

(表紙)

平成 19 年度 厚生労働省障害者自立支援プロジェクト報告書

事業名：病診連携、病病連携、診療科連携を通じた地域精神科医療モデル事業

調査事業名：身体疾患で精神症状を呈する患者もしくは家族の地域における自立支援方法と医療・福祉サービスの統合・連携に関する地域精神科医療モデル事業

代表：宇佐美しおり（熊本大学医学部保健学科精神看護学，教授，精神看護専門看護師）

共同研究者：慶應義塾大学看護医療学部教授，野末聖香
近大姫路大学看護医療学部教授，岡谷恵子
横浜市立市民病院精神看護専門看護師，福嶋好重
横浜市立市民病院精神科部長，樋山光教
熊本大学医学部附属病院看護部長，右田香魚子
熊本大学医学部附属病院神経精神科病棟医長，平田真一
熊本大学医学部附属病院西 2 階病棟師長，北里眞弓
九州ルーテル学院大学精神保健学教授，倉知延章
熊本大学医学部保健学科助教，馬場香織

平成 19 年度 厚生労働省障害者自立支援プロジェクト報告書

事業名：病診連携、病病連携、診療科連携を通じた地域精神科医療モデル事業

調査事業名：身体疾患で精神症状を呈する患者もしくは家族の地域における自立支援方法と医療・福祉サービスの統合・連携に関する地域精神科医療モデル事業

代表：宇佐美しおり（熊本大学医学部保健学科精神看護学，教授，精神看護専門看護師）

共同研究者：慶應義塾大学看護医療学部教授，野末聖香
近大姫路大学看護医療学部教授，岡谷恵子
横浜市立市民病院精神看護専門看護師，福嶋好重
横浜市立市民病院精神科部長，樋山光教
熊本大学医学部附属病院看護部長，右田香魚子
熊本大学医学部附属病院神経精神科病棟医長，平田真一
熊本大学医学部附属病院西 2 階病棟師長，北里眞弓
九州ルーテル学院大学精神保健学教授，倉知延章
熊本大学医学部保健学科助教，馬場香織

調査事業費：5,000,000 円

目 次

1. はじめに	1
2. 研究目的	2
3. 事業実施および研究方法	2
1) 対象者	
2) 調査方法	
3) 評価の手順	
4) コンサルテーション・リエゾンチームによる支援の手順	
5) 用いる質問紙	
6) 実施期間	
7) 分析方法	
8) 研究の倫理的配慮	
4. 結果	6
5. 考察	8
引用文献	10
付録	17

図 表 目 次

表1 比較群の特徴	13
表2 介入群の特徴	14
表3 介入群における介入前後のCES、BPRS、LSP、SF-36の比較	14
表4 リエゾン・チーム介入内容	15
表5 リエゾン・チーム会議内容	16

1. はじめに

国民の医療への期待は、良質であること、安全であること、心温かなものであること、そして、効率的であること、などがある。多様化した国民のヘルスケアニーズに対応するために、看護職にはより専門的で質の高い看護を提供することが望まれている。また、医療現場における医療職者間の緻密な連携に基づいた、安全で確実に効率的な医療サービスへの期待も高い。

このようなニーズに対応すべく、1996年から日本看護協会による専門看護師制度（Certified Nurse Specialist, CNS）が発足した。特定の領域において高い専門能力をもち、より複雑な看護問題に対応する専門看護師が活動を始めた。その活動は、単に複雑な看護問題をもつ患者のケアに当たるというにとどまらず、患者を中心としたチーム医療を促進し、組織変革にも関わるというダイナミックな活動を目指している。

看護現場に専門看護師という役割を作ることは、上述のような国民の期待にこたえるひとつの方法として期待されているわけであるが、役割開発の途上において、活動の成果や課題を確認し、その発展の方向性を見極める必要がある。

米国では、約30年の専門看護師（Clinical Nurse Specialist）の歴史がある。Tucker(1999)らの研究では、精神看護専門看護師の直接ケアにより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あったことが報告されている。Nuccio（1993）らが看護スタッフを対象に行った調査では、精神看護専門看護師の働きかけにより、患者・家族のアセスメントと教育、看護プランを立てることに対して、さらに研究の臨床応用や臨床実践のリーダーシップという点からも高い評価を得ていることが明らかになった。Newton&Wilson（1990）は、リエゾン精神看護の評価を利用者である看護師の満足度から分析している。調査の結果、対象となった看護師31名の内すべての看護師がリエゾン精神看護のコンサルテーションに対して「全体的に満足している」と回答し、コンサルタントが病棟を訪れる頻度の多さが優位に満足感に関わっていた。

日本における調査では、岡谷（1998）らの調査では、専門看護師の実践によってもたらされた成果として、看護師のケア能力を高め、看護集団のパフォーマンスを向上させ、組織を活性化させて質の高い看護ケアの提供を可能にしていることが報告されている。平成12年度日本看護協会助成による精神看護専門看護師グループが行った調査研究では、患者の痛みや身体化された症状の緩和、せん妄マニュアルの作成とケアによるせん妄の早期改善、薬物療法の効果のない患者への精神力動的アプローチによる症状改善といった効果も認められている。さらに、コンサルテーションに焦点をあてた分析では、スタッフ看護師、看護管理者は、精神看護専門看護師によるコンサルテーションが、患者の問題点の改善、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応方法を知り、ケアへの意欲をとり戻す、という効果をもたらす、と評価していることが明らかになった（宇佐美他、2001）。

平成 13 年度厚生科研による精神看護専門看護師グループが行った直接ケアに焦点をあてた調査研究では(野末聖香他 2002)、精神看護専門看護師の直接介入による変化として、患者の心身の問題改善、医療スタッフの意欲とケア力の高まり、チーム医療の推進、という成果があった。精神看護専門看護師が患者の直接ケアにあたり、かつ家族、医療スタッフにもコンサルテーション、心理的サポート、教育、調整といった機能を用いて統合的に関わることによって、患者の回復を促進すると同時に、医療チーム全体が効率的で良質のケアを提供することを促進する、ということが示唆された。

そこで、今回、このチームの連携が図られることで患者の回復を促進することに着目し、リエゾンチームを臨機応変に編成し、患者に介入を行うことによる成果を検討することとした。

2. 研究目的

本研究は、リエゾン精神看護専門看護師もしく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、身体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する。

3. 研究方法

1) 対象者：横浜市立市民病院ならびに熊本大学医学部附属病院に入院中の患者で、せん妄をのぞき、自己免疫疾患、がん、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、認知症をもち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。また彼らに治療やケアを提供するコンサルテーション・リエゾンチームの実施記録を対象とした(介入群)。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、今回の介入群との違いを検討した。

2) 調査方法：患者のニーズと状態に応じて、精神科医、リエゾン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コンサルテーション・リエゾンチームを作り、精神科、もしくはリエゾン精神看護専門看護師に医師、看護師から依頼があった際、コンサルテーション・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、相談時、相談終了時の 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)をコンサルテーション・リエゾンチームで評価する。患者には相談時、相談終了時に、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、相談終了時(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 はリエゾン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。

コンサルテーション・リエゾンチームの支援は、1週間に1回以上、1回30分以上、支援期間中最低3回以上面接、支援を行う。面接、支援の内容は、①病状とこれまでの病気に関連した苦痛な出来事、②病気や病状が本人にとってどのような位置づけなのか、③今後への生活のニーズ、④病状管理と生活の構造化による病状悪化の予防、⑤活用できる社会資源、にふれながら面接を行う。支援は必要時に家族にも行った。また支援した内容、原疾患および向精神薬の内容および薬物投与量は、コンサルテーション・リエゾンチーム支援用紙に記載した。

3) 評価の手順

- ① コンサルテーション・リエゾンチームは1週間に1回、チーム会議をもち、内容も記載する。
- ② 地域連携を行った群については、退院時に郵送法による質問紙調査を、うつ状態評価尺度 (CES-D)、身体に関連した満足度 (SF-36) を用いて行い、無記名にて返送してもらおう。その際、うけている地域資源の内容の記載も依頼する。

	相談時	相談終了時
患者		
CES-D	○	○
SF-36	○	○
CSQ		○
リエゾン・ チーム		
BPRS	●	●
LSP	●	●
実施記録	●	●

4) コンサルテーション・リエゾンチームによる支援の手順

(1) 病棟から精神科、およびリエゾン精神看護専門看護師に相談依頼がきたら、各々が単独でかかわるもの、コンサルテーション・リエゾンチームでかかわるものに分類し、コンサルテーション・リエゾンチームでかかわると判断した場合には、精神科医とリエゾン精神看護専門看護師によるコアチーム会議を開催する。また、患者の状態とニーズに応じてコンサルテーション・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、リエゾン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回程度行う。

同時に、患者にコンサルテーション・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う。

コンサルテーション・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する。

(2) コンサルテーション・リエゾンチームによる支援方法

基本的な支援の原則は、患者の精神状態の査定、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する。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たり、再構築することを支援する。

<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、を一緒に検討する。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す。また必要な薬物療法について検討、処方を行う。

<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する。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う。

(3) 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。

5) 用いる質問紙

(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。この質問紙のカットオフポイントは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 (付録 A)。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。対象者の診断と BPRS は対象者を治療している主治医によって評価される予定であり、今回は 18 項目からなる 1988 年版の BPRS を用いた。

(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 (付録 B)。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 は地域で生活する統合失調症患者の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統合失調症患者への研究で用いており、比較が可能であるためである。

(4) SF-36 (The short-Form 36 items 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持ち 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。

6) 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。

7) 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。

8) 研究の倫理的配慮：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も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。

3. 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 33 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。これらの結果を表 1 に示す。

次に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、SF-36、BPRS、LSP の比較

鬱状態を示す CES 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 2・3 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・チームの支援の内容

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た」と努力したが多く、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ないと感じていなかった。そこで専門看護師との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あいは多かった。またリエゾン・チームにはじめて参加したものからは「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な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4・5に示す。

4. 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。また精神疾患を有しなくとも、身体疾患により精神的に不安定になる患者へのリエゾン・チームによる支援により精神状態や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 とさがっていたとはいうものの、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、介入後も中等度のうつ状態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結果と比較すると（下山，2008：吉田，2003）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。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、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（細原，2004）。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、リエゾン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 (Craig, E., 2006; Baldwin, R., 2004)。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。

引用文献

- Baumann, U., Messer, R., Thiele-Sauer, C., Mitmansgruber, U., Crombach, H. : Clinical geropsychological consultation-liaison service -A pilot- project [Klinisch-geronto-psychologischer konsiliar-und liaisondienst im seniorenheim-Ein pilotprojekt] Zeitschrift fur Gerontopsychologie und – psychiatrie, 20(2-3), pp.151-161, 2007.
- Baldwin, R., Pratt, H., Goring, H., Marriott, A., Roberts, C. : 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.
- Craig, E., Pham, H. : Consultation-liaison psychiatry services to nursing homes. Australasian Psychiatry, 14(1), pp.46-48, 2006.
- Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN/NAACOG, 34(2), pp.280-285, 2005.
- De Leo, O., Heller, T. : 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., Goering, P., Streiner, D.L., Pink, G. : 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., Whitty, P., Grimshaw, J., Thomas, R. : 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.
- 細原正子, 橋田由吏, ほか : 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
- McKay, J.R. : Continuing care in the treatment of addictive disorders. *Current psychiatry Reports* 8(5), pp.355-362, 2006.
- Miller, E.A., Rosenheck, R.A. : 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., Fincannon, J. : 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 Rpsychiatric Consultation liaison nursing service,*Archives of Psychiatric Nursing* ,4(4),264-270,1990
- 野末聖香他 : 精神看護専門看護師の直接ケア技術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.
- Nuccio,AS.,Kathleen,M.,et al : A Survey of 636 Staff Nurses : Perceptions And Factors Influencing the CNS Role, *Clinical Nurse Specialist*, 7 (3),122-128,1993
- 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.
- Sharrok, J., Grigg, M., Happell, B., Keeble- Devlin, B., Jennings, S : . The mental health nurse: A valuable addition to the consultation-liaison team. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), pp.35-43, 2006.
- Sledge, W.H., Brown, K.E., Levine, J.M., Fiellin, D.A., Chawarski, M., White, W.D., O'Connor, P.G. : A randomized trial of primary intensive care to reduce hospital admissions in patients with high utilization of inpatient services. *Disease*

Management, 9(6), pp.328-338, 2006.

	平均 (S D)
--	----------

- Sederer, I.L., Dickey, B.: 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., Davis, D.S., Goicoechea, N., Brown, L., Barber, L.L. : 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., Sandvik, G, et al : Enhancing Psychiatric nursing Practice : Role of an Advanced Practice Nurse, Clinical Nurse Specialist, 13(3), 133-139, 1999
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.
- 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., Schaecken, P. : 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., Chapman, R., McGowan, S., McDonough, S., Finn, M., Hood, S. : Emergency department mental health triage consultancy service: A qualitative evaluation. Accident and Emergency Nursing, 11(3), pp.158-165, 2003.
- Yakimo, R., Kurlowicz, L.H., Murray, R.B. : Evaluation of outcomes in Psychiatric Consultation-Liaison Nursing practice. Archives of Psychiatric Nursing, 8, pp.215-227, 2005.
- 吉田幸代, 細谷たき子, 別所遊子ほか : 在宅高齢女性の健康関連 QOL および社会との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

表 1 比較群の特徴 (N=41)

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		
介入前	31	37.90(11.96)
介入後	29	16.52(5.90)
SF-36 (下位得点/NBS 得点)		
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)

L S P		
介入前	31	117.35(8.10)
介入後	30	130.30(10.51)
C S Q	31	23.97(2.32)
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)

表3 介入群における介入前後の CES、BPRS、LSP、SF-36 の比較

* p < 0.05、** p < 0.001

	N	介入前	介入後	相関係数(γ)	有意確率(p)
CES	29	37.90(11.96)	16.52(5.90)	0.28	0.15
BPRS	30	49.37(9.69)	26.53(4.95)	0.21	0.27
LSP	30	117.33(8.24)	130.30(10.51)	0.45	0.01*
SF-36					
身体	31	48.71(31.14)	68.39(30.78)	0.61	0.00**
日常役割機能 (身体)	31	22.58(21.75)	48.19(20.42)	0.80	0.00**
体の痛み	31	60.39(37.39)	69.71(30.24)	0.92	0.00**
全体的健康	30	16.33(17.52)	36.75(11.26)	0.49	0.01*
活力	30	19.38(15.16)	46.88(11.34)	0.17	0.37
社会生活機能	30	24.17(23.66)	42.90(20.96)	0.49	0.01*
日常役割機能 (精神)	30	24.16(17.96)	46.11(19.78)	0.62	0.00**
心の健康	30	32.17(70.55)	48.00(10.64)	0.49	0.01*

表4 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 (%)
精神科診断を実施した。	17(54.8%)	14(45.2%)
精神科薬物療法の検討を行った。	17(54.8%)	14(45.2%)
精神科薬物療法の依頼を行った。	16(51.6%)	15(48.4%)
精神症状と生活歴に関する情報を収集した。	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しようとした。	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について共有しようとした。	30(96.8%)	1(3.2%)
身体・精神症状や身体疾患が本人にとってどのような位置づけなのか、について共有しようとした。	19(61.3%)	12(38.7%)
今後への生活上のニーズについてきくようつとめた。	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について話しあった。	15(48.4%)	16(51.6%)
症状の管理方法について話しあった。	25(80.6%)	6(19.4%)
ストレスへの対処方法について話しあった。	23(74.2%)	8(25.8%)
リラクゼーションを行った。	10(32.3%)	21(67.7%)
用いることのできる社会資源の検討と紹介を行った。	4(12.9%)	27(87.1%)
ヘルパー、訪問看護などの社会資源の調整を行った。	4(12.9%)	27(87.1%)
患者の家族とあい、患者を支援できるよう支持、教育的指導を行った。	9(29.0%)	22(71.0%)
家族の困難さを共有できるように話しあう時間をもった。	9(29.0%)	22(71.0%)
ほか	1(3.2%)	30(96.8%)

表5 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行った。	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、共有を行った。	31(100%)	0
ケア計画、ケア内容について検討を行った。	31(100%)	0
患者と家族の関係と支援方法について検討した。	31(100%)	0
用いる資源の内容についての検討を行った。	8(23.5%)	23(67.6%)

付録1：

記載日

記載者

番号

BPRS

この質問紙は患者さんの症状について問うものです。下記のそれぞれの項目について、該当する程度に○をつけて下さい。

1 = 症状なし 2 = ごく軽度 3 = 軽度 4 = 中程度 5 = やや重度 6 = 重度
7 = 非常に重度

1	心氣的訴え	身体の健康状態についての執着、 身体疾患への恐怖、心気	1	2	3	4	5	6	7
2	不安	心配、恐怖、現在や未来への過度 の懸念、落ち着きのなさ	1	2	3	4	5	6	7
3	情動的引き こもり	自発的交流の欠如、孤立、他人と の関わりの欠如	1	2	3	4	5	6	7
4	思考解体	混乱し、つながりの悪い、まとま らない断片化した思考過程	1	2	3	4	5	6	7
5	罪業感	自責、恥、過去の行動への後悔	1	2	3	4	5	6	7
6	緊張	神経質で身体的および運動機能に おける徴候、過度の落ち着きのな さ	1	2	3	4	5	6	7
7	衝動的な行 動や姿勢	風変わり、不適切、奇妙な行動及 び態度	1	2	3	4	5	6	7
8	誇大性	過度な自己評価、優越感、異常な 力量や能力の過信	1	2	3	4	5	6	7
9	抑鬱気分	悲哀、悲しみ、落胆、悲観	1	2	3	4	5	6	7
10	敵意	憎悪、軽蔑、敵対的、他人への侮 辱	1	2	3	4	5	6	7
11	猜疑心	不信、他者からの悪意や差別待遇 があるという確信	1	2	3	4	5	6	7
12	幻覚	正常な外的刺激の対応がない知覚	1	2	3	4	5	6	7
13	運動減退	運動または会話の減弱、遷延、身 体表情の変化の減退	1	2	3	4	5	6	7
14	非協調性	抵抗、用心深さ、権威への拒否	1	2	3	4	5	6	7
15	思考内容の 異常	通常ではみられない奇妙、奇怪、 風変わりの思考内容	1	2	3	4	5	6	7
16	情動鈍麻	感受性の減退、強い感情の減退、 平板	1	2	3	4	5	6	7
17	興奮	感情の高揚、興奮、反応性の増大	1	2	3	4	5	6	7
18	失見当識	人、場所、時間についての正確な 想定が混乱していたり欠如してい たりする	1	2	3	4	5	6	7

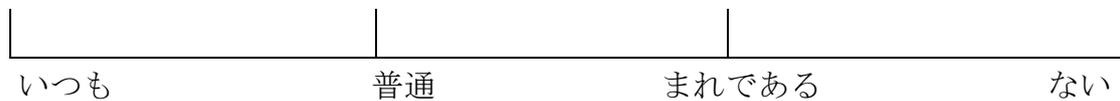
Life Skills Profile

Instruction:

() 様の全般的機能（彼もしくは彼女は病気ではあるが危機状況ではない、過去3ヶ月の全般的状態を示す）機能について、次のフォームを完成してください。

例：

もしこの患者さんの行動が部分的にはみられるが、普段はみられない場合、‘まれである’に○をつけます。



LSP は、障害と同様に機能を明らかにするための5段階評価です。得点が高いほど高い機能を示し、障害が少ないことを意味します。

LSP の得点：LSP は左のアンカーポイントが最も機能が高く、右のアンカーポイントが最も機能が低く、アンカースコアを足して計算します。左の「かなり」が1点、右の「そうではない」が4点、あとは左から2点、3点です。

セルフケアの合計項目：10,12,13,14,15,16,23,24,26,30

行動障害の少なさの合計項目：5,6,25,27,28,29,32,34,35,36,37,38

社会的接触の合計項目：3,4,20,21,22,39

コミュニケーションの合計項目：1,2,7,8,9,11

責任感の合計項目：17,18,19,31,33

LSP の合計項目はすべて

スコア

セルフケア： 点

行動障害のなさ： 点

社会的接触： 点

コミュニケーション 点

責任感 点

合計： 点

あてはまる記述に○をつけ、すべての項目に答えて下さい。

患者さんの氏名： ()

ID： ()

年齢： () 歳

性別： 男性 ・ 女性

評価者氏名： ()

評価日： 年 月 日， 入院日： 年 月 日

施設： ()

そうではない わずかに まあまあ かなり

(4) (3) (2) 普通以上 (1)

1. この患者さんは普段、会話をしたり質問に答えることが難しいですか。

--	--	--

2. この患者さんは普段、人の会話を中断したり、あなたの話しをさえぎりますか。

--	--	--

3. この患者さんは社会的接触からひきこもっていますか。

--	--	--

4. この患者さんは普段他の人にあたたかさを示しますか。

--	--	--

5. この患者さんは普段他の人にいつも怒ったりしていますか。

--	--	--

6. この患者さんは普段、他の人に攻撃的ですか。

--	--	--

7. この患者さんはいつも視線をあわせて他の人と話しますか。

--	--	--

8. この患者さんは、普段、この患者さんの話し方のために理解しがたいですか。

--	--	--

9. この患者さんは、いつも奇妙な考えについて話していますか。

--	--	--

10. この患者さんはいつも身だしなみを整えていますか。

--	--	--

11. この患者さんの表情や態度は、普段周囲の環境に即していますか。

--	--	--

12. この患者さんはいわなくても自分で体を洗いますか。

--	--	--

13. この患者さんは、身体や、服、息づかいなどが普段、臭いますか。

--	--	--

14. この患者さんは、服が汚れていればきれいにして、普段はきれいな服をきていますか。

--	--	--

そうではない わずかに まあまあ かなり
(4) (3) (2)普通以上 (1)

15. この患者さんは、自分の健康を無視しますか。

--	--	--

16. この患者さんは、適切なダイエットをしていますか。

--	--	--

17. この患者さんはいわれなくても服薬をしたり、注射にきますか。

--	--	--

18. この患者さんは主治医に処方された向精神薬を拒否せずに内服しますか。

--	--	--

19. この患者さんは主治医や他の医療職に協力的ですか。

--	--	--

20. この患者さんは活動をあまりしませんか。

--	--	--

そうではない わずかに まあまあ かなり

(4) (3) (2)普通以上 (1)

32. この患者さんは他の人のスペース（部屋や個人のもの）に侵入しますか。

--	--	--

33. この患者さんは他の人のものをとりますか。

--	--	--

34. この患者さんは他の人に暴力的ですか。

--	--	--

35. この患者さんは自分を傷つけますか。

--	--	--

36. この患者さんは警察とトラブルをおこしますか。

--	--	--

37. この患者さんはアルコールまたは薬物を乱用しますか。

--	--	--

38. この患者さんは無反応ですか。

--	--	--

39. この患者さんは普段、親しくなろうとしますか。

--	--	--

付録3

クライアント満足度質問紙

この調査はプログラムをよりよいものにするため、あなたが受けたプログラムについて、いくつかの質問にお答え下さい。あなたの意見が肯定的なものであれ、否定的なものであれ、あなたの率直なお答えを期待しています。すべての質問についてお答え下さい。またあなたのご意見、ご提案も歓迎いたします。ご協力ありがとうございます。

もっともあてはまる答えの番号に○をつけて下さい。

1. あなたがうけたプログラムの質はどの程度でしたか。

4	3	2	1
大変よい	よい	まあまあ	よくない

2. あなたが望んでいたプログラムは受けられましたか。

1	2	3	4
全く受けなかった	そうでもなかった	だいたい受けた	十分に受けた

3. このプログラムはどの程度あなたが必要としたものでしたか。

4	3	2	1
ほぼすべて必要とした	だいたい必要としたもの	いくらかは必要としたもの	全く必要としものではなかった

4. もし知人が同じ援助を必要としていたら、プログラムを推奨しますか。

1	2	3	4
絶対にしない	しないと思う	すると思う	絶対する

5. 受けた援助の量に満足していますか。

1	2	3	4
とても不満	どちらでもないか 少し不満	ほぼ満足	とても満足

6. 受けたプログラムはあなたが自分の問題によりよく対処するのに役立ちましたか。

4	3	2	1
大いに役立った	まあまあ役立った	全く役立たな かった	悪影響を及ぼした

7. 全体として一般的にあって、あなたが受けたプログラムに満足していますか。

4	3	2	1
---	---	---	---

とても満足 だいたい満足 どちらでもないか とても不満
少し不満

8. また援助が必要となった時、このプログラムをもう一度受けたと思いますか。

1 2 3 4
絶対受けない 受けないと思う 受けると思う 絶対受ける

9. ほかがご意見、感想等ありましたらお書き下さい。

(Sederer,I.L.,Dickey,B.:Outcome Assessment in Clinical Practice,Wiliams 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)