

厚生労働省

平成 24 年度障害者総合福祉推進事業

指定課題 2 5 「精神科リエゾンチーム活動ガイドラインの作成
について」成果物

精神科リエゾンチーム活動 ガイドライン試案

平成 25 年 3 月

医療法人鉄蕉会

指定課題 25 「精神科リエゾンチーム活動ガイドラインの
作成について」

医療法人鉄蕉会

事業代表者 理事長 亀 田 隆 明

調査事業担当者

事業責任者

亀田総合病院心療内科・精神科 小石川比良来（医師）

事業担当者

亀田総合病院心療内科・精神科 神戸市立医療センター

西市民病院精神・神経科

大上俊彦（医師）

見野耕一（医師）

須藤 修（看護師）

三宅啓子（医師）

萩原美奈（看護師）

竹村幸洋（医師）

清水洋延（精神保健福祉士）

新田和子（リエゾンナース）

富安哲也（臨床心理士）

岩露かをり（精神保健福祉士

&臨床心理士）

執筆協力者

香山明美（宮城県立精神医療センター、作業療法士）

田口厚子（竹田総合病院、作業療法士）

渋谷正聡（亀田総合病院、薬剤師）

リエゾンチーム活動ガイドライン目次

はじめに

ガイドライン作成に至る経緯（小石川）	4
--------------------	---

第一章. リエゾンチーム医療とは

1. リエゾンチーム医療とは？（見野、竹村）	6
1) 精神科リエゾン医療の歴史と現状 (患者ニーズ、一般身体科医療者のニーズ、精神科医療者のニーズと置かれた状況)	
2) チーム医療の必要性	
2. リエゾンチームとは（大上）	10
1) 理念	
2) 基本方針	
3) 職種	
4) 活動体制の明確化	
5) 活動内容	
3. リエゾンチームを立ち上げるための準備（見野、竹村、新田）	12
1) 精神科リエゾンチーム診療加算	
2) システムの構築	

第二章. リエゾンチーム活動の実際

1. 各職種の役割	15
1) 精神科医（見野、大上）	
2) リエゾンナース（新田）	
3) 病棟看護師（須藤、萩原）	
4) 薬剤師（渋谷）	
5) 精神保健福祉士（岩薮、清水）	
6) 作業療法士（田口、香山）	
7) 臨床心理技術者（岩薮、富安）	
2. チーム活動のプロセス	36
1) チームへの依頼経路（見野、大上）	
2) 診察・情報の収集（見野、大上）	
3) リエゾンチームカンファレンス（見野、大上）	
・評価	
・治療・介入方針	

・精神科リエゾンチーム医療実施計画書の作成	
・精神科リエゾンチーム医療評価書の作成	
・再評価・修正	
・終結	
4) リエゾンチーム回診（見野）	
5) リエゾンチーム介入のフローチャート（見野、大上）	
6) 院内の他の医療チーム活動との連携（見野、大上）	
7) チーム活動の具体例	
[A]無床総合病院精神科（神戸市立医療センター西市民病院）の場合（見野）	
[B]有床総合病院精神科（亀田総合病院）の場合（大上、須藤、萩原）	
3. スタッフに向けた活動（西市民病院スタッフ及び富安）	61
1) コンサルテーション	
2) メンタルケア（メンタルサポート）	
3) 啓発活動	
4. 具体的局面での介入	63
1) 元々精神疾患を持っていて身体疾患を呈した場合（大上）	
フローチャートと具体例	
2) 一般身体科の患者でせん妄などの精神疾患を呈した場合（見野、竹村）	
フローチャートと具体例	
3) 自殺企図で緊急搬送された場合（小石川）	
フローチャートと具体例	
5. 地域に向けた活動	74
1) リエゾンチーム活動と地域医療	
・神戸西市民病院の場合（岩薮）	
・亀田総合病院の場合（清水）	
2) 今後の方向性（小石川、清水、見野、岩薮）	
6. 終わりに（小石川）	79
7. 参考文献	80
補. 修正版医療実施計画書及び治療評価書について	

はじめに

ガイドライン作成に至る経緯

新たな「障害者総合支援法」では、全ての障害者が可能な限り身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を充実させる方向となっている。特に高齢の精神障害者では身体疾患を有する者が多く、地域で安心して生活するためには身体疾患を合併している精神障害者への適切な医療提供体制の確保が必要とされている。

しかしながら現状では、一般病棟において身体疾患の治療やケアに当たる医療者が精神障害者に対して十分な知識を有しているとは言い難く、精神障害を合併しているために標準的な治療を受けることが出来なかったり、適切な療養場所を提供されていない可能性が大きい。

こうした外部からの要請の一方で、総合病院内部に目を転ずると、全身性エリトマトーデス等の膠原病や甲状腺機能障害など代謝・内分泌疾患が精神障害を惹起することはよく知られており、また様々な疾患に用いられるステロイドやインターフェロン等の薬剤が精神障害を来すことは少なくない。身体疾患の罹患により精神障害を発症する事例においても、精神疾患の専門家と身体疾患の専門家が円滑に連携し治療に当たる必要性があるが、現状では連携はとて十分とは言い難い面がある。

更に言えば、自傷行為や自殺企図等により三次救命救急センターを受診する患者の多くに精神障害を認めるとされるが、これらの精神障害者を円滑に精神科専門治療につなげるようなシステム構築もまた、長きに渡って三万人を超える自殺者が続く我が国においては喫緊の課題と言えよう。

以上のように総合病院においては精神障害者を支援するための課題は山積している。限られた医療資源という制約の中で、総合病院の内外で治療の必要性のある精神障害者を円滑に受け入れていくシステムを構築するためには、上記の問題性を自覚している、精神科医、精神障害者に対して十分な知識を有する看護師、臨床心理技術者、精神保健福祉士など多職種からなるチーム（精神科コンサルテーション・リエゾンチーム、以下精神科 CLT と呼ぶ）による活動の確立と機動的運用が緊急の課題となっていると言えよう。

さて今回の平成 24 年度診療報酬改定にリエゾンチーム加算が初めて認められたが、時期を同じくして厚生労働省平成 24 年度障害者総合支援事業公募課題の中に本指定課題である「精神科リエゾンチームの活動ガイドラインの作成について」が含まれた。

亀田総合病院では平成 21 年 1 月より精神科 CLT 活動が開始され、週一回、多職種でのリエゾンカンファレンスを実施し一般身体科と精神科、双方の病床の、患者の病態に則した合理的運用が実現されてきている。神戸市立医療センター西市民病院（以下西市民病院と呼ぶ）では早くも平成 17 年度から精神科 CLT 活動を実践しており、地域連携の面でも自殺者減少に寄与する包括的医療体制を構築する活動を行っている。こうした特徴と活動

経過を持つ二つの病院の CLT 活動を基にその成果を世に問うべくこの課題に応募し正式に採択された。

本ガイドライン研究では、これまでの実践事例の調査を行いながら、精神科 CLT の輪郭と意義を明確にすると共に、チームとしての活動の基本的準拠枠となるべきガイドライン試案を作成公表し、CLT の可能性を更に拡げていくための礎石となることを志すものである。

第一章. リエゾンチーム医療とは

1. リエゾンチーム医療とは？

1) 精神科リエゾン医療の歴史と現状

“コンサルテーション・リエゾン精神医学 (Consultation Liaison Psychiatry : CLP)” は、“臨床精神医学の一領域であって、総合病院の精神科以外の部門における精神科医の臨床、教育、研究のすべての活動を含む”と定義されている¹⁹⁾。一般的に精神科コンサルテーションは、身体診療科の患者に精神的な問題が発生してから精神科医が患者やスタッフに対して相談、助言、指導を行う方法をいう。それに対し精神科リエゾンは、初めから精神科医が診療チームの一員として参画して、患者の精神的な問題の発生予防と早期発見・早期治療の役割を担う方法で対応するスタッフや家族の教育にもあたる¹⁷⁾。コンサルテーションでは精神科医の助言を取り入れるかは、身体各科の医師の判断に委ねられるが、リエゾンではスタッフ間の話し合いにより、治療方針を決めるという違いがある。“リエゾン精神科医は消防検査官に似ている。一方、精神科コンサルトは消防士に似ている。リエゾン精神科医は火事の起こりそうな状態を指摘して災害を防ごうとする。精神科コンサルタンは火事が起こってから呼ばれる”³⁾。「コンサルテーション精神医学」と「リエゾン精神医学」を区別して用いる場合もあるが、コンサルテーション・リエゾン精神医学 (CLP) のことをリエゾン精神医学と短く呼称し用いることが多い。

コンサルテーション・リエゾン精神医学が生まれたのは米国であった。19世紀後半、米国では既に一般身体治療現場における精神医学や心理学の重要性が指摘されていた⁴⁷⁾。1902年にニューヨーク州の Albany 総合病院に精神科が初めて併設された²⁰⁾。その後、Heldt が指摘した“総合病院入院中の患者の約30%に、何らかの精神症状が発現するため、精神科コンサルトが必要である”⁵⁾と発表したことで、1923年～1932年にかけて全米の112の総合病院に相次いで精神科が併設された。1929年、Henry⁶⁾は“すべての総合病院には、定期的に病棟を訪れ、その科のカンファレンスに参加し、込み入った症例について議論できる精神科医が少なくとも一人は必要である”と報告した。“コンサルテーション・リエゾン精神医学”という用語は用いていないが、これが最初の論文であるとされている。1939年になり、Colorado 総合病院の Billings²⁾が初めて“リエゾン (連携)”という言葉を使用し、同年には“Psychosomatic Medicine”雑誌が発刊されている。“リエゾン精神医学こそが、総合病院精神科医にとって最も重要な仕事である”との主張もあり¹⁶⁾、1940年代には一般病棟それぞれに精神科医が配置された病院も現われた。1930年代からはじまった Rockefeller 財団の基金は、総合病院の精神科設置に大いに貢献した。その後、1970年代には、The National Institute of Mental Health (NIMH) による経済援助で精神科コンサルテーションは飛躍的に発展した。

コンサルテーション・リエゾン精神医学(以下 CLP と呼ぶ)が日本に紹介されたのは1953年頃であるが、1977年まではほとんど日の目を見ることはなかった。1968年、わが国で初

めて大阪大学附属病院に特殊救急部が創設された（ICU 15床、災害外科 24床）。その際、ICUにおいて多数の不眠、不安焦燥、せん妄などが発生し、救急部による依頼により精神科が関与することとなった¹⁴⁾。その成果を1972年に発表したのが、わが国でのコンサルテーション・リエゾン精神医学の最初の業績である³⁶⁾。その後、1977年初めて“リエゾン精神医学”がわが国で紹介された¹⁵⁾。その後様々な論文が報告され、1980年前半になると精神科領域での概念は定着した⁷⁾。1988年、コンサルテーション・リエゾン精神医学に興味がある医師により、“日本総合病院精神医学会”が設立され、現在、第25回総会まで継続している。“総合病院精神医学”雑誌で、各医療機関などの実践が発表されている。緩和ケアチーム医療が診療報酬化された前例となり、今も、診療報酬化の話題のなかで、この「チーム医療」が取り上げられている。この「チーム医療」こそ、実はリエゾン精神医学が当初から目指していたものであり、これなくして、リエゾン精神医学の臨床は成り立たない⁸⁾。

近年では、リエゾンチーム医療の様々な実践が総会でシンポジウムや一般演題で多数発表されている。

2) チーム医療の必要性

近年、医療現場での医療の質や安全性の向上などが医療機関の基本理念となり、医療の高度化、複雑化、ニーズの多様化に伴う業務の増大に対応するため、多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに互いに連携・補完しあい、患者の状況に的確に対応した医療や多角的な支援を提供する「チーム医療」が様々な医療現場で実践されている。栄養サポートチーム（NST）、緩和ケアチーム、褥創対策チーム、糖尿病チーム、感染管理チーム（ICT）、呼吸ケアチーム、心肺蘇生チーム（CPR）などのチーム医療活動が認められ、臨床現場の士気を高めるためにチーム医療の推進は重要な課題である。それぞれのチームは医療現場で医師とコメディカルスタッフがその職能を個々に生かすだけでなく、ともに同じ現場に集まり協力し、全人的な医療を等しく患者に提供し、家族の精神的な支えにもなれるよう努め実績を重ねている。チーム医療を推進するための基本的な考え方は、厚生労働省のチーム医療推進会議でのレポート⁴²⁾で以下のように述べられている。

- ①我が国の医療は非常に厳しい状況に直面しており、医学の進歩、高齢化の進行等に加えて患者の社会的・心理的な観点及び生活への十分な配慮も求められており、医師や看護師等の許容量を超えた医療が求められる中、チーム医療の推進は必須である。
- ②チーム医療を推進する目的は、専門職種の積極的な活用、多職種間協働を図ること等により医療の質を高めるとともに、効率的な医療サービスを提供することにある。医療の質的な改善を図るためには、i) コミュニケーション、ii) 情報の共有化、iii) チームマネジメントの3つの視点が重要であり、効率的な医療サービスを提供するためには、i) 情報の共有、ii) 業務の標準化が必要である。

- ③チームアプローチの質を向上するためには、互いに他の職種を尊重し、明確な目標に向かってそれぞれの見地から評価を行い、専門的技術を効率良く提供することが重要である。そのためには、カンファレンスを充実させることが必要であり、カンファレンスが単なる情報交換の場ではなく議論・調整の場であることを認識することが重要である。
- ④チームアプローチを実践するためには、様々な業務について特定の職種に実施を限定するのではなく、関係する複数の職種が共有する業務も多く存在することを認識し、患者の状態や医療提供体制などに応じて臨機応変に対応することが重要である。
- ⑤医療スタッフ間における情報の共有のための手段としては、定型化した書式による情報の共有化や電子カルテを活用した情報の一元管理などが有効であり、そのための診療情報管理体制の整備等は重要である。
- ⑥電子カルテによる情報共有にあたっては、職種毎の記載内容をどのように共有するか、各職種にどこまでの内容についての記載権限を与えるか、他の医療機関等との共有方法など、関係者間でルールを決めておく必要がある。
- ⑦チーム医療を推進するためには、患者に対して最高の医療を提供するために患者の生活面や心理面のサポートを含めて各職種がどのように協力するかという視点を持つことが重要である。また、患者も自らの治療等の選択について医療従事者に全てを任せるのではなく、医療従事者からの十分な説明を踏まえて選択等に参加することが必要である。
- ⑧より良い医療を実践するためには、医師、歯科医師に全面的に依存するのではなく、医療チームがお互いに協働し、信頼しあいながら医療を進める必要があり、医師、歯科医師はチームリーダーとしてチームワークを保つことが必要である。
- ⑨チーム医療を展開する中で、医師、歯科医師が個別具体的な指示のみならず、個々の医療従事者の能力等を勘案して「包括的指示」も積極的かつ柔軟に活用することが重要な手段であるが、指示の要件等をあまり定型化しすぎると医療現場の負担増になる可能性があることに注意が必要である。
- ⑩チームの質を向上させるためには卒前・卒後の教育が重要であり、専門職種としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他の職種を理解することやチームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育が必要である。特に多職種が参加するカンファレンスにおいて、他の職種を尊重するファシリテーション能力を発揮できるように卒後も継続的に教育することも重要である。
- ⑪チーム医療の基本的な考え方は、様々な医療現場で共通するものであるが、具体的な取組内容については急性期、回復期、維持期、在宅期においてそれぞれ異なるものであり、各ステージにおけるチーム医療を推進するための具体的な方策を考えると、各々のチーム医療が連鎖するような仕組みの構築が必要である。
- ⑫現在医療現場において取り組まれているチーム医療については、職種間の情報共有の

方法と各職種の配置方法によって分類することができ、それぞれの医療現場の特性に応じた取組が行われている。

- ⑬チーム医療の取組を進めるにあたり、医療機関によって、医療関係職種等のマンパワーや周辺の人口構成など、置かれている状況が異なるため、それぞれ求められている医療のニーズに添ったチーム医療を展開する必要がある。

精神科領域においては、患者は精神疾患による疾病と障害を併せ持つため、社会的・对人的な相関関係が大きい障害特性から社会的健康へのダメージを来している。そのため、精神疾患の治療だけではなく生活者として対象者支援を行うことが必要である。患者を治療する医療機関や地域において、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、薬剤師、作業療法士、理学療法士などの多職種協働によるチーム医療の提供が重要である。また、身体面と精神面の両方に問題のある合併症患者に対しては、身体的治療だけでなく、精神科的な治療も並行して行う必要があり、身体的ケアスタッフと精神科的ケアスタッフが専門に応じて役割を分担し、協働して患者の治療を行える体制整備が必要である。

様々な理由で長期入院している院患者の地域への移行、地域での定着の促進を実現するためには、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、薬剤師、作業療法士などによるチームによる取組の推進やそのための医療環境の整備、地域社会の資源活用も含めた連携が必要である。そのことで関係する医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減に繋がると考えられる。

医師は医療チームのリーダーであり、多くの役割と重い責任を担っている。患者に必要な医療を十分に提供するにはチーム医療の実践が不可欠である。サービス内容に応じて各職種が機能分担するのが効率的であり、各職種が専門性を活かすことで、総合的に良質な医療を提供できる。ただ、医療上必要な情報が職種毎に分断されたり、チームの診療・ケアにおけるポリシーが不明確にならないように、カンファレンスなどで相互にコミュニケーションを図ることが重要である³⁷⁾。

2. リエゾンチームとは

1) 理念

精神科リエゾンチームは、精神的医療と身体的医療との積極的連携を図り、一般病棟において入院中の患者やその家族の精神症状や心理的問題に対し、専門的技術をもって身体的・精神的・社会的な視点から個別性を大切に治療・ケアを行うチームである。患者・家族のより良い精神衛生を達成すること、治療に関わるスタッフの心身の健康をサポートし、勤務意欲の向上、燃え尽きの防止を目指すことを目標とする。

2) 基本方針

- ① 病院内の医療従事者からのコンサルテーションに応じる。
- ② 依頼元の医療従事者と協議の上、適切であれば患者やその家族に治療やケアを提供する。
- ③ 患者やその家族に直接治療やケアを提供しない場合もありうるが、その場合も可能な限り、依頼元の医療従事者への適切な支援や、医療従事者間の調整を行う。
- ④ 医療従事者からのコンサルテーションのみならず、患者やその家族が精神科リエゾンチームに治療・ケアの提供を希望した場合にも迅速に対応できるよう、チーム活動について広く周知するよう努める。

3) 職種

以下の職種を含むか、必要に応じて協働できる体制が望ましい。

- ① コンサルテーション・リエゾン精神医療に習熟した精神科医
- ② コンサルテーション・リエゾン精神医療に習熟した看護師
- ③ コンサルテーション・リエゾン精神医療に習熟した臨床心理技術者
- ④ コンサルテーション・リエゾン精神医療に習熟した精神保健福祉士
- ⑤ コンサルテーション・リエゾン精神医療に習熟した薬剤師
- ⑥ コンサルテーション・リエゾン精神医療に習熟した作業療法士

4) 活動体制の明確化

- ① 病院内において精神科リエゾンチームが組織上明確に位置づけられる。
- ② 病院内に精神科リエゾンチームの理念・基本方針を明確に開示する。
- ③ 精神科リエゾンチームへの活動内容・依頼方法を病院内医療従事者に周知する。
- ④ 依頼に対して迅速かつ適切に対応できる体制を整備する。

5) 活動内容

① 対象

一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつ、不安などの精神症状や心理的問題

を有する患者を広く対象とする。

これらには、身体疾患への罹患により精神症状や心理的問題を来した者や、既往に精神疾患を有する患者などが含まれる。

また、疼痛などの身体症状があるものの、器質的な原因が指摘できず心理的要因が強く関与していると疑われる場合や、自殺企図や自傷行為で入院した者なども対象となる。

さらに、判断能力の障害により、適切な身体治療を受けることが出来ない患者にもなんらかの支援を行う場合がある。

②診察・ケア

診療録、依頼元や担当の医療従事者からの情報、診察所見、家族からの情報などを総合的に検討し、必要であれば多職種でアセスメントし治療・ケアの方針を決定する。この際、標準化された医療実施計画書、治療評価書を用いる。

依頼元の医療従事者と検討し、可能であれば患者やその家族に直接治療やケアを提供するが、直接介入することが不適切あるいは困難である場合も、可能な限り依頼元の医療従事者への適切な支援や、医療従事者間の調整を行う。

アセスメント、診療・ケア、医療従事者への支援や調整内容は適切に診療録等に記載する。

アセスメントに基づき定期的に診療・ケアを継続し、定期的に標準化された治療評価書を用いて再度アセスメントを行う。

退院後も精神医療の提供が望ましい場合は、継続して治療を行えるよう支援、調整する。

チーム内では定期的にカンファレンスを行い、また、必要に応じ、依頼元の医療従事者とカンファレンスを行うなどして、情報の共有、医療従事者間での良好なコミュニケーションの維持に努める。

③教育・啓蒙活動

病院内の医療従事者に対し、日々の臨床活動を通して精神科リエゾン医療に関する教育を行う。

病院内の医療従事者に対し、定期的に精神科リエゾン医療に関する勉強会や講習会等を行う。

地域の医療従事者などに対しても同様の活動を行う。

3. リエゾンチームを立ち上げるための準備

1) 精神科リエゾンチーム診療加算

平成 24 年度の診療報酬改定で精神科リエゾンチーム加算が認められ、4 月からいくつか医療機関が算定し始めている。総合病院精神医学会の調査では、2012 年 8 月の段階で 38 か所の医療機関であった。精神科リエゾンチーム診療の目的は、一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して、精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携した場合の評価を新設し、より質の高い精神医療の推進を図ることである。

精神科リエゾンチーム加算 200 点（週 1 回）

[算定要件]

- ①一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。
- ②精神症状の評価、医療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施（月 1 回程度）、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療（外来等）が継続できるような調整等を行う。
- ③算定患者数は、1 チームにつき 1 週間で概ね 30 人以内とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、i ~ iii により構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

- i. 精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医
- ii. 精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- iii. 精神科リエゾンについて十分な経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか 1 人

2) システムの構築

システムの構築にあたってまずは専門性の高いスタッフの存在、確保、育成があげられる。施設によって確保できる人材や時間は異なると思うが、なるべく多くのメンバーを集めることが重要である。医療スタッフに対して、リエゾンチーム活動に関する教育や啓蒙活動を共に進めることが望ましい。現在の総合病院精神科を取り巻く環境は、有床、無床を問わず、精神科医数などのスタッフが減少しているため、少ない人員で幅広い業務に対応しなければならない。このような環境の中で精神科医や精神科看護スタッフなどがマネジメントすることで、各医療スタッフが専門性に則して職種横断的に集まり、勉強会が開催され、次第にチームとして活動をなしていく。このような活動を通して医療スタッフの業務や心理的負担が軽減することもある。

前述したようにリエゾン精神医学が当初から目指していたものが「チーム医療」であり、

これなくして、リエゾン精神医学の臨床は成り立たない。リエゾンチーム活動は、医療現場で医師とメディカルスタッフがその職能を個々に生かすだけでなく、ともに同じ現場に集まり協力し、全人的な医療を等しく患者に提供し、家族の精神的な支えにもなれるよう努めている。西市民病院の場合、リエゾンチームは病院長直轄のチーム医療推進部に属する 8 つのチームの一つとして認められている。このチーム医療推進部は各チームの活動状況を統括し、院内外にその業績を発表する機会を調整、支援している。

次に、リエゾンチームが実際に活動するための具体的なシステムの構築が大事になる。大きく分けると、i) 病院内での位置づけ、ii) 活動拠点の確保、iii) 患者紹介の流れ、iv) チーム内での情報交換、v) 医療事務との連携になる。

i) 病院内での位置づけ

リエゾンチームが病院内でどのような位置づけにあるのかをはっきりさせる。組織図の中で診療部門として存在しているのか、コンサルト型チームとして組織図の中に入っているのかをしっかりと把握する必要がある。

ii) 活動拠点の確保

リエゾンチームが集える場所や部屋を確保することが理想である。場所を確保されることで“病院から必要とされている部門”であるとスタッフが感じることができ、いわゆるモチベーションの維持にも重要である。

iii) 患者紹介のシステム

またリエゾンチームへの依頼経路は各医療機関によってそれぞれ異なると思われるが、各診療科医師から精神科医師への併診依頼のみならず、医師以外の職種からリエゾンチームへ依頼する経路が確立されていることで、リエゾンチームの活動はより質の良いものになると思われる。つまり、依頼方法をシステム化することとともに、医療スタッフ間のコミュニケーションの風通しを良くしておくことも重要である。また、患者またはその家族からアクセスしやすいような体制の構築についても留意する。いずれの場合も患者同意の上で治療・援助を提供することが原則である。

iv) チーム内での情報交換

チーム医療の提供とは、患者に提供すべき医療を、各チームスタッフが専門に応じて役割を分担し、患者と同じ目線に立って責任を持って行うことである。スタッフは専門的知識と技能、コミュニケーションスキルを持ち自分の役割を認識し責任を果たす必要がある。そして、対患者のみならず、スタッフ相互間においても良好なコミュニケーションが求められる。チームスタッフ間では、紙媒体、電子媒体などで情報を開放的に共有し、治療と援助を専門的かつ重層的にできるリエゾンチームでなければならない。さらに、チームスタッフが同等の権限をもって協力し合うことが重要である。スタッフが心身とも元気でしなやかチームであり、迅速な対応で、スタッフ自身が“程よいがんばり”のできる対応を考慮し、無理なく続けられることを浸透させていくべきである。

v) 医療事務との連携

精神科リエゾンチーム加算に関して、スムーズに算定できるように医療事務との連携は非常に重要である。いつから精神科リエゾンチーム医療が実施されたか、チームでのサービスをいつ終了したかなど事務と連携をとれるようにするシステムをつくるのである。これから電子カルテ化が進む施設では、起動段階で精神科リエゾンチーム加算を登録または確認できるように設定したほうがよい。

第二章. リエゾンチーム活動の実際

1. 各職種の役割

1) 精神科医

精神科リエゾンチームの活動は、多職種の専門家が、それぞれの視点でアセスメントや介入を行い、リエゾンチームカンファレンスなどで協議の上で多面的に物事を解決していくプロセスであり、チームメンバーは良好なコミュニケーションのもと、お互いの意見を最大限に尊重することが求められる。

精神科リエゾンチームにおいて、精神科医は、医学的根拠に基づいた的確な診断や、必要であれば薬物療法や精神療法などの治療を行うわけであるが、あくまでこれらは多数存在するアセスメントや介入の中のひとつであることを念頭に置く必要がある。

医師の意見が絶対であり、他の職種はこれに意見できないというような事にならないように、常に気を配るべきであろう。

リエゾンチーム活動の中では総合的な分野で多面的なアプローチが必要であり、一人の医師ですべてをまかなうことは難しい。チームのリーダーとして自分の能力外のことは適時適所にその分野の専門スタッフを配してまとめていくことがその職務であるといえる。まずはチームの各スタッフがどのような能力を持っているか、自分の病院がどのような能力を持っているかを知ることが重要である。

リエゾンチームスタッフは、患者の置かれている現実を理解し、患者・家族・医療者相互の関係性を多角的・力動的に捉える能力を持つことが重要である。チームスタッフ間で情報を開放的に共有し、治療と援助を専門的かつ重層的にできるリエゾンチームでなければならない。さらに、チームスタッフが同等の権限をもって協力し合うことが重要で、病棟スタッフが必要なときには、いつでもリエゾンチームを呼んで、協力を要請できるシステムを構築することである。

このように、精神科医はリエゾンチーム活動全体のコーディネーターとしての役割を担っている。さらに、チームメンバーの意欲を高めて、また保持し続けることも重要である。スタッフの役割分担を行い、チーム目標を設定することが非常に重要である。

病院管理者とよく話し合いリエゾンチーム活動に対する理解を得ることに努めることも重要な役割のひとつである。さらにリエゾンチーム活動に関する研究費や学会出張費などインセンティブをチームメンバーに与えることも必要である。

2) 専門看護師（西市民病院の場合）

看護師は24時間を通じて患者に接する職種である。看護師が、患者の精神状態の変化を的確に捉え対応できる、また、その情報を他職種に伝達できることは、治療を進める上で大きな推進力となる。さらに、その情報を元に、医療スタッフが迅速に動くことで、より効果的効率的に医療を提供でき、患者への安全で安楽な医療の提供につながる。

そのような、看護師、医療スタッフを側方から支えるリエゾンチームにおいて、リエゾン精神看護専門看護師（以下リエゾンナースと呼ぶ）は、リエゾンチームのメンバーをはじめ、患者に関わる医療スタッフ間の対等な関係性を維持し、スムーズな医療活動が展開できるための土壌作りを担っている。

（1）効果的な精神医療を実践する役割

実践者としての役割で一番重要なのは、精神科治療が患者に合わせて提供できるだけでなく、身体治療と精神科治療が最良のバランスで効果的に患者に提供できるための実践をすることである。精神科治療がどの程度、身体状況や治療に影響を及ぼすか、精神科医療で使用する薬物や治療が身体に与えるリスクを考慮し、それに対する方略を検討、提供することで、身体的治療を継続しながら精神科治療が行えるように主治医を含めた医療スタッフとリエゾンチームの調整を行いながら実践する必要がある。

①精神状態の査定とケア

まず、実際に精神症状が出現し精神医療を受けている患者に対しては、どのような治療が行われているかを把握し、どのような効果が見られるかを査定する役割を担う。

看護師が日々の観察の中で得ている情報を元に、専門看護師が面接を行う、あるいは看護師と一緒にケアを提供しながら、患者の精神状態とその変化を観察し、患者が今、どのような精神状態にあるかをアセスメントする。また、ライフイベントが患者の精神症状にどのように影響しているかを観察し、ストレス因子、ストレス対処、脆弱性の観点からもアセスメントし、看護の観点から治療の効果を評価する。そして、患者がセルフマネジメントできる方向に働きかける。

特に、うつ病の患者や自殺企図による身体的な治療を受けている患者に対しては、薬物療法以外に、うつ病への理解を深めるとともに、患者をエンパワメントし治療意欲の向上を促す。さらには、うつ病の病状に影響するストレス因子を探り対処法を具体的に検討し患者自身が実践できるように患者教育を行う。また、ストレスへの対処能力を高めるための認知行動療法的な関わりや、薬物療法の重要性について説明し継続した服薬が行えるように服薬指導を併用し、患者のセルフマネジメントを支援する。

一方、人格障害の傾向を持つ患者への対応など、身体科のスタッフがあまり経験したことがなく苦慮するような場合には、実際にスタッフとともに介入する。精神症状や病棟のダイナミクスをアセスメントし、身体科治療目標と照らし合わせながら、治療契約内容を

検討し、医療スタッフと患者、家族が共通目標をもって治療に臨める環境を整えていく。発達障害の傾向を認める患者・家族に対しては、説明の仕方を工夫したり、治療を日常のケアに組み込み日課を組み立てることなどをスタッフと共に行う。

②向精神薬の作用・副作用のモニタリングと看護師へのアドバイス

向精神薬を服用している患者に対しては、向精神薬の効果、副作用の有無や程度をモニタリングし効果的な薬物療法が継続できるよう精神科医への情報提供を行う。患者の年齢や代謝機能など全身状態を鑑みながら精神科医に情報提供し薬剤量の検討を行うことで、薬剤の持ち越しや過剰投与による身体的合併症の予防、早期発見に努める。

また、副作用出現時は、精神症状の変化と共に、副作用に対処しながら内服を続けた方がよいか、変薬が必要かを検討し、患者の状態に合わせた薬物療法が提供できるように精神科医に繋ぐ。その際、看護師に副作用について説明し、観察の視点や対処の方法などを、身体的ケアと併せて効率的に提供できる方法を提案しながら、さらに重篤な副作用が出現していないか観察を継続する。

③精神科への橋渡しと協働

はっきりしないが精神症状と思われる症状が出現した場合において、主治医が精神科医療の必要性の判断に迷う時には、前段階としてリエゾンナースが、患者の精神状態をアセスメントし、現状での精神科医療の必要性を判断し主治医に情報提供を行う。

精神科医療が不必要と判断した場合、現段階において身体科で対応できることは何か、精神科医療の必要性が出現するのはどのような場合か、どのような状況になれば精神科医に依頼すると良いかについて併せて伝え、主治医が予測性をもって患者の精神状態を観察し、適切に精神科医に繋がられるようなアドバイスをを行う。その際、看護スタッフには、身体科で見られる範疇でできる精神症状への対応を伝え、観察を継続してもらるようにアドバイスする。

精神科医療が必要と判断された場合、主治医には、現状での専門看護師の判断と推察される治療などを伝え、受診に繋ぐことを支援する。患者に抵抗がある場合には、精神科受診の必要性だけでなく、どのような治療が行われているのかなどについて主治医とともに説明し、患者の精神科医療に対する理解を促し、ハードルが低くなるように支援する。それでも精神科に対する理解が得られず受診が難しい場合は、主治医とリエゾンナース、精神科医が相談しながら薬剤を調整するなどの対策を講じながら、患者が精神科受診を選択できるようにサポートする。受診に繋がられた場合には、精神科医に、どのような状況で精神科受診に至ったか、その状況をご本人がどのように捉えているかなど、受診に至った思いを精神症状と併せて伝え、患者の心情に配慮した診察ができるように情報提供を行う。

(2) 精神看護に強いスタッフを育成する役割

(1) のような実践をリエゾンナース自ら行うことは当然であるが、主治医を含めた身体科のスタッフが、このような実践を身体的ケアと同様にできるようになることが、患者にとっての安全安心につながる。そのために、教育的配慮や関わりは、リエゾンナースにとって重要な役割と言えよう。コンサルテーションにおいては提案やアドバイスという形が主に使われるが、コンサルティの能力や病棟のダイナミクスによっては不十分な場合もあるので、考慮しながら方法を選択し、効果的、効率的に行っていくことが必要となる。

治療契約やリミット設定など精神科では日常的に使われるが、身体科ケアでは馴染みの薄いケアなどに関しては、スタッフがイメージしにくいことも多いため、注意する点や重要なポイントを伝え確認しながら、リエゾンナースが実践をリードし展開していく。ケアのエッセンスをプロセスの中で伝授することで、次回類似したケースに遭遇した場合に自分たちが主導で行えるように実践を活用し教育を行う。

また、身体科ケアでも使われているコミュニケーションスキルも、患者の精神状態に配慮して使用する際には、イメージしにくい場合もあるので具体的なイメージを掴み実践しやすくなる効果を狙い、ロールモデルとして実践を共にする。

その他、身体科看護師もイメージしやすいケアにおいては、カンファレンスを通じて伝える場合が多い。患者ケアを病棟スタッフと一緒に検討し、ケア方法や対応方法もより実践的で具体的に伝えられると考える。その際は、十分スタッフが実現可能なケア方法を選択することや、できるだけスタッフが対応しやすいように、複数のバリエーションを検討しておくことも、身体的治療を預かるスタッフが精神症状への対応で困難を来さないための配慮と言えよう。

(3) 患者の退院後を見据えた支援とケアマネジメント

患者が症状を抱えながら治療と日常生活を行えるためには、患者本人だけでは困難な場合が多く、入院中は看護師のサポートを受けている状況である。そのような患者の将来の生活の場を予測し、患者自身のセルフケアレベルを確認し、段階的に高める関わりが必要となってくる。セルフケアを拡大する中で、患者の精神状態を見ながら拡大のスピードやセルフケア要素のバランスを病棟看護師と共に検討し、必要なリソースの有無を検討する。

さらに、家族や地域のサポートの活用については、患者の身体機能や精神状態、セルフケアレベルだけでなく家族機能、家族システムなどをアセスメント、検討し、社会資源活用が必要であれば、病院内スタッフだけでなく、地域の医療スタッフとの情報交換を促進し、多職種によるケースカンファレンスが行えるように、参加して欲しい職種の選定やカンファレンスの内容について、看護師と吟味する。

人格障害や発達障害が疑われる患者が入院し、治療途中で症状が激しくなった場合、スタッフとの関係性も悪化し、身体治療に悪影響を及ぼす。そのため、患者の変化を予測しながら、主治医、精神科医、担当部署の看護管理者、受け持ち看護師と情報を共有しながら、短期間での治療完了、退院をめざしマネジメントを行う。

最悪の場合、治療環境を変える必要がある場合には、次の受け入れ先の管理医師や看護管理者も含めて検討を行う。その際、リエゾンナースは、感情的なやりとりにならず、患者の身体的治療を行う上で、治療病棟を選択できるように、客観的に患者の置かれた状況を伝え、各職種の意見をまとめる役割を担う。

(4) 医療スタッフのストレスマネジメントを強化する役割

身体科治療を担いながらメンタルケアを並行して行う場合、医療スタッフの疲弊を観察し、スタッフが燃え尽きないためのマネジメントを行う必要がある。

患者の精神状態によっては、主治医を含むメディカルスタッフのダイナミクスが崩れストレスフルな状況に陥る。患者や同僚に対する陰性感情や無力感を抱き、精神的な健康を阻害しうる場合もあるため、そのような状況の際には、スタッフ自身が自らの感情を棚おろししながら、現状を客観的に把握し医療を提供し続けられるようにサポートする。必要な場合には、定期的カンファレンスを設け、意識的に感情の共有を図る場合もある。スタッフ自身の患者に対する気持ちや感情をしっかり吐き出せるようにカンファレンスを設けて話を聴く。その上で、医療スタッフとして患者とどのように向き合うか方略を検討する。

また、患者による暴力や自殺事故を経験し、心理的な反応が出現しているスタッフに対しては、スタッフの面接を行い、勤務可能な状態であるかをアセスメントする。また、心理的な反応が出現することや強くなったりするのは、自然な反応であり心配しすぎないこと、いつもどおりの生活をできるだけ続けること、症状が長引くようであればリエゾンナースに相談することなど、出現してくる反応について心理教育を行い、経過を観察する。

勤務可能な場合も続発事故を起こしやすい状態に陥る可能性が高いため、管理者とともにインシデントを起こさないようなサポート体制を構築して経過を観察する。勤務が難しい場合には上司と相談し、勤務調整を行い、休息を確保する一方、精神科医につなぎ症状コントロールを行う。

3) 病棟看護師（亀田総合病院の場合）

①リエゾンチームでの活動の実際

亀田総合病院ではリエゾンチームを構成する看護師の役割は専門看護師ではなく、精神科および一般科で臨床経験を積み重ねた看護師が勤めている。リエゾンチームにおける精神看護専門看護師の果たすことのできる役割は数多く、そのことは西市民病院の場合に克明に示されている。ただ、総合病院におけるリエゾンチーム活動においては、必ずしも専門看護師ではなくとも係ることのできる領域は多く、ことに「看護師が看護師を支えるシステム」を構築できると治療スタッフの間との関係がスムーズとなり、チームとしての治療力が増すことで、一般病棟で種々の精神科的問題を抱える患者にとって大きな利益に繋がりと考える。その事例を亀田総合病院での活動を振り返ることで以下に示したい。

当院の看護師は週に一回のリエゾンチームカンファレンスに出席し、多職種と情報を共有しながら必要な場合にチームの一員として適宜介入を行っている。

具体的なリエゾンチーム看護師の介入内容としては

- ・一般病棟（E R 含）から精神科病棟への転床評価
- ・精神症状を伴う身体疾患の患者、対応とその評価
- ・一般病棟に合併症で入院中の精神疾患患者、対応とその評価
- ・一般病棟の看護師に精神科頓服薬の使用法や副作用等を指導
- ・一般病棟に於いての身体拘束の支援と安全な身体拘束着用の評価
- ・一般病棟での対応困難事例の対応カンファレンスの参加
- ・一般病棟で自殺企図が発生した後の看護師への精神的な支援
- ・一般病棟、他職種に向けての勉強会開催（自殺、うつ病、せん妄、精神科薬物療法、身体拘束）
- ・一般病棟で困っている事例の窓口→リエゾンチームカンファレンスで問題紹介が挙げられる。

相談依頼の経路としては、一般病棟の看護師から直接リエゾンチーム看護師へ依頼が来る場合と、他職種のリエゾンチームメンバーから看護師へ介入依頼を受ける場合がある。

チームが形成されるまでは一般科医師から精神科の医師への依頼が主で、現場スタッフ（一般病棟看護師）が困っている現実的問題が明確にならず、治療上の齟齬が目立つ場合が多く見られたが、一般病棟看護師から精神科看護師へ直接相談できる経路が確立され、一般病棟の看護師と解決に向け問題を共有し、身体的及び精神的な双方の視点から効果的な対応を検討できるようになった。

こうして相互の関係が円滑となることで、一般病棟での医師—看護師関係にも好ましい関係が生まれるようになった。このことはともすれば敬遠されがちな統合失調症などの精神障害を抱える合併症患者や身体疾患を抱え抑うつや不安などの種々の精神症状を訴えてくる患者が、最も効果的な治療環境で治療が受けられる仕組みの確立に繋がりと、ま

た実際にも繋がりを思っている。更に当院精神科病棟ではリエゾンチームに所属する看護師が不在の折りにも、一般病棟からの相談依頼に対し迅速に対応する（精神科病棟も専門の身体科へ相談するが）ナースコンサルテーションの協力体制の確立を日々強化している。

専門看護師がいない当院においては、精神科専門看護師の持つ専門的評価や実践の力能から学ぶものが多いことは否めないが、定期的なリエゾンチームカンファレンスへの参加と、多職種で、依頼された事例を共有しながら多角的な角度から検討していく経験を積み重ねていくことで、チームの中で自分達の看護師としての力能が向上し機能できているのが実感できている。

②具体的事例

a)患者に介入した事例

【症例】54歳 女性、平滑筋肉腫の化学療法目的で一般科病棟に入院中

【主訴】不眠、落ち着かない、「こんな自分は初めてで不安が強い」

【依頼経過と対応】 専門科の対応を希望されたため、一般科病棟看護師よりリエゾンチーム看護師に依頼があり対応。

表情に乏しく生彩を欠く印象を受けるが、発語には積極的で次々と話をする。話しながらソワソワと身体の位置を変えたり、小刻みに身体を揺すったりと落ち着かず。「私の病気は1年前から。腫瘍も小さくなっていると聴いているのでそんなに心配はない。娘が長期留学で海外に行ってしまうと、寂しくて仕方ない。去年の治療では娘はずっと付き添ってくれた。毎日連絡を取っているが恋しくて。帰ってきてほしいけど、応援している気持もあるし私からは言えない。」「夜眠れない。眠剤もあまり効かないし、とにかく夜眠りたい。食欲もない。ソワソワ落ち着かないし、活気もない。こんな私ではなかった。戸惑っています。本来の自分に戻れるかが心配」と孤独感と困惑を感じさせる訴え。

【リエゾンチームカンファレンスでの評価と対応法の決定】

リエゾンチームカンファレンスで事例を提示し評価を行った。娘との離別による孤独、入院と治療へのストレス、自分の変化への戸惑いがあり、不眠や不安、食思不振が生じていると思われること、またノバミン服用中のため錐体外路症状の可能性があるとの意見も提示された。対応法として、「娘と離れて寂しいのは母としての自然な感情」と伝えることや「加療のストレスも重なり、食欲不振や不眠が現れているのではないかと伝えると共に内服薬物調整を行うことが提案され実施することになった。また本人、一般科看護師に頓服や追加眠剤の使用方法を説明することとした。

【介入後の結果】

本人、家族、一般科看護チーム、リエゾンチームで、日常生活態度や睡眠状態、薬物や気持ちの評価を継続。本人から「もう大丈夫です」と介入の必要が無くなったと告げられたため、3回目でフォロー終了となった。

b) 看護師が対応に困っている事例

【症例】43歳 女性、筋ジストロフィーでADL全介助。

【依頼経過】病棟内で「清拭のやり方が違う、家ではこうしている」「あの看護師はいいけどあなたは駄目」「呼んでもきてくれない」「どうせ私なんか」など患者、家族からの病棟での対応に関しての否定的な訴えが持続。当該病棟の看護師から対応困難なためリエゾンチームの看護師に相談依頼。

【リエゾンチームカンファレンスでの評価と対応法の決定】

リエゾンチームカンファレンスで事例を提示するとともに評価を行った。

患者、家族への対応が困難となった背景として、下記のような理由が考えられるとの意見が出、相談患者のカンファレンスに精神科リエゾンチーム（臨床心理技術者、精神保健福祉士、リエゾンチーム看護師）で参加することになった。

- i) 患者、家族と看護師の間の距離が遠い
- ii) 患者、家族が看護師を信用していない
- iii) 難病のため患者、家族が将来に不安がある
- iv) 入退院を繰り返している
- v) 看護師がどう対応していいか分からず混乱している

【具体的介入】

相談患者のカンファレンスに精神科リエゾンチーム（臨床心理技術者、精神保健福祉士、リエゾンチーム看護師）で参加し、当該病棟看護師の正直な思いを傾聴した。「正直をいうと、ナースコールを取りたくない気持ちです」「できれば担当につきたくない」「訪室しても必要最低限のことをして早く退室します」など患者、家族への陰性感情が表出し看護師がストレスを感じながら業務をおこなっている現状であることが明らかになった。まず、チームとしてカンファレンスの場で日頃抱えていた感情を関係者に話せたことに対し支持評価した。

また具体的対応としては、

- i) 病室から足を遠のけるのではなくあえて病室へ足を運び、「なにかお手伝いできることがありますか？」など声がけを試みる
- ii) 家族も本人の日常介護に加わって頂くように心がける。多少のケア介助協力にも「腰あげてくれて助かりました！」などと感謝の言葉を返すこと、家庭で家族が実際に行っていたケアを聞いて取り入れると共に、「さすが家族の方は違いますよね」と肯定的な言葉を返すなど各職種立場から具体的に実施可能な提案を行った。

【介入に対しての評価】

カンファレンス後、当該科看護師から、「日頃から思っていたことを話せただけでもすっきりした」「まったく考えもしない視点での介入を知ることができた」などの意見を頂き、以後の患者対応にも力を入れ過ぎず関わられるようになったとの評価を頂いた。その後の患者、家族との関係は明らかに改善した。

4) 薬剤師

リエゾンチームの専従に定められている薬剤師がどのような活動を行うことができるのか、どのような役割を果たすべきなのかはまだ定まっておらず、各施設で薬剤師が独自の活動を行なっている段階である。

今回の試案では、薬剤師が精神科リエゾンチームの活動により深く関わり、施設全体のメンタルヘルス向上に貢献できることを狙いとして、チームの一員として担うべき業務の指針を提案する。

精神科リエゾンチームにおいて、薬剤師は以下のような業務が展開できると考えられる。

- ①向精神薬の服薬指導
- ②処方内容の薬学的管理
- ③患者情報の収集および提供
- ④処方支援
- ⑤薬物治療の効果のモニタリング
- ⑥副作用の発見

これらは通常の業務の一環として、一般病棟での患者ケアを担う病棟薬剤師も行うことができるものであるが、依頼を受けた精神科病棟の専任薬剤師が実施、または病棟薬剤師やその他の職種のサポートを行うことで、より適切で専門性の高い業務とすることができると考えられる。

<薬剤師によるリエゾン活動>

①向精神薬の服薬指導

- ・用法用量、副作用の説明。
- ・服薬アドヒアランス向上のため、服用の意義と必要性について適切な指導を行う。
- ・薬剤について患者からの相談に応じる。
- ・患者家族への服薬説明を行い、治療への理解を得る。
- ・妊娠・授乳といった背景を持つ患者に服薬の安全性とリスクを説明する。

② 処方内容の薬学的管理

- ・薬剤の投与量、投与方法、相互作用、重複投与、配合変化、配合禁忌の確認を行い、投薬の妥当性を再確認する。
- ・重複処方・処方もれの発見等、薬歴管理を行う。

③患者情報の収集および提供

- ・服薬説明、患者面談を通じて得られた薬剤やアレルギー歴、副作用歴、その他の情報を病棟スタッフに提供する。

④処方支援

- ・服薬説明を通じ、患者が飲みやすい剤形や無理なく服薬できる適切な用法を把握し、医師に処方提案する。
- ・高齢者、腎機能低下患者、肝機能低下患者、妊婦、授乳婦といった患者の特性に合わせ、適切な薬剤選択、投与量、剤形の提案を行う。

⑤薬物治療の効果のモニタリング

- ・向精神薬の薬理作用や作用機序から、患者への投与後にどのような作用が現れるかを推定し、治療効果をモニタリングする。
- ・モニタリングした結果を医師や病棟スタッフにフィードバックし適切な薬物治療に貢献する。

⑥副作用の発見

- ・向精神薬に特有の副作用をモニタリングし発見する。または病棟スタッフに注意すべき副作用を伝達し、早期発見を促す。
- ・薬剤の副作用が疑われる症例に対し、副作用軽減のために投与量及び薬剤の変更や、薬剤の新規処方を提案する。

ここに挙げられた業務は、あくまでも既存の病棟業務の枠組みの中で、精神科リエゾンチームの薬剤師が担うことのできる役割を述べているに過ぎない。精神科リエゾンチームに薬剤師が参加することで、医師や看護師がリエゾンで介入しているケースで薬剤関連の問題が生じた際の速やかな対応が可能になり、また精神科薬物治療を熟知した薬剤師が介入することで、向精神薬を服用している一般病棟の患者に対して的確な薬学的ケアを行うことができる。

今後の可能性としては、全ての入院患者の中から精神疾患の治療薬を使用している患者を抽出することは難しいが、病棟毎に薬剤師が常駐し、各病棟患者の服用薬を把握することができれば、その中から薬剤師によるリエゾン活動の対象となる患者を発見することが容易となる。精神科リエゾンチーム内だけでなく、病棟の枠を越えた薬剤師間の連携が不可欠であると思われる。

5) 精神保健福祉士

①リエゾン分野で活動する精神保健福祉士の目的

精神保健福祉士は、心身に疾患・障害を抱えた患者とその家族等に対して、社会福祉の立場から、彼らを取り巻く環境の両面を視野に入れた相談援助を行う。具体的な相談援助の課題は、受療援助、退院援助、経済問題、及び介護問題等多岐にわたる。とくにリエゾンの対象患者は、退院迄に解決の難しい社会的課題を抱えている場合が多く、ソーシャルワークは有効である。

また、チーム内において精神保健福祉士は、リエゾンを実施する機関・施設の特徴をふまえて柔軟に機能することが大切である。例えば、時には院内におけるチームのコーディネーターとしての役割を発揮する。他方、院外の社会資源の整備状況等に鑑みて、リエゾンを必要とする全ての対象者の要請に応えるべく、地域性に応じたソーシャルワークを実施・展開する。リエゾン分野において、精神保健福祉士の役割は今なお未確立であり、今後も追究していくことが必要である。

②リエゾンにおける精神保健福祉士の支援方法・役割

i) 院内での活動

a) 精神科ソーシャルワークの実践

- ・一般病棟で入院する患者の精神保健福祉ニーズ等に対し、患者・家族からの相談やリエゾンチームの治療・支援方針にもとづき直接介入する。
- ・精神科リエゾンチームカンファレンスに参加し、介入が必要と認められた精神保健福祉ニーズの評価を行い、支援方針を決定する。

尚、精神保健福祉士は、カンファレンスに参加することを通じて、患者・家族のニーズを各職種から得られる情報をもとに、精神保健福祉士の役割について十分理解を深めていくことが重要である。

b) 医療ソーシャルワーカー（MSW）との協働

- ・医療保健福祉ニーズを巡り、通入院患者の抱える精神障害がその課題解決に何らかの支障を来す場合には、MSWと協働して対応する。
- ・MSWに対し、精神科ソーシャルワークの知識や技術を適用してもらい、心身両面にバランスよく視点を置いた医療ソーシャルワークを提供できるよう努める。

ii) 院外での活動

a) 地域のニーズ把握と迅速な対応

ーリエゾンチームへの橋渡しー

- ・単科精神科病院に通入院する身体合併症のある精神障害者に対し、その治療ニーズを把握し、適切な治療に結びつくようリエゾンチーム間で意見調整を図る。
- ・精神科のない一般の診療所・病院に通入院する精神障害者のうち、精神科併設の一

般病院でなければ身体科の治療を受けられる状況にない患者に対し、適切な治療に結びつくようリエゾンチーム間で意見調整を図る。

b) 地域支援者へのコンサルト

ー医療機関への支援ー

- ・精神科のない一般診療所・病院に勤める医療チーム・医療職等に対し、リエゾンチームが有する専門的な知識や技術を活用できるよう調整を図り、必要に応じてアウトリーチを行う。

ーその他のサービス機関等への支援ー

- ・保健福祉領域の各機関・施設等に対し、リエゾンチームが有する専門的な知識や技術を活用できるよう調整を図り、必要に応じてアウトリーチを行う。

iii) 地域に向けた啓発・普及・組織化

- ・地域で暮らす精神障害者のうち、通入院が必要となる身体合併症の急性期及び慢性期患者に対し、その発生に対応できるサービスの条件整備やそのネットワーク作りに向け、働きかけを行う。

6) 作業療法士

作業療法は、対象者の主体的な生活の獲得を図るため、生活を維持する諸動作、仕事、遊びなど具体的・現実的な作業活動や他者との関わりを手段として、諸機能の回復・維持および開発を促す治療・指導・援助を行う。

社団法人日本作業療法士協会では、「作業療法とは、身体または精神に障害のある者、またはそれが予測されるものに対してその主体的な活動の獲得をはかるため、諸機能の回復・維持および開発を促す作業活動を用いて行う治療・指導・援助を行うこと」と定義している³⁰⁾。

①作業療法の目的・役割

作業療法とは、鎌倉¹³⁾によれば「人がそれぞれよりよい作業的存在となることができるように助け導く仕事のこと。各人が体と心と脳を使ってその人にふさわしい作業を営むことができるように、助け導く仕事」のことをいう。作業療法の対象は主に4つの領域、すなわち身体障害、精神障害、発達障害、老年期障害の四つだが、原因から病名、症状、対象年齢まで極めて広く、そこで起こるありとあらゆる機能障害だけでなく、精神状態、生活活動、仕事、趣味や生きがい、といった人として生きるためのあらゆる活動を対象としている。

作業を用いて心身の障害の軽減をはかり、生活の自立と適応に必要な技能を習得し、より良い作業体験をするという、対象者の主体的関わりが大きな要素となることが、作業療法の治療構造の重要な特徴であり、作業療法士の役割としては<治療者><指導者><共生者>をその構造に応じて担うことになる。

②作業療法の手段

作業療法で用いる手段は、日常的な作業活動である。その作業活動は、他者との関わりを通して、対象者自身が具体的に体験することで身につくものである。作業療法が用いる作業活動を山根⁴⁴⁾が以下のように分類している。

人が生活を営む上で行う作業活動は、日常生活、仕事、遊び・余暇、社会生活、休養・熟成に分類されている。

日常生活は、毎日の人の生活に必要な「いきる・くらす」という基本的な日常生活に関連するもの。

仕事は、生活を支えるために必要なものを生産する「はたらく・うむ」という仕事に関連するもの。

遊び・余暇は、直接生存に必要ではないが、「あそぶ・つくる・たのしむ」という発達や生活の質としての豊かさに欠かせない余暇に関連するもの。

社会生活は、生活を構成する活動の基盤となる移動やコミュニケーション、社会資源の利用など「つながる・ひろがる」ということに関連するもの。

休養・熟成は日々の暮らし（生活）を統合していくために必要な「やすむ」ということに関連するもの。

人の生活は以上のような作業活動からなりたっており、作業療法はこれらの作業活動を対象者の状態やニーズに沿って利用していくのである。

③作業療法の特徴

作業療法は、対象者にとって意味ある作業活動を利用することにより、そこで体験される実感を利用するという最大の特徴がある。その体験により、心身の機能回復を図るだけでなく、対象者の健康的な側面に着目し、引き出していくことが可能となる。

また、病気や障害による問題を解決していく視点よりは、むしろ対象者の希望に沿った視点で関わることにより、対象者のリカバリーを目指してもいる。

④リエゾンチームにおける作業療法士の役割

リエゾンチームの中で作業療法士に求められることは、上記の作業療法の視点を多職種チームに還元し、対象者への支援の質を高めることにある。それは、疾患や障害に偏りがちな医療者の視点の中に、人間の存在としての意味を付与していく作業でもある。

具体的には、身体疾患の治療に伴う様々なストレス・うつ状態・不安状態・適応障害（うつ状態まではいかないが心身のバランスを失い不適応を呈している状態）・原因の特定ができない慢性疼痛・せん妄（環境変化や身体疾患のために軽度の意識障害・混乱などを呈する状態）また、精神疾患を抱えながら身体疾患の治療を受けている患者さんに対して、急性期・回復期・維持期から終末期に至るまで患者の病状・状態に合わせながら治療・具体的な援助を行うことである。各時期の作業療法の目的⁴⁴⁾を以下に示す。

急性期

- a) 機能障害を軽減し病的状態から離脱する（病気への対処）
- b) 二次的な障害を防止する（慢性・遅延への対処）

回復期

- c) しっかりと疲れをとり心身の基本的な機能の回復を図る
- d) 生活に必要な諸技能を身につける（自立と適応の援助）日常生活・社会生活の安定、社会参加に向けた指導・援助

維持期

- e) 生活環境、社会環境を改善し調整する（環境への対処）
- f) 社会資源が利用できるようにする（自立と適応の援助）

終末期

- g) 痛み、苦しみを和らげる（生命の質）
- h) その人にとって意味ある時間を過ごす（生活の質）

- i) 生きてきた誇りや尊厳をもって過ごす時を共にする（人生の質）

リエゾンチームの一員としての作業療法士の具体的な役割としては

- a) 直接チームの一員として患者に対する場合の役割と
- b) リエゾンチームカンファレンスにおいて期待される役割がある。

- i) 直接チームの一員として患者に対する場合の役割

例えば高齢肺炎患者が点滴治療を開始し、点滴の抜去・ベッドからの転落予防のため体幹・上肢の拘束を余儀なくされ環境変化によるストレスで心身のバランスを失い不適應を呈している場合、作業療法士は

- a) 入院前の病状・生活状況の情報収集
- b) 入院時の病状の把握（リスクも含めて）、身体機能面・精神機能面の評価
- c) 日常生活面の評価

を行い患者さんを総合的に把握し個別的な治療・援助計画を立案する。

具体的には早期からの座位訓練が拘束からの解放となり、食事・整容動作などの作業活動に伴う身体運動が、自分の身体感覚（五感・体性感覚）や基礎体力を取り戻し、生活のリズムを整えることが可能となる。作業療法士は患者の生活背景を考慮しながら共に活動（身体運動活動・生活活動・手工芸等の活動）を行うことで、患者の精神面でのストレス発散や気分転換が得られ、現実感の回復へとつながる。また活動によって獲得された動作及び身体状況の変化（薬物療法による心身の変化など）、患者の思い等の情報を関連チームスタッフと共有することで（口頭報告・電子カルテなどを用いて）より良い治療の一助となる。

- ii) リエゾンチームカンファレンスにおいて期待される役割

- a) ケース担当の一般科作業療法士が在住する場合は、精神疾患を伴う患者の病態特徴を共有しながら共同で個別性のある具体的なアプローチ方法の検討が可能と思われる。
- b) カンファレンスにおいて患者の日常生活に視点におき患者の強みや長所に焦点を当てる観点（ストレングスモデル）からチームメンバーに情報を提供できる。
- c) カンファレンスケースにおいてリエゾンチーム内で検討を行い作業療法が必要と思われるケースに対して作業療法の導入を依頼することができる。

緩和ケア・認知症ケアなどの領域もチーム医療が基本となっておりその中で作業療法士も積極的に関わり広義のリエゾン活動が展開可能と思われる。

⑤精神科と他科の作業療法士同士の連携

総合病院には、精神科と身体的な疾患を対象とするリハビリテーション科が設置されていることが多いと思われる。それぞれ作業療法士が配置されているが限られた人数である場合が多く、連携がとられていることも少ない現状がある。

本来は、この連携が十分に図られることで、それぞれの部署で課題となっていることを解決できることも多いと思われる。

精神科経験のある作業療法士がリエゾンチームで力を発揮できる基礎を作る上でも、同じ病院内での連携を図る体制を早急に整える必要がある。

7) 臨床心理技術者

①精神科リエゾンチームにおける臨床心理技術者の役割

精神科リエゾンチームにおける臨床心理技術者の役割は、患者・家族がより良い精神状態を維持し、効果的な入院治療を受けられることを目標に、心理的問題の評価を含む臨床心理学的なアプローチを行っていくことである。そのため、精神疾患の症状を呈している患者だけでなく、身体疾患に罹患することによって精神的バランスを崩している患者も対象となる。

実際のアプローチを行う際は、チームスタッフの構成、病院の構造、病棟の特徴、院内にある他の診療チームの存在、院内に勤務する臨床心理技術者の数といった様々な事情を勘案し、臨機応変にアプローチを工夫していく。患者自身やその家族、医療スタッフの動きについてもアセスメントを行い、その患者を支援する上で足りない要素があれば、チームで共有し他職種につなげるなどしてその要素を補っていく。また患者とその家族、患者と病棟スタッフ、病棟スタッフ間など、患者を取り巻く様々な関係性などもアセスメントし、チーム全体が円滑に動けるような介入も行う。時には医療スタッフのメンタル面のサポートも行い、スタッフが精神的に安定した状態で業務に取り組めるよう配慮する。

臨床心理技術者は他の職種と比較して、自由な発想で患者に関わることが特徴である。言語的コミュニケーションのみならず、描画法、リラクゼーション法、催眠法といった臨床心理学的な方法論を駆使し、患者に有益な関わりを考え、実施していく。また時には患者側の立場で、時には医療者側の立場でといったように柔軟な姿勢で接していくことが求められる。

またリエゾン活動は、これまでの臨床心理技術者が行ってきたような面接室内での対応だけでは難しく、チーム内スタッフや一般病棟スタッフに対しても積極的に足を使ってコミュニケーションをとっていくことが望ましい。

②実際の動き

i) 導入

臨床心理技術者には精神科医師以外にも患者自身、病棟看護師、身体科の主治医など、様々な職種から依頼が来る。直接的な依頼がない場合も、ご用聞き活動等を行い、院内のニーズを積極的に把握することに努める。

依頼が来た際には、事前に患者のカルテを読む、病棟の看護師や身体科医師などから患者に関する話を聞くなどして情報収集を行う。実際に患者と話をする際、医療者とは異なる存在として疾患に対する知識がないかのように接することが有益になることもあるが、他の医療スタッフとの関わりがあることを考えると、疾患に対する知識を含め事前情報の把握はあった方が良く考える。

一般病棟スタッフのニーズと患者のニーズが異なる場合もあり、依頼の理由と共に患者自身のニーズの有無を確認しておくことも重要である。患者自身の希望ではなく、医療ス

スタッフからの依頼があった場合には、事前に臨床心理技術者が訪室することを一般病棟スタッフから患者に伝えてもらい、その反応をフィードバックしてもらっておくと、初回面接がスムーズに入りやすいことがある。

臨床心理技術者が患者や家族に対して直接関わることもあるが、コンサルテーションとして患者や家族への接し方を医療スタッフに提案することもある。臨床心理技術者がどういった対応をするのが望ましいかは、それまでのアセスメントを参考に、必要に応じてチームでのカンファレンスで相談した上で判断する。

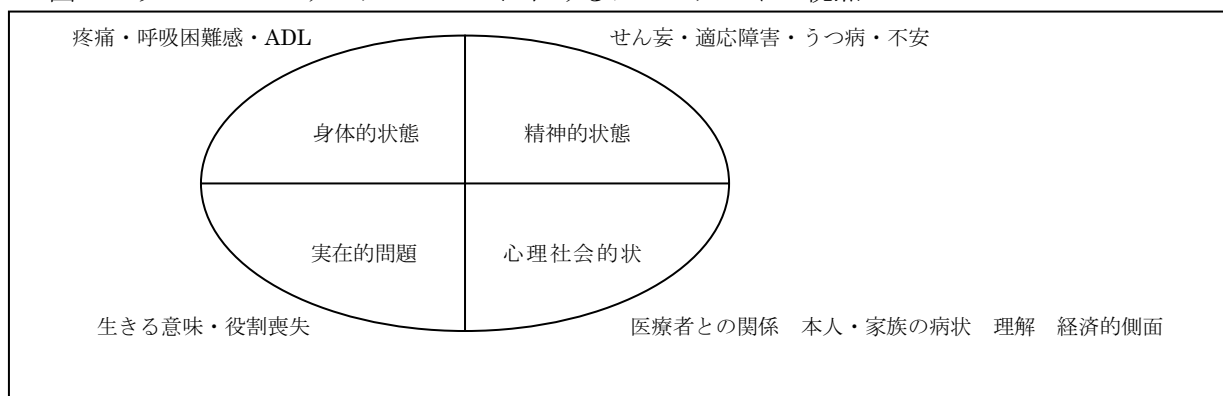
ii) 面接

最初に患者に会う際は、まずは挨拶と共に「自分が誰か」、「なぜ来たのか」について説明する。一般病棟スタッフからの事前の説明についてしっかり言語化できる人であれば、どのように聞いているのかを伺い、それが患者自身のニーズに合っているかどうかを確認する必要がある。

一般的なカウンセリング同様、患者に関するアセスメントは介入を継続していく上で必須であり、事前情報や面接時の様子、必要に応じて心理・知能検査を実施し、患者にどのような支援が必要かについて多面的に捉える。リエゾン活動においては、生物・心理・社会・スピリチュアルな多面的、包括的なアセスメントが求められる（例えば満田²⁷⁾）。患者個人のみならず、リエゾン活動の場合は、患者と医療者との関係性、また医療者が患者をどのように捉えているかについても捉えておくと、その後の関わりに有用であることが多い。場合によっては臨床心理技術者ののみが関わることも考えられるが、その際、抑うつ、せん妄、認知症、自傷行為の可能性など、精神科医の介入が必要な場合は適切に精神科医につなげることもあれば、社会的支援の必要性がある際に精神保健福祉士に依頼することもある²⁴⁾。チーム内スタッフそれぞれの役割も意識しながら介入を行うことが重要である。

また、患者の心理状態は刻一刻と変化していくものであり、その時の状態にあった適切な支援がなされるよう、常に最新のアセスメントを関係者が共有できるよう努力することが求められる。

図1 リエゾンコンサルテーションにおけるアセスメントの視点²⁷⁾



iii) 面接後

面接の記録は何らかの媒体に書き込み、精神科リエゾンチームのメンバーのみならず一般病棟スタッフに共有出来る形で記録しておく。記録で終わることなく、必要に応じては直接一般病棟スタッフに報告するなど、医療スタッフ間における顔が見えるコミュニケーションの維持に努めることである。記録の内容や直接報告を行う場合も、その目的は治療プロセスの促進であり、臨床心理技術者のアセスメントを伝えた結果、そのプロセスが停滞することがないように常に意識しておく必要がある。

特に、患者・家族の悩み・問題が医療スタッフとの関わりで起こっていると考えられる場合や、現場スタッフが対応に困難を抱えている場合などは、医療スタッフへ関わり方についての提案を行うなどして、患者・家族と医療スタッフとの信頼関係を促進したり、意思疎通がうまくいくように調整したりといったことが役割として求められる。

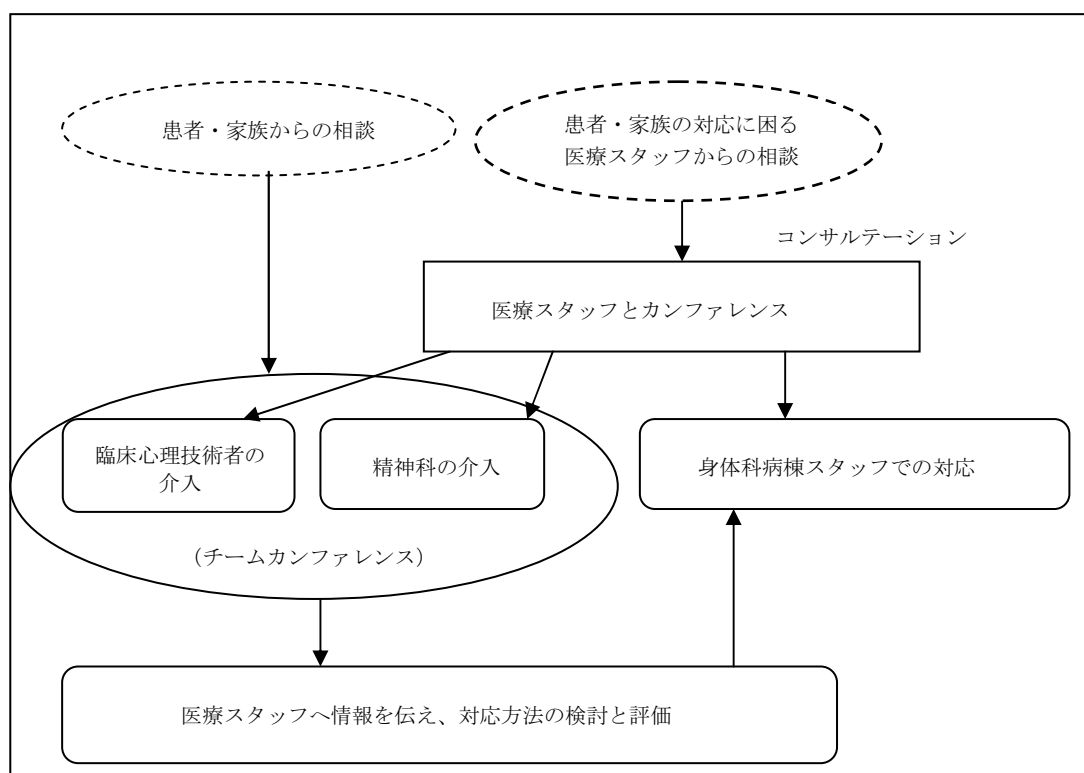
iv) チームカンファレンス

精神科リエゾンチームカンファレンスでは関わっている患者の情報共有を行い、他職種からの助言やアセスメントをもらった上で、今後のプランを決定する。必要に応じて他職種につなげる。また他職種が関わっているケースに対して、必要に応じて臨床心理技術者としてのアセスメントの情報提供を行う。

チーム外でのカンファレンスにおいては、治療経過や治療目標の共有を行うと共に、目標を達成する為に臨床心理技術者としてどのような関わりをしているのか、患者・家族をどのようにアセスメントしているのかについて、患者に対する守秘義務を尊重しつつ、報告を行う。その際は心理職以外の職種に分かりやすいように、平易な言葉で今の患者の状態を説明できる工夫が求められる。それぞれの一般病棟スタッフより関わり方等のアドバイスが求められることがあれば、スタッフと話し合い、病棟の事情などを加味しながら可能な対応を判断していく。

※全体の流れは図2を参照

図2 相談の流れ²⁷⁾



③他職種との関わり

精神科リエゾンチームにおける他職種は、チーム内とチーム外で分けて考えることができる。

チーム内には類似職種も多く、職種の構成やそれぞれの役割は施設ごとに異なっている。医師や看護師など他職種の動きを把握し、必要に応じて臨床心理技術者がチームのコーディネーター役や他職種がカバーできない業務を行うことが求められる³⁵⁾。臨床心理技術者の介入の役割が他職種の役割と重なるのであれば、その職種と話し合い、それぞれの役割を確認することも必要である。

チーム外では、身体疾患を受け持つ主治医をはじめ、看護師、リハビリテーションスタッフ、栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカーなどの一般病棟スタッフとの連携が必要になる。出来る限りスタッフとのコミュニケーションに努め、相互尊敬の中で協力が出来るような関係を築いていくことが望ましい。

またチーム内外の医療スタッフに対するメンタル面での支援もチームにおける臨床心理技術者の役割の一つである。例えば一般病棟において患者からの暴言等で精神的に疲弊したような看護師がいた場合、病棟師長に具体的なフォローについてお願いをし、時には個別にお話を伺う機会を作っていくこともある。そこまでいかなくとも病棟業務の中での愚痴を聞くことも臨床心理技術者の役割の一つと言えるかもしれない。

④スーパーヴィジョン

業務を行う上では何らかのスーパーヴィジョンが受けられることが望ましいが、少なくとも a) チームスタッフ内、b) 臨床心理技術者同士、のそれぞれの場に置いて、自身の業務について振り返りを行い、第三者的に自身の関わり方を捉える機会を作ることは必須である。

2. チーム活動のプロセス

1) チームへの依頼経路

リエゾンチームへの依頼経路は各医療機関によってそれぞれ異なると思われるが、各診療科医師から精神科医師への併診依頼のみならず、医師以外の職種からリエゾンチームへ依頼する経路が確立されていることで、リエゾンチームの活動はより質の良いものになると思われる。また、患者またはその家族からアクセスしやすいような体制の構築についても留意する。

①通常の併診依頼

通常の併診依頼と大きな違いはない。すなわち、精神科入院患者について精神科医師から各診療科へ紹介する経路と同様に、各診療科医師から精神科への紹介が行われる。これらすべてのケースをリエゾンチーム全体の診療対象とするかどうかは各医療機関によって差があると思われるが、多職種での対応が望ましいケースについては、リエゾンチームの診療対象とすることが望ましいだろう。

②それ以外の経路

入院患者の精神症状や心理的問題について、看護師やその他の職種がその問題を正確に把握しているにも関わらず、担当医・主治医がそれを認識していないケースは多い。リエゾンチームへの依頼経路が各診療科医師にしか開かれていない場合、これらのケースは適切にリエゾンチームへアクセスすることが出来ず見過ごされてしまう。したがって、医師以外の職種がリエゾンチームへアクセスすることができる経路を確立しておくことが非常に重要である。

一般には、リエゾンチームの看護師が重要な役割を担っており、各病棟の看護師からの依頼を受けたり、いわゆる御用聞きの形で隠れたニーズを引き出すことが多いと思われる。

③患者・家族からチームへ

患者やその家族がリエゾンチームに治療・ケアの提供を希望した場合にも、迅速に対応できるような体制が構築されていることが望ましい。これらのため、チーム活動について院内で広く周知するように努める。

2) 診察・情報の収集

リエゾンチームへ依頼があった場合、まずは誰が初期対応するか決定する。初期対応するメンバーは、診療録や看護記録などから患者の情報を収集する。この作業は非常に重要であり、以後のチーム活動の質に影響するため、なるべく丁寧に正確に情報を把握することが必要である。

リエゾンチームへ依頼となった経緯はさまざまであり、誰がどのようなことで困って

いるのか、真のニーズがどこにあるのかを、明らかにしておく必要がある。

情報を収集した後に、直接診察やケアを行うかどうかについて決定する。

通常の併診依頼であれば診察する事にとくに問題はないが、ときおり患者に併診依頼の件が伝わっていないケースがあるので、可能であれば診察前に確認する。

併診依頼ではない経路の場合は、直接患者の診察やケアを行うかどうかについては、慎重な検討が必要である。もし直接患者に介入することが不適當な場合でも、リエゾンチームが各診療科医師や各病棟看護師などの支援を行うことは可能である。この場合、リエゾンチームメンバーは各職種の専門的見地から意見を述べたり、関係調整を行うことが多い。

3) リエゾンチームカンファレンス

リエゾンチームは、定期的にかンファレンスを行う。カンファレンスは多職種によって行われるため、より多角的な見地からの検討が可能となる。

カンファレンスでは、依頼された各ケースについての評価を行い、治療・介入の方針や計画につき検討する。この際に精神科リエゾンチーム医療実施計画書（図3）などの標準化された評価・計画を行うことが望ましい。

すでに介入中のケースについては、カンファレンスにて再度評価を行い、必要であれば治療・介入方針を修正する。この際やはり精神科リエゾンチーム治療評価書（図4）などの標準化された評価・計画を行うことが望ましい。

また、チームによる継続介入が不必要と判断される場合は、終結を検討する。

4) リエゾンチーム回診

リエゾンチームメンバーが複数名で定期的に全病棟を回診することである。精神科医、看護師などが中心となることが多い。総合病院での日常診療において、精神科的問題のために対応が困難となり、長期にそのようなケースを抱え込み行き詰る場面は少なくない。西市民病院では、回診当日朝の申し送りをリエゾナーが把握し、チームメンバーで情報を共有してから、週に数回、精神科医師・リエゾナーが中心に全病棟を回診する。主にカルテ診が中心で、精神科的問題で対応困難なケースを中心に病棟看護師から直接相談を受けている。相談内容は記録として残し、同日リエゾンチーム内のカンファレンスで話し合われる。

リエゾンチーム回診の取り組みを調査したが、向精神病薬の作用・副作用に対する疑問、精神症状の評価やコンサルトのタイミング、向精神病薬の具体的な使い方、精神科的問題があるケースの情報共有・対応確認などが多かった。リエゾンチーム回診で役に立つことは、向精神病薬の使い方、(夜間)不穏のケア、かかわりについて(薬剤以外)、精神科的問題があるケースの情報共有と対応確認などであった。回診によって、精神科問題の対処がより早くできるようになり、精神科的問題に対応する際の気持ちにゆとりがもてるようになっている。また、主治医が積極的に動いてくれない

時に助かるとか、カルテにコメント等を書いているので日々の看護の参考になり、責任を持って行動していると感じるといった意見が看護師より出ていた⁴⁾。

5) リエゾンチーム介入のフローチャート

リエゾンチーム活動を図示すると次のようになる(図5)。

患者、家族からの依頼、医師、リンクナースなどからの患者に関することやスタッフ自身に関する依頼、あるいはリエゾン回診時の依頼が、医師、看護師、リエゾンナース、精神保健福祉士、臨床心理技術者、薬剤師などに入る。

リエゾンチーム内で問題点を整理し、①精神症状の評価が困難②精神症状のため検査に支障がある③精神症状のため治療に支障がある④精神症状のため看護に支障がある⑤精神症状のため<リハビリ・栄養指導・服薬指導>に支障がある⑥精神症状のため退院調整が困難である⑦家族の対応が困難であるなど、患者の精神医学的評価を行う。

リエゾンチームカンファレンスでは、薬物療法が必要な精神症状か?どのような介入が必要か?どのような職種の介入が必要か?などをアセスメントし医療実施計画書を作成し、その後、介入とケアを行う。

介入とケアは、関係者への助言・教育、患者・家族・医療スタッフへの直接ケア、必要な職種との連携などである。

その後、関係者でカンファレンスし治療評価書を作成し、介入とケアに対する評価を行う。

リエゾンチームカンファレンスを拡大して病棟カンファレンスと連携する場合もある。

6) 院内の他の医療チームとの連携

総合病院には現在数多くの医療チームが活動している。感染制御チーム (ICT)、栄養サポートチーム (NST)、緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、糖尿病チーム、呼吸ケアチーム、心肺蘇生チーム(CPR)、医療安全チームなどの既存のチームがあり、リエゾンチームはそれらのチームと同様に総合病院の医療チームの中のひとつと位置づけることができる。

リエゾンチームは他の医療チームと業務上の重なりが生じることがあり、他の医療チームとの連携は重要な課題と言える。とくに医療安全チームや緩和ケアチームについては、同じ患者を担当することも多く、良好なコミュニケーションが望まれる。

①医療安全チーム

リエゾンチームの対象患者は、不穏や暴力行為、自傷行為や自殺企図、離院などを来すことがあり、これらは医療安全上の大きな問題である。また、身体拘束などの行動制限は、一歩間違えば大きな医療事故につながるケースもある。

暴力行為や自傷行為・自殺企図、離院などが認められた患者への対処マニュアルを作成し、広く院内に周知しておくなどの作業は、医療安全チームとリエゾンチームが共同で行うことが望ましい。また、身体拘束や暴力への対処などをテーマとした研修を共同で行うなどの試みも有効であろう。

② 緩和ケアチーム

緩和ケアチーム活動対象患者には、高頻度にせん妄が認められ、せん妄への対処は緩和ケアチームの大きな役割のひとつである。また、緩和ケアチームは全人的ケアを理念としているが、そこには精神症状の緩和や、心理社会的ケアも含まれており、リエゾンチームと業務の重なりを生じることが多い。

緩和ケアチームがどの程度まで精神症状や心理・社会的問題を扱うかについては、各医療機関によって大きな隔たりがあると考えられるが、どちらのチームがどの程度の介入を行うか、ケースごとに密に連携をとりあい話し合われることが望ましい。

(別紙様式29の2)

精神科リエゾンチーム医療実施計画書

作成日 平成 24 年 8 月 6 日

(ふりがな)しみん たろう	性別	ID: 00000000
氏名 市民 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	病棟: 6F
生年月日 明・大(昭)・平 5 年 1 月 4 日 (82歳)		
診断(身体疾患)	1) 肝癌	2)
診断(精神疾患)	1) せん妄状態	2)
実施要件	<input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつを有する <input type="checkbox"/> 自殺企図で入院 <input type="checkbox"/> 精神疾患を有する <input type="checkbox"/> その他()	
<現症>		【重症度】
精神症状	不安・焦燥 <input type="checkbox"/> なし	・ 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	抑うつ <input type="checkbox"/> なし	・ 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	せん妄 <input type="checkbox"/> なし	・ 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> なし	・ 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	興奮 <input type="checkbox"/> なし	・ 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	自殺念慮 <input type="checkbox"/> なし	・ 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
睡眠障害	不眠 <input type="checkbox"/> なし	・ 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	傾眠 <input type="checkbox"/> なし	・ 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
問題行動	徘徊 <input type="checkbox"/> なし	・ 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	暴力行為 <input type="checkbox"/> なし	・ 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	安静保持困難 <input type="checkbox"/> なし	・ 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
意識障害	<input type="checkbox"/> なし	・ 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
認知機能障害	<input type="checkbox"/> なし	・ 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
その他(具体的に) ()	<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 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	[30] (0-100)
身体活動状態 全般	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立 <input type="checkbox"/> 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している <input type="checkbox"/> 常に介助が必要、終日臥床している
歩行	<input type="checkbox"/> 問題なし ・ 要介助 <input type="checkbox"/> 不可
排泄	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 ・ ポータブル
食事	<input type="checkbox"/> 問題なし ・ 要介助 <input type="checkbox"/> 不可
入浴	<input type="checkbox"/> 問題なし ・ 要介助 <input type="checkbox"/> 不可

<総合評価と今後の方針>		
重症度	具体的な状況	チームでの対応方法
<input type="checkbox"/> 軽症	精神症状を伴っている	・ チーム回診でのフォロー
<input type="checkbox"/> 中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	・ チーム回診でのフォロー + 適宜診療 ・ 精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
・ 重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	・ チーム回診でのフォロー + 頻回の診療 ・ 精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
<input type="checkbox"/> 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

治療目標	・ せん妄又は抑うつ改善				
	<input type="checkbox"/> 自殺念慮の消失				
	<input type="checkbox"/> 精神疾患の治療継続、軽快				
	<input type="checkbox"/> その他()				
治療計画 (I)	・ 薬物療法	・ 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 抗うつ薬 ・ 睡眠薬 () ・ ソーシャルワーク	<input type="checkbox"/> 気分安定薬 <input type="checkbox"/> 認知症治療薬	
	<input type="checkbox"/> 心理療法		<input type="checkbox"/> 服薬指導		
	<input type="checkbox"/> 心理教育		<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 作業療法				
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		評価と改善に向けた治療	ベッドサイドにて傾聴、薬物療法の施行
		抑うつ		評価と改善に向けた治療	精神療法、カウンセリング、環境調整を行う
		せん妄		評価と改善に向けた治療	薬物療法を施行する
		幻覚・妄想		評価	薬物療法を施行する
		興奮		誘発因子の評価	誘発因子の除去と薬物療法
		自殺念慮			
	睡眠障害	()	睡眠の確保	過鎮静にならないよう注意しながら薬物調整を行う	
	問題行動	()	評価と改善に向けた治療	薬物療法、精神療法、環境調整を行う	
	意識障害		症状の評価と経過観察	せん妄の治療に準ずる	
	認知機能障害		症状の評価と周辺症状の予防	環境調整、家族への説明、同室者への対応	
	その他 (具体的に)	()			
主治医	市民 二郎		精神科医	竹村 幸洋	
看護師	新田 和子		精神保健福祉士	岩藤 かをり	
作業療法師			薬剤師		
臨床心理技術者	岩藤 かをり		()		
次回の再評価予定日			平成 24 年 8 月 13 日		
本人・家族への説明日			平成 24 年 8 月 6 日		

(別紙様式29)

(図4)

精神科リエゾンチーム治療評価書

作成日 平成 24 年 8 月 13 日

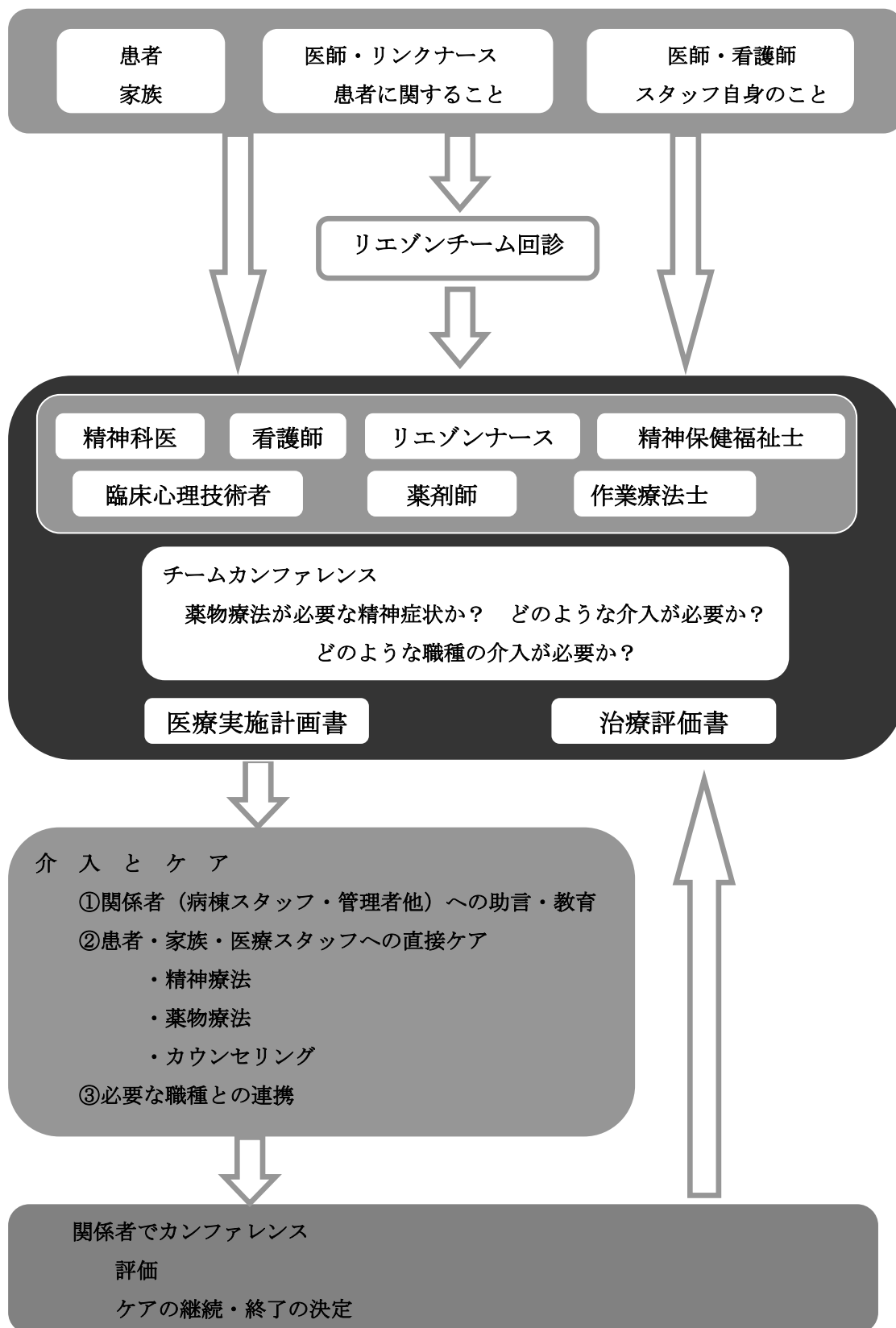
(ふりがな)しみん たろう		性別	ID: ○○○○○○
氏名	市民 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	病棟: 6F
生年月日	明・大(昭)平 5 年 1 月 4 日(82歳)		
診断(身体疾患)	1) 肝癌	2)	
診断(精神疾患)	1) せん妄状態	2)	
実施要件	<input type="checkbox"/> せん妄又は抑うつを有する <input type="checkbox"/> 自殺企図で入院 <input type="checkbox"/> 精神疾患を有する <input type="checkbox"/> その他()		
＜現症＞		【重症度】	
精神症状	不安・焦燥	<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	せん妄	<input type="checkbox"/> なし	□軽症 ・ 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> なし	□軽症 ・ 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	興奮	<input type="checkbox"/> なし	□軽症 ・ 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	自殺念慮	・ なし	<input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
睡眠障害	不眠	<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	傾眠	<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
問題行動	徘徊	・ なし	<input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	暴力行為	・ なし	<input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
	安静保持困難	<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
意識障害		<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
認知機能障害		<input type="checkbox"/> なし	□軽症 ・ 中等症 <input type="checkbox"/> 重症
その他(具体的に)	()	<input type="checkbox"/> なし	□軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 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	[40] (0-100)
身体活動状態	<input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立 <input type="checkbox"/> 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している <input type="checkbox"/> 常に介助が必要、終日臥床している <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 問題なし ・ 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 問題なし ・ 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 問題なし ・ 要介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 問題なし ・ 要介助 <input type="checkbox"/> 不可

＜総合評価と今後の方針＞		
重症度	具体的な状況	チームでの対応方法
<input type="checkbox"/> 軽症	精神症状を伴っている	・ チーム回診でのフォロー
・ 中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	・ チーム回診でのフォロー + 適宜診療 ・ 精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
<input type="checkbox"/> 重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	・ チーム回診でのフォロー + 頻回の診療 ・ 精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
<input type="checkbox"/> 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

			今後の治療計画
治療評価 (Ⅰ)	薬物療法	・ 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	薬物調整を行う
	心理療法	<input type="checkbox"/> 実施 ・ 未実施	
	ソーシャルワーク	・ 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	退院へ向けた支援を行う
	心理教育	<input type="checkbox"/> 実施 ・ 未実施	
	服薬指導	<input type="checkbox"/> 実施 ・ 未実施	
	作業療法	<input type="checkbox"/> 実施 ・ 未実施	
	その他	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 実施 ・ 未実施	
治療評価 (Ⅱ)	精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 ・ 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	薬物調整を行う
	睡眠障害	<input type="checkbox"/> なし ・ 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	引き続き睡眠状態の評価、改善を図る
	問題行動	<input type="checkbox"/> なし ・ 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	危険行動の改善を図る
	意識障害	<input type="checkbox"/> なし ・ 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	意識障害の程度を継続的に評価する
	認知機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 ・ 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	経過観察と周辺症状の予防
	その他(具体的に) ()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	
治療評価 (Ⅲ)	精神機能の全体的評価 (GAF)尺度	<input type="checkbox"/> なし ・ 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	
	身体活動状態	<input type="checkbox"/> なし ・ 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪	
主治医	市民 二郎	精神科医	竹村 幸洋
看護師	新田 和子	精神保健福祉士	岩薨 かをり
作業療法士		薬剤師	
臨床心理技術者	岩薨 かをり	()	
次回の再評価予定日		平成 24 年 8 月 20 日	
本人・家族への説明日		平成 24 年 8 月 13 日	



リエゾンチーム活動の流れ（図5）

7) チーム活動の具体例

A) 無床総合病院精神科（神戸市立医療センター西市民病院）の場合

① はじめに

神戸市立医療センター西市民病院（以下当院と呼ぶ）では、阪神淡路大震災後の医療スタッフの苦闘から自然発生的にチーム活動が始まり、各部門の垣根の低さが特徴の一つである。平成17年度、医療安全が病院の大きな目標となりチーム医療活動を統括するチーム医療推進部が設置された。病院がチーム医療活動を統括し、活動費など支援している。NSTチーム、緩和ケアチーム、褥瘡チーム、糖尿病チーム、感染症チームがあり、そのなかの一つとしてリエゾンチームが誕生した。院内では、リエゾンチームという呼称のほか、患者や家族対象にこころとからだのケアサポートチーム、こころの保健室という呼称でも活動している。当院は、無床精神科であるが、特色である身体合併症病床を地域連携の柱としている。

リエゾンチームとは、精神的医療と身体的医療との積極的連携を図り、患者を身体的・精神的・社会的な視点から統合的に捉え、患者の個別性を大切にした医療活動の展開をめざすチームである。

当院のリエゾンチームの目的は、チーム医療の中で患者の精神症状の改善や治療環境の精神医学的評価・検討を行うこと（患者・家族対象）、治療に関わるスタッフの心身の健康をサポートし、勤務意欲の向上、燃え尽きの防止を目指すこと（医療スタッフ対象）の2つである。その結果、在院日数の短縮、医療費の削減、医療事故の防止、患者サービスの向上につながると考えている。

活動のスタイルは、「困っているときにすぐ対応を！」「スタッフが対応できる調整を！」をモットーとしている。精神科診察に直接繋がらない相談でもスタッフが困っていれば関わることのできる範囲で相談を受けるようにしている。精神科治療を拒否される方もいるのでその配慮がチーム医療の中で必要なこともある^{1),4)}。

当院での活動内容は、患者さんがこころ穏やかに入院生活をおくられるように、リエゾン回診、リエゾンチームカンファレンスなどを行っている。患者さんと家族が自分自身のこころの状態に目を向けることが出来るようにパンフレットを作成している。

職員向けには、せん妄などによる転倒・転落の防止、自殺防止や自殺事故後のメンタルサポート、暴言・暴力などによるワークプレイス・トラウマを受けた職員への対応マニュアルを作成している。また、マニュアルをコンパクトにまとめた4つのポケットガイドを運用している。

院外に対しては、地域連携として、オープンカンファレンス 身体合併症病床の運用 認知症診断地域連携パスなどの活動を行っている。

② 患者および家族への活動の実際

i) リエゾンチーム回診、チームカンファレンス

平成 20 年 10 月より活動を開始し、週に 1 回、精神科医師・リエゾンナースで全病棟を回診している。主にカルテ診である。精神科的問題で対応困難なケースを中心に病棟看護師から直接相談を受け、その場でアドバイスをする。病棟看護師からは、「向精神薬の使用法」「不穏に対するケア」がその場で質問でき、情報を共有できると好評である。相談内容は回診録として残し、同日夕方、チームカンファレンスで話し合われる。薬物療法が必要な精神症状か？どのような介入が必要か？どのような職種の介入が必要か？をカンファレンスし、その後、チームで介入とケアを行っている。具体的には、関係者への助言・教育、患者・家族・医療スタッフへの直接ケア、必要な職種との連携などである^{11),12)}。その後関係者でカンファレンスをし、介入とケアに対する評価を行っている⁴⁾。23 年度の実績は、47 回、延患者数 500 人だった。

ii) リエゾンチーム勉強会

第 1 火曜日、18:00~19:30 に行っている。毎回テーマを決めてメンバーが交代で講義し、お互いに知識を共有し協働ケアを展開するためのものである。また、講演会を開催し、スタッフ自身のメンタルヘルスを向上させることもしている。具体的なテーマ内容は、「向精神薬について」「せん妄と幻覚妄想」「鎮静と行動制限（身体拘束を中心に）」「抑うつ・不安（自殺予防も含めて）」「認知症患者の暴力（周辺症状を中心に）」「スタッフのメンタルヘルス」などであった⁴⁾。23 年度の実績は、6 回、延 71 人だった。

iii) ポケットガイド

「せん妄の診断と治療」である（図 6）。マニュアルやガイドラインは詳細かつ膨大であり目を通す機会が少ないため白衣の胸ポケットに入るサイズでコンパクトにまとめた。チーム活動費から作成しており、表面はラミネート加工しており丈夫にできている。九州大学精神科のマニュアルを一部改変して作成した。医師、看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、事務職員に配布した。当院では、せん妄の初期治療をして困ったらリエゾンチームに依頼がある。

「うつ病の早期発見のために」である（図 7）。うつ病の発症危険因子の理解とともにうつ病の臨床像に気付いてもらい、初期対応を主治医、看護師がした後、症状が改善しない場合にはリエゾンナースへの相談や精神科診察依頼がある。

「気持ちのつらさと向き合うときに」である（図 8）。医療安全管理委員会と共同で、患者の希死念慮、自殺のサインに注意喚起するために作成した。「こんな患者さんがいたら要注意ですよ」「死にたいと患者さんに言われたら」「危機介入」について、簡単で具体的な対応を示している。これを見て対応できるので患者には対応の均質化を図り、スタッフにはある程度の安心感を与えている。また、自殺事故は医療事故であり、目撃あるいは対応したスタッフの心理に大きな影響を及ぼすので、事故発生当初からリエゾンチームがサポートしている。

「アルツハイマー型認知症の早期発見のために」である（図9）。高齢者の入院が増え、地域の傾向として独り暮らしが多く、入院してはじめて認知症症状に気づかれる場合が目立つため作成した。スクリーニング検査、治療薬、周辺症状への対応法の基本を簡単にまとめている。入院中の患者にも対応できる内容にしている。

このような試みで4年が経過したが、精神科以外の医療スタッフが連携して早期から治療的な初期介入ができていると考えられる。これらのポケットガイドは、リエゾンチームの成果物として評価されるようになり、学会発表などで見ていただいた他の精神科医療機関に依頼されることがあり、リエゾン活動の参考になればと考えて配布している。現在、5つ目のポケットガイド「アルコール関連の問題に早く対処できるために」をリエゾンチームで作成中である。

iv) 病棟への出張カンファレンス

リエゾンチーム活動が徐々に院内で認知されるようになったことで病棟カンファレンスに参加してほしいという依頼が増えてきた。23年度から、「病棟カンファレンス出席依頼書（図10）」を運用し、記録に残している。病棟からの依頼に応じて、毎回精神科医1名、リエゾナーズが出席できるように調整している。リエゾナーズだけではなく医師も積極的に参加して患者の精神医学的評価をし、その対応策を一緒に考えている。医療スタッフのスキル向上と協働ケアを目的としており、23年度の実績は9回だった⁴⁾。

③医療スタッフへの活動の実際

i) 心身リラックスや疲労回復技能ワークショップ、ii) 「こころ通信」の発行、iii) メンタルケアアセスメントとケアマニュアルの作成、「医療安全活動におけるメンタルヘルスケアの指針」と「ワークプレイス・トラウマへの対処法」「自殺事故のメンタルサポートについて」など、多岐にわたっている。

i) 心身リラックスや疲労回復技能ワークショップ

近年脚光を浴び医療に関するマスコミなどでも取り上げられているタッチケアのひとつであるタクティールケア体験会の実際を紹介する。スウェーデン生まれのタッチケアで、a) 攻撃性の減少、b) リラクゼーション、c) 鎮静効果があるといわれている。33名が集まり、「認知症の初期の患者ほど、何をしてあげられるのかと思っていたが、「安心感を与える」具体的な方法を学べて今後、病棟・家族に活かせられると思った」「技術面でどこまで出来るかわからないが、やってみる」「認知症患者に接する時の気持ちが変わると思う」など、好意的な反応であった。その他、癒しのDVD鑑賞会とアロマセラピー体験、音楽療法体験会などをおこなっている。

ii) 「こころ通信」の発行（図11）

院内各部署の職員向けに発刊している新聞で、チームメンバーが中心となって原稿を作成している。各部署で好感を得た反響があり、忙しい業務の中で、スタッフ自身がホッとこころ温まるような内容にこころがけている²⁵⁾。

iii)メンタルケアアセスメントとケアマニュアルの作成

「自殺事故のメンタルサポートについて」を紹介する(図12)。自殺事故は医療事故であり、目撃あるいは対応したスタッフの心理に大きな影響を及ぼすため、発生当初から、リエゾンチームがサポートしている。

自殺事故が発生するとリエゾナーズに連絡が入り、状況を把握する。リエゾンチームを招集し、どのような順番で関わるかを検討する。リエゾナーズラウンドやチーム回診時に、スタッフを見守り、サポートを継続していく。それぞれの立場の対応と連携をしっかりしていくことになっている。

日頃、お互いが気遣い、支えあいながら仕事ができる雰囲気が何より大切であり、メンタルサポートは全員が担っていることで、身近なこととして考えてもらうことを願っている。

④地域連携(院外リエゾン)の実際(地域に向けた活動で詳述)

i)オープンカンファレンス¹⁰⁾

認知症を考えるケース検討会を年3回実施、地域の医療従事者対象を対象にしている。回数を重ねるうちに各職種とフェイス・トゥ・フェイスの繋がりができている。連携してケースと関わるができることもある。23年度の実績は、延92名だった。

ii)身体合併症病床の運用

これは、神戸市独自のシステムで平成12年から運用されている^{9),21),22),44),26),33),37)}。身体合併症治療病床を活用し、神戸市内の12か所の精神科病院と連携し、精神科病院入院中の急性期身体疾患患者の治療を行っている。23年度は、20例の依頼があり16例が入院し、平均在院日数23.1日(全体13.2日)であった。

iii)認知症診断連携パス

平成20年より、チームメンバーが中心となって地域の認知症医療連携勉強会を開始し、地域包括支援センター職員、認知症サポート医らとケース検討会を行ってきた^{10),41)}。その中で、長田区医師会と当院とが連携し、認知症診断連携パスシートを作成した。24年6月から運用を開始している。紹介、逆紹介、介護への連携をこのシートでやり取りしている(図13)。かかりつけ医が介護へ繋ぎやすいようなシートとシステムと実践している。

⑤まとめ

リエゾンチーム活動の現状と取組みについて、患者・家族、医療スタッフ、地域連携の3つに分けて報告した。当院では、リエゾンチーム回診とカンファレンスで、早期の治療的介入とケアを計画し、必要な職種との連携するシステムを構築している²³⁾。その実践過程で、対応マニュアルやガイドラインのポケットガイドを作成したことにより、精神科以外の医療スタッフが連携して早期から治療的な初期介入ができるようになった。その結果、スタッフ自身の「こころのケア」に対する感受性やケアの向上が図られ、メンタルサポートは連携して全員が担っている。地域の医療スタッフに知識や情報を提供し、精神的ケアの普及と啓蒙を図ることで連携が少しずつ広がっている。開院当初から連携している身体合併症医療システムは、地域の精神科病院で生じた身体合併症治療にある程度の機能分担を果たしていると考えられる。

今後は、リエゾンチーム活動が総合病院精神科勤務のインセンティブになるようなものにしていくべきであると考えている^{24),28)}。今年度、精神科リエゾンチーム加算が算定できるようになったが、算定できる病院はまだ少ない。総合病院精神科で地域の精神障害者を円滑に受け入れていく様々なシステムを構築していくべきである²¹⁾。各病院でのリエゾンチーム活動を均質化できるようなガイドラインになることを願っている。

せん妄の治療

- ・誘発因子の改善:
 - 1) 家族、医療関係者からの話し掛け、昼夜の区別を付けるなどの刺激を与える。
 - 2) 誘発因子の除去。
- ・薬物療法(下記の薬剤量は症状によって適宜増減):
 - 1) 内服できない場合:
 - ① セレネース(5mg) 1/2A~2A+生食(100ml) 1B div
眠前に30分程度で
 - ② ロヒプノール(2mg) 1/2A~1A+生食(100ml) 1B div
30分~1時間程度で、入眠したらストップ
やむをえない場合に、必要最小限にとどめる。
呼吸抑制に注意。
 - 2) 内服可能で興奮を伴う場合:
 - ① リスパダール 0.5~2mg/夕食後or眠前 (液剤でも可)
 - ② セロクエル 25~100mg/夕食後or眠前 ←糖尿病患者は禁忌!!
 *興奮がおさまらず不眠だけが残る場合はマイスリー5mgなどを併用
 - 3) 内服可能で興奮を伴わない場合:
 - ① レスリン 25~100mg/夕食後or眠前
 - ② テトラミド 10~30mg/夕食後or眠前
 ⇒上記で症状改善がみられない場合はコンサルト。
- 注意点:
 - 循環器(心伝導系、不整脈)、呼吸器系の評価と管理に注意。
 - 薬性症候群(CKの測定)、錐体外路症状に注意。
 - *アキネトンの事前投与および静注は、せん妄悪化のおそれがあるため注意。
- BZ系の睡眠薬や抗不安薬は、せん妄の増悪や脱抑制をきたすことがあるので、少量から開始(例:マイスリー5mgなど)するなど、最小限度の使用にとどめる。
- やむをえない場合には、抗精神病薬との併用を心がける。
- 転倒、点滴チューブ抜去に注意。場合によっては抑制帯使用も検討。

参考文献 「せん妄の治療指針」 日本総合病院神経学会治療指針1(昭和薬店)
「せん妄の診断・予防・治療」 監修:産科医科大学精神医学教室教授 中村 純
「せん妄の診断・治療」 監修:九州大学大学院医学研究科 精神神経医学分科
今日の治療指針2005年版(医学書院)

せん妄の診断・治療

せん妄の診断・治療に関するご相談は

西市民病院
リエゾンチーム

2009.3

せん妄とは？(せん妄の概念)

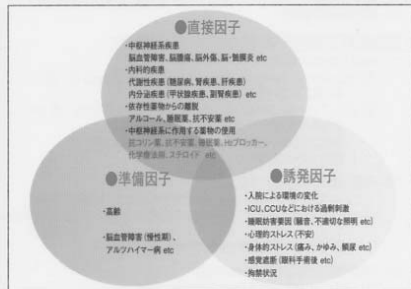
- 1) 一過性に出現し、可逆性の軽度の意識障害あるいは意識変容。急激な発症(数時間から数日間)
- 2) 精神機能の障害(多彩な精神症状)を伴う:
見当識障害、注意集中困難、認知機能の低下、計算力、記憶力障害、精神運動興奮、錯乱、幻覚妄想(視覚性のもの)、不眠(昼夜覚醒リズムの障害)、活動性低下。
- 3) 症状は浮動性(一日の中でいい時と悪いときがある):
症状の可逆性、変動が見られる。不可逆性の症状を示す認知症とは異なる。
- 4) 周囲からの刺激の少ない夕方から夜間にかけて、出現する
場合が多い。=>夜間せん妄
- 5) 発症率:一般の入院患者:10~15%
ハイリスク患者(高齢者、術後、熱傷、電解質異常等):40~67%
- 6) 他のせん妄のタイプ:アルコール離脱せん妄、術後せん妄、ICU、CCUせん妄。
- 7) 軽い意識障害、変容を見逃さないようにする。意識を深さだけでなく広がり2次元でとらえる。

せん妄の臨床像

●過活動型(hyperactive type) 興奮、幻覚、幻触、妄想、不眠 etc	興奮、過活動が主体。夜間徘徊。 転倒、点滴抜去等あり、時に抑制が必要。
●活動低下型(hypoactive type) 無表情、無気力、傾眠 etc	低活動ではあるが、意識障害、 内的不穏は持続している。 うつ病や不眠症と誤診しやすい。
●混合型 過活動型と活動低下型の特徴 が混在	上記二つの特徴が混在するため、 せん妄→興奮と考えている治療 者は混乱しやすい。

せん妄の発症危険因子

- 1) 臨床的に多要因で起こり、原因特定が困難。
- 2) Lipowskiのせん妄発症因子の分類(下図)。
- 3) 危険因子として、高齢者(最も重要)、男性、術後、脳血管障害、認知機能障害、身体的基礎疾患、薬物治療(中枢神経系)、等の存在がある。



「臨床医のためのせん妄の診断・予防・治療」より

せん妄の診断

- ・直接因子の鑑別:
 - 1) 精神医学的問診:見当識、記憶力、計算能力、空間認知、抽象思考能力、その他のチェック。
 - 2) 飲酒歴、服薬内容、基礎疾患の状態の検討。
 - 3) 脳の画像検査、脳波検査の施行。血液生化学検査。
- ・症状についてのチェック:
 - 症状の動揺性、浮動性、急激な発症および変動性のチェック、24時間の行動でチェック。
- ・危険因子についての評価:
 - 高齢者については要注意。
- ・鑑別診断:
 - 1) 認知症: 可逆性の有無で判断。
 - 2) うつ病: 低活動性せん妄の時に注意。
 - 3) 不眠症: 昼夜の覚醒リズム障害を不眠のみととらえがち。
 - 4) 薬剤依存性の精神医学的問題(ステロイド、化学療法剤、インターフェロン等)。
 - 5) 拘禁反応(ICU、CCU、無菌室)などの心因性の反応。

ポケットガイド「せん妄の診断と治療」(図6)

うつの初期対応

- 1) 精神科コンサルトのタイミング
自殺企図歴のある場合
自殺、アルコール症、精神疾患の家族歴
入院生活に変化がある場合
(眠れていない、食事が減る、リハビリへ行きたがらない
口数が減る、だらしなくなる、ベッド周りが散らかる等)
- 2) コンサルト前に主治医にしてほしいこと
①患者にコンサルトする理由を説明する
身体不調に焦点を当てるとスムーズにいきやすい
例えば…「眠れない状態が続いていて心配なので専
門にみる先生に紹介します。一度診察を受けてみま
しょう」
②精神科コンサルト後も主治医としてこれまで通り治
療を継続するということをしっかり伝える(見捨て
られ感の軽減のために)。
- 3) 薬物療法を開始する場合の注意点
以下のような副作用が出た場合はすぐ精神科コンサルト
嘔気、下痢、イライラ感、易怒性、眠気
SSRI (パキシル、デプロメール、ジェイソロフト)
SNRI (トレドミン) NaSSA (リフレックス)
錐体外路症状
ドグマチール (特に腎機能が低下している高齢者に要注意)
- 4) 自殺念慮への対応
患者さんからサインがあったら、すぐにリエゾンチー
ムに相談。

「自殺予防プライマリ・ケア医のための手引き」監訳横浜市立大学
医学部精神医学教室 河西千秋、平安良雄
「一般診療科医・精神科医医療連携のために」2007分担研究班
一般診療科・精神科連携指針検討委員会

うつの早期発見のために

うつに関するご相談は

西市民病院
リエゾンチーム

この冊子は入院患者さんのうつを早期発見・早期治療
するために作成されました。

2010.3

うつの臨床像

●精神症状

- 1) 気分・感情の障害
憂うつ気分、喜びを感じない、興味・関心がわかない
不安感、焦燥感、絶望感
- 2) 思考の障害
考えがまとまらない、集中できない、忘れっぽい
決断できない、自分を責める、自信をもてない
病気かもしれない、悪いことをしたかもしれない
お金がないなどと過剰に心配
- 3) 意欲・行動の異常
気力、意欲の低下
活気がなくなり、反応に乏しい
希死念慮、自殺企図

●身体症状

- 睡眠障害 (中途覚醒、早朝覚醒)
食欲・性欲低下
体重減少
その他 (疲労・倦怠感、頭痛・頭重感、身体の痛み・
しびれ・かゆみ、視力低下、眼精疲労、耳鳴
めまい、味覚異常、口腔違和感、のどのつま
り、残尿感、月経困難など)

「若手医師のためのポケットマニュアル精神科編うつ病診療」より

うつの発症危険因子

- 1) うつ病の既往
- 2) 精神科通院中
脳梗塞、アルツハイマー病、パーキンソン病を含む
- 3) 精神科以外で睡眠薬・抗不安薬を処方されている
- 4) 身体疾患
生活習慣病、がん、HIV感染、臓器移植後
- 5) ステロイド、インターフェロン使用中



- #1 Rouchell A.M.et al.;The American psychiatric publishing
textbook of consultation-liaison psychiatry second edition,
American Psychiatric Publishing Inc. 2002
#2 中津高明, 他.Prog Med 2006;26(2): 175-8
#3 S.J.Scheifen, et al.: Arch Intern Med 149: 1785-1789, 1989

ポケットガイド「うつの早期発見のために」(図7)

危機介入

自殺企図、自殺未遂があった場合の対応

- 1) 傾聴
時間をかけて真剣に患者の思いを聴く。
- 2) 環境整備
自殺手段は高所からの飛び降り、縊死が多数を占める。企図手段への容易なアクセスを断つために、環境整備を行い、危険物品等を可能な限り取り除く。
- 3) 報告・連絡・相談
主治医、関係部署の責任者に連絡し、チーム連携活動を起動する。患者の言動だけでなく、チームで話し合った内容は記録に残す。
- 4) チーム内の情報共有の徹底と連携
 - ① 精神科へのコンサルト、リエゾンチーム・医療安全管理室との連携。
 - ② 自殺念慮の評価
具体的計画性、出現時期・持続性、自殺念慮の強さ、客観的確認、他害の可能性
 - ③ 自殺企図患者ケアの目標
身体的および精神医学的評価および治療
自殺の再企図防止

参考文献)「医療安全管理マニュアル」西市民病院
「PEACE Project M-7a 精神症状」
日本サイコソコロジー学会

気持ちのつらさと向き合うときに

西市民病院
リエゾンチーム
医療安全管理委員会

入院患者さんのつらい気持ちと向き合うときにご活用ください。

2011.3

こんな方がいたら要注意！

- 予定外の長期入院になっている
- 治療がうまくいっていない
- 痛みなどの苦痛が続いている

(自殺の危険因子の詳細は医療安全管理マニュアルを参照)

ケアが必要な気持ちのつらさがないか確かめる

- ① 「一日中気持ちが落ち込んでいませんか？」
 - ② 「今まで好きだったことが楽しめなくなっていますか？」
- いずれかに「はい」と答えた場合、ケアが必要な気持ちのつらさである可能性が高い

つらさの程度が強い場合、希死念慮(「死にたい」という気持ち)を患者、家族に確認する

家族にきく:「死んでしまいたい、早く命を終わらせてほしいと本人がおっしゃることはありませんか？」

本人にきく:「すべてを終わりにしたいとか、つらくて生きていてもかたがたいと感じることはありませんか？」
「入院が長くなってくると、もういなくなりたいとか死んでしまいたいと思う人が多いんですが、そういうことはありませんか？」

「死にたい」と言われたら

- 1) まずは聞き役に徹する
「死にたいと思うくらいつらいことがあるんですね」
- 2) 具体的に本人の苦痛を把握する
「死んでしまいたいと言われましたが、きっと何かつらいことがあるんでしょうね。よかったら、そのことについてもう少し話してもらえますか？」
「きっと何か気がかりなことや、心配なことがあるんでしょうね。今一番心配なことを話してもらえますか？」
「つらく感じていることについて、お聞きしてもいいですか？」
注意:「なぜ」「どうして」は使用しない。批判されていると感じるため。きくときは「理由は・・・」「わけは・・・」ときく。ごまかし、動かし、なれなれしい対応は禁物。
- 3) 精神科医に相談することを勧める
身体不調に焦点を当てるとスムーズにいきやすい
例えば…「眠れない状態が続いていて心配なので専門にみる先生に紹介します。一度診察を受けてみましょう」
- 4) 病棟管理者、リエゾンチーム、医療安全管理室と情報共有
- 5) 本人にとってのキーパーソン(多くは家族)に来院してもらって電話等で本人に希死念慮があることを告げ、原則的に来院を求め。

ポケットガイド「気持ちのつらさと向き合うときに」(図8)

周辺症状への対応の基本

- * 症状は、中核症状（記憶障害、見当識障害など）と周辺症状（BPSD）に分けられる。
- * 周辺症状は中核症状を基盤に、不安やストレスが蓄積されて誘発される。

妄想「財布を盗まれた」「監視されている」

- 訴えをよく聞き、否定したり説得したりしない
- 物盗られ妄想の場合は、まずは一緒にさがしてみる
- 日ごろから、ものをしまう場所などを観察しておく
- なるべく本人自身が探し出せるよう誘導する
- 混乱が強い場合には、代替品を用意しておき渡す
- 監視されているという妄想の場合、カーテンなどで仕切る

徘徊「家に帰る」「会社に行く」

- 動き回ったり、外へ出たがるのを直接止めようとしな
- 「一服ませんか」などと声をかけ、お茶での休憩を誘ってみる
- 会社に行くと言いつく時は「今日はお休みです」などと言い安心させる
- どうしても出て行く場合には、病棟内を一緒に歩く
- 帰ってきてても責めず、ねぎらいの言葉をかける

攻撃的言動

- 暴言・暴力にあった時、興奮して力で押さえつけようとしな
- 身の危険を感じた時には、その場を離れ間をおく
- 原因や誘因を考えてみて、人や環境を変えてみる
- 体調が悪いためであるときは、改善を急ぐ
- まわりにある刃物などの危険物は遠ざけておく

参考文献) 「これでわかる認知症診療—かかりつけ医と研修医のために—」
浦上克哉 (南江堂)
Hopman-Rock M et al. Int J Geriatr J Psychiatry
2001; 16: 406
「臨床認知症学入門」博野信次著 (金芳堂)

アルツハイマー型認知症 の早期発見のために

認知症に関するご相談は

西市民病院
リエゾンチーム

この冊子は入院患者さんの認知症の早期発見や
対応の助けとなるように作成されました。

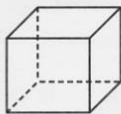
2012.3

簡易スクリーニング検査

せん妄や意識障害がないときに実施してください。

これから言う3つの言葉を言ってみて ください。あとでまた聞きますから よく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか1つで、採用した 系列に○印をつけておく) 1: a) 桜 b) 猫 c) 電車 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車	a	0 1
	b	0 1
	c	0 1
今日は何年の何月何日ですか。 何曜日ですか。	年	0 1
	月	0 1
	日	0 1
	曜日	0 1
先ほど覚えてもらった言葉を もう一度言ってみてください。 (自発的に回答があれば各2点、 もし回答がない場合は以下のヒントを 与えて正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	a	0 1 2
	b	0 1 2
	c	0 1 2

立方体の模写 : 立方体を正しく描ける…2点
正確ではないが、一部描ける…1点
全く描けない…0点



* 15点満点で12点以下の場合、
アルツハイマー型認知症が疑われる。

OLD (Observation List for early signs of Dementia)

1. いつも日にちを忘れている。
2. 少し前のことをしばしば忘れる。
3. 最近聞いた話を繰り返すことができない。
4. 同じことを言うことがしばしばある。
5. いつも同じ話を繰り返す。
6. 特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある。
7. 話の脈絡をすぐに失う。
8. 質問を理解していないことが答えからわかる。
9. 会話を理解することがかなり困難。
10. 時間の観念がない。
11. 話のつじつまを合わせようとする。
12. 家族に依存する様子がある
(本人に質問すると家族の方を向くなど)。

* 4項目あればアルツハイマー型認知症を疑う。

認知症治療薬

- <適 応> アルツハイマー型認知症
<効 能> 認知症症状の進行抑制 (完全ではない)
<主な副作用>
- ドネペジル (アリセプト)、ガランタミン (レミニール)
・・・悪心、嘔吐、下痢、徐脈、興奮など
 - リバスチグミン (リバスタッチ)
・・・悪心、嘔吐、下痢、興奮、接触性皮膚炎など
 - メマンチン (メモリー)
・・・めまい、便秘、体重減少、頭痛など

- <注 意>
- * ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンは作用機序が同じため併用できない
 - * リバスチグミンは貼布剤
 - * ガランタミン、リバスチグミンは軽度、中等度に限る
 - * メマンチンは中等度、高度に限る

ポケットガイド「アルツハイマー型認知症の早期発見のために」(図9)

病棟カンファレンス出席依頼書

相談者 _____

病棟カンファレンスに精神科医とリエゾンナース
が出席することを希望される場合は、必要事項を

記入の上、リエゾンナースに提出してください。カンファレンスの3日前までにお願いし
ます。

依頼があった場合も出席できないことがあると思いますが、ご了承ください。

担当診療科 _____

入院病名 _____

精神科の担当医がいる場合は担当医名 _____ Dr

カンファレンスの日時： _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分～

場所： _____

《リエゾンチーム記入欄》

出席者： ()

患者の精神医学的評価

① 診断または状態像 () ICD-10 コード
()

② 問題点

- () 精神症状の評価が困難
- () 精神症状のため検査に支障がある
- () 精神症状のため治療に支障がある
- () 精神症状のため看護に支障がある
- () 精神症状のため<リハビリ・栄養指導・服薬指導>に支障がある
- () 精神症状のため退院調整が困難である
- () 家族の対応が困難である

③ ②で選択した内容についての説明

()

③ ②についてカンファレンスで挙げられた対応策

()

こころ通信

第11号

～疲れによって選ぶ旅先がちがう その1～

GWも終わりました。高速料金の値下げと共にあちこちに長い列が…。
淡路道はこんな感じで、2時間で到着できる所になんと5～6時間かかったらしく、休みになったかどうか…

みなさんは、どんな休日を過ごされましたか？ さて今回は「旅先選びに悩むあなた」へお送りします。



あなたの疲れはどっち派???

旅先に悩むあなた、まずは自分の疲れ具合をチェックしてみてください。それによって旅先は2つに分かれるのです。

(1) まずは精神的に疲れているあなた

ストレスを抱え込んで、ストレスや眼精疲労からくる肩こりや体調不良を感じている人、睡眠不足でも忙しさを優先するだけの体力はあるあなた。あなたは、まずは**イライラや精神の高ぶりを鎮め、心の平静を取り戻す旅**へでかけましょう。

(2) 肉体的に限界にきているあなた

朝起きれない、夜眠れない、何をしてもやる気がでない、階段を上るのがツライ。スポーツジムに行こうにも体力が続かない。あなたの、体力は限界。あなたには、**元気をもらえる旅、体の中から浄化されて元気になれる旅**がおすすめです。



日本最南端の風景だよ～

編集者のつぶやき

こんな風景を旅先に選ぶ人は、どっちの疲れが強い人なんだろう…
ストレス満載で癒しを求める人かな？ 思いっきり飛び込むのも気持ちよさそう！パラソル広げて眺めるだけでもいい感じ！ついでお昼ねなんかして…色々想像がふくらむのでした

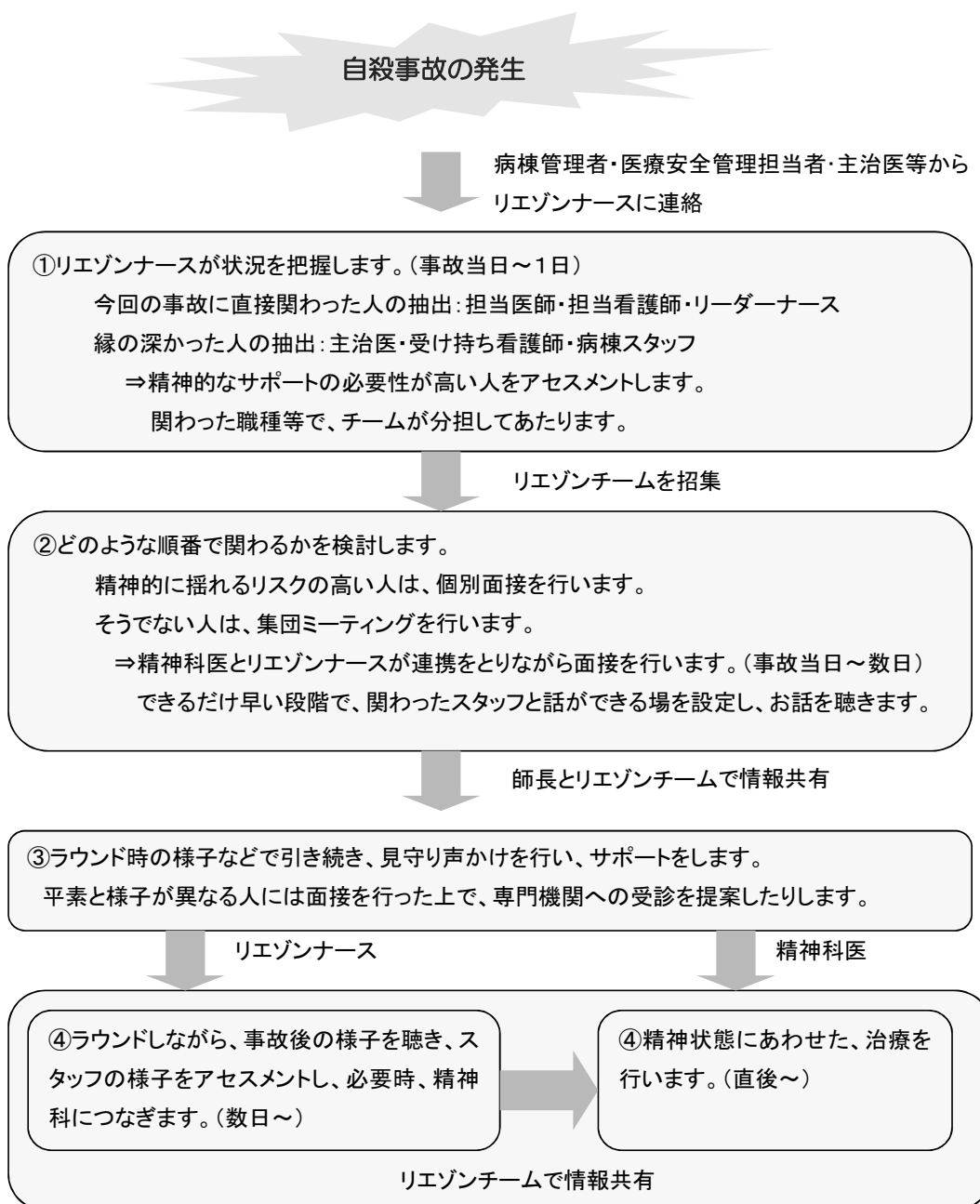
次号は海と山の効果についてお届けします。乞うご期待！！

こころ通信ではみなさんからのネタを大募集
「ちょっといい話」「知ってるけどソンにもトクにも
ならない話」etc…
詳しくは編集室まで



(図11)

自殺事故発生からのスタッフに対するメンタルヘルス活動の流れ



ケアマニュアル「自殺事故のメンタルサポートについて」(図12)

認知症診断連携パスの記入説明

(神戸市立医療センター西市民病院版)

【診療報酬算定項目】

初 回:診療情報提供料(I)250点 + 認知症専門医療機関紹介加算 100点

神戸市立医療センター西市民病院 精神神経科 認知症診断連携パス		平成 年 月 日		初回・2回目以降		
【診療情報提供料(I)・認知症専門医療機関紹介加算 対応】						
フリガナ		生年月日	TS	年 月 日()歳		
患者氏名	(男・女)	生活状況	同居者の有無など			
住所		電話番号				
家族の 連絡先	氏名	患者との 関係				
	住所	電話番号				
① 専門 診 断 等 の 依 頼 （かかりつけ医→西市民病院 精神神経科）	紹介元 医療機関	名称	住所			
	医師名	TEL・FAX				
	紹介動機	<input type="checkbox"/> 主治医判断 <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> 家族希望 <input type="checkbox"/> 地域包括等の依頼 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他()				
	現在の病状	<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 幻覚(幻視・幻聴) <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異常行動 <input type="checkbox"/> 歩行障害 <input type="checkbox"/> アルコール乱用・依存 <input type="checkbox"/> その他()				
	検査等・心理テスト ※任意	<input type="checkbox"/> 別添の検査結果一覧表参照 <input type="checkbox"/> 頭部CT(所見別紙参照) <input type="checkbox"/> 頭部MRI(所見別紙参照) <input type="checkbox"/> 改訂版長谷川式簡易認知症評価スケール(HDS-R) 点 ※20点以下とは限定しません <input type="checkbox"/> ミニ・メンタルステート試験(MMSE) 点 ※23点以下とは限定しません				
	依頼内容	<input type="checkbox"/> 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 進行度評価・経過評価 <input type="checkbox"/> その他検査 []				
	連絡事項	<input type="checkbox"/> 受診への本人の抵抗(あり・なし) <input type="checkbox"/> 認知症薬投与歴(ドネペジル・ガランタミン・リバスチグミン・メマンチン・抑肝散) <input type="checkbox"/> 日常生活等に関する聞き取りシートを添付しています(地域包括支援センター等作成資料)				
	② 検査・診断の結果 (西市民病院 かかりつけ医)	診察医	西市民病院精神神経科 ()	受診日	平成 年 月 日	
		お問い合わせは地域医療連携課(0676-5251)までお願いします	鑑別・一般	ID:		
		診断名	本人への告知 有・無			
		有の場合 本人の反応				
	記憶・認知機能検査 (心理テスト)	<input type="checkbox"/> 長谷川式簡易認知症評価スケール(HDS-R) 点(≦20/30) <input type="checkbox"/> ミニ・メンタルステート試験(MMSE) 点(≦23/30) <input type="checkbox"/> アルツハイマー病評価スケール(ADAS) 点(≧10/70) <input type="checkbox"/> その他()				
	画像診断その他検査	<input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 脳血管シンチ <input type="checkbox"/> その他検査 ※所見別紙参照				
	治療計画・連絡事項	<input type="checkbox"/> 今回は、特に異常は認められませんが、認知症症状が進行するようでしたら改めてご紹介ください。 <input type="checkbox"/> 脳神経外科的治療が必要であるため、他院[]をご紹介しました。 <input type="checkbox"/> 上記の診断名となりましたので、貴院にて継続診療をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 投薬をお願いいたします。(薬剤名/投与量:) <input type="checkbox"/> 当院に[]ヶ月後くらいに定期チェックのための紹介をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 介護認定申請を行ってください。 <input type="checkbox"/> その他()				
	③ 介護・福祉等に関する相談 (かかりつけ医→地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者)					
	※②で認知症疾患と診断された場合は、介護認定の有無、認定区分によってその後の対応を本人・家族にご案内ください。あんしんすこやかセンター職員・ケアマネジャーが介護方法や介護サービスの種類・利用方法・費用負担について相談に応じます。介護サービスの利用を開始される場合は、本人・家族の意向を踏まえ、その手続き、連絡調整を行います。その際は、かかりつけ医に生活上の留意点等問い合わせが入りますが、ご了承ください。					
	<input type="checkbox"/> 介護認定なし	地域包括支援センター(あんしんすこやかセンター)にご相談下さい。				
	<input type="checkbox"/> 介護認定あり	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	地域包括支援センター(あんしんすこやかセンター)にご相談下さい。			
		要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)にご相談下さい。			
＜神戸市立医療センター西市民病院診療連携室 FAX: (078)579-1943＞ 平成24年6月作成						

該当項目にチェックしてください。
血液検査等を実施されている場合は、検査結果等を別途添付していただけますでしょうか。

初回の鑑別診断では、HDS-R、MMSE を実施し、必要に応じて画像診断を行います。
患者・家族へは同様の内容で別途文書をお渡しいたします。

診断が認知症疾患となった場合でまだ介護保険サービス等を受けていない場合は、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者に該当項目にチェックしてからご紹介下さい。

認知症診断連携パス (図 1 3)

B有床総合病院精神科（亀田総合病院）の場合

①チームへの依頼経路

亀田総合病院（以下当院と呼ぶ）では、リエゾンチームへの依頼経路は、多職種に開かれている。通常の併診依頼が最も多いが、リエゾンチームの認知度が上がるに伴い、病棟看護師からのチーム依頼も徐々に増加してきている。これには、リエゾンチーム看護師の果たす役割が大きいと思われ、病棟看護師は概して直接医師に依頼するよりも、リエゾンチーム看護師に依頼することが多いようである。当院では、以前よりナースコンサルテーションというシステムが存在していた。これは、各病棟のナースが、必要に応じ、他病棟のナースへコンサルテーションを行えるシステムである。例えば、精神科病棟入院中の患者が妊娠しており、産科的問題が生じた場合、専門的な看護・ケアにつき、精神科病棟看護師から産婦人科病棟看護師や助産師にコンサルトすることができる。このように、各病棟看護師から精神科病棟看護師に精神看護やケアにつき直接相談できる経路が以前から存在していたため、リエゾンチームへの依頼のしやすさにつながっていると推測される。

リエゾンチームには、精神科病棟看護師（師長・主任含む）も参加しており、特に「精神科病棟への転科転床が必要となる可能性のあるケース」についての看護的判断に果たす役割は大きい。リエゾンチームが発足する以前は、転科の是非について、精神科と各診療科でトラブルになることが少なくなかったが、チーム発足後は、そのようなトラブルは激減している。リエゾンチーム看護師が、各病棟で継続的に身体治療を行えるよう、各病棟看護師に専門的見地から支援することにより、不必要な精神科への転科転床は少なくなっている。なお、精神科病棟へ転科転床することのメリットがデメリットを上回ると判断される場合は、躊躇することなく転科転床を推奨することは言うまでもない。

また、リエゾンチームの臨床心理技術者は、以前より、各診療科から直接心理療法や検査の依頼を受けており、各診療科との独自のつながりがある。このため、各診療科から直接リエゾンチーム臨床心理技術者へ依頼がくるケースも、稀ではない。これらの依頼患者のうち、必要なケースについては、リエゾンチーム活動の診療対象となる。最近では、リエゾンチーム臨床心理技術者が特定の病棟のカンファレンスに定期的に参加しており、そこで病棟看護師からの依頼を受けるケースもある。

リエゾンチームの精神保健福祉士（以下PSWと呼ぶ）は、総合相談室所属であり、他の医療ソーシャルワーカー（以下MSWと呼ぶ）と同じ所属で勤務している。このため、各病棟において精神症状や心理社会的問題が認められる患者についての相談を、MSWから受けることが多い。これらのケースの中で、必要と判断されたものについては、リエゾンチーム活動の対象となる。

平成25年1月から、リエゾンチームに薬剤師がメンバーとして参加するようになった。当院では、各病棟を専任または兼任の薬剤師が担当しており、身体科病棟担当薬剤師は、入院した患者が向精神薬を服用している場合、その存在を把握し、必要な場合にはリエゾンチーム薬剤師へ相談することが可能である。この経路から、リエゾンチーム活動の診療

対象となる患者を早期発見できる可能性があり、今後の期待されている。

以上のような経路に加え、当院では院内メールを用いたメール相談を受け付けており、チームのメールアドレスを公開し周知している。

②診察・情報の収集

依頼を初めに受けた者が初期担当者となる。当院は電子カルテを採用しており、まずは診療録と看護記録などを参照し、情報の収集にあたる。可能な限りは依頼元に直接会って話す、あるいは電話をするなどして、依頼元のニーズを引き出すことに努める。

併診依頼であれば精神科医が原則として各病棟に往診に出向き、直接患者を診察する。言うまでもないことだが、病棟看護師からの情報収集は非常に重要であり、これらを総合してアセスメントを行う。

併診依頼でない場合、初期対応を行うメンバーを決定し、同担当者は、直接患者本人や家族に会うかどうか慎重に検討する。

直接患者に介入しない場合、依頼元へのアドバイス、関係の調整などを可能な限り行うことを検討する。

③リエゾンチームカンファレンス

カンファレンスでは、各メンバーが、自ら主担当者となっているケースにつき報告する。新規のケースであれば、評価、治療・介入方針を全体で検討する。直接患者に介入しないケースにおいても、チームとしてどのような支援が可能かを検討する。以前より継続のケースについて、再評価と必要であれば治療・介入方針の修正を検討する。

必要に応じ、依頼元の各診療科医師や病棟看護師にカンファレンスに参加するよう依頼する。経験的には、依頼元が参加した際のカンファレンスは非常に有意義となる事が多く、積極的に参加を依頼するように努めている。

④リエゾンチーム回診

当院ではチームによる回診は行っていない。これは、勤務の都合上、チームメンバーが揃って回診する時間を設けることが出来ないという事情による。しかし、必要に応じ、複数の職種のメンバーが、時間をあわせて診察に出向いたり、各病棟スタッフの話を聞きに行くようにしている。

複数の職種のメンバーが出向くことで、一人では得られなかった情報を把握することが出来たケースは少なくない。とくに病棟看護師は、チームの医師よりもチームの看護師に対して的確に情報を伝えることが多いように思われる。

① 院内の他の治療チームとの連携

当院では、医療安全チームとの連携として、暴力行為が発生した場合の対処マニュアル

やフローチャート作成、離院が発生した場合の対処マニュアルやフローチャート作成などを行っている。また、リエゾンチームとして、自傷行為への対応についてのシンポジウムを開催し、シンポジストとして医療安全チームのメンバーを指定するなどの活動なども行ってきた。

当院の緩和ケアチームは、非がん患者についても診療対象とし、心理社会的問題についても対応することを明確に告示している。このため、慢性疾患などにおける精神症状や心理社会的問題については、リエゾンチームではなく緩和ケアチームへ依頼されることも多い。とくに、いわゆるハードリエゾンではなくソフトリエゾンの領域にあるケースは緩和ケアチームに依頼されやすいようである。

これには、「精神科」という言葉や、精神疾患に対して心理的抵抗を感じる患者や家族が多いことが背景にあり、各診療科医師からの依頼しやすさ、という面も影響しているかもしれない。

当院では、緩和ケアチームのメンバーとして、リエゾンチーム所属の精神科医と臨床心理技術者が参加しているため、緩和ケアチームとの連携は比較的スムーズである。また、同精神科医が、緩和ケアチームにおいて、精神症状や心理的問題に関する勉強会を週に1回開催していることもあり、緩和ケアチームのメンバーは、精神症状や心理社会的問題に対処する技術を年々向上させている。

3. スタッフに向けた活動

1) コンサルテーション

コンサルテーションの目的は、リエゾンチーム医療の中で患者の精神症状の改善や治療環境の精神医学的評価・検討を行い、患者さんがこころ穏やかに入院生活をおくり、身体疾患の治療が効果的に受けることができるようにすることである。

急性期の身体疾患の治療は急を要し、治療も日々動いている。一般病棟で身体疾患を担当する主治医からの依頼は、困っている時にすぐ対応して欲しい、または、困っている時にすぐに相談をしたいというものであろう。さらには、相談ができなくてもスタッフで対応ができるようになれば、一般病棟での患者の入院生活もスムーズにおこなえるようになる。リエゾンチーム活動のスタイルとしては、「困っているときにすぐ対応を！」「スタッフが対応できる調整を！」が必要になると考えられる。また、患者のなかには、精神科診察に抵抗をもっている患者も少なからずあることを考えると、精神科診察に直接繋がらない相談でもスタッフが困っていれば関わることでできる範囲で相談を受けるようにすることも重要である。リエゾンチームスタッフは、患者の置かれている現実を理解し、患者・家族・医療者相互の関係性を多角的・力動的に捉える能力を持つことが重要である。チームスタッフ間で情報を開放的に共有し、治療と援助を専門的かつ重層的にできるリエゾンチームでなければならない。さらに、チームスタッフが同等の権限をもって協力し合うことが重要で、病棟スタッフが必要なときには、いつでもリエゾンチームを呼んで、協力を要請できるシステムを構築することである。

実際の活動としては、①実践を通じた支援。②研修会の実施等による教育活動などがある。①の実践を通じた支援は、病棟への回診や、病棟のカンファレンスに参加することが挙げられる。病棟を回診することで、精神科的問題で対応困難なケースを中心に病棟看護師から直接相談を受け、その場でアドバイスができる。直接にアドバイスができることで、一般病棟スタッフは、向精神薬の使用法や不穏に対するケアがその場で質問でき、情報を共有できる⁴⁾。病棟のカンファレンスへの参加をすることによって、患者の精神医学的評価を行え、その対応策を一緒に考えることができる。これによって、医療スタッフのスキル向上と協働ケアへ繋がると考える。②の研修会の実施等による教育活動は、お互いに知識を共有し協働ケアを展開するために、例えば「向精神薬について」「せん妄と幻覚妄想への対処」「鎮静と行動制限（身体拘束を中心に）」「抑うつ・不安（自殺予防も含めて）」などについてチームで研修会を企画し、一般病棟スタッフに積極的に声をかけて参加を促していくことが挙げられる。また、一般病棟でよくみられる精神疾患についてなど、すぐ

に目が通せるようにポケットガイド等としてまとめて配布するなどということも考えられる²⁵⁾。

2) メンタルケア

医療現場で勤務する職員の燃え尽きや離職率の高さは周知のことであり、治療に関わるスタッフの心身の健康をサポートし、勤務意欲の向上、燃え尽きの防止を目指すことはリエゾンチーム活動においても重要なことと考える。医療現場では避けることができない、自殺事故のメンタルサポートや、医療者への暴力問題等も含めた、医療安全の分野での活動は不可欠である。他には、心身リラックスや疲労回復技能ワークショップ、院内広報誌「こころ通信」の発行、メンタルケアアセスメントとケアマニュアルの作成、など、多岐にわたっている。緊張やストレスが多い現場のスタッフに対してのメンタルケアも何よりも大切である²⁵⁾。リエゾンチームスタッフの構成、病院の構造、院内にある他の委員会などの存在に応じて、臨機応変に活動していくことが求められる。

日頃、お互いが気遣い、支えあいながら仕事ができる雰囲気が何より大切であり、メンタルサポートは全員が担っていることを共有することで、身近なこととして考えてもらうことを願っている。

3) 啓発活動

啓発活動としては、2種類の啓発活動が考えられる。①スタッフへの啓発活動。②患者や家族に対しての啓発活動。である。①のスタッフへの啓発活動はコンサルテーションの活動を通じてや、院内の関係者が集まる様々な会議や委員会に参加し、独自に研修会を行うなどして説明を行う。②の患者や家族に対しての啓発活動は入院時のオリエンテーション時や入院時の書類の中に入院するとよくおこる精神疾患について説明したり、パンフレットを配布するなど患者や家族の協力で予防することができたり、治療に対しての意欲付けを行うことができると考える。

4. 具体的局面での介入

1) 元々精神疾患を持っていて身体疾患を呈した場合

①はじめに

新たな「障害者総合支援法案」においては、全ての障害者が、可能な限り身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を、より充実させることが目標とされている。したがって、精神障害者や精神疾患を有する患者が身体疾患に罹患した際には、精神疾患を有しない患者と同じく、一般病棟において適切な身体治療を受けることが出来る体制をより充実させる必要がある。すなわち、精神科リエゾンチームには、精神疾患を有する患者が適切な身体治療を受けることができるよう支援する使命がある。

②入院前の連携

身体疾患の種類によっては、待機的手術や計画的薬物療法などの治療が行われるが、これらについては、緊急入院ではなく待機的入院治療となることが多い。この場合、精神疾患を有する患者が待機的に入院となることは入院前に予見されるわけであるから、当該診療科から精神科リエゾンチームに対して、あらかじめ情報の提供がなされることが望ましい。このために、精神科リエゾンチームは、各診療科担当者に対して、精神疾患を有する患者が入院となることが予想される場合に、あらかじめリエゾンチームへ適切に情報が提供されるような体制を構築しておくが良い。各診療科担当者とリエゾンチームで情報を共有し、必要であれば現在精神疾患の治療を行っている医療機関に情報の提供を求め、一般病棟で適切な身体治療が行われるような支援について計画する。

各診療科医師や一般病棟の看護師の中には、精神疾患を有する患者への対応に不安を感じる者が多いが、リエゾンチームができる限りの支援を提供することを保証することで、この不安はかなり軽減される。

精神疾患が重度で、精神科病棟で身体治療を行うことのメリットが、一般病棟で身体治療を行うことのメリットを上回ると判断される場合は、精神科病棟での身体治療について検討する。しかし、精神科病棟での身体治療には、看護・ケアの不安がある場合も多く、できる限り慎重に判断するべきである。

③入院後の支援

精神疾患を有する患者が緊急に入院した場合、当該診療科や病棟からすみやかにリエゾンチームへ連絡するように、あらかじめその旨院内へ周知しておく。このためには、チームの連絡先を明確にしておき、確実に連絡を受けられる体制を構築しておかねばならない。連絡を受けた担当者は、出来るかぎり速やかに情報の収集にあたる。

また、前項に記した待機的入院に関しても、入院となれば出来るかぎり速やかに対応を開始できるようにしておく。

④退院後の連携

精神疾患を有する患者が、無事に身体治療を受け退院となる際には、必要な場合には、引き続き外来で適切な身体治療を受けられるよう、支援を行う。

このために、紹介元のかかりつけ医療機関と情報を共有し、各診療科に対しても、当該診療科に対しての支援を継続することを明確にする。

⑤具体例

単科精神科病院に長期入院している残遺型統合失調症の患者が、腹痛を訴え、当院内科を受診した。腹痛は一時的なものですぐに軽快したが、その際に行ったCT検査で卵巣に腫瘍があることを指摘され、当院産婦人科へ紹介された。

当院産婦人科医師は、診察の上、開腹手術を行う必要があると判断し、ただちにリエゾンチーム担当者に連絡した。手術中の病理検査結果が悪性である場合、術後に化学療法を追加する予定であるという。

連絡を受けたリエゾンチーム担当者は、すみやかに各チームメンバーに連絡を取り情報を共有した。リエゾンチーム精神科医は同日に当該患者を診察。紹介状を確認したが不明な点もあり、患者の同意を得た上で、紹介元の単科精神科病院へ連絡をとった。同院の主治医に情報提供を求め、精神科病棟ではなく、産婦人科病棟での療養が可能であろうという意見を得た。精神科医はその旨産婦人科医師へ伝え、それを受けて産婦人科医は手術の日程を立て、入院予約を行った。

入院前のリエゾンチームカンファレンスで、再び各メンバーで情報を共有。入院後、ただちにリエゾンチームによる支援を行うことを決定した。リエゾンチーム看護師は、あらかじめ産婦人科病棟の看護師と連絡を取り、困ったことがあればいつでも相談に乗ると保証した。また、リエゾンチーム精神保健福祉士は、紹介元の単科精神科病院の精神保健福祉士と連絡を取り、家族背景や経済的状況、その他社会的問題についての情報を収集した。

入院当日、リエゾンチーム精神科医とリエゾンチーム看護師が産婦人科病棟へ往診。患者は手術に対しての心配について話したが、大きな動揺はなく落ち着いていた。リエゾンチーム精神科医は、以前より処方されている薬物の継続を指示した。

手術当日、開腹手術が無事に行われ、産婦人科病棟へ帰室した。リエゾンチーム精神科医は産婦人科主治医と連絡を取り、術後経口摂取不可能な時期は、点滴で向精神薬を投与する必要があると伝え、協議の上処方を行った。

手術翌日の夜から、患者は落ち着きをなくし、安静指示を守れず起きあがろうとしたり、点滴の針を抜いてしまうなどの行動が見られた。産婦人科病棟看護師は統合失調症の症状が再燃したと考え、リエゾンチーム看護師へ連絡し、ケアについてのアドバイスを求めた。不安なので精神科へ転科し、精神科病棟へ転床してもらえないかと言う。

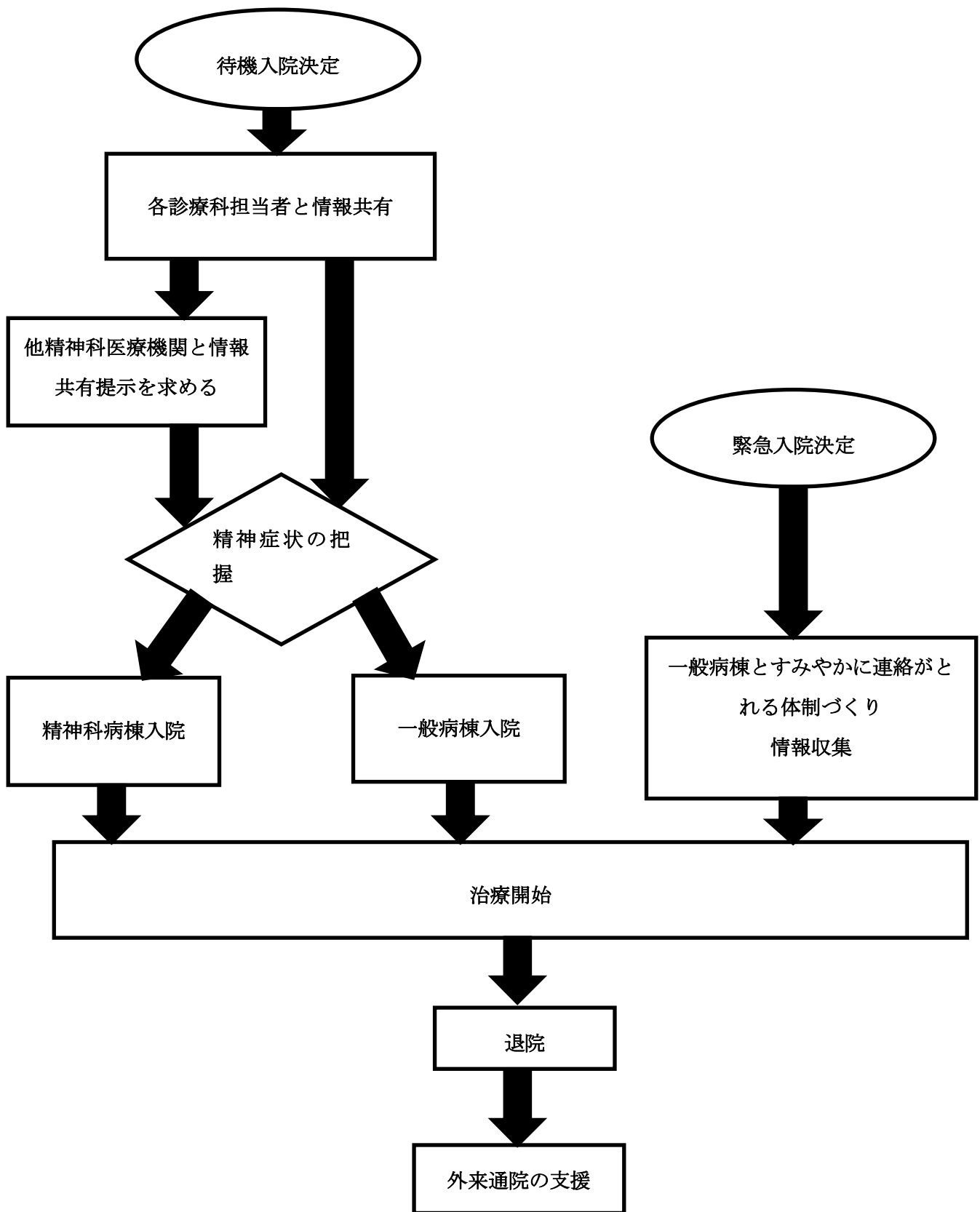
リエゾンチーム看護師が対応したが、見当識障害、注意障害、幻視などが認められ、統合失調症の症状ではなく、術後せん妄であると判断した。リエゾンチーム看護師は、アセス

メントを産婦人科病棟看護師へ伝え、リエゾンチーム精神科医へ連絡。往診したリエゾンチーム精神科医により、せん妄に対しての治療が行われた。産婦人科病棟看護師は、せん妄であれば、今まで多数のケースを担当してきたので、ある程度の対処が可能であるが、必要であれば再度相談したいと述べた。リエゾンチーム看護師は、いつでも相談に乗ることを再度保証し、産婦人科病棟看護師は安心した。

術後せん妄は2～3日で消退し、患者は穏やかに療養生活を送ることが出来た。しかし、術中の病理検査の結果、腫瘍が悪性であることが判明した。産婦人科主治医は、病状を伝える際に、リエゾンチーム看護師に同席してほしいと依頼。リエゾンチーム看護師同席の下、産婦人科主治医から患者へ、病名は卵巣がんであると告げられ、化学療法を行うことを提案された。患者は一時的に強い不安を示したが、この頃にはリエゾンチーム看護師や精神科医と良好な関係が構築されており、面接を繰り返すことで落ち着きを取り戻していた。

化学療法は3週ごとに行われる予定であり、当初は産婦人科病棟に入院して治療を行うが、可能であれば、それ以降は外来化学療法となるとの事であった。リエゾンチーム精神保健福祉士は、患者とその家族と面談し、治療費や経済的なことやその他について相談すると共に、紹介元の単科精神科病院へ連絡をとり、今後の治療について説明した。

リエゾンチーム精神科医は、産婦人科主治医へ連絡し、今後の入院化学療法や外来化学療法に際して、引き続きチームとして支援することを保証した。



元々精神疾患を持っていて身体疾患を呈した場合フローチャート（図14）

2) 一般身体科の患者でせん妄等の精神疾患を呈した場合

①はじめに

リエゾンチームとして、患者や家族、医療従事者に対してせん妄に関する教育や治療・支援体制を確立しておくことが重要である。せん妄の発症率は、一般の入院患者では10-15%、ハイリスク患者では40-67%という報告があり、院内で対応法などを共有しておくことが望ましい。医療従事者に対して、せん妄の診断・治療に関するポケットガイドなどを作成し、精神科以外の医療スタッフが連携して早期から治療的な初期介入ができることも望ましい。

②入院前の連携

予定入院患者である場合には、当該身体診療科から精神科リエゾンチームに対してリスクが考えられる患者の情報が入ることが望ましいため、当該身体科医師、看護師との連携システムを構築しておくことが重要である。数日前に当該身体科医師から精神科医に、あるいは病棟のリーダーからリエゾナーズに情報が入ると、リエゾンチームメンバーと身体科医療スタッフが事前のカンファレンスをしておくことができる。

せん妄のハイリスクである高齢者、術後、脳血管障害、認知機能障害などの患者に対して事前のカンファレンスがなされ、あらかじめ誘発因子の除去や家族教育などの準備をしておくことで病棟での治療や看護・ケアがスムーズにできることで、在院日数の短縮・医療費の削減、医療事故の防止、患者サービスの向上、医療従事者の勤務意欲の向上、バーンアウトの防止につながる事が考えられる。

③入院後の支援

一般身体科患者がせん妄を起こすリスクがある場合やせん妄を起こしている患者が発生した場合、主治医や病棟看護リーダーから速やかにリエゾンチームに連絡が入ることが望ましい。あらかじめその旨院内へ周知しておき、確実に連絡を受けられる体制を構築しておかねばならない。連絡を受けたチームメンバーは、出来るかぎり速やかに情報の収集にあたり、リエゾンチームカンファレンスでメンバーと情報を共有する。「困っているときにすぐ対応を!」「スタッフが対応できる調整を!」という活動のスタイルが重要である。主治医や病棟看護師から依頼があった場合でも、患者や家族がせん妄という状態をなかなか受け入れられないことがあり、精神科医が診察する前に、リエゾナーズが看護相談や支援という形でかかわる配慮も必要である。

④退院後の連携

せん妄は一過性のため退院後も連携することは少ないが、せん妄時の体験に関する不安を症状改善後も訴える患者に対してチームとしてサポートしたり、高齢者や認知

症患者や介護する家族に対して退院（転院）後の生活などについて心理教育を行ったりして、外来通院時に当該身体科主治医やかかりつけ医療機関と情報を共有し、チームとして支援していく体制を明確にしている。

⑤具体例

【症例】 51歳 男性

せん妄 食道癌、S状結腸癌

【主訴】 夜間不穏

【家族歴】 妻と娘2人の4人家族。精神疾患の遺伝負因はない。

【既往歴】 アレルギー性鼻炎

【生育・生活歴】 中卒後溶接工として就労。35歳まで喫煙（40本/日）。毎日飲酒（缶ビール 350ml×3缶、焼酎2合）。

【病前性格】 神経質、短気

【現病歴】 X-1年ころより、ものを飲み込む時にのどの痛みがあり、近医耳鼻科に通院するが改善しなかった。X年3月、胃内視鏡検査を希望して当院消化器内科を受診した。検査で食道部に中心陥凹を伴う境界不明瞭な扁平隆起があり生検で悪性の所見が認められた。食道癌の疑いと告げられたころより仕事が出来なくなったことや将来の不安から不眠がちとなった。食欲が低下しこの間で4kg体重が減少した。4月、精査目的で入院となった。入院後、検査結果を総合して主治医から、本人、妻、兄に対して病名、治療法、予後などについて詳しく告知された。「検査のつもりで入院したのに」と動揺を隠せなかった。不眠のため睡眠導入剤の服用を開始した。以前より貧血があり黒色便であるため大腸内視鏡を施行したところ、S状結腸に隆起性病変が見つかった。本人の性格からショックが大きくなるので妻よりポリープとして説明してほしいと希望され主治医がムンテラした。その時「俺の体、ボロボロやな」と看護師に言っていた。看護師からリエゾンナースに連絡が入りリエゾンチームが病棟スタッフをサポートし、せん妄リスクの可能性を共有した。入院が予定よりも長くなり、5月、食道癌、大腸癌疑いで、胸部食道全摘術と同時にS状結腸切除術をした。術後2日目、集中治療室にてベッド柵を乗り越えようとしたりラインを引き抜こうとしたりして情緒不安定で夜間の不穏、不眠となりプロポフォールやハロペリドールを使用していたが、改善しないため精神科に院内コンサルトとなった。リエゾンナースには、朝の申し送り情報が入っており病棟看護師をサポートしていた。すみやかに各チームメンバーに連絡をとり情報を共有し精神科医が患者を診察した。

【初診時所見】 質問に対して一瞬注意を向けるが終始落ち着きなく周りを見回しては何かを呟いてベッドから降りようとしていた。何か人が見えているように喋ったり目の前のものを払いのけようとしたりする動作が目立った。注意力散漫で会話が続き、時間や場所の見当識がなく、上記のような幻覚などの症状を認めせん妄状態と診断し

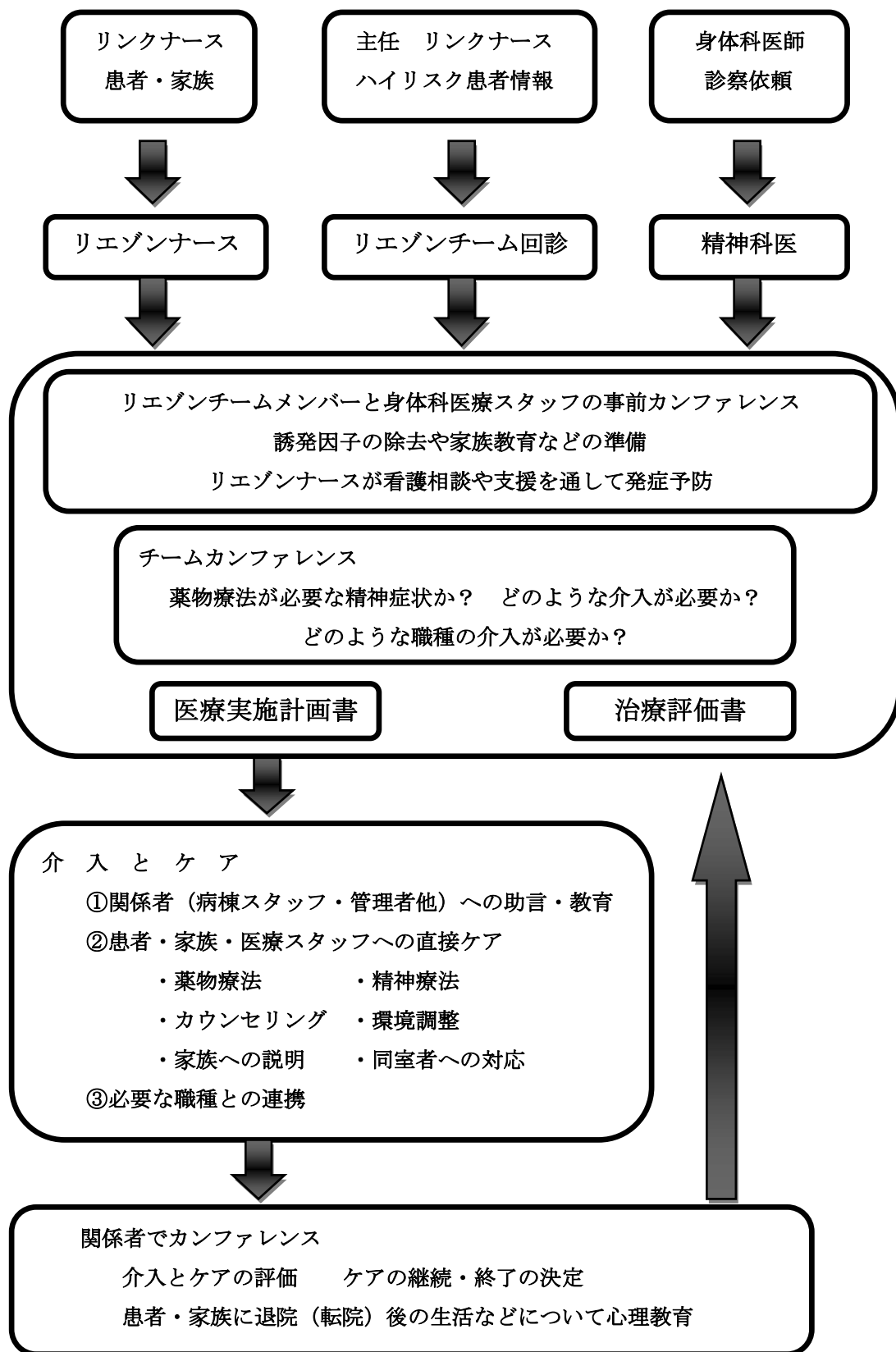
た。精神症状の評価をチームメンバーや主治医、病棟看護師と共有し、チームカンファレンスで治療とともに介入・支援について話し合われた。

【治療方針】 絶食で持続点滴を施行していたので、せん妄状態治療のため絶食中はハロペリドールの点滴静注を施行し、食事の再開後は経口薬に変更することにした。せん妄の症状に対して付き添いの妻が不安を訴えていたので病状の説明と治療の経過を説明することにした。リエゾンナースが看護教育を図りながら、妻にはリエゾンナースや病棟看護師が中心となりサポートした。

【治療経過】 夜間せん妄が出現しハロペリドール 5mg から 10mg の点滴静注を追加した。ハロペリドールで日中ウトウトしていることが多く過鎮静となるが多かった。日中の声かけと家族の面会を増やし症状は徐々に改善した。術後 5 日目、一般病棟に転棟後摂食開始となった。リスペリドン液剤に変更し、2mg から開始した。液剤の苦みを訴えられたため、翌日リスペリドン錠 2mg を経口投与に変更した。術後 7 日目、歩行も可能となり食事も増え概ね夜間の睡眠はとれるようになり、失見当識や幻覚や感情の不安定さもなくなった。その後リスペリドンは 3 日間で漸減し終了としたが、睡眠は良好でせん妄の出現はなかった。本人はせん妄に関して「変な夢を見ていたような自分が自分でないような恐れ感じやった」と語った。治療評価に関してチームカンファレンスを行い、せん妄症状についてチームメンバーが本人に繰り返し説明し再発の恐怖感はその後和らいだ。6 月中旬には、全身状態良好となり退院となった。入院中は、癌の再発の心配を語られていたため、クロチアゼパム 5 mg 錠を夕食後に処方した。その後、外科受診時に精神科も併診し経過は良好である。

【家族へのサポート】 付き添っていた妻が患者のせん妄症状に対して「精神病になってしまったのでは」という不安があり、術後の一時的な症状で適切な治療をすることで回復することをリエゾンチームが作成したパンフレットで説明した。また、今後の生活に対する不安などを語られたため、本人の心身とともに妻の悩みを和らげられるようにサポートしてゆくことを告げ了解を得られた。

【考察】 元来神経質であった患者が入院後に食道癌の告知を受けその後 S 状結腸に隆起性病変が見つかり不安を抱えたまま手術となった。術後集中治療室でせん妄を起し抗精神病薬や医療スタッフやリエゾンチームの関わりなどで症状は改善した。せん妄時の体験に対して不安を持ち、外科とともに精神科でも外来併診となっている。術後の経過は良好で再発はないが、患者や家族に対してチームで関わることで再発などの不安感を軽減することに役立っていると考えている。



せん妄等の精神疾患を呈した場合フローチャート（図15）

3) 自殺企図で緊急搬送された場合

①はじめに

日本全体で毎年 3 万人以上の自殺者が継続的に記録されている今日、総合病院の臨床局面で自殺企図に直面する例は数多い。また、自殺既遂の背後に精神疾患が存在する場合は 9 割以上に達すると言われており、企図後も自殺の危険性が高いため再度の自殺企図の防止の意味でも精神科医が迅速に対応する必要性は大きい。自殺未遂患者に対しては救急医療、急性期医療、そして地域ケアを通して社会復帰に結び付けることが目標となる。

②救急搬送時のジャッジメント

i) 有床総合病院精神科の場合

自殺企図の手段としては大量服薬、縊頸、飛び降り、自傷行為などがあるが、生命的緊急度が高い場合にはまず救急医の診察後救命救急病棟や一般科病棟に搬送され、身体状況がある程度落ち着いた段階で精神科医がコンサルトされ診察することになる。その結果、精神疾患が基底にあり、専門的な治療的対応を必要とされる場合は精神科病棟が存在すれば転棟することとなる（医療保護入院ないし任意入院）。但し、開放病棟の場合は、激しい希死念慮を持つ場合など精神症状が重篤な場合は対応が困難であり近隣の精神科病院に転院して頂くことになる。その間、リエゾンチームのスタッフ間で情報が共有され、必要と判断されれば各職種が介入することになる。問題は精神疾患が認められるものの重症度が低く身体治療が優先される場合や本人および家族が精神科病棟への転棟を拒否する場合である。この場合は精神科リエゾンチームが一般科の医師及び看護師と連携しながら治療にあたることになり、リエゾンチームの有用性が試される。一般科の医療従事者の場合、精神症状そのものの判断になれておらず対応に困難をきたす場合が多いが、精神科医や看護師などがチームとして一般科での治療をサポートする態勢を組むと、当の患者の治療上のニーズに即応する形で治療するシステムが出来上がることになる。いずれの場合もチームの精神保健福祉士が治療開始当初から情報収集を通して退院後の地域ケアを通して社会復帰に結び付けることを目指すことになる。

又、外来段階での救急医診察の結果、入院治療を必要とする程の身体的問題はないものの、激しい精神運動興奮状態を呈したり、希死念慮を呈している場合には直接精神科病棟に入院してもらうこととなるが、開放病棟の場合は精神科病院に依頼することになる。もし、身体的問題もなく、希死念慮も否定され十分な反省や後悔が認められる場合は、かかりつけの精神科医や自宅近くの精神科医に紹介状を書くことになるが、精神保健福祉士の介入で十分な情報が得られるとその後の進行がスムーズとなる。

ii) 無床総合病院精神科の場合

この場合特に問題となるのは、身体症状も精神症状も重篤な場合である。急性薬物中毒などで意識レベルが低下している場合は十分に対応可能であるが、身体症状が

改善してくると精神症状の管理が非常に困難となってくる。こうした場合に備えて、普段から地域内の有床総合病院精神科や精神科病院と連携を組み、必要な場合に即座に紹介できるシステムを組んでおくことが望ましい。チームの中でその役割を担うのは精神保健福祉士であり、いわば医療のコーディネーター的役割を果たすことができるようになるとリエゾンチームの病院の〈内〉と〈外〉での機能が明確なものとなる。

③具体例

【23才、男性】

【診断】統合失調症、精神遅滞（中等度）

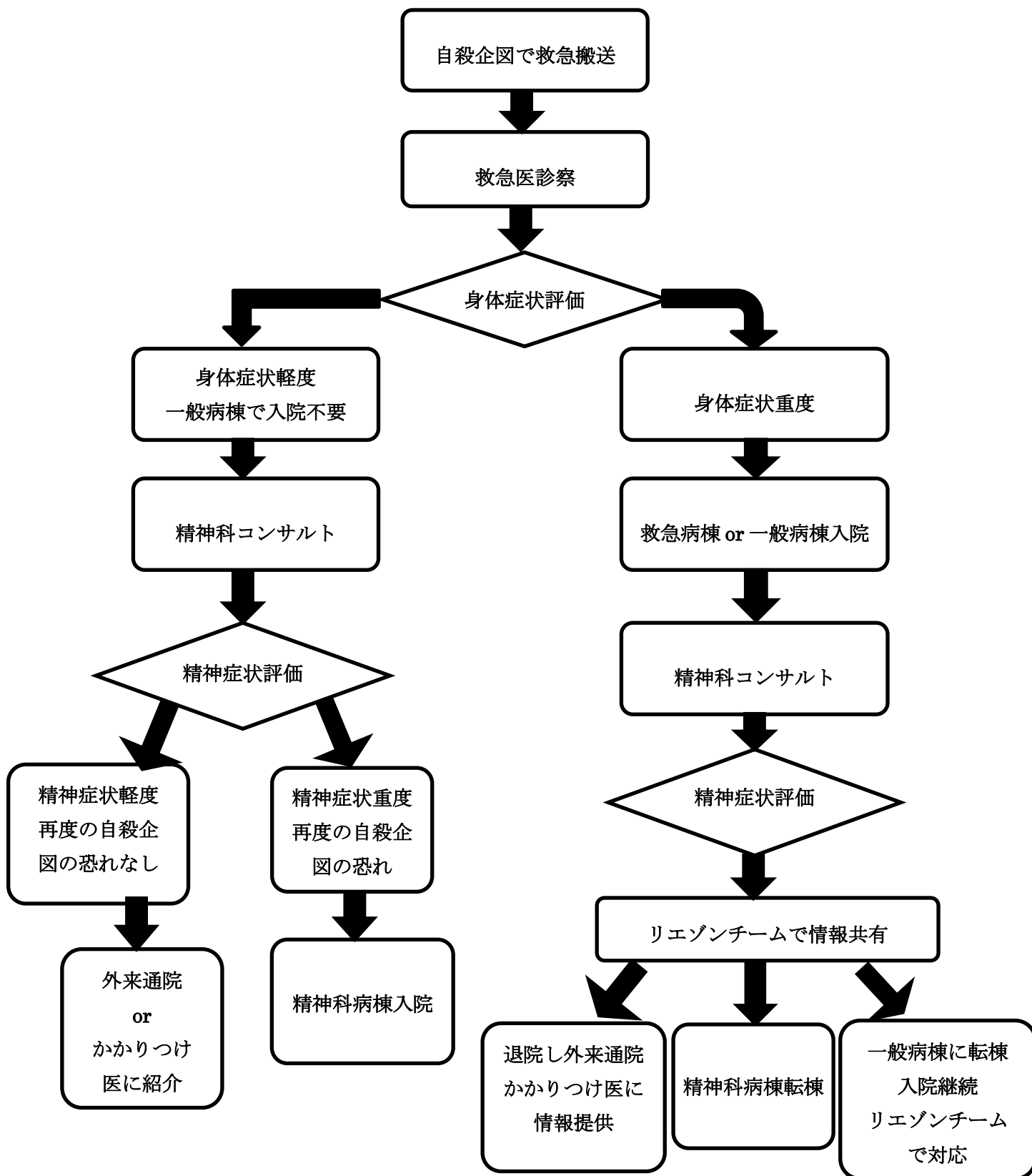
【既往歴】腸閉塞

【現病歴】養護施設T学園入所継続。近くの精神科病院に通院しており、二度の入院経験がある。X年6月ころから精神症状が増悪。幻聴や被害妄想が持続し時に衝動行為あり。職員が目を離したすきに3階から飛び降り自殺企図。当院救急外来に救急車で搬送。諸検査の結果、骨盤骨折と右大腿骨骨折および第4、第5腰椎の圧迫骨折が判明し、救命救急病棟に即日入院。精神科拘束医にも連絡があり、薬物療法を本人が通院していた精神科病院と連絡を取りながら担当した。また、身体的に重篤であり、長い対応が必要であると判断されたため精神科リエゾンチームで情報を共有しながら各職種が症状経過に沿って適切に其の役割を遂行することとした。まず、整形外科担当で骨折部位の手術を行い、直後のICU入室を経て整形外科病棟に転棟。この際、患者の精神症状や精神遅滞のため疎通が取れず、時に奇声を上げることなどが問題となった。チームの精神科医は抗精神病薬の内服調整を行ったが、同時にチームの精神科看護師が整形外科病棟を定期的に訪れ患者への対応法を伝えると共に必要な場合いつでも援助する旨約束し整形外科病棟の看護側に安心感を与えるように努力した。その結果、大声を上げることがあっても整形外科病棟側から転棟要求が出ることもなく経過。身体症状が十分軽快し安静で経過観察となった段階で、大声を上げることが問題となり精神科病棟の保護室に転棟となった。この間、チームの精神保健福祉士は、本人の入所施設及び通院していた精神科病院と連絡をとり十分な情報収集に努めた。経過とともに精神症状も改善し、理学療法士の介入で病棟内をリハビリ歩行できるまでに回復。通所施設ですぐに引き受けることができない状態にあるとのことで、精神科病院側と連絡を取り合い、リハビリ計画を理学療法士に立ててもらい精神科病院側に連絡し転院の要請を受けて頂いた。その結果救急搬送約40日間で無事退院。精神科病院での入院をへて元の施設に戻り特に問題なく経過している。

【チーム介入の効果の検証】自殺企図での救急搬送の場合、〈重篤な精神症状〉と身体疾患の重篤さに加え精神症状もまた重く対応に苦慮する場合が生じてくるが、このケースがまさにその例にあたる。身体疾患の治療を最優先し、医師をはじめとした精神科リエゾンチームが治療体制の背後にあって、患者の症状経過にそった最適な治療協力体制を組めるように努めた。こうした体制の維持は患者の利益にかなうと共に、精神科病棟への負担も大幅に軽減する。リエゾンチームを活用してFlexibleな診療体制を組むことを日頃から意

識する事が重要であると痛感させられたケースである。

自殺企図で緊急搬送された場合フローチャートー閉鎖病棟を持つ場合（図 16）



5. 地域に向けた活動

1) リエゾンチーム活動と地域医療

①神戸市立医療センター西市民病院の場合

当院は、無床精神科だが、特色である身体合併症病床を地域連携の柱としている。また、認知症治療連携として、長田区医師会と連携し認知症診断連携パスの運用を平成 24 年度から開始している。ここでは、地域に向けた活動として、オープンカンファレンス、認知症診断連携パス、身体合併症病床の運用などを紹介する。これら活動を通して、地域の医療スタッフに知識や情報を提供し、精神的ケアの普及と啓蒙を図ることで連携が少しずつ広がっている。

i) 認知症患者治療への取り組み

当院の診療圏内である、長田区、兵庫区、須磨区は高齢化率が神戸市の他の区よりも高く、高齢者世帯や独居世帯も多い地域である。

地域や当院の利用患者に認知症の患者が多く、身体病の治療に対しても、また、認知症の治療においても、地域のかかりつけ医、介護関係の職員との連携の必要性があった。これらとの、有機的な連携を考えていくなかの当院の認知症外来の歴史と取り組みを紹介する。

平成 12 年 5 月に神戸市認知症センターを設置し週 1 日 2 件電話予約で診断をおこなった。平成 18 年度からは、国の認知症関連の事業の変更により、病院独自事業として暫定的に事業内容を継続したが、予約が 2 か月待ちという状態が続いた為に予約枠を拡大した。さらに、スムーズな予約に繋げる為に、平成 19 年 7 月から、かかりつけ医からの FAX 予約のみを受け付けの対象とした。しばらくすると、経過観察の患者が当院に増えるという状況が生じたので、この状況を踏まえ、診断後にかかりつけ医への逆紹介や新たな逆紹介先の確保を目的に、平成 20 年から、認知症医療連携勉強会を立ち上げた。認知症医療連携勉強会で分かってきた事は患者の 3 分の 2 が独居か高齢者のみの世帯であった。かかりつけ医からの情報では、介護認定を受けている人が受診をすると、約半数は外来で症状対応についての相談を受けたり、生活面でのアドバイスに費やす時間が大きかった。また、医療が関われるところは限られており、地域での支援が重要だが地域につながっていなかった。介護職からは、早期に介護サービスを利用してもらいたいという希望があるということであった。当院では、診療枠拡大が困難で逆紹介を促進したいという問題もあった。問題点の解決へ向けて第 6 回認知症医療連携勉強会(平成 23 年 6 月)にて、当院、かかりつけ医、介護職との間の連携について発表し、院内でも連携パスについて話し合った。そして、第 7

回認知症医療連携勉強会（平成 23 年 11 月）にて大阪市立大学の医事運営課西野先生の講演を聞き、それを参考に連携パスを作成した。平成 23 年末から長田区認知症診断連携パス協議会を開始し、平成 24 年 6 月に認知症診断連携パスの運用を開始した^{10),39)}。

連携パス協議会は長田区医師会、地域包括支援センター、当院が当初からメンバーになり、医療、介護にわたり、地域でのニーズを反映したものとして運用している。

また、認知症医療連携勉強会を開催しているなかで、介護に携わる方々が認知症の精神症状に苦慮していることもわかった。事例検討会（オープンカンファレンス）という形で、当院にて認知症を考える会を開催している¹⁰⁾。この会には、精神科医、リエゾン看護師、臨床心理技術者、精神保健福祉士も参加している。この会は地域でのケア力の向上と介護職員をエンパワメントする場になっている。

認知症医療連携勉強会、認知症事例検討会の活動を通じて、顔の見える連携の場をつくり、地域を有機的な形で繋ぎ、地域でのケア力の向上、職員のエンパワメントに効果も考えられる。

当院における認知症治療への取り組みを紹介した、その時に問題になることや必要であると考えたことで総合病院精神科にできることは何かを常に模索し、地域との連携で活動してきたと考える。

ii) 身体合併症医療システムの取り組み

当院は、阪神淡路大震災で、病院が全壊した。平成 12 年 5 月、病床新築オープン当初から神戸市こころの健康センターを受け入れの窓口とし、身体合併症治療病床を活用し、神戸市内の 12 か所の精神科病院と連携し、精神科病院入院中の急性期身体疾患患者の治療を行っている^{9),21),22),26),33),39)}。

身体合併症の受け入れの要件は、a) 神戸市内の精神科病院に入院中の患者であること。b) 急性期身体症状を有すること。c) 転院に関して本人と保護者の同意を得る事ができること。d) 合併症治療終了後は依頼元病院へすみやかに転院の手続きができること。と定められている。

次に、当院の身体合併病床の利用方法と受け入れの流れについて以下に示す（図 17）。

iii) 身体合併症病床の利用方法

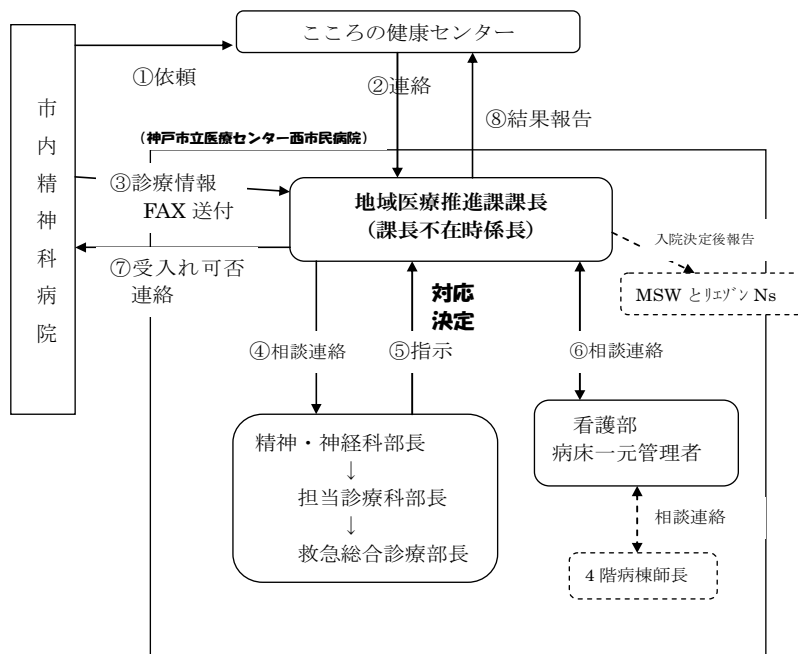
精神科病院の「身体合併症担当者」から「神戸市こころの健康センター」に電話連絡（平日 8：45～17：15）を入れ、身体合併症利用の適応があると認められ次第、「西市民

病院地域医療推進課」に診療情報提供書と「身体合併症入院に際しての確認事項」を FAX 送付する。医師および病棟で調整のうえ、入院治療の適否や入院日時などについて、精神科病院の「身体合併症担当者」に折り返し連絡をする。入院決定日に来院をしてもらう、または、一度外来受診後に入院が決定する場合もある。

退院時は、主治医から退院の許可が出ると、地域医療推進課から精神科病院の身体合併症担当者へ連絡をし、すみやかに退院日と搬送手段が決定される。

身体合併症医療システムは、地域の精神科病院で生じた身体合併症治療にある程度の機能分担を果たしていると考えられる。

身体合併症病床受け入れの流れ



- (1) 一般外来の診察予約について
FAX予約とし、地域医療推進課は依頼元にその旨連絡する。
- (2) 入院可否の決定について
 - ① 入院可否は当院外来診察ののち、関係診療科が協議し最終決定する。
 - ② 担当診療科部長または主治医は、入院可否を地域医療推進課に連絡する。
- (3) 入院決定の場合
地域医療推進課は、依頼元と当院の精神・神経科医師、担当診療科部長、救急総合診療部長、看護部病床一元管理者、リエゾンNs、MSW、入院係に連絡する。
- (4) 入院不可の場合
地域医療推進課は、依頼元と当院の精神・神経科医師、担当診療科部長へ連絡する。
- (5) 緊急入院の場合の対応について
主治医より地域医療推進課に連絡、その後の連絡は依頼元除いた入院決定に準ずる。(受け入れは一般の救急車受け入れと同様)

(図 1 7)

②亀田総合病院の場合

i) 事例を介してリエゾンチーム活動の認知を広げる

- ・院外からのリエゾンチーム対象患者の依頼・要請（例えば統合失調症で精神科病院に入院中の患者の重度の身体合併症治療）には、主に総合相談室の精神保健福祉士が地域の窓口となり、速やかにリエゾンチームとの情報の共有を図る。
- ・リエゾンチーム対象患者の退院に際しては、退院先の支援関係者に対してリエゾンチームに係る専門職が文書等で情報提供し退院後の治療継続が円滑に進むよう配慮する。
- ・当院救命救急センターにおいては、自殺企図患者にかかりつけ医がある場合は、その病院に同行するなどの援助を実施する場合もある。

ii) 地域ネットワークへの参加と働きかけ

- ・有床単科精神科病院との連携会議を開催し、リエゾンチームの機能に関しての啓発を行うと共に、主として身体合併症患者に係る円滑な連携のあり方を模索している。
（地域の自立支援協議会や地域移行支援に係る各種検討部会への参加。また、近隣の東条メンタルホスピタル他との、精神保健福祉士同士の連携会議を2ヶ月に1度程度実施・継続。）
- ・地域の診療所・病院間のネットワーク会議に参加し、リエゾンチームの対象となるニーズの把握に努めている。（MSWとともに地域の医療関係者等が集う「安房医療ネット」に参加）
- ・地域の精神障害者支援機関・施設間のネットワーク会議に参加し、当院のリエゾンチームについて理解を促す一方で、主として身体合併症患者に係る円滑な連携のあり方を模索している。（地域の精神医療、および精神保健福祉領域の関係者が集う「安房の精神保健福祉を考える会」に参加。）
- ・安房地域で作成した社会資源 DVD の中で、当院の精神科病棟を紹介している（リエゾンチームの存在にも言及しており、安房地域の精神保健福祉関係者により共同作成されたものである）。

2) 地域連携の今後の方向性と課題

複雑化、高齢化する社会情勢の中で、精神障害をもちながら地域で生活する人は増加しており、今後更にその速度は増していくと考えられる。精神医療と身体医療との積極的連携を図り、患者を身体的・精神的・社会的な視点から統合的に捉え、患者の個別性を大切にす医療がますます重要になってくる。有床、無床を問わず、総合病院精神科で地域の精神障害者を円滑に受け入れていく多様なシステムを構築していくことが必要であり、そのシステムを熟知し運用していく人材の養成もまた急務である。

具体的には、身体合併症患者に対する救急医療体制の整備は社会的要望が大きく実現が急がれている。また、救急医療が終了した後でも精神疾患の理解を得ながら身体疾患の療

養ができるような受け皿も必要である。更には、在宅医療の重要性を考えると、プライマリケア医、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所や福祉事務所をはじめとした行政機関などと連携し支援をしていく体制の確立に向けて積極的な姿勢を取っていくことは疾患の理解と増悪予防といった観点からも重要である。

結論的には、様々な問題を抱えた地域を明確にとらえながら、総合病院精神科の機能を病院内部で充実させると共に、それを核にしながら医療システムを構築していくことを目指し実現していくことが重要である。その役に当たる職種として精神保健福祉士の果たすべき役割は大きいと考えられるが、こうした地域医療の Coordinator 的役割の意義の重要性はまだ十分に理解されているとは言えず、人材の養成システムの確立もまた不十分である。こうした日本の現状を考慮すると医師と精神保健福祉士間の Partnership の確立も意識的に確立していく必要があると思われる。精神科 CLT はこうした医療のありかたを展望する中で、ソーシャルワークの重要性を意識した精神保健福祉士を育成する重要な場となる可能性を秘めている¹⁸⁾。

平成24年度から精神疾患を加えて5疾病5事業体制となり、精神疾患においても医療計画の提出が必須となった、その中でとりあげられている身体併症治療体制や救急医療の整備を実現するうえで、こうした視点は今後ますます重要になっていくと思われる。

6. 終わりに

今回二つの病院のスタッフの努力によってまとめあげられたガイドラインは、二つの病院のリエゾンチームの成立事情や背景となる地域の特殊事情も反映しており、まだまだ、すぐにあらゆる病院に適応可能となるような普遍性を獲得してはいないと思われる。しかし、今回ガイドラインの形でまとめた活動内容に我々が少なからざる手ごたえを感じているのも否定できない事実である。

遡ってみるとこの二つの病院のチームには一つの共通点が潜んでいることに気づく。それは意外と思われるかもしれないが＜大震災＞である。西市民病院のリエゾンチームは、阪神淡路大震災で病院が全壊し医療スタッフが苦闘を続ける中でチーム医療推進の動きが自然発生的に生まれ、その動きの中で誕生し活発な医療活動を展開してきたといういきさつを持つが²³⁾、亀田総合病院のリエゾンチームの方はチーム活動を継続する過程で東日本大震災という巨大地震に遭遇し、原発周辺の更生施設の多数の被災者を受け入れる過程で多彩なチーム活動を展開し高い評価を勝ち得たという経緯がある。

我々の経験から、あえて言及するならば、精神科リエゾンチームは平時においても有事においても、また病院内部からの揺さぶりに対しても外部からの揺さぶりに対しても柔軟性と強靭さを発揮できる可能性を持つ組織形態なのだと言えらると思われる¹⁸⁾。

今後、高齢化社会がさらに進行することも、医療の高度化が更に進んでいくことも避けることのできない流れとして我々医療者の前に巖然として存在している。同時に医療における地域格差や不気味に進行する医療崩壊の足音も目を据えてかからなければならない現実であるが、順調に育っていけば精神科リエゾンチームもこうした事態への対応の有力な手段の一つとなりえるはずである。

今後精神科リエゾンチームの必要性がさらに高まり、各地に陸続として生みだされてくるであろうチームの活動の参考にしていただければ、我々スタッフとしてはこれに勝る喜びはないと考えている。なお、本ガイドライン作成にあたって多くの方のご協力とご援助を頂いたが、改めて感謝申し上げますと共に、この機会を与えて頂いた厚生労働省社会援護局精神・障害保健課の皆様に深甚の謝意を表したい。

7. 参考文献

- 1) 秋元啓子, 奥田真紀子, 新田和子, 他: 当院におけるコンサルテーション・リエゾンの現状と評価の試み. 総合病院精神医学 21(suppl) : S. 103, 2009
- 2) Billings EG : Liaison psychiatry and intern instruction. J Assoc Am Med Coll 14:375-385, 1939
- 3) Glickman LS : 精神科コンサルテーションの技術. 岩崎学術出版, 東京, 1983.
- 4) 服部真歩, 秋元啓子, 新田和子, 他: 当院におけるリエゾンチーム回診の取り組み. 総合病院精神医学 22(suppl) : S. 127, 2010
- 5) Heldt TJ : Functioning of a division of psychiatry in a general hospital. Am J Psychiatry 84 : 459-76, 1927
- 6) Henry T : Some modern aspects of psychiatry in general hospital practice. Am J Psychiatry 86 : 481-99, 1929
- 7) 保坂 隆 : コンサルテーション・リエゾン精神医学の定義. 岩崎徹也, 黒澤尚, 保坂隆 (編) : コンサルテーション・リエゾン精神医学の課題. 東海大学出版会, 東京, 1-13, 1989
- 8) 保坂 隆 : チーム医療の展開とリエゾン精神医学. 第 25 回日本総合病院精神医学会総会, 2012
- 9) 伊藤智子, 谷本直樹, 新田和子, 他 : 神戸市立医療センター西市民病院における身体合併症病床について. 総合病院精神医学 20(suppl) : S. 85, 2008
- 10) 岩蔭かをり, 服部真歩, 秋元啓子, 他 : 総合病院の取り組みの一つとして認知症医療病診連携勉強会を開催して. 総合病院精神医学 22(suppl) : S. 143, 2010
- 11) 岩蔭かをり, 服部真歩, 三宅啓子, 他 : 退院支援を見越したコンサルテーション・リエゾン活動の取り組み. 総合病院精神医学 23(suppl) : S. 202, 2011
- 12) 岩蔭かをり, 見野耕一 : 総合病院における臨床心理士兼ソーシャルワーカーでの勤務形態に関する考察. 総合病院精神医学 21(suppl) : S. 166, 2009
- 13) 鎌倉矩子, 山根 寛, 二木淑子 : 作業療法の世界—作業療法を考えたい・知りたい人たちに—第 2 版. 三輪書店, 東京, 2001
- 14) 金子仁郎 : コンサルテーション・リエゾン精神医学と組織上の諸問題. 島園安雄, 保崎秀夫, 岩崎徹也 (編). 精神科 MOOK コンサルテーション・リエゾン精神医学. 金原出版, 東京, 159-66, 1991
- 15) 加藤伸勝 : Liaison Psychiatry. 精神医学 19 : 202-203, 1977 .
- 16) Kaufmann M, Margolin S : Theory and practice of psychosomatic medicine in a general hospital. Med Clin North Am 32 : 611-616, 1948
- 17) 岸 泰宏, 黒澤 尚 : 救急医療におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学. 日救急医学会誌 21 : 147-158, 2010
- 18) 小石川比良来, 大上俊彦, 富安哲也 : 有床総合病院精神科としてのリエゾンチームの機

- 能と展望. 精神神経学雑誌：(掲載予定)
- 19) Lipowski ZJ: Consultation-liaison psychiatry in a general hospital. *Compr Psychiatry* 12:461-465, 1971
 - 20) Lipowski ZJ: Consultation-liaison psychiatry: the first halfcentury. *Gen Hosp Psychiatry* 8:305-315, 1986
 - 21) 見野耕一：総合病院精神科における現状と課題—総合病院精神科のあるべき姿を求めて、総合病院の立場から—。第7回兵庫臨床精神医学懇話会：2006.
 - 22) 見野耕一，秋元啓子，奥田真紀子：無床総合病院精神科合併症医療の現状—神戸市立医療センター西市民病院における精神科身体合併症治療病床について—。日本精神科病院協会雑誌 29：31-37, 2010
 - 23) 見野耕一，三宅啓子，服部真歩，新田和子，岩露かをり，柿本裕一：無床総合病院精神科としてのリエゾンチームの機能と展望. 精神神経学雑誌：(掲載予定)
 - 24) 見野耕一，中嶋義文：無床総合病院精神科の危機と課題. *精神医学* 52：211-220, 2010
 - 25) 見野耕一，新田和子，岩露かをり，他：神戸市立医療センター西市民病院精神神経科の現状と精神リエゾンチーム活動の取り組み. *総合病院精神医学* 20(suppl)：S.55, 2008
 - 26) 見野耕一，大山朗宏，朴 孝貴：神戸市立西市民病院における精神科身体合併症病床について. *病院・地域精神医学*, 48(1)：40-42, 2005
 - 27) 満田 大：患者さんの対応に困った時—看護師・心理士のためのリエゾンコンサルテーション基礎知識—。研修会資料 第25回総合病院精神医学会総会：2012
 - 28) 中嶋義文：無床総合病院精神科における精神疾患の診療. 専門医のための精神科臨床レビュー7 精神科プライマリ・ケア. 中山書店，東京，13-23, 2008
 - 29) 並木昭義，川股知之(編)：すぐに役立つ緩和ケアチームの立ち上げと取り組みの実際 真興交易医書出版部，2007
 - 30) 日本作業療法士協会(編)：作業療法ガイドライン (社)：p.29, 2003.
 - 31) 野末聖香 (編)：リエゾン精神看護 患者ケアとナース支援のために. 医歯薬出版株式会社, 2012.
 - 32) 大上俊彦：多職種からなるコンサルテーション・リエゾンチームによる一般医療との連携. *精神神経学雑誌* (12) 112：1216-1220, 2010
 - 33) 大山朗宏，朴 孝貴，見野耕一：神戸市立西市民病院における身体合併症病床について. *総合病院精神医学* 15(suppl)：S.91, 2003
 - 34) 坂田三允 (編)：精神看護エクスペール16. リエゾン精神看護. 中山書店，2006
 - 35) 三條美紀，久保田友子，富岡 直，他：総合病院におけるリエゾン心理士の専門性と独自性をめぐって. *総合病院精神医学* 14(1)：17-22, 2002
 - 36) 志水 彰，金澤 彰，金子仁郎：ICUと精神障害. *臨床科学* 8：1275-1279, 1972
 - 37) 白阪琢磨 (編)：HIV 診療における外来チーム医療マニュアル 厚生労働科学費補助金エイズ対策研究事業 HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班：2006, 8

- 38) 武井麻子, 末松民夫, 小宮敬子, 他: 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 精神看護の展開 精神看護学②. 医学書院, 東京, 2011
- 39) 竹村幸洋, 三宅啓子, 新田和子, 他: 当院における精神科身体合併症病床について. 総合病院精神医学 24(suppl): S. 37, 2012
- 40) 武用百子 (編): リエゾンナースと考える「困りごと」にどうかかわるか. ナースツールズ, 2011
- 41) 谷本直樹, 岩路かをり, 伊藤智子, 他: 神戸市認知症センターでの取り組みについて. 総合病院精神医学 20(suppl): S. 104, 2008
- 42) チーム医療推進方策検討ワーキンググループ (チーム医療推進会議): チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集. 2011
- 43) 富安哲也: 当院における精神科コンサルテーション・リエゾンチームの現状と課題に関する研究. 厚生労働省平成 23 年度チーム医療実証事業報告書. 2012
- 44) 宇佐美しおり, 福嶋好重, 野末聖香, 他: 慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価—精神看護専門看護師とリエゾン・チームの役割—. 熊本大学医学部保健学科紀要 5: 9-18, 2009
- 45) 山根 寛: 精神障害と作業療法第 3 版. 三輪書店: 5-15, 2007
- 46) 山根 寛: ひとと作業・作業活動. 三輪書店: 6-19, 1999
- 47) 山脇成人: 新世紀の精神科治療〈第 4 巻〉リエゾン精神医学とその治療学. 中山書店, 東京. 2009

補. 修正版医療実施計画書及び治療評価書について

現行版の医療実施計画書及び治療評価書には実際の臨床に使用するうえで多くの問題点があるため、当研究班では新たに医療実施計画書及び治療評価書の作成を試みた(図18、図19)。

実際の使用記入例は図20、図21のようになる。今後の計画書や評価書の改定の際の参考として供する次第である。

精神科リエゾンチーム医療実施計画書

		記入日 年 月 日	
		記入者	
(ふりがな)	性別	ID:	病棟:
氏名	(男・女)	依頼日:	評価日:()回目
明・大・昭・平	年 月 日(歳)	年 月 日	年 月 日
診断 (身体疾患)			
診断 (精神疾患)			
依頼時の 問題点	<input type="checkbox"/> 精神症状の悪化・出現の危険がある		
	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価が困難である		
	<input type="checkbox"/> 精神症状のため心理的に不安定である		
	<input type="checkbox"/> 精神症状のため検査・治療に支障がある		
	<input type="checkbox"/> 精神症状のため看護に支障がある		
	<input type="checkbox"/> 精神症状のためリハビリ・栄養指導・服薬指導に支障がある		
	<input type="checkbox"/> 精神症状のため退院調整が困難である		
<input type="checkbox"/> 家族の対応が困難である			
<問題点の詳細>			
<総合評価と今後の方針>			
直接介入者: <input type="checkbox"/> 精神科医 <input type="checkbox"/> (リエゾン)看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理技術者 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 薬剤師			
方針: <input type="checkbox"/> 主に入院中のみ対応 <input type="checkbox"/> 退院後の精神科治療へつなぐ (<input type="checkbox"/> かかりつけ精神科 / <input type="checkbox"/> 通院先をさがす) <input type="checkbox"/> 精神科病院(病棟)への転院を検討			
治療計画	精神科医:() <介入頻度>		
	<内容>		
	看護師:() <介入頻度>		
	<内容>		
	臨床心理技術者:() <介入頻度>		
	<内容>		
	精神保健福祉士:() <介入頻度>		
<内容>			
作業療法士:() <介入頻度>			
<内容>			
薬剤師:() <介入頻度>			
<内容>			

		【重症度】				
現症状	不安・いらいら	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	いらいら	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	焦燥感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	精神症状 抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	興奮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	自殺念慮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	睡眠障害	不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
		傾眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	問題行動	徘徊	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
		暴力行為	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
		安静保持困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	意識障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	認知機能障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
	身体症状の重症度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
その他()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症		
機能の全体評価(GAF)	()					

精神科リエゾンチーム治療評価書

		記入日 年 月 日	
		記入者	
(ふりがな)	性別	ID:	病棟:
氏名	(男・女)	依頼日:	評価日:()回目
明・大・昭・平 年 月 日(歳)		年 月 日	年 月 日
診断 (身体疾患)			
診断 (精神疾患)			
依頼時の 問題点	<input type="checkbox"/> 精神症状の悪化・出現の危険がある		
	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価が困難である		
	<input type="checkbox"/> 精神症状のため心理的に不安定である		
	<input type="checkbox"/> 精神症状のため検査・治療に支障がある		
	<input type="checkbox"/> 精神症状のため看護に支障がある		
	<input type="checkbox"/> 精神症状のためリハビリ・栄養指導・服薬指導に支障がある		
	<input type="checkbox"/> 精神症状のため退院調整が困難である		
<input type="checkbox"/> 家族の対応が困難である			
<現在の問題点の詳細>			
<総合評価と今後の方針> <input type="checkbox"/> 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし			
直接介入者: <input type="checkbox"/> 精神科医 <input type="checkbox"/> (リエゾン)看護師 <input type="checkbox"/> 臨床心理技術者 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 薬剤師			
方針: <input type="checkbox"/> 主に入院中のみ対応 <input type="checkbox"/> 退院後の精神科治療へつなぐ (<input type="checkbox"/> かかりつけ精神科 / <input type="checkbox"/> 通院先をさがす) <input type="checkbox"/> 精神科病院(病棟)への転院を検討			
治療評価 (I)	経過と評価		治療計画の修正
	精神科医:()	<介入頻度>	
	<内容>		
	看護師:()	<介入頻度>	
	<内容>		
	臨床心理技術者:()	<介入頻度>	
	<内容>		
精神保健福祉士:()	<介入頻度>		
<内容>			
作業療法士:()	<介入頻度>		
<内容>			
薬剤師:()	<介入頻度>		
<内容>			

		＜前回評価時からの改善度＞					
		□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪	
治療評価 (Ⅱ)	精神症状	不安	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
		いらいら	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
		焦燥感	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
		抑うつ	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
		幻覚・妄想	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
		興奮	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
		自殺念慮	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
	睡眠障害	不眠	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
		傾眠	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
	問題行動	徘徊	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
		暴力行為	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
		安静保持困難	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
		意識障害	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
		認知機能障害	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
	身体活動状態の重症度	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪	
	その他()	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪	
	機能の全体的評価(GAF) ()						
次回の再評価予定日		平成 年 月 日					
		本人・家族への説明 (あり・なし)					

精神科リエゾンチーム医療実施計画書

記入日		24年11月27日	
記入者		竹村 幸洋	
(ふりがな) しみん いちろう	性別	ID: 00000000	病棟: 6F
氏名 市民 一郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	依頼日:	評価日: ()回目
明・大・昭・平 5年1月4日 (82歳)		24年11月27日	年 月 日
診断 (身体疾患)	肝癌		
診断 (精神疾患)	せん妄状態		
依頼時の 問題点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神症状の悪化・出現の危険がある ・ 精神症状の評価が困難である <input type="checkbox"/> 精神症状のため心理的に不安定である <input type="checkbox"/> 精神症状のため検査・治療に支障がある ・ 精神症状のため看護に支障がある <input type="checkbox"/> 精神症状のためリハビリ・栄養指導・服薬指導に支障がある <input type="checkbox"/> 精神症状のため退院調整が困難である <input type="checkbox"/> 家族の対応が困難である 		
<問題点の詳細> 夜間不眠、落ち着きのなさ、転倒、転落			
<総合評価と今後の方針> 直接介入者: ・ 精神科医 ・ (リエゾン)看護師 ・ 臨床心理技術者 ・ 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 方針: ・ 主に入院中のみの対応 <input type="checkbox"/> 退院後の精神科治療へつなぐ (<input type="checkbox"/> かかりつけ精神科 / <input type="checkbox"/> 通院先をさがす) <input type="checkbox"/> 精神科病院(病棟)への転院を検討			
治療 計画	精神科医: (見野 耕一)	<介入頻度> 3~4/週	
	<内容> 精神症状を評価し症状に合わせて薬物療法を行う。付き添いの家族に対してせん妄状態の説明をする。せん妄状態に対する薬物療法と副作用を説明する。		
	看護師: (新田 和子)	<介入頻度> 1/2~3日	
	<内容> 生活のリズム構築と対応法を医療スタッフに説明する。家族に対しても同様に説明し環境調整と危険防止を図る。		
	臨床心理技術者: (岩藤 かをり)	<介入頻度> 1/週	
	<内容> 退院後の生活に関する心理教育を行う。		
	精神保健福祉士: (岩藤 かをり)	<介入頻度> 1/週	
<内容> 関係医療機関や地域社会資源と連携して退院調整を行う。家族に対して調整の状況を説明する。			
作業療法士: ()	<介入頻度>		
<内容>			
薬剤師: ()	<介入頻度>		
<内容>			

		【重症度】			
現症状	不安・いらいら	<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	いらいら	<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	焦燥感	<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	精神症状 抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	・ 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	興奮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	・ 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	自殺念慮	・ なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	睡眠障害 不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	・ 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	傾眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	・ 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	徘徊	<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	問題行動 暴力行為	<input type="checkbox"/> なし	・ 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	安静保持困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	・ 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	意識障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	・ 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
	認知機能障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	・ 中等症	<input type="checkbox"/> 重症
身体症状の重症度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	・ 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
その他()	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽症	<input type="checkbox"/> 中等症	<input type="checkbox"/> 重症	
機能の全体評価(GAF)	30				
次回の再評価予定日		平成 24 年 12 月 6 日			
		本人・家族への説明 (あり) ・ なし)			

精神科リエゾンチーム治療評価書			
		記入日	24 年 11 月 27 日
		記入者	竹村 幸洋
(ふりがな) しみん いちろう	性別	ID: 〇〇〇〇〇〇〇	病棟: 6F
氏名 市民 一郎	(男・女)	依頼日:	評価日: (1) 回目
明・大(明)・平 5 年 1 月 4 日 (82 歳)		24 年 11 月 27 日	24 年 12 月 6 日
診断 (身体疾患)	肝癌		
診断 (精神疾患)	せん妄状態		
依頼時の問題点	<input type="checkbox"/> 精神症状の悪化・出現の危険がある <input type="checkbox"/> 精神症状の評価が困難である <input type="checkbox"/> 精神症状のため心理的に不安定である <input type="checkbox"/> 精神症状のため検査・治療に支障がある <input type="checkbox"/> 精神症状のため看護に支障がある <input type="checkbox"/> 精神症状のためリハビリ・栄養指導・服薬指導に支障がある <input type="checkbox"/> 精神症状のため退院調整が困難である <input type="checkbox"/> 家族の対応が困難である		
<現在の問題点の詳細> せん妄状態の遷延			
<総合評価と今後の方針> ・ 変更あり <input type="checkbox"/> 変更なし 直接介入者: ・ 精神科医 ・ (リエゾン)看護師 ・ 臨床心理技術者 ・ 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 薬剤師			
方針: ・ 主に入院中のみの対応 <input type="checkbox"/> 退院後の精神科治療へつなぐ (<input type="checkbox"/> かかりつけ精神科 / <input type="checkbox"/> 通院先をさがす) <input type="checkbox"/> 精神科病院(病棟)への転院を検討			
治療評価 (I)	経過と評価		治療計画の修正
	精神科医: (見野 耕一) <介入頻度> 3~4/週 <内容> 支持的面接、薬物療法		抗精神病薬等の薬物を変更し様子をみる。
	看護師: (新田 和子) <介入頻度> 1/日 <内容> 薬物療法の効果、副作用 アセスメント		治療目標の変更に伴い苦痛緩和も図る。
	臨床心理技術者: (岩路 かをり) <介入頻度> 1/週 <内容> 心理教育を行う。		経過観察、変更なし。
	精神保健福祉士: (岩路 かをり) <介入頻度> 1/週 <内容> 退院調整を行う。		経過観察、変更なし。
	作業療法士: () <介入頻度> <内容>		
薬剤師: () <介入頻度> <内容>			

		＜前回評価時からの改善度＞					
		□なし	□改善	□やや改善	・ 不変	□増悪	
治療評価 (Ⅱ)	精神症状	不安	□なし	□改善	□やや改善	・ 不変	□増悪
		いらいら	□なし	□改善	□やや改善	・ 不変	□増悪
		焦燥感	□なし	□改善	□やや改善	・ 不変	□増悪
		抑うつ	□なし	□改善	□やや改善	・ 不変	□増悪
		幻覚・妄想	□なし	□改善	□やや改善	・ 不変	□増悪
		興奮	□なし	□改善	□やや改善	・ 不変	□増悪
		自殺念慮	・ なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪
	睡眠障害	不眠	□なし	□改善	・ やや改善	□不変	□増悪
		傾眠	□なし	□改善	・ やや改善	□不変	□増悪
	問題行動	徘徊	□なし	□改善	・ やや改善	□不変	□増悪
		暴力行為	□なし	□改善	・ やや改善	□不変	□増悪
		安静保持困難	□なし	□改善	・ やや改善	□不変	□増悪
		意識障害	□なし	□改善	・ やや改善	□不変	□増悪
		認知機能障害	□なし	□改善	□やや改善	・ 不変	□増悪
	身体活動状態の重症度	□なし	□改善	□やや改善	・ 不変	□増悪	
	その他()	□なし	□改善	□やや改善	□不変	□増悪	
	機能の全体的評価(GAF)	40					
次回の再評価予定日		平成 24 年 12 月 13 日					
		本人・家族への説明 (あり) ・ なし)					