



榛名荘病院
Harunaso Hospital

日本医療機能評価機構認定病院
日本医療機能評価機構リハビリテーション機能認定施設

だより

発行：榛名荘病院医療連携室
〒370-3347 群馬県高崎市中室田町5989
<http://www1.newweb.ne.jp/wa/haruna/>

榛名荘病院の基本理念

- 一、生命を尊重し、安全で良質な医療を提供します。
- 一、患者さまの意志と権利を尊重します。
- 一、医療技術向上のため、研鑽に努めます。
- 一、地域の医療、福祉のために寄与します。

榛名荘病院 TOPICS

リハビリテーションを365日稼働開始

リハビリテーション部長 新谷和文

榛名荘病院回復期リハビリテーション病棟では、5月1日付より土曜、日曜、祭日もリハビリを行い、365日リハビリの稼働が始まりました。

リハビリテーションではいかに患者の活動を上げるかが効果を上げるポイントで、休みのない連続したリハビリテーションをご提供することが非常に重要といわれています。こういった背景から365日稼働を始めました。

今後もより一層、サービス向上を目指していきたいと思いますので、ぜひ当院をご利用ください。

患者の高齢化にともない嚥下障害への対応も増加

外科病棟 中曽根 豊 医師



平成18年4月より榛名荘病院に勤務しております。平成7年から約3年ほど勤務した経験がありますが、外来、入院患者ともに、徐々に高齢の方が多くなってきています。

近年、内視鏡的に胃瘻が造設できるようになり、年々胃瘻を作る患者が増加しています。平成16年4月から1年間で胃瘻を作った患者は20例、平成18年4月からの1年間では31例となっています。造設理由は、嚥下障害が多く、平均年齢は82歳、最高齢者は96歳で、ほとんどが高齢者でした。平成19年4月の1ヶ月で胃瘻造設はすでに8例ありました。造設に伴い、当然胃瘻チューブの交換件数も多くなり、この1年間で65例おこないました。胃瘻造設時やチューブ交換時に次のチューブ交換時期を記載した用紙をお渡していますが、こちらでもデータベースをチェックして確実にチューブ交換が行えるようにしたいと考えております。

今後さらに胃瘻造設件数が増加する可能性があります。現在まで大きな合併症はみられていませんが、十分に注意して行わなければならないと感じております。

第7回群馬NST研究会で症例発表

リハビリテーション部 (ST) 中山 翼

「後頭骨 腰椎間固定術施行後嚥下障害を生じた関節リウマチの一例」

中山 翼 (ST) 田内 徹 (整形外科医・脊椎脊髄外科認定指導医)

山川 治 (歯科口腔外科)

坂田昭子 (看護師)

古島悦子 (栄養課)

【症例】59歳 女性

診断名：ムチランス型関節リウマチ

破壊性頸椎病変

胸椎後側弯症

主 訴：「手足が上手に動かない」



後頭骨 - 腰椎間固定術を施行後、嚥下障害を生じたRAの症例を経験した。本症例は、術後の頭頸部の固定や筋の走行の変化により嚥下障害が生じ、食事のみからの必要栄養量の摂取が困難となった。

医師を中心に看護師、管理栄養士、STなどの他職種で関わったことで栄養状態・嚥下機能を改善することができた。



学会に参加した武淵看護師、古島管理栄養士、丸山看護師、外科中曽根医師、中山ST、脊椎脊髄外科認定指導医 田内医師

「榛名荘病院ってどんなところ？」

～他の病院と比較して、1年間経過して思うこと～

榛名荘病院 群馬脊椎脊髄病センター 真鍋 和 医師



今回は、私が整形外科医として目で見てきたこと、経験してきたことを通して榛名荘病院を他の医療機関と比較検討してみたいと思い、まとめてみました。

2006年の1年間、榛名荘病院でオペ修行

他の医療機関と比較するうえでいろいろ考えましたが、私が今まで勤務した経験のある病院と比較することが一番よいと考えました。

【私の経歴】

- 2002年 群馬大学 整形外科学教室 入局
(利根中央病院、碓氷病院へ外勤、麻酔科勤務)
- 2003年 公立富岡総合病院
- 2004年 館林厚生病院 (堀江病院への外勤)
- 2005年 深谷赤十字病院
(利根中央病院、榛名荘病院・脊椎センターへ外勤)
- 2006年
4月～ 榛名荘病院 群馬脊椎脊髄病センターに就職

2006年から1年間、榛名荘病院オペ室に何度か来て勉強させていただきました。私は整形外科のことしかわかりませんが「とにかくすごいな」という感想をもっていました。

今回の講演の題を付けた経緯は、自分の中で「こういう形で病院を比較して話してみたい」という構想を先輩医師に相談してこの題名に収まりました。

講演内容は、医師がなぜ減っているか？という現状 榛名荘病院脊椎脊髄病センターの特殊性とその再確認 他の病院との比較をしながら、患者さんの入院から手術までの流れをトータルでみてみようと思います。

なぜ医師がどんどん減っているのか

私は2002年に群大に入りましたが、その後一般病院に一年毎に研修に行っていました。最初大学病院、その後他の病院に行くという体制をとっていたので、大学から他の病院に人員を派遣するという形がとられていました。

その後「医師スーパーローテーション」という新人研修の制度に変わり、全国的に医者不足となってゆきました。2004年4月より導入されたこの研修システムは、大学卒業後、専門科を特定しないまま2年間、大学病院や公立病院など研修施設となっている病院へ2年間必ず回らなくてはならないという制度です。

この制度により2年間、外科、内科、小児科などを含め、多様な科を研修することができます。この研修システム導入で優秀な医師が増えるのではないかと政府が打ち出しましたが、結果としてその2年間はどの医局も入局者がゼロとなりました。つまり、その2年間は医師の供給が断たれてしまったわけです。そこがまず1点です。

勤務医の開業と若手の考え方

こうして入局する医師の数が減ると、従来からいらっしゃる先生方に大きな負担が掛かかります。その一方で、2年間いろいろな科を体験してきた新人医師達は、どの科が楽が大変かという現実がみえてきます。その結果、救急に対する時間的な制約が少なく、ある程度自分に余裕がもてる科を選び、外科、産婦人科、小児科などに入局する研修医が極端に少なくなる事態が起きました。実際に他県の大学病院で特定の科に大量入局者が集中し世間を驚かせました。さらに、疲弊した勤務医がどんどん開業していく傾向があるようです(2007.2.19.毎日新聞)。更なる悪循環で入局者が減り、なおかつ最近の過激なマスコミによる医療現場へのパッシング、そして患者さん側からの期待の大きさもあいまって医療裁判等のリスク等が大きくなりました。リスクへの軽減、給与面等から開業する医師が増え、結局医者全体の数は変わらないかもしれませんが、手術のできる医師や産婦人科、外科の医師達が少なくなってきたと思います。

事実、県内の一般病院の整形外科は平成15年度にはこんなに人数がいたのに、平成19年度はどこの病院も減ってます。基本的に県内の整形外科医も含めて、全科減ってきています。

特化した医療で県内唯一整形外科医が増員

県内で唯一整形外科医が増えている病院が、ここ榛名荘病院です(表 参照)。

表 榛名荘病院整形外科医数の推移

| | 2001年 | 2002年 | 2003年 | 2006年 |
|----|-------|-------|-------|-------|
| 人数 | 2人 | 5人 | 6人 | 6人 |

なぜ医師の増員に成功したのかということを考えてみました。

医師不足に対する方策として、病院集約が一策だという記事があります(2006.4.18朝日新聞)。病院を専門化することで集約し、医師不足を緩和させようと記事にあります。この点で、榛名荘病院が4年も前から特化した医療を提供しての結果だと思います。

榛名荘病院の全国的レベルはどのくらいか？

次に、榛名荘病院脊椎脊髄病センターの全国的なレベルはどれくらいかみてみましょう。(表 参照)

「日本脊椎脊髄病学会認定指導医」という資格が日本脊髄病学会というところで規定されています。これは手術件数が300例以上等、厳しい選考がありますが、全国で約1,000人しかいません。

表 をみていただいても単一施設に指導医がいるのは最大で6人です。当院は、6人中5人がその資格を持っています。つまり、私以外全員が指導医です。

表 病院別日本脊椎脊髄病学会認定指導医数

| 病院名 | 指導医数 | 病院名 | 指導医数 |
|----------------------|------|---------------|------|
| 榛名荘病院 群馬脊椎脊髄病センター | 5人 | 東京大学 | 5人 |
| 群馬大学 | 2人 | 慶応義塾大学 | 6人 |
| 富岡総合病院 | 1人 | 横浜市立大学 | 3人 |
| 北海道大学 | 5人 | 金沢大学 | 3人 |
| 札幌医科大学 | 5人 | 和歌山県立大学 | 6人 |
| 東北大学 | 6人 | 名古屋大学 | 4人 |
| 福島県立医科大学 | 5人 | 名古屋市立大学 | 4人 |
| 東京医科歯科大学 | 6人 | 労働者健康福祉総合センター | 6人 |

2007年2月 日本脊椎脊髄病学会ホームページより集計 全国で計1022人

指導医か否か専門医か否かは患者さんが病院を選ぶ上で非常に重要です。事実、手術件数を多く行い、医療レベルに比例しているといえます。

2006.5.7読売新聞記事で当院の症例数でほんの一部である腰椎手術の件数が掲載されていますが、群馬では4つの病院が出ている中で群馬脊椎脊髄病センターはトップの症例数です。某雑誌に掲載された記事では、頸椎症の手術の件数で全国のトップランキングが掲載されましたが、上から順に比較したもので全国的に上位でした。

外来の特殊性

外来の特殊性ですが、当病院のように外来と病棟が離れている病院はほとんど存在しません。患者の利便性からとても好評です。

また、脊椎脊髄疾患専門の外来は基本的に県内では他に一つもありません。もちろん関東圏内でも少ないです。さらに、側弯症外来があることも誇るべきことで、県内で側弯症を外来から手術までのトータルを真に診ることができる医療機関は当センターだけです。

次に外来は緊急疾患を除き「完全予約制」です。脊椎脊髄疾患の患者さんは、ある程度診断と診察に時間をかけて診ないと手術に至るまでのプロセスが難しいため、各患者さんの診察時間を長くとれるように完全予約制にするという背景があります。患者さんにとっても待ち時間が短く、診察時間を長くとももらえるメリットがあります。

他の病院との比較

スタッフ数について

インターネット等で調べました。一部大学病院で人数が掲載されていないものがあり、整形外科の人数に限ります。当院の整形外科の人数は6人、大学23人、富岡7人。看護師さんの数は他のところと比べると、もちろん科の数が少ないので若干少なめです。

大きなポイントとして、当院は理学療法士、作業療法士のスタッフ数が非常に多いです。当院に来て「ここだったら患者さんに1対1で付いてくれる。もし自分がリハビリをやるならこういう病院でやりたい」と思いました。

学会への積極参加、医療現場へフィードバック

各病棟スタッフも熱意があり、新しい技術や方法を取り込もうとする考え方が各病棟で非常に強いと感じました。当院のように学会発表を積極的に行っている病院に以前いたことがありません。先端医療が患者さんへ良い方向でフィードバックされています。

最近のニュースでは、リハビリテーションの機能評価を取得したということで、関東で4番目、県内で初ということです。他の病院での経験では、スタッフ数が少ないせいもあって、大腿骨の頸部骨折や骨折を負う患者さんは、最初に立ってみて少し歩ける場合は「リハビリはいらぬですね」とリハビリスタッフが付いたり付かなかったり半々でした。当院は、全員リハビリスタッフが付き、結果として退院が早まった患者さんの満足度がとても高いです。

救急外来について

救急外来を充実させてゆくには、他院のように事務も含めた医療スタッフを増員する必要があります。しかし当院の現状ではやや困難と思います。それを補う以上に他院よりも脊椎手術を行なっております。

今現在救急は別の病院で診てもらっていますが、当院も手術の応援に行くなど他院にフィードバックしています。

表 他の総合病院との比較

| | 榛名荘、センター | 群馬大学 | 富岡総合 | 藤林厚生 | 深谷赤十字 |
|------------------------|----------|---------|--------------|---------------|---------------|
| オーダーリングシステム | × | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 電子カルテ | × | × | ○ | × | × |
| 外来が分かれているか | ○ | × | × | × | × |
| 救急外来の充実 | × | △ | ○ | △ | ○ |
| 病床数 (1門は整形外科病棟) | 231床() | 705床 | 350床 (45) | 386床 (約30) | 506床 (約40) |
| 科の数 | 18科 | 約30科 | 19科 | 19科 | 20科 |
| ICUの有無 | × | ○ | ○ | × | ○ |
| 整形外科人数 | 6人(6人) | 23人(2人) | 7人(3人) | 3人(0人) | 4人(1人) |
| 手術件数(2004年、椎板内は椎板の手術数) | 385(334) | 417(93) | 709(115) | 約300(0) | 600(35) |

救急外来を本格的にする場合、何が必要かということで、今現在の当院の救急外来を考察してみます。

救急外来を本格的にする場合は どのようなことが必要か？

現在、当院では

- ①患者さんが救急で外来にかかること、
- ②レントゲン検査、血液検査が必要な場合、待機している放射線、検査技師さんを自宅から病院に呼びます。
- ③それから諸検査を行い、診断がつき、治療が本格的に開始となります。

救急体制を比較すると

| | 榛名荘病院 | 深谷日赤 | 富岡総合 |
|-------|----------|------|------|
| 医師 | 1人 | 5人 | 4人 |
| 看護師 | 1人 | 4~5人 | 4~5人 |
| 放射線技士 | 0人(待機1人) | 1人 | 1人 |
| 検査技師 | 0人(待機1人) | 1人 | 1人 |
| 事務 | 1人 | 2人 | 2人 |

実際問題、もし検査を待っている数十分の間に患者さんが急変した場合、対応が遅れてしまいます。

患者さんのために救急外来を行うためには、当直の人員を増やすしかない！そうでなければ重症患者さんはみられないのが現状

これだけの人数がいてようやく、救急体制が整うと思います。

医療連携について

だからこそ、他の病院との連携が重要だと思います。当院では救急外来が充実していませんが、その分他の病院で診ていただいています。近くにはいろいろな病院がありますから。

背骨に関して当院の整形外科は、次のように他の医療機関へフィードバックしています。

今後一層いろいろ病院単位で医療連携が盛んになり、県全体でもできれば理想的であると考えます。

また、患者さんは、どうやってうちの病院に辿り着くのかを調べてみました。紹介患者さんはもちろん、口コミ情報、病院のホームページ、医療講演を聴いて来院される方も多かったです。当院で作成している『医療連携だより』という広報誌もありますが、患者さんへいろいろ伝えていくための媒体はたくさんあると思いますが、1つ1つに力を入れていくことが重要だと思います。

入院から手術までの流れ

手術室スタッフの熟練度の高さ

手術室に関することで他院との違いは、当院は基本的に3部屋と他の病院と比べて少ないですが、脊椎脊髄疾患だけで3部屋使っているメリットがあります。

背骨の手術や整形外科手術は一般的には、筋肉、骨は普通無菌状態のため、感染症の面では他科と同じ手術室を使わないことで、感染症のリスクが格段に低くなります。

オペ室自体がNASA基準の「クリーン度1,000」2室、「クリーン度10,000」1室を完備しています。

専門性に特化していることで手術室のスタッフの熟練度がとても高いです。

特に手術開始までの「体位取り」が早く、他の病院が「体位取り」に大体一時間前後かかるところを当院では10分から15分で行います。手術内容の理解度が深く、手術道具についても実に多くの種類がありますが熟知しています。

結果として、手術時間の軽減等患者さんへの手術の負担が減ります。また、術中の合併症の危険性が少ないことからたくさんの手術が行えます。

しかし、手術への熟練の反面、時間外の労働時間が少なくなり、スタッフの賃金低下が問題となります。手術室自体の効率が高くなり、手術件数が増加しスタッフへの負担が大きくなっています。熟練するまで時間がかかるのに、逆にそれが賃金低下へ結びつくことで手術室を敬遠する人も出ています。

脊椎脊髄の手術の種類

脊髄脊椎の手術はさまざまな種類があります。大きく分けて、「除圧すること」と「固定すること」、つまり神経が圧迫されている部分を解放してあげること、不安定な部分を固定してあげるとというのが、大筋の二本立てだと思います。

最後に、毎週火曜日にカンファレンスを行っていますが、このカンファレンスで一週間後の手術について、ドクター全員で手術の内容や方法を検討して手術の内容を決めています。時には、他の病院の先生方、業者の方、看護師長などが参加することもあります。もし勉強したい方がいれば是非参加してください。

2006年度も国内外から当院に手術見学に来られた先生がたくさんいらっしゃいました。

私も榎名荘病院に来てからこの一年間だけでも私にわたってとても勉強になりました。

今後ともがんばりますので、よろしくお願いいたします。 どうもありがとうございました。

シリーズ 認知症への取り組み



はるな脳外科

はるな脳外科では、平成10年より各科で認知症への取り組みを行ってまいりました。この取り組みについて『医療連携だより』第9号(平成18年4月発行)よりシリーズでご紹介しています。

シリーズ1回目(第9号)では「**認知症診断として放射線科から画像診断、言語治療科から神経心理的診断**」、シリーズ2、3回目(第10、11号)では「**認知症治療として薬科から薬物治療、リハ科から神経心理的認知治療、理学療法的アプローチについて**」を研究報告しました。

今回はシリーズ最終回として「**認知症の患者への対応**」をリハ科、看護科から研究結果を報告します。

認知症の患者への対応

右視床梗塞のあと、問題行動が多く見られた症例の認知機能上の問題

言語聴覚士 田村直子

脳血管疾患等は脳に器質的なダメージを受けるので患者さんは認知の機能に何かしらの問題をもつと考えられる。認知機能の問題として、理解力の低下や、物忘れなど記憶力の低下を引き起こすことはよく理解されているが、物事に注意をしっかりと向けたり、物事に対して意味付けをしたり、物事をプログラミングしたり、それを実行したり、行動をコントロールしたりする能力の低下は認知の問題からくるとは思われずに、性格のせいだと思われがちになってしまう。

本症例も、最初は周囲の人から話せば分かる方だと思われていた。しかし、リハビリテーション場面において、暴言等の問題行動が見られ、リハビリスタッフの間では「困った患者さん」であった。

今回、このように、一見話をすれば理解できるように見えるのに、問題行動が多く認められた症例に対して、その問題行動(特にST訓練中において見られた問題行動)がどのような認知機能の障害によって起こったのかを分析をした。

症例 : 74歳、男性
 診断名 : 右視床梗塞・心房細動 発症 : H17.8.24
 現病歴 : H17.8.25、脳梗塞疑いにて当院入院となる。
 既往歴 : H16.11.24、左前頭葉皮質下梗塞
 CT所見 : 左前頭葉皮質下に不規則な低吸収域、
 右側頭葉内包に不規則な低吸収域

初回評価

- ・認知レベルテスト
 視覚認知に低下。記憶は4単語から低下。
- ・MMSE : 28点 : 正常の範囲
- ・HDS-R : 20点 : 軽度痴呆
 記憶、逆唱、語想起が低下。
- ・かな拾いテスト
 拾った数1/9個、誤り6、意味把握不可。
- ・SPTA(標準高動作性検査)
 顔面動作、物品を使う動作、立体図形の模写、
 系列的動作の口頭命令及び模倣が低下。
 図形の構成の検査項目で低下が認められた。

神経心理所見

- 記憶力の低下
- 前頭葉機能の低下
 - ・注意を喚起する能力の低下
 - ・物事を意味付けする能力の低下
 - ・物事をプログラミングする能力の低下
 - ・行動を制御する能力の低下
- 視覚認知機能の低下

行動上の問題点

・午前中は、「自分はここがうまくできないんだな」と意欲的な発言が認められるが、午後になると「できないのなんて、当たり前なんだ。しょうがないんだ」と発言に差が認められる。

*原因となった認知機能の問題

脳の易疲労性のための集中力の欠如があげられる。
 午前中は脳の状態が活発に働くが、午後は、脳が疲れてきているいろいろな刺激を受け入れらなくなってくる。このため、考えることを放棄してしまい「仕方がないんだ」といった発言につながったと考えられる。

・療法士に他の訓練に対して、「やっている意味が分からない」と言う。

*原因となった認知機能の問題

記憶力の低下
 訓練をする目的の説明を忘れてしまうということが考えられる
 聴覚情報と視覚情報が合わない。
 ことばによる記憶(この場合は訓練の目的の説明)は比較的良好で残ってはいるが視覚記憶(この場合は訓練のイメージ)が消えてしまうため、自分が見たもの(つまり訓練)がことば(訓練の説明)とつながらず、理解へと至らないということが考えられる。

・訓練が終了し、終わりを告げてもぼんやりしてその場を離れようとせず、再度指示を強くいれなおさないと退室できないことが時々ある。

*原因となった認知機能の問題

注意を喚起する能力の低下
「終わりです」という言葉に注意が向けられなかった、ということが考えられる。
物事に対して意味付けする能力の低下
言われたことがどういう意味だか、どう行動したらよいかという意味付けできない、ということが考えられる。
行動を制御する能力の低下
この場合であったら机から離れる、という行動に切りかえられない、ということ。

・トイレ介助をした時、「外で待っているから終わったら声をかけてください」と説明して待っていたところ、ナースコールを押してナースを呼んでしまった。本人に「声をかけてください」と言いましたよね？と確認したところ「言われたのは覚えていたけど、いないと思ったんだ」と説明された。

*原因となった認知機能の障害

聴覚情報と視覚情報が合わない。
聴覚情報である「外で待っているから終わったら声をかけてください」という言葉は記憶に残っているが、STの姿が見えなくなってしまったため、視覚的な情報が無くなり、STがいるという視覚記憶が消えてしまった。このため、聴覚情報(つまり、言われたことば)の記憶もあいまいになってしまい、外に人が待っていないと思ってしまったと考えられる。

まとめ

本症例では、一見、話をすれば理解してくれるように見えるのに、いろいろと問題行動が観察された。しかし、本症例の場合、一つひとつの事柄はできる力はあるが、これらの事柄に注意をしっかりと向けたり、その事柄に対して意味付けをしたり、事柄をプログラミングしたり、それを行動に移したりする能力が低下しているという認知の問題があった。そのため、私達が「この人だったら、これができるのだから、これくらいはできる。」と要求しているレベルが、実は本症例にとってはかなりレベルの高い要求になってしまっていた可能性がある。そして、その高い要求に応じられない症例は、感情的な部分で反応して暴言やいろいろな問題行動をとったと考えられた。

認知症の看護 ～問題行動を中心に～

看護科 大山千春

はじめに

高齢化に伴い認知症の増加は深刻で、社会的にも取り組むべき課題だと思われる。当病棟でも、認知症の程度は様々だが、入院することで急激な環境の変化やストレスなどが誘因となり、悪路をたどる患者も少なくない。それは主に、不穏・興奮として現れることが多く、夜間に集中する。ひどくなると患者から目を離すことができず、業務の停滞を招く。更には、医療事故につながる可能性も出てくる。

そこで、患者が治療に専念できるように、認知症看護の安全・安楽を中心に、病棟内で実際にあった問題行動をほんの一部だが具体例をあげながら、認知症対策を考察した。

1. 問題行動の具体例

1) 食事

- ・食べていないのに、食事を食べたと言い張る(逆パターンもあり)。
- ・他患者のお膳から盗食
- ・手づかみで食べる。

2) 排泄

- ・トイレ以外の場所で放尿
- ・便コネののち、寝衣・寝具、ベッド柵に触る。
- ・汚染されたオムツを床に投げ捨てる

3) 徘徊

- ・病室を間違える
- ・他フロアーに行ってしまう帰って来られない
- ・全裸で廊下歩行し医局前に寝ていた
- ・他患者のベッドで就寝
- ・他患者の寝姿をカーテンごしからそっとのぞく

4) 昼夜逆転

- ・日中熟睡 何をしても起きない
- ・夜になると覚醒 眠らず大声を上げる、歌を歌う
- ・一眠りして朝だと思って、夜中にモーニングケアを始める

5) 転落・転倒

- ・ベッド柵を乗り越え、床に転落
- ・安全带使用中の車椅子ごと立とうとして車椅子を背負ってしまい転倒
- ・歩行困難なのに独歩しようとして転倒

6) 暴力行為

- ・トイレ介助中、突然ゲンコツで殴られ口唇を切った。
- ・おむつ交換時、突然腹部を蹴られた
- ・つばを吐きかけてくる
- ・噛みつかれたり、つねられたりする。
- ・「殺すぞ！」などの暴言や罵声

7) チューブトラブル

- ・点滴を自己抜去したことに気付かずかなりの脱血
- ・点滴を自己抜去して、チューブの先から点滴を吸う。
- ・点滴チューブを上手に縛っていた
- ・バルンを引きちぎったり、固定液が入ったまま自己抜去して、尿道損傷。

8) 幻覚・幻聴

- ・「お財布がない。お金を盗まれた」と探しまわる
- ・壁や床、鏡の前の自分に向かって話しかける
- ・虫や人影が見えておびえる
- ・奇声をあげる

9) 離院

- ・病院近隣の飲食店の客に保護された
- ・家に帰ろうとして病院前の道路を横断
- ・タクシーに乗って帰宅

10) その他

- ・薬を飲まない 吐き出す
- ・500gの軟膏を「油っこい」と言いながら食べる
- ・自己抜去した胃チューブをほお張り咀嚼する
- ・必要以上のポティータッチ

- ・否定する
- ・会話をおろそかにする
- ・寝かせきりにする
- ・子ども扱いする
- ・バカにする
- ・接する時間を少なくする

2. 看護する上での対策

1) 安全

- ・危険物を預かる
- ・障害物を置かない
- ・ベッド柵を使用する
- ・家族の付き添い
- ・目の届きやすい病室を選ぶ
- ・安全帯の使用
- ・ベッドの下にマットレスを使用する

2) 睡眠を獲得する

- ・生活リズムをつける
- ・環境を整える
- ・眠れない原因を探る
- ・薬物投与

3) 排泄

- ・時間を決めて、トイレ誘導やおむつ交換

3. 患者にしてはいけない対応

- ・自尊心を傷つける
- ・黙らせる
- ・間違いを訂正する
- ・無視する
- ・後ろから急に声をかける

看護者は認知症の患者には、常に落ち着いた態度でトーンを低く、ゆっくり、はっきりと短く具体的に話しかけることが大切である。

4. 考察

患者の生活基盤が病棟にある以上、私たちは待たなしの状態、患者と向きあっている。日々葛藤もあるが、患者の安全・安楽を第一に考え、治療や患者の回復に支障をきたさぬよう最善の対応を心がけたい。患者家族の中には、患者の状態を直視できない方もいて、その心情を十分理解した上で対応することが重要だ。

認知症は習慣や性格・感情が人によって異なるため、必ずしも症状や状態は同一ではない。そのため、情報の共有がいかに大事かということになる。中でもリハビリ科との連携が不可欠であり、更にそうしたことがスムーズに行えるようなシステムを協力して作っていくことが必要だと思われる。これまで以上にリハビリとの連携をはかり、問題を話し合い、共に問題にあった対処方法を見つけることで、認知症の患者に対して当急性期病院全体が同じ方向に向かっていけると考えられる。

はるな脳外科TOPIC 福島和子氏 出版記念&博士号取得 祝賀会開催される



3月21日(火)はるな脳外科神経心理学博士 福島和子氏の「出版記念・博士号取得」祝賀会が前橋市内のレストランで開催されました。

当日は(財)榛名荘より会の発起人でもあるはるな脳外科野尻 健院長をはじめ、リハビリ、看護師のスタッフ、榛名荘病院リハビリテーション部新谷和文部長が出席。会を主催したのは福島氏の公私にわたる長年の友人等で、福島氏の30数年にわたる失語症についての研究の集大成を盛大に祝いました。また、福島氏と野尻院長は山梨県立中央病院で出会い、その後県内では中央群馬脳神経外科、現在のはるな脳外科と30数年来の付き合いでもあります。



福島先生を囲んで (財)榛名荘のスタッフ達



「脳はおしゃべりが好き」真興交易(株)医書出版部 定価(本体1,600円+税)

はるな脳外科 野尻 健院長ごあいさつ



福島先生は、「失語症の治療は長い年月がかかります。そのため家族の協力が必要です。家族が患者さんの状況を理解して家庭で10分でも15分でも一緒にリハビリに取り組むことができれば大きな成果につながる」と話されています。このような環境では患者さんの不安が取り除かれ、リラックスした雰囲気の中で治療が行われ理想的です。

福島先生は失語症の話になると止まらなくなります。実は大変おしゃべりなのです。「脳はおしゃべりが好き」という題は大変おしゃべりですが副題に「和子もおしゃべりが好き」と加えたほうが良いかもしれません。

長年、失語症、認知症の治療に取り組み、カナダ留学、博士号の取得、本の出版等をして、また母としても2人の子供を育ててきたのは決して一人ではできません。ご主人にもエールを送りたいと思います。

最後に第2弾「認知症について」の発刊を期待しています。

第17回群馬脊椎脊髄疾患研究会

2月24日、前橋市内のホテルで「第17回群馬脊椎脊髄疾患研究会」が開催されました。特別講演に辻陽雄富山大学医学部名誉教授を招き、開催された今研究会は多数の参加者で会場があふれました。

辻陽雄富山大学医学部名誉教授のご講演

長年の腰痛診療のご経験から導き出された、治療的(自我(相手が心を開きたくなるような人柄))という腰痛診療を携わる医師としてのあり方についてのご講演でした。

- 1) 相手の話に傾聴、共感理解
- 2) 真実を語らせる雰囲気、人間的温もり
- 3) 信頼敬愛され、謙虚さを忘れない
- 4) 相手の心を打つものがあるか
- 5) 他科の取り組みやチームメイトに学ぶ

医師は常に患者さんに問われている存在であり、それに対して真摯に受け止め忠実に答えてあげることが大切であることをお話しされました。

「愛語回天(辻先生が私たちに送られた言葉)」の言葉に通じると感じられました。

意味は「愛情のこもった言葉は運命を代える。人を変える。人を感動させる。愛情は優しさである。優しさは人を憂う思いやりの心である」



辻陽雄先生を囲む県内各病院の整形外科医

院長の手作りの空気清浄機

「二酸化チタンによる有害ガスの分解」



一部の病棟でベッド下に配置しています

科学技術の発達に伴い、思わぬ健康被害が引き起こされています。中国や韓国からの大量汚染ガスが飛来しています。農薬の撒布が農業や林業のために行なわれ、家庭では菜園や花壇のためにも除虫、除草剤が撒布され知らぬうちに被害を受けてしまう。さらに追い討ちをかけるように建材から発生する有害ガスのために多くに人が苦しみます。

当病院では、写真のような虫除けの網を二重にして二酸化チタン担持のシリカゲルを飛び散らないようにして日当たりのよい各所に配置しています。シリカゲルは汚染ガスを吸着し、二酸化チタンは紫外線により活性化され、吸着されたガスを分解してくれます。汚染ガス、臭気を吸着分解し、患者および職員の生活環境を良くして健康を守る工夫をしています。

榛名荘病院長
医療連携室長

津久井 知道



榛名荘病院 医療連携室

直通電話 **027-374-2895**
フリーダイヤル **0120-287226**
直通FAX **027-374-2896**
メールアドレス haruna-renkei@r8.dion.ne.jp

◇**榛名荘病院** 【診療科目】 一般内科、外科、整形外科、神経内科、呼吸器科、血管外科、糖尿病外来、心臓外来、神経科、皮膚科、眼科、歯科、リハビリテーション科
【外来受付時間】 午前8時30分～午前11時30分 午後1時30分～午後5時 月曜日～土曜日(土曜日午後・日曜日・祝祭日・年末年始休診) ☎027-374-1135

◇**はるな脳外科** 【診療科目】 脳神経外科、リハビリテーション科
【外来受付時間】 午前8時30分～11時(午後休診) 月曜日～土曜日(金曜日・日曜日・祝祭日・年末年始休診) ※救急は24時間対応 ☎027-343-2220

◇**群馬脊椎脊髄病センター** 【診療科目】 整形外科(脊椎脊髄病疾患)、リハビリテーション科
【外来受付時間】 午前8時30分～午前11時30分 月曜日～土曜日(土曜日午後・日曜日・祝祭日・年末年始休診)
完全予約制 電話受付時間15時～18時 ☎027-343-8000
側弯症外来は、第2・第4土曜日 午前8時30分～11時。初診からセンター長の予約を承ります。