

本研究対象である常時観察は、閉鎖的治療環境の中で、さらに対象者と看護師の持続的で密な相互交流が必然的に生じる状況であり、両者の相互作用が両者の変化プロセスに影響を与えていることから、M-GTA に適した研究であるといえる。また、抽象的なフォーマル理論を生成するよりも領域に密着した実用的な知見を得ることで、介入技法の開発に応用できる点からも、M-GTA による分析が適切であると考えた。さらに、GTA のオリジナル版はデータの切片化を行うが、M-GTA では切片化しない方法をとることから、データの中に表現されている文脈を解釈的に分析できると考えた。

分析焦点者は「常時観察の対象となる経験をした医療観察法病棟入院対象者」とし、分析テーマは「常時観察の対象となることを通して自己と周囲のありようを捉え直していくプロセス」と設定した。データの中から、この分析テーマと分析焦点者に関連がありそうな箇所に着目し、それを具体例に書き込み、他の類似具体例と比較しながら、概念を生成した。概念名、定義、ヴァリエーション（具体例）、理論的メモを記載した分析ワークシートを活用しながら、概念生成を行った。類似例のみではなく、対極例に関してもデータと照らして確認し、解釈が恣意的にならないように努めた。具体例が、複数の人のデータから出てこない場合は、偏りがあり有効ではないと判断して、概念として不成立とした。次に、生成した概念と概念の比較、概念とカテゴリーの比較を繰り返し、同時並行的に他の概念との関係を検討して分析を行った。関係性のある複数の概念からなるカテゴリーを生成し、概念間、概念とカテゴリー間、カテゴリー相互の関係や変化のプロセスを結果図として図式化し、その概要についてストーリーラインを記述した。

分析の全過程において、質的研究の経験がある研究者のグループディスカッションで定期的に意見を求め、精神看護学分野の研究者のスーパービジョンを受けた。

## 6. 倫理面への配慮

東京医科歯科大学医学部倫理委員会及び各研究協力病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

参与観察および研究全般に関しては、病棟ごとに、職員や対象者の集まる機会を通じて研究説明を行い、了解を得た。また、病棟ごとに、病棟内に研究説明書を掲示した。半構造化面接および診療録後方視的調査に関しては、個別に、研究者から文書と口頭で、研究目的・内容・個人情報保護の方法や、研究協力は自由意思であること、同意しなくてもなんら不利益は生じないこと、いつでも中断・撤回できることなどを説明し、同意を得た。

## C. 研究結果

### 1) 研究協力者概要（表1参照）

研究協力に同意を得られた入院対象者は表1の通りで、男性6名女性1名の計7名であった。常時観察理由は、自殺企図の1名以外は、症状悪化や対人トラブルなどであった。

### 2) ストーリーライン（図1参照）

M-GTAによる分析結果から、15 概念、5 カテゴリーが抽出された。結果図については図 1 に示した。結果図および文中では、概念は【 】, カテゴリーは< >、入院対象者の語りは「\_\_\_\_」で示した。

対象者は常時観察開始当初、自分の処遇や看護師の存在に対して【なんで】という強い疑問や不信を抱き、常時観察で付き添っている看護師に【そばにいられることの苦痛】を感じており、<不信の中にある>という状況に陥っていた。しかし一方で、【心配してくれる存在に気付く】ことや、看護師の存在をそばに【いてくれている】人と肯定的に捉えることができるようになり、看護師との【何気ないやりとりが嬉しい】と感じるなど肯定感情が生じ、対象者自身の緊張感も緩和され、自身の態度が【丸くなる】ことを実感しており、<安心感が芽生える>に至っていた。

また、対象者によっては、看護師とのやりとりで【価値観の転換】が起こり、【現実がみえてくる】とともに【相手の視点や立場に立つ】ことができるようになるなど<世界が変わる>体験をしていた。さらに、【自分自身に精一杯】で周囲が見えない状況から、徐々に状況が把握できていく中で、【自分自身を責める】気持ちを抱くとともに【きっかけとなった行為への後悔】が生じ、【新たな対処方法に気づく】こととも連動しながら、<内省が深まる>ことが生じていた。同時に、【安心感・安堵感の増大】がみられ、看護師と【通じ合う関係になる】など<心が通う>ことを実感していた。

つまり、対象者は、看護師の存在そのものや看護師とのやりとりを通して、<不信の中にある>状態から<安心感が芽生える>状態へ、<心が通う>関係へと 2 者関係の捉え直しを図っており、その中で、自分自身の変化も実感していたといえる。さらには、<世界が変わる>ことを通じて、周囲のありようの捉え直しを図り、他者視点や新たな価値観を獲得している。このような視野の拡大が、<内省が深まる>ことや看護師との関係性をも促進していくプロセスとなっており、それらは相互に影響していることが確認できた。

### 3) 対象者の体験

カテゴリーごとに、概念について具体例を用いて説明し、体験の詳細を明らかにした。

#### i. <不信の中にある>

対象者は、常時観察開始当初、看護師の存在や処遇など自身をとりまく状況に関して【なんで】という強い疑問・不信を抱き、同時に、看護師が【そばにいられることの苦痛】が生じており、余裕のない状態であるため、<不信の中にある>としていた。

#### a. 【なんで】

対象者は、看護師が自分のそばに付き添うことに対して不信感を伴う疑問に感じていた。また、常時観察と同時に行動制限が行われている場合には、行動制限も含めた自分を取り巻く状況に対しても強い疑問、不信を感じていた。

・「なんで看護師さんがいるのかなって。なんでいるんだろう、いなくたっていいんじゃないか

って。」(対象者 G)

・「当時は、なんで、どうしてこんなところにはいらなきゃいけないんだ、どうしてこういう部屋に入れられるんだろうって。」(対象者 E)

b. 【そばにいられることの苦痛】

対象者は、付き添っている看護師の話しかけや存在そのものによって、自分の空間領域を侵されるような苦痛、常に見られているという苦痛を感じていた。

・「そうですね。話しかけられるのがうざかったですからね。」(対象者 A)

・「必要な時もあるけど…あんまり…その人のためを思ってやっていると思うんだけど、やっぱり監視されているって、人間、あんまり好きなもんじゃないからさ。」(対象者 G)

ii. <安心感が芽生える>

対象者は、最初から看護師の存在を【いてくれている】と好意的に受け止めている場合と、【心配してくれる存在に気付く】ことで、看護師の存在を受け入れる過程をたどる場合があった。また、【何気ないやりとりが嬉しい】と感じられ、対象者自身の態度も軟化し、【丸くなる】ことを感じており、関係が始まる最初の段階として<安心感が芽生える>としていた。

a. 【いてくれている】

対象者は、常時観察中の看護師の存在を感じ、その存在を肯定的に捉え安心していった。

・「ただ、安心はしましたよ。“ああ、いる”“いてくれている”っていう…」(対象者 A)

・「うん。看護師さん…いてくれた方が良かった。<それはなんで?>なんでって…苦しいんだもん、こっちは。何もしてくれなくていいから、そばにいてほしいときってあるじゃない。そういう感じだった。看護師さんの存在があるだけでいいっていう。」(対象者 F)

b. 【心配してくれる存在に気付く】

対象者は、看護師が自分に関心を寄せ、自分のことを気遣ってくれることに気づくことで、看護師に対して肯定的思いを抱くことにつながっていた。

・「なんか泣いていたよっていう看護師さんがいて、言ってくれて。……うれしかった、うれしかった…悪いことをしたな」(対象者 C)

・「荒れている自分にそこまで携わってくれた…心がある治療っていうか、自分に対して伝わってきたっていうか…」(対象者 E)

c. 【何気ないやりとりが嬉しい】

対象者は、日常生活援助や生活の中での何気ない会話を通して嬉しい気持ちを抱いていた。

・「安堵感、嬉しい。なんか起きたときに、すぐ話しかけられるじゃん、“おい、何やってるんだ、起きたぞ”って。」(対象者 G)

・「まあ嬉しいっていうか。(CDを) たのむときに、買ってきてくれるっていう嬉しさ。断られたときに、仕方ないなっていう…やっぱり、触れ合える…って感じて。」(対象者 E)

d. 【丸くなる】

対象者は、精神的にも緊張していた状態から力が抜け、張り詰めていた状態から緩和し、それに伴い、拒否から、他者の関わりを受け入れる、治療を受け入れるなど、尖っていた態度が丸くなっていた。

・「“Bさん今日どういうことしたい？” “Bさん何がほしい？” “Bさん何考えているの？” とか気軽に話しかけてもらえると楽になる。こっちはピリピリしているし、相手（スタッフ）もそうだとね。」（対象者 B）

・「「すごいってねい…対応がいてねいだったのを覚えています、看護師さんがいりませんって言ったら飲んでくださいって言って、ああ、分かりました～って。それで眠剤を飲みはじめたんですよね。」」（対象者 E）

### iii. <世界が変わる>

対象者は、看護師とのやりとりを通じて【価値観の転換】が起こり、回復とともに【現実がみえてくる】ことで、【相手の視点や立場に立つ】ことが可能となり、<世界が変わる>ことを実感していた。また、概念間が相互に影響し合い、それぞれを促進していると感じていた。

#### a. 【価値観の転換】

対象者は、看護師とのやりとりを通して、今まで生きてきた中で培ってきた価値観から新たな価値観へと転換させ、その結果、自身の態度や行動が変化していた。

・「“〇〇さん（看護師名）に言われたのが “Bさんはそうやって暴れて、人に喧嘩を売ったり、買ったりしているようだけど、ぼくはそういうことはしないよ” って言われたんですよ。その時点で、自分は負けたと思って。」（対象者 B）

・「「自分の主張が暴力の世界…暴力でしかいえない錯覚をおこしていた。でも暴力無駄かな、ばかっているな、やんないほうがいいんじゃないかと思って。」（対象者 G）

#### b. 【現実がみえてくる】

対象者は、精神症状が優位で、言動にまとまりのない状態、衝動コントロール不良の状態などから、徐々に現実がみえてきて、自己の状態、状況が適切に把握できるようになってきたことを自覚していた。

・「「だんだん、入院自体のシステムが分かりだして。それまで医療観察法っていうのが全然わからなかったです。なんでこんなところにいるのかわからなかったです。留置所の4ヶ月いて、鑑定入院で3ヶ月いて、またここで隔離されて、それも、自分自身、そのときは納得できなかったんですけど、で、回復していくうちに、ああ、なるほど、こういうことだったんだな、自分の調子が悪かったんだなって思えるようになって。」（対象者 E）

・「「監視されている、嫌だなんて感じから、落ち着いてくると、嫌だなんて感覚が薄らいでくる。<薄らいでくる>うん。少しずつ、（看護師は）仕事でやってたんだな、ずっとそばにいなきゃなんないのも大変だなんて思って。俺は寝ているのにさ。」（対象者 G）

#### c. 【相手の視点や立場に立つ】

対象者には、看護師とともに過ごしているうちに、看護師の気持ちや考え、立場や状況を考えたり、理解しようとする姿勢が自然と生じ、看護師への気遣いを表す対象者もいた。

・「部屋の中においてね…ついている看護師さん大変だなんて思った。」(対象者 F)

・「だって寒いんだもん。寒いから、「寒い？」って言って、(看護師に)布団かけてあげた。<ふと思った>うん、ふと思った。その前後は覚えてない。だって、ベッドも入っていないんだもん。マットレスだったんだもん。ベッドもなくて、マットレスで、寒いかなって思って…。

〇〇さん(看護師名)もなんか寒そうだったからさ。」(対象者 G)

#### iv. <内省が深まる>

常時観察開始当初は、【自分自身で精一杯】であった対象者が、自分の行ったことを振り返り、【自分自身を責める】気持ちが生じ、【きっかけとなった行為への後悔】へと至っていた。さらに、後悔とともに【新たな対処方法に気づく】など今後に向けての対策を挙げることができおり、<内省が深まる>ことが確認された。

##### a. 【自分自身で精一杯】

対象者は、常時観察時に、自分の状態が不安定でコントロールできない状況であり、自分や周囲のことが十分把握できない状態であることを感じていた。

・「自分が高揚していて…高揚状態の中で…入っていたので、そういうのは…看護師さんに対してどうこうっていうような余裕はありませんでした。」(対象者 F)

・「自分の中でのこと…。自分自身に当惑しちゃう。どうしようかって…戸惑っている。」(対象者 B)

##### b. 【自分自身を責める】

対象者は、自分が常時観察の対象となる状況になったことを踏まえ、その状況に陥った自分自身に対して怒りや不信、落ち込みなど生じさせていた。

・「不信感とか怒りはありました。<それは誰に対する、どのことに対する？>自分に対して。自分がやった行為だから、しょうがないって。」(対象者 F)

・「少しは苦痛だったけど、しょうがないなって感じ。こうなったのは俺のせいかなって。こういう風になったのは、おれのせいかな、俺に悪いところがあるんじゃないかなって思って。」(対象者 G)

##### c. 【きっかけとなった行為への後悔】

対象者には、常時観察のきっかけとなった状態や行為に対して悔いる気持ちと、同様の行為を行いたくない気持ちが確認できた。後悔の中身は、損得勘定の段階から他者への影響を考える段階までさまざまであった。

・「あんまり考えなくなりました。死にたいって。…やっぱりみんなに迷惑かけたって思って。」(対象者 C)

・「わけわからない状況になって…そういう危険…っていうのかサイン…出してればよかった

んですけど、そういうのも出さないで、上がるだけ上がっちゃって…」（対象者 F）

d. 【新たな対処方法に気づく】

対象者は、自身の行為を振り返ると共に、今までの対処行動ではない、新たな対処行動に気づき、対処の選択肢の幅を広げることが可能になっていた。

・「まあ相談して決める人があんまりいないんですけど、相談できる人が増えるかな…」（対象者 C）

・「（暴力じゃなく）言葉で言えばいい、怒ってますよって。」（対象者 G）

v. <心が通う>

常時観察の終盤には、対象者は【安心感・安堵感の増大】を感じていることが多く、看護師と【通じ合う関係になる】など関係の深まりを感じ、<心が通う>ことを実感していた。

a. 【安心感・安堵感の増大】

対象者は、自己の状態の安定とともに現実が認識できることを通じて、自分自身や治療環境や関係性に対して安心感・安堵感を得ることができるようになっていた。

・「最終的には安堵感。最後に、安堵感と安心感。それでもう、安心感になったらだいたい常時観察は終わる。」（対象者 B）

・「最初が（手放しにしてほしい気持ち）多くて、減っていく…逆に安心感が増えてきて。」（対象者 E）

b. 【通じ合う関係になる】

対象者は、一人ではない、心が通じ合うなど、看護師との関係が深まったことを感じており、親密感を増していた。単なる医療者との関係という認識よりも、看護師に対して、より心情的に親しみを感じていた。

・「あと親密感、ある。一緒に来てくれて、一緒に横になってくれたりさ。<横になってくれる…>〇〇さん（看護師名）。一緒にこう…ごろんって。〇〇さん（看護師名）、なんて優しいんだろうなあって。」（対象者 G）

・「人間対人間だから、心って言うものがあるじゃないですか、だから、心って言うのが通じるようになって、そうですね、信頼関係って言うのができて。」（対象者 E）

## D. 考察

考察では、常時観察は対象者にどのような意味をもたらしているのかを検討することを通じて、常時観察における看護師の関わり意義について明らかにしていきたい。

<不信の中にある>対象者は、わりと早い段階で、<安心感が芽生える>ことも体験していることが伺えた。病状悪化に伴い、自傷・他害の恐れが高まっている状態の中にいる対象者は、常にそばに居続ける存在となる看護師について、【そばにいられることの苦痛】を感じていた。ただし、多くの対象者にとっては、【心配してくれる存在に気付く】ことが、【いてくれている】

という＜安心感の芽生え＞につながっていた。松本ら<sup>4)</sup>は、身体拘束の体験が患者の怒り・罪悪感から疎外感を一層強めていることを指摘している。身体拘束の体験と比較すると、常時観察は対象者にとって、【そばにいられることの苦痛】は生じさせるものの、疎外感、孤立感が生じることを防止する効果があるといえるのではないだろうか。

また、対象者は、【現実がみえてくる】、【相手の視点や立場に立つ】など＜世界が変わる＞ことを体験し、＜内省が深まる＞など自分自身の行為についても省みていた。他者の立場に立つことは共感性を育むことを可能にする。また、自分の行為や思考を対象化し、見つめなおすことは、新たな自己の発見を通じて成長に導くことになるだろう。ミードは、「自我の発達は社会集団のなかにおいてのみ生じる」<sup>5)</sup>ので、「人間が自分自身に立ち戻ることができたのは、他者の役割を取得することによってだけである」<sup>6)</sup>としている。

看護師による関わりの共通性や差異については明確にできないが、常にそばに付き添う看護師の言動、あるいは看護師の存在そのものが、対象者の内省を促し、ひいては自我の発達を促進する影響を与えていると考えることができる。すなわち、常時観察を行なう看護師は、対象者に回復促進の効果をもたらす治療環境の重要な一環となっているといえる。対象者は、周囲のことが見えてきて、自分自身のことも見え始めることによって、セルフケア力を回復することができると考えられる。

これまでの検討から、常時観察における看護師の存在は、対象者にとって「自分を観察もしくは監視する者」という理解から、「自己の成長と回復のために活用できる者」として位置づけ直される可能性が確認された。したがって、看護師が、常時観察の機会を、単なる観察の場ではなく、対象者の成長と回復の機会として捉えながら関わるのが重要であるといえる。看護師が対象者に長時間付き添う中で、否が応でもそこに相互作用が生じる。対象者の体験するプロセスを踏まえて考えると、看護師には、＜不信の中にある＞対象者を理解しながら、＜安心感が芽生える＞ための関わりを意識すること、＜世界が変わる＞ことや＜内省が深まる＞ことを促進する存在である自分を意識してその場にいること、＜心が通う＞ように自分の思考や感情を対象者に率直に伝えながら時間を共有すること求められるだろう。

本調査で明らかになった対象者の体験は、自己と周囲の在りようを捉え直していくことを通じた回復のプロセスであり、看護師には、そのプロセスを促進させていく関わりが求められるだろう。常時観察中の看護師の関わりの意義については、看護師の常時観察中の体験も併せて、さらに詳細に検討していく必要がある。

## E. 結論

1) 対象者は、看護師の存在そのものや看護師とのやりとりを通じて、＜不信の中にある＞状態から＜安心感が芽生える＞状態へ、さらには看護師と＜心が通う＞状態へと発展していた。

2) 対象者は、視野が拡大し＜世界が変わる＞ことを通じて、他者の視点や新たな価値観を獲

得し、そのことが<内省が深まる>ことや看護師との関係性の促進をもたらしていた。

3) 常時観察は、対象者にとって、【そばにいられることの苦痛】は生じさせるものの、疎外感、孤立感が生じることを防止する効果があることが示唆された。

4) 看護師が、常時観察の機会を、単なる観察の場ではなく、対象者の成長と回復を支援できる機会として捉えながら関わることの重要性が示唆された。

#### <引用・参考文献>

- 1) 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.
- 2) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践. 弘文堂. 東京. 2003.
- 3) 木下康仁: ライブ講義 M-GTA. 弘文堂. 東京. 2009.
- 4) 松本圭子, 桜井伸子, 大場美知子: 精神科入院患者にとっての身体拘束の体験 患者と家族とのインタビューから. 日本精神保健看護学会誌 11 (1): 79-84. 2002.
- 5) G.H.ミード.・船津衛, 徳川直人編訳: 社会的自我. 恒星社厚生閣. 東京. 2003. pp48.
- 6) 前掲5). pp57.

F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし



図 1. 対象者の体験

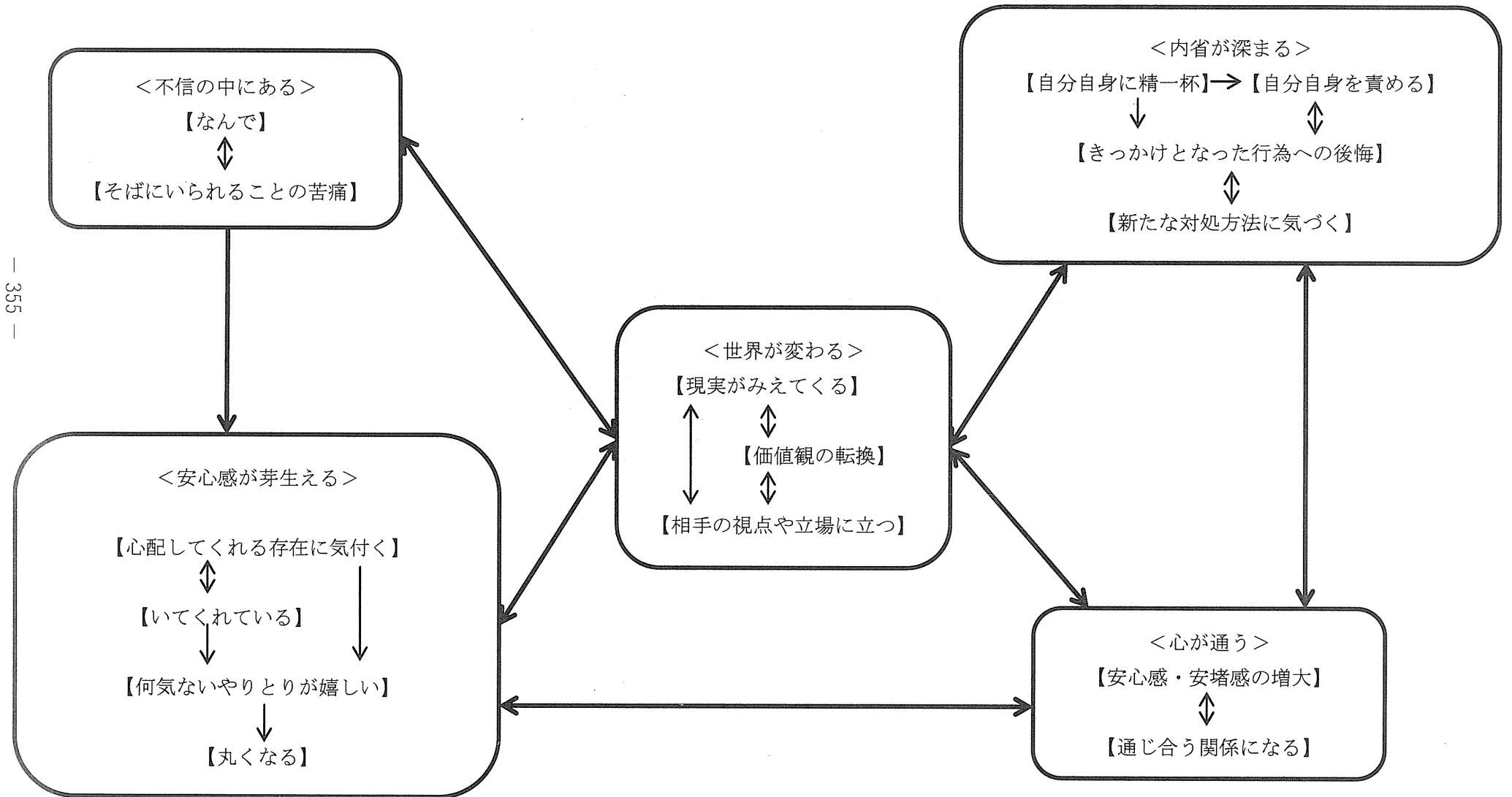


表 1. インタビュー対象者概要

	年齢	性別	疾患	対象 行為	常時観察 回数	常時観察理由	常時観察時 治療時期	現在 治療時期
A	40代 後半	男性	双極性感情障害	放火	1回	自殺企図	社会復帰期	社会復帰期
B	20代 前半	男性	妄想型統合失調症 (アルコール乱用 大麻使用歴1回)	傷害 (他人)	複数回 断続的	症状悪化 (幻覚妄想)	急性期	急性期
C	40代 前半	男性	妄想型統合失調症 覚醒剤残遺性精神病性障害	傷害 (他人)	複数回 断続的	症状悪化 (幻覚妄想)	急性期	社会復帰期
D	30代 前半	男性	薬物性精神病	殺人 (家族)	1回	症状悪化 (精神運動興奮)	急性期	社会復帰期
E	50代 前半	男性	薬物性精神病	傷害 (他人)	4回	症状悪化 (幻覚妄想) 対人暴力リスク	急性期 回復期 社会復帰期	社会復帰期
F	50代 前半	女性	双極性感情障害 アルコール性精神病	殺人 未遂 (他人)	4回	症状悪化 (躁状態、 精神運動興奮) 対人トラブル 点滴管理	急性期 回復期	回復期
G	50代 後半	男性	破瓜型統合失調症 型不明の特定の人格障害	放火	3回	症状悪化 (精神運動興奮) (亜混迷) 対人トラブル	回復期 社会復帰期	社会復帰期

研究分担報告

研究分担者：吉邨善孝

済生会横浜市東部病院

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」

分担研究報告書

研究分担者 吉邨 善孝（済生会横浜市東部病院）

研究協力者 桐山啓一郎（特定非営利活動法人地域精神医療ネットワーク 訪問看護ステーション leaf）

研究要旨：

現在の精神救急、身体救急の医療現場において、身体合併症を伴う精神疾患患者への対応は、十分に行われていない。行政機関救急情報窓口、基幹病院精神科相談窓口などがトリアージを行い、急性期対応医療機関もしくは、亜急性期対応医療機関へ振り分ける仕組みが必要である。また、身体救急を担当する医療機関において、精神医療が必要に応じて受けられる体制づくりが求められる。そのためには、一般（総合）病院精神科医ばかりではなく、診療所精神科医や精神科病院精神科医との連携体制の構築が必要であり、「診療の標準化」のために、身体合併症を有する精神疾患患者に対応した地域連携パスを用いた情報の共有化、医療の可視化を実践することが推奨される。

一般病棟において、精神科医療が効果的に行われていない医療機関では、精神科医、一般身体診療科医、看護師（精神看護専門看護師など）、ソーシャルワーカー、臨床心理士、作業療法士などから構成される多職種により精神科リエゾンチームによる活動が望ましい。精神科チーム医療の役割は、患者への直接介入、病院全体への介入、治療者への介入、職員のメンタルヘル스에分類される。チーム医療活動の成果としては、精神疾患への早期対応と適切な治療、精神疾患をもつ患者の入院受入れ促進、在院日数の短縮などがあげられる。一般（総合）病院における精神科医療の効率化、標準化、可視化の実践のためには、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推進、診療実施計画書に即した医療の実施、定期的に行われる再評価および治療計画の見直しを行っていくことが重要である。

（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 23 年度において、神奈川県精神科救急医療調整会議および神奈川県精神科救急医療調整会議部会に出席し、発言、情報収集を行う。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、問題点を神奈川県保健福祉局保健医療部保健予防課行政職員との話し合い、聞き取り調査を実施し、倫理的配慮を行い分析する。

分析結果を元に、身体合併症を有する精神疾患患者対応の基本ルール、地域連携パスを作成する。

### C. 研究結果

身体合併症を有する精神疾患患者への連携体制の現状は以下の通りであった。

1) 精神疾患、認知症を有する患者、アルコールに関連する問題を抱える患者、独居などが一般救急医療において搬送困難例とされ、近年は増加している。

2) 二次救急対応病院では、精神科医不足、連携が得られない、入院中の不穏状態、転院困難例の発生を回避する傾向がみられ、受け入れを拒否することが多く、連携医療が十分に機能していない。

3) 一般（総合）病院で、精神科病床を有する医療機関は 233 施設、合計 15709 床（2010 年）、救命救急センターを有する病院（245 施設）で精神科病床を有する医療機関は 95 施設（39.8%）（2011 年）であり、一般（総合）病院における精神科医療のマンパワーが不足している。

### D. 考察

身体合併症を有する精神疾患患者への連携体制を図 1 に、救急搬送システムにおける連携について図 2 に示した。救急要請の際には、行政機関救急情報窓口、基幹病院精神科相談窓口がトリアージを行い、急性期対応医療機関もしくは亜急性期対応医療機関へ振り分ける仕組みが必要である。急性期対応医療機関では、身体状況が重篤であり、集中的治療を要する場合は、救命救急センターを中心として対応するが、状況に応じて、一般病院内の精神科病棟も活用する。少なくとも、救命救急センターを有する医療機関においては、精神医療が必要に応じて受けられる体制づくりが求められる。二次救急を実施している医療機関においても、一般病院精神科医との連携ばかりでなく、診療所精神科医や精神科病院精神科医との連携体制の構築が必要である。一般病棟において、精神科医療が十分に行われていない医療機関では、精神科医、一般身体診療科医、看護師（精神看護専門看護師など）、ソーシャルワーカー、臨床心理士、作業療法士などから構成される精神科リエゾンチームによる活動が望ましい。

地域連携パス：身体合併症（精神科→身体科→精神科）（案）を作成し、表 1 に示した。この地域連携パスの目的は、身体疾患および精神疾患を状況に応じて、（患者が）治療を円滑に、効果的に、適切に受けることができることであり、対象者は、身体疾患を合併した精神疾患患者である。（入院前）精神科かかりつけ医受診時、専門医療機関受診時、（退院後）精神科かかりつけ医受診時ごとにアウトカム、評価項目、タスクを設定した。「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。今後は、このような地域連携パス（案）をたたき台に、さらに精度をあげる試みが求められる。

### E. 結論

身体合併症を有する精神疾患患者に対して、適切な医療を行っていくためには、連携体制の

構築および地域連携パスの活用が求められる。それぞれの医療機関が地域連携パスに基づいたサービスを提供し、連携を密にすることで、情報を共有化し、均一化、標準化された医療を実践することができる。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし

#### G. 研究発表

1. 論文発表       なし
2. 学会発表       なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得       なし
2. 実用新案登録   なし
3. その他         なし

### II) 多職種による「精神科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23年度において、①「精神科リエゾンチーム医療」に関する検討会を開催（参考資料1）し、多職種の活動状況を明らかにする。また、精神科リエゾンチーム活動状況の視察および聞き取り調査を実施する。その上で、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。②済生会横浜市東部病院において、多職種からなる医療チームを編成試行する。活動を通じて、構成メンバーおよび活動内容の検討、問題点の抽出、診療計画書、診療評価書、院内連携パスの作成を行う。

#### C. 研究結果

##### ①精神科リエゾンチーム医療の活動状況

精神科リエゾンチーム医療の意義に賛同した少数の病院が独自にコンサルテーション・リエゾンチームを組織し、患者への直接治療・病棟への精神治療的治療介入の教育、医療安全活動、職員のメンタルヘルス支援などを行っていた。これらの医療機関における精神科リエゾンチームの活動状況を表2に示した。

・精神科リエゾンチームが対応した事例

精神科リエゾンチームが対応した事例を提示する（参考資料2参照）。

<事例1> 救急外来での対応困難患者への直接介入

－自殺企図を繰り返し、救急外来を受診し続ける患者－

【介入職種】 医師・看護師

【介入による効果】

- ・自殺の予防
- ・継続的な精神科的治療と心理的支援
- ・救急外来の乱用防止

概要：走行中のトラックへの飛び込み、マンションの4階から飛び降り、薬物を乱用などして自殺企図を繰り返していた患者。自殺企図以外の症状での救急外来受診も頻回であり、受診の度に興奮して救急外来の診療が滞ることもみられた。精神科的な病理が考えられたため、救急外来担当医から精神科医に診察依頼があった。精神科医師、看護師が共同し、精神科医は抗不安薬や抗てんかん薬を処方し、並行して精神療法を行った。看護師は、救急外来を受診する代わりに、定期的に時間を決めて話を傾聴する場を持った。患者は当初抵抗を示したが、精神科的治療と、看護師の支持により、決められた相談時間内で感情を表出するようになった。結果、自殺企図はみられなくなり、患者は地域での生活を継続した。

<事例2> 身体科に入院した精神疾患患者への直接介入

－逸脱行動を繰り返す摂食障害患者－

【介入職種】 医師・看護師・精神保健福祉士

【介入による効果】

- ・身体科病床での精神疾患患者の受け入れと治療
- ・身体科治療と並行した精神科的治療の実施
- ・専門的見地からの身体科スタッフへの支持、介入
- ・身体科スタッフの精神疾患への理解度の上昇

概要：低カリウム血症で精神科病院からの紹介で救急病床に入院した摂食障害の患者。身体的治療が優先される状態であり、一般病棟に入院した。入院後も隠れて食事を捨てる、持参した下剤を乱用するなどの逸脱行動が続いたため、身体科医師・看護師からチームの精神科医に依頼があり介入開始。心理的な治療枠の設定が必要と思われたため、チーム精神科医師から身体科医師に、チーム精神科看護師から病棟看護師に治療、看護方法、枠組み設定方法等を助言した。精神科チームによる直接的介入と同時に患者に対応する身体科医師・病棟看護師の共通理解を得て、患者に一貫した対応が取れた。逸脱行動が軽減し、身体的に改善し退院した。

<事例3> 身体科治療中の患者の心理的支援

－長期間にわたって入院化学療法を継続する20歳代患者－

【介入職種】 医師・看護師・心理士

【介入による効果】

- ・苦痛を伴う治療に対する精神的支援による治療の継続
- ・患者の特性に合わせたチームメンバーの介入

概要：2年程度ほぼ入院し続け化学療法を継続している20歳代男性患者。入院期間の長期化に伴い、治療に対する否定的な発言が聞かれるようになり、感情表出が乏しくなっていた。精神的サポートの必要性を感じた身体科主治医がチームの医師に介入を依頼した。医療職者に対して感情表出が見られなかったため、チーム内の職種ごとに病棟同職種と連携し、患者、家族の事情、情報を得た。医師や看護師との関係が築かれにくい状況に対して、理学療法士との良好な関係と心理士が積極的に関与することで、医師・看護師は後方支援を行った。患者は徐々に感情を表出し、治療を継続することができた。心理士の介入中は、チームでの事例検討を継続して行い、介入方法を検討した。

<事例4> 身体科入院中の患者（精神病状態）に対する精神科的治療  
－急性期精神病を発病しナースステーション前に座り込んだ患者－

【介入職種】医師・看護師・精神保健福祉士

【介入による効果】

- ・患者の精神症状に対する早期介入と専門治療の継続
- ・専門治療継続のためのケースワーク
- ・身体科病棟看護師に対する精神症状対応支援
- ・専門的見地からの身体科スタッフへの介入

概要：食道がん手術後、化学療法を継続している患者。過去複数回の入院では、大きな問題が見られていなかった。今回の化学療法も終了し、白血球値の回復を待って退院の運びとなっていた。退院間近の夕方、突然「ヤクザに襲われる」と話し、ナースステーション前の椅子に座りこんだ。医師や病棟看護師の説得にも応じず、専門的な治療が必要と判断されたため、身体科主治医からチーム医師に依頼。医師の診察では系統立った妄想などから何らかの精神病と診断された。夜間転院できる精神科病床がなく、身体科病棟で治療を継続した。チーム医師による薬物療法、看護師による患者の傾聴と病棟看護師に対する精神的対応の支援、精神保健福祉士によるケースワークが行われた。精神科的治療に専念するため精神科病院に転院となった。

<事例5> 病院全体への教育  
－自殺企図の予防と早期発見の為に研修会開催－

【介入職種】医師・看護師

【介入による効果】

- ・自殺リスクのある患者の早期発見と介入
- ・抑うつなど自殺に関連した精神症状に関する知識の普及
- ・職員の心理的支援

概要：年間数件見られる患者の自殺に対して、院内での集団研修会開催、ポケットガイドの作成、病棟単位での勉強会開催を行い、自殺の特徴・早期発見・チームの介入内容と介入依頼方法を説明し、コンサルテーション件数が増加した事例。職員が常時携帯できるポケットガイドには、自殺を起こす可能性のある患者の特徴や、発見時の対応、職員の心理的支援などが載



せられた。チームメンバーが病棟を訪問することで、「相談しやすい」環境を構築できた。

#### <事例6>医療安全面での院内教育

—一般病棟での安全な身体拘束方法と人権意識向上—

【介入職種】医師・看護師

【介入による効果】

- ・身体拘束に関連した事故の減少
- ・行動制限に関する人権意識の向上
- ・安全な行動制限に関する職員の知識・技術の向上

概要：一般病床で行われる危険な身体拘束に対して、安全な拘束方法と精神科の専門性である行動制限の法的な側面に関して研修会を行った結果、院内での行動制限に対する意識が向上した事例。具体的には、実際の拘束帯やベッドを使用した体験型の身体拘束講習と、法律関係のテレビ番組を模したクイズ形式の法的側面の講習を行った。開催後、チームには病棟単位の行動制限講習会の依頼があるなど、行動制限に対する意識が向上した。

#### <事例7> 病院職員の心理的支援

—救急外来で起こった患者の自殺後の対応—

【介入職種】医師・看護師・心理士・精神保健福祉士

【介入による効果】

- ・目撃患者・対象職員の心的外傷に対する早期介入
- ・退院後の継続支援のための地域連携
- ・継続した心理的支援による職員の離職予防

概要：救急外来受診中の患者が屋上から飛び降り自殺。目撃患者、対応した職員に対して早期の精神的治療・支援のため、看護部・救急診療部から介入依頼。目撃患者への医師・看護師の精神的治療、医師・看護師による職員への集団カタルシス療法、医師・看護師・心理士による病棟単位の精神科的介入が行われた。継続支援としては、医師・精神保健福祉士による目撃入院患者の地域診療所へのケースワークによる治療の継続、チーム看護師による心的外傷をおった看護師への継続的なカウンセリングが行われた。心的外傷をおった看護師は、カウンセリングを受けつつ業務を継続している。

#### ②多職種からなる医療チームの編成および試行

済生会横浜市東部病院において、精神科医師、神経内科医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、薬剤師から構成される医療チームを編成した。対象患者は一般病棟入院中にせん妄を呈し、対応が必要となった患者である。認知症認定看護師を中心として、週1回のカンファレンス、回診を実施した。せん妄対応チームが身体疾患せん妄患者にラウンドを行い、在院日数を調査した結果（参考資料3）を示した。せん妄に多職種による専門治療を行うことで、早期の退院につなげることができた。院内連携パス：「精神」合併症（身体科→精神科→身体科）（案）を作成し、表3に示した。チーム医療を実施する際に必要となる診療実施計画書（案）

(参考資料4) および治療評価書(案)(参考資料5)を作成した。

#### D. 考察

##### ①「精神科リエゾンチーム医療の活動状況

チーム医療の役割は、患者への直接介入、病院全体への介入、治療者への介入、職員のメンタルヘルスに分類された。その概要を図3に示した。チーム医療活動の成果としては、精神疾患への早期対応と適切な治療、精神疾患をもつ患者の入院受入れ促進、在院日数の短縮、医療職者の離職防止などがあげられる。精神科リエゾンチームの機能を図4に示した。連携機能としては、外来・入院患者への対応、救急患者の対応、職員に対する精神科的治療への知識提供と教育、他部署と連携した患者対応、多職種でのケースワーク、他チームとの協働、医療安全との協働、職員の心理的支援、地域各機関とのケースワーク、研修会・相談会の開催などを担うことができる。

##### a) 患者への直接介入

治療的介入が主な役割である。外因性と内因性精神疾患の鑑別診断、精神症状への抗精神病薬投与、支持的療法などの小精神療法の実施、救急患者の対応、外部との連携・継続医療などの役割を担い、精神症状の改善と治療、専門機関での継続治療、在院日数の短縮などの効果が期待できる。

##### 1) 早期診断・鑑別診断

身体疾患に合併する精神疾患を診断するとともに、身体疾患と精神疾患の治療の優先度を評価する。

##### 2) うつ病・不安・せん妄・興奮への薬物療法、精神療法的関与

身体状況に合わせた向精神病薬の処方や微量の調整を行うとともに、精神保健指定医や臨床心理技術者による精神療法を実施する。

##### 3) 救急患者対応

救急外来受診患者や救急病棟入院患者の中で、大量服薬や摂食障害による低栄養などの患者に対する介入を行う。また、不定愁訴のため高頻度で救急外来を受診し、外来治療が円滑に行えない事例に対しては、精神科外来での継続支援を約束し、救急外来受診から精神科外来予約受診への支援を行うことができる。

##### 4) ケースワーク

精神科病棟をもたない施設で急性期の精神疾患を発症した患者が見られた際に、チームの医師と看護師が治療的介入を行いつつ、チームの精神保健福祉士が同時進行でケースワークをすすめ、短期間で専門的な治療が可能な病院に転院し、現状にあった治療を継続させる。

##### 5) 外部との連携・継続医療

身体疾患にて入院中の患者が退院の際に、患者が通院しやすい診療所などに紹介し継続的に精神医療が受けられるよう調整する。

## b) 病院全体への介入

教育および連携が主な役割である。精神症状に関する研修会の実施、医療安全との共同、有事の際には、集団に対する心理的支援（集団精神療法の活用）、他部署・チームへの共同などの役割を担い、医療安全意識の向上、危機管理意識の向上、精神疾患への理解を促すなどの効果が期待できる。

### 1) 精神症状に関する研修会

せん妄や抑うつ状態、自殺などに関する院内研修会をチームとして企画し、各職種の視点から対応方法などの研修を実施する。

### 2) 医療安全との共同

医療安全部署と協働し、転倒（向精神薬による影響）や自傷行為に対する研修会を行うとともに、啓発のポケットガイドなどを作成する。

### 3) 他部署・チームとの共同

地域連携室や緩和ケアチームなどと共同して事例に対応する。

### 4) 有事（事故・災害など）の際、集団に対する心理的支援

病院内で患者の飛び降り事故が発生し、多数の目撃者が居た際に、集団でのカタルシス療法の実施や再発防止の取り組みを行う。

## c) 治療者への介入

教育および支援が主な役割である。精神疾患・治療の個別説明、リアルタイムの相談による支援、患者カンファレンスへの参加、治療チームへの力動的介入、相手の勤務時間に合う対応などの役割を担い、チーム支援による安心感、精神疾患の受け入れ、スタッフにおける心理的対応技術の向上などの効果が期待できる。

### 1) 精神疾患・治療の個別説明

向精神薬の作用や、精神療法として行われる心理的治療枠、身体疾患と精神疾患の優先度などを身体科病棟スタッフに説明し、治療を行う。

### 2) リアルタイムの相談支援

精神疾患を持つ患者に直接介入している身体科病棟に出向き、その場でコンサルテーション活動を行う。

### 3) 患者カンファレンスへの参加

医療従事者からの依頼で、精神疾患をもつ患者のカンファレンスに参加し、助言を行う。

### 4) 治療チームへの力動的介入

精神疾患をもつ患者に対応している治療チームの中で、巻き込まれなどが発生している場合には、病棟管理者などの依頼で精神力動的な介入を行う。

### 5) 相手の勤務時間に合う対応

身体科病棟や治療者に介入する際には、夜勤や休日などに配慮し、チームメンバーが介入相

手の勤務時間を把握した上で対応する。

#### d) 職員のメンタルヘルス

専門支援が主な役割である。メンタルヘルス研修、個別相談（カウンセリング）、本人・所属部署への直接介入、事故発生時の心的外傷への継続支援（他部署との行動を含め）などの役割を担い、医療スタッフの離職防止、事故などの心的外傷の支援などの効果が期待できる。

##### 1) メンタルヘルス研修

新人研修や管理者研修などでメンタルヘルスに関する研修をチームメンバーが共同で行う。

##### 2) 個別相談（カウンセリング）

業務に関して心理的疲労を感じているスタッフに対して、看護師や臨床心理技術者が個別に相談を行う。

##### 3) 本人・所属部署への直接介入

心理的疲労を感じているスタッフにチームに所属する医師が診察し、向精神病薬を処方するなど治療的な介入を実施する。また、スタッフの心理状態が緊急に介入を要する場合にはスタッフの所属部署と連携して対応する。

##### 4) 事故発生時の心的外傷への継続支援（他部署との共同含）

医療事故などで心的外傷をおったスタッフに対して、継続して精神療法や薬物治療を行うとともに、医療安全などと連携し事故の再発防止策を実施する。

#### ② 多職種からなる医療チームの編成および試行

求められる精神科リエゾンチームの構成、対象患者、役割を検討した。チーム構成は、専門性を生かし、機能的に活動するためには、精神科医、一般身体診療科医、看護師（精神看護専門看護師など）、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士など多職種から構成されることが望ましいと考えられた。人数構成は、チームの特性を生かすために、3名以上が必要である。その中で中心となって活動する要員は、この業務に専念するべきであり、この業務にあたるのは、看護師が適任と考えられた。その理由として、精神科リエゾンチームにおいて看護師は、a) 事前訪問と情報収集、b) 患者への直接的な心理的支援、c) 病棟看護師への精神科的治療・介入の教育的立場などの役割を担っており、チームの中心として機能していることなどがあげられる。また、精神科リエゾンチームに所属する看護師は、基礎教育に加えて精神看護の専門教育を受けているか、精神科病棟でのリーダーなどの経験がある。このことにより、精神科治療の知識のみならず、精神力動的な介入が可能である。精神科医が少ない総合病院でのリエゾンチーム活動では、看護師がチーム医療の要であり、精神科医とともに医療活動を行い、環境調整や心理的支援を日常的に行う役割があると言える。

対象患者は、一般病棟に入院する、抑うつ、せん妄などの精神症状を持つ者、精神疾患を有する患者自殺企図で入院した者などである。このような患者は、精神症状を有するため、一般