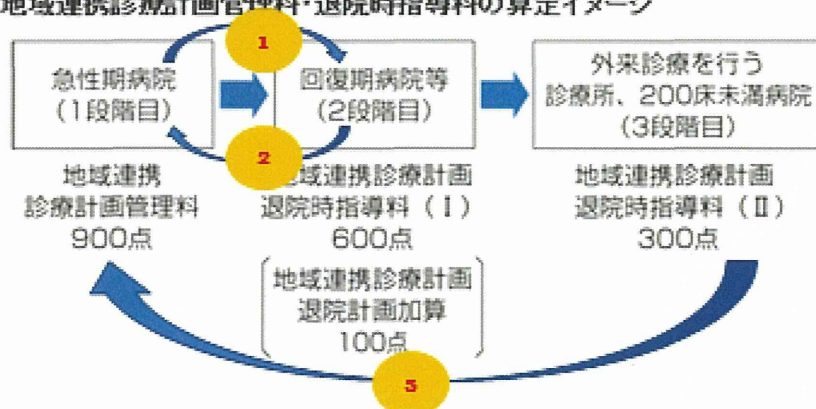


## 脳卒中地域連携パスの流れ

地域連携診療計画管理料・退院時指導料の算定イメージ



- ① 地域連携診療計画管理料900点  
急性期病院から回復期病院に対して情報提供を行った場合に算定。
  - ② 地域連携診療計画退院指導料(Ⅰ)600点および地域連携診療計画加算100点  
回復期病院から計画管理病院に対して情報提供を行った場合に算定。
  - ③ 地域連携診療計画退院指導料(Ⅱ)300点  
かかりつけ医から計画管理病院に対して情報提供を行った場合に算定。
- ※ 算定にあたっては関東信越厚生局千葉事務所への届出が必要。  
※ 年3回の会合に参加が必要

## 情報共有ファイルを用いた認知症地域連携に関する研究

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**：人口 16 万人の兵庫県川西市を介入地域とし、情報共有ファイル（つながりノート）を全市的に導入する。そしてこれに必要な手順を整理し、また有用性と問題点を明らかにする。

**研究方法**：川西市役所、中央包括支援センター、医師会の担当者と導入手順を相談し明確化した。そしてそれに従い、つながりノートを川西市で導入した。また導入時と導入後 1 年半の時点で効果と問題点を明らかにするためのアンケート調査を家族介護者、ケアマネジャー（CM）、医師に対して行った。

**結果**：初年度には認知症地域連携のシステムをパス表にまとめ視覚化した。また川西市の担当者が中心になり川西市版つながりノートを新たに作成した。ノートの発行者の基準を川西市で在宅療養生活を受け、かつ要支援 2 以上の人としたが、この条件を満たす市民は導入時に 3073 名であった。このうち家族介護者、あるいは本人がノートの作成を希望した人は 506 名、さらに導入時のアンケート調査に協力してくれた人は 439 名であった。導入者の特徴は患者の BPSD が強く、家族介護者の介護負担が重い人であった。導入後、当初半年は月に 4 回、その後は月に 1 回、ノートの使用法を皆で検討しあい、学習し合う連絡会を開催した。1 年半後の調査時にノートを継続使用し、かつアンケート調査に協力してくれた家族介護者は 122 名で作成者の 24.1% であった。使用を中止した理由としては、患者が落ち着いているから、医師が多忙そうなので依頼しにくかったからなどがあつた。ノート使用の効果については、「認知症の医療や介護について必要な情報を手に入れられる」、「患者さんの認知機能障害をよく把握できる」などがあつた。またノートを継続して使用した家族介護者のそれぞれ 64%、67%、36% がケアマネジャー（CM）、介護スタッフ、かかりつけ医に以前より相談しやすくなったと回答した。

**まとめ**：つながりノートは有用であると考えられるが、1 年半の間、使用し続けている人は、最初の使用者の約 1/4 であった。医師の参加がいまだ少ないため、今後医師の協力を支援する活動が必要と考えられた。

### 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<br>医学系研究科精神医学 | 助教                   |
| 吉田 哲彦 | 大阪大学大学院<br>医学系研究科精神医学 | 医員                   |
| 清水 芳郎 | 大阪大学大学院<br>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<br>医学系研究科精神医学 | 大学院生                 |
| 佐藤 俊介 | 大阪大学大学院<br>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<br>包括支援センター   | 副主幹<br>主任介護支援<br>専門員 |

### 研究目的

平成 25 年 2 月 1 日より人口 16 万人、高齢化率 25.7% の兵庫県川西市で情報共有ファイル（つながりノート）を導入し、有用性と問題点を明らかにする。

### 研究方法

①我々が先行研究で考案したつながりノートを利用した認知症地域連携のシステムをパス表にまとめた。また川西市版つながりノートを川西市の担当者が中心になり新たに作成した。

②つながりノートの発行者の基準、導入の手順を検討した。またつながりノートの使用法を皆で検討、研修し合う連絡会の開催についても

検討した。そして平成 25 年 2 月 1 日につながりノートを導入することを決定した。導入時点で家族介護者、ケアマネジャー (CM)、医師会の医師に対する介護連携などに関するアンケート調査を行い、ベースラインデータとした。

③導入約 1 年半後にあたる平成 26 年 6-8 月に導入時と同様のアンケート調査を行った。

#### (倫理面への配慮)

本研究は認知症患者家族介護者、CM、ケア職員などの個人データおよび、アンケート結果を扱うため、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。

### 研究結果

#### (1) 川西市版つながりノートの作成

つながりノートとは、患者一人に対して一冊作成し、天寿を全うするまで使用することを想定している。ノートは大きく患者情報をまとめる部分と患者に関わる家族、CM、ケア職員、医師などが、患者に関する出来事、行った治療、対応、ケア、診療内容などを書きあう部分からなる。お互いに書きあう頁は黄色い紙を使ってすぐにわかるようにした。またこの黄色の頁だけは忙しくても皆が読み、そのときにサインをする規則とした。またノートのどの部分にどんな情報を記載するべきかを解説するノートの記載マニュアルを作成した。

#### (2) 川西市版つながりノートの導入

平成 25 年 2 月 1 日よりつながりノートの運用を開始した。つながりノート発行の基準は、川西市で在宅生活を送っている要支援 2 以上の人とし、CM を通してノート作成希望者を募った。

この条件を満たす人は導入時には 3073 名であった。その中でつながりノートの作成を希望した人は 506 名であった。導入時のアンケートに協力してくれたノート使用者 439 名とノートの作成はしなかったがアンケート調査には協力してくれた 1138 名 (対照群) とを比較すると、性別、年齢、要介護度、介護者の年齢には 2 群間で有意差を認めなかった。しかしノート使用者の方が、患者の精神症状が重度で、家族介護者の介護負担度が重く、ノート導入時点での家族から見た連携の円滑さが高かった。

#### (3) 川西市版つながりノートの運用

つながりノートの使用法を学習するために、連絡会を開催した。当初 6 ヶ月間は月に 4 回行い、その後は月に 1 回行った。連絡会の内容は、つながりノートの有効な使用法の学習が中心で、有効な使用が出来ているノートを、個人情報を削除した上でコピーし、皆に配布し、認知症専門医が解説した。また認知症専門医によるミニ

レクチャーを、参考書を用いた連続講義に変更した。そしてこの連続講義を録画し、連絡会参加者、つながりノート使用者、医師会に属する医師に ID とパスワードを提供して、インターネット上でいつでも閲覧できる e ラーニングシステムを構築した。

#### (4) 導入 1 年半後の継続使用者

導入 1 年半後の時点でノートを継続して使用し、さらに 1 年後のアンケートに協力してくれた人は 122 名であった。当初の使用者の約 1/4 の人、全対象者における割合は 4.0% となる。一方ノートを導入したものの途中で使用を中止した人は 118 名であり、死亡や入所などの理由でノート使用を終了した人は 120 名であった。家族のノートの中止理由としては、「病院には薬を取りに行くだけだから」、「症状が 1 年前と変わらないから」、「他のサービスの記録ノートを使用しているから」、「医師も看護師も大忙しでノートを提出しにくいから」、「デイサービスに 2 度程持参したが取り合ってもらえなかったから」などがあつた。改善してほしい点としては、ノートの軽量化や、施設ごとのファイルの統一化、また医療者の積極的な参加が挙げられた。

#### (5) ノート使用の頻度に関わる要因

ノート使用者のノートの使用頻度は一様ではなかった。ノートを 1 年半の間使用しつづけた 122 名と途中で中止した 118 名を合計した最高 240 名のデータを用いて以下の解析を行ったところ、以下の結果を得た。

①連絡会に参加している CM の担当患者はノートの使用頻度が多かった。

②かかりつけ医の記載が多い患者ほど、全体のノートの記載が多かった。

#### (6) つながりノートの効果

つながりノートを使用することによって、家族は CM、介護スタッフ、かかりつけ医に相談しやすくなったと回答した。CM から患者の状態や薬がよくわかるようになった、連携が増したといった利点が挙げられた。また連絡会の内容は業務に役立った、連絡会に参加することで新しい知識が得られた、連絡会の内容はつながりノートを使う上で役立ったと多くの CM が回答した。しかし患者家族と介護施設との連携に比べて患者家族と医療機関との連携においては有効に利用できていないことが明らかになった。医師も家族、CM、介護スタッフと連絡しやすくなったと回答した。医師から挙げられた問題点としては、医師が多忙なため利用が出来ないことが挙げられた。

## 考察

我々は平成25年2月1日より人口16万人の川西市という大きなフィールドで情報共有ファイルを使用し、どのような工夫をすればファイルが有効に使用できるかについて研究を行ってきた。ノートの適切な運用のためには連絡会が重要であり、ここで適切なノートの記載の仕方を皆で検討し、学びあうのである。実際、担当のCMが連絡会によく出席していた患者においては使用頻度が多かった。つながりノートの使用により連携が増し、認知症に関する知識が増える効果が認められた。連携については家族と介護施設、CMとの連携は特に改善したが、かかりつけ医との連携はいまだ十分ではなかった。これは医師の多忙によるもので、診察中にノートに記載する時間がないとのことであった。この点は容易に改善させることは困難で、ノートに保険点数をつける、比較的余裕のある医師から特に使用してもらうなどが考えられる。

## 結論

人口16万人に対する全市的導入にしても情報共有ファイルは有用であった。

## 健康危険情報

なし。

## 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 2012;41(12):1731-40.
- 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.
- 3) 数井裕光、武田雅俊. 認知症クリニカルパスの基本的な考え方と情報共有ノートを用いた地域連携システムの運用経験、eらぼーる (<https://www.e-rapport.jp/team/clinical/path/sample/sample22/01.html>)

### 2. 学会発表

- 1) 数井裕光. 認知症診療のための地域連携 ― 連携パスの可能性 ―. 第1回日本精神科医学会学術大会、大阪市、2012.10.10.
- 2) 数井裕光. 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 - 大阪府内科医学会誌 22(1): 45-51, 2013
- 3) 数井裕光、武田雅俊. 認知症診療における地域連

携クリティカルパス. 日本社会精神医学会雑誌 22(2):109-115, 2013

- 4) 数井裕光. みまもり・つながりノート (認知症地域連携クリニカルパス). 2013年精神疾患医療政策フォーラム (プレ発表会)、長野県佐久市、2013.7.10
- 5) 数井裕光. 認知症診療のための地域連携. 日本プライマリ・ケア連合学会第27回近畿地方会、特別講演3、神戸、2013.9.8
- 6) 数井裕光. 認知症診療のための地域連携 ― 情報共有ファイルの有用性 ― 第3回日本認知症予防学会ランチョンセミナー、新潟、2013.9.27-29.
- 7) 数井裕光. これからの認知症診療と地域連携. 第14回日本クリニカルパス学会学術集会ランチョンセミナー、盛岡、2013.11.1
- 8) 数井裕光. 認知症連携における情報共有ファイルの使用経験 第66回九州精神神経学会・第59回九州精神医療学会ランチョンセミナー6、鹿児島、2013.11.8
- 9) Hiroaki Kazui. Effect of a regional cooperative system for dementia patients with a collaboration notebook、Global action against dementia, Tokyo, 2014.11.5
- 10) 数井裕光. これからの認知症診療 ～鑑別診断の重要性と地域連携～. 平成26年度加古川精神神経科医会学術講演会、加古川市、2014.4.5.
- 11) 数井裕光. BPSDに対する治療と対応. 第8回兵庫認知症診療連携会、神戸市、2014.7.26.

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。

救命救急センターへ搬送された自殺企図患者への  
精神医療地域連携パスについての研究

研究分担者 山本賢司

東海大学医学部専門診療学系精神科学 教授

研究要旨

**研究目的**：自殺未遂者に対する精神医療の質の担保や効率的な支援を提供するために、精神医療地域連携パスを作成して実践する。また、精神医療地域連携パスを運用する地域の違い（政令指定都市と非指定都市など）を考慮し、問題点を明らかにする。

**研究方法**：平成 25 年度は、平成 23 年度より開始された北里大学病院救命救急センターと地域の精神医療機関、相模原市精神保健福祉センターを中心とした市の地域支援事業やアウトリーチなどとの連携を目指した自殺未遂者等地域支援ネットワークでの問題を整理し、政令指定都市である相模原市の自殺未遂者に対する精神医療地域連携パスの試案を作成した。平成 26 年度は地域の実情にあったモデルの作成をテーマに、神奈川県央部の東海大学病院において①自殺企図で入院となった症例に対する社会支援のニーズに関する調査、②自殺再企図のリスクファクターに関する研究、③地域連携のための地域社会資源に関する調査を行った。

**結果**：北里大学病院を中心にして行った自殺未遂者等地域支援ネットワークで問題となった点は、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などであった。上記に対し、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アンケート調査、自殺未遂者を支援する精神保健福祉担当者を対象とした研修前後での変化に関する調査、自殺未遂早期退院患者に対する支援ツール研究などを行い、平成 25 年度に自殺未遂者への精神医療地域連携パスの試案を作成した。また、平成 26 年度の結果から a) 救命センターの医療圏が複数の市・保健所の管轄に跨る場合には、窓口やサービスの内容が地域によって異なるために、必要なサービスを斡旋して繋いでいく精神科ソーシャルワーカーが重要であること、b) 自殺再企図患者は退院後に精神科医療機関に継続通院している症例も多く、精神科医療機関との再企図予防策などについての検討が必要であること、c) パス導入のためには医療機関・地域社会資源を含めた定期的な検討会・勉強会などが必要であることなどが明らかとなった。

**まとめ**：精神医療地域連携パスの作成・運用は地域の実情に合わせた形で行われることが重要であり、地域情報の確保、関係する職種のスキルアップとサポート体制などが重要であると考えられた。

## 研究協力者氏名・所属施設名及び職名

|        |                    |                 |
|--------|--------------------|-----------------|
| 大石 智   | 北里大学医学部精神科学        | 診療講師            |
| 宮地 伸吾  | 北里大学医学部精神科学        | 助教              |
| 乾 真美   | 北里大学医学部精神科学        | 助教              |
| 山田 素朋子 | 北里大学医学部中毒・心身総合救急医学 | 助教              |
| 井出 文子  | 北里大学医学部中毒・心身総合救急医学 | 助教              |
| 上條吉人   | 北里大学医学部中毒・心身総合救急医学 | 特任教授            |
| 立松 聖一  | 北里大学大学院医療系研究科医療心理学 |                 |
| 奥 亜希子  | 相模原市精神保健福祉センター     |                 |
| 鈴木志麻子  | 相模原市精神保健福祉センター     |                 |
| 宮岡 等   | 北里大学医学部精神科学        | 教授              |
| 三上克央   | 東海大学医学部専門診療学系      | 精神科学 講師         |
| 山田桂吾   | 東海大学医学部専門診療学系      | 精神科学 助教         |
| 木本幸祐   | 東海大学医学部専門診療学系      | 精神科学 助教         |
| 内田敦子   | 東海大学病院 患者支援センター    | 総合相談室 ソーシャルワーカー |
| 秋山洋平   | 東海大学病院 患者支援センター    | 総合相談室 ソーシャルワーカー |

### A. 研究目的

「自殺未遂者への精神医療の質の担保や効率的な支援を提供するために、精神医療地域連携パスを考案して実践する」ことが本研究の主たる目標である。

### B. 研究方法

#### 平成25年度

##### 1) 北里大学病院救命救急センターへ搬送

##### された自殺企図患者の特徴に関する調査

平成24年度に北里大学病院救命救急センターへ搬送された自殺企図患者305名を対象に、診療録を後方視的に調査し、自殺企図患者の天気などの臨床特徴を明らかにした。

##### 2) 自殺未遂者支援のための精神医療地域連携パス試案の作成

1) で得られた結果と平成23年度相模原市委託業務「自殺未遂者地域支援ネットワーク構築

に関する研究事業」の結果を基に、参加していた救命救急医、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。

#### 平成26年度

##### 1) 自殺企図で入院となった症例に対する社会支援のニーズに関する調査

救命センターに搬送された自殺未遂者の社会的支援に対するニーズを明らかにすることを目的に、当院高度救命救急センターに自殺企図で搬送され、入院となった160症例に対して評価を行い、精神保健福祉士の介入が必要であった群（介入群）と介入がなかった群（非介入群）の比較を行った。

(なお、本研究は神奈川県自殺未遂者支援事業委託業務の一部のデータを利用して行っている。)

## 2) 自殺再企図のリスクファクターに関する研究

当院高度救命救急センターを受診または入院となった自殺企図者に対し、文書送付による2年間追跡調査を行い、自殺企図後の実態把握、および再企図のリスクファクターを探索的に調査する。

(なお、本研究は現在も継続しており、提示する結果は中間解析を行ったものである)。

## 3) 地域連携のための地域社会資源に関する調査

地域自殺対策検討会への参加、平塚保健福祉事務所秦野センター、神奈川県精神保健福祉センターへのヒアリングなどを行った。

### (倫理面への配慮)

平成26年度の1)自殺企図で入院となった症例に対する社会支援のニーズに関する調査、2)自殺再企図のリスクファクターに関する研究については東海大学医学部臨床研究審査委員会の承認を受けて行っている。

## C. 研究結果

### 平成25年度

#### 1) 北里大学病院救命救急センターへ搬送された自殺企図患者の特徴に関する調査

自殺未遂患者は即日帰宅・短期退院する患者と、精神症状が重篤で北里大学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ことが明らかとなった。

#### 2) 自殺未遂者支援のための精神医療地域連携パス試案の作成

自殺未遂者支援のための精神医療地域連携パス(相模原モデル)を試案として作成した。

### 平成26年度

#### 1) 自殺企図で入院となった症例に対する社会支援のニーズに関する調査

搬送された自殺未遂者の居住地は14市8町と5都道府県に跨っており、精神保健福祉士の介入が必要であった症例(介入群)は全体の30.6%であった。介入群は入院日数が長い症例や転院になる症例が多かった。

#### 2) 自殺再企図のリスクファクターに関する研究

自殺再企図患者は退院後に精神科医療機関に継続通院している症例も多いことが明らかとなった。

#### 3) 地域連携のための地域社会資源に関する調査

地域の自殺未遂者支援の体制が明らかになった。

## D. 考察

自殺未遂の既往は自殺既遂に関する最大の危険因子といわれており、過去には自殺企図者の5-10%が初回の自殺企図から数年以内に自殺既遂に至ると報告され、一般人口と比較しても自殺企図後の自殺の危険度は約40倍に相当すると報告されている。自殺の危険因子が経済的な要因や職場の要因、家庭の要因など多岐にわたっていることを考えると、救命センターを退院後したばかりで精神的にも安定していない自殺未遂者が、複雑な問題を解決していくのには困難が伴うことが多く、様々な支援が必要であることは言うまでもない。また、精神医療への

受療促進とともに、行政をはじめとした社会的支援への繋ぎなどを関係各所と連携しながら行っていくことは、再企図予防の観点からも重要である。

一方、医療や行政への支援に繋ぐ役割を担う救命センター側にとってみると、自殺未遂者の多くは即日帰宅・短期入院となる症例が多く、繋ぎのための時間が短いことや、3次救急医療機関の医療圏は行政の管轄とは異なっていて、幅広い地域から患者が搬送されているという実情があり、地域の医療資源・社会資源に精通した精神保健福祉士などの役割は自殺未遂者支援を行う上で重要である。実際、近年行われた「自殺企図の再発防止に対する複合的ケースマネジメントの効果～多施設共同による無作為化比較研究～ACTION-J」では、精神保健福祉士や臨床心理士が自殺未遂者支援へのケースマネジメント（定期的な対象者との面接、対象者の生活背景・受療状況に関する情報収集、精神科受療の促進、精神科・身体科かかりつけ医に関する受療調整、受療中断者への受療促進、公的社会資源・民間援助組織の紹介と利用する際の調整、心理教育と情報提供、専用ウェブサイトを利用した情報提供など）を行うと、6か月にわたって自殺再企図が強力に抑止されることを明らかにしている。

しかし、自殺未遂者の支援は自殺企図直後で完結するわけではなく、一時的に希死念慮がおさまったとしても、しばらくの時間を経た上で再び希死念慮が出現する可能性が十分に考えられる。従って、自殺未遂者支援は救命センターからスタートするが、そこから徐々にかかりつけ医療機関や地域の社会的支援へ移行していく必要がある。このような認識を持ち、自殺未遂

者支援を行う人が同じ方向を向いて支援をしていくためには、何らかのシステムが必要であり、それを繋ぐものが必要である。身体医療の領域ではこのような問題を解決していくためにクリニカル・パスが様々な形で用いられており、その有用性が報告されている。精神科領域でのクリニカルパスの報告は未だに数が少ないが、地域医療機関や行政機関との連携を考えていく上では有効な手段となり得るものと考えられる。

われわれはこの2年間の研究で、地域医療の実情に合わせた自殺未遂者支援のための精神医療地域連携パスの試案を作成し、地域で実践するための調査を行った。試案は政令指定都市である相模原市の地域に合わせて作成したが、一方で他の地域での導入も考慮し、運営していくための予備的な調査を非政令指定都市の神奈川県県央部で行った。その中で、地域連携パスを用いながら支援していくためには救命センターの精神保健福祉士の役割が重要であることや、自殺再企図者の中には精神医療機関に継続受診している症例も多く、今後は精神科医療機関での対応についても検討が必要であること、また、医療機関・地域社会資源を含めた定期的な検討会・勉強会などが必要であることなどが明らかとなった。

## E. 結論

今回の調査・研究では、自殺未遂者支援のための精神医療地域連携パスの試案を作成し、実際に様々な地域で運用していくための問題点を明らかにした。今後はこれらの結果をもとに、試案として作成した地域連携パスを実践していく予定である。



## 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) 山本賢司：リエゾン精神医学と地域連携—自殺未遂者支援のための地域ネットワークについて— 精神科 24 (4) : 454-460, 2014

### 2. 学会発表

1) 井出文子、上條吉人、銘苺美世、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

10) 宮地伸吾、山本賢司、乾真美、奥亜希子、鈴木志麻子、宮岡等：相模原市における政令指定都市前後の自殺の変化について 第110回日本精神神経学会総会 2014年6月 神奈川県横浜市

11) 山本賢司、奥亜希子、鈴木志麻子、乾

真美、宮地伸吾、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  
第 110 回日本精神神経学会総会 2014 年 6 月 神奈川県横浜市

12) 北元健、上條吉人、山本賢司、宮岡等：  
当院救命センターにおける Vegetamin 過量服用患者の身体合併症および入院期間について 第 110 回日本精神神経学会総会  
2014 年 6 月 神奈川県横浜市

13) 木本幸佑、三上克央、猪股誠司、大西雄一、山田桂吾、高橋有記、木本啓太郎、山本賢司、松本英夫：自閉スペクトラム症と境界性パーソナリティ障害に焦点を当てた思春期自殺企図の特徴 第 27 回日本総合病院精神医学会総会 2014 年 11 月 茨城県つくば市 Yamamoto K, Oku A, Suzuki S, Yamada S, M, Inui-Yukawa M, Miyaji S, Ohishi S, Miyaoka H: Construction of regional network for supporting the attempted suicide patients – A trial of a government-designated city in Japan. The XVI World Congress of Psychiatry, Madrid, Spain, Sep, 2014

## **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。

## 厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

（総合）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し、循環器疾患に関する心理的側面の共有モデルを検討した。

**結果**：計 10 回の研究会を実施し、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、連携ツールとして【心臓とこころの連携シート】を作成した。

**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、連携ツールの作成を行った。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              |
| 北井 豪  | 神戸市立医療センター中央市民病院循環器内科 副医長          |
| 松石 邦隆 | 神戸市立医療センター中央市民病院精神科 医長             |
| 山根 光量 | 山根クリニック                            |
| 竹原 歩  | 兵庫県立大学看護学部                         |
| 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 | 兵庫県立光風病院 副院長                       |
| 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した。

## 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。これら病院を基軸とし、国立精神・神経医療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。その後神戸市立医療センター中央市民病院、山根クリニックなどの参画を経た。

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。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。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。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」。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」。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。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。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。大阪大学大学院循環器内科、安井博規先生の講演「サイコカルディオロジーについて」。

#### <第6回研究会（平成26年4月）>

基調講演として、総論「うつ、せん妄、認知症を中元幸治先生（神戸市立医療センター西市民病院 精神・神経科）に依頼。兵庫県立姫路循環器病センターにおける術後症例の検証を行った。

#### <第7回研究会（同年6月）>

緩和ケアにおけるサイコオンコロジーは、現在PEACEプロジェクトとして活動中である。メンタルケアの位置づけから、その理念を共有するため、PEACEプロジェクトリーダーである木澤義之先生（神戸大学大学院医学研究科 先端緩和医療学分野 特命教授）を講師に招き、「医療者・患者間のコミュニケーション（意思決定支援を含めて）」で講演。症例検討として西宮渡辺心臓・血管センターから、各職種別のプレゼンテーションを行い検討した。

#### <第8回研究会（同年6月）>

患者とのコミュニケーションをいかに取るかはメンタルケアには欠かせないことである。「アセスメント」をテーマに、石原俊一先生（文教大学 人間科学部 心理学科 教授）を基調講演として、神戸労災病院症例に対する検証を行った。

#### <第9回研究会（同年12月）>

病診連携などの地域連携は当然重要であるが、まずは院内の連携を構築することが不可欠であ

る。循環器科と精神科のスムーズな連携を構築されている東京女子医科大学病院から、鈴木豪先生、西村勝治先生各科からみた院内連携の構築について講義。ワークショップでは、神戸百年記念病院より提示の症例を金魚鉢方式のワークショップとして検証した。

#### <第10回研究会（27年2月7日）>

本研究の骨子でもある地域連携について、基調講演を開催。関西医科大学を中心とした循環器疾患に関するグローバルな地域連携について、関西医科大学健康科学センター教授、木村穰先生による講演。神戸市立医療センター中央市民病院の院内連携を伴う症例での検討会を行った。

#### <連携ツール>

本研究の骨子でもある地域連携に関して、【心臓とこころの連携シート】（図1）を作成した。ナショナルプロジェクト連携ツール、患者手帳をベースに患者基本情報、抑うつや怒り尺度などの心理テスト結果、そして[こころの状態]を記載できるように作成。使用方法として、循環器科受診中の患者に対して、コーディネーターが本シートを用いてメンタルチェックを行う。チェックの際、コーディネーターからのコメントを記載。メンタルケアの上で問題があり、精神科受診が必要なケースについては、コーディネーターが連携ツールあるいは循環器医療機関に直接連絡を行う。その際、ただ連絡するだけではなく、精神科の無い医療機関、開業医に対して、最寄りの精神科への具体的な連携まで繋ぐのが本コーディネーターの役割と考える。

#### D. 考察

本研究の指針として、「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、基本コンセプトとした。

#### 《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」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。「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。「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。このためのツールとして、本研究では【心臓とこころの連携シート】を作成した。このシートは他の分担研究で作成された「患者手帳」と主旨を同じにするものである。本研究では、この【心臓とこころの連携シート】を循環器疾患と精神疾患の両疾患に対応した形を検討・作成した。「手帳」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。第70回（平成25年11月）及び第71回（平成26年11月）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。

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となった。

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はなく、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、今後も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

## 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・庵地雄太 水谷和郎他 多職種連携協働(IPW)によるメンタルケアの実践 第20回日本心臓リハビリテーション学会学術集会 2014年7月20日 京都：みやこメッセ

・安井博規 水谷和郎 平田健一他 メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトにおける兵庫サイコカーディオロジー研究会の意義 第20回日本心臓リハビリテーション学会学術集会 2014年7月20日 京都：みやこメッセ

・水谷和郎 伊藤弘人 平田健一他 連携機関としての兵庫サイコカーディオロジー研究会の役割 第65回日本心臓病学会学術集会（招待） 2014年9月28日 宮城 仙台市民会館

・庵地雄太 水谷和郎 安齊俊久他 心不全のメンタルヘルスケア-心理士の立場から- 第18回日本心不全学会学術集会（招待） 2014年10月11日 大阪 大阪国際会議場

・庵地雄太 水谷和郎他 循環器患者への高質なメンタルヘルスケア：兵庫サイコカーディオロジー研究会の試み 第27回日本総合病院精神医学会総会 2014年11月28日 茨城 つくば国際会議場

・安井博規 伊藤弘人他 兵庫サイコカーディオロジー研究会の進展 2014年11月23日 日本循環器心身医学会学術集会 北海道 北海道大学

・水谷和郎 平田健一他 国立精神・神経医療研究センター／国立循環器病センタージョイントシンポジウム指定演題 2014年11月23日 日本循環器心身医学会学術集会（招待） 北海道 北海道大学

**H. 知的財産権の出願・登録状況**  
なし

## 心臓とこころの連携シート

|        |  |
|--------|--|
| 連携共通番号 | -  |
| 患者氏名   |  |
| ふりがな   |  |
| 生年月日   | M・T・S・H・西暦 年 月 日   |
| 主病名    |  |
| 併存疾患   |  |
| 精神的問題  | <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 健忘 <input type="checkbox"/> 不眠<br><input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 恐怖感 <input type="checkbox"/> 悲嘆 <input type="checkbox"/> 怒り<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 精神科受診歴 | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり 医療機関名 : _____<br>担当医 : _____<br>最終受診日 : _____ 年 月 日<br>処方 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (情報提供書参照)   |

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| 作成日                   | 年 月 日   |
| 連携コーディネーター<br>(作成者氏名) | _____ 印 |
| 所属部署                  | _____   |
| 職 種                   | _____   |
| 主治医                   | _____ 印 |

### スクリーニング記入欄

| 検査名     | 得点     | 下位項目     | 実施日   |
|---------|--------|----------|-------|
| MMSE    | / 30点  | 支持程度     | 年 月 日 |
| HDS-R   | / 30点  |          | 年 月 日 |
| PHQ-9   | / 27点  |          | 年 月 日 |
| HADS    | / 21点  | 抑うつ      | 年 月 日 |
|         | / 21点  | 不安       |       |
| BDI     | / 63点  |          | 年 月 日 |
| SF-36   |        | 身体的側面    | 年 月 日 |
|         |        | 精神的側面    |       |
|         |        | 役割/社会的側面 |       |
| MLHFQ   | / 105点 |          | 年 月 日 |
| ICDSC   | / 8点   |          | 年 月 日 |
| CAM-ICU |        |          | 年 月 日 |

(連携コーディネーターが実施した場合に記載)

### こころの状態

|  |
|--|
|  |
|--|

2014年11月28日

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/兵庫サイコカーディオロジー研究会

図 1. 心臓とこころの連携シート



厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

平成 24-26 年度（総合）分担研究報告書

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

## 救急場面における自殺未遂者への対応に関する研究

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**：身体疾患（および自殺企図による身体的損傷）を合併する精神疾患患者の受け入れ先となる身体科救急医療機関のスタッフに対し、初期における精神科的問題の評価とその対処法を学ぶための教育コースの提供を目的とする。また退院後のつなぎを重視した精神科の評価とその対応法を多職種で把握できるようなクリニカルパスの作成を試みることをもう一つの目的とする。

**研究方法**：市販されたテキストブック（PEEC コースガイドブック：へする出版）を使用し、3年間で精神科的問題を有する救急患者に対する救急医療スタッフ向けの標準的な初期診療を学ぶための4時間のコースを作成し、トライアルコースの後に全国での実際のコースを展開し、そのブラッシュアップを図るとともに安定した開催・運営のシステムを構築する。また退院後の危機回避のための多職種が用いるクリニカルパスを作成した。

**結果**：3年間でコースの原型はほぼ固まり、3年次には18コース、300人以上が受講した。今後は全国展開のための資金、インセンティブ、講師の養成が急務である。クリニカルパスについて、Version1.0は完成したが、その実践運用と改訂が必要である。

**まとめ**：自殺企図患者を含めた精神科疾患を有する患者の身体科救急受診にあたっては、初期診療における標準的なケアから始まり、退院後までをカバーする多職種による総合的なフォローアップシステムが必要であり、そのための関係学会間の協力は今のところ十分とは言えない。

### 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  
松田潔 日本臨床救急医学会 担当理事  
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 救急統括部長              |
| 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            |
| 橋本 聡  | 国立病院機構熊本医療センター救命救急センター・精神科 |
| 堀 智志  | 日本大学医学部救急集中治療医学分野          |
| 三上克央  | 東海大学医学部精神科                 |
| 寺地紗緒理 | 東海大学医学部附属病院高度救命救急センター      |
| 伊藤弘人  | 国立精神・神経センター 部長             |
| 河西千秋  | 札幌医科大学精神科 教授               |
| 日野耕平  | 横浜市立大学医学部精神科               |
| 池下克実  | 奈良県立医大精神科                  |
| 杉山直也  | 沼津中央病院 病院長                 |
| 峯岸玄心  | 昭和大学医学部精神科                 |
| 河島譲   | 厚生労働省社会・援護局                |

## A. 研究目的

自殺企図により身体的損傷（飛び降り、飛び込み、刺創、薬物中毒、CO中毒ほか）を負った傷病者の大多数は、身体治療と精神的治療の双方を施す必要がある。同様に身体的疾患（感染症、糖尿病、脳血管障害、低栄養、熱中症、悪性症候群など）に罹患した神疾患患者についても、現状においては、身体的ダメージが重症かつ緊急を要する場合その多くは重症の身体的障害の治療をその主任務とする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。院内に精神科が併設され常時コンサルテーションができる状況であれば、身体的診療と精神的治療が並行して行われることとなるが、そのように恵まれた救急医療機関はごく少ない。これまで多くの救急医療機関では、身体的問題に対する診断と治療を優先しつつ、翌朝または週明けまで精神科専門医への

受診を待たされることとなる(図1)。その間、精神的問題に関して十分な知識や経験のないままに対症的な治療が施されてきたといえる。

今回、そのような状況下で精神的問題についても対処せざるを得ない救急現場のスタッフに向けて、精神的評価とその標準的な初期診療について半日（4時間）で学べる成人教育コースを開発することを第1の目的とした。

また、すでに厚生労働省が10年近くにわたり主催している「自殺未遂者ケア研修」（1日版）の内容を4時間に凝縮して同じ効果を上げる簡易コースの開発とその開催を2つ目の目標とする。

さらに、退院後の自殺の再企図予防には、身体的、精神的問題がある程度整理された後の日常生活における生活面でのサポートに加え精神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が、それを誰が、何に基づいていつ担っていくのかについては、明確なガイドラインはない。ACTION-J が今後本格的に始動するか否かは別として、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、かかりつけ医を交えて具体的に対処するためのツールとして、退院後に多職種が使用できる汎用クリニカルパス（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つ目の目的とする。

## B. 研究方法

初期診療において身体的治療と並行して精神的問題に対処するための救急外来（ER）・救命救急センター・救急病棟のスタッフ向けコース（PEEC：Psychiatric Evaluation in Emergency Care）の構築に係る初年度（平成24年度）は、4時間という枠の中で、講義と4症例を用いたスモール・グループ・ディスカッションにより問題点の把握、その解決法を、精神科医によるファシリテーションと看護師/臨床心理士によるアシストを得ながら、多職種で構成される受講生自身のアイデアによって解決を図るよう配慮する。その後、4時間のプログラムを組み、実際の受講生によってトライアルコースを複数回行い、本コース開催への調整や改定を行う。2年次には、本コースを開催し、その中での評価によって変更・修正を行い、同時に主催者側に必要な開催マニュアルを用いた手順の確認、ファシリテーター・アシスタントのためのマニュアル作成を試みる。最終年にはコースを全国展開し、受講生からの反応をアンケートに

より収集し、参加したスタッフからの意見を集約して今後の改訂に役立てる。

自殺未遂者ケア研修（簡易版）の作成では、厚生労働省の1日版を4時間に短縮するため、講義内容を大幅に削除し、いつでも自己学習できるよう新たに作成したテキストを新たに作成する。実際に、厚生労働省の研修に司会、講師、ファシリテーターとして参加した委員によってプログラムを組み、内容を検証する。そして実際のコース開催によりさらにブラッシュ・アップを図る。

退院後のフォローアップのためのクリニカルパスは、初年度にそのプロトタイプを作成し、微調整の上で、二年次からの試験使用を経て最終版として、現場での使用により更なる改訂を試みる。

（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 PEECTM（ピーク）コースは、商標として登録されている。また公式テキストとなる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』編集の PEEC ガイドブック（へする出版）も2012年5月に上梓されて市販されている。PEEC 開催準備ワーキンググループ委員会（委員長：東岡宏明関東労災病院救急統括部長）を2012年11月に設置した。

PEEC コースは土曜の午後半日開催、日曜ならば朝に来て当日中に帰宅できるよう4時間で終了できることを目指した。これは結果として週末をつぶして毎回運営に参加する主催者側のスタッフへの配慮もある。座学の講義を極力減らすためにプレテストを導入し、受講前学習を促すこととで、最終的に講義は最初の20分に収

めることができた。用いる4症例は、自殺企図を含む重要なケース、過換気症候群など症例数の多いケース、新たな問題となっている薬物依存(覚せい剤、危険ドラッグなど)などのケースを取り入れることとし、その中で必要な知識、他職種で関わるべき問題点、活用できるリソースへのアプローチの方法など救急医、看護師、救急隊員、保健師、行政官などそれぞれのバックグラウンドを生かして一堂に学べるように画策した。プログラム例を表1に示す。

1年次の2013年1月以降、昭和大学で3回、東海大学で2回の計5回のトライアルコースの開催とブラッシュアップを経て、2年次(2013年)の6月第16回日本臨床救急医学会総会・学術集会(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回目を開催した。これに加え東海大学医学部(2014年2月16日、3月)、国立病院機構熊本医療センター(2013年11月17日、2014年2月9日)において合計4回のPEECコースが開催された。このうち一部は公募により全国から受講生を募集した。3年次の18回の開催を表2に示す。また昭和大学が主催するPEECコースの案内と学会が発行する修了証(見本)を図2に示す。

ワークショップで使用する4症例の現症、既往歴、現病歴、問題点を示す約5分の再現ビデオを作製した。この再現ビデオを全員で視聴することで、症例のイメージが統一されその後のディスカッションに好影響であった。ファシリテーターの負担も軽減された。このビデオ作成にあたっては、全面的に東海大学医学部精神・身体医学寄附講座の協力を得た。

平成25年度厚生労働省主催の自殺未遂者ケア研修は、日本臨床救急医学会他の共催を得て救急外来、救急病棟、救命救急センターなどで

直接自殺未遂者の初期治療にあたる医療スタッフを対象として、各回50名を限度に受講生を募集し、Action-Jなどで培った知識と技術を擁する精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士をファシリテーターとして毎年1月～3月に国内3か所で開催される。平成26年度の案内を表3に示す。この研修を同様に4時間コースとしてまとめ、PEECコースと同じように全国展開させることで、年間150名しか受講できない厚生労働省版を、地元で好きな時期に開催できるようにするメリットは十分ある。そのため、1年次(2012年)の厚生労働省主催の自殺未遂者ケア研修(一般救急版)の講義内容のパワーポイントをまとめたテキスト(非売品)を2年次(2013年)の12月に発刊し、講義部分を極力省いて全体を4時間に収めた簡易版コースを再構築した。3症例を用いてその問題点の把握と解決法を探るモジュール・グループ・ディスカッションの内容と割り当て時間はそのままとした。そして2013年12月14日に大阪府堺市、翌15日徳島県、2014年1月18日に岐阜県医師会を開催母体として学会版(簡易版)自殺未遂者ケア研修を開催した。ファシリテーターには厚生労働省版で経験を積んだ精神科スタッフが当たった。受講料は徴収せず、資料の印刷、会場設営、受講生の募集などは主催者が担当し、当方では、ファシリテーターの確保と日程調整、直前の内容打ち合わせを担当した。参加ファシリテーターには基本的には主催団体から交通宿泊費と日当の支給を受けた。ここでも東海大学寄附講座制作のビデオを使用し症例のプレゼンテーションを行った。最終年は、兵庫県主催の自殺未遂者ケア研修(4時間版)を2014年12月13日に開催した。簡易版の案内板(見本)を表4に示す。国から自殺対策の資金供給はあっても、現実に役立てる