

津軽保健

# 精神神経科医報

Vol.45 No.1

2025年10月

## 目 次

### 〔巻頭言〕

精神医療の歩みを問い直す 「ピネル体験」を通じて …………… 関谷 修 1

### 〔研究・報告〕

自己決定が難しくキーパーソンが不在の精神疾患患者の胃瘻造設支援………… 高松ほたる 4

A病院における DNR に対する看護師の認識と現状 …………… 小関 憲嗣・他 7

精神科急性期治療病棟における退院後3か月以内の再入院の要因

～これからの退院支援に繋げるために～…………… 工藤 瑛菜・他 17

精神科外来におけるアウトリーチ支援の効果と課題…………… 佐藤 真一 20

〈心理科便り〉2年間の取り組み報告 …………… 大友 彩・他 23

### 〔でいる一む〕

事業団からのおたより～トイレ清掃からみえること～…………… 石戸谷紋代 25

### 〔エッセイ〕

「藤代健生病院で過ごした9年間」…………… 松尾和佳子 26

精神科病院ならではの施設管理業務

～藤代健生病院施設課のお仕事紹介～…………… 中村 耕次 29

「精神科ソーシャルワーカー界限“超裏”用語解説 2024」…………… 石川 穂波 34

### 〔統 計〕

2024年藤代健生病院 デイケア利用統計・医療統計・地域連携室新患相談対応件数

### 〔編集後記〕

健生クリニック

藤代健生病院

題字 津 川 武 一

## 精神医療の歩みを問い直す 「ピネル体験」を通じて

藤代健生病院 医師 関 谷 修

様々な問題を孕みながら、それでも地を這うようにして日々の臨床実践を重ねている日本の精神医療。これまでも、そしてこれからも前進を続けるであろう。一方で、抜本的な変革については遅々として進まぬ印象もある。精神科特例は、名を変え、人目につかない形で隠然たる力を保持し続けている。理念上も、手続き上も問題含みの医療観察法は、施行20年経過しても修正される気配はない。そして、個別の問題とは別に、構造的な問題が伏在するのではなかろうか。我々にとって意識されにくいまま、同じ作業が、同じ現象が繰り返されてはいないだろうか。本稿では、その反復の構図を描き出してみたい。

まず、歴史を遡行しよう。斯界に於ける世界史レベルでの一大イベントといえ、ピネルがピセートル病院で行った「鎖からの解放」である。宗教画の如き趣をたたえた構図でその瞬間が描かれるほどの、美談中の美談である。だが、この歴史的偉業は、M, フーコーにより「真の解放ではない」と、手厳しい批判を向けられた。フーコーによる批判の要点はこうである。

ピネル以前には、狂人は鎖で身体をつながれていたが心は自由だった。しかし、ピネルによる解放以降、狂人の身体は自由になったが、今度は心が鎖でつながれてしまう。つまり、共同体の道徳や戒律を己の自己規制として内面化することを強く求められることとなった。彼らは、社会的に承認されうる道徳的な自己を確立することによって、どうにか社会内に居場所を与えられる、と。ピネルの偉業は、精神医療におけるジャイアントステップではあったが、同時にあらゆる精神医療改革の限界点でもあつ

たと言えるかも知れない。

フランス革命以前の「身体の不自由と心の自由」。一方で、19世紀以降の「身体の不自由と心の不自由」。近代という時代がもたらした新たな認識、それは、心の自由と身体の不自由とは驚くべきことにトレードオフの関係にあったという点である。そのどちらが良きものなのかという発想すら、もはや意味なきものとされよう。なぜなら、心身双方の自由が理想であることは間違いないのだが、現在までも、さらに今後も患者に、弱者に、貧者にそれが与えられることはないのだから。否、そもそも我々自身が、強い内面化の要請に知らず知らず晒され、慣れきった管理社会の正嫡なのではなかろうか。

ピネルの偉業とそこに膚接する負の側面を、ここでは「ピネル体験」と呼ぶ。すると、どうだろう。精神医療の改革の歴史は、ピネル体験の反復の歴史であったという事実が浮かび上がってくる。

我が国においても、精神医療の実践で素晴らしい偉業を成し得た人物は少なくない。だが、皮肉にもその偉業故に彼らは知らずして後世に向けて何らかの負荷を遺してきたのではないか。一つの問題を乗り越えた後には、確かに広い展望が開けはした。と同時に、それまで不可視であった問題の幾つかが新たに表面化するという不幸、悲慘を招くことになっているのではないか。こんな虚しさの重層が、精神医療の歩みを振り返れば自ずと見て取れよう。

例えば、1968年以降、日本でも精神医療改革の狼煙が上がった。そこには十分すぎるほどの社会的背景が用意されていた幸運は確かにある。しかし、その好機を逃さずに、できる限りの尽力を成し得た諸

先輩への敬意を我々は持ち続ける必要がある。具体的には、彼らは、それまでの精神病院／精神医療の閉鎖性と階層性を打破すべく、開放化と平等化に尽力した。それは、まさしく獅子奮迅の努力であった。

開放化運動それ自体は大きな一歩であったことは間違いない。だが、その先にあったもの、つまり開放された患者を待ち受けていたもの、それは地域社会からの要請であり、また入院中とは別次元の制約であった。施設においては、金銭管理、服薬指導、訪問看護に、日中活動が上乘せされ、「ちょっとそこまで」といった散歩の自由も限られ、その他多くの施設内規約にも絡め取られる。診察室にも職員が同席するならば患者は言葉を選ぶであろう。実に多種多様な視線、メッセージ、配慮の交錯の結果、患者のプライベートが、自由が、主体性が蚕食されて行く。「自由が少ないから」と施設を出てアパートを目指す患者は少なくないが、残念なことに、彼らは遠からず生活破綻の憂き目に遭い、出発点まで立ち返ることを求められる。「きょうされん」の方々が、グループホーム入所について両手をあげて賛成しない理由も、同根ではないのだろうか。急いで付け加えるが、単純にグループホームの現状を指弾するのが本論の趣旨ではない。良心豊かなホーム職員の方々が図らずしもそうせざるを得ない構図的な、その分無意識的な窮屈さを指摘したいだけである。

以前は病棟内で保障されていた喫煙行為も、健康増進法によりその権利は封印された。一方、路上、私有地などの公的空間での喫煙については、もれなく町会から病院に苦情が寄せられ、対応を迫られることとなる。スマートフォンもそうだが、喫煙も、以前には想像もつかなかったほどにデリケートな配慮を必要とし、徐々に病院管理者を追い詰めてゆく。妥協とは意外な形で成立するものであるが、患者にとって喫煙とは病院の敷地と公共スペースの境界で行われる不自然な所作となった。その身は病院敷地外にありながら、吐き出される紫煙は敷地内へと送り込まれる。増進法施行後、何度、敷地内喫煙をお願いしただろうか。入院患者に向けて、外来患

者に向けて、デイケア利用者に向けて。土曜の午後は吸い殻拾いを日課とした。抜き打ちのパトロールも行った。遵法精神が辛くも勝利したのであろうか。それとも、本旨を見失ったまま正義の衣装をまとった代行者の威厳が幅をきかせただけなのか。社会内存在であるためには、ギリギリの境界にて不自然な振る舞いをせざるを得ない。これが開放化運動という激動の物語に続く、しめやかな続編でもあった。

身体拘束も現場の要請と理念が鋭く衝突する問題となって久しいが、なかなか抜本的な解決の途は見当たらない。拘束ゼロを実践する申し分のない報告も散見されるが、彼らの流儀が本邦で主流になるには至ってはいない。むしろ、人手という限界を突破して、民間精神病院が進むべき方向としては、AI機能満載の機械化なのかもしれない。

平等化についてはどうだろう。医師や看護師が権威の象徴である白衣を脱ぎ捨て、質素な身なりを自ら選択し、患者・家族らと寝食を共にすることを厭わなかった時代があった。あまりにもイメージしやすく、それ故に時代限定の破格のキャッチコピーとなった「治療共同体」という美しすぎる言葉を高く掲げ、皆強い理想に燃えていた。その反面、敵対的な対象には容赦なく攻撃を向ける一幕もあり、ゲバルトが表現手段として横行し、それはまさしく正義の持つ暴力性であり超自我の過酷さでもあったのかも知れない。ただ、その献身的行為、水平化への挑戦は、その後、一体何をもたらしたのであろうか。確かに、一旦、権力の揺籠である階層性は解体されたはずだった。だが、改めて見え難い形で作り直された陣形に、再び取り込まれてしまった可能性はないのであろうか。厚労省が描き出し、保健所・自治体が用意した舞台上、ピアサポーターという格別の名称を宛てがわれ己を語る患者たち。日本精神神経学会が当事者研究の支援という高邁なる目的意識を以て丁重に連携を心がける当事者たち。平等、水平の表向きはそのままにしながら、彼らは見事なまでに敵陣の懐中深くに収まっていらないのであろうか。

これすらも、ピネル体験なのであり、内面化という静かなプロセスが進行していることの細やかな証左である。宛然、そうすることが時代の要請であるかのような説得力を纏いながら、現場では恐ろしいほど円滑に共感が芽生え、次々と話が進む。その上、誰からもクレームは出ないであろうといった程度のリスク管理も踏まえて進む。だが、おそらくは権力側はもちろん当事者側にも自覚されないままに進んできたし、今後も進むのであろう。そこに、悪意も、周到な意図も、権謀術数もない。ピネル体験の真の恐ろしさが、このステルス性にあるのだから。

こうして見るに、精神医療の改革の歴史とは、ピ

ネル体験の終わりなき反復と言える。繰り返すが、先人の偉業、尽力を揶揄する意図は一切ない。むしろ、輝かしい歴史的足跡が、実はネガティブな方向をどうしても胚胎してしまうこと、そして、陽と陰とが実のところ退き引きならない関連性を帯び、それは如何ともしがたいこと、これらから目を逸らしては、精神医療の真の前進の方向性を見失う怖れがあると言う点が肝要である。

果たして、我々は何と戦っているのだろうか。今後、患者と言うマイノリティには何が待ち受けているのであろうか。

## 自己決定が難しくキーパーソンが不在の 精神疾患患者の胃瘻造設支援

藤代健生病院 第1病棟 高 松 ほたる

### I. はじめに

精神科病院では入院患者の高齢化に伴い身体合併症を併発する患者が増加し、身体治療の必要性が高まっている。それに伴い、精神科病院で終末期を迎える患者も増加し、身体的治療や終末期医療についての意思決定をしなければいけない場面の増加も予測される。しかし、精神科入院患者は認知機能障害や精神症状により意思決定が困難であることが多く、支援を必要とする場合がある。

今回、精神疾患により言語的な疎通をとることが難しく、意思決定ができない長期入院患者が、嚥下機能の低下に伴い胃瘻造設する事になった。本事例の話し合いを通して多くの倫理的問題が潜んでいると感じた。今後はさらにこのような事例が増加すると考えられ、本事例を振り返り今後の意思決定支援の場面に役立てたい。

### II. 研究目的

臨床倫理4分割法を用いた倫理カンファレンスや多職種との連携により胃瘻造設につながった経過を振り返り、意思決定ができない患者の意思決定支援について学びを深めたい。

### III. 研究方法

1. 研究デザイン 事例研究
2. 研究期間 20XX年Y月～約Zヶ月間
3. 研究対象 A氏 70代 男性 統合失調症

入院期間は40年以上。かつては暴力があり長期間保護室を使用していた。発語は全くなく、言語的疎通は極めて困難な状況。

キーパーソンは成年後見人。兄も統合失調症で当院入院中。

盗食が問題となるほど食べることが好きであったが、てんかん発作をきっかけに肺炎を繰り返し、点滴管理が長期化し嚥下機能が低下。経口摂取が難しい状況となった。体動が多く、疎通も取れず、身体管理継続のために四肢胴体拘束をしている。

### 4. データ収集法

看護記録やカンファレンスの記録から得た情報を文章化する

### V. 倫理的配慮

キーパーソンの後見人に文面に沿って説明し、同意を得て書面に署名していただく。本人には説明を行ったが反応が得られなかった。

### IV. 経過及び結果

肺炎治療が落ち着くと、食事形態を変更しつつ何度か経口摂取を試みた。しかし、数日で肺炎を起こしては、絶食し点滴管理をするという状況が何度か続いた。

徐々に血管確保が困難になり、栄養補給方法を経鼻胃管に切り替えた。経鼻胃管が長期化し、今後について胃瘻造設も含め、検討する事になった。身体面では、同法人内のA病院内科医に相談し、CT等から胃瘻造設は可能だと返事があった。しかし、造設は侵襲性が高いため、そこまで危険を侵すメリットがあるのか、臨床倫理4分割法を用いた倫理カンファレンスで話し合うことが提案され実施した。倫理カンファレンスは病棟内ではほとんど行った事がなく、経験したことがあるスタッフが少ない状況の中話し合いが進められたため、話し合いがまとまらなかったり、論点がずれたりし結論に至るまで時間を要した。食べることが好きな本人が胃瘻造設を望



んでいるのか、胃瘻を造設しても自己抜去のリスクがあり、身体拘束をやめられないのではないか、同意書の署名は誰が行うのか等の意見があげられた。成年後見人からは、「自分がそういう状況になったらやりたくないと思っているが、医師の胃瘻から栄養を摂ることで栄養状態が回復してまた経口から食べられることもあるかもしれない、という言葉を感じたい。以前の個室でスリッパで遊んでいるA氏を思い出すと現在のベッド上中心で過ごしているA氏を見るのは心苦しい」と話が合った。結果的には、嚥下機能が低下し、経口摂取が難しく、血管確保も難しい現在、栄養を摂る手段として胃瘻造設が最善であること、身体的、精神的に薬物調整が必要な状況であり、胃瘻造設することでそれも容易に行えることが挙げられ、本人にとってメリットが多い胃瘻造設は適当という結果となった。しかし、本人の食への意識が強いため、もう一度言語聴覚士に嚥下評価依頼し、院内でできることの確認をしていくことになった。また、胃瘻造設となった場合に備え、同意書の署名を誰がするべきかA病院に相談することとなった。

後日の嚥下評価では、嚥下が起こりにくいため、喉のアイスマッサージを行い、徐々にステップアップしていける可能性があるという結果であったが、スタッフ間の情報共有不足と、評価から転院まで期間が短かったことにより、ほとんど行わずに胃瘻造設の日を迎えた。

A病院のスタッフは精神科の入院歴が長い患者の対応に不安感が強かったため、看護サマリーや本人の状態が分かる写真を送付し情報共有を行った。

倫理的な問題に対しては、主治医、総看護長、後見人が参加し倫理委員会が行われた。胃瘻増設することは経口摂取を諦めることではなく、経口摂取を平行して行い食事再開の可能性に挑み続け、QOLを改善するという医療的観点と、行動制限を最小化するという倫理的観点から胃瘻造設を行うこと、主治医は胃瘻造設に同意する権威と責任を持つことを倫理委員会で承認された。

同意書の署名については、当院での倫理委員会で

胃瘻造設が必要という結論と、当院主治医の同意という2本立てで、当院主治医が署名をするということに決定した。また、有事の際には夜間であっても、休日であっても当院主治医が対応することを書面を通じて確認し、胃瘻造設することができた。

## V. 考 察

清水<sup>1)</sup>は、「医療の役割は、人生に豊かな可能性を拓くために、生命を整えることである」と述べている。今回、胃瘻造設が身体的に必要なだと確認した上で、本人の食べることが好きだという気持ちに寄り添い、食への可能性を諦めなかったことは、身体の状態が改善することばかりに目を向けず、A氏の人生がより豊かに暮らせるよう考え、行動する事につながった。

白浜<sup>2)</sup>は、「臨床倫理は、患者と、そのケアや診療にあたる医療者、患者家族などが、それぞれの価値観に配慮しながら、患者に対する最善の対応を模索していくこと」と述べている。A氏は発語が全くなく、言語的疎通は極めて困難な状況であったが、病棟内で倫理カンファレンスを行い、医療職間で話し合いを行ったり、後見人が倫理委員会やA病院での面談に参加し、身体的なリスクの説明を受けたり、胃瘻造設するまでに何度もA氏にとっての最善の方法を話し合う機会を設けられ、A氏にとっての最善を検討することができた。

出江<sup>3)</sup>らは、「チーム医療では、目的を達成するために他職種が互いの専門性を尊重し、協働することにより相乗効果を生む事が期待されている。」と述べている。今回、看護師は転院先に患者のケアの方法を情報提供し、医師は本人の全身状態についてや緊急時の対応方法について情報共有をした。PSWは転院先のSWと日程調整や同意書の処理方法を確認したり、後見人とも連絡を取り合い、胃瘻造設がスムーズに行うように様々な調整を行った。このようにそれぞれの職種が役割を遂行しスムーズな転院、胃瘻造設が行われた。

松本<sup>4)</sup>らは、「倫理カンファレンスは、患者、家族そして医療者間で異なる価値観を認識し、倫理的

ジレンマを共有し、納得感を持って共通の目標を形成する場である。これを生かすことで、チーム医療は単なる専門職の分業ではなく、多職種それぞれの強みを生かした協働となる。」と述べている。今後の課題は、倫理カンファレンスの開催が不定期なことである。病棟内で倫理カンファレンスがほとんど行っていない状況であったため、意見がまとまらず、結論を導き出すことに苦勞した。倫理的課題、ジレンマを感じる症例を検討する機会を設け、そのことで多職種との交流が深まり、それぞれが持つ違和感や価値観を表明し、医療職各自が積極的に医療ケアを捉え行動することで患者主体の医療を行っていけると考える。

## VI. 結 論

1. 患者にとって最善の方法を選択するためには、医療職や、患者、家族間で話し合う機会を設け、検討することが大切。
2. チーム医療では、対話のプロセスを重要視し、

他人の価値も尊重し、医療者本位ではなく、患者に対する最善の医療の実現に有用である。

3. 倫理カンファレンスを行う事で、多職種の強みを活かした協同となり、患者主体の医療へと繋がる。

## VII. 引用文献

- 1) 清水哲朗，スタッフの感受性を育てる多職種カンファレンスを進め倫理的ジレンマを解決する看護管理者のための臨床倫理・組織倫理入門，株式会社メディカ出版，61, 2002
- 2) 白浜雅司，倫理的な配慮，治療，84(10)83-90, 2002
- 3) 出江紳一，安藤潔，曾我香織：医療コーチングワークブック，中外医学社，東京，2019, 54-55
- 4) 松本英子ら，臨床カンファレンスが経口摂取の獲得に有用であった摂食嚥下患者の1例，日摂食嚥下リハ会誌，27(2), 150-156, 2023



## A病院における DNR に対する看護師の認識と現状

藤代健生病院 第3病棟 小 関 憲 嗣  
共同研究者 三 上 春 花  
共同研究者 渡 邊 麻 純

### I. はじめに

精神科病院では入院患者の高齢化に伴い身体合併症を併発する患者が増加し、身体的治療の必要性が高まっている。精神科入院患者が身体的治療、終末期医療について意思決定しなければいけない場面の増加が予測されるが、精神科における意思決定場面では精神症状や認知機能障害により患者自身の意思決定が困難な場合や、家族が疎遠であることなどから意思決定支援を要する場面が多い。

Do not resuscitate（以下 DNR）とは心肺停止状態となった時、蘇生を行わないという指示である。最近、治療の撤退と蘇生不要が同義とみなされる状況が問題ではないかと感じる事があった。丸藤らは「そのような場に身を置く看護師が捉える DNR 指示の実態と看護師の意識を調査する事は、適切な治療や終末期医療の考え方、患者の尊厳と家族の思いを尊重する上で重要である」<sup>1)</sup>と述べている。

意思決定支援に携わる A 病院の看護師が、DNR にどのような認識・理解を持っているか疑問に思い調査することにした。

### II. 研究目的

A 病院の看護師の DNR に対する認識・理解の現状と課題を明らかにする。

### III. 研究方法

1. 研究デザイン：量的研究
2. 研究期間：2024年7月～2025年1月
3. 研究対象：A 病院看護師、准看護師
4. データ収集方法：質問紙法

5. データ分析方法：アンケート結果から、課題分析していく

### IV. 倫理的配慮

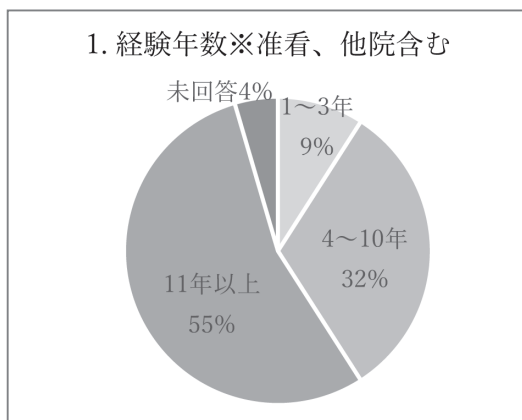
対象者に対し研究の概要について文書で説明し同意を得た。研究協力は自由意志で、途中で辞退できることを説明した。調査（アンケート）は無記名で、個人が特定されないこと、集計後は破棄する事を約束した。

### V. 結 果

アンケート期間19日間、対象は看護師（准看護師を含む）71名とし、44名からの回答を得た（回答率61.9%）。

#### 1. 回答者の背景

回答者の経験年数は1～3年が9%、4～10年が32%、11年以上が55%を占めた。



#### 2. DNR の教育

回答者の55%は DNR の教育を受けた事がないと

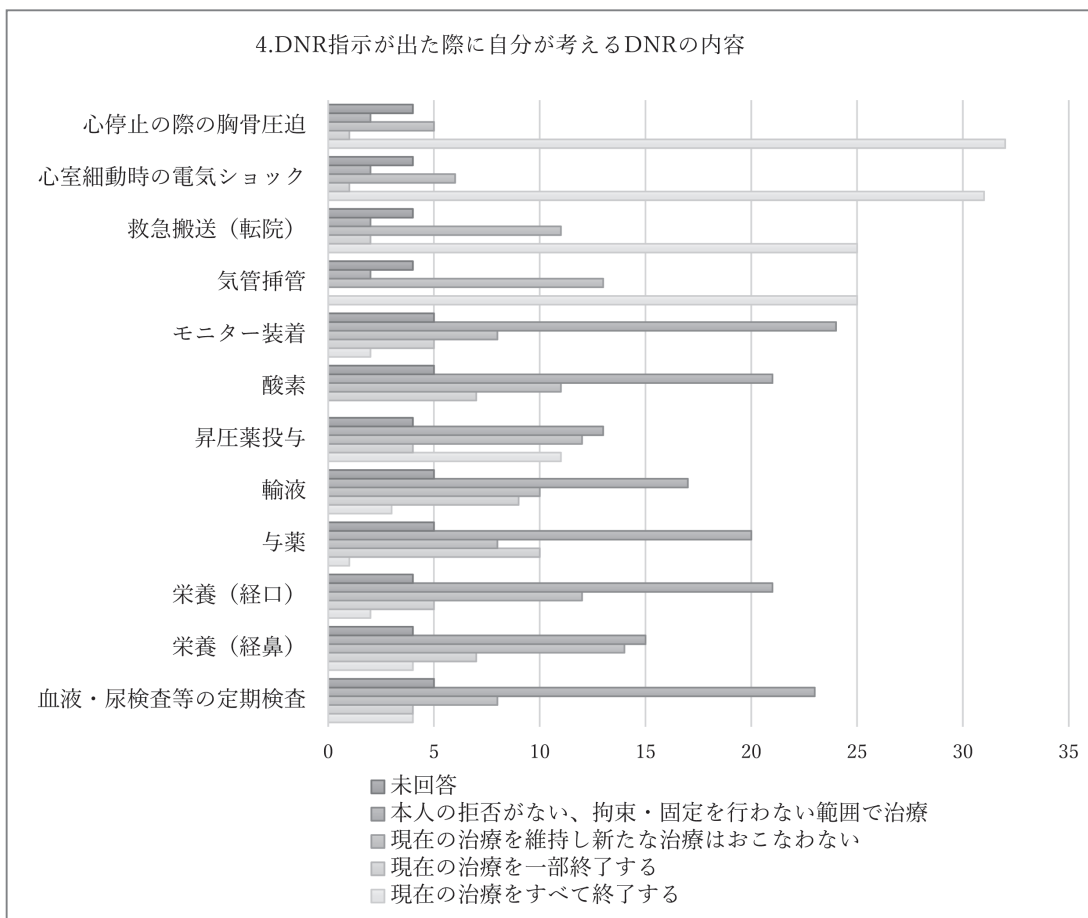
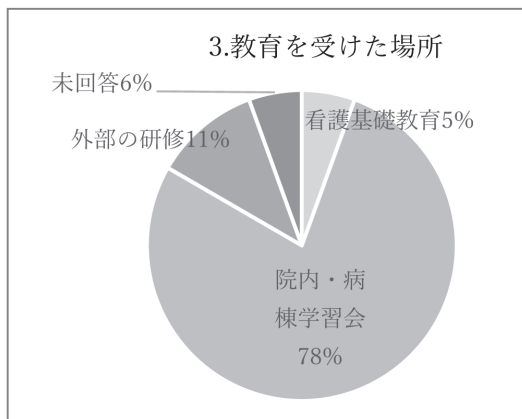
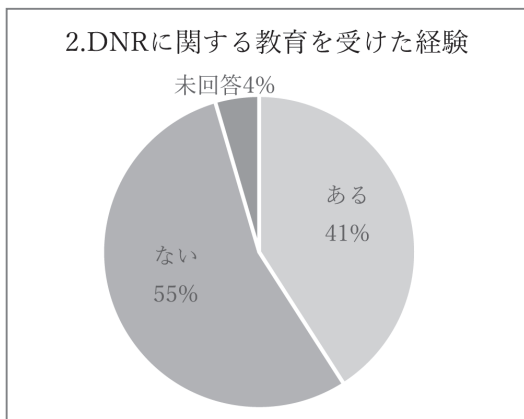
回答した。

### 3. DNR の教育を受けた場所

教育を受けたことがあると回答した者が教育を受けた場所は、「院内・病棟学習会」が14名（78%）と最も多かった。

### 4. DNR 指示と治療の終了または減量

回答者の半数以上が「気管挿管」、「救急搬送」、「心室細動時の電気ショック」、「心停止の際の胸骨圧迫」に関し「現在の治療をすべて終了する」と回答した。また「検査」、「栄養」、「与薬」等の治療に関しては半数以上が「現在の治療を維持し新たな治療はおこなわない」、「本人の拒否がない、拘束・固定を行わ



ない範囲で治療」と回答した。

## 5. DNR の検討の必要性

半数以上が「癌末期」、「治療拒否」の患者に対し入院時から DNR の検討が必要と回答している。

## 6. DNR の検討の提案

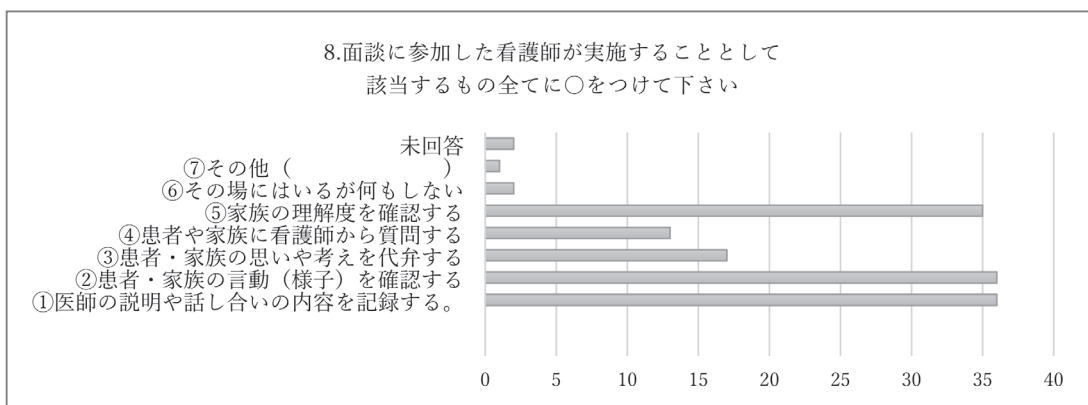
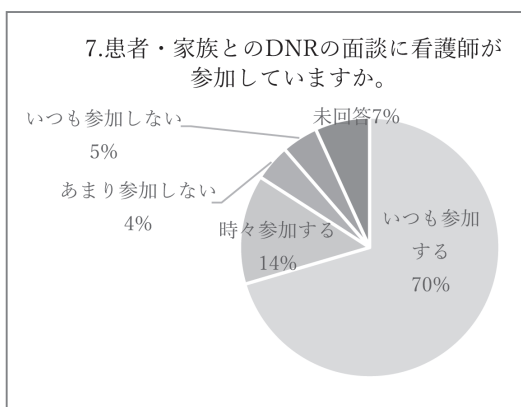
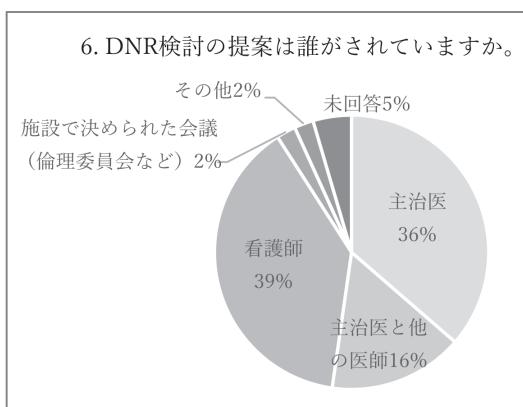
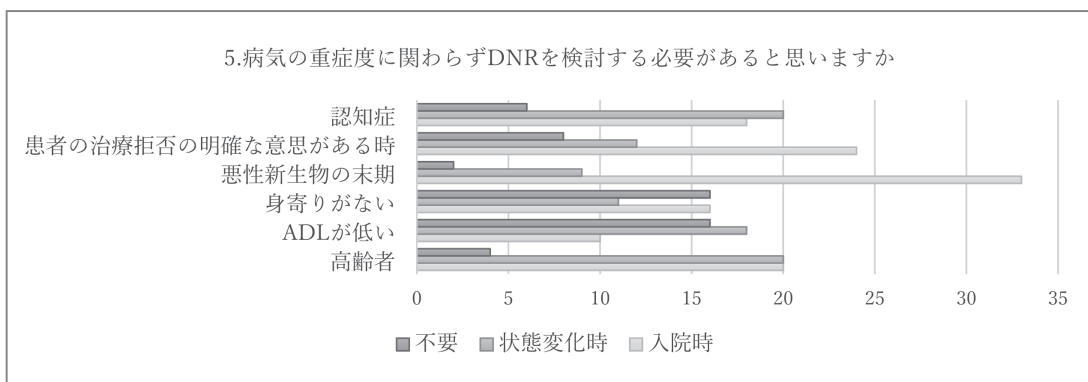
提案する人は「看護師」が39%、「主治医」が36%、「主治医と他の医師」が16%であった。

## 7. DNR 面談への看護師の参加

面談には「いつも参加する」が70%、「時々参加する」が14%と大部分を占めていた。

## 8. 患者、家族との DNR 面談における役割

参加した看護師が行なうこととして最も多かった項目は「医師の説明や話し合いの内容を記録する」、「患者・家族の言動を確認する」であり、次いで「家



族の理解度を確認する」であった。

#### 9. DNR 指示の診療記録の記載

DNR 指示が出た際看護記録へ46%記録され、医師記録は24%、規定の記録用紙は17%と記載が少なかつた。

#### 10. DNR の意思確認する人

家族に「いつも確認する」が68%と多く、患者本人には「いつも確認する」が32%で、「時々確認する」

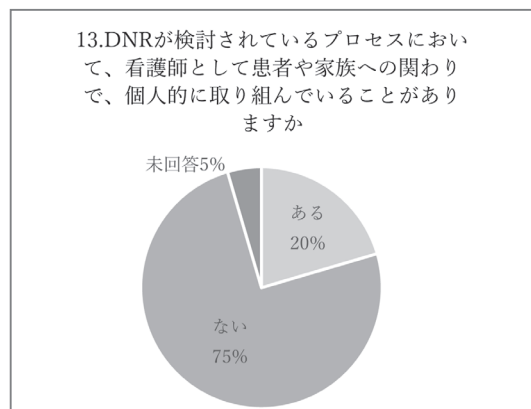
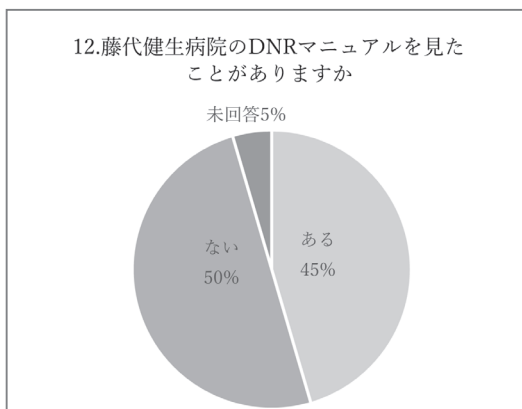
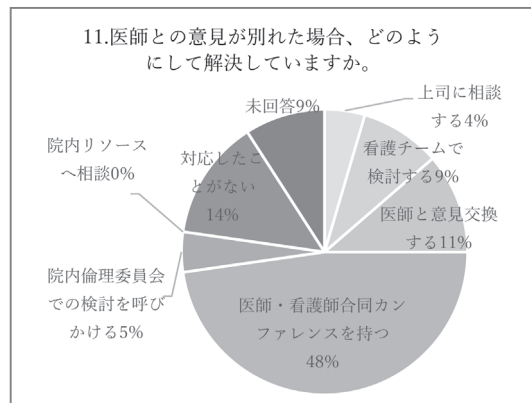
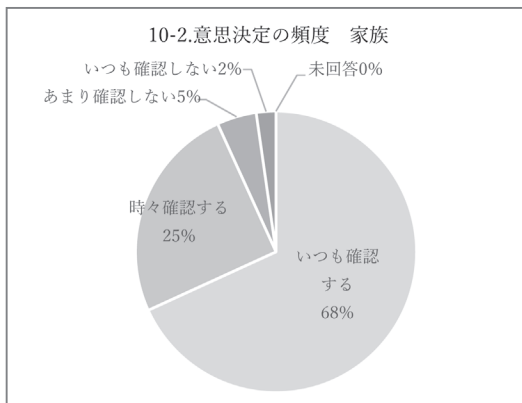
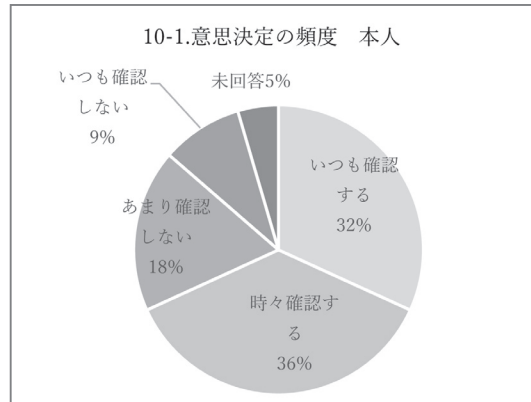
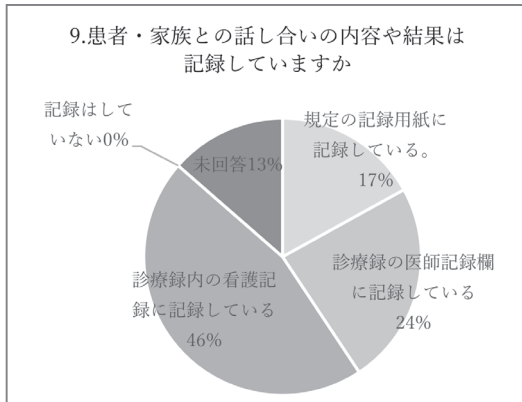
が36%であった。

#### 11. 医師と意見が分かれた際の解決方法

医師との間で意見が分かれた場合の解決方法として最も多かったのは「医師・看護師合同カンファレンスを持つ」で48%あり、14%が「対応したことがない」と回答した。

#### 12. 院内マニュアルについて

回答者の50%が院内の DNR マニュアルを見たこ



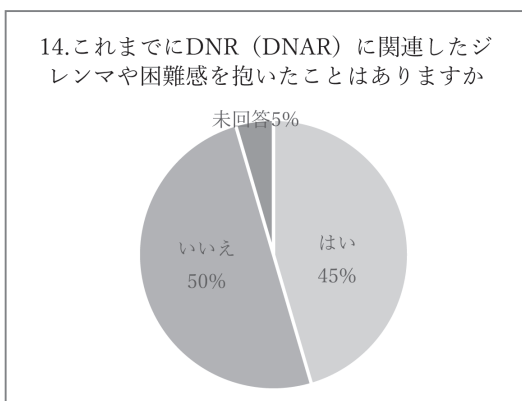
とがないと回答した。

### 13. DNRに関連した取り組み

回答者の20%が面会時家族へ患者に対する思いを聞いたり、入院時に急変時転院を希望するか確認する等、業務の範囲内で行われていた。

### 14. DNRに関連したジレンマや困難感

45%がジレンマや困難感の経験があると回答した。その内容は「回復の可能性がある際の治療中止、DNR」、「本人の意思確認できない際のDNRの確認」等様々な回答があった。



## VI. 考 察

1. 臨床経験や教育の差：中村は「看護師のDNRに対する理解は、教育や経験の差によってばらつきがあり、特に終末期医療において適切な判断を行うための統一された基準が現場に浸透していない。この事が、患者ケアにおける一貫性の欠如を引き起こしている」<sup>2)</sup>と述べている。今回のDNRの認識のばらつきも、看護師個々の臨床経験やDNRに関する教育や研修の違いによるものと考ええる。

身体科に比べDNRに関する教育機会が少ない可能性があるが、精神科で終末期を迎える患者も増えており、DNRの定義や院内でのDNRを確認する手順（マニュアル）、カンファレンスなど、学習する機会や話し合う機会を増やす必要があると考える。

DNR指示が出た際に治療を控える、終了すると考えるのは、拘束・固定を行う事で、精神症状を悪化させ、安静維持できない事や不穏を招く場合が多く、終末期としての方針と合わなくなるリスクが高

い為、精神疾患に重きを置いたケアが優先される傾向にあり、拘束・固定を行わない範囲での選択が優先される現状があると考ええる。

2. 看護師が抱えるジレンマ：精神科では多くの患者が認知機能や判断能力に問題を抱えているため、DNRに関する決定が特に難しい状況が見られる。

高橋は「精神科領域においては、患者の認知機能や判断能力がDNR指示の意思決定に大きな影響を及ぼし、その判断の困難さが看護師に倫理的ジレンマを引き起こす一因となっている。」<sup>3)</sup>と述べている。

家族がいる場合は家族の意向が優先されることが多く、身寄りがいない場合は後見人を含めたカンファレンスや倫理委員会を通じて、倫理委員会や主治医が判断を下すことになる。このような状況はケアをする側にジレンマや後悔を残すことが多いだけではなく、特に困難事例においては意思決定のプロセスの共有が不可欠であると考ええる。

## VII. 結 論

今回の調査から以下のことが明らかになった。

1. A病院の看護師のDNRに対する認識にはばらつきがある。
2. 院内のDNRに関する手順（マニュアル）が十分に共有されていない。
3. 回答者の約半数が「回復の可能性がある際の治療中止、DNR」、「本人の意思確認できない際のDNRの確認」等様々なジレンマや困難感を感じている。

## VIII. 今後の課題

一度DNRを決定しても、それが最終的なものとは限らない。精神症状が安定したり、病状が変化した際には本人・家族・スタッフがその決定を見直す機会を持つことが重要だと考える。また、ジレンマや困難感を感じる要因の1つとして、認識の不確かさ、マニュアルの周知の低さ、教育学習の機会が少ない事があげられる。医療者がジレンマや後悔の少ない援助ができるよう、学習の機会を設ける必要が

あると考える。

## IX. 謝 辞

本研究にあたりデータ収集にご協力していただいた皆様、ご指導していただいた皆様に心から御礼申し上げます。

## DNR (DNAR) アンケート

このアンケートは蘇生不要指示、いわゆる DNR (DNAR 《以下 DNR とする》) についての調査です。あなた自身  
のことについてお尋ねします。

該当する箇所に○をつけて下さい。( ) 内には自由にお書き下さい。

1. 経験年数 ※准看、他院含む ( ) 年

2. DNR に関する教育を受けた経験 ①ある ②ない

3. (3.で①を選択した方のみご回答下さい。②を選択した方は4.へお進みください。)

教育を受けた場所 ①看護基礎教育 ②院内・病棟学習会 ③外部の研修 ④その他 ( )

4. DNR 指示が出た際に、自分が考える DNR の内容に、最も近い番号の枠に○をつけて下さい。①現在の治療をすべて終了する、②現在の治療を一部終了する、③現在の治療を維持し新たな治療はおこなわない、④本人の拒否がない、拘束・固定を行わない範囲で治療。

項目	①	②	③	④
1) 血液・尿検査等の定期検査				
2) 栄養 (経鼻)				
3) 栄養 (経口)				
4) 与薬				
5) 輸液				
6) 昇圧薬投与				
7) 酸素				
8) モニター装着				
9) 気管挿管				
10) 救急搬送 (転院)				
11) 心室細動時の電気ショック				
12) 心停止の際の胸骨圧迫				



5. 次の患者のうち、病気の重症度に関わらず DNR を検討する必要があると思いますか。最も近いもの 1 つに○をつけて下さい。

- 1) 高齢者 ①入院時 ②状態変化時 ③不要  
2) ADL が低い ①入院時 ②状態変化時 ③不要  
3) 身寄りがいない ①入院時 ②状態変化時 ③不要  
4) 悪性新生物の末期 ①入院時 ②状態変化時 ③不要  
5) 患者の治療拒否の明確な意思がある時 ①入院時 ②状態変化時 ③不要  
6) 認知症 ①入院時 ②状態変化時 ③不要

6. DNR 検討の提案は誰がされていますか。最も該当する数字 1 つに○をつけて下さい。

- ①主治医 ②主治医と他の医師 ③看護師 ④施設で決められた会議（倫理委員会など）  
⑤その他（ ）

7. 患者・家族との DNR の面談に看護師が参加していますか。最も該当する数字 1 つに○をつけて下さい。

- ①いつも参加する ②時々参加する ③あまり参加しない ④いつも参加しない

8. (7.で①②を選択した方にお聞きします。③④を選択した方は9.へお進み下さい。)

参加した看護師が実施することとして該当するもの全てに○をつけて下さい。

- ①医師の説明や話し合いの内容を記録する。 ②患者・家族の言動（様子）を確認する  
③患者・家族の思いや考えを代弁する ④患者や家族に看護師から質問する  
⑤家族の理解度を確認する ⑥その場にはいるが何もしない ⑦その他（ ）

9. 患者・家族との話し合いの内容や結果は記録していますか。該当するもの全てに○をつけて下さい。

- ①規定の記録用紙に記録している。 ②診療録の医師記録欄に記録している  
③診療録内の看護記録に記録している ④記録はしていない

10. DNR の決定に際し、意思確認する人についてお尋ねします。最も該当する方 1 つに○をつけて頻度を選んで下さい。

- ①患者本人（頻度： i.いつも確認する ii.時々確認する iii.あまり確認しない iv.いつも確認しない）  
②家族（頻度： i.いつも確認する ii.時々確認する iii.あまり確認しない iv.いつも確認しない）

11. 医師との意見が別れた場合、どのようにして解決していますか。最も該当する数字1つに○をつけて下さい。

- ①上司に相談する ②看護チームで検討する ③医師と意見交換する  
④医師・看護師合同カンファレンスを持つ ⑤院内倫理委員会での検討を呼びかける  
⑥院内リソース（倫理の専門家・専門看護師・認定看護師等）へ相談 ⑦対応したことがない

12. 藤代健生病院のDNR マニュアルを見たことがありますか。 ①ある ②ない

13. DNR が検討されているプロセスにおいて、看護師として患者や家族への関わりで、個人的に取り組んでいることがありますか。 ①はい ②いいえ

14. (13.で①を選択された方のみご回答下さい。) 個人的に取り組んでいる内容を ( ) 内に自由にお書き下さい。

( )

15. これまでにDNR (DNAR) に関連したジレンマや困難感を抱いたことはありますか。 ①はい ②いいえ

16. (15.で①を選択された方のみご回答下さい。) DNR に関連したジレンマや困難感の内容を ( ) 内に自由にお書き下さい。

( )

ご協力ありがとうございました。

## 引用文献

- 1) 丸藤 哲：日本集中治療医学会会員看護師の蘇生不要指示に関する現状・意識調査. 日集中医誌. 第27巻, 第3号. 244-255. 2017
- 2) 中村 美恵子：終末期医療における看護師の意思決定支援と DNR の認識に関する研究. 日本看護学会論文集. 第46巻. 89-96. 2016
- 3) 高橋 由香：精神科における DNR 指示に関する意思決定プロセスと看護師の倫理的ジレンマ. 日本看護管理学会誌. 第26巻, 第1号. 115-128. 2022

## 参考文献

- 1) 江口 瞳：終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の開発－信頼性・妥当性の検証－. 日本看護研究学会雑誌 Vol. 40 No. 4. 603-612. 2017
- 2) 橋本 周子：終末期の看護における看護師の困難感に関する文献検討. 看護科学研究 Vol. 19. 57-64. 2021

# 精神科急性期治療病棟における退院後 3 ヶ月以内の再入院の要因 ～これからの退院支援に繋げるために～

藤代健生病院 第 4 病棟 工 藤 瑛 菜  
共同研究者 大 瀬 桃 恵  
共同研究者 小 枝 歩

## I. はじめに

私たちが所属している A 病棟は精神科急性期治療病棟入院料 1 を算定している病棟であり、3 ヶ月以内に退院、かつ退院後 3 ヶ月以内の再入院がないことが算定要件の一つとなっている。

厚生労働省の調査によると精神疾患を有する総患者数は平成 17 年、約 302.8 万人で 15 年後の令和 2 年には約 614.8 万人と約二倍の総患者数となっている。一方で精神科病棟数の推移は平成 14 年の 35.6 万床から令和 2 年は 32.4 万床と減少してきている。令和 2 年の日本精神科病院協会の調査によると精神病床への入院患者の退院率は 67% であるが、A 病棟の研究期間中の 3 ヶ月以内での退院率は 73% であった。A 病棟独自の規定で 1 ヶ月面談を施行し退院促進に努めている結果が退院率に表されている。しかし、月に数名、3 ヶ月以内で再入院となる患者がいる。何故再入院となるのか、患者の病名や背景などを明らかにし、再入院となる要因を分析することで、患者が地域生活を長く送れるよう、再入院予防に繋げていきたいと考えた。調査の結果、再入院となる傾向が明らかになったため報告する。

## II. 研究目的

再入院となった背景や要因を調査し、要因を明らかにすることで、今後の退院支援に繋げる。

## III. 用語の定義

精神科急性期治療病棟入院料 1：指定医が病棟常勤 1 名、病院常勤 2 名、看護 13：1、看護補助 30：1、PSW または公認心理士病棟常勤 1 名の配置、隔離

室を有し、新規入院患者の 4 割以上が 3 か月以内に在宅へ移行することが要件となる。対象者は 3 か月以内に精神病棟に入院したことがない患者、他病棟入院患者の急性増悪例である。

自殺企図：自殺未遂と自殺既遂をさす。

希死念慮：自身の死を強くイメージする事や死を願望する事だが、自殺までは考えていない場合のこと。

自殺念慮：自殺という能動的な行為で人生を終わらせようという考え方。

## IV. 研究方法

1. 研究期間：20XX 年 Y 月～20XX 年 Z 月
2. 研究対象：A 病棟にて 3 ヶ月以内に再入院となった方を対象とし、身体的疾患による転院、死亡退院は含まず、性別、年齢、病名、過去の入院歴、精神症状、婚姻状況、再入院となった要因を調べた。
3. 研究デザイン：横断研究

## V. 倫理的配慮

記載されている内容は個人が特定されないよう配慮した。使用したデータは研究終了後にすべて破棄し、個人情報を保護する。

## VI. 結 果

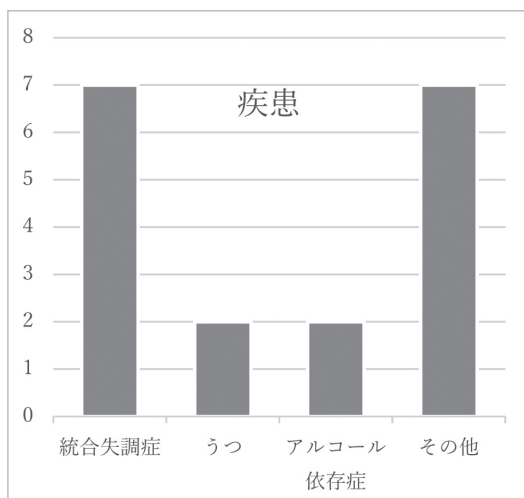
A 病棟での 1 年間の退院総数は 377 人、対象となった方は 18 名であった。

1. 性別：女性（13 人）、男性（5 人）
2. 年齢：40 代（6 人）、10 代（3 人）70 代（3 人）、

50代(2人)60代(2人)、20代(1人)80代(1人)

3. 疾患：統合失調症(7人)、うつ(2人)、アルコール依存症(2人)、疾患が重複している方もいた。MR、ADHD、双極性障害、アルツハイマー型認知症、薬物依存が(各1人)(図1)
4. 過去の入院歴：あり(11人)なし(7人)
5. 精神症状：自殺企図・希死念慮(7人)妄想幻覚(3人)不穏・暴力(5人)その他、ヒステリー、不眠、多飲水(各1人)(図2)
6. 婚姻状況：離婚歴あり(6人)、未婚(小児も含む)(8人)、結婚し子供あり(4人)
7. 主な要因：
  - ・施設入居中であったが、施設が合わず入院となった。本人の希望によりアパートへ退院したが、ライフラインが整っていなかった。
  - ・施設を変更して退院した。しかし環境が合わなかった。
  - ・本人が自分の残存能力を認識できず、施設と折り合いがつかなかった。
  - ・施設入所で進めていたが、家族の強い希望があり、外来通院を条件に自宅退院した。しかし家族が介護しきれず、本人と家族の希望で再入院となった。

図1

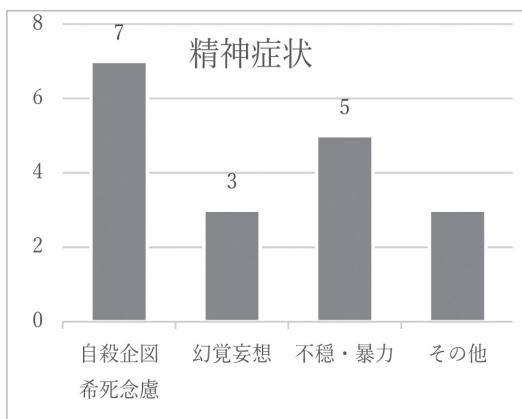


## VII. 考 察

以上の結果から、A病棟では疾患としては統合失調症が最も多く、自殺企図・希死念慮の症状で再入院が多い。また、退院支援そのものにも改善の余地が考えられたため、この3点に注目し要因を考察した。

宇佐美ら<sup>1)</sup>は「退院後3か月未満で再入院した患者と再入院しなかった患者の特徴について、違いが見られなかった。」さらに再入院の理由については、「退院不安への対応や本人のニーズが十分に反映されず退院している可能性があると考えられた。」としている。また、糸井<sup>2)</sup>は「退院支援は『本人と家族の希望』『本人と家族の能力と環境』『入院中の計画』『社会資源』といった項目をマッチングできるように調整すること。そして、どのような状況であっても本人の意思を聞く、確認することが重要である。」とも語っている。しかし、多くの統合失調症患者は病状的に不安定であり、物事を判断する力が弱まっていることが多い。入院前の生活が症状の悪化の要因であれば、話したくないと思っている可能性もある。退院支援に重要な本人の意思を確認することについては、時期によっては、信頼関係を築き相談することが難しい状況があるため、現実的な関わりがもてる時期を見定めた援助が必要になるの

図2



ではないだろうか。このことからA病棟独自の規定で施行している1ヶ月面談は、退院促進のため実施しているものの、患者の病状や判断力についてしっかりと把握しきれていなかったと考える。3ヶ月以内の退院という目標にばかり目を向けてしまい、退院支援が不足し再入院という結果もぬぐい去ることはできない。そのため、退院支援の介入時期は1ヶ月面談を目安とするのではなく、入院時から症状や患者の判断力を把握し、時期をしっかりと見定めて介入しなければならないと考える。

日常臨床における自殺予防の手引き<sup>3)</sup>によると、「外来治療か、入院治療かを判断するにあたってのもっとも重要なポイントは、現在の自殺念慮の評価である。患者は心理的に追い詰められていても『大丈夫です』と返答する場合がある。加えて、症状が重篤なために自殺念慮を否定する場合もあり、患者の言葉を鵜呑みにすることは危険である。自殺念慮の具体的計画性、出現時期・持続性、強度、客観的観察、他害の可能性を評価し、いずれか一つでも存在する場合は、特にリスクが高い。」以上のことから自殺企図・希死念慮の患者は、自殺未遂を繰り返しやすい、さらに自殺念慮の評価が難しいため、再入院率が高くなると考えられる。さらに、関係性を構築したうえで死なないでほしいとのメッセージを投げかけ続けていく必要がある。

また、再入院の要因には、退院した自宅のライフライン不足やIADL（手段的日常生活動作）に対する支援不足、家族への疾患教育不足があった。吉村<sup>4)</sup>は、「患者が入院することで患者と家族の接触が減り、疾患を理解できない状態が続く。その結果、家族が障害受容のプロセスを阻害され、患者の持つ退院への移行に対する理解が出来なくなる。大切なことは家族への支援としてこれまで患者と共に生活してきた家族の患者に対する援助とストレスに深く共感すること。」と述べている。

以上から、患者と援助者との関係構築と、できること、できないことを見極め退院支援に繋げることが重要であるといえる。具体的には、退院先について希望を聞き出し、退院後の不安や、困ったときの

対応を決める。現状を踏まえ外出・外泊、施設見学などの提案を行い、退院先や家族と本人の現状や希望とのズレを減らすことに努めるなどである。

## VIII. 結 論

1. 退院支援は1ヶ月面談にこだわらず、患者の症状や判断力を把握し、時期を見定めて介入する。
2. 自殺企図・希死念慮は、再企図のリスクが高く、患者との人間関係を構築していくことが重要である。
3. 家族と本人の現状や希望のズレを減らすことに努めた退院支援を行うことが重要である。

## 引用文献

- 1) 宇佐美しおり 中山洋子 野末聖香 藤井美香 大井美樹：再入院予防を目的とした精神障害者への看護ケアの実態，日本精神保健看護学会誌，Vol. 23, No. 1, P70～80, 2014
- 2) 糸井和佳：高齢者の生活を支えるケアシステム，看護技術，Vol. 63, No. 12, P135, 2017
- 3) 精神保健に関する委員会 日常臨床における自殺予防の手引き 社団法人日本精神神経学会 2013
- 4) 吉村公一：退院の意向を持つ長期入院統合失調症患者に対する精神科看護師の「退院調整の障害」—精神科看護師の態度からの一考察—，日本精神保健看護学会誌，Vol. 22, No. 1, P12～22, 2013

## 参考文献

- 1) 第4回新たな地域医療構想等に関する検討会 厚生労働省 [www.mhiw.go.jp](http://www.mhiw.go.jp)
- 2) 公益社団法人日本精神科病院協会 精神科医療ガイドc. 精神科病院入院治療の目的と実際
- 3) 精神病棟入院基本料 厚生労働省

# 精神科外来におけるアウトリーチ支援の効果と課題 「待つ支援」から「出向く支援」へ

藤代健生病院 4病棟（外来） 佐 藤 真 一

## I. はじめに

精神疾患をもつ者は自分が病気にかかっていることに気づきにくく、医療につながるまでに長い時間を要する場合が少なくない。また、精神科受診への敷居が低くなった現在でも、未治療状態でひきこもり何年にもわたって不自由で孤独な生活を余儀なくされていて、疲弊した家族が相談に訪れる場合もある。治療中断者に至っては、要因として本人の病識の欠如、病状の影響、経済的な事情、アクセスの問題、などが考えられる。アウトリーチ支援者は、未治療者や治療中断者がそれぞれ個別にどのような要因を抱えているのかを丁寧に見ていく必要がある。要因は一つとは限らず、むしろ複数の要因が重なっているケースのほうが多く、医療につながらない本人に対し家族は先行きの見えない不安と焦りを抱えている。

## II. 研究目的

当院外来では従来、未治療者に対する家族相談は受け入れていたが実際自宅へ赴き対象者に対するアウトリーチはほとんど行われていなかった。また治療中断者に対しては電話で状態確認し受診を促すに留まり未治療者同様自宅へ訪問するまでは行っていなかった。家族または外部機関関係者からは医療関係者に直接対象者へ受診を呼び掛けてほしいとの依頼が多くそうした実状を踏まえ「待つ支援」から「出向く支援」へシフトチェンジしていった。「出向く支援」アウトリーチに取り組むなかで見えてきた効果と課題を考察する。

## III. 用語の定義

未治療者：精神疾患が疑われるが受診につながって

居ない者

治療中断者：1か月以上通院を中断している者

アウトリーチ：未治療者及び治療中断者宅へ訪問活動する行為

## IV. 研究方法

1. 研究期間 20XX年Y月～約1年
2. 研究対象 3名 治療中断者 未治療者
3. 研究デザイン 質的記述研究

## V. 倫理的配慮

個人のプライバシーを保護するために、個人が特定されないように倫理的配慮を行った。

## VI. 結 果

事例①治療中断者へのアウトリーチ：対象者は統合失調症（知的障害も併せ持つ）に罹患し同居家族は認知症を患っていた。両名とも、判断・行動力が低下した状態でも協力しながら生計を維持していた。当院への月1回の定期通院も休まず続けることが出来ていた。しかし、突然、未受診となり、1か月後電話連絡。本人からは「通院したいけど移動手段が無い」との返答。生活状況把握の為にPSWとともに自宅訪問することとした。

事例①訪問時の様子：自家用車が廃車となり使用できなくなった事と、母親が認知症となり自宅で介護を必要とする状態となったため通院できなくなっていた。通院は継続したいが移動手段がない。障害福祉サービス導入を検討していたが相談・手続き方法が分からなく悩んでいた。

事例①支援内容：自宅是最寄駅から徒歩で20分の山間部。駅から病院へは、電車・バスを乗り継ぎ2



時間を要する。また、対象者は膝関節症にて整形外科通院中で、長時間の歩行は困難。タクシーを利用すると往復2万円かかることが分かった。即日、役場へ同行。障害区分申請の手続き、および相談支援事業所へも同行し、通院介助の手続きをおこない、1か月後から、サービス開始となり受診再開することができた。

事例②未治療者へのアウトリーチ：家族及び福祉事務所からの相談をきっかけに訪問を開始。幻覚・妄想様状態を呈するひきこもり対象者への受診・促しを行っているが、いまだ未受診となっているケース。家業はリンゴ農家。母親と二人暮らし。父親の死を境に母親が一人でリンゴ栽培。本人は年に数日手伝いをするのみ 地域社会との交流はなし。2年前から「電磁波でリンゴ園が攻撃されている」等の妄想症状。「夜になると天井から子供たちが下りてきて踊りだす」等の幻覚症状。働けない理由は「電磁波のせいで動けない」。母親は高齢・身体的理由からリンゴ栽培はできなくなっている状態。本人が消費者金融から多額の借金をして返済できていないことから消費者金融側が裁判所へ訴訟。家・畑が競売にかけられる事態となっていた。

事例②内容 福祉事務所・町役場・当院にて合同訪問。母親は介護認定申請し、施設入所となった。単身生活となった本人へ受診を促すが拒否。わずかな蓄えで生活継続している。その後も毎月訪問して、受診を促すが、1年経過しても受診にはつながらず。定期的に関係機関で連絡を取り合い情報共有している状態。

事例③未治療者へのアウトリーチ：親族及び包括支援センターからの相談をきっかけに訪問を開始。妻が死去したのち独居生活。「近所の住人から嫌がらせを受けている」「自宅の中に四六時中若い男女が入り出して宴会をしている」等の幻覚・妄想様症状出現。自家用車を運転し隣家の塀にぶつける。自宅敷地内に焼け焦げた布団があり火事の危険性もある。民生委員が自宅を訪問した際支離滅裂な言動や隣家住民から嫌がらせを受けているなどの発言あり。物忘れもかなり進んでいる様子。その後、地域

包括支援センターが介入。同様の症状や自宅訪問を拒否される場面が多く、対応に苦慮していた。

事例③訪問時の様子：包括支援センター＋親族とともに訪問。自宅敷地内には、たばこの不始末で焼け焦げた布団があり、室内は雑然とし、腐敗した食品やアルコールの空き缶が散乱。洗濯・掃除はできておらず、汚物まみれの衣類が浴室に山積み状態となっていた。短期記憶にかなり障害がある様子が数分前にした会話内容も忘れる状態であった。単身生活はすでに破綻しており、早期介入が必要と判断された。

事例③支援内容：単身生活は破綻している状態 認知症状も強く単身生活継続は困難 火事等の危険性もあり緊急に入院が必要なレベルであった。病院スタッフであることの受け入れはよく、まずは、検査目的で受診を促すと応じてくれ、関東に住む長女へ即日連絡をとり、受診同行の依頼をし、3日後には受診となった。検査の結果、HDS-R：5点。単身生活継続は困難。事件・事故に発展する恐れがあるため受診当日入院となった。

## Ⅶ. 考 察

### 【アウトリーチ支援の効果】

1. 出向く支援アウトリーチでは実際の地域特性、生活状況、共同者の力動を把握することができる。それにより細かな対象者のニーズを把握し支援を行うことができる。
2. 藤井<sup>1)</sup>は、「メンタルヘルス不調などの問題を抱えている世帯に対し、支援機関へ行くことを求めるのは難しい。困っている人ほど、自分で窓口に来ることが困難である場合が多いため、個人・世帯が抱える課題に対し支援するアウトリーチ支援が欠かせない」と述べている。未受診者・治療中断者へのアウトリーチは、家族及び地域住民の切実な要求に応え医療や福祉につながる活動のひとつであると考える。

### 【アウトリーチ支援の課題】

1. 事例②のように、アウトリーチ支援が長期化した場合いつまで続けるのか。病院単独でのアウ

トリーチ支援には限界があり、親族および行政機関との連合体による支援が必要であると考ええる。

2. 医療者の継続的アウトリーチが必要ではあるが診療報酬に反映されない。精神科訪問看護料には反映されないため活動経費は病院の持ち出し経費となる。三家<sup>2)</sup>は「現在の精神科医療政策は地域生活を支える医療とは掛け声ばかりで、基本的に必要な支援が算定できない状態のまま放置されている」と述べている。現場で何が求められて、現にどのような支援活動が展開されなければならないのか、精神科病院からアウトリーチを保証する精神施策、診療報酬体系の再検討を行政に働きかける運動も検討すべきである。

## Ⅷ. 結 論

精神科外来におけるアウトリーチ支援は、家族及び地域住民の切実な要求に応え、医療や福祉につなげる大きな役割がある。先行きの見えない不安を払拭するという意味では重要な支援方法のひとつである。

## Ⅸ. おわりに

精神科アウトリーチ支援に取り組むにあたり、在宅へ赴くための支援者のエネルギーは相当なものである。また、ひきこもり者への支援は医療機関につながればそれで終わりではない。医療機関へのつながりは第一歩として、その後どのように地域で生活することができるのかを見極め支援していかなくてはならない。今後益々、多職種また関係機関と協力しあいながら包括的ケアが求められる。

## X. 引 用

- 1) 藤井千代：多職種アウトリーチ支援の社会実装  
精神保健研究 多職種アウトリーチ支援の実装  
2017年
- 2) 三家英明：精神科診療所からのアウトリーチ  
精神医療54号 2009年4月

## 参考文献

精神科臨床サービス 第18巻4号 2018年10月  
精神医療54号 精神科診療所からのアウトリーチ  
2009年4月

## 〈心理科便り〉 2年間の取り組み報告

藤代健生病院 臨床心理士 大友 彩

藤代健生病院 臨床心理士 小 林 千 緩

## I. はじめに

当院の臨床心理科では、2023年1月から〈心理科  
便り〉という形で職員向けの広報紙を発行している。  
今回、心理科便り発行までの経緯と、2年間の取り  
組みを振り返り報告する。

## II. 背景と目的

近年の傾向として、愛着や発達に課題を持つ入院患者が増加し、職員から入院中の対応について相談を受ける機会が多くなった。それと同時に心理検査や心理面接の件数も増加し、心理士が他職種との関わりを十分にもつ時間が少なくなってしまうという状況にもなった。

こうした状況の中、心理士として職員の支援をするとしたら何ができるだろうかという話をするのが自然と多くなり、昼休みに、あるいはケース検討の延長で、構想を練る作業が始まった。

臨床心理科に所属している心理士は2名。3つの病棟と外来での心理面接・心理検査の実施に加えて、家族教室、依存症治療チームへの参加、委員会活動、院内外講師派遣などの業務量をキープしながら出来ることで、多忙な職員にとっても負担が少ない形での取り組みが望ましいということで意見がまとまり、まずはお便りという形で患者理解やメンタルヘルスの後方支援ができればいいのでは、ということになった。

### III. 構成

お便りを〈心理科便り〉と題したのは、例えば学校の保健室便りのように身近で、ちょっと役に立つ情報が載っているかも、と気軽に手に取ってもらえ

るものにしたいという願いからだった。

内容についてもまずは心理学の基礎知識やメンタルヘルスの重要性について触れてもらうことを主軸とし、「心理学豆知識」と題したコラム、心理科にある書籍紹介のコーナー「心理科の本棚」の2本柱で構成することとした(図1)。

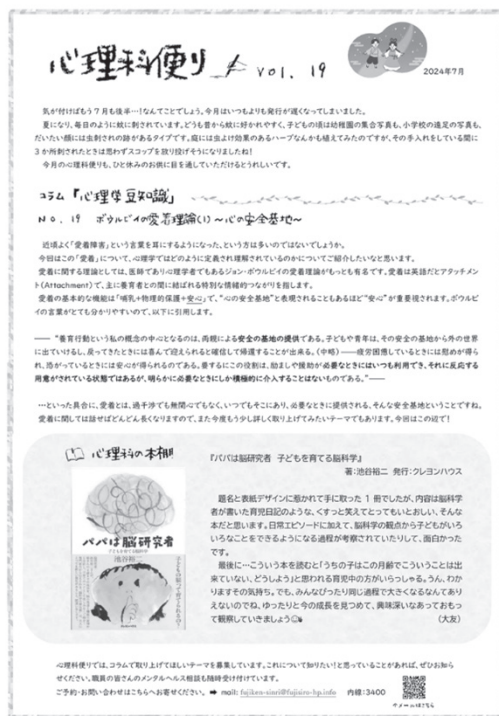


図1. 実際の心理科便り

コラムのテーマに関しては職員からもリクエストを受け付けられるような形をとりながら、先の能登半島地震が発生した直後には災害時に起こり得る心理的反応について紹介するなど、メンタルヘルスという視点を意識することになっている（表1）。

また、紹介した書籍については希望者への貸し出しも行っている。

表 1. 〈心理科便り〉コラムテーマ

2023年	
1月	ストレスコーピングって？
2月	考え方のクセ～認知バイアス
3月	まあまあでいること（ウィニコットの言葉）
4月	自己肯定感（自尊感情）
5月	認知的不協和理論
6月	自己効力感
7月	高次脳機能障害とは
8月	メタ認知
9月	感情を言語化すること
10月	感情って「よくないもの」？
11月	自分のことと人のことを分ける
12月	傾聴～相手の言葉を受け取る
2024年	
1月	災害時に起こる色々な反応
2月	思春期ってどんな時期？
3月	セルフハンディキャッピング
4月	お手軽リラクセス法～漸進的筋弛緩法
5月	アフォーダンス理論
6月	公正世界信念～被害者非難が生じる理由
7月	ポウルビィの愛着理論(1)～心の安全基地
9月	ポウルビィの愛着理論(2)～内在化
10月	発達障害ってつまりどういうこと？
11月	トラウマとその影響
12月	心理士がよく言われる言葉
2025年	
1月	アサーション～自分も相手も大事にする自己表現
2月	脳外傷で人格が変わった？～Phineas Gageの症例

#### IV. 発行後の反響

院内各部署に配布するという形をとったことで、多くの職員が目を通した後に様々な感想を伝えてくれた。発行当初の目標であった“気軽に読めるもの”という点はおおむね達成できているようである。

読んだ後に書籍を借りに来られる方、心理室に感想を言いに来てくださる方、コラムのリクエストをくださる方など、職員間のちょっとした関わりも増えたように感じている。

また、当院の職員以外も読めるようにホームページで公開するのはどうか、というお話もいただき、現在は当院ホームページから誰でもアクセスできるようになっている。

#### V. 課題と今後の展望

心理科便りは、職員のメンタルヘルス向上や患者対応に役立つ知識習得の補助的な役割を担えればという目的はありつつも、実際の効果検証が難しい取り組みであるとも感じている。

教育現場においてスクールカウンセラーや養護教諭が〈お便り〉を発行している例は数多くみられるが、病院に勤務する心理士がこうした取り組みをしている報告は少なく、先行研究も見つけられていないのが現状である。

そのため、試行錯誤しながら進めていくしかないという課題はありつつも、今後も通常の心理職業務（心理検査やカウンセリングなど）に影響がない範囲での取り組みという前提で、細く長く継続していけたらと考えている。

✿✿でいるーむ✿✿

## 事業団からのおたより ～トイレ清掃からみえること～

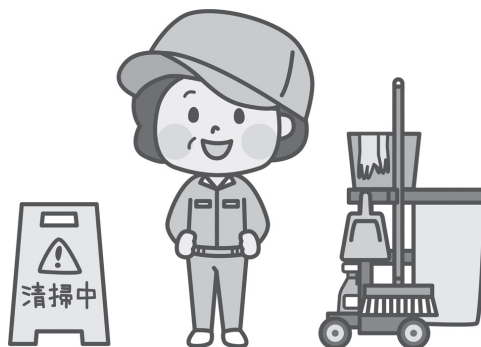
藤代健生病院 清掃員 石戸谷紋代

私は、中高年雇用福祉事業団に所属し、藤代健生病院で清掃員をしております。今日は、藤代健生病院内での清掃をしていて、私が気がついたことを少し書かせていただきます。

清掃というとまずは、トイレ清掃をだれもが思うかべると思います。日々トイレ清掃をしていると、ふと気がついたことがあります。それは、朝の排泄状態で患者さんの体調を知れることです。

ある日、1病棟でのトイレが汚れていると、3病棟、4病棟とトイレが汚れている日がありました。私は、昨日の食事が関係していると思いました。消化のよい食事だったのでしょうか。またある時は、とてもびっくりするような良い状態の便が流されずトイレにありました。この患者さんの体調は、良好なのだと思います。栄養科の職員さんが患者さんの身体を思い、体調管理がいきとどいているのだと気がつきました。

次は、外来でのトイレ清掃時のことです。患者さんが用を足し終わり、私に深ぶかと頭を下げて「ありがとうございました。」と言ってくれました。なんて、すばらしい人だろう。私はこんなふうにお礼を言えるだろうか。トイレ掃除をしているだけなのに、心のこもったお礼をされ、あらためて、私も心のこもった清掃をしていきたいと思いました。





## 「藤代健生病院で過ごした9年間」

医師 松 尾 和佳子

2016年4月、健生病院での初期研修を終えて藤代健生病院に着任しました。当時医局員の人数は2ケタ（今はあの頃の半分）で、高齢化こそ著しいものの医局の充足率が一番高いとも言われていました。ほとんど知識もないままやりたい気持ちだけで飛び込んだ世界でしたが、姉のような女医さんも二人いたのであまり困ることもなかったように思います。私生活でも家族、親族の中で最年少だった私には、この末っ子ポジションがしっくりきていたのでしょう。

最初の所属は第3病棟。自分が今まで生きてきたのとは全く別の世界を目の前に、常に人間力を試される場所のように感じました。ちょうど保護室と新個室を増築したばかり。病棟医もたくさんいて、モーニングカンファでは毎回患者さんについての議論や各々の持論が飛び交っていました。自分も経験を積みばこんな風に語れるようになるのだろうか（正確には“ならないといけいないのだろうか”と）、やや不安になりながらも、その場において話を聞いているだけで世界に浸っていけるような感覚がありました。初めの数ヶ月間は病棟の重症患者さん達の主治医にいきなりなるなんて事もなく、患者さんが入院してくると若手の中で分配して副主治医として（表向きは上級医が副主治医だったのでしょうが）関わっていきました。普段は上級医の回診に同行したり（昔テレビドラマでみた総回診を思わせる雰囲気の時もありました、笑）、一緒に作業療法をしたりと、誰が主治医かにかかわらず色々な患者さんに関わっていました。病棟レクでライブ演奏をさせてもらう機会も多くありました。病棟以外でも、アディクションリハビリテーションプログラム（以下ARP）、うつサポートグループ、リカバリーグループと集団療

法も多く行われていたので、毎日のように参加して、患者さん達と一緒に過ごす時間が多くありました。そういうわけで、今振り返るとびっくりするほど牧歌的な、でも全身で色々な事を感じ、戸惑いや悩みを持ちながらの日々でした。そんな中、生活臨床に取り組むことになり長年保護室を使用する患者さんに関わることになりました。担当看護師、作業療法士と一緒に毎週のように院内散歩をし、カラオケで歌い、売店で買い物をし、両親からもじっくりと家族史まで含めた生活歴を聞き、散髪や外食にも同行し……。一人では近付くこともなかったであろう患者さんとの距離がものすごく縮まった体験でした。良い出来事ばかりではなく、病棟内での自死も起こりました。藤代に来てから日常的に非日常を目の当たりにしていたこともあり、当時はそのことの重大性すら認識できず、スタッフが動揺し病棟全体がザワザワしているのを感じながらも私は何も出来ませんでした。絶対にない方が良かったけれど、大事な経験となりました。

最初の転機は2年目の8月、旧第4病棟（認知症病棟）へ異動になりました。そこは敏腕のおじいちゃん先生がほぼ一人で病棟を切り盛りする王国のような世界でした。かなりのカルチャーショックでしたが、正真正銘下っ端の私は（たぶん）違和感なくしもべのように入り込み、王様に何から何まで教わりました。これまではほとんど感覚でやりすごしてきた私でしたが、ここでようやく精神科医として、いや医者として働くとはどういうことなのかが見えてきたのでした。さて、王様はどんどん患者さんを割り当ててきたため、必然的に自分で考えたり他のスタッフに相談したりすることが増えて、面談では主治医らしさも出さなければならず、場数を踏んだ分

だけできることが増えていくのを実感しました。産休育休を挟んだ後はさらに独り立ち感を出し、認知症の患者さんの診療でお腹いっぱいでした。しかし、同じ患者さんに3回も無断離院されたときは、どうしてもっと早くなんとか出来なかったのだろうとつくづく反省しました。無事に帰ってきてくれて本当に良かったです。そして、入院当日の夕食で誤嚥して亡くなられた方もいました。どうしても悔いが残ります。この時は管理部の方々の対応に救われました。

時代はコロナ禍。専門医取得のためレポートや必要書類を準備し受験申請したのに試験が延期に。その上いつまで延期かわからず、試験に備えての勉強を続けながらモヤモヤと業務に励んでいました。いよいよ試験が近付いた頃、おじいちゃん先生の病気が判明し、代診に追われながら過去問を解く日々。心折れそうな状態でもなんとか乗り切れたのは、きっともっと忙しかっただろうに色々悩みながらも文句も言わず隣の席で一緒に頑張って勉強していたお姉さん先生がいてくれたおかげです。無事にそろって合格できました。

試験勉強をしている最中に再び第3病棟へ異動。向き合わなければならない一人一人の重みを再度実感しました。どんなに寄り添うふりをしてでも自分の無力さを思い知らされるばかりでした。また、長い患者さんが突然亡くなったり、やっと退院した矢先に亡くなったり（高齢のせいもあったと思いますが）というのを何例かみてきて、精神疾患を抱える患者さんがどう最期を迎えるのかということについて深く考えさせられました。数年の経験を積んでも上級医のように語りまくるようにはなれなかったものの、病棟は文化が変わったのか、医師が減ったからなのか、いや、主治医に頼っているだけでは先へ進まないと思ったのかもしれないけれども、医師が語るよりも多職種で考えを出し合うようになっていました。この総合力のすごさにまたまた自分は無力感を持ちながらも、患者さんが退院するときには自分も一緒に安心して外来へ送り出されているような感覚がありました。このように良い経験をたくさん

積んで、精神保健指定医も無事取得。

さて外来。ここは他のスタッフに頼ってばかりもいられない患者さんと一対一で向かい合う場所。頭はフル回転、時にオーバーヒート。それでも空間の雰囲気が私には合っていたのか、病棟で学んできたノウハウを活かしてすごく頑張れる場所でした。自分の将来も見据えてなるべく入院ではなく外来でできるところまで、と思いながら診療していたため、ご家族や施設スタッフには苦勞を強いた時もありましたが、不調時をしのぐことができると自分はもちろん患者さんも自信をつけてくれたりして、やりがいがありました。もちろん、周りでさりげなく支えてくれたスタッフがたくさんいたからできたことですが。その一方で、頑張りきれずに入院となった患者さんは回復まで時間がかかってしまい、もう少し早く休ませてあげれば、と思うこともありました。この見極めができるのが名医なのだろうけれど、私にはまだほど遠いようです。

初めの頃ずっと ARP に参加していたこともあり、せっかく藤代にいるのだからアディクション治療も学びたい、と珍しく自分から思い立ち育休後から少しずつ各種講習会を受講。これが結構面白くて ARP チームへ参入。しかしいざ主治医となってみるとかなり難しく、全く思い通りには進んでいきませんでした。これを私が生まれる前からやってきたレジェンド先生、患者さんからの信頼も厚く、ここに来てようやくそのすごさを実感しました。患者さんにこんな風に優しく続けられるように私もなれますように。

もともと5年の約束で始めた藤代での後期研修。あっという間に期間が過ぎ去り延長を重ねながらも2025年3月で終えるということが確定。本格的に準備をと、たぶん師匠の院長も思ってくれていたと思う頃にめでたく二人目妊娠。あまりにも医局員が減り、休んでいるうちに潰れないかなと心配しましたが、いずれ去る身としては気にしていられず、休みながらも生活面は少しずつ岩手へ帰る準備をしていました。

ラストの半年というところで復帰して、中途半端



な期間なため診療もほとんどせずに、頭は仕事モードに戻しながらこうやって振り返っています。病棟は一番なじみの薄かった第1病棟（旧第2病棟）に所属、なんだか以前第3病棟で見た患者さんばかりだなあというのが最初の印象。それくらい藤代はやっぱり重症で、退院が果てしなく遠かったり、危機を繰り返して何度も入退院する人が集まる場所なのでしょう。それでも毎日のように誰かの退院の話が上がるのだから、みんなの努力に頭が下がります。第1病棟も病棟医長は王様でありながら超多忙。医者は的確であればこれくらいポイントを絞った関わりの方が病棟運営は上手くいくのかもしれない、なんて言ったらスタッフ達には非難されそうですが、それくらいすごいです、みんな。

思い返せば敷地内禁煙、全病棟閉鎖、認知症病棟廃止、コロナ病棟、第2病棟休止など、構造上の大きな変化もたくさんありました。看護長室のメンバーも全員入れ替わりました。時代とはこうやって変わっていくのだろうか。結構すごいものを目撃してきたのかもしれませんが。さてリニューアルの話は一体どこへいったのか、旅立つ身としては何も言えないけれど、とても良い研修をさせていただきました。ここには書き切れないほど、波瀾万丈な患者さんとお付き合いもたくさんありました。ご指導いただいた先生方が思ったようには育っていなかったかもしれませんが、この藤代から吸収した精神を受け継いで新しい世界で頑張っていこうと思います。

## 精神科病院ならではの施設管理業務 ～藤代健生病院施設課のお仕事紹介～

藤代健生病院 施設課 中 村 耕 次

### I. はじめに

施設課とは何をしている部署かわからない方もいると思いますので、施設課の仕事内容を紹介します。施設課では、電気設備・給排水設備・ボイラー設備・ガス設備・消防用設備・給湯設備・空調設備・医療ガス設備などの維持管理を行っています。これらの設備が正常に機能しなければ病院を運用する事ができません。そのため、これらの設備の点検・管理は細かなチェックシートを用いて日々厳重に点検・管理を行っています。その他、壊れた物があれば修理も行っています。(実際にはこちらがメイン業務になっているような気がします)

私はかつて健生病院施設課にも勤務していましたが、健生病院と比べ藤代健生病院は圧倒的にトイレの詰りと物損が多いです。トイレの詰りはトイレットペーパー以外の異物を流す場合が多く、パンツ・Tシャツ・オムツ・空き缶・財布・ヤクルトの空・大量のウェットティッシュ・歯ブラシ・ボールペン……etc、バラエティに富んだ物が発見されてきました。このような詰まりが発生した場合の復旧は困難で、便器を取り外して異物を除去したり(場合によっては便器の取替が必要)、屋外の下水管からバキュームカーにて吸い取るなど大掛かりな対応が必要となります。また、物損は主に壁やドアの破損・コンセントの破損・ドアノブの故障が多いです。他にもナースコールやマットコールの配線引きちぎりや、病棟により各コールの差込口が異なるため、病棟に応じた差込口への変換作業が必要となります(これは業者では対応してくれません)。

そのような点が藤代健生病院ならではの困難事例であり、対応の難しさでもあります。物損は程度により業者に依頼しなければいけない場合もあり、予

算も時間も要しますが、現場では待ったなしの即日対応が必要なケースもあり、そうすると自前で対応するしかありません。そのため、即日対応(修理あるいは応急処置)できるよう試行錯誤して技術を磨いてきました。入社したての頃は何か壊れるたび慌てて対応していましたが、今では「今度は何が壊れたのかな？」と臨機応変に対応できる余裕が出てきたように思えます。

その他、駐車場補修・除草作業・樹木薬剤散布の計画、改修工事等の立案・発注・進捗管理、エアコンフィルターの清掃、冬は植木や通路の雪囲いや通勤通路や病院車両の除雪作業など、年間を通し建物内外を快適に維持するよう管理に努めています。このような部署がある事で病院が正常に運用されているという事を少しでも理解して頂けたら幸いです。

以上を踏まえて、以下の藤代健生病院ならではの事例を紹介したいと思います。

### II. 事例紹介

#### ① 謎の漏電多発

ある日、瞬間的な漏電が一日に何回も多発する、それが2～3日ほど続いた。漏電は建物火災に発展する可能性があるため、施設課では昼夜問わず緊張感が続いた日々だった。東北電気保安協会と共に調査を行い、第3病棟で発生しているところまでは辿り着いた。しかし、第3病棟内のどこで発生しているかまでは漏電が瞬間的であるため、見つける事ができなかった。偶然、男子トイレで焦げたコンセントを発見。コンセントを中心に調査をしたところ、廊下や病室で焦げているコンセントが次々に発見された。結果的にはある一人の患者さんがタバコを

吸うために缶ジュースのタグをコンセントの中に差し込み、スパーク（ショート）させた火花で火をつけていた事が判明。その患者は退院し、その日から漏電はパタっとおさまった。

## ② 謎のブレーカー落ち多発

ある日、第4病棟より病室のブレーカーが落ちたとの連絡。落ちたブレーカーはすぐに見つける事ができ、すぐさま復旧。「こういう事もたまにはあるか」と思い、あまり深く考えずにいた。しかし、その日の夜と翌日もまた同様のブレーカー落ちが発生。これは何か原因があると思い調査。このブレーカーは漏電が発生すると落ちる仕組み。そして、このブレーカーから3部屋のコンセントに電源が送られていた。この3部屋のコンセントを点検すると、ある部屋のコンセントが変色（焦げてはいない）しているのを発見。コンセントを取り外すとコンセント内部には液体が入り込んでおり、尿臭が漂っていた。結果的には、患者さんがコンセントの差し込み穴にむけて放尿していた事により漏電しブレーカーが落ちていた事が判明。その患者さんが入院している期間だけコンセントを取り外してフタをする対策を行った。

## ③ 窓からのエスケープ

ある日、第4病棟でエスケープが発生した。病室の窓からだった。窓は人が通過できないよう数センチしか開かないようにストッパーが取り付けられている。部屋には壊されたストッパーの残骸と普通の大人でもかなり重く感じる数十キロはある強化窓が軽々取り外されていた。別の病室でも同様の事例でのエスケープが発生した。ストッパーは施設課で頑丈に取り付けていたつもりだが、壊されるとまでは想像もしておらず、とても悔やみ悩んだ。「そういう患者さんが入るなら、そういう仕様の病室を最初から作ってくれ」とも思った。窓を一切開けなくてもいいのなら更にもっと頑丈な対策

（窓を固定してしまう）はできた。しかし、換気が必要なため窓は最低でも数センチは開かなくてはいけないというルールがあるため、できる対策は限られてくる。エスケープを試みる患者さんは何をするかわからない。対策を行ってもその上を行かれてしまう。藤代健生病院ならではの難しさを痛感した。この件は、業者に依頼し窓の外に柵を設けることとした。それ以来、窓からのエスケープはなくなった。

## ④ 同じトイレで連日の詰まり

ある日、第4病棟からトイレの詰まり依頼があった。ラバーカップ（すっぽん）を持参し、作業を開始した。普通の紙詰まりなら簡単に解消するはずが、何十分かけても解消されない。これは変な物を流したのだらうと思い、便器を取り外す作業を行った（この作業がとても大変！）。便器をひっくり返すと便器底の排水穴に何か異物が挟まっているのを発見。排水穴に手を突っ込んだり、ホースでつついたりして何とか異物を取り除く。異物の正体は“乳酸飲料ジョア”の空容器。患者の食事に提供されていたものだった。病棟スタッフに聞くと空容器は回収していると言う。たまたま回収し忘れたのかと思い、その日はあまり気にはしなかった。

翌日、また第4病棟からトイレの詰まりの依頼。また同じトイレだった。ラバーカップで作業を行うが、またしてもなかなか解消されない。昨日に引き続き、また便器を取り外す作業を行った（ホントに大変！便器が割れる可能性もあるからやりたくない）。便器をひっくり返すと、またしてもジョアの空容器が挟まっていた。このジョア詰まりは1週間ほど続き、毎回同様の作業で取り出した。病棟スタッフに相談し、結果的にはトイレに流していた患者さんが判明した。その患者さんは空容器を回収される前に隠し持っていたらしく、その患者さんの部屋からは大量のジョアの空容器がコレクションのように並んでいたのが発見されたとのこと。

## ⑤ 初めて見る蛍光灯の割れ方

ある日、第3病棟より病室の蛍光灯が割れたとの連絡。現場へ向かうと、照明器具のソケット部分（蛍光灯を差し込む部分）にだけ蛍光灯の先端が残り、蛍光灯の中央部分は見事に割れ落ちてしまっていた。病棟スタッフに聞くと、患者さんが蛍光灯にぶら下がって割れたという。患者さんにケガは無かったものの、このソケット部分に取り残された蛍光灯の先端を取り除くのが非常に危険な作業だった。蛍光灯の先端は鋭利な形で取り残され、刺さる危険性がある。そして、蛍光灯の先端には電気が通っているため感電の危険性がある。工具を使えば、工具を通じて感電したり余計に蛍光灯を割ってしまう可能性もあることから、絶縁手袋をはめながら恐る恐る慎重に取り除いた。幸い自身にケガは無かった。

## ⑥ ナースコールの加工

全病棟から依頼された事例。病棟で所有しているナースコールはコードが長く、首に巻き付ける患者さんがいるからコードを短くしてほしいとの事。それも何十台もの数だ。そんな作業やった事がないし、ナースコールの構造なんて勉強もした事がない。業者に相談するが改造になるためと引き受けてくれない。短いコードのナースコールは販売しているのでそれを購入して下さいとの事だったが、予算も時間もかかる。そこで、試しに自分で分解してみた。分解すると何となく構造がわかり、自分でやれそうな気がした。一つ試しに製作してみた。問題は正常に動作するかどうかだ。病室に行きナースコールを差し込み、ボタンを握る。無事に作動した。この時ばかりは自分を褒めた。同様のやり方で全てのナースコールを短く加工し終えた。

## ⑦ おそろべき身体能力

ある日、第3病棟から“旧保護室トイレ天井のダウンライトが落下しそうになっている”と

連絡。現場に行くと、ダウンライトの取付金具が破損し天井からダウンライトがぶらんと垂れ下がっている状態。明らかに自然に取付金具が破損したとは考えにくい。旧保護室のトイレは壁に囲まれ、天井のダウンライトはずいぶん高い位置にある。病棟スタッフに聞くと、両壁に手と足で突っ張って昇り、ダウンライトを引っ張ったのではないかとの事。とにかく、ダウンライトには電気配線が繋がっており、感電の恐れがあることから処置をしなければいけない。電気工事士所有者としての腕の見せ所だ。ダウンライトから電気配線を抜き、電気配線を天井裏へ隠蔽、ダウンライトが埋め込まれていた穴は板で塞いだ。その患者が転室したタイミングで、新しいダウンライトを取り付けて復旧させた。

## ⑧ 広範囲トイレ詰まりパニック

ある日の朝、第3病棟より男子トイレの全ての便器（小便器・大便器）と保護室全ての便器が流れていかないと連絡あり。これまでの経験から、これは屋外の下水管が詰まっていると推測。屋外下水管のマンホールを開けると、やはり詰まっていた。もはやマンホールを押し上げるほど水位が上昇していた。こうなるとバキュームカーを手配するしかない。病棟はトイレ全域が使えなくてパニックになっていた。清掃員も便器から溢れる水の清掃に追われていた。バキュームカー業者は私が普段から信頼関係を築いてきた業者である。他の現場で作業していたが、急遽こちらに来てくれる事を優先してくれた。（このバキュームカー業者が夕方ではないと行けない、あるいは明日以降の対応となると言われたら、病棟はどういう事になっていただろうか……。）ほどなくしてバキュームカーが到着。吸引するとあっという間に詰まり解消。詰まりの原因は流せない大量のウェットティッシュの固まりだった。第3病棟は時折このようなトラブルが発生する。流してはいけない物(衣

類・パンツなど）を流す事が多いためだ。その度、バキュームカーを手配し解消させている。

冬になると下水管のマンホールは雪に埋もれてしまうため、雪かきしながらマンホールを見つけるのは困難を極める。冬に発生した場合の事を想像すると冷や汗が滲む。いずれにしてもすぐに駆け付けてくれるバキュームカー業者には本当に感謝している。日頃から業者とのお付き合いは大事だなと思い知らされる出来事だった。

## ⑨ 床タイルの張替

⑥ 事例と同様に、全病棟から共通して依頼されるのが、床タイルの張替。健生病院時代から床タイルの張替は行ってきたので作業はできるものの、藤代健生病院は特に床タイルの張替が多いと感じる。おもに病室（個室）で放尿したためにタイルが剥がれたため取替えてほしいとの事。その枚数も1～2枚とかではなく20枚近く張替が必要な場合もあり、また床の下地に尿の臭いも染み込んでいるため中々きつい作業。中腰で約2時間は掛かる作業だ。張替後の床は美しい。大事に使ってほしいと願うばかりだ。また、ティーサーバー下のタイルや洗面所下のタイルも患者がよく水などをこぼすため、タイルがよく剥がれる。タイルの張替は場所により微妙にカットしたり図形のようにカットしたりと、美観も気にしなくてはいけない。業者ほどではないが、張替の機会が多いため随分上達したような気がする。

## ⑩ 小便器が大便器

ある日の17時30分頃の事。施設当直者より、外来男子トイレが大変な事になっているとの連絡。現場に行ってみると、小便器に大量の排便がされていた。また、床にも点々と大便が落ちており、男子トイレ内はひどく悪臭が漂っていた。あいにく清掃を委託している業者は業務が終了しているため誰もいない。施設当直者と共

に約1時間かけ、慣れないながらも便を片付ける作業を行った。小便器は便が詰まって流れなくなっていた。溶かす薬剤（劇物）を使い解消。汗だくになりながらも現状復旧。翌朝、清掃員に依頼し、便器や床などを再度綺麗に清掃してもらった。こんな事もあるんだと思い知らされた出来事だった。

## ⑪ ハニーハンター

緑に囲まれた藤代健生病院は、夏頃になるとハチが大量発生し至る所に巣を作る。ほぼ毎日のように巣を見つけては駆除している。健生病院時代では一度もその作業は行ったことが無い。最初の頃は恐る恐る駆除していたが、現在は随分慣れたもので、小さな巣ならお家芸のように駆除できる。大きな巣にも立ち向かえるようになり、巣を作りそうな場所も把握できるようになってきた。多い年だと1シーズンでハチスプレー30缶は使う。藤代健生病院の施設課で勤務するのであれば、ハチ退治はマスト業務の一つだろう。（スズメバチの巣の駆除はさすがに業者に依頼します。）

## ⑫ ドアノブの取替

藤代健生病院は病院の構造特性上、全ての部屋（ドア）が施錠されている。開閉する度にドアノブの鍵穴に鍵を挿す。開閉の多いドアなら一日100回以上はカギが挿されているだろう。そうするとやはりドアノブも消耗し、鍵にまつわるトラブルはどうしても多くなってくる。鍵が回りづらい、鍵が抜きづらい、鍵が回りづらいせいで鍵が折れて鍵穴に残ってしまったなど。ひどい場合はカート等をぶつけてドアノブが曲がってしまった事例もある。鍵穴に潤滑スプレーをして解消される事もあるが、ドアノブ自体の交換が必要な場合が多い。最初の頃はドアノブの交換など、やった事もないので随分と焦ったものである。ドアノブのトラブルはエスケープ等にも発展する可能性がある事から即時



対応が求められることが多いため、自身で対応を覚える必要性を感じた。業者のやり方を見て覚えたり、自分で分解したりして随分勉強したものである。今ではドアノブの交換も慣れ、ストック也多めに備蓄し、即時対応に備えている。(こういう裏方がいることで院内の施設が保全されているという事を少しでもわかって頂けたら幸いです。)

### ⑬ コンセントの取替

藤代健生病院はコンセントの破損が多い。ベッドをぶつけた、蹴って壊したなど理由は様々。こうなるとコンセントを取り替えるしかないが、破損したコンセントを取り替えるのは特に危険である。電気工事士所有者としての腕の見せ所だが、できれば業者に依頼したいほどだ。

ある時の依頼では、コンセントの表面のプラスチック部分(触っていい部分)が砕け落ち、内部の金属部分がむき出しの状態になっていた。この金属部分に触れると即感電である。また、破損したコンセントを取り外す最中に火花が出る時もある。これまで何度とコンセントの取替を行ってきたが、破損したコンセントを取り替えるのは今でも緊張する。

コンセントは破損(ヒビも含む)すると本当に危険である。コンセントの異変を見つけたら、すぐ施設課に連絡してほしい。

### ⑭ 車椅子の修理

健生病院時代は車椅子をメンテナンスしてくれる業者が同院には常駐しているため、タイヤに空気を入れる程度の作業ぐらいはあった。しかし藤代健生病院は車椅子の故障がとて多く、施設課で対応している。3日に1回は依頼がくるといっても過言ではない。故障内容は、“タイヤのパンク・タイヤの虫ゴム(空気逆流防止弁)の劣化・タイヤのすり減りや亀裂・タイヤが斜めになっている・ブレーキやストッ

パーが利かない・足乗せステップが動かない・座席シートが裂けている・補助輪が回らない”など症状は様々。もはや車椅子の修理について専門知識が無いと対応は困難なほどで、いろいろ試しながら勉強したものである。修理依頼される車椅子はやはり古い物が多く、中にはどうしようもない状態のものもある。簡単に買い替えなど出来ればいいのだろうが、そうもいかないので、なるべく修理してまた使えるようにしたいと奮闘している。

## Ⅲ. おわりに

### 今後の藤代健生病院の建物の維持管理

藤代健生病院は築50年となり、建物・機械設備は当時のままで今も稼働し続けている。外壁は欠落やクラック(割れ)が目立ち、鉄筋も露出している箇所が多数見受けられる。露出した鉄筋は水分などで膨らみ、さらに外壁を壊す原因となり、建物の強度低下や雨水が侵入しやすくなる。屋上の防水は耐用年数を超過し、一時期は雨漏りが至る所で多発し随分悩まされた。現在は区画的ではあるが改修し雨漏りはなくなってきたが、未改修部分は今後雨漏りする可能性がある。機械設備も老朽化が進み、不具合の発生も多くなってきた。今後はより一層、点検とメンテナンスが重要となってくる。

病院内は塗装工事等を行って、目に見える部分はそれなりに綺麗に見えるかもしれない。しかし、目に見えない床下の配管等はどうの昔に限界を迎えている。給湯は時折、錆が混ざった茶色い給湯が出る。暖房配管はこれまで何度も穴が開いた。もはや片足を乗せるだけで折れてしまうほど脆弱している配管もあるかもしれない。健生病院は開設から50年を迎えてリニューアルしたが、藤代健生病院は今の建物で今後も稼働し続けていかなくてはならない。この先は想像を超える様々なトラブルが発生するだろう。いつか藤代健生病院のリニューアルが叶うその時まで、厳しい経営状況の中でこの建物を維持していかなくてはいけない。施設課として正念場を迎える時期に突入していくのだと感じている。

## 「精神科ソーシャルワーカー界限“超裏”用語解説 2024」

地域生活支援センターぴあす ソーシャルワーカー 石川 穂波

早いもので、この仕事を始めて14年がたとうとしている。「向いてない」と幾度も思いながらも、こうしてこの界限に留まり続けているのは、言葉を大切に扱う、という点で親和性を感じられるからなのかもしれない。今回、何でも自由に書いて良いとのことだったので、超・個人的視点ではあるが、私が日々の実践の中で補助線としている、いくつかのキーワードをあげ解説してみようと考えた。

世間から向けられたソーシャルワーカーの職業イメージは「縁の下の方持ち」とか「黒子」とかいった、奥ゆかしき存在であろうことを自認している。クライアントや他職種を差し置いて、自己主張するなんて恥ずかしい奴だ、などと冷笑されてしまうかもしれない(被害妄想)。実際、多くのソーシャルワーカーは他者優先の所作が身に着きすぎるが故に、自己の内なる声に耳を傾け、ましてそれを表明するなどといったことはあまり得意ではないように思う。ということで、ここはひとつ、リハビリの試みとして記してみたい。

### I 人間理解を支える言葉

#### ・本能、劇場、芸風、生きる術、プレイスタイル

他者の行動様式や物事のとらえ方、思考の癖などを、そのままその人固有の「生き方」として受け止めるための言葉。そうしてしまうことによって、かえって思考が途絶え、理解を妨げる可能性も否定はできない。しかし、まずはありのままを受け止め、共に歩む上で、これらの言葉が必要となる時がある。

#### ・ゾンビ化現象

理性と本能が葛藤している状態。大一番において、展開を積み上げてはぶち壊す、一歩進んで三歩下が

る、といったことが反復される。そのような事態に直面した時、辟易としつつも、一方では「人間らしさ」や「こころの存在」を感じ、どうしようもなく、惹きつけられてしまうのが私たちの性である。ちなみに、薄れゆく意識の中で人間性とゾンビ性が拮抗しているシーンが、ゾンビ映画の切なくも美しいハイライトだと個人的には思う。

#### ・フェアかどうか

もちろん、私たちが人と対することの目的は勝負ではない。だがしかし、相手のプレイスタイルに翻弄され、気が付いた時には様々なことを抱え込んでしまっている、なんてことが良くある。またそういった厳しい戦い(?)の中で、余裕を欠けただまし討ちや先回りといったラフプレイにより、信頼を損なってしまうこともあるだろう。そもそも、こと援助関係において完璧なフェアを体現することは出来るのだろうか。難しいことなのかもしれない。しかし、常に戦況を見極め、フェアに近づけているかどうか内省を込めて振り返ることが肝要なのだろうと思う。

#### ・矢印、力動、風向き

人間関係には様々な思惑・意図が渦巻いている。ただ表層の言動を受け止めては、本質的なことにはたどり着けないのだと日々思い知らされる。例えば、「お茶漬けでもどうですか」という言葉が「そろそろお帰りください」という意味を持つように。例えば、顔で笑って心で泣くというように。例えば、自責的なポーズをとりながらめっちゃくちゃ他責的だったりするように。なんともトリッキーな事象が多々ある。だから私たちは、神経を全集中させて、



人と人との間の矢印や力動、風向きを読みとろうと試みる。最近知った言葉に、メンタライズという心理学用語がある。曰く、「ここらでここら进行を思うこと」。むしろ私たちは、いささかメンタライズ過剰傾向であるような気さえてきた。職業病、とも言えるのかもしれない。だから、たまに人のいないところに逃げたい。森とか。

## II 仕事の流儀を表す言葉

### ・仁義を切る、筋を通す、ルートを守る、腹をくくる

意外かもしれないが、我々の界限では、まるでアウトレイジさながらの任侠用語が飛び出すことがある。「任侠」という言葉の意味を調べると「信義」という言葉が出て来る。信義の意味を調べると「真心をもって約束を守り、相手に対するつとめを果たすこと」とある。つまり、人と協働する際の基本姿勢に、任侠世界との共通項があるのだろうと解釈する。平たく言うと、連携のお作法といったところか。ちなみに私は、連携という言葉には引っかかりがある。「とりあえず連携室やケアマネに連絡しておけば良い」といった安易な使われ方をされがちと感じるから。連携という言葉が多用する人間は、信用に欠けるとまで思っている（超偏見）。

### ・現場百遍

ソーシャルワーカーは、生活を支援する職種である。机上でカルテを眺めているだけで、生活のイメージは立ちあがっては来ない。だからできる限りは現場に出向きたい。困った時ほど現場百遍。刑事よりしく、足で情報を集めるのだ。「事件は会議室で起きてるんじゃない！現場で起きてるんだ！」とはよく言ったものだ。地域の社会資源を調査するため、フィールドワークを行うこともある。その際には、専門職の仮面を脱ぎ、地域に溶け込んでゆく能力が活きてくる。町内のおばちゃんと仲良くなり、お茶をご馳走になり、会ったこともない仏様に手を合わせちゃうくらいの素朴さは、ソーシャルワーク技術と言えるのでは？と、控えめに自負してみる。

### ・中腰力（ネガティブケイパビリティ）

最近「タイパ（タイムパフォーマンス）」という考え方が流行しているようだが、人生、こと他人のそれならばなおさら、効率重視で“調整”するようなものではないし、またできるものでもない。むしろこの界限では、性急に展開や解決を求めるのではなく、答えの出ない、解決のできない状況にじつくりと（まるで空気椅子の姿勢で）耐えながら、共にあり続ける能力、すなわち「中腰力」が評価されて然るべきだし、最も体現が難しい高度な技術だと主張させていただきたい。津軽弁だと「うるがす（URUGASU）」という言葉がびったりくる。藤代では多職種の間でも共通言語として根付いていた印象がある。

### ・ストレスお焚き上げシステム

ここで、まずお伝えしたいことがある。ソーシャルワーカーは、普段は群れを成すことを許されず、それぞれの持ち場に、てんでばらばらに配置され任務を行う。いわば「孤独なソルジャー」である。1日の任務を終えた時、あるいは、専門職として悩んだ時、納得できないことに遭遇した時など、群れに戻り心身を休めたり、職業倫理や価値観といったポジショニングを再確認できる物的・人的環境があるかどうか、私たちにとっては専門職としての死活問題になり得る。このことは、ぜひお偉方にもご理解いただきたいと思っている。さて、前置きが長くなったが「ストレスお焚き上げシステム」の解説に戻ろう。終業間際に「……ちょっと、つぶやきいいですか？」と、誰からともなく起動されるこのシステム。仲間の「共感的理解」と「ユーモア」によって、憤りや、やるせなさといった感情を浄化し、今日に区切りをつけ、明日に向かう気力をチャージする。想像してみたい、「いやいや、よくやってるよアタ」「何その医者！今から一緒に、殴りに行くか」などと、互いの傷を舐めあう、いじらしい私たちを……。かわいそうだなと思ったアナタ、明日から優しく微笑みかけて下さい。意地悪したことあるアナタ、深く反省して下さい。出来ればジュース

とかおごって下さい。

#### ・デスク周りのチョモランマ

定期的に片づけなければ雪崩が起きる。地層のごとくに積み重なっているが、意外とどこに何があるかは覚えている（血液型B型）。

#### ・バ이스ティックを背負い投げ

バ이스ティックの7原則は、ソーシャルワーカーにとってバイブルである。だけど「援助者は自分の感情を自覚して吟味せよ」とか「クライアントがあるがままに受け止めよ」とか、ド正論過ぎて、たまに「チッ、うっせーな」と、背負い投げたくなる時がある。

#### ・カンファと飲み会は段取り（根回し）9割

諸先輩方からの教え。カンファにおいては、導きたい結論を明らかにし、それに向けて参加者と事前に意向を調整する等、いわゆる段取り（根回し）が9割を決定づける。残りの1割は、現代風に言えば“パイプスとグルーヴ”、つまり“ノリ”である。完全にノリだけで臨むようになればもう、かなりの猛者。尚、この技術は飲み会にも応用可能。最近は、もはや応用力の方が磨かれつつあるので恐ろしい。

### Ⅲ こころを支える言葉、こころを削ぐ言葉

#### ・すぎだにさなが！

周囲に振り回される自分にオチをつけてあげる魔法の言葉。漫才で言う「もうええわ！」「ええかげんにせえ！」「やめさしてもらわ！」と同義。心の中、もしくは一人になった時などに空に向かって唱えるだけで、ほんの少しだけ心が軽くなる効能あり。

#### ・解像度を下げる

「解像度を上げる」という言葉を、良く聞くようになったと思う。より具体的に、より詳細に、よりクリアに。確かにそれは大事である。だけど、あまりにも鮮明に見え過ぎない方が良いこともありますか？半目で見えるくらい薄らぼんやりとさせておくことで、ようやく向き合えたり、踏み留まっていられるというようなこともあると思う。

#### ・いつか楽になりますよ

新人時代に授けられた言葉。曰く、成長すると楽になると言う。10年目くらいまでは、この言葉を信じてやってきた。だけど2024年現在、全くもって楽にはなっていない。毎日ツライよ。なぜだ!?成長していないってことなのかい!?近ごろは「ソーシャルワーカー、これぞ我が人生」と運命を受け入れ、観念するというベクトルで、ほんの少しは楽になるよ、くらいのことなのだろうかと解釈している。

#### ・窓口一本化した方がいい／情報提供です／何とかして／タイミング逃したね／本人には言わないで下さい／相談員にやってもらったら？／何かあった時のために相談員をつけておきたい etc

すみません。締め切り過ぎちゃって時間がないので、ひとつひとつ詳しくは解説しませんが、これ言われると、マジでこころ削がれます。これらのお言葉に対して、まとめて大谷翔平風にアンサーさせていただきます。そんなこと言わないで、一緒にやっていきましょうよオ(泣)。言ったことある人、マジで今度ジュースおごってください。

〔統 計〕

2024年度デイケア利用統計（2025年 3月31日現在、％は小数点以下四捨五入）

利用者92名 男性53名 女性39名

利用回数 /週

SC	1 回	5 人	5 %
	2 回	4 人	4 %
	3 回	1 人	1 %
	1/2回	1 人	1 %
	1/4回	1 人	1 %
DC	1 回	23人	25%
	2 回	21人	23%
	3 回	14人	15%
	4 回	4 人	4 %
	5 回	19人	21%
	1/2回	1 人	1 %
	1/4回	3 人	3 %

（DC・SC 併用者あり）  
注：SC はショートケア、  
DC はデイケア

年代

10代	0 人	0 %
20代	1 人	1 %
30代	11人	12%
40代	23人	25%
50代	26人	28%
60代	24人	26%
70代	6 人	7 %
80代	1 人	1 %

疾患別分類

統合失調症・他の 精神病的障害	46人	50%
アルコール関連障害	10人	11%
気 分 障 害	15人	16%
発 達 障 害	10人	11%
人 格 障 害	4 人	4 %
その他（てんかん等）	7 人	8 %

入院経験

DC 開始前に有り	72人	78%
DC 開始前に無し	27人	18%
DC 開始後に有り	29人	20%
DC 開始後に無し	73人	80%
※入院経験無し	16人	全体の17%

手帳

有り		74人	80%
精神 1 級		10人	11%
精神 2 級		55人	59%
精神 3 級		8 人	9 %
愛護（A・B）		1 人	1 %
無し		18人	20%

費用区分 （年度中の切り替えを含む）

生 保		47人	52%
国 保	本 人	22人	24%
	家 族	12人	13%
社 保	本 人	4 人	4 %
	家 族	3 人	3 %
後期高齢	本 人	4 人	4 %

同 居

有り		35人	38%
	親	24人	26%
	兄 弟	1 人	1 %
	子 供	3 人	3 %
	配偶者	9 人	10%
無し		57人	62%
	自宅	9 人	10%
	アパート	19人	21%
	自立訓練施設 グループホーム	26人	28%
	有料老人 ホーム	3 人	3 %

居住地

弘 前 市	68人
青 森 市	3 人
五所川原市	3 人
つ がる 市	3 人
黒 石 市	2 人
平 川 市	1 人
藤 崎 町	5 人
大 鰐 町	2 人
板 柳 町	2 人
中 泊 町	0 人
田 舎 館 村	2 人
秋 田 県	1 人

交通手段

徒歩（自転車含む）	54人
バ ス	42人
電 車	10人
送 迎	14人
車（自己）	14人

※ 2 種類以上利用している方  
あり

通所時間 （年度中の変更を含む）

0 ～30分	61人
31～60分	23人
60分以上	8 人

最終学歴

中 卒	20人
高 卒	49人
専門・短大卒	13人
大卒以上	10人

就 労

19人	
A 型	1 人
B 型	13人
障害者雇用	2 人
一般就労	3 人

〔統 計〕

## 2024年藤代健生病院医療統計

		2024年 1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
外 来	新 患 数 (人)	34	37	36	34	47	41	53	35	36	48	36	33
	平均患者数 (人)	102.5	104.3	103.8	97.7	109.5	100.6	106.1	108.7	106.7	108.3	104.4	103.7
	延患者数 (人)	2,357	2,399	2,595	2,443	2,519	2,515	2,758	2,500	2,453	2,815	2,506	2,488
	診療実日数 (日)	23	23	25	25	23	25	26	23	23	26	24	24
入 院													
	入 院 数 (人)	37	35	39	35	36	35	47	32	32	38	34	41
	退 院 数 (人)	30	33	37	40	28	36	41	38	33	34	38	43
	平均在院患者 (人)	141.6	148.5	143.9	142.1	147.5	151.2	151.7	151.9	148.4	152.9	150.2	146.4
	入院延患者数 (人)	4,421	4,191	4,497	4,304	4,600	4,571	4,743	4,747	4,485	4,774	4,544	4,582
	実 日 数 (日)	31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31
	平均在院日数 (日)	131.1	122.3	117.4	113.7	142.9	127.7	106.9	134.5	137.0	131.7	125.2	108.1

新 患 数	初めて受診に来た患者さんの数
平 均 患 者 数	1日平均の患者数
延 患 者 数	受診した患者さんの1ヶ月の延べ人数
診 療 実 日 数	診療のある日の合計
入 院 数	入院した患者さんの数
退 院 数	退院した患者さんの数
平均在院患者数	1日に在院した患者数 (平均値)
入院延患者数	1日に在院した患者数にその日の退院患者数を加えた合計
実 日 数	暦の日数
平均在院日数	= 在院患者延日数 / (入院数 + 退院数) × 2 ※生保等含む

※2023年6月30日、認知症治療病棟60床を取り下げ。  
稼働病床が219床から159床へ変更。

## 2024年度 地域連携室新患相談対応件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
認 知 症	63	70	32	66	51	72	74	38	65	64	52	78	725
認知症以外	74	107	87	82	63	96	69	82	64	50	42	57	873
合 計	137	177	119	148	114	168	143	120	129	114	94	135	1,598

## 編集後記

令和の米騒動、記録的な豪雪後の猛暑という2025年。税金が増え、物価が高騰し、働いても働いても手取りは大きく増えず。生きていくだけでしんどい世の中という時代を、今私たちは生きています。

精神科のフィールドでは、にも包括の時代となり、10年ほど前と比べると長期入院の患者さんたちの退院先の選択肢や支援の厚みが増すという好変化の他、認知症患者、児童の困難なケースが増えるという時代の変化も感じております。当院の精神科医減少の他、法人全体でのマンパワー不足の中、それら時代背景を表すような、様々な状況が煮詰まったケースが民医連精神科には集まってきています。

マンパワー不足で言うと、例えば連携室は統計を取ることを諦めざるを得ない忙しさとなりましたが、今回は、そのような状況の中、寄稿してくれた少数精鋭で、選りすぐりのエッジの効いた記事や、縁の下の力持ちシリーズなど、普段なかなか知ることの出来ない職種の方々より寄せられた記事も含め、レトロで古い病院でも、紙カルテでも一生けん命に泥臭く血なまぐさく、地域の精神科医療を頑張っている、藤代愛を詰め込みました、そんな医報ではないかと思っています。

もっともっと生々しい、専門性のぶつかり合う濃いケースと藤代連携室では日々、沢山向き合っており、(書く時間さえ確保できれば……いつか……) 別冊シリーズで世に出せたらと個人的に目論んでいたります。来年の医報寄稿も我こそはという方、今から原稿を練ってみませんか。日々の各職場・各職員の精神科医療に向き合っている奮闘記録を残し続けていけますように。

(地域連携室 ソーシャルワーカー 中村花奈子)

医報編集委員	委員長	関谷	修 (医 師)
	委 員	大友	彩 (心 理)
		中村花奈子	(P S W)
		鳴海由紀子	(看 護)
		平井 佑典	(事 務)

## 投 稿 規 定

1. 津軽保健生活協同組合内外からの投稿を歓迎致します。
2. 本誌の内容は、日常診療活動、その他の医療活動の記録や論文の他、これらに関する提起や随想等も含めます。
3. 投稿された原稿の採否は、医報編集委員会で決定します。原稿は原則としてお返ししません。
4. 原稿は Word 等の一般普及しているソフトを使用願います。
5. 原稿は、当用漢字、新かなづかい、横書きで作成して下さい。
6. 外国人の人名、雑誌等は原語（活字体）を使用し、日本語化しているものについてはカタカナで書いても結構です。
7. 引用文献の内容として、著者名、題名、誌名、巻数、頁、発行年を記載して下さい。単行本は著者名、書名、発行書店名、発行年とします。
8. 投稿先は下記の通りです。  
〒036-8373 弘前市大字藤代2丁目12番地の1  
藤代健生病院  
医報編集委員会 宛

### 医報編集委員会からのお願い

当医報は津軽保健生協ゆかりの方々に300部程度お配りし、ご覧いただいておりますが、毎年受取人不在のため返送されるものがあります。転居、転勤、その他により配達先の変更を希望される方、または当医報がご不要な方がいらっしゃいましたら、医報編集委員会までご一報ください。

## おことわり

当医報では特にことわり書きがない場合、以下の略語を用いておりますので御了解下さい。

医 師— Dr

看 護 師— Ns

作業療法士— OTR / 作業療法— OT

臨床心理士— CP

精神科ソーシャルワーカー— PSW

なお、所属と職種は投稿時のものを記載しております。

医報編集委員会

編集・発行

医 報 編 集 委 員 会

〒036-8373 弘前市大字藤代2丁目

12番地の1

藤 代 健 生 病 院

印 刷 小 野 印 刷

津軽保健精神神経科医報 通巻第65号

2025年10月31日発行