意識的に関わることにより、患者自身が退院に向けた準備ができたのではないかと考える。

今回、A氏に対し退院や退院後を見据え関わるなかでの問題点として、入院前の状態や生活歴などの情報が全くなかったこと。そのため退院前訪問を活用し、医療者側がA氏と自宅へ出向き生活環境や退院後どのように生活していきたいかなど、必要とされるニーズの確認など、医療者側が問題点を明確にできるだけでなく、入院中にA氏と問題点を共有できたことは、A氏がサポート体制の必要性を理解し受け入れ、今後も単身生活をしていくA氏を退院後も地域で支えていく第一歩に繋がった要因のひとつではないかと考える。しかし今回、退院支援を進める中で今後A氏がいかに地域で生活できるかという点でもいくつかの問題が上がった。精神症状悪化時の危機介入、単身生活でもあることから身体的に問題が発生した場合、

誰が、どのように対応するかという点である。そこで主治医、担当看護師、精神保健福祉士を交えミーティングを行い、病院側のサポートとしては訪問看護導入だけでは限界があると結論に至った。そこでA氏の同意を得て精神保健福祉士より、A氏が暮らす地域の地域包括支援センター、生活保護担当、区長、民生員へ現状を伝え、患者のサポート体制を構築していくため関係者を病院へ招き会議を実施した。会議では、救急キットの活用その他各関係者同士の関わり方を確認することで、A氏が精神疾患を抱えながらも地域で治療を継続することができる支えのひとつになったのではないかと考える。

今回の事例から、精神科病棟の新たな役割が見えてきた。精神科救急病棟では高度な治療を集中的に行い、入院による日常生活の中断を一日でも短くするよう多職種で関わること。

患者が症状や障がいが残っていても、住み慣れた地域で暮らすためのサポート体制を作るうえでは、患者のニーズを知り医療者側が地域に出向き、他機関、多職種と退院後の生活をコーディネートしていく力が必要となる。

V. 終わりに

精神科病院では地域包括ケアシステムの確立は十分ではない。

今回の事例のように地域へ向けた退院支援への取り組みを積み重ねていくことも救急病棟の役割である。退院は決してゴールではない。退院後いかにアウトリーチと協同し、継続的に患者を支援していくことも地域包括ケアの確立に繋がると考える。

参考文献

- 1) 井上新平・安西信雄・池淵美恵：精神科退院支援ハンドブック・ガイドラインと実践的アプローチ、第1版、1刷 医学書院、2011。
- 2) 古屋龍太：精神障害者の地域移行支援 中央法規出版 2015。

長期入院患者に対する角化症改善に向けての取り組み ～足浴を導入して～

第5病棟 ○玉 城 美 希 比嘉 千奈美
津嘉山 まゆみ 和 宇 慶 勇
アンダーソン ともよ

I. はじめに

当病棟は慢性期の療養病棟で5年以上の長期入院患者が半数を占めている。ホスピタリズムという環境因子も大きく、セルフケアが不十分なため職員の介入が必要とされる。角化症など足のトラブルをもつ患者も多く、これまで軟膏処置のみが行われていた。疼痛が軽減し歩行に影響がなければ患者自身が処置を望まないため、一時的な改善でそのまま処置を終了するケースがほとんどであった。中には糖尿病の疾患をもつ患者もあり、亀裂や創傷からの感染リスクも考えられ、二次感染予防や皮膚状態の観察を継続する必要があった。

今回、角化症を繰り返す患者のフットケアを見直し、毎日の業務に足浴を導入した。その結果、個人差はあるが皮膚状態の改善がみられた。取り組む中で患者自身の関心が高まり、意識や行動に変化がみられたので、その経過と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

2019年3月11日～2019年5月1日

2. 対象者

角化症を繰り返している患者17名のうち、重症度が高く同意が得られた患者7名

表1 対象者の背景 (N=7)

性別： 男性5名 女性2名

平均年齢： 56.4歳 (±3.9)

平均入院期間： 4年5ヶ月 (±3年6ヶ月)

3. 運営内容

1) フットケア実施(毎日)

- ① 足浴バケツに温水(38～40℃)を準備し
両足を10～15分浸ける
- ② 石鹸をガーゼで泡立てて片足ずつ洗う
- ③ 温水できれいに洗い流す
- ④ タオルでしっかり水分を拭きとる
- ⑤ 爪切り
- ⑥ 軟膏塗布

2) 写真撮影(週1回)

- ① 画像を患者自身に見てもらい皮膚状態を比較する
- ② グループミーティングを通し情報交換の場を設けた

3) 担当職員(当日の日勤者1～2名)

4. 評価方法

- 1) 写真撮影で皮膚状態の変化をみる
- 2) 聞き取り調査

5. 倫理的配慮

対象者へ書面を通して説明し、同意書の記入をもって確認を得た。研究にあたり個人が特定されないよう配慮し、当法人倫理委員会において承認

を得た。

Ⅲ. 経過及び結果

足浴を実施した患者7名のうち、研究期間すべて(8週間)実施できた患者3名、拒否により途中で終了した患者2名、途中より参加し最後まで(6週間)実施できた患者2名であった。

【全期間実施できた患者】

A氏は右踵部の角化症と左第1趾の皮膚乾燥による亀裂で疼痛を認めた。週1回の定期的な外泊時以外は足浴を実施した。次第に乾燥は軽減され疼痛の緩和もあった。

B氏は両踵部の角化症があり一部亀裂も生じていたため、促しにより足浴に参加した。足浴中、職員へ笑顔で話しかけることが多く「気持ちいい」との発言も聞かれた。角化症の改善には至らなかったが、乾燥は改善し亀裂の深さも浅くなった。

C氏は糖尿病があり、右第1・5趾を糖尿病壊疽で切断されている。両踵部に突起物があり靴が履けない状態であったが、3週目には突起物がなくなり皮膚状態が改善した。足浴導入前は依存や臥床が目立っていたが、毎日積極的に足浴へ参加し、拒否の多かった作業療法への参加もスムーズになった。

【期間途中で終了した患者】

D氏は糖尿病があり右踵部は潰瘍が形成され治癒と再発を繰り返し皮膚が肥厚した状態であった。臭気や趾間の湿潤を認め、爪も伸びており清潔保持が困難なため、声かけでスムーズに参加した。2週目より「毎日じゃなくて1日越しにできませんか?」「足が痛いから今日はいいよ」と拒否を示す発言が増えた。3週目には「足浴のせいで朝早く起きてしまう。これは強制なの?」との発言が多くなり、ストレスがかかった状態がみられ4週目で終了となった。

E氏は両足底全体の乾燥と亀裂、出血を認め清潔保持が困難な状態であった。足浴に興味を示しフット角質ケア用品を持参した。乾燥は軽減し出血もなく清潔保持ができるようになった。「前はみっともない足だった。一皮むけたみたいで赤み

も帯びてきた」との発言が聞かれた。しかし、6週目から気分の変動により足浴を拒否し実施できない日もあった。右足底中央と踵部に亀裂・出血が生じ疼痛も訴えるが「足浴やったら気分悪くなる」とさらに拒否が強くなり、7週目で終了となった。

【期間途中より開始した患者】

F氏は足浴導入時に声かけをしたが「毎日嫌」と拒否があった。しかし、足浴の様子を見学しに来ることがあり、「自分の洗い方では垢が落ちないから足浴をやりたい。亀裂の痛みもあるから」と1日体験後、自主的に参加した。踵部の角化症は軽度、両足趾間の発赤があり一部肥厚した部分や亀裂も認め疼痛、臭気を認めた。足浴中は会話も弾み「気持ちいい、ありがとう」の発言も聞かれた。足浴にて臭気は改善し、一時的に疼痛の緩和はあったが発赤や亀裂の変化はなかった。

G氏は両踵部に角化症、亀裂、疼痛を認め、軟膏処置が開始となったため促しにより足浴を導入した。参加はスムーズであり左踵部の角化症は改善し、右踵部は肥厚していた皮膚が柔らかくなった。

次に、撮影した画像を患者自身にみてもらい皮膚状態を確認した。他患者の画像にも興味を示し感想を述べる場面もあった。

足浴方法について、患者の要望に合わせ参加しやすいよう対応し、入浴剤の使用や音楽を流すなど足浴を楽しんでもらえるよう工夫した。また、担当職員の負担が軽減するよう配慮した。

Ⅳ. 考察

全期間実施できた患者は、皮膚状態の改善、疼痛が軽減し、足浴の効果が実感でき継続できたと思われる。「気持ちがいい」と発言が聞かれリラクゼーションの効果も得られたと思われる。C氏は足浴の導入で行動にも変化が現れ活動的になった。足浴が日課の一部となり、単調な生活に刺激を与えた事に加え、個別的な関りが良い効果をもたらしたのではないかと考える。

期間途中で終了した患者は、足浴により皮膚状

態の改善もみられたが、毎日の足浴が負担となり統合失調症の特徴であるストレス耐性に弱いことや精神症状の変動が影響したと考えられる。個人に合わせ回数を減らすなど無理のない取り組みを検討する必要があったと考える。

期間途中より開始した患者F氏は、一度足浴の促しを断っているが、実際に足浴の様子を見学し、足浴したいという気持ちになり自主的に参加した。足浴をグループで行ったことにより職員や患者間の会話があり雰囲気良かったのではないかとと思われる。

撮影した画像を患者自身に見てもらったことは、リアルな変化を確認できたことで関心が持てたのではないかとと思われる。また、グループミーティングを行ったことで他患者の画像にも興味を示し、感想を伝えるなど共有の場が持てたことはモチベーションへとつながりグループで行う意義があったのではないかと考える。実際に取り組みが終了しても、洗面器を使用し自分自身で足浴を継続する患者や「足浴していますか」と尋ねてくる患者もあり、成果がみられたと実感した。

拒否的な患者や時間帯の変更を希望する患者に臨機応変に対応したことは、患者の意思を尊重し参加意欲の維持につながれたのではないかと考える。また、職員全員で関わり、足浴を楽しんでもらうような、いろいろなアイデアを取り入れたことは、継続して参加できた要因の一つになったと考える。患者の要望で時間帯を分けて足浴を実施したことは、職員の負担軽減にもつながり双方にとって継続しやすい結果となった。

慢性期の統合失調症の患者は自ら痛みや異変を訴えることが少なく、患者が訴えた時や看護者が気づいた時にはすでに重症化していることも多い。セルフケア不足である患者にとって看護者の介入は重要であり、早期発見や迅速な対応が求められる。その観察する場面として足浴は最も効果的な手段の一つであり、業務に導入しやすいと思われる。また、足浴中の何気ない会話や関わりが患者と向き合う場となり、より良い関係性を築いていけることにつながったのではないかと考える。

V. おわりに

足浴を導入し皮膚状態の改善がみられたことは、患者の意識だけでなく職員の適切な介入がいかに重要であるか再認識できた。

今回、実践できなかった患者へも足浴の大切さを伝え、セルフケア向上につながるよう取り組んでいきたい。

参考文献

- 1) 松浦久美子：フットケア介入が末梢皮膚温に及ぼす影響とリラックス効果の検証, 在宅医療助成勇美記念財団, 一般公募研究, 2009.
- 2) 鬼頭和子：統合失調症患者に対するフットケア研究の文献レビュー, P39～P48, 名桜大学総合研究, 2012
- 3) 大出順：会話することの効果, 日本看護倫理学会誌 5(1), 2013

統合失調症患者を対象としたカンフォータブル・ケアの試み

第6病棟 ○玉城 千明 平良 寛
新垣 愛子 山城 綾乃
作業療法課 久保田 翔

I. はじめに

当病棟は認知症・高齢者や統合失調症患者の早期退院を目標に取り組んでいる療養病棟であり、多くの認知症・高齢者は老健施設等へ退院につなげることができている。

前年度の院内学会において、認知症患者を対象にカンフォータブル・ケアを実践し周辺症状が改善されたことを報告した。しかし、現在は、認知症と介護を要する統合失調症の患者が混在しており、ベテラン職員と新人職員とでは看護対応に違いがみられた。また、それぞれの症状が激しいと病棟全体が落ち着かなくなり、易怒性や介護抵抗をする場面が見られ、カンフォータブル・ケアの継続ができていない現状がある。

そこで今回、介護を要する統合失調症患者の精神症状安定と職員間の看護対応を統一する目的としてカンフォータブル・ケアを実践した。その経過と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

2019年3月～5月（3ヶ月）

2. 対象者

- 1) 慢性期の介護を要する統合失調症患者5名。
- 2) 精神科リハビリテーション行動評価尺度(以下Rehabと略す)の全般的評価100点以上の患者。

表1 対象患者の背景

対象者	: 5名(男性3名、女性2名)
平均年齢	: 68歳
診断名	: 統合失調症
平均入院期間	: 1.6年
平均罹患者期間	: 32年

3. 調査方法

- 1) 導入前後に、職員全員へカンフォータブル・ケア項目についてアンケートを実施。
- 2) カンフォータブル・ケア導入前に、職員全員へ勉強会を実施。
- 3) 導入前後に対象者へRehabを実施。

4. 評価方法

- 1) 職員のアンケートから自己評価および対象者のカンフォータブル・ケア項目別調査を検証する。
- 2) 対象者のRehabを導入前後で比較する。

5. 倫理的配慮

- 1) 対象者や家族へ本研究を実施するにあたり研究目的、研究協力の有無により不利益が生じないことについて文書で説明し同意を得た。
- 2) 本研究は当法人倫理委員会で承認を受けた。

III. 経過及び結果

今回は、統合失調症の介護を要する患者へ焦点をあて、カンフォータブル・ケアを導入し、実施前後に職員21名を対象に項目別アンケートを実施した。

Q カンフォータブル・ケアを学んだことはありますか？

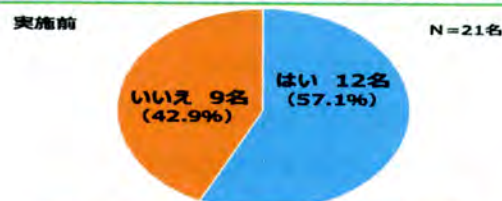


図1 カンフォータブル・ケア学習の有無

実施前の職員アンケート結果を図1に示す。「カンフォータブル・ケアを学んだことはありますか」という質問で「はい」が12名(57.1%)。

「いいえ」が9名(42.9%)であった。また、ベテラン職員と新人職員では、看護対応に違いがあると感じていたため、実施前に職員へカンフォータブル・ケアの勉強会を行った。

カンフォータブル・ケア10項目の技術を表2へ示す。

表2 カンフォータブル・ケアの10項目の技術

- ①常に笑顔で対応する

②常に敬語を使う

③相手と目線を合わせる

④相手にやさしくふれる

⑤相手をほめる

⑥相手に関心を向ける

⑦こちらから謝る態度を見せる

⑧不快なことは早く終わらせる

⑨演じる要素をもつ

⑩気持ちに余裕をもつ

勉強会の後、ベテラン職員からは「習っていたのに10項目忘れていた」、「日頃行っていることが看護技術に結びついている」と再認識した発言があった。新職員からは「こんな技術があったのか」と感心する言葉と、「イライラすることが多く、業務的な対応になっていた」と、患者対応に苦慮していたと話す場面が見られた。

実施後の「カンフォータブル・ケアの勉強会は理解できましたか」の質問に全員が「はい」と答えた。

次に、変化のあったA氏、B氏の症例を報告する。

A氏の導入前後の変化を表3へ示す。

表3 A氏のカンフォータブル・ケア導入前後の変化

導入前	導入後
* 要求が通らないと大声あり。 * 排泄願望が持てない。 * 職員の声かけを無視される。 * 不機嫌になることが多い。 * 日によって、夜間、大声で独唱が聞かれることあり。	<効果があったと感じた項目> * ①笑顔で⑤褒めると、大声が減り、A氏の笑顔も増えた。 * 不機嫌時・失禁時など、⑦謝り、⑧素早く対応すると待つことができ、⑨余裕をもって笑顔したら、「ありがとう」と機嫌良くなった。 <効果が少ないと感じた項目> * ②敬語で話しかけ、③目線を合わせると「意味がわかりません」と視線をそらされた。 * ②敬語で、④触れながら挨拶するが、特に音程と変化なし。

A氏の主な症状は、時折大声を出し不機嫌になり介護抵抗することであったが、カンフォータブル・ケアの10項目中、患者に①笑顔、⑤褒める、を実践すると、大声が少なくなり、「笑顔が増えた」と変化が見られた。しかし、②敬語、③目線の項目は「無視されることが多く効果が少ないと感じた」と答えた。

また、「A氏へ今後もカンフォータブル・ケアを継続したいと思いますか？」の質問では、「はい」と答えた職員は16名(76.1%)、「大きな変化はなかったが、続けることでもっと行動が落ち着くと思う」、「職員と患者それぞれのモチベーションがあがったと思った」と答えた。しかし、「慢性的な患者であるので、ケアによる効果であるか判断できない」「(患者が)翌日には忘れているので変化が見られない」と答える職員もいた。

B氏の導入前後の変化を表4へ示す。

表4 B氏のカンフォータブル・ケア導入前後の変化

導入前	導入後
* ADL全介助であるが、病状不安定で介護抵抗が多い。 * 女性職員に対し威圧的。 * 職員の声かけを無視される。(特に女性職員) * バイタル測定や食事介助時など大声や罵詈が聞かれ、拒否することあり。 * 不機嫌になることが多い。	<効果があったと感じた項目> * ①笑顔で③目線を合わせ、④触れながら、⑦姿勢で対応すると、日によってうはがあるが比較的介護抵抗・拒否軽減。 * 無視されている時やマナーが悪い時、⑤褒めるように声かけをし、⑧素早く対応すると笑顔が見られ、返答することが増えた。 <効果が少ないと感じた項目> * 病状不安定でもあるため、効果があつた上記項目でも拒否することあり。

B氏は、精神症状も不安定で全介助を要するが、女性職員に対しては不機嫌になり介護抵抗することが多い患者である。カンフォータブル・ケア導入開始時も、女性職員がバイタル測定を声かけすると拒否が強かった。職員は⑩の「気持ちに余裕をもつ」ことを意識し、時間をあけて①「笑顔」で、③腰を低くし「目線を合わせ」、④「やさしく触れ」、⑦「お休みのところ、申しわけありません。血圧測らせてください。」と、謝る態度で声かけすると、B氏から笑顔が見られスムーズに測定することができた。

次に、対象者5名の導入前後のRehab結果の平均を、図2に示す。

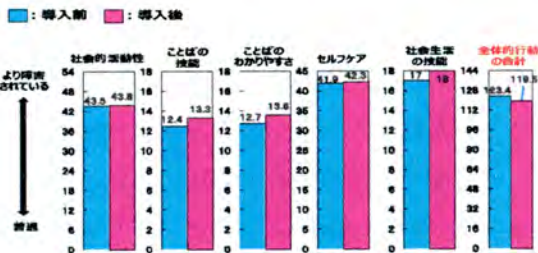


図2 導入前後のRehab全体の平均(各因子別)

対象者5名ともに、Rehabの結果からは殆ど変化は見られなかった。

アンケートの結果から項目⑩を図4に示す。

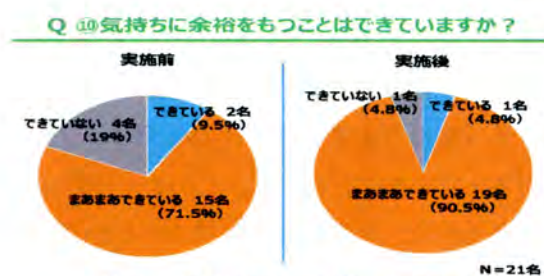


図4 職員アンケート実施前後の変化

全体的に効果があると感じたのは、「⑩気持ちに余裕をもつ」の項目であり、実施前「まあまあできている」が15名(71.5%)、実施後には19名(約90.5%)と変化がみられた。

次に、職員のカンフォータブル・ケア前後の変化について表5に示す。

表5 職員のカンフォータブル・ケア実施前後の変化

実施前	実施後
※ 馴れ合いの言葉を使ったりしていた。 ※ 気持ちに余裕がもてない。 ※ イライラすることが多い。 ※ 心に余裕が持てず、態度に出ていた。 ※ 業務的な対応になることがあった。	※ 意識しながら、敬語や丁寧語を使うようになった。 ※ イライラが減り、患者への対応が丁寧になった。 ※ 患者対応に焦りを感じなくなった。 ※ 自身の笑顔が増えた。 ※ さらに細かく、患者さんの行動や変化に気づくようになった。

実施前は「イライラすることが多い」、「気持ちに余裕がなかった」の発言であったが、実施後は「イライラが減り、患者対応に焦りを感じなくなった」、「気持ちに余裕をもってケアすることができた」と答えた。

IV. 考察

今回、認知症患者だけでなく介護を要する統合失調症患者にカンフォータブル・ケアを実施したことで、職員の疲労感や戸惑いを感じたが、患者の「笑顔が増えた」ことは全体的に効果があったと思われる。

これまで新人職員に対し対応技術について勉強会を実施したことはなかったが、技術面で不安を感じていた職員から、気持ちを引き出すことができ、職員間での情報共有や対応の方法についてコミュニケーションが増えたこと、「焦りを感じなくなった」などの発言から、基本的カンフォータブル・ケアの技術は身につく、看護対応は統一できたと考える。

A氏は、時折大声で意味不明な言葉を発することはあるが、職員は①笑顔、できたことに⑤褒めることを意識して関わったことで、大声が軽減してきたことは効果が得られたと思われる。

B氏は病状不安定であるため、カンフォータブル・ケアを実施するには難しい患者と考えていたが、発語が増え、介護抵抗が軽減したことは、職員が患者の状態に応じて、場所や時間・声かけする順番などを考慮したことが効果につながったのではないかと考える。

今回、患者の自発語やことばの量が増えたことで、Rehab項目「ことばの技能」に変化があるのではと期待したが、実施期間が1ヶ月という短期間では、対象者5名ともに実施前後に大きな変化はなかった。現在、導入段階ではあるが全体的に大声や介護抵抗が減ったことから、カンフォータブル・ケアを今後も継続していく必要があると思われる。

南¹⁾は「カンフォータブル・ケアをいかに組織に根づかせていくかというのは大きな課題です。カンフォータブル・ケアはチーム全体で行うことで有効になります。」と述べている。このことから、カンフォータブル・ケアを定着に結びつけるには、患者の状態や状況に応じて、項目をうまく使い分けしていくこと、看護の質の向上を目指しチーム全体で意識して取り組むことで、患者へ心地よさを提供し安心できる環境作りができるのではないかと考える。

V. 終わりに

今後は、カンフォータブル・ケアで効果のあった看護対応の技術を他部署や他施設へ情報提供を行い、退院支援につなげることができるよう援助していきたい。

引用・参考文献

- 1) 南敦司：カンフォータブル・ケアで変わる認知症看護、精神看護出版、2018
- 2) 瀬野佳代：カンフォータブル・ケアの導入と定着に向けて、精神科看 45、P28～32、2018

統合失調症長期入院患者に対する言語機能改善アプローチ ～調理活動を活用した取り組み～

作業療法課 ○照屋 春奈 喜瀬 夢乃
比嘉 創 山本 大輔
心理課 利根川 義昭

I. はじめに

長期入院の統合失調症患者の中には、自分の要求を「薬」「水」など単語で表現したり、的外れな返答をする方が多い。第27回医学会の報告では長期入院後の退院者と入院継続者の間に、精神科リハビリテーション行動評価尺度(以下 Rehab と略す)の「言葉の意味」の項目で有意差が示されるなど、社会生活にはコミュニケーションの質が重要だと感じる。

調理活動は、工程の多さや段階付けの容易さから当院でも良く用いられ、大野(2014)も、統合失調症患者に調理を行う事で認知機能評価尺度(以下 BACS-J と略す)の言語流暢性が改善したと報告している。そこで今回、長期入院患者3名に対してアセスメント期間を設けた上で、調理活動を行った。作業療法士(以下 OTR と略す)の介入と対象者の変化を考察し、コミュニケーション能力の改善に向けたアプローチ方法を考える。

II. 研究方法

1. 研究期間：

2019年2月～2019年4月(3ヶ月)

表1 対象者の属性

対象者：	女性患者3名
主病名：	統合失調症
平均年齢：	63歳
平均入院期間：	6年
Rehab(言葉の意味)：	3.0点以上(平均6.0)
調理経験：	あり

2. 対象者

病棟内で疎通難があり、Rehab(言葉の意味)の項目が3.0以上の方

3. 調理プログラムについて

週2回実施。火曜日のミーティングと水曜日の調理活動を1クールとし、合計10クールを実施。前期の5クールは対象者個々のコミュニケーション能力を把握する為のアセスメント期間とし、治療的な介入は一切行わなかった。後期では、アセスメントの結果から具体的な介入方法を決定し、個々の対象者へ実践した。

週2回＝1クール(火曜日：ミーティング 水曜日：調理)
全10クール実施(約3ヵ月)



図1 調理プログラムについて

4. 評価方法

- 1) Rehab「言葉の意味」の項目(プログラム期間前後)
- 2) BACS-J(期間前後、及び中間)
- 3) プログラム実施時の言動の変化

5. 倫理的配慮

- 1) 研究にあたり対象者へ研究目的、協力の有無で不利益が生じないことを文書で説明した。
- 2) 研究により個人が特定されないよう配慮し、結果の公表について対象者から同意を得た。

Ⅲ. 経過

A氏は前期では発語自体が少なく、道具が必要でも「包丁」など単語で要求した。会話の途中で廊下を行き来する人に注意が向いたり関係のない調味料の文字に固執したりと、適切に物事に意識を向けることができなかった。OTRはまず、「誰が」「何を」「どうする」といった具体的な内容を聞き返し、SST的に反復して発語練習を行った。また、会話に意識を集中させるよう、廊下側の窓をシートで覆い余計な刺激が入らないように工夫した。結果、後期では、「包丁ある？」と短文レベルで要求できるようになり、冷蔵庫を開けながら「(グラタンに) エビ入れたら美味しいのに。」と状況に合った発言も増えた。

B氏は困った事があると「～お願いします。」と適切に依頼・相談する事は可能だった。しかし、答えに窮してストレスを感じたり病状が悪い日は、唸り声や放歌が顕著になり会話が成り立たなかった。ストレス耐性の低さと情動の安定が課題であり、OTRはクローズド・クエスチョンを用いて答えやすくしたり“一緒に味見・休憩を取る”など楽しむ時間を共有して情動の安定を図った。前・後期で発言内容に大きな変化はなかったが、放歌などが減り落ち着いて会話できるようになった。

C氏は当初、プログラムに対する拒否反応が強く欠席することもあった。他対象者には「早くして」と急かす言動も見られ、OTRの質問に対して、一旦は考えるが、面倒くさそうに、「わからない」と答えるだけだった。OTRはまず楽しんで参加できるよう試食のみの参加や片付けを代行した。またC氏は時間の概念があやふやで不必要に焦る

表2 個々の変化と介入方法

	前 期	OTRの介入	後 期
A氏	・発語量(少) ・発言は単語のみ ・注意が逸れやすい	・SST的な発語練習 ・余計な刺激を遮断	・発語量↑ ・発言が短文レベルに ・注意の持続が可能
B氏	・ストレスに弱い ・唸り声や放歌	・ストレスの軽減 ・保護的な関わり	・落ち着いて参加 ・唸り声や放歌↓
C氏	・参加拒否 ・焦った言動 ・「分からない」	・楽しみの提供 ・終了時刻を提示 ・ヒントを与える	・拒否(-) ・他対象者へ気遣い ・発語量↑

ことが多かったため、「あと10分で終わります。」など終了時刻を分かりやすく伝えた。加えて、考える事をあきらめないように、「それって何に使うのですか？」など語句を想起するヒントを与えるように関わった。後期になると楽しんで参加できており、調理場面では自分から質問する事も増えた。また予想外だったが、OTRの発語を真似て賞賛したり、「“～って” お願いするんだよ。」と他対象者に教える場面も見られた。

Ⅳ. 結果

1. Rehab(言葉の意味)

対象者3名とも若干の改善傾向が見られた。

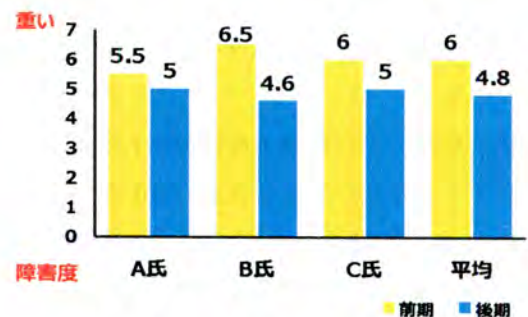


図2 Rehab(言葉の意味)

2. BACS-J

A氏は運動機能、言語流暢性、全体的認知機能において若干改善が見られた。B氏・C氏は拒否のため検査が行えなかった。



図3 BACS-J

V. 考察

A氏の課題は、発語量の少なさと注意が転導する事だった。OTRは具体的な発語のパターンを学習させ、余計な刺激を遮断し会話の内容に集中で

きる環境を作った。結果A氏の発言内容は変化し、Rehab・BACS-Jにも改善傾向が見られた。注意障害がある方に対して、SSTのような学習的アプローチで効果を挙げるためには、何よりも集中できる環境設定が重要だったと考える。

B氏はストレスに弱く、陽性症状に左右されやすいという特徴を持っていた。調理場面だけでなく、BACS-Jの実施時にも唸り声を上げ測定不能となった程である。調理場面では答えやすい質問をしたり楽しめる環境を提供することで発語を引き出した。発語の量や質が改善したというよりは、病状を安定させる関わりがB氏の元々持っているコミュニケーション能力を発揮させたと考える。

C氏の拒否には本人なりの理由があり、調理活動だけでなくBACS-Jに対しても“強要されること”に対して拒絶したのだろう。加えて、時間の概念があやふやなため終了時間の見通しができない不安感も影響したと考える。C氏には、本人が主体的に意欲を持って参加できるような役割と安心感を提供することが重要だった。意欲を持って参加できれば、直接的な介入がなくても、他者の言動から学習できる能力を持っていたと考える。

表3 対象者個々の考察

	アプローチ	結 論
A氏	・具体的な発語パターンの習得 ・会話に集中できる環境	学習的なアプローチで効果を挙げるためには、環境設定が重要だった。
B氏	・楽しめる環境を提供 ・ストレスの軽減	元々備わっているコミュニケーション能力を発揮させるためには、病状を安定させる関わりが重要だった。
C氏	・強要せず、参加意欲を高める関わり ・不安感の軽減	本人が意欲を持って参加することで、自ら学習する能力も持っていた。

VI. まとめ

コミュニケーション障害の原因は様々であるが、細かく丁寧にアセスメントを行った上で適切なアプローチを提供すれば、機能改善できることが示された。また、様々な治療的アプローチを行うためには、工程が多く段階付けのしやすい調理活動のような作業を用いる事も重要だと考える。

ただし、効果があると分かっている今回 OTR が行った様なアプローチを、実際の生活場面で提供し続けることは難しいだろう。プログラムの場で改善したコミュニケーション能力を、如何にして生活場面に般化させるかが今後の課題だ。

まとめ

・コミュニケーション障害の原因は様々

・細かく丁寧なアセスメントに基づき適切なアプローチを行うことで改善が期待できる

・効果的なアプローチを行うためには、工程が多く段階付けのしやすい作業を用いることが重要

改善したコミュニケーション能力を
どのように生活場面に般化させていくかが課題

VII. 終わりに

プログラムを通して、コミュニケーション障害に対するアプローチ方法と、課題が見えてきた。今回得た視点を様々な治療場面で活かし、リハビリテーションの質を高められるよう努めたい。

参考文献

1) 比嘉創 他:『長期入院の統合失調症患者に対するアプローチの視点～精神科リハビリテーション行動評価尺度(Rehab)を用いた検討～』平和病院第27回医学会誌、P52-55、2014.

2) 大野宏明 他:『統合失調症患者に及ぼす料理活動と社会生活技能訓練の効果～認知機能と社旗生活能力の比較～』Kawasaki Journal of Medical Welfare(1341-5077)19巻2号、p54-63、2014.

新プログラムを通してデイケアのアプローチを考える —多様化するニーズに応えるために—

デイケア課○近藤 知江 大城 大志
比嘉 阿耶乃 比嘉 創
医 局 石川 悠

I. はじめに

当院デイケアの利用者は、就労開始前の準備期間として利用する方と日中の居場所として利用する方に大別されるが、それぞれのニーズに特化したプログラムは現在実践されていない。地域に様々な社会資源が増えた中で、利用者の要望を正確に捉えニーズに沿ったプログラムを提供することが“選ばれるデイケア”になる条件であると考ええる。

今回、デイケア利用者に対して新たなプログラム（以下“新プロ”と略す）を導入した。効果を検証することで、ニーズに沿ったプログラムを実践する一助としたい。

表1 はじめに

- 【課題】 利用者のニーズに特化したプログラムがない
- 【目的】 利用目的を把握し、ニーズに沿ったプログラムを運営する
- 【方法】 新しいプログラムを実施し効果を検証する

II. 研究方法

1. 研究期間

2018年5月～2019年2月

2. 対象者

2018年5月～2018年9月の間にデイケアを始めた統合失調症患者34名。

プログラムを実施した方17名を“実施群”とし実施しなかった17名を“未実施群”とする。

3. 評価方法

プログラムの経過を振り返ると共に、実施群と未実施群の通所開始6ヶ月後の転機を比較した。

尚、2群の属性（年齢・性別・過去のデイケア利用回数）に有意差がないことを確認した。

表2 研究方法

- 【対象者】 2018年5月～9月の間にデイケアを開始・再開した34名（実施群17名 未実施群17名）
- 【評価方法】 ①プログラム実施中の経過
②実施群と未実施群の通所開始6ヶ月後の転機を比較
- 【倫理的配慮】 当法人倫理委員会にて了承済み

4. 新プログラムの説明

1) 目的

実施群個々の利用目的を明確にし、ニーズに沿ったアプローチを行う。

【目的】 利用目的を明確にし、ニーズに沿ったアプローチを行う



図1 新プログラムについて

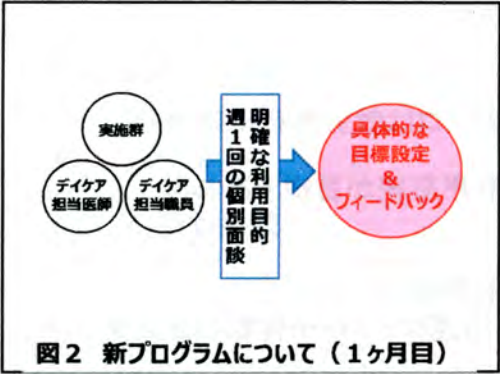
2) 期間

デイケア利用開始から3ヶ月間

3) プログラムの内容

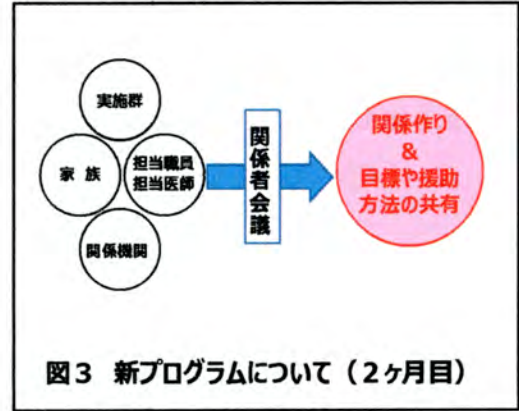
① 1ヶ月目

まず実施群に個別面談とアンケート調査を行い、デイケアの利用目的を明確にした。その後も職員及びデイケア担当医師各々が毎週面談を実施。1週間毎の具体的な目標設定とフィードバックを行った。



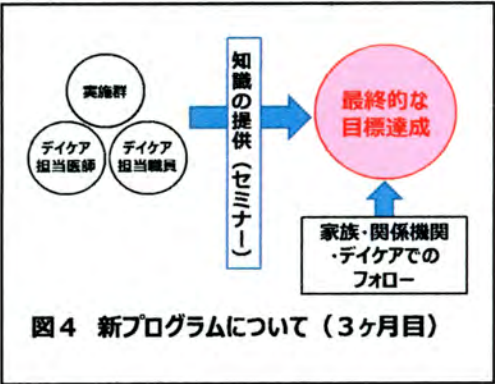
② 2ヶ月目

家族、関連機関を含めた会議を実施。関係作りを行うと共に、プログラム終了以降の目標と具体的な援助方法を共有した。



③ 3ヶ月目（セミナー）

目標達成に向けて実際に就労体験を始めたたり、必要な知識をセミナーで提供した。適時の個別面談を継続しながら、家族・関係機関は本人のストレスケアに重点を置き、負担を感じない環境作りを行った。

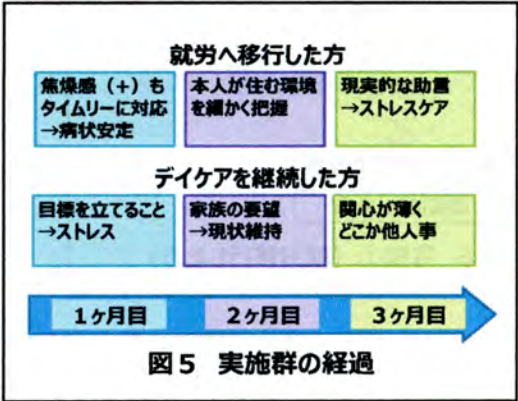


Ⅲ. 経過

実施群から就労へ移行した方の中には、プログラム開始時に具体的な目標に取り組むなかで焦燥感を訴える方もいたが、タイムリーにデイケア担当医師の面談や定期外受診につなげることで病状

は安定した。関係者会議では、過干渉や無関心といった家族との関係性を把握することで実施群が置かれている環境をより細かく捉えることができ、その後のセミナーや就労開始後に相談相手になった時にも、より現実的な助言をすることができた。

一方、新プロ終了後も変わらずデイケアを継続した方の多くは、明確な目標を立てることにストレスを感じていたり、家族からも現状維持を望む声が多く、セミナーを行ってもどこか他人事に捉えているようだった。



Ⅳ. 結果

表3 プログラム開始6ヶ月後の転機

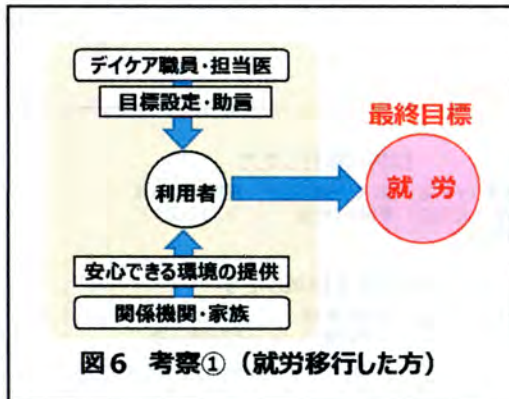
	実施群 (17名)	未実施群 (17名)
就労へ移行した方	5名	無し
デイケアを中断した方	2名	2名
デイケアを継続した方	10名	15名

実施群のうち5名は、1ヶ月目で就労を目標に掲げ、新プロを行う事で全員がタイムリーに就労へ移行できた。未実施群からは、半年以内に就労へ移行したものはなかった。

また、期間中にデイケアを中断した方は、実施・未実施群ともに2名ずついた。デイケアを継続するには新プロの効果は薄かった。

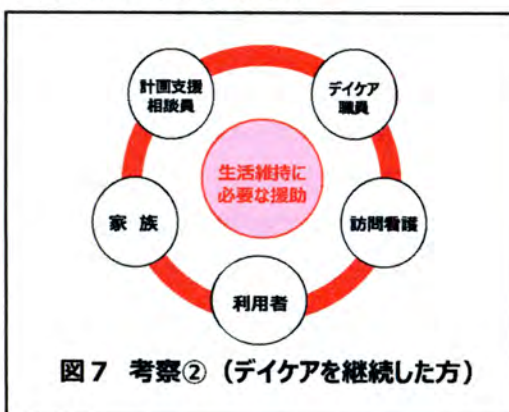
V. 考察

就労移行を目指す利用者にとって目標達成までには、病状や生活の安定、作業能力の向上、ストレスの対処法など多くの課題がある。先々の予測が苦手で混乱しやすい統合失調症患者にとって、目の前の“頑張れば出来る”ことから目標を設定し始めたことは、最終目標へ向けて意欲を高めるきっかけになったと考える。



関係者会議では本人の置かれた環境・状況を共有したことで、共通の意識を持って援助することができた。職員の面談だけでなく、家族や関連サービスの支えがあるという安心感は、前向きな姿勢で目標に取り組む基盤になったと考える。

一方、デイケア継続を目標とする利用者は、怠業やひきこもりなど、直面する課題と対策が明確で、迅速にサポート体制を確立する事が優先される。そのため、スピーディーに家庭状況や家族関係を把握することが重要で、時にはデイケア職員が自宅に出向いて情報収集するような体制作りも今後必要になると考える。



VI. 結語

- 新プロは就労移行に効果的
- 利用継続が目標であれば
効果は薄い
- 利用継続には
迅速なサポート体制の確立を

図8 結語

VII. 終わりに

新たなプログラムを導入することで、ニーズに応えるために必要なアプローチが見えてきた。地域におけるデイケアの役割の確立を目指しデイケア運営に取り組んでいきたい。

参考文献

- 1) 長谷川直美 他:『精神科デイケア 必携マニュアル-地域の中で生き残れるデイケア-』金剛出版
- 2) 真栄城兼吾 他:『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みえてきたもの-』第29回志誠会医学会誌

自立訓練事業所しせいかいの役割と今後の展望 ～症例を通して考える～

社会復帰施設部 ○西 良樹 阿部 京子 島袋 愛梨
真喜志 要 平良 正也 金城 孝司
嘉陽 須賀子

I. はじめに

現在、自立訓練事業所しせいかい桜邸（以下、桜邸と略す）には長期入院を経て入所してくる方が大半を占めている。障がいの程度も多様であり、中には依存的で自立した生活に向けての意識や意欲も乏しく、また長期入院の影響でこれまでの生活とのギャップに戸惑う入所者も見られる。

しかし施設生活に慣れるにつれ、表情が豊かになり発語が増え、更には外出したり活動性が上がるなどの行動や心理面に変化が生じたりする。

そこで今回は生活訓練（自立訓練）の効果が見られた1症例を通して桜邸の役割と今後の展望について若干の考察を加えて報告する。

を提供している。

III. 研究方法

1. 研究期間

平成30年7月～令和元年6月

2. 生活訓練（集団・個別プログラム）

3. Rehabの評価

平成30年3月13日～平成31年3月13日の期間、入院中2回と桜邸入所後2回、計4回のRehabの結果を社会的活動性の因子とセルフケアの因子を比較検討する。

4. 症例紹介（表2）

症例は50歳代、女性。診断名は統合失調症、2型糖尿病。高校卒業後、結婚、出産するが、出産後に離婚する。その後、職を転々とし自宅で引きこもり状態となる。31歳で某精神科へ入院し、軽快退院後、平和病院初診する。外来治療継続するも不眠や独語、空笑、入浴もせず生活リズムが不規則となる。以後3回の入退院を繰り返し、入所直前の入院期間は約2年7ヶ月で長期入院であった。3回目退院後、無為自閉状態でADLが低下し、自宅生活困難にて桜邸入所となる。

II. 桜邸の概要

1. 入所期限（表1）

入所期限は原則として2年。1年以上の長期入院対象者は必要に応じて追加で1年延長が可能。

表1 桜邸概要

入所期限：原則2年
：長期入院対象者は追加で
1年延長可能
定員：20名
事業の目的：自立訓練（生活訓練）
：宿泊型自立訓練
：短期入所（空床利用型）

2. 定員

20名（男女併せて）

3. 事業の目的

事業の目的は、自立訓練（生活訓練）、宿泊型自立訓練、短期入所（空床利用型）の福祉サービス

表2 症例

- ・50歳代 女性
- ・診断名：統合失調症、2型糖尿病
- ・入院回数：3回
- ・研究期間：平成30年7月～令和元年6月
- ・アセスメントから見た課題
 - ①ADLの低下と臥床傾向
 - ②無為自閉状態
 - ③発語が殆ど無く手ぶりで表現する
 - ④糖尿病の意識が低い

5. アセスメントから見えた課題

個別支援計画書を作成する為、アセスメントを行う。入所時はADLが低下しており、頭髮がべっとりして、ブラシを通す事も全く行っていない状況であった。入浴や身だしなみを整える事に必要性を感じておらず、無頓着な状態で衣服が捲れ上がり、腹部が見えても気にも留めていない。更衣も出来ていない為、体臭もある。服薬は日付間違いをしても気にも留めず服薬の意識が薄い。

無為自閉状態であり、こちらからの問い掛けにも発語は無く手ぶりで表現する事が多い。また糖尿病の診断を受けているが、本人が要求するまま菓子類を大量に差し入れたりする等、本人、家族共に意識が低い。入所時は食欲旺盛で食事以外や日課活動以外は居室にて臥床傾向で、昼夜逆転気味、交流も乏しかった。本人の良い面としては、調理が好きで、調理の話題を提供すると身を乗り出し、興味、関心を示した。

IV. 訓練の取り組み

1. 個別支援計画書の作成

アセスメントで挙げた4つの課題を受けて個別支援計画書を作成する。(表3)

表3 個別支援計画書

[illegible]

当面の目標としてプラン①施設での生活にメリハリを付ける事ができるを課題として設定。支援目標としては、施設での日課活動（生活訓練）へ継続して参加出来るとした。本人の役割は、生活訓練の理解を促し毎回参加する事。日課表に沿って生活を送る。体調が悪い時は、自らその旨を職員に伝えると設定する。

プラン②の課題として、身だしなみを意識できる。支援目標としては、毎日入浴と更衣が出来る。本人の役割としては本人用のドライヤーとブラシを準備する。日課スケジュール表の入浴日を守る。

プラン③の課題として、安心して内服管理及び体重管理が出来る様になる。本人の役割は1日管理から始め、日付間違いが無いか、内服の空き袋を職員に確認させる。健康チェック（体重・血圧測定）を毎日記入する。

2. 日課表の作成

生活訓練は、桜邸日課表及び活動プログラム（表４）に沿って本人と面談しながら個別にあった日課表と個別訓練計画書を作成する。

活動プログラムの目的及び内容は(表5)に示す。午前の日中活動は身体プログラムを実施。11時から約40分間のウォーキングを行う。昼食後と夕食後は、DVD・TV鑑賞時間を1時間設定する。午後は曜日毎にテーマを設け、個別支援では、現状の課題に対してのフィードバックや居室清掃、シーツ類交換等も行う。その他は、生活の知恵(生活向上プログラム)、結い桜の会(ボラン

ティア活動)、ゆんたく会 (他者交流) 等々のプログラムを提供している。15 時からは入浴時間を設定し、服薬は、毎回職員の前で行う。

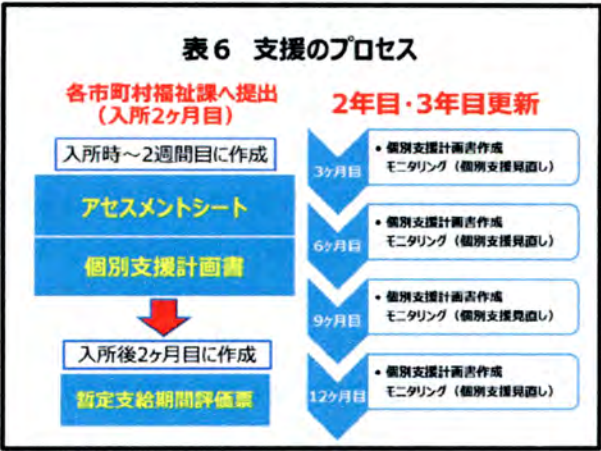
表 4 日課表及び活動プログラム								
	時間	月	火	水	木	金	土	日
午前	9:00				朝 礼			
	10:00 ～ 11:00	桜トレ	桜トレ	桜トレ	休 日	桜トレ	付添看護士	休 日
	11:00				フーキン			
	12:00				緑 食・昼食後室			
午後	12:30				DVD・TV鑑賞			
	13:30 ～ 15:00	個別支援	生活の知恵	結い桜の会	休 日	ゆんたく会	買い物支援	休 日
	15:00				入 浴			
	18:00				夕 食・夕食後室			
	18:30				DVD・TV鑑賞			
	20:00				寝る前室			
	21:00				就 寝			

表5 活動プログラムの目的及び内容	
・桜トレ(筋力トレーニング)体力維持向上のための運動	【リハビリボール、ストレッチバンドを使用したトレーニング】
・椅子ストレッチ、体幹トレーニング、姿勢矯正ストレッチ	
・住環境美化	【施設内共用場所清掃、施設外周清掃】
・個別支援	【ADL指導、内服管理指導、居室訪問、個別面談】
・生活の知恵(生活に必要な知識や技術を身につける活動)	【調理実習、書道、図書館や役所等の資源を学ぶ】
・結い桜の会(地域に関心をもち、地域交流を深めるボランティア活動)	【上江洲公民館での折込作業、上江洲区周辺清掃、浜比嘉島清掃】
・ゆんたく会(他者交流を通してコミュニケーション技術を身につける活動)	【グループディスカッション、外出体験】
・セミナー、全体ミーティング、買い物支援 ※土曜日午後の活動	
・その他・・・当番活動(配膳、清掃、朝礼司会等)	

3. 支援プロセス

訓練は、表 6 に示す支援のプロセスに沿って 3 ヶ月毎にモニタリングを繰り返しながら開始する。まず、殆どの入所者が 2 ヶ月の暫定期間付きの受給者証が支給され、入所 2 週目にはアセスメントシートの作成が始まる。次に本人と面談し課題の設定し、2 ヶ月を目標に個別支援計画書を作成する。2 ヶ月以内の暫定支給期間評価を行い、その結果を市町村の福祉課へ提出する。

その後、1 年単位で正式に支給が決定される。サービス受給決定後からは 3 ヶ月毎のモニタリングを繰り返し、1 年目の更新の際には 3 ヶ月毎の個別プランと達成で出来なかった課題をまとめた評価票を添えて更新申請を行う。



V. 訓練経過と結果

訓練の経過と結果を表 7 に示す

1. 1 期 (平成 30 年 7 月～平成 30 年 10 月)
1 期目は生活リズムと ADL 改善に重点を置いて実施する。身だしなみや入浴は促しが必要で、活動以外はほとんど居室に籠り、声掛け誘導しないと一日中臥床傾向で周囲への興味、関心を示さなかった。言葉は早口で、聞き取りにくかった。服薬管理は 1 日管理から試みる。日課のメリハリをつける為、毎日活動へ参加する事を本人の役割とした。結果、日中活動への拒否は無く毎日参加する。しかし生活にも慣れてきて、時間にルーズな面が顕著となり朝礼、活動への遅刻が目立つ様になる。入浴は毎日促されて行っていたが継続できず、3 日に 1 度のペースになった。食欲は旺盛で空腹を抑える事が出来ず、間食の量も多く、近くのコンビニまで徒歩で外出する事が 2、3 度見られた。家族への差し入れ要求も多く、3 ヶ月で 4.3 kg 増となる。
- 好きな調理活動にはリーダー的な役割を与える事で、他者との距離間も徐々に縮まり、活動への参加意欲も見られ、発語量も増えてきた。
2. 2 期 (平成 30 年 11 月～平成 31 年 1 月)
2 期目は、調理活動に継続して積極的に参加出来ており食材購入を任せても責任を持って行える。調理活動中は他の入所者へ手順を教えたり、手伝う等の配慮や気遣いも見られ、集中して取り組む

事が出来ている。入浴や身だしなみに関しては促しても気分にはムラがあり、毎日保持することが出来ない。その他、当番を遅れたりして、他者から罵声や挑発を受ける時もあるが全く動じない。他者との衝突もなく、誰とも穏やかに交流が出来る。

健康管理面では「糖尿病」の認識が薄く、施設内の「セミナー」で入所者全員で勉強会を開催。また家族同席の面談を行い、協力を求めた。桜邸見学者へ「桜邸は自由で楽しい」と自信をもって話されたり、ゆで卵4個を1度で食べたり、買い物支援でカップラーメン20個、大量のスナック菓子など両手いっぱい抱えて帰所されるなど、本人へ減量や間食を自制するよう注意喚起を促すが危機感もなく食欲旺盛、運動への無関心な状態が持続する。結果、HbA1c 8.4%となる。

3. 3期（平成31年2月～平成31年4月）

3期目に入ると糖尿病対策を最優先として支援した。個別面談の回数を増やし、家族共々「糖尿病」を理解出来る様に分かり易く、少しずつ病識を深めていった。また素直な性格のストレンスを活用し、ストレスの負荷を与えない程度にウォーキンググループを結成し、運動を開始する。臥床傾向に陥る食後対策に、昼食後と夕食後にDVD鑑賞時間を1時間設けた。ドラマに集中し、感動し涙を流す場面も見られた。カロリー消費する事への意識が芽生え、徐々に間食は減っていった。ところが、1度だけタクシーを使いファストフード店へハンバーグを食べに出掛けた事を自ら報告する。その後からカップラーメンを購入することはなくなる。自ら考案したおやつは「かつおの削り節」の1袋を1週間かけて食べる。「酢こんぶ」を1日5本を味わいながら、ゆっくり食べる。炭酸飲料も購入しなくなった。そんな中、本人が唯一の楽しみにしている事は、定期受診後の家族との会食や、桜邸の調理活動はストレス発散の場所になっている。改善意欲が高まる事で、少しずつではあるが数値に変化が表れ、HbA1c 7.5%と僅かに減少する。また内服への意識も見られる。問い掛けにも手振りだけではなく、笑いながら受

け応え、表情も豊かになる。

4. 4期（令和元年5月～現在）

長期休暇であるGW期間中における生活リズムや食事の乱れが懸念されたが、本人の改善意欲を保持し、間食に対する自制も出来ている。GW後の採血結果は、前回より変化は小さいが、悪化はしていない事実は評価した。

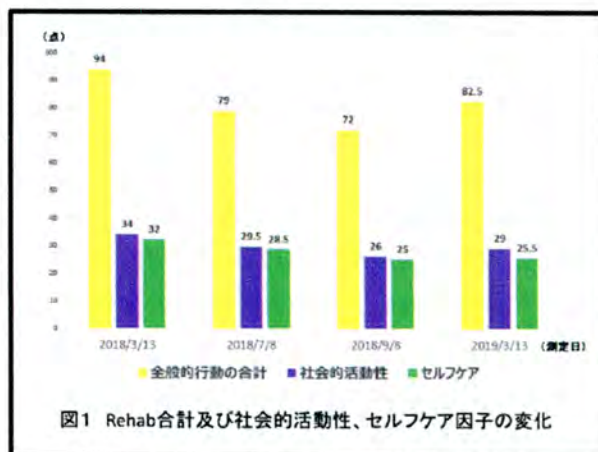
然しながら、3度の食事や間食を自主的に抑制した結果、空腹感を水によって満たそうとするきらいがあり、多飲水傾向への新たな課題が浮上する。HbA1c 7.4%となる。

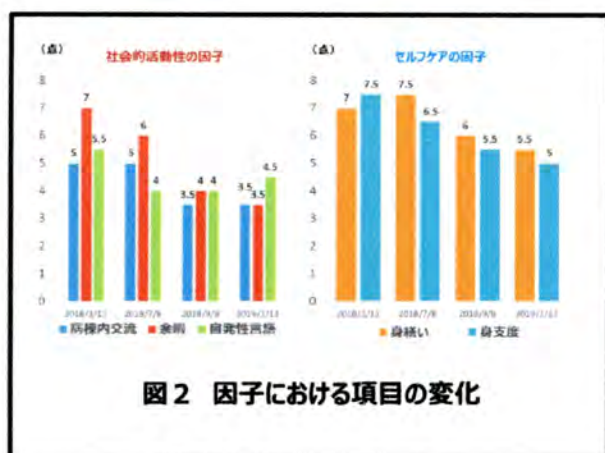
表7 訓練経過と結果

	1期 平成30年7月 ～ 平成30年10月	2期 平成30年11月 ～ 平成31年1月	3期 平成31年2月 ～ 平成31年4月	4期 令和元年5月 ～ 現在
重点を置いた課題	生活リズム・ADL指導 糖尿病対策 食生活指導	生活リズム・ADL指導 糖尿病対策 食生活指導	生活リズム・ADL指導 糖尿病対策 食生活指導	生活リズム・ADL指導 糖尿病対策 食生活指導
支援方法	・個別面談 ・糖尿病チェック表 （血圧・体重測定） ・糖尿病指導（1日） ・食生活指導と運動指導 ・糖尿病指導でリーダー 的役割をさせる	・個別面談 ・糖尿病チェック表 （血圧・体重測定） ・セミナー参加者支援 ・糖尿病指導 ・DVD鑑賞時間設定	・個別面談 ・糖尿病チェック表 （血圧・体重測定） ・ウォーキング グループ結成 ・DVD鑑賞時間設定	・個別面談 ・糖尿病チェック表 （血圧・体重測定） ・ウォーキング グループ結成 ・DVD鑑賞時間設定
支援後の変化	・糖尿病指導を通して 動機づけ、意識を 高める ・入所1週/2日 ・入所2週/4日 ・入所3週/6日 ・HbA1c 8.4%	・糖尿病指導で動機 づけ、意識を 高める ・入所1週/2日 ・入所2週/4日 ・入所3週/6日 ・HbA1c 8.4%	・ウォーキンググループ 結成、食生活指導 ・ウォーキンググループ 結成、食生活指導 ・ウォーキンググループ 結成、食生活指導 ・ウォーキンググループ 結成、食生活指導 ・HbA1c 7.5%	・自主的な食事の自 制が出来る ・歩数計、運動になる ・入所1週/2日 ・入所2週/4日 ・入所3週/6日 ・HbA1c 7.4%

5. Rehabの結果（図1、図2）

入院時と桜邸入所後では、社会的活動性5項目の中で「病棟内交流」が7点から3.5点、「自発的言語」が5.5点から4.5点、セルフケアの「見繕い」が7点から5.5点、「身支度」が7.5点から5点と僅かに数値に変化が表れた。全般的行動の合計では、94点から82.5点であった。





VI. 考察とまとめ (表8)

当初は、施設生活に慣れさせながら日課やADL面を重視し取り組みを行ったが、整髪、入浴、身だしなみに関してはまだまだ促しが必要で、自主的に意識して取り組む事までには至っていない。その為、生活リズムの改善にはまだまだ時間が必要である。糖尿病の病識が低い事については、家族も巻き込み取り組んだ事が危機感を覚え、インスタント食品、菓子類、炭酸飲料等の間食を自制出来るなど意識の改善に繋がったと思われる。その結果、僅かではあるが血糖値の数値にも変化が表れ、その事でウォーキングも拒否せず継続出来たと思われる。元来調理が得意で普段は無表情であるが調理の話題になると興味、関心を示した。リーダー的な役割を与えた事で、率先してレシピの説明や食材の確認を行う等、発語量も増え、他者との会話も増えた。日中活動でも自分の意見を率直に発言するなど自発性が引き出されたと思われる。Rehabの数値結果では、社会的活動の因子とセルフケアの因子では期待する程の変化は表れなかった。施設見学者にも「桜邸は自由で楽しいよ。」と発言するなど心理的な変化も垣間見られた。

その結果から、これらの変化が見られた要因として①目標を持ち職員が寄り添いながらフィードバックを行った。②それを繰り返す事で成功体験の強化に繋がり自信となった。以上の2点が挙げられる。

桜邸では入所時アセスメントを行い挙がってきた課題に対して、どのようにアプローチしていく

かスタッフミーティングを通して議論を重ねている。担当者だけでなくスタッフ全員で課題を共有し向き合う事で、一貫した支援が可能になっていると思われる。また目標値が高くてクリア出来なかった場合は、達成可能な目標に再設定し、成功体験させる事も大事であるとする。

今回の症例は、与えられた課題に対してフィードバックとモニタリングを繰り返す事により自己に関心が芽生え、行動や心理的な面に変化が見られたと思われる。この事は入所者とスタッフ等の密な関係性が築かれた中での個別支援のプロセスが功を奏したと考えられる。

表8 まとめ

- ・ADL声掛けにて行える様になった
- ・楽しみながら日中活動に参加出来ており施設生活に対しても前向きな発言をする
- ・入所者との交流が見られ表情が豊かになった
- ・臥床傾向は声掛け継続が必要
- ・糖尿病に危機感を感じ、間食等を自制する
- ・HbA1c 8.4%→7.5%→7.4%に変化

VII. 最後に

昨年度より施設のマンパワーが充実し、入所者ひとりひとりの個別支援にも重点を置く事で、じっくり時間をかけて向き合うことが可能となった。目標設定と修正を一緒に行い、自立に向けたプログラムをモニタリングしながら実行している。

また入所者個々のアセスメント、モニタリング情報を共有し、職員と計画相談員でそれぞれ多角的に一貫して密に関わる事で良い方向に導けると考えている。その為、個別プランを作成するにあたりアセスメントが重要になる。何が課題か、何に取り組むか、どう改善に導くかを一緒に考える事により、本人も課題に向き合える事が出来る。

私達の役割は入所者自身が本来持っているエンパワーメントを引き出して自立への自信を持たせ維持させながら、自分らしい生活が出来る様に支援していく事である。

現在、桜邸では新しいアセスメントシートを作

成し、チェック項目を細分化する事で、これまでよりも掘り下げたアセスメント作成に取り組んでいる。今後も個別支援の取り組みや生活訓練プログラムが本当に効果があるのか日々模索し、試行錯誤と改善を繰り返し、地域移行へと繋げていきたい。

参考文献

- 1) 金城 則子 他：『援護寮「桜邸」・福祉ホーム「小桜邸」の現状とその役割ー生活訓練評価票を通してー』第8回志誠会医学会誌
- 2) 崎山 さつき 他：『社会復帰施設における指導と援助のあり方を考えるー症例を通してー』第14回志誠会医学会誌

新規患者の来院が集中する日の探索的調査

診療相談課 ○渡嘉敷 鈴奈 神部 香織 新垣 肖子
屋宜 千賀子 神村 智美 高屋 幸佑

I. はじめに

精神科及び心療内科への受診件数は、厚生労働省のデータによると、平成 20 年には 290 万件であったが、平成 29 年には 389 万件となり、増加傾向にある。当院を初めて受診する患者（以下、新患と略す）の件数は平成 20 年が 261 件、平成 29 年が 539 件で 2 倍以上になっており、当院においても増加傾向にある。

予約制をとっていない当院の性質上、日によって新患件数には偏りがあり、新患の来院が集中する場合は、診療相談課（以下、相談課と略す）においても、限られた人数の中で、その対応に翻弄されているのが現状である。相談課では新患を含む外来患者だけでなく、入院患者についての支援や訪問看護などの業務も兼務しており、過去の新患来院日について調査し、新患の来院が集中する日について予測ができれば、業務改善の一助となると考えた。今回、新患が集中する日については見当がつかなかったため、探索的に検証を行った。

II. 対象及び方法

1. 対象者

平成 30 年 1 月～12 月の診療日に受診した新患（ただし、休診日と時間外を除く）

2. 方法

電子カルテ及び相談課の申し送り簿から、新患来院日数を集計し、さらに一日の新患件数別でも集計を行った。また、新患件数を「月別」、「曜日別」、「時間帯」、「休診日前」、「休診日明け」、「休診日前後以外」とカテゴリー別でも集計し統計処理を行った。

3. 分析方法

月と曜日、時間帯が与える新患件数の差を検討するため、月と曜日、時間帯を独立変数とし、新患件数を従属変数とした 3 要因の分散分析を行った。同様に、休診日前と休診日明け、休診日前後以外の日における新患件数の影響を検証するため、休診日前と休診日明け、休診日前後以外の日を独立変数として新患件数を従属変数とする分散分析も行った。休診日前、休診日明け件数については一日あたりの件数に換算した。

統計ソフトは HAD を使用した。

III. 経過及び結果

1. 新患来院日数

平成 30 年に診療を行った 243 日のうち、新患の来院があったのは 229 日であった（図 1）。

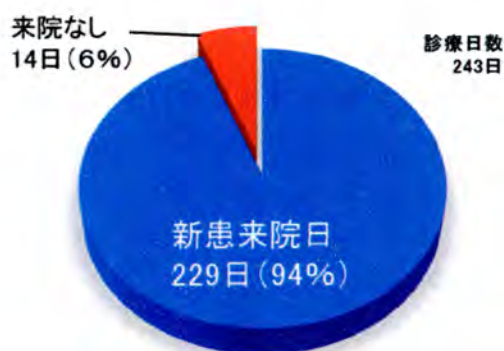


図1 新患来院日数

2. 1日の新患件数別日数

1日の新患件数を日数別で分類すると、1人～3人が来院する日を中心とした山型となっており、全体の60%を占めている。新患件数を平均すると一日あたり 2.6 ± 1.6 件で、最小0人（14日）～最大が10人（1日）であった（図2）。

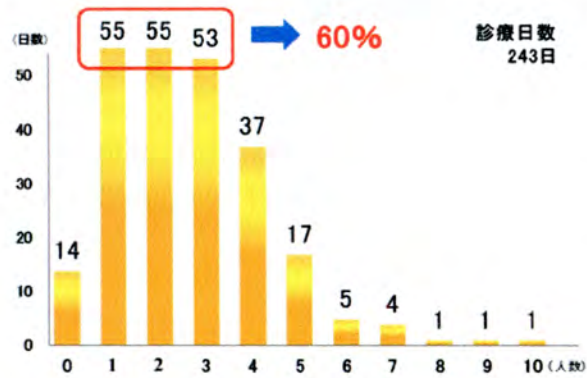


図2 一日の新患件数別日数

3. 月別新患件数

月別の新患件数は、月平均 53.5 人に対し、1 月～4 月は連続して平均を下回っている。新患総数は 642 人であった (図 3)。

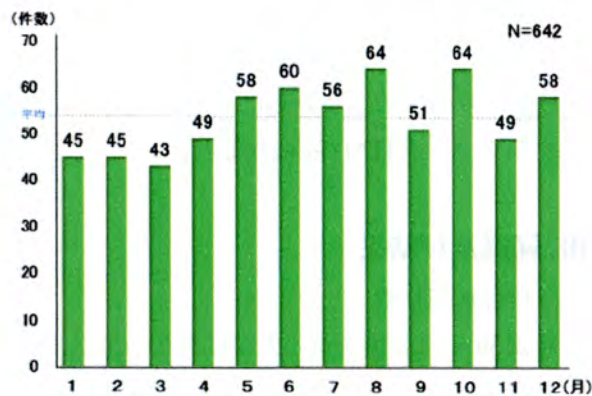


図3 月別新患件数

4. 曜日別新患件数

曜日別新患件数は、土曜日が 110 件で他の曜日に比べると少ない傾向が示された (図 4)。



図4 曜日別新患件数

5. 時間帯

時間帯については、午前・午後で新患件数に大きな差はみられなかった (図 5)。

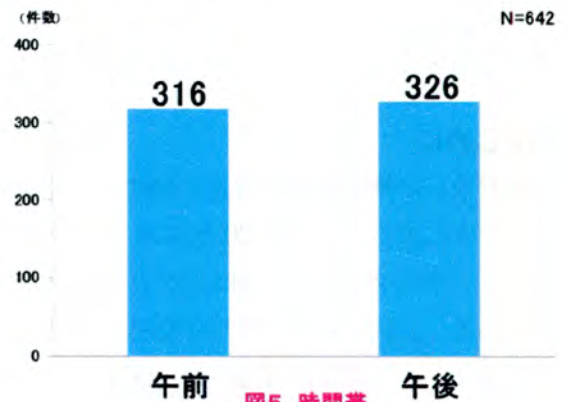


図5 時間帯

6. 休診日前後の比較

休診日前後で新患件数を比較すると、休診日明けが 150 件と多く、次に休診日前が 122 件、休診日前後以外が 98 件と続いた (図 6)。

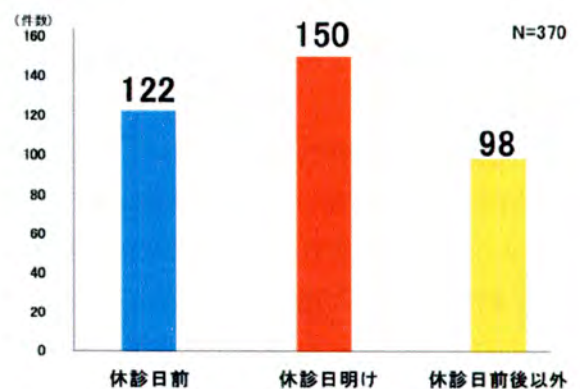


図6 休診日前後の比較

以上の結果から、さらに詳細な分析を行うため、月、曜日、時間帯を独立変数とし、新患件数を従属変数とする分散分析を行ったが、すべての要因における主効果で有意な差はみられなかった。【月, $F(11, 103) = 0.760$, $p = .678$; 曜日, $F(4, 103) = 0.640$, $p = .635$; 時間帯, $F(1, 103) = 0.114$, $p = .736$] (表 1)。

表1 月、曜日、時間帯の比較

	平均 (SD)	F値	95% 信頼区間	P値
月	53.5 (7.1)	0.79	.00~.09	.64
曜日	128.4 (9.5)	0.67	.00~.07	.61
時間帯	315.5 (5.0)	0.12	.00~.04	.73

次に、休診日前と休診日明け、休診日前後以外で分散分析を行った結果、全体で有意な差がみられた。【 $F(2, 69) = 6.488, p = .003$ 】。さらに要因ごとの比較では、休診日明けと休診日前後以外において有意な差がみられた(表2)。

表2 休診日前後の多重比較

主効果P値 .003**

		平均値の 差	標準誤差	95%信頼区間		有意確率
				下限	上限	
休診前	休診明け	-1.1	0.6	-1.1	0.0	n.s
	前後以外	1.0	0.6	-0.1	1.0	n.s
休診明け	休診前	1.1	0.6	0.0	1.1	n.s
	前後以外	2.1	0.6	0.4	1.6	.002**
前後以外	休診前	-1.0	0.6	-1.0	0.1	n.s
	休診明け	-2.1	0.6	-1.6	-0.4	.002**

** $p < .01$

IV. 考察

平成30年に診療を行った243日のうち、新患が来院しなかったのは14日であり、ほぼ毎日新患は来院している。件数としては1日に1人~4人が来院することがほとんどであったが、新患が1日に5人以上となる日も少なからずあり、そうした日に特に業務が慌ただしくなると考える。

各月別の比較では有意差はみられなかったが、1月~4月は連続して平均を下回っており、この時期に時間をかけて取り組む業務を行うなど、今後の参考としたい。

また曜日別の比較においても有意差はみられなかったが、土曜日は公的機関等が休みで問い合わせ等も少なく、土曜日の件数が増えることで他の曜日の負担軽減に繋がると考えられる。土曜日に

診療していることを知らなかったとの声を聞くことも多く、今後対策を考えることで業務改善に繋がると考えられる。

今回、休診日前後以外と比較し、休診日明けに新患が集中する傾向があるとの結果を探索的な検証から得ることができたが、特定の月、曜日、時間帯という枠が決まった形の要因ではなく、休日明けという、曜日が流動する要因であったため、要因の特定が容易ではなかったと考えられる。

一般的には「ブルーマンデー」や「サザエさん症候群」という言葉が表すとおり、月曜日に憂鬱になり、新患が集中することも想定されたが、月曜日が祝日となることも多く、必ずしも月曜日に新患が集中するという結果にはならなかったと考えられる。

また当院の診療体制上、金曜日も休診日明けとなるが、金曜日は一般的には土日休み前の駆け込み受診が想定され、それも結果に影響したと考えられる。

本研究と同趣旨の論文は過去に報告されておらず、比較ができないが、公共機関等においても休日前後に混み合う旨の案内を行っていること多く本研究においても、その傾向が示されたといえる。

以上の内容を踏まえ、相談課では、休診日明け(主に月・金曜日)に新患対応に備え、相談課内で行える業務を中心とし、休診日前後以外(主に火曜日)に福祉サービスの申請や退院前訪問などの部署外業務を行うことで業務を円滑に行う一助になりえると考えられる。

V. 終わりに

今後、地域包括ケアや地域医療を推し進めていくにあたり、退院前訪問等、部署外での業務がさらに増えていくため、今回の結果を踏まえた上で業務体制を考えていきたい。

最後に、本研究では新患が集中する日の傾向を特定する足がかりを得ることができたが、極端に新患が集中する日の特徴や連休後の関連など、さらなる検証の余地もあり、今後の課題としたい。

統合失調症患者の入院の長期化は何をもって予測できるのか？ ～転帰からみた精神科リハビリテーション行動評価尺度(Rehab)を用いた後方視的研究～

心理課 ○榎木 宏之, 利根川 義昭

I.はじめに

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計画を立てており、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である。早期退院を促進するためには、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重要である。

弁別の方法については、実践の現場を考えると、行動観察によって入院長期化の可能性を評価し得る社会機能の使用が有用ではと思われる。

社会機能尺度の一つとして Rehab (Rehabilitation evaluation Hall and Baker: 精神科リハビリテーション行動評価尺度; Hall and Baker, 1983; 田原ら, 1984) がある。Rehab は国際的に広く活用されてきた尺度だが、入院中の患者の中に、長期入院化を予測する要因を見出す研究は、まだ見られない。この点が明らかになることは、退院支援において有用と思われる。

そこで、本研究では、社会機能の中に潜む、1年以上の入院継続の可能性を予測するリスクファクターを抽出するため、Rehab を用いて後方視的に検討することを目的とする。

なお、「後方視的」とは、研究する時点から過去に遡って、障害や症状の要因を見出す研究方法を意味する。

II.研究方法

1. 対象者

対象は、2000年1月～2017年12月の期間中に入院し、入院中 Rehab が評定され、かつ、以下の条件を満たした174人の患者を対象とした。

対象選択基準は、以下の9項目とした。すなわち、①統合失調症 (ICD-10: F20.5) と診断された入院患者、②対象年齢は18歳から74歳まで、③入院後、3ヶ月～1年未満の間に病棟で Rehab 評

定が行われた患者、④入院前の6ヶ月間に精神科病院への入院は無く、また老人保健施設ではなく、自宅、または、社会復帰施設で生活していること、⑤前回の精神科病院入院より6ヶ月以上経った患者、⑥退院後は、自宅または、社会復帰施設等の中間施設に居住した患者、⑦退院後は半年以内に入院の無い患者、⑧入院回数が合計9回以下の患者、⑨2018年7月末日時点で退院した患者である。以上の9項目の基準を全て満たす患者の Rehab データのみを研究対象とした。なお、再入院者で複数の Rehab の評定が行われた患者は上記①～⑨の基準内で直近のデータを採用した。

以上の条件で抽出された対象患者について、1年未満の退院者と1年以上の期間を要して退院した患者のデータを後方視的に調査し、入院期間に応じて、「入院1年未満群」39人と「入院1年以上群」135人の2群に分けた。

2. 手続き

「入院1年未満群」と「入院1年以上群」の両群で1年以内に評定された Rehab スコアを検討することで、入院期間が1年以上となるリスクを予測するスコアを抽出する。

次に、統計解析としてロジスティック回帰分析を用いて、1年以上の入院のリスクのある因子と項目を抽出し、ROC 曲線を用いて、Rehab 因子と項目の中から1年以上の入院を判別するカットオフポイントを算出する。

なお、ロジスティック回帰分析とは、発生確率を予測する統計解析方法であり、ある疾患などへの罹りやすさを2つの群を比較して確率を示す解析方法である。

本研究は、医療法人社団志誠会平和病院倫理委員会の承認を得ている。

Ⅲ.結果

対象者の記述統計及び2群間の属性及びRehab得点のt検定を行い、有意水準の条件を満たした変数のみについて結果を図1に示した。属性において2群間で有意な差が認められたのは、在院日数 [$t(137.747)=-12.950, p<.001, d=-1.265$], 罹病期間 [$t(172)=-2.096, p<.05, d=-0.379$] であった。Rehab 合計得点、因子において有意差が認められたのは、全般的行動全得点 [$t(172)=-2.199, p<.05, d=-0.398$], 逸脱行動の合計 [$t(99.217)=-2.681, p<.01, d=-0.379$], セルフケア [$t(172)=-2.147, p<.05, d=-0.389$], 社会生活の技能 [$t(172)=-3.485, p<.01, d=-0.631$] であった。Rehab 因子の下位尺度を構成する項目において2群間で有意な差が認められたのは、性的問題行動 [$t(167.434)=-3.350, p<.01, d=-0.380$], 怒声・暴言 [$t(107.077)=-2.565, p<.05, d=-0.352$], 独語・空笑 [$t(93.561)=-2.497, p<.05, d=-0.362$], 食事の仕方 [$t(75.578)=-2.456, p<.05, d=-0.394$], 身繕い [$t(172)=-2.123, p<.05, d=-0.384$], 金銭管理 [$t(172)=-3.126, p<.01, d=-0.566$], 施設・機関の利用 [$t(54.585)=-2.036, p<.05, d=-0.405$], 全般的評価 [$t(172)=-2.247, p<.05, d=-0.407$] の8項目であった。なお、属性の2群の比較では、在院日数は両群間で有意差が認められたが(図1), なお、在院日数は、1年以上の入院を予測する解析には直接関連がないため、説明変数から除外した。

図1 2群間(入院1年未満群/1年以上群)で有意な差が認められた因子・項目等(t検定)

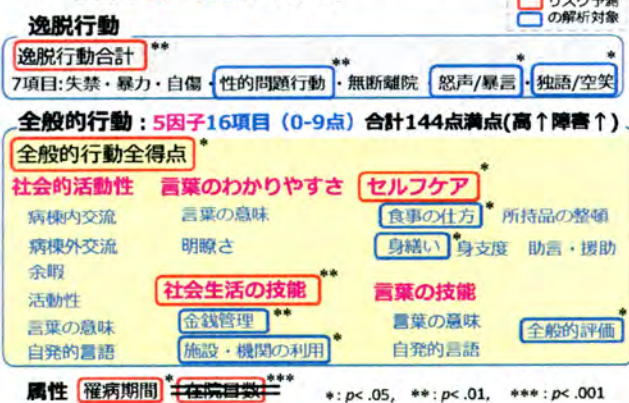


表2 1年以上の入院リスクを予測する属性・Rehab因子 (ロジスティック回帰分析の結果)

説明変数	オッズ比	95%CI (信頼区間)	P値
罹病期間	1.00	[1.00, 1.00]	.22
逸脱行動の合計	1.15	[0.86, 1.53]	.35
全般的行動全得点	0.99	[0.96, 1.04]	.96
セルフケア	1.00	[0.91, 1.09]	.94
社会生活の技能	1.17	[1.01, 1.35]	.04*

*: $p<.05$

『社会生活の技能』のみ有意な予測値が得られた

次に、Rehab 項目得点を説明変数とする多重ロジスティック回帰分析を行った結果を表1に示した。解析の結果、有意な値を示す項目は認められず、項目水準では長期入院化を予測する社会機能を抽出することはできなかった。

表1 1年以上の入院リスクを予測するRehab項目 (ロジスティック回帰分析の結果)

説明変数	オッズ比	95%CI (信頼区間)	P値
性的問題行動	2.24	[0.68, 7.43]	.19
怒声・暴言	2.08	[0.56, 7.68]	.27
独語・空笑	1.31	[0.64, 2.69]	.46
食事の仕方	0.97	[0.74, 1.26]	.80
身繕い	0.98	[0.76, 1.28]	.90
金銭管理	1.15	[0.94, 1.41]	.18
施設機関の利用	1.08	[0.86, 1.37]	.50
全般的評価	1.08	[0.77, 1.52]	.67

有意な結果は認められない

次に、因子レベルの解析として、罹病期間、逸脱行動の合計、全般的行動全得点、そして、セルフケア及び、社会生活の技能の5つの変数を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った(表2)。その結果、「社会生活の技能」因子において有意な結果 ($OR=1.17, 95\%CI [1.010, 1.350], p<.05$) が得られた。オッズ比が1.17となっていることから、社会生活の技能因子が1点増えることで、1年以上の入院のリスクは1.17倍上昇することが示された。最終的に、「社会生活の技能」が1年以上の長期入院の危険因子であることが明らかになった。

更に、社会生活の技能因子における1年以上の長期入院のカットオフ値を算出するため、ROC曲線の回帰モデルの適合度を検討し結果を図2に示した。ROC曲線の適合性は、AUCが0.677 (95%CI [0.578, 0.776])、感度は65.9%、特異度は66.7%であった。「社会生活の技能」のカットオフ値は、13.7点 (18点満点) であった。すなわち、社会生活技能の13.7点以上が、入院1年以上を66%の確率で予測するという結果が得られた。

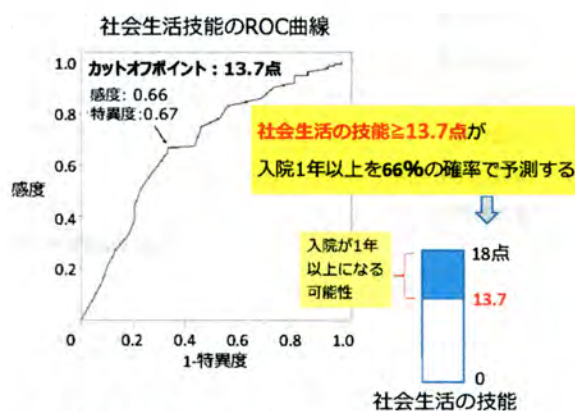


図2 社会生活技能のカットオフポイント

IV. 考察

本研究の結果、Rehabにおいて1年以上のリスクファクターが抽出された。

従来の研究では、Rehabの合計点で、入院患者と地域の患者を分けていたが、本研究では、因子レベルで弁別が可能となり、より精緻な分類が可能となりました。つまり、社会生活の技能因子の悪化によって長期入院が予測されることが示唆されたと言える。

また、長期入院を弁別する境界として、社会生活技能因子のカットオフポイントが算出された。先行研究 (Sakiyama et al., 2002) に照らしてみると、介護療養入所者の中で、再入院をした群の社会生活の技能は、入所時と退所時のスコアを比べると、今回のカットオフポイント (13.7) をまたいでスコアは上昇しており、本研究結果と合致する。一部分ではあるが、先行研究を支持する結果が、本研究では得られたと言える。

ところで、「社会生活の技能」が高い(あるいは、

社会生活の技能が困難である) と、なぜ入院期間が延びるのか? という疑問について検討すると、次のような仮説が考えられる (表3)。

表3 社会生活技能の下位項目の仮説的機能

見通しの機能	特徴
金銭管理 時間的展望 (先を考えて小遣いを使う)	“報酬”を獲得する行動を適切にコントロールできる
施設機関 空間的展望 の利用 (院外の店舗/交通機関を利用)	病院外に向けた自発的・目的志向的行動
「社会生活の技能」因子	相関 (背外側前頭前野の機能不全に関連) 空間認知・解体症状 (Takahashi et al., 2005)
「社会生活の技能」因子	相関 自己効力感 (伊東・山村, 2006)

☆入院長期化の予防には、地域生活を具体的にイメージできるようなアプローチが必要ではなかろうか?

社会生活技能が下位項目として擁する項目は金銭管理と施設機関の利用である。金銭管理には、先のことを考えて小遣いを使うという時間的展望の機能が考えられ、そこでは、“報酬”を獲得する行動を適切にコントロールできることが求められる。施設機関の利用は、院外の店舗や交通機関の利用を評価する項目であり、空間的展望の機能が含まれており、病院外に向けた自発的・目的志向的行動が求められる項目と言える。

両者の項目に共通するのは、『見通しの機能』と仮定される。以上の可能性を持つ下位項目で構成される社会生活技能因子について、他の機能との関連を見ると、背外側前頭前野 (dorsolateral prefrontal cortex : DLPFC) の機能不全との関連がいられている空間認知との相関が指摘されており (Takahashi et al., 2005)、また、自己効力感との相関も指摘されている (伊東・山村, 2006)。これらの関係より、社会機能が阻害されると、見通しの機能の低下で、空間認知力も低下する中で、自己効力感を得られず、退院に向けた行動が疎外される可能性が推察される。

そのため、入院長期化の予防には、地域生活を具体的にイメージできるようなアプローチ、例えば、地図を使って一緒に話し合う等のアプローチが求められると考える。

V. まとめ

本研究では、社会機能における1年以上の長期入院の予測因子を Rehab について検討した結果、「社会生活の技能」がリスク・ファクターであることが示唆された。

「社会生活の技能」の13.7点以上が、長期入院を予測し得ることが示された。しかし、精度については課題があり、今後、交絡因子を含めた更なる検討が求められる。

引用・参考文献

- 1) Baker, R. & Hall, J. (1994) Users Manual: for Rehabilitation Evaluation, Hall and Baker. Vine, 1983; 田原明夫・藤信子・山下俊幸訳：精神科リハビリテーション行動評価尺度。三輪書店。
- 2) 伊東由賀, 山村礎 (2006) 地域で生活する統合失調症者の自己効力感の研究. 日本保健科学学会誌, 9(2), 112-119.
- 3) Sakiyama, S., Iida, J., Minami, Y., et al (2002) Factors of good outcome after discharge from support house (engoryou) for schizophrenia. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 56(6), 609-615.
- 4) Takahashi, H., Iwase, M., Nakahachi, T., et al (2005) Spatial working memory deficit correlates with disorganization symptoms and social functioning in schizophrenia. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59(4), 453-460.

編集後記

沖縄に来て3年になります。また、平和病院に入職して3年でもあります。まだ、ただか3年という身分で医学会プロジェクトリーダーの話を振られ、戸惑いまくりの自分でしたが、なんとかここまでこぎつけてほっとしています。ひっそりと生きていたい人間ですので、これは相応なりハビリになったのではないかと考えております。今年の医学会プロジェクトは「もっと早くから余裕をもって論文に取り組もう」ということで、例年より早い12月の発足になりました。以来6月まで、あしかけ半年間に及ぶ長丁場な取り組みでした。みなさまさぞぐったりされたのではないのでしょうか。（かくいう利根川も今燃え尽きて真っ白になりつつあります。）目的は前年度に引き続き「質の向上」。前年度の中間発表会に加えて、今年はリサーチクエストから一緒に考える「リサーチクエスト発表会（通称：PECOの会）」を設けたのが新しい試みでした。PECO…。いかがだったでしょうか。この試みは自分が琉大の研究ワークショップで学んだことが基になっています。すべての研究がPECOにあてはまるわけでは勿論ないので、迷惑をかけた部署もあると思いますが、このツールがあることで整理しやすいとは思っています。教える側が一番教わるとはよく言いますが、13部署分のPECOを見る、いわば「PECO 13 番勝負」を予演会まで入れたら3セットやったわけですから、計36回。泣けます。今回の取り組みが少しでも論文作成に役立つ方向に繋がっていたら（そしてあわよくば質が上がっていたら）幸いです。

今年はシンポジウムもあり、その前準備や話し合いの過程もとても大変ながら印象深かったです。いろんな方と交流できて、みなさんによくしていただいて利根川は今ここに立てています。ありがとうございました。書きたいことが山のようにありすぎてまとまりませんので（※4回目の書き直し）締めます。最後に、私のようなゆるいリーダーをサポートしてくれたプロジェクトメンバー1人1人に感謝申し上げます。たのしかったですね。またやるかどうかわかりませんが、そのときはまたPECOやりましょうね。

令和元年6月27日（木） 利根川 義昭

2019年6月27日（木）発行（非売品）

編集 集：第32回志誠会医学会プロジェクト

編集責任者：利根川 義昭 榎木 宏之 石川 裕 瀬良垣 沙希乃

久保田 郁代 嘉数 智枝 金城 孝司 池原 康裕 田原 貴行

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.32

27th June 2019

Bulletin of
the SHISEIKAI
for Medical
SOCIETY