

特集 一般医療と連携する精神科医療（総合病院精神科）の新しい動向

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

大上 俊彦

1. はじめに

筆者が亀田総合病院（以下当院）へ赴任したのは平成20年4月である。当院では当時から活発なコンサルテーション・リエゾン活動が行われていたが、いくつかの問題点があったことも事実である。

これらの問題点を解消すべく、平成21年1月より、多職種からなるコンサルテーション・リエゾンチームを開設した。チーム開設により、当院のコンサルテーション・リエゾン活動は少しずつ変化を遂げているが、未だ多くの課題が山積している。

今回の発表では、1) 当院の概要紹介、2) 当院における以前のコンサルテーション・リエゾン活動とその問題点、3) 多職種からなるコンサルテーション・リエゾンチームの開設、4) チーム開設後の変化、5) 今後の課題、6) 考察の順に報告し、今後のコンサルテーション・リエゾン活動の方向性を模索する。

2. 当院の概要紹介

当院は、房総半島南部の鴨川市にある病床数約900床の総合病院である。診療科目は31科に及び、1日平均外来患者数は約3000名を数えるなど、私立としては全国最大規模の病院である。第三次救急医療体制における救命救急センターとして指定され、総合周産期母子医療センターや地域がん診療拠点病院の認定なども受けており、地域

における基幹病院としての役割は大きい。

ISO9001（国際標準化機構による品質マネジメントシステム関係の国際規格のひとつ）認証を取得したり、国際医療機能評価のひとつであるJCI（Joint Commission International）を日本ではじめて取得するなど、なにかと話題の多い病院であり、マスコミに登場する機会も多い。

当院は昭和61年より臨床研修指定病院の指定を受けており、教育活動に大きな力を注いでいる。医師数は平成21年4月現在385名とされており、非常に充実していると言える。一方で看護師の確保は大きな問題であり、病棟運営に少なからぬ影響を与えている。

当院の精神科は昭和61年2月に開設された。開設当初はいわゆる無床総合病院精神科であったが、平成17年7月に精神科閉鎖病棟が稼働し、有床総合病院精神科となった。病床数は実動約40床で、うち保護室4床である。

スタッフの内訳は、常勤医5名（うち精神保健指定医3名）、看護師16名、精神保健福祉士4名（他科の業務も兼務）、常勤臨床心理士4名である。

平成20年度の1日平均外来患者数は105名、入院患者総数は217名、平均在院日数は約54日となっている。

3. 当院における以前のコンサルテーション・リエゾン活動とその問題点

a) 以前のコンサルテーション・リエゾン活動のシステム

主たる依頼経路は身体科医師から精神科医師への通常の他科診察依頼である。午前10時までに身体科からの診察依頼状が精神科外来に届き、その情報に基づき精神科医が診察する。緊急性のある場合は、身体科医が精神科当番医に直接電話し、診察を要請する。

この通常の依頼経路とは別に、身体科医師が臨床心理士へ心理療法や検査を依頼する経路がある。しかし、実際には依頼件数は少なく、その経路があることを知らない身体科医師は多い。

また、当院では、ナースコンサルテーションというシステムがあり、各病棟の看護師が他の病棟の看護師にコンサルテーションする経路がある。例えば内科入院中の患者が眼科疾患を併発した際には、内科病棟看護師が眼科病棟看護師にケアの方法を相談することが可能である。このシステムに則り、身体科看護師から精神科看護師へのコンサルテーションが可能である。しかし、このコンサルテーション件数は決して多いとは言えず、抑制帯の使用方法につき相談がある程度である。

b) 以前のシステムの問題点

①介入の質が不安定である

身体科医より依頼を受けた精神科医は各病棟に向いて診察し、必要に応じ、その後の経過をフォローアップする。しかし、どの程度介入するかについては、担当した各精神科医の裁量に委ねられ、各ケースについて介入の妥当性を検討する公式な機会はない。このため、対応する精神科医によって、介入の質と量に大きな差異が認められる。

②依頼経路が複数あるが、情報の共有がなされていない

上述のように身体科医師から精神科医師へ、身体科医師から臨床心理士へ、身体科看護師から精神科看護師へ、などの複数の依頼経路が存在するが、精神科医・精神科病棟看護師・臨床心理士が

情報を共有するシステムがない。

③多職種による支援が必要なことが多い

事実上ほとんどが精神科医師への依頼であるが、実際は看護やケアの工夫により問題が解決すると思われるケースや、臨床心理士による心理療法が奏功するケースも多い。

④適切ではない依頼が散見される

身体科医師のすべてが精神科医療に対して十分な理解をしているわけではないので、時折不理解であったり妥当ではないと思われる依頼がある。せん妄であるのに臨床心理士が心理療法を依頼されたり、医師患者関係が改善すれば解決する問題であるのに薬物療法を依頼されることなどがある。

特に目立つのが、管理困難という理由での精神科病棟への転科転床要請であり、精神医学的な入院適応と管理困難を混同している身体科スタッフは少なくない。

4. 多職種によるコンサルテーション・リエゾンチームの開設

以上のような問題を解決すべく、平成21年1月より、多職種からなるコンサルテーション・リエゾンチームを立ち上げた。精神科医師、精神科看護師、臨床心理士の三者を中核メンバーとし、精神保健福祉士やその他の職種を周辺メンバーとするチームである。

多職種であるという利点を活かし、薬物療法、心理・精神療法、看護・ケア、社会的支援など、多角的で全人的なサポートを目標とした。チームで情報を共有することにより、適材適所の対応が可能になり、介入の質が向上することを目指す。

チームメンバーは、精神科医が3~4名、精神科看護師が3~4名（師長・主任を含む）、臨床心理士が2名、周辺メンバーとして精神保健福祉士が2名である。このメンバーはほぼ毎日のように精神科病棟で顔を合わせるため、連携は密に取りやすい。また、各職種の有志が立ち上げたチームであるため、モチベーションは比較的高いと思われる。

チーム開設の準備は平成20年秋より行われ、

平成20年11月には中核メンバーが三井記念病院のコンサルテーション・リエゾン活動を見学した。平成21年1月に正式にチームが開設され、以後定期的なカンファレンスを行っている。平成21年4月には全職員が利用可能なメール相談を開始し、平成21年10月に師長会でチームの概要を説明した。平成22年3月から、臨床心理士2名が特定の身体科病棟のカンファレンスに出向いて参加する、いわゆる「ご用聞き」活動を開始している。

チームでは、週1回のカンファレンスが行われ、各メンバーで情報を共有する。各職種がそれぞれ依頼されたケースについて報告し、メール相談についても対応を協議する。可能であれば、ケースの相談元の医師や看護師にも参加していただくことがある。話し合われた内容はカルテに記載される。また、チーム全体のカンファレンスとは別に、週1回精神科医師間でのコンサルテーション・リエゾンカンファレンスも開催され、それぞれが担当したケースについてプレゼンテーションを行い、介入が妥当であるか複数の医師で検討する。

なお、必要に応じて各メンバーと一緒に多職種で往診しているが、時間的な制約があり、定期的な回診は行っていない。

【症 例】(個人が特定されないよう、診療科名やその他に変更を加えた)

72歳男性 肺がんで化学療法を行うため呼吸器内科入院中である。入院当初は認知機能に問題がなかったが、第3病日より記憶障害・見当識障害が出現し、夜間は落ち着かず興奮し、医療者に対して暴力的であった。

翌日になり呼吸器内科医が精神科の診察を依頼。精神科医が往診し、せん妄と診断。リスペリドン2mgの定時内服と、不穏時の対処法を指示した。

コンサルト当日の夜は、リスペリドンを内服したものの、夜間落ち着かず不穏であった。翌日になり、呼吸器内科医から連絡があり、「不穏で管理が難しいので、精神科閉鎖病棟へ転科転床をお願いしたい」と依頼された。担当の精神科医は、

「チームカンファレンスで相談します」と伝え、その後臨時でチームカンファレンスが行われた。

カンファレンスでは、まずはせん妄の原因を見落としていないかなど、介入に問題がないか複数の医師がチェックした。その結果、とくに原因の特定できないせん妄であり、抗精神病薬を段階的に調整していくという方針が妥当であると確認された。薬物療法は開始されたばかりであり、転科転床を早急に決めるのではなく、しばらくは投与量の調整を行い経過をみる必要があることなどが話し合われた。

しかし、現場(とくに病棟看護師)が対応に苦慮しているであろうことが容易に予想されたので、チームメンバーが内科病棟に出向いて、担当看護師の話を聞いてみることにした。精神科医と精神科看護師が内科病棟に行き、身体科病棟看護師の話を聞いてみると、看護師はやはり精神科医師ではなく精神科看護師に対しての方が相談しやすいようで、ケアや看護について色々な相談がなされた。精神科看護師は内科病棟看護師に看護上のアドバイスをを行い、困った場面があればいつでも精神科病棟看護師に連絡するよう伝え、窓口の電話番号(精神科病棟の内線番号)を提示し、バックアップを保証した。

その後、担当の精神科医師が呼吸器内科医師へ連絡し、チームでカンファレンスを行って協議した結果、抗精神病薬を開始したばかりなのでまだ調整段階にあること、改善の可能性は十分にあることなどを伝え、精神科病棟への転科転床とするには時期尚早であり、しばらく内科病棟で経過を見るのが妥当であると伝えた。さらに、多職種のチームで往診し、内科病棟看護師のサポートを行うことを保証したことも付け加えた。

呼吸器内科医師は納得し、「しばらく経過を見てみます」と述べた。呼吸器内科医師としては、「内科病棟看護師からの圧力があり転科転床を要請した経緯があるので、内科病棟看護師へのサポートがあると助かります」とのことであった。その後抗精神病薬の調整により、数日でせん妄は改善した。

このケースでは、内科病棟看護師や呼吸器内科医師の負担をできるだけ軽くするようサポートしつつ、不必要な精神科入院を避けることができたと思われる。

5. チーム開設後の変化

a) 介入の質が安定

多職種でのカンファレンスや、医師間でのカンファレンスが定期的に行われるため、介入の質は以前よりは安定したと思われる。

b) 多角的なサポート

多職種で情報を共有することにより、適材適所の対応が可能となり、より多角的なサポートを行うことができるようになった。

c) 精神科スタッフの孤立感が解消

以前は、精神科スタッフ各個人がそれぞれの依頼に対応し、相談できる構造が正式にはなかったため、孤立感が強かった。依頼自体が適切ではないものについても、各個人がその対応を一人で行わねばならず、依頼元の意見が強い場合、時として押されがちになっていた。しかし、チーム開設後は、個人ではなくチームの統一した意見として対応するようになり、孤立感が解消されたと思われる。

d) 精神科スタッフの効力感が向上

精神科スタッフが活動の場を精神科内だけでなく病院全体に拡げることにより、スタッフの達成感や効力感が向上したと思われる。

6. 今後の課題

a) 介入の質が客観的に評価されていない

精神科スタッフの間では、チーム活動に肯定的な意見が多いが、依頼する側の身体科医師や身体科看護師に実際に役に立っているのかどうか、客観的な評価はなされていない。

また、チームによる介入の本来的なアウトカムは、医療者だけではなく患者さんやそのご家族の

利益になることであるべきだが、その評価もなされていない。

b) チーム認知度の問題

チームの広報活動をあまり大々的に行うと、依頼件数が一気に増加し、マンパワーの問題で対応が不可能になるおそれがあったため、少しずつ段階的に活動を拡げていくという形を取っている。このため、チームの認知度はまだ低く、メール相談の件数もそう多くはない。背景にはマンパワーの問題が大きいですが、これについては次項で詳細に考察を加える。

7. 考察

チーム開設後1年半が経過し、改善された問題点も少なくはない。しかし未だ問題は山積していると言える。

最も切実なのはマンパワーの問題である。身体科スタッフとの連携や啓蒙活動、ソフトリエゾン領域へのさらなるサービスの提供、チーム活動の広報、活動の質の客観的評価など、スタッフが今後行いたいと考えている活動は多岐にわたるが、マンパワーの問題で実現していないのが事実である。すべてのスタッフはチーム専従ではなく、日常業務の傍らチーム活動に関与している。今後はどの職種でも良いので、是非核となるメンバーがチーム専従となることを期待している。

無床総合病院精神科においては、外来を閉鎖し、コンサルテーション・リエゾン活動に専念している病院が最近ではいくつか散見される。

有床総合病院精神科のチームにおいても、コンサルテーション・リエゾン活動に専従できるスタッフがいることが望ましいのではないだろうか。

ところで、当チームを開設するにあたり、モデルとしたチーム形態は緩和ケアチームである。緩和ケアチームは、色々な分野の専門家が集まり、それぞれの専門領域を活かして、苦痛の緩和やケアを全人的に行う「多職種からなる」チームであり、当チームもその理念を受け継いでいる。なお、緩和ケアの分野でも、当初はマンパワーの問題が

大きく指摘されていたが、近年がん対策基本法などの成立により、緩和ケアを専従とする医師や看護師（原則として緩和ケアチームに係る業務のみ行う）の数は増加していると思われる。

当院では、緩和ケアチームのマンパワーは比較的充実しており、緩和ケア科の医師は3~4名を数える。また、臨床心理士やチャプレン、精神科医（筆者が所属している）など、心理・精神的問題を扱う専門家が所属している。同チームは非悪性疾患の患者も診療対象として扱っており、その診療範囲は広く、以前は精神科にコンサルトされていたケースが、現在は緩和ケアチームにコンサルトされている可能性がある。特にソフトリエゾンのケースでは緩和ケアチームが対応しているケースが多い印象である。

当院では、今後は緩和ケアチーム活動と精神科コンサルテーション・リエゾン活動との異同を議論していく必要があると思われる。その上で、多職種からなるコンサルテーション・リエゾンチームと、緩和ケアチームが上手に連携していくこと

ができれば理想的である。

8. ま と め

当院では多職種からなるコンサルテーション・リエゾンチームを開設した。チーム開設により、介入の質が安定し、またより多角的なサポートが可能になったと思われる。また、精神科スタッフの孤立感が解消し効力感が増すなど、精神科スタッフのメンタルヘルスにも良い影響を及ぼしている可能性がある。ただし、チームの開設が身体科臨床現場や患者・家族にとって実際に良い結果をもたらしているのかという視点からの客観的な評価は行われておらず、今後の課題である。

現在における最大の問題点は、マンパワーの不足であり、今後は中核メンバーの一人がチーム専従となることが望まれる。また、緩和ケアチームとの診療範囲の異同についての議論を行い、上手に連携することで、より効率的なコンサルテーション・リエゾン活動を行うことができる可能性がある。