

## 実践報告

# 急性期病院における高齢者とのかわり －院内ユニットケアの開設にむけて－

Challenges to set up the unit care for the older  
adult patients in an acute hospital

岡野 由紀美, 橋本 陽子, 森田 明子, 山下 伸子

Yukimi Okano, Youko Hashimoto, Akiko Morita, Nobuko Yamashita

公立松任石川中央病院

Public Central Hospital of Matto Ishikawa

### キーワード

高齢者, 高齢者機能評価, ユニットケア, チーム医療, 急性期病院

### はじめに

高齢者では環境の変化によりせん妄をきたすことや転倒・転落や点滴の自己抜針などの事故のリスクが高い患者が多い。そのため看護師は患者を車椅子に乗せ一緒に検温に回ったり、同じ症状の患者をナースセンターに集めて、常に視界に入れながら業務をしている現状がある。しかしその対応では個別的な関わりが不十分で、さらに機能の低下をきたす場合がある。

当院では平成19年度より院内に高齢者機能評価 Comprehensive Geriatric Assessment (以下CGA) チームを設置した。毎月勉強会と事例検討を重ね、生活機能の問題点を医学的問題点と同じレベルでとり上げて、チームとして高齢者医療を目指し取り組んできた。

その中で私達の自主的な活動としてユニットケアに取り組んだのでその過程と実践を紹介する。

本来ユニットケアとは介護施設等で行われているもので「施設の居室を10部屋程度の個室で一つの生活単位(ユニット)として分け、食堂や談話スペースなどの共有部分を設け、利用者の自己決定を尊重しつつ、人間関係や社会関係といった生

活環境を維持していく」<sup>1)</sup>と述べられている。

病院では人員や設備の面で限界があるため、患者を一定の場所に集めて音楽や遊びを通して、生活機能の維持向上を図ることを目的として試みた。

### ユニットケア開設の目的

1. 効果的な刺激により療養期間中にADLや認知機能を低下させない
2. 機能低下がある患者の安全・安楽を確保する

### ユニットケア開設までの過程

平成20年のCGA勉強会の中でユニットケアが院長より紹介された。そこでユニットケアの実践を提案されたが、看護部としては病棟の煩雑な現状からなかなか踏み出すことはできなかった。反面、病状が回復してもベッドで寝ているだけで退院できない患者もおり何とかしたいと感じていた。そこで平成21年1月ユニットケアの構想をCGAチームの看護部が中心となって取り組むことで合意した。2月師長会で看護師中心のプログラムを提案した。看護師を各病棟からユニットケアに出すことは病棟業務が滞り難しいと意見もあった。そこで対象病棟を絞り実施回数も限定し、

内科系 2 病棟 5 日間より開始した。その後 4 病棟 8 日間へと拡大的に試行した。

当院の H21 年の CGA データより、病棟別では一般外科系、循環器科が身体、精神機能両面で評価得点が高かった。一方消化器、代謝・腎内科系病棟では、身体、精神機能両面の得点が低い傾向にあり、適切な予防と悪化防止に向けた看護計画プログラムが必要であることがわかった。そのため取り組みとしては消化器、腎高血圧内科、一般内科の内科系 2 つの病棟の患者を対象とした。

## 方 法

対象：一般科入院中の患者で認知機能の低下のある身体疾患の回復期にある患者

場所：病棟患者食堂

時間：火曜日から金曜日の 14 時から 15 時 30 分

ユニットケア対応看護師：4 つの病棟の当番制で看護師 1 名

担当看護師長：CGA メンバー 4 人が交代で参加

手順：病棟看護師が患者を移送してくる

当日担当看護師が申し送りを受ける

1 時間 30 分患者と共にその場所でケアにあたる

ケア内容：参加者には名札を付け、病棟名と名前を記入した。患者 2 ～ 3 人に対して 1 名のスタッフが関わり、回想法、音楽療法、運動療法などを取り入れ、個別の話しかけや音楽や遊びを通して一人一人に働きかけた。

プログラムとして、風船遊び、唱歌や童謡、ぬり絵、貼り絵、魚釣りゲーム、折り紙、紐渡しなど組み合わせて行った。

## 倫理的配慮

試行を研究的な関与としてとらえ、参加者にはプライバシーを保護することと、拒否しても不利益や今後の治療と看護に一切影響がないことを説明し、文章で同意を得た。

## 実際および結果

### 1. 参加患者概要（表 1）

参加者の年齢は 80 歳代が 26 名（70%）を占めた。男女比は女性 29 名（72.4%）であった。

### 2. 参加者の CGA 状況（表 2）

表 1 参加患者の年齢と性別

|            | 男（n = 8） | 女（n = 29） | 合計 |
|------------|----------|-----------|----|
| 年齢 70 - 79 | 0        | 4         | 4  |
| 80 - 89    | 7        | 19        | 26 |
| 90 - 99    | 1        | 4         | 5  |
| 100 -      | 0        | 2         | 2  |
| 合計（人）      | 8        | 29        | 37 |

表 2 参加患者の CGA 状況

|                | 区分       | n  | %  |
|----------------|----------|----|----|
| 改訂長谷川式簡易知能スケール | 0 - 10   | 21 | 57 |
|                | 11 - 20  | 11 | 30 |
|                | 21 - 30  | 4  | 11 |
|                | 不明       | 1  | 2  |
|                |          |    |    |
| Bathel Index   | 0 - 30   | 21 | 57 |
|                | 31 - 70  | 7  | 19 |
|                | 71 - 100 | 8  | 22 |
|                | 不明       | 1  | 2  |
| Vitality index | 0 - 7    | 20 | 54 |
|                | 8 - 10   | 16 | 43 |
|                | 不明       | 1  | 2  |

【CGA 基準値】

改訂長谷川式簡易知能スケール：20 点以下で軽度認知症の疑い

Barthel Index：絶対的な基準値はないが Granger らの報告では、60 点以下を部分自立としている

Vitality Index：7 点以下で意欲が低いと判断

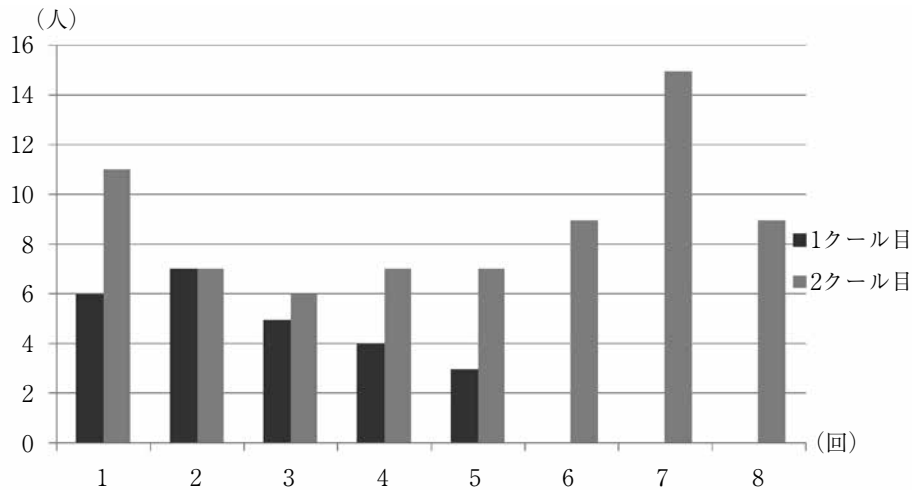


図1 参加人数の推移

1クール目：全5回のプログラムを2病棟の入院患者を対象に実施

2クール目：全8回のプログラムを4病棟の入院患者を対象に実施

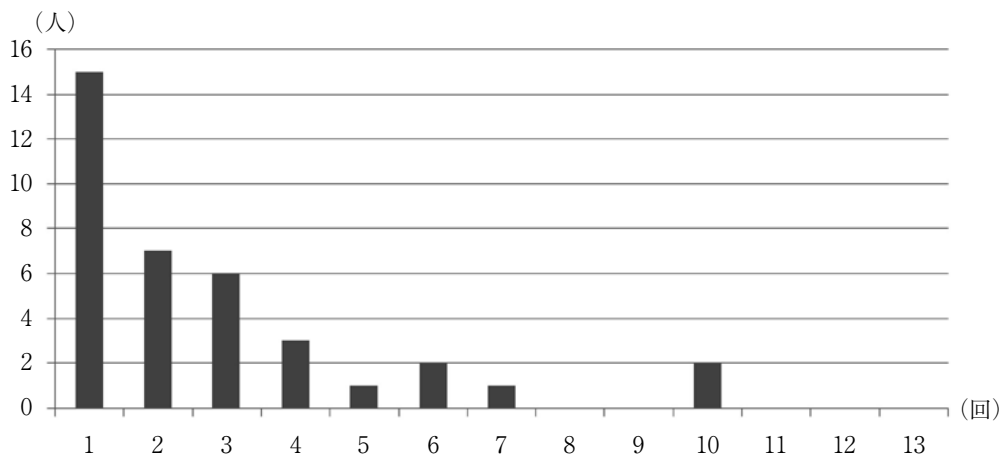


図2 参加回数と人数

認知機能（改定長谷川式簡易認知スケール）では、参加者の32名（87％）が0～20点であり低下を認めた。基本的な生活機能（Barthel Index）では、70点以下が28名で76％に生活機能の低下がみられた。意欲の評価（Vitality Index）では、20名（54％）に意欲の低下がみられた。

### 3. 参加人数の推移（図1）

1クール目の試行期間のH22年2月3日から2月12日までの5日間は、病棟限定もあり3～7名の参加で平均5名であった。担当スタッフを2～3人配置し、参加者一人一人に目を向け働きかけられるようにした。

1クール目施行して、担当スタッフは自分の病棟以外の患者にも対応することになるため、不安があったが常時CGAチームの師長がフォローし、

また問題があればすぐ所属病棟に連絡を取り迎えに来てもらうことを約束して関わった。

ケア時間帯については、午前中は状態観察や処置があるため部署で過ごしてもらい午後からは比較的関わりが薄くなるため刺激が必要と思われた。さらにユニットでは患者は持続的に車椅子や椅子に座っての活動となるため、負担なくできる時間の限界は2時間以内と考えた。また看護師も長時間自部署の病棟を空けておけないため、患者と看護師にとって適切な時間は昼食後の14時から15時30分までの1時間30分くらいが妥当とした。

結果的には、搬送時間も入れると患者や看護師の集中的にはちょうど良い時間であった。患者の反応には、集団で交流することにより患者同士が声の掛け合いのやりとりする場面があった。驚

表3 ユニットケア参加者の反応

| 参加者               | 主疾患           | CGA結果                             | 患者の反応                                                                                            |
|-------------------|---------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A氏 81歳女性<br>7回参加  | 肺炎            | 認知機能：6点<br>A D L：30点<br>意欲の評価：10点 | 右不全麻痺あり。しびれを訴え初日はぬり絵を介助で行ったが2日目より折り紙や貼り絵をするようになる。3日目には「今日も連れって行ってね」と楽しみにして風船遊びや歌にも積極的に参加するようになる。 |
| B氏 86歳女性<br>10回参加 | 糖尿病<br>パーキンソン | 認知機能：10点<br>A D L：30点<br>意欲の評価：7点 | 病棟では「お母さん、お母さん」と呼び続けたりしている。ケアになると嫌がらずに参加し風船遊びを行い、みんなと話をする                                        |
| C氏 81歳女性<br>6回参加  | 肺炎            | 認知機能：0点<br>A D L：25点<br>意欲の評価：7点  | 車いすに乗ったまま、頸部後屈気味のためぬり絵などはできないが風船には手を出して歌は口ずさむ。                                                   |
| D氏 81歳男性<br>1回参加  | 心不全           | 認知機能：1点<br>A D L：20点<br>意欲の評価：6点  | 戦争のことを上手に話しされる。ぬり絵も行う。                                                                           |
| E氏 84歳男性<br>2回参加  | 肺炎            | 認知機能：16点<br>A D L：0点<br>意欲の評価：5点  | 1回目は何とか参加されたが、2回目は「こんな年寄りの所におれん」と途中で拒否し退室。                                                       |

いたのは、「自分は一番年齢がいつている」「私より若い」などと話し、年齢や名前に関心があることがわかった。そこで看護師は年齢を話題にすることで笑いを誘う場面もあり介入の一つの手段となった。また名札に年齢を記入することにした。

大きな問題もなく試行を終えることができたため、同様の方法で対象病棟を4病棟に拡大し2クール目を計画した。

2クール目の試行期間はH22年3月2日から3月12日までの8日間実施した。対象病棟を4病棟に拡大したこともあり、6~15名が参加し平均8名の参加となった。しかし15名が参加した日は、同じ2グループに分かれて行うことになった。そのため場所が狭く、ケアにあたるスタッフが集中できないことが課題となった。

しかしながら、この様に回を重ねていくと参加者も多くなり、職員間にも自然とユニットケアに参加する意識ができてきた。

#### 4. 参加回数と人数(図2)

参加回数では、1回のみ参加が15名と最も多く、3回までの参加が28名(75%)であった。長期入院患者では10回の参加もあった。

参加者の反応(表3)として、A氏は折り紙やぬり絵をし「楽しかったあ〜、病気が治るような気がする」「また連れて行ってね」と話すようになった。B氏は風船遊びになると嫌がらずに参加した。C氏のように普段声を出さなかった人が歌を口ずさんだりする場面もあった。D氏は戦争のことを上手に話してくれた。しかしE氏は参加したものの「こんな年寄りのところにおれん」と途

中で拒否され退室した。

## 考 察

我が国はこれまでにない高齢化社会に突入し、高齢化率は22.5%と世界第一位になっている。当院も入院患者の62%以上が65歳以上の高齢者でありその割合は今後も減少することはない。高齢者の入院は二次合併症や認知機能の低下を起こしやすいため早期の退院が必要であるが、退院可能となっても家族の介護力や受け入れ状況によって環境が整うまでは退院待ちとなるケースもある。

CGA委員会で高齢者生活機能に関する勉強会を積み重ねる中で「ユニットケア」の目的を知り、「やってみたい」と私たちの思いは強まった。

当初の計画では1日のスケジュールを組んでみた。しかし話し合いを進める中でマンパワーなどの諸問題が現実化し、最終的には1時間半のスケジュールとなった。1クールを終了すると、遊ぶ道具の使い方や音楽や歌の内容など1時間半継続することの難しさも感じた。それでもみんなで知恵を出し合いながら、2クール目を終え現場の反応や患者が楽しそうに話しをする姿や、病棟でみることのなかった患者の穏やかな表情や歌声、そして笑顔に感動を受けた。患者のもてる力を引き出すことにやりがいを感じ継続していきたいとの思いが強くなった。

山下<sup>2)</sup>は「認知症高齢者にとって、日常生活を送るうえで最も大切な事項に、環境因子がある。・・・環境因子でさらに重要なものは何か、言うまでもなく“人”である。病院や施設なら、看護・

介護・リハなどスタッフの関わりは、認知症高齢者の今後を左右し、その役割は大きい」と述べている。本来のユニットケアとは異なるが、急性期病院として在院日数15日前後、病床利用率91%とつい「忙しい、忙しい」と口ずさむ中で、何とかこれ以上生活機能や認知機能を低下させたくないという看護師の思いが一丸となって取り組んだように思う。

### 今後の展開

今回は2クルールのユニットケアの実施であった。今後も継続し定着していくために、マンパワーの問題はさけられない。看護補助者の協力を得るため、「認知症患者の効果的な関わり方」の勉強会を行った。その後5月、6月には看護補助者2名、病棟看護師1名、看護師長1～3名で8病棟に拡大し再度施行した。手ごたえを感じ11月より本格稼働を予定しており、今後はCGA委員会メンバーであるコメディカルにも参加してもらい、さらに内容の充実を図ることやボランティアの参加も

検討していきたい。

### おわりに

今後も高齢者で認知機能の低下のある患者の身体治療目的の入院は増える。回復期における患者へのかかわりは1病棟単位では限界がありユニットケアのように個別にかかわることがますます重要となってくる。高齢者医療は医療者だけでなく病院スタッフがチームを組み、事例検討や勉強会を定例化しチーム医療を実践していくことが大切であると考えている。

### 文 献

- 1) 島根県庁高齢者福祉課：ユニットケアについて，[オンライン，<http://www.pref.shimane.lg.jp/life/fukushi/kaigo-hoken/kyo/yuni/>]，11. 1. 2010
- 2) 山下和徳：作業情報ジャーナル，4（10），933，2007