

発行: 社会医療法人あいざと会
 発行者: 久保 一弘
 住所: 徳島県板野郡上板町
 佐藤塚字東 288 番地 3
 電話: 088-694-5151
 F A X: 088-694-5321

ホームページ

あいざと便り



明けましておめでとうございます。
 本年もどうぞよろしくお願い致します

昨年末、衆議院解散・総選挙がありました。結果は、右傾化、原発継続、アベノミクス等に不安を感じます。私達の領域では、精神科医療や障害者福祉制度の大幅な見直しが予定されておりましたが、今後、逆戻りするのではないかと気がかりです。

「禁煙」は良いことばかりで、一例を挙げれば、病棟内のいい場所を占めていた喫煙室は、精神保健福祉士が常駐できる相談室となり、入院時から早期の退院に向けて様々な相談・援助が行いやすくなりました。

昨春秋、奈良での精神科救急学会では、シンポジウム「精神科病院における禁煙」が開かれ、十年前に我が国の精神科病院で初めて「敷地内全面禁煙」を実現した、京都の宇治黄檗病院の村井先生のお話を久しぶりに伺いました。村井先生には、七年前、当院に「禁煙」に向けて講演に来ていただきました。当院は、十一年間の「分煙」から、平成十八年四月より「敷地内全面禁煙」にしました。何れも長年の理想の実現で、実施には十分な準備をしました。実施してみると、院内約十カ所の喫煙室でならタバコを吸える「分煙」と「全面禁煙」では、大きな違いがありました。完全な「分煙」は実際には困難で、煙は喫煙室から漏れ出てくるし、喫煙室から出てきた人は吐く息や衣類等に付着させて、タバコの有害物質や臭いを病棟内に撒き散らしました。クリーンで安全な環境にするには「敷地内禁煙」しかないということを実感しました。

◆「分煙」と「禁煙」では◆

やはり「禁煙」にしましょう

理事長・藍里病院長 久保 一弘

特集① 禁煙

「敷地内全面禁煙」 平成18年 4月 1日実施

- 11年間の「分煙」の時代を終え、「敷地内禁煙」に取り組んだ。
- 衛生委員会を中心に計画し、禁煙推進プロジェクト(委員会)によって「敷地内禁煙」を実施。
- 機関誌「スワン」: 発行。
- 喫煙者は職員として不採用。
- 悪質妨害者対策。一斉清掃。



◆『敷地内禁煙』は難しくない◆

シンポジウムで奈良女子大の高橋裕子先生は、調査によると、精神科病院が「敷地内全面禁煙」にするのは、最近では殆ど準備期間を設けなくても問題は無いと報告されました。確かに昨年、徳島県内でもごく短期間の準備で「禁煙」に踏み切った精神科病院が複数あるそうです。それは、精神科病院でも「禁煙」はもはや当たり前だと意識が変化してきていて容易に受け入れられるということです。

敷地内禁煙単科精神科病院 2007

広義の禁煙治療

医療法人栄仁会 宇治おうぼく病院（京都府）
 医療法人北斗会 さわ病院（大阪府）
 医療法人あいざと会 藍里病院（徳島県）
 医療法人睦み会 城西病院（徳島県）
 医療法人社団 亀康記念医学会 関西記念病院（大阪府）
 医療法人社団 せがわ会 千代田病院（広島県）
 医療法人 魚津緑ヶ丘病院（富山県）
 医療法人 陽和会 南山病院（沖縄県）
 医療法人社団 宗仁会 奥村病院（福岡県）
 特定・特別医療法人 函館渡辺病院（北海道）
 財団法人 松原病院（福井県）
 財団法人 精神医学研究所附属 東京武蔵野病院（東京都）
 医療法人 宮本会 紀の川病院（和歌山県）

入院患者の喫煙率：約六割 ⇒ ゼロ
 職員の喫煙率： ⇒ ゼロ

◆環境が治療になる◆

「禁煙」の実施で多くの人がタバコを止めましたが、止められない人たちも少しはいます。自宅では吸っている職員もいるようです。しかし、多くの人は、タバコは止めるべき、止めたいと考えています。何度も禁煙外来に受診した患者さんもあります。「敷地内全面禁煙」によって吸えない環境を提供することが広義の禁煙治療になります。当院ではタバコで汚すのを遠

2012年11月22日 藍里病院

祝 敷地内禁煙6周年！

精神科における禁煙 タバコから自由になるご案内

藍里病院は時代の先駆けです

社会医療法人公徳会
 トータルヘルスクリニック
 川合厚子

慮したくなることも期待して、院内外の環境整備をしています。清掃員の他に、禁煙推進支援委員会が今も毎月一回病院周辺の清掃を行っています。昨年は、隠れ喫煙の場所になっていた駐輪場を撤去して、透明の屋根で、どこから中を見通せる駐輪場を設置しました。

大勢の患者さんが病院周辺にいて、中には近所に行つて、タバコを吸い、吸い殻などを捨ててくることもあり、何年前か前に近所の代表が話し合いに来られました。初めは非常に硬い表情で厳しいお話がありました。しかし、多くの方が外来診察、デイケア等の治療、生活訓練、就労訓練、パート労働などに通つていて、入院患者も社会をめざして活動していることを報告し、あわせてタバコの問題と取り組みを説明すると、ご自分の子ども達と同じ問題を抱えて努力していると理解し、協力して頂けることになりました。

敷地内全面禁煙・実施病院数				厚生労働省統計		
敷地内 全面禁煙	全病院			精神科病院		
	病院数	実施病院数	%	病院数	実施病院数	%
H.20.10.1	8794	2361	26.8%	1076	51	4.7%
H.23.10.1	8605	3457	40.2%	1076	141	13.1%

◆喫煙・依存の克服から社会へ◆

当院では、昨春秋、山形県の川合厚子先生に禁煙講演会をお願いしました。研修ホール一杯の聴衆全員が熱心に講演を伺いましたので、未だ禁煙に踏み切れていない人たちが禁煙に挑戦してくれるものと期待しています。

平成三年に私は当院における喫煙問題の調査結果を報告して『精神病院が、社会に開かれたものとなること』によって、「分煙」さらには、「禁煙」の方向が常識化してくるのかも知れない。』と書きました。病棟内にタバコの煙が充満していた当時から二十余年経ち、精神科関係者全員がニコチン依存症という精神科の病気を克服して、逆に社会一般に模範を示せる時代に近付いていると考えています。

精神科関係者の皆さん、利用者の皆さん、そして特に精神科病院の経営者・管理者の皆さん、やはり『禁煙』を決心しましょう。



禁煙外来から

医師 大木 裕子

近年、受動喫煙防止対策の徹底が求められ、「健康日本二十一（第二次）」では受動喫煙に関する数値目標が盛り込まれるなど、タバコによる健康への悪影響が科学的に明らかになってきました。受動喫煙とは「室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされること」と定義されています。

藍里病院は早くから（平成十八年四月より）敷地内完全禁煙が実施されています。病院長は禁煙の輪を「どこでも禁煙」へとさらにその基準を拡大しています。禁煙の環境を設定するとタバコを止めやすい傾向になることも当院に働く人へのアンケート調査から明らかになっています。厚生省は二〇二二年に喫煙率十二・二％、医療機関での受動喫煙０％とすることを目指す数値目標を掲げました。その根拠としては二〇一〇年の国民健康・栄養調査の結果によれば、男女合わせた喫煙率は十九・五％で、このうち三十七・六％がたばこを止めたいと希望していたことから、禁煙を希望する喫煙者が全員たばこを止めた場合、喫煙率は十二・二％となるからとのことです。

本年度に当院で働く人にアンケート調査を行った結果、二〇六名から回答がありその内喫煙者は十八名で、禁煙環境の中では国の調査に比べると、



かなり良い結果です。一年以上禁煙し、現在禁煙中の人も居ることから、働く人自らの体験や工夫も参考にして、当院に通院する患者さんにもそれぞれの立場で禁煙への支えが出来ることと思います。禁煙外来での状況は、まったく禁煙に興味のない人はごく少数になりました。すべての医師やスタッフから禁煙を勧めていただくことで禁煙に対する意識が前向きになり、外来を訪れた時にも「禁煙の自信のほどは？」の答えが五〇％程度であっても、平成二十年の調査では禁煙外来受診中に三割くらいの方が禁煙に成功しています。この当時調査に協力していただいた患者数八十二名中三十七名が「出来れば止めたいと思う」と回答していたので、平成二十五年の調査結果がどのようになっているか次回に報告したいと思います。

禁煙推進支援委員会の活動報告

禁煙推進支援委員会副委員長

岩瀬 伊都子

私たち推進委員会の活動内容や敷地内禁煙の現状等をお話しさせて頂きたいと思います。

禁煙推進支援委員会は、平成十七年十月に、患者さん及び職員に対し、継続的な禁煙の啓発ができるような取り組みをして、当時、精神科病院では余り取り組まれていなかった『敷地内全面禁煙』をめざすことを目的として発足しました。十一月以後、毎月第四水曜日の十三時三〇分から開催してきました。会議の前に全員で病院敷地周辺や河川敷の吸い殻拾い等の清掃活動を行い、その後、各部署の喫煙状況を話し合うほか、アンケートの実施、講演会の開催、広報紙の発行、施設見学、講習会、禁煙教室、ビデオCD本の貸し出し、定期巡回等について意欲的に活動を進めてきました。

広報紙「スワン（白鳥）」は、当時支援委員だった小川・中尾看護師が「吸わん」と関連させ、白鳥のような綺麗な肺になつて貰いたい」と名付けたものです。残念ながら平成十九年九月を最後に発行を休止しています。

当時、私たち支援委員も手探りの活動だったため、「禁煙治療のための標準手順書」や、「禁煙治療薬の勉強」等から指導方法を学んだものです。

平成二十四年四月からは、偶数月と会議開催日を縮小しましたが、清掃活動は現在も続けています。またこの清掃活動に宿泊型自立訓練事業所すくも地域活動支援センターことじのメンバーさん達の協力を頂くこともあります。

さて、敷地内禁煙の状況ですが、現在敷地内外での喫煙が増えてきているという報告が悩みの種です。清掃活動の度に北倉庫裏などに大量の吸い殻を回収していますし、敷地外と称し平然と病院前旧吉野川河川敷で喫煙をしている姿も度々目にします。また運動場横の道路で早朝から軽トラックがタバコの販売をしているという情報もあります。このような現状を打破しようと、禁煙できていない患者さんには、あらためて主治医から個別に禁煙の勧めを行つて貰うことにし、久しぶりにアンケート調査も行うことにしました。まず平成二十四年八月二十二日に全職員（二百十一名）を対象に喫煙状況のアンケート調査を行いました。



職員の喫煙者は十八名に減少していましたが、「喫煙者は職員不採用」となっていますから、全員禁煙に取り組んで頂きたいと思っています。来年は入院患者さん、デイケア、すくも、支援センターことじ、グループホーム、外来患者さんを対象にアンケート調査（平成十七年・二十年に実施）を予定しています。その際はご協力を宜しくお願い致します。

十一月二十二日には、山形県から社会医療法人公徳会トータルヘルスクリニック院長の川合厚子先生を迎え、講演会を開催しました。川合先生は精神科における禁煙で全国的に活躍されていて、多数のスライドを使つて非常に分かりやすく禁煙の勧めをお話下さいました。スタッフ、入院患者さん、デイケア、すくも、支援センターメンバー、合計百十一名と盛況な講演会でした。禁煙への取り組みのきっかけになることを期待しています。

十一月末に「禁煙支援バッジ」を作つて頂き、スタッフ（委員や役職者）に装着をお願いしたところ、「禁煙支援に協力したのでバッジを下さい」という、うれしい声が次々にあり、百個作つたバッジがあつという間に無くなつてしまい、追加作成中です。そんなスタッフに支えられながら、今後も『全面禁煙』の実現をめざしていきたいと考えています。ご協力のほど、よろしくお願い致します。

特集②

藍里病院の災害対策

災害とは

法人管理部長 米津 憲一

◆災害とは◆

災害対策と一言で言えば簡単に聞こえますが、国語辞典では災害とは「天災や事故などで受ける災い」と記述されています。

では、天災とは「地震・風雨などの自然の災害」で相反して、それ以外の災害は「人災」と言われています。

今回の東日本大震災は「天災」と「人災」が災害を増幅させた「災害文化」を、世界の人類に対して大きく警告を発したものと考えさせられます…。皆さんどうですか？



◆防災とくしまポッドキャスト 第1回より◆

「災害時になぜ人は逃げないのか」について群馬大学大学院工学科・社会環境デザイン工学の片田敏孝教授が左記のように述べています。

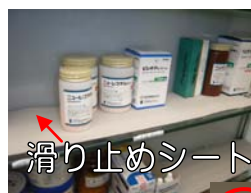
「大きな災害が発生しても住民が避難しないという実態が全国各地で見られる。それぞれ皆『避難しなければいけない』ということは分かっているのに、なぜ避難に結びつかないのか。片田教授は警報が発せられても『今がその時』と思えない『正常化の偏見』という心理が働いているのではないかと、指摘しています。

例として、交通事故に年間七千人に一人が遭遇する発表があっても、自分は関係無いと思いますが、宝くじで七千人に一人当たると言われれば、自分が当たりそうに思うことと同じことで、自分に取って利益に繋がることと繋がらないことは違うと判断します。皆さんはどちらですか？ 災いは自分に降りかかる恐れがあると思えば避難できますね。また、災いは先人に学ぶことも重要であります。地域における「災害文化」を十分調査・研究して具体的災害対策と訓練を実施する必要があります。キーワードとなる「居安思危」を出来るようにするには、言葉として「備えあれば憂い無し」であると先人は記述しています。

◆病院での具体的施策◆

前述を前提に「藍里病院」の災害対策を「備えあれば憂い無し」にするには、まず災害に対する装備と保守メンテ、それを使いこなす人の訓練が重要であると考えています。例として、火災に対する対策としては、装備・機器について常に正常に稼働するよう「火災警報システムなど」は、専門業者による稼働テスト・点検、保守メンテを実施し、年二回の防災訓練にも実際に稼働させるようにしています。また、人の訓練は消防署職員の指導の下、役職員・入院患者さんも一緒に年二回の防災訓練を実施していき、秋の訓練は昼間の火災を想定しての訓練として全役職員が参加しています。春の訓練は夜間の火災を想定した訓練を夜間の職員だけと限定して実施しています。内容は、

一、災害発生時の緊急連絡網の連絡テスト・指示系統への連絡確認・指示指令の授受



滑り止めシート



固定金具



衛生電話



ポータブル発電機

二、職員、患者さんによる避難訓練「職員による一次消火を消火栓・消火器を使用した初期消火訓練」

三、水くみ上げポンプを使った稼働使用テスト

四、広域避難を想定した移動車ポートなどの実地訓練

五、怪我人への対応・医薬品、食品緊急持出品など
六、電子カルテ全オードリングシステム関係・明かり通信機器水などを確保する為の自家発電装置の稼働テスト

など、一部震災・水害も想定した災害対策も折込んだ訓練も実施しています。また、昔から言う「衣・食・住」の確保を基本として、

一、食は、非常食品・飲料水・調理用の熱水の確保
二、住は、耐震用固定器具などを利用して設置設備等の転倒等の安全確保の徹底、外部への通信網の確保するための衛星電話などにより居住の安全確保
以上により一層の安心・安全の確保が出来る
と、役職員一同努めています。外来・入院患者さん、各施設のメンバーも当病院の防災訓練に自らの身を守るためにも、大いに参加してください。



災害時非常用食品について

管理栄養士 石原 智奈美

平成二十三年三月十一日午後、大きな地震が東日本を襲いました。宮城、岩手、福島、茨城の各県では大きな被害を受け、テレビでは突然大津波の映像が入り、その巨大さとも何もかものみ込んでいく力、さらに一部では火災が加わって何とも言えぬ恐ろしさを感じました。各県の医療機関も大きな被害を受け、ライフラインがストップした中で、栄養部門はどのように行動し必要な食材を集め、病院食を提供したのか、被災された病院からの生々しい緊急レポート、被災地へ入り避難所の食料供給に係わった方々の貴重なお話が昨年度の研修会では幾度となくありました。南海地震は、一〇〇年、一五〇年の周期をもつて繰り返し発生しており、前回は一九四六年（昭和二十一年）でした。今世紀前半にも発生する危険性があると言われ、本県も大きな被害を受ける事が予想されます。災害発生時、私たちは入院患者さんへどのように食事提供する事が望ましいか再検討する事にしました。

現在当院は三日間の備蓄食品を持ち、常菜一八〇名、軟菜きざみ食六〇名の二四〇名＋αを一階の栄養倉庫・一階の特食倉庫・二階の栄養休憩室の三カ所に分けて備蓄しています。従来の献立は、災害第一日目、二日目、三日目と献立作成し一階の倉庫ドアに表示していました。賞味期限が近づく食品ごとに内容等を検討改善し、食品を入れ替えています。しかし災害は何時起こり何時復旧できるか分からない為、朝昼夕関係なく第一回目、九回目の食事が提供出来るよう献立変更を行いました。下表を参照

当院では上記以外にもレトルトのカレーや肉じゃが、缶詰のごはん、クラッカーなど備蓄食品は揃えています。しかし被災三週間後でも朝ご飯抜きや一日三食炭水化物だけという避難所があるのも現状です。いかに備蓄をバランスよく提供できるかということも大切であると痛感しました。また災害はいつ起きるか予測不能です。給食担当者が出勤できない場合も想定し、今後備蓄食品リストを食種・賞味期限、保管場所などわかりやすく提示すると共に、給食担当者以外の職種でも対応できる体制作りをし、連携体制の構築をしていこうと思っています。

	1回目	2回目	3回目
常菜(500kcal)	Q 急ペーカリー1個 カロリーメイト1本 天然水 500ml 1本	非常食用パン 1個 カロリーメイト1本	全粥レトルト 1個 カロリーメイト1本 梅干
軟菜きざみ (400kcal)	とうもろこしのスープ 1個 カロリーメイト1本 天然水 500ml 1本	じゃがいものスープ 1個 カロリーメイト1本	全粥レトルト 1個 かぼちゃのスープ 1個 梅干

特集③

認知症



認知症とはく地域連携講演会からく

医師 吉田 成良

去る十一月十五日、当院研修ホールで板野郡認知症懇話会が開催され、「認知症の診断とBPSDの対応について」今井メンタルクリニック院長 今井幸三先生の特別講演がありました。その講演要旨について述べます。

認知症の診断について、問診（病歴）、身体診察、認知機能テスト（MMSE, HDS-R）、血液検査（甲状腺、肝機能など）、画像検査など、色々な情報をふまえて総合的に、そして順序たてて診断をすすめていくことが肝要であると述べられました。鑑別を要する病態として認知症を含め、アルコール関連疾患、せん妄、うつ病、妄想性障害、身体疾患、脳外科的疾患などがあげられ、鑑別診断の流れとしては、まず加齢に伴うもの忘れをはじめとする各病態を除外していくことから始まり、軽度認知機能障害の説明もされました。そしてその各々の鑑別点、症例が示されました。以上の鑑別を行ったのち、狭義の認知症の鑑別が必要になり、一番多いアルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症などの特徴が症例を提示して述べられました。

ところで認知症の症状には記憶、見当識、判断

力などの中核症状と徘徊、興奮、抑うつ、幻覚、妄想などの周辺症状（行動・心理症状）とに分けられます。

最後に、その薬物療法について述べられ、アルツハイマー型認知症の治療薬は長年アセチルコリン分解酵素阻害薬であるドネペジルのみでしたが、平成二十三年からはアセチルコリン分解酵素阻害薬のガランタミン、リバスチグミンと、アスパラギン酸受容体拮抗薬のメマンチンが増え四剤になりました。各々の薬の特徴などが説明され、またその使用例の報告もされました。またこれらの薬は、レビー小体型認知症に対しての保健適応は認められていませんが、効果があるとの報告がされています。周辺症状の治療薬としては非定型抗精神病薬、従来型抗精神病薬、抗てんかん薬の少量投与および抑肝散などが推奨されました。



精神科における入院診療

医師 井上 麻由

高齢化が進むわが国、認知症患者数は今後もさらに増え続けると予想されます。様々な社会問題とな



つていますが医療の側面からみても当事者や家族にとって課題の多い疾病です。ここでは認知症治療、特に入院治療について取り上げます。

認知症は「疾病」でありながら、治療しても治癒するのは困難という特徴、また服薬以外の非薬物療法も当事者の生活を支え、症状の進行抑止が期待できるという特徴から、治療の場は在宅が基本となります。実際、認知症患者さんは環境変化によりせん妄や認知症状の進行を引き起こすリスクも高いことから、治療のためとはいえ環境変化の著しい入院治療は避けたいところです。しかし経過中に行動・心理症状（BPSD）などの困った症状が目立つようになった場合は、介護者の負担も大きくなり、また当事者の安全確保のためにも精神科

での入院治療が必要となる場合があります。

BPSDとは認知症に伴う徘徊や妄想・攻撃的行動・不潔行為・異食などの症状のことで、「周辺症状」とも呼ばれます。BPSDの増悪により介護者への負担が極端に増大します。例えば、昼夜逆転・徘徊により介護者も不眠となります。妄想や攻撃の対象は日頃最も密に接している介護者に向けられます。不潔行動や異食の処理も介護者が担います。介護保険を介したサポートの再調整を試みても、同時に外来での薬剤調整を行ってもやはり対応困難な場合は入院が避けられないことになります。

入院治療の利点としては、一日を通して状態観察ができるため細やかな薬物調整が可能です。抗精神病薬や抗てんかん薬、漢方薬などを使います。同時に非薬物治療として、なじみやすい環境を整え、精神的安静を保ちつつ昼夜の生活リズムを一定にすることが求められます。夜間は騒音や光を最小限にとどめ、日中は作業療法士が行う作業療法を通して脳や身体へ刺激を与え精神賦活を促します。また、身体的問題がBPSDの増悪に関係している場合もあり、当院では入院時に身体的検査も行い、必要に応じて内科医と共診するシステムも整えております。さらに、退院後を見据えて精神保健福祉士も積極的に関与し、退院後の生活を当事者、ご家族にとつてよりよいものにするよう地域連携を図ります。

ご質問・ご相談ございましたらお気軽にお問い合わせください。

当院における認知症患者の褥瘡対策

医師 守本 圭希

「褥瘡」は「床ずれ」とも呼ばれ、ベッドのマットや布団、車いすなどと接触する部分の皮膚が長い時間続けて圧迫されることで皮膚や皮下組織、筋肉などが死んでしまった状態です。最も褥瘡ができやすいのは、寝たきり、あるいは一日のほとんどをベッドのマットや布団、車いす上で過ごし、自分で姿勢を変えることが難しい人です。ベッドのマットや布団、車いすなどにより外から圧迫を受けると、体の中では皮膚や皮下脂肪、筋肉などを押しつぶそうとする力、左右に引つ張ろうとする力などがかかります。これらが複雑にからみあつて血流が悪くなり、皮膚や皮下組織、筋肉などに酸素や栄養が行きわたらなくなります。自分で体を動かすことができる人は、無意識のうちに体を動かしたり、寝返りをうつたりして、体の同じ部分に長時間の圧迫がかからないようにしていますが、自分で体を動かすことができない人は、皮膚の同じ部分に長時間の圧迫がかかることになり、それが褥瘡発生につながります。発症契機には様々な要因があります。周知のことではありますが、簡単に原因に触れておきます。

◆褥瘡の主な原因

- 一、皮膚における原因（皮膚は弱くなると外からの刺激でダメージを受けやすい）摩擦やずれ（体を動かす、拭くなど時、筋肉から皮膚に向かう血管が引き延ばされ、細い血管が損傷）、乾燥、汗や尿・便などによる汚染・湿潤。
- 二、全身的な原因 摂食不良で栄養状態が悪い、皮下脂肪が減少し骨突出がある、骨粗鬆症、糖尿病、心不全、認知症などの持病が原因で、体を動かしにくい、痛みを感じにくい、血流や栄養状態が悪い状態、抗がん剤、ステロイド剤などの薬を使用している場合（皮膚が感染を起こしやすくなっている状態）、むくみがある状態。
- 三、社会的な原因（介護力（パワー）の不足。福祉制度・サービスなどに関する情報の不足。

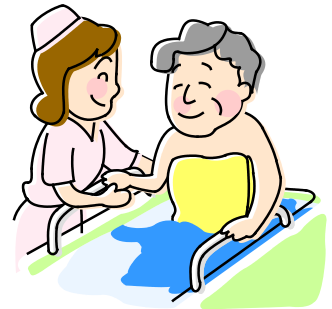
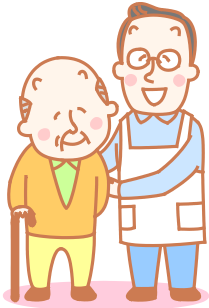
以上のことより褥瘡を発症しやすい人は、圧倒的に介護が必要な人ということになります。介護が必要となった主な原因を要介護度別にみると、要支援者では「関節疾患」が一九・四％で最も多く、次いで「高齢による衰弱」が一五・二％。要介護者では「脳血管疾患（脳卒中）」が二四・一％で最も多く、次いで「認知症」が二〇・五％と、認知症の割合が高いことがわかります。

しかしながら認知症に特別な褥瘡対策はありません。二〇六〇年には人口四人に一人が七五歳以上の後期高齢者で占められると予測されています。これに伴い要介護者の割合も増え、介護者の

負担も増大します。脳血管障害が原因でも、認知症が原因であっても、何らかの原因で運動機能が低下してきた場合、そのリスクを察知して予防することが肝

心です。全身状態を把握した上で、毎日の皮膚観察が予防の第一歩です。おむつ交換や着替え、入浴のときなどに褥瘡がでやすい部分を重点的に観察しましょう。皮膚の赤みを発見したら、その部分が圧迫されないように体の向きを変えてみて、三〇分後、赤みが消えない場合は褥瘡の可能性があります。

院内の褥瘡計画記録・転帰報告書の治療診断にも様子観察の継続を指示していますが、それは今後の褥瘡再発への予防目的です。その他日頃からリスクのある患者には体位変換や必要に応じて体圧分散用具をあらかじめ使用しておくなど体圧分散につとめ、清潔を保持し、患者本人はもちろんのこと、介護看護者にも重篤化によるストレスが軽減できるよう、今後とも適切な予防と治療を目指しましょう。



当院における認知症患者の褥瘡対策(看護の取り組み)

3病棟師長・褥瘡委員会 妹尾 玲子

当院へ入院される患者さんについての褥瘡または危険因子の計画書の提出状況は、認知症の患者さんが約 1/3 を占めています。計画書は、危険因子があるという事での提出が多く、予防的な関わりを行っている為、褥瘡発生は殆どない状況です。

看護の取り組みとしては、認知症高齢者の特徴(慢性疾患に罹患している事が多い、訴えがないう、薬の副作用が出やすい、転倒、合併症等)を理解した上で、受け持ち看護師が患者さんの全身状態のアセスメントを実施し計画書の提出を行っています。

アセスメントの概要

- ①セルフケアレベルの把握 ・精神症状(見当識、不眠、興奮などの不穏状態で抑制が必要な状況でも最小限とし、詰所内で様子観察をする等こまめな対応に心がけています)
・歩行などの運動機能(ふらつきの有無、精神薬との関連など)
- ②身体状態の把握 ・栄養状態:食事・水分、浮腫、ろいそう、皮膚湿潤、排泄状況などを把握し生活自立度により必要時は、危険因子計画書を提出し各患者さんに応じた援助を行い褥瘡が発生しないように努めています。
栄養関連については、栄養士より褥瘡予防や治療に必要なとされる食品(亜鉛や補助食品)の説明や試みを行っています。

また、褥瘡委員会では各病棟からの危険因子計画書の提出状況や褥瘡発生状況の報告を行い担当医師、薬剤師、栄養士、看護師などで検討を行い、発生予防に努めています。

社会医療法人 あいざと会 ~ 診察予定 ~



藍里病院

精神科・心療内科・内科

精神科デイ・ケア
精神科訪問看護
精神保健相談

受付

(午前) 月~金曜日 午前9:00~11:30
(午後) 月~水・金 午後1:00~4:00

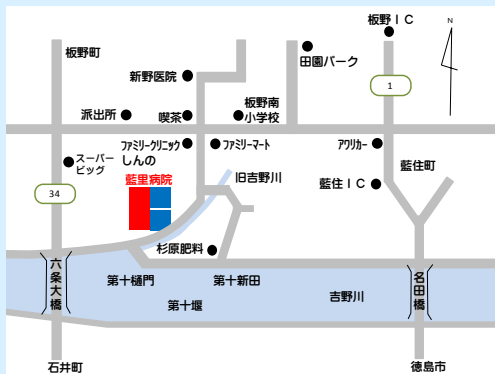
診療

(午前) 月~金曜日 午前9:30~12:30
(午後) 月~水・金 午後1:30~4:30

休診日

土曜日、日曜日、祝祭日、木曜午後

外来	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日		土・日	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
新患	守本	中木	吉田精	元木	大学1	大学1	藤本	(守井)	大学2	大学2	休診日 休日・時 間外 の救 急 診・ 察 を 受 付 け ま す	
	宇山		宇山	井上	井上	守本		中)	守本	元木		
再来	久保	久保	山下	吉田成	中木	藤本	山下		井上	守本		
	吉田精		元木		久保		鬼原		吉田精			
専門外来	城福☆↓						吉田精					
	城福: 児童思春						藤本: 老年期		吉田精: 依存症			
							吉田精: 依存症					



〒771-1342

徳島県板野郡上板町佐藤塚字東288番地3
TEL 088-694-5151 FAX 088-694-5321

交通案内

- 徳島バスご利用の場合
北岸廻り/徳島~鴨島線(一条経由) 第十新田又は第十樋門下車-徒歩10分
- JR・タクシーご利用の場合
蔵本駅より-車で約15分
板野駅より-車で約10分
石井駅より-車で約12分
- 自動車道ご利用の場合
高松板野道ICより-約10分 徳島道藍住ICより-約7分

あいざと・こころの医療福祉相談センター 24時間365日受付 TEL 088-694-5151

「精神科救急・一般的精神医療相談・生活相談」等の時間外相談に対応

あいざとパティオクリニック

心療内科・精神科

(精神訪問看護、地域連携、精神保健相談実施)

受付 (午前) 月~水・金・土 午前9:00~12:00
(午後) 月~水・金 午後1:30~6:00
土曜日 午後1:30~5:30

診療 (午前) 月~水・金・土 午前9:30~12:30
(午後) 月~水・金 午後2:00~6:30
土曜日 午後2:00~6:00

休診日 日曜日・祝祭日・木曜日

外来	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日		土曜日	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
新・再	山下 吉田成	元木 吉田成	井上 吉田成	中木	吉田精 吉田成	山下 吉田精	休 診 日		藤本	藤本	山下 吉田成 24	藤本 135 吉田成 24
専門外来	山下 ストレス				吉田精 依存症	吉田精 依存症			藤本: うつ病	山下: 不眠		



交通案内

- バスご利用の場合
県立中央病院・大学病院
前下車-徒歩3分
- JRご利用の場合
蔵本駅より-徒歩約3分
- 駐車場=蔵本駅前パー
キングを利用して下さい
受診時は無料になります。

770-0042 徳島県徳島市蔵本町2丁目30番地1パティオくらもと2階
TEL 088-634-1881 FAX088-634-1880

あいざと山川クリニック

心療内科・精神科

(デイ・ケア、精神訪問看護、地域連携、精神保健相談実施)

受付 (午前) 月~水・金・土 午前9:00~12:00
(午後) 月~水・金 午後2:00~4:00

診療 (午前) 月~水・金・土 午前9:30~12:30
(午後) 月~水・金 午後2:30~5:00

休診日 日曜日・祝祭日・木曜日

外来	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
	鬼原	久保	鬼原	休 診 日	鬼原	鬼原 135 中木2 元木4
午前						
午後						



交通案内

- JRご利用の場合
阿波山川駅より 徒歩8分
- 駐車場=クリニック内及び
表示場所

779-3403 徳島県吉野川市山川町前川200番地2
TEL 0883-42-8811 FAX 0883-42-8812