



リハセンからのお知らせ

～リハセン講演会に代わり精神科関連について紹介します～

リハセンでの^{どうこう}動向について

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

病院長 下村 辰雄

秋田県立リハビリテーション・精神医療センターでは、例年リハセン講演会を開催し県民の皆様をはじめ関係事業所を対象に情報発信をさせていただいておりました。2020年は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）防止の観点から例年通りでの開催は難しく中止するという判断になりました。ただし県民の皆様へ情報発信は継続したい、開催に代わるものとして何かリハセンより情報を発信できないかとの考えから、今年度リハセン講演会開催の代わりとして、今回は精神科にかかる情報について刊行物を作成しました。是非ともご覧になって皆様の有意義な情報になれば幸いと考えます。

少し当センターの紹介に触れたいと思います。当センターは、脳血管障害の運動機能回復などを主な目的とするリハビリテーション科と、精神障害一般の治療を目的とする精神科の2つの診療部を中心に運営しています。

精神科診療部は秋田県精神科救急システムの第3次救急機能を担って24時間体制で入院を含めた救急診療を行っています。「修正型電気けいれん療法」が治療効果を上げているほか、2020年から新たに「経頭蓋磁気刺激法」を導入しました。

リハビリテーション科診療部には、脳卒中などの発症間もない患者さんと比較的慢性期の患者さんの機能回復をはかる2つの病棟があります。いずれにおいても可能な範囲で365日訓練など集中的な高度リハビリを行っています。先進のロボット支援による訓練や運転シミュレーションを導入し、早期の社会復帰を目標としています。

リハビリテーション科と精神科の両科の特色を生かした認知症診療部を設置し、神経内科、脳外科、精神科専門医の協働による独自の認知症医療を目指して診療を行っています。現在、秋田県認知症疾患医療センターと秋田県高次脳機能障害拠点機関の指定をうけるとともに、若年性認知症支援コーディネーターの配置を行っています。今後、関係機関との連携を強化し、さらなるステップアップを目指しています。

高齢化が進む本県にとって、センターが担う役割はますます重要になっています。今後も「多職種協働」の理念の下、「頼りになるリハセン」と県民から呼ばれるような病院を目指し、公的な医療機関として、医療の質、量の充実、経営の効率化を考えながら、県民の期待に応える医療を提供していきたいと思います。さらに、コロナ禍のなか、新たな診療体制や家族への支援(Web診療・面会)の構築を図っていきたいと考えています。

.....
topics7

リハセンでの診療紹介

しょう かい

rTMSの紹介

精神科医師 須田 秀可

2017年10月、わが国でうつ病への新たな治療として経頭蓋磁気刺激療法（rTMS療法）が承認され、2019年（令和元年）6月より保険医療で実施することが可能となりました。それに伴い、当院では2020年4月より、うつ病に対するrTMS療法を実施しております。rTMS療法は、パルス磁場による誘導電流（渦電流）で特定部位の神経細胞を繰り返し刺激して、うつ病によるうつ症状を改善させる治療法です。抗うつ薬による治療を継続しながら、rTMS療法を追加することが可能です。保険診療では、rTMS療法に関する講習を受けた日本精神神経学会認定の専門医の指示のもと、1日40分、週5日、3週から6週間にわたるrTMS実施（治療クール）が認められています。この侵襲性の低い脳刺激療法は、新たなうつ病治療の選択肢として、また、薬物療法や修正型電気けいれん療法（mECT）を補完しながら維持療法期への移行を促進する手段の一つとして期待されております。



rTMS療法には、経頭蓋治療用磁気刺激装置（ニューロネティクス社製）を使用し、秋田県立リハビリテーション・精神医療センターの経頭蓋磁気療法室で、訓練を受けた医師によって、定められたやり方で行われます。この治療は外来または入院において実施することが可能ですが、当院では外来通院でのrTMS療法実施の体制がまだ整っておりませんので、当面のところ入院での実施のみとなります（入院期間は病状にもよりますが、1～2ヶ月程度となります）。

初回の診察で、rTMS療法の適応の有無について、有効性と安全性の観点から評価します。必要に応じて、薬物療法の調整や詳しい検査（脳波検査、頭部MRI検査など）を実施することがあります。初回のrTMS療法実施日は、刺激部位と刺激強度を決めてから（約60分）治療を開始します。専用のトリートメントチェアに座って、左前頭部（左側ひたいの数cm後方）に治療コイルを設置します。刺激そのものは約40分間かかりますが、その間は訓練を受けた医師や治療者がそばで見守っています。初回の刺激では、刺激時の痛みや不快感を感じる場合もありますが、慣れによって軽減します。刺激中の痛みが強い場合には、一時的に刺激強度を下げることも出来ます。治療終了時には、医師が副作用や精神症状を評価します。2回目の治療以降は、原則的に、刺激部位と刺激強度を決める手順はありません。毎回の治療の前後で、医師による診察を受けて頂きます。治療クールの終了については、有効性、安全性に基づいて、医師が判断いたします。

rTMS療法の適応としましては、以下に挙げる項目に合致する18歳以上の方がrTMS療法の対象となります。精神科専門医による判断が必要となります。

- ・うつ病（大うつ病性障害）の診断を受けていること
- ・抗うつ薬による適切な薬物療法で十分な改善が得られていないこと
- ・中等度以上の抑うつ症状を示していること

実臨床では「mECTを実施するほど重症ではないが、認知行動療法やリワークを継続することが難しい（亜）急性期の患者群」がrTMS療法の位置付けと推測されます。また、顕著な副作用によって薬物療法を十分に実施できない患者に対する治療選択肢としてもrTMS療法は有意義であります。しかし、上記の項目を満たしていても、学会が定めた適正使用指針（rTMS療法のルール）に基づいて、担当医師が適応外と判断した場合は、rTMS療法をお断りすることや、途中で終了することがあります。

rTMS療法を受けることで、すべてのうつ病が改善するわけではありませんし、効き方には個人差があります。世界で報告された臨床試験の結果をまとめて整理すると、以下のことが言えます。rTMS療法の抗うつ効果の程度は、おおむね抗うつ薬による治療効果と同等と考えられますが、電気けいれん療法による抗うつ効果には及びません。うつ病患者さんの約3割は抗うつ薬治療に反応しないと言われており、そのうちの3～4割がrTMS療法に反応しています。つまり、抗うつ薬が効かない患者さんの6～7割はrTMS療法にも反応していないことはご留意下さい。rTMS療法によって、病前に近い寛解レベルまで回復する割合は2～3割と言われています。再発率に関するデータは十分ありませんが、rTMS療法が有効であった患者さんの6～12ヶ月における再発率は1～3割と推定されています。

以上のように、抗うつ薬によって十分な効果が得られない患者さんの3～4割が安全性の高いrTMS療法によって抗うつ薬と同等の治療効果を示すことに一定の意義はあります。しかし、誰もが恩恵を受けるような万能な治療ではないことを事前に知った上で同意して頂く必要があります。rTMS療法に反応しない場合には、次の治療オプションについて担当医師と話し合うこととなります。

当治療につきまして興味、ご関心のある患者様、ご家族は気軽にご相談いただければと思います。よろしくお願い致します。



topics2 ●リハセンでの取り組み

クライシスプランについて

看護部 精神科認定看護師 金 裕美

今年度から精神科救急入院料病棟である3病棟では、全患者さんを対象に主に作業療法士といった他職種と協働してクライシスプラン（以下CP）を導入しています。CPは＊精神障がい者の地域移行を円滑に進め継続するための再発予防と早期対応のための方法＊精神障がいの悪化により意思決定能力が低下した際でも、本人の意思決定に基づいた治療支援の提供を実現する方法として期待されています。文章にすると何だか難しいですね。導入当初ある患者さんから「難しくて頭に入ってこない。要するに自分のトリセツ（取扱説明書）ってこと？」と聞かれうまい解釈だなーと思いました。それ以来患者さん方には説明後に「簡単に言うとトリセツってことです。」と付加して伝えています。

CPは2005年から始まった「医療観察法」という、重大な他害行為を行った精神障がいの方の「再他害行為の防止と社会復帰」を目的とした医療の中で作られてきた新しい取り組みです。そのため、作成手順や方法が明確ではなく、各医療機関が試行錯誤しながら作成している状況にあります。秋田県内また全国でも多職種協働で全患者さんを対象にCPを導入している病院の報告はありません。

ではなぜ行う必要があるのか？精神科救急入院料病棟は＊早期の地域移行を重視するあまり、十分な援助がなされないまま退院する患者さんが存在し、一部では短期で入退院を繰り返す「回転ドア現象」のリスクが懸念されている＊急性期の症状の緩和や消失に援助が向けられ、地域移行と言った視点を持ちにくい＊入院期間が短期間（全国平均57.5日）であり、信頼関係の構築や退院後の生活に必要な情報収集を行うのが難しいといった課題が明らかになっています。その課題の解決の一助となるのがCPだと考えています。

前述したようにCPは新しい取り組みで実践している私達も勉強中であり試行錯誤の毎日です。CPに関する情報を有している方がいらっしゃれば情報提供を是非ともお願い致します。



topics3 ● リハセンでの取り組み

せい しん か さ ぎょうりょう ほう しつ しょう かい 精神科作業療法室の紹介

作業療法室 作業療法士 今野 梓

作業療法は対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為に焦点を当てた治療、指導、援助を行います。そして、多職種と連携しながら、様々な作業を用いて治療を行う事が大きな特徴です。

リハセンの精神科作業療法は、6名の作業療法士が月曜日から金曜日まで週5回の訓練を担当しています。

医師からの依頼を受けて対象となった方に対し、担当作業療法士が個別で面接・検査を行い、課題を抽出し目標を決定します。また目標は対象者と共に考え共有した上で具体的な作業プログラムを立案します。例えばある人はベッドに寝ている時間が長くなかなか起き上がれないという状態であれば、まずは離床を図り活動性をあげていくため、時間に合わせて準備をして訓練に参加することや、時間の最後まで参加できることを目標にします。精神科作業療法は集団の場で行う事が多いので、対人交流や場のルールを守って過ごす、問題解決の手段を学ぶといった、社会生活へ繋がる訓練にもなります。



実施時間は1日につき2時間で、多くは作業療法室、病棟デイルームで行っていますが対象者の状態によっては時間を短くし、個室で行うこともあります。作業内容の例としては、軽体操や手工芸、運動機器を使った体力づくり、脳トレなどを行っています。季節によっては屋外散歩や園芸活動も積極的に取り入れています。

そして、最近は多職種で退院支援にも積極的に取り組んでいます。具体的には、家庭内の役割や家事動作の確認、仕事の準備、練習を行ったり、対象者と共に生活の場を訪問し、生活指導を行います。また家族や支援者に向けた指導や情報提供を行います。令和2年度は多職種と協力しながら、対象者が安心して地域生活を送れるよう、対象者を中心としたチームで「クライシスプラン」を作成し、活用しています。この「クライシスプラン」は病状悪化のサインや対処方法を分かりやすくまとめたもので、入院中に有効だった関わりなどを退院後の支援者に繋ぐ役割もあります。病状安定後早期に作成し、入院中から試用して定着を目指します。

引き続き、地域で対象者が「その人らしい」生活が送れるよう、入院中から退院後の生活を見据えた指導、援助を行っていきたいと思います。



topics4 ●リハセンでの取り組み

せい しん ほ けん ふく し し

精神保健福祉士のおしごと

医療相談連携室 精神保健福祉士 佐藤 篤

精神保健福祉士とは、1997年に誕生した精神保健福祉領域のソーシャルワーカーの国家資格です。1950年代より、精神科ソーシャルワーカー（PSW: Psychiatric Social Worker）という名称で精神科医療機関を中心に医療チームの一員として導入された歴史のある専門職です。

さらに、高ストレス社会といわれる現代にあって、広く国民の精神保健保持に資するために、医療、保健、そして福祉にまたがる領域で活躍する精神保健福祉士の役割はますます重要になってきています。（日本精神保健福祉士協会ホームページより中略抜粋）



近年の活動領域拡大と、国際的にも馴染まなかったPSWの略称を、本年度よりMHSW (Mental Health Social Worker) と表記することになりました。

精神保健福祉士の業務はなかなか馴染みのないものだと思いますが、治療に専念するためには経済基盤の安定や復学、復職の支援などの環境調整が不可欠ですし、患者さんごとに必要な支援内容も違います。そのため精神保健福祉士は患者さんやご家族のニーズを聞いて希望に沿ったサービスをオーダーメイドで提案しています。

最近では精神科救急病棟や精神科一般病棟への精神保健福祉士配置が診療報酬上も評価されるようになったことで、当センターでは訪問活動により力が入られるようになりました。

自宅訪問や関係機関訪問のように地域社会（ソーシャル）へ出向くことで連携を強化し、患者さんや家族、関係機関と「顔の見える関係」を作り、患者さんの地域移行・地域定着、社会参加に取り組んでいます。





topics5 ● リハセンでの取り組み

せい しん か やく ざい し

精神科薬剤師のおしごと

薬剤部 薬剤師 工藤 和彦

精神科領域の治療は先にご紹介している先進的な治療法のほかに、薬物療法や精神療法、行動療法などがありますが、いまだその中心は薬物治療となります。

外来では他院での服用薬のチェック、変更されたお薬の説明を中心に行っています。精神科の患者さんは病気であることに自覚がない場合も多いのでお薬の説明だけでなく、何に困っていて、お薬を飲むことでどのような助けになるか、ということ意識してお話しています。

入院では集団精神療法（SST）を行っています。SSTは社会生活技能訓練と訳されるもので、患者の自主性を育てていくものです。

SSTでは患者同士で小グループを作り、医療職がそれぞれの専門領域の講師となります。私たちは「服薬教室」を担当し、病気やお薬に関する基礎知識や正しい飲み方、飲み忘れないための工夫、よくある副作用などを一緒に学んでいきます。さらにアンケートを行い、一人ひとりの理解度の違いを把握することでよりよい治療につなげていきます。



新たな取り組みとして精神科救急への関わりです。精神科救急を行っている病棟では入院初期から多職種が集まるカンファレンス（会議）で治療方針が決められます。私たちはお薬の量や飲み方、飲み合わせなどの視点から提案を行います。

カンファレンスでは退院後の生活を見据えた治療との両立についても話し合われます。統合失調症患者では症状がなく、落ち着いているようにみえてもお薬を中断することで不安定になる（再発する）可能性が高いといわれています。

症状が落ち着くと退院となりますが、退院後はご自身でお薬を飲みつづける必要があります。お薬の服用の必要性を理解していただけるよう、また生活にあった服用方法などの助言を行います。

他に精神科領域は多剤併用になりやすいため、統合失調症のお薬を一般的な指標に換算し、主治医に報告することで定期的にチェックを行っています。



イラスト出典：すまいるナビゲーター「統合失調症 ABC」松島むう



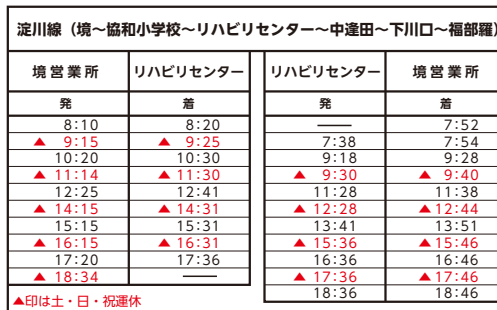
せい しん い りょう



2020 年4月現在



- ## バス時刻表 (2020年4月1日現在)



秋田県立リハビリテーション・精神医療センター診療情報

診療科目：リハビリテーション科、精神科、放射線科
診 療 日：月～金（祝日・12月29日から1月3日を除く）
受付時間：午前8：30から11：00まで

病 床 数：一般病床：50床、療養病床：50床、精神病床：200床

●センターの特徴：365日毎日リハビリ訓練
脳・認知症ドック・物忘れ外来
画像診断（CT・MRI・SPECT）
日本医療機能評価機構認定

発行責任者 下村 辰雄

— 8 —