

表3 認知症とうつ病の臨床特徴の相違点

認知症	うつ病
家族が病気がつかない	家族が病気が気づく
家族に連れられ来院	自ら来院
潜在性の経過	急性の発症
認知障害をあまり自覚していない	認知障害を自ら訴える
病状に無関心	病状に過度な関心
訴えに曖昧なところがある	詳細に訴える
課題に取り組むが結果は気にしない	課題に取り組めず結果を悪く捉える
失見当識、失認、失行がみられる	失見当識、失認、失行は通常みられない
質問に対する返答はあるがズレがある	わからない、理解できないと返答する
自責感に乏しい	自責感が強い

文献<sup>1)</sup>を改訂

が少なくない。表3に症候学的な相違点をまとめた。

### 1. 臨床診察における特徴

臨床的には、うつ病患者は認知症患者と比較して、自己の病状に関心があるためさまざまな科を自ら受診することが多く、切なさや悲しみを一生懸命説明しようとする。一方、認知症患者本人は受診動機が乏しく、家族に連れられて来院し、訴えも曖昧で、質問にうまく答えられなかったとしても自らを責めることなく淡々としているケースが多い。神経学的所見も重要で、認知症患者にみられることの多い失認・失行などの巣症状はうつ病では認められない。

横断的には両者を見分けることは難しいことがあるため、臨床経過も重要である。うつ病では病状の改善とともに認知機能も回復することが多いが、認知症では認知機能は日によって変動があっても、総じて非可逆的に低下する。

### 2. 脳画像検査

画像所見において、MRIでは、認知症患者においてより脳萎縮（特に海馬周辺）が目立つことが多い。SPECTを用いた脳血流シンチグラムでは、うつ病患者の前頭葉、前部帯状回など前方領域における血流低下が目立つ。それに対して、認知症患者（アルツハイマー病）では後部帯状回や楔前部、頭頂-側頭連合野皮質など後方領域の血流低下が目立つことが明らかとなっている。

MRIおよびSPECT検査所見を視察によって鑑別することは難しく、客観的に評価できる統計画像処理を行うことが多い。MRIではVSRAD (voxel-based-specific regional analysis system for Alzheimer's disease) と呼ばれるソフトによって、アルツハイマー病初期の特徴である海馬傍回の萎縮を高い感度で捉えることができ、SPECTでは3D-SSP

(three-dimensional stereotactic surface projection)や、e-ZIS (easy Z score Imaging System)などのソフトが認知症に有意な血流低下部位を明らかにすることから広く用いられている。今後、認知症の診断には上記の検査に加えて、PETという装置を用いてアミロイドβの蓄積の程度を評価できるアミロイドイメージングが普及していくと考えられ、その結果、認知症とうつ病との鑑別がより早い段階でできるようになることが期待される。

### 3. その他

うつ病の鑑別のための補助検査として、2009年より近赤外線分光法による脳血流測定装置:NIRS(Near-Infrared Spectroscopy)が先進医療として認可され話題となっている。これは大脳皮質の神経活動に伴い変化するヘモグロビンの濃度を近赤外線分光法によって非侵襲的に頭皮から測定できる検査であり、課題による脳の活動状態の変化を調べることでうつ病の診断の補助となるといわれている。

心理検査については、一般的な認知機能を測定する、長谷川式簡易知能評価スケールやMMSE (ミニ精神機能検査)を用いた鑑別は困難であり、あくまでも参考程度とすべきである。むしろ実施時の態度や反応を観察することや、経時的に行うことが重要である。

うつ病の評価スケールについてはSDS (Self-rating-Depression-Scale)、GDS (Geriatric Depression Scale)、HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression)などが知られている。中でも、われわれは簡便で感度が高く、うつ病の診断に世界的に用いられているDSMに準拠したPHQ-9 (Patient Health Questionnaire) (表4)の使用を推奨している。

表4 PHQ-9

この2週間、以下の事にどのくらい悩まされていますか？

項目	全く無い	2~3日	週の半分以上	ほとんど毎日
1 物事に対して興味が無い、または楽しめない	0	1	2	3
2 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	0	1	2	3
3 寝付きが悪い、途中で目が覚める、または逆に眠り過ぎる	0	1	2	3
4 疲れた感じがする、または気がない	0	1	2	3
5 あまり食欲がない、または食べ過ぎる	0	1	2	3
6 自分はダメな人間で人生の敗北者と気に病む、または自分あるいは家族に申し訳ないと感じる	0	1	2	3
7 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中するのが難しい	0	1	2	3
8 他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいは反対にそわそわしたり落ち着かず、普段より動き回ることがある	0	1	2	3
9 死んだ方がまだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思うことがある	0	1	2	3

1、2のどちらか1項目以上2点以上、かつ1~9の総掛け部分から項目以上あれば「うつ病」、2~4項目あれば「その他のうつ病性障害」。  
PHQ-9 Copyright © 1999 Pfizer Inc を訳した

## うつ病と認知症の関連

これまで臨床医は、うつ病と認知症を明確に区別することを念頭に診療していた。ところが、うつ病の経過を見ていると認知症に移行する例が少なくなく、両者の間に何らかの関連性があるのではないかと関心を持つようになった。縦断的に見ると、一部のうつ病は認知症につながる前段階として捉えるという考え方もある。

疫学的に見ても、うつ病の存在が認知症（特にアルツハイマー病）の発症リスクを高めるとされ、高齢者うつ病から最終的に認知症に移行する頻度は4割ともいわれている。前出のうつ病性仮性認知症も経過を見ると、非可逆的な認知症に移行する症例は3年で50%以上に及ぶとされる。また、脳の形態学的変化を見ても、うつ病患者は海馬や扁桃体の容積が健常者よりも時間経過とともに有意に減少し、高齢者うつ病の白質血管障害病変も時間経過とともに増加することが確認されており、これらの結果は認知症への移行と関連がある可能性が考えられる。

認知症の視点から見ても、うつ状態を呈する患者はアルツハイマー病で30~40%、血管性認知症で60%にも及び、うつ病と認知症は密接な関係がある。

したがって、高齢者うつ病を診察する際には、抑うつ症状の改善のみならず認知症への移行、「もしかしら認知症の前段階ではないか」という中・長期的な視点を持つことが重要である。

## おわりに

高齢者のうつ病と認知症の見分け方、関連性について概説した。高齢者医療全般に言えることであるが、全人的な立場で病態を捉えることが必要であり、両者を明確に区別するというよりも個々の患者に、現在そして今後どのような医療および福祉が必要であるのかを考えることが重要である。そのためには、今後、早期診断のシステムづくりや多職種介入によるケアやマネジメントの構築など議論すべき問題は多い。

### 参考文献

- 1) 木村真人：高齢者のうつ状態 一多面的アプローチ。老年精神医学雑誌。22, 920-927, 2011.
- 2) Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al.: 'Vascular depression' hypothesis'. Arch Gen Psychiatry. 54, 915-92, 1997.

■第8回 一般医・精神科医ネットワーク研究会 (G-P ネット)

# 認知症診療における最近の話題

## 新しい治療薬と地域連携

数井 裕光 ● KAZUI Hiroaki

大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 講師



認知症の治療は原因疾患に基づいて行われる必要があります。アルツハイマー病は近年、アミロイドPET 検査や髄液検査などを用いて積極的に診断しようとの試みがなされ始めています。進行を抑制する4種類の薬が使用可能です。特発性正常圧水頭症はシャント術で治療可能で、半数弱の症例で認知機能障害が消失するとのデータもあります。地域で認知症患者を支援する仕組みは治療的観点からも重要で、今後10年間の施策が期待されます。

### 1. はじめに

認知症診療における最近の話題として、昨年新しい3種類の治療薬が使用可能となったアルツハイマー病と、治療可能な認知症として近年注目されている特発性正常圧水頭症について解説します。また認知症患者が住み慣れた地域で長く暮らせるようにするための地域連携システムの構築が求められていますが、これに関して、先日、厚生労働省が発表した「今後の認知症施策の方向性について（現在はオレンジプランと呼ばれていま

平成 24 年 6 月 30 日 (土)、梅田スカイビル

す)」について簡単にまとめたいと思います。

### 2. 認知症の診断と原因疾患

認知症とは一度、正常なレベルにまで発達した精神機能が、何らかの器質的な脳の障害のために自立した生活を送れないくらい低下した状態のことです。認知症にはさまざまな症状が含まれますが、これらは認知機能障害、精神行動障害、神経症状の3つに分類すると整理しやすいです。そしてこれらの症状の整理は認知症の原因疾患の診断にも役立ちます。認知症の原因となる疾患はいろいろです(図1)。認知症全体では、アルツハイマー病が最も多く、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症と続きます。しかし、65歳未満発症の若年性認知症に限ると、順序が変わります。一番多いのが血管性認知症、次いでアルツハイマー病、3番目と4番目も入れ替わって、前頭側頭葉変性症、レビー小体型認知症の順になります。原因となる疾患によって出現しやすい症状や進行の仕方が異なります。治療法も異なります。そのために正しい診断に基づいて、治療法や対応法を考える必要があります。

### 3. アルツハイマー病

#### (1) 臨床経過

認知症の原因疾患として頻度が最も高いのがアルツハイマー病です。アルツハイマー病の初発症

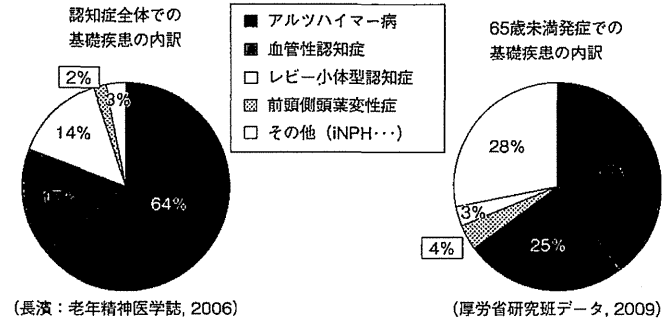


図1 認知症の原因疾患

状は、多くの場合、物忘れです。この物忘れについて、ご家族にいつ頃から始まったかと質問すると、多くは「2、3年前頃からでしょうか」というような曖昧な答えが返ってきます。このようにアルツハイマー病の発症はゆっくりです。もしも「〇月〇日からです」というような特定の日時を示す答えが返ってきたら、その患者はアルツハイマー病ではない可能性が高いです。物忘れは明らかであるが、そのほかの症状が目立たず、自立した生活を送れる状態のことを、健忘型軽度認知機能障害 (amnesic Mild Cognitive Impairment: aMCI) と呼びます。私たちの領域では、このaMCIの段階に、後にアルツハイマー病になる人(自立した生活を送れない認知症の状態になる人)とならない人を区別する方法の確立が大きなテーマになっています。

アルツハイマー病の患者では物忘れがゆっくりと強くなっていきます。そして今の時間や今いる場所がわからなくなるというような見当識障害が加わります。さらに進行に伴い、言葉の理解が不完全になります。言語障害については、複数のことを同時に言う、そのなかのいくつかを理解できないという症状から始まることが多いです。さらに進行すると、よく知っている近所や家の中でも迷うようになります。これは視空間認知障害のためです。また日常的な物品をうまく使えなくなります。しかし、粗大な神経症状は末期まで認めません。したがって、物忘れは強いが運動機能は

保たれているというような方が、アルツハイマー病らしいといえるのです。

#### (2) 診断とMRI検査

あまり知られていないかもしれませんが、他の認知症の診断基準を満たさないから、当面はアルツハイマー病と診断せざるをえない場合があります。アルツハイマー病以外の認知症の原因疾患の診断基準には、〇〇という症状があること、△△の症状があることなどの条件が明示されていることが多いです。しかし、アルツハイマー病の診断基準は認知症であるという診断基準と非常によく似ています。たとえば、レビー小体型認知症の診断基準には、幻視があること、認知機能の変動があること、パーキンソニズムがあること等が定められています。しかし、初期にはこれらの症状が目立たない患者もいます。このような患者でも、アルツハイマー病の診断基準なら満たすことがしばしばあり、そのためアルツハイマー病という診断になることがあります。その後、病気が進行して、前記した3徴を呈するようになると、レビー小体型認知症と診断されるのです。患者のご家族やかかりつけ医の先生が、認知症の診断は変わりうるということをご存知ないと、誤診ではないかなどの誤解を受けることがあるので要注意です。

アルツハイマー病の診断には頭部MRIが重要です。アルツハイマー病では海馬、海馬傍回、扁桃体などが含まれる側頭葉内側部の萎縮と全脳性

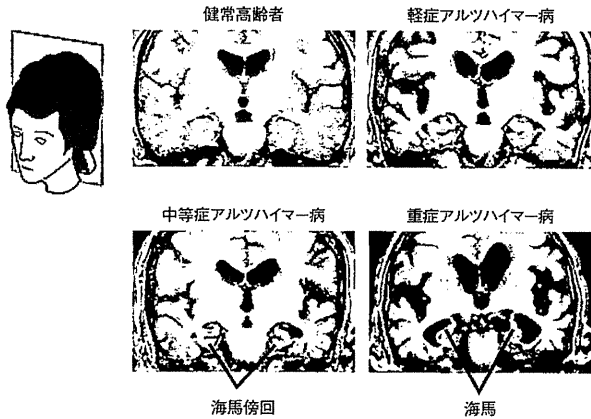


図2 アルツハイマー病患者の海馬・海馬傍回の萎縮

の脳萎縮が特徴的な所見です(図2)。そして進行に伴ってこれらの萎縮は高度になっていきます。

(3) 若年性アルツハイマー病

65歳未満発症のアルツハイマー病を若年性アルツハイマー病と呼びます。若年性アルツハイマー病と一般的な高齢発症のアルツハイマー病とは病理学的には同じですが、症候学的には若干異なるという印象を多くの専門医もっています。高齢発症の方と比較した場合の若年性アルツハイマー病の特徴を列挙すると、①記憶障害が比較的軽い、②初期から言語機能障害(言葉が通じにくい)や視覚認知障害(図形模写ができない(図3)、車庫入れが下手になった、道に迷うなど)が目立つ、③MRIで側頭葉内側部の萎縮が目立たない、④脳血流 SPECT 検査で側頭葉、頭頂葉、後部帯状回の血流低下が顕著である(図4)、などです。

(4) 新しい診断基準

アルツハイマー病の診断基準が、前記した除外診断中心の基準から、積極的な診断基準に変わろうとしています。「Probable Alzheimer's disease dementia with evidence of the Alzheimer's disease pathophysiological process」という状態が定義され、測定可能な施設で臨床医によって必

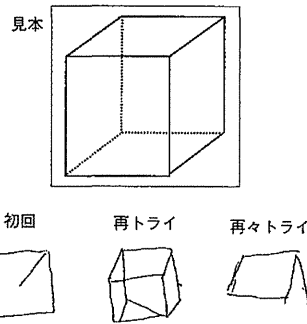


図3 アルツハイマー病患者の図形模写

要とされた場合に、この診断基準を使用することとされています。この状態と診断するためには、①脳Aβ蓄積を示すバイオマーカーである髄液中のAβ42の低下やアミロイドPETの陽性所見、②2次性神経変性障害のバイオマーカーである髄液中のタウやリン酸化タウの増加、③FDG-PETでの側頭・頭頂葉の糖代謝低下、④MR画像の統計画像処理による側頭・頭頂葉の萎縮、のどれかを確認する必要があります。平成24年度診療報酬改定に伴い、認知症の診断を目的に脳脊髄液バイオマーカー検査が初めて保険収載されま

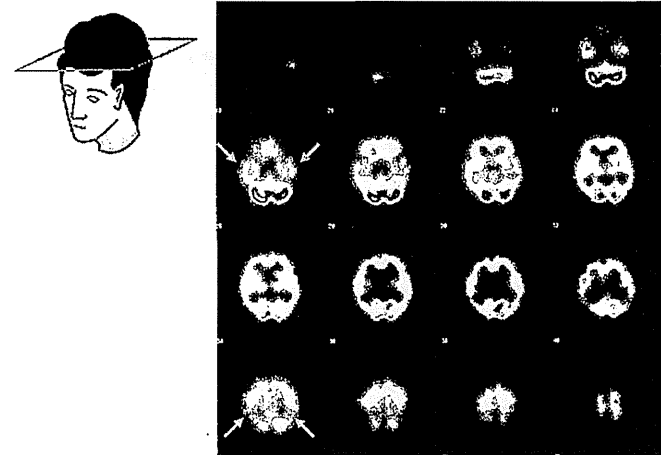


図4 若年性アルツハイマー病患者のSPECT画像

した。脳脊髄液リン酸化タウ蛋白は、認知症の診断を目的に、1患者につき1回に限り算定できます(680点)。これもこの流れに沿うものだと考えられます。

(5) 治療薬

アルツハイマー病に対する新たな治療薬の開発が進められていますが、こしばかりは画期的な治療薬が臨床応用される可能性は低いと予想されています。そこで、現在使用可能な4種類の進行抑制薬、ドネベジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンでしのがなければなりません。ドネベジルは使用可能となつてからすでに10年がたち、現在、ジェネリックも出ている薬です。軽度から中等度、そして高度まで使え、現在でも最もスタンダードな薬です。ガランタミン、リバスチグミンは軽度、中等度の患者に使用可能ですが、作用機序はコリンエステラーゼ阻害でドネベジルと同様なので、この3つのなかからは1剤しか使用できません。メマンチンはNMDA受容体アンタゴニストではほかの3剤とは作用機序が異なるため、コリンエステラーゼ阻害薬と併用可能です。中等度、高度の患者に適応があります。

4. 特発性正常圧水頭症 (Idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus: iNPH)

iNPHは近年、治療可能な認知症として注目されてきた疾患です。この疾患では、先行疾患がないにもかかわらず、高齢者に脳脊髄液の循環障害が生じ(交通性ではあるが)、拡大した脳室系よって脳が圧迫されて認知機能障害、歩行障害、頻尿・尿失禁という3徴が生じます。シャント術で過剰に貯留した脳脊髄液を排除することによって治療可能です。私も、著明な認知機能障害を有していた患者がシャント術後には国内旅行なら一人でいけるくらいまでよくなったという経験もっています。また最近の疫学研究で、地域在住の高齢者200人に1人の割合でiNPHが存在することが報告され、これまで考えられていたより頻度の多い疾患であることがわかり、さらにこの疾患の重要性が増しています。

(1) 特徴的なMR画像所見

iNPHはしばしばアルツハイマー病と間違えられます。図5にiNPH患者のMR画像を中央にして、アルツハイマー病患者と健常高齢者のMR画像を並べています。iNPH患者では脳室系の拡

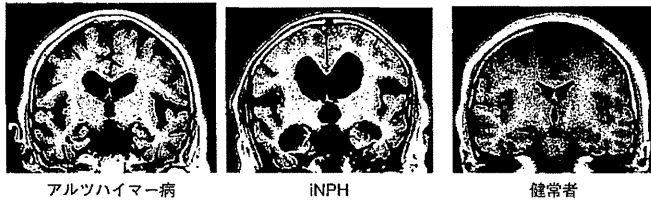


図5 iNPH、アルツハイマー病、健常高齢者の頭部 MRI 冠状断像の比較

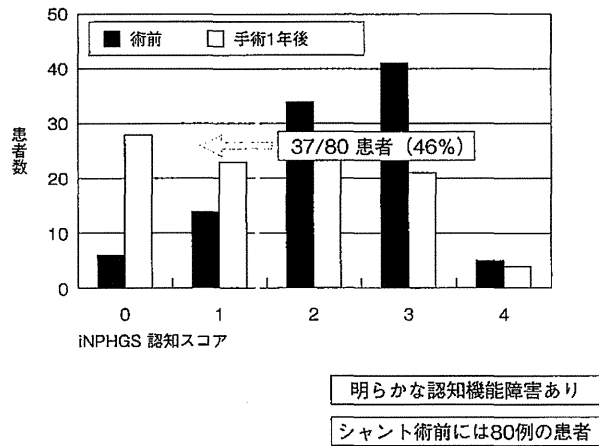


図6 INPH患者における、シャント術の認知機能障害に対する効果

大が著明です。またシルビウス裂も開大しています。しかしこれらの所見は程度の差こそあれ、アルツハイマー病の患者でも認められます。しかしiNPHの患者では、これらの所見に加えて、高位円蓋部（シルビウス裂よりも上位の円蓋部）と大脳縦裂のクモ膜下腔の狭小化が認められます。iNPHでは、脳室系の拡大のために自分の脳を中から外に、また下から上に押し上げて、頭蓋骨に接触するくらい変位するのです。この所見はiNPHとアルツハイマー病の鑑別に有用です。

(2) シャント術の認知機能障害に対する効果

シャント術をしても症状の改善が乏しいiNPH患者が存在することは以前から知られていました。しかし熟練した脳外科医が可変式差圧バルブ(シャ

ント術後に圧を調整することができるシャントバルブ。このバルブの開発により、シャント術の効果と安全性が増しました)を用いてシャント術を行った際に、どのくらいの割合で患者の症状が改善するののかについては明らかにされていませんでした。そこで、わが国でSINPHONIという多施設共同研究が行われました。今日は、そのなかで認知機能障害に対する治療効果の結果を説明します。ある一定の基準で選択されたiNPH患者100例にシャント術を行い、その前後でiNPHグレーディングスケール(0は正常、1は自覚的な症状にとどまる。2,3,4は何らかの他覚的な認知機能障害を有する)を用いて認知機能障害の重症度を評価しました。シャント術の前には、80例の患者に明らかな認知機能障害を認めました(図6)。この

80例のうち、37例がシャント術後に0,1になりました。37/80、すなわち46%の患者の他覚的な認知機能障害が消失したということになります。この成績は、私たち、精神科でiNPHを診療している者にとっては良すぎる印象があります。SINPHONIで認知機能障害に対して良好な治療成績が得られた理由としては、本研究に参加したiNPH患者が主として脳外科の施設でリクルートされたからだと思えます。一般的に、脳外科を受診する患者は歩行障害が主で、認知機能障害の程度は軽いことが多いからです。しかしこの結果からは、脳外科を受診するような認知機能障害が比較的軽症の患者であれば、半分弱ぐらいの症例で認知症が治せる可能性があるといえると思います。

5. これからの認知症地域連携システム

最後に平成24年6月18日に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが報告した「今後の認知症施策の方向性について」(現在はオレンジプランと呼ばれています)についてご説明します。ここでは今後10年間の認知症診療ケアの方向性が明示されました。まず、今後目指すべき基本目標を「ケアの流れ」を変えることとしています。すなわち、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるをえない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できるかぎり住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会」の実現を目指しています。この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」という「ケアの流れ」を逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を作成します。

この報告では、7つの重点ポイントを示しています。①標準的な認知症ケアパスを作成・普及させ、認知症の状態に応じた適切なサービスを提供します。②早期診断・早期対応を推進するために、かかりつけ医の認知症対応力の向上、「認知症初期集中支援チーム」の設置、アセスメントのための簡便なツールの検討・普及、早期診断等を担う

「身近型認知症疾患医療センター」の整備、認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備を行います。③地域での生活を支える医療サービスの構築のために、「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定、認知症の人の手術、処置等の実施ができる一般病院的確保、一般病院での認知症対応力の向上、精神科病院に入院が必要な状態像の明確化、精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援を行います。④地域での生活を支える介護サービスの構築のために、医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進、認知症にふさわしい介護サービスの整備、地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用を推進、行動・心理症状等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応、介護保険施設等での認知症対応力の向上を図ります。⑤地域での日常生活・家族の支援の強化のために、認知症に関する介護予防の推進、「認知症地域支援推進員」の設置の推進、地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援、「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施、高齢者の虐待防止などの権利擁護の取り組みの推進、市民後見人の育成と活動支援、家族に対する支援を行います。⑥若年性認知症施策の強化のために、若年性認知症支援のハンドブック作成、若年性認知症の人の居場所づくり、若年性認知症の人のニーズ把握等の取り組みの推進、若年性認知症の人の就労等の支援を行います。⑦医療・介護サービスを担う人材の育成のために、「認知症ライフサポートモデル」の策定、認知症ケアに携わる医療・介護従事者に対する研修の充実、介護従事者・医療従事者への研修の実施を行います。

今回新たに「認知症初期集中支援チーム」が提案されました。これは地域包括支援センター等に高齢者人口約4万人に1チームの割合で設置されます。看護職員、作業療法士等の専門家からなり、初期の一定期間、集中的に本人と家族にかかわります。家庭訪問を行い、生活場面で詳細な情報を収集して本人や家族に対する初期のアセスメントを実施します。また本人や家族への認知症の症状や病気の進行状況に沿った対応等について説明したり、初期の在宅での具体的なケアの提供、家族

に対するアドバイスなどを行ったりします。さらに医師の参加を得て、「チーム員会議」を開催し、ケア方針の決定や医療機関への紹介の有無等について検討します。

もう一つ「身近型認知症疾患医療センター」も提案されました。おおむね65歳以上人口6万人に1ヵ所程度、身近な地域に配置されます。認知症の専門の経験を有する医師と臨床心理技術者のいる診療所または病院になります。そして検査体制を有する医療機関と連携して的確な診断や投薬の適切な管理等を行います。また連携担当者を配置し、診断後、早期に適切な介護サービス等の支援につなげ、地域で暮らしていけるよう、かかりつけ医やセンターが担当する区域にある複数の地域包括支援センター等と連携します。行動・心理症状の増悪による転院や入院を回避するため病院や介護保険施設・事業所への診療相談、往診など

(いわゆる地域リエゾン)も行います。

以上のような仕組みを新たに作って、10年後には、認知症患者が安心して在宅生活を長く送れる世の中にしていこうという取り組みが今始まるうとしています。

## 6. おわりに

認知症は、iNPHのような一部の疾患を除いては治療困難であるため、ケアが必要となりますが、このケアも原因疾患に基づいて行う必要があります。この原因疾患に基づいたケアは医療者と介護従事者とが連携して行わなければなりません。今後、かかりつけ医と介護従事者がより円滑に連携して患者を治療、ケアしていくことが大切だと思います。

## 認知症診療における地域連携クリティカルパス

数井 裕光, 武田 雅俊

### 抄録:

認知症患者の診療, ケアにおいて地域連携クリティカルパス(連携パス)は有用で, ①認知症の標準的診療・ケアの手順の理解を促進する, ②患者の診療, ケアなどをを行う多くの人たちの間の役割分担を明示し, お互いの協力関係を促進する, ③広く一般に公開することにより国民への啓発, 早期受診, 予後の改善に寄与するなどの効果が考えられる。連携パスの作成の際には, まず基本的な診療・ケアの流れを, 連携パスを作る人たちの間で共有することが必要である。次に連携パスを作ろうとしている地域で利用できる認知症専門病院や認知症診療に積極的な開業医などの医療資源, デイケア, ショートステイなどの介護施設の種類の整理を行う必要がある。ただし地域によって, どの施設がどのような役割を果たすのかについては多様であってよい。我々は認知症患者の診療過程を「気づきから診断まで」, 「日常診療」, 「非日常診療」の3つの部分に分けた連携パスを提案した。また最も重要な「日常診療」の過程は, いわゆるパス表だけでは運用しにくいと考え, 情報共有ツールの併用を考えた。連携パスはできあがったパス表よりも, 認知症に関わる地域の様々な職種の人が集まり, 議論して作成する過程が重要である。連携パスを臨床場面で普及, 定着させることは, 作成よりもさらに難しい。今後は, 連携パスを地域に定着できた成功事例を公開するなどして, 連携パスの定着法を広く周知する必要がある。

日社精医誌 22 : 109-115, 2013

索引用語: 認知症, 地域連携, クリティカルパス, 情報共有ツール, つながりノート  
*dementia, regional cooperation, clinical pathway, information sharing tool, Tsunagari (linkage) notebook*

英文タイトル: Critical Pathways of Community Cooperation in the Treatment of Dementia  
 著者連絡先: 数井裕光(大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室)  
 〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2 D3  
 TEL: 06-6879-3051 FAX: 06-6879-3059  
 E-mail: kazui@psy.med.osaka-u.ac.jp  
 Corresponding author: Hiroaki Kazui

Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine  
 D3 2-2 Yamadaoka, Suita, Osaka 565-0871, Japan  
 大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室  
 Hiroaki Kazui, Masatoshi Takeda: Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine

### 1. はじめに

現在, 我が国では, 急速な高齢化に伴い認知症患者が急速に増加している。2012年の厚生労働省の調査では, 日常生活自立度Ⅱ以上, すなわち「日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても, 誰かが注意すれば自立できる状態」, およびそれよりも低い自立度の高齢者が2015年には345万人(65歳以上人口に対する割合は10.2%), 2020年には410万人(同11.3%), 2025年には470万人(同12.8%)に達すると推計されている。このように増加する認知症患者の在宅生活を支援するための国の施策をまとめたオレンジプランが2012年に発表された。この中に認知症地域連携クリティカルパス(以下, 連携パスと略す)の作成も提言されている。本稿では, まず認知症診療における連携パスの可能性を考える。その後, 我々が作成した連携パスと情報共有ツールを紹介する。

### 2. 連携パスの可能性

クリティカルパスとは, 特定の疾患の治療や検査の標準的な手順をまとめたもので, 通常は縦軸に担当する医療スタッフやケア職員を, 横軸に時間軸をとり, 誰がいつどんな検査や診療, ケアを行うかを2次的に配置したパス表であらわされる<sup>1)</sup>。認知症診療においてもクリティカルパスは有用で以下のような効果がある。①認知症の標準的診療・ケアの手順の理解を促進する。認知症の診療やケアの手順は認知症患者の支援をしている人の間でもまだよく知られていない。連携パスによって認知症診療・ケアに必要な検査, 手続き, 治療などが, その手順と伴に視覚化できるため, 患者に関わる人達に周知できる。②診療, ケアする多くの人たちの間の役割分担を明示しお互いの協力を促進する。認知症患者は認知障害, 精神行動障害(Behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)を呈するので精神科医の診療は必須であるが, さらに神経症状を呈することもあるので神経内科医, リハビリテーション医,

理学療法士, 言語聴覚士などの診療も必要となる。また生活障害も有するため作業療法士, ケアの専門家の診療, 支援も必要である。さらに高齢者であるため身体疾患を有することも多く老年内科医など身体科の医師の診療も必要である。さらに社会的支援も必要でケアマネジャー, 行政職員などの支援も必要である。当然, すべての観点から看護師の関与も必要である。このように認知症患者の在宅生活を支援するメンバーは非常に多いため, それぞれの役割分担や協力関係を視覚化して示すことは有用である。③国民への啓発。認知症は高齢者ならば誰でもなりうる高頻度の疾患である。連携パスを広く一般に公開することにより, 現在認知症でない人達にも診療手順が理解され, 早期の受診につながり, 予後の改善に寄与すると考えられる。

### 3. 連携パスの実際

連携パスを作成するときに, まず行うべきことは, 基本的な診療・ケアの流れの再確認と関係者間での共有である。次にその地域で利用できる病院や医院などの医療資源とデイケア, ショートステイなどの介護資源の種類と量の整理である。基本的な診療・ケアの流れは図1のようなものになると思われる。そして図1に示されている認知症専門病院, 認知症身体治療病院, (認知症患者の診療に積極的な)かかりつけ医, デイケア, デイサービス, ショートステイなどを行うケア施設がどのくらいあるのかを把握するのである。またそれぞれの施設がどのような診療, ケアが可能なのか, たとえば, 認知症専門病院は診断だけでなく, BPSD<sup>3)</sup>に対する外来治療, 入院治療もできるのかどうか, それぞれのケア施設でどの程度のBPSDならば対応可能ななども整理する必要がある。また地域によって, どの施設がどのような役割を果たすのかについては多様であってよく, 連携パスを作成する過程で, どの施設が, どのような役割を担当するのかについても話し合う。パスは通常, パス表であらわされるが, この完成されたパス表よりも, 関係者が集まり, 地域の現状を把握

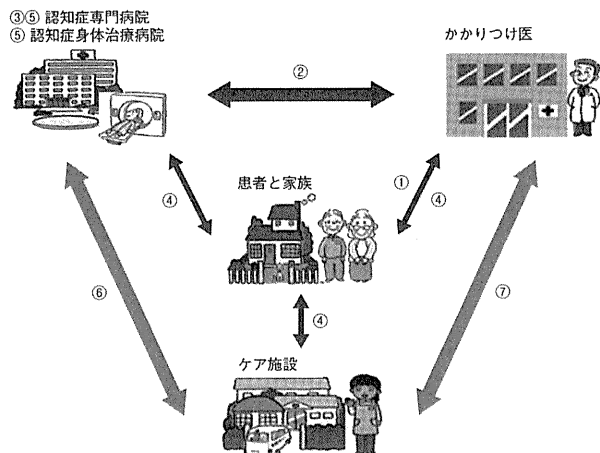


図1 一般的な認知症患者の診療の流れ

- ①高齢者は身体疾患を有することが多いので、かかりつけ医を持っていることが多い。認知症についての相談、診療もまずはかかりつけ医が対応するのがよい。
- ②かかりつけ医が認知症の精査が必要と考えたときは、かかりつけ医から認知症専門医に紹介する。
- ③認知症専門病院では精査、診断、治療法の決定などを行う。また患者と家族に医学的観点からの指導を行う。以上の診療内容をかかりつけ医に報告する(②)。
- ④患者はかかりつけ医に戻って、ここで日常的な治療を継続する。また介護保険の認定審査を受け、ケアマネジャーに介護体制の構築や介護指導の基本を受ける。オレンジプランでは、認知症初期集中支援チームがこの役割を担当するのもかもしれない。またデイケア、デイサービスなどの在宅ケアサービスを利用する。かかりつけ医を2週間に1回程度受診しながら、認知症専門病院にも3ヶ月に1回通うという、2人主治医制をとることもある。
- ⑤認知症患者の長きにわたる在宅療養生活中には、認知症専門病院での精神行動障害(BPSD)に対する治療が必要になったり、専門病院での身体疾患の治療が必要になったりする。この場合も、かかりつけ医から専門病院に紹介するのがよい。専門病院での入院治療は最速にして、治療後は、また在宅療養生活(④)に戻ることを目指す。
- ⑥今後、軽症のBPSDはケア施設で対応することも考えられている。しかしケア施設で対応できない重症のBPSDは精神科病院などの認知症専門病院で治療されるであろう。このため、今後は⑥の連携も重要になってくる。
- ⑦かかりつけ医とケア施設との間の連携は現時点では、まだ十分ではない。今後、認知症患者の在宅療養生活を支えていくためには、⑦の連携推進が必要である。

し、皆でどのようなパスを作成するのかについて議論する過程の方が重要である。

我々が作成した認知症患者のための連携パスの全体図を図2に示す<sup>9)</sup>。このパスは図1の流れに沿って「気づき～診断まで」、「日常診療」、「気づき～診断まで」、「非日常診療」は、ともに病院内で行われる診療なので、検査や治療を担当者が順次行っていくという通常のパスの考え方で作成可能である。これに対して、最も長く重要な「日常診

療」の過程は、以下の理由でいわゆるパス表だけでは運用しにくい。すなわち①地域での診療、ケアの連携であるため、医療者以外の人も含んだ多くの人に関わること、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である。そこで我々は、この過程のパス表は大体を示すにとどめ、実際の運用は手帳型パスとも言われる患者の情報や皆で共有するための情報共有ツールを併用する方法を提案した。最近では様々なところで同様

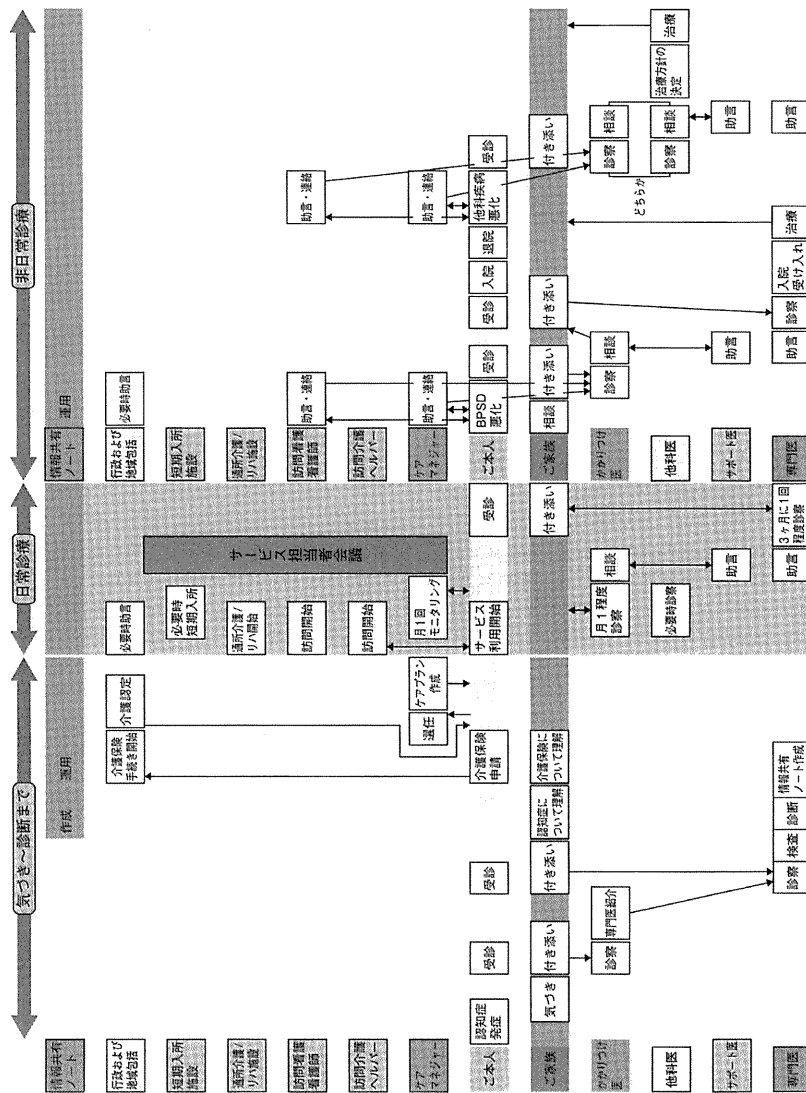


図2 認知症地域連携パス全体図

の情報共有ツールが作成されている。その中で、熊本県八代市の「物忘れ手帳」、日本精神科病院協会の「オレンジ手帳」、長野県東信地区の「あったか手帳」などが私たちの「連携ファイル(その後の改訂に伴い「つながりノート・みまもりノート」と現在呼んでいる。本稿では混乱を避けるため「みまもり・つながりノートで統一する」とともに先駆例であると思う。

4. つながりノート・みまもりノート<sup>2)</sup>

みまもりノート、つながりノートは何回かの改訂を経て、誰でもダウンロードできるように私たちのホームページ(HP)で公開している(<http://handaichiikirenkei.com/index.html>)。みまもり・つながりノートは、認知症の患者1人に1冊、診断時に作成され、その後、天寿を全うするまで使い続けることを想定している。そして患者が介護や診察を受けるときには必ず持参してもらう。ノートは大きく分けると2つの部分からなり、ひとつは「母子手帳」をイメージした患者に関する

情報をまとめる部分である。診断、これまでの経過の概略、かかりつけ医、ケアマネジャー、利用しているケア施設、主介護者、要介護度などの情報をまとめる。もうひとつは「交換日記」をイメージした連携のための部分である。家族介護者も含めた患者に関わる人達が、お互いに連絡、質問、回答し合う部分である(図3)。私たちのノートでは、誰から誰に対する質問か、連絡かを明確にするために、相手を指名することになっている。指名された人は「わからない」でもよいので、何らかの回答をする。さらにこのページは最も重要なページと考えているため、患者に関わるすべての人が、たとえ忙しくてもここだけは必ず見る約束としている。そして見たときに、見た人がその日付とともにサインをすることになっている。またこのページは一目でわかるように黄色い紙を使っている。

このノートの発展的な使用方法として、私たちはノートを用いた協議を勧めている。たとえば、「患者さんは夜になると〇〇という症状が出ます。どうしたらいいでしょうか。」と家族が書くこと

わかりつけ医から「××という治療薬を使用します」、介護専門職から「〇〇の対応法はどうでしょうか」というような提案が書かれる。ケアの方法についてはさらに紙面上での協議を経て、「△△の対応法を試しましょう」となると、皆でこの方法を試し、その結果をまた紙面で報告し合う。さらに「△△の対応をしましたが、うまくいきませんでした(家族介護者)」、「それでは次には●●という方法はどうか(介護専門職)」と進めていき、有効な方法に至るのである。有効な方法だけでなく無効だった方法、場合によっては悪化させた方法も明らかになること、その協議の過程が共有されることもその後の支援に有用である。またこのような過程自体が患者に関わる人たち自身の診療、ケアのスキルの習得につながると思われる。

我々がノートにHPに公開した後、人口16万人の兵庫県川西市と猪名川町がこのノートに興味を持ち、全市町的なノート導入を検討した。そして約1年間の準備期間を経て、平成25年2月1日よりこのノートを導入することになった。この過程で川西市、猪名川町の人たちが中心となり、我々のノートをさらに改訂した。まず、患者の週間スケジュールの一覧表と1日の過ごし方のページが加わり、患者の生活状況がより明確になった。また我々のHPで公開したときは、ノート形式としていたが、川西市・猪名川町版では原型のファイル形式に戻した。これは不足したページを患者の担当をしているケア施設職員が補充してくれることになったためである。この方が紙の無駄が少なくなる、患者の基本情報のページだけを取り外して普段は自宅に管理しておけるなどの利点がある。

5. おわりに

連携バスや情報共有ツールを作成すること自体は難しいことではないが、これを実際の臨床場面

で普及、定着させることは至難の業である。連携バスを定着させようとする強い意志を持つ地域のリーダーと事業の中核となってその人を支えるチームが必須である。また導入範囲を明確に決め、参加者には導入範囲外では使用できないことを認識してもらうこと、導入範囲内の人に対しては使用法マニュアルなどを整備し、導入期に集中的に使用法の習得を支援することが必要である。また事業に参加している人たちが定期的に顔を合わせて、連携バスの使用法などについて議論し、問題点を明らかにし、それを前向きに解決していく態度も必要である。長期的には診療報酬が得られることも必要であろう。認知症連携バスは、認知症に限らず要介護者の連携バスへと発展する可能性を秘めており、今後の展開が期待される。

謝辞

本稿で紹介した連携バス、みまもり・つながりノートは、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ニカルバ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)」で作成された。

文献

- 1) 遠藤英俊監修・執筆:痴呆性高齢者のクリニカルバス。日経研出版、名古屋、2004
- 2) 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バ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 41(12): 1731-1740, 2012
- 3) 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 31(8): 777-783, 2012
- 4) 杉山博通、数井裕光、繁信和恵他:認知症地域連携バス。老年精神医学雑誌 23: 314-322, 2012

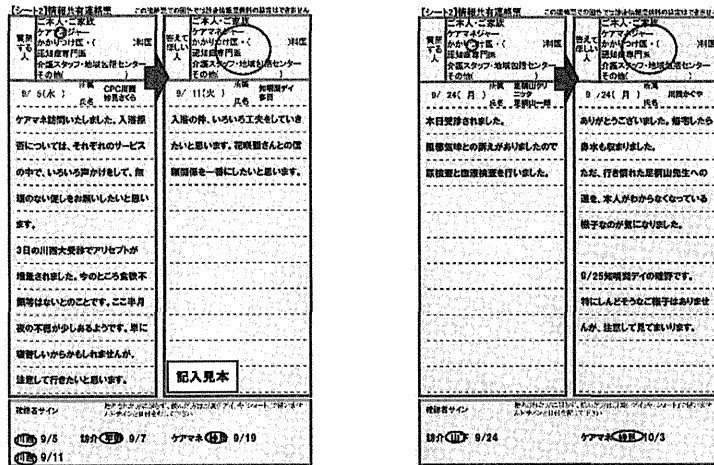


図3 つながりノートの黄色いページ



**abstract****Critical Pathways of Community Cooperation in the Treatment of Dementia****Hiroaki Kazui, Masatoshi Takeda**

In the treatment and care of patients with dementia, critical pathways of community cooperation (cooperative pathways) are effective for : 1) promoting the understanding of normal treatment and care procedures which are necessary for dementia patients and their families, 2) demonstrating the roles of people involved in the treatment and care of patients to promote their mutual cooperation, and 3) contributing to the enlightenment of early consultation with doctors and improvement of the prognosis by releasing cooperative pathways. In order to start preparing cooperative pathways, it is important to share ideas of basic treatment and care procedures among those involved. Subsequently, types and quantities of dementia-specialized hospitals that prepare cooperative pathways, medical resources, such as general practitioners who are actively involved in the treatment of dementia, and care facilities, such as day care and short-stay centers, must be organized. The various roles of a facility can vary according to each community. We developed a cooperative pathway in which the treatment course was divided into three parts : "From recognition of dementia to diagnosis", "ordinary recuperation at home", and "special treatment". Concerning "ordinary recuperation at home" which is the most important part of the pathway, we proposed the concomitant use of an information-sharing tool, as we considered that the single use of the critical path schedule may not be sufficient. In the preparation of cooperative pathways, the process where people involved in the treatment of dementia in the community come together and discuss is more important than a completed schedule itself. The dissemination and establishment of cooperative pathways in clinical settings is more difficult than their preparation. This can be achieved by showing examples of their successful establishment in the community.

*Jpn Bull Soc Psychiat 22:109-115, 2013*

*Department of Psychiatry, Osaka University Graduate School of Medicine*

5a

# 「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

北里大学医学部  
中毒・心身総合救急医学/精神科学

やまもとけんじ  
山本賢司

5a

# 「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

北里大学医学部  
中毒・心身総合救急医学/精神科学

やまもとけんじ  
山本賢司

## ここがポイント!

- 急性中毒に占める自殺企図患者の割合は高く、また、自殺企図患者に占める急性中毒の割合も高い。
- 急性中毒患者は意識障害を併発していることが多く、特に軽度の意識障害は見逃されやすいので注意が必要。
- 急性中毒患者の場合、自殺企図の有無、希死念慮や自殺念慮などはきちんと評価をして、必要な際は精神医療へきちんとつなぐ。
- 自殺念慮がある場合には、①具体的計画性、②出現時期や持続性、③強度、④客観的要素を評価し、さらに、自殺の危険因子を確認する。
- 自殺企図後に見かけ上精神症状が改善したように見える場合には、カタルシスが得られて、心理的な緊張が一時的に解かれた状態であることに注意をする。

## Q 急性中毒患者には、どのような精神医学的な問題があるのでしょうか?

**A** 一般的に、急性中毒に占める自殺企図患者の割合は高く、また、自殺企図患者に占める急性中毒の割合も高いといわれています。筆者が所属する北里大学病院の救命救急センターに搬送された症例について、図1に示しました。急性中毒患者の79%は自殺企図患者であり、全自殺企図患者の自殺企図手段として多いのは過量服薬、服毒、一酸化炭素中毒などの急性中毒患者でした。

自殺企図患者の9割以上には精神疾患が存在しているといわれており(図2)<sup>1)</sup>、必然的に急性中毒患者は何らかの精神疾患を有する割合が高いといえます。

## Q 急性中毒患者の精神症状を評価する際に注意すべき点は何でしょうか?

**A** 急性中毒患者は意識障害を併発していることが多く、特に軽度の意識障害は見逃されやすいので、注意が必要です。意識障害を認める場合には、急性中毒以外にも他の病態(脳の器質性疾患や代謝性脳症など)を併発している可能性もあり、全身状態の評価、他の身体疾患の鑑別が必要です(図3)<sup>2)</sup>。

『救急・集中治療』

vol.25 no.7・8 2013 別刷

総合医学社

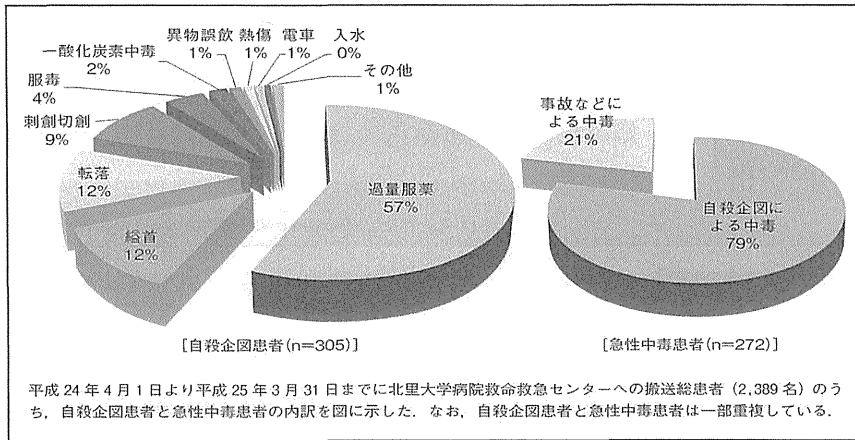


図 1 自殺企図患者における自殺企図手段と急性中毒患者における自殺企図患者の割合

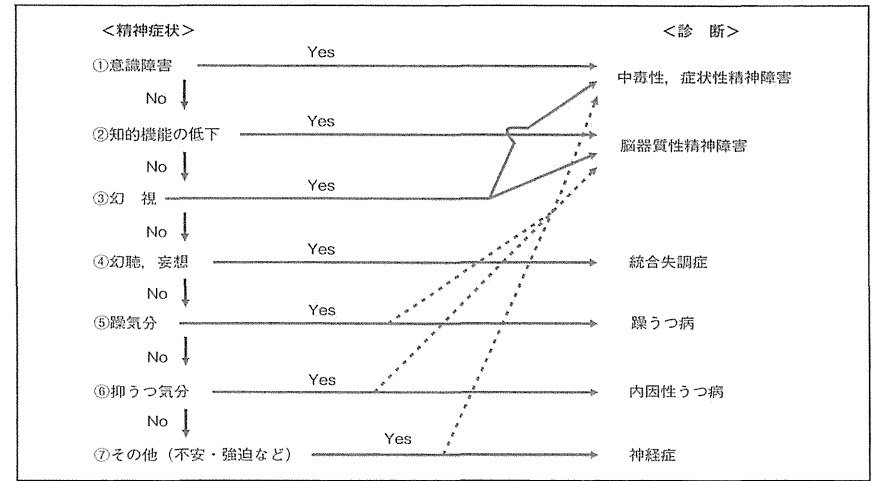


図 3 症状からみた鑑別診断の考え方 [宮岡 等著「内科医のための精神症状の見方と対応」(文獻 2) より引用]

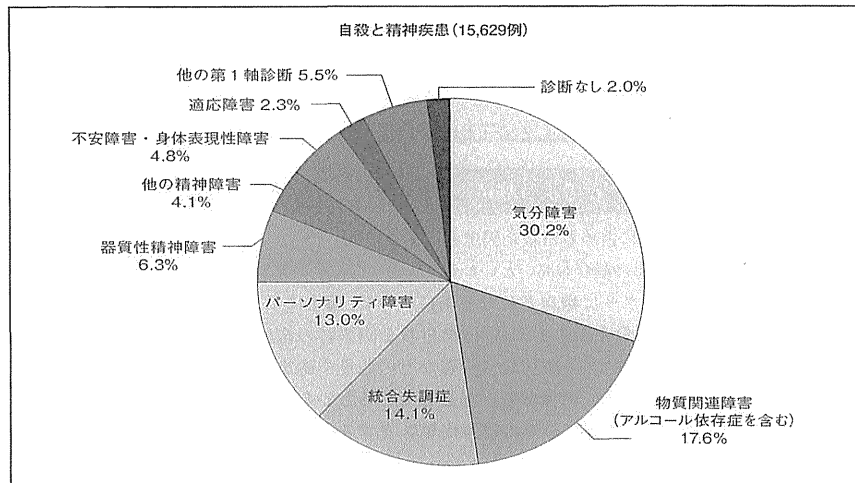


図 2 自殺既遂者における精神疾患の既往 [日本医師会「自殺予防マニュアル」(文獻 1) より引用]

**Q** 自殺企図の場合に注意しなくてはいけないことは何でしょうか？

**A** 自殺企図が疑われて搬送となった症例については、本人のみならず、搬送に携わった救急隊や家族などからも情報収集を行い、今回の受診

が本当に自殺企図であるか否かを、できる限り正確に把握する必要があります<sup>3)</sup>。自殺のことや現在の希死念慮<sup>\*1</sup>、自殺念慮<sup>\*2</sup>を尋ねることで、患者に悪い影響があるのではないかと心配する医療者もいますが、実際には尋ねられることで不安が減少したり、より理解されたと感じることがあります。何よりも、その後の自殺防止に向けての対応が可能となるために、希死念慮や自殺念慮を尋ねることは、患者にとってメリットが大きいものと考えられます。

自殺念慮がある場合には、①具体的計画性 (時期、手段や方法を具体的に計画しているときは危険性が高い)、②出現時期や持続性 (衝動的に高まる、変動が激しく制御ができない、慢性的・日常的に持続して消滅しないなどは危険性が高い)、③強度 (強く確信的なものは危険性が高い)、④客観的要素 (患者が言わなくても、周囲から見て自殺念慮が明らかな場合、または明らかなのに患者が否定する場合は危険性が高い) を評価し、さらに、自殺の危険因子 (表 1) を確認します<sup>3,4)</sup>。自殺企図患者は自殺企図直後に希死念慮や自殺念慮を否定したとしても、危険因子がある場合には再企図への注意が必要になります<sup>3,5)</sup>。

また、自殺企図後に、見かけ上精神症状が改善したように見える場合には、カタルシス<sup>\*3</sup>が得られて、心理的な緊張が一時的に解かれた状態であることに注意する必要があります。このような場合、患者の問題や置かれている環境が改善していないときには、元に戻ってしまうことがあるので注意が必要です<sup>3,6)</sup>。自殺企図、自傷行為の既往は自殺の大きな危険因子の一つなので、精神科診療へのつながりが大切です。

\*1希死念慮  
死を願う気持ちのことだが、自殺までは考えていない。

\*2自殺念慮  
自殺という衝動的な行為で人生を終わらせようという考え方。

\*3カタルシス  
「カタルシス」という語が心理療法の領域で用いられる場合には、心的外傷体験や無意識にうっ積している欲求、感情、葛藤などを自由に表現させて心の緊張を解く方法のことをいう。一般的に「カタルシスが得られた」というのは、言葉や身体的表出などにより心の緊張状態から解放されたときに用いられている。

表1 自殺の危険因子

- 自傷行為や自殺企図歴：自殺未遂は最も重要な危険因子
- 精神疾患の既往：気分障害（うつ病）、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用
- 身体疾患、進行性疾患、慢性疾患への罹患
- ソーシャルサポートの不足：支援者の不在、未婚、離婚、配偶者との死別
- 性別：自殺既遂者は男性に多く、自殺未遂者は女性に多い
- 年齢：中高年男性がピーク、年齢が高くなるとともに自殺率も上昇
- 喪失体験：経済的損失、地位の失墜、病気や怪我、業績不振、予想外の失敗
- 他者の死の影響：精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
- 事故傾性：事故を防ぐのに必要な措置を、不注意にもとらない
- 家族歴：家庭内自殺者の存在
- 職業的、経済的、生活的問題：失業、リストラ、多重債務、生活苦、不安定な日常生活
- 苦痛な体験：いじめ、心理的・身体的・性的虐待
- 企図手段への容易なアクセス：薬のため込み、農薬・硫化水素などの所持
- 心理状態：絶望感・衝動性・自殺念慮・孤立感・易怒性・悲嘆など

ここだけは気をつけたい  
ビットフォール

《自殺企図や自傷行為を何度も繰り返す症例について》

一般的に「リピーター」といわれ、何度も自殺企図や自傷行為を繰り返し、救命センターを頻回受診する症例があります。このような症例も、自殺企図の手段が、より致死的な方法に移り変わってきていたり（自傷行為として浅いリストカットを繰り返していた人が首を吊ろうとしたり、高いビルから飛び降りようとしたなど）、その間隔が短くなってきたりしている場合には自殺の危険性が増大している可能性があります。注意が必要です。精神的な入院治療も視野に入れた対応が必要となることもあります。

[文 献]

- 1) 高橋祥友：自殺の危険因子，“自殺予防マニュアル～一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応” 日本医師会 編，西島英利 監，明石書店，pp9-13，2004
- 2) 宮岡 等：精神症状の把握の仕方と鑑別診断の進め方，“内科医のための精神症状の見方と対応” 医学書院，pp1-13，1995
- 3) 日本臨床救急医学会：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，日本臨床救急医学会 編，へるす出版，2009  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoiken/jisatsu/dl/07.pdf>
- 4) 高橋祥友：新訂増補版・自殺の危険：臨床的評価と危機介入，金剛出版，2006
- 5) 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン（3）（自殺未遂者対応），日本精神科救急学会 編，2009  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoiken/jisatsu/dl/11.pdf>

Part. 4

地域連携システムの先進的な取り組み

② 地域連携会議モデル開発(兵庫県神戸地域)  
地域連携モデル開発における3つの柱

あんちゆうと 庵地雄太<sup>1)</sup> みずなにかずお 水谷和郎<sup>2)</sup> 1) 神戸百年記念病院 心大血管疾患リハビリテーションセンター  
2) 同院 内科

身体疾患に併存するうつやせん妄などの精神疾患は、患者のQOLや予後に影響を及ぼすことには広く知られている。しかし実際には、身体科における治療のなかで精神症状や精神疾患が見過ごされることもしばしばみられる。この現状に対応するために、平成24年4月14日、領域の異なる6つの国立高度専門医療研究センターの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に関するナショナルプロジェクト』(以下、本プロジェクト)が発足した。

兵庫サイコカーディオロジー研究会

兵庫県地域は元来、心身医学の臨床・研究が盛んな地域であり、古くから循環器疾患領域へのメンタルケア導入が検討されてきた。しかし、人員不足や診療報酬上の課題もあり、興味や関心は高いものの、実際にメンタルケアを実践している施設はごく一部に限られていた。このような背景から、今回、兵庫県地域が本プロジェクトの循環器領域における地域連携モデル開発地域として選定され、平成25年1月28日、国立精神・神経医療研究センター、国立循環器病研究センターおよび神戸百年記念病院が事務局となり、『兵庫サイコカーディオロジー研究会』(以下、本研究会)を立ち上げることとなった(写真1)。

① 第1回研究会(平成25年1月)

オープニングセッション。事務局の3施設に加え、兵庫県立姫路循環器病センター、神戸労災病院、西宮渡辺心臓・血管センターの6施設が参加。国立精神・神経医療研究センターより本プロジェクトの概要が説明され、続いて当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をワークショップ形式で議論した。

② 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、循環器疾患領域に先行するがん領域の考え方を学ぶため、リエゾン精神看護専門看護師の竹原歩氏(兵庫県立姫路循環器病センター)による講演「循環器臨床

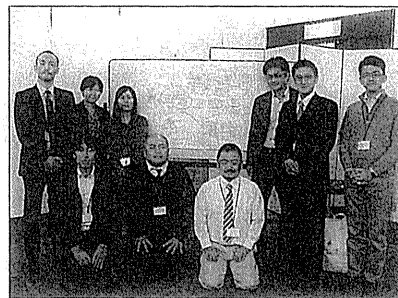


写真1 兵庫サイコカーディオロジー研究会の発起人

にも取り入れたいサイコオンコロジーの考え方」を開催した。前述の6施設に加え兵庫県内で循環器疾患のメンタルケアに携わるスタッフが参加した。より広く課題意見を集めることを目的として、再度ワークショップを実施した。

③ 第3回研究会(同年6月)

連携システム開発について、名古屋大学大学院医学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」が行われた。また、過去2回のワークショップから得られた総数330にのぼる意見を検討し、地域連携モデル開発における課題を抽出した。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」といった課題意見が上位半数を占めた。(写真2)

④ 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・投薬に関する疑問や診療科をつなぐコーディネータの必要性などが示された。

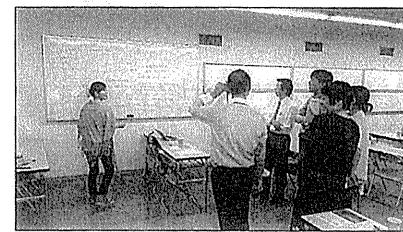


写真2 メンバーで寄せられた意見を検討している

⑤ 第5回研究会(同年11月)

兵庫県地域における課題探索に加え、わが国における循環器心身医学の現状と課題を再確認するため、基調講演として国立精神・神経医療研究センター・国立循環器病研究センター・大阪大学大学院循環器内科、安井博規先生の講演「サイコカーディオロジーについて」を開催した。

地域連携モデル開発の3つの柱

今後、計5回の研究会内容を踏まえ、次の3つの柱を軸として地域連携モデル開発を進める予定である。

① コーディネータ養成

第1の柱は『コーディネータ養成』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知識と技術に関する不安である。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・技術不足の不安と、精神疾患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、他領域の疾患について学び触れる機会が少なくなったことがあげられる。循環器疾患は生命予後に直結し、一刻を争う病態や、急変もしばしばみられる。さらにうつやせん妄などの精神疾患が併発することで、より適切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。つまり、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。よって本研究会の目標として、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つなぐコーディネータの養成を進めていきたい。

#### 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。「診療科連携」とは循環器内科、心臓血管外科、心療内科、精神科などの診療科の連携、「病病連携」は中規模一般病院や中核病院などの総合病院の連携、「病診連携」は総合病院とクリニックなどのかかりつけ医との連携、「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連携と、それぞれを相互・多角的につなぐのが『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つなぐ「ICT (Information and Communication Technology)」方式の2種類の併用を検討している。

当研究会では、循環器疾患と精神科疾患の両者に対し『包括的連携ツール』を検討・作成し、コーディネータ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。平成25年

11月、第70回日本循環器心身医学会総会が東京で開催された。この大会のなかで、日本循環器心身医学会と本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。昨年に引き続き、日本循環器心身医学会総会で2度目となるジョイントシンポジウムは、本プロジェクトおよび本研究会にとって重要な啓蒙・啓発の機会となっている。このような学術集会や本書のような機会を積極的に活用し、循環器疾患と精神疾患が併存する患者に対するメンタルケアの必要性と、具体的対応策としての「地域連携モデル」をパッケージで啓蒙・啓発してい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』を行っていく。

#### 今後の展望

兵庫サイコカーディオロジー研究会は、発足してまだ1年であり、内容的にはよちよち歩きの赤ん坊に過ぎない。初年度は、循環器疾患のメンタルケアに関する課題の探索を主眼として取り組んできた。次年度以降は初年度の取り組みで明らかとなった課題に具体的に取り組んでいくことが求められる。本研究会には、これまで循環器心身医学領域や総合病院精神医学領域に携わってきた多くの方々と、循環器疾患と精神疾患を併発するすべての患者とその家族の希望が込められている。この赤ん坊を立派な成人として自律させるべく、しっかり育ててゆきたい。

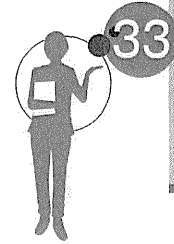
# Emergency Care

救急医療チームの専門誌 エマージェンシーケア

2014年 新春増刊 (通巻 340号)

看護師・研修医必携

救急・ICUですぐに役立つ  
ガイドラインこれだけ BOOK



33

## 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

Key Words

自殺未遂者

初期対応

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

### 早読みチェック

#### 1 概要

■ 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」(2008年設置) / 策定：2009年

■ 出典 厚生労働省ホームページ (無料ダウンロード可能)

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/07.pdf>

■ 出典 日本臨床救急医学会ホームページ (無料ダウンロード可能)

[http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu\\_tebiki0903.pdf](http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_tebiki0903.pdf)

#### 2 使用条件

■ 自殺企図者の多くは精神的問題のみならず、身体的問題 (今回の自殺企図で被った外傷、薬物中毒など)、その他の問題 (自殺の原因となった健康問題、人間関係、金銭問題など) を抱えているため、搬送患者の初療は精神科専門医療機関ではなく、救命救急センターを含む身体科救急医療機関で行うケースが圧倒的に多い。そしてその場で精神科医にコンサルトできるチャンスは低い<sup>1)</sup>。そのような条件下で、翌朝まで、あるいは翌明けまで、自殺企図患者に対して必要最低限のケアができるように救急医療スタッフを対象に策定された。

#### 3 アウトライン

自殺未遂を図った患者が抱える問題を一つ一つ解決し、安全に社会復帰させるために、

①急性期医療から地域におけるケアに至るまでの流れを図示

②救急現場における標準的な対応を、情報収集、自殺企図の確認、希死念慮の測り方、危険因子の確認、入院適応、入院後の対応、退院までに多職種が行うべきことの順に解説

③特に救急の現場で最も関わりが深くなる看護師の対応については、章を別に設け対応の流れを解説

④注意すべき対応のポイント

⑤家族への対応法

⑥自殺再企図予防に向けての役に立つリソース

の順に、A4判25ページの冊子となっている。

## 超重要ポイント

まず、この冊子は、その前書きにも記されているように、エビデンスレベルの高い多くの研究に基づいて作成されたものではなく、“手引き”と呼ぶ程度のものである。今後も改訂され進化して臨床現場や教育機関で信頼に足るガイドラインに格上げされていくための原型（初版）といえる。

身体的な診断・治療については一切記載されていない。自殺企図患者における情報収集すべき内容と対象、（自傷行為ではなく）自殺企図の確認方法、自殺念慮・希死念慮の測り方、危険因子の確認方法などが、

## 手引きの効果

従来、救急外来へ自殺企図患者は押し寄せてきてはいても、身体的な治療には長じていても、自殺企図そのものに対するサポートや対応法については、十分なノウハウを持たないまま翌日来る精神科医任せとなってしまうことが多かった。この冊子を利用することで最低限必要な初療とケアが可能となり、不安なく自殺企図患者を受け入れ、標準的な初期対応を行うことが可能になった。ただ、その認知度を上げ、利用を広めるための策が必要である。そこで2008年より始まったのが、厚労省が主催する「自殺未遂者ケア研修（救急医療者向け）」を、日本臨床救急医学会が共催するとともに、この手引きをテキストとして利用することである。その内容は、自殺未遂者ケアに関する講義の後、いくつかの具体的なシナリオを使って、ファシリテーターの指導のもと、多職種にわたる救急スタッフ（受講生）が協力しつつ、手引きを参考により良い自

フローチャートやチェックボックスなどを用いて、現場で実際に使って視覚的に把握できるように意図されている。

患者にとってのキーパーソンとの関わり、精神科へのコンサルトの具体的な方法とタイミング、留意点、そして医師、看護師の役割だけでなく、通常は救急現場にいない医療ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）の役割について、自殺再企図予防、社会復帰に向けたソーシャルワークの重要性とともに解説している。

殺未遂者の初療にあたるよう学習するもので、救急医療関係者を対象に、参加費無料で毎年1～3月に全国数カ所で開催されている（2014年は1月東京、2月岡山、3月仙台での開催が予定されている。詳細は厚労省ホームページ「自殺予防関連事業およびイベント情報」 [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaisahukushi/jisatsu/event/h24-ippan.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/jisatsu/event/h24-ippan.html)）。

また、この手引きを教科書とすれば、“現場でのFAQ（よくある質問）集”とも呼ぶべき『来院した自殺未遂患者へのケアQ&A：実践編2011』<sup>2)</sup>が2011年に刊行され、5つの典型的なシナリオの紹介とそのケアに関する具体的なQ&Aが6～10個用意されている。さらに進んで、自殺企図患者に限らず、精神科救急患者全般にわたる救急外来での精神症状の評価と初期診療を、症例を通してスモール・グループ・デ

精神科

イスカッションで学ぶPEEC™(Psychiatric Evaluation in Emergency Care) のガイドブック<sup>3)</sup> (B6判215ページ) が2012年に上

梓され、トライアルコースを経て2013年から本コースが展開されている。

## 看護師が知っておきたいこと

前述したように、この冊子の中には看護師のとるべき対応についての章【Ⅲ. 対応の流れ（看護師編）】があり、その中で強調されているのが「TALK」の原則である（表1）。

医療チーム全体で患者の情報を共有するとともに対応・姿勢を統一し、自殺の事実を隠さず、忌避せず、真摯な気持ちで患者と向き合うよう心がける。

手引きの中のシェーマ（図1）が示すように、患者の健康な部分に注目して、表2のような好ましい対応を心がける。

病気の部分にばかり目を向けると、特に救急（救命）に従事するスタッフは無意識に自分の否定的感情を患者に向けてしまう危険性がある（陰性逆転移の危険性）。思わず表3のような対応をとってしまい、患者の自殺念慮を再燃させてしまうことがある。

この手引きによって基本的なTipsを身に付けておくだけで、明日からの自殺未遂者への対応に少し自信を持ってあたっている自分に気が付くはずである。

表1 「TALK」の原則

- Tell：誠実な態度で話しかける
- Ask：自殺についてははっきりと尋ねる
- Listen：相手の訴えに傾聴する
- Keep safe：安全を確保する

（文献4より引用）

表2 傾聴として好ましい対応例

- 「とても大変な思いをしたんですね」
- 「とてもつらかったんですね」
- 「話せる範囲で構わないので、私でよかったら話していただけますか」
- など

（文献4より引用）

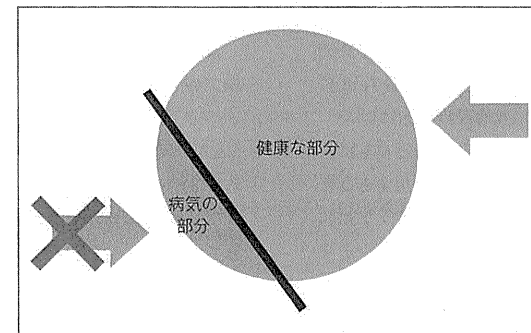


図1 こころの病む人の健康な部分に注目して関わる

（文献4より引用）



表3 やってはいけない対応例


言語
「こんな方法じゃ死ねないよ」
「死ぬ気になれば、なんでもできるでしょう」
「自殺は、してはいけないことだ」、など
態度
「他にも命を助けたい人がいるので」と忙しいそぶりをする
「ここ（救急部）に入ったから大丈夫でしょ！」と相手にしない

(文献4より引用)

引用・参考

文献

- 1) 三宅康史編. 特集:自殺対策. 救急医学, 36 (7), 2012, 749-865.
- 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. 2011. [http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu\\_q&a1108.pdf](http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_q&a1108.pdf) (accessed 2013-10-01)
- 3) 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. 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監修. 東京, へるす出版, 2012, 215p.
- 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」. 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, 2008. [http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu\\_tebiki0903.pdf](http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu_tebiki0903.pdf) (accessed 2013-10-01)

昭和大学 医学部 救急医学 教授/昭和大学病院 救命救急センター・集中治療部 センター長・部長  
三宅康史 

## 地域で活用する自殺未遂者に対する クリティカルパスの意義

三宅 康史<sup>1,2)</sup>

### 抄録:

自殺企図そのものは自殺完遂の最大のリスクファクターであり、現実的には自殺企図により身体的損傷を負った自殺未遂者の大多数は、身体治療と精神科的治療の双方を必要とする場合が多い。そのため、救命救急センターを中心とした三次救急医療機関に搬送され、長期間にわたって身体的、精神科的問題の治療にあたることとなる。この機会をとらえて、自殺の再企図を予防することには大きな意義がある。重要な鍵の一つとして、退院の運びとなり社会復帰した後のサポート(ケア)がある。そこで、退院後、日常生活に復帰した自殺未遂者に対して、ケースマネージャー(専門職)としての保健師、精神保健福祉士、臨床心理士が、一定の基準に従って精神症状の変化、日常生活上の解決可能な問題点などを早期に発見し、精神科医療を含めた適切な対処につなぐための地域連携クリニカルパス(第1版)を作成した。

同時に、これを使用する側のケースマネージャーへの自殺未遂者ケアのための教育がもう一つの鍵となる。その1つの解決策となりうるのが、2009年より毎年開催されている厚労省主催(日本臨床救急医学会共催)の自殺未遂者ケア研修と、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」が中心となって開発が進んでいるPEECコース(多職種を含む救急医療スタッフ向けの教育コース)である。PEECでは、ガイドブックが2012年に刊行されており、2013年より本格的なコース開催が始まった。

これらの経験をパスにフィードバックしつつ、より良い第2版とすることが次の目標となる。

日社精医誌 22 : 163-169, 2013

索引用語: 自殺企図, クリニカルパス, 自殺予防, ケースマネージャー, 日常生活における状態  
*Attempted suicide, Clinical pass, Suicidal prevention, Case manager, Daily life condition*

### はじめに

平成23年の自殺者数が3万人を切るに至った

(警察庁調べ)。その前年より減少傾向があったとはいえ、平成10年以来高水準で推移していた自殺者数が減ったことは、すべて自殺予防に係る各

方面の努力の結晶といえる。この流れを維持・継続するためには、さらなる努力が必要であることは明らかである。

自殺企図の既往歴は自殺に至る最大の危険因子であり、死に至らずに自殺未遂となり医療機関を受診した機会をとらえて、次の自殺企図を予防することは効率も良く有効である。医療機関にいる間は標準的なケアが施されるとしても、退院後の社会生活の中でも途絶えることなくケアがなされることは、自殺企図の再燃予防に効果が期待される。それを成功させる一つのツールとしての退院後のケースマネージメントで使用する専門職による地域連携クリニカルパスは意義があると考えられる。

### 切れ目のない自殺未遂者対策の重要性

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。そのため、自殺企図の現場で身体的ダメージが重症かつ緊急処置が必要と判断された場合、自殺企図者は救命救急センターにまず搬送され、初期診察から転院・退院に至るまで先に身体的問題に対応し、それがある程度目処が立ったところで精神科的問題に対し包括的な治療を施すこととなる。全国的に見ても、致死的な手段を用いて自殺を試みる症例は多くの場合救命救急センターに集まることから、ここを自殺再企図予防の要としてとらえ、救急医療機関で精神科スタッフによる早期の危機介入と精神科的問題の解決を図ることは効果が期待できる。さらに、自殺の再企図予防には、退院後の日常生活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メント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改訂作業を行い、最終的に現場で利用できる最終バージョンを作成することは有用である。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する必要がある。

### 自殺未遂者に対するクリニカルパス

自殺企図者が救命救急センターを退院した後、精神科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べきクリニカルパス(Version 0.1:表1)を策定した。

まずは、キーパーソンとなるべきケースマネージャーを複数決定する。前提として身体科および精神科かかりつけ医の連絡先が明確になっている必要がある。原疾患や併存症、既往歴などはパスとは別途に診療録として記載されるべきである。対象者が社会生活中、再企図のリスクファクターとなりうる身体的問題、精神科的問題、そして社

英文タイトル: Significance of the Use of Clinical Pass for the Attempted Suicide Patients in the Daily Life  
著者連絡先: 三宅康史(昭和大学医学部救急医学講座)  
〒142-8666 東京都品川区旗の台1-5-8  
TEL: 03-3784-8744 FAX: 03-3784-6880  
Corresponding author: Yasufumi Miyake  
Department of Emergency and Critical Care Medicine,  
Showa University School of Medicine  
1-5-8 Hatanodai, Shinagawa-ku, Tokyo 142-8666, Japan

1) 昭和大学医学部救急医学講座/昭和大学病院救命救急センター  
Yasufumi Miyake: Department of Emergency and Critical Care Medicine, Showa University School of Medicine / Showa University Hospital Emergency Medical Center  
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  
Yasufumi Miyake: Advisory Committee for the Care of Attempted Suicide Patients, Japanese Society for Emergency Medicine

表1 自殺企図 退院後共通連携クリニカルパス ~Ver.00.1~

Table with patient information (admission date, name, gender, age, height, weight, etc.) and a detailed grid of clinical indicators (e.g., suicidal ideation, social support, family situation) with columns for assessment and intervention status.

緊急時にSOA/P/DCAサイクルによって評価し観察を継続する必要がある
(1) 緊急時(Subjective, Objective, Assessment, Plan) ( / / ) DO: Check ( / / ) DO: ( / / ) DO:
(2) 緊急時(Subjective, Objective, Assessment, Plan) ( / / ) DO: Check ( / / ) DO: ( / / ) DO:
(3) 緊急時(Subjective, Objective, Assessment, Plan) ( / / ) DO: Check ( / / ) DO: ( / / ) DO:
(4) 緊急時(Subjective, Objective, Assessment, Plan) ( / / ) DO: Check ( / / ) DO: ( / / ) DO:

Medical form for acute care/admission recording, including vital signs, physical examination, lab tests, and medication management.

221

会的問題の3つに分けて、継続して状況を確認する。未達成項目が出現する、または増えている場合には、その原因を、担当するケースマネージャーだけでなく、医療スタッフ、行政を含むチームで話し合いを持ち、再企図の危険性を早期に共有しリスクを減じるための方策を打てるよう行動する。それをPDCAサイクルによって調整・確認しつつ、さらに危険因子を減じるように関係機関と連携していく。

自殺予防に対する日本臨床救急医学会の取り組み

平成18(2006)年自殺対策基本法の施行に伴い、日本臨床救急医学会では平成20(2008)年に「自殺企図者のケアに関する検討委員会」(委員長: 三宅康史 昭和大学医学部救急医学)を設置し、

救急医療機関に搬送される自殺企図患者に対して標準的な初期診療を施すためのリソースの作成とその提供を行ってきた。

具体的には翌2009年に「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—」(http://jsem.umin.ac.jp/about/jisatsu\_tebiki0903.pdfにてダウンロード可能)を作成し、救急医療の現場で、すぐには精神科医による具体的な支援が得られない状況で自殺企図者に、救急スタッフが一定レベルの標準的な精神科的問題への対処が可能となるような指針を示した。さらに、実際の症例を用いて「よくある質問集」として2011年に「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にてダウンロード可能)を発刊し、手引きに続いて、

表2 平成24年度厚労省主催 自殺未遂者研修プログラム

Program schedule table with columns for time (9:30-16:45), location (opening, workshop, lecture), and speaker (Sanjoh Kazuhiro, etc.).

※ワークショップはモデル症例について救急医療施設における自殺未遂者への対応をグループで討議します。

同様に精神科的支援の得られない状況下での具体的な対処法を示した。

ただし、リソースを作ってもそれが現場で実際に使用されなければ作成の意味はない。そのため、平成20(2008)年から厚労省が日本精神科救急医学会の共催を得て始めていた救急医療スタッフ向けの「自殺未遂者ケア研修」を、翌21年から日本臨床救急医学会が共催し、実際に自殺企図患者を受け入れている全国の救急医療機関からの受講生の募集、プログラム作成、コース運営に関与するとともに、この「手引き」を利用しながらワークショップの中で用いられる症例の問題の解決にあたる内容となっている。また、その症例そのものは「Q&A」の5つのシナリオが利用されている。共催4年目となる平成24年度の自殺未遂者ケア研修は、1月20日東京、2月17日名古屋、3月10日福岡にて開催され、4つの講義と自殺企図症例3症例を用いたスモールグループディスカッションによるワークショップから成っている。プログラムを表2に示す。自殺未遂者ケアに精通したファシリテーターを中心に受講生同士でディスカッションを行い、各症例の救急外来から入院、精神科スタッフへのコンサルトまたは退院後の精神科クリニックへのつなぎまで、問題点の把握と応急の対処法を話し合い、解決法を探る。

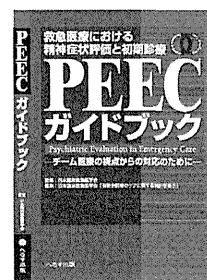
これと並行して日本臨床救急医学会では、日本精神科救急学会、総合病院精神医学会の協賛、厚労省の後援を得て、「自殺未遂者ケア研修」の汎用版として、救命救急センターに搬送される自殺企図患者を含む身体疾患を合併する精神疾患患者全般に対して、標準的な初療と精神症状の評価、入院中の問題点を把握したうえで、多職種でその評価と実際の治療・ケアを行い、社会的、法的な問題を解決し、外来通院、日常生活に安全につながるための教育コースの開発を2011年より開始した。救急医療における精神症状評価と初期診療コースとして、Psychiatric Evaluation in Emergency Careの頭文字を取ってPEEC™(ピーク)コースと命名し、商標として登録した。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、へるす出版：図

1)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委員会を設置した(委員長：東岡宏明関東労災病院救急統括部長)。24年度内に4回のワーキンググループ委員会を開催し、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った。2014年7月12日第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回目が開催される運びとなった。対象は、救急外来や救命救急センターの医師(研修医)、看護師のみならず、臨床心理士、精神保健福祉士、薬剤師、そして救急隊員(救急救命士)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、他職種に協力すべき内容を理解し、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。また、精神科医のファシリテーター、精神科勤務の臨床心理士、精神保健福祉士をアシスタントに迎え、彼らと深く議論し理解しあうことももう一つの目標といえる。日夜救急現場で奮闘するスタッフの、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”熱意に応えるためのコースを目指している。

#### 現時点での問題と今後の実用性について

救急医療機関退院後の地域における連携クリニカルパスが有効利用されるためには、以下のような問題点を解決していく必要がある。

①社会生活に復帰する前(退院前)に、初療・入院加療にあたった救急医療機関、退院後の精神科的問題をフォローする精神科クリニック、パスを使って日常生活でのケアを行うケースマネージャー、そして家族の4者による、情報の共



救急医療における精神症状評価と初期診療  
PEEC™ (Psychiatric Evaluation in Emergency Care)  
ガイドブック— チーム医療の視点からの対応のために —

項目	
● 総論	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 救急医療における精神症状評価の必要性とその実態について</li> <li>2 精神症状や心理的危機を有する患者の初療アルゴリズム</li> <li>3 自殺企図患者への対応</li> <li>4 自傷・他害の恐れのある患者への対応</li> <li>5 昏迷状態の患者への対応</li> <li>6 アルコール/薬物依存が疑われる患者への対応</li> <li>7 医療者に対してトラブルを引き起こす患者への対応</li> <li>8 身体的治療の実際(基本的な部分のみ)</li> <li>9 違法薬物摂取が疑われる患者の診察で留意すべき法的問題</li> <li>10 行動制限(抑制・拘束)について</li> <li>11 救急患者にみられる精神症状に対する病院前救護の要点</li> <li>12-1) 救急患者にみられる精神症状に対する救急看護の要点</li> <li>12-2) 救急患者にみられる精神症状に対する救急看護の要点</li> <li>13 救急医療における精神保健福祉士PSWの役割</li> <li>14 救急医療における臨床心理士の役割</li> </ol>
● コース開催の概略、カリキュラム、必要物品、運営のコツ	<p>コース開催の概略、カリキュラム、必要物品、運営のコツ</p>
● ケースシナリオ(7ケース)+看護の要点(看護師委員)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 大量服薬を繰り返すパーソナリティ障害の事例、身体的な治療継続が必要だが、退院要求が強い事例</li> <li>2 自殺企図により搬送されたうつ病の事例、混乱している家族へのケアが必要な事例</li> <li>3 合併する統合失調症により不穏・興奮を示す事例、ICUにおいて鎮静抵抗が強く、追加の向精神薬投与など対策を行う必要がある事例</li> <li>4 覚醒剤などの違法薬物の中毒の事例、警察への連絡に苦慮する事例</li> <li>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頑なに拒否している事例</li> <li>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)、退院に際して、精神科未治療の患者を当該確実につなぐための方略事例</li> <li>7 パニック発作、過換気による頻度受診が問題となる事例</li> </ol>
● 精神科救急医療、自殺関連問題に関する話題	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 精神科救急医療システムとその課題</li> <li>2 自殺企図者のケアに関する医療システム、相談窓口、社会資源</li> <li>3 自殺予防対策の経緯</li> <li>4 自殺で遺された人への支援</li> <li>5 自殺事故の当事者となった医療スタッフのケア</li> </ol>
参考資料	
索引	

図1 PEECガイドブック：表紙と目次