

引用文献

- Reitz C, Brayne C, Mayeux R. Epidemiology of Alzheimer disease. *Nat Rev Neurology* 7: 137-152, 2011.
- Kaneko R, Ishikawa A, Ishii F, Sasai T, Iwasawa M, Mita F, et al. Population projections for Japan: 2006–2055 outline of results, methods, and assumptions. *The Japanese Journal of Population* 2008;6(1):76–114. Available at http://www.ipss.go.jp/webj-ad/webjournal.files/population/2008_4/05population.pdf. Accessed on September 9, 2014.
- Asada. Prevalence of people with dementia in city area and care for impairment in daily living. Final report of Health and Labor Sciences Research Grant. Available at http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf. Accessed on September 30, 2014.
- Cheng G, Huang C, Deng H, et al. Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Intern Med J* 42: 484-491, 2012.
- Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 8: 1006-1018, 2009.
- Santangeli P, Di Biase L, Bai R, et al. Atrial fibrillation and the risk of incident dementia: a meta-analysis. *Heart Rhythm* 9: 1761-1768, 2012.
- Coleman EA, Smith JD, Frank JC, et al. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the Care Transitions Intervention. *J Am Geriatr Soc* 52: 1817-1825, 2004.
- Elliott J, Forbes D, Chesworth BM, et al. Information sharing with rural family caregivers during care transitions of hip fracture patients. *Int J Integr Care* 14: e018, 2014.
- Ko H, Turner T, Jones C, et al. Patient-held medical records for patients with chronic disease: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 19: 1-7, 2010.
- Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Does the patient-held record improve continuity and related outcomes in cancer care: a systematic review. *Health Expect* 10: 75-91, 2007.
- Ito H, Frank RG, Nakatani Y, Fukuda Y. Regional healthcare strategic plan: growing impact of mental disorder in Japan. *Psychiatric Services* 64: 617-619, 2013.
- Farrelly S, Brown GE, Flach C, Barley E, Laugharne R, Henderson C. User-held personalised information for routine care of people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD001711. DOI: 10.1002/14651858. CD001711.pub2.
- Brunero S, Lamont S, Myrtle L, et al. The Blue Card: a hand-held health record card for mental health consumers with comorbid physical health risk. *Australasian Psychiatry* 16: 238-243, 2008.
- Lester H, Allan T, Wilson S, et al. A cluster randomized controlled trial of patient-held medical records for people with schizophrenia receiving shared care. *Br J Gen Pract* 53: 197-203, 2003.
- Stafford A, Hannigan B. Client-held records in community health. *Nursing Times* 93: 50-51, 1997.
- Warner JP, King M, Blizard R, et al. Patient-held shared care records for individuals with mental illness. *Br J Psychiatry* 177: 319-324, 2000.
- Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, et al. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 17: 141-146, 2005.
- Peisah C, Sorinmad OA, Mitchell L, et al. Decisional capacity: toward an inclusionary approach. *International Psychogeriatrics* 25: 1571-1579, 2013.
- Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2009.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of Psychiatric Research* 12 (3): 189-98
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9: 179-186, 1969.
- Cummings, J., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of

psychopathology in dementia. Neurology, 44, 2308-2314.

東京都福祉保健局. 東京都認知症対策推進会議認知症ケアパス部会報告書(2012年3月). <http://www.metro.tokyo.jp/INET/KONDAN/2012/03/40m3m100.htm>

三重大学医学部附属病院認知症センター(基幹型認知症疾患医療センター). 脳の健康:みえる手帳 ver. 2014. <http://www.m->

dementianw.com/

Nakamura Y. Maternal and Child Health Handbook in Japan. JMAJ 53: 259-265, 2010.

Available at https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2010_04/259_265.pdf. Accessed on September 30, 2014.

表1. 手帳の内容

		1	2	3	4	5	6	7	8
都道府県		岐阜	長野	熊本	兵庫	新潟	神奈川	北海道	徳島
第1版開発年		2011	2012	2012	2013	2013	2013	2013	2014
スタイル	サイズ	A5							
	バインダー			X	X	X	X		
患者プロフィール		X	X	X	X	X		X	X
希望・選好			X		X	XX	X	X	X
計画(受診日など)			X	XX	XX	XX	XX		
社会資源		X	X	X	X	X	X	X	X
診断・治療(認知症)		X	X	X	X	X	X	X	X
診断・治療(他疾患)		X		XX	X	X	X	X	X
モニタリング		XX	X	XX	X	X	XX	X	
複数施設での共有			X	XX	XX	XX	X	X	
紹介				XX				XX	XX
情報通信技術		XX		X					

平成26年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
研究分担報告（3）

精神科診療所から見た医療計画と周辺領域との連携の実態と課題

研究分担者 平川 博之（ひらかわクリニック）
研究協力者 稲垣 中（青山学院大学国際政治経済学部）
大塚 寛之（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）
西村 由紀（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）
羽藤 邦利（代々木の森診療所）
三木 和平（三木メンタルクリニック）
渡辺 洋一郎（渡辺クリニック）

研究要旨

本研究では、一般科医と精神科の連携強化のために何が有効であるかを明らかにするために以下の3つの調査を行い、一般科と精神科の連携をすすめるために、精神科診療所が地域においてどのような役割を取れるかを明らかにしようとした。

ひとつめは、東京都が東京都医師会に委託して行っている一般科医向けの普及啓発研修に参加した一般科医へのアンケート調査である。どのような研修内容が精神科医療の理解を深めるために効果的か明らかにしようとした。二つめは、東京都内の救急告知医療機関に自傷・自殺企図で救急搬送された患者に関するアンケート調査である。救急病院における自殺企図患者の実態把握、再企図防止のための対応の状況、精神科連携や地域支援機関との連携の課題を明らかにしようとした。三つめは、東京都における自殺防止を目的とした一般科と精神科の連携システム「東京都こころといのちのサポートネット」の相談ケースを分析し、「連携システム」の有効性と課題を明らかにしようとした。

これら3つの調査から、精神科診療所が「精神科と一般科の連携」「自殺企図患者支援の地域連携」において次のような役割を果たせる可能性が示唆された。

- ① 一般科医向けの精神科医療啓発研修で、開催地域の精神科診療所医師が講師に加わることが、精神科医療や精神障がい者への理解を高める可能性がある。
- ② 救急搬送される自傷・自殺企図患者の多くは、精神科通院中である。さらに、その多くは精神科診療所に通院している。一方、救急医療機関では、救急処置後帰宅させるにあたって精神面に関しては十分な連携支援が行われていない。精神症状等について院内のアセスメントや対応に苦慮されることも少なくない。地域で活動している精神科診療所の医師やスタッフが、救急医療機関での対応への助言や連携支援のためのケースワークを担うことが望まれる。
- ③ 「東京都こころといのちのサポートネット」事業は相談のニーズが多く、相談対応には、精神科医をはじめとするスーパーバイザーのコンサルテーションが必要であった。オンコールやメールやFAXを利用して、精神科診療所の医師がサポートネットのような連携システムにスーパーバイザーとしての役に立てる可能性がある。

精神科診療所が地域連携において大きな役割を担える可能性がある。しかし、その多くが日常診療に追われる中で、期待される役割を果たすには診療所のスタッフの充実などが望まれる。

A. 研究目的

地域の精神科医療の大きな課題である「自殺対策」「精神疾患の早期対応」「精神身体合併症対応」などは、精神科と一般科の連携、医療と保健や福祉分野との連携が欠かせないことが、これまでの先行研究や先行的な試みから分かっている。

平成 24 年度東京都自殺対策緊急強化事業の一環として行われた「一般診療科医と精神科医との連携に関する意識調査」¹⁾において、精神科と一般科の連携の妨げになっている大きな問題の一つは、一般科医の精神科医療への理解不足や偏見があることがわかっている。

平成 25 年度の本分担研究「精神科診療所から見た医療計画と周辺領域との連携の実態と課題」において、医療連携や地域連携を推進するために最も必要と考えられていることは「連携のためのシステム」であることがわかった²⁾。

平成 17 年からの「自殺対策のための戦略研究」として「自殺のハイリスク者である自殺未遂者への介入研究(「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試験」;略称 ACTION-J)」で、救急医療機関に搬送された自殺未遂者について介入群と対照群とでケースマネジメントの効果を比較検証したところ、介入群(頻回のケース・マネジメント)、対照群(通常治療に心理教育等を行う強化された通常介入)で、自殺再企図を長期間抑止することはできなかったものの、6 カ月においては有意な自殺再企図減少効果が認められている³⁾。

さらに、連携を推進するための新しい取り組みが各地で行われている。

堺市の「いのちの応援係」では平成 21 年 4 月から市内の警察署で取り扱われた自殺未遂者について、同意が得られた場合に対象者が各種相談機関に確実に繋がるようケースマネジメントが行われている⁴⁾。

東京都荒川区では、平成 22 年～平成 24 年 3 月において、自殺未遂者の調査研究の一環と

して個別支援を実施した。自殺未遂者に対し保健師等のスタッフが生活歴などの情報を聞き取り、支援につなげる一方で、その情報をもとに自殺未遂者の傾向や支援方法を分析・考察している⁵⁾。その調査研究の中では、救急医療における身体科医療機関と精神科救急との連携や、自殺未遂者が複数の要因を抱えていることが多いことから相談機関が連携して複数の要因に対応する支援体制の強化等について示唆されていた。

大阪府では平成 23 年に救急医療機関での自殺企図者の調査を行った、大阪府内の救命救急センターにソーシャルワーカー等の調査担当者を配置することで調査を行い、搬送された自殺未遂者の 70%が自宅へ退院という転帰となっており、退院後に地域で支援できる体制が重要であると報告している⁶⁾。

東京都世田谷区では、区で選定した一か所の三次救急医療機関と世田谷保健所健康推進課が連携を行うモデル事業を平成 25 年 12 月より実施している⁷⁾。病院の精神保健福祉士が患者との面接により支援の必要性を判断し、患者本人の同意を得て病院から世田谷保健所健康推進課へ患者情報について専用の連絡票を用いて情報提供する。その情報から、世田谷保健所健康推進課は保健師とともに個別支援を実施し、関係機関等との情報共有や課題検討を行う連絡会を設けることを行っている。

こうした先行研究と先行的な取り組みを踏まえながら、東京都においては、平成 26 年 7 月より東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業「東京都こころといのちのサポートネット」が開始された。救急医療機関等に搬送又は自ら受診した自殺未遂者・希死念慮のある方について、自殺再企図防止のための支援に必要な連携を促す仕組みである。

本研究では、一般科医と精神科の連携強化のために何が有効であるかを明らかにするために、3つの調査を行った。

1つは、東京都が東京都医師会に委託して行っている一般科医向けの普及啓発研修に、参加

した一般科医へアンケート調査を行った。一般科医と精神科医との連携の意識調査を行うとともに、どのような研修内容が精神科への理解を深めるために効果的か明らかにしようとした。

2つめは、東京都内の救急告知医療機関に自傷・自殺企図で救急搬送された患者についてのアンケート調査を行った。自殺企図患者の実態把握とともに、救急病院における再企図防止のための対応がどのようになされているか、再企図防止に役立つ精神科との連携や地域支援機関との連携の課題を明らかにしようとした。

3つめは、東京都における自殺防止を目的とした一般科と精神科の連携システム「東京都こころといのちのサポートネット」の相談ケースについて分析である。「連携システム」の有効性と課題を明らかにしようとした。

これらの調査から、一般科と精神科の連携をすすめるために、精神科診療所が地域においてどのような役割を取れるかを明らかにしようとした。

B. 研究方法

1) 一般科医向けの研修会における質問紙調査

東京都は、自殺対策緊急強化事業の一環として東京都医師会に委託し、東京都内の地区医師会が「うつ診療充実強化研修」および「精神疾患早期発見・早期対応推進研修会」を開催することを推進している。これらの研修会に参加した一般科医向けに、平成25年度より質問紙調査を実施した。

東京都医師会を通じて各地区医師会に協力を得、研修終了後に質問紙(資料1)を記入してもらった。調査項目のうち1ページ目は「うつ診療充実強化研修」だけで回答を求めたので、診療科目等の属性、うつ診療を行っているか、連携に必要と思われるものである。両方の研修会で調査した項目は2ページ目で、精神科連携の妨げとなっている6つの項目についての意識と、研修を受けた後の変化である。講義別の役立ち度についても質問項目を設けたが、平成26年2月までの研修については、どの講義へ

の回答であるかが不明の物が多かったため、分析からは外した。

研修会を開催した地区医師会からは、調査票の回収とともに、研修会のテーマや講師、実施方法、参加人数などの報告を受けた。

平成25年12月～平成27年2月の間に各地区医師会で開催された「うつ診療充実研修会」26回と「精神疾患早期発見・早期対応推進研修会」20回、合計46回の研修会を対象とした。そのうち「うつ診療充実研修会」24回と「精神疾患早期発見・早期対応推進研修会」10回、合計34回の研修会でアンケートを回収できた。いずれも主には一般科医を対象とした研修であるが、精神科医が受講している場合もあった。分析からは精神科医の回答は除外した。

2) 救急医療機関における自傷・自殺企図患者への対応についての質問紙調査

東京都指定2次救急医療機関(232か所)および3次救急医療機関(26か所)合せて258か所を対象として、自傷または自殺企図で救急搬送された患者への対応について、2種類の質問紙調査を行った。質問紙は平成26年9月末に、郵送にて調査対象機関宛に送付し、同封した返信用封筒にて返送を依頼した。

1つの質問紙は施設調査である。対象救急医療機関が平成26年4月から6月の3か月間で何件の救急搬送を受け入れ、そのうち自傷・自殺企図による搬送例が何件であったか、また自傷・自殺企図によって搬送された患者に対してどのように対応をしているかを質問する項目で構成されている。

もう一つの質問紙はケース調査である。平成26年10月中に対象救急医療機関に搬送された自傷・自殺企図を行った患者一人一人について、自傷・自殺企図の内容や重症度、そのような行為に至った理由、対象者の精神科受診歴、どのような転帰を迎えたかといった質問で構成されている。それぞれの質問紙調査票は報告書の巻末に資料として掲載してある(資料2～4)。

(倫理面への配慮)

救急医療機関における自傷・自殺企図患者への対応についての質問紙調査の実施に際しての倫理的配慮として、情報の取り扱い方を規定すること、結果の示し方については患者個人および調査に協力した個別の病院が特定される可能性のある情報は除外することについて留意した。調査を行っていることを院内で周知してもらうための掲示物（資料 5）も同封した。

実施方法に倫理的な問題がないかを、2014年9月11日、特定非営利活動法人メンタルケア協議会の設置する倫理審査委員会に諮り、承認を得た。

3) 東京都こころといのちのサポートネットの実績分析

東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業「東京都こころといのちのサポートネット」は、東京都の自殺対策事業の一環として平成26年7月10日から運用が開始された（資料6）。主には一般科医療機関等から、自殺未遂者などの自殺リスクの高い患者の対応について相談を受け付けている。窓口は、年中無休で9～17時まで開設されている。

窓口では、まずは相談者である医療機関スタッフへの助言や精神科医療機関等の紹介、さらに、本人や家族の了解が得られれば、医療機関

や関係機関へのつなぎや、本人や家族への直接支援、関係機関へ出向く同行支援などを行う。

平成26年7月10日から平成27年2月23日までの間に「東京都こころといのちのサポートネット」が受け付けた相談ケースについて、対象者の概要や依頼の内容、行った支援や顛末についての統計処理した結果を分析した。個人を特定できるような情報は扱わなかった。

C. 結果

1) 一般科医向けの研修会における質問紙調査
34回の研修会で、520枚の質問紙を回収した。その内、精神科医の回答19枚を除外し、501名の医師の回答を分析の対象とした。

回答医師の所属は診療所の医師が309名（82.4%）であり、回答医師の診療科については内科が最も多く、254名（65.3%）であった。

「日常の診療において、うつ病の治療を行っていますか」という質問の回答結果について、図1-1に示した。うつ病の治療について精神科に紹介をするという回答は60.80%であった。一方で、一般科医の24.00%、内科医の29.92%が自分で治療すると回答している。「その他」については、「ケースバイケースである」、「そのような患者が来ない」といった回答であった。

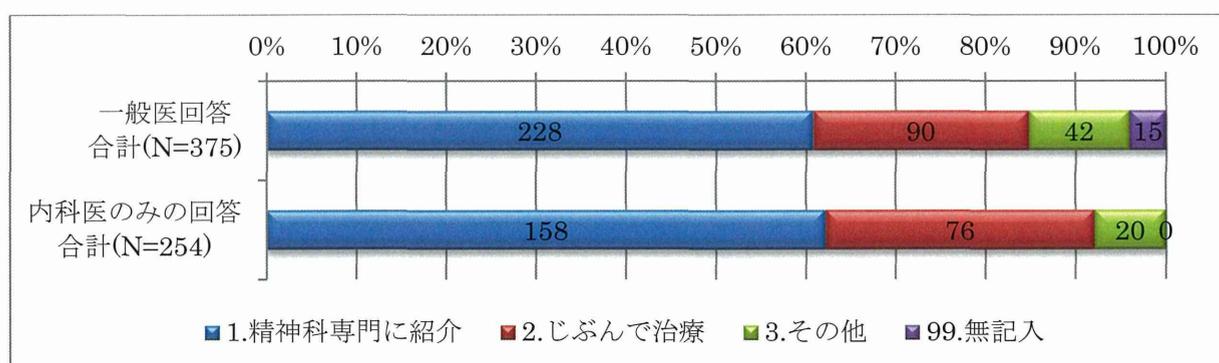


図 1-1 一般科医におけるうつ病の治療について

図 1-2 には「日常の診療において、抗うつ剤を処方していますか」という質問の回答結果を示した。抗うつ剤の処方をしているという回答は34.40%であり、あまり処方しないという回

答を含めると73.60%に及んだ。内科医のみに絞ると、抗うつ剤を処方しているという回答は44.27%であった。尚、「その他」という回答については「必要な場合は処方する」、「内服中の

ものは処方する」といった回答であった。

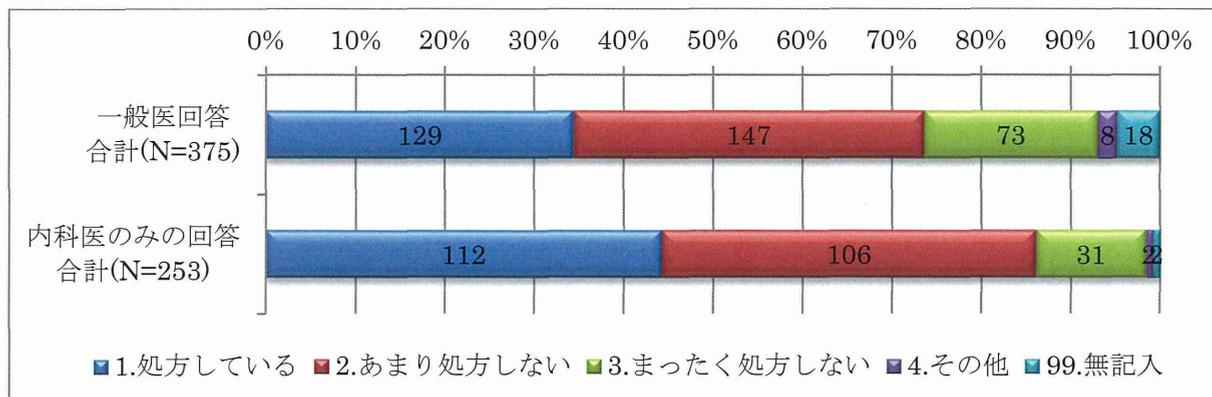


図 1-2 一般科医における抗うつ剤の処方について

図 1-3 には「うつ病の診療を地域で効果的に進めるためには、どのようなことが必要ですか」という質問の回答結果を示した(回答無記入はグラフから除外)。最大 3 つまでの複数回答可としたところ、351 人から 760 項目の

回答を得られた。その中で「専門医との連携システム」が必要という回答が最も多く、351 人中 303 人が必要な項目として選んだ。

その他には「循環型の連携」という回答が見られた。

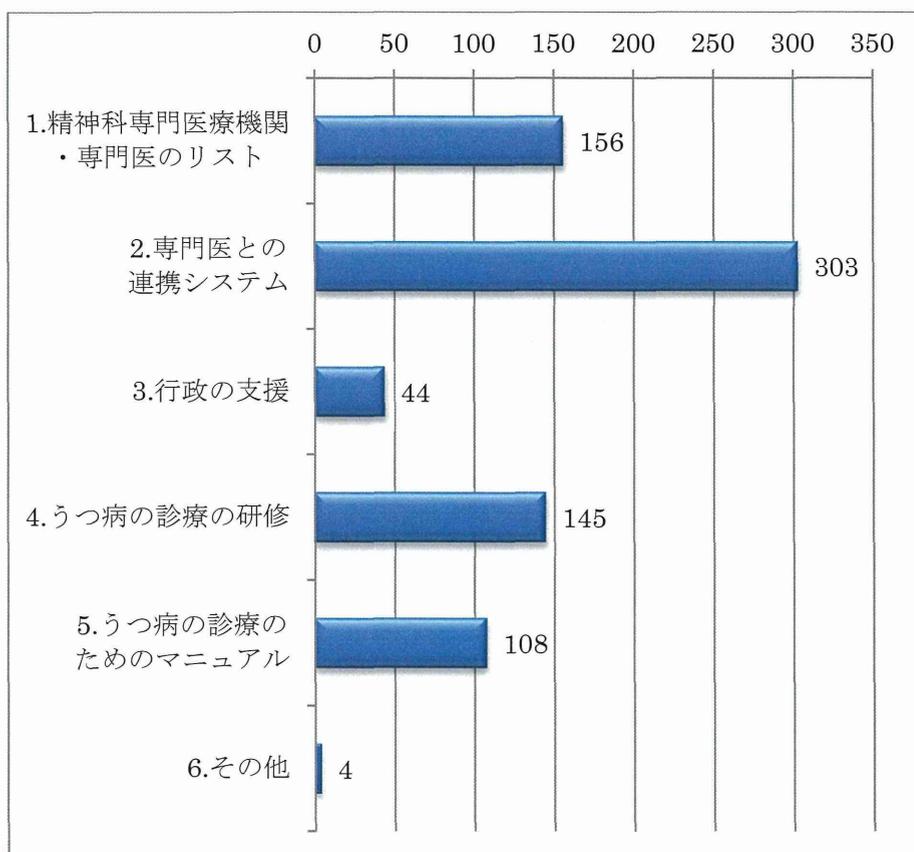


図 1-3 うつ病の診療を地域で効果的に進めるために必要な事(複数回答有 N=760)

平成 26 年 4 月以降に実施されたうつ診療充実強化研修について、各演題に対して日常の診療に役立つかどうかの評価を図 1-4 に示した。

演題によって、「とても役立つ」の割合が大きく異なることがわかる。

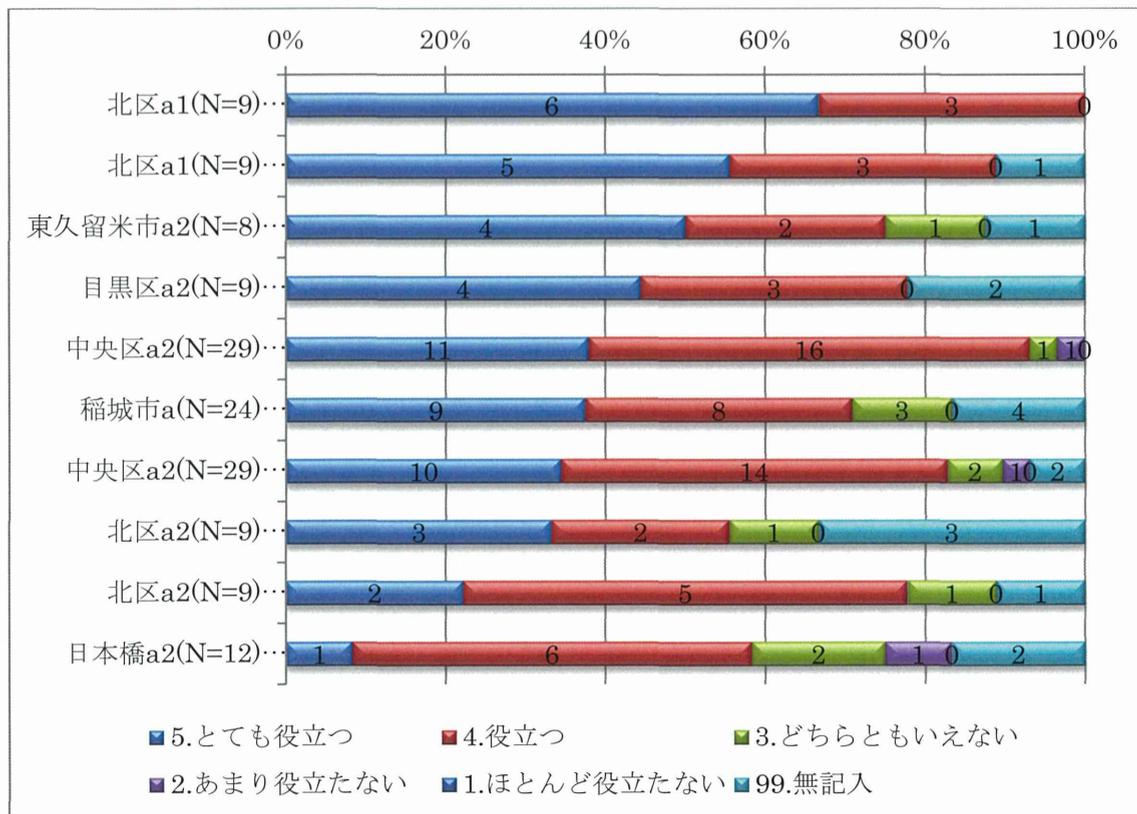


図 1-4 平成 26 年度に実施した研修における演題ごとの評価

研修を受ける前と受けた後で、精神科との連携についてのネガティブな考え方にどのような変化が見られるかを検討するため、6つの項目について研修の前後でそれぞれ回答を得た。質問項目は表 1-1 に示す。この質問項目は、平成 24 年度「一般診療科医と精神科医との連携に関する意識調査」で得られた連携の妨げになっていると思われる一般科医のネガティブな考え方をまとめたものである。回答は「大いにそう思う」から「まったくそう思わない」5件法で回答を求めた。

得られた回答については、ポジティブな回答を高得点となるように点数化をした。具体的には、研修前の質問では「大いにそう思う」を 1

点、「まったくそう思わない」を 5 点とし、研修後の質問では「まったくそう思わない」を 1 点、「大いにそう思う」を 5 点とした。この点数化による研修前と研修後の点数(平均値)の比較を図 1-5 に示した。

表 1-1 研修前と研修後における精神科との連携意識についての質問項目

質問1	(研修前)精神科にうつ等の精神疾患疑いの患者を紹介しても、すぐには引き受けてくれないことがあるので、紹介をためらうことがあった
	(研修後)本日の研修を受け、精神科医に積極的に紹介していこうと思った
質問2	(研修前)精神科では薬を処方されるだけで精神療法を行っていないと感じることが多いので、患者を紹介するのをためらうことがあった
	(研修後)本日の研修を受け、精神科医の診察は短時間でも精神療法の効果があるかも知れないと思った
質問3	(研修前)精神科では多剤大量処方されることがあり、処方通りに服薬させることに抵抗を感じるがあった
	(研修後)本日の研修を受け、精神科薬の処方は難しく、時に多剤投与が必要になる患者もいるかも知れないと思った
質問4	(研修前)精神科にうつ等の精神疾患疑いの患者を紹介しても、患者が受診を拒否することが多いので、できるだけ自院で診療した方が良いと思っていた
	(研修後)本日の研修を受け、精神科受診をためらう患者にも、根気よく受診を勧めていくことが必要だと思った
質問5	(研修前)自殺企図や自傷行為を行っているかもしれないと思っても、患者が希望しなければ精神科受診を積極的に勧めづらいついていた
	(研修後)本日の研修を受け、自殺企図や自傷行為を行っているかもしれないと思ったら、根気よく受診を勧めていくことが必要だと思った
質問6	(研修前)精神科に通院している患者は対応が難しいので、精神科医から紹介されることに抵抗を感じるがよくあった
	(研修後)本日の研修を受け、精神科の通院患者でも、精神科の主治医と連携を取りながら、他の患者と同じように責任持って治療していこうと思った

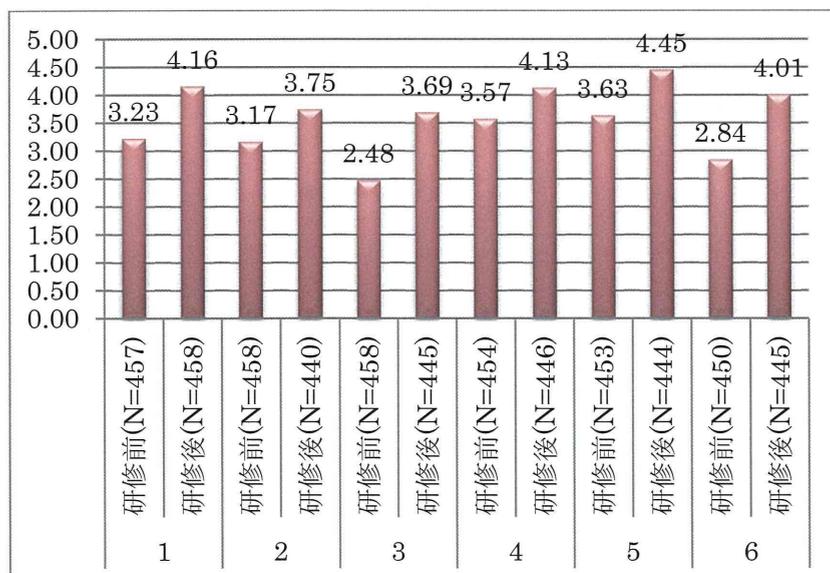


図 1-5 研修前後における意識の変化(平均値の比較)

図 1-5 に示した通り、研修前と研修後の点数を比較すると、いずれの質問項目でも研修後の方が点数の平均値が高くなっていた。また、研修前と研修後の各平均値について t 検定を行ったところ、すべての項目において有意な差が見られた。

研修会の講師や講演タイトル、開催方式、参加人数などを比較したところ、産業医のポイントが付与される会や、東京都医師会精神保健医療福祉委員会の委員が講師を務める会は、参加が多い傾向がみられた。

講師は、地域内の精神科診療所医師が最も多く、次いで産業医であった。症例検討を一般科医と精神科医の両方で行う例や、地域の自殺対策事業の説明、脱法ハーブなどの興味を持たれそうな話題を取り入れるなど、各研修会で工夫が見られた。

研修会ごとに研修前と研修後の点数を比較すると、ばらつきが大きかった。全体に、研修前の意識がネガティブであったところは、研修会を受けての意識の変化が大きかった。また、東京都医師会の担当委員が講師の場合にも、全体的な意識の変化が大きかった。

精神科における治療について扱った研修では、質問 1, 2, 3 の精神科医療についての理解が深まる傾向が見られた。

精神科に紹介してもらいたい患者の見極めポイントを入れた研修では、質問 4, 5 の精神科受診を積極的に勧めようとする意識の変化が見られた。

自殺対策を取り上げた研修会では、質問 5 の自殺の恐れのある患者を精神科専門医へ紹介しようとする意識が高まる傾向が見られた。

症例検討を行ったところでは、質問 6 の精神科通院中の患者の受療についての理解が深まる傾向が見られた。

2) 救急医療機関における自傷・自殺企図患者への対応についての質問紙調査

①調査票 I 施設調査の結果

東京都指定 2 次救急医療機関 232 か所、都内の 3 次救急医療機関 26 か所に質問紙を送付し、2 次救急医療機関 98 か所(回収率 42.24%)、3 次救急医療機関 10 か所(回収率 38.46%)、医療機関名不明 2 か所、合計 110 か所(回収率 42.64%)から回答を得た。

平成 26 年 4 月から 6 月の 3 か月間における救急搬送患者数および自傷・自殺企図による救急搬送患者数について表 2-1 にまとめた。

回答医療機関全体で見たとき、自傷や自殺企図で救急搬送される患者数は、全救急搬送数の 1.05%であった。2 次救急医療機関では 0.44%、3 次救急医療機関は 3.84%と、大きな差が見られた。最も多かった医療機関では、自傷・自殺企図で救急搬送される患者数が 3 ヶ月で 179 件、全救急搬送数の 8.93%を占めていた。一方 2 次救急医療機関 95 件のうち 55 件が 3 か月内の該当数 0 件と答えていたことから、医療機関によって自傷・自殺企図患者の受け入れに差があることがわかった。精神科標榜の有無で 2 次救急医療機関を比較したとき、自傷や自殺企図で搬送される患者の割合についての有意差は見られなかった。

表 2-1 平成 26 年 4 月～6 月における自傷自殺企図による搬送患者数について(搬送数の記載が無回答であった箇所を除く)

	全機関	2 次救急医療機関	3 次救急医療機関
N	103	95	7
全搬送患者数	65236	52812	11891
自傷自殺企図搬送患者数	688	231	457
自傷自殺企図搬送患者数割合	1.05%	0.44%	3.84%
自傷自殺企図搬送患者数平均値	6.68	2.43	65.29
自傷自殺企図搬送患者数標準偏差	30.43	9.08	56.19
自傷自殺企図搬送患者数最大値	179	40	179
自傷自殺企図搬送患者数最小値	0	0	20

精神科標榜のある医療機関 37 か所について、自傷・自殺企図患者に対して院内精神科医のかわりがあるかについて聞いたところ (図 2-

1)、「良くある」が 35%であるのに対し、「まったくない」「あまりない」と回答したところが半数に上った。

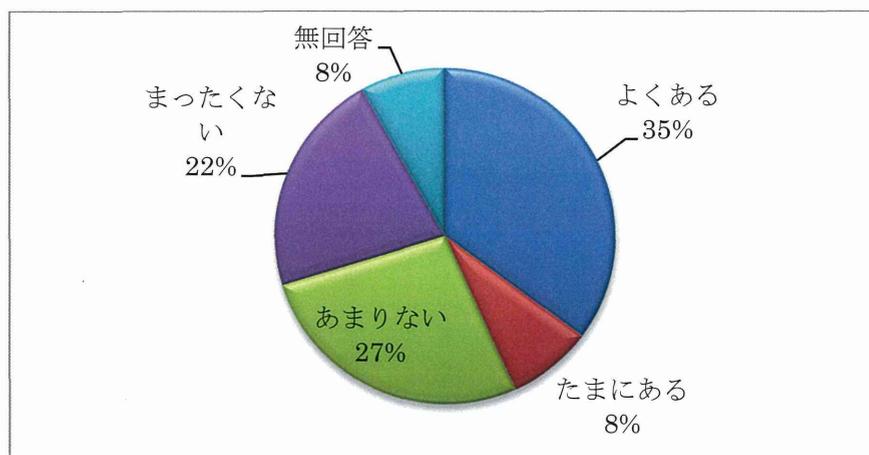


図 2-1 自傷・自殺企図による搬送患者に対する院内精神科医の関わり (N=37)

図 2-2 には、自傷・自殺企図で搬送された患者が精神科受診歴なしで、且つ精神科受診が必要と判断される場合、精神科受診を勧める方法として最もよく行われる方法を質問した結果を示した。「受診先を探し精神科医に直接紹介

を行う」は 10.91%、「受診先は探す情報提供書を渡すのみ」が 18.18%で、受診先を救急医療機関が探すところは 29.09%にとどまっていた。

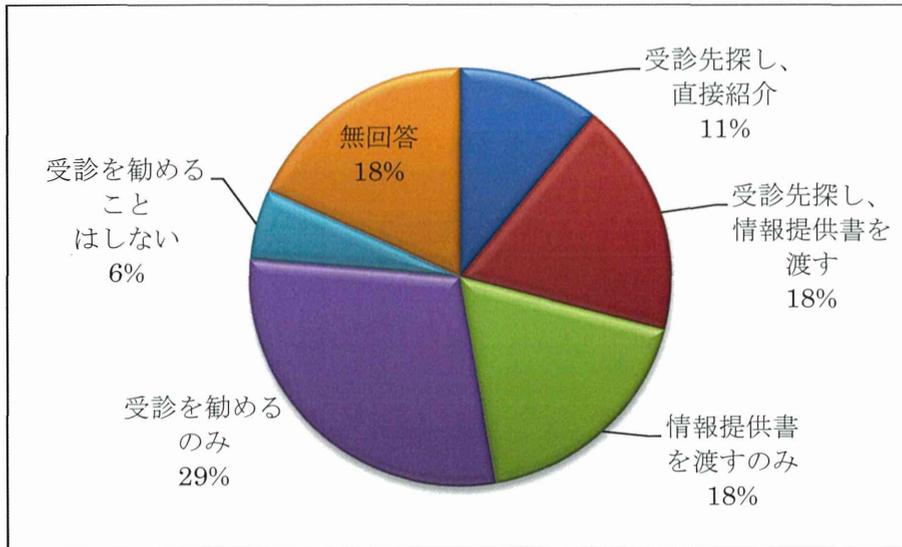


図 2-2 精神科受診の勧め方(N=110)

図 2-3 は、自傷や自殺企図による救急搬送された患者に対応するためのマニュアルや研修があるかという質問に対する回答である。マニ

ュアルも研修もないという医療機関が最も多く 83.64%に及んだ。

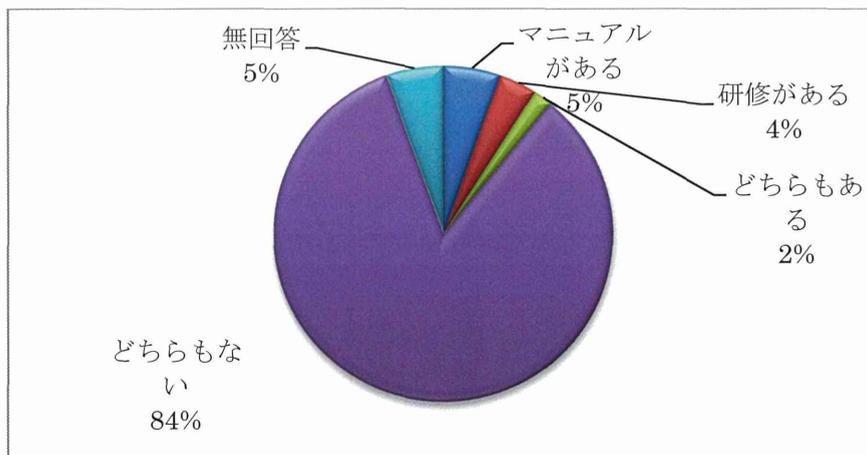


図 2-3 自傷・自殺企図患者への対応についての研修・マニュアルの有無(N=110)

図 2-4 は、自傷や自殺企図による救急搬送された患者に対して、自傷や自殺企図に至った理由、希死念慮継続の有無、今後の自殺のリスク

について確認を行っているかどうかについての回答である。

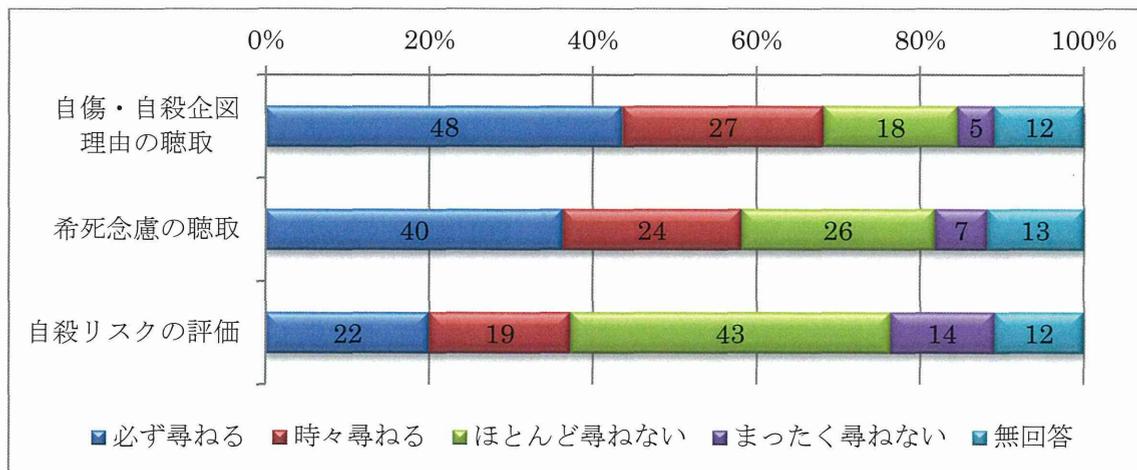


図 2-4 自傷・自殺企図の理由や希死念慮等の確認実施状況 (いずれも N=110)

図 2-5 は、自傷や自殺企図による救急搬送された患者について、生活支援を受けるために地域の関連機関とどの程度連携を取っているかである。保健所との連携については「よく連携する」と「時々連携する」を合せても

19.09%であった。また、質問項目以外の連携先の機関について自由記述で回答を求めたところ、福祉事務所や警察と連携しているという回答が得られた。

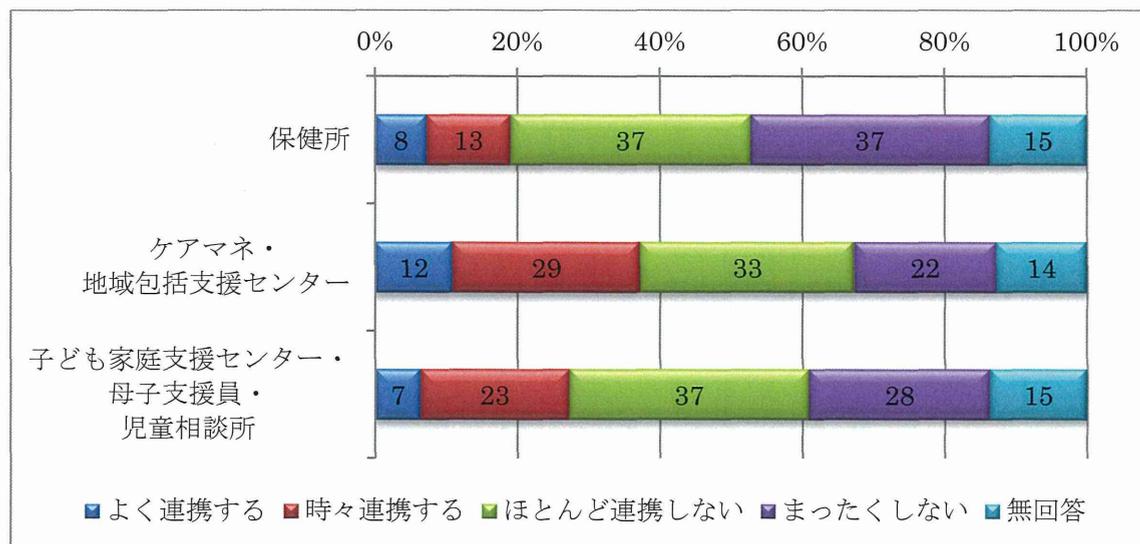


図 2-5 自傷や自殺企図をした患者の再企図防止のために連携をとる機関について(N=110)

図 2-6 は、自傷・自殺企図で救急搬送された患者の地域生活支援のために動くことのできるスタッフの人数である。平均 2 名であるが、

そのようなスタッフがいないという機関が最も多く 29 件 (26.36%) を占めた。

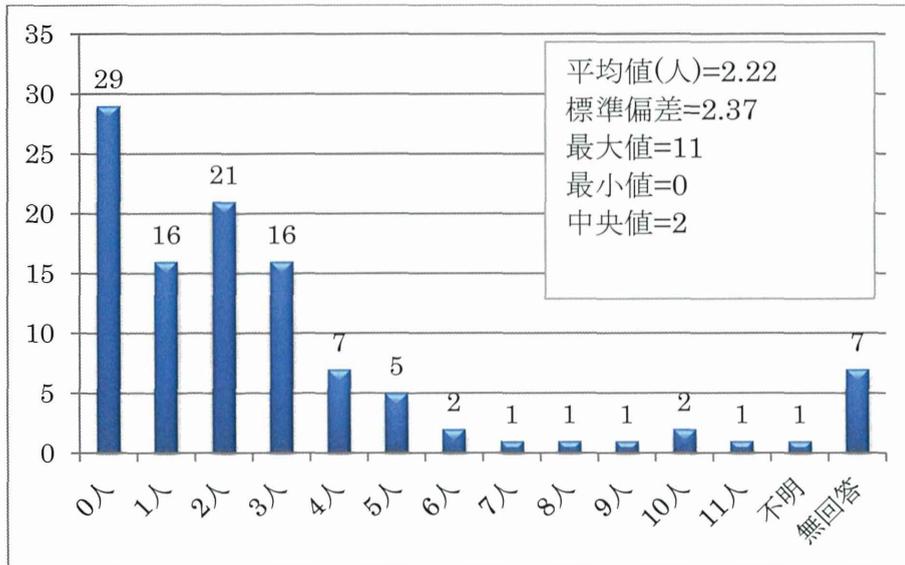


図 2-6 地域生活支援のために動くことのできるスタッフの人数(N=110)

図 2-7 は、東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業「東京都こころといのちのサポートネット」についての質問結果である。利用したことがある機関には①役に立った、②役に立たなかった、利用したことがない機関には①利用したい、②興味はない、知らなかったという機関には①事業内容を知りたい、②興味はない、という選

択肢でそれぞれ回答を求めた。図 2-7 はこの回答の内①をポジティブな回答、②をネガティブな回答として示した。

利用したことがある3つの医療機関は、すべて「役に立った」と回答しており、利用したことがない医療機関もほとんどが「利用したい」「事業内容を知りたい」と回答していた。

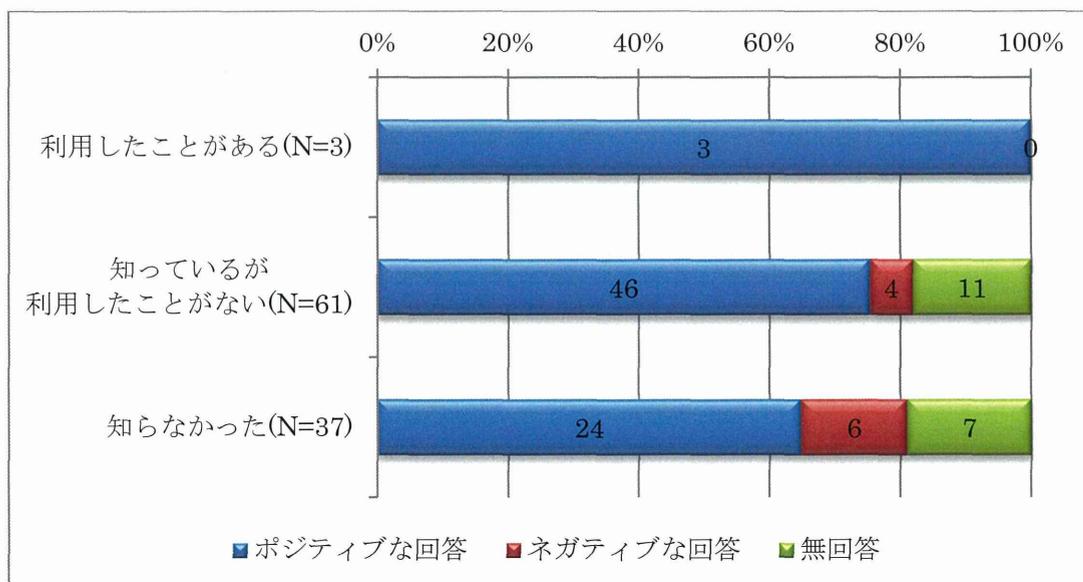


図 2-7 東京都こころといのちのサポートネットに対する考え

図 2-8 には自傷や自殺企図で救急搬送された患者の再企図防止のための対応を行う上での困難や課題について 6 つの例を示し、そのような状況がどれくらいあるか質問した回答結果を示した。回答は「よくある」「たまにある」「どちらともいえない」「あまりない」「まったくない」の 5 つの回答で求めたが、図 13 には、「あまりない」と「まったくない」を「なし」とし、「たまにある」と「よくある」の回答を「あり」と取扱い、回答を 3 分して示した。

「精神科入院の為、転院させたいと思っても受け入れてくれる入院先が見つからない」及び「精神科外来受診させたいと思っても、患者様

自身やご家族が精神科受診を拒否してしまい、受診に至らない」の設問において、「よくある」「たまにある」の回答が多かった。

また、「よくある」という回答を 5、「まったくない」という回答を 1 とし、「患者様を地域の支援につなげたいと思っても、どのような機関に連絡を取ってよいかわからない」と「患者様を地域の支援につなげたいと思っても、院内スタッフが忙しく支援につなげるところまでできない」の回答について相関係数を求めたところ、 $r=.51(p<.001)$ で有意な中程度の正の相関関係が見られた。

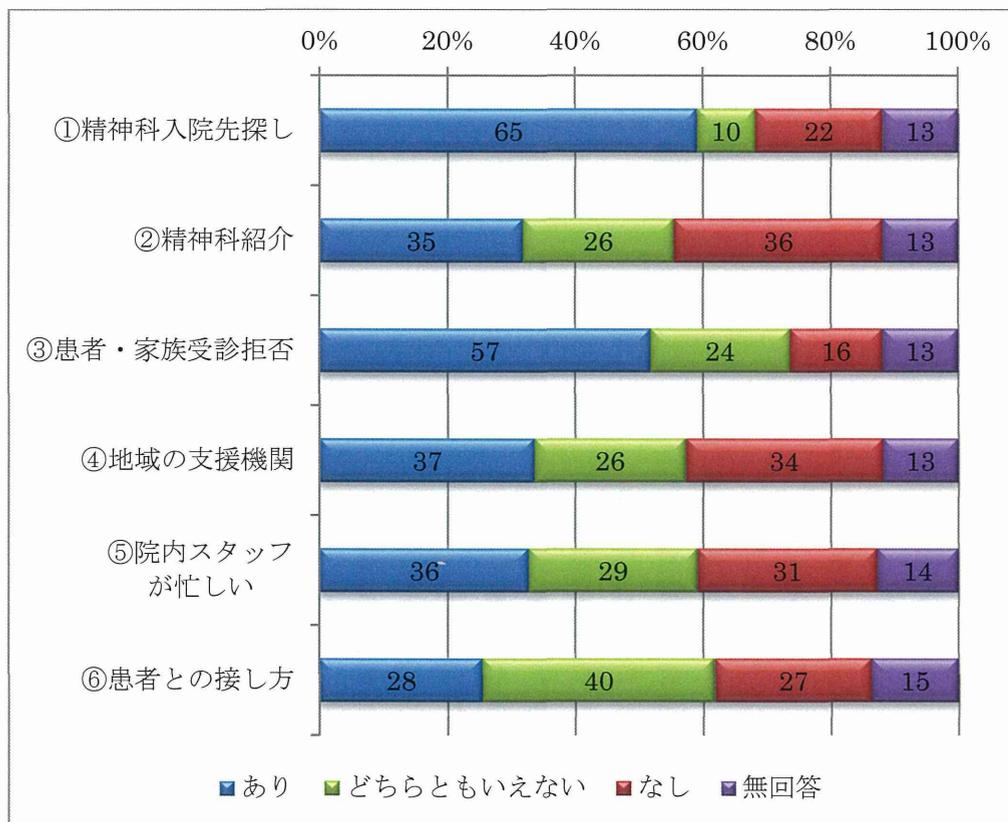


図 2-8 自傷・自殺企図で搬送された患者の対応における困難

②調査票Ⅱケース調査の結果

2 次救急医療機関 34 か所(回収率 14.66%), 3 次救急医療機関 11 か所(回収率 42.31%), 医療機関名不明 1 か所, 合計 46 か所(回収率

17.83%)から回答を得た。1 つのケースにつき 1 枚の質問紙の回答を依頼し、合計 236 ケースの質問紙を回収した。

図 3-1 は、対象者の年齢と性別について示し

た。平均年齢は 39.5 歳、性別では男性 83 名 (35.17%), 女性 152 名 (64.41%) であり、女性で

は 20 代が最も多かったが、男性では 40 代が最も多かった。

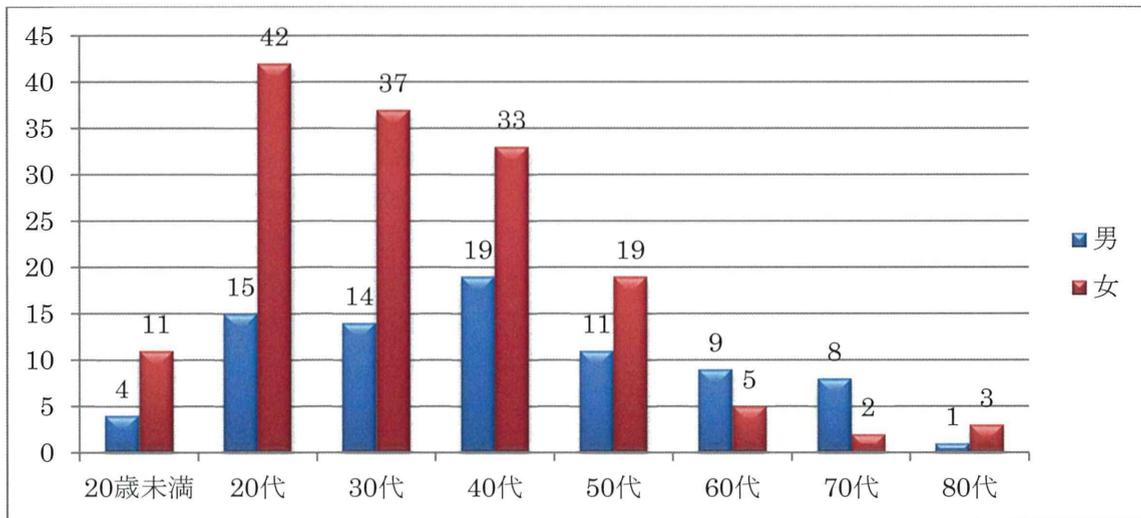


図 3-1 自傷・自殺企図で搬送された患者の年齢と性別(無回答, 不明を除く N=233)

図 3-2 には、搬送された時間についての回答結果を示した。バラつきが大きいですが、22 時～0

時の間の搬送数が他の時間帯に比べて、集中している傾向が窺えた。

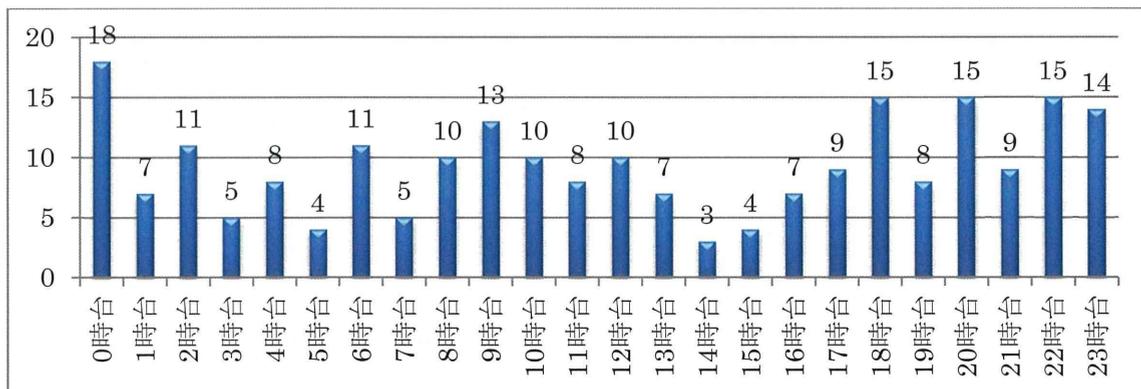


図 3-2 救急搬送されてきた時間帯(無回答除く N=226)

図 3-3 は、自傷や自殺企図の方法である(複数回答あり)。薬の過量服薬によって搬送されてきたケースが 130 名 (55.79%) で、最も多かった。次いで縊首 37 名 (15.88%)、リスト

カット 31 名 (13.30%) であった。その他は、「頭部を打ち付ける」「食事を摂らない」「大量のアルコール摂取」「犬咬傷(+過量服薬)」などであった。

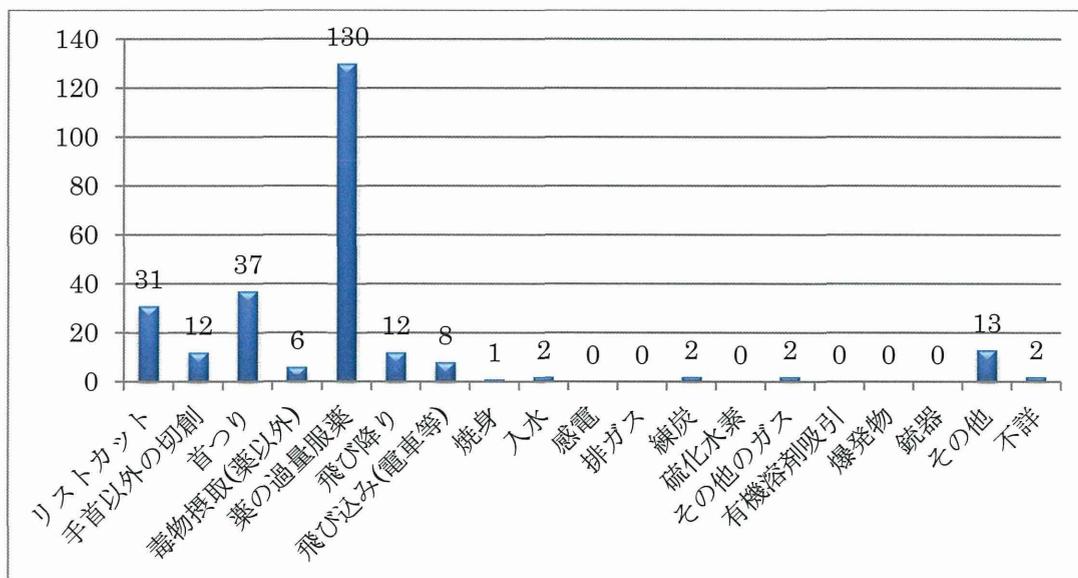


図 3-3 自傷や自殺企図の方法(無回答除く N=233,複数回答のため回答数合計 258)

図 3-4 には過量服薬によって救急搬送されたケースにおいて、摂取薬物に関する回答結果を示した。向精神薬を含む過量服薬によっ

て搬送されたケースが 79 名(60.77%)で最も多く、その他の処方薬あるいは市販薬を単独摂取したケースは 26 名(20.00%)であった。

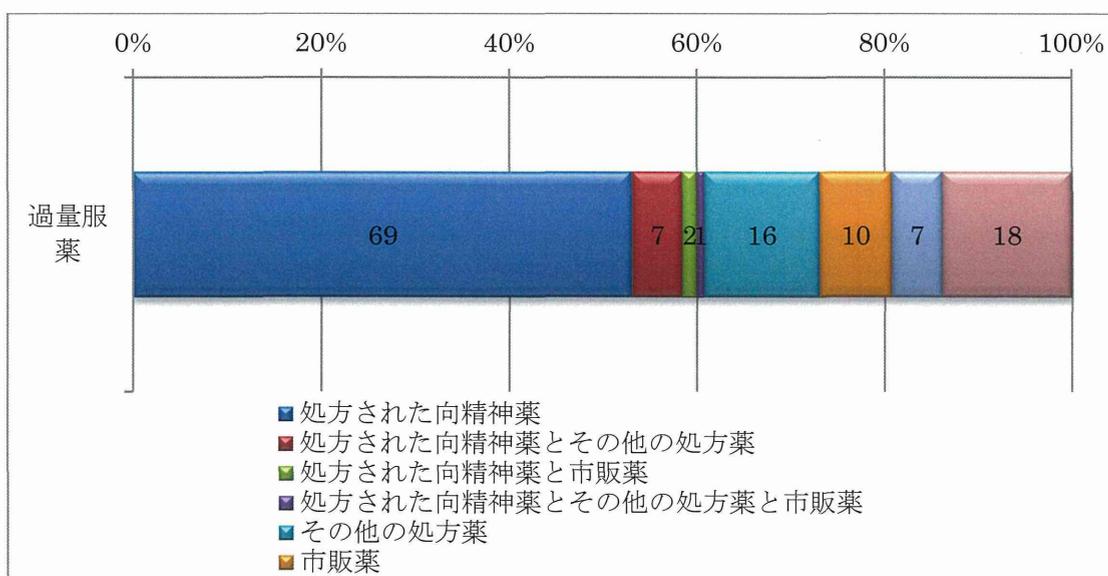


図 3-4 過量服薬の詳細(N=130)

図 3-5 には、搬送されたケースの身体面の重症度を示した。

救急搬送時に死亡していたケースが 31 人 (13.14%)、重症が 32 人 (13.56%) ある一方で、処置不要が 15 人 (6.36%)、軽症 (外来処置のみ) が 69 人 (29.24%) あった。中

等度 (入院を要するが、命には別条がない) が最も多く 74 人 (31.36%) であった。死亡ケースの手段の内訳は縊首が最も多く、飛び降り、飛び込み (電車等) の順であった。入水も 1 件あったが、過量服薬を同時に行っていたケースである (表 3-1)。

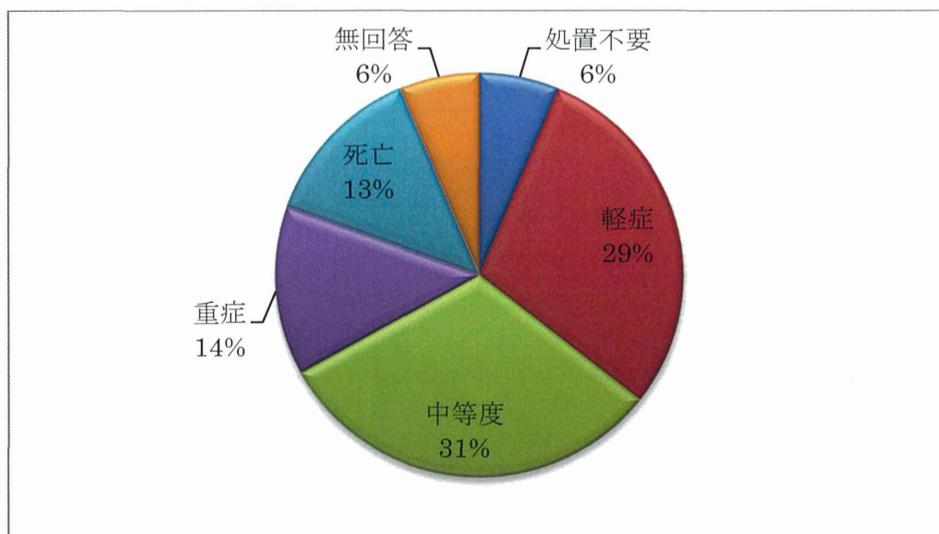


図 3-5 搬送時の身体面の重症度(N=236)

表 3-1 搬送時の身体面の重症度と自傷・自殺企図の手段

	処置不要	軽症	中等度	重症	死亡	無回答	計
リストカット	1	27	2	1	0	0	31
手首以外の切創	0	6	2	3	0	1	12
首つり	1	5	2	3	21	3	35
毒物摂取(薬以外)	0	1	3	2	0	0	6
薬の過量服薬	9	36	64	17	1	3	130
飛び降り	0	1	3	4	4	0	12
飛び込み(電車等)	0	0	0	2	3	3	8
焼身	0	0	1	0	0	0	1
入水	0	1	0	0	1	0	2
練炭	0	1	1	0	0	0	2
その他のガス	0	1	1	0	0	0	2
その他	3	1	3	1	0	5	13
計	14	80	82	33	30	15	254

自傷・自殺企図に至った理由 (図 3-6)

は、家庭問題 51 名 (23.39%)、健康問題 (精神) 48 名 (22.02%) が最も多く、次いで男女問題の 33 名 (15.14%) であった。死亡等で聴取できなかったケースが 33 名 (15.14%)、聴取しなかったケースが 22 名 (10.09%) があった。(百分率は、ケース数を母数にしているため、合計は 111.93%となる。)

その他の理由は次のとおりである。

- ・眠れなくて内服した
- ・気持ちよくなりたかった
- ・友人問題
- ・以前の職場の人間関係
- ・転居
- ・実刑判決がせまっていた
- ・亡くなったペットに会いたくて
- ・生きているのがつらい
- ・心の中で神様に死ねと言われた

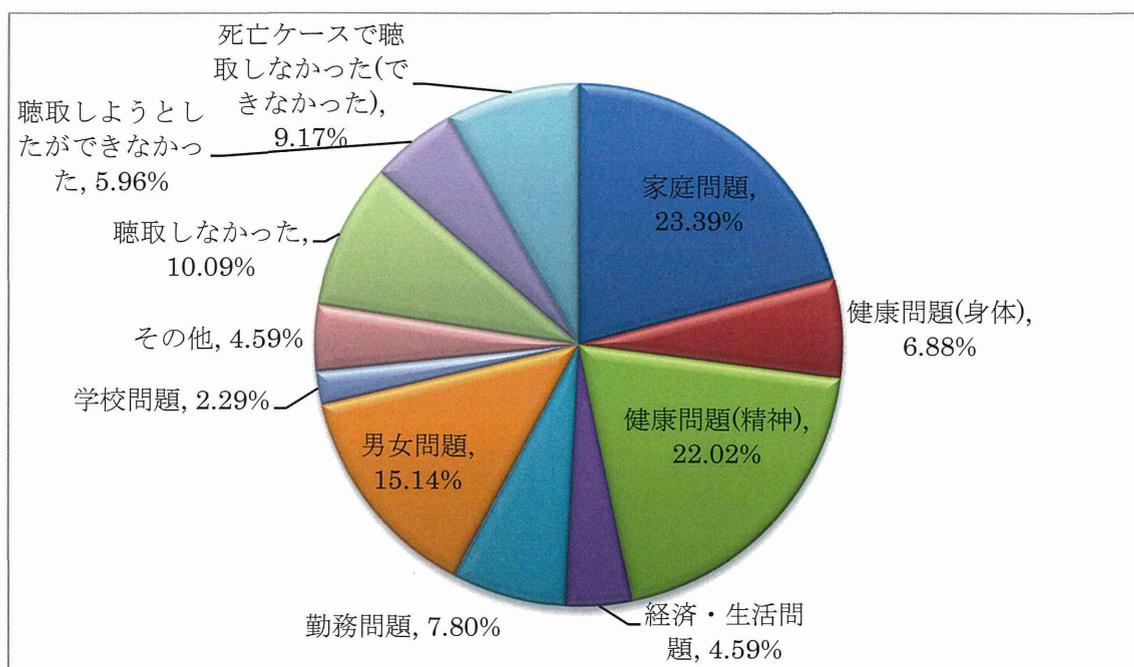


図 3-6 自傷・自殺企図の理由(N=218 複数回答のため合計 244 回答)

図 3-7 には、対象者の自傷や自殺企図による救急搬送歴について示した。不明という回答が最も多く 98 名 (41.53%) を占めた。過去に 1 回以上の自傷や自殺企図による搬送歴があったケースは 56 名 (23.73%) であり、搬送歴について不明や無回答であったケース

を除くと、約半数が過去に自傷や自殺企図による搬送歴のあるケースであった。

但し、既遂された 23 名の方のうち、明らかに未遂歴があったのは 1 だけであり、その回数は 3 回以上であった。

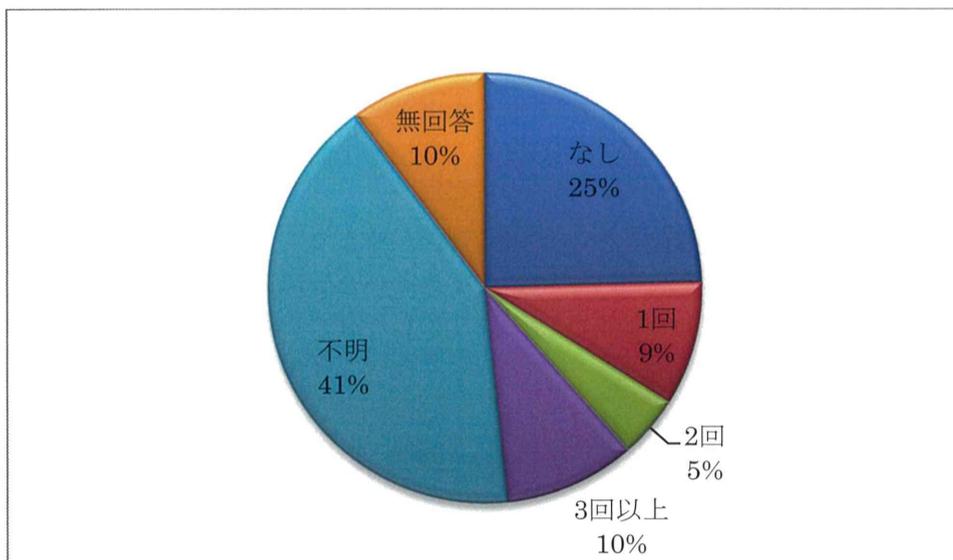


図 3-7 自傷や自殺企図による救急搬送歴(N=236)

対象者の 66.10% (156 名) は、精神科受診歴があった (図 3-8)。受診歴のある者について

受診先の内訳をみると (図 3-9), 92 名 (58.97%) が精神科診療所であった。

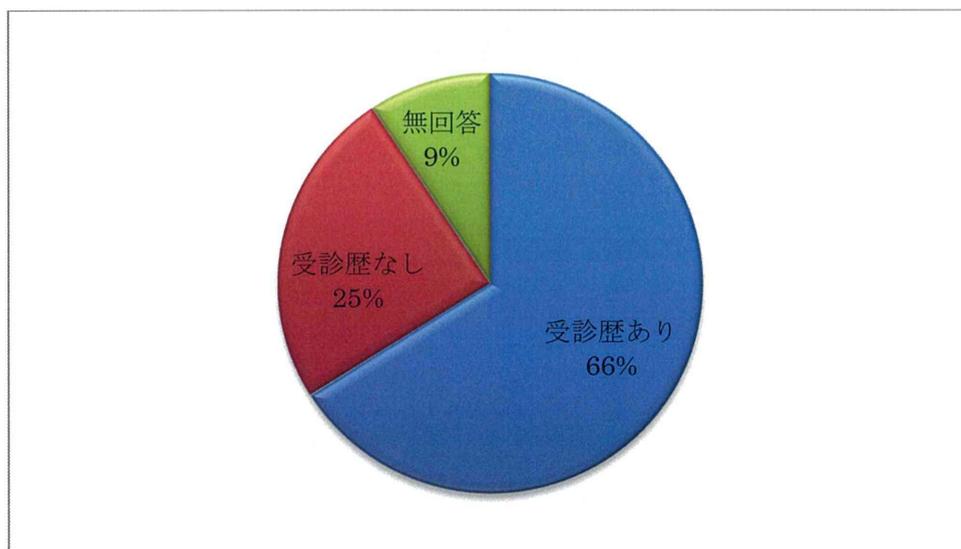


図 3-8 精神科受診歴について(N=236)