

「つながりノート・みまもりノート」には情報共有を円滑にする効果と伴に患者と家族に対する教育的支援の効果もあると考えていた。例えば、ノートには、原因疾患が明記されている。またおおむね半年ごとに患者の症状や自立度を整理することになっている。したがって、原因疾患と重症度に基づいた治療、ケアが身に付くことになる。ノートの使用法は、例えば、家族介護者が、日常生活上、問題となるBPSDなどの症状についてどのように対応すべきかわからないときに、かかりつけ医、ケアマネジャー、ケア職員、専門医など患者に直接関わりノートをともに使用し合う人たちに質問する。質問された人たちは、自分の立場からの回答を書く。直ちに回答できない場合は、ノートを通して皆で検討する。例えば、「徘徊に対して〇〇の方法を試そう」と決まった場合には、その方法を皆が共有して実践し、効果について各人が観察した内容を書きあう。そしてトライ&エラーを何度か繰り返しているうちに適切な対応法に至る。このような過程を経て、皆が観察すべきポイント、BPSDなどの症状が悪化する原因や誘因を知るようになる。またこれらの原因や誘因を取り除くことによって症状が改善しうることを体験すると、家族介護者もみまもりから対応法を考え、またその結果を観察するようになる。また参加者は、かかりつけ医、ケアマネジャー、ケア職員、専門医などの役割分担をお互いに理解できるようにする。このノートを用いた教育的支援法が、書籍や講演会などの方法にまさる点は、現実の患者のケアを通して認知症のことを学び、介護法を習得できることである。このため実践的な知識が定着しやすいと考えられる。

このノートの活用を支援する仕組みとしてわれわれは「疾患別・重症度別ガイドブック」を作成し、「連絡会」を開催した。「疾患別・重症度別ガイドブック」とは、疾患別・重症度別に分冊された、家族介護者、およびケア職員向けのガイドブックである。総論、AD（初期、中期、

後期に分けて3種類）、DLB（初期、中期、後期に分けて3種類）、FTD（初期・中期、後期に分けて2種類）、VaDの合計10種類からなり、それぞれの疾患のそれぞれの重症度に出現しやすいBPSDを解説し、かつその対応法の案を列挙している。このガイドブックの作成は、平成21年度に大阪府でわれわれが行った調査に起因する。当時も、現在同様一般の書店には認知症介護に関する本は数多く出版されていた。しかし調査の結果、そのようなガイドブックを使用している人は、家族介護者の26%、ケア職員の30%、かかりつけ医の7%にとどまった。使用しない理由をさらに調査したところ、情報量が多すぎて自分が担当している患者に有用な情報が見つからないということが多かった。そこで、疾患別、重症度別に分冊化することで一冊の分量を減らし、当該患者に必要な情報だけが届く冊子を作成しようと考えた。この冊子は作成の過程で、家族介護者やケア職員にも読んでもらい、「専門的すぎる」、「難解だ」と指摘された表現はすべて平易な表現に改訂した。

「連絡会」は認知症患者をケアしている家族介護者、ケア職員、行政職員や診療しているかかりつけ医、専門医などが月に1回、1時間30分、集まる会議である。「つながりノート・みまもりノート」の基本的な使用法を参加者が習得するための説明会としての役割が第一で、参加者で議論することによってよりよい使用法、運用法を発見し、実践することが第2の目的である。連絡会の参加者を増やすために、認知症専門医による20分程度のミニレクチャーを毎回、会の冒頭に行うこととした。また連絡会の内容をA4用紙裏表1枚にまとめたニュースレターを毎回作成し、参加できなかった人も含めて本事業に参加しているすべての人に郵送することとした。

4. つながりノート・みまもりノートを用いた認知症地域連携システムの有用性の検討研究

われわれが考案した「つながりノート・みま

表1 認知症に関する理解度チェックシート

以下の質問に「はい」と答える場合は「○」、 「いいえ」と答える場合は「×」を記入してください。	回答
1 患者さんの精神症状や行動障がい、生活環境や周囲の人たちの対応の仕方に左右されることが多い。	○
2 物忘れの程度が強い患者さんに対しては、覚えられるまで根気よく、繰り返し練習することが大切である。	×
3 危険が想定される（運転や服薬の管理）ことであっても、患者さんが一人でできる可能性があることは、なるべく患者さん自身に任せたい。	×
4 相手の言葉や行動に沿って演技をすることは患者さんのプライドを傷つけることになるのでとってはいけない方法である。	×
5 患者さんが、妄想を繰り返し訴える場合、患者さんの考えが間違っているということを説得する方法が有効である。	×
6 認知症患者さんで、精神症状や行動障がいが見られた場合、その原因はわからないことが多いので、原因を考えることは必要ではない。	×
7 嚥下（飲み込み）の障がいがある場合、和え物にしたり、とろみのついた食事は、誤嚥の危険性を高めるのでよくない。	×
8 物盗られ妄想のある患者さんが、失くした物を探しているときに、介護者が先に見つけだして、本人に渡すことは患者さんの安心につながる。	×
9 急に、認知症の症状が悪化した時は、頭部CTや採血などの検査を行うと却って混乱するので、行うべきではない。	×
10 認知症患者さんが非常に興奮して、何を言っても聞き入れてもらえないような状況でも、しばらくの間、その場を離れることはよくない。	×

もりノート」を利用した認知症地域連携システムを平成23年2月より6か月間、大阪大学病院の位置する大阪府北摂地域で運用し、その有用性を検討した。本研究は大阪大学医学部附属病院臨床研究倫理審査委員会の承認を得ている。

対象：

大阪府北摂地域で在宅生活をしている認知症患者58例(男/女：19/39、平均年齢：79.0±6.7歳、平均Mini Mental State Examination(MMSE)得点：13.6±9.1、AD 47例、DLB 5例、FTD 4例、VaD 2例)とその家族介護者。本研究事業に参加した介護サービス事業所は84施設、医師は75名であった。ケアマネジャーは48名(男/女：7/41、平均年齢：50.3±8.1歳、平均介護職経験年数：14.6±8.3年、現職場での勤続年数の平均：6.1±4.5年、平均担当認知症患者数13.4±7.0人)が参加した。医師の中で最も中心となっ

て診療している医師をかかりつけ医としたところかかりつけ医は49名(男/女：46/3、平均年齢：56.3±12.2歳、平均医師経験年数：30.1±11.8年、現職場での勤続年数の平均：14.0±10.9年)であった。またかかりつけ医の1週間の平均認知症患者受診数は16.0±18.2人であった。ケアマネジャーとかかりつけ医が認知症患者数以下であったのは、複数の患者を担当しているケアマネジャー、かかりつけ医がいたためである。

方法：

認知症患者58例に対して「つながりノート・みまもりノート」を作成し、またその家族介護者に、患者の診断と重症度に応じた「疾患別・重症度別ガイドブック」を配布した。さらに本研究に参加した介護サービス事業所の職員、ケアマネジャー、かかりつけ医にもガイドブック

を配布した。そして患者がケアや診療を受ける際には、家族が常にノートを持参し、ケア職員、診療医、ケアマネジャーなどそのときの担当者に渡し、内容を読んでもらい、また必要なことを記述してもらった。そしてこの間、木曜日と土曜日の交互に毎月1回、合計6回、午後3時から4時30分まで大阪大学病院会議室で連絡会を開催した。本研究に参加している患者、家族介護者、ケア職員、かかりつけ医、行政職員、専門医のすべてに毎月案内を出し、誰でも参加可とした。

本研究の開始前と6カ月間の使用後にZarit Burden Interview (ZBI)^{4,8)}で家族介護者の介護負担感を評価した。またわれわれが作成した認知症、および認知症介護に関する知識を問う10問の質問票(表1)を用いて家族介護者の理解度を評価した。さらにNeuropsychiatric Inventory (NPI)¹³⁾で患者の精神行動障害を評価した。かかりつけ医に対しては、患者の介護状況、臨床症状などに関する16問からなる質問票(表2)に回答させた。そしてこれらの結果を開始前と使用後で比較した(Mann-Whitney U test)。さらに本連携システムによって改善が期待される項目についての家族介護者の感想を6カ月間の使用の後にアンケート調査した。その際、ノート、ガイドブック、連絡会のどれによる効果かを分けて評価させた。またノート使用の負担度を家族介護者とかかりつけ医より聴取した。

結果：

(1)連絡会

実際の参加者は毎回約70～100名で、家族介護者とケア職員が多く、そのほか、かかりつけ医、認知症専門医、行政職員、患者自身などであった。最初の1カ月間のわれわれの観察で「つながりノート・みまもりノート」は単に、配布しただけでは有効に使うことはできないことが明らかになった。皆が知りたい情報を短時間で読める程度の量にまとめることができはじめて、忙しい日常診療やケアの中でノートが円滑に使用されるのであるが、これが難しかった。

そこで、適切な書き方の指導を行うことにした。すなわち、連絡会の前にごく数日間のみすべての参加者の「つながりノート・みまもりノート」を回収し、特に家族介護者の記載を中心に適切に書けているかどうかをわれわれが確認した。そしてもしもノートの異なった場所に記載しているというようなことがあれば、「この記載はこの場所の方がよいですよ」というようなコメントをつけて返却することとした。また素晴らしい記載内容、記載法に関しては、患者、患者家族、記載者の許可を得たうえで、連絡会でとりあげ、望ましい記載法の例として皆に配布した。

連絡会で話しあわれたことは、前半の3回はノートの運用法についてが中心であった。例えば、「患者がノートを気にする。隠れて読んでいたことがある」との悩みが家族介護者からあげられた。「患者に読まれては困る内容は書かない」という提案もあったが、「それでは病識のない患者がよりよい生活をするためのケア、診療が行いにくい」との意見が大勢を占めたため、必要な記載は行うとの合意がなされた。またこの議論を経て、表現に注意する、ノートを入れる目立たない専用の袋を配布する、ノート自体をA4サイズからA5サイズに縮小することなどが決まった。また本研究に参加していない医療機関に持って行ったときに、「これは何だ」と言われ、とりあってくれなかったという苦情があった。本研究開始前に近隣の医師会、行政機関、社会福祉協議会、認知症家族の会など関連しうる機関には本研究事業について広く、また繰り返し説明し、協力を要請した。また患者が利用している医療機関、ケア施設のほとんどすべてに、筆者らが個別に訪問して、協力を依頼し、ノートの記載法についての説明を行っていた。この苦情に対しては、「今回はまだ試験運用であるため、すべての施設、機関が参加しているわけでないこと」を参加者に再度、説明した。また途中でも、家族介護者がノート参加施設に加えてほしいと思った施設には、筆者らが

表2 患者の介護状況、臨床症状チェックシート

この患者さんの認知症のもととなっている疾患の臨床診断は何ですか？	今すぐにはわからない	アルツハイマー病	レビー小体病	血管性認知症	それ以外
この患者さんは、眼科、泌尿器科、整形外科など、他の診療所(または病院)に定期的に通院していますか？(阪大病院は除きます)	今すぐにはわからない	はい	いいえ		
この患者さんの介護度はいくつですか？	今すぐにはわからない	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
		要介護3	要介護4	要介護5	
この患者さんの主介護者は誰ですか？	今すぐにはわからない	配偶者	子の配偶者	兄弟姉妹	その他
主介護者以外で、この患者さんと一緒に住んでいるご家族はいますか？	今すぐにはわからない	いる	いない		
この患者さんのケアマネジャーは誰ですか？	今すぐにはわからない				
この患者さんは、デイサービスに週3回以上行っていますか？	今すぐにはわからない	はい	いいえ		
この患者さんは3カ月以内に、ショートステイを利用していますか？	今すぐにはわからない	利用していない	利用している		
この患者さんは3カ月以内に、訪問介護を利用していますか？	今すぐにはわからない	利用していない	利用している		
この患者さんは3カ月以内に、妄想がありましたか？	今すぐにはわからない	ない	ある		
この患者さんは3カ月以内に、幻視がありましたか？	今すぐにはわからない	ない	ある		
この患者さんは3カ月以内に、暴言・暴力がありましたか？	今すぐにはわからない	ない	ある		
この患者さんは3カ月以内に、徘徊することがありましたか？	今すぐにはわからない	ない	ある		
この患者さんは3カ月以内に、火の不始末がありましたか？	今すぐにはわからない	ない	ある		
この患者さんは3カ月以内に、不潔行為(弄便など)がありましたか？	今すぐにはわからない	ない	ある		
この患者さんは平均して週に1回以上、日中に尿失禁がありますか？	今すぐにはわからない	ない	ある		

その都度協力の依頼をすることとした。

後半の3回では、ノートが役立つ体験を披露しあう場面が多くなってきた。例えば、1日の色々な時間帯の様子が複数の人の観察を通して一目でわかるという利点があげられた。また予想していたように、ノート上でBPSDの対応法が検討され、適切な対応法に至るという経験が報告されることもあった。またノート上では

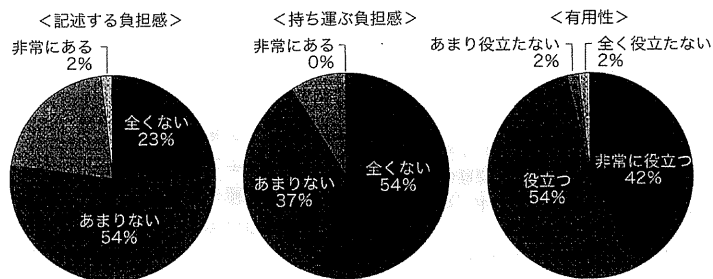
解決できなかった問題が連絡会で報告され、その場で、色々な専門の立場からの解決法が提案されたこともあった。さらには認知症患者が身体疾患になったときに治療してくれる病院が少ないなどの地域の問題に対して、現在どのような対策が取り得るかを皆で議論するようになってきた。

ミニレクチャーのテーマは、参加者の希望

表3 連携システム導入前後の検査値の比較

	導入前	導入後	p値
家族介護者			
認知症知識 (/10)	6.7 ± 1.9	7.4 ± 1.9	0.03
ZBI 合計点 (/88)	40.2 ± 16.3	34.7 ± 18.9	0.001
かかりつけ医			
患者ケア状況・症状理解度 (/16)	8.7 ± 3.8	11.4 ± 2.6	< 0.0001
患者			
NPIスコア(有意改善を認めた項目のみ)			
妄想重症度 (/3)	1.1 ± 1.2	0.8 ± 1.0	0.01
興奮頻度 (/4)	1.8 ± 1.9	1.3 ± 1.6	0.03
不安重症度 (/3)	1.7 ± 1.8	1.0 ± 1.7	0.008

(a) 家族介護者



(b) かかりつけ医

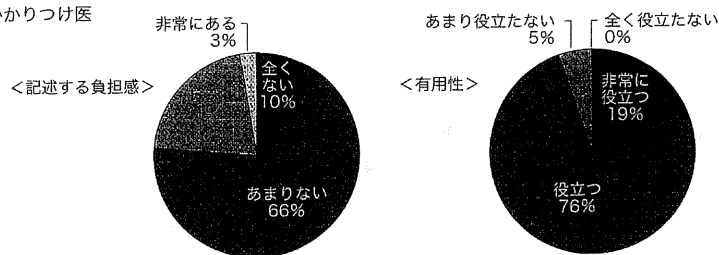


図2 ノート使用に対する負担感と有用性に関するアンケート調査結果

の多いものを選択したところ、順に「認知症に対する薬物治療とケアの基本」、「認知症診療における検査について」、「BPSDの治療法・対応法」、「続・BPSDの治療法・対応法」、「新しいアルツハイマー病治療薬」、「認知症患者さんの経過と家族の心構え」となった。

(2)検査結果

ノートの使用前と6か月間の使用後の検査結果を表3にまとめる。本システムの導入によって、家族介護者の認知症、および認知症介護に関する知識が向上し、介護負担感が減少した。またかかりつけ医の患者に対する理解も向上し

表4 本認知症連携システムによって以前より改善したと感じた家族介護者の割合 (n=56)

	「改善した」と回答した人の割合 (%)	改善に貢献したと感じた人の割合 (%)		
		ノート	ガイドブック	連絡会
皆で一体となって支えてくれる安心感が得られた	76.8	76.8	50.0	53.6
患者さんへの接し方やBPSDへの対応について、新しく学ぶことがあった	71.4	57.1	58.9	55.4
患者さんへの接し方やBPSDの対応など、私自身(=介護者)で工夫できるようになった	71.4	69.6	57.1	46.4
患者さんの現在の病気の状態を客観的に捉えられるようになった	69.6	55.4	48.2	48.2
患者さんの今後の症状の進行とそれに対する対応法について、以前より具体的に考えられるようになった	67.9	55.4	57.1	46.4
新たな症状が出たり、困ったことが起きた場合、以前よりケアマネジャーや介護スタッフに相談しやすくなった	66.1	64.3	37.5	33.9
医療と介護の連携がよくなった	64.3	64.3	28.6	35.7
認知症の医療・介護について、誰が、どんな相談に乗ってくれるのか、以前よりよくわかるようになった	60.7	57.1	42.9	42.9
介護する上で役立つ情報(社会支援、制度など)が得られた	60.7	41.1	51.8	50.0
かかりつけ医が、患者さんの全般的な状態をよくわかってくれるようになった	57.1	55.4	10.7	14.3
かかりつけ医に、相談したり、連絡しやすくなった	51.8	51.8	14.3	10.7
周囲の人に患者さんの状態について説明することが容易になった	46.4	44.6	30.4	28.6
家族の中で、患者さんについて話し合う機会が増え、共通の認識が得られるようになった	44.6	37.5	32.1	25.0
かかりつけ医が、私(=介護者)の介護負担をよくわかってくれるようになった	42.9	41.1	7.1	8.9
かかりつけ医が、認知症の医療や介護について、助言をしてくれるようになった	23.2	23.2	8.9	8.9

た。NPIの項目については、多重比較の影響を補正していないため、結果の解釈には注意を有するが、妄想の重症度、興奮の頻度、不安の重症度が改善する可能性が示唆された。

(3)アンケート結果

本連携システムによって以前と比較して改善したと思った家族介護者の割合を項目ごとに表4にまとめる。連携システムが構築されたことによって安心感が得られ、BPSDの対応につい

て学び、みずから工夫するようになり、連携がよくなったなどの効果を半数以上の家族介護者が感じた。またほとんどの項目で、ガイドブックや連絡会よりもノートの効果が高いと感じた家族介護者が多かった。一方、「つながらずノート・みまもりノート」に記述することに対する負担感を約1/4弱の家族介護者とかかりつけ医が感じた(図2)。しかし持ち運ぶことに対する負担感を感じた家族介護者は10%弱であった。

有用性については多くの家族介護者、かかりつけ医が実感した。

(4)本連携システム導入の効果のまとめ

今回の連携システムの導入によって、家族介護者の認知症や介護法に対する知識が向上し、その結果、患者に対する対応が改善したと考えられる。またかかりつけ医が患者のことをよりよく知るようになり治療が適切になった可能性もある。このような影響で、家族の介護負担感が減少し、患者のBPSDの一部が軽減したと思われる。また家族介護者に「つながりノート・みまもりノート」を有効に使用してもらったための指導が、実践的な教育的支援法となりうることも示された。一方、ノートに記述すること、持ち運ぶことに対する負担感は比較的少なかった。

おわりに

認知症患者のための地域連携システムの構築はわが国のすべての地域で必要となる重要事項である。しかしわれわれの考えたシステムが日本のすべての地域でそのまま利用できるわけではなく、地域の現状に応じたシステムをそれぞれの地域で構築する必要がある。本稿で紹介した「つながりノート・みまもりノート」は、われわれの専用ホームページ(<http://handaichikirenkei.com/index.html>)で公開している。また「疾患別・重症度別ガイドブック」は一冊の書籍⁷⁾にまとめ2012年7月に出版した。両資料が多くの方の役に立てば幸いである。またわれわれの認知症連携システムは2013年2月1日より人口16万人の兵庫県川西市で全市的に導入することになっている。この事業では、市への導入手順もマニュアル化する予定である。

* * *

謝辞：本論文で紹介した研究は、H13～15年度厚生労働科学研究費補助金「一般病床における痴呆性高齢者のクリティカルパスの作成に関する研究（研究代表者：遠藤英俊）」、H21～23年度厚生労働科学研究費補助金「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリティカルパス作成に関する研究（研究代表者：数井裕光）」、およびH24年度厚生労働科学研究費補助金「身体疾患を合併する精神疾患患者の診療の質の向上に資する研究（研究代表者：伊藤弘人）」で行われた。

文献

- 1) Cummings JL, Mega M, Gray K et al : The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44 : 2308-2314, 1994
- 2) 遠藤英俊監修・著：痴呆性高齢者のクリティカルパス。日経研出版, 名古屋, 2004
- 3) 博野信次, 森 悦朗, 池尻義隆ほか：日本語版 Neuropsychiatric Inventory 痴呆の精神症状評価法の有用性の検討。脳と神経 49 : 266-271, 1997
- 4) 博野信次, 小林広子, 森 悦朗：痴呆症患者の介護者の負担 日本語版 Zarit Caregiver Burden Interview による検討。脳と神経 50 : 561-567, 1998
- 5) Kazui H, Hashimoto M, Nakano Y et al : Effectiveness of a clinical pathway for the diagnosis and treatment of dementia and for the education of families. *Int J Geriatr Psychiatry* 19 : 892-897, 2004
- 6) 杉山博通, 数井裕光, 繁信和恵ほか：認知症地域連携パス。老年精神医学雑誌 23 : 314-322, 2012
- 7) 武田雅俊監修, 数井裕光, 杉山博通, 板東潮子著：認知症。知って安心！症状別対応ガイド, メディカルレビュー社, 大阪, 2012
- 8) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J : Relatives of the impaired elderly : correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 20 : 649-655, 1980

IV 自殺未遂者対策：これまでの成果と今後の展開

日本臨床救急医学会／日本救急医学会

Japan Society for Emergency Medicine / Japanese Association for Acute Medicine

三宅 康史*
Yasufumi Miyake

◆key words：日本臨床救急医学会（JSEM）、日本救急医学会（JAAM）、自殺企図者のケアに関する検討委員会、活動実績、活動計画

はじめに

日本臨床救急医学会、日本救急医学会による自殺未遂者ケアにおけるこれまでの実績と、現状および今後の展開につき、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」委員長の立場から概説する。

学会によるこれまでの自殺対策

1. 「自殺企図者のケアに関する検討委員会」の設立

自殺企図者の増加とともに、医療の介入を必要とする自殺企図者の初療に身体科救急医がかかわる状況が急増したのを受けて、日本臨床救急医学会では、2007年に「自殺企図者のケアに関する検討委員会」（以下、委員会）を設置した。委員として、精神科救急医、自殺予防に造詣の深い医師、看護師、オペレーターとして自殺対策を主導する行政の医系技官、国立研究機関の医師を迎え、精神科専門医のいない状況下での身体的治療とともに、自殺企図、精神科的問題に対する標準的なケアを施すことで、最終的に自殺再企図者が減少し、結果として自殺による死亡者が減ることを目的に活動を開始した。

2. 救急医療における現状把握と必要なリソース

2008年夏に自殺企図者の初療にかかわる全国約500の医療機関の救急医療現場のスタッフに、救急部門における自殺企図者の実態調査を依頼し、213

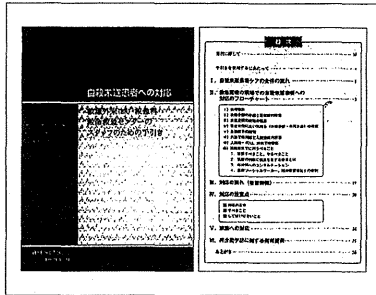


図1 『自殺未遂者への対応：救急外来（ER）・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き』

機関より返答を得た。さらに委員の所属または関連の深い救急科の救急医療機関における「自殺企図者対応に困ったこと」について救急外来と病棟に分けて、とくに看護師を中心にアンケート調査を行ってニーズを把握した。そして、精神科医による具体的な支援がすぐには得られない状況で、自殺企図者の心情的把握、初療の段階から標準的なケア、精神科専門医への円滑な連携などにつき、委員を中心に執筆を行い、厚生労働科学研究費の援助を得て「自殺未遂患者への対応：救急外来（ER）・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」¹⁾（以下、手引き）（図1）を2009年3月に、さらに現場でのより具体的な対応について、5例の典型例を提示したうえでQ&Aで問題の解決を図る『来院した自殺未遂患者へのケアQ&A：実践編2011』²⁾（以下、Q&A集）（図2）を2011年8月に刊行した。それらは発刊と同時に学会ホームページおよび厚生労働省のホームページから無料でダウンロード可能とし

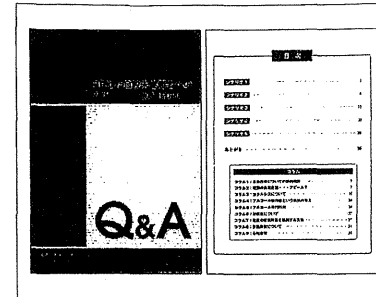


図2 『来院した自殺未遂患者へのケアQ&A－実践編2011』

た。そのコンセプトは「緒言、発刊（編集）にあたって」「手引き（冊子）を使用するにあたって」に詳しく書かれているので参照されたい。

3. 厚生労働省との関係機関との協力

委員会では、当初より厚生労働科学研究費のサポートを受けながら、手引き、Q&A集を作成してきた。また2009年より始まった厚生労働省の自殺未遂者ケア研修（一般救急版）では、翌2010年の第2回目より日本臨床救急医学会が共催となり、企画、プログラム進行、受講生の募集などに関与した。手引きをテキストとして、2010年は東京、大阪、2011年は東京、大阪、仙台、2012年は東京、大阪、福岡で自殺未遂者ケア研修が開催された。その内容は、自殺企図者のケアについて、経験豊富な精神科スタッフをファシリテーターとして、救急医療スタッフに向けて自殺企図の2症例を提示しつつ、その標準的な対応とその後の「つなぎ」を会得すべくワークショップ形式で開催されている。2012年度のプログラムを図3に示す。

そして本特集の「編集にあたって」でも記述したように、自殺総合対策大綱が2007年に閣議決定（翌年一部改訂）³⁾され、国をあげての自殺対策が本格化した。次回の改定に向けて2011年3月に行われた「自殺対策推進のための関連学会等の意見交換会」（実施主体：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター、共催：厚生労働省、後援：内閣府ほか）に出席し、日本臨床救急医学会、日本救急医学会としての意見を述べるとともに、両代表理事名で「自殺総合対策大綱改定への要望」を提出した。その内容を図4に示す。

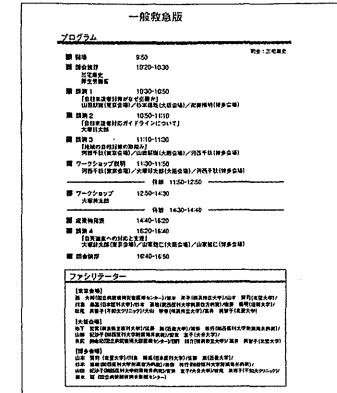


図3 自殺未遂者ケア研修のプログラム（2012年度）

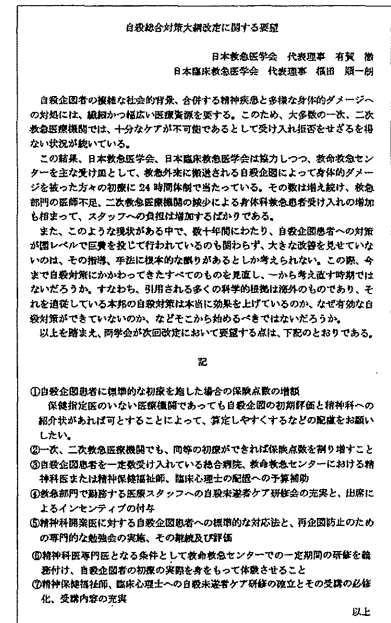


図4 自殺総合対策大綱改定に関する要望

* 昭和大学医学部救急医学／同大学病院救命救急センター長

表1 関連学会および研修会での発表実績

- 三宅康史「自殺企図者のケアに関する検討委員会」の取り組み、第13回日本臨床救急医学会総会・学術集会 委員会企画「自殺未遂者への対応—救急医療スタッフのためのリソース—」(2010年6月千葉)
- 三宅康史「救急医療の現場における人材育成—救急医療スタッフへのリソースの提供—」第4回自殺総合対策企画研修シンポジウム「人材育成」(2010年8月東京)
- 三宅康史「日本臨床救急医学会の自殺未遂者ケアの取り組み」シンポジウムⅡ「首都圏の自殺対策」第34回日本自殺予防学会総会(2010年9月東京)
- 三宅康史「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」の取り組み」シンポジウム6「自殺防止：救命救急におけるチーム医療」第23回日本総合病院精神医学会総会(2010年11月東京)
- 三宅康史「救命救急センターにおける精神科関連ケースへの対応」平成23年度第1回日本精神科救急学会教育研修会(2011年6月東京)
- 三宅康史、有賀徹、大塚耕太郎、他「救急医療における精神科の評価PEECコースについて」ワークショップ3：救急関連 training courseの現状と展望、第14回日本臨床救急医学会総会・学術集会(2014年6月札幌)
- 三宅康史、有賀徹、松月みどり、他「自殺総合対策大綱改定に向けて—日本臨床救急医学会の提言—」第15回日本臨床救急医学会総会・学術集会(2012年6月熊本)

またこの要望実現に関して、委員会として内閣府へ直接的な働きかけを行った。

4. 自殺予防に関与する関係学会、関係機関との協働

行政側として精神科関連学会にとって、身体科救急学会における自殺に関する委員会の活動と取り組みに対する関心は非常に高く、カウンターパートとして協働するための素地は育ちつつあると感じるものであった。ここ数年の委員会の関連学会および研修会での発表実績を表1に示す。日本臨床救急医学会以外はすべて実施団体からの要請によるものであった。

5. 「PEECガイドブック」⁹⁾の発刊

PEEC(ピーク)とはPsychiatric Evaluation in Emergency Careの略で、救急外来や救急病棟・救命救急センターの医療スタッフ(とくに研修医と看護師)を対象に、精神科医がいない状況で少なくとも翌朝までの精神科的症状を呈する患者への、安全で患者にとっても安心な「標準的」初期診療を施

すためのガイドブックとして開発、執筆された⁹⁾。コース内容は、司会の救急医と、数人の精神科、精神保健福祉士(以下、PSW)、臨床心理士、看護師からなるファシリテーターで、4~5グループ(1グループ4~6人の受講生)を受けつつ半日コースをイメージしており、重要な部分のみの短い座学の後、いくつかのシナリオを用いて時系列に机上でワークショップ形式により患者の初療を進め、この間いろいろと利用できるリソースにアクセスしながらチームで問題の解決を図っていくものである。自殺企図症例も含まれ、前述の厚生労働省主催の自殺未遂者ケア研修をも包括するものとなっている。「PEECガイドブック」の目次を表2に示す。

今後の活動計画

1. リソースの有効利用

厚生労働省主催の自殺未遂者ケア研修は年間3回程度、厚生労働省の予算で行われているが、予算執行の関係で年度末に集中するため、受講生の募集にかかる時間が十分ではない。また無料で開催であるため、当日のキャンセルも少なくない。本来、このような教育コースは、受講者自身が必要に迫られて自分で受講料を支弁し、貴重な休日を利用して参加するもので、モチベーションがとくに高いのが特徴でもある。手引きやQ&A集をテキストに、委員会が運営の主体となって、受講料によって年間を通して自主開催ができるようになることが今後の目標である。同様にPEECコースに関しても、自殺企図症例を含む精神科救急患者の初療における対処法を学ぶコースとして全国展開ができれば、同等以上の効果が期待できる。

2. 提言した「自殺総合対策大綱」の実施のために

自殺企図者に標準的な初療ができることを条件に、受け入れ医療機関に一次、二次、三次を問わず保険点数を加算することは、患者受け入れを容易にするだけでなく、診療報酬の加算につながる。その結果、自殺企図患者を一定数受け入れている総合病院、救命救急センターにおける精神科医またはPSW、臨床心理士の配置が容易となる。同時に、救急部門に勤務する医療スタッフへの自殺未遂者ケア研修会の充実を図ることが必要条件となり、研修会参加によるインセンティブの付与はモチベーションの向上につながると考えられる。

表2 「PEECガイドブック」⁹⁾の目次に掲載されている項目

1章 総論
1-1 救急医療における精神症状評価の必要性とその実施について
2 精神症状と心理的危機を有する患者の初療アルゴリズム
3 自殺未遂患者への対応
4 自傷、他害の予知がある患者への対応
5 昏迷状態患者への対応
6 救急医療における精神科医が不在する患者への対応
7 医療者に対する精神的苦痛と自己未遂患者への対応
8 身体的治療の実施
9 前夜薬物摂取が疑われる患者の診療で留意すべき法的問題
10 救急医療における行動制限(抑制・拘束)
11 救急患者における精神症状に対する病院前救急隊の要請
12 救急患者における精神症状に対する救急看護の要請
13 救急医療におけるシミュレーションの役割
14 救急医療における臨床心理士の役割
II章 コース開催の概論(カリキュラム、必要物品、運営のコツ)
III章 ケーススタディ
事例1 大量薬物中毒(抗がん剤)による意識障害の事例(身体的な苦痛緩和が必要だが、退院要求が強い事例)
事例2 自殺企図に起因する救急で50代男性の事例(混乱した家族のケアが必要であった事例)
事例3 合併する統合失調症により不穏・興奮を示す事例(CUにおいて鎮静抵抗が強く、追加の抗精神病薬投与など対策を行う必要がある事例)
事例4 睡眠薬の過量服用によって搬送され、尿検査でアンプエタミンが検出された30代女性の事例
事例5 アルコール中毒の事例(大量連続飲酒を続けて、救急に入院したのちに離脱せん妄をきたすような事例)、退院後の精神科受診をかたく拒否している事例
事例6 意識障害との鑑別が難しい転換性障害の事例(いわゆるヒステリー)の事例—今後の精査・治療へつなぐための方策—
事例7 過換気症候群・パニック発作による頻回受診の例 <ul style="list-style-type: none"> 1 過換気症候群について
IV章 精神科救急医療、自殺関連問題に関する話題

一方で、身体科救急医療施設の努力のみならず、精神科医、PSW、臨床心理士に対する自殺企図患者への専門性の高い対処法と再発防止のための勉強会の実施、自殺予防に関するエビデンスの構築は、もう一方の柱といえる。加えて、精神科専門医となる条件として、救命救急センターでの一定期間の研修を義務づけ、自殺企図者の初療から退院/転院までにかかわることは、今後の身体科救急と精神科救急が連携するうえでも、重要な鍵となると考えられる。

おわりに

今秋の自殺予防週間に開催される日本心理臨床学会の第31回秋季大会⁹⁾における、「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」への参加要請が、本年5月に日本臨床救急医学会事務局へ届いた。

今後も他職種との顔のみえる関係を構築し、協働することで、自殺対策がさらに進歩し、「チーム医療」⁹⁾のなかで自殺対策が包括的に実施されていくことにより、自殺未遂者ケアがわれわれ身体科救急医療スタッフにとって数層の低いものになることを願うものである。

【文 献】

- 1) 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」：自殺未遂患者への対応：救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き。
http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_tebiki0903.pdf (accessed 2012-06-19)
- 2) 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」：来院した自殺未遂患者へのケアQ&A：実践編2011。
http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_q&a1108.pdf (accessed 2012-06-19)
- 3) 自殺総合対策大綱。
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/20081031taikou.pdf> (accessed 2012-06-19)
- 4) 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：精神医療における精神症状評価と初期診療：PEECガイドブック、へるす出版、東京、2012。
- 5) 日本心理臨床学会。
<http://www.ajcp.info/current-year.htm> (accessed 2012-06-19)
- 6) 特集/チーム医療。救急医学 36(6)、2012。

