

ことを意識しながら、現状での取り組みを継続・発展していくことが望まれる。

また、国外の先行研究では、隔離・身体的拘束の減少には有効な組織的な指導力が重要な要素となることなどが指摘²⁾されている。医療観察法においても、入院処遇ガイドラインにおいて、「ノーマライゼーションの観点も踏まえた入院対象者の社会復帰の早期実現」や「プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供」などの入院処遇の目的・理念が定められ、それに基づいて医療が提供されていること、また看護師の役割の一つとして「定期的な看護面接による意思決定支援」が定められおり、それに基づいて看護面接が実施されていることなどから、有効な組織的な指導力が十分に機能していることが伺え、その重要性が再確認できた。

3) 医療観察法病棟における常時観察の現状、有益な点、直面している困難や課題常時観察の現状

常時観察の実施により、濃厚な関わりが可能となるなど多くの有益な点が確認された。なかでも、自殺リスクの高い対象者への有効性は、佐藤ら³⁾の報告と同様の結果であり、その有効性が再確認できた形となった。また、常時観察により隔離をしないもしくは隔離期間を短縮するなど、行動制限の最小化へ一定の影響をもたらしていることも伺え、今後の更なる活用が期待できると考える。

一方、困難や課題についても多く挙げられた。一番多く挙がっていた「人手がかかるため業務調整が困難」については、複数の病棟が工夫点も挙げており、解決に向けた手がかりが得られていると考えられた。しかし、「常時観察の適応や方法が確立されていない」という課題は、今後の常時観察の運用に大きく影響する最重要課題であるといえる。

現在までのところ、常時観察の中身に関しては十分な検討が加えられず、常時観察中の関わり方や常時観察の適応に関する認識は十分に共有されていない。そのため、常時観察が効果的ではなかった事例に関しても、適応判断に課題があるのか、関わり方に課題があるのかも明らかになっていない。常時観察を新たな手法として確立していくためにも、常時観察事例を丁寧に拾い上げ、データを蓄積し、整理・検討していく必要があると考える。

E. 結論

行動制限最小化に有効と思われる看護師の関わりとして、「定期的な看護面接」、「病棟での日常生活場面での関わり」、「常時観察」など、看護師の関係構築や信頼関係を重視した濃厚なかかわりが挙げられていた。このような医療者と対象者との対等で継続したかかわりの中で、お互いに課題を共有し合い気づきを得ながら、適切なリスクアセスメント、対処行動が可能となっていることがわかった。

とりわけ、自傷他害の危険性や自殺リスクの高い対象者に対して「常時観察」を実施することには多くの有益な点があり、行動制限の最小化に寄与することが確認された。その反面、常時観察中の関わり方がスタッフ間に十分共有されていないことや、スタッフの力

量による落差が大きいことが課題として挙げられた。

今後は、実態調査に加え、ケース検討を詳細に行うことを通じて、多くのスタッフが実行できるような方法論の確立を目指していきたいと考える。とりわけ、常時観察の実践による気づきを既存の精神科病棟に活かしていくにはどういう工夫が必要かについても検討を深めていきたい。

<引用・参考文献>

- 1) Hellerstein DJ, Seirmarco G, Almeida G, Batchelder S. Assessing behavioral coping preferences of psychiatric inpatients: a pilot study. *Medscape J Med* .10(12):271, 2008.
- 2) Huckshorn KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention.
J Psychosoc Nurse Ment Health Serv. 42(9):22-33, 2004.
- 3) 佐藤真由美, 平林直次: 医療観察法における行動制限—行動制限の最小化・最適化を目指して—. *日精協誌* 28 (10) : 1-6, 2009.

表1 参加対象者の内訳

	看護師長	副看護師長	看護部長	副看護部長	看護科長	計
国立(15施設、 17病棟)	16	1	0	0	0	16
自治体立(13施設)	10	2	1	2	1	17
計	26	3	1	2	1	33

表2 セキュリティ担当看護師配置状況

セキュリティ担当看護師の配置	配置あり	配置なし
	20	5

表3 セキュリティ担当看護師の業務

業務	回答数
外来者や業者への対応(ボデーチェック、身分確認、付き添い等)	12
施錠の確認	11
危険物・常備薬・鍵等の定数や所在確認	10
(観察レベルに合わせた)対象者の所在確認	9
定期的な病棟内巡視	7
外出泊後の対象者の対応(ボディチェックなど)	3
危険物・預かり物品の貸し出し・返納確認	3
異常発生時の対応(CVPPP 担当など)	3
セキュリティマニュアルの見直し	2
災害時・無断退去などの訓練の計画実施	2
災害時・離院時の対応	2
日々のリーダーの補佐	1
院内外出(検査等)の付き添い	1
ハード面の破損の確認	1
対象者への安全・安楽な環境の提供	1
CV フォロー研修会の開催	1
与薬準備時の確認	1
売店購入品チェックと購入票の提出	1
スタッフへのマニュアルの浸透 厳守	1
セキュリティ委員会の参加	1
新採用者のカードキーの作成 管理	1
セキュリティ担当として1日の業務内容に取り入れている。	1
事件・事故の予防を行っている	1

表4 セキュリティ担当看護師配置の必要性

自由記載内容	カテゴリー
訪問者(弁護士・家族・業者等)が多く、日々の受け持ちだと対応困難である。	対応する事柄が多いため担当者を置いたほうが良い
スーパー救急病棟併設のため、病棟への出入りの機会が多様多病棟管理の視点からセキュリティについて責任をもつ担当が必要である セキュリティを重視し、目を光らせるスタッフがいたほうが良いと思われる	
人(対象者観察)、人・物の出入り(ボディーチェック)物品(鍵・危険物等)、構造上の点検、その他の異常点検等、セキュリティーとして点検や対応すべき事柄が多く存在するため、担当者を配置せざるを得ない状況がある。	
1時間ごとの施錠チェックでは、鍵の閉め忘れが発見され、大きな事故につながっていないことからセキュリティ担当は必要と考える。	
異常の早期発見と事故防止のためには必要	早期発見のため担当者を置いたほうが良い
いち早く異変を察知するためにセキュリティ担当スタッフは必要	
安全のために必要	
ある一定セキュリティ面での質の維持、向上につながるだろうと思われる	セキュリティの維持のため
医療観察法での医療と観察の観点では必然的	医療と観察の観点で必然的
責任が明確になるため必要、責任の所在が明らかになる	責任の所在の明確化のため

表5 セキュリティ担当看護師配置の有効性

自由記載内容	カテゴリー
病棟入出等の窓口を一つにしているので役割が明確になり、業務が繁雑にならない。	業務が煩雑にならず専念できる
業務を効率的に実施できる	
看護師個々にプログラムへの参加などによりその場を離れることができない場面があるため、専門で動けるメリットがある	
鍵チェックは離院等のリスクファクターとなる鍵の閉め忘れをなくす為にも必要。訪問者の対応や清掃業者の対応も時間を要する仕事であり、担当として配置しておく方が業務的にも良いと思う。	
面会や外部職員への対応が煩雑にならない	
対象者を受け持たないでその業務に専念するため、確実に業務が行われる。	
スタッフ自身がセキュリティ行為(安全管理)に専念できる。	
責任の所在がはっきりする	責任の所在が明らかになる
時間ごとの所在確認とセキュリティチェックの責任性の担保	
セキュリティは1時間毎に各項目を確認することで不測の事態になったときに最終確認所在の責任が明確にできる。	
設備の不備についても早期に発見することができる	早期発見による事故防止
不調な対象者への対応と担当が気に留めて動くことで事故の予防になっている	
早め早めの対応が可能で、大きな事故を防止できる	
スタッフのセキュリティ意識の向上	スタッフの意識の向上
スタッフへのセキュリティマニュアルの浸透・評価・修正	
担当者として専念でき責任感がたかまる。	
患者にとって持ち物のチェックや、所在観察をされることは、あまり気持ちのいいものではないとおもう。セキュリティ担当者が業務としての立場で自己管理物品などの確認を行うことで、患者の理解と協力が得られやすい。	対象者の理解を得やすい
セキュリティ担当スタッフの時は患者に「今日はセキュリティなので」という説明をすれば、患者も理解してくれて安全面の業務がしやすい。	
スタッフステーション(医療者)とホール(対象者)の垣根を低くする	対象者との交流が増える
セキュリティ担当になると、ラウンジなどの患者の生活エリアにスタッフがいることが多くなり、患者との対話も増えることでラポール形成がされやすい。また患者の様子(病状、交流面など)も把握できる。	
人為的エラーでの離院等のリスクは減少できる	
施錠忘れなどが発見できる	人為的エラーを減らす
薬物事犯の対象者が入院した際には、その友人との面会等において重要な役割を果たすかもしれない。	
対象者の危険物持ち込みの抑止力になっている	抑止力としての役割

表6 セキュリティ担当看護師配置の問題点

自由記載内容	カテゴリー
休日は、業務とセキュリティ業務を併任している。	専任できないときがある
同時に業務が重なり、結局他スタッフに振り分けることが多々ある。	
業務量が偏る	時間のもてあまし
何もしていない時間もあり合理的でない部分もある。	
病棟全体がおちついている場合は時間をもてあましてしまう	
不調な対象者への対応による事故予防や設備不備の早期発見などの意図を理解していないスタッフもいること	スタッフの目的や役割の認識がずれている
セキュリティ担当スタッフがその目的を理解していないと、観察の視点や認識がズれてしまうことがある。	
専属配置での配置が必要であり、危機管理への認識を持続することが重要(だが)慣れてしまう傾向が付きまとう	慣れによるセキュリティ意識の低下
慣れによるチェック漏れ、教育の浸透が不十分	
機能別なので、対応が断片的になってしまう。	対応が断片的・一律になる
開棟当時の厳密なものが基本的に用いられ続けている 対象者によっては、リスクが低いにもかかわらず病棟一律のルールのために生活機能の評価・訓練が実施できないことがある	
担当者だけで病棟内のセキュリティ全般を担うことは相当のストレスでもある	ストレス
あえて看護師でなくてよい(業務は必要と思うが)看護師を1人専属にしているのもったいない。	看護師業務としての疑問
業務内容が煩雑化してくるとあえて担当を置くか、内容を検討しなければいけないのかもしれない。地域の意見も汲まなければいけないという側面もある。	業務内容が煩雑化
ホールにずっと滞在することが難しい	専任での限界

表7 行動制限最小化に有効と思われる看護師の関わり

項目	有効と思われる関わり 回答数(複数回答)	一番役立つ関わり 回答数	内容(自由記載)
定期的な看護面接	18	3	
看護面接や集団プログラム以外の場での関わり	15	2	
常時観察	14	4	
入院時病棟オリエンテーション (=集中ケアによる患者の不安軽減)	11	2	
入院時の受け入れミーティング (=初回 MDT 会議)	10	1	
集団プログラム	6	0	疾病教育、SST、アンガーマネージメント(2) 放火防止プログラム、スポーツなどの運動発見プログラム
その他	6	3	・参与観察も含むその時その場でのディエスカレーションや、関わり等 ・日常生活面での関わり ・その日のリスクアセスメント ・関係性を構築のための関わり(2) ・入院前 MDT 評価 ・適宜の看護面接や対象者デブリーフィング ・プライマリーNs との信頼関係

表8 常時観察実施対象者数(直近1ヶ月)

常時観察実施対象者数	施設数
5人	1
3人	1
2人	5
1人	8
0人	8

表9 常時観察継続時間

常時観察継続時間	施設数
24時間	3
72時間	1
78時間	1
95時間	1
100時間	1
168時間(7日間)	1
225時間	1
240時間(10日間)	1
297時間	1
312時間(13日)	1
720時間(30日)	1
1680時間(70日)	1
記載なし	1

表10 常時観察実施により有益と思われた点

自由記載内容	カテゴリー
観察できる	綿密な観察ができる
観察ができる。	
確実に観察ができる。	
綿密な観察ができる	
綿密な状態観察と対応ができる	
観察が安易。	
丁寧な観察によって、これまで見えなかったものが見えてきた。	
対象者の安心獲得に役立つ	対象者へ安心感を提供できる
安心感を与え、状況を密に観察できる	
合併症予防の為、体位変換やマッサージ等を実施。対象者への安心感やコミュニケーションへと繋がった。	
不安が強く精神安定が保てない患者にとっては常時観察によるスタッフのかかわりが有益である。	
不潔行為・脱衣・逸脱行為時の速やかな対応	速やかで密度の濃い援助になる
異常時の早期発見	
隔離や拘束時の常時観察の場合は、当然であるが観察だけではなく援助の密度も濃いものとなる。(対象者や対象者の状況にもよる。)	
拘束中でも、すぐに対応可能・変化(病状の悪化や小さな変化)に対する素早い対応が可能。	
5分観察レベルになっても、常時観察と同じ対応をスタッフが自然に実施。	対応がスムーズになる
対象者との距離が近い為、対応もスムーズ	
PICUのドアをオープンにし、隔離しない。	行動制限の最小化に影響する
常時観察による人手は負担だが、隔離は負担が少ない。常時観察にすることで実施期間の短縮が図れるといえる。	
自殺のリスクの高い患者さんには、有効(2)	自殺予防に有効
人のぬくもりを感じてもらえることができるので、対象者自身の振り返りのきっかけにも気づきやすく、その場で介入もできる。	対象者の振り返りの機会が作れる

表11 常時観察実施上の困難・課題

自由記載内容	カテゴリー
看護師のパワーを投入するので業務調整が困難な場合がある。	人手がかかるため業務調整が困難
人員配置・業務への影響	
常時観察に人手がかかり、他対象者に対するケア低下や業務割り振りが困難な状況がある。	
一般病床との併設であり、病棟構造上困難がある。夜間においては、常時観察を行なうと、3人夜勤のうち1人は動きがとれない状況にあり、2人では、一般チーム32名と医療観察チーム7名の計39人を見ることは難しい。	
一体一のスタッフ配置となる。(人員確保)	
夜勤者が3名なので2名以上の常時観察はできない。	
スタッフで交代しながら行っても夜間等は観察が難しい。(入眠していない場合)	
1時間毎に担当者を決めて関わっているが、マンパワーが必要。	
常時観察が複数となると厳しい。	
常時観察者が増えると看護体制が困難 特に夜間帯	
常時観察が長期化すると、スタッフが一人固定してとられ、プログラムや夜間の対応が困難な場合がある。スケジュールや業務の調整が難しい。	
依存の強い患者は問題行動をとれば常時観察になる→スタッフを独占できるといったサイクルが働いている場合があるように感じる。	対象者にとって逆効果や問題行動防止が困難
問題行動の早期察知が可能で、大きな問題行動を防げるが、依存のある患者に対しての介入や距離をとることがより、難しくなる場面も出てくる。	
常時観察下でも対象者が非常ベルを押すことを止められなかったの で、問題行動防止の点では余り意味はない。	
精神運動興奮が著しい患者に対して常時観察をする事はスタッフの存在自体刺激となり余計興奮状態を呈するのではないかと感じる ことがある。(死がせまっている等の理由であれば別であるが)上記で 答えた対象者も、結局不穏状態が悪化し、常時観察から隔離で20分 観察となっている。	
側にいることで依存を高めたり、プライバシーが守りきれない状況 になったりするため怒りを高めてしまう。	
必要なときに必要な常時観察のスタイルが確立されていない	常時観察の適応や方法が確立されていない
常時観察の概念があいまいと感じており、大きな課題である	
入院時にすることが多いが、必ず常時にするエビデンスもない。	
身体管理(点滴中)の患者さんを常時観察にしているが妥当かどうか	

わからない	
行動制限＝常時観察というルールが開棟時から設定されている	
対象者との距離感	距離のとり方や関わり方に技術を要する
観察の仕方やその場での介入など、看護師の力量によって差がでる。 対象者と相性の悪いスタッフや興奮・衝動性が高まりやすいスタッフが勤務の場合は観察できるスタッフが限られてくる。	
常に見られていると言う対象者のストレス。	常に見られているという対象者のストレス
対象者から、常に観察されていることから「きつい」という返答がある。 また常時見られていることから対象者のストレスにもなる。	
観察者のストレス	観察者のストレス
観察者が妄想の対象に変化したり、女性 NS を優先して配置できない困難さがある。	
長期になると観察が緩む傾向	長期継続による弊害

表12 常時観察を実施する上で工夫している点

自由記載内容
<ul style="list-style-type: none"> ・常時観察時のスタッフの担当時間表 ・一時的に、急性期ユニット担当者が常時観察患者の観察を併任している。 ・場合によっては看護以外の多職種にも常時を分担してもらって評価をしている ・妄想の対象になっているスタッフは常時付き添いの担当から外す ・スタッフの交替は30分毎で行った。 ・休憩時間の考慮 ・常時観察が複数となると厳しい。これは治療評価会議で調整している。 ・Ns コールの聴取に頼らない対応(マンパワー、五感を働かせる。音を聞く。PICU のドアをオープンにし、隔離しない。)

総合病院（一般病院）精神科医療からの医療政策

研究代表者 安西 信雄（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院）

研究分担者 吉邨 善孝（済生会横浜市東部病院）

研究要旨：

現在の医療現場において、身体合併症を伴う精神疾患への対応は、十分に行われていない。精神保健センターなどでトリアージ機能を担い、入院受け入れ体制の整備が必要である。「医療の標準化」のためには、身体疾患合併症に対応した地域連携パスを用いた情報の共有化、可視化が求められる。

身体疾患を有する患者、自殺未遂患者などに伴う精神障害に対するコンサルテーション・リエゾンの現況、問題点として、①一般病院（一般病床）における精神障害への対応が、一般病院に勤務する精神科医数の少なさから、必ずしも望ましい状況で十分に、適切に行えていない。②精神科診療での概念が身体診療科において病態として認識されにくい。③係わり方が明確でなく、流れが理解されにくい。④コメディカル（PSW、臨床心理技術者）の係わりが適切に評価されていないなどがあげられる。チーム医療を活用したコンサルテーション・リエゾンの実践が必要である。その際には、院内連携パスを用いた医療の効率化、標準化、可視化が望ましい。

（I）精神科患者における「身体合併症医療」に関する研究

A. 研究目的

本研究の目的は、総合病院（一般病院）で行われる精神科医療において、精神疾患患者における「身体合併症医療」の実態と必要な機能を明らかにし、求められる役割、医療効果等を明らかにすることにある。

B. 研究方法

平成 22 年度において、神奈川県内の精神科医療現場、精神科救急医療現場における精神科患者における「身体合併症医療」の現状、問題点を神奈川県精神科保健センター行政職員と話し合い、倫理的配慮を行い分析する。分析結果を元に、身体合併症対応の基本ルール、地域連携パスを想定する。

C. 研究結果

平成 22 年度において、総合病院（一般病院）で行われる精神科患者に対する「身体合併症医療」の現状と問題点の整理を行った。

1) 神奈川県では、平成19年4月より精神科身体合併症転院事業が開始されている。この事業は、精神科病院に入院中で、精神科及び身体科両面において積極的な入院加療を必要とする方、又はその疑いがあり精密検査をする必要がある方のうち、原則として神奈川県精神科救急システムを経由して継続入院している患者を、神奈川県精神科救急医療に関する実施要綱に基づき、神奈川県、横浜市、川崎市および相模原市が専門病床（基本的には一般病棟における精神科病棟）へ転院させ、必要な医療を円滑に実施するものである。対応病院は横浜市みなと赤十字病院（対応病床10床）、済生会横浜市東部病院（対応病床2床）、横浜市大センター病院（対応病床2床）の3医療機関である。このうち、横浜市みなと赤十字病院と済生会横浜市東部病院は、平成20年4月の診療報酬改定で新設された特定入院料としての精神科救急・合併症入院料を算定する数少ない病院である。それぞれ、合併症ユニットを有し、精神科身体合併症に対応している。本事業は転院事業であり、対象者は神奈川県精神科救急医療システムに参画している精神科病院に入院中の方に限定される。精神科救急医療事業における身体合併症への対応が主な目的であるが、神奈川県下の精神科救急医療事業の協力病院において発生した精神科患者の身体合併症への対応もカバーしている。その結果、神奈川県保健福祉部障害福祉課からの報告によると、平成20年度には、87件の受入れが行われ、即日対応は40件であった。一方、この転院事業を介しないで、直接、一般病院身体診療科もしくは救命救急科を受診し、初期治療の後に精神科病棟に転棟転科となる精神疾患患者も少なくない。また、対応する3病院は横浜市に所在地があり、神奈川県全体としては、東部に偏在している。神奈川県西部の精神科病院の立場では、わざわざ、遠方の病院への転院を依頼するよりも近隣の医療機関での対応を求めていることも予想される。

2) 神奈川県精神科救急医療事業では、神奈川県、横浜市、川崎市、相模原市は共同で主に、夜間、休日の緊急措置入院、措置入院患者、医療保護入院への対応を実施している。身体疾患の既往や合併、外傷を受傷している場合などに、身体状況に応じて、身体合併症対応が可能な病院へ対象患者の振り分けを行っている。実態は正確に把握されておらず、対応要請に対して十分に応じていない。

3) 救命救急センターを有する一般病院における精神科病棟の役割の一つとして、自殺未遂患者の対応があげられる。自殺未遂患者のうち、飛び降り、飛び込みなどによる多発外傷や骨折、刃物による多発切創などの身体疾患を有し、自殺念慮の強さから一般病棟での対応が困難な場合、救命救急センター病棟を経て精神科病棟での治療継続が求められることになる。

4) 身体合併症の受け入れに関して、これまでの状況を図1に示した。

D. 考察

臨床現場における精神疾患患者の身体合併症対応に関してモデルケース、基本的なルール、課題をあげる。今後の望まれる流れを図2に示した。

1) 精神科救急対応時間帯において行政機関が対応

① 自殺企図等による大量服薬や外傷があり、身体的治療が優先される場合は、一般救急の受診を指示する。

② 精神科救急医療および身体合併症の治療や管理が必要な場合は、外来対応可能な身体合併症では、精神科単科の病院で受け入れる。専門医療機関での診療（入院治療）が必要な状況では、基幹病院となっている一般病院精神科が受け入れる。行政に依頼があった際に、担当者では振り分けが適切に行えないことも多く、協力病院、基幹病院担当者と受け入れの妥当性について相談することが必要である。

2) 一般病院精神科での受け入れは、日勤帯の対応が基本であり、夜間帯は救命救急科での対応が必要な状況のみ対応することになる。

① 全身状態が悪い状況では、救命救急センターに相談、依頼

② 早急な対応が求められる状況では、

該当する身体診療科医師にコンサルトし、精神科病棟への入院を早急に受け入れる。

③ 待てるような症例は、カンファレンスを実施して受け入れを決定

総合病院（一般病院）精神科に受け入れ後は、①原則として元の医療機関、施設に戻すことを前提とする。②入院時より担当ソーシャルワーカーを決め、調整を実施する。③定期的にカンファレンスを実施、情報を病棟スタッフで共有する。（身体疾患治療状況、リハビリ状況、問題点の把握）④入院期間は2ヶ月を目安に対応する。

3) 身体合併症地域連携に関する課題

①各地域に設置された精神保健センターを中心とした行政におけるにおけるトリアージ機能を充実させる必要がある。②精神科救急対応病床数、精神科身体合併症病床数を実際の対応必要件数を参考に再設定する必要がある。③行政よりの依頼は、ソフト救急対応病床の枠内で稼働する基本ルールを確立することが求められる。④出口としての後方移送病院を確保する必要がある。⑤一般病院（基幹病院）に直接依頼があったケースに関しては、対応病院が中心となってマネジメントを行うが、行政との相談窓口も用意し、情報の共有をしておく必要がある。

E. 結論

身体合併症を伴う精神疾患患者へは、複数の窓口があるが、十分に機能しているとは言えない。行われている対応の内容も様々である。トリアージ機能の中心を精神保健センターなどに設置し、各地域で身体合併症対応施設と指定された医療機関で必要に応じて、コンサルトや入院の受け入れを行っていく体制の拡充が求められる。「診療の標準化」のためには、身体合併症に対応した地域連携パス（表1～3）を用いた情報の共有化、医療の可視化を実践する必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし

II) 多職種による「コンサルテーション・リエゾンチーム医療」に関する研究

A. 研究目的

本研究の目的は、総合病院（一般病院）で行われる精神科医療において、一般病棟入院患者に対する医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、臨床心理士等の専門の異なる複数の職種からなる「チーム医療」が「コンサルテーション・リエゾン」「地域連携」に及ぼす影響を検証し求められる役割、医療効果等を明らかにすることにある。

B. 研究方法

平成 22 年度において、①野末聖香先生（慶應義塾大学看護医療学部教授、日本精神保健看護学会副理事長）、木太直人先生（日本精神保健福祉士協会理事）、大塚淳子先生（日本精神保健福祉士協会理事）との意見交換を行う。②シンポジウム「総合病院精神科チーム医療の将来を考える 2010 “チーム医療の現状と課題”」を開催（参考資料 1）する。この中で、多職種の活動状況、問題点を明らかにし、精神科チーム医療に求められる役割、医療効果に関して倫理的配慮を行い検討する。

C. 研究結果

平成 22 年度において、精神医療に関連する医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、臨床心理士等の専門の異なる多職種で行われる「チーム医療」「地域連携」の現状と問題点の整理を行った。

コンサルテーション・リエゾン精神医学では、精神科以外の診療科で治療を受けている患者の精神面の問題に対して、精神科医が積極的にかかわり、協力して治療にあたる。身体疾患治療中に出現するせん妄、抑うつ状態、悪性腫瘍を有する患者さんの精神面への介入、緩和医療など対象領域は幅広い。一方で、身体疾患を有する患者、自殺未遂患者などに伴う精神障害に対するコンサルテーション・リエゾンの現況、問題点として、①一般病院（一般病床）におけ

る精神障害への対応が、一般病院に勤務する精神科医数の少なさから、必ずしも望ましい状況で十分に、適切に行えていない。②精神科診療での概念が身体診療科において病態として認識されにくい。③係わり方が明確でなく、流れが理解されにくい。④コメディカル（PSW、臨床心理技術者）の係わりが適切に評価されていない等が指摘できた。

D. 考察

近年、コンサルテーション・リエゾン精神医学を多職種によるチーム医療で実践し、医師、薬剤師、看護師等の専門の異なる複数の職種の者がひとりの患者に対して仕事をするだけでなく、連携・協働して提供する医療の効果が期待されている。チーム医療の推進に関する基本的な考え方（厚生労働省：第10回チーム医療の推進に関する検討会資料より）として、①チーム医療とは、「医療に従事する多種多様なスタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する」ことである。②「チーム医療」は、我が国の医療の在り方を変え得るキーワードである。③チーム医療がもたらす具体的な効果としては、1) 疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上、2) 医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、3) 医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上等が期待される。④患者を中心としたより質の高い医療を実現するためには、1人1人の医療スタッフの専門性を高め、その専門性に委ねつつも、チーム医療を通して再統合していく、といった発想の転換が必要であることなどが挙げられている。

コンサルテーション・リエゾン活動に関する今後のあるべき姿として、医療に従事する多種多様なスタッフからなるコンサルテーション・リエゾン・チーム（以下CLチームと略）が患者を中心としたより質の高い医療を実現するために活動するチーム医療の実践が必要と考えられる。この理由として、①（精神科）チーム医療を適正に評価する必要があること、②マンパワーが不足がちな一般病院における精神科医療の基盤を整備することが求められること、③コメディカルが活躍するための診療報酬上の裏付けを明確にする必要があること、④クリティカルパスを活用した一般病棟における医療の効率化、標準化、可視化の実践が重要であること、⑤対象患者にとって理解しやすく、利点を多くする必要があることなどあげられる。

CLチームは、一般病棟に入院する患者のうち、身体症状以外に不安、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ患者を対象として、患者の同意に基づき、精神症状緩和に係わる専従チームである。活動内容は、①精神症状を評価し、必要な治療を提供する、②入退院に係わる相談、他機関との連携に関与し、精神疾患治療の継続について、配慮する、③初回の診療時に、主治医、看護師及び薬剤師などと共同の上、リエゾン・コンサルテーション実施計画書又はこれに準じた計画書を作成し、その内容を患者に説明の上、交付するとともにその写しを診療録に添付する、④対象患者に対する精神状態の把握と診療方針に関するカンファレンスと回診の開催

(週1回程度開催)などである。CLチームは、精神科医(一般病院連携精神医学専門医または3年以上経験を有する精神科医)、看護師(精神看護専門看護師、または3年以上精神科医療関連に従事した経験を有する看護師)、精神保健福祉士(3年以上精神医療に従事した経験を有する精神保健福祉士)、臨床心理技術者(3年以上精神医療に従事した経験を有する臨床心理技術者)、薬剤師(服薬指導等精神医療の経験を有する薬剤師)作業療法士(3年以上精神医療に従事した経験を有する作業療法士)、(*精神科医、薬剤師は専任でも可)などによって構成される。

CLチームは、当該保険医療機関の組織上明確に位置づけられており、院内医療連携パス(コンサルテーション・リエゾンパス)に沿って活動する。院内医療連携パスの目的は、CLチームが係わり、診療、支援を実施することで、(患者が)診療を適切に、効果的に、十分に受けることができることであり、対象者は、一般病床に入院中の患者のうち、精神症状が出現し、身体疾患の検査、治療が適切に行うことができない者、および、CLチームが関わることで、身体疾患の治療効果の向上が見込まれる者である。

今後の課題としては、①有効性を示すデータの蓄積、②チーム構成、職種間の役割分担、③対象患者の条件、④介入プログラム(マニュアル)、⑤実施計画書の作成などを明確にする必要がある。

E. 結論

チーム医療を活用したコンサルテーション・リエゾンの実践が必要である。その際には、院内連携パス(表4)を用いた、医療の効率化、標準化、可視化が望ましい。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

なし

シンポジウム

総合病院精神科チーム医療の将来を考える 2010

“チーム医療の現状と課題”

2010年12月26日(日) 9:45~17:00
八重洲ホール Room 101

総合進行役 吉邨 善孝

午前の部 (9:45~11:45)

救急医療、自殺に関連するチーム医療活動

1. 救命救急センターにおける PSW の役割(自殺に関連して) 20分
山田素朋子 (横浜市立大学医学部精神医学教室)
2. 精神科救急医療における物質依存症への早期介入の必要性 20分
伊藤敬雄 (日本医科大学精神医学教室)

総合討論 10:25~

指定発言 富岡直 (三井記念病院精神科)
鈴木康弘 (狭山病院心理相談科)
藤原 修一郎 (金沢文庫エールクリニック)
天野夏沖 (金沢文庫エールクリニック)

お昼休み (11:45~12:30)

午後の部前半 (12:30~14:30)

コンサルテーション・リエゾン活動

3. リエゾン精神看護専門看護師の立場からみた精神科チーム医療 20分
白井教子 (北里大学病院)
4. 当院の多職種からなるコンサルテーション・リエゾンチーム (モバイルリエゾンチーム) の現状と課題 20分

○大上俊彦 (亀田総合病院精神科) 、上田将史 (亀田総合病院臨床心理室)
小石川比良来 (亀田総合病院精神科)

総合討論 13:10~

指定発言 天野夏沖 (金沢文庫エールクリニック)
満田大 (三井記念病院精神科)
上田将史 (亀田総合病院臨床心理室)
岡部麻衣子 (金沢文庫エールクリニック)

休憩 (14:30~14:45)

午後の部後半（14:45～17:00）

地域支援に関連したチーム医療

- | | | |
|----|--|-----|
| 5. | ペアレンティング・サポートへの取り組み
相川祐里（済生会横浜市東部病院） | 20分 |
| 6. | 旭中央病院精神神経科における多職種連携（1）
青木 勉（総合病院国保旭中央病院） | 10分 |
| 7. | 急性期病棟におけるOTの役割
香山明美（宮城県精神医療センター） | 20分 |
| 8. | 旭中央病院精神神経科における多職種連携（2）
赤須 知明（総合病院国保旭中央病院） | 10分 |

総合討論 15:45～

- 指定発言
- 赤穂理恵（都立駒込病院神経科）
 - 岡部麻衣子（金沢文庫エールクリニック）
 - 藤原 修一郎（金沢文庫エールクリニック）
 - 上田将史（亀田総合病院臨床心理室）

図1:身体合併症に関する病診連携(現在の状況)

