

精神科医、精神保健福祉士、心理士、相模原市精神保健福祉センターの精神科医、保健師、地域の精神病院勤務医、開業精神科医などの意見を抽出し、また、平成 24 年度、25 年度の相模原市委託研究事業の結果を加味して相模原モデルとして作成した（資料 1）。

#### （倫理面への配慮）

現状では特に必要としないが、今後地域連携パスの運用をする上では、北里大学医学部倫理委員会、北里大学病院リスクマネジメント委員会の承認を受ける予定である。

### C. 研究結果

#### 1) 自殺未遂者の転帰について

平成 24 年度に自殺企図で救急搬送された症例は 305 例であった。そのうち、52 例（17%）は来院後死亡、68 例（22.3%）は救命救急センターから転院となり、160 例（52.4%）は退院となった（資料 2）。救急受診後、即日帰宅や救急に短期入院（1 - 2 日）し退院する患者と、精神症状が重篤で東病院や他の精神科病院に転院となる患者の流れに大きく分けられた（資料 3）。

#### 2) 精神医療地域連携パスの作成

救命救急センターへ自殺企図患者が搬送されてから、救命救急センター退院となるまでに精神保健福祉センターを窓口とした地域へ繋ぐためのフローを作成した（資料 4）。そして、退院後の医療者用地域連携パス（資料 5 - 7）、患者用の「灯り手帳」（資料 8）を作成し、運用方法を検討した。

### D. 考察

今回、われわれは大学病院救命救急センターに中毒・心身総合救急診療チームという自殺未遂者への診療を多職種で行える医療体制と、精神保健福祉センターがすべての行政の窓口とな

り、そこから行政的支援に繋げるという体制の中で自殺未遂者に対する精神医療地域連携パスを作成したが、作成上で問題となった点は、以下の 2 点である。

#### ① 各職種の役割分担について

今回はかなり恵まれた医療、行政の体制の中で地域連携パスを作成したにもかかわらず、自殺企図患者が休日や夜間にも搬送され、短期間で退院、帰宅してしまう可能性があるために、すべてのタスクをひとつの職種の役割にするのが困難であった。特定の業務を中心的に行う職種を決めておいたとしても、その職種が 24 時間、365 日業務に就いていない以上は、カバーの体制が必要となる。従って、特殊な業務以外は他の職種でもある程度はカバーできる体制の構築は必要不可欠と考えられた。今回は、カバーをする職種の順序を決め、例えば医療者用の地域連携パスの中で（PSW、心理士、精神科医）と記載した場合には、先に書いてある職種の順にその時勤務している人が対応することで運用することとした。この方法により、救命救急センターや精神科病院などでは運用が可能だが、人的資源の少ない精神科クリニックでは困難であり、自殺未遂者が外来診療へ移行した段階の体制整備は今後の課題である。われわれが平成 24 年に行った「自殺未遂者支援のための人材配置と期待する役割について」の調査結果で最もニーズが高かったのは<sup>2)</sup>、行政側に自殺対策のための「精神保健福祉士、社会福祉士」や「臨床心理士」などを配置し、様々な連携業務を担うということであった。このような職種の配置は、精神科クリニックへ通院する患者に対して有益である可能性があり、その実現が望まれる。

#### ② 個人情報の管理

自殺未遂者の個人情報という、十分に配慮が

必要な情報を取り扱うために、その管理は厳重でなければならない。今回は医療者用の地域連携パスを診療情報提供書に添付して、診療情報の一部として扱うことで、管理を徹底する方法で運用することとした。この方法では、行政などの地域支援側には十分な情報が伝わらない可能性はあるが、医療側がこのような情報を集めて対応しているという認識を地域支援側が持つことで、必要な情報を利用者の同意を得た上で、医療側に問い合わせることは可能である。今回は精神保健福祉センターをすべての地域支援の窓口としたために、行政側との連携が円滑であったが、行政側の窓口が分散する場合には注意が必要である。

自殺未遂者に対する精神医療地域連携パスは関与する機関、職種も多く複雑であるために、運用をしていく中で様々な要因を勘案し、改訂をしていく必要があると考えられた。

#### <文献>

- 1) 山本賢司、堀智子、立松聖一他：自殺未遂者の地域支援ネットワークモデル作成とその実践：自殺未遂者等地域支援ネットワーク構築に関する研究事業。平成 23 年度相模原市委託研究業務実績報告書 学校法人北里研究所 2012 年 p62-100
- 2) 山本賢司、立松聖一、奥亜希子他：自殺未遂者支援における支援者支援に関する研究事業。平成 24 年度相模原市委託研究業務実績報告書 学校法人北里研究所 2013 年 p1-18

#### E. 結論

救命救急センターへ搬送された自殺未遂者に対する精神医療地域連携パスを作成した。これらを実践して改訂していくことで、自殺未遂者

にとって有効で効率的な精神医療が実践されることが期待される。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 山本賢司：【「精神科的評価および対応」のポイント 精神科医の立場から】急性中毒治療の 5 大原則。救急・集中治療 25(7・8):801-804, 2013

##### 2. 学会発表

- 1) 井出文子、上條吉人、銘苅美世、山本賢司、廣岡孝陽、宮岡等：当院救命救急センターでの取り組み～中毒・心身総合救急医学講座を開講して 第 109 回日本精神神経学会学術総会 2013 年 5 月 福岡市
- 2) 山本賢司、立松聖一、奥亜希子、乾真美、鈴木志麻子、宮地伸吾、岩満優美、宮岡等：地域における自殺未遂者支援のための人材配置について—心理士に期待される役割を中心に— 日本健康心理学会第 26 回大会 2013 年 9 月 北星学園大学(札幌市)
- 3) 山本賢司：自殺予防における大学病院と地域の取り組みについて 第 2 回神奈川県県央不安・抑うつ研究会 2013 年 9 月 神奈川県厚木市
- 4) 高井美智子、上條吉人、井出文子、山田素朋子、山本賢司：向精神薬を過量服薬する患者の背景についての検討：その他の急性中毒と比較して 第 37 回日本自殺予防学会総会 2013 年 9 月 秋田
- 5) 山田素朋子、井出文子、青柳明子、荒井有美、座間秀行、大西ひとみ、白井教子、桃

園忍、石川美雪、廣岡孝陽、中村珠恵、亀沢有子、山本賢司：北里大学病院・東病院における院内自殺防止プロジェクトについて 第37回日本自殺予防学会総会 2013年9月 秋田

- 6) Inui-Yukawa M, Yamamoto K, Tatematsu S, Miyaji S, Ide A, Miura S, Iwamitsu Y, Miyaoka H : Suicide and suicidal behavior among young people in Japan : Association with clinical characteristics and antidepressants. World Psychiatric Association International Congress 2013.10 Austria
- 7) Yamamoto K, Tatematsu S, Oku A, Iga T, Inui-Yukawa M, Hoshino S, Hirooka T, Suzuki S, Miyaji S, Miyaoka H : What kind of professionals is needed for the management of suicide attempters in Japanese community? World Psychiatric Association International Congress 2013.10 Austria

- 8) 山田素朋子、高井美智子、井出文子、北元健、白井教子、山本賢司、上條吉人：精神保健福祉士の救命救急センター常駐化による自殺企図者の在院期間の変化について 第26回日本総合病院精神医学会総会 2013年11月 京都
- 9) 山本賢司：自殺未遂者支援を救命救急センターから始めるときの問題点と今後のあり方について。第26回日本総合病院精神医学会総会シンポジウム。2013年11月京都

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

特になし

### 2. 実用新案登録

特になし

### 3. その他

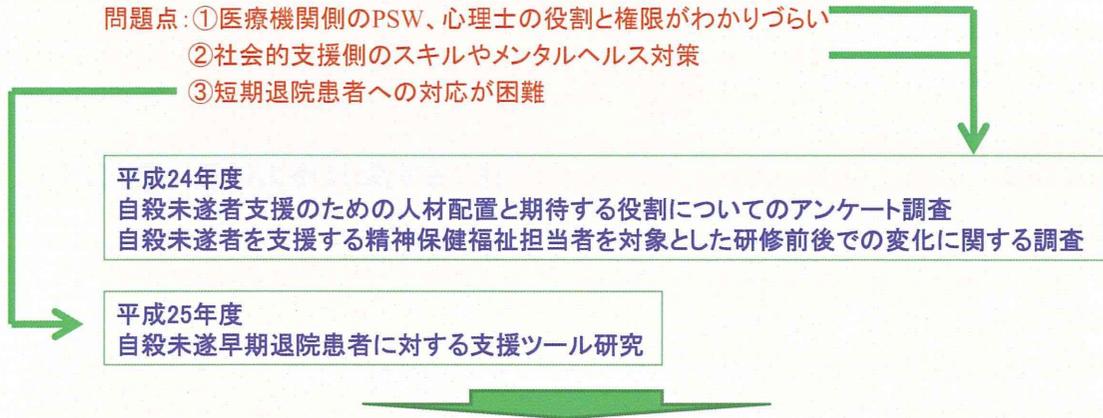
特になし

## 資料1.自殺未遂者のための精神医療地域連携パスの作成

### 平成23年度 自殺未遂者地域支援ネットワークモデル構築 → 運用開始

救命センターに常駐するPSW、心理士が搬送された自殺未遂者への心理教育や社会支援利用の適応確認を行う。社会的支援利用の意思があり、市への情報提供に同意が得られた症例について、相模原市精神保健福祉センターを窓口として各障害福祉相談課(精神班)及び市役所関係各課へ連絡。救命センターから転院、退院後も地域で継続フォローしていく。地域ネットワークモデルに参加する医療機関、公的機関との間で事例検討会、教育講演会などを開催。

- 問題点: ①医療機関側のPSW、心理士の役割と権限がわかりづらい  
 ②社会的支援側のスキルやメンタルヘルス対策  
 ③短期退院患者への対応が困難



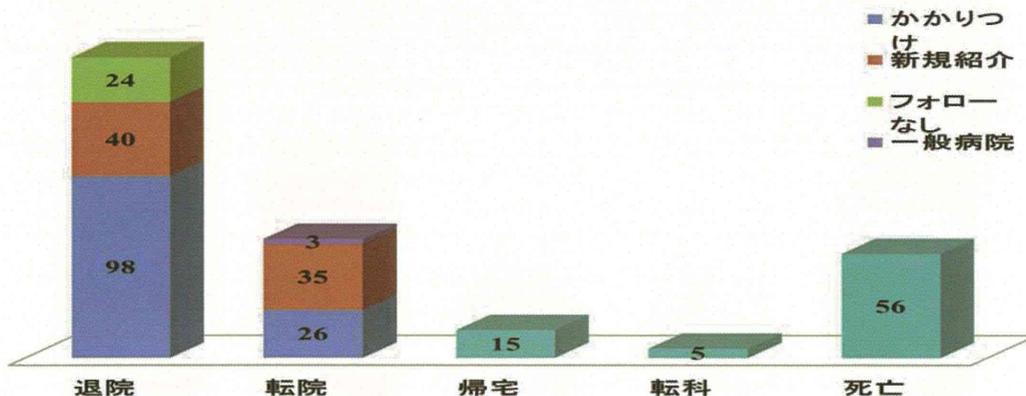
### 自殺未遂者のための精神医療地域連携パス(相模原モデル案)

## 資料2.自殺未遂者の転帰について

北里大学救命救急センターへの総搬送患者数は2389名で、中毒・心身総合診療チームが診療を行った症例は496名(救急全体の20.8%)であった。

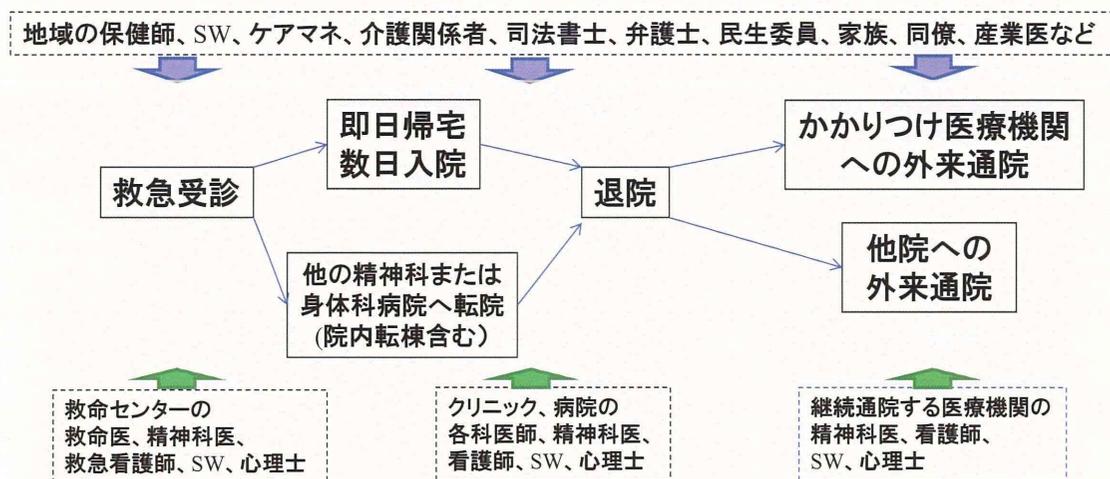
自殺企図患者	中毒患者	身体合併症患者	依頼患者
305名 (12.8%)	272名 (11.4%)	107名 (4.5%)	26名 (1.09%)

### 自殺企図患者の転帰について

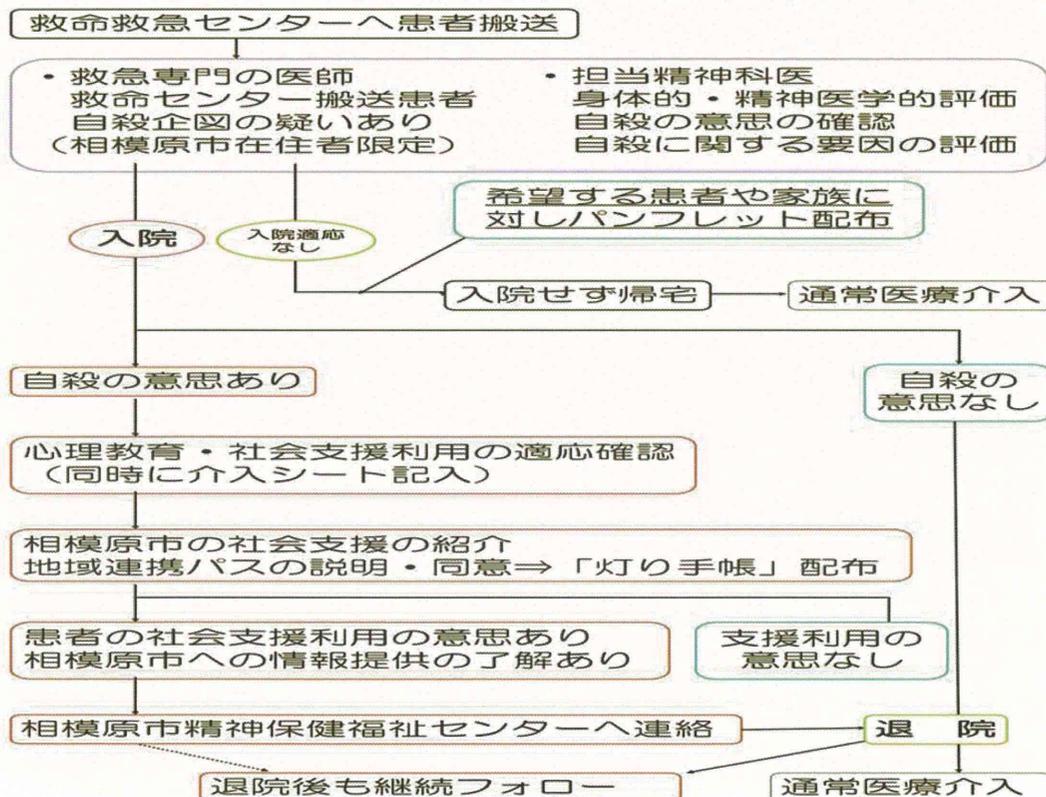


### 資料3.北里大学病院救命救急センターに搬送される 自殺未遂者の特徴と治療の流れ

- 平成24年度の1年間に自殺企図で救急搬送された症例は305例。そのうち、52例(17%)は来院後死亡、68例(22.3%)は救命救急センターから転院となり、160例(52.4%)は退院となった。
- 救急受診後、即日帰宅や救急に短期入院(1 - 2日)し退院する患者と、精神症状が重篤で東病院や他の精神科病院に転院となる患者の流れに大きく分けられる。



### 資料4. 救命救急センターにおける地域連携へのフロー(試案)



資料5. 自殺未遂者支援のための精神医療地域連携パスのオーバービュー(試案)

イメージ	救命救急センターに搬送された自殺未遂者が適切な医療を受けることができ、退院後も必要な援助を受けることができる		
流れ：	救命救急センター→(必要に応じて身体科病棟、精神科病院)→地域生活		
目的：	自殺未遂者が身体的治療と同時に精神医学的アセスメントを受け、援助希求性を高めながら対処行動を身につけ、地域で必要な援助をうけながら致死性の高い再企図にいたらないように支援する		
適応基準：	□自殺未遂によって救命救急センターに搬送された方		
除外基準：	地域連携パス使用に同意を得られない方		
専門病院逆紹介基準：	□うつ病性障害、双極性感情障害、統合失調症の診断事例で昏迷、亜昏迷、治療に抵抗する精神病症状などがある場合 □セカンドオピニオンの意見を希望した時 □その他必要と判断された時		
評価	併用BZP薬使用量、頓用薬使用回数、臨時逆紹介回数、WHO-QOL等評価尺度、救命救急センター搬送回数等		
	救命救急センター	精神科専門病院(転院した場合)	自宅
アウトカム	身体的状態が回復している 精神科的不調時の対処方法を理解している	身体的状態が回復している 精神科的不調時の対処方法を理解している 援助希求性が高まる	何らかの役割を実感して生活を送れる 希死念慮に対して対処行動を実行できる 援助希求性が高まる
評価項目	身体的診察結果、検査結果 精神医学的現在症 社会的機能評価	身体的診察結果、検査結果 精神医学的現在症 社会的機能評価	社会的機能評価 行動記録表項目評価 頓用薬使用頻度
タスク	身体損傷、合併症の評価、診断、加療 精神医学的評価、診断、加療 自殺の意志確認、要因評価 心理教育、社会支援適応確認 上記必要時実施、精神保健福祉センター連絡 身体医学的情報提供書作成 精神医学的情報提供書作成	身体損傷、合併症の評価、診断、加療 精神医学的評価、診断、加療 自殺の意志確認、要因評価 心理教育、社会的支援適応確認 上記必要時実施、精神保健福祉センター連絡 精神医学的情報提供書作成(転医の場合)	心理教育 社会的支援 精神医学的評価、加療

患者所在 アウトカム		救命センター ①身体的状態が回復している ②精神科的不調時の対処方法を理解している			精神科病院 ①身体的状態が回復している ②精神科的不調時の対処方法を理解している ③援助求まり性が高まる			自宅(かかりつけ医療機関)							
		入院時or入院中	退院時		入院時	入院中	退院時		通院開始・再開開始	1か月後	2か月後	3か月後	6か月後	1年後	(さらに継続可)
精神疾患	タスク	精神科診断	ICD-10 DSM-IV-TR Axis I Axis II Axis IV Axis V(現在のGAF) Axis V(過去最高のGAF) 診断、症状に関する追加コメント:	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	タスク	経過観察ポイント	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
自殺企図	タスク	現在	希死念慮の有無 自殺の切迫度 希死念慮、切迫度に関するコメント:	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	タスク	自殺企図回数( 回目) 今回	全回日時 企図手段(ICD-10の「故意の自傷」) 企図動機	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
身体疾患	タスク	身体科診断	(ICD-10) ① ② ③ ④ ⑤	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	タスク	継続すべき検査 (具体的に)	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
社会機能	タスク	相談相手	家族 その他:	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
	タスク	相談機関の利用状況:	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

記入上の注意

- \*1 ( ) は内容を直接記入
- \*2 ( ) は実行者のサインまたは捺印
- \*3 ( ) は記載不要
- \*4 ( ) は文章で記入
- \*5 ( ) は文章とサインまたは捺印

## 資料7.自殺企図者面接シート1

調査日	(西暦)[       ]年 [       ]月 [       ]日	記入者	
患者背景			
カルテID		年齢	歳
氏名		性別	<input type="radio"/> 1.男 <input type="radio"/> 2.女
教育年数	<input type="radio"/> 1.義務教育卒以前 <input type="radio"/> 2.高卒 <input type="radio"/> 3.短大卒 <input type="radio"/> 4.大卒 <input type="radio"/> 5.大学院卒 ※卒業を果たしている所		
職業	<input type="radio"/> 1.フルタイム <input type="radio"/> 2.パートタイム・アルバイト <input type="radio"/> 3.病休中 <input type="radio"/> 4.専業主婦 <input type="radio"/> 5.不可逆的障害により就労不能 <input type="radio"/> 6.定年退職 <input type="radio"/> 7.無職 <input type="radio"/> 8.学生		
同居者 〔複数回答可〕	<input type="checkbox"/> 0.なし <input type="checkbox"/> 1.父親 <input type="checkbox"/> 2.母親 <input type="checkbox"/> 3.兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 4.配偶者 <input type="checkbox"/> 5.子 <input type="checkbox"/> 6.祖父母子 <input type="checkbox"/> 7.孫 <input type="checkbox"/> 8.その他(       )		
婚姻状況	<input type="radio"/> 1.既婚 [ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ] <input type="radio"/> 2.未婚 <input type="radio"/> 3.離婚 <input type="radio"/> 4.死別		
家族歴	→「家族」には両親・両祖父母・兄弟のみを含める。配偶者及びその家族などは含めない。		
	DSM-IV I 軸 疾患の既往	<input type="radio"/> 1.あり <input type="radio"/> 2.うたがい <input type="radio"/> 3.なし <input type="radio"/> 4.不明	
	自殺企図歴	<input type="radio"/> 1.あり <input type="radio"/> 2.なし	
受診歴	精神科受診歴 (最終受診日)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 1ヶ月以内 <input type="radio"/> 3ヶ月以内 <input type="radio"/> 6ヶ月以内 <input type="radio"/> 1年以内 <input type="radio"/> 1年以上前	
	身体科受診歴 (最終受診日)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 1ヶ月以内 <input type="radio"/> 3ヶ月以内 <input type="radio"/> 6ヶ月以内 <input type="radio"/> 1年以内 <input type="radio"/> 1年以上前	
	→ 診療科	<input type="checkbox"/> 1.内科 <input type="checkbox"/> 2.外科 <input type="checkbox"/> 3.産婦人科 <input type="checkbox"/> 4.小児科 <input type="checkbox"/> 5.脳外科 <input type="checkbox"/> 6.麻酔科 <input type="checkbox"/> 7.整形外科 <input type="checkbox"/> 8.形成外科 <input type="checkbox"/> 9.皮膚科 <input type="checkbox"/> 10.泌尿器科 <input type="checkbox"/> 11.眼科 <input type="checkbox"/> 12.耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 13.口腔外科 <input type="checkbox"/> 14.放射線科 <input type="checkbox"/> 15.リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 16.その他(       )	
自殺企図回数	<input type="radio"/> 1.なし <input type="radio"/> 2.1回もしくは2回 <input type="radio"/> 3.3回以上		
自殺企図手段 〔複数選択可〕 〔主要項目特定〕	<input type="checkbox"/> 1.医師処方薬 [ <input type="checkbox"/> 1向精神薬 <input type="checkbox"/> 2その他 ] <input type="checkbox"/> 2.市販薬物 <input type="checkbox"/> 3.毒物 [ <input type="checkbox"/> 1農薬 <input type="checkbox"/> 2自然毒 <input type="checkbox"/> 3洗剤 <input type="checkbox"/> 4その他(       ) ] <input type="checkbox"/> 4.ガス [ <input type="checkbox"/> 1排気ガス <input type="checkbox"/> 2練炭 <input type="checkbox"/> 3その他(       ) ] <input type="checkbox"/> 5.刃器 [ <input type="checkbox"/> 1手首の皮内 <input type="checkbox"/> 2手首以外の皮内 <input type="checkbox"/> 3部位を問わず皮下に深達 ] <input type="checkbox"/> 6.飛び込み <input type="checkbox"/> 7.飛び降り <input type="checkbox"/> 8.焼身 <input type="checkbox"/> 9.縊首 <input type="checkbox"/> 10.入水 <input type="checkbox"/> 11.感電 <input type="checkbox"/> 12.銃器 <input type="checkbox"/> 13.凍死 <input type="checkbox"/> 14.その他(       )		
自殺企図動機 〔複数選択可〕 〔主要項目特定〕	<input type="checkbox"/> 1.家族との関係(婚姻関係の変化を含む) <input type="checkbox"/> 2.家族との死別 <input type="checkbox"/> 3.住居(転居を含む) <input type="checkbox"/> 4.健康 [ <input type="checkbox"/> 1身体の症状 <input type="checkbox"/> 2心の症状 ] <input type="checkbox"/> 5.経済的困窮 <input type="checkbox"/> 6.介護・養育 <input type="checkbox"/> 7.業務内容 <input type="checkbox"/> 8.転職 <input type="checkbox"/> 9.失業・倒産 <input type="checkbox"/> 10.学業・進学 <input type="checkbox"/> 11.男女関係(婚姻関係がないもの) <input type="checkbox"/> 12.職場、学校、知人との人間関係 <input type="checkbox"/> 13.災害被害 <input type="checkbox"/> 14.犯罪被害 <input type="checkbox"/> 15.その他(       ) <input type="checkbox"/> 16.不明		



あかり てちょう  
灯り手帳



診療所、病院、薬局など医療機関を受診する時、  
保健師、ソーシャルワーカーとの面談時など、  
必ずご持参ください。

はじめに

この手帳は健康を管理する  
ための手帳です。  
専門職だけでなくご家族も含め、  
みんなで情報を共有し、  
どこでも安心してケアを  
受けるために役立っていきます。

健康に生活ができるようにあなたを支えています

かかりつけ医

医療機関名①

電話番号

主治医名

医療機関名②

電話番号

主治医名

定期通所期間（リワーク、デイケア、作業所など）

機関名

電話番号

主治医名

かかりつけ薬局

事業所

電話番号

担当者

市の公的サービス相談機関

機関名①

電話番号

主治医名

機関名②

電話番号

主治医名

その他（民生委員、会社、学校関係）

事業所①

電話番号

担当者

精神科救急医療情報窓口

電話番号 045-261-7070

土曜日、日曜日、祝祭日および年末年始（午前8時半～翌日午前8時半）

平日（月～金曜日午後5時～翌日午前8時半）

（翌日が平日の場合は、いずれも翌日午前8時までの受付となります。）

横浜いのちの電話 電話番号 045-335-4343

川崎いのちの電話 電話番号 044-733-4343

24時間 年中無休



## わたしのプロフィール



病気のことや日常生活のことについて、知っておいてほしいことやお手伝いが必要なことがあれば記入してください。

趣味や大切にしていること

病気のこと（からだ、こころどちらの病気のことでも！）

その他（デイケア、作業所、学校、職場のことなどなんでも！）

お手伝いできそうなこと

## わたしの行動記録表

ID. \_\_\_\_\_ ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

時間	日			月			火			水			木			金			土			
	何をしていた？	誰と？	自分を大事にしない行動																			
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
1																						
2																						
3																						
4																						

◎健康スキルを使って「自分を大事にしない行動」を記録した ○呼吸法の練習 △自分を大事にしない行動：△自傷（切る、殴る、引っかく、突刺す、走りかけの車を突くなど） △自傷したくなった □飲酒 ●福祉 ×人や物に暴力を振るう

出典：松本豊彦、自傷行為の理解と援助、日本評論社



厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））  
分担研究報告書

地域連携会議（地方会・循環器領域）モデル開発に関する研究

研究分担者 平田 健一

神戸大学 大学院医学研究科 内科学講座 循環器内科学分野 教授

研究要旨

**研究目的**：循環器疾患のメンタルケアに対して、循環器科－精神科の地域連携モデルを作成する。

**研究方法**：メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト、地域連携モデルの一環として、平成 25 年 1 月、兵庫サイコカーディオロジー研究会を発足させた。兵庫県下 4 病院を中心として、循環器医、精神科医及びコメディカルが参加。循環器疾患に関する心理的側面の共有をすることから開始した。

**結果**：平成 25 年度中、5 回の研究会を実施。循環器疾患とメンタルケアに関する知識の共有を行った。これら研究会の成果を踏まえ、地域連携モデル開発にあたっての 3 つの柱（コーディネーター養成、連携ツールの作成、啓蒙・啓発）を策定した。

**まとめ**：地域連携会議モデル（循環器疾患）開発に際しての情報共有、基礎作りを行った。今後、より具体的な地域連携の実現を目指す。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

水谷 和郎 神戸百年記念病院 内科 医長  
民田 浩一 西宮渡辺心臓・血管センター 副院長  
堂本 康治 神戸労災病院 第二総合内科 部長  
大石 醒悟 兵庫県立姫路循環器病センター  
循環器科 医長  
竹原 歩 兵庫県立姫路循環器病センター 看護部  
庵地 雄太 神戸百年記念病院 心臓リハビリテーションセンター 心理療法士  
安井 博規 国立循環器病研究センター 心臓血管内科  
見野 耕一 神戸市立医療センター西市民病院 精神科 部長  
伊藤 弘人 国立精神・神経医療センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部 部長

A. 研究目的

平成 24 年より国立高度専門医療研究センター共同研究プロジェクト「身体疾患患者へのメンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト」が開始。本プロジェクトを遂行するにあたり、医療現場での身体科チームと精神科との地域連携会議は必須である。さらに、各身体科それぞれにおけるメンタルケアに関する地域連携構築は、その基礎となるものである。本プロジェクトに先行して、兵庫県地域は従前より循環器疾患領域へのメンタルケア導入が盛んな地域である。本研究では、兵庫県地域における循環器科－循環器科及び循環器科－精神科の連携構築を試行、ナショナルプロジェクトとしての地

域連携モデル開発を検討する。

## B. 研究方法

循環器疾患のメンタルケアについては、注目されつつある。しかしながら、未だに医療従事者でさえ理解不十分な面も多く見られる。うつとの関連性など、病態に関する様々な報告はみられるも、地域連携という形でのシステム作りについては発展途上である。今回兵庫県地域において、既に循環器疾患のメンタルケアを取り入れている4病院（神戸百年記念病院、西宮渡辺心臓・血管センター、神戸労災病院、姫路循環器病センター）を選択した。これら病院を基軸とし、国立精神・神経医療研究センター及び国立循環器病研究センターを加えて、平成25年1月28日、兵庫サイコカーディオロジー研究会を発足した。精神科からの参画は、サイコオンコロジーの先覚である神戸市立医療センター西市民病院へ依頼した。

研究会では、循環器疾患に対するメンタルケアに関しての現状、課題の把握から開始した。ワークショップ形式などで循環器疾患とメンタルケアに関する様々な意見を集約した。

### （倫理面への配慮）

本研究では、症例検討を行う際に患者情報等個人が特定されることの無い様、倫理的な配慮を行った。

## C. 研究結果

各研究会の概要を述べる。

＜第1回研究会（平成25年1月）＞

オープニングセッションとして、国立精神・神経医療研究センターよりナショナルプロジェ

クトの概要の説明を行った。引き続き兵庫県地域の循環器疾患領域におけるメンタルケアに関する現状と課題の抽出をワークショップ形式で行った。

＜第2回研究会（同年4月）＞

身体疾患のメンタルケアにおいて、先行するがん領域の考え方を学ぶため、リエゾン認定看護師の竹原歩氏（兵庫県立姫路循環器病センター）による講演「循環器臨床にも取り入れたいサイコオンコロジーの考え方」を行った。より広く意見を集めることを目的として、兵庫県内で循環器疾患のメンタルケアに携わる医療従事者に参加門戸を広げた。第1回同様、ワークショップを実施し、メンタルケアに関わる課題、問題点の抽出を行った。

＜第3回研究会（同年6月）＞

本プロジェクトの連携システム開発について、名古屋大学大学院医学系研究科の杉浦伸一先生による講演「情報通信技術を用いた患者フォローアップシステム」を実施した。また、過去2回のワークショップから得られた総数330の意見を検討した。地域連携モデル開発における課題の抽出を試みた。意見を親和性分類に基づいて分析した結果、「精神症状・心理的問題」、「メンタルケアに関する知識・技術」、「心疾患の病態と特性」といった課題が上位半数を占めた。

＜第4回研究会（同年8月）＞

ワークショップ形式による課題の抽出に加え、臨床的視点から課題を探ることを目的として、実症例を用いた職種間カンファレンスを実施した。治療・投薬に関する様々な意見や診療科を繋ぐコーディネーターの必要性などが示された。

<第5回研究会（同年11月）>

当地域に限らず、本邦における循環器疾患に対するメンタルケアの現状と課題を再確認するため、基調講演を開催した。大阪大学大学院循環器内科（国立循環器病研究センター心臓血管内科）、安井博規研究協力者の講演「サイコカルディオロジーについて」を行った。

## D. 考察

本研究の指針として、計5回の研究会内容の要約から、「コーディネーター養成」、「連携ツールの作成」、「啓蒙・啓発」という三項目が浮き彫りとなった。これら三項目を本研究の「3つの柱」と位置づけ、今後の課題とした。

### 《コーディネーターの必要性》

第1の柱は『コーディネーターの養成』である。第1・2回研究会のワークショップで多かった意見が、メンタルケアに関する知識と技術に対する不安である。この不安は、循環器疾患領域のスタッフの精神疾患に対する知識・技術不足による不安と、精神科領域のスタッフの循環器疾患に対する知識・技術不足の不安との2つの側面が含まれる。

従来の医療制度は、専門性を追求する医療職の養成を推進してきた。しかし、その弊害として他領域疾患を学び、触れる機会が少なくなっている。循環器疾患はしばしば生命予後に直結する。そこに、うつやせん妄などの精神疾患が併発することで、よりの確な身体症状と精神症状に対するアセスメントが求められる。また、精神疾患患者に循環器疾患が合併することも決して希ではない。従って、循環器疾患領域のスタッフに対しては精神疾患に関する知識と対応、

精神疾患領域のスタッフには循環器疾患に関する知識と対応が必ず求められることになる。しかし専門分化された現在の診療体制では、異なる2領域の併存疾患への対応は不十分であり、これが今回のワークショップによって示された不安の一因と考えられる。

よって本研究の目標として、患者の予後改善とQOL向上、さらに各領域で働くスタッフの不安に対処するため、循環器疾患領域と精神疾患領域の間をスムーズに繋ぐコーディネーターの養成を検討するものである。

### 《連携ツールの作成》

第2の柱は『連携ツールの作成』である。この『連携』とは「診療科連携」、「病病連携」、「病診連携」、「地域連携」の4つの要素から構成されている。

ここでは、「診療科連携」を循環器内科、心臓血管外科、心療内科、精神科などの診療科の連携とした。同様に、「病病連携」は中規模一般病院と専門科としての循環器科あるいは精神科を有する地域総合中核病院との連携を、「病診連携」は循環器科あるいは精神科を有する総合病院と地域のクリニック等かかりつけ医との連携を、「地域連携」は役所や保健所、福祉施設など地域における社会資源との狭義の連携を称する。

それぞれを相互・多角的に繋ぐのが『連携ツール』である。このツールとしては、患者個人が1冊ずつ管理して持ち運ぶ「手帳」方式と、関係機関の間を情報通信技術で繋ぐ「ICT (Information and Communication Technology)」方式の2種類の併用を検討している。

「手帳」と「ICT」による患者フォローアップシステムについては、本ナショナルプロジェ

クトの骨子に基づくものであり、ここでは割愛する。本研究では、この『包括的連携ツール』を循環器疾患と精神疾患の両疾患に対応した形を検討・作成し、前述のコーディネーターが中心となって運用することを目指している。

#### 《啓蒙・啓発》

第3の柱は『啓蒙・啓発』である。本年11月、第70回日本循環器心身医学会総会において、日本循環器心身医学会と本ナショナルプロジェクトとのジョイントシンポジウムが企画された。

このジョイントシンポジウムは昨年引き続き第2回となった。循環器疾患に対するメンタルケアの必要性の重要な啓蒙・啓発の良い機会となり、さらには本ナショナルプロジェクトの推進に寄与するものである。

このような学術集会や論文投稿等を積極的に活用し、循環器疾患に対するより専門的なメンタルケアの必要性だけでなく、具体的対応策としての「地域連携モデル」を同時に啓蒙・啓発してゆくことが重要である。

今後さらに、様々な機会を通じて循環器疾患領域のメンタルケアについて『啓蒙・啓発』を行ってゆくことが、本研究の3つ目の柱である。

以上、今後3つの柱を本研究の基本課題として、継続検討していく所存である。

## E. 結論

平成25年度は循環器疾患に対する地域連携会議モデル開発に際しての情報共有、基礎作りを行った。今後、研究会より得られた3本の柱（コーディネーター養成、連携ツールの作成、啓蒙・啓発）を軸に、より具体的な地域連携の実現を目指すものである。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

庵地雄太、水谷和郎 包括的なうつ病管理の実践 メンタルケアを取り入れたディジーズマネジメント 地域連携モデル開発（兵庫県神戸地域）：地域連携モデル開発における3つの柱 看護技術 2014年1月号 Vol.60 No1 通巻871号

### 2. 学会発表

堂本康治、水谷和郎、庵地雄太、大石醒悟、民田浩一、安井博規、伊藤弘人. 兵庫サイコカーディオロジー研究会の発足. ジョイントシンポジウム「循環器疾患患者へのメンタルケア」第70回日本循環器心身医学会学術集会、東京

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 身体疾患を合併する精神疾患に対するアクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）の適用に関する研究

研究分担者 熊野宏昭

早稲田大学人間科学学術院 教授

### 研究要旨

**研究目的**：様々な精神症状を伴うことの多い慢性身体疾患に対して、認知行動療法的アプローチの1つである「アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）」を適用するための研修を実施する。

**研究方法**：糖尿病を始めとした慢性身体疾患に対する ACT の適用方法についてレビューを行い、その成果に基づいて資料を作成し、「身体疾患患者へのメンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト 2013 年度第 1 回ステップアップ研修」を実施する。

**結果**：20 名余の参加を得て、上記研修会を実施した。

**まとめ**：今後、身体疾患を合併する精神疾患に ACT を実施するための基礎技術の研修を実施した。

### A. 研究目的

様々な精神症状を伴うことの多い慢性身体疾患に対して、認知行動療法的アプローチの1つである「アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）」を適用するための研修を実施する。

### B. 研究方法

糖尿病を始めとした慢性身体疾患に対する ACT の適用方法についてレビューを行い、その成果に基づいて資料を作成し、「身体疾患患者へのメンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト 2013 年度第 1 回ステップアップ研修」を実施する。

（倫理面への配慮）

なし。

### C. 研究結果

次ページからの資料を用いて、研修会を実施し、20 余名の参加を得た。参加者の大部分にとっては新たに学ぶ介入方法と思われたが、今後適用してみたいという意見も聞くことができた。

### D. 考察

わが国においても、近年広く実践されるようになってきた ACT を、様々な精神症状を伴うことの多い慢性身体疾患に適用できる可能性は大きいと思われる。

### E. 結論

今年度の研究成果を踏まえて、うつ病を合併する身体疾患に適用するための研究を進めて行きたいと考えている。

# 認知行動療法による身体疾患の治療 ～アクセプタンス&コミットメント・セラピーの工夫～

早稲田大学人間科学学術院  
熊野宏昭

## 2型糖尿病にACTを用いたRCT

[方法] 1日教育ワークショップに参加した81人を、7時間の患者教育のみを受ける群と、同様の患者教育を4時間とACTを3時間受ける群にランダムに振り分け(教育群38名、ACT群43名)、介入効果を比較した。ACT群では、糖尿病についての受け入れ難い考えや気持ちに対して、アクセプタンスとマインドフルネスのスキルを適用し、自分で価値があると思う治療行動を実行していくための方法を学んだ。

[結果] 3ヵ月後、ACT群は教育群と比較して、糖尿病に対する理解度では有意差は無かったが、アクセプタンスとマインドフルネスのスキルや価値に基づいた行動を実践している率が高く、糖尿病のセルフケア行動(食事、運動、自己血糖測定)に対するアドヒアランスもよく、HbA1cがターゲット域(<7%)に入っている人数も多かった。媒介過程分析を行った結果では、アクセプタンスなどのスキルとアドヒアランスの介入による変化が、HbA1cの変化に有意な影響を与えていた。

(Greggほか, 2007)

## どれほど驚くべきことなのか

- ・アドヒアランスを改善することは容易ではない。
  - ・31件のセルフマネジメント教育のRCTの結果(Norris, 2002)
    - ・治療直後に、HbA1c換算0.76% (95%CI: 0.34~1.18%、20研究)コントロール群よりも低下(12件のコントロール群は通常治療条件であり、残りの8件も比較的簡略な付加的介入)。
    - ・1~3ヶ月のフォローアップ後では、0.26% (95%CI: -0.21~0.73%、9研究)と低下は有意ではないが、4ヶ月以上のフォローアップ後では0.26% (95%CI: 0.05~0.48%、9研究)有意に低下が大きかった。
    - ・0.5%の差を出すためには、11.8時間の教育的介入が必要。
  - ・12件の心理療法的介入(CBT中心)のRCTの結果(Ismail, 2004)
    - ・治療直後に、HbA1c換算で0.76% (95%CI: 0.18~1.34) コントロール群よりも低下(6件のコントロール群が通常治療条件で、残りの6件はセルフマネジメント教育以上の介入を実施)。
    - ・介入期間の中央値は10.5週間。

## 行動から人を見る

- 行動分析学では、われわれが日々生きていくという事実を、習慣的行動という側面から捉える。
- 習慣的行動とは、ある環境(文脈)の中で繰り返される「癖」のことである。
- この癖が人を作り上げ、われわれの人生を織り上げて行く。

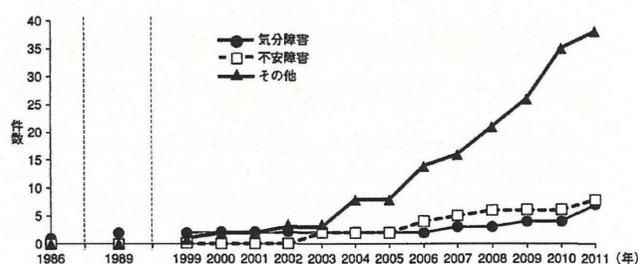
## 認知行動療法

- 症状や問題行動を改善し、セルフケアを促進するために、非適応的な行動パターン、思考パターンを系統的に変容していく行動科学的治療法を認知行動療法(cognitive behavior therapy: CBT)と言う。
- 生活習慣への教育的働きかけや、リラクゼーション法だけでは、効果が不十分な場合に適用される。
- 偏った思考・行動パターンの変容が必要になる。
- 認知行動療法の対象になるのは、病気の発症ではなく持続。

## アウトカム指標の変化

Variable	Pretreatment			Follow-up			Difference		d
	n	M	SD	n	M	SD	M	SD	
No. in glucose control (HbA <sub>1c</sub> < 7%)									
Control	10/38			9/38			-0.03	0.37	
ACT	11/43			21/43			0.23**	0.48	
Between-conditions comparison									0.61**
HbA <sub>1c</sub>									
Control		8.21	1.91		8.07	2.22	-0.19	1.42	
ACT		8.17	1.86		7.47	1.46	-0.72*	1.59	
Between-conditions comparison									0.35
Self-management									
Control		10.28	5.99		12.41	5.21	1.62*	6.84	
ACT		7.49	5.87		13.58	5.56	5.83***	5.52	
Between-conditions comparison									0.68*
Acceptance and Action Diabetes Questionnaire									
Control		50.48	16.12		48.43	14.86	-1.30	9.94	
ACT		46.23	16.97		54.10	15.24	8.66***	15.20	
Between-conditions comparison									0.78**

## ACTに対するRCT実施の累積件数



(武藤・三田村, 2011)

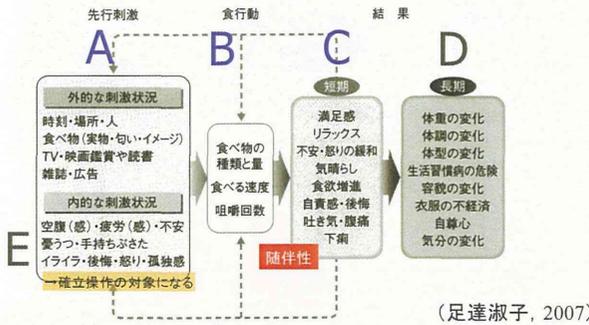
## 行動分析学

- 行動それ自体を研究の対象にする。行動を通して心ないし意識や認知あるいは脳の働きなどを研究するのではない。
- 行動に関するすべての出来事を、同一の理論的枠組みとできるだけ少ない共通の原理で分析する。
- 行動の原因を、個体の内部ではなく、個体をとるまわりの過去および現在の環境のなかに求める。

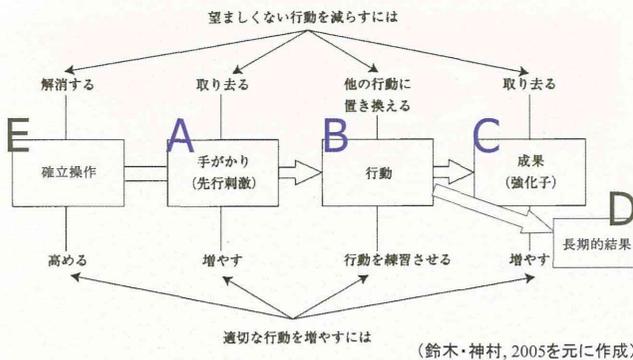
(佐藤, 2001)

## 行動とは

- 行動とは習慣的行動(行動パターン)のことであり、連鎖で考える。



## 機能分析に基づく介入ポイント

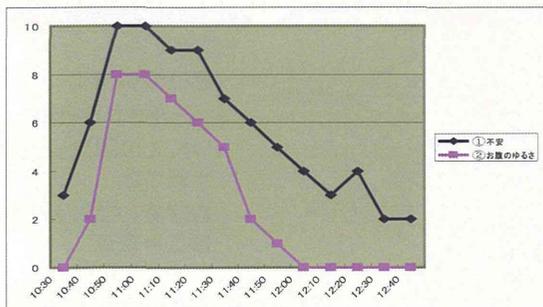


## Aさんの機能分析

- 標的とする問題: 腹痛・下痢に起因する乗り物恐怖
- 状況: 寝不足などで身体の緊張があると起きやすい(確立操作)。朝の満員の通勤電車の中でお腹の感覚に注意が向く(条件刺激・弁別刺激)。帰りの電車は平気。
- 行動: 不安な気持ちとともにお腹がゆるくなる感じが出現し(条件反応)、次の駅であわてて降りる(標的行動)。
- 結果: 不安感とともにお腹のゆるい感じがおさまる(嫌悪刺激の消失)、大変な状況を回避できたと思ひ(嫌悪刺激出現の阻止)、ホッとする(強化子の出現)。

## 予想と実際の違い

- 不安になったら、どこまでも強くなると思っていたが...



## 行動の制御に関わる学習原理

- 随伴性形成行動: ヒト以外の動物にも認められる学習形式であり、学習過程が意識される必要はない(体験による学習)
  - レスポンデント条件づけ- 条件刺激が無条件刺激の到来の信号になる(例: パブロフの犬、梅干と唾液)
  - オペラント条件づけ- 結果によってその後の行動が決まってくる(例: 物質依存、子供のしつけ、ペットのしつけ)
- ルール支配行動: 言葉を用いる人間でのみ認められる学習形式であり、反応強化子随伴性がなくても、随意行動が維持される(言葉による学習)
  - 関係フレームづけ- 言葉が非言語的反応を制御する(例: 教室で習うもののほとんど全て)

## 腹痛と電車に乗る不安が主訴のAさん

- 26歳、女性、臨床検査技師。
- 腹痛、下痢、朝の通勤電車に乗る不安感を主訴に心療内科クリニックに初診。
- 大学卒業後A病院に勤務し、25歳時に新人を指導する立場になってから症状が出現し、ほぼ毎朝、腹痛と下痢がある。最初はたまに起こる程度だったが、通勤途中で腹痛のため電車を降りたことをきっかけに、同じようになるのを恐れ、通勤途中で度々降りるようになる。
- 消化器内科では特に大きな異常なく、自ら受診。
- 心療内科医が、腹痛などと関係した電車に乗る不安に心理的介入が有効と考え、心理士に面接を依頼した。

## Aさんへの介入

- 状況: 寝不足などで身体の緊張があると起きやすい(確立操作)。朝の満員の通勤電車の中でお腹の感覚に注意が向く(条件刺激・弁別刺激)。
  - 日頃の緊張をほぐすために、リラクゼーション法を毎日練習する。電車の中で足の裏の感覚に注意を向ける練習をする。
- 行動: 不安な気持ちとともにお腹がゆるくなる感じが出現し(条件反応)、次の駅であわてて降りる(標的行動)。
  - 電車に乗りながら、自覚的な不安の得点を3分おきに記録する。
- 結果: 不安感とともにお腹のゆるい感じがおさまる(嫌悪刺激の消失)、大変な状況を回避できたと思ひ(嫌悪刺激出現の阻止)、ホッとする(強化子の出現)。
  - 電車に続けて乗れた時に何が起こるかをよく観察し、自覚する。

## 思考を言語行動として捉える

- 行動分析学において言語行動は、複数の刺激を関係づけ、その刺激の機能を変える行動(関係フレームづけ)と定義される。
  - 結び付けられる刺激は「言葉」である必要はない。
  - この刺激機能の変換によって、意味が発生する。
- 関係フレームづけの習得によって、人間は動物にはないバーチャルな世界を作り上げる力を手に入れ、文明社会を築き上げた。
  - 任意の刺激に意味を付与できるようになったから。

## 言葉が『バーチャルな世界』を作り出すとは

- 「レモン」と頭の中で言ってみましょう。



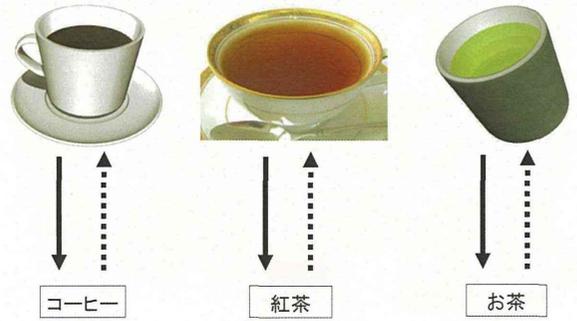
浮かんできましたか？

当たり前のこと？

→言語の双方向性と言われ人間にしかない能力

→→実は、これを「ランカ」と呼ぶことにすると・・・！？  
その音の刺激機能が変わる

## 言葉と対象の双方向性

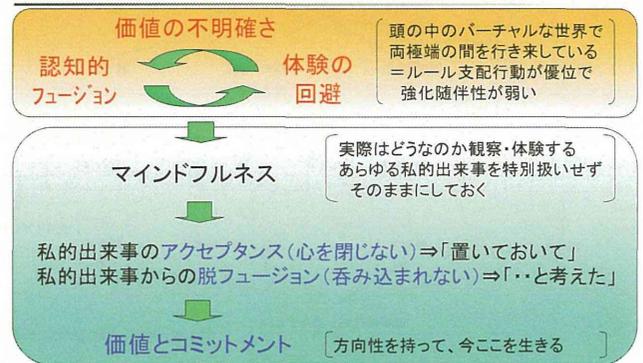


\* 点線は、直接学習なしに成立する派生的関係

## 関係フレームづけのダークサイド

- バーチャルな世界を作り上げる言葉の力は、将に諸刃の剣で、それが自分自身に向かった場合には、ありもしないネガティブな評価を現実として感じるようになる(認知的フュージョン)。
- つまり、人間の心の健康は常に脅かされる仕組みになっている。そこでは、ネガティブな自己像やそれに結びつく思考が容易に引き起こされてしまうため、それによって傷つくのを避けるために、様々な刺激に反応して生じる自らの思考や感情を回避しようとする(体験の回避)ことになる。

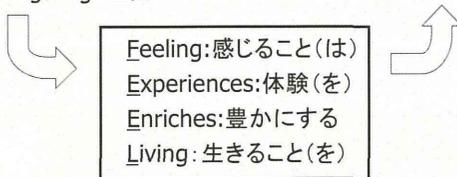
## ACT(アクセプタンス&コミットメント・セラピー)



## FEARからFEELを経てACTへ

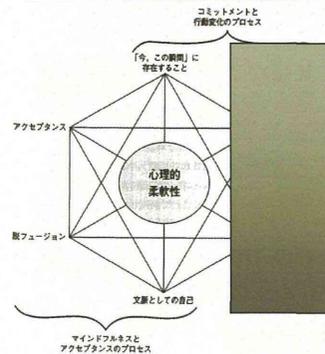
Fusion:フュージョン  
Evaluation:評価  
Avoidance:回避  
Reason giving:理由づけ

Acceptance:アクセプタンス  
Choose:価値に沿った選択  
Take action:行動を起こす



柔軟な注意が必要

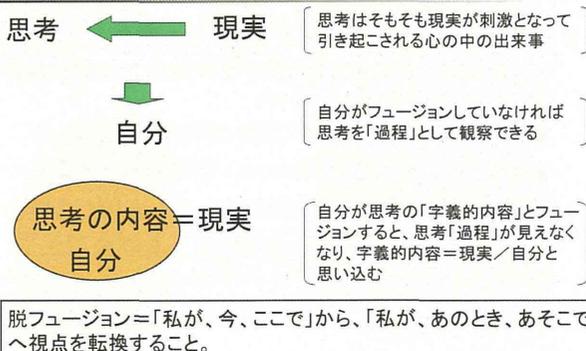
## マインドフルネスとアクセプタンスのプロセス



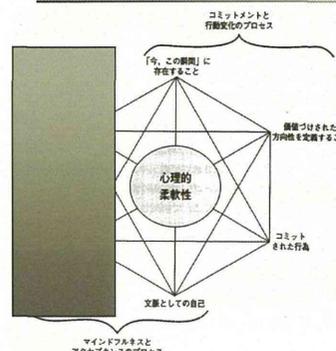
- 以下の4つで言葉のダークサイドから自由になる。
  - アクセプタンス
  - 脱フュージョン
  - 「今、この瞬間」との接触 = 気づき
  - 観察者(文脈)としての自己 = 視点

(ルオマ・ヘイズ・ウォルサー、2009)

## 観察者としての自己と脱フュージョン



## コミットメントと行動変化のプロセス



- 以下の4つで向社会的行動を促進する。
  - 価値の明確化
  - コミットされた行為
  - 「今、この瞬間」との接触 = 気づき
  - 観察者(文脈)としての自己 = 視点

(ルオマ・ヘイズ・ウォルサー、2009)