

パーキンソン病療養者の訪問看護に必要とされるフィジカルアセスメント

分担研究者 山内豊明 名古屋大学医学部教授

研究要旨

5年以上の訪問看護活動経験および3年以上パーキンソン病療養者への訪問経験を有し、かつ現在パーキンソン病療養者を訪問している看護職を対象とし、訪問した在宅での看護師とパーキンソン病療養者の相互作用の参加観察、及び参加観察を実施した看護師との半構成的面接を行い、そこで得られたデータを分析した。パーキンソン病療養者の看護経験がある看護師は、パーキンソン病療養者について必要となる確認事項をそこまでの経験を通して取捨選択し、リハビリの運動という介入の中で情報を得ていることが明らかになった。

看護師は一般化されている基準や用語を使用しない傾向があることがわかった。在宅での医療においても他職種との協働は不可欠であるため、共通に使用される用語や基準の理解も必要であり、適切なアセスメントを行うためには、病態生理の知識を含めたフィジカルアセスメントの教育が必要であると考えられる。

共同研究者

三笠里香 聖路加看護大学大学院博士課程
志賀たずよ 大分大学医学部地域老人看護学講座
佐々木詩子 名古屋大学大学院医学系研究科修士課程

A. 研究目的

今日の社会・医療情勢の変化が著しい中で、訪問看護活動の役割は大きいといえる。訪問看護師は医療機関から在宅へと職場を移る場合が多く、以前の調査では在宅での経験が少ないと医療機関での看護経験が反映されることが推測された。医療機関では所属する部署により看護の専門性は異なるが、在宅場面では医療機関で経験した専門領域にかかわらず全てを網羅しなければならない。医療機関から在宅へ異動した看護師が任務を遂行するためには、訪問看護活動に携わる看護師が確実なアセスメント技能をできるだけ短期間で身につける必要がある。そこで、訪問看護師の教育に活かすことを目的とし、パーキンソン病療養者に焦点を当て看護活動における臨床判断のための情報収集に不可欠なフィジカルアセスメント技術

ならびに知識を体系化した。

B. 研究方法

a) 対象

5年以上の訪問看護活動経験および3年以上パーキンソン病療養者への訪問経験を有し、かつ現在パーキンソン病療養者を訪問している看護職を対象とした。

b) 調査方法

調査方法は、対象条件に合う訪問看護師およびパーキンソン病療養者に調査の説明を行い、承諾を得られた者を対象とし、訪問した在宅での看護師とパーキンソン病療養者の相互作用の参加観察、及び参加観察を実施した看護師との半構成的面接とした。半構成的面接の音声データは許可を得て録音した。

C. 研究結果および考察

1) 訪問場面で看護師が収集している情報および収集方法

(1) 収集している情報

データ分析の結果、訪問看護師が収集している

情報は、ADL『運動』『食事』『排泄（排便・排尿）』『入浴』『更衣』の5つのカテゴリーに分類された。その他として『IADL』『循環』『睡眠』のカテゴリーが抽出された（表1～表3）。

（2）情報収集方法

訪問目的はリハビリが多く、リハビリを通して、実際の筋力、関節可動域などの運動機能と、パーキンソン病特有の症状として、姿勢・バランス反応の身体的な症状に加え、精神症状を収集し、アセスメントしている。

リハビリ時の問診および視診で得られた情報から、「更衣」「入浴」に関する情報は問診のみで収集している。

「食事」に関しては、「問診」を中心に、嚥下に関する情報は「視診」「聴診」により収集している。

「排泄」に関しては、「問診」を中心に収集しているが、「排便」に関する情報は「視診」「聴診」

「打診」により収集している。1日を通しての排泄の方法『トイレまで移動する』『ポータブルトイレを使用する』『オムツを使用する』に関する情報に関しては、「問診」を中心に、リハビリ時の運動機能に関する情報も含めてアセスメントしている。特にオムツを使用する場合には、『膝関節の屈曲保持』『股関節の外旋』『腰を自力で持ち上げることができる』の情報が重要であると考え、情報収集している。

2) 看護師のアセスメントに関する特徴

（1）移動に関するアセスメント

①仰臥位から端座位への移動では、「ベッド柵にかまって仰臥位から左側臥位になれる。左側臥位で右肘が伸びきって右上肢で身体を支えることができれば起き上がれる」と判断している。

②端座位から立位への移動では、「端座位で2、3回お尻を持ち上げて持ち上がらない時にはできない」と判断し、できない時には前方から手を引っ張って介助している。

③歩行時に観察しているのは、「足が上がっている

か」「向きを換えた時にバランスをくずさないか」「自分の意思と違って速くならないか」の3点であった。

以上の内容は、看護師が表現した言葉である。パーキンソン病特有の症状からみると、「足があがっているか」は「小刻みすり足歩行」がないか、「自分の意思と違って速くならないか」は「加速歩行や突進現象」がないか、ということになると思われる。特に運動機能に関する情報収集に関する看護師の表現には、パーキンソン病との関連性が少ないように思われる。

（2）アセスメントと看護ケアの関連

訪問看護師はパーキンソン病療養者の重症度に合わせ、リハビリメニューを実行する。個人別に重症度を判断する注目点は異なり、訪問していない時の情報も含めて総合的に判断している。リハビリ時に出現した寝動、姿勢保持障害、精神症状等の症状により援助の必要性および方法を判断し、声をかけながら援助を行っている。

訪問看護師は、状態が悪くなっているかどうかの判断が療養者と異なることがあるため、その後の対処に困ると語った。この判断のずれは、パーキンソン病特有である症状の日内変動、日差により、訪問から訪問までの間に生じた症状が一因であると考えられる。訪問看護師は対処に困ると語りながらも、短い間隔で判断せず、長い期間で評価するようにしており、療養者が闘病意欲を失わないように話をしている。

特にYahrⅢ～Ⅳになると症状出現により徐々に日常生活が自力でできなくなるため、療養者が闘病意欲を維持することは困難になる。それに対して看護師は、趣味だったこと等療養者が取り組めることを探し出し、意欲を確かめながら、実施できるように支えている。それは闘病意欲を維持することを目的として実施しているが、できる時は目的を果たすことになるが、できない場合には、意欲を失わせることになりかねない。このような方法がよいのかの判断は難しいと看護師は語った。

そう言いながらも看護師は、療養者の状態を観察しながら、療養者を話し合いながら進めている。

F. 研究発表

該当なし。

3) 今後の課題

看護師が表現する重症度とは、一般化されているHoehon & Yahr の重症度分類等を使用せず、看護師個人の判断基準によるものであることも少なくない。

パーキンソン病の特徴を理解していないために問題となった例をあげると：療養者が「ベッドから起きあがれないので困っている」と訴えたため、ベッドから起き上がることを無理に行うリハビリメニューにしたために、療養者が筋肉痛を起こすという問題を生じた例があった。これは、看護師がパーキンソン病の病態生理と生じる症状を理解していなかったために起きたことと考えられる。

看護師は一般化されている基準や用語を使用しない傾向があることがわかった。在宅での医療においても、他職種との協働は不可欠であるため、共通に使用される用語や基準の理解も必要であると考え。また、介入する前のアセスメントの段階において、病態生理の知識が不足している例もみられた。介入は療養者に直接影響を及ぼすため、介入前のアセスメントを適切に行うことが必要である。適切なアセスメントを行うためには、病態生理の知識を含めたフィジカルアセスメントの教育が必要であると考え。

D. 結論

パーキンソン病療養者の看護経験がある訪問看護師は、パーキンソン病療養者について必要となる確認事項を経験上取捨選択しリハビリの運動という介入の中で情報を得ていることが明らかになった。

看護師は一般化されている基準や用語を使用しない傾向があることがわかった。

E. 健康危険情報

該当なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし。

表1 : Yahr I

ADL	カテゴリー	問診	問診内容	視診	聴診	触診	打診	看護
運動			「散歩をしていますか」 「転ぶのは少なくなりましたね」 「腕のほうは上がるようになった？」 「ダンベルやっていますか？」 「左をかばうから右も力が入って痛いのですね」	SLR、何秒保持できるか バランスの悪さに注目 歩行時、足の上がり具合				室内での運動の見守り 屋外散歩に付き添う
食事	食欲 摂取量 嚥下状態							
排泄	排便 排尿	腹部膨満 排便の有無 内服薬の確認 排尿回数	「もともと大きいお腹だった？」 「便は出ていますか」 「下剤は粉薬だけですわね」 「トイレは近いですか」 (神経因性膀胱炎、尿意はあるが失禁 リハビリパンツ使用)	腹部	腹部聴診	腹部触診	腹部打診	
入浴			「お風呂は入っていますか」					
更衣								
IADL								
その他	循環							
	睡眠	睡眠状況 昼間の活動状況 眠剤内服	「夜はよく眠れますか」 「朝は何時に起きますか」					

表2: Yahr II

ADL	カテゴリー	問診	問診内容	視診	聴診	触診	打診	看護
運動	食事	食欲	「食欲はありますか」	肩関節拘縮の有無 起き上がり：このへんまでいけたら起き上がれる、これだと起き上がれないので介助しようかと判断する 立ち上がり：2、3回やってもお尻が持ち上がりたらないと無理だと判断する やせていないか	呼吸音聴取（前面・背面）			ストレッチ 起き上がりの指導 立ち上がりまでの指導 室内歩行
		摂取量	「シヨートから帰って食べが悪い？」 「自分で食べられますか」 「ヘルパーさんと一緒に食べる？」 「汁、エンシユア、ご飯を飲み込み時むせますか」 「咳は出ませんか」 「エンシユアは1日どれくらい？」 「エンシユアを飲むとご飯を食べない？」 「トロミはつけないですか」 「お茶を飲む時、たらっと出ますか」 「ヨーグルト、プリンは飲み込みますか」 「お通じは？シャシャニーにならない？」 「お通じは言われますか？」					
排泄	排便	性状	「便の薬は？」	腹部 陰部のかぶれ	腹部の聴診	腹部の触診		摘便、坐薬挿入
		回数	「お腹小さくなりましたね」 「前もかぶれていましたね」 「オシッコはよくでますか」 「オシッコの薬はのんでませんか」					
入浴	更衣	回数						
		内服薬						
IADL	入浴	介助の有無	「着物は自分で着ている？」					
		更衣						
その他	循環	筋肉の収縮	「左大腿のつりはよくある？ オムツ替えをする時お尻を持ち上げる時？」 「足が浮腫むね」	浮腫、爪の色				足浴
		浮腫の有無						
睡眠	精神症状	睡眠						
		精神症状	会話をしながら、もの忘れ、痴呆症状について確認					

表3 : Yahr III~IV

カテゴリー	問診	問診内容	視診	聴診	触診	打診	看護
ADL	運動	転倒の有無	「転ばなかったか」	顔の表情、姿勢 歩行ができるかできないか、しっかり足が上がっているか ずり足になっているか、歩行時方向転換時のバランス 安定しているか、歩行時方向転換時のバランス 臥位から起き上がるまで、端座位から立位まで自分でできるか			ストレッチ SLR 立ち上がり 室内歩行 じゃんけん
	食事	食欲 摂食状況 嚥下状態	「食べれているか」 「ものを食べて口からこぼれることはないか」 「嘔吐の悪い？」 「飲み込みが悪い？」				
ADL	排泄	排便 回数 性状 介助の有無 内服薬	「便は出ているか」 「便は硬いか」 「ガスは出ているか」 トイレにひとりで行けるか		腰部の触診 (4日以上排便 がない時)		
	排尿	尿量 夜間の回数 介助の有無 トイレまでの移動	「オシッコは出ているか」 「夜中にトイレに何回か起きるか」 「夜中はお父さんを起こさないと無理？」 「ポータブルトイレは使っているか」 「浴槽の出入りくらはいはやってみようか」 「靴下は自分ではけるか」				
ADL	入浴	介助の有無	「洗いものをやっているか」 「おかってもやっているか」 アイロンかけ				
	更衣	介助の有無	「洗っているか」 「足がつるか」 「足が硬い感じはあるか」		足先の冷感 下腿		
その他	循環	しびれ 筋肉の収縮		足先の色 足背の浮腫			
	睡眠						
その他	精神症状		本人が悪くなってきたかと思っていることについて、なぜそう思うのか確認する				

“舞踏病”と舞踏の邂逅
——舞踏ワークショップの取り組みから——

分担研究者 武藤香織 信州大学医学部保健学科講師

研究要旨

ハンチントン病の患者・家族ら一緒になってリラックスできる方法を模索するため、フランスの舞踏手とともに「舞踏ワークショップ」を開催したので、その概要を報告するとともに、意義について検討する。歩行できる状態の人であれば患者のほか、家族や友人も広く参加して、約2時間、舞踏家の指示に従って身体を動かした。参加者全員が不可思議な動きをすることから、ハンチントン病に限らず、自分の身体の動きが目立っているのではないかと、人目を引いているのではないかと気にする患者にとって、QOLを高め、気分をほぐす効果があると考えられる。また、このワークショップを機に、ハンチントン“舞踏病”に関する文献を検索し、「舞踏」とのかかわりについて調査したところ、現代芸術としての「舞踏」は不随意運動を有する疾患のリハビリには活用されてこなかったことがわかったが、「舞踏」の発祥そのものは、身体障害を有する人々にとってきわめて親和的であり、今後もさまざまな形で医療や福祉の現場に展開可能であると考えられる。

共同研究者

小門 穂（科学技術文明研究所）

中井伴子、阿久津摂（日本ハンチントン病ネットワーク）

A. 研究目的

ハンチントン病（HD）は、常染色体優性遺伝の神経変性疾患で、全身の不随意運動と精神症状、認識障害を特徴とする希少難病である。平成15年度末で、645名が特定疾患受給者証をもっている。

パリのサルペトリエール病院では、2002年秋から、HD患者と家族を対象にしたダンスのワークショップが毎月開催されており、5-6名の患者を含めた10数名が参加している。ワークショップを指揮するのは、2名のダンサーであり、そのほかサルペトリエール病院の専門家（遺伝学者、心理学者、ベルギーの理学療法士）、ベルギーとフランスのHD協会によって支援されている。

2003年、このワークショップを指揮しているフ

ランスの舞踏家より日本ハンチントン病ネットワーク（JHDN）に対して、来日して日本のHD患者と家族のためにワークショップを実現したい旨の連絡があった。そこで、本ワークショップを実施することにより、患者と家族にとって、リハビリも兼ねてリラックスして過ごせる取り組みになりえるかどうかを検討するために、協力して開催することとした。

参考までに、「舞踏」とは、1960年代に土方巽が創始した舞踊のことである。舞踏は、「BUTOH」として80年代後半には海外で高く評価されるようになり、舞踏や演劇界のみならず、美術・映像・文学などの芸術や思想に多大な影響を与えた。現在、全国各地で「舞踏」のワークショップ（必ずしも作品を創ることを目的とせず、舞踏を実際に経験する試み）が開催されている。

B. 研究方法

（1）“舞踏病”のための舞踏ワークショップの実施

フランス人舞踏家の指揮のもとで、計4回のワークショップを開催し、参加者に対して感想を尋ねた。なお、自由に参加してもらうための倫理面の配慮として、事前のJHDN総会でパリのワークショップのビデオ上映、主催者からの呼びかけの文章を翻訳して会報で紹介など、不安を解消するための広報を行い、患者と家族の自主的な参加を促した。また、参加をもって同意があるとみなした。

(2) “舞踏病”と舞踏のかかわりについての検討

HDをはじめとする不随意運動を示す疾患と、舞踏の歴史の間に何らかの接点がなかったのかどうかについて、文献調査を行った。

C. 研究結果

(1) 舞踏ワークショップの開催要領

2004年9月、“舞踏”をベースとしたダンスのワークショップを、JHDNに参加する患者・家族を対象として、3回にわたって実施した。

第1回 近畿中央病院リハビリ室(兵庫県尼崎市)

第2回 泉の里コンツェルトザール(東京都国分寺市)

第3回 大田区産業プラザ(東京都大田区)

患者、at-risk、介護者、スタッフなどを含め、それぞれ15名(男性2名 女性13名)、16名(男性1名 女性15名)、17名(男性5名 女性12名)が参加した。参加者の年齢は、最年少が3歳で最年長が70歳であった。

会場は、今後の開催でよりよい会場を選択できることを視野に入れて、病院のリハビリ室(第1回)、木造のホール(第2回)、絨毯の会議室(第3回)と、各回とも異なるタイプの設備とした。

また、第2回には日本の舞踏家である小林嵯峨氏が、第3回には藤篠虫丸氏も参加し、舞踏についての簡単な解説や実際の演技を見ることができた。

服装に特に決まりはなく、身体を動かしやすい格好と運動靴で臨むように指示された。

各回とも、最初に参加者の自己紹介とワークシ

ョップについての簡単な説明があり、約1時間半ほど体を動かした。舞踏家からの指示はフランス語通訳を介して参加者に伝えた。最後のパートでは、一人ずつ部屋に入り、固定して設置されたビデオカメラに向かってそれぞれ「記念のスタンプを押し」(=カメラに向かって好きなことをする)、再び集合して感想を述べ合って終了した。所要2時間程度である。

実際の動きとしては、以下のようなものがあった。

- ◆ 「鏡」：二人組みになり、片方が主、片方が従となって相手の動きにあわせる「鏡」となる。
- ◆ 「酔っ払いの瓶」：円陣の真ん中に「酔っ払った瓶」の役をする人をいれ、倒れこむ「瓶」を全員で支える。
- ◆ 「溶けるアイスクリーム」：自分をアイスクリームだと思って、徐々に溶け、最後は完全に溶けてしまう。
- ◆ 「胎児の動き」：二人組みで重なり合って胎児の格好をし、深い呼吸をしながら声を出し続ける。次第に声が同期していくのを感じる。
- ◆ 「風船」：二人組みになり、風船を床に落とさないように、身体が接触しないように気をつけながら遊ぶ。
- ◆ 「人間サンゴ」：誰かがポーズをとり、その人の身体に触らないようにしながら、全員が集まって「サンゴ」をつくる。

各回とも内容は少しずつ異なっており、舞踏家の側で内容について、参加者の年齢や患者の状況などに応じて、臨機応変に組み立てを変えていたのではないかと考えられる。

(2) 参加者の感想

- ◆ 大汗かいた、いい汗かいた (患者)
- ◆ 初めてお会いしたフィリップさんやジュリーさんや通訳の方の雰囲気は素敵でだんだん楽しくなっていく、すこしずつ無用な過剰

な自分勝手な羞恥心が消えていき、自分の好きなように体を動かす気持ちよさに変わりました。自分の体でありながら全然好きなように動かしてなかったなと思いました。誰でもできるし気持ちいいですよ。（介護者）

- ◆ 杖もちの私でもある程度できるくらいだし、みんなで一緒に体を動かしてコミュニケーションするっていう感じのもので、JHDN で集まるときとか、自宅とかでも、エクササイズ的にできたらいいな。（at-risk の夫の妻）
- ◆ 昔から踊ることが大の苦手です。内心「どうしよう・・・」と思いながらでもこのためにフランスから来てくれるという二人はどんな人たちなんだろうという興味が勝ってしまいまして、とにかく参加してきました。思っていたダンスとは全く違って、ラジオ体操とも違って・・・あれはなんていうのだったか？みんなで輪になって目を閉じて身体力を抜いて音楽にあわせて全身を自由に動かす・・・次第に気持ちがよくなってきてとてもダンスとは言えない動き（注：私だけ）をしながら数時間楽しませて頂きました。（at-risk）
- ◆ 会の時にこういう時間があったらいいと思った。（at-risk）
- ◆ 踊るっていうものをまじめに初めて見たのだけれど、正直言って、始まった時は苦しかったし、「見なけりゃよかった」って後悔のような気持ちを感じてしまいました。あまりにも動きが似ているんだもの。いろいろと思いつくことを多くて、夫がこうなってしまうんだろうかと思ったら、恐かった。でも、時間がたって気がついてみると、二人の息遣いとその動きと衣擦れの音だけの世界に引き込まれていました。人の動きってきれいだと思うくらい、見とれていました。不思議。（at-risk の夫の妻）
- ◆ 踊るのと HD の不随意運動は、兄弟のよ

うな関係。コントロールできているか否かの違いで、表現されている動きは同質だと思う。不随意運動を特別視する必要がなくなるし、美しさにも気づけるし、HD になる恐怖をやわらげる効果もある。

（3）“舞踏病”と舞踏のかかわり

舞踏ワークショップの開催にあたり、現代芸術としての舞踏と、舞踏病の間に接点はなかったのかどうかについて探るべく、両分野の古い文献を収集し、検討した。

「舞踊」「舞踏」とも、明治時代に dance の訳語として定着した言葉である。初めて「舞踏」という言葉が病に対して向けられて用いられたのは、今回調べた範囲では、三宅鑛一・早尾虎雄「舞踏病性運動発生部位ニ関スルガク學説補遺」（1919）が最も古い剖検記録であったが、遺伝形式についての記述はなく、HD を示しているかどうかは定かではない。また、HD 患者の症状に対する記述的な文献としては、窪田茂雄「運動増多症ノ経験ト検索— Huntington 病及ビ其ノ家系ニ就イテ」（1938）に詳述されていたが、この文献では「舞踏病」という言葉遣いが見られなかった。

「ハンチントン（氏）舞踏病」という言葉遣いがごく普通に出てくるのは、第二次世界大戦直前になってからの文献、特に「優生学」誌などであり、海外の影響から遺伝性疾患へ優生学的な関心が生まれたことと関わりがあるのではないかと想像される。

一方、舞踏は 1960 年代に土方巽によって始められた。創始者である土方巽は、故郷である秋田の老人たちの歪んだ体と動き方、統制のとれない体に刺激を受け、丹田に気を入れて腰を落とし、足の裏で土を踏みしめることを意識するのを基本形とした。当初は「舞踊」と呼ばれていたが、舞踏の特性である、日本人の体の特性や風土性を生かした足の動きが考慮され、1970 年代始めには「舞踏」と呼ばれるようになったとのことである。西洋的な均整の取れた身体や統制の取れた美し

さを求めない舞踏は、身体障害者にとって親和的な芸術であり続け、「劇団態変」のように身体障害者の身体表現を芸術として創出するという取り組みにもつながっている。しかし、文献上でも、また関係者への聞き取りからも、同じ「舞踏」の名称を長く冠し続けたHDなどの「舞踏病」患者との融合やコラボレーションなどは実施されてこなかったことがわかった。

D. 考察

(1) 舞踏ワークショップの意義

参加者の感想にも示されていたように、舞踏ワークショップには一定の意義があったと考えられる。整理すると、参加して身体を動かすことの意義と、舞踏を見ることによる視覚的なインパクトの二つがあるだろう。

前者については、不随意運動に対する自意識に働きかけることで、発病初期の本人の違和感、とりつくろいなどの苦しみを軽減する意義が認められる。また、いつ発病するかと自分の一挙一投足を意識しながら生活する at-risk の人々にとって、患者と同じ、あるいは患者の姿を投影できる動きをすることで、しばしその不安から解放される時間にもなりうる。「リハビリテーション」としての意義については専門家に評価してもらう必要もあるが、少なくとも「リラクゼーション」としての意義はあったように思う。

一方、視覚的なインパクトについては、少し注意も必要である。第3回で演技されたのは、HD患者を全く見たことがない舞踏家の演技であったが、その姿はHD患者そのものであった。不随意運動的な動きは、身体を統制できることで芸術になりうるとする発見が参加者に喜びを与えるのと同時に、やはり身体を統制できずにこのような動きになるのだろうかという複雑な思いも与えかねない。そのため、視聴後のグループディスカッションは欠かせないものとなるだろう。

(2) 企画側の意図

ところで、フランスの舞踏家はともにHDの親をもっているダンサーであった。一人は at-risk の男性（32歳）で、もう一人は発症前遺伝子検査を受けて陽性の女性（30歳）であった。踊り手にとって、身体のコントロールを失うかもしれないという恐怖は大きかったために、ダンスの基本としてきた舞踏を生かしたワークショップを開催してきたとのことである。その一方で、病床の親とは言語によるコミュニケーションは失われたが、一緒に踊ることによって新たなコミュニケーションの回路を開いたとも語っていた。

HDの場合はALSと違い、言語によるコミュニケーション手段が失われるという解釈よりも、精神症状や認識面の障害からまともなコミュニケーションができないと解釈されがちである。原点に立ち返り、患者は思いを表出できないのだと理解しながら、介護者にとって得意なコミュニケーション手段だけを行使しないこと、介護者がコミュニケーション手段を増やしていくことについて、真剣に考える機会となった。また、今後、医療関係者にも、見学ではなく、一緒に参加してもらうことによって、患者と家族との間のコミュニケーションを促進するのではないかと期待される。

E. 結論

日本のHD患者と家族を対象に、パリで実施されている舞踏ワークショップを開催したところ、一定の意義が認められた。今後、日本の舞踏家の協力も得ながら、独自のプログラムを開発していきたい。

F. 健康危険情報

(略)

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 武藤香織，“舞踏病”と舞踏の邂逅，現代思想

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）
分担研究報告書

32(14):162-129, 2004.

2) 武藤香織, 遺伝とエンパワーメント 当事者
団体の果たす役割, 助産雑誌 59(2)124-129, 2005.

3) 武藤香織, 医療と研究の資源としての家族: ポ
スト・ゲノムの時代に, 季刊 家計経済研究 62:
30-36, 2004.

4) 武藤香織, 「知らないでいる権利」を行使する
ために, 科学 74(5): 641-644, 2004.

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の出願・取得状況

なし

神経難病患者の QOL 向上における特定機能病院の役割： 包括医療と独立行政法人化

分担研究者 熊本俊秀 大分大学医学部教授

研究要旨

大学病院では経営効率化が重視される中、診断群別包括支払制度（DPC）の導入や大学の独立行政法人化（法人化）がなされた。今回、こうした制度の導入による難病医療への影響を検討した。その結果、多くの難治性疾患を含む神経筋疾患では、DPC 導入後は在院日数が著しく短縮した。在院日数の短縮、病床稼働率の増加が強化され、医師や看護師は多忙を極め、一方で必ずしも医療の質の向上につながらない事務作業などの病棟業務が増加し、ややもすれば難病医療の質の低下に陥る危険性も指摘された。このような医療状況の中で患者の QOL 向上に寄与するためには、患者の立場にたったパスの作成など難病医療の標準化とその実践が必須である。さらに難病疾患に対する先端的医療の開発研究と地域における病病、あるいは病診連携診療システムの構築が必要である。

共同研究者

宇津宮香苗 大分大学医学部神経内科医員
荒川竜樹 大分大学医学部神経内科助手
軸丸美香 大分大学医学部神経内科助手
岡崎敏郎 大分大学医学部神経内科医員
堀之内英雄 大分大学医学部神経内科医員
上山秀嗣 大分大学医学部神経内科講師

診療における DPC 導入、法人化の影響を検討した。

B. 対象および方法

大分大学病院（当院）では、2003年6月1日に DPC が導入され、本体の大分大学も 2004年4月1日に法人化した。今回は DPC 導入後および法人化後における神経内科（当科）病棟における神経筋疾患患者の入院待ち日数、在院日数および医師、看護師の病棟業務の変化を検討した。

A. 研究目的

我々は、これまで特定機能病院である大学医学部附属病院（大学病院）における神経難病（難病）医療のあり方を検討してきたが、未だ標準化された方法は確立されていない¹⁻⁴⁾。一方、大学病院では診断群別包括支払制度（DPC）の導入や大学本体の独立行政法人化（法人化）に伴い病院経営の効率化が最重視されるようになった。そうした医療環境の変化の中で難病患者の QOL 向上に寄与するためには難病医療における大学病院の役割を一段と明確にする必要がある。今回は、その一環として昨年度⁵⁾に引き続き、神経筋患者の入院

1) 神経筋疾患患者の入院待ち日数、在院日数の変化の調査

対象は、1995年4月～2002年10月（DPC 導入前）、2003年6月～2004年3月（DPC 導入後）および 2004年4月～10月（法人化後）の各期間に当科に入院したミオパチー、ニューロパチー、筋萎縮性側索硬化症（ALS）などの神経筋疾患患者である。方法は診療記録を基に診断名、入院予約から入院までの日数および入院から退院日までの在院日数を調査した。

2) DPC 導入、法人化後の病棟業務の変化の調査
当科病棟勤務の医師 20 人（男性 13 人、女性 7 人）および看護師 20 人（全て女性）を対象に、予め作成した質問票によるアンケート調査を無記名で行った。

C. 結果

1) 神経筋疾患患者の入院待ち日数、在院日数の変化の調査

DPC 導入前、DPC 導入後、法人化後に当科に入院した神経筋疾患患者数は、各々 206 人（男 92 人、女 114 人）、38 人（男 18 人、女 20 人）、23 人（男 14 人、女 9 人）であった。その内訳は、ミオパチーは各々 92 人、20 人、12 人、ニューロパチーは 56 人、9 人、10 人、ALS は 58 人、9 人、1 人であった。

入院待ち日数の検討では、全神経筋疾患患者については DPC 導入前（ 17.7 ± 26.0 日）、DPC 導入後（ 15.5 ± 14.1 日）、法人化後（ 16.4 ± 13.3 日）で有意の変化はなかった。疾患別でも、ニューロパチーで DPC 導入前（ 13.9 ± 21.5 日）に比べ DPC 導入後（ 6.1 ± 5.5 日、 $p < 0.05$ ）で有意に短縮した他は変化はなかった。

在院日数は、全神経筋疾患患者では DPC 導入前（ 17.7 ± 26.0 日）に比べ DPC 導入後、法人化後で各々 27.2 ± 19.2 日、 34.8 ± 21.7 日と有意に減少した（ $p < 0.05$ ）。ミオパチー、ニューロパチー、ALS ともに DPC 導入前に比べ、DPC 導入後で有意に短縮した（ $p < 0.05$ ）。DPC 導入後、法人化後との間には在院日数に有意差はなかったが、平均日数は法人化後で高かった（表 1）。

治療別の検討では、概して神経筋疾患患者のうちステロイドや γ グロブリン療法を行った患者で在院日数が著しく長期化するが、それでも DPC 導入後、法人化後の在院日数は DPC 導入前に比べ著しく短縮した（表 2）。

2) DPC 導入後、法人化後の病棟業務の変化
DPC 導入後、法人化後の病棟業務の変化についてのアンケート調査に回答した人は 32 人（医師 16 人、看護師 16 人）で、回収率は 80%であった。各質問項目に対する結果は下記の通りである。

① 全体の仕事量について

DPC 導入後、法人化後に「仕事量が増えた」と回答した医師、看護師は各々 75%、46.7%で、看護師の 53.3%は、「変わらない」と答え、医師の 12.5%は「減少した」と答えた。増えた仕事内容は医師では、コンピューターの入力(PC)業務が最も多く、次いで種々の事務作業、会議などであった。看護師では PC 業務はもちろん、本来の業務である医療行為や処置が増加した（図 1）。ちなみに勤務時間内における PC 業務は、看護師の 8.1%に比べ、医師では 21.8%と高かった。

② 患者と接する時間

患者と接する時間は、医師、看護師ともに「変わらない」と答えた者が多く、各々 75%、73.3%であった。しかし、医師の 25%、看護師の 20%が「減った」と答えた（図 2）。

③ 業務内容の変化

業務内容は、医師、看護師の多くが「変わらない」と答え、各々 69%、78.6%であった。一方、「変わった」と答えたものは各々 31%、21.4%であった。

④ 医療の質

医師の 43.7%、看護師の 76.9%が医療の質は「変わらない」と答えた。しかし、医師の 43.8%、看護師の 23.1%が「低下した」と答えた。低下の理由として、医師からは「雑用が多く、診療にあてる時間が少ない」、「在院日数の短縮化のため、十分に検討されないまま、退院や転院になることがある」、「経済面が優先されがち」などが挙げられ、看護師からは「忙しさに追われ、十分に患者とのコミュニケーションがとれていない印象がある」、「パスが十分に活かされていない」、「マンパワー

が足りない」などが挙げられた（図2）。

⑤ DPC 導入について

DPC 導入についての印象は、医師では「悪くなった」とするものが最も多く（50%）、看護師では「変わらない」が46.1%と最も多かった。一方、「良い」と回答したものは医師、看護師で各々18.8%、7.7%に留まった。「分らない」は医師、看護師で各々18.7%、23.1%であった。DPC 導入が良かったとする理由は、レセプト審査、すなわち医師がレセプトの病名を記載する事務作業が楽になったことが挙げられた。しかし、悪いとする理由は多く、その多くが医療の質の項で挙げられたものと同様であった。

⑥ 法人化について

法人化はよいか悪いかについては、医師の31.3%、看護師の20%が「悪い」と回答した。「変わらない」と回答したものは医師37.5%、看護師46.7%であったが、「良い」と回答したものは医師の12.5%に過ぎなかった。悪い理由には、前述とほぼ同じであったが、良い理由としては、大学ごとの自己責任となることを自覚し、独自の医療や経営が行えるという概念的なものであった。

D. 考察

本研究では DPC あるいは法人化そのものの問題点というより、これらの制度の導入により、日常の病棟業務においていかなる影響があるのかを、入院待ち日数、在院日数調査とともにその診療に直接携わる医師、看護師に全体の印象として回答してもらった。その結果、神経筋疾患患者の入院待ち日数は DPC 導入前に比べ DPC 導入、法人化後では変化がなかったが、在院日数は有意に短縮した。その背景に大学病院を含む大学全体の経営効率化の推進があり、とくに病院では在院日数の短縮、病床稼働率の増加に伴う収益の増加が強調され、法人化および DPC 導入により、それ

が一段と加速された結果と思われる。

平均在院日数は神経筋疾患全体、さらにミオパチー、ニューロパチーの疾患別においても、DPC 導入後に比べ法人化後で高かった。これは、DPC 導入時には在院日数の短縮、病床稼働率の増加がとくに強調され、医師、看護師はその考え方と緊張を強いられ、かなりハードに実践できたが、1年後の法人化された頃にはそれに慣れてきたこと、さらに過度の在院日数の短縮、病床稼働率の増加は著しく病棟業務に過度の負担を強いることとなり、在院日数のコントロールの緩和が結果的になされたものと判断される。

DPC 導入後、法人化後の病棟業務の変化については、医師と看護師の間に若干の相違がみられた。医師に比べて、看護師の方が、全体の仕事量、業務内容、医療の質、DPC 導入、法人化において DPC 導入以前ととくに変わらないとする人が多かった。一方、医師では、全体の仕事量が増え、とくに PC 業務や事務作業、さらに会議に時間をとられていた。現在、診療業務、すなわち検査や処置・処方オーダー、その他の事務作業のほとんどが、院内の PC を介したオーダーリング・システムにより稼働しており、その入力作業のほとんどが医師、看護師によって行われている。医師の場合、カルテ記載や退院時サマリー作成などの作業を除いた、勤務時間内の PC 業務の占める割合は21.8%にも及んでいる。米国では、こうした入力作業は通常医療秘書によって行われるが、本邦の国立大学法人系の病院では医師、看護師によって行われているのが現状である。近々、電子カルテの導入が予定されているが、さらに PC 業務が増加するのは必定である。

DPC 導入後、法人化後に主に医師を中心に「患者と接する時間が減った」、「医療の質が低下した」、「DPC 導入、法人化は悪い」とする回答が25%~50%にみられた。その理由は縷々挙げられ

たが、在院日数、早期退院推進ばかりが前面に出て、医療のサービスがなおざりにされがち、患者が十分に検討されないまま、退院や転院になることがある、経済効率の面が強く要求される、などの意見がとくにみられた。

大学の法人化は、大学の自立、すなわち国民に役立つ優れた研究および有能な人材の育成を目指し、研究成果による自己資金を自ら獲得し、自主経営を図ることを目的として導入された。大学機構の中では大学病院は唯一の採算部門であり、その経営状態は大学の存続をも左右し、黒字経営を余儀なくされる。それとともに DPC が導入され、黒字経営を目指すためには、在院日数の短縮と病床稼働率の増加が必須である。その結果、入院患者の回転は著しく速く、忙しい病棟になっているのが現状である。一方、黒字経営の別の柱である必要経費の抑制策は経費削減に伴う人員削減をきたし、益々病棟を多忙化している。そんな中で、患者の入院中の医療事故回避のため医療の質の向上を余儀なくされ、リスクマネジメントの強化として病棟業務の忙しさにさらに拍車をかけている。このような医療環境の変化は、ゆとりのない、忙しい病棟現場を生み、ややもすれば医療の質、サービスの低下をきたす可能性もある¹⁾。慢性の経過をとる難病患者にとって冷たい医療にもなりかねない。以前に我々が ALS 患者家族に行ったアンケート調査では、多くの主治医が、病状や診断について説明をするのみで、今後、どのように療養生活を送っていったらよいか、どのような医療・福祉制度を利用出来るのかの助言、それよりも病気を受容することの大切さ、その中で生きて行く勇気と励ましを与え、そして何よりも心の支えになってくれる医師はいなかったとの結果が得られた。患者およびその家族は、医学的に治療できなくても、その早期の医師とのかかわりがその後の療養生活に大きな影響を与える

ことを述べているが、ゆとりのない病棟現場では、初期医療における病名告知、インフォームド・コンセントに基づく医療、患者、家族に対するケア指導など、患者の QOL 向上に必要なことが十分に補償されない可能性がある⁶⁾。

我々は、これまで難病患者の療養支援における専門病院のあり方を action research の手法を用いて検討してきた¹⁻⁴⁾。とくに当科入院患者に対する在宅ケア処方せん作成、ケア・コーディネーター・チームの設置とそれに基づく在宅ケア導入支援および難病地域支援ネットワーク事業を介した療養支援活動への参加など、研究活動とともに在宅難病患者の療養支援サービスを行ってきた。しかし、現在の大学病院のシステムの中でこのような支援サービスを行うことは容易ではない。一方、介護保険導入をきっかけに、地域には高齢者のみならず難病患者の在宅支援サービスも整備され、患者団体、医師、看護師、保健師、ケア・マネージャー、ヘルパー、ボランティアなど多くの在宅療養支援スタッフの参加や設備、制度が確立され、事実、多くの実績が得られている。

そうした状況の中で特定機能病院、とくに大学病院は唯一の医育機関であり、卒前、卒後、そして生涯教育を通じ、難病患者に優しい良医の育成に努めること、また、cure のみならず care を含めた難病患者に対する先端的医療の開発研究と応用を目指すべきであると思われる。そのためには学内においては工学、福祉学、地域においては企業等との共同研究は必須である。そうして治療法や療養支援機器の開発研究により得られた成果を難病患者に還元していくことが大切である。

また、病棟業務では一般病院ではしばしば困難な早期診断および対症療法や合併症の治療、さらに気管切開、胃瘻造設などの療養支援のための処置などをクリニカルパスに従って、可能な限り短期間に行い、長期に及ぶ入院治療は療養型病院で、

療養は在宅で行う病病あるいは病診連携を徹底させ、それを基盤とした地域における難病診療システムの確立が極めて重要である。こうした目的を完成させるためには、大学病院に難病医療センターを併設する必要がある。

E. 結論

1) 多くの難病疾患を含む神経筋疾患患者の在院日数は、DPC 導入後は著しく短縮したが、法人化による影響は少なかった。

2) 一方、医師、看護師の必ずしも医療の質の向上につながらない事務作業などの病棟業務が増加し、ややもすれば難病医療の質の低下に陥る危険性がある。

3) その背景に DPC 導入や法人化など病院経営の効率化の最重視化がある。

4) このような医療状況の中で患者の QOL 向上に寄与するためには、患者の立場にたったパスの作成など難病医療の標準化とその実践が必須である。さらに特定機能病院では、難病疾患に対する先端的医療の開発研究と地域における病病、あるいは病診連携診療システムの構築が必要である。

参考文献

- 1) Kumamoto T: Pilot study on prevention of neurological disorders in the elderly in a community. *Neurology and Public Health in Japan* (Kondo K,ed), pp 185-189. WHO, Geneva, 1997.
- 2) 熊本俊秀、三宮邦裕、森 敏雄、上山秀嗣、津田富康: 在宅難病患者の QOL 向上のための専門病院のかかわりー神経難病患者に対する在宅ケア処方せん。厚生省特定疾患調査研究「特定疾患に関する QOL 研究班」平成 10 年度研究報告、pp 109-113, 2000.

- 3) 熊本俊秀、三宮邦裕、佐藤紀美子、成迫智子、安東広子、鶴吉百恵、原田洋子、西山淑子: 神経難病患者の在宅ケア導入における専任の難病コーディネーターの必要性とその役割。厚生省特定疾患対策研究事業 横断的基盤研究「特定疾患患者の生活の質 (QOL)の向上に関する研究班」平成 11 年度研究報告書、pp 58-62, 2000.
- 4) 熊本俊秀、三宮邦裕、上山秀嗣、藤本 伸、木村昭子、荒川竜樹、花岡拓也、中村憲一郎: 神経難病患者の QOL 向上における特定機能病院の役割: 神経筋疾患診療におけるクリニカルパス。厚生労働省特定疾患対策研究「特定疾患の生活の質 (Quality of Life, QOL) の向上に資するケアの在り方に関する研究」平成 14 年度総括・分担研究報告書、pp 133-136, 2003.
- 5) 熊本俊秀、三宮邦裕、上山秀嗣、荒川竜樹、木村昭子、軸丸美香、宇津宮香苗、迫 裕介: 神経難病患者の QOL 向上における特定機能病院の役割: 包括医療とクリニカルパス。厚生労働省特定疾患対策研究「特定疾患の生活の質 (Quality of Life, QOL) の向上に資するケアの在り方に関する研究」平成 14 年度総括・分担研究報告書、pp 69-73, 2004.
- 6) 熊本俊秀、木村照美、牧野里美、佐藤幸子、安東広子、三宮邦裕、西山淑子. ALS 患者におけるインフォームドコンセント告知を受ける家族の立場からのアンケート調査の分析。厚生省特定疾患調査研究班「特定疾患に関する QOL 研究班」平成 9 年度研究報告書、pp 87-93, 1998.

F. 研究発表

学会発表

- 1) 軸丸美香、熊本俊秀、三宮邦裕、木村昭子: 神経難病医療に関する医学生の意識調査。

第 45 回日本神経学会総会、2004.5.13、東京、

Singapore.

2) Jikumar M, Kumamoto T, Sannomiya K:

Knowledge and attitude regarding
neurological intractable disease among medical
students in Japan. 11th Asian & Oceanic
Congress of Neurology, 2004.11.26-28,

G. 知的財産権の出願・登録状況

とくになし

表 1

在 院 日 数

	DPC導入前(日)	DPC導入後(日)	独法化後(日)
全神経筋疾患患者	74.8 ± 70.7	27.2 ± 19.2 ***	34.8 ± 21.7 ***
ミオパチー	87.0 ± 80.8	26.6 ± 24.2 ***	30.5 ± 24.7 ***
ニューロパチー	83.4 ± 70.6	31.8 ± 10.3 ***	41.3 ± 18.3 ***
ALS	46.8 ± 40.3	23.9 ± 12.7 ***	19

***:P<0.05

表 2

治療別の在院日数

	DPC導入前(日)	DPC導入後(日)	独法化後(日)
ミオパチー			
・ステロイド	131.1 ± 71.8	69.5 ± 11.7 ***	67.0 ± 41.0
・γグロブリン	132.5 ± 125.2	----	----
・手術(胸腺摘出術)	124.5 ± 102.6	78.5 ± 9.2	25.7 ± 6.4 ***
・その他	----	----	35.6 ± 34.6
・未治療群	47.7 ± 26.6	15.8 ± 10.4 ***	12
ニューロパチー			
・ステロイド	139.4 ± 97.5	39	64.7 ± 21.2 ***
・γグロブリン	54.2 ± 50.0	33.3 ± 6.4	34
・血漿交換	84.8 ± 69.7	----	----
・その他	----	35.0 ± 13.9	27.3 ± 8.5
・未治療群	58.3 ± 27.8	22.7 ± 6.1 ***	31.0 ± 7.1
ALS	44.5 ± 51.7	23.8 ± 12.7	19

***:P<0.05

図 1

DPC導入後、法人化後の病棟業務の変化

【対象】 医師:20人(男性 13人、女性 7人)、看護師:20人(女性20人)
アンケート調査:回収率 80%

1) 全体の仕事量について:

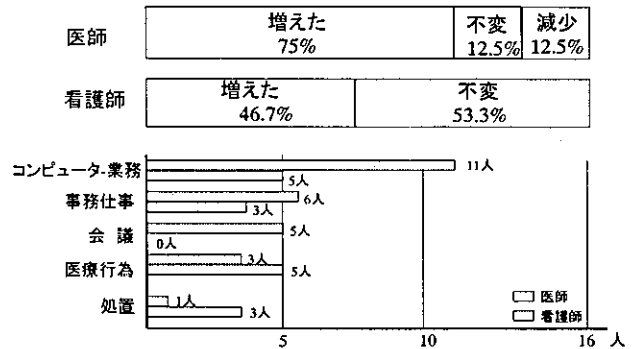


図 2

DPC導入後、法人化後の病棟業務の変化

2) 医療の質:

医師	向上 12.5%	変わらない 43.7%	低下 43.8%
----	-------------	----------------	-------------

(低下の理由)・雑用が多く、診療にあてる時間が少ない
・在院日数の短縮化のため、充分検討されないまま、退院や轉院となることがある
・経済面が優先される

看護師	変わらない 76.9%	低下 23.1%
-----	----------------	-------------

(低下の理由)・忙しさに追われ、十分に患者とのコミュニケーションがとれていない印象がある。
・パスが十分に活用されていない
・マンパワーが足りない

神経難病理解にむけて医学部教育におけるとりくみに関する研究

分担研究者 荻野美恵子 北里大学医学部神経内科学講師

研究要旨

北里大学神経内科ではこれまでも5年生を対象に神経難病のベッドサイドの教育、倫理的問題の小論文、授業内容評価のアンケート調査を行ってきたが、今年度は新たに在宅人工呼吸療法中患者往診に同行、難病（ALS）の告知に関するロールプレイと講義、MSWから福祉制度の概説、身体障害者療護施設の見学プログラムを加えた。昨年度までの学生と共通の設問に対する回答を比較することで教育効果を調べた。少なくとも新たな教育の前後で学生の反応は異なっており、特に告知の重要性については教育からの影響を受けたと考えられる。今回はあえて恣意的に回答を誘導するような教育にはしなかったが、さらに理解を深めるような教育の工夫が必要である。

協力研究者

小川果林 北里大学医学部神経内科学研究員

A. 研究目的

神経難病の診療は医学だけでなく、介護や福祉の知識や理解が要求され、倫理的な面も多く含んでいる。現在の医学教育ではそのような側面からの教育が不十分であり、医師になってから、初めて倫理的に困難な状態に遭遇することもある。医師になったときに戸惑わないためにも、学生時代からこのような問題に目を向けさせ、患者の心理が理解できるように教育することは大変重要なことと考える。これまでも、神経内科臨床実習の中で、神経難病教育を行ってきたが、さらに今年度新たな取り組みを試みた。その内容を紹介し、学生アンケートから得られた教育の影響を報告する。

B. 研究方法

対象は第5学年臨床実習医学生211名、(2003年以前：A群151名、2004年度：B群60名)方法は小論文課題について前年度までの学生と比較、小論文課題について実習前後で比較、臨床実習に対するアンケートの分析とし、統計処理には χ^2

独立性の検定を用い、有意水準0.05とした。

小論文課題 <設問1>あなたが結婚して幼稚園の子供が2人いると仮定してください。もし、あなたがALSと診断されたら、あなたは人工呼吸器装着を望みますか？また、その判断は呼吸器装着の中止を選択できるとしたら変わりますか？

(現状では一度装着すると中止できません)

<設問2>人工呼吸器装着後に人工呼吸器使用を中止する権利についてどう思いますか？

<設問3>40代の男性を緩徐進行性の難病と診断しましたが、家族に話したところ本人には言わないでほしいと言われました。あなたならどうしますか？

告知の講義 <ロールプレイ>2~3人のグループ2つに別れ、それぞれ患者、患者家族、医師役になり、精査後に初めて病気について告知する設定で、患者呼び入れから行う。<ディスカッション>お互いのロールプレイについてよかった点、悪かった点、演技してみて感じたことを整理
<自己啓発的講義>誰からいうか(本人から、本人家族同時、家族から)最初にどこまで言うか(最初からすべて、段階的に)どのような点に気をつけるべきか、などのそれぞれのテーマについて、まず選択肢を選択させ、選択肢毎のグループにわ

かれて、ディベートさせて、各選択の利点欠点に自ら気づかせる。

＜本年度新たに開始したプログラム＞

①在宅人工呼吸器療法中の患者往診に同行②MSWから福祉制度の概説③人工呼吸療法中 ALS も受け入れている身体障害者療護施設の見学プログラム

C. 研究結果

- 1.人工呼吸器装着希望者が43%から29%に減少したが、中止できるとしたら装着を望むという回答の割合は変化なかった。
- 2.人工呼吸器の中止の権利を認めるべきであるという回答は70%強で変化がなかった。
- 3.患者本人への難病告知については、本人に告知するとする回答が42%から92%に有意差をもって変化した。
- 4.各プログラムについてのアンケート調査では往診と告知については肯定的な評価が多く、福祉的問題については必要性の理解が乏しかった。

D. 考案

今回分析した教育に際して、教員からこれが正しい方法であると教えるのではなく、さまざまな方法や考え方があること、対象となる患者によりそれぞれの利点欠点が変わりうることを学生自らが考えるようしむけるように心がけた。そのため、今回の結果は恣意的に誘導したものではなく、学生が感じたままの結果になっている。呼吸器装着の希望の変化については、装着しないほうに移行したが、往診や告知の授業を通して、実際に療養の大変さや家族の環境をみて、現実的に真剣にこの問題について考えた結果と思われる。ただし、今回のような見学型の教育だけでは不十分で、今後はただ呼吸器装着の状況を知るだけでなく、その価値についても考えさせるように教育する必要がある。告知については、当初家族だけでもしくは家族から告知するという選択肢を選ぶ学生が多かったが、告知の授業を通してそれぞれの方法の利

点欠点を理解させることで、本人への告知の重要性を認識したと考える。

E. 結語

今年度より試みた教育方法にて、神経難病における問題をより深く考えさせるきっかけとなった。いろいろな告知の方法がある中で、その患者にとって最善の告知はどのような方法かを考えさせ、告知の重要性について理解を深めることができた。また、このような教育を学生も歓迎していることがわかった。人工呼吸器装着の意義や福祉問題の講義については導入に工夫が必要と考えられた。

「神経内科における安全な療養環境の提供を目指して」
～患者の行動パターンに応じた安全な環境対策～

分担研究者 福永秀敏 独立行政法人国立病院機構南九州病院 院長

研究要旨

H15年度の転倒転落に関するヒヤリハット報告の事例を振り返り、神経内科疾患患者の転倒転落の原因と転倒時の環境を分析し、患者の身体機能、行動パターンに応じた転倒転落を防止する安全な環境対策を基準化し、実践に活かしている研究である。

共同研究者

山本泉美 平山恵子 山口ひとみ 安山智美
田中香織 吉原由美他

（独立行政法人国立病院機構南九州病院 神経内科）

A. 研究目的

当病棟では筋・神経系に障害を持つ患者が多く入院している。患者は高齢である事に加え、疾患上、運動障害をきたし姿勢保持異常によりバランスを崩し転倒転落を起こしやすい。転倒転落防止の看護ケアは高齢者や障害者の自立を維持し、QOLを低下させないために重要であり、当病棟でも患者の身体機能に応じたそれぞれの対応策を立て、援助を行ってきた。その結果を振り返り分析・検討したことで当病棟における転倒防止策を基準化し、患者の行動を抑制することなく、行動の意図を尊重した安全な環境の提供につながっているので報告する。

B. 研究方法

期間：H15年1月～H15年12月

方法：1) 病棟内で生じた転倒転落の原因と環境の分析

2) 身体機能・行動パターンに応じた環境整備対策表の基準化

対象：H15年転倒転落件数48件

倫理的配慮として、患者に、個人が特定されない

こと、今後の安全対策につながることを説明し、協力、理解が得られている。

C. 研究結果

H15年度の転倒転落件数は48件であり、疾患別では、パーキンソン病52%、痴呆（不穏を伴う）16%、ALS12%、硬膜下血腫8%、シャイドレーガー症候群4%、脳梗塞4%、その他2%であった。（表1）

患者の行動別要因では、生理的欲求を満たそうとする行動（排泄40%、食事15%、清潔・整容10%）と不穏に伴う行動35%の2つに分けられることがわかった。（表2）

環境要因では、PWCが患者から見えるところに設置してあり一人でしようとして12件、排泄中看護者がそばに付き添ってない7件、ベッド柵が4本柵又は、介助バーが開いてなく柵を乗り越えて10件、手の届く範囲に必要なものが置いてない6件、センサーマットを使用していない、または使用していてもスイッチがOFFになっていた8件、オーバーテーブルの固定がない2件、その他3件であった。

病状の進行や、抗パーキンソン薬などの内服コントロール不良から不穏が出現すると、予測できない行動があるため、転倒を未然に防ぐことができなかった。また、自分でしたいという思いと自分でこれぐらいは一人でできるという自己過信が強い患者が多い。そこで、一人で行動を起こしても