場(ば)あ

ここを行きかう人たちのパラパラシンケン物語

2021.4月 第7号

特集

精神科救急病棟「オリーブ」開設から1年
座談会 精神科救急医療の現場を語る

ゲスト
小宮さゆき 看護師［訪問看護ステーション こくーる］
宇川征宏 相談員［京都市中部障害者地域生活支援センター にしじん］

京都の精神科医に聞く

あすかい病院 副院長 精神科医 近藤 悟
としもりクリニック 院長 歳森康博

事業所＆施設の紹介 いわくら病院 訪問看護ステーション

「場ぁ」という言葉は、ここを行きかう心を病める方たち、ご家族、地域の方々、職員にとって、人が生きていくのに必要なさまざまな繋がりが生まれるところというニュアンスを含んでいます。私たちの思い描く精神医療は、綺麗事ではなく、人間臭く、人と人が出会い、心を病める方の困難と向き合うことです。ここで生まれるたくさんの物語。私たちはこの地が、常に未来へと繋がる開かれた扉を持つ「場ぁ」であり続けることを願い、この情報誌を「場ぁ」と命名しています。

※いわくら病院は伝統的に開放医療を理念に掲げ、入院されている方々の個性を尊重する治療を目指しています。

医療法人 稲門会
いわくら病院

特集

精神科救急病棟「オリーブ」開設から1年

いわくら心の救急医療センター

オリーブ

人と人の間の相互理解から、平和な社会へと繋いでいきたいという意思を込めて、平和の象徴である「オリーブ」と命名しました。

いわくら病院が理念とする開放医療の新たな可能性を信じて、2019年12月1日に誕生した精神科救急病棟「オリーブ」。救急病棟としては、京都府で4施設目、京都市内では初の認可施設となりました。
座談会では、京都市北部の精神科救急を担うことになったこの1年を振り返り、現場に起きた変化や取り組みを紹介。院外からのゲストを交え、異職種それぞれの立場で精神科医療の現在・未来を熱く語り合いました。

テーマ　精神科救急医療の現場を語る

座談会

第1節　「精神科救急入院の受け入れ病院として」

第2節　「急性期病棟から救急病棟になって」

第3節　「地域への退院について」

相談員
宇川征宏
京都市中部障害者
地域生活支援センター
にしじん

病棟担当医
崔 炯仁
オリーブ 診療科長

精神科認定看護師
武田慎太郎
オリーブ 看護副部長
兼病棟師長

看護師
小宮さゆき
訪問看護ステーション
こくーる

看護師
渡邊邦彦
オリーブ 病棟副主任

精神保健福祉士
吉田夏実
オリーブ

新型コロナウイルス感染予防対策　座談会および取材にあたっては検温・消毒・身体的距離の確保・マスク装着（撮影時除く）を徹底し、細心の注意を払って実施いたしました。

※地域（ちいき）とは、地域で活動する様々な支援者・支援機関を総称しています。

第１節
「精神科救急入院の受け入れ病院として」

崔（チェ）　皆さん、この大変な時期にお集りいただき、ありがとうございます。いわくら病院が２０１９年12月にスーパー救急病棟「オリーブ」を立ち上げ、夜間休日も患者さんを受け入れて行くという救急体制に大きく変わり、１年が経過しました。そこで今日は、宇川さん、小宮さんのお二人を迎え、現場の最前線で働くスタッフの苦労話なども交えながら、いわくら病院の強みや、京都の医療で担う役割、これから目指すべきことなどを話し合いたいと思います。

オリーブ開設以降、急増する救急の患者さん

当院は、歴史的な開放医療を背景に、２０００年代から「ソフト救急」として可能な限り断らない医療を地域と密着してやってきました。２０１４年には急性期16：１医師配置態勢を採り救急体制も強化しています。困ったときはなるべく早く入院でき、なるべく早く退院してもらうという理念はずっと持ち続けています。救急医療というのは、一番苦しいときの患者さんを診ることになります。何十年も治療中断されている方や、周囲の人が想像できないような病状悪化で来られる患者さんに出会うことが増え、あらためて救急医療が大変な仕事だと感じています。

具体的に数字をあげると、２０１８年４月～２０１９年３月と２０１９年７月～２０２０年６月の年間比較では、医療保護入院・措置入院などの非自発性入院が１２８人から２２２人に。隔離者は１７８人から２６９人と前年比較で１・５倍、拘束者は19人から31人と１・８倍となっています。また、夜間救急は１１７人から１９０人と、いずれも増加しています。行政との連携というかたちで、いわくら病院が京都市北部の精神科救急を担わせていただいている部分が急激に増えていると実感します。疾患別では、統合失調症圏は１４１人から１４７人、気分障害圏は97人から

１０３人ですが、「不安症群・パーソナリティ障害・神経発達症群の合計は31人から59人と増加しています。また、年代別では10代が７人から19人と、思春期・青年期の方が大変増えました。

では、さっそく現場の人たちの話を聞いてみたいと思います。救急受け入れになって変化したこと、苦労や面白さなどを、渡邊副主任からお願いします。

渡邊　急性期ゾーンとして10床の保護室エリアというものが新しく出来ました。このエリアは、比較的症状の強い急性期の方が治療できるように10時から16時の間は独立した空間にさせてもらっています。精神科救急となって症状が強い方を多く受け入れるようになったわけですが、エリアを分けることでＩＣＵの精神科版的に集中治療ができるようになりました。日中は患者さん10人に対して看護師２名がしっかりとフォローしています。密な関わりができるようになってからは、「話を聞いてくれ」「これを買って来てくれ」などの様々な希望に対応できるようになりました。それによって保護室の扉を激しく叩く、いわゆる〝ドア叩き〟が激減しました。これはご本人の生活全般を援助できるようになったことが要因だと思います。そして、これまで患者さんが抱えてきた不安や葛藤についてのお話を聞かせていただく機会が本当に増えました。

武田　保護室内のアメニティについても教えてください。

渡邊　カレンダーも時計も設置されています。保護室内というのは景色が変わらないんですね。そのことが刺激を遮断する治療にもなっている一方、何もない部屋では現実感を失ってしまう危険もあります。カレンダーや時計は、その感覚を失わないようモニタリングできる大切なアイテムです。自分が何日に入院して何日が経ったと、安心して治療ができる環境になっています。

崔　吉田さんは救急病棟の専従として多くのケースを見ておられます。どのような変化がありましたか？

吉田　まず、時間外や休日夜間帯に入院されるケースが増えました。病棟も広くなり、それまではデイルーム１室で患者さんのご様子も把握しやすかったのですが、今では、どこにいらっしゃるか探すような感じです。広くなったことでプライバシーは守られていますが、お一人お一人の最近のご様子や表情に気をつけないと、必要な情報が〝抜けやすい〟と感じています。だからこそ一層の注意深さが、こ

れまで以上に必要なのだ、という認識に自分も変わりました。

武田　渡邊さんも言っておられましたが、やはり一番変わったことは環境で、ゾーンでの治療が可能になったことが大きいです。患者さんが一番苦しいときを、看護師、ソーシャルワーカー、医師が保護室で集中的に見ることが出来るのが何より良かったと思います。

救急、夜間受け入れの難しい部分も見えた

精神科救急の夜間診療が難しいところに、非自発性の入院という形態があって、患者さんが入院を希望されていないのが常なんです。そしてご家族の同意も得なくてはいけない。それを夜間に医師と当直看護師だけの少人数で判断を迫られることの危険性は、毎回感じます。夜間救急の受け入れの難しさはそこにあるのかと。

崔　患者さんの〝受け〟は当直医がやって、翌日から救急病棟担当医が主治医になるのですが、入院の「入り口の場面」に立ち会ってないんです。ご本人は苦しかったかもしれないし、ご家族は藁にもすがる思いだったかもしれない。その場に立ち会えていないことが、入院中盤まで尾を引くこともあります。そこを埋めるために随時カンファレンスを入れたり、ご家族と早めに連絡を取っています。

　小宮さん、宇川さん、依頼先としてのいわくら病院のイメージや当医院に対する要望などがあればお聞かせください。

小宮　地域というのは「入院できるのか出来ないのか」の確認から始まることが多いです。このところ難しいと感じるのは、食べられない状況が続いているような、身体に関わる部分ですね。私のステーションはアルコール依存症の方の受け入れも多く、患者さんが危機状態であれば身体管理が必要になります。ただ、そのようなケースは入院を断られます。その点は困っていないと言えば嘘になります。以前なら、まずはいわくら病院で受け入れて、そこから転院…という感じでしたが。

吉田　相談員は相談段階で、その方のお身体を精神科でも見ていけるのかという点はシビアに伺いますが、単科では限界があります。場合によっては内科受診をお願いすることもありますが、それが患者さんの命を守ることに繋がると思っています。

崔　まず、当院に入院していただいて身体の病気を発見し、その

精神科救急医療の現場を語る

座談会

治療を優先していただくために他院に転院した場合も、保険上は「ちゃんと治療して自宅に退院させられなかった」ケースとしてみなされてしまうという問題が1点あります。

　アルコール依存に関しては、ご本人が入院で「この嗜癖・依存症を手放そう」という気持ちになって初めて、治療が成り立ちます。夜間酩酊状態で暴れているからといって、ご本人の意思に反して入院されたとしても治療になりません。認知症でも夜間に、「暴れているので、すぐ入院させてほしい」という依頼があります。「認知症の周辺症状」と呼ばれるこのような行動が悪化する背景には、生命にかかわるような身体状態の悪化が隠れている場合が多いです。だから平日の日中に「この入院で何を治して（治療対象となる症状）、どういうかたちで退院されるのか（治療のゴール）」についてしっかり話し合っていただきます。「ここは救急病院ではないのか」とお叱りを受けることもありますが、責任を持ってその方の治療をお引き受けするために必要なプロセスだと考えています。

入院依頼は、退院とセットで考える

宇川　私のいる、京都市中部障害者地域生活支援センター「にしじん」は上京区にあり、上京区・中京区・下京区・南区にお住まいで、障がいのある方すべてを対象に活動しています。お手伝いさせていただく方は、生まれたばかりで四肢障がいのある方から、若年性認知症の方、移動支援が必要な65歳以上の方、と幅広いです。

　いわくらさんは「医療者の顔が見やすい病院」だと思っています。入院を依頼する時は必ず退院をセットに考えます。お任せし続けるという感覚で依頼することは、まずありません。その方がここで、どんな感じで過ごされるのが良いんだろうか、ということは常にイメージしています。この方が困っているからではなく、一緒にこの方の治療や回復を考えていただけませんか、という感じですね。私たち福祉に従事する人間は病状に関する知識がない分、どう生きていきたいのかを中心に考えます。皆さんの専門的な見地をいただくことが出来たら、少しでも患者さんが良くなると考えながら、いわくらさんには依頼することが多いです。

第２節

「急性期病棟から精神科救急病棟になって」

崔　第2節では、いわくら病院のソフト面・取り組み面をお話したいと思います。急性期病棟から精神科救急病棟に変わった今、ハードな精神病圏の増加に加え、若い方の自傷・自殺・解離等も増えている。私たちは日々「どうしたものか」と悩み格闘しているところです。渡邊さん、そのあたりの話をお願いできますか。

渡邊　以前は「あの患者さんは大変だ」で終わらせて、互いに心を通わせることなく〝遠ざかり〟をしていました。それでも看護ができている気になっていたかもしれません。確かに、症状の強い患者さんは増えました。ただ少しずつ、私たちも勉強会を通じて、見渡す心で患者さんに向き合い、投げ掛けができるようになっていると思います。いつも「自分の認識はどうだ」とか「患者さんの認識にどう寄り添うのか」ということを考えながら看護させてもらっています。看護記録を見ると、1年目2年目の後輩が、自分たちが結論を出すのではなく、患者さん自身に気づいてもらうような対話をしているんです。それを見たときは本当に嬉しいです。

　患者さんと向き合うことは、自分自身と向き合うことと同じですね。私は救急病棟で色々な視点を持てるようになり、人生観が変わりました。患者さんへの対応で悩んで滅入ることもありますが、諦めずに看護者自身が自分の中のもやもやした感情や認知にスポットライトを当てて患者さんと対話するような救急現場であり続けたいと思っています。

崔　吉田さんは、急性期病棟時代からソーシャルワークも多岐にわたります。オリーブでの立ち位置や役割で思っていることはありますか。

吉田　退院前訪問のことで言えば、救急病棟のソーシャルワーカーは専従のため外部に出られません。患者さんの自宅に伺うことができないため、どういう空間で生活されていたか・どういうことに困っておられたか、という部分を直接見ることができません。そのため、看護師さん・作業療法士さんとの連携が大切になります。こういうところを見てきて欲しい」といったことは事前に話し合います。逆に専従でずっと病棟にいるため、タイムリーに面談に入れるのは利点だと思います。オリーブの閉鎖ゾーンでは、2名の看護師さんが詳細にニーズを聞き取ってくれますので、細かい部分での面談依頼もよくいただきます。

　療養を優先するべき時期と、ケースワークに入る時期がずれてしまうことがあり、それが刺激となって病状を悪化させることもあります。病状と生活の困りごとは密接にリンクしていると思います。現実が見えて不安になる気持ちに寄り添ってはいくのですが、今どこまでを伝えるべきかについて、治療全体を配慮しながらケースワークすることに難しさも感じています。ただ、平日の日勤はずっと病棟いる分、一歩踏み込んだ関わりや、全体の把握は以前に比べてやりやすくなりました。

武田　救急病棟専従のソーシャルワーカーは我々にとっても初めてのことですが、吉田さんの指摘で支援・調整を落とさずにやれています。救急のソーシャルワーカーに、チェック能力は不可欠ですね。

崔　それはある意味、治療を俯瞰というか、フェーズを見ているということでしょうね。私も医師として、ソーシャルワーカーに助けられることは多いです。

互いの心を思う メンタライゼーション

　患者さんは「急性期」、完全に休養してもらう「休息期」、リハビリを行う「回復期」を経て退院となるんですが、漫然と看護していると、急性期を過ぎて落ち着きが見られることに安心してしまうことがあります。だから、いざ退院というときに「地域ではこんな問題があるから、つまずきがあるかもしれない」などの懸念が出てくる。傲慢な言い方になりますが、一般的に医師には「自分が一週間見過ごしたら、その方の治療もそれだけ遅れる」というプレッシャーがあるんです。吉田さんやオリーブの看護師は主体的に行動します。次のフェーズに移るタイミングを皆で考えられていることは、医師にとっても非常に安心感があります。

　オリーブでは、カンファレンスを多層的に行っているのも特徴です。２０１３年に立ち上がった摂食障害（神経性やせ症）のための

多職種カンファレンスから徐々に発展してきました。各病棟医の多職種カンファレンスを週1回実施。その上で多職種に加え外来・訪問看護・デイケアなどが参加し、「合同カンファレンス」を毎週行います。さらに年2回、「メンタライジングカンファレンス」を実施しています。メンタライゼーションとは相手や自分の気持ちに注目して理解することですが、望まない入院をした方のお気持ちを理解し共有するために、患者さんとスタッフ自身のやり取りの中で動いた気持ちを振り返る場です。そのために治療局面でのスタッフの感情をオープンにしてもらい、周りのスタッフはどう感じたかなどを話し合うことで患者さんの気持ちの理解だけでなく、医療チームのチームワークも強めています。

武田　オリーブ棟のエレベーター前に飾られたレリーフにもMentalizing(相手と自身の心を思い省みること)とDialogue(互いのちがいを尊重し対話すること)のことが記されています。

崔　非自発性入院は、ご本人の希望に添えないことが多く、ご本人も私たちもその制限に対する怒りや不満と日々向き合います。一方でご本人の希望を尊重して開放を進めて辛い結果になってしまうこともある。「あなた」と「私」の間でたくさんの感情をやりとりし、それには痛みがともなうけれども、それが心の治療の一番大切な部分だと思う。そんな思いをオリーブ棟の入口に掲げました。

悔し涙を流すような関わりからの学び

崔　武田さんには、オリーブ全体的なことをお願いします。

武田　今一番の戸惑いは、12～13歳の子ども世代への対応です。旧急性期病棟時代の精神科看護は、どちらかというとケアの提供に対して上げ膳据え膳というか、こちらがすべてやってあげるということが多かったです。それがやりがいに直結していた面もあります。そして崔先生が来られてから、摂食障害看護が始まります。すると今度は、こちらが答えをすぐに出さない、不安を軽減させるのではなく、不安をいかに抱えてもらいながら患者さんと一緒に考えるという関わり方になる。答えを導いてあげられなくて看護が悔し涙を流すような関わりから、多くのことを学びました。患者さんが乗り越えられるよう、本当の意味での寄り添いをやっていこうと。そうやって20代の患者さんとの関わりができたところに、今度は12歳13歳といった患者さんとの関わり方が求められる。抱きしめるような母性や父性的な接し方の必要性を感じながらも、不安を抱えてもらいながらケアを行う20代の方への看護と同じになり、看護師同士でも意見が食い違って戸惑うこともあります。皆、児童思春期に関する論文を読んだりして勉強はしているんですが、より知識を身につけて引き出しを増やすことが必要に思います。自殺や自傷に及ぶ危険のあるハイリスク者が激増したこともあり、医師やソーシャルワーカーと共有して、いかにその行動を捕捉できるかという点に神経を尖らせています。やはり患者さんが40名以上もおられると、見極めの精度にも影響します。どこを重点的にチェックすべきか大きな課題であり、一番の役割になっています。

精神科救急医療の現場を語る

座談会

救急病棟であっても、開放は変えない

ただ変えてはいけないこともあります。先生方や先輩看護師が50年も前に鉄格子を外して始められた開放医療です。患者さんが自由に出入りできて、自分たちのことは自分たちでやるという、患者さんによる自治体のようなことは、おそらく当時は全国でも先進的だったのではないでしょうか。これは当事者中心の医療に対する取り組みがいわくら病院で培われてきたからだと思います。だから我々も救急なのに開放病棟という矛盾にこだわるところがあります。当初、救急病棟を建てる話が出たときは、「救急＝閉鎖」という理解が全体の考え方でした。そこを「開放でやらせて欲しい」と意見を通すことができたのも、先輩方の流れがあったからです。そうでないと、患者さんとの今の関係性は生まれないように思います。患者さんを主体に対等であり続けることが重要です。治療や建物は変わっていくけど、そこは絶対変えてはいけません。救急になっても続けていきたいと思っています。

第３節

「地域への退院について」

崔　第３節は、地域への退院についてです。患者さんとの繋がりを良くするため、例えば「こんなポイントをおさえて看護・ソーシャルワークして欲しい」というようなことがあればお願いします。

小宮　初発の方や、はじめて入院された方の依頼が本当に増えています。入院中の患者さんは、早く戻りたい気持ちもあって、退院条件のように「訪問看護を受ける」とは言われます。でも一旦戻られると「見張りに来たのか」「病院の回し者か」と警戒感がすごい。このような方のケースでは、訪問看護を入れる・入れないに関わらず、早い時期に呼んでいただくとありがたいですね。それから、いわくら病院の患者さんで、地域で長く関わっている方が入院された場合は情報共有できるので、スタッフもできるだけカルテを書くようにしています。入院中に何らかの社会支援調整をお願いしたくて記録していますので、そのあたりを拾っていただければ嬉しいです。

武田　救急が始まってから、訪問看護師との連携は重要視していますが、タイミングが分からないことがあって本当に悩みますね。

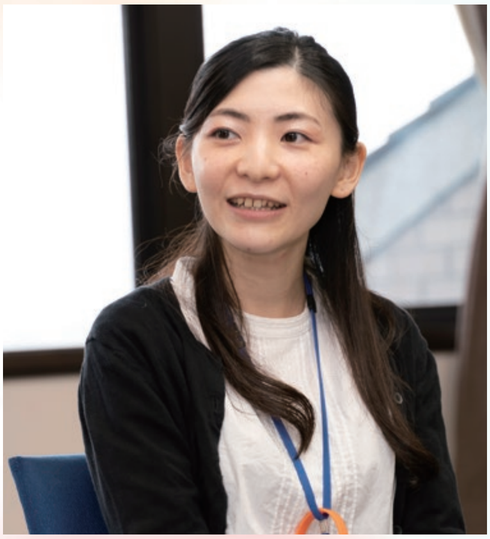
小宮　病棟の看護師さんにも地域を見て欲しいです。病棟の中やカンファレンスでは、家でのイメージが掴みにくい部分があると思います。大変だと思いますが、患者さんの家に来ていただき、見て触れることで、イメージも変わると思います。

宇川　例えば救急で入院となった場合、皆さんの中ではプランがそれとなく出来るじゃないですか。でもこの患者さんが元の生活に戻っても、そのような暮らし方は絶対にしないと思うことがあります。偉そうな言い方になりますが、そのプランが本当に正しいのかという感覚は持っていただければと思います。

本当に患者さんのことを想像することは難しいです。患者さんに「宇川さんは入院もしたことないし、薬も飲んでないでしょ」と言われると、そのとおりですから。「患者さんのことは自分には分からない。だからその方の考えを医療側に伝えるのが私の役回り」というスタンスでいます。

精神科救急医療の現場を語る

座談会



呼んでいただいて「どんな感じ」と聞かれれば、行政も含めた提案が出来ると思います。ですから小宮さんが言われたように、早い段階で計画を知らせていただきたいですね。決して先に病院の方が決めるのが悪いということではなく、そうすればどれだけ重症な患者さんの場合あっても、色々な準備ができますので。

吉田　救急で精神科に入院というのは、ご家族にとってもショッキングなことです。ご家族からブロックされることもあります。多職種同士が連携してどう支えるのかは、タイミングも含めて難しいです。

宇川　それと医療の皆さんには、相談員・福祉職の意見に耳を貸さない雰囲気があります。「自分には専門性がないため何を言っても役に立ってない」と思っているヘルパーさんや通所スタッフさんは多いです。私たちは患者さんの生活を見ています。人が生きていく上で、生活から伝えることは大切なことなので、服薬状況以外の報告も聞いていただきたいです。

武田　患者さんの家に行ったりすると、自分は何も知らない・何も出来てないことに気づきます。やはり患者さんのことを一番知っているのは地域の方だと思っています。でも地域の方の感じ方は逆で、医療者に対してモノが言えない。これは勿体ないですね。

変化が求められる、精神科医療のスタンス

崔　もうひとつ重要な話題にも目を向けると、外傷的育ちを抱える方（幼少時に虐待など外傷的体験があり、それが精神疾患や生きづらさに影響している方）が増えています。思春期で入院する方の多くや、パーソナリティ障害、複雑性ＰＴＳＤ、解離性障害、摂食障害の一部。そのような方の入院治療や、地域生活支援は従来とはすこし異なる注意が必要になってきます。今後は精神科医療のスタンスも変わると思っています。

武田　私は、いわくら病院の急性期をこれまでずっとやって来ました。昔は男性の入院患者さんが多かったのですが、去年は入院された３４０人のうち２３０人が女性です。平均年齢も44歳と、男性より10歳も若い。やはり女性層、自殺や自傷のハイリスク者の方が当院では増えています。そのような方との関わりは本当に難しいです。でもこれからの精神科救急医療では、看護師もその対応や看護

に挑戦していく必要があります。我々が目標を決めるのではなく、小さなことでもいいので患者さんと一緒に考えて、それが出来れば退院というゴール設定作業が大切ですね。そうすることで、地域・入院・地域という繋がりを維持できると思います。

医療と福祉の壁を超えた連携を

崔　最後に、この座談会の感想をお願いします。

吉田　この会は、改めて自分自身が何を考えて行動していたのかを整理する機会になりました。皆さんのお話を今後のソーシャルワークにどう活かすかを考えながら聞かせていただきました。

渡邊　地域で活躍される方の本音が聞けたのは貴重でした。地域の方が感じている「医療と福祉の壁」のようなもの。病院も地域の一員です。当院が開放医療を掲げている限り、地域の方々との繋がりも開放にして、今後も一緒に頑張っていきたいと思います。

小宮　元々、私は病棟勤めでした。病棟時代は「病棟にできないことが地域では出来るんじゃないか」と思っていました。でも地域でできないこともありました。世間的には、プランを立てる医療者が先導しないといけないイメージがありますが、実際それではうまくいきません。私は当事者が真ん中にいるのが一番しっくりします。今日、病棟の方のお話を聞いて一層強くそう思いました。

宇川　色んな立場で働く現場の声を伝えていただくことで、自分の偏った考えも少しずつ整理されるように感じられて、大変心地良い時間を過ごすことができました。これからも皆さんと新しい関係を作りながら、少しでも困っている人たちの助けになればいいなと思います。今日は本当にありがとうございました。

武田　お互い知らないことを前提に学ぶ姿勢を培わないといけないですね。救急では当事者とも共通することだし、「地域の方々ありき」なのも変わりません。引き続き頑張っていきましょう。

崔　今日、印象的だったことのひとつは小宮さんの「入院の初期から呼んで欲しい」というお話。そんな時期に呼ばれたら迷惑だろうと思っていました。もうひとつは、一番長い時間支援しておられる宇川さんの「本当に患者さんのことを想像することは難しい」というお話。メンタライゼーションで大切にしている姿勢としてＮｏｔ Ｋｎｏｗｉｎｇ Ｓｔａｎｃｅ（まだ知らないという姿勢）があります。その姿勢で支援にあたられているのを聞いて、私自身はどうなのかと。自分たちの診療も見直す機会をいただきました。皆さん、どうもありがとうございました。

Doctor's Voice

医師［オリーブ］
山口智美

Q1 救急病棟になって変化したこと

以前は任意入院が8割程度を占めていました。救急開始後は医療保護入院が6割を超えるなど、入口は変化しています。個室は保護室のみでしたが、観察室・保護室とも個室が増え、治療環境が良くなりました。また保護室ゾーンが出来たため、これまで隔離開放観察が難しかった患者さんでも開放観察で診られるようになり、結果的に隔離時間の短縮に繋がっています。

緊急で入院受け入れをした場合、来院後に脳血管性疾患であることが判明したり、精神状態が前面に出ていたが精査の結果器質的疾患が発覚するなどのケースがあるため、これまで以上、身体面にも注意を払う必要があると感じています。

Q2 夜間休日の救急受け入れを開始して

精神科救急の方は身体面でも緊急事態であることが多いです。ただ採血は外部発注で結果判明に時間を要するし、レントゲン撮影なども出来ないため、身体的な鑑別が難しいです。

Q3 救急病棟で診療してみて感じること

週1回の全体カンファレンス以外にも、医師ごとにカンファレンスがあるため、随時方針の検討ができ、連携が取りやすい環境です。赴任してきたときから感じていることですが、看護師の方々の患者さんへの対応が丁寧で、患者さんの気持ちを上手に引き出される方が多いです。患者さんとの接し方を横で見て、私も学ばせてもらっています。慢性期病棟も経験しましたが、救急病棟は病状が常に変化し、3ヶ月以内退院という、目に見える形のゴールを目指すところに面白さを感じます。

京都の

精神科救急病棟「オリーブ」を利用されるケースはさまざま。
精神科医にその状況や連携についてお聞きしました。

あすかい病院 副院長
精神科医
近藤　悟

インタビュアー
佐々木 優
いわくら病院 看護副部長

精神科病院をどのように利用されていますか

外来で診て、家庭での療養は難しいなという方は紹介させてもらっています。なるべく家で療養できればと思っていますが、病状が悪かったり、ご家族の事情で家庭で療養をサポートするのが厳しかったりとか。こういうことがあれば、入院を考えます。

あとは病棟で入院している患者さんでも、精神症状が合併して一般病棟では対応が難しいとか。ここで診ていると危ないかなという、例えば徘徊して院外に出て行ってしまう恐れが高いとか。また、暴力とか興奮とかが著しい場合にはお願いしています。こういうときに時間を空けずにタイムリーに入院がお願いできて、診ていただけるとありがたい。いわくら病院は、早くお返事いただいて、早く入院させてもらっているなという感触があります。

家での生活が安定していれば若干症状が残っていても、家庭で家族関係であるとか、食べて寝るとか、日常に必要なことができて通院できれば、いいなと思っています。そういう意味では、今のところかなえてもらっていると思います。だから、あまり不安定で「すぐまた再入院しないといけない」場合は、患者さんやご家庭にも負担をかけてしまうので悩みますが、症状の安定度がある程度確立していれば、退院でも全然いいと思っています。

〝オリーブ〟の受け入れ態勢は

依頼させてもらって、紹介状を送って1日空けて翌日とか。早いんじゃないかと思いますね。あと、どこに入院を依頼するかということでいうと、患者さんやご家族に聞くんですよ。選んでられない場合もありますが、少し余裕がある場合は、「何を優先されますか」みたいなところを。あまり近くだと嫌という方もおられますし、とにかく早めの入院のほうがいいとかだったら、早く入院を受けてもらえる所にというふうになったりします。建物の状況も気にされる方もおられますね。いわくら病院さんは、色々な疾患、色々な状態の患者さんを受けていただけるのかな、と思っています。

今後、期待されることは

こちらからもお願いするし、いわくらさんからもこちらにと、相互に助け合い補い合えている感じはしています。ただ、身体疾患がある人は、どう診ていくかみたいなところは悩みますね。身体的に落ち着いてないとなると「当然こちらで」ということになるんですが、精神症状が激しいときに、これにも対応しないといけないとか、確かに身体的に精神科だけでは厳しいという患者さんの場合は困ります。どちらがメインになって診るか、どちらの病院で診るのがいいのか、という部分で。

双方の病院は、特徴・役割を分化させながら地域の中で役割分担しているでしょうから、その辺をお互いに理解しながら、良い連携プレイができればと思っています。

救急から在宅医療・介護まで、幅広く取り組みながら、
地域の健康を守り続ける総合病院。

公益社団法人信和会 京都府民医連あすかい病院

〒606-8226　京都市左京区田中飛鳥井町 89 番地

TEL.075-701-6111

https://www.shinwakai-min.com/kyoto2hp/index.html

精神科医に聞く

としもりクリニック
院長
歳森 康博

インタビュアー
武田 慎太郎
いわくら病院 オリーブ病棟 看護副部長

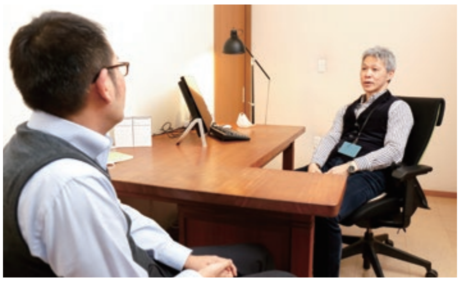
精神科病院に求めるところは

入院を受ける立場なら「無茶言うよなぁ」と思うこともあるでしょうけど、言ってるほうからすれば、結構病状的に切羽詰まってるときなので「とりあえず受けて欲しいな」というのが正直なところです。

いわくらさんは全体的に看護の人があたりの優しい人も多いし、そういう意味では紹介しやすい病院だと思います。ただ、患者さんは調子が悪いから、看護師さんの一言、職員の一言、そこのところだけをどうしてもフォーカスしてしまう。入院中のいいことも、悪いことも。病院ワークというのはそういうことがあるので、仕方がないとは思います。他の病院の方でもそう。「〇〇病院は良かったぁ」というけれど、「他の病院でも、そんな無茶なことはしてないだろう」というのはあります。

基本的にいわくら病院のスタッフは優秀で、開放もそうですし、受け入れも早いので、まずお願いすることが多いです。こちらのほうが助かっています。そういう病院がなかったら、本当に困ったときにたらい回しにされて、少人数でやっているところは立ち行かないようになる。すぐ受ける、と言ってもらえるだけでもありがたいと思っています。

〝オリーブ〟の環境はいかがですか



すごく良かったです。京都の精神科病院の弱点はハードが悪いところだと思っていたので。大阪などは、きれいなところは本当にきれいですから。紹介するにも、あまり汚いと少し躊躇することがあります。「あんなところに」と言われたら困りますし。きれいでスペースがあるって、それだけでも紹介しやすい。実際、患者さんも移る病院がきれいなところだったら、環境に対して文句は言わない。そこは大きいです。その点、オリーブの環境は良かったと思います。

入院の受け入れや退院は

入院中は入院中の先生が症状で判断されたことだから、薬が全く変わってしまっても問題ありません。それよりも、昔と違って急性精神病状態で入院して3ヵ月後に退院したら落ち着いて、という方が少ないですね。とりあえずその期間は何とか病院で過ごして、帰って来てからも症状が続く方が多い。でも、病院に悪い印象を持つこともなく、「よく休めた」とか「あそこで休みたい」というようなことがあったら、こちらもありがたいです。やはり、病院だから「良くして帰してください」ということに尽きます。しかも、その幅が広ければよりいい。例えば、依存症だったりとか。私は若い人を診る機会が多いので、思春期の方を受け入れる病棟とかあったら嬉しいですね。最近では、ネットやゲームなど依存症が増えていますから。また、外来作業療法みたいなことをやっていただけると助かります。

安心して相談できることを第一に、わかりやすい説明と丁寧な対応の心療内科・精神科のクリニック。

医療法人 としもりクリニック

〒616-8104 京都府京都市右京区太秦下刑部町 170

TEL.075-366-3784

http://toshimori-clinic.net

場ぁ 第7号 2021年4月14日発行 発行人：医療法人稲門会 いわくら病院 広報委員会

訪問看護ステーション FILE

住み慣れた地域で、いつまでも安心して暮らせる毎日を

訪問看護担当課長 田路 和彦

医療法人稲門会には、精神科に特化した3つの訪問看護ステーションがあります。京都市内を3つのエリアに分け、それぞれが地域に根ざした"必要とされる事業所"を目指して日々まい進しています。

私たち訪問看護ステーションのスタッフは、住み慣れた地域でその人らしい生活ができることが一番大切だと考えています。生活をする上での困り事や病気・薬の相談など、何でも一緒に考え、ひとつひとつ解決していくことが生活の安定につながり、病状の悪化や入院などを防ぐことにもつながります。

しかし病状の悪化などで、入院が必要だと判断される場合には、関係機関と連絡・調整を行い、スムーズに入院治療につなげていくことが重要です。また、それがいわくら病院を母体に持つ、稲門会訪問看護ステーションの強みでもあります。

疲れた時の休息入院なども含め、病院と上手に付き合っていくことも必要だと思いますので、悩んだとき、困ったときにはお気軽にスタッフに相談してください。

「きかせてください　あなたの想い、支えていきたい　あなたの暮らし」を合言葉に、今日も私たちは京都市内を巡っています。

こくーる 訪問看護ステーション

管理者 小宮 さゆき

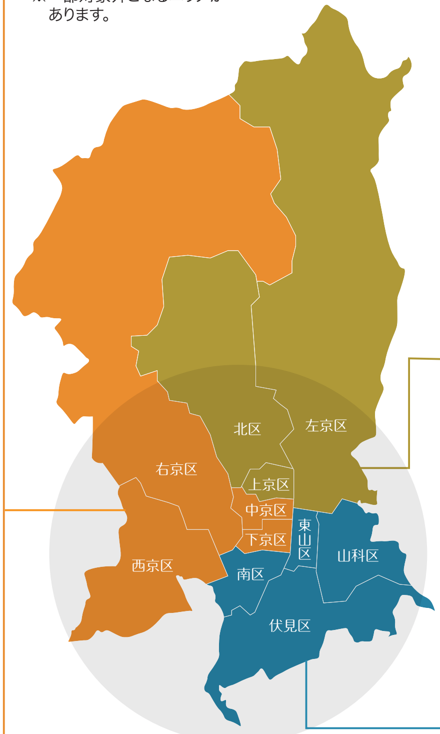
2014年6月に開設し、京都市内中心部の中京、下京、右京、上京と南、西京区の一部を担当しているステーションです。訪問の際には、利用者の方が大切にされていることをお聴きし、その方自身が主体的になれる時間となるように心掛けています。

話すこと、つながること、暮らしの潤い、たのしみ、健康を幹に関わっていきます。現在看護師6名、作業療法士3名のスタッフで各々の支援体験や経験、考え方を分かち合いながら多様な視点を持ち、利用者の可能性を広げられる関わりを目指しています。

〒600-8814 京都市下京区中堂寺庄ノ内町1-131 幸伸ビル1F
TEL.075-325-0104

訪問看護ステーション MAP

※一部対象外となるエリアがあります。



いなほ 訪問看護ステーション

管理者 谷本 知子

2003年11月に岩倉の地に開設し、左京区、北区、上京区エリアを中心に訪問を行っています。現在はいわくら病院と隣接した場所に事業所を構え、病院との連携や各研修にも参加し、質の高いサービスを提供できるよう日々研鑽しています。

現在は、看護師8名、作業療法士1名で24時間対応体制を整えています。利用者の皆様が地域で自分らしく生活できることを大切に、自己決定の支援や関係機関との連携を行いながら、安心して生活を送っていただけるよう生活や健康のサポートを行っています。

〒606-0017 京都市左京区岩倉上蔵町60-2F
TEL.075-711-2209

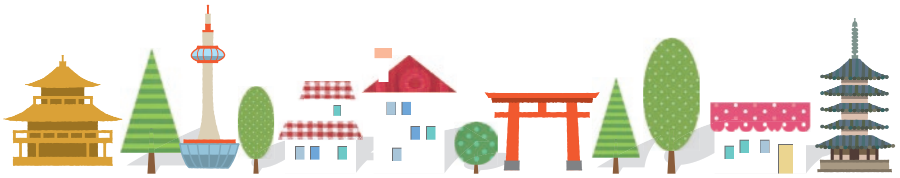
つばさ 訪問看護ステーション

管理者 加茂 有紀浩

2019年7月に稲門会3つ目の訪問看護ステーションとして開設し、伏見区を中心に山科区、西京区、南区一部エリアを担当しています。

7名の看護師が各々の看護観を深め、共有し、日々の訪問看護に活かせるように努めています。また利用者の方・その家族の方の思いに寄り添い、安心した生活を送れることが大切であると考え、その実現に向けて様々な支援を行っています。

〒612-8414 京都市伏見区竹田段川原町236 竹田駅前第一ビル401
TEL.075-647-7100



医療法人稲門会 いわくら病院
〒606-0017 京都市左京区岩倉上蔵町101
TEL：075-711-2171 Fax：075-722-7898 http://www.toumonkai.net

表紙の作品について

美術の専門教育を受けていない人が、心の赴くままに創作する芸術を「アール・ブリュット：art brut（フランス語で、加工されていない・生のままの芸術の意）」といいます。「場ぁ」の表紙に使われる作品は、当院のデイケアセンターに通所されている方が、プログラムの中で制作されたものです。