

18.

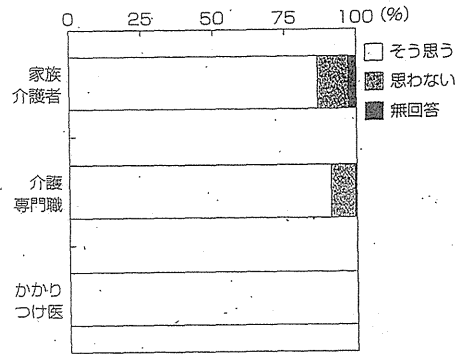


図3(c) 情報開示の効果について

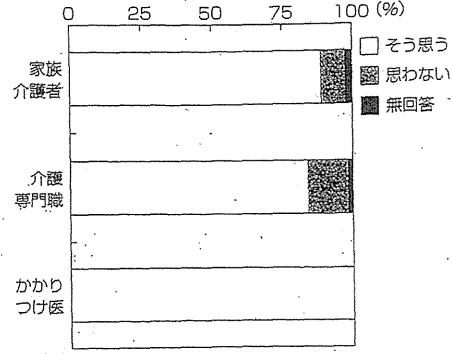


図3(d) BPSD入院目安希望

症や薬物中毒患者など比較的若い急性の精神病患者とは別の病棟に入院することが多いことなどである。後者は認知症診療全体に対する誤解で、たしかに認知症の原因疾患そのものは治療困難であることが多いが、BPSDは治療可能で、BPSDの治療によって患者と家族介護者の生活の質が改善することを広く知ってもらうことが必要である。

BPSDが出現したときに精神科専門病院で入院して治療したほうが良い(させたほうが良い)か、自宅や介護施設で対応し続けたほうが良いか迷うことがあるとの声が多かったため、設問(d)「『こんな症状があれば、あるいはこんな状態であれば専門病院で入院治療したほうが良い』というような目安があればいいと思うか」と質問した。その結果、多くの人が入院治療の目安を希望した(図3(d))。精神症状は身体的な異常とは異なり、数値化できずあいまいであること、BPSD治療のための入院がまだ一般的でないため、どのような患者が入院しているかについての情報が共有されていないためだと考えられた。

われわれは、認知症患者の在宅療養生活には、家族介護者、介護専門職、かかりつけ医、認知症専門医など患者に関わる人たちの間での情報共有や連携が必要であると考えている。この情報共有と連携を円滑にするために「連携ファイル」を考案した。連携ファイルは、認知症患者1人に1冊作成し、天寿をまっとうするまでこれを使い続

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2つの部分からなり、1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た部分である。診断名、これまでの経過の概略、かかりつけ医名、ケアマネジャー名、主介護者名、要介護度などをまとめる。

他方は「交換日記」をイメージした連携のための部分である。家族も含めた患者に関わる人たちが、患者の症状、診療や介護の内容など皆に周知したいことを記述する。また紙面でBPSDに対する治療法や対応法を協議し、その効果を共有することもできる。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。この症状に対しては××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)」「◎◎という声かけをしてはどうでしょうか(介護専門職)」「△△という薬を開始しました。副作用は□□です。この点に注意してください(医師)」[教えていただいた対応法と薬で夜間の症状は減りました(家族介護者)]というようにである。

このような連携ファイルの概念を提示し、有用性について質問したところ便利だと思う人がほとんどであった(図3(e))。

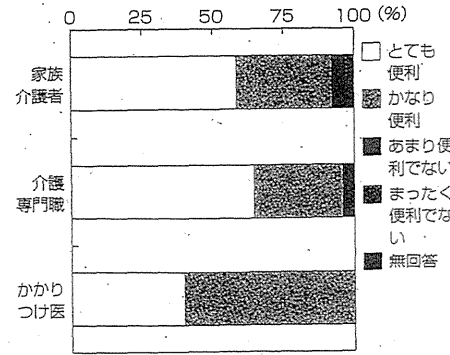


図3(e) 連携ファイルの有用性について

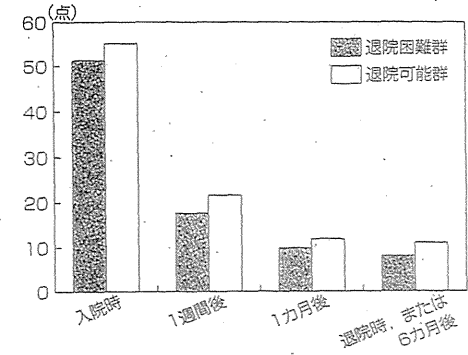


図4 専門病院での治療によるNPI合計点の推移

BPSD治療のための精神科病院入院に関する調査結果

前述のアンケート調査で、BPSD治療入院のための目安が求められていることが明らかになった。BPSD治療のために入院するが否かは、家族介護者の介護負担度、疲弊度がどの程度重いか、ケア体制がどのくらい構築されているかなども関与する。しかし症状が最も重要な因子であると考えられたため、まず、現在、精神科病院においてどのような種類のBPSDがどの程度になったときに患者が入院しているかを実態調査した。

1. BPSD治療入院の目安

大阪府にある浅香山病院、大阪大学附属病院神経科精神科、ためなが温泉病院と、兵庫県にある東加古川病院、この4つの精神科病院にBPSD治療目的で入院した連続例を対象とした。調査期間は2009年5月11日から2010年11月30日。これらの患者の入院時にNPIを施行した。また主治医に入院治療の対象となったBPSDをNPI12項目のなかから選択(複数選択可)させた。

全施設で157名がBPSD治療目的で入院となった。うち17名は身体疾患の治療のために転院、または死亡により中止となったため解析から除外した。入院目的となったBPSDは興奮、妄想、異常行動、睡眠障害の順で多かった。NPIでは12

個の下位症状について頻度を4段階で、重症度を3段階で評価し、頻度×重症度がそれぞれの下位症状の得点となる。

興奮が入院の原因であった患者96名のNPIの興奮得点は7.7±3.8、興奮以外のBPSDが入院の原因であった残りの患者44名の興奮得点は5.0±4.0であった。感度と特異度がともに高くなるようにROC解析で基準を決めると、カットオフ値は8でそのときの感度は0.65、特異度は0.66であった。

妄想が原因であった患者62名の妄想得点は7.7±3.9、妄想以外の症状が目的で入院となった患者78名の妄想得点は3.4±4.3で、カットオフ値は6(感度0.69、特異度0.71)であった。

異常行動が入院の原因であった患者60名の異常行動得点は8.0±4.2、それ以外の患者80名の異常行動得点は5.4±4.9で、カットオフ値は8(感度0.68、特異度0.6)であった。

睡眠障害が入院の原因であった患者58名の睡眠障害得点は8.2±3.5、それ以外の患者82名の睡眠障害得点は5.0±4.6で、カットオフ値は6(感度0.81、特異度0.54)であった。

今後、実臨床で検証する必要があるが、頻度の高いこの4つの症状のそれぞれのカットオフ値は入院の1つの目安となり得る可能性がある。

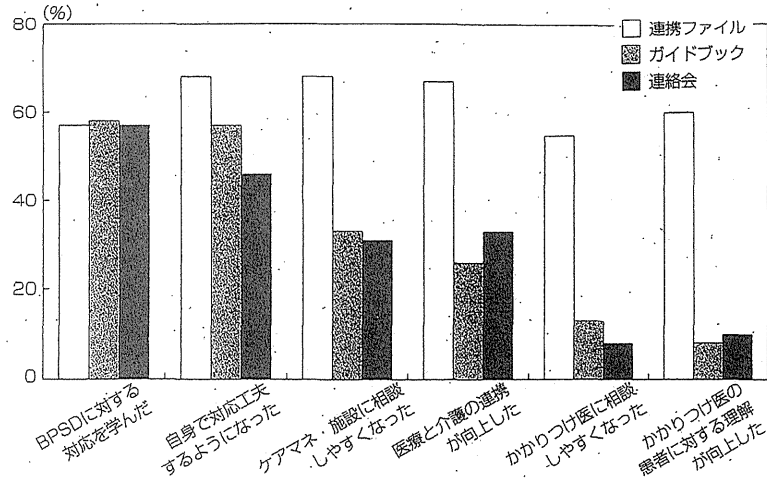


図5 連携システムに対する家族介護者の感想

2. 入院期間について

この調査では、入院1週間後、1カ月後、退院時にNPI-Nursing Home版(NPI-NH)²⁾を用いて入院後のBPSDの評価を繰り返し行った。また入院6カ月までに退院できた患者を退院可能群と、6カ月を超えて在院している患者を退院困難群と定義した。退院困難群に対しては、入院6カ月後にNPI-NHを施行し、観察終了とした。退院可能群は92例、退院困難群は48例であった。退院困難群が退院できない理由は、16例が受け入れ施設がない、14例が特別なBPSD(性的逸脱行為、大声、暴力、盗食、放尿など)、6例が家族が関わりを拒否、5例が身体疾患・副作用、7例がその他であった。両群のNPI12項目の合計点の推移を図4に示す。両群のNPI合計点の推移は類似しており、ともに入院1週間後に著明に得点が低下し、1カ月後の時点では退院時、または6カ月後の得点と同等になった。この結果より、退院可能群も退院困難群も、ともにBPSDは入院1カ月後の時点で軽減することが明らかになった²⁾。すなわちBPSDの治療だけであれば、入院期間は1カ月程度でよいかもしれないと考えられた。

われわれが考えた認知症地域連携システム

われわれは前述した連携ファイルに加えて疾患別・重症度別ガイドブックを用いた認知症患者のための地域連携システムを考案した。疾患別・重症度別ガイドブックとは、疾患別・重症度別に分冊することにより1冊の分量を減らし、当該患者に必要な情報だけが届くようにしたガイドブックである。総論、AD(初期、中期、後期)、DLB(初期、中期、後期)、FTD(初期・中期、後期)、VaDの10種類がある。内容は、出現しやすいBPSDとその対応法の説明で、患者の診断と重症度に応じて適したガイドブックを家族介護者に提供する。

平成23年2月より6カ月間、大阪府北摂地域で在宅生活をしている認知症患者58例(男/女:19/39、平均年齢:79.0±6.7歳、平均MMSE得点:13.5±9.1、AD47例、DLB5例、FTD4例、VaD2例)に対して連携ファイルと疾患別・重症度別ガイドブックを用いた地域連携システムを試験運用した。この試験運用中は、1カ月に1回連絡会を開催した。ここでは、試験運用に

参加している家族介護者、介護専門職、かかりつけ医、認知症専門医、行政職員が集まり、このシステムをよりよいものにするために議論した。また認知症の診療や介護について認知症専門医がミニレクチャーを行ったり、参加者同士でお互いに有用な介護法を披露しあったりした。

この試験運用の全体の結果は、投稿準備中であるため、本稿では結果の一部のみ記載する。

このシステムに対する家族介護者の感想を連携ファイル、ガイドブック、連絡会別に聴取したところ、さまざまな効果が得られたが、とくに連携ファイルの効果が大きかった(図5)。また介入前後にさまざまな評価も行っており、それらを比較したところ、「患者の症状や生活状況について、かかりつけ医がよりよく知るようになった」「家族介護者の認知症、およびその介護法についての知識が増加した」「家族介護者の介護負担感が軽減した」「患者の妄想、興奮、不安が改善した」ことが明らかになった。

その他、家族介護者は、連携ファイルを持つことで、皆が支えてくれているということを実感でき安心感が増したと感じた。また複数の参加者が、「連携ファイルに記入する」「連携ファイルを読む」ことを通じて、「認知症の患者さんと家族がら学んで、現場に活かす」ことが同時にでき、その成果を共有できた」との感想を述べた。

今回の結果より、地域連携システムは情報の共有、連携の推進だけでなく、教育的効果、BPSDの軽減、家族介護者の介護負担の軽減に対する効果も得られることが明らかになった。

おわりに

認知症患者の診療には精神科医以外の医師も関与するが、BPSD治療は精神科医が専門家として今後も主導的な役割を果たしていこう。さらにBPSDの出現や悪化を予防するよう、家族介

護者や介護専門職、かかりつけ医に対して教育的指導を行うことも精神科医の役割である。

今後の認知症患者の増加に伴い、認知症診療における精神科医の役割はますます増していく。さらに多くの精神科医が、認知症診療に携わるようになることを期待する。なお本稿で紹介した連携ファイルは、つながりノート・みまもりノートと名称を変え、専用のホームページ(<http://handaihiikirenkei.com/index.html>)で公開している。また、疾患別・重症度別ガイドブックは1冊の書籍⁴⁾にまとめ、2012年7月に出版された。

謝辞

本稿で紹介したデータは、平成21～23年度厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「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パス作成に関する研究」(研究代表者:数井裕光)の助成を受けて行われた研究の成果の一部である。本研究に参加、協力してくれた浅香山病院の繁信和恵先生、田伏薫先生、東加古川病院の正木藤大先生(現たけなが温泉病院)、たけなが温泉病院の八田直己先生、大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室の杉山博通先生、山本大介先生、和田民樹先生、板東潮子さんをはじめとする神経心理研究の皆さんに深謝申し上げる。

文献

- 1) 博野信次, 森 悦明, 池尻義隆, 他: 日本語版 Neuropsychiatric Inventory - 痴呆の精神症状評価法の有用性の検討. 脳と神経 49: 266-271, 1997.
- 2) 繁信和恵, 博野信次, 田伏 薫, 他: 日本語版 NPI-NHの妥当性と信頼性の検討. BRAIN and NERVE: 神経研究の進歩 60: 1463-1469, 2008.
- 3) Sugiyama H, Kazui H, Shigenobu K, et al: Predictors of prolonged hospital stay for the treatment of severe BPSD: a hospital-based cohort in multiple hospitals. (in submission).
- 4) 武田雅俊監修, 数井裕光, 杉山博通, 他著: 認知症 知って安心 症状別対応ガイド. メディカルレビュー社, 大阪, 2012.



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 —

数井 裕光* 杉山 博通* 武田 雅俊*

抄録：認知症地域連携パスは認知症患者の在宅生活を支援するために有用であるが、通常のパス表だけでは不十分で、これを補完するツールが必要である。その中で手帳型パスとも呼ばれる、患者の症状や診療内容、介護に関する情報を共有するためのツールが注目されている。われわれも患者の情報を共有するためのツールとして「つながりノート・みまもりノート」を作成した。またこのノートを円滑に使用するために「疾患別・重症度別ガイドブック」を作成し、「連絡会」を開催した。そしてこの3つの仕組みを用いた認知症地域連携システムを構築し、このシステムの有用性を前向き研究で検証した。その結果、このシステムには、家族介護者の認知症、およびその介護法に関する知識を向上させ、患者の介護状況や症状に対するかかりつけ医の理解を深め、家族介護者の介護負担感を軽減させる効果があることが明らかになった。また患者のBPSDの一部が改善する可能性も示唆された。またBPSD対応法の獲得、医療とケアの連携などに対する効果を「つながりノート・みまもりノート」、「疾患別・重症度別ガイドブック」、「連絡会」別に家族介護者にアンケート調査したところ「つながりノート・みまもりノート」の効果が最も高かった。一方、ノートに記述すること、持ち運ぶことに対する負担感は比較的少なかった。以上より、「つながりノート・みまもりノート」を用いた認知症地域連携システムは有用であると考えられた。

はじめに

一般市民に対する認知症の啓発が進み、早期診断と早期からの治療的介入がなされるようになってきた。これにより認知症であっても、よ

い状態を長く維持できるようになり、認知症患者が長期的に在宅生活を送ることも稀ではなくなってきた。今後、さらに脱施設介護の流れは進むと考えられるので、認知症患者の在宅療養生活を支援するシステムの構築が重要である。

Clinical pathways for patients with dementia and regional cooperative system for dementia patients with collaboration notebooks -Effectiveness of "Tsunagari (linkage) notebook" and "Mimamori (watch over) notebook"-

* KAZUI Hiroaki, SUGIYAMA Hiromichi and TAKEDA Masatoshi

大阪大学大学院医学系研究科精神医学 [〒 565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-2]

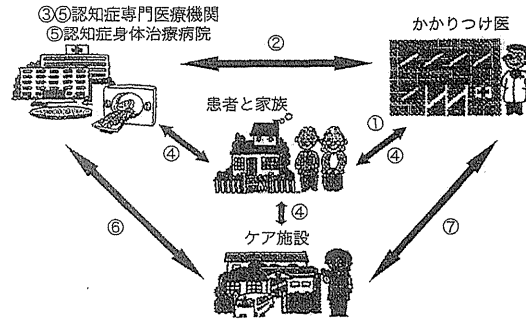


図1 一般的な認知症患者の診療の流れ

- 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おくことが推奨される。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認知症の精査が必要と考えたときには、かかりつけ医が認知症専門医を紹介する。
- ③認知症専門医療機関では精査、診断、治療法の検討、治療の開始などを行う。また患者と家族に今後の望まれる生活や対応法を指導する。そしてこれらの診療結果をかかりつけ医に報告する。
- 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、ケア施設で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、認知症専門医療機関にも3、4カ月に1回通うという、2人主治医性をとる地域もある。
- ⑤認知症患者の在宅療養生活中にはBPSDが悪化したり、身体疾患に罹患して一時的に専門病院で治療を受けることがある。しかしこの入院治療は最短にして、また在宅療養生活に戻ることを目指す。
- (⑥、⑦)の連携はこれからの課題であり、今後はこの連携を推進していく必要がある

本稿では、このようなシステム作りにおけるクリニカルパスの有用性について筆者らの考えを述べる。また筆者らが行っている情報共有ノートを用いた認知症地域連携を紹介する。

1. 認知症患者の基本的な診療の流れ

認知症の診療において最も重要なことは、認知症患者の診療は原因疾患の診断から始まるということである。認知症の原因となる疾患には、アルツハイマー病(Alzheimer's disease; AD)、血管性認知症(Vascular dementia; VaD)、レビー小体型認知症(Dementia with Lewy bodies; DLB)、前頭側頭型認知症(Frontotemporal dementia; FTD)、特発性正常圧水頭症(idiopathic normal pressure hydrocephalus; iNPH)などがある。疾患が同じであれば障害される脳部位が共通しているため出現する症状も類似してい

る。そして治療法や対応法も共通している。一方、疾患が異なれば障害される脳部位が異なり、このため出現する症状が異なる。そして治療法や対応法も異なる。

一般的な認知症患者の診療、療養生活の流れを図1に示すが、この流れは大きく3つに分類される。それは「認知症の気づき～診断」、「日常在宅診療およびケア」、「非日常診療」である。「認知症の気づき～診断」は、家族など周囲の人やかかりつけ医に認知症が疑われた患者が専門医療機関を受診し、そこで認知症の原因疾患や重症度の診断を受け、治療方針を決定される過程である。「日常在宅診療およびケア」は、その後の、かかりつけ医を通院しながら、介護支援を受けて在宅生活を送る過程である。「非日常診療」は在宅療養生活を受けている中で生じ

る精神行動障害(Behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD)の悪化や身体疾患の罹患の際の一時的な専門病院での診療である。認知症患者の療養生活の中では、「日常在宅診療およびケア」が最も長く、この期間を穏やかに過ごすことが重要である。

2. 認知症診療におけるクリニカルパス

クリニカルパスとは、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、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次元的に配置したパス表であらわされることが多い。認知症診療においてもクリニカルパスは有用である。認知症の診療の手順や流れはまだ一般的にはよく知られていない。したがって、パスは非専門家、非医療従事者に認知症患者の診療やケアの手順を視覚化してわかりやすく提示する効果がある。また認知症患者にはかかりつけ医、ケアマネジャー、ケア職員、家族介護者、専門医、行政職員など多くの人が関わる。この多職種の人たちの役割分担・連携を明確化できる。さらにパスを一般に広く公開することによって、医療の標準化、透明化にも役立ち、一般市民への早期受診の啓蒙につながる。

認知症患者の診療とケアのためのクリニカルパスの作成は、前述した3つの過程に分けて行い、その後それらを連結するという手順が適当だと考えたため、われわれのパス表⁸⁾もそのようになっている。「認知症の気づき～診断」、「非日常診療」は、ともに診療施設内の診療行為が中心で、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。われわれは以前、認知症の診断、治療方針の決定、介護者教育のためのクリニカルパスを作成した²⁾。これは「認知症の気づき～診断」のパスに当たるが、このパスを用いることによって、患者家族が診療の流れを理解しやすくなる、退院準備を早くからできるようになるなどの効果とともに、在院日数が短縮され、医療費が削減

される効果があることを報告した⁹⁾。また「非日常診療」のパスもすでに作成され使用されている²⁾。これに対して、もっとも重要な「日常在宅診療およびケア」の過程は、いわゆるパス表だけでは不十分である。それは、①この過程が病院内の診療行為ではなく地域での診療、ケアが中心となるため、非専門の人も含んだ多くの人がかかわること、②特別な検査や治療手順が少なく、平穩に過ごすことが目標となること、③使用期間が非常に長いことなどの理由のためである。そこでわれわれは、この過程のパス表は大枠を示すにとどめ、実際の運用は手帳型パスで行う方がよいと考えている。筆者らが知りうる限りでは、熊本県八代市の「物忘れ手帳」、日本精神科病院協会が作成した「オレンジ手帳」、長野県東信地区の「あったか手帳」が現在、作成、使用されている。われわれも「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」と改称、本稿では混乱をさけるため「つながりノート・みまもりノート」で統一する)」を作成し、これを中核とした認知症地域連携システムを構築しその有用性を検討した。

3. つながりノート・みまもりノートを中核とした地域連携システム

「つながりノート・みまもりノート」は、認知症の診断を受けたときにその医療機関で作成され、天寿を全うするまで使用することを想定している。患者が医療機関で医療を受ける時や、介護施設でケアを受ける時には、家族介護者(家族介護者がいない場合は介護担当者)が必ずこれを携帯する。そして患者に関わる医療者、ケアマネジャー、ケア職員、家族介護者が患者の症状やこれに対して行った治療やケアの内容などを記入し合い、情報を共有する。また患者の診断、病歴、利用しているケアサービスや医療機関、かかりつけ医や介護の担当者の氏名などの患者にとって大切な情報もまとめられている(診断などの重要な情報のページは日々の情報を記入しあうページと切り離して普段は自宅に置いておくこともできる)。

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

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

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

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

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

われわれが考案した「つながりノート・みま

表1 認知症に関する理解度チェックシート

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

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

対象：

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

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

方法：

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

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

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

結果:

(1)連絡会

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

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

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

表2 患者の介護状況、臨床症状チェックシート

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

その都度協力の依頼をすることとした。

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

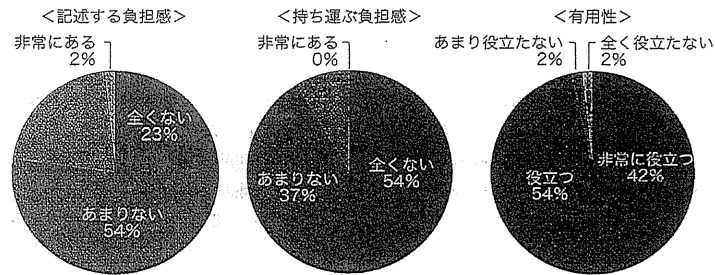
解決できなかった問題が連絡会で報告され、その場で、色々な専門の立場からの解決法が提案されたこともあった。さらには認知症患者が身体疾患になったときに治療してくれる病院が少ないなどの地域の問題に対して、現在どのような対策が取り得るかを皆で議論するようになってきた。

ミニレクチャーのテーマは、参加者の希望

表3・連携システム導入前後の検査値の比較

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

(a) 家族介護者



(b) かかりつけ医

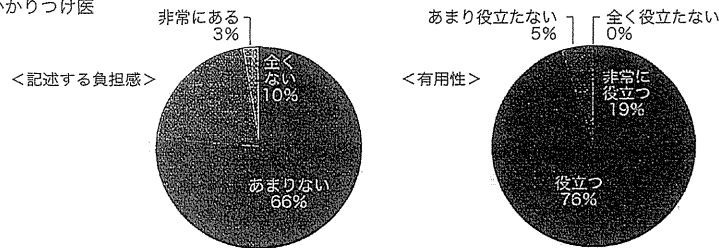


図2 ノート使用に対する負担感と有用性に関するアンケート調査結果

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

(2)検査結果

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

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

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

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

(3)アンケート結果

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

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

有用性については多くの家族介護者、かかりつけ医が実感した。

(4)本連携システム導入の効果のまとめ

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

●おわりに

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

* * *

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

文献

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

IV 自殺未遂者対策：これまでの成果と今後の展開

日本臨床救急医学会／日本救急医学会

Japan Society for Emergency Medicine / Japanese Association for Acute Medicine

三宅 康史*
Yasufumi Miyake

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

はじめに

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

学会によるこれまでの自殺対策

1. 「自殺企図者のケアに関する検討委員会」の設立

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

2. 救急医療における現状把握と必要なリソース

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

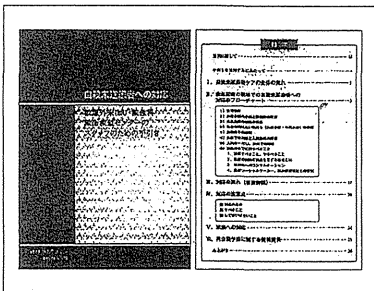


図1 「自殺未遂患者への対応：救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」

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

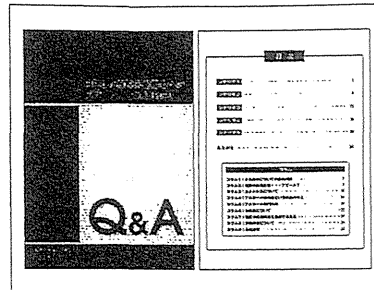


図2 「来院した自殺未遂患者へのケアQ&A - 実践編 2011」

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

3. 厚生労働省他の関係機関との協力

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

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

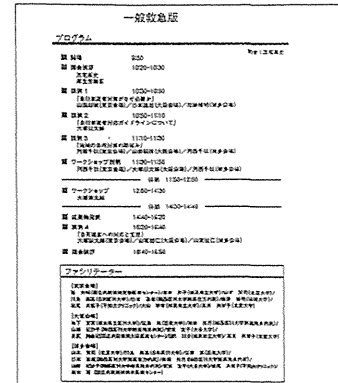


図3 自殺未遂者ケア研修のプログラム (2012年版)

自殺総合対策大綱改定に関する要望

日本臨床救急医学会 代表理事 有賀 徹
日本救急医学会 代表理事 坂田 周一朗

自殺企図者の複雑な社会的背景、合併する精神疾患と多様な身体的ダメージの対応には、継続かつ幅広い医療連携を要する。このため、大多数の一次、二次救急医療現場では、十分なケアが不可避であるとして受け入れ対応をせざるを得ない状況が続いている。

この結果、日本臨床救急医学会、日本救急医学会は協力しつつ、救命救急センターを主な受け皿として、救急外来に搬送される自殺企図者に対して身体的ダメージを受けた方々の初療に24時間体制で当たっている。その数は増え続け、救急部門の医師不足、二次救急医療機関の減少により身体科救急受け入れの増加も増え、スタッフへの負担は増加するに及びである。

また、このような現状がある中で、数十年にわたり、自殺企図者への対策が国レベルで医療を担っているもの関わらず、大きな改善を見えていないのは、その指摘、学識に具体的な資料があるとしか考えられない。この際、今年で自殺対策10年が過ぎてきた中で、改めて見直し、一歩を踏み出す必要がある。それらを含め、引用される多くの科学的証拠/知見のものを、それを踏まえていく本邦の自殺対策は本邦に引き上げられているのか、なぜ効果的な自殺対策ができていないのか、などをこれから始めるべきではないだろうか。

以上を踏まえ、両学会が今回の改定において要望する内容は、下記のとおりである。

記

- ①自殺企図者に対する標準的な初療を担う場合の救急医の役割、医療指定のない医療機関であっても自殺企図の初期対応と精神科への紹介状があれば可とするなどによって、安定しやすくなるなどの配慮をお願いしたい。
- ②一次、二次救急医療現場でも、同等の初療ができれば救急医療を担うこと
- ③救命救急センターを一定数受け入れている社会科、救命救急センターにおける精神科または精神科医、臨床心理士の配置への予算割当
- ④救急部門で勤務する医師スタッフへの自殺未遂者ケア研修の充実と、出席によるインセンティブの付与
- ⑤精神科医療に対する自殺企図者への標準的な対応法と、再発防止のための専門的な施設の実施、その継続及び評価
- ⑥精神科専門医となる条件として救命救急センターで一定期間研修を義務付け、自殺企図者の初療の実績を条件として評価すること
- ⑦精神科医、臨床心理士への自殺未遂者ケア研修の設立とその医師の専任化、実施内容の充実

以上

図4 自殺総合対策大綱改定に関する要望

* 昭和大学医学部救急医学／同大学病院救命救急センター長

表1 関連学会および研修会での発表実績

三宅康史「自殺企図者のケアに関する検討委員会」の取組。第13回日本臨床救急医学学会学術集会「委員会企画「自殺未遂者への対応」救急医療スタッフのためのワークショップ」(2010年6月東京)

三宅康史「救急医療の現場における人材育成」救急医療スタッフへの対応。第13回日本臨床救急医学学会学術集会「委員会企画「自殺未遂者への対応」救急医療スタッフのためのワークショップ」(2010年6月東京)

三宅康史「日本臨床救急医学学会の自殺未遂者への対応」シンポジウム「自殺未遂者への対応」(2010年9月東京)

三宅康史「日本臨床救急医学学会」自殺企図者のケアに関する検討委員会の取組。シンポジウム「自殺防止」救急医療におけるチーム医療。第23回日本総合病院精神医学会学術集会(2010年11月東京)

三宅康史「救命救急センターにおける精神科関連ケースへの対応」平成23年度第1回日本精神科救急学会教育研修会(2011年6月東京)

三宅康史「有賀徹、大塚耕太郎、他」救急医療における精神科的評価PEECコースについて。ワークショップ「救急関連training course」の現状と展望。第14回日本臨床救急医学学会学術集会(2011年6月札幌)

三宅康史「有賀徹、松月あさひ、他」自殺総合対策大綱改定に向けて。日本臨床救急医学学会の提言。第15回日本臨床救急医学学会学術集会(2012年6月熊本)

またこの要望実現に関して、委員会として内閣府へ直接的な働きかけを行った。

4. 自殺予防に関する関係学会、関係機関との協働

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

5. 『PEECガイドブック』⁹⁾の発行

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

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

今後の活動計画

1. リソースの有効利用

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

2. 提言した「自殺総合対策大綱」の実施のために

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

表2 『PEECガイドブック』⁹⁾の目次に掲載されている項目

第一章 自殺企図者の初療

1. 自殺企図者の初療の重要性とその意義

2. 自殺企図者の初療の目的と役割

3. 自殺企図者の初療の現場

4. 自殺企図者の初療のチーム

5. 自殺企図者の初療の記録

6. 自殺企図者の初療の評価

7. 自殺企図者の初療の課題

8. 自殺企図者の初療の展望

9. 自殺企図者の初療の参考文献

10. 自殺企図者の初療の謝辞

第二章 自殺企図者の初療の現場

1. 自殺企図者の初療の現場の概要

2. 自殺企図者の初療の現場の役割

3. 自殺企図者の初療の現場の課題

4. 自殺企図者の初療の現場の展望

5. 自殺企図者の初療の現場の参考文献

6. 自殺企図者の初療の現場の謝辞

第三章 自殺企図者の初療のチーム

1. 自殺企図者の初療のチームの概要

2. 自殺企図者の初療のチームの役割

3. 自殺企図者の初療のチームの課題

4. 自殺企図者の初療のチームの展望

5. 自殺企図者の初療のチームの参考文献

6. 自殺企図者の初療のチームの謝辞

第四章 自殺企図者の初療の記録

1. 自殺企図者の初療の記録の概要

2. 自殺企図者の初療の記録の役割

3. 自殺企図者の初療の記録の課題

4. 自殺企図者の初療の記録の展望

5. 自殺企図者の初療の記録の参考文献

6. 自殺企図者の初療の記録の謝辞

第五章 自殺企図者の初療の評価

1. 自殺企図者の初療の評価の概要

2. 自殺企図者の初療の評価の役割

3. 自殺企図者の初療の評価の課題

4. 自殺企図者の初療の評価の展望

5. 自殺企図者の初療の評価の参考文献

6. 自殺企図者の初療の評価の謝辞

第六章 自殺企図者の初療の課題

1. 自殺企図者の初療の課題の概要

2. 自殺企図者の初療の課題の役割

3. 自殺企図者の初療の課題の課題

4. 自殺企図者の初療の課題の展望

5. 自殺企図者の初療の課題の参考文献

6. 自殺企図者の初療の課題の謝辞

第七章 自殺企図者の初療の展望

1. 自殺企図者の初療の展望の概要

2. 自殺企図者の初療の展望の役割

3. 自殺企図者の初療の展望の課題

4. 自殺企図者の初療の展望の展望

5. 自殺企図者の初療の展望の参考文献

6. 自殺企図者の初療の展望の謝辞

第八章 自殺企図者の初療の参考文献

1. 自殺企図者の初療の参考文献の概要

2. 自殺企図者の初療の参考文献の役割

3. 自殺企図者の初療の参考文献の課題

4. 自殺企図者の初療の参考文献の展望

5. 自殺企図者の初療の参考文献の参考文献

6. 自殺企図者の初療の参考文献の謝辞

第九章 自殺企図者の初療の謝辞

1. 自殺企図者の初療の謝辞の概要

2. 自殺企図者の初療の謝辞の役割

3. 自殺企図者の初療の謝辞の課題

4. 自殺企図者の初療の謝辞の展望

5. 自殺企図者の初療の謝辞の参考文献

6. 自殺企図者の初療の謝辞の謝辞

第十章 自殺企図者の初療の謝辞

1. 自殺企図者の初療の謝辞の概要

2. 自殺企図者の初療の謝辞の役割

3. 自殺企図者の初療の謝辞の課題

4. 自殺企図者の初療の謝辞の展望

5. 自殺企図者の初療の謝辞の参考文献

6. 自殺企図者の初療の謝辞の謝辞

IV章：精神科救急医療、自殺関連問題に関する話題

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

おわりに

今秋の自殺予防週間に開催される日本心理臨床学会の第31回秋季大会⁹⁾における、「職能委員会企画シンポジウム：自殺予防に対する学会同士の連携に向けて」への参加要請が、本年5月に日本臨床救急医学学会事務局へ届いた。

今後も他職種との顔の見える関係を構築し、協働することで、自殺対策がさらに進歩し、「チーム医療」¹⁰⁾のなかで自殺対策が包括的に実施されていくことにより、自殺未遂者ケアがわれわれ身体科救急医療スタッフにとって敷居の低いものになることを願うものである。

【文 献】

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

