様　式　Ｃ－１９、Ｆ－１９、Ｚ－１９　（共通）

科学研究費助成事業　　研究成果報告書

平成 ２６ 年　 ５ 月 １６ 日現在

機関番号：３２６５３
研究種目：基盤研究(C)
研究期間：2011～2013
課題番号：２３５９３４７３

研究課題名（和文）多職種によるリエゾン精神医療チーム内および一般科との間の連携・協働のあり方の検討

研究課題名（英文）Each occupation's role in Psychiatric Consultation Liaison Team - focus on Psychiatric Liaison Nurse and Clinical Psychologist

研究代表者
山内　典子（Yamauchi, Noriko）

東京女子医科大学・大学病院・看護師

研究者番号：１０５１７４３６

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費）　4,100,000円、（間接経費）　1,230,000円

研究成果の概要（和文）：A病院の精神科CLTが介入した731件の事例に関し、単独の職種による介入とチームによる介入の差異を概観したうえで、リエゾンナース・臨床心理士が介入した63事例の内容と構造を示した。
睡眠障害は医師、適応障害はリエゾンナースにより、せん妄等、移植前の精神機能評価、IV軸のある患者は単独の職種よりもチームで多く介入していた。前者は、看護チーム内の葛藤の調整、セルフケアの査定、適応障害患者への積極的傾聴を中心とした保証、後者は、客観的ツールも加えた精神状態の査定、体系的な心理療法を担っていた。医学的・心理社会的複雑さからみる精神的問題とともに、医療者の対応の困難度を役割分担の指標とすることが必要である。

研究成果の概要（英文）：After reviewing 731 cases in which the CLT at A Hospital had intervened, we identified differences among those cases with intervention by single function care providers and a team deploying multiple functions. We further reviewed the details and structures of 63 cases that involved the psychiatric liaison nurses and clinical psychotherapists. Patients with sleep disorders were treated by physicians; patients with adjustment disorders were treated by the psychiatric liaison nurses; more patients with impaired psychic functions before transplant or with Axis IV were treated by the multiple functions teams than those treated by single function care providers. The former mediated conflicts within the nursing team, assessed self-care and provided assurance and sympathy through active listening; the latter assessed the psychological state of the patients by utilizing objective tools and providing the patients presenting severe psychopathological disorders with systematic psychotherapy.

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：地域・老年看護学

キーワード：精神科リエゾンチーム　チーム連携　リエゾンナース　臨床心理士

１．研究開始当初の背景

近年、我が国の総合病院の一般病棟においては、精神及び行動の障害を有する総患者数の増加、高齢患者の増加、高度・複雑化した治療による心身への負荷を背景に、うつ病やせん妄、不安障害、適応障害等の患者が増加している。その一方で、総合病院における精神科数の減少および精神科医の不足が生じており、存在する精神医療へのニーズに対応できていないことが問題視されている。その医師不足に対して、最近では、心理・看護職等による治療・ケアが患者の精神症状や身体症状の改善、それに伴う QOL の向上、医療コストの削減等をもたらすといった精神ケアの成果が報告されている。

このような背景のなか、2012 年度診療報酬改定において、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）による精神科リエゾンチーム加算が認定される運びとなった。これを契機にこれまで未分化であった各職種、特にリエゾンナースと臨床心理士の役割を明確化し、チーム内における有機的な連携のあり方を模索する必要性を生じた。

２．研究の目的

コンサルテーションの実際の事例から、精神科医とリエゾンナースの単独の職種による介入と精神科 CLT による介入の差異を概観し、そのうえで、リエゾンナースおよび臨床心理士の役割の共通点と特徴について質的分析により明らかにする。

３．研究の方法

【研究Ⅰ】単独の職種による介入と精神科 CLT 介入の差異の検討

(1) 対象

2011 年 9 月～2012 年 8 月にリエゾン精神科医あるいはリエゾンナースに依頼があった患者・家族に関するコンサルテーション 755 件を対象とした。

(2) 調査方法および内容

調査は、精神科医あるいはリエゾンナースがコンサルト依頼を受けた事例に対して、同一のフォーマットを用いて行った。調査項目は、①依頼者の職種、②主たる身体疾患（ICD-10 による診断分類）および診療科、③依頼理由、④DSM に基づく精神科診断大分類、⑤介入した職種およびチーム、⑥介入方法であり、これらについて依頼文書および初回診察・訪問時に調査した。⑤に関しては、「医師単独介入群」（精神科医が単独で介入した群）、「リエゾンナース単独介入群」（リエゾンナースが単独で介入した群）、「精神科 CLT 介入群」（精神科 CLT 内の多職種で介入した群）に分けて分類した。⑥については、「薬物療法」、「カウンセリングおよび精神療法」、「医療者へのアドバイス」のいずれかに分類した。

(3) 分析方法

事例に関し、依頼理由、DSM に基づく精神科診断大分類、介入方法について、χ^2検定を行い、医師単独介入群、リエゾンナース単独介入群、精神科 CLT 介入群による差の有無を求めた。その後、2 群ずつ 3 通りのχ^2検定により多重比較を行った。なお、有意水準については、Bonferroni の補正を行った。

【研究Ⅱ】リエゾンナース・臨床心理士の介入内容の質的検討

(1) 対象

2011 年 6 月～12 月の間にリエゾンナース・臨床心理士が中心となって介入した 63 事例を対象とした。

(2) 調査方法および内容

当院の精神科CLTに属するリエゾンナース3名と臨床心理士１名が中心となり携わった事例に対して、その活動内容を記述した。記述項目は、①コンサルテーションのタイプ、②対応を必要とした背景、③相談のルート、④アセスメントおよび介入、⑤患者・家族、医療者の状態・変化であった。

(3) 分析方法

リエゾンナース・臨床心理士の介入内容に関して、記述されたデータについて質的帰納的に分析を行った。まず、各個人により持ち寄ったデータは、実働するリエゾンナースと臨床心理士のカンファレンスにおいて共有された。データの検討は複数で行い、アセスメントや介入方法をコード化し、前後の状況や別の場面との比較検討により解釈しながら、役割に関するサブカテゴリーを抽出した。

また、コード間の比較から再度、解釈を整理して統合する作業を繰り返し行い、サブカテゴリーの妥当性について吟味した。そのうえで、サブカテゴリーを抽象化してカテゴリーを導き出した。分析により得られた結果については、実践活動に直接関わらない研究者(大学教員)のスーパーバイズを得て検討を重ねた。

４．研究成果

【研究Ⅰ】

(1) コンサルテーションの内訳

調査期間のコンサルテーション件数は 755 件（患者：家族＝96.8%：3.2%）であり、病床数あたりのケース数は 0.56 であった。依頼者の職種は、診療科医（88.2%）、診療科看護師（11.8%）であり、このうち、同事例に対する双方からの依頼は6.5%であった。

依頼元の診療科は、消化器内科（11.7%）がもっとも多く、循環器内科（9.7%）と救命救急科（9.4%）が続いた。また依頼理由は、「不安への対応」（30.4%）、「不穏と興奮への対応」（26.1%）ともっとも多かった。また「移植前の精神機能評価」が 2.5%を占めていた。

(2) 患者の概要

患者に関する 731 件（男：女＝47.9%：52.1%、平均年齢＝58.6 歳（SD=18.4））の主たる身体疾患は、新生物（31.3%）がもっとも多く、

その後、循環器系疾患（14.5%）、損傷・中毒及びその他の外因の影響（10.1%）が続いた。DSM に基づく精神科診断大分類のⅠ軸は、せん妄・認知症・健忘及び他の認知障害（以下、せん妄等）が 37.0%、適応障害が 25.4%を占めた。また、Ⅱ軸診断（パーソナリティ障害・精神遅滞）は 2.5%に併存し、Ⅳ軸（心理社会的および環境的問題）のある事例は 11.6%であった。

(3) 単独の職種による介入と精神科 CLT 介入の差異

患者・家族を対象とした 755 件のうち、医師単独介入群は 78.0%、リエゾンナース単独介入群は 11.8%、精神科 CLT 介入群は 10.2%を占めた。このなかで、家族を対象とした 24 件は、すべて診療科看護師からの相談でリエゾンナースが介入し、このうち 83.3%が不安や抑うつを伴う適応障害に該当した。

患者対象の 731 件に対して、依頼理由、精神科診断大分類、介入方法について、介入した職種による 3 群間比較を行った。その結果、依頼理由では「不穏と興奮への対応」において、医師単独介入群がリエゾンナース単独介入群と比べ、さらに、精神科 CLT 介入群がリエゾンナース単独介入群と比較して有意に多かった。

また、「不安への対応」、「抑うつへの対応」において、リエゾンナース単独介入群が他の 2 群と比べ有意に多かった。「移植前の精神機能評価」では、精神科 CLT 介入群が他の 2 群と比べて有意に高かった（表.1）。

表1. 依頼理由の群間比較

	全体 (N=731)		医師単独介入群[a)] (n=589)		リエゾンナース単独介入群[b)] (n=65)		精神科CLT介入群[c)] (n=77)		χ^2	P^d	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
不安への対応	222	(30.4)	150	(25.5)	48	(73.8)	24	(31.2)	64.82	0.000	b)>a)*e), b) >c)*e
不穏／興奮への対応	191	(26.1)	175	(29.7)	0	(0.0)	16	(20.8)	28.05	0.000	a)>b)*e), c)>b)*e
抑うつへの対応	91	(12.4)	56	(9.5)	29	(44.6)	6	(7.8)	67.91	0.000	b)>a)*e), b)>c)*e
不眠への対応	68	(9.3)	64	(10.9)	2	(3.1)	2	(2.6)	8.80	0.012	
元々の精神疾患の診察･治療	61	(8.3)	54	(9.2)	0	(0.0)	7	(9.1)	67.91	0.039	
精神機能評価											
自殺企図後	32	(4.4)	30	(5.1)	0	(0.0)	2	(2.6)	4.28	0.063	
移植前	18	(2.5)	11	(1.9)	0	(0.0)	7	(9.1)	16.60	0.011	c)>a)*e), c)> b)*e
手術･治療前	8	(1.1)	7	(1.2)	0	(0.0)	1	(1.3)	0.80	0.672	
認知症鑑別	7	(1.0)	5	(0.8)	1	(1.5)	1	(1.3)	0.40	0.819	
身体表現性症状											
食欲不振／体重減少	18	(2.5)	17	(2.9)	0	(0.0)	1	(1.3)	2.52	0.285	
疼痛	19	(2.6)	14	(2.4)	2	(3.1)	3	(3.9)	0.69	0.710	
対応困難	15	(2.1)	12	(2.0)	0	(0.0)	3	(3.9)	2.67	0.264	
その他	46	(6.3)	42	(7.1)	0	(0.0)	4	(5.2)	5.2	0.074	

重複回答を含み、(%)は全体件数(人数)におけるその依頼理由の割合を示す

d) χ^2検定により医師単独介入群、リエゾンナース単独介入群、精神科CLT介入群の3群を比較

e) χ^2検定により医師単独介入群、リエゾンナース単独介入群、精神科CLT介入群の2群ごとに比較

*P <0.016, Bonferroni

精神科診断分類では「せん妄等」、「睡眠障害」において、医師単独介入群がリエゾンナース単独介入群と比べて有意に高かった。「適応障害」については、リエゾンナース単独介入群が他の 2 群に比べて有意に多かった。また「せん妄等」において、精神科 CLT 介入群がリエゾンナース単独介入群と比べ有意に多く、「Ⅳ軸のある事例」では、リエゾンナース単独介入群が医師単独介入群と比べ、精神科 CLT 介入群が他の 2 群と比較し有意に高かった（表.2）。

介入方法では「薬物療法」において、医師単独介入群がリエゾンナース単独介入群と比較し、精神科 CLT 介入群がリエゾンナース単独介入群に比べ有意に多かった。「カウンセリング・精神療法」、「スタッフへのアドバイス」において、リエゾンナース単独介入群が他の 2 群と比べて有意に高く、特に前者において、精神科 CLT 介入群は医師単独介入群と比較し有意に多かった（表.3）。

表 2. DSMに基づく精神科診断大分類の群間比較

	全体 (N=731)		医師単独介入群[a)] (n=589)		リエゾンナース単独介入群[b)] (n=65)		精神科CLT介入群[c)] (n=77)		χ^2	P^d	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
Ⅰ軸											
せん妄･認知症･健忘および他の認知障害											
せん妄	235	(32.1)	213	(36.2)	2	(3.1)	20	(26.0)	30.88	0.000	a)>b)*e), c)>b)*e
認知症	36	(4.9)	31	(5.3)	0		5	(6.4)	3.91	0.141	
一般身体疾患による精神疾患	25	(3.4)	20	(3.4)	0		5	(6.5)	4.51	0.105	
物質関連障害											
アルコール	15	(1.7)	13	(2.2)	0		2	(2.6)	1.55	0.462	
薬物	15	(1.7)	14	(2.4)	1	(1.5)	0		2.01	0.366	
治療薬	7	(0.8)	6	(1.0)	0		1	(1.3)	0.75	0.689	
統合失調症	22	(3.0)	19	(3.2)	0		3	(3.9)	2.32	0.314	
気分障害											
うつ病性	54	(7.4)	47	(7.8)	0		7	(9.1)	5.81	0.055	
双極性	15	(2.1)	13	(2.2)	0		2	(2.6)	1.55	0.462	
不安障害	56	(7.7)	45	(7.6)	3	(4.6)	8	(10.4)	1.66	0.435	
身体表現性障害	13	(1.8)	12	(2.0)	0		1	(1.3)	1.50	0.472	
摂食障害	10	(1.4)	9	(1.5)	1	(1.5)	0		1.19	0.551	
睡眠障害	61	(8.3)	56	(9.5)	0		5	(6.5)	7.30	0.009	a)>b)*e
適応障害	166	(22.7)	98	(17.6)	52	(80.0)	16	(20.8)	134.08	0.000	b)>a)*e, b)>c)*e
なし	33	(4.5)	27	(4.6)	0		6	(7.8)	5.00	0.082	
不明	8	(1.1)	7	(1.2)	0		1	(1.3)	1.70	0.427	
Ⅱ軸	18	(2.5)	15	(2.5)	0		3	(3.9)	2.53	0.284	
Ⅳ軸	84	(11.5)	34	(5.8)	14	(21.5)	36	(46.8)	119.52	0.000	b)>a)*e, c)>a)*e, c)>b)*e

重複回答を含み、(%)は全体件数(人数)におけるその精神科診断大分類の割合を示す

d) χ^2検定により医師単独介入群、リエゾンナース単独介入群、精神科CLT介入群の3群を比較

e) χ^2検定により医師単独介入群、リエゾンナース単独介入群、精神科CLT介入群の2群ごとに比較

*P <0.016, Bonferroni

表 3. 介入方法の群間比較

	全体 (N=731)		医師単独介入群[a)] (n=589)		リエゾンナース単独介入群[b)] (n=65)		精神科CLT介入群[c)] (N=77)		χ^2	P^d	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
薬物療法	242	(33.1)	208	(35.4)	0		34	(44.2)	37.71	0.000	a)>b)*e, c)>b)*e
カウンセリング･精神療法	166	(22.7)	79	(13.4)	63	(96.9)	24	(31.2)	236.11	0.000	b)>a)*e, c)>a)*e, b)>c)*e
スタッフへのアドバイス	522	(71.4)	404	(68.6)	65	(100.0)	53	(68.8)	28.57	0.000	b)>a)*e, b)>c)*e

重複回答を含み、(%)は全体件数(人数)におけるその介入方法の割合を示す

d) χ^2検定により医師単独介入群、リエゾンナース単独介入群、精神科CLT介入群の3群を比較

e) χ^2検定により医師単独介入群、リエゾンナース単独介入群、精神科CLT介入群の2群ごとに比較

*P <0.016, Bonferroni

【研究Ⅱ】

(1) コンサルテーションのタイプ

コンサルテーションのタイプに関し、患者・家族中心のものが 37 事例、医療者中心のものが 25 事例、管理に関するものが 1 事例あった。対応を必要とした背景について、患者・家族中心のものでは、不安、抑うつを生じた患者への直接介入、ストレスマネジメントの心理教育、せん妄患者の家族への精神的サポートに関するものが多かった。

また、医療者中心のものでは、患者の精神状態のアセスメントや対応の難しさに関する依頼、チーム全体が感情的に巻き込まれ対応が困難となっている状態を改善するための相談、精神科受診の必要性の判断の依頼、精神疾患に対する知識および精神ケアの方法の相談、行っている精神ケアの妥当性の確認などがあった。管理に関するコンサルテーションは、医療不信を強めている患者・家族への対応に関する看護管理者と医療安全対策室からの相談であった。

(2) 相談のルート

相談のルートは、看護相談、精神科医への依頼に同行した折に相談を受けたもの、緩和ケアチームからの相談、診療科医からの直接的な相談、ソーシャルワーカーからの相談の 5 つのパターンがあった。

(3) リエゾンナース・臨床心理士の介入内容

63 事例に対して、活動の内容、対象の変化に関する内容について 226 コードを抽出した。さらにその中から、リエゾンナース・臨床心理士に特徴のある役割が含まれる要素について類似性のあるコードをまとめ、67 サブカテゴリーを導き出した。

その結果、【精神状態のアセスメントおよびその要因・背景の理解による全体像の把

握】【薬物療法を含めた精神科専門治療の必要性に関する評価および介入の判断】【介入方針の検討と決定】【患者への直接的介入】【医療者に対する教育的支援】【医療者に対する情緒的支援】【家族支援】【関係性の発展と修復】【調整および橋渡し】【機動性のある存在】【精神科 CLT 内の連携の促進】の 11 カテゴリーが抽出された（表.4）。

表 4. リエゾンナース・臨床心理士の介入内容

カテゴリ	サブカテゴリ
精神状態のアセスメントおよびその要因・背景の理解による全体像の把握	患者・家族と医療者（チーム）間のコミュニケーションスタイルおよびダイナミズムのアセスメント 構造化された面接・検査場面における認知機能・性格傾向・知的水準の簡易評価 コミュニケーションスタイル・解釈モデル・性格傾向のアセスメント 生活全般のセルフケアの査定
薬物療法を含めた精神科専門治療の必要性に関する評価および介入の判断	薬物療法対象の精神症状の鑑別 精神科受診の必要性の判断 疾病受容の心理過程との見極め 高次脳機能障害との鑑別
介入方針の検討と決定	性格傾向に考慮した介入の検討 障害の特徴を踏まえた介入の検討 発達課題に応じた介入の検討 医療者のエゴン介入に対するモチベーション・ニーズに合わせた介入
患者への直接的介入	安全確保のための環境調整 不安および不眠、抑うつに対する非薬物療法的アプローチ ストレングスのはたらきかけ 患者が行えている対処の保証・フィードバック 問題の具体化・整理および解決策の提案 主治医に対する不満、不信感（わかってもらえない）の聞き役 患者の思いを看護師へ伝える代弁者 個人の思い、体験に寄り添う存在 気にかけてくれる存在 「心理的問題の専門家」としての存在 気分転換へのはたらきかけ 拒否的な患者にも配慮を示し介入し続ける 積極的な傾聴を通して、不安の言語化・整理により患者自らの解決を促す 病気を含めた自らの生を受容へとつなげる支援 患者の意思決定を重んじる支援 状況に巻き込まれずに中立的な見解を示す ストレスの言語化の促し、およびストレスマネジメントに対する介入 認知行動療法（認知行動療法に基づく心理教育／セルフモニタリングを含む） 心理反応およびケア・薬剤の意義についての心理教育的関与 介入後の精神状態（薬物の反応を含む）の変化のモニタリングおよび評価 アセスメントを踏まえた今後の見通しの予測 継続的な介入および評価を踏まえたターミネーション 退院後の精神的問題の相談窓口の提示
医療者に対する教育的支援	患者理解の促しおよびアドバイス コミュニケーション・対応についての具体的提案 精神疾患に対する知識をもとにした看護目標・計画立案への支援 倫理的問題・葛藤の緩和に向けた支援 医師との調整方法に関するアドバイス 精神状態のモニタリングに関するアドバイス 認知機能検査の提案 認知機能検査の結果に基づく見方を医療者へ助言 長期・再入院例で生じる医療者の「マンネリ化」への介入 医療者に教育提案し具化につなげる 医療者と患者が協働できる媒体の利用の提案 ケアをともに行うロールモデル 医師に対する直接的支援
医療者に対する情緒的支援	行われている看護ケアへの保証および意味づけ・反応の手ごたえへの共感 医療者と患者・家族間、医療スタッフ間のダイナミズムや葛藤への理解を示し、介入する 看護師の重圧、ケアの行き詰まり感、陰性感情の緩和およびケアの立て直し 看護師の労をねぎらう 訴訟に発展する可能性のある事例に対する医療者への精神的支援
家族支援	家族に対する患者の精神症状や対応に関する心理教育的関与 家族への情緒的支援 遺族への情緒的支援
関係性の発展および修復	患者・家族と医療者間の関係を促進するためのはたらきかけ 患者・家族と医療者間の関係不和の改善・再構築
調整および橋渡し	他職種・他領域との間のゲートキーパー 看護師と主治医の橋渡し
機動性のある存在	敷居が低くアクセスしやすい存在 病棟間・外来病方に柔軟に関わる 精神科を受診するほどではない段階での早期介入 今すぐという タイミングに応じる
精神科CLT内の連携の促進	臓器移植のコンプライアンスと意思決定能力の統合評価 能力と資源を踏まえた相互活用 チーム内の凝集性・共有化の促進

(4) 精神科 CLT における各職種の役割の構造

本研究の質的分析に基づき、リエゾンナースおよび臨床心理士の役割を中心に、精神科 CLT における各職種の役割の構造を図 1 にまとめた。精神科医は疾患の診断を行い、薬物療法や精神療法を施行しているのに対し、リエゾンナースと臨床心理士は、患者・家族に対する直接的介入を通じて、精神状態の理解の仕方を示すことにより、医療者に対しても教育的・情緒的な支援に重きをおいた介入を行っていた。また、精神科 CLT 内の連携、他の医療チーム、他部門、他専門職者との調整および橋渡しを担っていた。

さらに、リエゾンナース、臨床心理士それぞれのアプローチの特徴も明らかとなった。リエゾンナースは、①看護師の支援を重んじた看護チーム内の葛藤の調整や対応困難な患者の理解への促進、②生活全般のセルフケアの査定の重視、③適応障害の患者に対する積極的傾聴を中心とした保証や認知の気づきの促しを行っていた。これに対し臨床心理士は、①認知機能、性格傾向に対する客観的ツールも加味した精神状態の査定、②より精神病理の重い患者に対する体系的な心理療法を担っていた（図 1）。

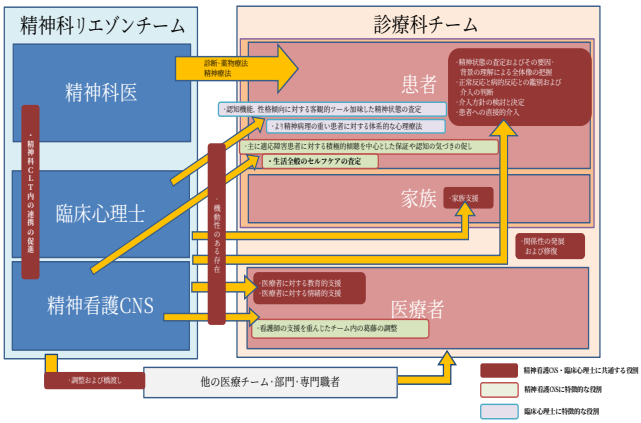

図1. 精神科CLTにおけるリエゾンナースおよび臨床心理士を中心とした各職種の役割の構造

今回の調査結果から、疾患群によって介入した職種が異なること、リエゾンナースおよび臨床心理士の役割には重なりが多くある一方で、精神状態・機能の評価視点や介入方法においてそれぞれの特性をもつことが明らかとなった。

精神科 CLT のねらいは、精神医療の質の向上と医療者の負担軽減にある。限られた人員と構成で、現状の精神ケアのニーズに対してより確実に応えるためには、効率的かつ有機的な活動が不可欠である。ここでは、以上の結果に基づき、精神医療の質の維持・向上を図ること、特定の医療者への負担が増さないことの両者のバランスをとった精神科 CLT 内の役割分担およびチーム連携の指標について考察する。

(1) 患者の精神的問題を指標とした役割分担および連携の判断

中嶋(2009)は、精神医療サービスの提供における有機的な協働の方略として、患者の精神的問題について医学的複雑さ、および心理・社会的複雑さの側面から整理することを提唱している。

本研究の結果、全体として適応障害は割合が多く、かつリエゾンナースが単独で介入していたことが明らかとなった。これは、医学的複雑さが少なく、心理社会的複雑さの多い領域に相当し、必ずしも薬物療法の介入を必要としない。カウンセリングや医療者の対応の向上で改善が得られる可能性がある疾患といえ、本研究の結果からも、患者・家族に対する直接的アプローチや医療者への支援の詳細な内容が示された。その介入の効果は今後検証が必要である。

現在、当院では臨床心理士が単独で介入する環境は開かれていない。しかし、研究結果からは臨床心理士が独自の役割を果たしていることが示された。認知機能の客観的な評価や体系的な心理療法を要する事例には臨床心理士が主体で行える可能性があり、職種の役割をいかした連携・協働の方法を共通理解することが重要である。

(2) 診療科医療者の対応の困難度を指標にした役割分担および連携の判断

Ⅳ軸のある事例に多職種で連携して介入することが多い背景には、薬物療法単独による症状緩和および問題解決の難しさがあると考える。また、せん妄は、医学的複雑さの高い領域に分類されるが、診療科看護師よりリエゾンナースに相談がある際には、すでに精神科医が介入していることが多かった。せん妄に対しては、直接的にケアする看護師が対応に悩み疲弊していることが多く、教育的かつ情緒的支援も要される。つまり、従来医師のみの介入とされてきたこの領域においても多職種との連携が必要な領域が存在することが示唆された。

この領域の依頼の多い診療科の医療者に対しては、相談室型だけではなく回診型のコンサルテーションを取り入れることにより、より早期介入が図れたり、診療科の医療者の対応能力の向上に貢献できる可能性がある。また、精神科 CLT において役割分担と連携を検討する際には、患者の精神的問題の複雑さを医学的、心理社会的複雑さの 2 つの軸からとらえるだけでなく、診療科の医療者の対応の困難度も指標として加える必要があるかもしれない。せん妄に限らず医学的複雑さによらない、患者の精神状態に起因したチーム内葛藤や医療者の疲弊に対してもリエゾンナースや臨床心理士の主体的な協働が要されるところである。ただしこれは、相談者自身が相談事として自覚しにくい主観的な感覚であり、その個人的条件や環境的条件によって流動的に変化するという理解が前提となる。

Ⅳ軸のある事例は、医学的複雑さの程度の高低にかかわらず、心理社会的複雑さの高い領域として協働する機会が多かったと考える。精神科医に依頼のある初期から多職種で多角的にアセスメントして介入方針を決定することにより、より早期に多方面から介入できる可能性がある。今後は、明示した役割を互いに合意し、さらにチーム活動を通して理解を深めて実践につなげること、精神科 CLT と診療科チームとの間も含めた各職種の役割分担と連携のシステムを構築、導入し、その有効性を評価することが課題である。

５．主な発表論文等

〔雑誌論文〕（計 2 件）

①山内典子，安田妙子，小林清香，異儀田はづき，筒井順子，西村勝治，田中美恵子：精神科コンサルテーション・リエゾンチームにおける各職種の役割構築に向けたパイロットスタディ，総合病院精神医学，査読有，25（1），2013，23-32.

②山内典子，安田妙子，異儀田はづき，金子眞理子：リエゾンチームの連携・協働における看護師の役割，看護技術，査読無，58(2)，2012，54-59.

〔学会発表〕（計 5 件）

①山内典子：臨床心理士とリエゾンナースにおける協働のあり方の検討－リエゾンナースの立場から－，第 26 回日本総合病院精神医学会総会，2013 年 11 月 30 日，京都テルサ

②山内典子：コンサルテーション・リエゾン精神医療チームにおける多職種による連携のあり方，第 26 回日本総合病院精神医学会総会，2013 年 11 月 29 日，京都テルサ

③山内典子：第一報)精神科コンサルテーションリエゾンチームにおける活動の実態一各職種によるコンサルテーション事例の特性一，東京女子医科大学看護学会第 9 回学術集会，2013 年 10 月 5 日，東京女子医科大学弥生記念講堂

④山内典子：精神科リエゾンチームの活動の実際とアウトカム，日本循環器看護学会第 10 回学術集会，2013 年 9 月 28 日，船堀タワー

⑤山内典子：コンサルテーション・リエゾン精神医療チームにおける各職種の役割の特徴，第 25 回日本総合病院精神医学会総会，2012 年 11 月 30 日，大田区産業プラザ

６．研究組織

(1)研究代表者

山内 典子（YAMAUCHI Noriko）
東京女子医科大学・大学病院・看護師
研究者番号：10517436

(2)研究分担者

田中 美恵子（TANAKA Mieko）
東京女子医科大学・看護学部・教授
研究者番号： 10171802

(3)連携研究者

安田 妙子（YASUDA Taeko）
東京女子医科大学・大学病院・看護師
研究者番号：50382429

小林 清香（KOBAYASI Sayaka）
東京女子医科大学・医学部・臨床心理士
研究者番号：40439807

異儀田 はづき（IGITA Hazuki）
東京女子医科大学・看護学部・助教
研究者番号： 70601293

西村 勝治（NISHIMURA Katuji）
東京女子医科大学・医学部・臨床准教授
研究者番号：60218188

(4) 研究協力者

筒井 順子(Tutui Junko)
東京女子医科大学・医学部・臨床心理士
研究者番号：20363624