

①セキュリティ看護師について、②行動制限最小化に有効と思われる看護師のかかわり、③常時観察の現状、有益な点、直面している困難や課題

(倫理的配慮)

各テーマの責任者の属する施設、及び調査対象施設の研究倫理審査委員会の承認を得て、研究を実施した。

C. 研究結果

1. 行動制限最小化を阻害する要因の明確化

1) 行動制限最小化をめぐる全般的な問題点

看護管理者、認定看護師のグループ・インタビューから、以下の点が浮き彫りになった。

①一覧性台帳のデータから行動制限最小化の阻害要因および促進要因を明確にするのには難しい。②長期に及ぶ行動制限は、病棟文化の影響が大きく、管理者・スタッフの意識改革と組織再編、行動制限最小化委員会の組織強化が必要である。③精神科病院における拘束対象患者数の増加は、認知症患者と身体合併症患者の増加に伴っているため、認知症患者への行動制限についての調査が必要となる。

2) 行動制限最小化に影響を及ぼす要因

行動制限最小化困難事例の綿密な分析を通じて、行動制限最小化を阻害する要因を網羅的に抽出し、包括的な把握を行うことを試みた。包括的な把握の見取図としては、宮本の提唱する臨床事例を「患者、援助職、患者・援助者の相互関係、臨床状況」の4局面に区切るという枠組みを用いた。

(1) 「患者」の局面に含まれる影響要因について

「患者」の局面に含まれる影響要因のうち、隔離・拘束の開始や長期化をもたらす行動制限最小化の阻害要因として、①自傷・自殺企図、②暴力・迷惑行為、③転倒・転落、④危険行為、⑤強迫的な行為、⑥治療・処置を阻害する行為、⑦安静保持困難（身体的・精神的安定）⑧危険の回避（他患者からの暴力被害）の8項目が抽出できた。

また、隔離・拘束の防止や短縮の促進要因としては、①感情活用能力、②回復と自立への希望と見通し、③援助者による支援についての理解、④レジリアンス、⑤援助を求める力の5項目が抽出できた。

(2) 「援助者」の局面に含まれる影響要因について

「援助者」の局面に含まれる影響要因としては、隔離・拘束の防止や短縮の促進要因として、①感情の活用（不安・怒り・嫌悪感・不全感・無力感・徒労感等の自覚的な表現）②回復の見通しや治療・ケアの目標、③行動制限最小化の理解、④援助関係形成能力、⑤患者の理解、⑥レジリアンス（ストレスへの抵抗力と外傷体験からの回復力）と自我の安定度、⑦組織・チームにおける役割遂行、⑧社会資源の活用能力の8項目を抽出できた。

(3) 「関係性（患者・援助者の相互関係）」の局面に含まれる影響要因について

「関係性」の局面に含まれる影響要因としては、①相互性、②疎通性、③共感性、④親密性、⑤安定性、⑥信頼性、⑦連帯性、⑧対等性、⑨共同性、⑩協力性の10項目を抽出で

きた。これらの項目を各事例に照らし合わせた結果、比較的満たされやすい項目は「相互性、協力性、親密性」、ある程度は満たされる項目は「疎通性、共感性」、満たされ難い項目は「安定性、信頼性、連帯性、対等性、共同性」という振り分けが可能となった。

(4) 「臨床状況」の局面に含まれる影響要因

「臨床状況」の局面に含まれる影響要因としては、①法律・制度・システム（人員配置基準、診療報酬制度、指定医制度）、②地域特性（施設間連携、地域資源の整備）、③病院・病棟文化（行動制限最小化委員会による調整機能とリーダーシップ）、④療養環境（保護室周辺の施設・設備、人員配置と勤務体制）の4項目が抽出できた。

これら「臨床状況」の局面に含まれる諸項目は、他の3局面すべてに影響を及ぼすため行動制限最小化への影響力は非常に大きく、しかも複雑多岐にわたっていることが示唆された。

2. 病棟構造と隔離・拘束との関連性

1) 病棟構造、人員配置と隔離・拘束患者のケアの質

保護室とその周辺の設備、また保護室での基本的な生活援助（清潔、排泄、食事、就寝環境、換気）の実態は病院により異なっていたが、病棟設置基準が高くなるほど患者1人当たりの人員が多くなり、かつ食事、洗面・歯磨きの援助の質が高くなる傾向が見られた。ただし、人員配置の多さが生活援助の質を保証するわけではなく、安全重視に傾きがちな医療文化を助長する医療体制が温存されている場合は、ケアの質も限定されることが推察された。

2) 保護室におけるケア方法の開発と共有の不足

精神科における急性期・救急の医療・看護、とりわけ保護室における生活援助に関する知識と技術が十分に開発されず、一部の病院で実施され効果を上げている援助方法も開示・共有されていない。保護室における生活援助の不十分さは、患者の不満を増強し退行を助長することにより、回復の遅れを招き行動制限最小化を阻害していることが示唆された。

人員が増えることで、心理的・社会的ニーズの充足や患者個々の生活習慣に沿った個別性の高い看護や患者の病態に合わせた看護が実現しやすくなることが明らかにできた。病棟・保護室の設備・構造そして生活への援助の質は病院によって著しい差があるが、設備・構造と援助の違いが行動制限最小化への取り組みにもたらず影響についても、情報共有が十分なされていないことが判明した。隔離・拘束時に実施が必要なケアと、慎むべき対応について明確化し、共有していくためのガイドライン作成が急務であることが示唆された。

3. 精神科病棟における隔離と看護勤務者数の変動要因

精神科病棟における隔離と看護勤務者数の変動との関連性を探り、精神一般病棟における患者の隔離開始と隔離解除は、夜勤帯および日曜・祝祭日との関連があることを明らかにした。その主な理由は、勤務帯や曜日による看護者配置数の変動にあり、看護者数が一

時的に減少する「くぼみ」が隔離を長引かせる要因の一つでことが明らかになった。

看護者配置数が変動する「時間帯」および「曜日」と、隔離の開始および解除の関連に焦点をあてて分析を行った結果、隔離開始・解除の集中している時間帯は、夜勤帯との関連が強いことが推察された。また、隔離開始、隔離解除の曜日に関しては、「日曜・祝祭日」と、「日曜・祝祭日」明けに隔離『開始』と『解除』との関連があることが明らかになった。このような現状を生んでいる要因として最も大きいと思われたのは、各勤務帯や各曜日の看護者配置数の変動であった。

すなわち、精神一般病棟では看護者のマンパワーに重点を置きながら、隔離の『開始』と『解除』の判断が行われている可能性があることが明らかになった。しかし、夜勤帯や日曜・祝祭日など、看護者数が一時的に減少する「くぼみ」では、看護ケアや患者の見守りが行き届かなくなることから、危険防止に重点を置いた処遇が行われていることが示唆された。

4. 行動制限最小化委員会の現状、機能と課題

1) 行動制限最小化委員会の運営

施設によって行動制限最小化委員会の構成メンバーや人数、回数、組織の運営の方法や行動制限に対する考え方が異なること、施設独自に行動制限最小化に向けた様式やガイドラインを作成していた。看護職は行動制限最小化委員会や下部組織のメンバーとして、事例検討会や研修会の企画実施、病棟看護師への相談活動等を担っており、特に認定看護師や専門看護師も積極的に関与していた。

2) 一覧性台帳の活用

半数の施設が一覧性台帳は活用されていると回答しているが、指定された記載項目だけでは隔離・拘束の実態把握が十分ではないと考え、「行動制限の理由」「開放度・開放観察の時間」「長期化事例の拘束されている場所」などの項目を独自に追加し行動制限の妥当性を検討するための指標として活用している病院もあった。

3) 隔離拘束に関する方針や考え方の施設による相違

長期の隔離防止を目標に掲げて効果を挙げている施設や、原則として認知症患者への身体拘束はしないという方針を貫いている施設が少なからずあった。施設による記録様式の相違、自治体による身体拘束に関するルールの相違などが、行動制限最小化をめぐる情報共有や処遇の標準化を阻害しているとの指摘もあった。

4) 行動制限最小化をめぐる看護職に求められる役割

隔離拘束をめぐることは、看護師が実質的な判断を求められる場面が多いため、個々の看護師の価値判断が、行動制限最小化に大きな影響を及ぼすため、行動制限に関する意識改革に向けた教育・研修は極めて重要であり、認定看護師、専門看護師に期待される役割は大きいことが示唆された。

5. 急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果

1) 患者に対する感情活用能力育成に向けた学習支援

患者は、医療職との関わりの中で自分が体験している感情に気づく力を高めることによ

って、否定的感情の渦に巻き込まれがちな傾向から抜け出し、自己理解と状況把握の能力を高めながら、セルフケア行動に取り組む傾向が高まることが確かめられた。

2) 病棟スタッフに対する感情活用能力育成に向けた学習支援

医療者は、患者との関わりの中で自分が多様な感情を抱いていることへの気づきと、それらの感情の意味理解に根差す率直な感情表現を行うことを通じて、患者との相互理解に基づき援助関係を形成していく能力を高められることが明らかになった。ただし、自分自身の感情に目を向ける習慣がなかったスタッフは、感情を直視すること自体に戸惑いや抵抗を感じる傾向があった。

3) 感情活用能力の向上と援助関係形成

医療者が感情活用の方法を体得し、自分自身の感情に目を向けその多様性を認められるようになると、率直な感情表現を契機として患者の感情を引出し、積極的に話し合うことで相互理解を増していけることが明らかになった。

6. CVPPP の実施状況と普及・啓発をめぐる問題点

1) 医療観察法病棟におけるCVPPPの実施状況

医療観察法病棟の看護師は、CVPPPによる身体介入を比較的安全に実施しており、患者との接触に拠る負傷は軽微であった。また介入後の早い時期に患者と話し合い関係性の修復を試みていた。

2) CVPPP研修を受けた一般精神科病棟勤務の看護師の意識

CVPPP研修を受けた一般精神科病棟勤務の看護師は、大半が精神科の臨床経験の中で患者からの暴力を受けた体験を有しており、その際、悲しさ、怒り、嫌悪など様々な否定的感情を体験しながら表現することなく胸にしまっていることがわかった。

7. 司法病棟における常時観察の現状と問題点

1) 司法病棟における常時観察

司法病棟における常時観察は、綿密な観察による気づきと、対象者への安心感をもたらし、速やかで密度の濃い援助と併せて行動制限最小化の効果をもたらしており、特に自殺リスクの高い対象者に有効であることがわかった。ただし、患者暴力への不安等の理由で、行動制限を伴う常時観察に傾く施設もあった。

2) 常時観察の一般精神科病棟への導入

常時観察の一般精神科病棟への導入に当たっては、ほとんどの看護師が体験していない実践であることを踏まえ、人員確保と共に常時観察の体験に根差す有効な方法論を明確に示していく必要があることが示唆された。

D. 考察

1. 新たな精神科地域医療における行動制限最小化の位置づけ

当分担当が取り組んできたサブテーマ毎の結果を結びつけつつ、精神科医療全般の現状を視野に入れながら、行動制限最小化の現状と課題を明らかにしていきたい。精神科病院における行動制限最小化は、一義的には、激しい急性症状を呈する患者への処遇改善と

いう課題である。しかし、3年間の本研究への取り組みを通して、行動制限最小化は、精神科医療をめぐる様々な問題と深く関連し、新たな精神科地域医療体制を確立していく上で重要な位置を占める課題であることが明確になりつつある。

平成 22～23 年度の検討では、行動制限最小化委員会の主導による急性期患者に対する隔離・拘束期間の短縮に向けた活動は一定の成果を上げているにもかかわらず、認知症及び精神身体合併症患者の増加により、全体的な数値は横這い傾向にあることが明らかになった。看護管理者のグループ・インタビュー、及び困難事例の分析からは、認知症患者の増加に関しては、老健施設等における行動制限に関する基準の厳密化による影響が、合併症患者の増加に関しては精神科病院と総合病院の地域連携の不十分さによる影響が認められることがわかった。

これらの問題を解決するためには、認知症患者の処遇に関する制度的な見直しと併せて、精神科病院における処遇システム、処遇技法の洗練と共有に向けた改善が必要となる。合併症患者に関しては、精神科病院と総合病院の連携が良好な地域では、身体治療が必要な患者が総合病院で治療を受けられる場合もあり、地域間落差とその理由に関する現状把握と問題の明確化が必要である。

2. 行動制限最小化を阻害する要因の明確化

平成 22 年度より、隔離拘束の長期化した事例の分析を踏まえて、行動制限最小化を阻害する要因を網羅的に抽出し、包括的な把握を行うという試みに取り組んできた。包括的な把握のための見取図としては、臨床事例を「患者」「援助職」「患者・援助者の相互関係」「臨床状況」の 4 局面に区切るという宮本の提唱する枠組みを用いた。各局面に含まれる影響要因を改めて整理しておく以下通りである。

1) 「患者」の局面：

- ①自傷・自殺企図、②暴力・迷惑行為、③転倒・転落、④危険行為、⑤強迫的な行為、⑥治療・処置を阻害する行為、⑦安静保持困難、⑧危険回避能力の低下（以上、阻害要因）
- ①感情活用能力、②回復と自立への希望と見通し、③援助者による支援についての理解、④レジリエンス、⑤援助を求める力（以上、促進要因）

2) 「援助者」の局面：

- ①感情活用能力、②回復の見通しや治療・ケアの目標、③行動制限最小化の理解、④援助関係形成能力、⑤患者の理解、⑥自我の安定度、⑦役割遂行、⑧社会資源の活用能力

3) 「関係性（患者・援助者の相互関係）」の局面

- ①相互性、②疎通性、③共感性、④親密性、⑤安定性、⑥信頼性、⑦連帯性、⑧対等性、⑨共同性、⑩協力性

4) 「臨床状況」の局面：

- ①法律・制度・システム（人員配置基準、診療報酬制度、指定医制度）、②地域特性（施設間連携、地域資源の整備）、③病院・病棟文化（行動制限最小化委員会による調整機能とリーダーシップ）、④療養環境（保護室周辺の施設・設備、人員配置と勤務体制）

これら 4 局面に含まれる諸要因は、複雑に関連しながら行動制限最小化の過程に影響を及ぼしているが、大局的にみると、「患者」「援助者」それぞれの局面に含まれる影響要因が促進的に働き始めることによって、「関係性」の局面における影響要因も促進的となるという因果関係を読み取ることができる。また、「臨床状況」の局面に含まれる影響要因は、

「患者」「援助者」「関係性」のすべての局面に、様々な形で幅広い影響を及ぼしていることがわかる。

臨床実践の現場では、援助者も患者も、自分の態度や言動に様々な要因が影響していることについて、さほど自覚的ではないため、予想外あるいは期待外れな出来事が重なって、結果的に行動制限最小化が十分な効果を挙げられないという事態が生じやすい。従って、これまでは、様々な要因が錯綜し何が問題かは不明確なままに隔離拘束の長期化がもたらされていたと考えられる。そこで、本研究の意義は、様々な要因を識別し、それらの要因の相互関係を見えやすくすることによって、問題解決に役立ちそうな多くの糸口を示せた点にあると言えよう。

「患者」の局面に含まれる 8 つの阻害的な影響要因についていえば、まずは、これら 8 項目を明確に区別し、各要因の程度や推移の状況をきめ細かく評価することによって、阻害的な影響を低下させるためにはどこに重点を置いたらよいかが見極めやすくなる。さらには、阻害要因と拮抗する 6 つの促進要因が働く可能性にも目を向けることによって、患者の潜在力を引き出す余地が開けてくる。

さらに、「患者」の局面に含まれる阻害的な影響要因を単なる独立変数として扱うのではなく、「援助者」「関係性」「臨床状況」の局面による影響を受けた従属変数とみなすことによって、様々な糸口が見えてくる。例えば、援助者の感情活用能力（「援助者」の局面）が高いため、患者の暴力的な言動（「患者」の局面）の背景にある怒りや恐怖を読み取って、和らげることができれば、疎通性・共感性・親密性（「関係性」の局面）が高まって、援助関係の形成に至る余地が出てくるわけである。

さらに、EQ 理論が提唱されて以来、臨床の現場では、感情活用能力が援助関係の形成を促進するとの理解が徐々に浸透しつつあるが、急性期患者との関わりへの応用は緒に就いた段階にある。従って、感情活用能力育成は、行動制限最小化委員会等による研修（「臨床状況」の局面）の重要なテーマとして、位置付けるべきであろう。

以上、行動制限最小化への影響要因についての理解を実践に応用するための糸口はどこにみだされるかについて例示した。影響要因の組み合わせからなる、この枠組みを、実行可能で成果の期待できる介入の糸口として、具体的に用いて行く試みの実施が次の課題である。

3. 行動制限最小化委員会の現状と課題

行動制限最小化委員会は、多くの施設で活動を積み重ね、徐々に成果を上げつつあるが、施設間の落差が問題点として挙げられており、活動実態に関する包括的な把握が必要な時期にきている。行動制限最小化に活発に取り組んでいる施設の管理者や認定看護師は、行動制限最小化に必要な情報収集・情報処理方法の標準化、施設間の情報交換やピアレビュー、患者・家族・弁護士等の委員会参加などの課題に取り組む必要があると指摘している。

行動制限最小化委員会が実際に担っている役割としては、研修や事例検討会の実施があり、それらは一定の成果を上げていると考えられる。ただし、それ以上に重要なのが、日々の業務の中で実際に可能なところから行動制限最小化を実現していくための検討作業に、病棟を越えた形で取り組み、相談を受け助言を行なうという日常活動である。認定看護師、専門看護師等が主体となってこのような役割を担っている施設がある反面、病棟を越えた活動が難しいという悩みも聞かれる。この問題に関しては病院全体や看護部門の管理者・指導者の役割が大きいことも指摘されている。

行動制限最小化委員会の活動は、行動制限最小化への影響要因のうちでは、「臨床状況」の局面に含まれ、制度的に保障された基盤の上で、病院文化を変えていくという使命を帯びていることになる。それだけに、担当者はスタッフとのやりとりに葛藤を覚えたり、成果が見えずに無力感や徒労感を抱く場合もあるという。行動制限最小化委員会の役割を隔離拘束の減少に向けた活動に限定せず、行動制限の在り方の中に病院全体、あるいは精神科医療全体の課題をよみとりながら、行動制限最小化委員会の活動や組織形態について検討していく必要があると考えられる。

4. 医療観察法病棟における行動制限最小化の実践

医療観察法病棟では、手厚い人員配置に加え、安全管理とアメニティを同時に満たすように工夫された施設・設備を活用し、行動制限最小化を原則として運営を行なってきた。年間を通して隔離拘束ゼロを記録したことのある病棟もある。人員と施設・設備を活用するための方法を代表する方法として、CVPPPと常時観察があり、これらの実践の現状把握に立ち、一般精神科病棟における行動制限最小化に、医療観察法病棟の経験を生かすための方策を探ってきた。

CVPPPの実施状況に関する調査結果から、看護師の負傷事故は軽微なものに止まっており、安全に実施しているという状況にあることが伺われた。また、全般的に身体的介入後の早い時期に、患者との間で関係性の修復に向けたやりとりを持っていることがわかった。これらの結果から、CVPPPは医療観察法病棟に定着しつつあり、医療観察法の全看護師がCVPPP研修を受け、定期的に研修を重ねるといったシステムの効果が表れつつあると推測できる。

一般精神科病棟の看護師を対象としたCVPPP研修も、受講者が徐々に蓄積されてきているが、身体的な介入技法に関心が集中しがちで、暴力行為の徴候発見から早期の安静に向けた介入に至るディエスカレーションや、身体介入後のディブリーフィングへの関心は薄い傾向が見受けられた。一方で、患者の暴力や身体介入は多くの看護師が体験しており、恐怖、怒り、嫌悪、悲しさなど様々な感情を体験しているが、それらの感情を表現し発散する機会に乏しいことが判明した。これらの結果から、CVPPP研修には、自分自身の体験した感情に焦点を当て、感情の意味理解を深めながら感情表現を行なうといった、感情活用をテーマとした研修を組み合わせる必要があることが示唆された。

常時観察に関して、多くの看護師は、綿密な観察によって気づきが増え、対象者に安心感を提供でき、速やかで密度の濃い援助につながることもわかった。また、対象者のそばにいて交流が増えたという体験から、そのような関係性が常時観察時以外の場面における関わりにも、看護師の姿勢としても継続され、スムーズな関係性を作れるようになったとの体験も聞かれた。

結果的に常時観察は、隔離をなしで済ませたり隔離期間を短縮するなどの効果をもたらしており、特に自殺リスクの高い対象者への常時観察が有効であることがわかった。ただし一部の施設では、患者の暴力への不安や、急性期病棟で経験してきた暴力即隔離といった慣例の持ちこみによって、行動制限を伴う常時観察が許容される傾向も伺われた。このような現状からみると、CVPPP等の介入技法の体得からくる不安の軽減や、自身の感情をモニタリングすることによるリスクアセスメントの技術を体得できていないと、常時観察の活用は難しいと考えられる。

一方、患者側からすると、常時観察の開始当初はなぜいつもそばにいるのかと、看護師

に不信感を抱きがちだが、看護師とのやりとりを通じて安心感が芽生え、看護師と心が通う状態へと発展していた。すなわち、周囲への恐怖や不安感、不信感に囚われていた患者は、常時観察の関わりを介して安心感が高まると共に視野が拡大し、看護師との援助関係を形成しながら現実感覚を高めていくと考えられる。

このような、医療観察法病棟で蓄積されつつある行動制限最小化の技法は、精神科治療の基本原則に沿ったものであり、一般の精神科病棟においても十分活用が可能と考えられる。ただし、人的・物的環境の支えが不十分な現状では、どのような工夫と技法的な訓練が必要かについて検討を深めて行く必要があると考えられる。

E. 結論

1. 精神科病棟における行動制限最小化は、認知症患者や合併症患者の増加によって成果が得難い状況にあり、地域における病院や福祉施設間の連携強化と併せて、施設間の役割分担の明確化等の制度的な整備が求められる。

2. 行動制限最小化に影響を及ぼす要因を「患者」「援助者」「関係性」「臨床状況」の4局面に整理した上で、それらの要因間の関連性を探っていくことを通じて、行動制限最小化に向けた介入の糸口を豊富に発見することができる。

3. 行動制限最小化委員会は、重要な役割を担っており成果も表れつつあるが、個別事例の綿密な検討に基づく相談や提言、有効な知識や技法の浸透に向けた研修によって、過剰な行動制限を助長してきた病院文化の作り変えて行くという役割を担う必要がある。

4. 医療観察法病棟において、行動制限最小化の推進に効果を発揮している CVPPP と常時観察を人的・物的環境が不十分な一般精神科病棟で用いるためには、多くの工夫と研修体制の充実が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 三宅薫: 保護室における食事への援助の実態, 日本精神科看護学会誌, 53 (2), 276-280, 2010.
- 2) 宮本真巳: 援助職の感情活用—感情労働の再構築に向けて, 心の健康, 25 (2), 9-22, 2010
- 3) 小谷野康子, 宮本真巳, 斎藤学: 情動コントロールに向けたエモーショナルリテラシー開発プログラムの試み, アディクションと家族, 27(2), 123-131, 2010
- 4) 伊藤美緒, 宮本真巳, 高橋龍太郎: 不同意メッセージへの気づき 介護職員とのかかわりの中で出現する認知症の行動・心理症状の回避にむけたケア, 老年看護学, 15(1), 5-12, 2011
- 5) 三宅薫, 大谷須美子: 保護室における解放観察の実態, 日本精神科看護学会誌, 53 (2),

92-96, 2010

- 6) 美濃由紀子、熊地美枝、高橋直美、宮本真巳：医療観察法病棟の規模や構造が行動制限最小化に影響を及ぼす要因。日本精神科看護学会誌, 54(3), pp182-186, 2011.
- 7) 熊地美枝、美濃由紀子、高橋直美、宮本真巳：医療観察法病棟における常時観察への取り組みー行動制限最小化と安全性の確保ー。日本精神科看護学会誌, 54(3), pp177-181, 2011.
- 8) 下里誠二：安全・安心を保障する技術 暴力への対応 CVPPP。精神科臨床サービス, 11(3), pp408-412, 2011.
- 9) 四町田悟、吉村武、栗田康弘、青山純一、阿部宏、村上茂、西田幸一、下里誠二、荒木孝治：患者が期待するトラブル時の看護介入とは。精神看護, 14(2), pp58-65. 2011.
- 10) 三宅薫、大谷須美子：保護室から見えるもの。日本精神科看護学会誌, 54(2), pp101-105. 2011.
- 11) 森千鶴、高橋理沙：日本語版薬物と薬物関連問題に対する態度尺度の妥当性と信頼性の検討。医学と生物学, 155(8), 462-468, 2011.
- 12) 熊地美枝、美濃由紀子、高橋直美、宮本真巳：常時観察の運用状況と一般精神医療への還元 ー司法病棟における常時観察の現状と問題点ー。日本精神科看護学術集会誌(The Japanese Psychiatric Nursing Society), 55(3), 日本精神科看護技術協会編：精神看護出版, pp291-295, 2012.
- 13) 三宅薫：保護室における換気と消臭に関する援助の実態ー37施設を対象にした調査よりー。日本精神科看護学術集会誌(The Japanese Psychiatric Nursing Society), 55(2), 日本精神科看護技術協会編：精神看護出版, pp205-209, 2012.
- 14) 宮本真巳：実践力を育てるー精神科看護における実践力育成と感情活用、精神科看護、精神看護出版, 39(12)、pp22-35, 2012年12月

2. 学会発表

- 1) 三宅薫：開放病棟における保護室の役割と課題, 日本精神保健看護学会 第20回総会・学術集会プログラム・抄録集, 日本精神看護保健学会, 2010.
- 2) 三宅薫：保護室へのアクセス, 第38回日本精神病院協会 精神医学会プログラム・アブストラクト, 日本精神医学会, 2010.
- 3) 下里誠二, 谷本桂：精神科における包括的暴力防止プログラムの身体介入技術についての使用経験と看護者の認識, 第36回日本看護研究学会, 2010.08月(岡山)
- 4) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 宮本真巳：医療観察法におけるリスクマネジメント・看護チーム運営の実態と課題ー看護管理者への調査から(第2報)ー。第30回日本看護科学学会学術集会, p432, 2010.12月(札幌)
- 5) 美濃由紀子、熊地美枝、高橋直美、宮本真巳：医療観察法病棟の規模や構造が行動制限最小化に影響を及ぼす要因。日本精神科看護学会 第18回 専門学会Ⅱ, pp182-186, 2011年12月(岐阜)

- 6) 熊地美枝、美濃由紀子、高橋直美、宮本真巳：医療観察法病棟における常時観察への取り組み－行動制限最小化と安全性の確保－. 日本精神科看護学会 第 18 回 専門学会Ⅱ, pp177-181, 2011 年 12 月 (岐阜)
- 7) 三宅薫：保護室の「寝る環境」, 日本精神保健看護学会 第 21 回総会・学術集会プログラム・抄録集, 日本精神看護保健学会, 2011.
- 8) 三宅美智、西池絵衣子、渡部晃、佐々木香月、金山千夜子、萩尾達也：「精神科ケアに関する研究報告&ディスカッション」：日本精神科看護技術協会第 18 回専門学会Ⅰ, 会長企画イブニングセミナー, 2011.8.26 (三重)
- 9) 高橋理沙、森千鶴：医療観察法病棟における薬物使用障害患者に対する態度－薬物使用障害患者の受け持ちの有無による比較から. 第 10 回日本アディクション看護学会学術集会, 2011 年 10 月 2 日, 茨城,
- 10) 高橋理沙、森千鶴：医療観察法病棟における看護師の職業的アイデンティティとメンタルヘルスの関連－性別の違いによる特徴. 第 31 回日本看護科学学会学術集会, 2011 年 12 月 2 日, 高知
- 11) 熊地美枝、美濃由紀子、高橋直美、宮本真巳：常時観察の運用状況と一般精神医療への還元－司法病棟における常時観察の現状と問題点－. 第19回 日本精神科看護学術集会専門Ⅱ, pp291-295, 2012年11月 (鳥取)
- 12) 三宅薫：保護室における換気と消臭に関する援助の実態. 第 18 回 日本精神科看護学術集会・専門Ⅰ, pp205-209, 2012 年 8 月 (秋田)
- 13) 大谷須美子、三宅美智、西池絵衣子、鎗内希美子、浅川佳則、末安民生、美濃由紀子、宮本真巳：行動制限の阻害要因と促進要因の明確化－看護師局面に焦点をあてて－. 第 20 回 日本精神科救急学会学術総会, pp189, 2012 年 10 月 (奈良)
- 14) 三宅美智、西池絵衣子、末安民生、大谷須美子、鎗内希美子、浅川佳則、美濃由紀子、宮本真巳：精神科病院における隔離身体拘束の動向調査. 第 20 回 日本精神科救急学会学術総会, pp188, 2012 年 10 月 (奈良)
- 15) 高橋直美：精神科スーパー救急病棟における患者・医療者への感情活用を促進する介入の試み. 第 32 回 日本看護科学学会学術集会, p291, 2012 年 12 月 (東京)

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

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 22～24 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 総合報告書

一般（総合）病院精神医療からの医療政策

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（横浜市立大学大学院）

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、十分に整備されていない。各地域で精神科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、コンサルトや入院受入れを行う体制の拡充が求められる。行政機関救急情報窓口、基幹病院精神科などが窓口となり、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。一般（総合）病院における精神科医の配置、精神医療機関との連携を発展させること、精神科病院における一般（総合）病院からの後方受入れを推進させることが重要である。精神科患者の身体合併症における医療連携を充実させるために、精神科身体合併症に対応した連携パスを活用し、精神医療の標準化、情報の共有化、医療の可視化を実践する必要がある。

身体疾患患者や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・リエゾンの問題点として、①精神科医が一般（総合）病院において十分に配置されていない。②精神科医の負担が大きい。③精神科診療での概念が病態として認識されにくい。係わり方が明確でなく、流れが理解されにくい。⑤コメディカル（精神保健福祉士、臨床心理技術者など）の係わりが適切に評価されていないなどがあげられる。一般病棟において、精神医療が効果的に行われていない医療機関では、精神科医、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、薬剤師、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。精神科リエゾンチームの役割は、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る。身体疾患の早期発見や早期対処と予防、行動制限の最小化、職員の疲弊防止などの効果があり、患者のみならず施設全体へのメリットが大きい。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の促進、在院日数の短縮などがあげられる。一般（総合）病院における精神医療の効率化のためには、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。精神科リエゾンチームを発展させるためには、チームを構成するスタッフの精神医学に関する教育を実践していくことも欠かせない。

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、一般（総合）病院で行われる精神医療において、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 22～24 年度において、神奈川県内の精神医療現場、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、聞き取り調査を実施し、倫理的配慮を行い分析する。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。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。神奈川県精神科救急医療調整会議部会に部会員として参加し、①一般（総合）病院における精神科コンサルト状況の把握、精神科病院における身体診療科コンサルト状況の把握を行う。②各地域で精神科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、コンサルトや入院受け入れを行う体制の検討を行う。

C. 研究結果

(1) 一般（総合）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

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（総合）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（総合）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。

(2) 身体合併症を有する精神疾患患者への連携体制

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) 本邦における一般（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（平成 22 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%) (平成 23 年) であり、一般（総合）病院における精神医療の対応能力が不足している。

(3) 身体救急搬送患者（精神疾患患者）の搬送

平成 23 年度中に、第 1 回（平成 24 年 1 月 11 日）、第 2 回（平成 24 年 3 月 14 日）神奈川県精神科救急調整会議部会が開催された。神奈川県精神科救急医療情報窓口における身体合併症の事例、課題、一般医療と精神医療機関との連携のあり方、神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準（精神疾患を有する障害者にかかる実施基準）について意見交換が行われた。

平成 24 年 6 月 5 日に第 3 回神奈川県精神科救急医療調整会議部会が開催された。その際に、神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準（精神疾患を有する傷病者にかかる実施基準）の医療機関リスト作成のための調査票に関する検討、観察基準（3 号）に関する検討が行われた。精神疾患及び身体疾患を合併する救急患者の受入れ体制の課題について表 I-1 に示した。

D. 考察

(1) 臨床現場における精神疾患患者の身体合併症対応に関する検討

1) 精神科救急対応時間帯において行政機関が対応する。その際は、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（総合）病院精神科が受入れる。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（総合）病院精神科での受入れは、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、依頼する。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入れる。③待機できるような症例は、カンファレンスを実施して受入れを決定する。一般（総合）病院精神科に受入れ後は、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各地域で精神科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、コンサルトや入院受入れを行っていく体制整備が求められる。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、精神科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（総合）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。

(2) 身体合併症を有する精神疾患患者への連携体制

身体合併症を有する精神疾患患者への連携体制を図 I-1 に、救急搬送システムにおける連携について図 I-2 に示した。救急要請の際には、行政機関救急情報窓口、基幹病院精神科などが窓口となり、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（総合）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（総合）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、精神医療が十分に行われていない医療機関では、精

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 I-2 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、完成度を高める試みが求められる。

（3）身体救急搬送患者（精神疾患患者）の搬送、受入れ体制

精神疾患及び身体疾患を合併する救急患者の受入れ体制に関して、課題をあげる。表 I-1 での【A】は身体救急、精神科救急それぞれ初期救急であり、ケースバイケースの対応となる。【C】【G】は優先すべき医療行為が明確であり、対応困難度は低い。【I】は救命救急を優先し、処置後精神科救急対応が求められることになる。問題となるのは、身体救急、精神科救急において、いずれかで二次救急に係わる【B】【D】【E】【F】【H】の場合である。特に【E】は最も課題をあげることができる。現在の精神科救急体制では対応できず、身体救急対応医療機関も見つけづらい。また、身体救急対応後に精神科救急体制で受入れ時も身体管理が十分に行えない。①身体救急医療機関における精神疾患に対応できる施設、設備、人員等の体制の整備、②精神科救急で対応できる範囲を拡充させるため、精神科病院における身体合併症受入れ可能な施設、設備、人員等の体制の整備、③身体救急処置後の受入れのため、一般（総合）病院精神科病棟で身体合併症も対応できる医療機関の整備が求められる。

一般病院 141 医療機関からアンケートの回答（第 4 回部会時点）が得られ、108 医療機関（76.6%）は何らかの受入れが可能で、74 医療機関（52.5%）は受入れ医療機関として掲載可能であった。身体疾患がより重篤で、精神疾患がより高度な対応が求められるほど、受入れ可能と回答する医療機関は少なくなった。一方、精神科病棟が併設されている救命救急センターでは、身体疾患が重篤であれば、精神疾患の状況にかかわらず対応すると回答する医療機関もあった。優先すべき医療行為が明確であれば、救急搬送困難例の発生は少なくなると考えられた。一般病院における精神科医の配置もしくは精神科医療機関との連携が行われているのは 56 医療機関（39.7%）あった。精神科医が関与しているにもかかわらず、19 医療機関（13.5%）からは受入れできないとの回答があった。32 医療機関（22.7%）では、精神科医との連携がないにも係わらず、受入れは可能との回答があった。一般病院における精神科医の配置もしくは精神科医療機関と連携のあり方に関してさらなる検討が必要と思われる。

精神科病院 26 医療機関から回答が得られ、25 医療機関（96.2%）においては、身体診療医の配置もしくは一般病院との連携が実施されていた。精神科病院における身体診療体制の充実がはかれれば、一般医療機関からの後方受入れを推進させることが可能と考えられる。

一般救急医療では、精神疾患の合併、認知症の合併、薬物乱用、単身高齢者などが搬送困難例となっている。優良な救急医療を実践するためには、精神障害を合併した場合の一般身体救急医療における搬送基準を作成しておく必要がある。観察基準の作成に際しては、言動、抑うつ、不安・焦燥、幻覚・妄想、自殺、問題行動、認知機能、向精神薬による副作用などの項目を明記することが検討されたが、救急隊の観察作業を効率よく実施する観点から、項目を絞り込む必要があった。最終的には、精神症状として、強度の不安、ゆううつ感、自殺企図、問題行動、向精神薬の服用を明記するのが望ましいと考えられた。選定基準の作成に際しては、精神科救急医療体制の基幹病院のうち、身体症状の対応ができる病院（救急科部門と精神科部門との連携ができ、状態に応じて精神科病棟への入院が可能である必要ある）を明記することも検討されたが、実際に稼働できる医療機関は限られ、現行のマンパワーで対応するのは困難であるため見送られた。神奈川県としては、精神科医が配置されているか、地域等の精神科医との連携が可能である身体合併症救急医療確保事業対応施設等による精神疾患と身体疾患を合併する救急患者に医療を提供できる体制整備を現在検討中である。受入れ医療機関確保基準の策定は、最も困難な作業である。傷病者の状況が生命に影響を及ぼすような緊急性が高いものとして分類された重篤を含む重症度・緊急度が高い症状・病態等については、医師からの特別の指示がある場合を除き、現場到着後、搬送医療機関の選定にあたり、「4回以上受入れ紹介しても受入れに至らない場合」又は「現場到着後30分以上経過した場合」に受入れ医療機関確保基準を適用し、中核となって稼働する医療機関を選定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。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。

精神疾患及び身体疾患を合併する救急患者の受入れ体制を整備するためには、各地域で精神科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、コンサルトや入院受入れを行っていく体制の拡充が求められる。また、一般（総合）病院における精神科医の配置、精神医療機関との連携を発展させること、精神科病院における一般医療機関からの後方受入れを推進させることが欠かせない。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 論文、学会発表なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。） なし

表 I-1：精神疾患及び身体疾患を合併する救急患者の受入体制の課題
 (平成24年度神奈川県精神科救急医療調整会議部会資料より 一部改変)

身体救急 精神救急	救急対応の必要なし	初期救急	二次救急	三次救急
		(休日夜間急患診療所等に対応)	(病院群輪番制、救急告示病院・診療所に対応)	(救命救急センターで対応)
救急対応の必要なし				
精神科初期救急 (診療所外来対応)		ケースバイケース 【A】	救急優先☆☆ 【B】	救急救命優先 【C】
精神科二次救急 (医療保護入院対応)		精神科救急優先☆☆【D】	課題あり☆☆☆【E】	救命救急優先だが課題あり☆☆【F】 入院による身体疾患治療後に精神科 治療実施・転院
精神科三次救急 (警察官通報対応)		精神科救急 【G】	救急優先☆☆ 処置後精神科救急の場合あり 【H】	救命救急優先☆☆ 処置後精神科救急の場合あり 【I】

対応困難度 ☆ やや困難
 ☆☆ 困難
 ☆☆☆ 非常に困難

課題 ■ 課題あり
 ■■■ 非常に課題あり

<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
評価項目	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
	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を受診し、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
タスク		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
	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 I-2: 地域連携パス: 身体合併症(精神科→身体科→精神科)(案)

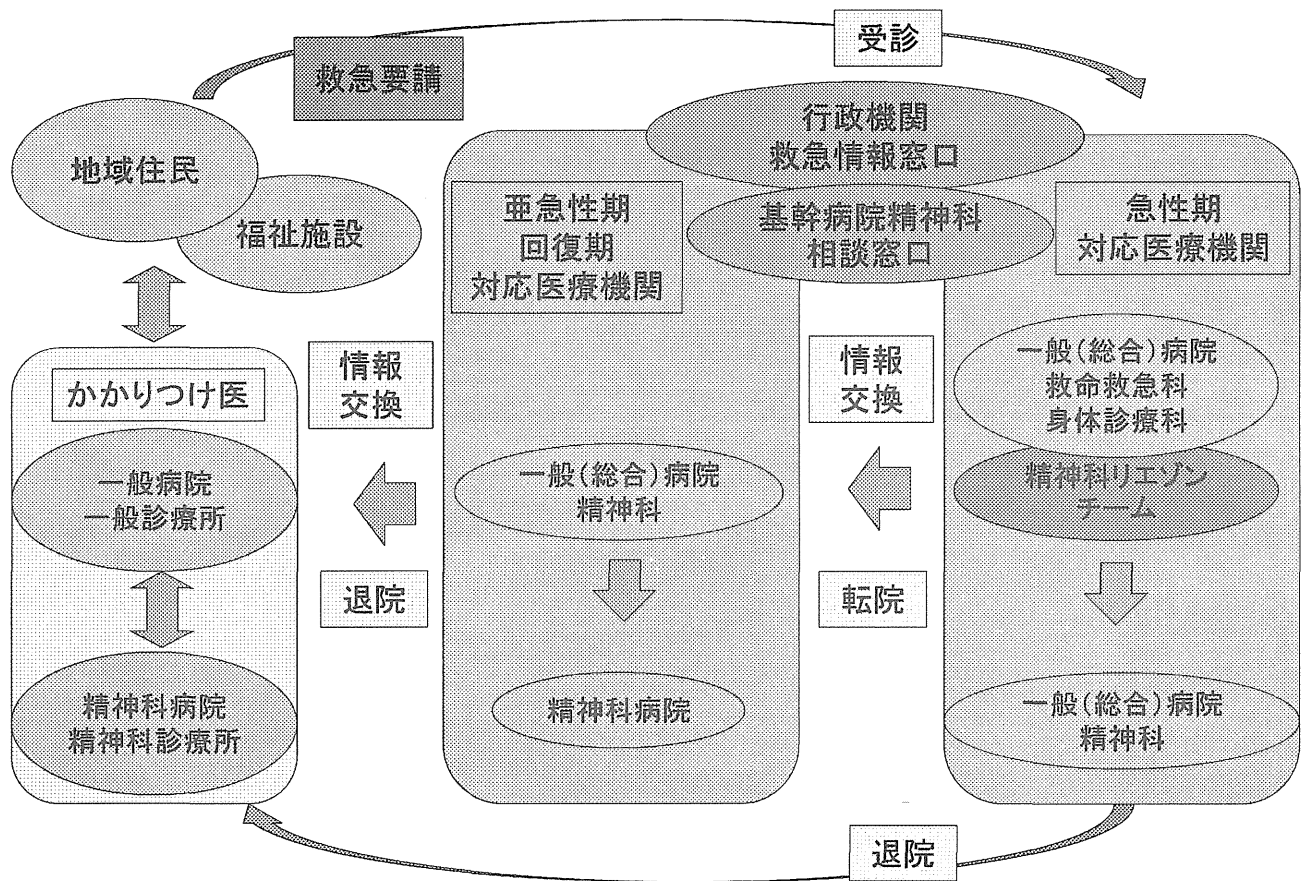


図 I -1: 身体合併症を有する精神疾患患者への連携体制

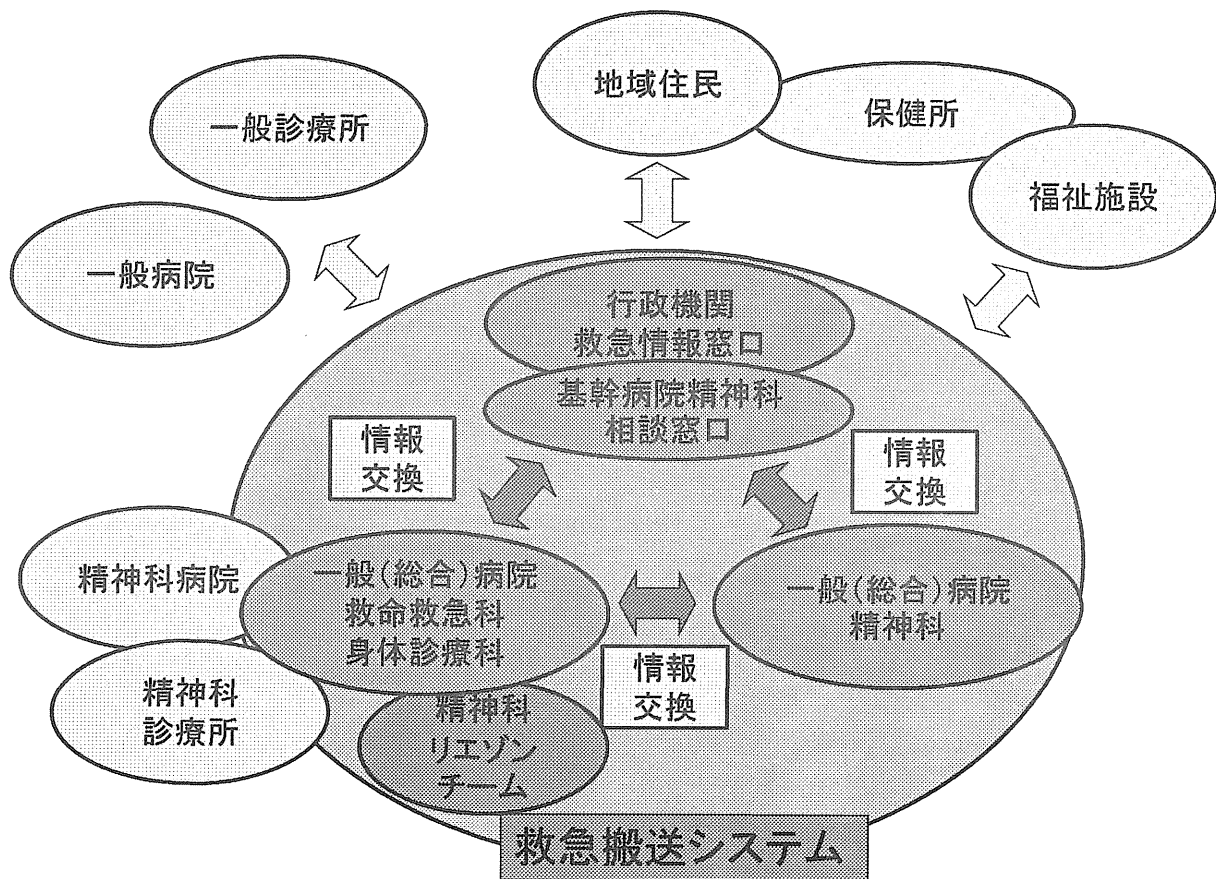


図 I -2: 救急搬送システムにおける連携

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、一般（総合）病院で行われる精神医療において、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

(1) 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。

(2) 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。

(3) 平成 24 年度において、下記を実施する。

1) 精神科リエゾンチームへのアンケートを実施する。

調査対象：平成 24 年 8 月時点で精神科リエゾンチーム加算を算定している 30 施設の精神科リエゾンチーム所属精神科医師もしくは看護師。

調査方法：郵送発送・郵送回収(自記式アンケート)

実施期間：平成 24 年 11 月 1 日～11 月 30 日

2) 精神科リエゾンチームのヒアリング

調査対象：平成 24 年 8 月時点で精神科リエゾンチーム加算を申請している 3 施設の精神科リエゾンチーム所属看護師。

調査方法：面接調査(半構成インタビュー)

実施期間：平成 24 年 8 月 1 日～12 月 31 日のうち、各施設 1 日。

C. 研究結果

(1) 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