

警察官が通報をするかどうか検討したものの通報に至らなかったケースを選定した。

これらのケースについて、下記のような通報に関連した情報に加え、相談者の基本情報（性別、年齢、精神科通院歴、入院歴、疾患名）などを分析した。

①事前に 23 条通報がされていたかどうか

②23 条を不受理や通報を上げないと判断した段階

③23 条が不受理になった理由または 23 条通報を挙げるのを断念した理由

④23 条を検討することになった相談時の主症状

⑤その日の最終の医療的な処遇

⑥措置診察にならなかった場合の判断の妥当性

（倫理面への配慮）

すべての調査について、実施方法に倫理的な問題が無いかを、調査実施年度に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。

倫理的配慮として、情報の取り扱い方を規定するとともに、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。医療機関調査については、調査を行っていることを周知してもらうための掲示物を調査票に同封し、掲示を求めた。

## C. 研究結果

1) 一般科医向けの研修会における質問紙調査

【一般科医が精神科プライマリケアの一端を担っている】

内科医の約3割は自分でうつ病の治療を行っている」と回答し、一般科医の約35%、内科医の約45%が抗うつ剤を日常的に処方

していると回答した。精神科の治療が必要と思われる患者の一部は、一般科医が治療や処方を行っている場合が少なくないことがわかった。

精神疾患により医療機関を受診する患者が増加の一途を辿っている中、すべての精神症状を訴える患者を精神科専門医に紹介することは現実的に困難であると共に、患者からすればやはり精神科は敷居が高く、身近な内科等のかかりつけ医に相談したいと考えるであろう。従って、一般科医がある程度の精神疾患の見立てと初期治療を行えるようになることと、専門医に紹介した方がよい患者を見極めることや、必要になった時に速やかに紹介できることが必要である。

尚、東京都地区医師会で実施された「うつ診療強化研修」において、講師が精神科専門医に紹介した方がよいケースの見極めとして出されたポイントをまとめると次のようである。

- ① 希死念慮がある、自傷・自殺企図があった
- ② 躁うつ病
- ③ アルコール依存がある
- ④ 抗うつ剤投与したら「興奮、イライラ、不安定」
- ⑤ 疎通が悪い、奇妙、気になる
- ⑥ 背景事情が複雑である
- ⑦ 通常の治療に反応しない（2ヶ月を目安に）

【一般科医が精神科との連携で困難と感じていること】

東京（2012年）と大阪（1999年）で、一般科診療所を対象に（東京では精神科診療所も対象）した一般科と精神科の連携に関するアンケート調査が行われていた。共通する結果として、「患者本人による精神科受診拒否」「紹介しても中断してしまう」「精神科の受け入れまでに時間がかかる」の紹介時の問題と、「精神科における向精神薬の過剰投与への疑問」「精神科でもっと患者の話を聞いてほしい」などの精神科医療への一般科医の不信感が課題になっていることがわかった。地域も調査時期も異なるがこのような困難が10年以上経過した後も同様に生じていることが窺えた。

平成25年度に東京都地区医師会が主催した研修会におけるアンケートの中でも、一般科医が精神科における多剤大量処方や短時間診療について疑問に思っていることや、精神疾患を持つ患者の受け入れに戸惑いがあることが改めて明らかになった。しかし、「うつをはじめとする精神疾患の治療の実態」を精神科医等から聞くことにより、精神科の処方や治療に対する不信感や精神疾患を持つ患者受け入れの抵抗感が少なからず軽減され、精神科との連携に積極的な気持ちが湧くことが明らかになった。一般科医への精神科への理解と協力を求める普及啓発活動は、意味があると思われる。

【地域のうつ病診療を効果的に行うために最も必要なのは、連携システムである】

351人の回答者のうち、303人が「精神科専門医との連携システム」を選んだ（図1）。次いで156人が「専門医療機関や専門

医のリスト」、145人が「うつ病の診療の研修」、108人が「うつ病診療のマニュアル」を選んだが、圧倒的に連携システムが必要と考えられていた。

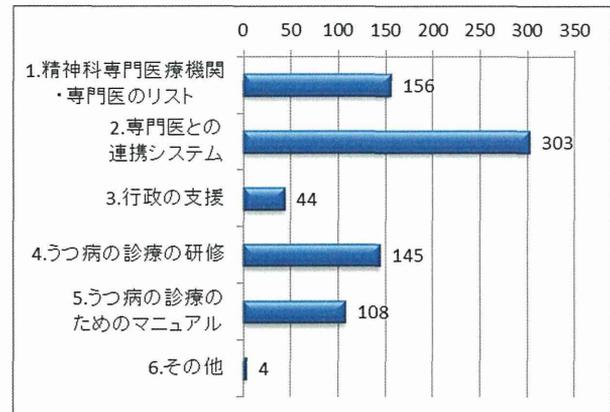


図1 うつ病の診療を地域で効果的に進めるために必要な事(回答者数351人、複数回答有 N=760)

このことから、知識や情報だけでは連携を結ぶことは難しく、ケースが発生した時に実際に連携の手助けをしてくれるシステムが望まれていることがわかる。

【一般科と精神科の連携を推進するために必要なこと】

平成 25 年度に東京都地区医師会が主催した研修会におけるアンケートの中で、一般科医が考える連携にもっとも必要と思われることは、「専門医との連携システム」であった。やはり、精神科との連携には手間がかかり、確実に繋いでくれる具体的なシステム構築が必要と思われることがわかった。

次に挙げられていたのは、「精神科専門医療機関・専門医のリスト」であるが、これは精神科医療の不信感も関係していると思われる、安心して任せられる個別の医療機関や個々の精神科医の専門性を把握した上で、患者を紹介したいと考えているのではないかと推測できる。

一方、全国では一般科精神科連携のための取り組みとして最も多く実施されていたのは「紹介の基準や手順を示した連携のマニュアルづくり」であった。取り組みやすいことが理由と思われる。「一般科から精神科へ紹介するシステムづくり」「一般科と精神科の合同研修会などによる顔の見える関係づくり」なども取り組みが始まっていることがわかったが、大きな実績を挙げているという報告はまだ少ない。その中でも、富士モデルは成果が上がっているとの報告がある。一般科医から精神科医への紹介の基準を明確に示していることや、紹介の手順、紹介された患者の優先的な受診受け入れなど、具体的で細やかなシステムになっていることが功を奏していると考えられる。

最後に、研究班で検討した精神科と一般

科の連携の際に重要となることをまとめると、次のようになった。

- ① 他科へ紹介する理由を明確にして、患者と紹介先に説明すること
- ② 一般科と精神科の役割分担と連携方法を明確にし、患者と両方の主治医が共有すること
- ③ 患者のプライバシーや心情に配慮しつつも、一般科精神科両方の治療経過や、治療上知っておかなければならない患者や家族の背景を両方の主治医が共有すること
- ④ 紹介先から戻って来てしまった時の扱い

一般科医と精神科医が研修などを通じて理解を深め合うことに加え、このような留意点が考慮された、具体的で実現可能なシステムを構築することによって、地域の一般科と精神科の連携を推進できるのではないかと考える。

【研修内容の工夫によって、一般科医の意識改革が可能である】

今回行われた研修会アンケートからは、一般科医の精神科との連携についての意識が、研修の後に概ね高まっていることがわかった。しかし、その効果には研修によってばらつきがあることもわかった。

一般科医に精神科領域の研修に出席してもらうことは一般的に難しく、出席率を上げることが一つ目の課題である。そのためには、産業医研修を兼ねる、一般科医でも興味を持ちそうな話題を織り交ぜる、などの工夫が必要である。

次いで、一般科医と精神科医の連携の阻害要因となっていることがわかっている精神科医療へのネガティブな感情や、積極的に連携をしていこうという意識、精神科通院患者への偏見などを、研修で少しでも意識改革していくための効果的なプログラムが必要である。

研修会を実施する地域の精神科医を講師の一人とする、一般科医と精神科医の両方が参加する症例検討を行うなど、交流を図ることも一つの工夫である。

また、精神科の診療の良し悪しが必ずしも診療室で患者から話を聞く長さで決まることではないことや、ケースによっては多剤や大量の向精神薬の処方が必要であること、自殺企図者等の精神科医療介入の必要性、精神科専門医の治療を勧めてほしい見極めポイントや、精神科受診に抵抗のある患者を後押しするのもかかりつけ医の役割であることなど、知ってもらいたいポイントに焦点を当てた講義内容が必要である。特に自殺防止については、特別に取り上げるようにしなければ難しいことがわかる。

## 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

【救急病院において、再企図防止の支援ができていないところが多い】

### ・院内精神科医がいても、自殺企図患者への関わりは十分行われていない

救急搬送された医療機関に精神科があっても、常勤または非常勤の医師が1名程度いるだけのところが多く、当直しているところは22%に留まった。そのためか、自

傷・自殺企図で救急搬送されてきた患者に院内の精神科医が関わる医療機関は少なかった。精神科を持つ総合病院であっても、院内だけで身体と精神の両方の治療を受けられる体制が整っていない医療機関が多いことがわかった。

そのため、精神科のある総合病院でも、外部の精神科医療機関との連携を必要としていると考えられる。

### ・再企図防止のためのマニュアル等もなく、自殺リスクの評価はあまりなされていない

マニュアルや研修が整備されているところは極わずかで、自殺リスクの評価はなされていないことが多い。希死念慮の有無や自殺の理由の聴取についても行っていないところが多い。医療機関によって、大きな差があることもわかった。

### ・退院後の精神科受診先は本人・家族が探しており、地域の支援機関との連携は少ない

退院後の精神科受診先を自院で探していると回答したのは3割にとどまり、ケースごとの調査では病院が探したのは8%に過ぎなかった。救急処置後帰宅させる際に紹介状を渡す場合もあるが、ケース調査の44%は行われていなかった(図2)。自傷・自殺企図で救急搬送されても、救急医療機関では精神科受診に繋げていく意識は高くないことがわかった。

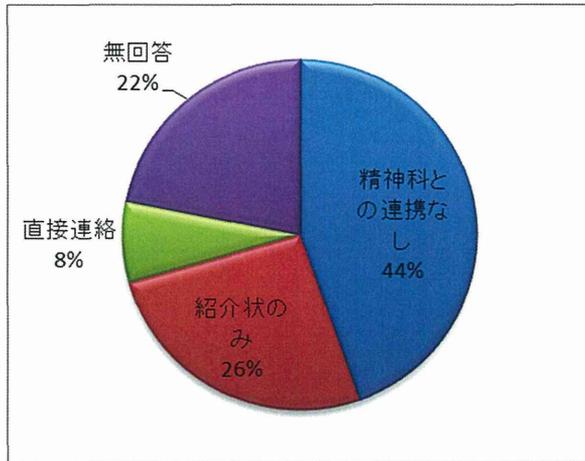


図2 帰宅という転帰であったケースの精神科との連携について(N=146)

救急医長期間から直接、保健所や子ども家庭支援センターなどの地域の支援機関と連携することは非常に少ないことがわかった。

現状では、自殺企図の患者の再企図防止支援に力を入れている医療機関は少数で、多くの医療機関では対応できていない状況が明らかになった。

【再企図防止のために動けるスタッフが少なく、精神科医療機関探しに苦慮している】

自殺企図の患者の再企図防止のために動けるスタッフは、1人もいないところが最も多く、平均でも2名であった。院内スタッフが忙しいところでは、精神科転院探しても苦慮することが多いことがわかった。

精神科受診を本人家族から拒否されて困難を感じていることも多かった。

【再企図防止には、精神科医療との確実な連携だけでなく、生活支援も必要と思われる】

自傷・自殺企図による救急搬送患者は22時台～0時台の搬送が多く、若い女性の過量服薬が多い。その多くに3か月以内の精神科受診歴があり、病名は気分障害圏が最も多く、企図の手段は処方された向精神薬を服用している場合が多かった。山田氏らの2012年の報告<sup>8)</sup>によると、救命救急センターの中には入院に至る全患者の10%前後が自殺企図及び自傷行為による患者が占めていた施設があり、その手段としては半数程度が過量服薬で、使用された薬剤の大半はかかりつけ医から処方された向精神薬であることを報告している。

同様の行為を繰り返しているケースも少なくなかったが、既遂例のうち自殺未遂歴が明らかであったのは1名に留まった。自殺既遂者における未遂歴は1/4程度という報告もあることから、既遂者の中に未遂歴のある者が少ないことは矛盾しない。未遂歴の有無だけで自殺リスクの判断をすることの危険性も示唆された。

入院対応となったケースの多くは1泊で帰宅しているが、3ヶ月入院している場合もあった。来院時に既に死亡していたケースが13.1%あり、さらに3%程は来院後に死亡している。最も既遂率の高い手段は縊首であった。

精神科医療機関に受診しているにも関わらず、自傷・自殺企図に至ってしまうケースも少なくないことから、再企図防止には、精神科医療に確実につながり、主治医への確かな情報が提供される必要があると思われる。また、精神科医療機関だけでな

く、地域の生活支援など多角的な支援が必要であることも示唆された。

### 3) 東京都こころといのちのサポートネットの実績分析

#### 【連携システムのニーズは多い】

東京都こころといのちのサポートネットは、広報が十分行きわたっていない、7ヶ月あまりで139件の相談が入った。このことから自殺未遂者や希死念慮のある者等への一般科と精神科をつなぐ連携システムのニーズは大きいと思われる。同じ機関から複数の相談利用がある場合もあり、利用して役に立ったと感じている機関も少なくないと思われた。

一般科救急医療機関や総合病院など、身体救急を受け入れている病院の利用が最も多かったが、警察や保健所、精神科診療所をはじめ、さまざまな分野からの相談があり、ニーズのすそ野は広いと思われる。

相談件数は平日が多く、土日祝は圧倒的に少ない。これは相談者が医療機関のケースワーカー等の平日昼間に勤務しているスタッフからが多いこと、医療機関以外は公的機関が多いことが要因と思われる。土日祝にケースの発生が少ないとは思われないが、土日や夜間に開いている施設であっても、相談者であるスタッフが勤務している時間でなければ相談できない。救急外来などの医師や看護師には余裕がなく、連携を取るためのスタッフが院内に必要であることも示唆される。

#### 【医療機関スタッフが相談できることが利

用のハードルを下げている】

連携システムの先行例の中には、利用がほとんどないと報告しているところも見られる。そのようなシステムは、利用時に「システムが関わることについて本人の同意を得てから相談する」となっている。自殺未遂者等に、最初から第三者が関わることに本人の同意を得ることは容易ではなく、医療機関スタッフも二の足を踏んでしまうことが多いのではないだろうか。

サポートネットでは、最初は対象者の個人情報をおぼろげに相談ができるようになっており、本人に直接ではなく医療機関スタッフからの相談に対応することが、利用のハードルを下げていると考えられる。

医療機関を探す支援をする中、仲介という形を取ったほうが良いとなった時点で、サポートネットに個人情報を伝えることについて本人や家族の同意を得てもらうことが多いため、本人や家族から拒否されることは少ない。

#### 【自殺未遂者ではなくても、自殺リスクの高い患者の処遇に困っている】

相談の対象者は、性別、年代、病名が多岐にわたり、自殺リスクがあっても対応が難しいケースが多い。自殺リスクの内容は、最近自殺企図のあった自殺未遂者は15%にとどまり、高い希死念慮、危険な自傷行為、身体疾患の治療に応じないなどの放置すれば本人の生命や身体の安全が守れないと予測されるケースなど、リスクの中身も多様である。

自殺未遂歴のある者は、無い者に比べて

自殺リスクが 400 倍高いと言われるが、自殺既遂者の中で未遂歴がある者はせいぜい 4 割で、残り 6 割以上は初めての自殺企図で既遂に至っていると報告されている。

その中で、医療機関やさまざまな関係機関において、自殺未遂者以外でも自殺リスクの高い者に気づきながら、対応に困っている現状が見えてくる。これらのケースに対応していくことも自殺防止や精神疾患の早期支援につながるとともに、救急医療機関の処遇困難ケースを少しでも減らすことに繋がると考えられる。

【依頼は精神科入院だが、必ずしも適当ではない】

相談内容の 91 件 65.5%、問い合わせ等を除くと 8 割近くが精神科入院の依頼であった。しかし、精神科入院に至ったケースは 60 件で、希望していたケースの 3 分の 1 は精神科入院に繋がってはいない。相談助言や調整をしている中で、依頼元医療機関でそのまま治療を継続することが適当である状況であることがわかることも多く、家族が望んでいないことがわかり、代わりに地域の支援機関に繋げることもある。

「精神科に入院させたいと感じたらサポートネットに相談する」というのは、あくまでとっかかりにすぎず、そのように感じるハイリスク者についての相談を挙げてもらうことが重要である。

しかし、精神科入院を依頼されたからと言ってすべてその通りに対応するのではなく、サポートネットでアセスメントし、家族調整等を行い、適切な対応を取ることが

求められる。

【連携機関におけるアセスメント、精神科医等によるスーパーバイズが重要】

サポートネットでは、相談者のニーズに応じるだけでなくアセスメントが必要である。アセスメントには、自殺リスクの判断、精神症状の判断、身体疾患や治療についての判断が必要である。相談対象者は、わかっている範囲で半数近くに身体合併症があり、重篤な疾患や外傷から慢性疾患に至るまで合併症の内容はさまざまである。また、精神疾患や自殺リスクについての見立ても難しいケースがある。

相談員は精神保健福祉士や臨床心理士、看護師等であるが、すべての判断を一人で行うことは難しい。139 件中 46 件については、精神科医等のスーパーバイザーに意見を求めていた。また、3 件については、精神科医が直接、依頼元の医師と話して助言を行った。

連携システムは、コメディカルスタッフを配置すれば良いのではなく、スーパーバイズができる精神科医等のオンコールのバックアップシステムが必要である。

【本人や家族に直接関わり、多機関との連携を取り、長期に見守るケースもある】

連携システムは、関係機関の連携が取れて繋がるまでが役割ではあるが、一回の仲介等でうまくいかず、長期にわたって本人や家族や相談元機関と関わりを持ち、多くの機関と連携を取るケースがあった。

入院や通院につながった精神科医療機関

と対象者との関係がうまく取れず、治療や支援が途切れてしまう場合や、保健所等へ仲介しても保健師の関わりを本人が拒否する場合などである。連携がうまく取れない中、自殺の再企図リスクも高く、家族との関係も良好でない場合も少なくなく、サポートネットスタッフが見守りに連絡を取り、警察を呼ぶなど適宜緊急対応が行われた。自殺ハイリスク者の連携支援の難しさである。一度医療機関や支援機関へ繋いだら終わりではなく、ある程度支援が軌道に乗るまで継続的に見守ることも必要である。連携システムは、自殺防止という目的のために、柔軟な対応が求められる。

#### 4) 精神科診療所通院患者の社会参加状況に関する調査

##### 【精神科診療所のケースワーク機能】

ケースワーク機能については、デイケア有りの診療所の 89%がある程度以上実施しているが、デイケア無しの診療所では 44%にとどまった。常勤の PSW の配置数が多いと、ケースワークを実施している頻度も高い傾向が認められた (図 3)。

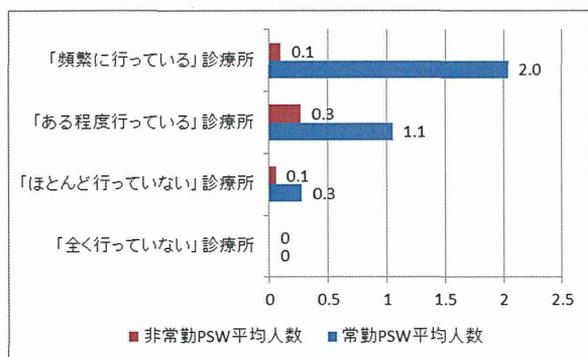


図 3 ケースワーク業務の頻度毎の精神保健福祉士職員平均人数の比較

施設調査の結果から、十分なケースワークを実施できていない診療所が 40%あった。回答者からは、ケースワークの重要性を訴える意見が多かった。

##### 【精神科診療所の職員体制と実施サービスについて】

精神科診療所の職員総数は、2007 年の平均 12.5 人 (中央値 8 人) から 2015 年は 9.2 人 (中央値 7 人) にまで減少した。この減少傾向はデイケアの有無を問わず両者に認められた。

訪問看護等のアウトリーチ事業への取り組みについては、デイケア有りの診療所は 65.4% (2007 年は 18.9%) で実施していたが、デイケア無しの診療所では 16.7% (2007 年は 28.6%) にとどまった。

以上のようにデイケアが有る診療所はスタッフも多く、ケースワークも訪問等のサービスも多くなっているが、デイケア無しの診療所はサービス提供の拡大は進まず、二極化が進んでいるように思われた。

##### 【受診者数の推移と診療所側の対応】

2007 年と 2015 年の 1 カ月あたりのレセプト数を比較すると、平均 670 枚から 772 枚に増加している。これをデイケア有無の診療所間で比較すると、デイケア無しの診療所でより多くなっている傾向がわかる。しかし、患者の通院頻度をみると、2007 年は 2 週に 1 回が一番多く 46%であったが、2015 年は月 1 回が最も多く 49%となった。外来受診の通院頻度が低くなり、その一方で数を多く診る傾向となっている。4 週間

処方できる薬剤が増えたことなど、診療報酬上の変化も影響している可能性がある。いずれにしても、通院頻度が減少することで外来診療による支援が以前よりも希薄になっている可能性はある。

【いわゆる「外来ニート」者について】

2007年に日本精神神経科診療所協会の実施した調査研究事業で6か月以上外来通院以外の社会参加をしていない65歳未満の患者の一群を「外来ニート」と定義し、その実態について報告されている。

今回、再度日中活動状況を調査した結果、全患者における「特に活動していない」患者の割合は、24.6%（2007年）から28.4%（2015年）とわずかながら増加した。外来ニートは、15.8%（2007年）から16.6%（2015年）と、ほとんど変化がなかった（表1）。つまり「外来ニート」は減少していない。

表1 65歳未満のニート状態患者の割合（2007年時との比較）

	2015年		2007年	
	人数	割合	人数	割合
外来ニート患者	479	16.6%	595	15.8%
外来ニート候補患者	197	6.8%	184	4.9%
非外来ニート患者	2146	74.3%	2886	76.6%
日中活動不明・未記入	66	2.3%	103	2.7%
合計	2888		3768	

この間、この方面に関する様々な施策や取り組みが行われてきたが、『外来ニート』患者の割合に変化がみられなかったことには大きな意味があり、このような患者群に社会参加を促すことの難しさと、既存の社会復帰施設やサービスでは対応しきれていないことを示唆するものと考えた。真の地域生活中心の施策を進めていくには、単に

生活の場を病院から地域に移すことに留まらず、社会参加をゴールとしなければ地域で暮らす意味はない。今後は従来からの取り組みに囚われない斬新な取り組みを果敢に進めて必要がある。

5) 東京都精神科救急医療情報センターにおける「23条流れ」のケース調査

【23条流れの困難ケースは増えている】

情報センターに相談の入る23条流れのケースは増えていて、平成21年には半年で56件であったのが、平成26年では119件に倍増していた。その2/3は警察官が23条通報する前に断念しており、通報に至っても診察前に不受理となったケースがほとんどで、診察して非措置になったケースは、平成26年度に4ケースのみであった。

そのうちの半数は措置診察にならないという判断は妥当なケースであり、1/3は二次救急などに繋がっている。一方、2割弱は、情報センターで相談をする中で警察官が通報することを決断し、措置診察に繋がっている。残りの1/3程度は、措置診察につないだ方がよいのかどうか微妙なケースで、その判断は難しい。当日の受診には繋がらなかった、あるいはどうなったか不明のケースが半数近くに上るが、いずれも家族やかかりつけの外来医療だけでは対応できないために警察相談となった困難ケースである。警察官が通報するかどうか迷う「自傷他害の恐れに準ずる症状」のある23条流れで、地域の処遇が困難なケースが、増えていると言える。

【保護時に落ち着いてしまう、統合失調症以外のケースが増えている】

「暴力・器物破損」によって警察が呼ばれたが、警察が来た時点では落ち着いてしまったために通報を断念するケースが増えている。また、平成 21 年に一番多い病名は F2（統合失調症圏）だったが、平成 26 年には F2（統合失調症圏）が減って、F3（気分障害圏）や F7-8（精神遅滞・発達障害）が増えている（表 2）。このような暴力等が繰り返されることが懸念されるケースである。

表 2 東京都精神科救急医療情報センターにおける 23 条関連ケースについて、対象者の病名（平成 21 年 4～9 月、平成 26 年 4～9 月）

病名	H21	H26	合計
F0. 器質性（認知症）	1 1.80%	2 1.70%	3 1.70%
F1. 薬物・アルコール	3 5.40%	1 0.80%	4 2.30%
F2. 統合失調症	17 30.40%	23 19.30%	40 22.90%
F3. 躁・うつ・気分障害	8 14.30%	24 20.20%	32 18.30%
F4. パニック・強迫・神経症	4 7.10%	6 5.00%	10 5.70%
F5. 摂食障害・睡眠障害等	1 1.80%	1 0.80%	2 1.10%
F6. 人格障害	2 3.60%	3 2.50%	5 2.90%
F7-8. 精神遅滞・発達障害	1 1.80%	9 7.60%	10 5.70%
F9. 行動・情緒障害	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%
G40. てんかん	0 0.00%	1 0.80%	1 0.60%
不明	19 33.90%	49 41.20%	68 38.90%
合計	56	119	175

【23 条流れケースにおけるクリニック通院中ケースが増えている】

23 条流れケースのうち、クリニック通院中ケースが一番多く、平成 21 年度は 36% であったが平成 26 年度では 42% に増加している（表 3）。病院通院中ケースは減少し、通院中断や通院歴なしのケースも増加している。病院の早期退院促進、サテライトクリニックを含むクリニックの増加、23 条流れにおける統合失調症以外の病名の患者の増加など、その原因は多く考えられる。い

ずれにしても、入院や夜間休日などの対応ができないクリニックが、23 条を検討されるような症状や行動化を呈する患者を多く診療するようになってきていることは間違いのない。

表 3 東京都精神科救急医療情報センターにおける 23 条関連ケースについて、対象者の通院歴（平成 21 年 4～9 月、平成 26 年 4～9 月）

通院歴	H21	H26	合計
クリニック通院中	20 35.7%	50 42.0%	70 40.0%
病院通院中	18 32.1%	25 21.0%	43 24.6%
通院中断	3 5.4%	11 9.2%	14 8.0%
通院歴なし	10 17.9%	23 19.3%	33 18.9%
不明	5 8.9%	10 8.4%	15 8.6%
合計	56	119	175

#### D. 考察

【一般科医の精神科への理解を深めるための啓発活動への協力】

一般科医が、精神科医療や精神障がい者についての理解を深めることが、一般科と精神科の連携を強める重要な要素である。一般科医向けの啓発研修などにおいて、開催地域の精神科診療所医師が講師に加わることが、研修の効果を高める可能性がある。事例検討等を通じて顔を合わせながら意見を交換することで、精神科医療の機微の理解や、精神障がい者への見方も変わってくる。

【自殺企図患者の精神科主治医療機関として、地域連携の核となる】

一般科救急医療機関に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

であり、少なくとも東京においては診療所への通院の割合が高い。

一方、救急医療機関では、精神科医療や地域の支援機関と連携するだけの人員な余裕のないところが多く、帰宅させるにあたって十分な連携支援が行われていない場合が多い。また、救急医療機関内の自殺再企図防止の対応マニュアル整備や職員研修も行われていないところが多く、アセスメントや対応に苦慮されることも少なくない。

精神科の主治医療機関として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。しかし、現状の精神科診療所は、それらを行うだけの人員配置などの余裕が十分にあるとは思われない。診療報酬上の問題も生じる。幅広く実現するには、制度や仕組みを整える必要がある。

【自殺防止のための地域連携システムに必要な精神科コンサルテーション】

東京都が平成 26 年 7 月に事業開始した自殺未遂者を中心とした自殺防止のための地域連携システム「東京都こころといのちのサポートネット」は、7 か月余りで 137 件の相談が寄せられ、地域のニーズは多いことが予測された。

サポートネットの相談対応で、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を受けたケースが 46 件あり、専門的な見立てや助言が重要であることがわかった。しかし、このようなシステムが広く普及するにあっては、地域でスーパー

バイザーできる精神科医等を確保することが難しいと思われる。

そこで、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連携システムに協力することができるのではないだろうか。仕組みづくりの工夫が必要である。

【外来ニートは減らず、23 条流れケースなどの困難ケースが増えているのはなぜか】

23 条流れケースの通院先は、平成 21 年度は病院のほうが診療所よりも多かったが、平成 26 年度は逆転し診療所の方が多かった。これまで病院が抱えていた困難ケースが地域の精神科診療所に流れている可能性がある。

精神科診療所は、社会参加の困難な患者に対する働きかけや、自傷他害の恐れに準ずる行動を起こす可能性のある患者にも対応することが、求められるようになっている。

【精神科診療所がますます忙しくなり、ケースワーク体制が整わないのはなぜか】

平成 19 年から 27 年の 8 年間に、一診療所あたりの通院患者は 21% 増加し、患者の通院頻度はから低くなる傾向がみられた。一人の患者に割ける時間はますます少なくなって、精神科診療所は忙しくなっている状況が示唆された。また、職員体制は漸減傾向がみられ、ケースワークに必要な人員が増えることはなかった。

その原因として考えられるのは、1997 年以降、精神科診療所の主な収入源である通院在宅精神療法の診療報酬が減少している

ことである。診療所職員を増員する経営的余裕はない。

さらに、平成 20 年以降、30 日処方可能な向精神薬の種類が増えたことも、患者の通院頻度が減少したことと関係していると思われる。

また、ケースワークのような患者にとって必要なサービスを行っても、診療報酬に反映されないことも大きな要因の一つと思われる。

【精神科診療所が困難ケースに対応するために必要な連携と、連携に必要な要素とは】

社会参加が非常に困難なケースに対応するためには、精神科診療所だけでは難しく、社会復帰施設やひきこもり支援などと密に連携する必要がある。その連携は、唯一対象者と関係のできている精神科診療所が起点となることが求められる。

自傷他害の恐れに準ずるような行動を起こす可能性のあるハイリスクな患者に対応するには、対象者の病理や行動特性を理解し、支援者に対応方法を助言し、緊急時のリスクアセスメントを行って入院や警察対応の指示を出すことが求められる。さらに、保健所や訪問看護ステーションなどと連携し、家庭内に第三者が定期的に入ること、緊急時にはレスパイト施設などにつなげること、24 時間電話相談と連携を取るなど、様々な連携が必要である。

これらの困難ケースについては、主治医は通常よりも少し密に関わり、ケースワーカーや心理士が日頃から関係を作り、連携先のスタッフと連絡を取り合う余裕が必要

になる。しかしながら現在の診療報酬体系の中では、余裕を持てるほどの人員配置は望めない。こういった困難ケースに対応することに多少の報酬がつくことも、精神科診療所の機能を高めるためには必要と考えられる。

E. 健康危険情報  
該当なし

F. 研究発表  
1. 論文発表  
該当なし

2. 学会発表

稲垣中、平川博之、羽藤邦利、三木和平、渡辺洋一郎、西村由紀、大塚寛之。大量服薬のために救急搬送された患者の実態調査、第 111 回日本精神神経学会学術総会、2015 年 6 月 5 日。

G. 知的財産権の出願・取得状況（予定を含む）  
該当なし

資料 I-1

(一般診療科医向け) 地区医師会名: \_\_\_\_\_ 実施日:

\_\_\_\_\_ 年 月 日

## うつ診療充実強化研修アンケート

Q1 受講された方について、あてはまる数字に○つけてください。(5以外は一つ選択)

1	所属	1. 病院	2. 診療所	3. その他 ( )		
2	主な診療科	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科	4. 婦人科	5. その他 ( )
3	日常の診療において、うつ病の治療を行っていますか?					
	1. できるだけ精神科専門医に紹介し、自分で治療しないようにしている					
	2. できるだけ自分で治療し、やむを得ない状態の時だけ精神科専門医に紹介している					
	3. その他 ( )					
4	日常の診療において、抗うつ剤を処方していますか					
	1. 処方している					
	2. あまり処方しない					
	3. まったく処方しない					
	4. その他					
5	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 (3つまで選択)					
	1. 精神科専門医療機関・専門医のリスト					
	2. 専門医との連携システム					
	3. 行政の支援					
	4. うつ病の診療の研修					
	5. うつ病の診療のためのマニュアル					
	6. その他					

Q2. 本日の研修は役に立ちましたか? 講義毎にあてはまると思う番号 1

つに、○をつけてください。また、講義毎に感想などをお書き下さい。

	ほとんど	あまり	やや役に立ちます	役立つ	とても
1 演題:	1	2	3	4	5
(感想など)					
2 演題:	1	2	3	4	5
(感想など)					
3 演題:	1	2	3	4	5
(感想など)					

Q3 本日の研修会やうつ病の診療について、ご意見があれば自由にお書き下さい

---

---

---

---

---

---

**裏面もお書き下さい**

資料 I -2

## 精神科との連携に関するアンケート

Q4 精神科医との連携で、次のような疑問を持っていましたか？ また、本日の研修で、その疑問が多少なりとも解消されましたか？（上段は研修前、下段は研修後の考えに近いものを選んで下さい）

	まったく 思わない	あまり 思わない	どちら も いえない	その 思う いく らか	その 思う 大 いに
1 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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
2 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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
3 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	1	2	3	4	5
本日の研修を受け、精神科薬の処方難しく、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	1	2	3	4	5
4 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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
5 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かった	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
6 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あった	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5

Q5 精神科医との連携で難しいと感じることや、一般診療科医が自殺対策でなんらかの役割を果たすことができるようにするためには、どのような工夫が必要と思われますか。ご自由にお書き下さい。

---

---

---

---

---

---

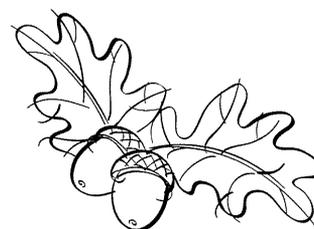
---

---

---

---

ご協力ありがとうございました



## 資料Ⅱ-1

# 救急医療機関に自傷・自殺企図で救急搬送された患者様 についての実態調査（ご協力のお願い）

日頃は、東京都医師会の事業にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本調査は、救急受診された自殺未遂者の実態と、救急医療現場での再企図防止の取り組みの現状についての調査です。

自殺企図や自傷行為で搬送されてくる方が少なくありませんが、その方たちは、幸に救急医療で一命を取り留めても、その後に、再企図する危険性が著しく高いことが分かっています。多忙を極める救急医療の現場で取り組めることには限界がありますが、そんな中でも、再企図防止のために取り組めることを見つけ出すことが目的です。

ご多忙中大変恐縮ではありますが、何卒ご協力いただけますようお願い申し上げます。

平成 26 年 9 月 29 日

公益社団法人 東京都医師会

### <調査票のご回答方法>

#### 調査票Ⅰ（施設調査）

- ・ご回答は、救急搬送患者数や救急搬送患者の対応についてご存じの医師またはスタッフの方にお願い致します。

#### 調査票Ⅱ（ケース調査）

- ・平成 26 年 10 月 1 日～平成 26 年 10 月 31 日に、自傷・自殺企図で救急搬送された患者様について、一人 1 枚ずつのご回答をお願いいたします。
  - ・調査票の記入においては、カルテ等をご参照になり、取得できた情報の範囲で記入をお願いいたします。
  - ・お手数ですが、調査票が不足した場合には、コピーしてお使いください。
  - ・調査票は、調査票Ⅰ及びⅡ（1 か月分の該当者分）をまとめて、同封の返信用封筒に入れ、平成 26 年 11 月 20 日までにご投函下さい。
- ※ 調査票へのご回答と返送をもって調査の同意を得たものとさせていただきます。
- ※ お手数ですが、同封のピンクのポスターを院内にご掲示いただけますようお願い申し上げます。
- ※ 本調査の調査内容については、調査を委嘱された特定非営利活動法人メンタルケア協議会倫理審査委員会で承認を受けています。個人情報に配慮した調査方法を取り、調査票や調査結果の取り扱いは厳重に注意を払っております。
- ※ 本調査の結果は、東京都医師会が発行する報告書によって公開を致します。その際、個別の医療機関や個人が特定されるような情報が掲載されることはありません。
- ※ ご不明な点等ございましたら、下記問い合わせ先までお気軽にお問い合わせください。

調査実施主体 公益社団法人東京都医師会 事業部 医療福祉課  
〒100-0003 千代田区一ツ橋 1-2-2 住友商事竹橋ビル 13 階  
Tel. 03-6256-0256（代表）

問い合わせ先 特定非営利活動法人メンタルケア協議会／担当：西村・大塚  
〒151-0053 渋谷区代々木 1-57-4 ドルミ第 2 代々木 2 階  
Tel. 03-5333-6446 Fax. 03-5333-6445  
E-mail research@npo-jam.org URL <http://www.npo-jam.org/>

本調査は特定非営利活動法人メンタルケア協議会に委託して実施しています

## 資料Ⅱ-2

### 調査票Ⅰ（施設調査）

※ご回答は、救急搬送患者数や救急搬送患者の対応についてご存じの医師またはスタッフの方をお願い致します。

1. 平成26年4月1日～平成26年6月30日の期間において貴機関に救急搬送された患者様について伺います。

(1) 貴機関に救急搬送された患者数を教えてください。

救急搬送患者数 \_\_\_\_\_ 名

(2)(1)で回答いただいた患者数の内、自傷・自殺企図で救急搬送された患者数を教えてください。

自傷・自殺企図による救急搬送患者数 \_\_\_\_\_ 名

2. 現在の貴機関の精神科との連携体制について伺います。

(1) 貴機関は精神科を標榜しておられますか？

①標榜している→(2)へお進み下さい ②標榜していない→(6)へお進み下さい

精神科を標榜している医療機関の方のみご回答ください

(2) 貴院での精神科診療施設について教えてください。

①外来のみ ②精神科入院設備あるが閉鎖病棟なし ③閉鎖病棟あり

(3) 勤務している精神科医の人数(常勤・非常勤)を教えてください。

①常勤精神科医人数：約 \_\_\_\_\_ 名 ②非常勤精神科医人数：約 \_\_\_\_\_ 名

(4) 精神科当直医がいますか？

①常にいる ②時々いる ③いない

(5) 自傷・自殺企図で救急搬送された患者様について、院内の精神科医が診療やコンサルテーションを行っておられますか。

①よくある ②たまにある ③あまりない ④まったくない

(6) 自傷・自殺企図で救急搬送された患者様について、精神科受診歴はないが精神科

受診が必要と判断される場合、帰宅させる際に精神科受診を勧めますか？下記のうち 最もよく行われる方法を一つだけ選択してください。

- ① 精神科受診先を探して、診療情報提供書を書いた上で、その精神科医へ直接電話等で紹介を行っている
- ② 精神科受診先を探して、その精神科医苑の診療情報提供書を患者様に渡す
- ③ 患者様に診療情報提供書を渡すが、精神科受診先はご自身で探していただく
- ④ 精神科受診を勧めるが、余程のことがない限り診療情報提供書は作成しない
- ⑤ 特に受診を勧めることはしない

## 資料Ⅱ-3

### 3. 自傷・自殺企図で救急搬送された患者様への貴院での対応についてお伺いします。

(1) 貴院では自傷・自殺企図で救急搬送された患者様に対応するためのマニュアルや、研修機会がありますか？

- ①マニュアルがある ②研修がある ③どちらもある ④どちらもない

(2) 自傷・自殺企図で救急搬送された患者様に、自傷・自殺企図を行った理由について尋ねていますか？

- ①必ず尋ねる ②時々尋ねる ③ほとんど尋ねない ④まったく尋ねない

(3) 自傷・自殺企図で救急搬送された患者様に、希死念慮継続の有無について確認をとっていますか？

- ①必ず尋ねる ②時々尋ねる ③ほとんど尋ねない ④まったく尋ねない

(4) 自傷・自殺企図で救急搬送された患者様について、今後の自殺リスクを評価していますか？

- ①必ず評価している ②時々評価している ③ほとんど評価することはない  
④まったく評価しない

(5) その他、自傷・自殺企図で救急搬送された患者様の再企図防止のために、院内で工夫していることがありましたら教えてください

### 4. 自傷・自殺企図で救急搬送された患者様が地域における生活支援を受けるために行っている貴院での対応についてお伺いします。

(1) 自傷・自殺企図で救急搬送された患者様について、次のような機関と再企図防止の為に連携を取ることがありますか？

①保健所

- ①よく連携する ②時々連携する ③ほとんど連携しない ④まったくしない

②ケアマネジャー、地域包括支援センター

- ①よく連携する ②時々連携する ③ほとんど連携しない ④まったくしない

③子ども家庭支援センター、母子支援員、児童相談所

- ①よく連携する ②時々連携する ③ほとんど連携しない ④まったくしない