

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 —

宇佐美しおり¹⁾、福嶋好重²⁾、野末聖香³⁾、岡谷恵子⁴⁾、
樋山光教⁵⁾、右田香魚子⁶⁾、平田真一⁶⁾、北里眞弓⁶⁾

The Effectiveness of Psychiatric Liaison Consultation Team for the People with Physical Illness in the General Hospital

Shiori USAMI¹⁾, Yoshie FUKUSHIMA²⁾, Kiyoka NOZUE³⁾, Keiko OKAYA⁴⁾,
Mitsunori HIYAMA⁵⁾, Kanako MIGITA⁶⁾, Shin-ichi HIRATA⁶⁾, Mayumi KITASATO⁶⁾

Abstract : The purpose of this study was to show the effectiveness of psychiatric liaison consultation team for the people with chronic illness in the general hospital. Psychiatric liaison consultation team was constructed by certified nurse specialist(CNS), psychiatrist, clinical psychologist, nurse and social worker. Case manager was CNS and team intervened to the patients according to the standard of intervention by team. Intervention had been implemented by CNS mainly. Thirty one patients who consented to this study were intervened by CNS and team between July of 2007 and Feb.2008. They had chronic illness which was SLE, cancer and other physical illness without mental illness. BPRS, GAF, and LSP were written by CNS at the time of baseline before intervention and at the end time of intervention. Furthermore patients wrote CES-D and SF-36 by themselves at the baseline and the end point of intervention. Those questionnaires were returned by mail. CSQ was written by patients at the end of intervention. Thirty one patients had high depression score at the baseline and after intervention depressive state was improved. And they had lower SF-36 compared with that of the people who had chronic illness in another study. Furthermore they needed to be supported psychosocially by CNS to prevent worse their symptom. And they had psychosocial needs and those needs should be intervened by interdisciplinary team. In conclusion, the role of CNS and interdisciplinary team were discussed in order to meet the patients' needs and to prevent worse their symptom in the general hospitals.

Key words : Certified Nurse Specialist(CNS), Psychiatric Liaison Consultation Team,
Chronic Illness

1) 熊本大学医学部保健学科 2) 横浜州市市民病院
3) 慶応義塾大学看護医療学部 4) 近大姫路大学
5) 東京医療センター 6) 熊本大学医学部附属病院

I. はじめに

医療の高度化、複雑化、在院日数の減少、地域ケアの促進において多くの慢性疾患を有する患者が地域で生活するようになり、また患者の6割は鬱状態を有していることが報告され、身体疾患を有する人々へのこころのケアを提供するリエゾンコンサルテーションが医療においても重要視されるようになってきている。

一方、看護においては看護系大学院を修了し所定の経験を経た後、日本看護協会の認定を受けて活動する高度看護実践家としての専門看護師(Certified Nurse Specialist, CNS)が増えはじめ、多様な患者のニーズに答え、医療の高度化、複雑化に対応し、医療や看護ケアの質に貢献することが期待されている。

平成6年度に専門看護師制度が始まってから、専門看護師は現在302名、その中で精神看護専門看護師は日本で52名であるが、国内外の文献では精神看護専門看護師の直接ケアにより身体疾患を有する患者の心理社会的機能の改善、早期退院、再入院の減少、症状の軽減などの効果が報告され、またNuccio (1993), Newton & Wilson (1990)らの調査では、精神看護専門看護師の働きかけにより、看護師の患者・家族のアセスメント能力が向上し、ケアプランが豊かになったことが報告されている¹⁾。

日本においても、精神看護専門看護師による直接ケアおよびコンサルテーションが、慢性疾患を有する患者の症状の改善、そして医療者間の連携や協働の促進、患者／家族への具体的な対処方法の理解の促進、ケア意欲の強化をもたらし、医療チーム全体が効率的で良質のケアを提供できることが明らかになってきている²⁾⁻⁴⁾。

そこで、今回、このチームの連携が図られることで慢性疾患をもち心理社会的問題を有する患者および家族の心身の健康を促進し、彼らの鬱状態の改善をはかるため、精神看護専門看護師を中心としたリエゾン・チーム(リエゾン・コンサルテ-

ションチーム、以後リエゾン・チームと呼ぶ)を編成し、その効果を明らかにすることを目的とした。

II. 研究目的

本研究は、精神看護専門看護師が配置されている総合病院において、慢性疾患をもち精神症状を呈する患者に、症状および治療・生活管理に関する相談支援を行い、ニーズに応じた心理社会的支援をリエゾン・チームで展開し、その成果を明らかにすることを目的とした。ここでは慢性疾患とは病気や治療を管理し続けることが必要な疾患とした。

III. 研究方法

1. 対象者：関東ならびに九州の精神看護専門看護師の存在する総合病院に入院中の患者で、せん妄をのぞき、自己免疫疾患、悪性腫瘍、クローン病、腎・肝疾患などの慢性疾患で治療中の患者、もしくは精神疾患をもちながら精神科病棟以外で治療をうけている18歳以上70歳以下で、認知症をもたず自分で質問紙への記載ができる患者31名を対象とした(介入群)。また彼らに治療やケアを提供するリエゾン・チームの実施記録を対象とした。さらに同じ時期に精神科医に依頼があったコンサルテーション用紙41名を分析し、比較群とし、今回の介入群との対象者特徴の違いを検討した。

2. 調査方法：研究は平成19年7月から平成20年2月までの間に行われ、患者のニーズと状態に応じて、精神科医、精神看護専門看護師をコアメンバーとして、ソーシャルワーカー、患者総合相談室看護師、薬剤師等で構成するリエゾン・チームを作り、精神科、もしくは精神看護専門看護師に医師、看護師から依頼があった際、リエゾン・チームが介入する場合にその評価を行うこととした。

まず研究の依頼を対象者に行い、研究に同意の

得られた患者に対し、介入時、介入終了時の2時点で、病状（簡易型精神症状評価尺度BPRS）、日常生活自立度（Life Skills Profile, LSP）をリエゾン・チームで評価した。患者には介入時、介入終了時に、うつ状態評価尺度（CES-D）、身体に関連した生活の満足度（SF-36）を自己記載していただき、介入終了時に（退院時）には、さらにケア満足度（Client Satisfaction Questionnaire, CSQ）を無記名にて記載してもらった。BPRS, LSPは精神看護専門看護師が、CES-D, SF-36, CSQは患者本人に無記名で郵送法にて質問紙を返送してもらった。

3. リエゾン・チームによる支援の手順

1) 病棟から精神科および精神看護専門看護師に相談依頼がきた時点で、各々が単独でかかわるもの、リエゾン・チームでかかわるものに分類し、患者の状態とニーズに応じてリエゾン・チームを編成し、チーム会議を主治医、病棟の受け持ち看護師、精神科医、精神看護専門看護師、ソーシャルワーカー、患者総合相談室看護師、薬剤師等で構成し、1週間に1回行った。

2) 次に、患者にリエゾン・チームによる支援の希望の有無と研究協力の意思の確認を行った。リエゾン・チームの支援の基準として、①抑うつが強く希死念慮を訴える、②気分変動が強い、③行動が落ち着かない、④ナースコールが頻回、⑤治療経過がスムーズにいかない、⑥医療者への不信感（医療者やナースを攻撃する）、⑦医療者に過度に依存する、⑧身体症状を頻回に訴える、⑨何もしゃべろうとしない、⑩自暴自棄になっている、⑪薬や注射を過度に要求する、⑫回復への意欲がないようにみえる、⑬不眠が強い、などを支援の基準とした。

3) リエゾン・チームによる支援方法

基本的な支援の原則は、精神看護専門看護師が中心となり、患者・家族の精神状態の査定、必要な治療、ケアの判定と役割分担を明確にし、精神状態に応じた治療とケアを遂行した。患者の不安

や抑鬱への傾聴を行い、カタルシスを促進し、患者自身が自分の治療や病気と生活や人々の関係を見直し、再構築することを支援した。

<1回目>：支援の目的を伝え、患者の不安や抑鬱の体験の苦しさを共有し、苦痛の体験がどこからきているのか、を一緒に検討し、さらに、抑鬱や不安の軽減にどのような対処が可能なのかをさがした。また必要な薬物療法について検討、処方依頼を行った。この際には精神看護専門看護師が随時各精神科医に依頼した。

<2回目以降>：患者の症状の軽減に対し、対処方法を検討するとともに、患者の病気や治療に応じた生活の再構築を患者と一緒に検討した。身体症状が多く緊張が強いときには筋弛緩法や深呼吸法のリラクゼーションを行った。支援は最低1週間に1回、30分以上行った。

4) 地域連携について

退院後、地域資源との連携が必要な患者には地域連携（訪問看護やヘルパーなどの社会資源の紹介、専門看護師との外来面接、クリニックの精神科医との面接など）を行うために、ソーシャルワーカーに助言を求め、活用できる社会資源の検討を行った。

4. 用いた質問紙

1) CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

一般人におけるうつ状態の早期発見を行うためのスクリーニングツールである。抑うつ気分、不眠、食欲低下などうつ病の主成分が含まれ、V-Ascale, SDSとの併存妥当性の検討が行われ、高い相関がみられている。この質問紙のカッティング・オフポイントは16点であり、点数が高くなれば抑うつが高いことを示している。

2) DSM-IV-TR and BPRS

この研究においては、“精神疾患の分類と診断の手引き (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition-Text Revision, DSM-IV-TR)”を対象者の精神疾患

の分類に用いた。さらにDSM-IV-TRに加え、簡易精神症状評価尺度 (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)を用い、現在の症状を査定する。BPRSは16の症状のカテゴリーを含み、それぞれの症状は7段階で評価するスケールである。入院したばかりの統合失調症患者における16の項目の評定者間の信頼性は0.56から0.87である (Overall & Gorham, 1962)。The BPRS は、精神障害者の症状の評価を要約することができ、日本語版においても質問紙の改訂が行われてきている。今回、BPRSは精神看護専門看護師が患者・家族と面接を行いながら評価した。

3) GAF and LSP

DSM-IV-TRの5軸である機能の全体的評定 (The Global Assessment of Functioning, GAF) は、対象者の心理・社会的・職業上の機能を0-100点で評価する質問紙である。GAFは対象者の機能レベルを評価するために多くの研究で用いられている (American Psychiatric Association, 2000)。GAFに加えてこの研究では、Rosen, Hadzi-Pavlovic, & Parker (1989) によって作成された日常生活自立度質問紙 (Life Skills Profile, LSP)を用いている。LSPはセルフケア、行動障害の少なさ、社会的接触、コミュニケーションと責任感の5つの範囲にわけられ39項目から構成されている質問紙である。この5つのカテゴリーからなる質問紙の内部一貫性は高いことが報告されている (それぞれの5つの範囲のCronbach's alphaは 0.88, 0.85, 0.79, 0.67, 0.77)。LSPは地域で生活する精神疾患ならびに一時的に精神状態が悪化する人々の機能と障害を評価するために発達し、今回の研究で用いた理由は日本における他の患者への研究で用いられており、比較が可能なため本質問紙を用いた。

4) SF-36(The short-Form 36items Health Survey)

健康に関連したQOLを測定するための尺度であり、身体的機能、日常役割機能 (身体)、身体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能、日

常役割機能 (精神)、心の健康、から構成され、点数が高いほど生活への満足度が高いことを示している。精神科領域においても用いられるようになってきている。計算は平均を0-100点の下位得点と平均を50点とした国民標準値 (NBS得点) があり点数が高いと生活の質が高いことを示している。

5) クライアント満足度質問紙 (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ)

CSQは CAQ-18とCSQ-8があり (Attkisson & Zwick, 1982)、CSQ-18は高い内的一貫性をもち Cronbach's alphaは0.91、またCSQ-8もまた同じである。CSQ-8は伊藤らによって日本語版が出版されており (伊藤, 栗田, 2000)、この質問紙はサービスに関する情報を質的側面に加え、量的にもとらえることができるため、今回この質問紙を用いることとした。

6) 介入記録・看護記録・医療記録

介入記録は、これまでの精神看護専門看護師に関する研究結果をもとに、介入内容をカテゴリー化し、介入のためにチェックすることとした。

5. 実施期間：熊本大学医学薬学研究部倫理委員会ならびに各病院の倫理委員会で承認を得た日から平成20年3月まで (退院後のフォローを含めるため) 実施した。

6. 分析方法：介入前後について、統計学パッケージSPSSVer,16.0を用い、病状、日常生活自立度、身体に関連した生活の満足度、受けたケアに関する満足度を、記述統計を用いて比較した。また比較群については記述統計を用いた。

7. 研究の倫理的配慮：熊本大学医学薬学研究部の倫理委員会およびY病院倫理委員会で承認を得た後、対象者に研究の目的、方法を説明し、研究に同意の得られた対象者に郵送法による質問紙調査を行った。同一人物であることを確認するため、研究期間中は名前で質問紙を管理するが、研究終

了後は番号につけかえ、個人や施設名が特定されない形で、分析を行うことを伝え同意を得た。また専門学会への発表や報告書作成を行っていくが、この際も、個人や施設名が特定されない形で発表を行うことを伝え同意を得た。

IV. 結果

1. 対象者の特徴

対象者は、精神神経科病棟の精神科医へ依頼されたコンサルテーション依頼内容を比較群とし、比較群41名、介入群31名を対象とした。

比較群は、精神科医へのコンサルテーション依頼の内容分析を行った。対象となった患者は平均年齢56.37歳 (SD±20.26)、男性23名 (56.09%)、女性18名 (43.91%) だった。また依頼された患者の状態は鬱状態・不眠が23名 (56.09%)、不穏・興奮が6名 (14.63%)、強度の不安が1名 (3.03%)、物質乱用が2名 (4.88%)、認知症3名 (7.32%)、統合失調症2名 (4.88%)、身体化が多いので精神疾患を診断してほしい4名 (9.76%) だった。

依頼の意図は、精神症状に対する治療36名 (87.80%)、精神的サポートをしてほしい4名 (9.76%)、カウンセリングをしてほしい1名 (2.44%) だった。また身体疾患としては、消化器疾患 (膵臓胆管癌、肝臓癌、胃癌) 15名 (36.58%)、循環器疾患 (冠状動脈性疾患、心筋梗塞) 11名 (26.83%)、腎不全・腎疾患5名 (12.20%)、代謝性疾患4名 (9.76%)、呼吸器疾患2名 (4.88%)、耳鼻科疾患2名 (4.88%)、その他2名 (4.87%) だった。治療は、大量ステロイド療法16名 (39.02%)、化学療法13名 (31.71%)、放射線療法4名 (9.76%)、抗生剤・抗菌剤療法1名 (2.44%)、光線療法2名 (4.88%)、手術目的4名 (9.76%)、インシュリン調整1名 (2.44%) だった。

介入群については平均年齢47.00歳 (SD±20.76)、介入までの入院期間は29.27日 (SD±21.39)、用

いられていた精神科薬物治療はCP換算で260.00 (SD±281.52)、アミトリプチン換算47.37 (SD±15.22)、ジアゼパム66.67 (SD±0) だった。また男性16名、女性15名で、精神科診断名は、介入時の診断なしは31名 (31.71%)、介入後、気分障害25名 (60.97%)、不安障害3名 (7.32%) だった。

2. 介入群における介入前後のCES-D、SF-36、BPRS、LSPの比較

鬱状態を示すCES-Dについては介入前平均37.90 (SD±11.96)、介入後は16.52 (SD±5.90)、精神症状と日常生活機能については、BPRSは介入前49.37 (SD±9.69)、介入後26.53 (SD±4.95)、またLSPについては介入前117.33 (SD±8.24)、介入後は130.30 (SD±10.51) で、精神症状は改善し、日常生活機能は高まっており、特にLSPについては介入前後に中等度の有意な相関がみられていた ($\gamma=0.45$, $p<0.05$)。

身体状態に関する生活の質満足度の下位得点については、SF-36の介入前の身体機能48.71 (SD±31.14)、介入後の身体機能68.39 (SD±30.78)、介入前の日常役割機能 (身体) 22.58 (SD±21.75)、介入後の日常役割機能 (身体) 48.19 (SD±20.42)、また介入前の体の痛み60.39 (SD±37.39)、介入後の体の痛み69.71 (SD±30.24)、介入前の全体的健康感16.33 (SD±17.51)、介入後の全体的健康感36.75 (SD±11.26)、介入前の活力19.38 (SD±15.16)、介入後の活力46.88 (SD±11.34)、介入前の社会生活機能24.17 (SD±23.66)、介入後の社会生活機能42.90 (SD±20.96)、介入前の日常役割機能 (精神) が24.16 (SD±17.96)、介入後の日常役割機能 (精神) 46.11 (SD±19.78)、介入前の心の健康32.17 (SD±70.55)、介入後の心の健康48.00 (SD±10.64) で、介入前に比べ介入後に生活の質満足度は高くなっていた。また身体機能、日常役割機能 (身体)、体の痛み、全体的健康感、社会生活機能、心の健康で介入前後について中等度の有意な相関がみられていた ($\gamma=0.49-0.92$, $p<0.001$)。すなわち介入後には身体状

況の改善とともに患者の生活への満足度も高まっていたと考えられた。これらの結果を表1・2に示す。またSF-36についてはNBS得点についても記載した。

3. 介入群におけるリエゾン・チームの支援内容

リエゾン・チームとして実施した内容は、最も多かったのは「身体症状・精神症状とこれまでの病気に関連した苦痛な出来事についての患者の思いや苦痛を共有しようとした」「精神症状と生活歴に関する情報を収集した」「身体・精神症状と人との関係に関する苦痛な体験について共有しようとして努力した」が多く、ついで「症状管理についての患者自身との話しあい」「ストレス対処方法についての患者自身との話しあい」が多く、次に「今後の生活上のニーズをきくようにつとめた」「精神科診断の実施の依頼」「精神科薬物療法の依頼」「精神症状の管理と症状悪化予防のための生活の構造化について話しあった」などが介入として挙げられていた。ある患者は1型糖尿病で乳がんで手術が必要であり、病棟では看護師および医師への不満と攻撃、批判が続いていた。看護師の依頼によりアセスメントを行い、チームの結成とケアを実施する中で、病気の発症により患者と母親とのこれまでの関係の課題が再現され、医師・看護師にこれまでの問題を投影させていた。この母親と患者、患者のこれまでの生活歴に関する課題と現在の精神状態をアセスメントし、病気のこれまでの生活への影響を明確にすることで、患者に何がおこっているのかを現在の病気のみではなく、患者の心理社会的側面を含めて理解しやすくなり、周囲の支援が容易になった。またチームで一貫して関わることで、患者自身および家族の不安も軽減していった。ある患者は膠原病をもち、総合病院で治療をうけていたが、その際乳ガンが転移していることがわかり化学療法をはじめたが、そこでの医療者の対応に不信感をもち、K大学病院へ転院をしてきたが、これまでの医療者への不信感から治療内容、リハビリテーションに不安感、

不満をもち、気分の波も激しくなり精神看護専門看護師へ依頼を病棟看護師が行った。患者の気分の波については、患者自身も自覚をしており、何とかコントロールしたいと考えていた。またこれまでうけてきた医療への不信感から現在行われている化学療法に関しての不満も強く、そのことを医師や看護師へつたえるが十分理解してもらえていると感じていなかった。そこで専門看護師との

表1 比較群の特徴

年 齢	56.37 (20.26)
	N (%)
性別 男性	23名 (56.09%)
女性	18名 (43.91%)
依頼の意図	
精神症状への治療	36名 (87.80%)
精神的サポート	4名 (9.76%)
カウンセリング	1名 (2.44%)
精神科診断	
鬱状態・不眠	23名 (56.09%)
不穏・興奮	6名 (14.63%)
強度の不安	1名 (3.03%)
認知症	3名 (7.32%)
統合失調症	2名 (4.88%)
物質乱用	2名 (4.88%)
精神疾患の診断希望	4名 (9.76%)
身体疾患	
消化器疾患	15名 (36.58%)
循環器疾患	11名 (26.83%)
腎不全・腎疾患	5名 (12.20%)
代謝性疾患	4名 (9.76%)
呼吸器疾患	2名 (4.88%)
耳鼻科疾患	2名 (4.88%)
その他	2名 (4.87%)
現在の治療	
大量ステロイド療法	16名 (39.02%)
化学療法	13名 (31.71%)
放射線治療	4名 (9.76%)
手術目的	4名 (9.76%)
光線療法	2名 (4.88%)
抗生剤・抗菌剤療法	1名 (2.44%)
インスリン調整	1名 (2.44%)

表2 介入群の特徴

		N (%)	
性別	男性	16 (51%)	
	女性	15 (48%)	
	N	平均 (SD)	
年齢	31	47.00 (20.76)	
精神科診断名			
気分障害		25名	
不安障害		3名	
不明		1名	
介入までの入院期間	31	29.26 (21.39)	
薬物C/P	5	260.00 (281.51)	
アミトリプチン	19	47.37 (15.22)	
ジアゼパム	1	66.67 (—)	
CES-D; 介入前	31	37.90 (11.96)	
介入後	29	16.52 (5.90)	
SF-36			
身体介入前	31	48.71(31.14)/26.39(25.88)	
身体介入後	31	68.39(30.78)/34.81(22.58)	
日常役割機能(身体) 介入前	31	22.58(21.75)/13.99(11.80)	
日常役割機能(身体) 介入後	31	48.19(20.42)/27.97(11.14)	
体の痛み 介入前	31	60.39(37.39)/49.39(1.65)	
体の痛み 介入後	31	69.71(30.24)/49.80(1.34)	
全体的健康感 介入前	30	16.33(17.52)/25.14(9.94)	
全体的健康感 介入後	30	36.75(11.26)/35.23(6.07)	
活力介入前	30	19.38(15.16)/29.70(8.27)	
活力介入後	30	46.88(11.34)/41.81(6.88)	
社会生活機能 介入前	30	24.17(23.66)/18.29(13.42)	
社会生活機能 介入後	30	42.90(20.96)/27.28(10.75)	
日常役割機能(精神) 介入後	30	24.16(17.96)/18.58(9.81)	
日常役割機能(精神) 介入後	30	46.11(19.78)/29.55(10.27)	
心の健康 介入前	30	32.17(70.55)/23.77(7.79)	
心の健康 介入後	30	48.00(10.64)/36.59(7.20)	
LSP			
介入前	31	117.35 (8.10)	
介入後	30	130.30 (10.51)	
CSQ			
介入時間(分)	31	127.42 (96.819)	
介入回数	31	3.45 (1.79)	
チーム会議回数	31	1.74 (1.03)	
会議時間(分)	31	24.03 (22.04)	

間で面接を行いながら、患者の病状の波のコントロール、何が最も患者を不安にさせるのかを話しあいながら理学療法士や病棟主治医とも調整を行っていった。面接終了後には患者は医師、看護師へも自分のニーズをつたえることができるようになり、自分で社会資源を使って自宅へ帰ろうと思うようになり、面接を終了した。またリエゾン・チーム会議の平均開催回数は1.74回でチーム会議では、「精神状態のアセスメントと治療・ケア方針についての検討」「ケア計画・ケア内容についての検討」「患者・家族の関係と支援方法についての検討」がチーム会議での話し合いは多かった。またリエゾン・チームにはじめて参加したのものからは「それぞれの職種の役割が確認できてよかった」「患者自身の身体状態だけでなく精神状態や家族の状態も把握しやすかった」などの意見があげられた。特に看護師、精神科以外からの医師からは、患者の体の側面だけでなく精神的側面やこれまでの医療への姿勢などがわかるようになり身体疾患の治療が展開しやすくなったとの意見が語られていた。また、対象となった患者31名のうち12名(38.7%)はクリニックの精神科医および精神看護専門看護師と外来での面接を希望し、退院後も精神状態の安定のため、地域における精神医療との連携を行っていくこととなった。これらの結果を表3・4に示す。

V. 考察

今回、本事業において、身体疾患をもち、精神的に不安定な患者へのリエゾン・チームによる支援を実施し、その評価を行ったが、リエゾン・チームの介入により精神症状および日常生活機能、身体に関連した生活への満足度は高まっていた。

1. 身体疾患を有する患者の精神状態悪化予防のための病院および外来・地域での継続支援の必要性

今回の対象者たちのうつ状態は、介入前は37.90とかなり高く、また介入後に16.52とさがって

表3 リエゾン・チームの介入内容

リエゾン・チームの支援の実際	あり (%)	なし (%)
精神科診断を実施	17 (54.8%)	14 (45.2%)
精神科薬物療法の検討	17 (54.8%)	14 (45.2%)
精神科薬物療法の依頼	16 (51.6%)	15 (48.4%)
精神症状と生活歴に関する情報を収集	31 (100.0%)	0
身体症状・精神症状とこれまでの病気に関連した苦痛な出来事についての患者の思いや苦痛を共有	31 (100.0%)	0
身体・精神症状と人との関係に関する苦痛な体験の共有	30 (96.8%)	1 (3.2%)
身体・精神症状や身体疾患のこれまでの生活史における位置づけの明確化	19 (61.3%)	12 (38.7%)
今後の生活上のニーズの把握	21 (67.7%)	10 (32.3%)
精神症状の管理と症状悪化予防のための生活の構造化	15 (48.4%)	16 (51.6%)
症状の管理方法の話しあい	25 (80.6%)	6 (19.4%)
ストレス対処方法の検討	23 (74.2%)	8 (25.8%)
リラクセーションの実施	10 (32.3%)	21 (67.7%)
活用可能な社会資源の検討	4 (12.9%)	27 (87.1%)
ヘルパー、訪問看護などの社会資源の調整	4 (12.9%)	27 (87.1%)
家族への精神的支援と助言	9 (29.0%)	22 (71.0%)
家族の困難さを共有	9 (29.0%)	22 (71.0%)
ほか	1 (3.2%)	30 (96.8%)

表4 リエゾン・チーム会議内容

リエゾン・チーム会議	あり (%)	なし (%)
身体状態のアセスメントと治療方針の共有を実施	29 (93.5%)	2 (6.5%)
精神状態のアセスメントと治療、ケア方針についての検討、共有	31 (100%)	0
ケア計画、ケア内容について検討	31 (100%)	0
患者と家族の関係と支援方法についての検討	31 (100%)	0
用いる資源の内容についての検討	8 (23.5%)	23 (67.6%)

たが、鬱状態のCutting off pointが16点以上であることを考えると、介入時は重度のうつであることを考えると、介入時は重度のうつであることを示していることが明らかになった。またSF-36の値についても、これまでの慢性疾患を有する患者たちの吉田らの結果と比較すると身体状態に関連した生活の質はかなり低いと考えられた⁵⁾。正常な健康な成人の平均うつ得点は7点前後といわれており、また野末らの調査によると身体疾患をもつ患者の6割以上が鬱状態を有していることが報告されており⁶⁾、さらに細原らの手術前の患者のSF-36との値はどの下位項目も60-80の間で今回の値よりも高く、手術前であっても身体に関連した生活の質満足度は高いことが報告されている⁷⁾。しかし今回の介入対象者たちの精神状態はこれらの文献と比較しても、強いうつ状態であり、また身体に関連した生活の質満足度は低いことが明らかとなった。また在院日数が少なくなっている現在の多くの病院において、身体状態が改善しても鬱状態や不安は強いまま退院していることが明らかとなり、また実際38.7%の患者が退院後も精神療法を希望していたことから、身体疾患をもつ多くの患者たちは退院後の精神的支援を切望していることが明らかとなった。

従って入院中および退院後も、精神看護専門看護師や精神科医が外来で患者の精神的支援を行うことで、患者のうつ状態や不安症状を改善することができると考えられた。

2. 身体疾患をもち精神状態が悪化している患者のためのリエゾン・チームの役割、精神看護専門看護師によるマネジメント機能の重要性

さらに、今回リエゾン・チームの対象者となった患者はリエゾン・チームによる介入を希望した対象者で、またうつ状態や不安状態が高かったことから、身体疾患の状態にかかわらず強いうつ状態や不安を有する患者には、患者が入院している診療科の医師、看護師だけではなく精神看護専門看護師や精神科医、臨床心理士、理学療法士や臨床心理士などの介入が必要であることも明らか

となった。さらに、身体の病気で治療している患者の精神状態に早期に気づき、アセスメントし支援する体制や訓練をうけた精神看護専門看護師の存在の必要性が示唆された。

さらに、今回、リエゾン・チームは、精神看護専門看護師を中心として構築され、特に総合病院においては、各科の医師や看護師が集まって会議を開くことは難しく、これらのチームを統合し、情報を収集して身体とこころの両側面からアセスメントを行い介入計画をたて、チームがばらばらにならず、同じ目標にむかって支援するチーム構築に専門看護師の存在が重要であることも明らかとなった。

Baldwin, Craigらは、精神科リエゾン・コンサルテーションチームが、身体疾患を有する患者・家族の精神状態を改善し、多様なケアニーズを満たし、ケアへの満足度を高めることを報告し、さらにこれらのチームの存在は患者自身の今後の生活への不安や病気の予後への不安を軽減すると述べている⁸⁾⁹⁾。今回も同じような結果が得られたが、どのようなニーズにどのような職種の支援が必要なのかは不明瞭であった。しかし在院日数が減少し、医療が高度化、複雑化している多くの病院において、リエゾン・チームの存在は患者・家族の不安を早期に軽減し、退院後の生活への不安を軽減し、自分の病気とつきあうための地域精神医療サービスとつながり、精神状態の悪化を早期予防することができると考えられた。

また、今回精神看護専門看護師がいる施設において、リエゾン・チームを構築し、精神看護専門看護師はチームにおいてチーム調整、患者と家族への心理社会的理解と支援を積極的に展開する重要な役割を有していた。今回の事業において、精神看護専門看護師を一般病院に配置することで、身体疾患を有している患者および家族の精神状態の悪化を予防するだけでなく、医療チームおよび地域精神医療との連携をはかることができ、患者及び家族の生活の質を高めることができると考えられた。

今後は、対象者数を増やして結果の一般化をはかるとともに、患者および家族の多様な支援ニーズにどのような職種が必要なのかをさらに検討していく必要があると考えられた。

本研究にご協力いただいた方々に心より感謝いたします。また本研究は平成19年度厚生労働省障害者自立支援プロジェクトの支援を受けて実施された事業、研究の一部です。

引用文献

- 1) Nuccio, AS., et al : A Survey of 636 Staff Nurses : Perceptions And Factors Influencing the CNS Role, *Clinical Nurse Specialist*, 7(3), 122-128, 1993
- 2) 宇佐美しおり他：精神看護専門看護師の活動の効果に関するプロジェクト、平成12年度社団法人日本看護協会、2001
- 3) 野末聖香他：精神看護専門看護師の直接ケア技の開発及び評価に関する研究、平成13年度厚生科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業研究報告書、2002。
- 4) 岡谷恵子他：日本におけるCNS等の機能とその役割についての研究、平成9年度厚生省看護対策特別事業研究報告書、1998。
- 5) 吉田幸代他：在宅高齢女性の健康関連QOLおよび社会とのかかわりに影響する要因、デイホーム参加者の1年間の変化、福井大学医学部研究雑誌、第4巻第1号、P25-33, 2003
- 6) 野末聖香他：55, 精神看護の看護技術評価—介入効果とコスト評価の視点から—、平成17-19年度文部科学省研究費基盤研究(B)研究成果報告書、2008年3月
- 7) 細原正子他：胃切除術を受ける患者の栄養摂取支援に関する基礎的研究—手術前の栄養—身体指標および健康関連QOLの視点から—、香川県立保健医療大学紀要、第1巻、P75-80, 2004
- 8) Baldwin, R., et al : Does a nurse-led mental health liaison service for older people reduce psychiatric morbidity in acute general medical wards? A randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 33(5), pp.472-478, 2004.
- 9) Craig, E., et al : Consultation-liaison psychiatry services to nursing homes. *Australasian Psychiatry*, 14(1), pp.46-48, 2006.

参考文献

- Baumann, U., et al : Clinical geropsychological consultation-liaison service -A pilot- project [Klinisch-geronto-

- psychologischer konsiliar-und liaisondienst im senioreneheim-Ein pilotprojekt] Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 20(2-3), pp.151-161, 2007.
- De Leo, O., et al : Intensive case management in suicide attempters following discharge from inpatient psychiatric care. Australian journal of Primary Health, 13(3), pp.49-58, 2007
- Durbin, J., et al : Does systems integration affect continuity of mental health care? Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33(6), pp.705-717, 2006.
- Glibody, S., et al : Educational and organizational Interventions to Improve the Management to Depression in Primary Care: A Systematic Review. Journal of the American Medical Association, 289(23), pp.3145-3151, 2003.
- Hangan, C. : Introduction of an intensive case management style of delivery for a new mental health service. International Journal of Mental Health Nursing, 15(3), pp.157-162, 2006.
- Hart, C.A. : The role of psychiatric consultation liaison nurses in ethical decisions to remove life-sustaining treatments. Archives of Psychiatric Nursing, 4(6), pp.370-378, 1990.
- McKay, J.R. : Continuing care in the treatment of addictive disorders. Current psychiatry Reports 8(5), pp.355-362, 2006.
- Miller, E.A., et al : Mental illness and use of home care nationally in the U.S. Department of Veterans Affairs. The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 15(12), pp.1046-1056, 2007.
- Moschler, L.B., et al : . Subspecialization within psychiatric consultation-liaison nursing. Archives of Psychiatric Nursing, 6(4), pp.234-238, 1992.
- Newton, L., Wilson, K.G. : Consultee Satisfaction with a Psychiatric Consultation liaison nursing service, Archives of Psychiatric Nursing, 4(4), 264-270, 1990
- Sharrok, J., et al : . The mental health nurse : A valuable addition to the consultation-liaison team. International Journal of Mental Health Nursing, 15(1), pp.35-43, 2006.
- Sederer, I. L., et al : Outcome Assessment in Clinical Practice, Williams and Wilkins, 伊藤弘人, 栗田広訳 : 精神科医療アセスメントツール, 医学書院P164-166. 2000
- Talley, S., et al : Effect of psychiatric liaison nurse specialist consultation on the care of medical-surgical patients with sitters. Archives of Psychiatric Nursing, 4(2), pp.114-123, 1990.
- Tucker, S., et al : Enhancing Psychiatric nursing Practice : Role of an Advanced Practice Nurse, Clinical Nurse Specialist, 13(3), 133-139, 1999.
- Wand, T. : Mental health liaison nursing in the emergency department : on-site expertise and enhanced coordination of care. The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation, 22(2), pp.25-31, 2004.
- Wand, T., et al : Consumer evaluation of a mental health liaison nurse service in the Emergency Department. Contemporary nurse : a journal for the Australian nursing profession, 21(1), pp.14-21, 2006.
- Wynaden, D., et al : Emergency department mental health triage consultancy service: A qualitative evaluation. Accident and Emergency Nursing, 11(3), pp.158-165, 2003.
- Yakimo, R., et al : Evaluation of outcomes in Psychiatric Consultation-Liaison Nursing practice. Archives of Psychiatric Nursing, 8, pp.215-227, 2005.