

Ⅲ 社会的入院の解消にむけて どこに目を

特定医療法人 俊睿会
南埼玉病院 今野正裕

1. 地域の特徴（特性・状況）

埼玉県東部の越谷市に位置する。もともとは米や畑作中心の純農村地帯であったが、高度経済成長のあおりで、1968年頃より人口が急増し、現在は32万人の東京のベッドタウンとなっている。

当院は、この越谷市の東部、元荒川沿いに建てられた。周囲は宅地化が進み、住宅が増え続けている。近くには中学校、高校、私立病院、私立総合体育館、生涯学習センター、越谷市民プールなどが散在している。

越谷市内の主な社会資源は、次のようになっている。

| | |
|--------------|--------------|
| 精神科単科病院 | 3ヶ所 |
| 精神科病床をもつ総合病院 | 1カ所 |
| 精神科診療所 | 4ヶ所 |
| 精神科デイケア | 3ヶ所(いずれも大規模) |
| 保健所 | 1カ所 |
| 生活訓練施設 | 1ヶ所 |
| グループホーム | 2ヶ所 |
| 共同作業所 | 4ヶ所 |
| 地域生活支援センター | 1ヶ所 |

地域生活支援センター、生活訓練施設、グループホームは医療法人立。すべての作業所は、市民、家族会、医療機関の一員が運営母体を構成している。この運営母体には当院のPSW、看護師がかかわっている。

最近(05年4月)から、埼玉県独自の事業である「精神障害者小規模生活支援センター」が開設となる。

2. 南埼玉病院の歴史と現状

<歴史>

当院は1966年10月に、約50床全閉鎖の単科精神科病院として開設。

1971年増床、112床となり開放率が83%になる。

しかし、これは意図的に開放化が進んだものではなく、増床に伴うスタッフ確保が不十分であったこと、閉鎖病棟(23床)にスタッフの重点配置をしたため、開放病棟はほとんど放置に近い形の開放化になった。

増床によるスタッフ不足は労働強化として跳ね返り、かつ患者さんの待遇の低下をきたしたため、その改善を目指して、労働組合が作られた。

組合と経営者の何度かの団体交渉を通して、経営者は廃院の方向を示した。しかし、患

者、家族、職員の強い存続希望の働きかけで、県当局も働き、結局は1975年、現理事長(現院長)が、前院長の後を継ぎ、当病院の再建にとりかかることになった。

その後の、再建は思うようにいかず、万年赤字、加えて平屋木造の建物は防災上の心配があり、そして病棟はいたるところ落書きだらけの壁、剥げ落ちた床、すすだらけの天井という悲惨な状態。

1981年、自然消滅の廃院か、あるいは大冒険をして、新しく病院をつくりだすかの岐路にたたされたが、経営の建て直しを射程に入れて、検討作業に移った。経営者、医局、看護、PSW、検査、事務、栄養課及び組合代表が参加してのプロジェクト会議を設けた。

結果、①精神状態(幻覚、妄想など)のみにとらわれず、病者の生活史の中で、病者の症状をとらえ、②病者自身が「精神病院」に入院して(させられて)しまったという痛みを理解し、その上に立って、当院での治療、看護、援助活動を考えていくことを獲得したのであった。

1985年4月、全開放病棟をスタート。開放医療としての充実を図ろうとすれば、当然マンパワーが必要となり、それが人件費増に跳ね返って経営を苦しくさせるという構造をかかえながらも、今日、精神科230床に至っている。(医学書院 病院 第45巻 第2号 参照)

<現状>

2004年10月1日現在 1年以上の在院者 89名

| 入院形態 | 任意 | 医保 | 措置 |
|------|--------|--------|----|
| | 70人 | 19人 | 0人 |
| | 78.70% | 21.30% | 0% |

2004年10月1日現在 1年以上在院者入院期間

| 入院期間 | 1年以上 2年未満 | 2年以上 5年未満 | 5年以上 10年未満 | 10年以上 | 計 |
|------|--------------|--------------|---------------|--------|--------|
| 男 | 1人 | 10人 | 12人 | 18人 | 41人 |
| 女 | 11人 | 10人 | 13人 | 14人 | 48人 |
| 計 | 12人 | 20人 | 25人 | 32人 | 89人 |
| % | 6.30% | 10.50% | 13.20% | 16.80% | 46.80% |

※ %は190名を100とする

2004年10月1日現在 1年以上在院者の年齢構成

| 年齢 | 20代 | 30代 | 40代 | 50代 | 60代 | 70代 |
|------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| 男(人) | 0人 | 3人 | 7人 | 12人 | 16人 | 3人 |
| 男(%) | 0% | 7.30% | 17.10% | 29.30% | 39.00% | 7.30% |
| 女(人) | 1人 | 3人 | 11人 | 9人 | 19人 | 5人 |
| 女(%) | 2.10% | 6.30% | 22.90% | 18.80% | 39.50% | 10.40% |

※ %は89名(男41名、女48名)を100とする

病床は、76床が2病棟、78床が1病棟の230床。「作業療法棟」と「もなみ棟」(デイ

ケア、デイナイトケア棟)を有する。

法人としては、診療所「いずみクリニック」、訪問看護ステーション「ましもり」を開設している。

<参照資料の説明>

☆安静度用紙について

安静度の用紙は入院時に渡される入院案内、告知文とは別に、病棟へ入ると渡される。安静度は一週間に1回「安静度検討会議」(看護師・PSW・医師が参加するが、常に3者が揃っているということもない。)を行い、見直しをする。また、いたずらに検討会まで結論を延ばしたりせずに、様子を見て、数日で変わることもある。

- ・安静度Ⅰ(ピンク色の用紙)(資料Ⅲ-1):病棟のワンフロアにて過ごしてもらふ処遇。外に出るには、カウンターを通らなければならない、そこには看護師が座っていて、説得と見守りを続けている。渡しても、処遇に納得しないで捨ててしまう人もいるが、「我々はこう考えている」ということをわかりやすい言葉で伝えることを目的としている。全体の1割ほどの数。
- ・安静度Ⅱ(黄色の用紙)(資料Ⅲ-2):原則は1人で病棟の外へは出られない。が、個別性を重視した処遇。例えば、売店に出かけることのみはよい。食堂で食事をとってもよい。病院敷地内の散歩はよいなど。全体の1割ほどの数。
- ・安静度Ⅲ(白の用紙)(資料Ⅲ-3):処遇に制限はない。病院貸し出し自転車、自前の自転車の利用。最寄の駅までの病院シャトルバスを利用する方も多い。

☆保護室入室に関しての用紙について

ブルーの用紙(資料Ⅲ-4):目的の部分は、本人にわかりやすい言葉で記入するよう心がける。

- 保護室に関しては、一律の処遇よりも、むしろ処遇が違ってよい。回復状況を考慮する。
- 常に医療側の都合にならないように、気をつける。
- 3日~1週間くらいの日を定め処遇の見直しをすることを本人に伝える。
- サインの部分について➡指定医のサイン(指示)はもちろんであるが、本人からサインをもらえるのであれば、もらう。看護者は本人と一番関わることになるので、かならず、サイン。PSWは処遇に関心を持つことと個別な関係性の視点を大切にしながら、処遇に同意し、サイン。
- 用紙はコピーし、そのコピーを本人に渡す。

グリーン用の紙(資料Ⅲ-5):措置入院の患者さんへ渡す。措置入院者の開放処遇は、国、県に了承を得られず、一律の処遇となる。できるだけ早く措置解除に切り替えることを意識している。

☆作業療法(資料Ⅲ-6) デイケア(資料Ⅲ-7) デイナイトケアの処方箋(依頼箋)についてサインには、「始めに処方箋ありき」にならぬように、看護部(担当看護師)、社会療法課(PSW、看護師、OT、CPが在籍)、担当作業療法士の欄がある。本人の動機付けが大切であることは言うまでもないが、他職種の視点と治療活動の共有化のためには、責任を

持っのサインは重要である。作業療法プログラムには、看護師、PSW が担当のひとりとして参加をし、書面上ではない情報の共有と交換が図られている。デイケア、デイナイトケアは、医学的な管理よりも、居場所の確保、個別の利用目的を尊重などを大切に考えている。

3. 南埼玉病院における退院支援のとりくみ状況

退院促進支援事業のとりくみから

2003年11月より毎週1回木曜日、13:30~14:30にグループワークを行う。

中心者は1市隔てた杉戸町にある精神障害者生活支援センター「ふれんだむ」支援員。具体的内容としては、どのような生活をしたかというアンケートを行ったり、県立の生活訓練施設「けやき荘」の見学、外泊に行ってみたり、その他、作業所への見学、院内での調理体験などを行い、振り返りやアンケートを行った。

参加スタッフ:生活支援センター「ふれんだむ」支援員2名(交互に参加)、生活訓練施設「けやき荘」職員2名(交互に参加)、南埼玉病院看護師1名、PSW1名、作業療法士1名の計6名が常に参加。

支援員はPSWの資格を持つ保健師とPSWであった。病院が開放的であったため、入っていきやすかった。

対象者:5名(長期入院者と限定せずに、方針にいそびた人なども含める)

2004年4月現在は7名の参加者がいる。(男性6名、女性1名)うち、4月中に退院する人が1名いる。

5ヵ月経過し・・・

自分はずっとここにいればいい。と思っていた方が、自分でもやれるかもしれない。という気持ちの変化が見られるようになった。このようなことから、もっていきか次第で、変わるのかもしれないと思った。

グループ活動について

看護が担っている長期入院者の集まり(名称 すみれ、かたつむり)はあるものの、退院を促していくような活動内容ではない。

事業終了後、病院及び入院患者に大きな意識の変化はみられなかった。が、グループワークに参加、見学した看護に地域資源の知識を与え、関心を引き起こした点は評価できる。その後の個別看護、PSWとの退院援助活動のヒントとなったようだ。

4. 精神医療委員会の病院見学・意見交換

第5回精神医療委員会を南埼玉病院で実施した。

日 時:2004年4月17日(土) 13時00分~17時00分

参加者:精神医療委員会8名

目 的:社会的入院者の退院促進のために、PSWは何をすべきか。

実践現場を視察し、実践の効果と限界について討論し、長期社会的入院者の

退院促進のためのポイントを整理する。

内 容：院内喫茶店で病院説明

デイケア棟、病棟見学

退院促進事業報告（山村・今野）

病院見学後の討論の内容

当院理事長の「老人看護は精神科看護とは別のものだと思っている。今の老人の方は家庭の中で大黒柱だった人で、家族の患者さんに対する想いや、扱い方も全然違う。」という話の内容から討論が始まる。

①高齢者施設と精神科病院における処遇の違いをめぐって

- ・たしかに精神科病院の中の痴呆病棟は、痴呆性高齢者にとって安心できる場所にはなっていないと思う。精神科病院への入院が、患者さんにとってもスタッフにとっても、よくない思い出として残ってしまうことがある。
- ・精神科の中の痴呆病棟も、施設基準が決まっているから、その中では色々工夫しているのだがいったいなぜそうになってしまうのか。老人保健施設や特別養護老人ホームなどと精神科の痴呆病棟とでは、いったいどこが違うのだろうか？
- ・老健や特養は生活のアメニティをあげて、どんどん家族にも来てもらうようにしている。精神科病院では問題行動をどう抑えるかという点を重視しているのに対して、老健などは生活に重点をおいている点が異なると思う。
- ・以前この委員会でも、福祉ホーム B 型をつくることで患者さんに変化がでてくるという話があったが、確かに住まいの提供というのは大事だ。精神科病院の閉鎖病棟では安全目的の私物管理が厳しく、患者さんの生活者としての力を奪ってしまっている。

②開放処遇の限界

- ・当院では早い段階からの開放処遇がなされているけれど、限界も見えてきている。例えば、援護寮に行ってみないかとすすめても、病院の居心地がよくて退院したくない。住み心地がよくなってしまって、退院をしたがらないということもある。また、グループ、レクリエーション活動は、病院の中での環境を社会と少しでも同じにしていこうという目的で行われ、祭り、花見、運動会などの行事などをしてきたが、それらは、病院内病院、病院内地域という結果でしかなかった。
- ・入院が長くなった人が退院したくないという発言をするのもわかる。病院がずっといいよと言ってきた背景がある。
- ・かといって、回転率を上げればよいという話でもない。以前、ECT を効果ある治療法として多用する医師が在職した時に、病棟の回転率がとても上がったことがある。しかし、その導入の仕方に疑問もあったし、ECT そのものに反対の意思のある看護師、PSW からの提案で、院内で職種を超えた拡大会議をおこなった。その結果、インフォームドコンセントの重要性を確認し、「電気けいれん療法施行に関する承諾書」（資料Ⅲ-8）を作成するにいたった。その後の ECT の治療には、慎重となった。
- ・南埼玉病院の平均在院日数や月別入退院者数はどのくらいか？

- ・平均在院日数 180 日~190 日程度。回転を早くし、退院後のフォローを意識するようにしている。患者さんの中に、PSW の訪問を望む人もいる。ここ 3 か月の入退院数は、1 月は入院 32 名、退院 23 名。2 月は入院 21 名、退院 26 名。3 月は入院 34 名、退院 32 名。外来平均 90~100 名(DC は 30~40 名)。大規模 DC は 5 年前から、小規模 DC の開始はそこからさらに 5 年さかのぼる。内容については、常に変化が必要と考えている。
- ・DC の存在意義は選択性にあると思う。自分がなにをしたいのか、どんな生活をしたいのかということに DC の意味がある。日中の居場所だけになっているところもあると聞くが、それはそれでよいと思う。居場所も必要だから。生活者の視点でスタッフが動く。色んな資源をつかひながら、つなげながらということが大切だと思う。
- ・開放化も社会とのギャップをなくすということが目的であり、看護師が白衣をきていないのも、この考えがあるため。そういったことから、地域の評価が随分と浸透していると思うが、それでも、長期入院の方はまだ半数近くいる。
- ・できるだけ、制限が少ない状態での治療で、患者さんが出ていってしまう不安はないか?
- ・不安はきりが無い。

③チーム医療と外の風

- ・南埼玉病院では、廃院の危機から連帯感がうまれたのだろうか。各職種がうまく連携しているからこそ、安静度の用紙を導入、使用ができるのだと思う。うちの病院では全体でやろうということができない。なかなかひとつになってチームでできない。そうすると一本釣りでいいから退院してもらおうと思ってしまう。
- ・それぞれの職種が、自分たちの専門性への固執がありすぎると、よくない。これを壊すことが大切で、意味があることだと思う。他病院の例で、OT、CP、PSW が同部署、同じ部屋になったときに、机をめぐる争いがあったという。お互いのプライドがあったからだろうか。
- ・市内に作業所が 4 ヶ所あるが、最近、その作業所に長期入院を経て退院になった人が通い始めた。退院促進支援事業の報告の中で、働きかけ次第では退院意欲がわくという話をしてしたが、「外の何か」「外の風が」影響しているのだと思う。
- ・「変化を可能性」としてスタッフが感じる事が大切。自分たちが今まで見てきたものは何なのだろうかと共に喜ぶことが大切。
- ・退院促進支援事業の経過の中で、県立の援護寮見学の際に患者さんが「こういうところだったらやれるかも。行ってもいい。こういうところがあったんだ。」といった言葉を聞き、あまりにも患者さんに情報が行き渡っていないと感じると同時に、外に出かけることの大切さを感じた。
- ・いろいろな話を聞いていて、ふと援護寮のことを思い出した。援護寮と病院を比べてみると、病院はいろいろとやってあげすぎだなあと思う。援護寮にはミーティングはあってもレクリエーションはない。病院はいろいろなメニューがあるから、上手に選択することで、中で安住してしまう人もいるのだと思う。
- ・職員の意識が大切なのだと思う。外の風をいかに取り入れるかが問題なのだと思う。援護寮にいた時、病院の役割ってなんだろうって思った。あまりにもホスピタリズムに凝り固まっているので驚いた。患者さんの自己評価がすごく低いし、病院は患者さんを社

会人として扱っていない。ワンステップ上がると、そこには違う世界が待っているのに。つまり、作業所から、そろそろ就労と考えた時、病院や作業所と社会ではまったく違うから、就労しようとするのが難しい...

- ・しかし、最近地域の作業所のシンポジウムに行ったりすると、参加者の半分が当事者だったりして驚く。昔は家族が大半だったように思うが。それに、当事者の発言力が増してきたと思う。
- ・ワシントンのクラブハウスとかだと、昼間は役割がきちんとあって、レクは休みの時か夜だけ。そのためか自己評価が高い。
- ・安静度Ⅱくらいの患者さんは、地域で暮らせるといいなと思っている。
- ・よい処遇をしても結局病院は病院。病院としてやらなくてはならないことは何なのか。ここがきちんとしていないといけないと思う。たとえば、服薬管理など。
- ・職員の定着率はどうか？
- ・最近はそのなによいとは思わない。けれど他を見てきた看護師たちは、雰囲気はよいと言っている。職員が管理されると、結局は患者さんが管理されることになるから、管理はいけない。

5. まとめ

入院中心から地域生活中心に転換、7万2千床の社会的入院の解消を10年間で行うという政府の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が昨年9月に発表。

これは、今までの古い枠組みでの精神医療・病院の限界である。したがって新たな転換を図るということが求められていることが言える。その潮流の中で、私は委員会活動を過ごしていた。病院見学後の討論の中で、自らの実践のふりかえりをはかることができた。あわせて、同時期に、同じこの日本の精神医療の中で、時には「いきいき」、時には「いいいじ」と活動に没頭している仲間を知ることができた。その仲間と私に、さらに、「社会的入院」を考えろ!とは...まことに苦行である。(最近では、自立支援ほおうだ)

確かに、精神医療はここ数年の間に大きな変化を見せ始めている。「隔離、収容」「暗い、汚い、怖い」といった印象で語られた精神科病院は、全国あちらこちらで鉄格子を外し、建て替えによって、快適な、治療環境が整えられ、精神科病院は印象として改善している。そこには、症状に応じた入院サービス、すなわち機能分化が求められた。

当院も、ここ数年外来患者数が増える傾向にあり、短期入院が増加している。が、一方では依然として長期入院者が入院者全体の43%を占めていて、短期入院層と長期入院層とに二極分化している。そこで、長期入院者の高齢化や地域の認知症老人の受け入れという医療展開も視野に入れ、病院の建て替え、機能分化という方向性が決定された。それは同時に、社会復帰施設や地域支援体制の充実は欠くことはできない。また、治療・看護の面でソフト、ハード両面の改革がないと手落ちとなろう。当然、高い専門性の追求からも「チーム医療」が大変重要となる。

幸いというべきか、当院は、旧態依然とした伝統的な階層を重んじ、医者を頂点とした看護・患者関係による治療体制は薄い。(まだ、ましなほうだともいう) 薄いとはいえ、「治療」という名のもとに、小さな管理はところどころに見えるが。もし、この治療体制が、医療側の都合(経営・医師の管理責任を問われることを恐れて)から、患者処遇の管理強化

となれば、スタッフの士気は失われ、患者さんの回復への意欲に大きな障害になることはまちがいない。

精神保健福祉士をはじめとしたコ・メディカルスタッフは、何に目をむけるべきか。

今日、デイケアメンバーに言われた。「病棟が出入り自由なオープンであったから、当事者同士の刺激がたくさんあった。あの人が退院してやれているなら....など。退院しようと思えた。病院の外での生活が身近に感じられた。建物のオープンさと病院の考え方がオープンであることをなくさないでほしい。管理は最小限に。」

この言葉が「あたりまえ」と言えない精神医療の場(病院)は、まだまだ多い。その場の存在が社会的入院の解消を困難なものとしている。まだまだ、我々が目をむけること、やり残していることはありそうだ。

と、考えているのもつかの間、地域で暮らす精神障害を持つ人が管理されそうだ。自立支援法という名のもとに。そんなふうを考えてしまうのは、私だけなのだろうか。

個人カード

_____ 様

- I あなたの病室は _____ 号室です。
※転室をお願いする場合があります。
- II あなたの主治医は _____ です。
あなたのケースワーカーは _____ です。
あなたの担当看護職員は _____ です。
※担当者以外の職員に相談されても結構です。
- III あなたの入院生活は下記のようになります。ご不自由でしようがしばらくの間ご辛抱ください。
- ①外出（レクリエーション、散歩など）、各フロアからの出入りは、ひとりでは出来ません。職員、家族の付き添いが必要です。希望の時は職員にご相談ください。
- ②外泊は主治医の許可が必要です。また、安静度Ⅰの間は許可されない場合があります。
- ③買物は職員が代行、または付き添います。
- ④入浴は各病棟、男女によって曜日、時間が違いますのでご確認ください。
なお、職員が付き添います。

| 病棟名 | 曜日 | 時間 と 男女別 | |
|-----|----|----------|----------|
| A-2 | 月 | 13:30~ 男 | 14:30~ 女 |
| | 木 | 13:30~ 女 | 14:30~ 男 |
| A-3 | 水 | 13:30~ 男 | 14:30~ 女 |
| | 土 | 13:30~ 女 | 14:30~ 男 |
| B | 火 | 13:30~ 男 | 14:30~ 女 |
| | 金 | 13:30~ 女 | 14:30~ 男 |

- ⑤食事は、各階のホールで食べていただきます。
- ⑥電話は各病棟に設置してありますのでご利用下さい。
- ⑦その他

※上記以外のことは、入院のご案内をご覧ください。

H13・3・1 証

個人カード

_____ 様

- I あなたの病室は _____ 号室です。
※転室をお願いする場合があります。
- II あなたの主治医は _____ です。
あなたのケースワーカーは _____ です。
あなたの担当看護職員は _____ です。
※担当者以外の職員に相談されても結構です。
- III あなたの入院生活は下記のようになります。ご不自由でしようがしばらくの間
ご辛抱ください。
- ①外出は、原則的にはひとりでは出来ません。職員、家族の付き添いが必要です。
ご希望の方は職員にご相談ください。
- ②外泊は、第1回目は主治医の許可が必要です。なお、家族の付き添いも必要
です。
ご希望の方は担当職員にご相談ください。
- ③買物は、
- ④食事は、
- ⑤入浴は、
- ⑥小遣いは、
- ⑦その他

※上記以外のことは、入院のご案内をご覧ください。

H13・3・1 改正

個人カード

様

- I あなたの病室は 号室です。
※転室をお願いする場合があります。
- II あなたの主治医は です。
あなたのケースワーカーは です。
あなたの担当看護職員は です。
※担当者以外の職員に相談されても結構です。
- III あなたの入院生活は下記のようになります。
- ①外出は、病院周辺までは特に断らなくて結構ですが、それ以外の外出はカウンターに報告してお出かけください。
- ②外泊は、第1回目の場合は主治医の許可が必要です。また、出かける時にはカウンターにお寄りください。(外泊中の薬を忘れずにお持ちください)
外泊のお申し出は原則的に前日までとなっておりますのでご了承ください。
- ③入浴は、次の通りです。
- | | | |
|----|-------|-------------|
| 男性 | 月・水・金 | 17:00~20:00 |
| 女性 | 火・木・土 | 17:00~20:00 |
- ④食事は、1階食堂にてセルフサービスとなっております。
- ⑤小遣いは、
- ⑥その他

※上記以外のことは、入院のご案内をご覧ください。

H13・3・1 改

保護室入室に関して

★ 目的：

★入室中の生活について

・上記目的のため自室の鍵は、

・食事は、

・入浴は、

・洗面は、

・買い物は、

・その他（タバコ、電話、面会等）

以上の約束で、 年 月 日～ 年 月 日の間、

過ごしていただきます。 お互い協力しましょう。

本 人

医 師

看護者

P S W

保護室入室に関して

★ 目的： 措置入院のため

★ 入室の生活について

- ・ 上記目的のため自室の鍵は、施錠します。自室から出る時には、職員が2人付き添います。
- ・ 食事は、しばらくの間は自室で摂っていただきます。医師やスタッフが話し合い、症状が改善したと判断したら前室で摂っていただいてもかまいません。
- ・ 入浴は、 曜日、 曜日、職員が付き添いのもとで個室で入って下さい。
- ・ 洗面は、日勤帯にしていただきます。その際職員が付き添います。
- ・ 買い物は、職員が代行します。
- ・ その他
 1. 私物は、自室に入れられません。
 2. タバコは、7：00～21：00の間、1時間に1本職員が付き添い吸っていただきます。
 3. 手紙やはがき等の発信、受信は、原則的に制限されません。
電話は、医師やスタッフが話し合い許可が出たら日勤帯で職員が付き添いのもとで掛けて下さい。
 4. あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との会話・面会や、あなた又は保護者の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの病状に応じて医師の指示で一時的に制限することがあります。

以上の約束で、 年 月 日～措置入院が解除になった日までの間、過ごしていただきます。

本人
指定医
看護者
PSW

デイケア依頼箋

依頼日 年 月 日

担当者確認印

| 担当医 | 看護課 | 相談室 |
|-----|-----|-----|
| | | |

氏名 _____ 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

診断名 { _____ }

主症状 { _____ }

合併症 { _____ }

留意点 { _____ }

| | |
|--|--|
| 依頼目的 1. 就労準備の向上 2. 生活技術の改善 3. 対人関係の安定 4. 生活積極的行動の回復 5. 生活積極的行動の正常化 6. 情緒の安定 7. 家族関係の調整 8. その他 (_____) | 治療内容 薬物療法 処方 定時処用 屯 心理その他 (_____) ポーカウソ ンセラ リング 朝 昼 夕 眠 剤 不 時 イ ラ 時 不 安 時 イ の 他 (_____) そ 有 ・ 無 (_____) |
|--|--|

その他のサービス利用 (予定含む) _____ (_____)
 保健所 ソーシャルクラブ (_____)
 訪問看護 (_____)
 作業所 (_____)
 その他 (_____)

外来予定 月 火 水 木 金 土 1 / W

《デイケア受け入れ連絡》

面接者 _____ 面接日 年 月 日

コメント { _____ }

デイケア参加予定日 月 火 水 木 金 土 1 / W

作業療法処方箋

| | | | |
|---|---------|----------|-------|
| 処方日： 年 月 - 日 | 主治医： | | |
| 患者氏名： 男・女 | 病棟： | | |
| 生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳） | | | |
| 今回入院年月日：昭和・平成 年 月 日（ 回目） | | | |
| 初回入院年月日：昭和・平成 年 月 日 | | | |
| 診断名： | | 合併症： | |
| 【主な精神症状】 | | | |
| 【関わる上での留意点】 衝動行為・自殺企図・離院傾向・けいれん発作 その他 | | | |
| 【OT 処方目的】 安全、安心の保障・生活リズムの改善・感情の表現と発散・活動性の調整・ 対人関係の改善・楽しむ経験、楽しめることの発見・達成感の経験 その他（ ） | | | |
| 【退院後の生活像】 院内安定 自宅 親族宅 単身アパート 施設（ ） 復職 復学 一般就労 アルバイト 主婦 家事・手伝い その他（ ） | | | |
| 【参加動機】 本人希望 （主治医・Nrs・PSW・CP・家族）の勧め その他（ ） | | | |
| 南埼玉病院作業療法室 | Nrs サイン | 社会療法課サイン | 作業療法士 |
| | | | |

電気けいれん療法施行に関する承諾書

年 月 日
 医療法人社団俊審会
 南埼玉病院
 埼玉県越谷市増森252 番
 Tel 0489 (65) 1151

様

担当医師 ㊦

担当看護師 ㊦

電気けいれん療法は極度の不安緊張状態、うつ状態、興奮状態、幻覚妄想状態を解除もしくは緩和するために行われる治療法です。この治療法は1938年以降多くの患者さんに対して行われました。薬物療法の確立されていない時代には暴力的な患者さんを管理する方法として懲罰的に無麻酔で乱用された経過もあり一般の方々だけでなく医療者の中にもこの治療法について感情的嫌悪感が残っているのが現状です。しかし薬物療法が万能ではなく、重篤な副作用や無効例があることがわかるにつれ電気けいれん療法の効果が見直され、適応や手法にも改良が加えられた結果、現在多くの患者さんに改善をもたらす安全性も確立されております。あなたの現在の状態を改善させるためにあらゆる治療法を検討した結果、電気けいれん療法を治療法の一つとして選択することをお勧めします。

電気けいれん療法は脳内物質のバランスを改善させるために行います。方法としては術前に麻酔薬を静脈注射します。これは電気けいれん療法に伴う恐怖感や緊張を取り除くために行います。こうして眠りに入った後、こめかみに約110 ボルトの電流を数秒間流します。通電により数10秒間けいれん発作が起こりその後平均1時間の眠りの後あなたは目覚めます。このような治療を1週間に3回程行います。これを1クールとし状態の重症度、改善の度合いによって1～3クールを行って治療を終えます。

なお副作用を避けるために細心の注意を払いますが、数週間の短期記憶が曖昧になることがあり、まれに呼吸抑制や骨折が起こることがあります。死亡事故が起こることはごくまれで数万回に1回程度だと言われています。

もし疑問点があれば主治医が口頭で詳しく説明します。また今後いつでもあなたの意思で治療を中断することができますが、適切な回数を終了するまでは治療を続けられるようにお勧めします。上記の説明を読み、主治医の説明を聴いた上でこの治療法を受けることを承諾された方は下の署名欄に署名してください。

私は説明を理解した上でこの治療法を受けることを承諾いたします。

本人氏名 ㊦

家族氏名 (間柄) ㊦