病棟での対応に苦慮することも多く、精神科医療を提供できる精神科リエゾンチームが効果的に介入することができる。

実際の患者への介入に関しては、診療実施計画書の作成、精神症状の評価、薬物療法、心理療法などの治療評価、計画や退院後も精神科医療（外来など）が継続できるような調整を実施することがあげられる。また、患者への介入、治療者への介入に加えて病院全体への介入職員のメンタルヘルスなども担当することも可能である。

診療実施計画書（案）、治療評価書（案）を作成した。精神症状の評価に関しては、不安・焦燥、抑うつ、せん妄、幻覚・妄想、興奮、自殺念慮をなし、軽症、中等症、重症の４段階で評価する。軽症は一般病棟での入院治療継続に支障がない程度、中等症は入院治療継続に支障がでている程度、重傷は入院治療継続が困難である程度とする。その他に、不眠、傾眠などの睡眠障害、徘徊、暴力行為、安静保持困難などの問題行動、意識障害、認知機能障害なども同様に評価する。精神機能全体は、全体的評価（ＧＡＦ）尺度を用いて、評価する。歩行、排泄、食事、入浴など日常生活動作も介助の必要度から評価する。総合的重症度として、精神症状を伴っている場合を軽症、精神症状を伴い入院治療に影響がでている場合を中等症、精神症状を伴い入院治療の継続が困難な場合を重症、精神症状を伴い一般病棟では治療継続ができない場合を最重症と定義する。チームとしての対応は、軽症の場合は、チーム回診（週１回のフォロー）を行う。中等症の場合は、チーム回診（週１回）でのフォローと共に適宜診療、精神科医による薬物療法、専門的医療サービスの提供を行う。重症の場合は、頻回の診療を行い、精神科医による薬物療法、専門的医療サービスの提供を行う。最重症の場合は、精神科病棟での治療を検討し、専門的医療サービスの提供を行う。治療目標としては、抑うつ、せん妄などの精神症状の改善、自殺念慮の消失、精神疾患の治療継続、軽快などを設定する。治療計画として、薬物療法、心理療法、ソーシャルワーク、心理教育、服薬指導などを検討する。治療評価は、あらかじめ設定した日に実行し、実際の治療内容を評価し、治療計画の見直しを行う。

院内連携パス：「精神」合併症（身体科→精神科→身体科）（案）を作成した。この院内連携パスの目的は、一般診療科で診療中の患者に対して、精神科医療チームが係わり、診療、治療、支援を実施することで、（患者が）一般診療科、精神科における治療を適切に、有効に、十分に受けることができることであり、対象者は、①一般診療科で身体的治療を受けている患者のうち、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。②精神科医療チームが係わること身体疾患の治療効果の向上が見込まれる者である。（入院中）一般診療科受診時、精神科リエゾンチーム介入時、（退院後）一般診療科受診時ごとにアウトカム、評価項目、タスクを設定した。

Ｅ．結論

一般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。

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

参考資料１

厚生労働科学研究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」

『コンサルテーション・リエゾン・チーム医療』に関する検討会

（第１回）

＜議事次第＞

１．　日時：平成23年6月25日　１８：００～２０：００

２．　場所：東京八重洲ホール703会議室

３．　議事

（１）コンサルテーション・リエゾン・チーム医療に関して

（２）コンサルテーション・リエゾン・チーム医療の課題

有効性を示すデータの蓄積

チーム構成、職種間の役割分担

対象患者の条件

介入プログラム（マニュアル）

実施計画書の作成

（３）今後の活動方向

（４）その他

＜構成員名簿＞

・三井記念病院　精神科

中嶋義文先生

・国立がん研究センター東病院　臨床開発センター　精神腫瘍学開発部

小川朝生先生

・神戸市立医療センター西市民病院　精神神経科

見野耕一先生

・亀田総合病院精神科

大上俊彦先生

・金沢文庫エールクリニック　精神科

藤原修一郎先生

（順不動）

・済生会横浜市東部病院精神科

吉邨善孝

検討会事務局　地域精神医療ネットワーク内

桐山啓一郎、岡部麻衣子

TEL・FAX ：045-790-1062

E-mail:yellstaff@helen.ocn.ne.jp

参考資料２

【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－

○コンサルテーションリエゾンチーム概要（有床精神科をもつ総合病院）

構成員：精神科医（1名）、精神科病棟看護師（1名）、精神保健福祉士（1名）、臨床心理技術者（1名）

病院職員からの依頼があった際に、チームで集まり活動している。病院職員からの依頼は随時受け付け、身体科入院中の精神科的治療や心理的支援や、認知症への対応もおこなう。

○事例概要

30歳代女性患者。夫との離婚をきっかけに走行中のトラックに飛び込む、マンションの4階から飛び降りる、大量服薬をするなどして救急外来を頻回に受診していた。救急外来受診のほとんどは心気的な訴えであったが、トラックへの飛び込みでの複雑骨折など失命の危険は多いに考えられた。また、救急外来受診時は、心気的な訴えを繰り返し、満足のいく対応が得られないと興奮するため、救急外来の診察が滞ることもしばしば見られた。

○リエゾンチーム介入の経緯

救急外来担当医が、患者の突発的な自殺企図や心気的訴えの多さから、精神科的な病理を疑い、チームの精神科医に介入依頼。精神科医の治療のみならず、継続的な心理的支援も必要と考えられたため、チームでの介入が決定した。

○リエゾンチーム介入内容

精神科医は患者を診察し、薬物療法として抗不安薬と抗てんかん薬を処方し、通院精神療法を継続した。また、看護師は救急外来を受診した患者と面談し、患者の訴えを傾聴した上で、救急外来とは違う場所で時間を決め定期的に話を聞く事を提案した。患者が了承したため、1週間に2回程度の頻度で傾聴を行った。患者に対しては、看護師との約束が守れない場合には、患者の要求は受け入れない旨を説明し心理的な治療枠を提示した。

○リエゾンチーム介入後の変化

介入開始当初も患者は重症に至らない自殺企図や、救急外来受診を続けたが、チームの介入により、徐々に心理的治療枠の範囲内で看護師に感情を表出するようになった。精神科的治療と、看護師の傾聴による心理的支援を継続することにより、自殺企図は見られなくなり、救急外来受診もほとんどみられなくなった。患者は「誰かに話を聞いてほしかった。最近は死にたいと思わなくなった」と話した。介入開始から重症に至る自殺企図は見られず、地域での生活を継続している。患者には現在も介入しているが、診察や看護師の傾聴の頻度は減少している。

【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－

○コンサルテーションリエゾンチーム概要

構成員：精神科医(3 名)、精神看護専門看護師(1 名)、臨床心理技術者兼精神保健福祉士(1 名)、チーム医療推進部事務職員(1 名)

週 1 回チーム院内ラウンド、事例検討会、勉強会を開催している。定期的な活動以外でも医師や専門看護師が窓口となり随時相談を受け付け、必要性があれば緊急的な介入も行う。

○事例概要

主病名が摂食障害の 30 歳代女性患者。過食・嘔吐・下剤乱用などにより、精神科病院への入退院を繰り返している。本病院には腎不全や大腿骨頸部骨折などの合併症により 6 回の入院歴がある。今回、急性腎不全・脱水・尿路感染のため精神科病院から転院。入院時 BMI 約 12,6。入院から 1 週間経過し、食事をゴミ箱に捨てる・嘔吐・下剤乱用が確認された。

○リエゾンチーム介入までの経緯

患者は低 K 血症・褥創を併発、生命の危機を回避するためにも身体的合併症への加療が必要な状態であった。しかし病棟看護師は精神疾患が起因するこれらの問題への対応に困難さを感じていた。そのため腎臓内科部長よりリエゾンチームの医師（精神科部長）に直接依頼があり、リエゾンチームの介入となった。

○リエゾンチーム介入内容

「身体危機からの回復が本人の正常な思考・本人らしさにつながる」という精神科における摂食障害治療に基づき、医師は処方・治療枠の制定を、リエゾンナースは治療枠の制定・病棟看護師への教育などの介入を行った。身体科では治療枠を定めることに対し、患者の意思に反するという視点から「可哀そう」との理由で受け入れられにくい現状があった。そのため、本人の身体機能の回復が最優先であることを病棟スタッフに繰り返し説明し理解を促した。併せて家族にも説明を行った。患者に対しては、多くの情報の中で重要な部分を明らかにした枠を作ることで、思考しやすくなるようにした。また予め幅を持たせ作成した治療枠を元に、患者と話し合いながら患者の自己決定を踏まえた治療計画を作り上げた。治療計画は同意書として作成し、本人・家族・医師・病棟看護師がサインすることで、患者本人も治療参加への責任が生まれるよう介入した。

○リエゾンチーム介入後の変化

患者:信頼関係や見捨てられないという安心感が生まれたこと、また身体危機を乗り切ったことによる思考の正常化により、治療枠を守り治療が継続された。身体合併症は改善し、約 3 週間後退院した。

病棟:医師が介入することで精神療法・精神科的薬物療法が導入された。またリエゾンナースが治療枠について、職種の特徴に合わせ繰り返し説明を行うことで、病棟スタッフ全員が共通認識の下治療にあたることができ、身体的疾病の悪化を防ぎ、患者は改善に向かうことができた。また他の精神疾患合併患者に対しても、精神科的視点をもってケアに臨むようになった。

【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－

○コンサルテーションリエゾンチーム概要　（有床精神科を持つ総合病院）
構成員：精神科医長（精神保健指定医）、精神科病棟看護師（主要メンバー3 名：看護師長、主任看護師、スタッフ看護師）、精神保健福祉士、臨床心理技術者
週に 1 回のチームカンファレンスを行う。身体科医師や看護師からの依頼や癌患者の多い病棟を中心にラウンドしている心理士からの情報をもとにチームメンバーで介入を検討。主として精神科病棟入院が必要と思われる患者や、精神症状を呈している入院患者に対応。

○事例概要
主病名が横紋筋肉腫の 20 歳代男性患者。2 年前から化学療法のために入退院を繰り返しており、1 年の殆どを病院で過ごしている。通学している大学は休学中である。

○リエゾンチーム介入までの経緯
治療開始後半年経過したところで、本人から急に「嫌になっちゃったよー」などの抗癌剤治療に対する拒否的な発言が聞かれるようになった。看護記録には「関わろうとしても表情が暗い」などの記述が残っており、病棟看護師は患者の拒否的態度に対し対応の困難さを感じていた。本人にとって治療の継続が必要であるため、血液内科部長より精神科部長に介入が依頼された。

○リエゾンチーム介入内容
リエゾンチームの医師・看護師・心理士が血液内科カンファレンスに出席し対応を検討した。カンファレンスや家族からの情報収集により、発達段階を含め、治療拒否を起こしやすい環境であることがわかった。しかし治療そのものを放棄してはおらず、感情表出を促すことで改善が見込めると考えられた。このため病棟スタッフに対しては、チームから本人にとって話せる人・わかってくれる人の存在が必要であることを説明した。本人に関し細部まで情報収集を行った結果、リハビリテーション中、1 人の作業療法士とはよく話しているという、話しやすい場・人が明らかとなった。医師・看護師に対しては拒否的な態度が見られていたため、感情表出という目的と併せ、チームの中から心理士が代表しての介入を決定した。心理士は担当の作業療法士・家族からの情報収集を十分に行い、チームでの検討の上、面接を開始した。

○リエゾンチーム介入後の変化
患者：心理士との面接を継続している。表情は和らぎ、化学療法に対する拒否的発言もみられず、治療を継続している。
病棟：チームが説明したカンファレンス内容は治療方針として診療記録に残され。患者に関わるスタッフ全員が共有した。スタッフは共通認識の元、見守りの姿勢を大切にしながらケアに臨んだ。

【事例④】身体科治療中の患者の精神科的治療
－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－

○コンサルテーションリエゾンチーム概要　(有床精神科を持つ総合病院)
構成員：精神科医長(精神保健指定医)、精神科病棟看護師(主要メンバー3名:看護師長、主任看護師、スタッフ看護師)、精神保健福祉士、臨床心理技術者
週に 1 回のチームカンファレンスを行う。身体科医師や看護師からの依頼や癌患者の多い病棟を中心にラウンドしている心理士からの情報をもとにチームメンバーで介入を検討。主として精神科病棟入院が必要と思われる患者や、精神症状を呈している入院患者に対応。

○事例概要
食道がん手術後に再発し化学療法中の 60 歳代男性患者。化学療法に対する理解は良好であり、数回の化学療法による入院を経ていた。今回の入院も化学療法は問題なく終了し、白血球値改善を待って退院となるはずであった。ある夕方、患者はナースステーション前の椅子に座り「ヤクザに襲われる」、「あの看護師はヤクザと繋がっている」などと話した。病室に戻るようにとの促しには応じることは無く、数時間ナースステーション前の椅子に座り続けていた。

○リエゾンチーム介入までの経緯
病棟看護師や身体科主治医の説得に応じず、対応困難であったため、身体科主治医からリエゾンチーム精神科医に依頼あり。チームの精神科医が診察し、体系だった妄想などから精神疾患の発病が考えられたため、環境調整(閉鎖病棟での入院)を含めた治療が必要と判断されたが、精神科病棟が満床のため転院の準備が進められた。転院準備の間、身体科病棟への包括的フォローの為、チームでの介入が決定された。

○リエゾンチーム介入内容
チーム員にて検討の上、早期に包括的な介入が必要と判断。患者本人に対しては、主治医の精神療法と薬物処方、チーム看護師による頻回の傾聴が行われた。病棟看護師には、チーム看護師が 24 時間相談を受けることを保障し、精神症状への対応(無理に病室に戻さない、安心を保障するなど)が説明された。同時に精神保健福祉士は、近医の閉鎖病棟で入院可能な場所にケースワークを行った。

○リエゾンチーム介入後の変化
患者：薬物治療では被害妄想に基づく恐怖により内服を行わなかった。チームの医師や看護師の傾聴に対しては応じ、被害妄想の内容を話した。一晩中ナースステーション前の椅子に座り続け、細かな症状の起伏は見られたが、安心を保障する関わりにて急激な精神症状の増悪は見られなかった。
ケースワーク：精神科医と連携した精神保健福祉士の介入により、早期に環境調整を含めた治療が必要な事を近医に説明したところ、翌日午前中に受入可能な病院が見つかった。患者は前日夕方からの関わりを継続しているスタッフの説明で大きな混乱なく転院した。
スタッフ：精神症状を呈する患者の関わりには抵抗が見られたが、チーム看護師による頻回の病棟訪問などにより、身体科病棟で急性期精神症状を呈する患者を一晩看護し続けた。

【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の研修会開催—

○コンサルテーションリエゾンチーム概要　(無床精神科をもつ総合病院)
構成員：精神科医(3 名)、精神看護専門看護師(1 名)、臨床心理技術者兼精神保健福祉士(1 名)、チーム医療推進部事務職員(1 名)
週 1 回チーム院内ラウンド、事例検討会、勉強会を開催している。定期的な活動以外でも医師や専門看護師が窓口となり随時相談を受け付け、必要性があれば緊急的な介入も行う。

○事例概要
下痢や腹痛などの腹部症状で内科入院した 70 歳代男性患者。その後、多発性小腸大腸潰瘍穿孔で手術治療が行われた。術後、発熱や感染性腸炎などが見られ、食欲もなく個室から出られない日が続いていた。入院 1 カ月後の深夜にクーパーを手にしている患者を看護師が発見。患者は看護師に対して引っかくなどして抵抗を示したが、最終的には自殺を思いとどまった。同日精神科医に依頼があり、診察。精神科看護専門看護師も介入した。精神医療の専門的な介入では患者は抑うつ状態と考えられた。

○リエゾンチーム介入までの経緯
事例の患者以外にも同時期に病院内で自殺企図があり、翌月の医療安全委員会で自殺予防に関する対策の必要性が挙げられた。また、抑うつに対する院内の意識が薄い可能性も考えられたため、リエゾンチーム提案により自殺予防に関するポケットガイド(ポケットに入るサイズの見開ガイドブック)の作成と、医療安全委員会と共同した研修会を行うこととなった。

○リエゾンチーム介入内容
院内全体に向けた医療安全研修会において、医療安全管理室からの「自殺予防ガイドライン」の説明と併せて、チームリーダーの精神科部長からポケットガイド「気持ちのつらさと向き合うときに」について説明。ポケットガイドの内容は、自殺について注意が必要な患者の特徴(予定外の入院・苦痛の継続等)、「死にたい」と言われた場合の対応(傾聴方法・精神医療へのコンサルト・家族の調整など)、自殺企図があった場合の危機介入(チームでの情報共有・連携など)について文献をもとにして記載した。研修会後、チームの医師と精神看護専門看護師、医療安全管理室看護師が各病棟・外来をラウンドし、自殺予防ガイドラインとポケットガイドの説明・配布を行った。

○リエゾンチーム介入後の変化
自殺企図に関するコンサルテーションの事例が増加した。事例の中には、抑うつ状態や身体表現性障害など様々な精神的な問題を含んだものがあり、早期の介入につながった。また、スタッフへのアンケートでは、リエゾンチームの介入があることで、日常の恐怖感や緊張感が軽減できるとの結果が得られた。

【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－

○コンサルテーションリエゾンチーム概要　（有床精神科を持つ総合病院）
構成員：精神科医長（精神保健指定医）、精神科病棟看護師（主要メンバー3名：看護師長、主任看護師、スタッフ看護師）、精神保健福祉士、臨床心理技術者
週に 1 回のチームカンファレンスを行う。身体科医師や看護師からの依頼や癌患者の多い病棟を中心にラウンドしている心理士からの情報をもとにチームメンバーで介入を検討。主として精神科病棟入院が必要と思われる患者や、精神症状を呈している入院患者に対応。

○事例概要
身体科病棟における行動制限には、拘束帯の止め方が間違っている、拘束帯が緩い、ベッド柵などに拘束帯を結ぶなどして適切に拘束帯を使用していない事例が多くみられた。また、拘束に対する意識が薄く、ベッド周囲に拘束帯の鍵を置くなど患者に対する配慮に欠けると思われる事例も見られた。拘束帯を借りに精神科病棟に訪れる身体科病棟所属の看護師には必要に応じて精神科病棟所属の看護師が拘束方法などを説明したが、病院全体では改善は見られなかった。

○リエゾンチーム介入までの経緯
上述の現状や、他病院での行動制限に関連した事故の発生などから、行動制限の方法について研修会を行う必要性がチームメンバーから挙げられた。また、チームでの検討から、精神科における行動制限には法的な治療意義が存在すること、行動制限は人権に大きく関わる問題であるが身体科においては人権意識や法的な関連に対する意識が形成されにくいことが出されたため、その内容も研修会で合わせて採り上げることとなった。

○リエゾンチーム介入内容
チームが病院顧問弁護士に依頼し、協働した研修会を開催。研修会では、チームメンバーから病院内で使用している拘束帯の正しい使用方法や、起こり得る事故の可能性と予防法を、精神医療における拘束トラブルの観点から説明した。弁護士からは、身体科における拘束に伴う裁判事例と精神科における裁判事例の 2 事例が提示され、テレビ番組を模したクイズ形式で行動制限に関する知識の普及が図られた。また、弁護士がクイズの判例を用いて人権・法律的観点から行動制限を説明した。研修会には院内において行動制限に関心を持つスタッフが多く参加した。

○リエゾンチーム介入後の変化
一般病棟所属のスタッフが、チームメンバー（特に看護師）に対して、正しい行動制限の方法を尋ねる頻度が多くなった。また、研修会に参加していた一般病棟看護師長から、研修会に参加できなかったスタッフのために病棟規模での研修会の依頼があり、チームメンバーが出向いて安全な行動制限の方法に関する勉強会が開催された。

【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－

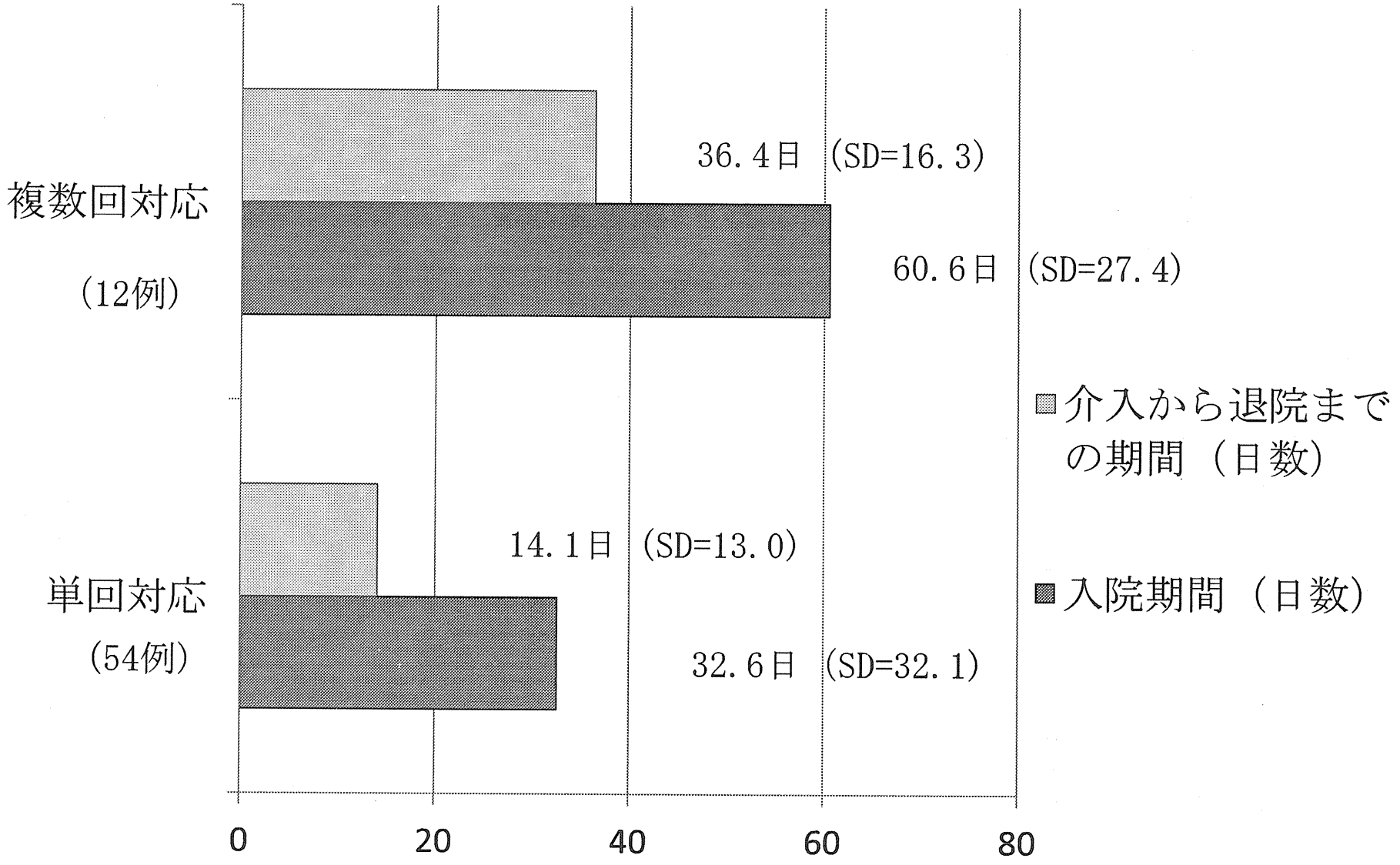
○コンサルテーションリエゾンチーム概要　(無床精神科をもつ総合病院)
構成員：精神科医(3 名)、精神看護専門看護師(1 名)、臨床心理技術者兼精神保健福祉士(1 名)、チーム医療推進部事務職員(1 名)
週 1 回チーム院内ラウンド、事例検討会、勉強会を開催している。定期的な活動以外でも医師や専門看護師が窓口となり随時相談を受け付け、必要性があれば緊急的な介入も行う。

○事例概要
動悸や手首・体幹の紫斑を主訴に日曜日午後に救急外来受診の 60 歳代女性患者。心電図上に異常はないとの説明が医師からあったが納得せず主訴を繰り返した。17 時 40 分頃、血液検査結果を救急外来待合で待っている所を目撃されたのが最終確認。その後病院 7 階から転落し、蘇生行為後死亡が確認された。飛び降りる患者を目撃した入院患者が 4 名確認され、患者に介入したスタッフ(医師・研修医・看護師)は日勤・夜勤帯併せて 27 名であった。

○リエゾンチーム介入までの経緯
翌朝、救急診療部長からチームリーダーの精神科部長に、看護部長から精神看護専門看護師に目撃患者及び自殺した患者に対応した職員への介入依頼があった。依頼は医師間・看護師間であったが、精神科部長と精神看護専門看護師が協議しチームによる介入を決定した。

○リエゾンチーム介入内容
チーム員にて検討の上、目撃患者の入院する病棟ラウンドと目撃患者に対する個別介入、医療安全管理室と共同したスタッフへの集団カタルシス療法(吐き出す会)開催を決定した。また、病棟ラウンドを行い、スタッフの情報収集と個別介入を行うことも併せて決定した。
患者への介入：目撃患者には医師・精神看護専門看護師で個別に診察の上、常時介入が可能であることを説明した。精神科通院歴のある 1 名の患者には患者の希望に基づき継続した診察と処方を行った。
スタッフへの介入：事例に関わったスタッフへの呼びかけや医療管理室との協議は、チーム内メンバーの職種・職位を踏まえて分担して行い、チームへの依頼があった同日の午前 10 時に集団カタルシス療法(吐き出す会)が実施された。集団療法では、心的外傷体験を個人的に溜めこむ必要がないことを保証した。勤務の都合などで集団療法に参加できなかったスタッフには、チームメンバーが面談やラウンドを行い心的外傷への対応を行った。病棟ラウンドでは個別対応のみならず病棟内の集団力動に応じた介入を行った。最終的に自殺した患者に関わったほとんどのスタッフに介入を行った。

○リエゾンチーム介入後の変化
患者：継続して診察・処方を希望した 1 名の患者については、入院していた診療科(身体科)を退院時に、受診歴のある精神科への受診を紹介し継続的なフォローを依頼した。
スタッフ：集団カタルシス療法後、ほとんどのスタッフは通常業務に戻ったが、1 名の看護師は精神看護専門看護師との面談を不定期に行うことで業務を継続している。



参考資料３：せん妄対応医療チームの介入効果

参考資料4：精神科リエゾンチーム医療実施計画書（案）

（ふりがな） 氏名　（男・女）		ID：
生年月日　明・大・昭・平　年　月　日（　歳）		病棟：
診断（身体疾患）	1）	2）
診断（精神疾患）	1）	2）
実施要件	□ 抑うつ、せん妄などの精神症状を伴っている	
	□ 自殺念慮を伴っている	
	□ 入院前より精神疾患を合併している	
	□ その他（　）	

＜現症＞

		【重症度】			
精神症状	不安・焦燥	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	抑うつ	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	せん妄	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	幻覚・妄想	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	興奮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	自殺念慮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
睡眠障害	不眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	傾眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
問題行動	徘徊	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	暴力行為	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	安静保持困難	□なし	□軽症	□中等症	□重症
意識障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
認知機能障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
その他（具体的に）	（　）	□なし	□軽症	□中等症	□重症

【重症度評価】　軽症：入院治療継続に支障がない　中等症：入院治療継続に支障がでている
重症：入院治療継続が困難である

＜その他の状態＞

精神機能の全体的評価（GAF）尺度　［　］　（0－100）

身体活動状態	全般	□問題なし		
		□軽度の症状があるも、日常生活動作は自立		
		□時に介助が必要、一日の半分以上は起きている		
		□しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している		
		□常に介助が必要、終日臥床している		
	歩行	□問題なし	□要介助	□不可
	排泄	□問題なし	□要介助	□膀胱カテ留置
	食事	□問題なし	□要介助	□不可
	入浴	□問題なし	□要介助	□不可

＜総合的重症度評価＞

重症度	具体的な状況	チームでの対応方法
□軽症	精神症状を伴っている	・チーム回診（週1回）でのフォロー
□中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	・チーム回診（週1回）でのフォロー　＋　適宜診療 ・精神科医による薬物療法を検討 ・専門的医療サービスの提供
□重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	・頻回の診療 ・精神科医による薬物療法を検討 ・専門的医療サービスの提供
□最重症	精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない	・精神科病棟での治療を検討 ・専門的医療サービスの提供

治療目標	□ 抑うつ、せん妄などの精神症状の改善
	□ 自殺念慮の消失
	□ 精神疾患の治療継続、軽快
	□ その他（　　）
治療計画（Ⅰ）	□薬物療法　□抗精神病薬　□抗うつ薬　□気分安定薬 □抗不安薬　□睡眠薬　□認知症治療薬 □その他（　　） □心理療法（臨床心理士がカウンセリング、リラクゼーションを実施します） □　　（認知行動療法を実施します） □ソーシャルワーク（精神保健福祉士が社会制度の利用の手助けをします） □心理教育（現状の病状ならびに治療に関する注意点について説明します） □服薬指導（薬剤師が、内服している薬物に関する説明をします） □その他　（　　）

治療計画（Ⅱ）	＜現症＞		短期目標	具体的アプローチ
	精神症状	不安・焦燥		
		抑うつ		
		せん妄		
		幻覚・妄想		
		興奮		
		自殺念慮		
	睡眠障害	（　　）		
	問題行動	（　　）		
	意識障害			
	認知機能障害			
	その他（具体的に）	（　　）		

説明日	平成　年　月　日		
本人の署名		家族の署名	（続柄　　）
主治医		精神科医	
看護師（精神科専門看護師など）		精神保健福祉士	
薬剤師		臨床心理技術者	
作業療法士		（　　）	
現症の再評価予定日	平成　年　月　日		

参考資料5：精神科リエゾンチーム治療評価書（案）

（ふりがな） 氏名　（男・女）		ID：
生年月日　明・大・昭・平　年　月　日（　歳）		病棟：
診断（身体疾患）	1）	2）
診断（精神疾患）	1）	2）
実施要件	□ 抑うつ、せん妄などの精神症状を伴っている	
	□ 自殺念慮を伴っている	
	□ 入院前より精神疾患を合併している	
	□ その他（　）	

＜現症＞		【重症度】			
精神症状	不安・焦燥	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	抑うつ	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	せん妄	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	幻覚・妄想	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	興奮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	自殺念慮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
睡眠障害	不眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	傾眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
問題行動	徘徊	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	暴力行為	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	安静保持困難	□なし	□軽症	□中等症	□重症
意識障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
認知機能障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
その他（具体的に）	（　）	□なし	□軽症	□中等症	□重症

【重症度評価】　軽症：入院治療継続に支障がない　中等症：入院治療継続に支障がでている
重症：入院治療継続が困難である

＜その他の状態＞				
精神機能の全体的評価（GAF）尺度		[　　]	（0－100）	
身体活動状態	全般	□問題なし		
		□軽度の症状があるも、日常生活動作は自立		
		□時に介助が必要、一日の半分以上は起きている		
		□しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している		
		□常に介助が必要、終日臥床している		
	歩行	□問題なし	□要介助	□不可
	排泄	□問題なし	□要介助	□膀胱カテ留置
	食事	□問題なし	□要介助	□不可
	入浴	□問題なし	□要介助	□不可

＜総合的重症度評価＞

重症度	具体的な状況	チームでの対応方法
□軽症	精神症状を伴っている	・チーム回診（週1回）でのフォロー
□中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	・チーム回診（週1回）でのフォロー　＋　適宜診療 ・精神科医による薬物療法を検討 ・専門的医療サービスの提供
□重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	・頻回の診療 ・精神科医による薬物療法を検討 ・専門的医療サービスの提供
□最重症	精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない	・精神科病棟での治療を検討 ・専門的医療サービスの提供

			治療計画の見直し
治療評価（Ⅰ）	向精神薬の薬物調整	□実施　□未実施	
	心理療法	□実施　□未実施	
	ソーシャルワーク	□実施　□未実施	
	心理教育	□実施　□未実施	
	服薬指導	□実施　□未実施	
	その他（　　）	□実施　□未実施	
	退院後も精神科医療（外来など）が継続できるような調整	□実施　□未実施	
治療評価（Ⅱ）	精神症状	□なし □改善 □不変 □増悪	
	睡眠障害	□なし □改善 □不変 □増悪	
	問題行動	□なし □改善 □不変 □増悪	
	意識障害	□なし □改善 □不変 □増悪	
	認知機能障害	□なし □改善 □不変 □増悪	
	その他（具体的に）（　　）	□なし □改善 □不変 □増悪	
治療評価（Ⅲ）	精神機能の全体的評価（GAF）尺度	□なし □改善 □不変 □増悪	
	身体活動状態	□なし □改善 □不変 □増悪	
評価日		平成　年　月　日	

本人の署名		家族の署名	（続柄　　）
主治医		精神科医	
看護師（精神科専門看護師など）		精神保健福祉士	
薬剤師		臨床心理技術者	
作業療法士		（　　）	
次回の再評価予定日		平成　年　月　日	

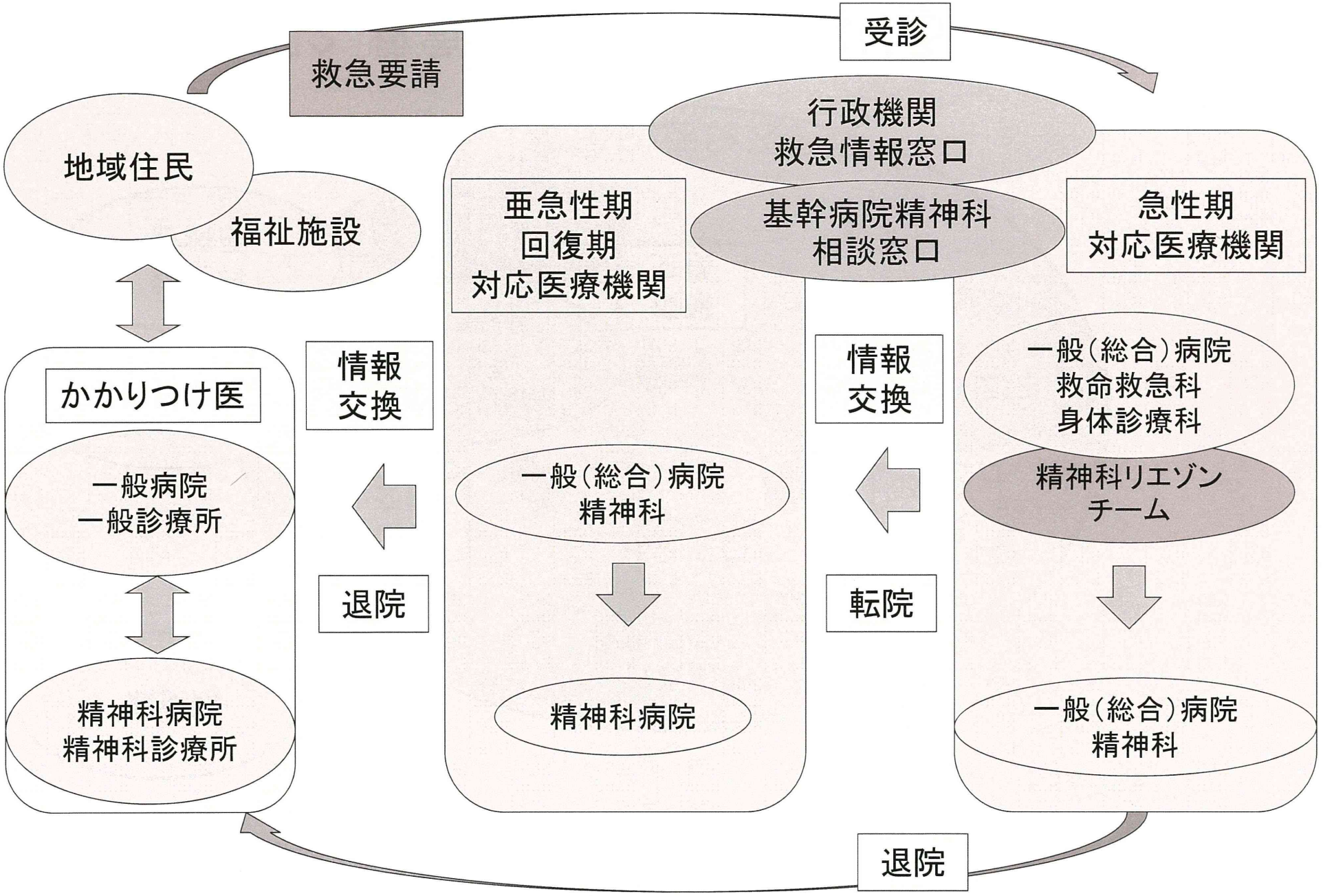


図1：身体合併症を有する精神疾患患者への連携体制

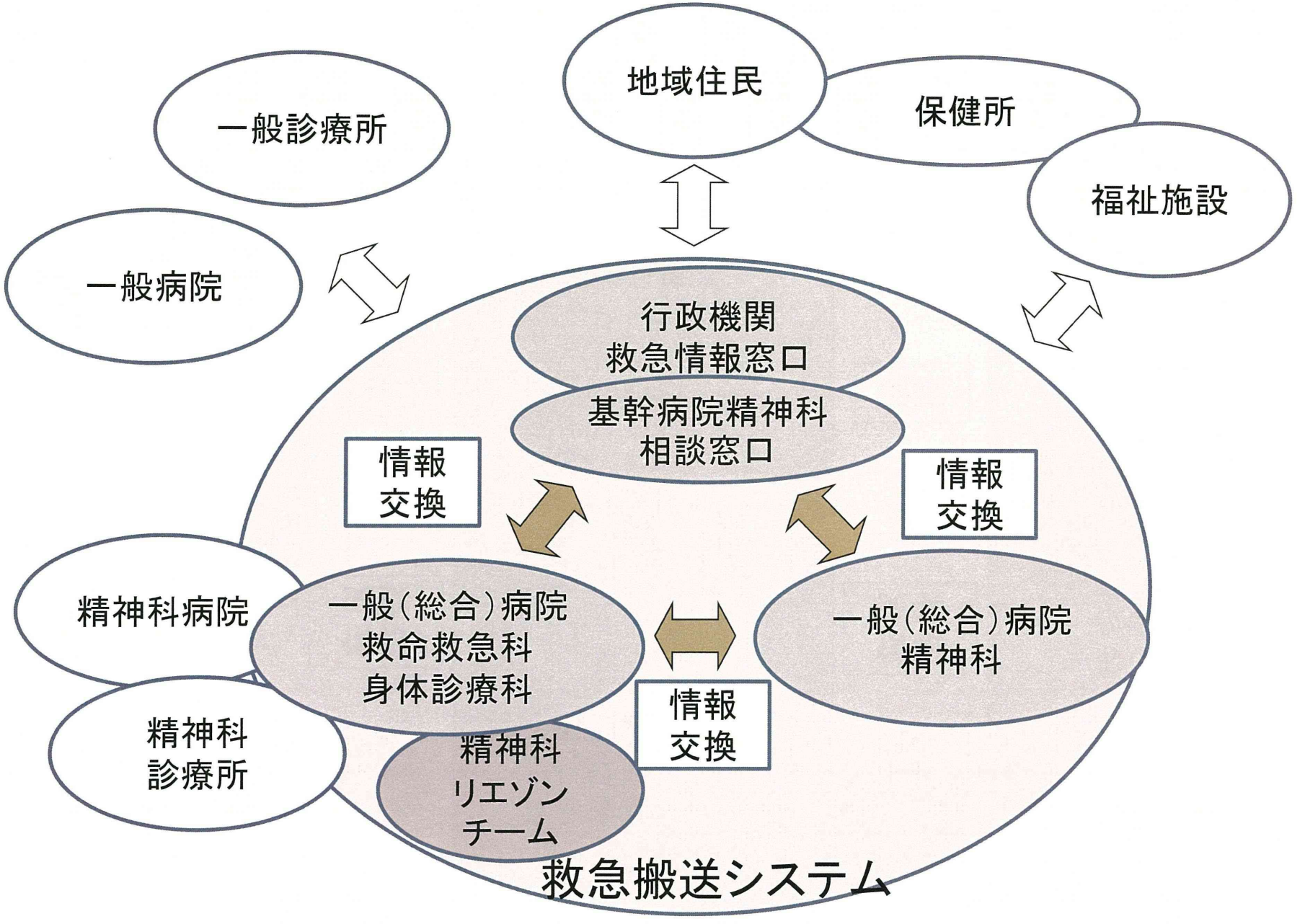


図2：救急搬送システムにおける連携

図3：精神科リエゾンチームの役割

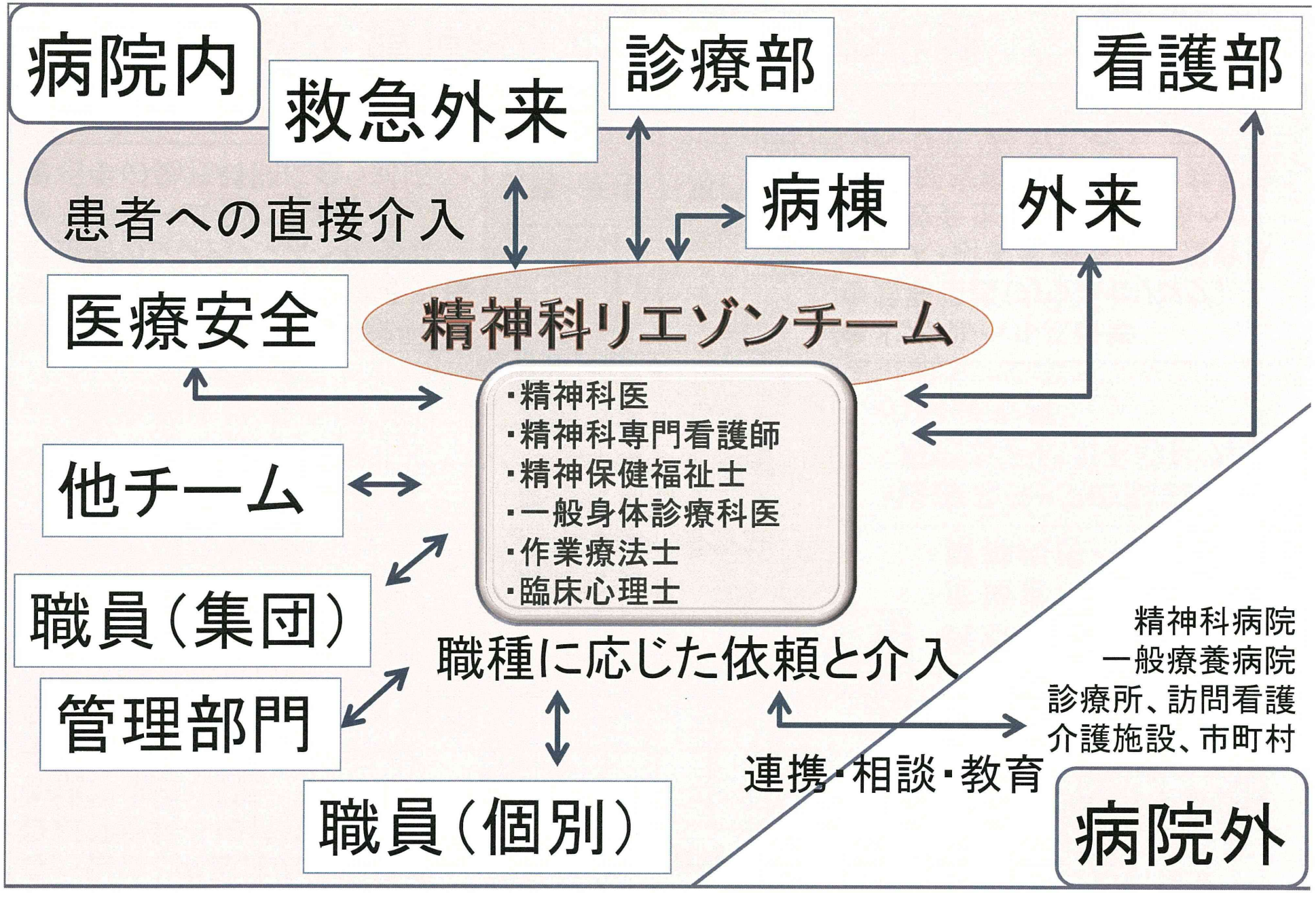


図4：精神科リエゾンチーム機能図

＜目的＞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。
＜対象者＞身体疾患を合併した精神疾患患者
＜適応基準＞検討中　　＜除外基準＞検討中

	（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
アウトカム	身体疾患の病態に適した医療機関の診療を受けることができる	身体診療科において診察され、治療を受けることができる	精神疾患治療を継続できる
	身体疾患および精神疾患を治療できる医療機関を受診もしくは入院できる	家人が患者への接し方を理解できる	身体合併症が治癒もしくは治療が継続できる
	精神科医療チームのサポートを受けながら一般病院を受診もしくは入院できる	精神科医療チームのサポートを受けながら身体診療科の診療が継続される	予防支援が受けられる
評価項目	専門医療機関身体診療科を受診する	診療を受け、治療目標、治療計画が設定される	精神科かかりつけ医を定期的に受診し、治療が継続される
	必要に応じて、専門医療機関内の精神科の診療を受ける	病態診断、治療方針の説明を受け、患者もしくは家人が理解する。	必要に応じて、身体診療科を受診する
		必要に応じて、精神科診療が継続される	必要に応じて、医療保健福祉サービスを依頼する
タスク	必要に応じて、行政機関が身体疾患への入院対応ができる病院への振り分け作業を実施する	身体診療科で検査、診断、治療が行われる	地域の基幹となる一般病院において身体診療科診療を継続する
	地域の基幹となる一般病院において、身体診療科もしくは精神科が診療依頼を受ける	医療保健福祉サービスの情報、病状、治療計画、接し方の説明を行う	紹介元の医療機関に診療情報提供を行う （今後の診療計画について）
	依頼元の医療機関において、患者および家人に身体状況、非自発入院について説明する	精神科医療チームが精神疾患の治療を継続し、多職種間でカンファレンスを行う	必要に応じて、行政機関が紹介元への退院調整、転院先を確保する
			退院後の診療方針、予防支援のインフォームドコンセントを得る

表1：地域連携パス：身体合併症（精神科→身体科→精神科）（案）