



精神保健福祉だより

埼玉県立精神保健福祉センター <http://www.pref.saitama.lg.jp/A03/BE02/top.htm>
 埼玉県立精神医療センター <http://www.pref.saitama.lg.jp/A80/BA04/top.htm>
 〒362-0906 埼玉県北足立郡伊奈町大字小室818番地2 TEL 048-723-1111 (代表) FAX 048-723-1550

CONTENTS

1. 埼玉県自殺対策キャンペーン、シンポジウム及びフェスティバル報告
企画広報担当…………… 1
2. 自殺対策の手引き・自死遺族支援リーフレット発行について
精神保健福祉相談・自殺防止対策センター担当…………… 4
3. 埼玉県障害者ワークフェア2009開催について
副センター長(兼)社会復帰部長 三村卓巳…………… 5
4. 精神疾患治療法シリーズ
電気けいれん療法 (electroconvulsive therapy : ECT)
第1精神科科長(兼)副部長 新垣 浩…………… 6
5. 精神医療センター 児童思春期病棟 (第5病棟) の紹介
第5病棟 看護師長 植木恵子…………… 9

No.69

平成21年11月

※当たよりは、埼玉県立精神保健福祉センターのホームページから、全文ダウンロードできます。
是非、ご利用ください。
(<http://wwwwww.pref.saitama.lg.jp/A03/BE02/top.htm>)

1. 埼玉県自殺対策キャンペーン、シンポジウム及びフェスティバル報告

企画広報担当

9月は「八都県市自殺対策強化月間」です。埼玉県を含む八都県市では、自殺予防のためのキャンペーンに取り組んでいます。今号では、埼玉県内で行われたキャンペーン等の報告を行います。

平成21年9月5日、埼玉県、川越市及び埼玉県自殺対策協議会の共催で、「自殺対策シンポジウム 川越」が開催されました。

シンポジウム開催前の午前中には、西武新宿線本川越駅において自殺対策キャンペーンとして普及啓発のティッシュを配布しました。



西武新宿線 本川越駅 普及啓発ティッシュ配布

天候にも恵まれ、多数の方に受け取っていただき、1,000個のティッシュは30分ほどで配布を完了しました。立ちどまってキャンペーンの主旨を熱心に尋ねてくださる方もおり、大変心強く励みになりました。

午後は川越市保健所において、「自殺防止の取り組み～いま、私たちにできること～」をテーマとしたシンポジウムが開催されました。

シンポジウムの第1部では、埼玉医科大学総合医療センター・メンタルクリニック教授の堀川直史氏による「自殺にいたるこころの動き～その発見と対応～」と題した講演が行われ、自殺の現状、自殺と精神疾患の関係を示し、社会の精神科ニーズや職場のメンタルヘルス意識が向上している今こそ、社会的サポートが必要とのお話がありました。

第2部では、「自殺を試みた人・考えるほど追い込まれた人たちをどう支えるか」というテーマ

でパネルディスカッションが行われました。堀川氏がコーディネーターとなり、川越市医師会訪問看護ステーション所長 水口よう子氏、「夜明けの会」事務局次長 吉田豊樹氏、埼玉いのちの電話理事兼研修委員 田中邦子氏、埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センター講師 森脇龍太郎氏の4名がパネリストとなりました。

水口氏は、訪問看護としての地域現場の立場から病苦・慢性患者と接する際の対応について述べ、「在宅サポートに徹すること」を今後の対策とされました。

吉田氏は、自己の多重債務や自殺未遂の経験をもとに当事者の立場から、「借金は、必ず解決できる。私も助かりました。まずは相談しましょう！」と話されました。また、自殺の多い場所（駅のホームなど）の体制強化を進めるべきと説明されました。

田中氏は、いのちの電話の現状や事例を紹介し、電話だからこそできる危機介入を他機関につなげたいと話されました。また、「1人」を諦めないこと、危機介入後にサポートの手を離さないことが大事だとされました。

森脇氏は、救命医療の立場から自殺未遂患者の現状・問題について話されました。徐々に精神科医療が衆知されるようになったが、もっと精神科受診の敷居を低くし、患者を増やさないようにしなければならないと説明されました。

それぞれの立場から「自殺」についての現状報告や課題提起を基に、活発な議論がなされ、今後他機関連携を目指していくこととされました。



自殺対策シンポジウム パネルディスカッション

平成21年9月12日、浦和区の埼玉会館において、埼玉県自殺対策シンポジウムを兼ねた、「SAITAMA心の健康フェスティバルIN浦和」が開催されました。

川越のシンポジウム同様に、午前中は浦和駅前で埼玉県のマスコット「コバトン」とさいたま市のイメージキャラクター「つなが竜ヌウ」も参加した自殺予防キャンペーンとして普及啓発ティッシュを配布しました。



JR浦和駅 普及啓発ティッシュ配布



つなが竜ヌウとコバトン

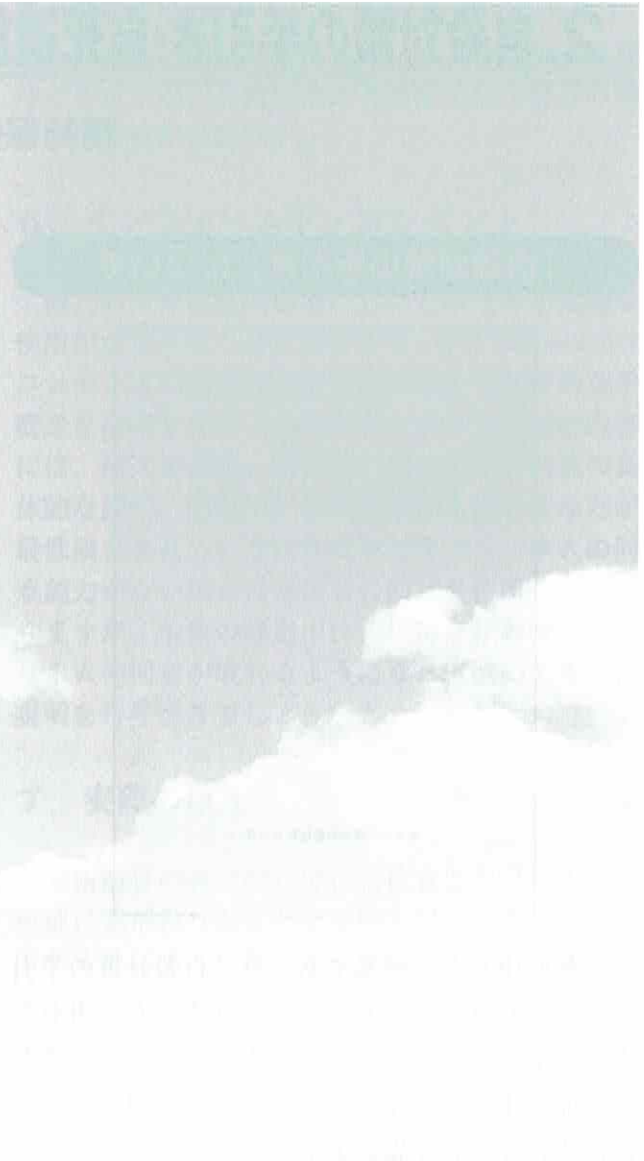
コバトンとヌウのツーショットは珍しく、道行く人から記念写真の要望があるなど、大変注目の中で、キャンペーンを行うことができました。コバトンとヌウは、午後の講演会でも、観客のお出迎え、お見送りをしたりと大活躍で、心の健康フェスティバル全体に花を添えました。

午後は埼玉会館において、「子どもたちの心の世界～心のつぶやき 聞こえていますか～」をメインテーマとしたフェスティバルを開催しました。

第1部は国語作文教育研究所長の宮川俊彦氏から『子どもの心の世界』と題した講演がありました。宮川氏はかねてから「子どもの作文を見ると、その子の心の中が見えてくる。」として、子どもを成績数値などの画一的な価値観で捉えてはいけないと主張されました。

第2部は前浦和レッドダイヤモンド代表の藤口光紀氏から『夢に向かって』と題した講演がありました。藤口氏は高校時代からサッカーをはじめ、日本代表にまでのぼりつめた努力の人であるにもかかわらず、明るい語り口で「サッカーは『17』しかルールがない、誰でも理解しやすいスポーツである。相手よりいかに先を読んで動くかで勝負は決まる。常に夢を持ってプラス思考で歩むことが大切」と語られました。

今回の事業は近年の自殺者数の増加に鑑み、一次予防の観点から若年層の自殺の原因を検討することに焦点をあてました。参加者のアンケート結果からは、「非常に示唆に富んだ話がきけて良かった。」「子どもに関するどのような問題に焦点をあてているのかテーマがわかりにくかった。」という声をいただきました。いただいた貴重な御意見は、今後の企画に生かして、普及啓発事業を推進していきたいと思えます。

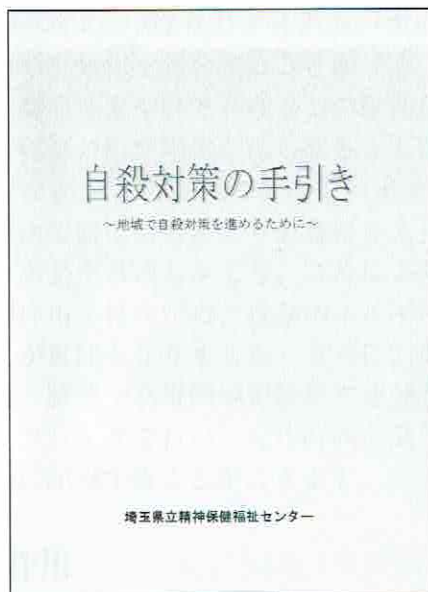


心の健康のためには、「まあ、いっか。」というゆとりある考え方が必要と考え、採用されました。

2. 自殺対策の手引き・自死遺族支援リーフレット発行について

精神保健福祉相談・自殺防止対策センター担当

「自殺対策の手引き」について



昨年度中からの懸案であった「自殺対策の手引き」が、9月にやっとできあがりしました。当センターのホームページから、ダウンロードすることが可能です。できるだけ、多くの方に使っていただけたらと思います。

平成18年の自殺対策基本法以来、全国各地で自殺対策についての取り組みが本格的に始まりました。それとともに、さまざまなマニュアルやガイドブックなどが、いろいろな形で発行されてきています。今回、あえて当センターからもこのような手引きを発行したのは、埼玉県の精神保健福祉の現場で、「まずできることから」と手探りしながら開始してきた自殺対策について、少しはまとまった形で提示することができるようになったのではないかと考えたからです。そしてまた、これから取りかかろうとするときの、ささやかなヒントや手がかりになればとの希望もありました。

もとより自殺対策は、精神保健福祉よりも広範にわたるもので、今回の手引きはそのすべてを網羅するものではありません。おもに精神保健福祉領域において、さまざまな相談や広報普及、研修

などをおとして、ポイントになるようなことを拾い上げました。この手引きは、下記のとおり「(1) 埼玉県の自殺対策事業」「(2) 自殺の危険性の高い人への対応」「(3) 自死遺族への支援・援助」の3部から構成されています。

(1) 埼玉県の自殺対策事業

当県の自殺の現状と、自殺対策事業の経過について述べています。また、地域において自殺対策を行う場合の考え方についても提言しています。

(2) 自殺の危険性の高い人への対応

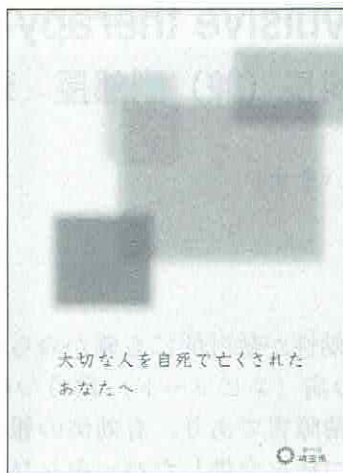
ここでは、うつ病・統合失調症・依存症の3つの精神疾患および経済問題を抱えた人について、自殺のリスクが高い状態として注意すべき点をまとめました。また、他のさまざまな要因を含めて「自殺に傾いている人」について考察しました。

(3) 自死遺族への支援・援助

自死遺族の状況を理解し、適切な支援について述べています。また、相談先を探したり、さらに詳しい情報が必要な場合のために、できるだけ多くの資料の出典や関係機関の連絡先を掲載しました。

自殺に関して埼玉県では、なおも深刻な状況が続いています。「まずできること」、「今できること」が少しずつでも、後退することなく広がって行かざるを得ない状況であるともいえるかもしれません。この手引きの内容が「読むまでもなくあたりまえのこと」となるように、県内各地各所で自殺対策が行われることの機会になればと願っています。

自死遺族支援リーフレット 「大切な人を自死で亡くされたあなたへ」について



自死遺族の方々へお渡しできるものがあればいいと考えて作成されたリーフレットです。

当センターでは平成18～19年から少しずつ、自死遺族会（分かちあいの会 あんだんて）への協力や自死遺族の個別相談を行ってきています。そうして、まだ自死遺族会や相談のことを知らない、多くの自死遺族の方々へ、お伝えする方法の一つとして、このリーフレットを使用していきたいと思います。

遺族の方ご自身の状態を考慮して、必要な場合には受診や相談をためらわないでほしいことや、

ご遺族として必要な手続きのチェックリスト、また当センターや「あんだんて」の情報を掲載しました。

どのようにしてこのリーフレットを必要としている人へ届けるのかは、現在検討しております。まずは、埼玉県警察にお願いして、ご遺族と接する場合にお渡ししていただけるように調整中ですが、もし他にも良い方法にお心当たりがあれば、ぜひお知らせください。

このリーフレットは、次のメッセージから始まっています。



大切な人を失うと、
こころや身体や行動の
さまざまな変化を
体験することがあります。
それはあなた
1人ではありません。
その変化の内容や順序、
強さは、1人ひとり違います。
それはあまりに深くて
つらい悲しみや
苦しみから、
あなた自身を守るための
自然な反応です。

3. 埼玉県障害者ワークフェア2009開催について

副センター長（兼）社会復帰部長 三村卓巳

平成21年9月17日、浦和コミュニティーセンター多目的ホールにて、障害者雇用支援月間の一環として「埼玉県障害者ワークフェア」が開催されました。精神保健福祉センターは、当ワークフェアの運営を行う、「埼玉の障害者雇用を進める関係機関連携会議」の委員としてフェアに参加しました。

午前の部は埼玉県知事をお招きして、埼玉県雇用開発協会による障害者雇用に積極的に取り組んでいる優良企業所及び永年勤続されている優秀勤労障害者の表彰式が行われました。

午後の部は障害者雇用サポートセンターによる

セミナーが開催され、1部では日本理化学工業会長の大山康弘氏による講演、2部では「地域で支える障害者雇用を考える」と題してシンポジウムが行われました。

またそれぞれの会議室では、特殊支援学校や障害者施設の展示即売会やマッサージコーナーもあり、多くの皆さんが参加されました。

当センターもジョブガイダンス事業、ジョブサポーター研修等各地で協力体制を整えており、障害者雇用が積極的に行われることにより身体・知的・精神障害者への理解が一層広まっていくものと思われまます。

4. 精神疾患治療法シリーズ

電気けいれん療法 (electroconvulsive therapy:ECT)

第1 精神科科長 (兼) 副部長 新垣 浩

1. 歴史

全身けいれんの後に統合失調症や躁うつ病の症状が改善するという経験的事実から、ヨーロッパ各国において18世紀後半より樟脳などの中枢神経刺激作用のある薬物による発作誘発法が試みられていました。しかし、薬剤により著しく不快な感覚が生ずることなどから、より負担なく確実にけいれんを起こす方法として、イタリアのCerletti等により1938年に電気刺激が初めて用いられ、以後、1940年代には、統合失調症およびうつ病に対する主要な治療法として電気けいれん療法 (以下ECT) が施行されるようになりました。

1950年代にクロルプロマジン、イミプラミンなどの向精神薬が発見され、その後、ECTは薬物療法に精神科治療の主流の座を奪われました。しかし、丁度この時期に、施行前に患者が感ずる不安や恐怖心を軽減する目的でバルビツレート系静脈麻酔薬を用い、さらに骨折などの問題点を回避するために筋弛緩薬としてサクシニルコリンを用いた修正型ECTが開発されました。これらの進歩も寄与して、1960年代に入り、欧米においては薬物療法に比べたECTの利点が再評価されることになりました。1970年代には刺激装置が改良され、従来の治療器に比べて少ないエネルギーで効率的に発作を起こすことができる短パルス波の治療器が導入されています。

日本においても、1938年に最初のECTが施行され、1958年には島菌らにより修正型ECTが施行されていました。ところが、1950年代以降の薬物療法の発展の影響と、臨床現場での不適切な使用への反省などから1960年代から70年代にかけてはECTが行われることが少なくなりました。しかし、徐々にECTの利点が再認識され、1980年代に入り、修正型ECTが総合病院精神科、大学病院精神科を中心に行われるようになり、パルス波治療器も2002年6月に厚生労働省により正式に認可されました。現在では、当院 (埼玉県立精神医療センター) でも年間に50人程度にECTが

施行されています。

2. 適応

ECTの有効性が統計的にも確かめられている疾患は、大うつ病 (エピソード)、躁うつ病、緊張病、統合失調感情障害であり、有効例の報告が多い疾患には、うつ病を合併したパーキンソン病、悪性症候群、難治性てんかん、強迫性障害、中枢性慢性疼痛などがあります。

特に、自殺の危険が切迫している場合や、身体的に脱水や低栄養状態を伴う場合、精神病症状を伴い身体的安静の保てない重症うつ病などでは迅速な症状の改善を必要とする場合が多く、第一選択の治療としてECTが行われることがあります。

ECTが適応となる主要な精神症状・状況について以下にまとめました。

- 1) 自殺の危険が逼迫している場合
- 2) うつ病性の制止症状が顕著で、摂食量が減少し身体的に低栄養などの問題を合併する
- 3) 貧困・罪業・心気などの妄想や激しい焦燥を伴う
- 4) カタレプシー、昏迷、拒絶症、衝動性、反響症状などの緊張病の特徴を伴う
- 5) 十分な抗うつ薬の投与でもうつ症状の改善を認めない治療困難例
- 6) 抗うつ薬の副作用 (尿閉や起立性低血圧、QT延長などの心電図異常、悪性症候群、パーキンソニズム) のために十分な薬物投与が困難
- 7) 高齢者のうつ病
2) 3) 6) などの特徴を伴いやすいため
- 8) 妊婦のうつ病 (胎児への影響から薬物投与が困難な場合、出産が間近に迫っていて早急な精神症状の改善が必要である、など)
- 9) パーキンソン病に合併したうつ病
- 10) 精神錯乱 (軽度の意識障害を伴う激しい躁的興奮) を伴う重症躁病

3. 治療の禁忌

ECTはその即効性からしばしば重篤な身体疾患と精神症状が合併する患者さんに施行されます。けいれんによる身体への負荷が少なくなった修正型ECTには絶対的禁忌はないものの、個々のケースにおいて、治療による危険性と利益についての慎重な評価がなされるべきだと考えています。

なお、相対的にECTによる危険性が高いと考えられる身体的状況は、以下の場合です。

- 1) 頭蓋内圧亢進を引き起こす脳内占拠性病変(腫瘍、血腫)または最近起きた脳内出血の存在
- 2) 最近の心筋梗塞や不安定狭心症、非代償性うっ血性心不全などの不安定な心血管系疾患
- 3) 血圧の上昇により出血する可能性のある動脈瘤あるいは血管奇形
- 4) 血圧のコントロールが不良な褐色細胞腫

4. 作用機序

ECTの作用機序については未だに明確な結論が出ていません。

うつ病への効果からセロトニンなどの神経伝達物質や受容体、細胞内情報伝達物質、神経栄養因子への作用があることが推測されています。また、ECTを複数回施行すると次第にけいれん閾値が上昇することからてんかん発作に関連した神経伝達物質への作用があると考えられています。さらに、間脳の障害でうつ病類似の症状が出現することや視床下部-下垂体-副腎系ホルモンの分泌異常がECTにより改善することから間脳への作用が重要とされ、また、ECTの効果発現に発作波の全般化が必要であることから脳幹部を含む脳全体への作用が想定されています。

5. 術前評価と併用薬の調節

前評価としては、詳細な精神科的病歴の聴取、身体的合併症の評価、併用薬の有無と種類の確認、歯と口腔内の観察、麻酔科的前評価が必要です。また、術前の臨床検査として血算、一般生化学、心電図、胸部レントゲン、脳波、頭部CT/MRIを施行することが望まれます。

ECTの導入前に投与量の調整を考慮すべき薬物として、テオフィリン、リチウム、睡眠薬・抗不安薬や抗けいれん薬があります。また、血糖降下

薬や利尿薬は、投与方法の工夫が必要になります。抗うつ薬や抗精神病薬は併用による増強効果を期待できますが、心血管系の合併症を持つ患者の場合には注意が必要です。

6. インフォームド・コンセント

過去の精神科臨床現場においてECTの不適切な使用がなされたことを踏まえて、インフォームド・コンセントに関し各治療施設において具体的な手続きを決定しておく必要があります。説明の内容には、ECTの適応、有効性、操作や試行回数などの具体的な説明、副作用、他に取りうる治療法などが最低限含まれていなければなりません。本人の同意能力がない場合は保護者の同意を得ることになりますが、治療の経過中に、精神症状の改善により本人の同意が取れるようになれば改めて本人に説明を行うべきでしょう。

7. 実際のECT

手術前日の夜9時以降は絶飲食となり、手術の直前に薬剤投与および急変時の対応のため乳酸リンゲル液によって静脈路を確保します。手術室に入ると、モニタリングとして心電図、血圧・脈拍、血液酸素飽和度、脳波などの記録を開始します。

ECTの麻酔は作用時間の短いチオペンタールや心抑制の少ないプロポフォールなどの静脈麻酔を用います。術中高血圧や不整脈を減少させる目的で、ガス麻酔を併用することもあります。筋弛緩薬は、主に作用時間の短いサクシニルコリンによって行われます。通電の直前まで十分な酸素を投与して、術後せん妄や心血管系の合併症の予防を図ります。

通電は8秒以内で、これにより脳内ではてんかん発作と同様の電気活動が生じますが、これは通常2分以内に消失します。その後数分で呼吸が回復し、10分前後で意識も回復してきます。しばらく、手術室で回復状況を観察してから病棟に戻り、会話や歩行などの状態を評価し、30分から1時間程度で点滴を終了することで、一回の治療が終わります。

治療頻度は週に1回から3回程度ですが、症状と認知機能障害などの有害事象の程度によって決めていきます。治療頻度を増やすと症状の回復が早くなることが期待できるため、重症例などでは

週3回の頻度で施行されます。治療は、それ以上の症状の改善がないことが確認された段階で終結となりますが、治療総数は効果と副作用に応じて6回から12回程度に収まることが多いようです。

刺激装置としては、原則として、2002年6月に正式認可された定電流型短パルス矩形波治療器（以下、パルス波治療器）が用いられます。パルス波治療器は、従来用いられていたサイン波刺激装置に比べての1/3程度のより小さい電流強度で神経細胞の脱分極を誘発することができ、これにより認知機能障害や脳波異常などの副作用を減らしながら同等の治療効果が得られることが、比較対照研究などから明らかになっています。また、パルス波治療器は治療により患者に与えられる総電気量を調整することができ、これにより、治療効果と副作用を見ながら、投与エネルギーを調節することが可能となりました。さらに、最新の治療器では、脳波や筋電図測定装置を連動させて発作のモニタリングを行い、発作時間や発作の性状を自動的に記録することができます。

8. 副作用

頻度の高いものは頭痛、筋肉痛、嘔気がありますが、多くの場合経過観察のみで数時間程度で改善します。症状が強い場合には、非ステロイド系消炎鎮痛薬の事後的投与や、H2ブロッカーの術前投与などで対応可能です。その他に、通電中の咬筋収縮による口腔内損傷に対しては、術前の歯科的処置や治療に際してバイトブロックを使用することなどで対応します。また、ECT経過中に躁病相が出現した場合には遷延性せん妄との鑑別がまず必要であり、その後にECT継続の可否を検討することになります。

ECTの副作用としてもっとも重要で重篤な結果をきたす可能性のあるものが、心血管系障害、認知機能障害、遷延性けいれんです。

心血管系合併症としては、電気刺激の直後の迷走神経刺激による徐脈・心停止があります。その後、発作による交感神経性の放電により頻脈・心室性不整脈・高血圧が生じます。これらの副作用が低栄養、脱水、感染症の合併症と絡むことにより、ECTに関連した死亡事故が1万人に1人の割合で起こる可能性があると言われていています。前者の予防のためには刺激電極の位置の調節や投与電気量の調節などを行い、後者が持続する場合には

カルシウム拮抗薬やβブロッカーの静脈投与を行うこととなります。

ECTの副作用として生ずる認知機能障害のなかで最も頻度が高いのが記憶障害です。これには、前向性と逆行性の障害があり、障害が持続する期間とその程度はさまざまですが、高齢者で重症化する傾向があります。前向性健忘（記銘力障害）は治療終結後数日から数週間で改善します。逆行性健忘も遅れて改善しますが、まれに記憶の回復が不十分と訴える症例も報告されています。その他に、麻酔の覚醒時に数分から数時間の錯乱状態を呈する発作後錯乱や、治療のない日や夜間にも軽度の意識障害と躁病様の多動が出現する遷延性せん妄が出現することがあります。これらの認知機能障害を減少させるために、ECTの施行間隔をあける、パルス波治療器を用いる、片側性電極による刺激を行う、併用薬の再検討（リチウムなど）、麻酔薬の過剰使用を避けるなどの対応が必要となります。

また、ECTによる発作が3分以上続く場合を遷延性けいれんと呼びます。その危険因子として初回治療、ベンゾジアゼピンの退薬、テオフィリンやリチウムなどのけいれん誘発作用のある薬物の併用、てんかん患者、電解質異常の合併などがあげられます。これには、麻酔薬の追加やジアゼパムの静注で対応することになります。

9. 寛解維持のためのECT

ECTの問題点として効果が持続しないことが挙げられます。ごく最近の報告によれば、ECT後の再燃率は高く、プラセボ投与群の24週間での再燃率は84%に達するとされています。エピソードの再燃・再発を防止することを目的として施行されるECTのことを、継続ECTまたは維持ECTと呼びます。最近の研究によれば、抗うつ薬と継続・維持ECTを併用することにより、抗うつ薬単独投与と比較し再燃率はかなり低下することが示されていますが、どの時点まで治療を続けてゆくことが必要であるのかに関する結論がでていないのが現状です。このため、継続・維持ECTの適応や治療頻度に関する判断は、個々の症例に応じて慎重になされるべきであると考えています。

5. 精神医療センター 児童思春期病棟(第5病棟)の紹介

第5病棟 看護師長 植木恵子

1. はじめに

児童思春期病棟は埼玉県内の児童・思春期の精神疾患患者に対し、主に薬物療法による医療的役割を担うため、平成18年4月に開設されました。開棟から4年目を迎え、約500名以上の患者が入院し、その対応を行ってきました。

入院患者として多い疾患は、適応障害、統合失調症、強迫性障害、発達障害の2次障害等があります。疾患や年齢が多岐に渡っているため、精神症状が激しく、安静を必要とする患者もいたり、じっとしていることが困難な患者もおり、発達段階や病状に合わせた対応が必要とされています。

また、精神疾患のみならず、様々な発達課題や養育問題を抱えた患者さんが多く、それに合わせた対応を、常に心がけて取り組んでいます。

2. 入院までの流れ

基本的に初診の診療は、埼玉県内の小児科または精神科医師からの紹介ケースや、保健・教育等の関係機関からの紹介ケースなどを受けています。

原則、紹介予約制となっていますが、紹介状がなくても随時予約を受けています。およそ1~2ヶ月の間に初診の予約がとれるように診療体制を整えています。患者さんの状態によって、緊急の場合には、日程の調整を行っています。また、診察は成人の精神科外来(第1外来)から離れている、新病棟の児童思春期外来(第2外来)で行い、患者さんが静かな環境で外来受診できるよう配慮しています。

3. 病棟の概要

①病床数

30床(保護室3床・重症個室2床・一般個室25床)で全室個室となっており、閉鎖病棟となっています。同じフロアーには院内学級が併設されています。

②対象

精神障害圏、神経障害圏、発達障害の2次障害、摂食障害の場合は身体的治療不要の患者としています。

③機能

県内の児童・思春期の精神疾患患者に対し、主に薬物療法による医療的役割を担っています。また、生育環境を一時的に提供し、福祉、教育、地域などの関係諸機関との連携を図り、治療の継続性を保つように調整しています。



窓から緑の見える明るい病室



開放的で清潔な食堂

4. 病棟での取り組み

①看護とチーム医療

入院中の患者さんの日常生活については、一人一人の入院目標によって異なりますが、朝定刻に起きて食事をとり、日中は各々の日課で活動し、夜定刻に就寝するなどの、生活リズムを整えることが共通する目標となります。病状によって生活リズムが崩れてしまった患者さんには、個々に目標をたてて少しずつ改善できるようプライマリーナース（担当看護師）を中心に計画し、指導しています。日課の中には曜日によって病棟で行われるプログラムがあり、集団生活の評価や適応のための訓練等を行っています。また、退院に向けた社会適応（学校適応）について他職種で検討しながら取り組んでいます。

基本的に入院した患者さんには、担当の主治医、プライマリーナース（担当看護師）、担当ケースワーカーがつき、退院までの治療・看護の検討、退院調整を行っています。毎日ケースカンファレンスを行い、担当者だけでなく、チームで検討し対応しています。

育てる看護



個性にあわせた温かい教育
～院内学級～

②院内学級との連携

平日に毎日、埼玉県立岩槻特別支援学校から先生が訪問して、入院中の患者さんの授業を行っています。院内学級との連携は毎朝登校児童の様子を申し送り、学校の様子については連絡ノートを用いて情報の共有をしています。また、週に1回ケースカンファレンスを行い、問題の検討や教育方針の共有等を行い、個々の病状に応じた授業や教育指導を行っています。また中学3年生の受験を控えた患者さんには、卒業後の適応ができるように学校病棟間で検討しながら進路指導を行っています。退院する前には地元の学校との調整等を行い、退院後も個々に合わせた教育の継続が行われるように連携を心がけています。

5. 今後の取り組み

児童思春期病棟の看護指針は「育てる看護」を実践することにあります。児童・思春期の患者さんは、こころと体の成長とともに社会適応に向けたコミュニケーションや関係の取り方を学ぶ大切な時期でもあります。児童・思春期にとっての社会適応とは、学校適応となります。院内学級との連携は必至ですが、退院に向けて地域の学校との連携や保護者をサポートする、地域の保健センターや保健所、児童相談所等との連携も必要です。現在個々のケースで地域との連携を行っています。今後さらに地域との連携体制を築いていくことが課題となります。

《日課例》

7時00分	起			床
7時30分	朝			食
9時00分	ラ	ジ	オ	操
	学		体	校
12時00分	昼			食
	学			校
	プ	ロ	グ	ム
15時30分	お	や		つ
	自	由	時	間
18時00分	夕			食
	自	由	時	間
21時00分	就	寝	準	備
22時00分	就			寝

《プログラム週間予定》

月曜日	コミュニティミーティング
火曜日	S S T
水曜日	
木曜日	レクリエーション
金曜日	