院内研究発表

入　賞　研　究
（３例）

ケースレポート発表

部　門　代　表
（４例）

アクションプラン

研　　修

多職種連携における病識と治療満足度の変化

医療法人恵生会南浜病院
○畑　和輝　中島祥吾　山家明恵　棚橋美里　山岸桃子　佐藤千織

Key Words
アドヒアランス　多職種連携

はじめに

精神科の医療において、他職種が連携して関わることは一般的な治療構造として確立されてきている[1)]が、外来での治療のみで多職種の支援を受ける機会は少なく、入院治療がそのきっかけになることが多い。Anthonyは精神疾患をもつ人が、たとえ症状や障害が続いても、希望を抱き、自分の人生に責任を持って、意味ある人生を生きる[2)]としている。しかし、疾患の特徴として、病識の低さから治療への理解を得ることは難しく、そのアプローチを誰もが受け入れてくれるわけではない。そのため、各専門職が連携し、多方面からアプローチするためには、関わり方を工夫することが必要である。

当院の急性期治療病棟では限られた期間の中で、さまざまな専門職が関わっているにもかかわらず、他職種の連携にはクリニカルパスを代表されるツールの利用は乏しい。急性期治療病棟での専門職での関わりにおいて、各専門職が自身の専門性を生かし、他職種の動きに合わせながら関わることで、病識や治療に対する満足度に変化を及ぼすのではないかと考え、本研究で比較し検討することとした。

Ⅰ．研究方法

1．対象患者

調査期間中に急性期治療病棟にて入院治療を行ったうつ病、双極性障害、統合失調症の患者9名。

2．期間

平成27年8月1日から平成28年3月24日

3．方法

多職種の連携は電子カルテ内の特記連絡を活用した。評価として病識評価尺度日本語版（SAI-J）[3)]と日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版（CSQ-8J）[4)]を用い、入院期間中に関わりの工夫を行った患者3名と通常の関わりを行った患者6名に分けて行った。評価はSAI-Jの評価を入院時及び退院時の2回、CSQ-8Jの評価を退院時のみに行った。すべての評価はSAI-Jを看護師が、CSQ-8Jを精神保健福祉士が定法に従って行った。SAI-Jは合計点数の変化、CSQ-8Jは合計点数を比較した。また、値は全て中央値で表し、有意差の検定は一元配置分散分析及びDunnat法による多重比較を行い、危険率5％未満を有意とした。統計処理はGraphPad Prism 5 を使用して行った。

4．倫理的配慮

本研究ではすべての評価対象者に対して、本研究の趣旨及び結果を公表する事、参加、中断は自由意志であること、拒否したことによって不利益は生じないことを説明し、同意を得た。

Ⅱ．結　果

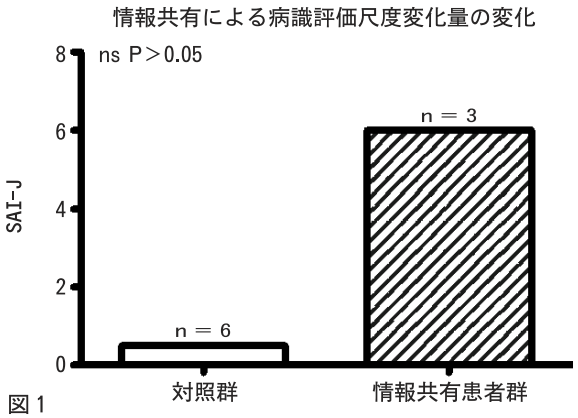


図1

図1より、情報を共有することによってSAI-Jの評価は有意な変化ではなかったが、上昇した（P>0.05 vs.対照群）。

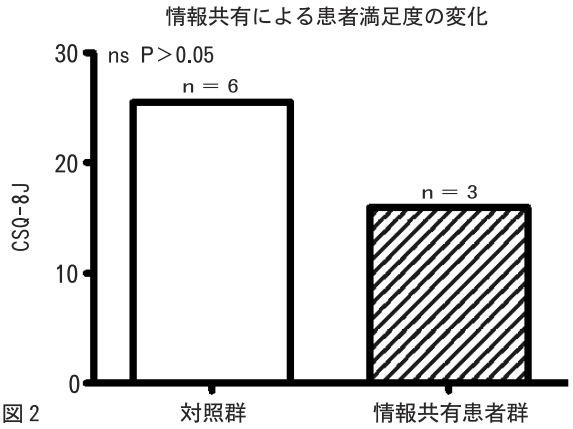


図 2

図 2 より、通常通り関わりを行った患者群と比較して、情報を共有した患者群では有意な変化ではなかったがCSQ-8Jの評価は低下した。(P>0.05 vs.対照群)。

Ⅲ. 考　察

多職種が連携することで入院患者の早期退院や再入院の防止に効果がある[5]ため、入院中にはさまざまな職種がその専門性を生かしながら情報を得る必要がある。しかし、多職種連携の不十分さやチーム内の協働の難しさといった連携上の困難が生じることも明らかにされており[6]、クリニカルパスなどのツールがあってもその使い方が確立されなければ効果は十分に発揮されない。患者の情報は、その患者の特徴など貴重な情報源となるが、現在当院では、情報の共有方法が十分に確立されていないため、各専門職に届かない事が多い。本研究では情報を特記連絡を用い、各専門職と共有した結果、患者の全体像を把握する一助となり個々の専門性が早期から発揮されたと考える。本研究の結果から多職種が情報共有することにより、病識獲得に効果があることが示された。しかし、研究対象群の入院満足度が低いことは、各専門職が情報共有する上で、本人が直接話していない職員もその情報を知っているなど不信感につながってしまったと考える。

現在、精神科疾患においては症状を消失させるのみではなく就学や就労などの社会復帰を含めたリカバリーが治療の目標とされ、Libermanは症状の寛解のみでなく就学・就労、自立した生活、更には社会的人間関係を長期間維持していくことが必要と定義している[7]。症候学的寛解を維持するためには継続した治療が不可欠で、服薬の中断などによる治療の中断が再発のリスクを高めるこや、社会生活を維持するために早期にアドヒアランス獲得することが必要[8]であり、急性期からリカバリーに向けた治療アドヒアランスへのアプローチは重要といえる。

これらのことから、本研究では患者のリカバリーに必要不可欠である治療への病識を早期に獲得するために急性期症状がある入院中から多職種連携を図ることが重要な役割を果たしていると示唆された。

Ⅳ. 結　論

当院で入院期間中に多職種での連携を図ることは、病識獲得するためには重要であり、リカバリーに向けた第一歩となることが示唆された。

Ⅴ. おわりに

本研究は症例が少なく、十分な検討につながらなかった。

引用・参考文献

1）厚生労働省医政局発第1228001号、2007
2）Anthony, W.Recovery From Mental Illness:The Guiding Vision of the Mental Health Service System inthe 1990s, Psychosocial Rehabilitation Journal,16（4）, 11- 23.
3）酒井佳永ほか、病識評価尺度（The Schedule for Assessment of Insight）日本語版（SAI-J）の信頼性と妥当性の検討、臨床精神医学　29（2）：177-183, 2000
4）立森久照ほか、日本語版Client Satisfaction Questionnaire　8項目版（CSQ-8J）の信頼性及び妥当性の検討、精神医学41：711-717,1999
5）第261回中央社会保険医療協議会　総会　資料（2013年11月29日）
6）中添和代ほか、精神障害者の退院促進に向けた支援体制づくり，香川県立保健医療大学紀要，4：91-97, 2007
7）Liberman et al. Recovery from schizophrenia. Psychiatr Serv 56:735-742, 2005
8）Robinson et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Arch Gen Psychiatry 56:241- 247, 1999

精神科における生活行為向上マネジメントの活用

～意味のある作業の獲得を目指して～

医療法人恵生会南浜病院　作業療法科
○福田裕子　伊藤睦子　棚橋美里

Key Words
生活行為向上マネジメント　意味のある作業

はじめに

日本の高齢化が進む中、高齢者が尊厳を保ちながら住み慣れた地域で自立した生活を送ることができるように、地域包括ケアシステム作りが急務となっている。2008年度厚生労働省老人保健健康増進等事業を基盤に、日本作業療法士協会は、その人にとって「意味のある作業」を見つけ、能力をアセスメントし自立を支援する生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）を開発した。MTDLPは日常生活活動（ADL）や手段的日常生活活動（IADL）など、人が生活を営むうえで必要な生活全般の行為を向上させるために、その行為の遂行に必要となる要素を分析し、計画を立て、それを実行する一連の手続きであり、支援の手法である。[1)] これは計８枚の評価シートから成り立っており、作業療法士（以下、OTR）の包括的な思考過程をわかりやすく表したものである。高齢者を対象に作られたものであるが今後身体、精神、発達など様々な領域での使用が求められている。そこで、事例が少ない精神科領域でMTDLPを実際に使用し、その有用性を検討する。

Ⅰ．研究目的

当院におけるMTDLPの活用できる範囲を検討した上で、精神領域でのMTDLP活用の有用性を明らかにする。

Ⅱ．倫理的配慮

研究に関して対象者に説明の上、同意を得た。

Ⅲ．研究方法

1．研究対象

研究やMTDLPを用いた介入に拒否が無く、意思表示ができ、且つ退院が視野に入っている方を研究者が任意で選出した。

2．研究方法

疾患の異なる３症例に対するMTDLPを用いた介入を通してその有用性を検討した。

Ⅳ．経過及び結果

【Ａ氏】（介入期間：Ｘ年７月～９月）

70代後半女性。うつ病。本人の「家で一人でいるときの過ごし方が不安」という訴えの元「退院後も自宅や施設で無理なく継続できる作業活動を見つける」ことを合意した目標に、作業療法（以下、OT）活動に参加した上で振り返りシートを使用した振り返りを実施した。入院当初は、自己評価が低く被害妄想や身体症状の訴えから人との関わりを避け、集団OT活動への参加は拒否的だったが毎回声をかけることで徐々に活動の輪に入っていけるようになり、その中で活動に集中して取り組める時間も増えた。振り返りでは「これなら家でもできそう。」といった前向きな発言も聞かれた。平日はサービス（訪問看護、小規模多機能型施設）を利用し週末は長女が様子を見ることで111病日目に自宅退院となった。担当ケアマネージャーに生活行為申し送り表を送った。

【Ｂ氏】（介入期間：Ｘ年10月～12月）

80代後半女性。認知症に重なったせん妄。自宅での畑仕事を希望されていたが、家族への嫉妬・浮気妄想が著明な為、目標を変更した。合意目標を「好きなこと（畑仕事・針仕事・友達との会話）を楽しみながら、穏やかに過ごす」とし、妄想の出現を軽減させ、混乱なく穏やかに生活することを目的に、病棟プログラムの園芸と回想法、OTでは針仕事（刺し子ふきん）を行った。手続き記憶が残存しており、多くの助言は必要なく、野菜の育て方や縫い方を教える場面がみられ、本人の自信となっている種目と思われた。好きな活動を聞き取り、提供したことで、活動へ馴染み易くなった。また、担当看護師と情報を共有し、OT以外にも、病棟プログラムへ積極的に参加を促したことで、楽しめる環境ができた。また、

一人で過ごす時間が減少したことで、混乱する場面を軽減できた。82病日目に老人保健施設へ退院となり、生活行為申し送り表を送った。

【C氏】（介入期間：X年11月～X＋1年1月）

30代前半女性。統合失調症、知的障害。介入前に家族、看護師、精神保健福祉士での面談に同席し、今後の方向性を確認。退院するためには、朝決められた時間に起床することが前提であり、且つ本人が退院後に作業所への通所を希望しているため「週2回（午前中にOTがある日）は7時までに起床し、OTには最後まで参加する」を合意目標とし、活動後に振り返りを実施した。介入期間中に退院には至らなかったものの、徐々に振り返りの意識づけが高まり、結果としてOTへはほぼ休むことなく参加でき、活動中も塗り絵やビーズ手芸等、最後まで集中して取り組めていた。起床に関しても上記の日に限っては介入最終月には100%起床することができた。後日、カンファレンスが開催されたため、病棟へ情報提供を行った。

Ⅴ．考　察

MTDLPを活用した結果、3症例とも合意目標には近づいた。その背景に共通しているメリットは大きく以下4点が挙げられる。1つ目は本人の「意味のある作業」に焦点を当て介入する必要があるため関わりが増え、信頼関係を築きやすい点である。2つ目は目標の共有ができる点である。本人にとっては合意の上での目標設定のため、OT参加への強い動機づけとなり、機会があれば家族とも目標を共有することができる。3つ目は評価シートに目標達成までのプランニングや作業工程をまとめるものがあり、それらを使用して整理することで目標達成に向けた本人、家族、OTR、関係職種の役割が明確になる点である。さらに4つ目としてこれらの情報を病棟や他職種、必要であれば後方支援機関に情報共有できるという点が挙げられる山本[2)]・山田[3)]はMTDLPは国際障害分類改訂版（ICF）と親和性があり「心身機能・身体構造」「活動・参加」「環境因子・個人因子」のバランスのとれたツールだと述べていることからも、上記のメリットにつながると考えられる。

一方、介入に伴い問題点も挙がった。まず目標設定までに時間・労力を要することだ。長期入院者では漠然と退院が目標になってしまっていたり、予後予測が難しいと感じた。また本人の希望が病識の低下や病状の不安定さに左右されていたり、家族からの強い希望があるなどして、本当に本人の今後に意味のあるものなのか判断が難しい場面があった。したがって、状況を見てある程度目標の枠組みをこちらで設定する必要もあった。さらに本人、家族、OTR、他職種で方向性の統一が難しい場合もあり、どこまで踏み込んで良いか、本人の精神状態に悪影響を及ぼさないか慎重になる場面もあった。以上の点は精神科領域特有の問題ともいえ、今後の課題と考える。そのためにもMTDLPを用いて介入する症例を増やし精神科領域での実績を積み上げていく必要がある。また、MTDLPを用いる過程には何枚もの評価シートに記入する必要があり手間や時間がかかるという問題点も挙がった。MTDLPを現行の集団活動の中でも使用しやすくするために、評価表やアセスメントが簡略化され、日常的に導入できるようになることが課題である。

今後も上記の問題点や改善点を踏まえた上で、MTDLPを用いて介入した事例を増やしていき、より幅広い対象者のニーズに応じることが必要と考えられる。また他職種へ、その情報を発信していくことで病院の退院支援に貢献できるようにしていきたい。

Ⅵ．結　論

臨床でMTDLPを活用する上での課題はあるが、本人の意味のある作業を見出し、支援するには有用である。

Ⅶ．引用・参考文献

1）一般社団法人日本作業療法士協会：事例で学ぶ生活行為向上マネジメント.医歯薬出版株式会社：p2，2015.
2）山本伸一：MTDLPと作業療法.日本作業療法士協会誌No43：p29，2015.
3）山田孝：人間作業モデルと最活行為向上マネジメント.日本作業療法士協会誌No43：p28，2015.

マインドフルネス呼吸法がもたらす効果の検討

医療法人恵生会南浜病院　5階病棟
○桑野亜依　佐藤　梓　間　和人　村山礼子

Key Words
マインドフルネス　抑うつ　不安

はじめに

マインドフルネスとは「今の瞬間の現実に常に気づきを向け、その現実をあるがままに知覚し、それに対する思考や感情にはとらわれないでいる心の持ち方、存在の在り様」とされ[1]、近年抑うつや不安へのアプローチとして注目を集めている。マインドフルネス認知療法では、持続されるネガティブな反すう思考や思考と同一化してしまう傾向がうつの脆弱性であると仮定し、思考から距離をとるという脱中心化を重要な要素として位置づけている[2]。

マインドフルネス呼吸法は自然に生じる呼吸を注意の対象とし、様々な状況に適応できる[2]という点で、容易に実施可能とされている。当院では、精神科病院における実施を考慮し、独自に6週間のマインドフルネスプログラムを構成し、呼吸法を導入している。本邦における先行研究では、健常者に対する抑うつ・不安症状への効果研究は見られるものの、臨床群に対する研究は未だ多くはない。

本研究では、当院におけるマインドフルネス呼吸法の抑うつ・不安症状を呈する患者への効果を明らかにし、その有用性を検討することを目的とする。

Ⅰ．研究方法

1．対　象

6週間の当該プログラムに継続的に参加していた入院患者で、抑うつ・不安症状を呈する者。呼吸法の自主練習が確認でき、重篤な精神症状や混乱がない患者（うつ病3名、うつ状態2名、不安障害1名、統合失調症1名の計7名）。

2．研究期間

2015年9月から2016年2月

3．方　法

＜技法内容＞マインドフルネスプログラムの毎回最初に看護師がマインドフルな呼吸[3]の教示をし実施後に振り返りをした。毎日3分間呼吸法[4]の自主練習を促し、不快な状況に気づいた時の対処として強化した。自主練習の継続を確認し、対話形式で振り返りを行った。

＜分析方法＞①評価尺度には、ハミルトンうつ病評価尺度17項目（以下HAM-D）と、数日間の肯定的気分、抑うつ気分、不安気分を測定する質問紙（以下DAMS）を用いた。それぞれの尺度を同一患者対象に、プログラムの導入前と終了時の比較を行った。②大野[5]が提唱したコラム法の自動思考に気づくための「気分」の項目を元に、自主練習記載用紙を作成し、毎日の自主練習で記載を促した。現在の気分状態をゆううつ、不安、心配等のリストから選択してもらい、呼吸法直前後でその気分の得点（ネガティブ得点と示す）の変化を比較した。得点は5段階評価で表し、数値が高いほどその症状が強い事を示した。1週目と最終週における、それぞれの個人の呼吸法直前後の比較を行った。

有意差の検定はウィルコクソンの符号順位検定で行い、有意水準5％未満を有意とした。

Ⅱ．倫理的配慮

本研究を実施するにあたり、研究目的、研究内容、個人情報の配慮をする事を口頭にて説明し本人の同意を得た。

Ⅲ．結　果

HAM-Dの評価の結果、呼吸法導入前とプログラム終了時で有意な変化は見られなかった（図1 P＞0.05）。DAMSの評価の結果、抑うつ気分・肯定的気分共に有意な変化が見られたが（図2 抑うつ：P＜0.05,肯定的：P、0.05）、不安気分については有意な変化が見られず（図2 不安：P＞0.05）、6週間のプログラムにおいてうつや気分状態に対し一貫した改善効果が得られなかった。ネガティブ得点については1週目、最終週共に呼吸法の直前後の状態に有意な変化が見られた（図31週目：

P＜0.05，最終週：P＜0.05)。

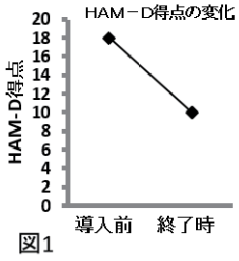


図1

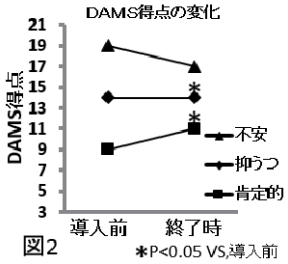


図2

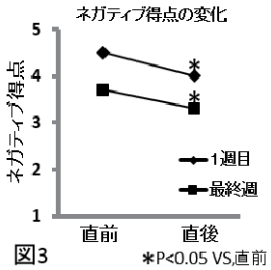


図3

Ⅳ．考　察

マインドフルネスでは、さまよう心とどう向き合うかが重要である[2)]とされており、マインドフルネスの特性である、ネガティブな思考に「反応しないこと」の向上から、感情・思考との距離化が促進される[6)]と報告されている。うつや気分状態に一貫した改善効果が得られなかったのは、ネガティブな思考に反応し、とらわれ、うつの脆弱性である反すう思考が 6 週間において改善されなかったことが一因であると推測される。このことからマインドフルネスの要素である、思考にとらわれず「受け容れて、そのままにしておく」スキルへのアプローチを強化する必要があると考えられた。

熊野は、マインドフルネスの実践では呼吸に伴う身体感覚、五感と自動思考、感情などの私的事象に対して「いま、ここ」に注意を向けることへの重要性を述べている[1)]。3 分間の呼吸を介した「いま、ここ」に注意を向ける取り組みが、過去や未来への執着から離れることを促進させ、結果としてネガティブな気分が改善されたものと考える。その効果はプログラム最終週でも見られたことから、日常で生じる苦痛な状況の一時的な対処として、その有用性が示唆された。しかしながら、6 週におけるうつ全体の変化は認めなかったという結果から、長期にマインドフルネスな心の状態を維持させるアプローチが必要であると考える。

本研究では、対象の治療条件として薬剤治療や他の心理社会療法による影響等を統一し検証することには限界があり、標本数の少なさからも、抑うつ・不安症状を呈する対象に効果があったと結論付けることは難しい。しかしながら、全ての項目において得点がプラスに変化していた傾向があったことから、今後標本数を増やし統制群を設定し有用性の検討を重ねる必要がある。また、思考にとらわれないスキルの向上や、マインドフルネスな心の状態を維持させる試みが課題として挙がった。スキル・知識は直接体験をすることでのみ身につけられる[2)]とされ、対象者自身が反復的な訓練から気づきの姿勢をもつことが必要である。そして、その力づけとして、指導者による効果的な体験の振り返り及び対話へのアプローチが求められると考えられた。

Ⅴ．結　論

当院におけるマインドフルネス呼吸法は、6 週間における抑うつ気分・肯定的気分に対し、効果を示す可能性があり、3 分間の呼吸法によりネガティブな気分に効果が得られることが示唆された。

おわりに

本研究から得た課題を元に、効果的なアプローチを模索しながら、プログラムの再考を図る必要性がある。そして、思考や感情にとらわれずに豊かな現実に気づけるよう、マインドフルネスの持つ力を引出していくことが求められる。

参考文献

1）熊野宏昭,マインドフルネスそしてＡＣＴへ，星和書店，2011
2）Ｚ.Ｖ.シーガル他（越川房子 監訳），マインドフルネス認知療法，北大路書房，2007
3）マシュー・マッケイ他（遊佐安一郎 訳），弁証法的行動療法実践トレーニングブック，星和書店，2011
4）レベッカ・クレーン（大野裕 監修），マインドフルネス認知療法入門，創元社，2010
5）大野裕，こころが晴れるノート，創元社，2011
6）亀沖綾乃.他，マインドフルネス・トレーニングの効果の検討 抑うつ傾向者を対象として 日本行動療法学会大会発表論文集，37，440－441,2011

単身生活を営む高齢者への退院支援

～こだわりが強い統合失調症患者に対する意識変化へのアプローチ～

医療法人恵生会　南浜病院　3階病棟
看護部　梅　津　　愛

Key Words
高齢者、退院前訪問看護、意識変化

はじめに

再入院を繰り返すということは、仮に1回の入院期間が短くても、トータルでみると地域生活を中断し、入院期間が長くなっているといわれている。[1)] そのため、社会生活能力は失われ地域で生活していくことが困難になっていく。急性期治療病棟でも短い期間の中で入退院を繰り返す患者は少なくない。今回関わったA氏は高齢の統合失調症患者であり、入退院を7回繰り返していた。本ケースレポートで、A氏に対して行った早期から長期在宅を意識した関わりを振り返り、今後の看護へと繋げていきたい。

Ⅰ．ケース紹介

1．年齢、性別：A氏、70歳代、女性
2．職業：無職
3．疾患名：統合失調症
4．性格傾向：穏やかだが自身のこだわりが強い
5．家族構成：ケアハウスにて単身生活
6．現病歴（入院までの経過）：高校卒業後、家事手伝いをしていたが精神変調を来たし発症した。その後当院で入退院を繰り返していた。訪問看護とデイサービスを利用しながらケアハウスで単身生活をしており、更衣や入浴などには時間を要することがあったが日常生活動作（ＡＤＬ）はほぼ自立していた。ケアハウスでの服薬の管理は自身で行っていた。今回は、男女の話し声の幻聴がひどくなり不眠やＡＤＬの低下が著明であったため入院となった。入院時にケアハウス職員より介護保険申請をすすめヘルパーの導入を検討してほしいと話しがあったが、本人は金銭面の心配があり拒否していた。
7．治療目標：幻聴、不眠の改善
8．本人の病気に対する思い：「これまで通りの生活が出来れば」と話していた。

Ⅱ．倫理的配慮

A氏に対し、今回の関わりをケースレポートとしてまとめること、その際には個人が特定されない表現を用いてプライバシーの保護をすることを説明し、同意を得た。

Ⅲ．看護の実際と経過

A氏は幻聴などの精神状態の悪化がみられると動作緩慢がみられ、身の回りのことを行うのに時間を要する状態だった。そのためポータブルトイレを設置していたが、夜間のポータブルトイレへの移動の際は「ズボンがさがらね。」とコールし、ズボンの上げ下げを介助することが多かった。その状態が続き、夜間はズボンや紙パンツを履かずに臥床したり早朝に覚醒し時間をかけ更衣する様子があった。入院後、看護師やケースワーカーから声かけを行い介護申請を促すと「申請だけなら…」と渋々了承された。その後、A氏と地域包括支援センター職員、ケースワーカー、看護師にて面談を行い本人の了承のもと介護保険申請を行い要介護2の判定を受けた。サービス導入についてA氏は「ヘルパーお金かかるんだろ。お金ない。身の回りのことは自分で出来ます。80（歳）まではいらない。」と話しておりサービス導入については拒否的であった。

A氏に対しては現在のＡＤＬが維持でき、退院に向けてサービス導入を受け入れてもらえるように関わろうと考えた。ＡＤＬレベルを維持しA氏が自信を持てるための関わりとして服薬自己管理を行い、これまで出来ていたことに自信をつけることが出来るようにと考えた。ケアハウスでは自身で薬の管理が出来ていたこともあり、入院中はエラーなく服用することが出来ていた。またA氏と関わる機会を多く持ち、入院前はどのように生活していたのか、退院後どうしていきたいか本人と話し合いを重ね、その中で退院後のサービス利用も促していった。A氏からは「これまで通り生活出来ればいい。あっち

（ケアハウス）帰れば自分で出来るようになります。」と発言があり、退院後の生活については具体的なイメージが出来ていないようであった。

A氏、ケースワーカー、看護師が退院後の具体的なサービスが検討出来るように、ケアハウスへの2泊3日の外泊を計画した。また実際の生活の場でA氏が退院後の生活を具体的にイメージすることが出来るようにと考え、外泊の最終日には退院前訪問看護を行った。外泊中の様子についてはケアハウス職員から問題はなく過ごされていたと話しがあった。訪問に伺った際、久しぶりのケアハウスはどうかと尋ねると「変わったことはない。」と話され笑顔もみられた。また、外泊をして何か手助けが必要だと感じたことはなかったかを尋ねると「出来ることは自分でやります。退院してから3ヶ月は自分の力で頑張っていきたい。その後考えたい。」と発言があった。

A氏は退院前訪問後、数日経過してケアハウスに退院した。具体的なサービスの導入には至らなかったが、退院後の初回の訪問看護にて「お風呂の時だけでもヘルパーをお願いしたい。」と発言があった。

Ⅳ．考　察

A氏は「これまで通り生活出来ればいい。」と話しており、その意向に沿って入院直後から介護保健申請やサービスの導入について提案をしたり、入院前の生活状況や退院後どうしていきたいかを繰り返し話し合っていった。退院支援について一瀬[2)]は「入院時に支援が必要と判断できた時から、治療と並行して患者・家族の意向も確認し、それぞれの思いを明確にすることが必要である。患者がもっている力を見極め、退院後の問題点を整理していくことが有効である。」と述べている。A氏は入院当初は介護保険申請やサービス導入について拒否的であったが、繰り返し話し合うことで問題点を整理し、自身の現状を少しずつ理解することで意識変化へのきっかけとなったのではないかと考える。

しかしA氏に対して、どうすればサービス導入を受け入れてもらえるかという関わりが中心になってしまった部分もあった。患者の意向について末安[3)]は「患者の意向は『あるもの』ではなく支援する人とのあいだで『つくられていくもの』と捉えたほうがよい。患者と一緒に考えたり提案したりするかかわりのなかで、患者の意向はイメージ化され具体化されるもの。」と述べている。A氏は長年ケアハウスで単身生活をしており身の回りのことは自身で行うことが出来ていたため、自身のＡＤＬの低下を受け入れたくない気持ちがあったのではないかと考えた。また、看護師の思いとしては現在の生活を維持するためのサービスの導入であったためA氏との思いにズレが生じていたのではないかと考えた。A氏は入院当初なぜ頑なにサービス導入を拒否していたのかをアセスメントし、A氏の出来ていることを承認し、介助が必要なところを本人と一緒に話し合い、A氏の思いや意向を聞けるような関わりが必要であったと考えた。

Ⅴ．結　論

1．患者が退院後の生活に意識を向け入院前の生活を振り返ることで、患者自身が現状を理解する事ができ、意識の変化に繋がる。

2．患者の強みを生かし患者の思いに沿った退院支援を行うためには、入院時から退院後の生活について患者と話し合いをしていくことが必要である。

おわりに

今回のA氏との関わりから、入院時より患者や家族の思いを確認し、意向に沿った援助をする大切さを学んだ。これからは患者の思いに沿った退院支援を行っていきたい。

引用文献

1）末安民生編、精神科退院支援ビギナーズノート、全訂新版、中山書店、p４、2015

2）一瀬翔、患者が自分らしく生きるための退院支援～スーパー救急病棟における看護師の役割～、日本精神科看護学術集会誌、p23、2014

3）１）同掲書、p32

参考文献

下原美子、入院時からディスチャージマネジメントを開始する、精神看護、第11巻第３号、84-90、2008

就労支援施設への継続通所を目指す方への心理的サポート

医療法人恵生会　南浜病院
○細　野　　茜

Key Words
就労支援事業、継続通所、心理的サポート

はじめに

精神障害を抱える方への福祉サービスの一つとして、就労支援事業がある。

就労支援事業には大きく分けて、就労継続支援事業と、就労移行支援事業の二種類がある。一つ目の就労継続支援事業は一般企業への就職が困難な障害者に就労機会を提供することなどを目的としている。二つ目の就労移行支援事業は企業などへの一般就労を希望している方へのサポートなどを行うことを目的としている事業を指す。（厚労省HPより）特に若年発症者の場合、病状との兼ね合いもあるが、今後の生活スタイルを考慮すると就労支援事業へとつなげていく場合も多いのではないだろうか。しかしその一方で、様々な理由から施設に定着しにくく、継続して通う事が出来ない人も少なくない。

以上の事から、施設に定着しにくい人への支援の一つとして、継続した心理的なサポートも検討する必要があると考えられる。

Ⅰ．研究目的

就労支援施設に定着しにくい方へどのように心理的にサポートすることで、継続的な通所に繋ぐ支援が行えるかを検討する。

Ⅱ．倫理的配慮

本研究への協力依頼を口頭で本人へ行った。協力を拒否しても不利益は生じない事、個人は特定されないようにすることを伝えた。また、疑問などがある場合はその都度相談してもらって構わない事を伝えた。

Ⅲ．ケースの概要

本人：Aさん　20代女性　統合失調症
主訴：自分のストレスがいつたまるか分からない。休むタイミングが分からない。自分をコントロールできるようになりたい。（インテーク時）

○前任者との面接概要（H26．8．1 ～ H27．3．19）

何度か入退院をしながらも定期的な心理面接を行っていた。カウンセリングの初期には「甘える自分はダメ人間。他の人は働いている。惨めな気持ちになる」と働いている同世代と比較してしまうことが語られていた。また、中期には「（ストレスなどを）抱え込んでしまい、言葉に出来なくなってしまう」ことや、「（両極端に考え過ぎて）どれが自分なのか分からなくなる」と混乱している様子があった。前任者の退職を機にカウンセリングの終了を決めた際には「落ち込んだ時の自分も元気な時の自分も自分として受け入れて、4月以降は一人で頑張ってみます」と話されていた。

○現担当者との初期の面接経過（H27．5．7 ～）

本人よりカウンセリング再開の希望があり、現担当者との面接が始まった。再開希望の理由として「家族にも話せない事があると抱え込んでしまうから、話を聞いてもらいたい」との事であった。初回の顔合わせ時には「1人だとぐるぐると考えてしまうから」と話されていた。面接は2週に1度行うこととなった。

面接初期は、「以前から通所している病院外の自立支援施設へ最近行きにくい」と話される。通所開始直後に入院したことで、退院後に再び通所し始めると他の人達で既にグループが出来上がっており、疎外感を感じてしまうようだった。施設スタッフに声を掛けてもらってやっと他の利用者の居る場に居られる等、消極的な面が伺えた。夏頃には、徐々に自分の活動と休息のバランスを上手く取るようなメリハリのついた生活をし始め、自分の休憩のタイミングとして、体のだるさに気づけるようになっていた。一方、同世代の人と比較してしまい、落ち込みと焦りが出てしまうこともあるようだった。秋頃には「自分に合った場所で働ければ、焦る事も少なくなるかもしれない」と友人の居る就労支援施設へ移ることを

検討し始めていた。施設見学前には「質問を突然聞かれることが苦手」と不安を話していたが、面接内であらかじめ質問を考え、見学に臨む事が出来ていた。

○現担当者との最近の面接経過（H27.11.12～）

見学した施設に通所が決まり、開始前に「人見知りだから不安。知ってる友達がいれば大丈夫だけど、ちゃんと他の人と話せるかな」「仕事ちゃんとできるかな」と不安が出て来ているようだった。そのため、まずはこちらから〈友人がいようがいまいが、自己紹介で先に人見知りだと言ってしまう〉と本人の発案を促すために提案すると「前にそう言って人見知りだから話しかけてって言ったら、上手くいった事があった。言うタイミングもあるし、大丈夫かもしれない」と以前の体験を思い出して不安が和らいだようであった。また仕事への不安については〈新入社員と同じで、最初の半年は試用期間だと思っては？〉と提案すると「最初のうちから出来るわけない。気合いを入れ過ぎないようにする」と自分からやる気を調節することに言及していた。

施設通所開始後は、面接では毎回困った事に対して、『対策会議』と銘打ち、本人と担当者で具体的な対策を練る事が定番となっていった。一回目の『家族旅行対策』では担当者が先に提案を行い、そこから連想されるように本人からも提案がされていた。二回目の『オフの日対策』では、自分から「暇な時間が減ればいいのかもしれない」と曖昧ではあるが、対策を練るための材料を集められていた。三回目の『シフトが常に同じ友人へ、シフトの変更を柔らかく伝えるための対策』では、「ちょっと仕事に慣れるために、１人で頑張ってみたい」と自ら案をあげていた。この回では、終わりごろに「話してるうちになんかふっと浮かんでくる事があって。１人だと１つの所をぐるぐるしてしまうけど、こうやって話をして、質問に答えたりしながら、自分の中で整理してるような気がする。」と面接内でのやりとりを振り返っていた。

Ⅳ．考　察

坂井（2009）は「心理臨床面接ではクライエントが自分と向き合い問題を含めて自己理解していく事が目的とされ、その際セラピストがクライエントを理解し受容する事で、クライエントが自ら気づいていくためのサポートを行うのがセラピストの役割である」と述べているが、今回、Aさんから語られた「話しながら質問とか意見をもらっているうちに整理されて何となく対策案が浮かんでくる」という言葉の通り、カウンセリングで話す事で、改めて自分自身の問題への対処能力が発揮されたと考えられる。

また、坂井（2009）は「枠の機能によって（中略）安心して自由に内面を表出できる時空間が作られる」とも述べており、本ケースのように決まった時間に決まった部屋で、決まった人と話をするという日常から切り離された場面であることが、安心して自分自身と向き合う時間を提供する機会となったことが推察される。

今回のケースでは、面接内で『対策会議』が行われた事で、自分自身で対処を考えられるようになる変化が見られた。以前までは、施設スタッフに頼っていた対処法をカウンセリング内で「自分の中で整理」することで自発的に対処法を考えられるようになり、このことが心理的なサポートとして機能し、施設への継続通所に作用したのではないだろうか。また、定期的な心理面接を行うことで、困った事や嫌な事に対して「次の時に話して対策を考えよう」と持ちこたえられるようになる作用もあったと考えられる。

Ⅴ．今後の課題

現在、Aさんは施設での仕事に慣れた一方で、施設内での人間関係に対して不安や心配が出てきている。これは施設に通うことが習慣化したことにより、周囲に意識を向ける余裕が出てきたと考えられる。一段階ステップアップした課題に対して、本人とともに振り返り、対策を練りながら対応していきたい。

引用・参考文献

1）阿部好恵：精神障害者の福祉的就労における主体性獲得過程に関する研究、帯広大谷短期大学紀要、50：99-116, 2013

2）端田篤人：精神障碍者に対する就労支援のあり方に関する一考察、長野大学紀要、27：205―212、2005

3）坂井友美・松下姫歌：holdingの観点からみた心理臨床面接における枠の機能、広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要、8：78-86、2009

4）障害者の就労支援対策の状況：厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/　H28.1.25

統合失調症と診断された利用者と行った心理教育プログラム

～セルフマネジメント能力の向上を目指して～

医療法人恵生会　いなほ園
○早　川　浩　貴

Key Words
セルフパートナープログラム　セルフモニタリング　クライシスプラン

はじめに

当施設では自立訓練と宿泊型自立訓練を行い、統合失調症など精神疾患に罹患している利用者が地域での生活へ移行していけるよう支援を行っている。しかしながら宿泊型の支援を終え、地域生活を始めるなかで症状が再燃し、入院治療が必要になる利用者も少なくない。統合失調症と言っても症状や経過は様々であるため、利用者自身が自分の特性を理解していない場合もある。利用者自身が自分の特性を知り、主体的に病状管理を行い、再燃予防や継続した地域生活を送れるよう支援する必要があると感じた。

そこで他院で開発され、行われている心理教育プログラムであるセルフパートナープログラム（以下SPP）を当施設で実施することとした。SPPに参加し、セルフモニタリングシート、クライシスプランを作成することによってセルフマネジメントが行え、再燃予防に繋げられないかと考えた。セルフモニタリングシートとは病状悪化時のサインとなる症状をまとめ、日々評価するものである。クライシスプランとは利用者や周囲の支援者が精神症状の悪化に対し、早期に気づき対処するための個別的なプランである。

SPPを実施し、A氏の変化を振り返りたい。

Ⅰ．ケースについて

対象：A氏　20代　男性

病名：統合失調症

経過：中学1年時、「行け」と幻聴があり、道路に飛び出し交通事故にあった。その後は幻聴なく経過。高校卒業頃から幻聴が再び出現し独語を言うようになる。幻聴に対してイライラし、窓ガラスを割る、物を壊す行為あり医療保護入院となる。入院中も幻聴が続き、独語や空笑は常にみられた。イライラすると奇声をあげる、ロッカーや壁を蹴る行動はあったが、入院治療が進むにつれ、衝動行為はコントロールされ、当施設入所となった。

普段は穏やかで言葉遣いも丁寧である。幻聴は継続しているが自分のことを励ましてくれ、いい幻聴と述べる。調子が悪くなると幻聴が悪口になり、イライラが強くなる。その結果、自室の壁を壊したこともある。

Ⅱ．倫理的配慮

利用者に対し、目的、匿名性、法人内のみで発表することを説明し同意を得た。また、断った際に不利益が生じないことも説明した。

Ⅲ．援助の実際

SPPは自主参加制とした。A氏の他3名の希望があり、4名で行った。1回約90分程度である。

表1　SPPの内容

実施回	テ　ー　マ
初　回	オリエンテーション 統合失調症について
2回目	自分の病気について
3回目	統合失調症とストレスについて
4回目	再燃と早期警告症状について
5回目	セルフモニタリングと クライシスプランⅠ
6回目	セルフモニタリングと クライシスプランⅡ

A氏は「生活をするなかで入院するかもしれないという不安がある。入院しないで生活して働きたい」という理由で参加に至る。

毎回のプログラムを始める前に動機づけのため、目標と何の為にプログラムを行うか確認を行った。A氏は初回から6回目まで「自分の病気を理解したい、今後の生活に活かしたい」と目標は一貫としていた。学ぶ重要性に関しては「0（全く重要ではない）」～「10（非常に重

要である）」の11段階で回答を求めたところ７～８で推移していた。10にならない理由を「今まで様々なプログラムに出たが、生活が劇的に変化したとは思えないから」と述べる。

毎回のプログラム終了後に感想を記述してもらい、「難しい」と記述する時にはグループワークとは別に1対1で復習を行い、グループ内で遅れが出ないよう心掛けた。プログラムが進むとA氏は事前に予習してくるようになり、「楽しくできた、おもしろかった」と記述することが多くなる。病状悪化時を振り返る作業は、「思い出したくない」と発言も聞かれたが他メンバーに「どうしたら入院せずに生活できるか考えよう」と声をかけられ取り組むことができた。その際、A氏は他メンバーの発言を聞き、症状は他者と違いがあることを知ったと述べる。

５回目、６回目ではこれまで自分が勉強したことを総括し、セルフモニタリング表とクライシスプランを作成した。セルフモニタリング表では自分の長所、普段できていること、ストレス、持続している自覚症状、早期警告症状をまとめた。クライシスプランでは日常的に心がけること、ストレスマネジメント、早期警告症状や病状悪化時の対処法をまとめた。「今までは病気のことは病院に任せればいいと考えていたし、早期警告症状が出たとしても無視していればいいかと思っていた。その結果、調子を崩すこともあった。自分の症状を知って、対処方法をまとめたことで入院することなく働けるようになりたい」と述べる。

Ⅳ．考　察

セルフモニタリング表とクライシスプランを作成することはできたが、症状悪化時に有効に使えるかが課題である。作成した直後で体調が良い現在はセルフモニタリングを行うことができているが、今後も継続できるかは不明である。活用する為にはセルフモニタリング表の評価をA氏と行い、クライシスプランの使い方の確認、更新の作業を繰り返す必要がある。

地域生活への自信の変化を知るために、精神障害者の地域生活に対する自己効力感尺度を参考程度に実施前と実施後に行った。「日常生活」「治療に関する行動」「症状対処行動」「社会生活」「対人関係」の５領域18項目からなっており、再発の注意サイン（不安・イライラ・不眠など）に自分で気づき、適切に対応するなどの質問に「０（全く自信がない）」～「10（絶対に自信がある）」の11段階で回答を求めた。岡らによればこの尺度は比較するための再テストとして、全体的には信頼性は高いが、「症状対処行動」の項目の信頼性はやや低いとのことである[1)]。A氏は症状対処行動に関しても得点の上昇はあるも、信頼性が低いためなのか、SPPを実施した結果かどうかは不明である。他の項目においてもすべてにおいて自信が高くなっている。他３名の結果でも全体的に高くなっていた。岡らによれば「対人関係」の得点上昇は必要な時に支援を求めることができる自信を示す[1)]。これは早期警告症状が現れた時に自分ではどう対処し、困った時に誰に相談するかSPP中に何度も確認したからではないだろうか。今後はこの自信をどれくらいの期間、持続することができるかが課題である。A氏を含め、他メンバーからもSPPを復習したいと意見も出ている為、学習を深め、自信に繋げていきたい。

Ⅴ．結　論

１．病気のことを医療スタッフや家族に任せるのではなく利用者自身がマネジメントし、病気の専門家の一員となる必要性があることを理解することができた。

２．自分の特性を知り、対処行動をまとめたことで今後の生活の自信につなげることができた。

３．グループワークを行うことで症状の違いや病気で悩んでいるのは自分だけではないことを共有することができた。

引用・参考文献

１）岡伊織、大島他　心理教育プログラムのニーズアセスメントと効果評価に関する全国思考調査総括研究報告書 p141～149 2004

２）野村照幸、狩野俊介　セルフモニタリングシートとクライシスプランの作成を目的とした心理教育プログラムの開発と有効性に関する研究司法精神医学 p２～10 2013

３）前田正治他　分裂病者や家族に対する疾病・薬物知識度調査の結果について　社会精神医学雑誌２ p122～127 1994

４）平林直次　クライシスプランの作り方医療機関　精神科臨床サービス11 p393～397 2011

患者の自己決定を尊重した退院支援について

～精神保健福祉士の専門的役割とは～

医療法人恵生会　南浜病院　地域課
精神保健福祉士　木　村　佳　南

Key Words
自己決定の尊重　信頼関係　多職種連携

はじめに

精神保健福祉士（以下PSW）の役割は患者に寄り添い、社会資源を活用して自己実現に向け援助し、環境にも働きかけていくことである。病院内での多職種連携においてもPSWは患者の希望を一番に考えていく役割なのではないかと考える。しかしそれは患者との信頼関係や院内・地域との連携と情報提供等PSWとしての専門的役割があってこそ叶えられるものであり、それに気づかされた事例があったため、以下に報告する。

Ⅰ．ケース紹介

対象者：A氏　50歳代前半　女性
疾患名：アルコール依存症、うつ病
性格：自己中心的、警戒心が強い、刹那主義
家族構成：単身。親戚（キーパーソン）より保証人等、必要最低限の協力を得ていた。
現病歴：幼少時から父より暴力を受け、中学時代シンナーや煙草等の非行に走り精神科病院初診した。20代前半、結婚し二子をもうけるが離婚、単身で県外へ行きスナック等で働いた。数年後アルコール肝障害と衰弱で新潟に戻り精神科病院入院、退院後父と同居するが食事を与えられず暴力を振るわれ、栄養失調となり一般科病院内科に入院した。その後生活保護申請し一人暮らし、仕事も開始した。仕事を解雇されてから父の介護を行うが数年後父が他界、その後衰弱しうつ状態となり自殺未遂を図り精神科病院へ入院、退院後は心療内科へ通院していた。X年Y月うつ状態の改善目的で当院受診、同日入院した。入院直後はアルコール自助グループへ参加し、就労の希望もあったが、入院が長期化するにつれ病棟ルールの違反や院内売店での万引き等の問題行動を起こしていた。

Ⅱ．倫理的配慮

本ケースレポート作成に当たり研究目的や個人情報の保護、また断っても不利益のないことを説明し、ご本人の了承を得た。

Ⅲ．実施内容

X年Y月＋11ヵ月経過した頃、院内売店での度重なる万引きで閉鎖病棟に移動していたが開放病棟へ再度移動した。主治医（以下Dr）から退院の許可が下り、自立訓練施設の体験、A救護施設の見学を予定中であり、同時にA氏自身もアパートを探すと話している、という状態で前任PSWより筆者が担当を引き継いだ。

その後すぐA救護施設の見学に行くも入居者は高齢の方が多くA氏は入所を拒否、一人暮らしを希望された。しかし以前一人暮らしでアパートをごみ屋敷にした経緯があり、親戚から保証人等の協力を得られなかった。一人暮らしは一旦保留とし、予定していた自立訓練施設の体験を行ったが、集団の中に一人でいる孤独に耐えられない、部屋がカビ臭い等の理由で体験を中断した。その後も一人暮らしの希望が強く「アパートに行けないんだったらホームレスになる」と話し筆者や担当看護師から、親戚の信頼を獲得する目的で自立訓練施設を経由することを提案するも拒否していた。しかし自らアパートを探す様子もないため、Dr・病棟とで相談し期限（X年Y月＋1年2ヵ月後）を設けそれまでに帰結先が見つからない場合は自立訓練施設に行くか、帰結先が見つからなくても退院する事を約束しA氏自身でもアパートを探してもらうこととなった。期限が決まってから、A氏からも保護課担当者や親戚に協力を依頼した。しかし保護課としてはごみ屋敷の経緯・衰弱を繰り返し入院した経過から今後同様の状況が心配されるため、単身生活は認められないと話があり、親戚からも協力は得られなかった。また、自身で不動産屋に行き物件を探すが断られる状況が続き、A氏からは不安な気持ちが聞かれていた。A氏と進捗状況確認も含め面談を重ねながら、筆者も保証人

が不要な物件について不動産会社等に問い合わせ、保護課担当者とも話し合い帰結先を探した。筆者が探した中に保証人不要、食事付き、世話人付きのアパートがあり紹介を検討した。しかしA氏は先の見通しを考えることが苦手であり、アパートの情報を伝えると他の選択肢は全て拒否する可能性が高く、伝えるタイミングに苦慮していた。

その最中A氏が外出先で抗酒剤を服用し飲酒をしたため意識障害を起こし一般科病院内科へ転院、翌日当院へ再入院となった。その後も引き続き帰結先を探していたが他患の食べ物を食べる等の問題行動が続き、Drより共同生活である自立訓練施設の入居は中止、次に問題行動を起こした場合は帰結先が決まっていなくとも退院と指示があった。当院管理の共同住居への入居も候補にいれ検討していたが併せて中止となり、A氏もその旨を了承した。その後病棟よりB救護施設の空きがあると情報をもらい見学を予定していたが、A氏は病棟に無断でライターを持ち込んだ。本来は退院となるはずであったがB救護施設の見学が決まっていたため、B救護施設に行くまで（B救護施設に断られた場合、A氏が行かないと判断した場合はその時点で退院）という条件で閉鎖病棟へ移動となった。その後B救護施設見学を行い、A氏が入所を希望したため、B救護施設へ今までの経過を伝えたところ、問題行動を起こし退去になった場合に次の行き先がないという理由で入居・体験の許可が下りなかった。保護課担当者と相談し、アパートは親戚の同意が得られない状況であり、他の救護施設は所在地が遠く入居は現実的ではないことから支援者の中ではB救護施設への入居が妥当と考えた。また、精神科の治療の必要性がある場合は当院が協力することをDrへ再度確認した。B救護施設へ支援者の意向とA氏の入所希望があること、当院の対応について伝え再度検討を依頼した。同時にB救護施設へ入所困難な場合やB救護施設から地域生活になった場合の協力者として、A氏の居住地管轄の基幹相談支援センターへ困難ケースと地域移行支援の可能性のあるケースとして介入を依頼。担当者へ情報提供、A氏・担当者・筆者で面談を実施し顔合わせを行った。結果、B救護施設より体験入所の許可が下り、無事体験を終えX年Y月＋1年6ヵ月B救護施設入所の運びとなり、退院となった。

Ⅳ．考　察

PSWの役割は精神障害者の生活上の困難に対して支援し本人の望む暮らしを一緒に作り上げていく事であり、そのためには「精神障害者の真意をくみ取るかかわり」[2)]をし、「自己決定の尊重」を中心的課題に据えて[2)]関わることが必要であった。今回のケースは、本来であれば筆者からA氏へ一人暮らしが出来る可能性があるアパートについて情報提供をし、並行して他の入所施設の体験等も進めていくことが望ましかった。しかし、唯一の協力者である親戚の反対を押し切り一人暮らしをすることで今後A氏が不利益を被る可能性があり、また、A氏が情報提供によりアパートのみに固執し他の選択肢が考えられなくなってしまう可能性も高かった。そのため一人暮らしについての情報提供が十分にできず、選択肢を絞った結果救護施設へ退院となり、自己決定の尊重は出来ていなかった。A氏と信頼関係が築けていれば、メリットデメリットについて説明し話し合った上でA氏が納得できる形での自己決定ができたのかもしれないが、そこまでの信頼関係は作れておらず、面談の時間が十分でなかったことを痛感した。今振り返れば、アパートでもヘルパーや訪問看護の導入等サービス利用の具体案を提示することで親戚の不安を軽減できたのかもしれない。しかし筆者はその考えにまで至らず、先輩への相談も不足であった。退院直前の面談でA氏より「わざと今まで冷たく接していた。敵か味方かわからなかったから」との発言が聴かれたことから、PSWの役割説明も十分でなかったように思う。

Ⅴ．結　論

PSWの専門的役割とは患者の気持ちや希望に寄り添い、信頼関係を構築しながら、自己実現に向けサポートをしていく事である。そのためには患者を生活の主体者と捉えることを忘れず、支援者の考え方を押し付けたり、無理と決めつけてはいけない。患者の自己実現のために患者の希望を聞き逃さず、共に考え歩んでいくことが大切であり、ひいては患者の自己決定の尊重に繋がるということを学んだ。

引用・参考文献

1）荘村明彦：困難事例に学ぶ精神科看護技術、p171－267　中央法規　2010
2）社団法人日本精神保健福祉士協会　生涯研修制度共通テキスト　p14　中央法規　2008

薬剤師としての抗精神病薬スイッチングチームでの関わり

医療法人恵生会　南浜病院　薬剤科　中島　祥吾

目的

- 定型抗精神病薬主体の多剤大量であった処方を、非定型抗精神病薬主体の単剤療法へ切り替えることで、錐体外路障害（EPS）、過鎮静等の有害事象を改善する。また、抗パーキンソン用剤も減量することで、認知機能への影響も最小限にする。
- 慢性期病棟で看護師以外との関わりがほとんどない患者へ、他職種による関わりを持たせる。

対象患者及び方法

対象患者及び処方調整方法

対象患者

- 医師A受持ち患者のうち、主病名が統合失調症で定型抗精神病薬を複数処方されていた患者7名。

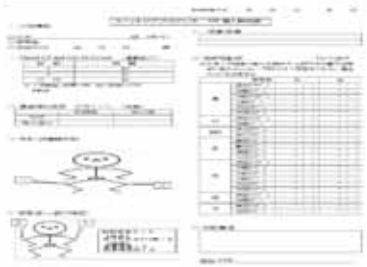
処方調整方法

定型抗精神病薬を1種類ずつ漸減し、原則としてリスペリドン（RIS）へ置き換えた。RIS以外の非定型抗精神病薬を服用している際はその薬剤に置き換えた。非定型抗精神病薬へ置き換えたのちに抗パーキンソン用剤を減量・中止する。可能であれば抗精神病薬のウォッシュアウトも行う。

評価及び評価方法

- スイッチング開始前及び開始後にPANSS（臨床心理士）、GAF（医師）、Rehab（看護師）、DIEPSS（薬剤師）、身体機能の評価（作業療法士）を行った。
- PANSS、GAF、Rehab、身体機能の評価はスイッチング開始後、2か月間隔での評価を行い、DIEPSSの評価は各薬剤中止後2週間後に評価を行った。

身体機能の評価シート



結果

現在の平均値

	開始時	現在	急性期病棟
入院期間（日）	13200	14133	40.5
抗精神病薬処方剤数（剤）	4.0	1.7	1.3
抗精神病薬総投与量（Cp mg）	997.1	715.3	499.9
抗精神病薬単剤率（%）	0	33.3	76.9
定型抗精神病薬処方率（%）	100	33.3	15.4
非定型抗精神病薬処方率（%）	42.9	100	92.3
抗パーキンソン用剤使用率（%）	71.4	16.7	23.1
抗パーキンソン用剤使用剤数（剤）	0.9	0.2	0.3
抗パーキンソン用剤総投与量（BPD mg）	3.2	0.5	1

2015.3.19 時点

現在の各評価

	スイッチング開始時（n=7）	現在（n=6）
PANSS	77.2（評価不可1名）	65.5
Rehab	101.9	93.4
GAF	23.6	25.0
DIEPSS	14.6	10.2

- 身体機能の評価について

【開始前】
長年にわたる多剤・多量の薬剤による影響なのか、対象者の運動能力や歩容・巧緻性は同年代の健常者と比較すると、個体差はあるものの全般的に低下していた。

【開始後】
導入直後は一時的に身体能力が低下する事例もあったが、時系列分析すると、大きく改善が見られた症例、ほぼ変化が見えない症例、逸脱行為、不注意の増加などのマイナス面が表出したものの収斂した症例とに分けられた。身体機能に問題はないが、TUG-testにおける所要時間が延長した症例もみられたが、精神症状が改善したことにより積極に動作を行うようになったために延長したものと考えられた。

各対象患者の処方内容

抗精神病薬

患者	薬剤①	薬剤②	薬剤③	薬剤④	薬剤⑤	薬剤⑥	Cp total mg
A	HAL3mg	PPC75mg	Lp 150mg	ZTP75mg	BNS 16mg	QTP25mg	1264.4
B	RIS6mg	PPC40mg	ｽﾙﾋﾟﾘﾄﾞ100mg	—	—	—	850
C	HAL 9mg	PPC75mg	ZTP75mg	—	—	—	938.6
D	HAL 4mg	PPC75mg	BDL 3mg	Lp 10mg	—	—	735
E	HAL 9mg	PPC75mg	BDL 9mg	RIS 2mg	QTP50mg	—	1550.8
F	HAL 9mg	PPC75mg	BDL 6mg	Lp 75mg	チミペロン 3mg	—	1430.8
G	Cp 150mg	PZC6mg	—	—	—	—	210

抗パーキンソン用剤

患者	抗コリン剤	その他抗パーキンソン用剤	総投与量（BPD mg）
A	–	–	0
B	BPD 2mg	–	2
C	BPD 3mg	–	3
D	BPD 6mg	アマンタジン 300mg	12
E	BPD 3mg	–	3
F	–	–	0
G	–	プロメタジン 60mg	2.4

現在の処方内容

抗精神病薬

患者	薬剤①	薬剤②	薬剤③	薬剤④	薬剤⑤	薬剤⑥	Cp total mg
A	BNS 32mg	ZTP 145mg	—	—	—	—	1019.7
B	RIS 4mg	QTP 360mg	—	—	—	—	945.5†
C	HAL 3.5mg	QTP 50mg	—	—	—	—	250.8
D	APZ 24mg	—	—	—	—	—	600
E	RIS 8mg	QTP25mg	—	—	—	—	875.8
G	RIS 6mg	—	—	—	—	—	600†

抗パーキンソン用剤

患者	抗コリン剤	その他抗パーキンソン用剤	総投与量（BPD mg）
A	–	–	0
B	–	–	0
C	–	–	0
D	–	–	0
E	BPD 3mg	–	3
G	–	–	0

結論

- 処方剤数と総投与量を減らすことができた。
- 精神症状や身体機能には大きな変化はみられなかった。
- EPSや鎮静などの副作用面は改善した。
- 長期間継続して服薬していた薬剤の減量はゆっくりと時間をかけて行うことが必要。
- 評価には表れない表情などの変化が目立ってみられた。

平成28年度　教育委員会　活動一覧

開催期日		研　修　事　項	参加者数
4 月	7 日㈭	H28年度看護技術　緊急時の対応・防止災研修（新規採用者） 防災訓練　消火器・消火栓・消防設備の取り扱い	23名
	14日㈭・15日㈮	院内研究発表（1 階北病棟、2 階病棟、3 階病棟、4 階病棟、5 階病棟） （作業療法科、薬剤科・3 階病棟・栄養科・作業療法科・デイケア科・地域課）	157名
	27日㈬	27年度ケースレポート発表	50名
5 月	11日㈬	H28年度新規採用者 1 ヶ月目研修	24名
	26日㈭・27日㈮	Evening Studies　医療安全対策委員会 「インシデント・アクシデント各部署での傾向と要因・対策（昨年度と比較して）」	131名
6 月	14日㈫	アシスタント研修 院長との懇談会「ユマニチュードを学び事例を考える」	37名
	29日㈭・30日㈮	Evening Studies　行動制限最小化委員会 講義：「隔離と身体拘束に関する法律」　実践：「拘束の手技について再確認する」	143名
7 月	13日㈬	H28年度新規採用者 3 ヶ月目研修　KYT　心理教育　ディスカッション　院長講演	22名
	13日㈬	H28年度プリセプター研修（3 ヶ月目）院長講演「人格障害について」	19名
	21日㈭	拡大ケース検討会（地域課 ）	43名
	25日㈪	管理職研修「職員のメンタルヘルスについて」講師：院長	15名
	28日㈭・29日㈮	Evening Studies　感染　ICT 「新しい感染報告について」	116名
8 月	4 日㈭	副院長講演「スーパー救急病棟　職員アンケートの結果より」	75名
	5 日㈮	新規採用者外部研修　「新人看護師に聞いて欲しい精神科看護の話」	14名
	10日㈬	H28年度プリセプター研修（3 ヶ月目 ）グループワーク	16名
	24日㈬・25日㈭	Evening　Studies　キネステティクス	85名
	30日㈫・31日㈬	Evening　Studies　ユマニチュード研修	101名
9 月	15日㈭	Evening　Studies　人権擁護「刑務所の現状から人権を考える」外部講師	59名
10月	5 日㈬・6 日㈭	Evening　Studies　一次救命処置	91名
	13日㈭	H28年度新規採用者 6 ヶ月目研修	19名
	19日㈬	プリセプター研修	16名
	19日㈬・20日㈭	Evening　Studies　医事課・薬剤科 「病院マネーマネー」	103名
11月	1 日㈫	拡大ケース検討会（5 階病棟 ）	48名
	8 日㈫・9 日㈬	第16回SSTリーダー育成研修〈初級〉	14名
	16日㈬・17日㈭	Evening　Studies　行動制限最小化委員会 「精神保健福祉法の理解を深める」	119名
	17日㈭・18日㈮	H28年度新規採用者看護技術研修（エポック）	19名
	19日㈯	看護補助員の外部研修「自信を持って爪を切ろう」	6名
12月	7 日㈬・8 日㈭	Evening　Studies　医療安全対策委員会「ＣＶＰＰＰ」	122名
1 月	11日㈬・12日㈭	Evening　Studies　感染・褥瘡 「インフルエンザ予防対策」「医療関連機器圧迫創傷について」	129名
2 月	13日㈪・14日㈫	Evening　Studies　院長講演 「南浜病院の現状と課題」	150名
	22日㈬・23日㈭	Evening　Studies　退院支援委員会 「退院支援実績報告」	105名
3 月	1 日㈬	H28年度新規採用者1年目研修	16名
	1 日㈬	H28年度第 4 回プリセプター研修	11名
	23日㈭・24日㈮	アクションプラン	120名
	30日㈭・31日㈮	H29年度新規採用者研修	15名
	31日㈮	H29年度プリセプター研修	8名

アクションプラン

新たな覚悟や目標をより具現化して職員一人ひとりが目標達成出来るよう、平成29年３月23日、24日の両日、平成29年度のアクションプラン発表会を開催しました。アクションプランのねらいやポイントは次の5つになります。

1．職員が法人（病院）の理念・方向性を共有できること。
2．職員自らが取組み目標を設定すること。
3．目標を達成するためのプロセスを明確にすること。
4．目標を具体化し、客観的な評価が出来るようにすること。
5．自ら定めた目標に責任が持てるよう、責任者や達成期日を明確にしていくこと。

このようなアクションプランを基に、精神科救急病棟稼働を含め南浜病院の社会的意義と使命、期待と責任を全うするため、高い倫理観と確かな専門的知識・技術に裏打ちされた医療を実践できるよう努めてまいります。

【2階病棟】アクションプラン

■看護目標

全ては患者さまのために

・私たちは患者様の要望に応える心のこもった医療を提供します。
・患者様が心あたたまる洗練された雰囲気で常に過ごせるために最高のパーソナル・サービスと施設を提供することに努めます。

そこで、私たちは提案します。

1．あたたかい、心からのあいさつを。
2．１人ひとりの患者様のニーズを先読みし、おこたえします。
3．入院される患者様の願望やニーズを理解し、期待以上の医療を提供するため、スタッフ自ら紳士淑女になることを心がけます。

■行動指針

・強い人間関係を築きます。
・患者様の問題を自分のものとして受け止め、直ちに解決します。
・患者様やスタッフ同士のニーズを満たすよう、チームワークとラテラル・サービスを実践する職場環境を築きます。
・清潔さを保ち、安全で事故のない環境を責任持って築きます。

■接遇スローガン

笑顔ではじまるおもてなし　Smile innovation

【3階病棟】アクションプラン

■平成28年度　評価

精神科救急病棟開設、病棟編成により入退院の流れが早くなり、退院に向けての支援が多くなったことで、積極的に退院につなげられる支援が出来た。一方で長期入院患者に関しては、家族が疎遠になっている方もおり、退院支援が困難になっている現状である。今後も後方支援病棟としての役割を果たすため、継続して退院支援を進めていく。

安全面では、事故の再発防止対策を検討し、未然に防ぎ、インシデント・アクシデントレポートを減らしていく。

■目標

私たちは、日々の関わりの中で患者のサインに気付き、情報を共有し安全な看護を提供します。

・報告・連絡・相談・記録の徹底
・カンファレンスを充実させ、統一した継続看護を提供
・患者様・ご家族との信頼関係の構築
・多職種との連携強化を図る
・安全で清潔な環境の提供

■平成29年度アクションプラン

後方支援病棟としての役割を果たす

・精神科救急病棟が円滑に機能出来る様支援する
・各病棟との連携を図り、転棟できる患者様の情報の共有
・他病棟で急性憎悪した患者様を一時的に受け入れ、保護室などを利用し治療する
・地域課と連携し、救急病棟での受け入れ困難な患者の入院調整

長期入院者及び治療抵抗者の退院支援

・多職種での退院支援カンファレンスの実施
・退院後の地域医療の連携調整
・退院前訪問の実施
・退院後サービスの調整
・退院支援調整のための看護師のスキルの向上

■各プログラム活動

朝の集い・退院支援カンファレンス
自治会（利用者による病棟会議）・町内会（利用者による小会議）
回想法・農耕作業

【4階病棟】アクションプラン

■平成28年度　評価

長期入院で家族が疎遠の方が多く、なかなか退院へ結び付かないケースが多かった。
接遇面に関してはユマニチュード導入の効果などもあり向上している。
ヘッドギア、履物の確認などによるリスク回避は常に行っている。

■平成29年度病棟看護目標

患者様個々に応じた帰結先を考え退院支援に努めます

・１年以上の長期入院者の１割の退院をめざします。
・認知症の病状を理解して穏やかに接します。

【5階病棟】アクションプラン

■平成28年度　評価

長期入院者の地域移行支援：４名退院、今後も継続して取り組んでいく。
日常業務の振り返り：接遇面については今後もスキルアップが必要。

■目標

他職種と協同・連携し、退院支援を進めます。

・他職種との情報共有を徹底
・患者理解を深めるために、自己研鑽に努める
・継続した看護ケアで退院支援に取り組む

■行動計画

・長期入院者への働きかけ
他職種でのカンファレンスを定期的に実施し、地域生活への移行を促進する。
・病棟プログラム
他病棟との情報共有やプログラムの連携協力をしていく。
退院してからも心身のコントロールが出来るようなプログラムを提供していく。
・接遇について
接遇に対する意識を高め、チーム内でお互いに指摘し合えるような関係性を築く。
日常で対応に困った場面をカンファレンスで振り返り、共有する。

【精神科救急病棟】アクションプラン

■平成28年度　評価

・３ヶ月以内で退院した患者の３ヶ月非再入院サポートの実施
・入院中から退院後の生活を見据えた社会資源調整
・１入院３面談の実施、地域関係者との連携
入院時から退院に向けての福祉医療サービスの調整、家族や地域の関係者との関わりが適切に行われた。
・パスの復活とチーム医療
クライエントパスを用いたチーム医療の実施については具体的に進めることが難しく多職種で結成された構成での検討が必要。
・新規入院率と退院率の維持
退院率　平均80.1%
稼働率　述べ入院日数20,148（92.0%）目標達成

■平成29年度アクションプラン

・入院時から退院後の社会資源利用など支援を検討・調整を行い、家族を含めた地域の関係者と連携し３か月以内の退院および３か月以上在宅で過ごせるようにサポート
・全個室環境におけるリスクの把握と対策、改善
・患者との良い関係性づくりのため適切な接遇を身につける、接遇勉強会の実施

【薬剤科】アクションプラン

■基本姿勢

薬物療法を総合的に評価し、安全で有効な医薬品使用を推進すること。

・調剤アクシデント・インシデントの低減
マニュアル遵守の徹底を図り大きな事故に繋がらないような調剤を心掛ける。
・頓服薬の効果的使用の推進
他職種と協働し、効果的な頓服適正使用を目指す。
・病院経営への寄与
診療報酬として請求できない頓服薬を減らし、病院経営への寄与を図る。

【検査科】アクションプラン

■業務概要

・検体検査（入院患者・外来患者・職員検診）
・生理検査（心電図・脳波）
・内部・外部精度管理
・中央材料室の物品管理

■行動計画

・安定した検査業務
　毎日の内部精度管理を行い検査結果の信頼性を保証する。
　日々の点検・メンテナンスの実施。
　外部精度管理に参加し他施設との検査データの整合性を確認する。
・安心して生理検査を受けてもらうために
　分かりやすく検査手順の説明を行う
　問い合わせには伝わりやすい言葉を用いて説明する。
・スムーズな医療材料の提供
　現在使用している医療材料の把握及び適正管理を行う。
　医療材料の関しての知識向上を心掛ける。

【栄養科】アクションプラン

■平成28年度　評価

　摂食障害や高齢者に見合ったハーフ食の提供や集団での栄養指導・調理実習は栄養科主体では未達成であった。うす味でおいしい病院食のモデル病院として活動することができた。
　早食いやビュッフェのマナーは変わりないが、12月から各部署に給食委員を設けリスクの高い食事を事前に情報提供し、他部署と協力することで安全な食事提供につなげることができた。

■平成29年度アクションプラン

・低栄養や体重増加といった病態変化を早期発見し、患者様の健康管理につとめる
・給食委員や委託会社と連携し、円滑な給食管理と安全な食事提供につとめる
・患者様の病態・症状に合わせた食種の設定を積極的に取り入れる
・健康や栄養に関する情報提供を増やす

【心理室】アクションプラン

必要な検査やカウンセリング件数を増やす。

集団療法を行うことによって、グループでの治療効果やカウンセリング業務の効率化を狙い、グループでの心理療法的アプローチ（現在検討しているグループ：「集団認知行動療法グループ」「摂食障害患者の心理教育的グループ」「感情調節困難な患者様に対する自己対処スキルグループ」）を試行する。
プログラムとしての必要性を諮るニーズ把握と治療的に効果のあるプログラム内容の検討。
デイケア科、作業療法科と協力しコスト捻出を検討。

【地域課】アクションプラン

■評価

1．地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療を推進
2．相談、受診、訪問看護時に地域とのつながりを意識しながら、それぞれの業務や支援の強化を目標に取り組んできた。
　電子カルテを活用した情報共有や訪問看護の評価、スケジュール管理の見直し、地域関係機関への積極的な働きかけ、認知症相談窓口の整理等を行った。

■目標

　相談時、受診時、訪問看護時に地域とのつながりを意識し、地域課連携を強め、それぞれの業務や支援を強化していきます。

■地域課各部門の行動計画

◆外来（NS）
・入院時の病棟との連携強化
・定期受診に来られない患者の管理
◆精神科訪問看護（NS･PSW）
・利用者の意向に沿った訪問内容と支援の提供が出来るようにスタッフ全員が質の高い訪問看護サービスを提供できることを目指す。
・訪問看護件数の維持
・外来、主治医、デイケア、地域関係機関との連携強化と緊急訪問が効果的に行われるような体制づくりの継続。
・訪問看護ケア項目の内容を明確化し、継続した看護が実施できる方法や記載方法の検討。
◆相談（PSW）
・自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価
・かかりつけ患者へのアプローチ
・入院受け入れがよりスムーズに行えるようにする。
・救急病棟の担当PSWとの連携、地域移行体制の準備。

【デイケア科】アクションプラン

■行動計画

長期利用者に対する支援

・目的意識を持てるプログラムとサポート
・参加目的の再確認（適した支援なのかどうか）

移行型デイケアの強化

・就労に向けた支援の強化（ハローワーク等と連携、就労後のフォロー、ピアサポーターの雇用）
・ピアサポーター活動場所の拡大（WRAPファシリテーター・板書、デイケア案内、講演）
・目的別の参加、短期でデイケア卒業（就労、SST、WRAP、当事者研究、趣味活動など）

■課題

・様々な年齢層、疾患の40名をひとつの集団の中で支援していく難しさ
・他部署や地域との更なる情報共有

【作業療法科】アクションプラン

■目標

完全病棟担当制導入へ向けての試み

・担当２名が１日を通して病棟に滞在しプログラムを実施する。
・他の病棟の応援は原則として入らない。
・準備　片付け　電子カルテへの入力なども病棟内で行う。

■行動計画

・心理教育、SST、回想法など心理社会療法へ積極的に携わる。
・毎朝、カンファレンスに加わることでチーム医療を強化する。
・集団OTへ参加が困難な症例に対して個人OTを強化する。
・身体機能面へのアプローチも即座に対応する。
・目的別プログラムを実施する。
　入院患者様の治療目標に向けて臨機応変に対応する。

【総務課】アクションプラン

■目標

基盤つくり（主な業務　人事労務管理・給与・経理・庶務・情報管理業務）
　職員が働きやすい環境を整えて業務に支障がでないようサポートする。

■行動指針

まずは自分の仕事をしっかりこなす
　業務の可視化、標準化、無理せず力相応に対処する。個人の役割を果たす。

　基盤を作り、各部署が安心して業務できるように。病院理念に基づきより良い病院活動を目指す。

【医事課】アクションプラン

■目標

窓口業務の円滑な対応
診療費等の正確な精算

■行動指針

・診療報酬が請求できるよう施設基準の届出準備･変更･報告を処理する。
・適切な診療報酬請求でレセプト査定減防止に努める。
・未収金の発生予防に取り組み、確実な収益を得る。
・外来･来訪者増に伴い窓口整備を行なう。

研　　修

精神科専門病院スタッフとして職種を問わず、誰でも患者に基本的な知識・技術を提供することが重要であると考えています。そのため、毎月職員の勉強会（Evening Studies）を開催しています。

※Evening Studies：院内研修の名称。業務終了後の17時15分より職員へ自主的な知識・技術獲得の機会を提供。環境を整えることによって、個々の医療スタッフとしてスキルアップを図っている。

「隔離と身体拘束についての法律を学ぶ　身体拘束の手技について再確認し、実践を通して抑制方法を学ぶ　行動制限最小化委員会」

拘束具を使用した身体拘束の体験を行いました。安全面の配慮と正しい位置での拘束帯の使用について確認しました。

「ケースにおいて基礎的な関わり方のコツを学び、より安全で質の高い援助に繋げる　アシスタント研修」

看護ケアについて事例を使いグループワークを２回行いました。「見る」「話しかける」「触れる」を意識した研修でした。

「新しい感染報告書について理解する　感染対策委員会　ICT委員会」

感染報告書、電子カルテの問題点の改善について講義がありました。感染防止対策への新たな意識づけの場となりました。

「新規採用者３ヶ月目研修」

危険予知トレーニング、心理教育、グループディスカッション、人格障害について学びました。グループワークでは普段話さないことを話し合って照れる場面もあり、笑顔が多く、活発な話し合いがされました。

「人権擁護」

講師：新潟刑務所法務教官
船山　健二 看護師

「人権や倫理というと難しいように思われるが、それは患者さんのプライバシーを守り、プライドを守る事であり、日常生活の場面、小さなことの中にあり、自分は大事にされているという感覚が大事」と講義して頂きました。

「移乗・移動・キネステティクス」

キネステティクスの意味や、ボディメカニクスの違いの講義を行い、その後、実技を学びました。体験者からはスムーズに移動できると驚きの声が聞かれていました。

「第２回プリセプター研修」

人格障害を理解することで、距離の取り方や関わり方、陥りがちなトラブルを避ける為の講義とグループワークを行いました。情報共有、アドバイス・フォローについても話し合い、指導に役立研修でした。

「救急病棟開設後のアンケート調査から見えてきたこと」

救急病棟の開設は、病院全体が変化することであり、各病棟・各診療科（課）すべてがそれぞれの役割を再確認し、全体の機能が高まるとの話しがありました。

「新規採用者６ヶ月目研修」

ヒューマンエラーとシェル分析、精神障害者の法律と実際の拘束実演・体験を行いました。実技では参加者全員、技術を身に着けようと真剣に取り組んでいました。

「一次救命処置」

急な心肺停止に陥った患者に冷静、的確かつ迅速に行動できるよう講義と実技を行いました。最新のガイドラインに基づいた心肺蘇生法の知識と技術を学習することができました。

「拡大ケース検討会　５階病棟」

困難事例を多職種で情報共有し検討することで解決の糸口を見つけること、また、全職員を対象とし学びの場としています。検討会では対象者の帰結先がみつからず退院に結び付けられないとの事例で、スタッフからは多くの意見が聞かれました。

院内研究発表・研修

「第３回プリセプター研修」

プリセプターの役割についての復習と、プリセプティの進行状況、困っている事についてグループワークを行いました。プリセプターのサポートが重要と再認識できました。

「病院マネーマネー」

診療報酬や薬剤、衛生材料の単価を知ることで、コストを意識し業務を行えるよう講義がありました。用途にあわせて物品を使い分けること、適切な使用方法を行う事で患者にとって良い医療が提供でき、コスト削減も可能であることを学びました。

「第16回SSTリーダー養成研修（社会生活技能訓練）」

３.４年目の入職者を中心とした多職種14名が参加しました。認知行動療法と社会学習理論を基盤にした支援方法の一つであるSSTの基礎理論と実際を、院長をはじめとする専門スタッフより、演習とシナリオロールプレイを通じて学んでいます。

「包括的暴力防止プログラム（ＣＶＰＰＰ）　医療安全対策委員会」

医療における暴力や暴力のリスクファクターの説明、ＣＶＰＰＰについて説明がありました。実演、実技ではブレイクアウェイや運動学的テクニクスを学び、上手く出来ない職員に対しては細かく指導がありました。

「看護技術研修・防災研修」

急変時には速やかにかつ適切な技術が必要とされます。参加者は重要性を自覚し、真剣な態度で研修を受けていました。防災研修では院内の避難経路の確認、放水訓練を行いました。

「精神保健福祉法の理解を深める行動制限最小化委員会」

クイズ形式の○×問題を用い措置入院についてと処遇（隔離・身体拘束）の留意点について講義がありました。実際の場面を想定し、判断に迷うような事例もあり、具体的で理解しやすい内容でした。

「インフルエンザ感染予防対策について
院内感染防止対策委員会」

インフルエンザの感染拡大を防ぐため、早期症状の説明から発生後の病棟の動きについて講義がありました。フェーズ別感染予防対策では迅速な対応ができるよう対応策を周知し感染拡大防止に努めています。

「医療関連機器圧迫創傷について　褥瘡対策委員会」

医療機器の圧迫による褥瘡予防の重要性について説明がありました。経管栄養、フォーレカテーテルなど医療関連機器の使用は治療上必要なため、いかに褥瘡を予防できるか、注意やケアが重要であることを学びました。

「新規採用者１年目研修」

各自の１年間の学びや振り返りを中心に話し合いを行いました。苦労や努力を思い出して感極まる場面もあり、各々の思いを聞く良い機会となりました。

「長期入院患者の退院までのアプローチについて理解する　退院支援委員会」

平成28年度の退院支援委員会の実績報告と長期入院患者の退院支援の実績報告を行いました。退院に向けて本人はもちろん、家族・地域の支援者との連携やアプローチが大切になること、退院後のフォロー体制の確立が重要になることの講義がありました。

「南浜病院における現状と課題」

救急病棟の実績をメインとした現状報告と平成27年度、平成28年度の実績比較、診療体制、認知症患者の受け入れ体制について講義があり、重症者集中支援加算や退院促進、ベットコントロールについても話がありました。

院内研究発表・研修

「院内研究発表会」

研究を通して職に対する意識・倫理観・質の向上を目指しています。また、情報共有により業務の円滑化・連携の強化を図り、より質の高い安全な医療を提供することを目的としています。

「新規採用者研修」

接遇や医療従事者のモラル、人として職業人としての基本や、精神疾患や看護、医療安全についての専門的な知識、当院の理念と精神科治療など、南浜病院の一員として、役割を果たすための講義を行っています。

「インシデント・アクシデントレポート（前年度対比）医療安全対策委員会」

1年間のインシデント・アクシデントを時間帯や発生件数、病棟別等、様々な視点で分析を行い、傾向と課題の説明がありました。殆どの事案はヒューマンエラーによるものと考えられますが、ヒューマンエラーは事故の原因ではなくシステム内部に潜む問題の結果として捉え、内部要因を明らかにし防止対策に役立てて行きたいです。

「拡大ケース検討会（地域課）」

活発な意見交換が行われました。今後の関わりの中で本人が興味のあること、現在できている事に着目し、関わっていくことが大切であることを感じました。様々な職種の視点で対象者を多角的に捉える事が出来、充実したカンファレンスになりました。

「千秋・島見勉強会」

11月11日、田宮病院と勉強会を開催しました。年に数回、合同で勉強会を行っています。