

表 2 人口統計学的変数 (H22 年 4 月～H24 年 12 月 27 日)

Variables		Mean±SD	Range
<b>Social factor</b>			
Educational level	Junior high school	22.3	
	High school	47.6	
	College (University)	29.6	
Family ( Solitude %)		21.4	
Marriage ( unmarried %)		8.7	
Insurance (%)	国民健康保険	52.9	
	後期高齢者	0.49	
	組合管掌保険	13.1	
	生活保護	6.8	
	その他	33.5	
Smoking (%)	ex-smoker	22.3	男性:42例、女性:4例
	current smoker	31.6	男性51例、女性14例
	never	46.1	男性29例、女性:66例
Sleep (hr)		6.4±1.3	2.5-10
EQ-5D		0.858±0.16	0.370-1.0

調査を実施した群は独居率、未婚率が低く、国民健康保険受給者の割合が高かった。

EQ-5D: Euro QOL 既報における日本人外来糖尿病患者の EQ-5D 値は「合併症なし」群で 0.884 (95% CI 0.855-0.914) 「合併症あり」群で 0.846 (95% CI 0.817-0.874) と報告されている  
*Value Health 2006 Jan-Feb; 9(1):47-53*

表 3 PHQ-9 陽性例の特徴 (代謝関連データ)

		PHQ-9 ≤ 9 (n=191)	PHQ-9 ≥ 10 (n=15)	P value
Age (years)		65.3 ± 8.2	57.4 ± 12.1	<b>0.001</b>
Sex (Female %)		40.3	46.7	0.630
Type of diabetes	Type1 (%)	4.2	0	0.689
	Type2 (%)	91.1	93.3	
	Others (%)	4.7	6.7	
Duration of diabetes (yr)		11.6 ± 8.8	8.43 ± 7.0	0.181
Therapy	Use of insulin (%)	19.9	26.7	0.531
	Diet and Exercise (%)	9.9	6.7	0.679
Major Complication	Retinopathy (≥ A1 %)	14.7	26.7	0.419
	Nephropathy (≥ stage3A %)	8.4	20	0.134
	Neuropathy (%)	30.9	20	0.376
	Cardiovascular disease (%)	6.8	13.3	0.349
BMI		24.4 ± 3.7	26.4 ± 4.4	0.052
HbA1c (NGSP) (%)		7.09 ± 1.1	6.8 ± 1.1	0.324
Systolic BP (mmHg)		126.4 ± 23.6	117.2 ± 16.1	0.14
Diastolic BP (mmHg)		69.9 ± 15.4	67.7 ± 10.1	0.598
HDL (mg/dL)		53.3 ± 16.3	49.1 ± 18.3	0.336

BMI: body mass index、HbA1c: hemoglobin A1c、BP: blood pressure、  
p 値は t-検定と Pearson の  $\chi^2$  検定により算出 \*p<0.05

PHQ-9 のカットオフ値を 10 とした場合、PHQ-9 陽性 (PHQ-9 値 ≥ 10) 例を 206 例中 15 例 (7.3%) に認めた。PHQ-9 陰性群 (PHQ-9 値 < 10) と PHQ-9 陽性群の患者背景を比較したとき、PHQ-9 陽性群で調査時年齢が有意に若いことに加え、より肥満傾向が強く、糖尿病罹病期間が短い傾向が認められた。これ以外の糖尿病関連データについて両群間に有意差を認めなかった。

表 4 PHQ-9 陽性例の特徴 (社会経済的因子)

		PHQ-9 ≤ 9 (n=191)	PHQ-9 ≥ 10 (n=15)	P value
Educational level (%)	Junior high school	21.5	26.7	0.865
	High school	48.7	33.3	0.486
	College (University)	29.3	40.0	0.666
Family (Solitude %)		18.3	46.7	0.009*
Marriage (unmarried %)		8.38	26.7	0.021*
Insurance (%)	生活保護	5.23	26.7	0.001*
Smoking (%)	ex-smoker	22.5	20.0	0.822
	current smoker	30.4	46.7	0.191
	never	47.1	33.3	0.302
Sleep (%)	6hr>	25.7	46.7	0.078
	6-8hr	68.1	33.3	0.006*
	8hr<	6.3	20	0.049*
EQ-5D		0.877±0.142	0.615±0.108	0.000*
精神科通院歴	現在気分障害にて通院中	9 (5.6%)	8 (53.3%)	
	気分障害以外にて通院中	2 (1.2%)	1 (6.7%)	

BMI: body mass index、HbA1c: hemoglobin A1c、BP: blood pressure、  
p 値は t-検定と Pearson の  $\chi^2$  検定により算出 \*p<0.05

社会経済的因子については、PHQ-9 陽性群では spearman のノンパラメトリック検定で独居、未婚、生活保護を受給している者の割合が有意に高く、QOL 指標 (EQ-5D) は有意に低下していた。さらに、PHQ-9 陽性群では睡眠時間が 8 時間以上の症例が有意に増加していた。

表 5 PHQ-9 値を従属変数とした重回帰分析の結果

Independent variables		標準偏回帰係数	p
Sex	male	0.010	0.888
Age(years)		-0.273	0.000*
Duration (years)		0.037	0.619
BMI		0.086	0.274
HbA1c (NGSP) (%)		-0.069	0.352
HDL (mg/dL)		-0.053	0.475
Therapy	Use of insulin	0.075	0.314
Major Complication	Retinopathy ( $\geq$ A1)	0.158	0.032*
	Nephropathy ( $\geq$ stage3A)	0.006	0.932
	Neuropathy	-0.058	0.434
	Cardiovascular disease	0.110	0.137
sBP (mmHg)		0.038	0.609
dBP (mmHg)		-0.130	0.079

BMI: body mass index, HbA1c: hemoglobin A1c, BP: blood pressure

重相関係数  $R=0.404$  決定係数  $R^2=0.163$  F 値 : 2.724  $p=0.02$

\* $p<0.05$

PHQ-9 値に対し、現在の年齢と網膜症の有無が及ぼす影響が比較的大きいことが示された。

表 6 PHQ-9 値を従属変数とした重回帰分析の結果

Independent variables		標準偏回帰係数	p
Marital status	married		
	unmarried	-0.090	0.210
Family	Living together		
	Solitude	0.027	0.704
Insurance	生活保護以外		
	生活保護	0.267	0.000*
Sleep	6hr>	0.099	0.166
	6-8hr		
	8hr<	0.019	0.791
Education	Junior high school	0.075	0.298
	High school		
	College (University)	0.112	0.117
EQ-5D		-0.47	0.000*

重相関係数  $R=0.599$  決定係数  $R^2=0.358$  F 値 : 10.839  $p<0.05$

\* $p<0.05$

PHQ-9 値に対し、医療保険として生活保護の受給の有無と EQ-5D 値が及ぼす影響が比較的大きいことが示された。

表 7 SCID module A 実施症例の代謝関連データ (H23 年 1 月～H24 年 12 月 27 日)

Variables		Mean±SD	SCID解析に組み込まなかった群(26例)との有意差
Age (years)		64.5±8.6	
Sex (Female %)		59.4	
Type of diabetes	Type1 (%)	4.4	
	Type2 (%)	90.0	
	Others (%)	5.6	
Duration of diabetes(yr)		11.0±8.6	
Therapy	Use of insulin (%)	22.2	
	Diet and Exercise (%)	8.3	
Major Complication	Retinopathy (≥A1 %)	16.7	
	Nephropathy (≥stage3A %)	10.0	
	Neuropathy (%)	33.9	P=0.002*
	Cardiovascular disease (%)	8.3	
BMI		24.6±3.8	
HbA1c (NGSP) (%)		7.09±1.14	
Systolic BP (mmHg)		125.1±24.1	
Diastolic BP (mmHg)		69.8±15.5	
HDL (mg/dL)		53.2±16.7	

BMI: body mass index, HbA1c: hemoglobin A1c, BP: blood pressure

※糖尿病神経障害の有無は『糖尿病性多発神経障害(distal symmetric polyneuropathy)の簡易診断基準、糖尿病性神経障害を考える会 (2002 年 1 月 18 日改訂)』に基づき判定した。

※※ 年齢、代謝関連データについては、「HDL 値」、「拡張期血圧」以外の、年齢およびその他の代謝関連データについては男女間で有意差を認めなかった。

「男性の HDL 値」 vs 「女性の HDL 値」: 50.9±15.6mg/dL vs 56.1±17.4mg/dL, p=0.024

「男性の拡張期血圧」 vs 「女性の拡張期血圧」: 7.21±3.1mmHg vs 66.1±17.0mmHg, p=0.005

付則：糖尿病慢性合併症の判定

※1 糖尿病網膜症の判定は、当院眼科に定期受診している症例については眼科カルテの記載を参照した。他院眼科かかりつけの場合には、網膜症手帳に記載されている最終診察時の結果を参照するか、患者本人から医師に受けた説明の内容を聴取した。

※2 糖尿病腎症のステージは過去 6 カ月以内に測定した尿定性、尿中アルブミン/クレアチニン比、血清クレアチニン値、推算糸球体濾過率(eGFR)から判定した。糖尿病と診断を受ける前から尿タンパクが陽性だった症例は判定不能に分類した。

※3 糖尿病神経障害の有無は『糖尿病性多発神経障害(distal symmetric polyneuropathy)の簡易診断基準、糖尿病性神経障害を考える会 (2002 年 1 月 18 日改訂)』に基づき判定した。

SCID 解析に組み込んだ群 (180 例) には、組み込まなかった群 (26 例) と比較して何らかの神経障害を有する症例が有意に多く含まれていた。

p 値は有意なもの (p<0.05) のみ記載した。

表 8 SCID module A 実施症例の人口統計学的変数 (H23 年 1 月～H24 年 12 月 27 日)

Variables		Mean±SD	SCID解析に組み込まなかった群(26例)との有意差
Educational level	Junior high school	22.8	
	High school	45.6	
	College (University)	31.1	
Family (Solitude %)		23.3	P=0.006*
Marriage (unmarried %)		10.6	
Insurance (%)	生活保護	7.8	
	その他	92.2	
Smoking (%)	ex-smoker	22.8	
	current smoker	32.2	
	never	45.0	
Sleep (hr)		6.4±1.4	
EQ-5D		0.854±0.158	

EQ-5D : Euro QOL

SCID 解析に組み込んだ群 (180 例) には、組み込まなかった群 (26 例) と比較して独居症例が有意に多く含まれていた。

p 値は有意なもの (p<0.05) のみ記載した。

表 9 SCID にて現在の大うつ病エピソード陽性例の特徴（代謝関連データ）

		MDE陰性(n=174)	MDE陽性 (n=6)	P値
Age (years)		64.9±8.6	55.6±10.7	P=0.011*
Sex (Female %)		60.3	33.3	
Type of diabetes	Type1 (%)	4.6	0	
	Type2 (%)	89.7	100.0	
	Others (%)	5.7	0	
Duration of diabetes (yr)		10.9±8.5	12.8±12.3	
Therapy	Use of insulin (%)	21.8	33.3	
	Diet and Exercise (%)	8.6	0	
Major Complication	Retinopathy (≥A1 %)	16.2	60.0	P=0.011*
	Nephropathy (≥stage3A %)	9.8	16.7	
	Neuropathy (%)	34.5	16.7	
	Cardiovascular disease (%)	7.4	33.3	P=0.024*
BMI		24.5±3.7	26.8±5.5	
HbA1c (NGSP) (%)		7.10±1.14	6.83±1.27	
Systolic BP (mmHg)		125.6±24.2	109.7±10.7	
Diastolic BP (mmHg)		70.0±15.7	65.2±6.7	
HDL (mg/dL)		53.3±17.0	50.0±5.9	

BMI: body mass index、HbA1c: hemoglobin A1c、BP: blood pressure、  
p 値は t-検定と Pearson の  $\chi^2$  検定により算出 \*p<0.05

SCID にて現在の大うつ病エピソードありと判断された症例 (MDE 陽性群 n=6) と現在の大うつ病エピソードなしと判断された症例 (MDE 陰性群 n=174) の患者背景を比較したとき、MDE 陽性群で調査時年齢が有意に若いことに加え、網膜症と大血管症を合併する割合が有意に高いことが示された。これ以外の糖尿病関連データについて両群間に有意差を認めなかった。p 値は有意なもの (p<0.05) のみ記載した。



表 10 SCID にて現在のうつ病エピソード陽性例の特徴 (社会経済的因子)

		MDE陰性(n=174)	MDE陽性 (n=6)	P値
Educational level (%)	Junior high school	22.4	33.3	
	High school	46.0	33.3	
	College (University)	31.0	33.3	
Family (Solitude %)		21.8	66.6	P=0.011*
Marriage (unmarried %)		10.3	16.6	
Insurance (%)	生活保護	6.3	50.0	P=0.000*
Smoking (%)	ex-smoker	23.6	0	
	current smoker	31.6	50	
	never	44.8	50	
Sleep (%)	6hr>	27.6	50.0	
	6-8hr	64.4	33.3	
	8hr<	8.04	16.7	
EQ-5D		0.863±0.153	0.599±0.073	P=0.001*

EQ-5D : Euro QOL

SCID にて現在のうつ病エピソードありと判断された症例 (MDE 陽性群 n=6) と現在のうつ病エピソードなしと判断された症例 (MDE 陰性群 n=174) の患者背景を比較したとき、MDE 陽性群で独居と、医療保険として生活保護を受給している割合が有意に高く、EQ-5D 値が有意に低いことが示された。

p 値は有意なもの (p<0.05) のみ記載した。

表 11 PHQ-9 の診断精度

		PHQ-9		
		PHQ-9 $\leq$ 9	PHQ-9 $\geq$ 10	
SCID module A	現在のMDE陽性	1	5	6
	現在のMDE陰性	164	10	174
		165	15	180

PHQ-9 を用いた場合の糖尿病診療場面におけるうつ病の診断精度

感度 : 83.3%

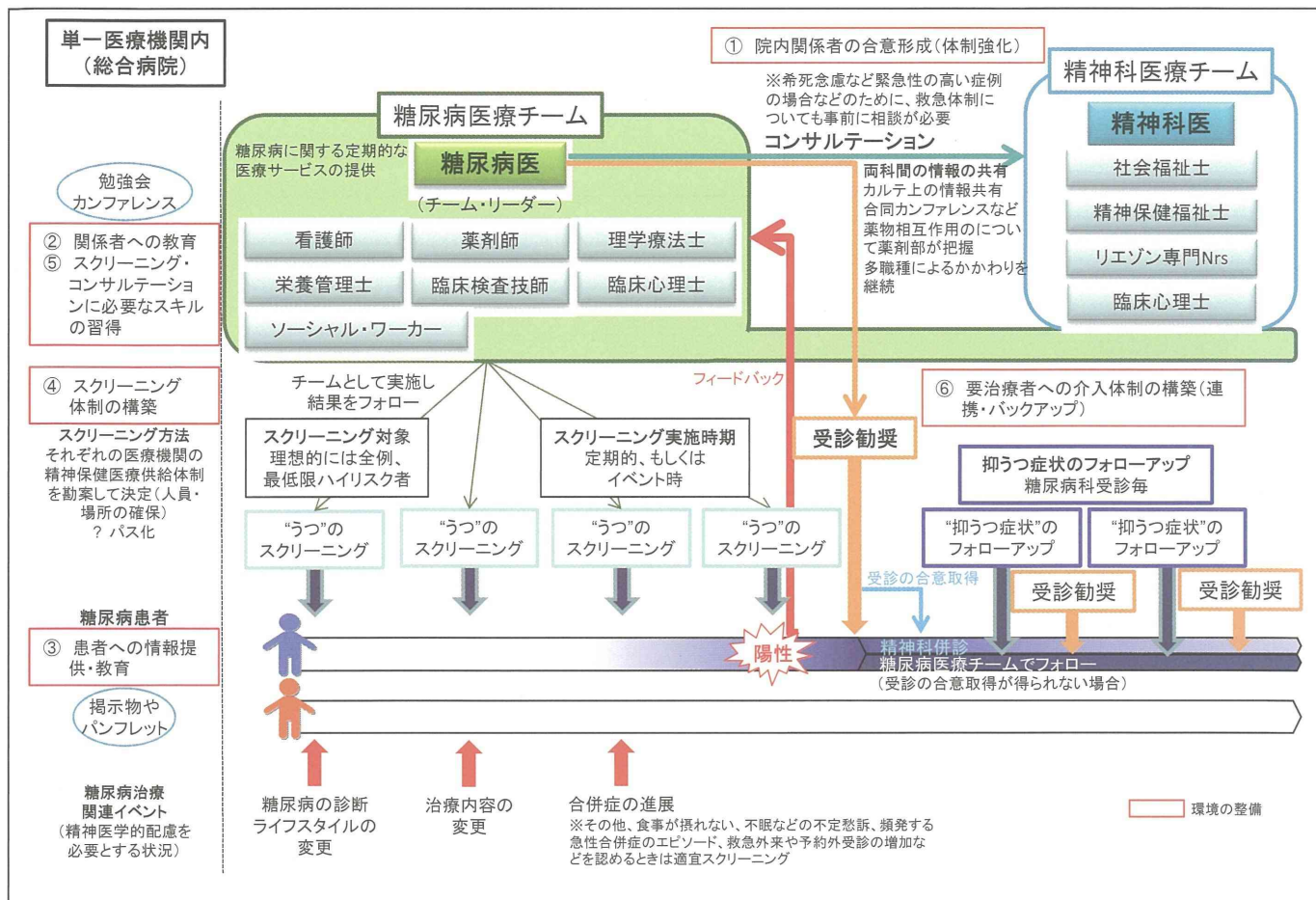
特異度 : 94.3%

陽性反応的中度 : 33.3%

陰性反応的中度 : 99.4%

的中精度 : 93.9%

図2 精神科と身体科等との連携 (素案)



## 認知症患者のための地域連携パスに関する研究

研究分担者 数井 裕光

大阪大学大学院医学系研究科精神医学 講師

### 研究要旨

**研究目的:** 我が国の多くの臨床現場で使用可能な認知症地域連携パスを作成する。また地域に導入するためのマニュアルを作成する。

**研究方法:** 我々が先行研究で考案した認知症地域連携のシステムをパス表にまとめた。また人口16万人の平均的な都市である兵庫県川西市で、情報共有ノートを経済現場で使用可能なものに改訂した。また全市的にパスを導入するために必要な手順をおこないつつその過程をまとめている。

**結果:** 認知症地域連携パスは、認知症患者の3つの診療ステージ、すなわち「認知症の気づき～診断」、「日常在宅診療およびケア」、「非日常診療」に分けて作成し、それを連結した。情報共有ノートはファイル形式とし、必要なページを継ぎ足したり、普段使用しないページは自宅などで保管したりできるようにした。また多くの人が円滑に記載できるように記載マニュアルを作成した。

**まとめ:** 臨床現場で使用可能な認知症地域連携パス表と情報共有ファイル、記載マニュアルを作成した。

### 研究協力者氏名・所属施設名及び職名

吉山 顕次	大阪大学大学院 医学系研究科精神医学	助教
吉田 哲彦	大阪大学大学院 医学系研究科精神医学	医員
清水 芳郎	大阪大学大学院 医学系研究科精神医学	大学院生
杉山 博通	大阪大学大学院 医学系研究科精神医学	大学院生
藤末 洋	川西市医師会	副会長
森上 淑子	川西市中央地域 包括支援センター	副主任幹 主任介護支援 専門員

### A. 研究目的

我が国の多くの臨床現場で使用可能な認知症地域連携パスを作成する。また実際の臨床場面に導入するための導入マニュアルを作成する。

### B. 研究方法

(1) 我々が先行研究で考案した認知症地域連携システムをパス表にまとめた。

(2) 我々が先行研究で考案した情報共有ノートを人口16万人の我が国の平均的な都市である兵庫県川西市に導入し、実際の臨床現場で使用可能なものに改訂する。このために川西市在住の4例の認知症患者に対して情報共有ノートを作成し、家族介護者、かかりつけ医、ケアマネジャー、介護サービス提供者が使用した。そして問題点を抽出し、必要な改訂を加えて、川西市で使用可能なノートを作成した。

(3) 全市的にパスを導入するために必要な手順を明らかにし、導入マニュアルの作成を開始した。

## (倫理面への配慮)

本研究では、認知症患者の臨床データを扱うため、個人情報秘匿には厳重な管理を行うとともに、解析はデータを匿名化した後に行った。

### C. 研究結果

(1) 認知症地域連携パスは、認知症患者の3つの診療ステージ、すなわち「認知症の気づき～診断」、「日常在宅診療およびケア」、「非日常診療」に分けて作成し、それを連結した。

(2) 川西市での認知症患者に対する情報共有ノートの使用によって、ノートのどの部分にどんな情報を記載すべきかが周知されにくいことが明らかになった。またかかりつけ医、介護サービス提供者などが知りたい情報を家族介護者が適切に記載することが困難であることも明らかになった。さらにかかりつけ医、介護サービス提供者が認知症の診療、ケアは原因疾患別におこなう必要があるとの認識、および疾患別の診療法、対応法に関する知識などが不足していることが明らかになった。これらの結果から、多くの人々が円滑に記載できるようにノートの記載マニュアルを作成した。またかかりつけ医、介護サービス提供者に対する認知症専門医の認知症診療、ケアに関する講習会を複数回開催した。情報共有ノートはファイル形式とし、必要なページを継ぎ足したり、普段使用しないページは自宅などで保管したりできるようにする方が便利であることが明らかになった。

(3) 全市的にパスを導入するために必要な手順を明らかにした。これまでの導入過程においては、川西市が介護保険事業費補助金(認知症対策等総合支援事業分)を獲得した。またパス導入に関して倫理審査を受ける必要があると考え、大阪大学医学部附属病院臨床研究倫理審査委員会、情報共有ノート導入に対する承認を得た。また川西市民、関係者に周知、啓発するために、チラシ、ポスター、ステッカーを作成し、市内公共施設、医療機関、介護施設に配置した。啓発用ビデオも作成した。さらに川西市の広報誌、医師会の広報誌を用いた広報活動も行った。

### D. 考察

認知症地域連携パスは、「認知症の気づき～診断」、「日常在宅診療およびケア」、「非日常診療」に分けて作成し、それを連結する方法が適切と考えた。「認知症の気づき～診断」と「非日常診療」は、ともに医療機関の中での診療が中心で、従来のパスの考え方で作成可能である。実際、この部分のパスは現在、様々な施設で作成され使用されている。一方、「日常在宅診療およびケア」の過程はいわゆるパス表だけでは不十分で、これを補完するツールが必要である。それは、①この過程が病院内の診療行為ではな

く地域での診療、ケアの連携であるため、非専門の人も含んだ多くの人がかかわること、②特別な検査や治療手順が少なく、平穏に過ごすことが目標となること、③使用期間が非常に長いことなどの理由のためである。そこで我々は、この過程のパスは、大枠を示すための簡単なパス表と情報共有ノートの2つで構成することとした。

今回、我々は情報共有ノートを川西市において実際に使用した結果、記載する人達が記載法を習得する必要があることが明らかになった。そこで記載マニュアルを作成した。またかかりつけ医、介護サービス提供者の認知症の診療、ケアに対する基本的な知識が不足していることが明らかになったため、認知症患者の診療、ケアに関わる人達の知識量を増加させるための連続的な講習会が必要であると考え、これを開始した。次年度には連携パスの仕組みを利用した教育システムの構築も目指そうと考えている。また地域に連携パスを導入するために必要な手順に関する情報を収集し、導入マニュアルの作成を進める。

### E. 結論

認知症地域連携パス表と実臨床場面で使用可能な情報共有ファイル、および記載マニュアルを作成した。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

1, 数井裕光、杉山博通、武田雅俊. 認知症診療におけるクリニカルパスと情報共有ノートを用いた認知症地域連携. つながりノート・みまもりノートの有用性. 臨床精神医学雑誌 (印刷中)

2, 数井裕光、武田雅俊. 精神科におけるBPSD治療の現状とこれから. 日本精神科病院協会雑誌 2012 ; 31(8):15-21.

#### 2. 学会発表

1, 数井裕光. 認知症診療のための地域連携ー連携パスの可能性ー. 第1回日本精神科医学学会学術大会、大阪市、2012. 10. 10.

### H. 知的財産権の出願・登録状況

#### 3. 特許取得

なし

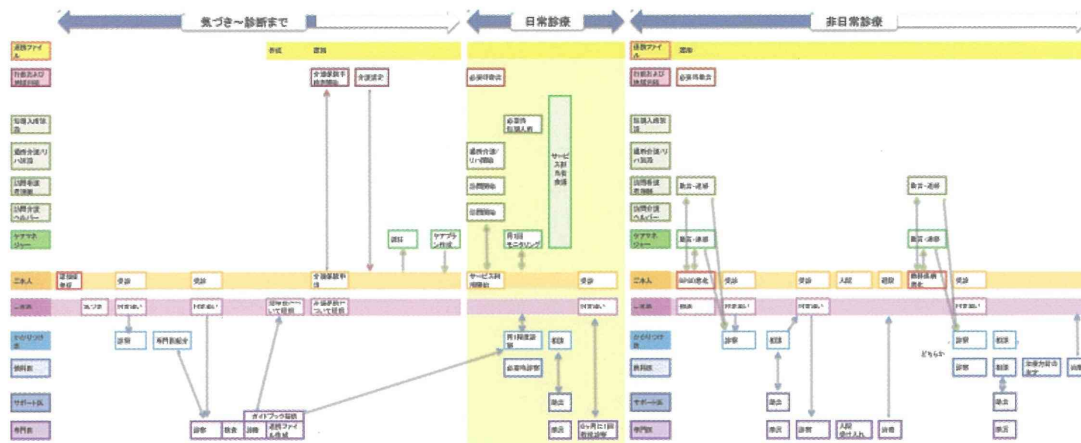
#### 4. 実用新案登録

なし

#### 5. その他

なし

# 認知症地域連携パス全体図



## 日常在宅診療およびケアに使用する情報共有ノート

This section displays a collection of information sharing notes used in home medical care and care. The notes are organized into several categories:

- つながりノート (Connection Note):** A note for sharing information between family members and care providers to ensure everyone is on the same page regarding the patient's care.
- 認知症ケアチーム (Dementia Care Team):** A detailed note listing the names, roles, and contact information of all team members involved in the patient's care.
- 認知症ケアセンター (Dementia Care Center):** A note providing information about the care center, including its location, hours, and the services it offers.
- 認知症ケアチームの役割 (Roles of the Dementia Care Team):** A note explaining the specific responsibilities and functions of each team member.
- 認知症ケアチームの連携 (Collaboration of the Dementia Care Team):** A note detailing how the team members work together to provide comprehensive care for the patient.
- 認知症ケアチームの連携 (Collaboration of the Dementia Care Team):** A note detailing how the team members work together to provide comprehensive care for the patient.

救命救急センターへ搬送された自殺企図患者の退院後ケアに関する研究

- 多職種連携クリニカルパスの開発に向けて -

研究分担者 三宅 康史

昭和大学医学部救急医学 教授

研究要旨

**研究目的:** 専門職としての保健師、精神保健福祉士、臨床心理士による退院後の日常生活中における対象者への精神症状の変化、日常生活上の問題点などを早期に発見し対処するためにクリニカルパスを作成する。これに関連して、それを使うケースマネージャーへの教育コースの開発にも着手する。

**研究方法:** クリニカルパス第1版を作成する。同時に、自殺未遂者ケア研修(厚労省主催)、PEEC研修(日本臨床救急医学会)など多職種を含む救急医療スタッフ向けの教育コースを開発する。

**結果:** 日常生活で使用するクリニカルパス第1版を作成した。今年度は4回のPEECコース準備委員会と3回のトライアルコースを開催した。厚労省主催の自殺未遂者ケア研修(一般救急版)を共催し、東京、名古屋、福岡で開催した。

**まとめ:** 研究を通し、自らできること、他職種にお願いすべきことを知り、準備する必要がある。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

有賀徹	昭和大学病院 病院長
松月みどり	日本看護協会 常任理事
秋山恵子	日本赤十字社医療センター
大塚耕太郎	岩手医大神経精神科 教授
岸泰宏	日本医大武蔵小杉病院 教授
坂本由美子	関東労災病院 HCU
東岡宏明	関東労災病院 救急部長
守村洋	札幌市立大学看護学部 准教授
山田朋樹	樹診療所 院長
柳澤八重子	聖路加国際病院救命救急センター
伊藤弘人	国立精神・神経センター 部長
河西千秋	横浜市立大学保健管理センター教授
河嶋譲	厚労省社会・援護局

## A. 研究目的

自殺企図により身体的損傷を負った傷病者の大多数は、身体治療と精神科的治療の双方を施す必要がある。身体的ダメージが重症かつ緊急を要する場合には、患者の多くは救命救急センターにまず搬送され、初療から転院・退院まで総合的な治療を施される。自殺の再企図予防には、身体的、精神科的問題がある程度整理された後の日常生活中における生活面でのサポートに加え精神科的フォローアップが特に重要であることは、海外の研究や本邦における ACTION-J の経過などから明らかである。ただ、それを誰が、何に基づいて担っていくのかについては、明確な指針はない。今後開示が予定されている本邦におけるケースマネージャーによる効果的な介入 (ACTION-J) の結果にもよるが、まずは、専門職としての保健師、精神保健福祉士、臨床心理士による退院後の日常生活中における対象者への精神症状の変化、日常生活上の問題点などを早期に発見して、具体的に対処するためのツールとしてクリニカルパス (プロトタイプ) を作成し、試験的運用を通して何段階かのフィードバックを行い、最終的に現場で利用できる最終バージョンの作成を 3 年計画の目的とする。これに関連して、それを使いこなすキーパーソンとしての、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士への教育コースの開発についても着手予定である。

## B. 研究方法

救命救急センターに搬送される自殺企図患者を含む身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、標準的な初療と精神症状の評価、入院中の問題点を把握したうえで、多職種でその評価と実際のケアを行い、外来通院、日常生活に安全

につながるための教育コースの開発を行った。

更に、実際に外来、日常生活での安全なケアにつなげるためのクリニカルパス (プロトタイプ) 作成を試みた。

また、厚労省主催の「自殺未遂者ケア研修」を日本臨床救急医学会として共催し、地域救急医療機関における自殺未遂者ケアに関する啓発を行った。

### (倫理面への配慮)

特に必要としない。

## C. 研究結果

救急医療における精神症状評価と初期診療に関するコース開発については、Psychiatric Evaluation in Emergency Care の頭文字を取って PEECTM (ピーク) コースと命名し、商標として登録した。前年より執筆と編集が進んでいたガイドブック (日本臨床救急医学会監修、同『自殺企図者のケアに関する検討委員会』編集、へする出版) が、2012 年 5 月に上梓され、これを公式テキストとして、具体的なコース開発については開催準備ワーキンググループ (以下 WG) 委員会を設置した (委員長: 東岡宏明 関東労災病院救急部長を)。24 年度内に 4 回の WG 委員会を開催し、プログラム、講義資料、ワークショップの内容確認、症例提示用パワーポイントの作成など準備を行ったうえで、1 月から 3 回にわたり、昭和大学臨床研修センターにおいてクローズドで受講生を募集し、トライアルコースを開催しブラッシュアップを行う予定である (12 月末現在)。2014 年第 16 回日本臨床救急医学会 (会長: 日本大学医学部附属板橋病院丹正勝久病院長) において本コースの第 1 回目を開催予定とし学会事務局 (日本大学医学部附属板橋病院救命救急センター内) と詳細を調整中である。



また自殺企図者が救命救急センターを退院した後、精神的な問題にとどまらず、日常生活における生活面、人間関係、経済面、仕事上の悩みについても気軽に相談できるキーパーソンの設定とそのキーパーソンが使用する外来カルテともいうべきクリニカルパス (Version0.1) を策定した。

平成 24 年度自殺未遂者ケア研修 (1 月 20 日東京、2 月 17 日名古屋、3 月 10 日福岡) については、委託業者、会場が決定し講義内容、ワークショップで使用する 3 症例の内容検討、使用するアンケート、テキストの確認など厚労省との調整が終わり、ファシリテーターの参加調整、受講生の募集が 12 月末現在進行中である。

#### D. 考察

今回開発中の PEEC コースは、自殺企図患者を含む身体疾患を合併する精神疾患患者に対し、標準的な初療と精神症状の評価、入院中の問題点を把握したうえで、その評価と実際のケアを行い、外来通院、日常生活に安全につながることを目標にしており、救急外来や救命救急センターの医師、看護師のみならず、臨床心理士、精神保健福祉師、薬剤師、そして救急隊員までを対象としている。コンセプトとして多職種で同じ問題を共有し、議論することで、自らできること、他職種にお願いできることを理解し、単独では簡単ではない精神科+身体科救急患者と自殺企図患者のケアとそのフォローを、多職種、多機関によるチーム医療によって安全に行うことを想定している。教育コースの開発はまだその緒についたばかりであるが、成人教育の特徴である“必要とするものを自ら支弁し手に入れる”熱意にこたえるためのリソースとなるべく、今後内容のブラッシュアップ、ファシリテーターの養成などの課題に取り組む必要がある。

る。

更に、実生活に戻った精神疾患患者や自殺企図患者が一切の支援を受けないまま生活していくといったそれまでと同じ状況では、精神症状の再悪化からの救急要請や、自殺の再企図を招く危険性は免れない。そのために、今後日常生活を安全に送るために必要なケアを標準化して実施するためのクリニカルパス (プロトタイプ) の利用は大きな意味を持つ。今後の試験的運用を通して、改訂版の作成を継続していく必要がある。

また、厚労省が主催する「自殺未遂者ケア研修」は、日本臨床救急医学会が共催するようになってから 5 年目を迎えるが、1 月～3 月の間に 3 回の開催で約 150 人の救急医療スタッフに研修が行えるだけでは十分ではない。前述の PEEC コースを基本形として、自殺未遂者に症例を絞った PEEC 自殺未遂者ケアコースを開発し、一年を通して全国展開すれば、さらの多くの受講が可能となると考えられる。

#### E. 結論

日常生活の中での精神疾患+身体症状の患者向けクリニカルパスを開発した。またそのケアを担うキーパーソンとしてのケアマネージャーへの教育コースの開発 (PEEC コース) にも着手した。

今後はクリニカルパスのブラッシュアップ、PEEC コース、自殺未遂者ケア研修のさらなる充実が重要である。

#### F. 健康危険情報

特になし。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

○三宅康史、他：自殺対策。三宅康史編、救

急医学 36 巻 7 号；へるす出版、2012.

として登録した。

○三宅康史、他：PEEC ガイドブック-チーム医療の視点からの対応のために-。日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」編、へるす出版、2012..

## 2. 学会発表

○三宅康史、他：自殺総合対策大綱改定への提言。第 15 回日本臨床救急医学会総会・学術集会（熊本）、2012 年 6 月 17 日。

○三宅康史、他：自殺未遂者の初療と再企図予防-日本臨床救急医学会/見本救急医学会-。日本心理臨床学会第 31 回秋季大会、職能委員会企画シンポジウム「自殺予防に対する学会同士の連携に向けて」（愛知）、2012 年 9 月 14 日。

○三宅康史：救急医療の立場から「救急現場で経験する精神症状の評価とその対応-より良いチーム医療の実現を目指して-」。平成 24 年度東海大学医学部精神・身体医学寄附講座公開講演会（神奈川）、2012 年 12 月 3 日。

○三宅康史：自殺企図者への救急現場での標準的な対処法-より良いチーム医療の実現を目指して ACTION-J ケースマネージャーに期待すること-。厚労省科研費補助金「自殺対策のための効果的な介入手法の普及に関する研究」研究班会議【特別講演】（東京）、2012 年 12 月 16 日。

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

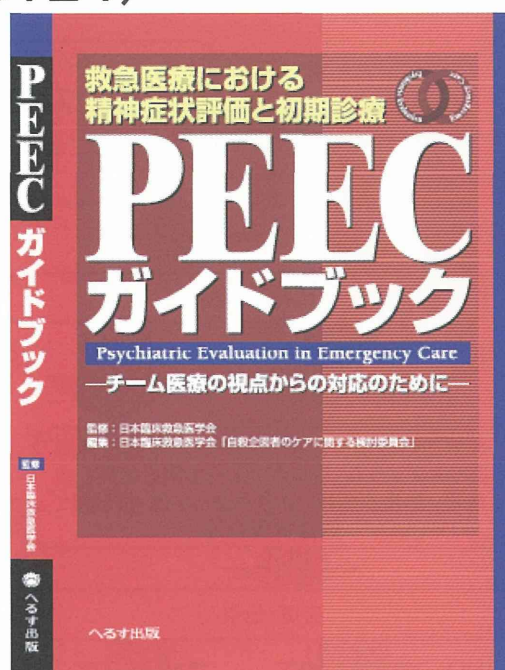
なし

### 3. その他

PEEC（ピーク）という呼称については商標

## コースの一般目標 (p124)

- 精神科的問題を有する救急患者に、標準的な
- 初期診療を提供するために、救急医療スタッフ
- として必要な医学的知識、接遇法、入院管理、
- リソースの有効活用、外来フォローアップへの
- つなぎ方をコースを通して身につける。



本体価格2600円＋税  
B6版215ページ

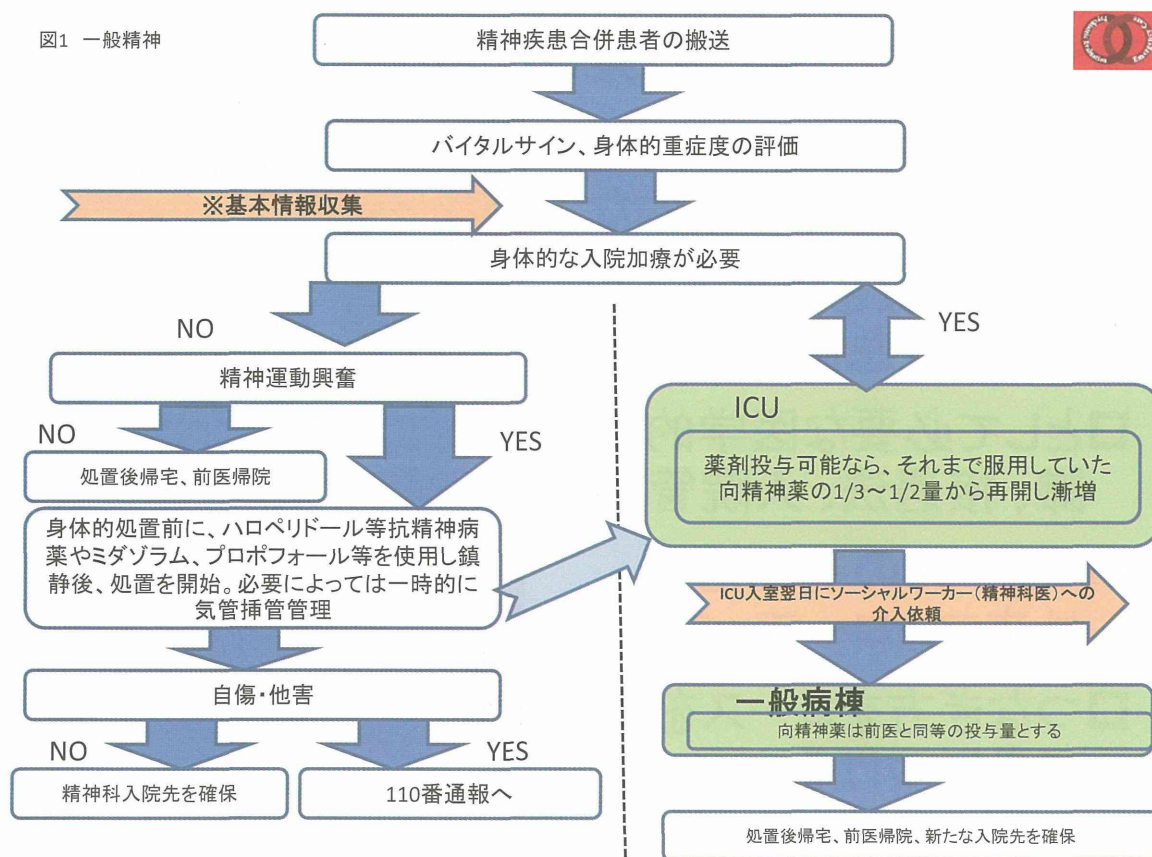


## コースの行動目標 (p124)

- 既往歴、持参薬、現病歴から、ある程度の精神科的背景を推察できる。
- 適切な距離を維持しつつ医療面接ができる。
- 短時間で必要な医療情報を収集できる。
- 診療中の患者の安全、医療者側の安全を確保する方法がわかる。
- 器質的(身体的)な問題を鑑別できる。
- 症状に応じた薬剤の選択、投与方法、副反応への対応がわかる。
- 外来帰宅か、入院加療の必要性を正しく判断できる。
- 自殺企図患者に対し、再企図を予防しつつ安全な入院管理ができる。
- 違法薬剤の使用、薬物依存への法的問題に正しく対処できる。
- 患者の社会的背景の理解とその問題への対処に他職種のスタッフと協力しつつあたる。
- 安全に外来フォローアップへの道筋をつけることができる。
- 自死遺族への具体的な援助の方法を知っている。
- 自施設での問題点とその解決方法について考察できる。
- 地域における問題点とその解決窓口を指摘できる。



図1 一般精神



## 具体的な症例と検討内容①

### 症例1. 自殺目的の大量服薬のパーソナリティ障害

- ✓ 自殺企図患者の入院適応の判断
- ✓ 治療の拒否や過度な要求への対応
- ✓ 再企図に対する予防
- ✓ 帰宅させる場合の注意点

### 症例2. パニック発作で頻回受診が問題となる例

- ✓ パニック発作への接し方
- ✓ パニック発作の病態の把握
- ✓ パニック発作への薬物治療
- ✓ 精神科医療機関との連携法