

平成 25 年度・26 年度
精神保健医療福祉委員会
検討結果報告書

東京都医師会 精神保健医療福祉委員会

平成 27 年 3 月

精神保健医療福祉委員会委員

(任期：平成25年8月6日～平成27年5月31日)

委員長	羽藤邦利	渋谷区医師会	精神科・診療所 (東京精神神経科診療所協会)
副委員長	石橋幸滋	東久留米市医師会	一般科・診療所
委員	土屋讓	荒川区医師会	一般科・診療所
〃	中野和広	西多摩医師会	精神科・診療所 (東京精神神経科診療所協会)
〃	山田雄飛	西東京市医師会	精神科・病院 (東京精神科病院協会)
〃	平川淳一	八王子市医師会	精神科・病院 (東京精神科病院協会)
〃	矢野正雄	町田市医師会	一般科・病院
〃	熊谷直樹	東京都福祉保健局 障害者施策推進部 障害者医療担当部長	
〃	大滝伸一	東京都福祉保健局 障害者施策推進部 精神保健・医療課長	(～平成26年4月15日)
〃	齋藤善照	東京都福祉保健局 障害者施策推進部 精神保健・医療課長	(平成26年4月16日～)
〃	西村由紀	特定非営利活動法人 メンタルケア協議会	精神保健福祉士
理事	平川博之		
〃	内藤誠二		

目 次

はじめに.....	1
【報告Ⅰ】「うつ診療充実強化研修」及び「精神疾患早期発見・ 早期対応推進研修」における参加者アンケート調査報告.....	2
【報告Ⅱ】救急医療機関に自傷・自殺企図で救急搬送された 患者についての実態調査報告.....	30
【報告Ⅲ】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」実績の分析.....	61
【報告Ⅳ】第1回地区医師会精神保健担当理事・担当医師連絡会報告.....	77
委員レポート.....	81
おわりに	94

はじめに

この報告書は平成 25 年度・26 年度に「精神保健医療福祉委員会」が行った活動の報告書である。

この委員会は平成 24 年 5 月に設置された。いかにも難しそうな名称の委員会だが、目的とすることは単純明快、精神科と精神科以外の診療科（通称、一般診療科）の連携推進である。

精神科と一般診療科との連携の必要性は、日々の診療場面で、誰もが痛感している。それにも関わらず長年にわたって連携は進んでこなかった。精神科と一般診療科との連携は難問である。

この委員会が行うべきことは、まずは、何が連携の障壁になっているのかを明らかにすること、障壁の実態を明らかにしたところで、それらを一つ一つ崩して行くことである。

手始めに、平成 23 年 10 月に実施した、一般診療科医と精神科医を対象にした連携に関するアンケート調査の結果分析を行った。詳細な内容のアンケートにも関わらず、東京都医師会の会員医療機関からのアンケートの回収率は 6 割を超え、「障壁の実態」について多角的に知ることができた。実に貴重な調査結果である。

それらを踏まえて、現在、地区医師会毎に行っている連携促進のための二つの研修会「うつ診療充実強化研修」、「精神疾患早期発見・早期対応推進研修」を委員会でコーディネートしており、地区医師会の多大なご努力があつて、殆どの地区医師会で研修会を開催できている。研修会の開催に当たっては、事前と事後にアンケート調査を行って研修の効果を検証しているが、確かに研修の効果が上がっていることが分かる。

平成 26 年 6 月には、各地区医師会に「精神保健担当理事または担当医師」を置くことを推進した。そして、10 月 2 日に「第 1 回地区医師会精神保健担当理事・担当医師連絡会」を開催し、殆どの地区医師会から精神保健担当理事（またはそれに代わる医師）にご参加いただいた。「連絡会」では、東京都が推進している大きな事業、「精神科医療地域連携事業」、「うつ診療充実強化研修事業」、「精神疾患早期発見・早期対応推進事業」、「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～」について詳しく情報共有し、併せて、担当理事に担っていただく役割について確認した。今後、東京都医師会のもとに作られた「地区医師会精神保健担当理事・担当医師」と「連絡会」の仕組みは、精神科と一般診療科との連携推進に大いに役立つに違いない。

さらに平成 26 年度には「救急医療機関に自傷・自殺企図で救急搬送された患者についての実態調査」も行った。調査結果から自傷・自殺企図ケースは救急搬送患者の約 1%であることが明らかになった。「数」が明らかになったことで、自傷・自殺企図患者への対策が立てやすくなる。

平成 24 年、委員会が発足したばかりの頃は、委員会での討議は、精神科医療特有の用語が一般診療科の委員には馴染めないなどで、ぎくしゃくしていた。委員会を重ねる毎に、ぎくしゃくさが薄れ、相互の理解が深まっている。それと同時に、これから取り組むべき課題がたくさんあることも見えてきた。見えてきた課題に、次年度以降も、着実に取り組んで行きたい。

最後に、東京都医師会の中に、このような委員会を設けていただき、委員会の活動を強力にバックアップしていただいていること、野中博会長、平川博之、内藤誠二両理事に厚い謝意を申し述べたい。

東京都医師会精神保健医療福祉委員会
委員長 羽藤 邦利

【報告 I】「うつ診療充実強化研修」及び「精神疾患早期発見・早期対応推進研修」における参加者アンケート調査報告 ～一般科と精神科の連携を強化するための研修会開催方法について～

研究要旨

東京都の自殺対策等の一環として、東京都より東京都医師会へ委託され実施している一般科医向けの啓発研修「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」において、参加者へ質問紙調査を行った。

アンケートから、内科医の 30%がうつの診療を行い、44%が抗うつ剤の処方を行っていることがわかり、一般科医が精神科のプライマリケアの一端を担っていることが明らかになった。一般科医から精神科専門医へ必要な患者の紹介を行うためには、見極めが重要であることが示唆された。

地域連携に必要と考えられているのは「専門医との連携システム」であった。

一般科医と精神科医の連携を阻む要因として、一般科医の精神科医療への理解不足や精神障がい者への偏見があるが、「一般科と精神科の連携を強化するための研修」が理解不足や偏見の解消に大いに役立つことが明らかになった。

研修の効果を上げるためには、より多くの一般科医に研修会に参加してもらうための工夫、講師の選び方の工夫、プログラムに盛り込む内容の工夫が必要である。地域の精神科医を講師に含める、一般科医と精神科医の双方の意見を交換する症例検討を含めるなど、交流を持つことも工夫の一つである。精神疾患についての講義だけでなく、精神科医療事情についての説明、自殺防止事業の説明などを加えることで、一般科医の精神科医療への理解がより深まることがわかった。

A. 研究目的

地域の精神科医療の課題である「自殺対策」「精神疾患の早期対応」「精神身体合併症対応」などでは、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。平成 24 年度に実施された「一般診療科医と精神科医との連携に関する意識調査」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。

そこで、地域で行われる一般科医向けの普及啓発研修において、参加した一般科医へアンケート調査を行い、地域における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。

B. 研究方法

東京都は、自殺対策等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

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」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 p.28【報告 I】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ものが多かったため、分析からは外した。

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、参加人数などを報告してもらった。

平成 25 年 12 月～平成 27 年 2 月に行われた「うつ診療充実強化研修」26 回と「精神疾患早期発見・早期対応推進研修」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」24 回と「精神疾患早期発見・早期対応推進研修」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。

C. 結果

1) 回収率

34 回の研修会で、520 枚の質問紙を回収した（表 1）。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。

各研修会の一般科医の回答者数は、4 人～44 人とバラつきが大きく、34 回中 12 回の研修会が 10 人未満であった。これは、研修会の出席者が少なかったことが主な原因である。

表1 うつ診療充実強化研修、精神疾患早期発見・早期対応推進研修質問紙回収状況
(a=うつ診療充実強化研修、b=精神疾患早期発見・早期対応推進研修)

実施日	医師会	うつ診療充実強化研修 回収数	早期発見・早期対応 研修回収数	精神科医回答数
2013/10/15	神田a	16	0	1
2013/10/18	中央区a1	44	0	2
2013/11/6	日本橋a1	5	0	0
2013/10/18	港区a	24	0	0
2014/3/15	下谷a	12	0	0
2014/1/28	荒川区a	11	0	0
2014/1/15	足立区a	15	0	6
2014/3/5	江戸川区a1	4	0	0
2014/3/13	江戸川区a2	9	0	0
2014/2/17	中野区a	31	0	2
2014/3/22	板橋区a	8	0	0
2014/3/17	北多摩a	15	0	0
2014/3/25	三鷹市a	4	0	1
2014/1/29	府中市a	13	0	1
2013/10/30	東久留米市a1	9	0	0
2014/1/22	八王子市a	43	0	2
2014/2/5	日野市a	12	0	0
2014/11/13	中央区a2	29	0	1
2014/11/22	日本橋a2	12	0	1
2015/1/15	目黒区a2	9	0	2
2014/11/15	北区a1	9	0	0
2014/12/6	北区a2	9	0	0
2014/11/18	東久留米市a2	8	0	0
2014/12/9	稲城市a	24	0	0
2014/1/31	港区b	0	25	0
2014/2/22	浅草b	0	15	0
2014/2/13	江戸川区b	0	14	0
2014/2/12	北多摩b	0	22	0
2014/3/14	三鷹市b2	0	7	0
2014/2/5	東久留米市・西東京市b1	0	11	0
2014/3/5	東久留米市・西東京市b2	0	12	0
2014/2/13	日野市b2	0	8	0
2015/1/17	北区b2	0	12	0
	合計	375	126	
	全合計		501	19

「うつ診療充実強化研修」で実施したうつ病診療についての質問紙では、回答した医師が所属する医療機関の種別と主な診療科について回答を求めた。

その結果を図1と図2に示した。回答医師の所属については診療所の医師が309名(82.4%)であり、「その他」という14名の回答は、主に企業や行政であった。回答医師の診療科については内科の医師が最も多く、254名(65.3%)であった。「その他」59名の中で多かったのは小児科で、11名であった。

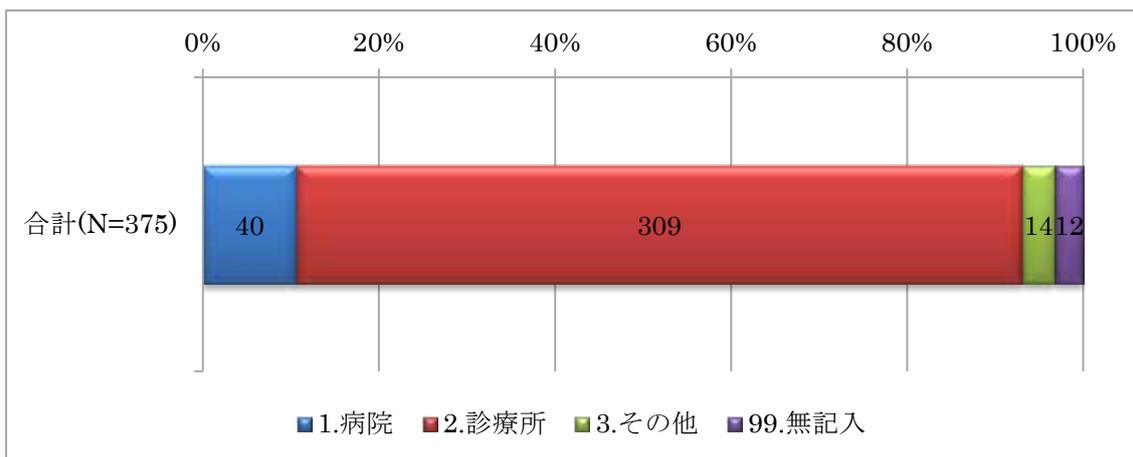


図1 回答医師の所属について

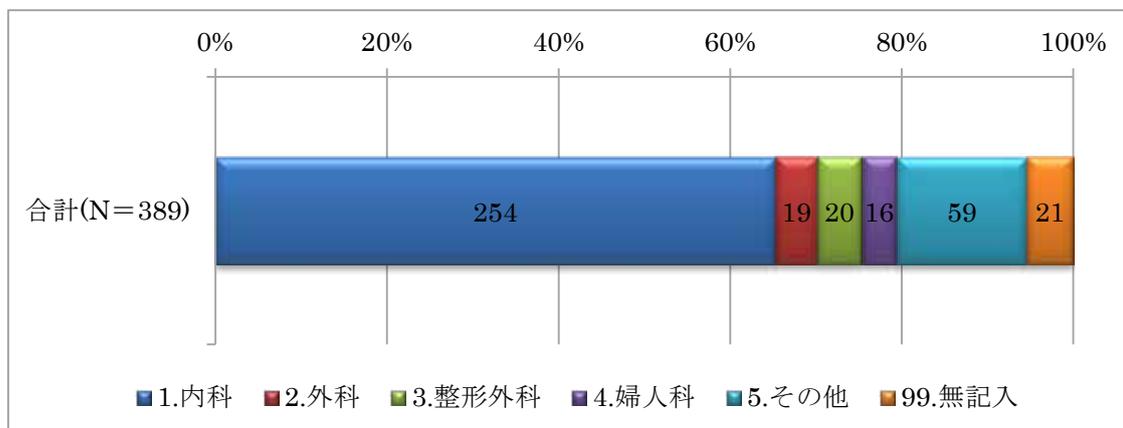


図2 回答医師の診療科について(複数回答あり)

次に「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3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。

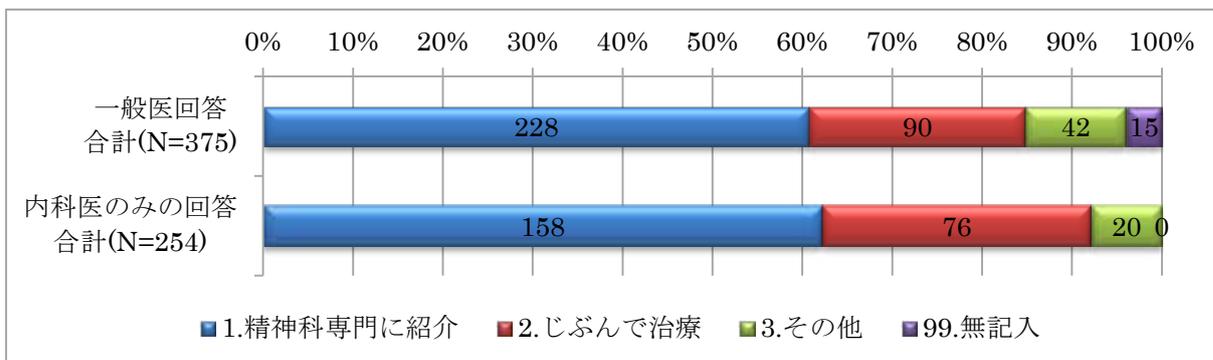


図3 一般科医におけるうつ病の治療について

図4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。

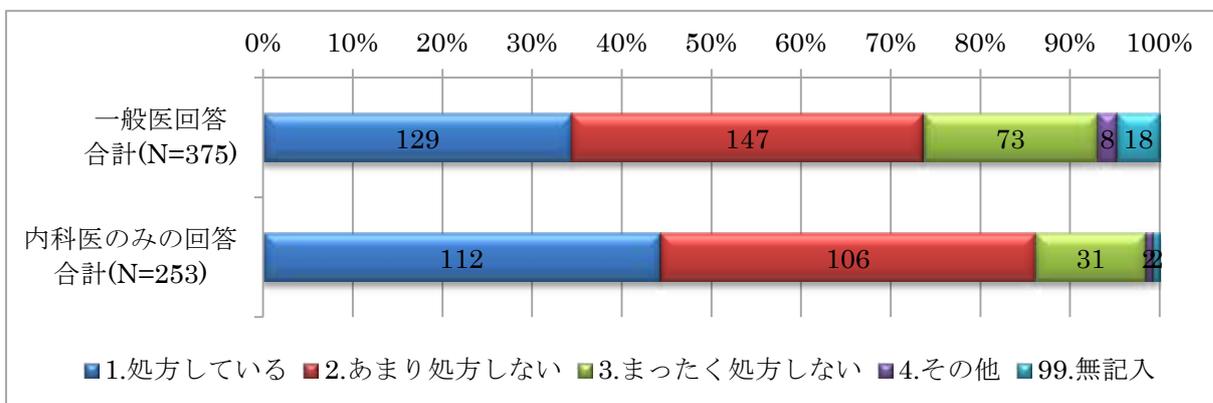


図4 一般科医における抗うつ剤の処方について

図5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。

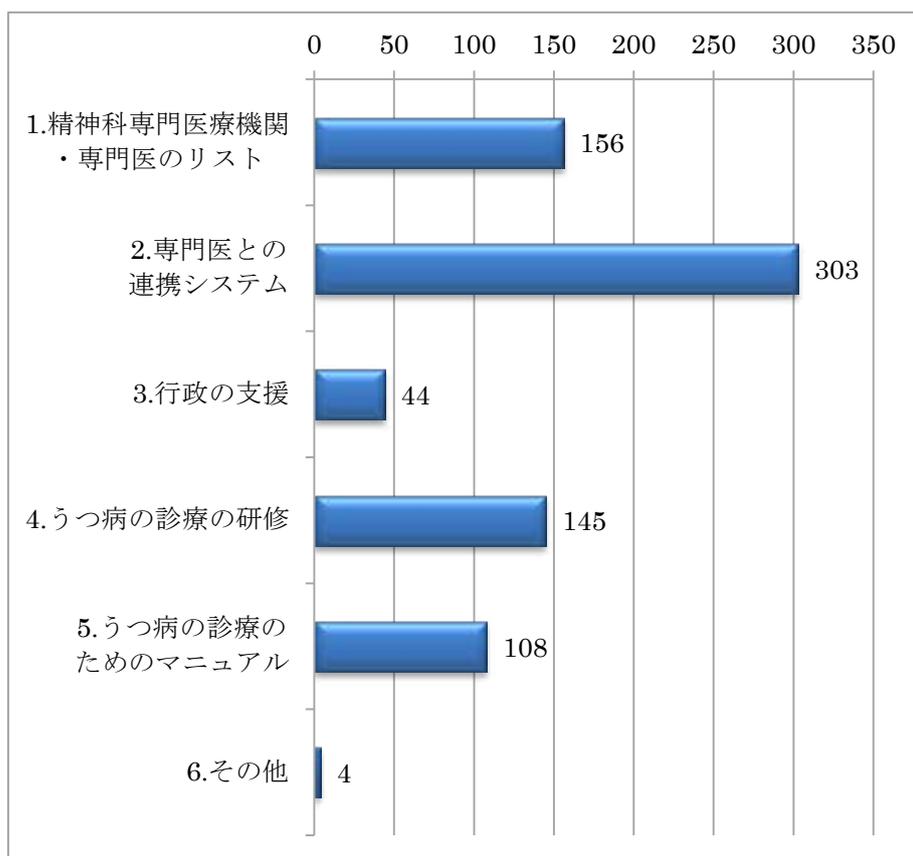


図5 うつ病の診療を地域で効果的に進めるために必要な事(複数回答有 N=760)

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 6 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。

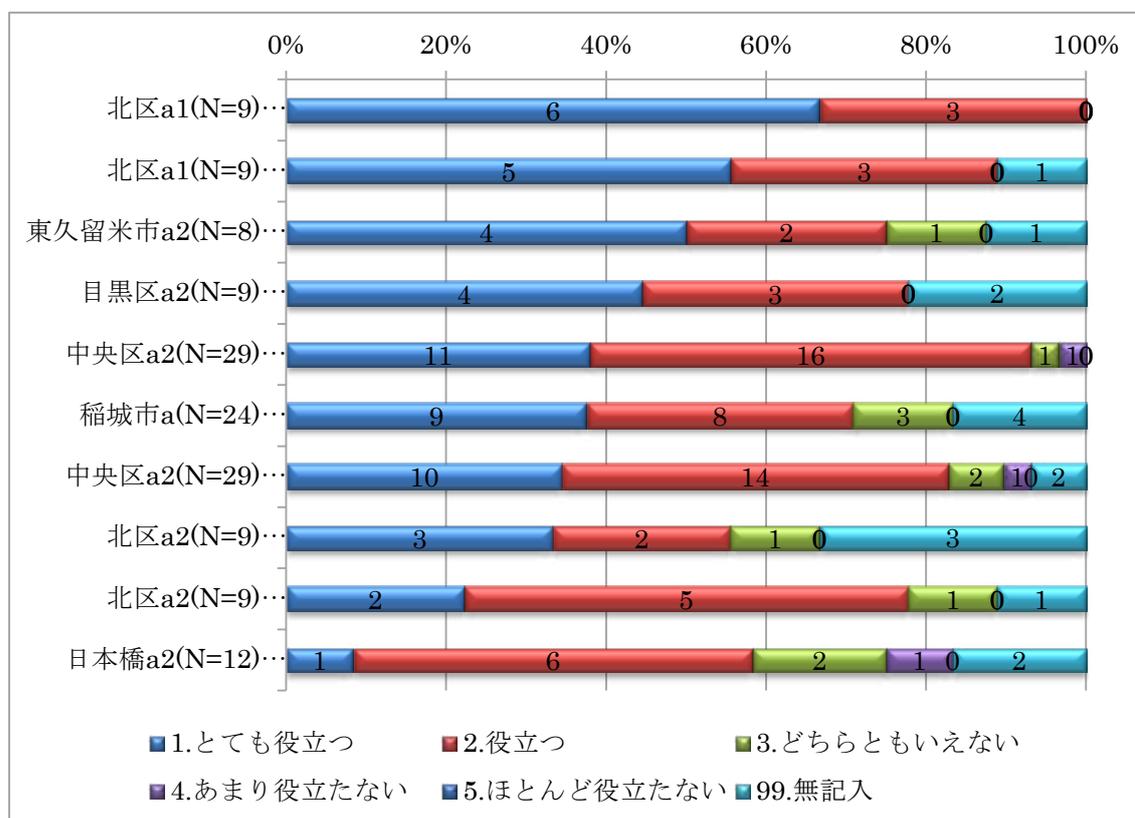


図 6 平成 26 年度に実施した研修における演題ごとの評価

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 2 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 7 に示した。

表 2 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

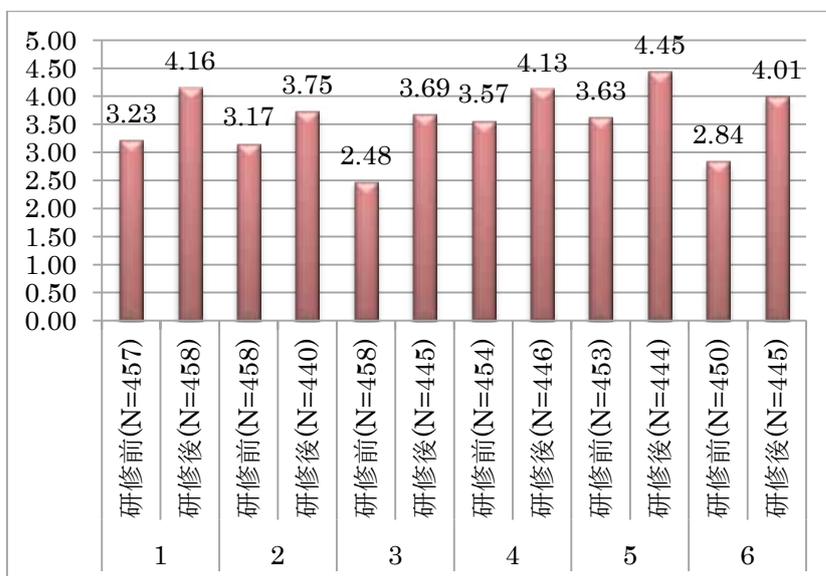


図 7 研修前後における意識の変化(平均値の比較)

図 7 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(① $t=13.357$ 、 $df=447$ 、 $p<.001$ 、② $t=9.139$ 、 $df=439$ 、 $p<.001$ 、③ $t=19.885$ 、 $df=444$ 、 $p<.001$ 、④ $t=9.346$ 、 $df=444$ 、 $p<.001$ 、⑤ $t=13.032$ 、 $df=441$ 、 $p<.001$ 、⑥ $t=18.992$ 、 $df=444$ 、 $p<.001$)。

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るか自由記述で回答を求めた結果、次のような意見があった。困難に関しては、表 2 で示した質問項目にある内容のように、精神科の受入の問題や処方薬の問題、患者への紹介時の問題が挙げられていた。

【困難について】

- ・精神科で処方される薬の副作用がある患者の対応の困難
- ・どの程度の患者を紹介すればよいかわからない
- ・精神科はすぐに診てもらえない
- ・精神科を患者に紹介しても患者または家族に同意が得られない
- ・夜間受け入れてくれる精神科病院を見つけることが難しい
- ・紹介するための精神科医のリストが欲しい

【工夫について】

- ・精神科医と連携をとること
- ・精神科領域の知識をつけること
- ・希死念慮のある方を一人にしない
- ・患者家族とのコミュニケーション
- ・HAM-D の利用による早期発見

研修会の講師や講演タイトルについて、表 3-1、2 にまとめた。参加者の比較的多い研修会には、区の右に () で人数を記載した。産業医のポイントが付与される会や、当研究を実施している東京都医師会精神保健医療福祉委員会の委員が講師に入っている会は、参加が多い傾向がみられる。

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。

研修会ごとの研修前と研修後の点数の比較について図 8～13 に示した。

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、東京都医師会精神保健医療福祉委員会の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。

表 3-1 うつ診療充実強化研修各講演タイトル等について

地区医師会	日付	講師	講演タイトル	講師所属	講演内容	ポイント等の告知内容
神田a	2013年10月15日	四之宮雅弘(しのみやひろ)クリニック院長・千代田区 神田)	うつ病の基礎知識 目で見るうつ病の作用 一般診療科で診るうつ	診療所		なし
中央区a1(58)	2013年10月18日	齋藤英二(さいとうえいじ)クリニック院長・中央区)	職場におけるうつ病の早期発見のための学問的進歩	診療所		産業界専門研修2単位
日本橋a1	2013年11月6日	中嶋義文(なかじまよしたか)クリニック院長・千代田区)	うつ病を診るための産業医の役割	総合病院		なし
港区a(26)	2013年10月18日	端語勝敏(はなぐさかつみ)クリニック院長・大田区)	地域医療とうつ病診療/症例検討	大学		なし
下谷a	2014年3月15日	平川博之(ひらかわひろゆき)クリニック院長・東区)	うつ病の特徴、うつ病患者の苦悩、うつ病のスクリーニングの方法	その他		なし
荒川区a	2014年1月28日	与儀恵子(よぎけいこ)クリニック院長・荒川区)	自殺予防マニュアル、東京こころのいのちのゲートキーパー手帳	その他		日本医師会生涯教育制度3単位
足立区a	2014年1月15日	安部智夫(あべともぢ)クリニック院長・荒川区)	うつ病 基礎知識、診断、治療	診療所		なし
江戸川区a1	2014年3月5日	刑部彰一(かべあきら)クリニック院長・足立区)	うつ病患者の早期発見 自殺予防～職場復帰リワークの観点から～	精神科病院		なし
江戸川区a2	2014年3月13日	北島潤一郎(きたじまじゆんいちろう)クリニック院長・台東区)	うつ病対応力向上研修	診療所		なし
目黒区a1	2013年11月9日	羽藤邦利(はねとうり)クリニック院長・渋谷区)	うつ病の診断、治療、③連携 ④実践(症例検討)	大学		なし
中野区a(42)	2014年2月17日	羽藤邦利(はねとうり)クリニック院長・板橋区)	うつ病を知る(うつ病の概念、特徴について)	診療所		なし
板橋区a	2014年3月22日	小山恵子(こやまけいこ)クリニック院長・渋谷区)	うつ病を通して考える(かかりつけ医の役割、専門医との連携等について)	総合病院		なし
北多摩a	2014年3月17日	野田隆政(ののだたかまさ)クリニック院長・小平市)	うつ病の基礎知識 一般診療でうつ病を診るために	精神科病院		日本医師会生涯教育制度1.5単位
三鷹市a	2014年3月25日	須田賢太(すだけんた)クリニック院長・三鷹市)	うつ病を診る(かかりつけ医の役割、専門医との連携等について)	診療所		なし
府中市a	2014年1月29日	張賢徳(ちやうけん)クリニック院長・府中市)	うつ病の理解とケア	診療所		なし
東久留米市a1	2013年10月30日	西大輔(にしだいすけ)クリニック院長・東久留米市)	うつ病の診断と治療のツツ「診断、治療」	診療所		日本医師会生涯教育認定講座とどけ記載あり
八王子市a(47)	2014年1月22日	大森徹郎(おもりてつらう)クリニック院長・八王子市)	うつ病に関するかかりつけ医の役割と専門医の役割	診療所		日本医師会生涯教育認定講座とどけ記載あり
日野市a	2014年2月5日	平川博之(ひらかわひろゆき)クリニック院長・多摩市)	うつ病の特徴とその対応	その他		なし
多摩市a	2013年11月6日	横田圭司(よこたけいじ)クリニック院長・多摩市)	うつ病の診断と治療のツツ「診断、治療」	診療所		なし
中央区a2(55)	2014年11月13日	西村由貴(にしむらゆき)クリニック院長・中央区)	うつ病の診断と治療のツツ「診断、治療」	診療所		なし
日本橋a2(26)	2014年11月12日	田中利幸(たなかりゆき)クリニック院長・中央区)	うつ病の診断と治療のツツ「診断、治療」	診療所		なし
目黒区a2	2015年1月15日	吉内一浩(よしのちひろ)クリニック院長・三鷹市)	うつ病の診断と治療のツツ「診断、治療」	診療所		なし
北区a1	2014年11月15日	渡邊新一郎(わたなべしんいちろう)クリニック院長・北区)	うつ病の診断と治療のツツ「診断、治療」	診療所		なし
北区a2	2014年12月6日	加藤元一郎(かとうげんいちろう)クリニック院長・豊島区)	うつ病の診断と治療のツツ「診断、治療」	診療所		なし
東久留米市a2	2014年11月18日	斎藤英二(さいとうえいじ)クリニック院長・東久留米市)	うつ病の診断と治療のツツ「診断、治療」	診療所		なし
稲城市a(31)	2014年12月9日	水野真(みづのまこと)クリニック院長・稲城市)	うつ病の診断と治療	診療所		なし

D. 考察

【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。

【一般科医から精神科専門医への紹介の見極めが重要である】

これらの患者をすべて精神科医に紹介すれば、今でさえ患者がオーバーフローしている精神科医療機関が多い中で、精神科は対応ができない事態に陥ることも予測される。

そこで、すべての精神科治療が必要な患者を精神科医へ紹介するのではなく、専門的な治療が必要な患者を見極めて紹介することが必要と思われた。「治療が長引く場合」「薬の反応が悪い場合」「希死念慮がある場合」など、見極めのポイントを研修していくことが効果的と思われる。

【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。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。

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。

【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、精神科の治療が患者の話を聴く時間の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。

東京都医師会では研修会開催に当たって、調査結果を基に次のような文書を配布した。

「うつ診療充実強化研修」・「精神疾患早期発見・早期対応推進研修」より効果的に実施するための工夫例

1. 演題や演者の例

- ・ 地区内や近隣の精神科診療所や精神科病院の医師やスタッフを講師に招き、交流を兼ねる。
- ・ 上記のような近隣講師に加え、著名な研究者等を組み合わせる。
- ・ 精神疾患の基本的知識やプライマリ・ケアに加え、難治性うつ、新型うつ病、発達障害、老年期精神病、危険ハープ、自殺予防、職場のうつ、G・P連携*など興味を持たれそうな内容を組み合わせる。
- ・ 症例検討に重きを置き、一般科医と精神科医の合同症例検討を行う。
- ・ 保健所や医師会役員、事業関係者などから、地域の自殺対策事業、精神保健福祉関係制度、精神科救急医療制度、G・P連携の試みなどの情報提供を行う。

2. 講演に加味する内容

- ・ 一般科医が精神科医に対して感じている疑問について理解を求める内容が入ると、連携の意識が高まる。例として、必要時予約がなかなか取れない、多剤・大量処方の問題等。
- ・ 一般科医と精神科医との連携を強めてもらいたい点(例として下記)を明確にすると、更に良い。
 - ① 精神科へ紹介したほうがよい患者の見極め
 - ② 精神科へ抵抗のある患者についても根気強く受診を勧めていく必要性
 - ③ 自殺企図歴・自傷行為のある患者について、精神科や地域保健との連携の重要性
 - ④ 精神科から一般科へ紹介する患者の困難と理解
- ・ 自殺リスクと自殺予防については、特別に取り上げることで関心が高まる。

3. 参加者を増やす工夫

- ・ 産業メンタルヘルス関連の内容を含み、産業医研修（日本医師会のポイント取得）を兼ねる。⇒産業医活動をされている一般科医の参加が増える。
(※産業医研修と認定できるのは、精神疾患早期発見・早期対応推進研修のみとなります。うつ診療充実強化研修は該当しませんので、ご注意ください。)

*G・P連携…一般科医と精神科医との連携

(Gは General Physician (一般科医)、Pは Psychiatrist (精神科医)の頭文字)

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？ プログラム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。

	役 立 た な い	ほ と ん ど	役 立 た あ ま り	ど ち ら と も い え な い	役 立 つ	役 立 つ と て も
1 演題等 (具体的にお書き下さい) ; (感想など)	1	2	3	4	5	
2 演題等 (具体的にお書き下さい) ; (感想など)	1	2	3	4	5	
3 演題等 (具体的にお書き下さい) ; (感想など)	1	2	3	4	5	

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

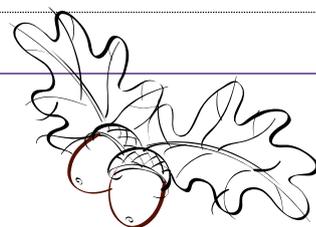
精神科との連携に関するアンケート

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 そ う 思 わ な い	ど ち ら と も い え な い	そ う 思 っ た か ら	そ う 思 っ た に 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こともあった	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かった	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こともよくあった	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



【報告Ⅱ】救急医療機関に自傷・自殺企図で救急搬送された患者についての実態調査報告

研究要旨

自殺対策において、ハイリスク者である自殺未遂者の再企図防止対策の必要性が指摘されている。

東京都内の救急医療機関を対象に、自傷や自殺企図で救急搬送された患者と医療機関の対応の実態調査を行い、再企図防止対策の課題を明らかにした。

救急搬送される患者の約1%が自殺企図・自傷により、受け入れは3次救急医療機関が多く、受け入れに偏りがあることがわかった。受け入れに消極的な医療機関も少なくない。

救急医療機関では、特別なマニュアルや研修は整備されていないところがほとんどで、自殺リスクの評価を行っている所は少なかった。院内に精神科があっても、自殺企図患者への関わりは多くなく、退院後の精神科受診先は本人・家族に探してもらうことが多い。地域の支援機関との連携は少なく、そのような自殺再企図防止のために動けるスタッフが全くいないところも少なくなかった。

自殺企図の手段の6割が過量服薬で、3か月以内の精神科受診歴がある者が多く、処方された向精神薬を過量摂取していることが多かった。繰り返しの企図であることも多い。搬送患者の16%は死亡し、既遂率の高い手段は縊首であった。

精神科受診歴のある患者が多いことから、自殺再企図防止のためには精神科医療機関へ情報共有をしながら確実につなぐことや、精神科医療以外の地域の生活支援などにつなぐなど多角的な支援が必要であると示唆された。

但し、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。これまでの先行研究から、初めての自殺企図で既遂される方のほうが多いことが分かっていることから、自殺未遂者対策に偏らない自殺対策が必要であることも忘れてはならない。

A. 研究目的

自殺対策において、再企図率の高いハイリスク者である自殺未遂者の支援の必要性が指摘されている。また、自殺企図で救急搬送された時が、問題が表面化し介入するチャンスでもある。

平成17年より実施されている「自殺対策のための戦略研究」の「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）では、救急医療機関に搬送された自殺未遂者について、定期的な対象者との面接等の介入（ケース・マネジメント）を行い、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ている。介入群で

は頻回のケース・マネジメントが実施され、対照群では通常治療に心理教育等を行う強化された通常介入が実施され、その結果、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か月においては有意な自殺再企図割合の減少効果が認められている¹⁾。

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、救急医療機関等に搬送又は自ら受診した自殺未遂者・希死念慮のある方など、自殺のリスクの高い方に対して、自殺防止のための支援に必要な連携の輪を作る相談窓口の運用を始めた。しかし、東京都内の救急医療機関で、自殺企図等で受診した患者への対応の実態はどのようになっているのか、このような支援事業のニーズはどのくらいあるのか、把握できてはいない。

そこで、本研究では、東京都内の救急告示医療機関に自傷・自殺企図で救急搬送された患者へ実際にどのような対応がなされているのか、再企図防止のための支援を推進するためには何が必要であるか、再企図防止のための精神科との連携、地域支援機関との連携を進めるにはどうしたらよいか、明らかにしようとした。

B. 研究方法

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。

質問紙 p.55【報告Ⅱ】資料1は2種類あり、ひとつは施設調査である。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。もう一つはケース調査であり、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。

(倫理面への配慮)

この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は、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などについて留意した。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 p.60【報告Ⅱ】資料2も同封した。

また、実施方法に倫理的な問題がないかを、平成26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。

C. 結果

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 か所から回答を得た(回収率 42.64%)。

無回答の医療機関へ電話で催促を行ったところ、「自殺企図・自傷患者の救急搬送受け入れはしていない」ことを理由に回答を断った医療機関が、わかっているだけで 20 件あった。

回答者は、事務職 49.09%、医師 19.09%、看護師 17.27%、ソーシャルワーカー 3.64%であった。

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 1 にまとめた。また、各救急医療機関の精神科標榜の有無による救急搬送患者数の比較表を表 2 にまとめた。

表 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(全救急搬送患者数が無回答であった 7 医療機関を除く)

	全機関	2 次救急医療機関	3 次救急医療機関
回答医療機関数	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

※ 2 次救急医療機関、3 次救急医療機関の別が不明である回答が 1 件含まれている

表2 精神科標榜の有無別平成26年4月～6月における自傷・自殺企図による搬送患者数(全救急搬送患者数が無回答であった医療機関を除く)

	精神科標榜あり		精神科標榜なし	
	2次救急	3次救急	2次救急	3次救急
回答医療機関数	25	6	70	1
全搬送患者数	20442	9886	32370	2005
自傷自殺企図搬送患者数	95	278	136	179
自傷自殺企図搬送患者数割合	0.46%	2.81%	0.42%	8.93%
自傷自殺企図搬送患者数平均値	3.80	46.33	1.94	-
自傷自殺企図搬送患者数標準偏差	9.34	27.78	5.22	-
自傷自殺企図搬送患者数最大値	38	100	40	-
自傷自殺企図搬送患者数最小値	0	20	0	-

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か月で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。

図1には、回答救急医療機関における精神科標榜の有無を示した。精神科標榜のある医療機関は37件(33.64%)であり、標榜をしていない機関の方が多かった。

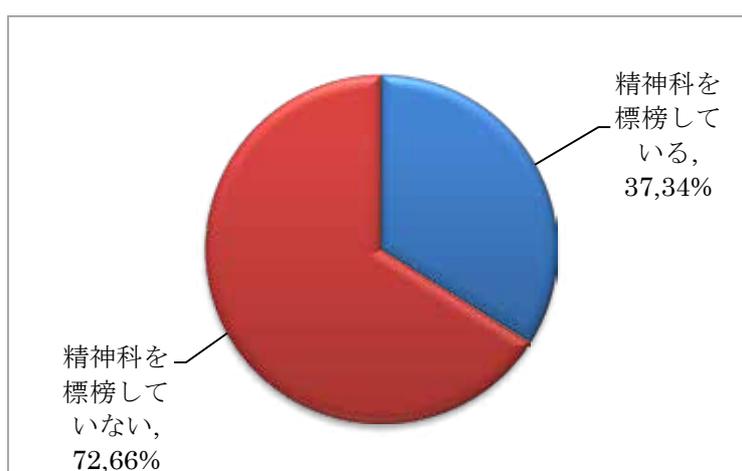


図1 精神科標榜の有無について(N=110)

図2～6には精神科を標榜している37件の医療機関において、精神科診療施設の設備、

勤務している精神科医の人数、精神科当直医の有無、自傷・自殺企図で搬送された患者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いるかという質問の回答結果をそれぞれ示した。

精神科の設備は外来のみであるという救急医療機関が 22 件であり、最も多かった。常勤および非常勤の精神科医の人数については、どちらも平均人数は約 3 人であり、1 人しかいないという機関が最も多かった。ただし、救急医療機関によっては常勤の精神科医が 16 人いるところや、非常勤の精神科医が 29 人いるところがあり、医療機関によって大きな差が見られた。精神科当直医は、常にいるという機関は 8 件であった。院内の精神科による診療やコンサルテーションについては、精神科医のいる医療機関であっても「あまりない」「まったくない」という回答が合わせて 48.65%に及んだ。

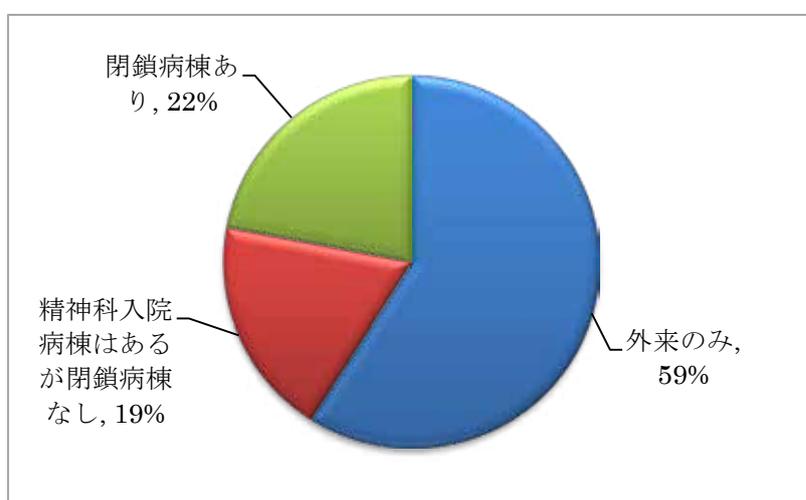


図 2 精神科診療施設の設備について(N=37)

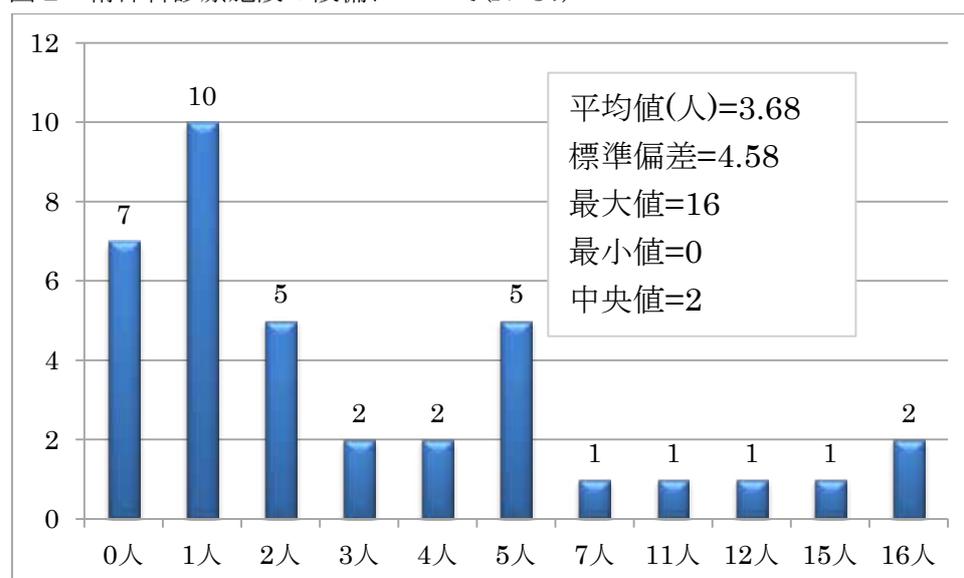


図 3 常勤精神科医の人数(N=37)

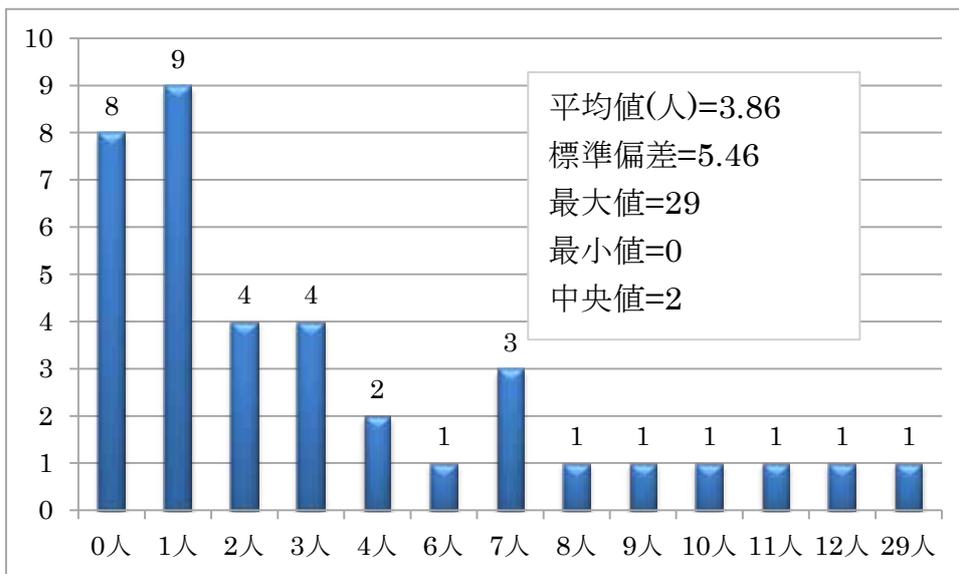


図4 非常勤精神科医の人数(N=37)

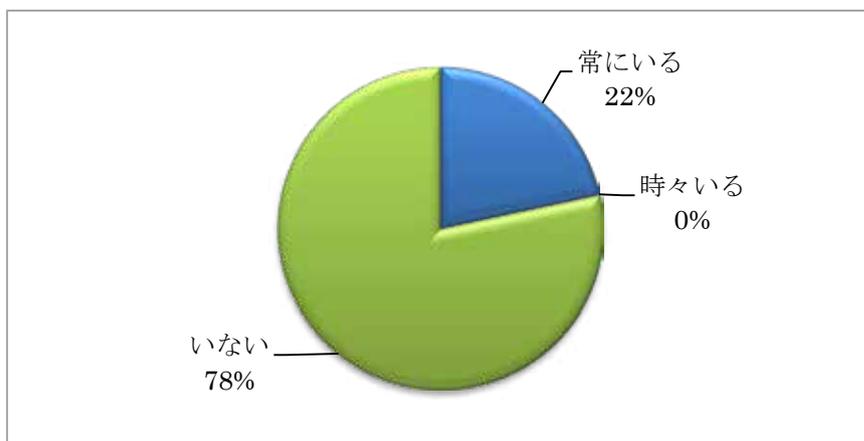


図5 精神科当直医の有無(N=37)

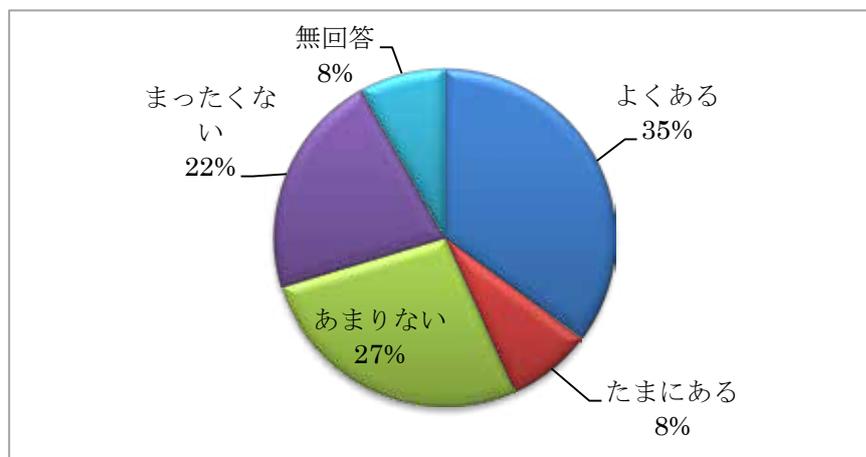


図6 自傷・自殺企図による搬送患者に対する院内精神科医の関わり(N=37)

図 7 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。

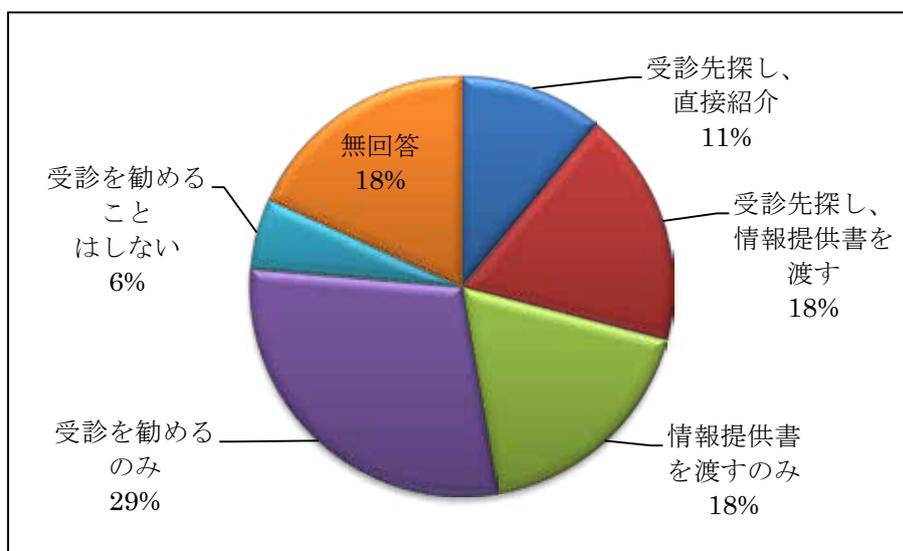


図 7 精神科受診の勧め方(N=110)

図 8 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。

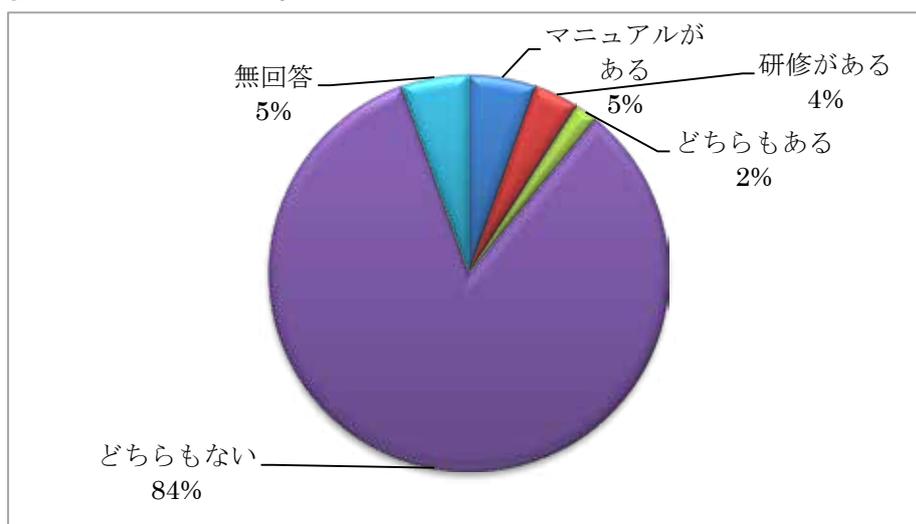


図 8 自傷・自殺企図患者への対応についての研修・マニュアルの有無(N=110)

図 9 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。

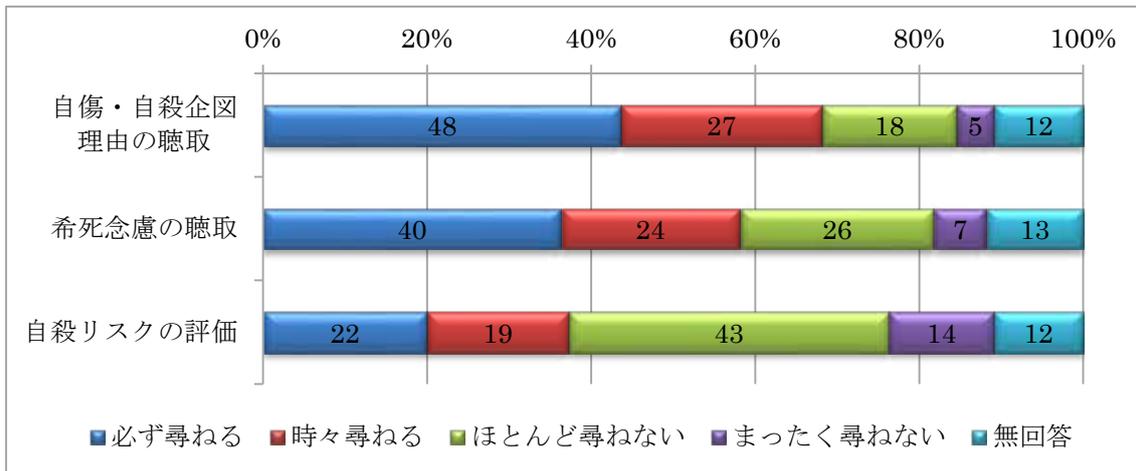


図 9 自傷・自殺企図の理由や希死念慮等の確認実施状況 (いずれも N=110)

マニュアルや研修、自傷・自殺企図の理由やリスクを評価する他に院内で再企図防止を目的として工夫していることについて自由記述で回答を求め、その回答結果を以下に示した。工夫としては精神科につなげる工夫が多く見られた。

- ・精神科受診を勧める
- ・精神科受診先を探す
- ・精神科のある病院に搬送してもらう
- ・近隣の精神科へ搬送するマニュアルがある
- ・近隣または自院精神科と連携
- ・精神科リエゾンチームが対応
- ・自傷についてのクリニカルパスの作成
- ・かかりつけ医への情報提供
- ・独りにしない
- ・家族を含めて話をする
- ・ケースワーカーが介入する
- ・環境整備に気を配っている

図 10 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。

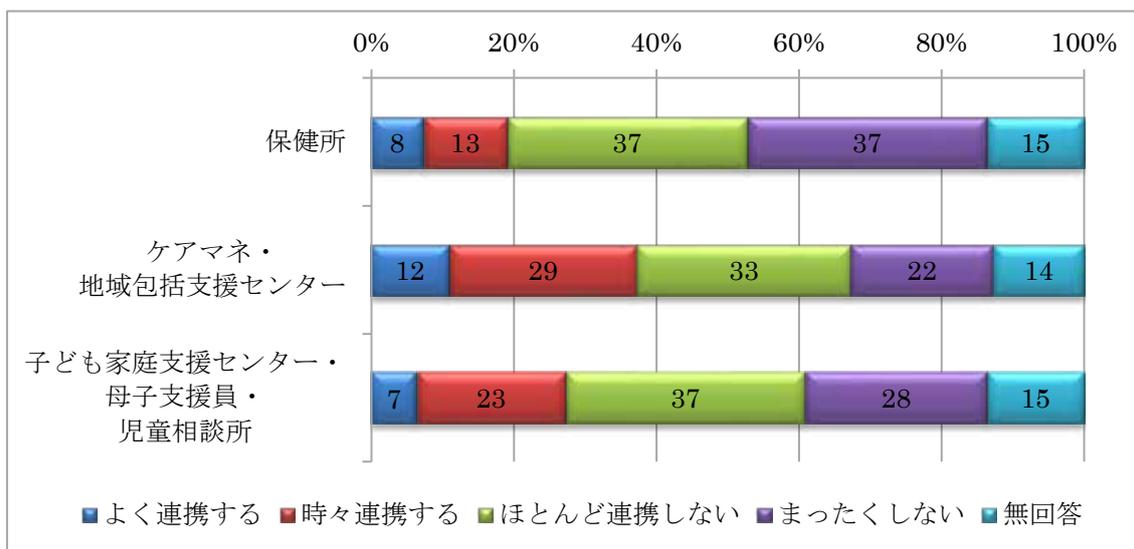


図 10 自傷や自殺企図をした患者の再企図防止のために連携をとる機関について(N=110)

図 11 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ないという機関が最も多く 29 件 (26.36%) を占め、そのすべてが 2 次救急医療機関であった。

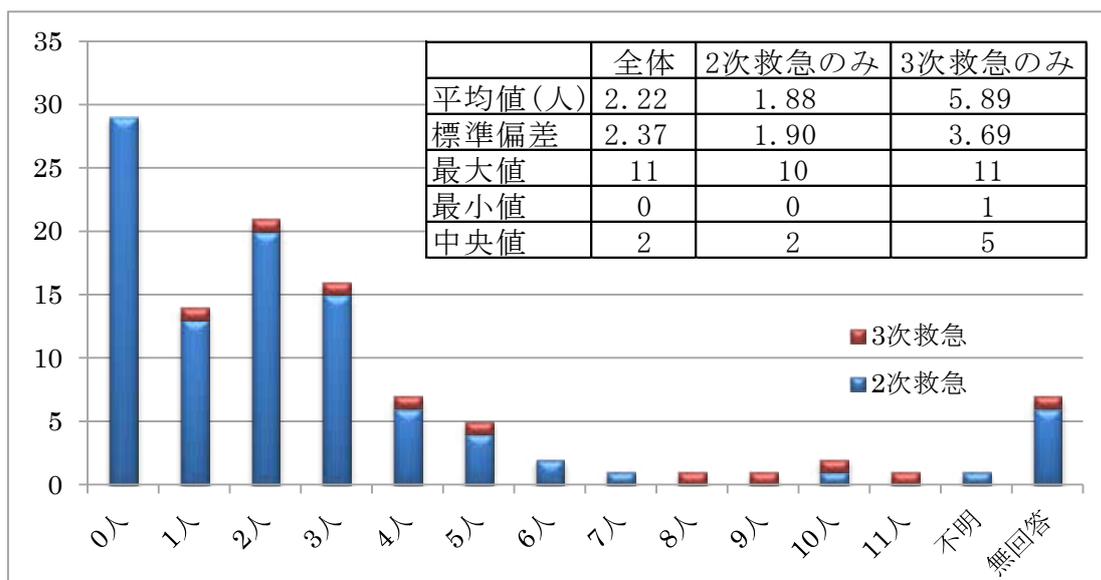


図 11 地域生活支援のために動くことのできるスタッフの人数(N=110)

図 12 は、p.61【報告Ⅲ】東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業「東京都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 12 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。

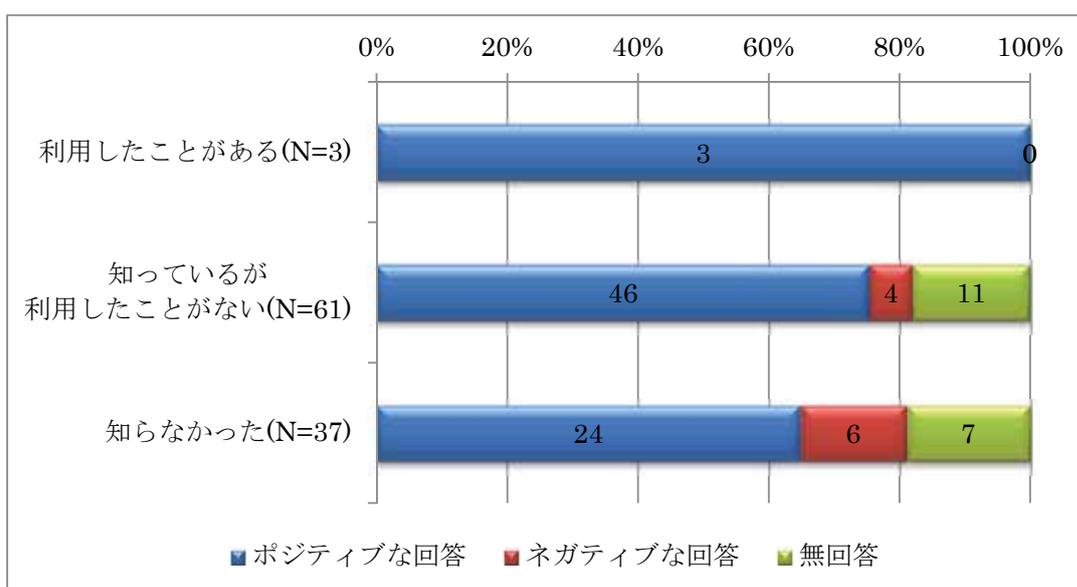


図 12 東京都ころといのちのサポートネットに対する考え

図 13 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。

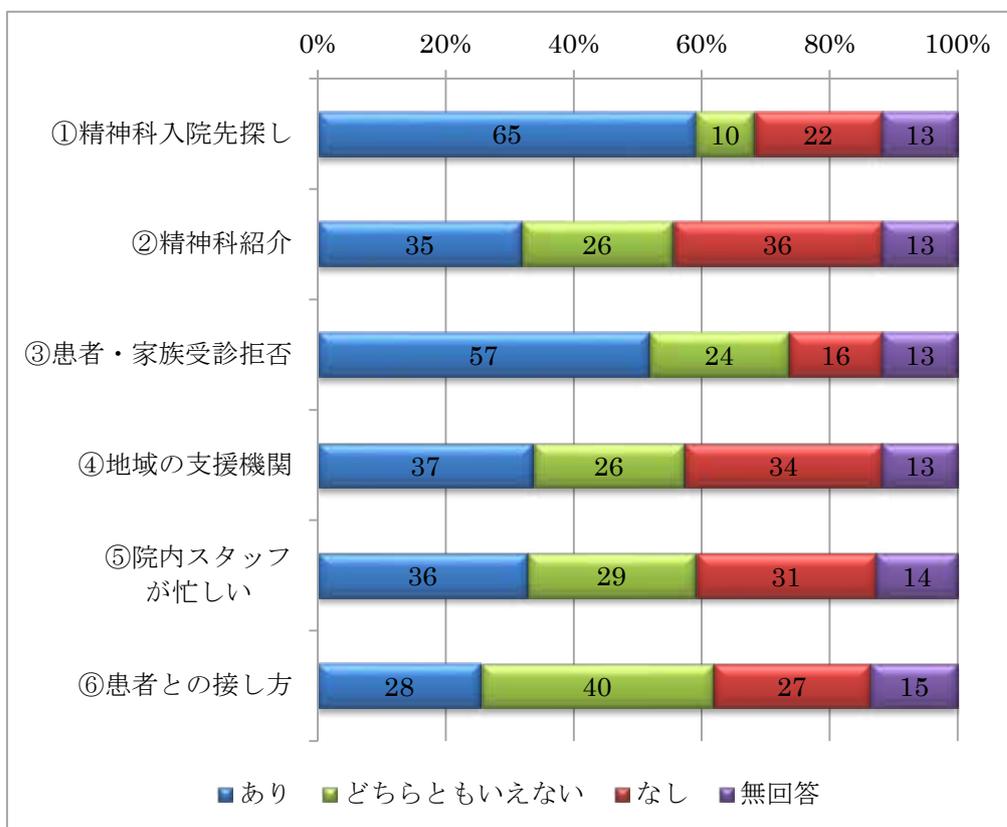


図 13 自傷・自殺企図で搬送された患者の対応における困難

自傷・自殺企図で搬送された患者の対応で困難なことについての自由記載では、次のように「夜間の場合」の指摘が複数あった。また、精神科入院施設との連携がまったくないところや、精神科患者の場合は断っているところもあった。自殺再企図リスクの判断に困難を感じているという回答も見られた。

- ・夜間での精神科対応病院を探すのは困難
- ・保健所等は夜間連絡出来ない
- ・夜間の受け入れ先わからず、とりあえずひまわりに連絡している
- ・転院等では受け入れ先がまったくない
- ・心療内科や精神科のクリニックでは患者さんに内服を処方しているが救急時(薬中)は受け入れしない
- ・精神科の患者の救急搬送は受け入れ出来ないとのことで断っている状況である(内科医)
- ・精神科救急の充実と円滑な連携方法の確立を希望する
- ・その人が今後自傷、自殺するのかの判断はむずかしい

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お願いし、合計 236 ケースの質問紙を回収した。

図 14 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。

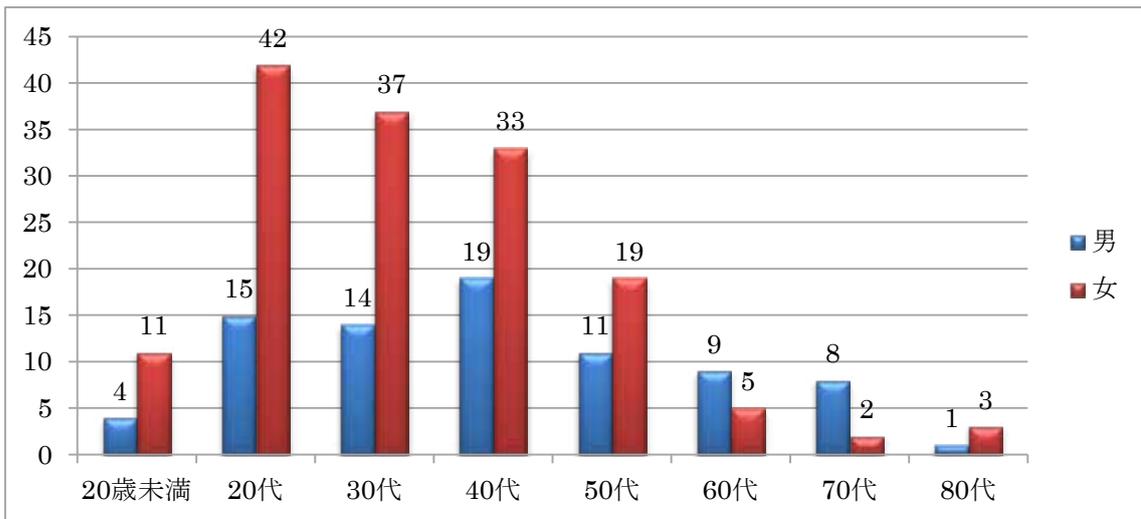


図 14 自傷・自殺企図で搬送された患者の年齢と性別(無回答、不明を除く N=233)

図 15 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 時台～0 時台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。

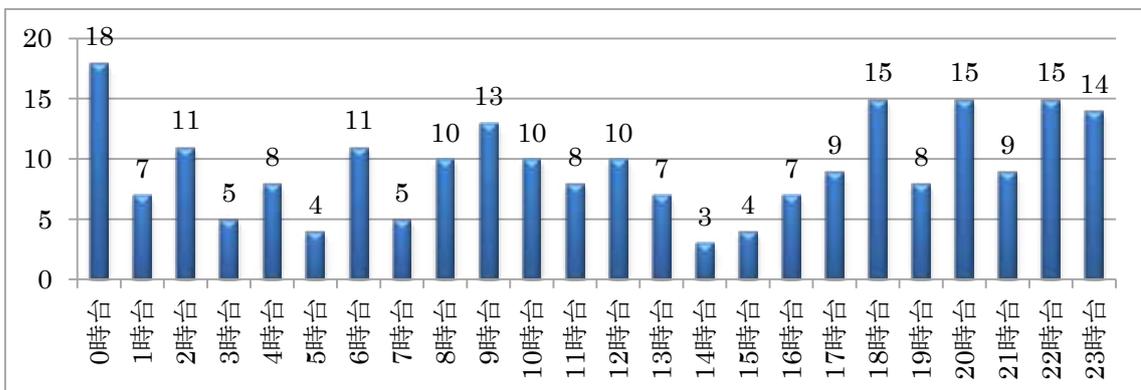


図 15 救急搬送されてきた時間帯(無回答除く N=226)

図 16 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。

男女の割合でみると、リストカットや過量服薬は女性が多い。焼身の 1 名は女性で、その他のガス 2 名は男性であった。

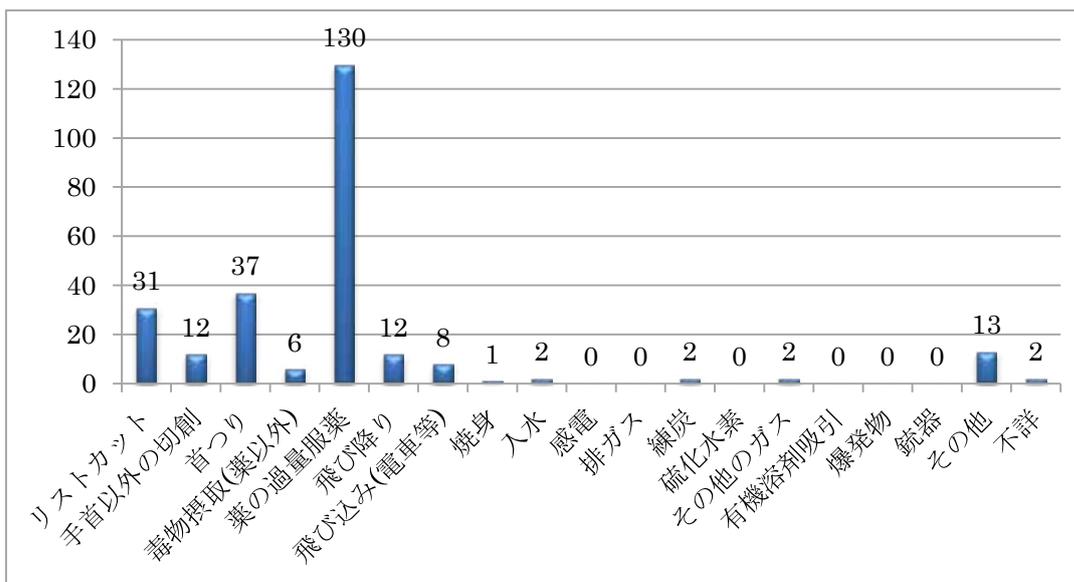


図 16 自傷や自殺企図の方法(無回答除く N=233、複数回答のため回答数合計 258)

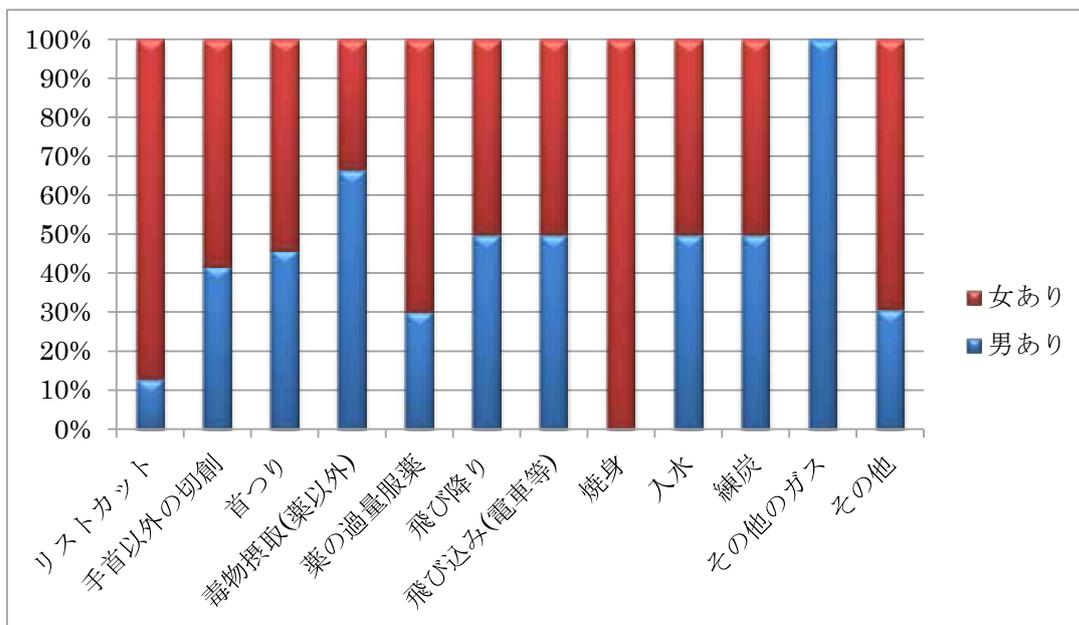


図 16-2 自傷や自殺企図の方法別男女の割合(無回答除く N=233、複数回答のため回答数合計 258)

図 17 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。

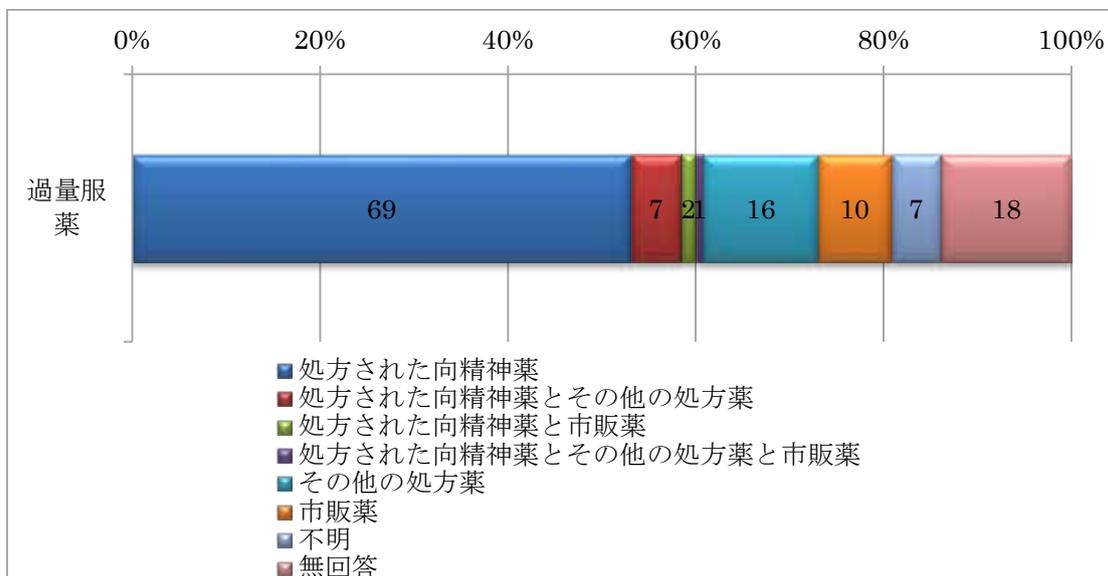


図 17 過量服薬の詳細(N=130)

図 18 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)。

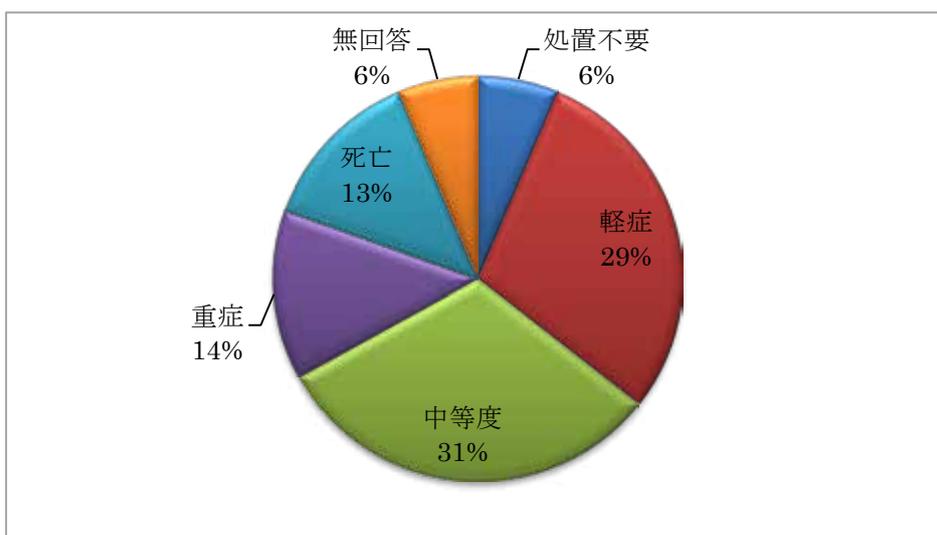


図 18 搬送時の身体面の重症度(N=236)

表 3 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 19）は、複数回答を含め、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%）あった。（百分率は、ケース数を母数にしている。）

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

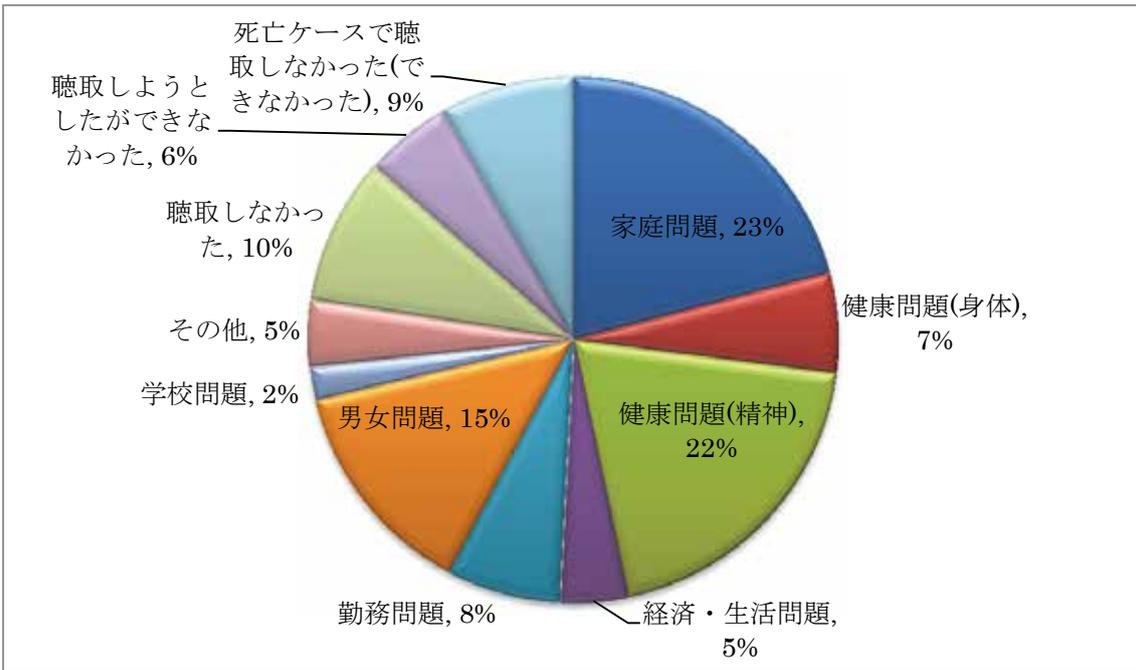


図 19 自傷・自殺企図の理由(無回答を除く N=218 複数回答のため合計 244 回答)

既遂ケースを抽出して自殺理由を見ると(図 19-2)、聴取できなかったケースが多いが、聴取できた中で見ると、健康問題(精神)と健康問題(身体)が多く占め、家庭問題などのその他の理由は少なかった。

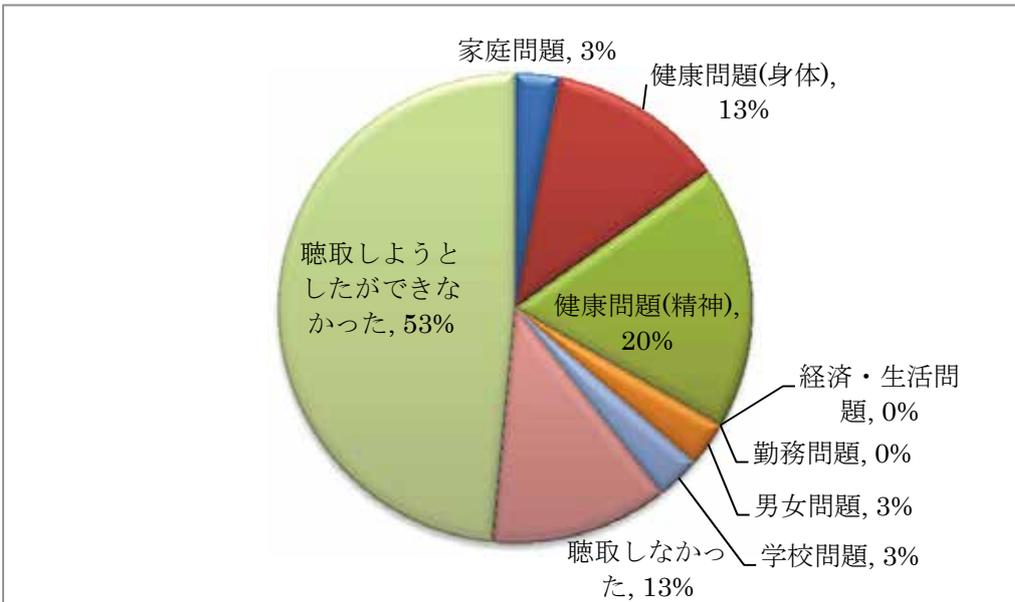


図 19-2 既遂ケースの自殺理由(無回答を除く N=30 複数回答のため 33 回答)

図 20 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 20 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 21)。受診歴のある者について受診先の内訳をみると (図 22)、92 名 (58.97%) が精神科診療所であった。

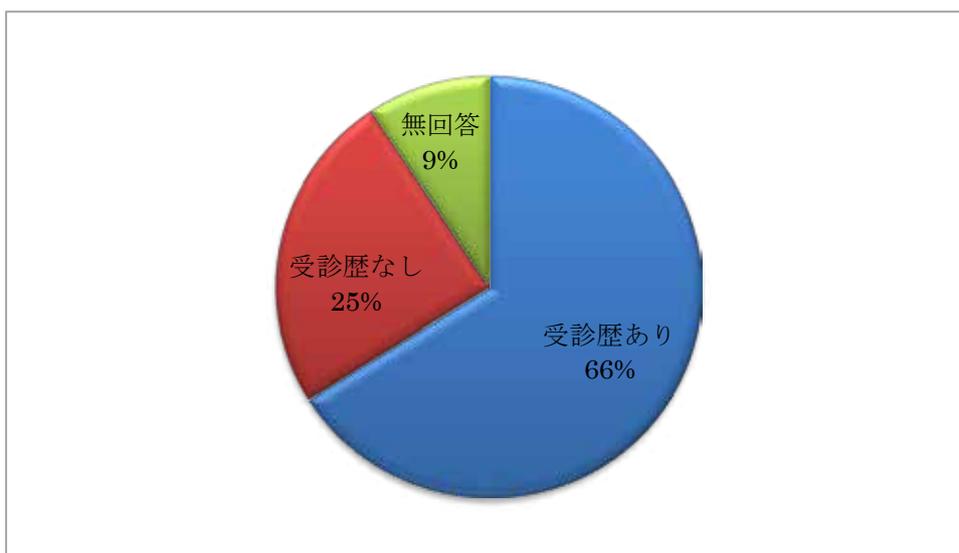


図 21 精神科受診歴について(N=236)

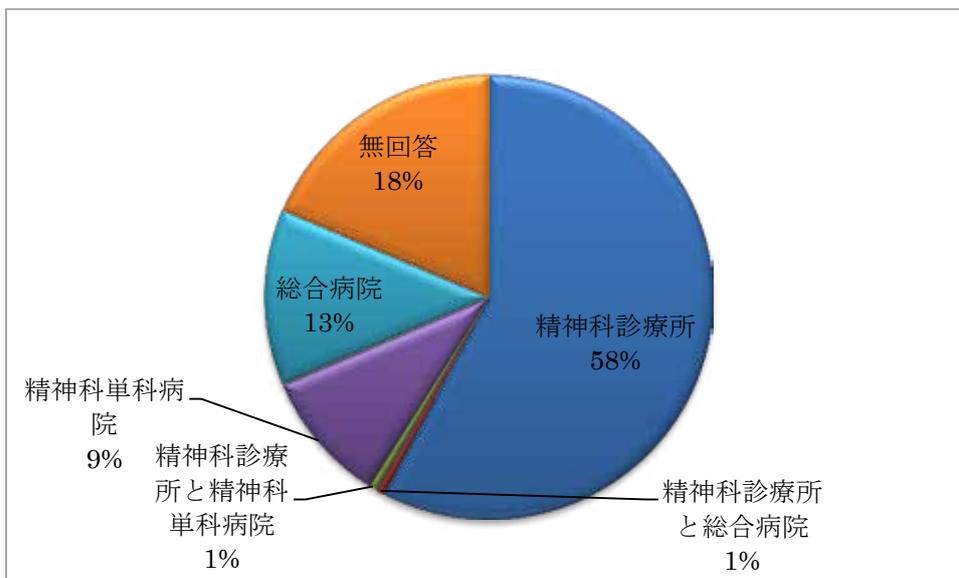


図 22 精神科受診歴のある者の通院先について(N=156)

病名リスト	
F0.	認知症・器質性精神障害
F1.	薬物・アルコール
F2.	統合失調症
F3.	躁・うつ・気分障害
F4.	パニック・強迫・神経症
F5.	摂食障害・睡眠障害等
F6.	人格障害
F7.	精神遅滞
F8.	発達障害
F9.	行動・情緒障害
G40.	てんかん

精神科受診歴のある患者の病名の内訳をみると（図 23）、気分障害（F3）が最も多く、37.82%を占めていた。受診歴のない患者について、疑われる疾患を書いてもらったところ、うつ病 6 名、人格障害 3 名、不安障害 2 名、適応障害 2 名、統合失調症、認知症、アルコール依存症、軽度精神遅滞が各 1 名であった（図 24）。

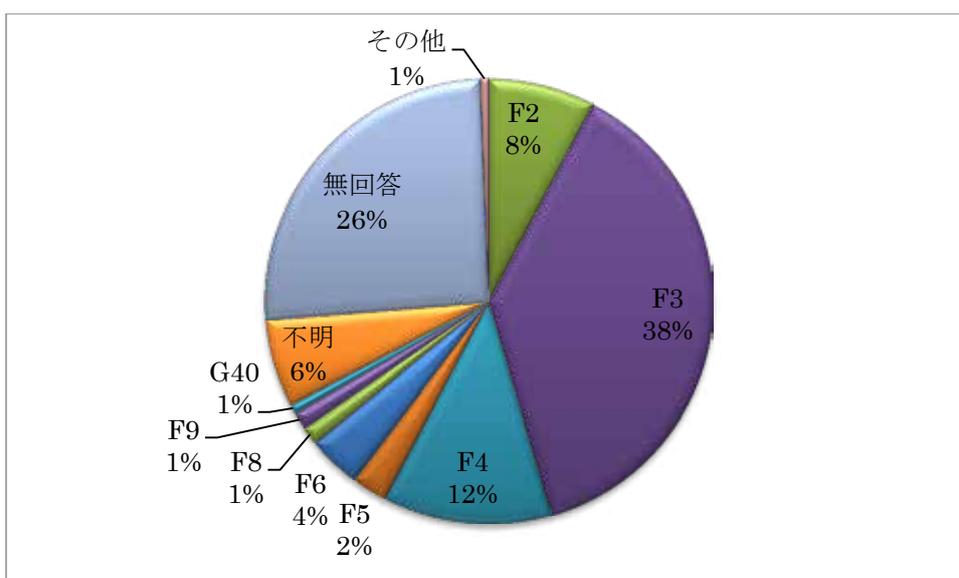


図 23 精神科受診歴のある患者の診断病名(N=156)

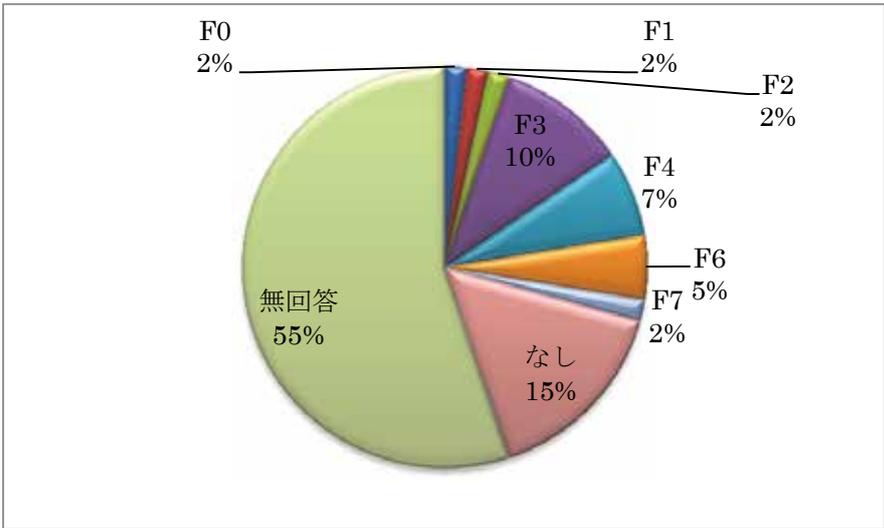


図 24 精神科受診歴のない患者の疑われる疾患名について(N=58)

図 25 には精神科受診歴のある患者の直近 3 か月以内の通院歴を示した。3 か月以内の通院歴がある者が 45.51%に及び、ない者は 7.05%であった。

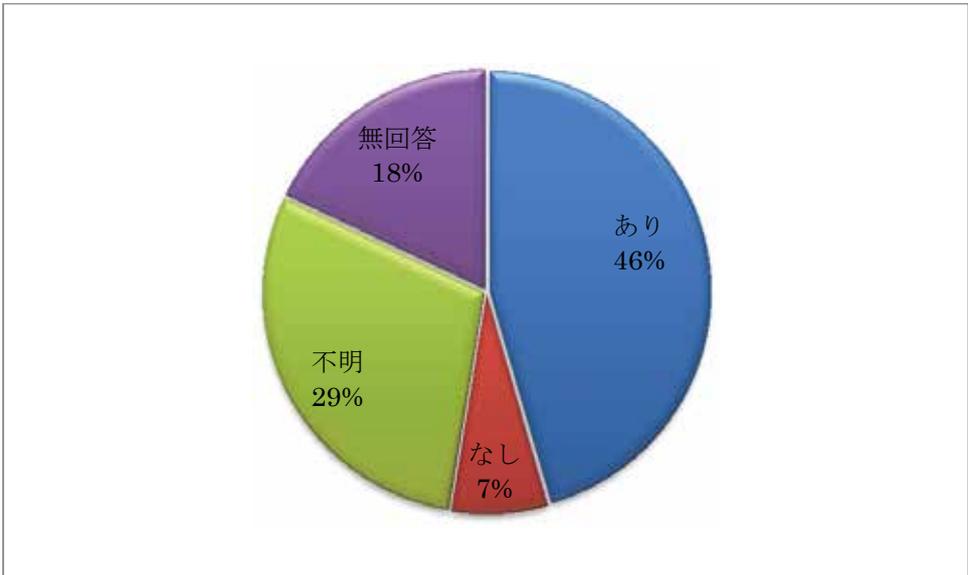


図 25 直近 3 か月以内の精神科通院歴について(N=156)

図 26 には精神科受診歴のある患者の精神科入院歴を示した。不明という回答が 52.56% に及んだ。



図 26 精神科入院歴について(N=156)

調査対象病院を退院した後の転帰（図 27）は、146 名（61.86%）が帰宅していた。37 名（15.68%）が死亡、精神科への転院が 27 名（11.44%）あることがわかった。転帰において「その他」と回答のあったケースについては、「警察が引き取った」、「入院中」といったケースであった。

調査対象病院へ入院したケースの入院期間は（図 28）、1 泊 2 日が最も多かったが、最長 91 日まで長引くケースもあり、平均では 5.87 日であった。

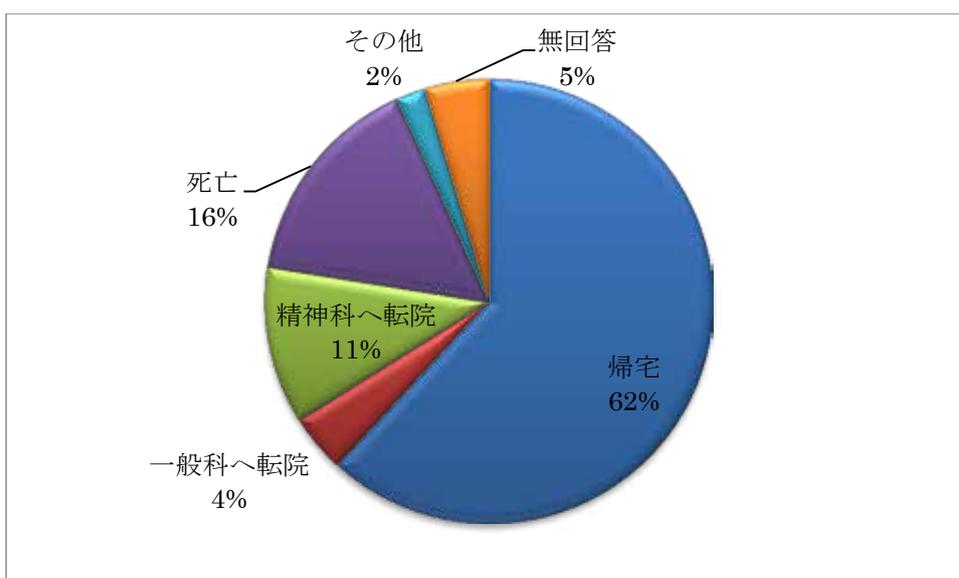


図 27 調査対象病院を退院した後の転帰(N=236)

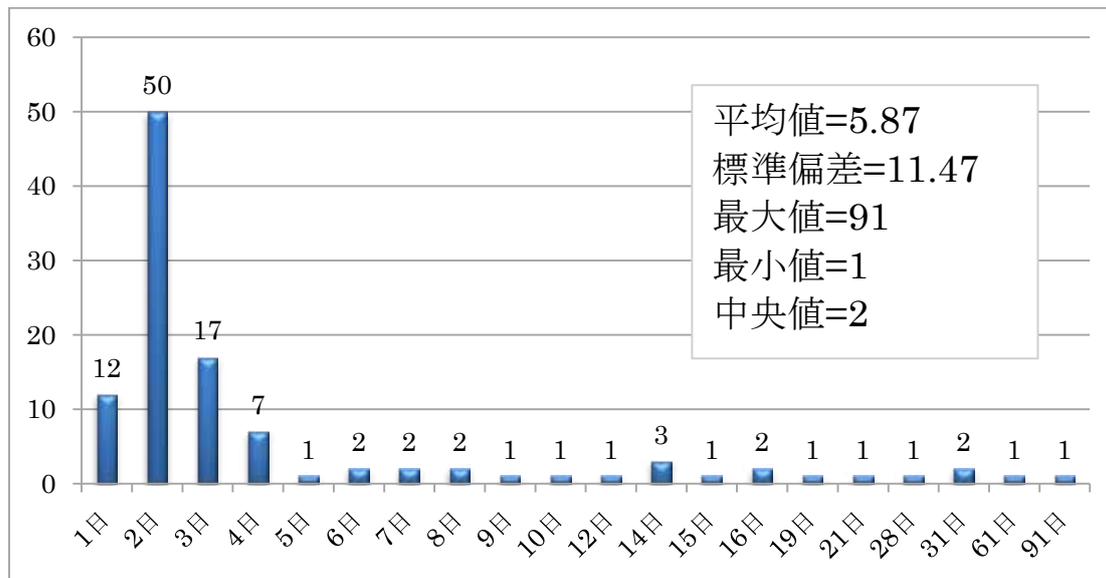


図 28 調査対象病院へ入院となった患者の入院期間(N=109)

自宅へ帰すという転帰になった患者について、精神科との連携を取ったかどうか、取るとしたらどのような手段をとったかについて尋ねたところ、65名(44.52%)は連携を取っていないことがわかった(図 29)。49名(33.56%)は連携を取っているが、直接連絡を取り合ったのは11名(7.53%)に過ぎず、残りは紹介状を本人や家族に持たせたのみであった。

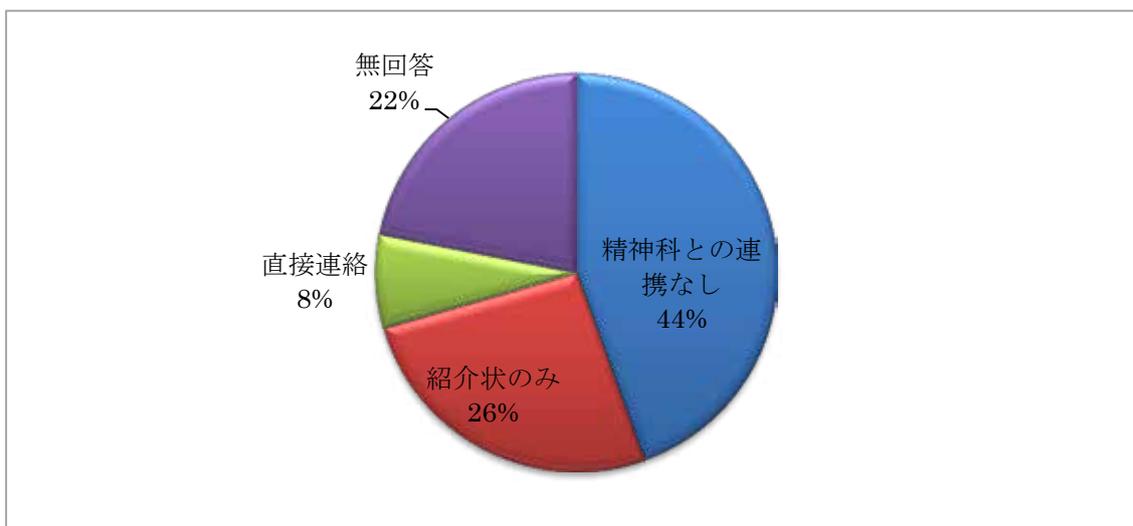


図 29 帰宅という転帰であったケースの精神科との連携について(N=146)

図 30 は、一般科へ転院となった患者について、転院先の病院をどのように探したかを示した。自院で探したというケースが最も多かった。

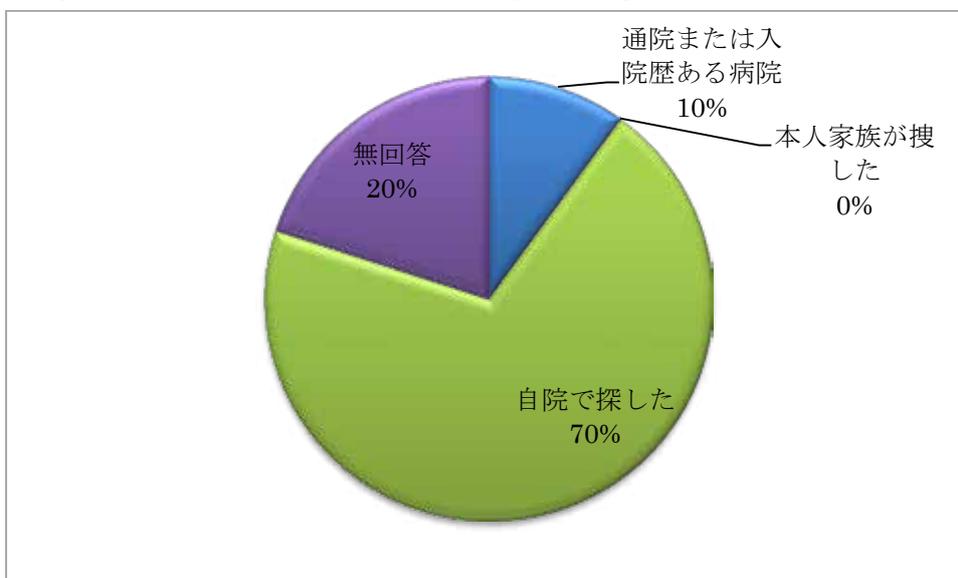


図 30 一般科へ転院となったケースの転院先について(N=10)

図 31 は、精神科へ転院となった患者について、転院先の病院をどのように探したかである。一般科への転院と同じく、自院で探したというケースが最も多かったが、一般科と異なり本人・家族が捜したケースもあった。



図 31 精神科へ転院となったケースの転院先について(N=27)

当該患者について困難だったことについて自由記載欄を設けたが、「東京ルールにて搬送」という記載が 7 ケース見られ、救急搬送時に搬送先選定困難事例であったことが見受けられる。

その他、「家族が遠方」「家族が関わり拒否」などで、警察に保護を求めたり、外来ベッドで過ごしてもらうなどの困難があったことが記載されていた。

「2日連続」「本気度が高かった」「身体的にはICUレベルではなくなってからも、管理上一般病棟に出せず困った」などが見られた。

D. 考察

【自傷・自殺企図で救急搬送される患者の受け入れには偏りがある】

自傷・自殺企図によって救急搬送される患者数は、全救急搬送数の約1%であった。しかし、医療機関によってその数にバラつきが大きく、2次救急医療機関よりも3次救急医療機関の受け入れが8.7倍も多かった。最も多いところでは3か月で179件（全救急搬送者数の8.9%）であったが、一方で回答した2次救急医療機関の6割近くは、3か月間での受け入れ件数が0件であった。回答していない医療機関の中には、「自傷・自殺企図による救急搬送は受け入れていない」という理由で回答しなかったところも20件以上あった。

医療機関によって、自傷・自殺企図によって救急搬送される患者の受け入れについての考え方が大きく異なり、受け入れ医療機関には偏りがあることが明らかになった。

今回の調査では、自力で受診する患者は含まれていない。自力で受診できる軽症の自傷・自殺企図患者については2次救急医療機関で多く受け入れているかもしれない。

今回の調査の対象患者は、身体症状の軽症・中等症を合わせると60%であった。それらは本来2次救急が受けるべき患者と考えられる。精神疾患合併というだけで2次救急の受け入れがされず、3次救急医療機関が受け入れているという実態がうかがわれる。一般科と精神科の今後の連携強化により、2次救急の自殺未遂患者の受け入れが進む可能性が示唆される。

【救急病院において、自殺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

同院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、関わりをあまり持たない医療機関よりも少なかった。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。

・自殺再企図防止のためのマニュアルはなく、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病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。紹介状を持たせられている場合もあるが、ケース調査の44%はそれも行っていなかった。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。

救急医療機関から直接、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。

【自殺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、精神科転院探しで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。

【自殺再企図防止には、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。山田らの2012年の報告²⁾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。

多くは1泊で帰宅しているが、3か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、自殺再企図防止には、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。

E. 文献

- 1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センターホームページ 平成 26 年 9 月 8 日プレスリリース詳細 http://www.ncnp.go.jp/press/press_release140908.html.
- 2) 山田朋樹・日野耕介：救命救急センターにおける過量服薬と危機介入. 第 107 回 日本精神神経学会学術総会 シンポジウム. 2012

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、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に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

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、その精神科医宛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

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どちらもありません

(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

(2) (1)以外で、再企図防止の為に連携を取ることがある機関がありましたら、具体的に教えてください。

(3)自傷・自殺企図で救急搬送された患者様の地域生活支援のために動くことのできるスタッフ（ケースワーカー等）が、貴院に何人いらっしゃいますか？

約 人

(4)平成 26 年度開始された「東京都自殺未遂者対応連携支援事業～東京都こころといのちのサポートネット～」をご存知ですか？利用についてはどのように考えておりますか？

※同封の事業案内チラシをご参照ください

- ① 利用したことがある ⇒ ア. 役に立った イ. 役に立たなかった
 ② 知っているが利用したことがない ⇒ ア. 利用したい イ. 興味はない
 ③ 知らなかった ⇒ ア. 事業内容を詳しく知りたい イ. 興味はない

5. 自傷・自殺企図で救急搬送された患者様について、再企図防止のための対応を行う上での課題についてお伺いします。

(1)以下の困難や課題について、そのような状況がどれくらいあるか、もっともあてはまる番号に○をつけてください。

		まったく ない	あまり ない	どちら も い え な い	たま に あ る	よく あ る
①	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	1	2	3	4	5
②	精神科外来受診させたいと思っても、どこの精神科を紹介していいかわからない	1	2	3	4	5
③	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	1	2	3	4	5
④	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	1	2	3	4	5
⑤	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	1	2	3	4	5
⑥	自傷・自殺企図した患者様への接し方がわからない	1	2	3	4	5

(2)その他、自傷・自殺企図で救急搬送された患者様への対応で困難と感じていらっしゃることや、救急医療機関から見える自殺防止のための課題などがありましたら、お書きください。

貴医療機関名	ご記入者	職種
--------	------	----

ご協力どうもありがとうございました

調査票Ⅱ(ケース調査)

※自損(自傷や自殺企図)で救急搬送された患者様おひとりに一枚ずつお書きください

受診日時 月 日 時 分 性別年齢 男・女 () 才

1. 救急搬送に至った自損(自傷や自殺企図)の内容

※あてはまるものすべてに○ 過量服薬は内容に○

<input type="checkbox"/>	リストカット	<input type="checkbox"/>	手首以外の切創	<input type="checkbox"/>	首つり	<input type="checkbox"/>	毒物摂取(薬以外)	
薬の過量服薬 → (処方された向精神薬・その他の処方薬・市販薬・不明)								
<input type="checkbox"/>	飛び降り	<input type="checkbox"/>	飛び込み(電車等)	<input type="checkbox"/>	焼身	<input type="checkbox"/>	入水	
<input type="checkbox"/>	感電	<input type="checkbox"/>	排ガス	<input type="checkbox"/>	練炭	<input type="checkbox"/>	硫化水素	
<input type="checkbox"/>	その他のガス	<input type="checkbox"/>	有機溶剤吸引	<input type="checkbox"/>	爆発物	<input type="checkbox"/>	銃器	
<input type="checkbox"/>	その他(具体的に:						<input type="checkbox"/>	不詳

2. 身体面の重症度 ※あてはまる項目一つに○

<input type="checkbox"/>	① 処置不要	}
<input type="checkbox"/>	② 軽症:身体的問題に基づく入院の要件はない	
<input type="checkbox"/>	③ 中等度:身体的治療目的で入院を要するものの,生命の危険は少ない	
<input type="checkbox"/>	④ 重症:生命の危険があるため,身体的治療目的の入院が必要である	
<input type="checkbox"/>	⑤ 死亡:搬入時点で死亡を確認	

3. 貴院における入院日数 泊 日 ※入院中の場合は見込みでお書きください<

4. 自損(自傷や自殺企図)の理由 ※あてはまるものすべてに○

<input type="checkbox"/>	家庭問題	<input type="checkbox"/>	健康問題(身体)	<input type="checkbox"/>	健康問題(精神)	<input type="checkbox"/>	経済・生活問題
<input type="checkbox"/>	勤務問題	<input type="checkbox"/>	男女問題	<input type="checkbox"/>	学校問題	<input type="checkbox"/>	
その他(具体的に:							
<input type="checkbox"/>	聴取しなかった			<input type="checkbox"/>	聴取しようとしたができなかった		

5. 自損(自傷や自殺企図)による救急搬送歴

① なし ② 1回 ③ 2回 ④ 3回以上 ⑤ 不明

6. 精神科受診歴 ※あてはまる項目一つに○ 右項目にも記入

<input type="checkbox"/>	①通院歴あり	病名() 通院先 ①精神科診療所 ②精神科単科病院 ③総合病院 直近3か月以内の通院歴 ①あり ②なし ③不明 精神科入院歴 ①あり ②なし ③不明
<input type="checkbox"/>	②受診歴なし	疑われる疾患()・なし

7. 転帰 ※あてはまる項目一つに○ 右項目にも記入

<input type="checkbox"/>	①帰宅	精神科との連携(なし・紹介状のみ・直接連絡)
<input type="checkbox"/>	②一般科へ転院	通院または入院歴ある病院・本人家族が捜した・自院で捜した
<input type="checkbox"/>	③精神科へ転院	通院または入院歴ある病院・本人家族が捜した・自院で捜した
<input type="checkbox"/>	④死亡	
<input type="checkbox"/>	⑤その他	(施設入所等,具体的に:)

8. その他、この患者様への対応で困難なことなどがありましたらお書きください

--

当院に受診されたみなさまへ

—救急搬送された患者様の精神保健に関する実態調査を行っています—

2014年10月

私どもは、救急病院でより良い対応を行うためにはどのようなことが必要かを主に精神保健の面から検討したいと考えております。

そこで、東京都内の救急病院において、救急搬送された患者様に対する精神保健面の対応状況を把握するために、実態調査を実施いたします。

平成26年10月1日から10月31日までに当院に救急搬送された患者様について、搬送時の年齢、性別、搬送時の状態(重症度など)のデータをご提供させて下さい。調査に関する全てのことは当院のスタッフが行いますので、みなさんに特別な作業をしていただくことは一切ありません。個人名や住所など、個人が特定出来る情報は一切取り扱いません。

この調査で得られたデータは、プライバシー保護に関する最大限の配慮がなされた上で一ヶ所に集められ、他の病院から集められたデータと合わせて集計分析します。分析の結果は、研究報告書や医学専門誌に掲載されたり、学会において発表されるなど、これからの医療の現場に活かされます。どのような場合でもみなさんのプライバシーは厳重に管理され、ご提供いただいたデータから患者様の身元が明らかになることは絶対にありません。

わからないことやご質問がありましたら、当院の_____ (電話: _____)までお問い合わせください。

なお、本研究は公益社団法人東京都医師会が実施しております。

「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」

公益社団法人 東京都医師会

【報告Ⅲ】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」実績の分析

研究要旨

自殺対策において、自殺リスクが高い自殺未遂者の再企図防止の必要性が指摘されている。自殺未遂時に、精神科医療や必要な支援に繋いでいく必要があると考えられる。一方、地域における連携推進には「連携システム」が必要であるとする一般科医が多いことが分かっている。

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（以下「サポートネット」という。）」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、その後の自殺企図防止のための支援に必要な連携を推進するための「連携システム」である。

事業が立ち上がって7か月余りの期間に、139 件の相談があり、最も多い相談者は救急医療機関であった。依頼の目的は精神科入院であることが多いが、助言をするだけで終了するケースも少なくなかった。その中でも、サポートネットのスーパーバイザーの精神科医が、一般科医へ助言することで身体治療を継続することができるケースが3ケースあった。直接ではないが、サポートネットの相談員が精神科医等からスーパーバイズを受けて支援したケースが46件あった。連携システムにおいては、精神科医によるコンサルテーションは不可欠である。

また、本人や家族と直接電話で話したり、面接や同行を行うことも少なくなかった。

自殺リスクが高く、関わりの難しいケースでは、長期にわたっていくつもの機関との調整、家族調整などを行ったケースもある。一度医療機関や地域の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。

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」などでは、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。平成 25 年度の分担研究「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」においては、医療連携や地域連携を推進するために最も必要と思われることは「連携システム」であることがわかった¹⁾。

平成 17 年より実施されている「自殺対策のための戦略研究」の「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）では、救急医療機関に搬送された自殺未遂者について、定期的な対象者との面接等の介入（ケース・マネジメント）

を行い、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ている。介入群では頻回のケース・マネジメントが実施され、対照群では通常治療に心理教育等を行う強化された通常介入が実施され、その結果、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か月においては有意な自殺再企図割合の減少効果が認められている⁵⁾。

連携を推進するための取り組みは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²⁾。

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、支援に繋げる一方で、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⁴⁾。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。

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では、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3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³⁾。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。

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（以下「サポートネット」という。）」が開始され、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、その後の自殺企図防止のための支援に必要な連携の輪を作る試みが始まった。

そこで、サポートネットに相談のあったケースの分析を行い、「連携システム」の有効性と課題を明らかにしようとした。

B. 研究方法

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11日から運用が開始された p.75 (【報告Ⅲ】[資料1](#)参照)。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への自殺防止のための相談を受け付けている。相談受付は、年中無休で9時から17時まで開設されている。

サポートネットでは、精神保健福祉士、臨床心理士、精神科看護師などの相談員が相談

を受け、支援を行う。支援方法としては、相談者である機関スタッフへの助言や機関紹介、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繋ぎ、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ことができる。相談員だけでは判断できない場合に、精神科医や経験の長い保健師や精神保健福祉士が、電話やメール等で即時にスーパーバイズできるバックアップ体制が準備されている。また、月に1回程度の事例検討会を設け、スーパーバイザーの意見をもらいながら対応方針の決定などを行っている。

平成26年7月11日から平成27年2月23日までの間にサポートネットに対応し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結果を参照し、分析した。なお、個人を特定できるような情報は扱わないこととした。

C. 結果

サポートネットを開設して7か月余りの間に、139件の相談があった。相談者の内訳は図1に示したとおりで、一般科救急病院からが最も多く30件、次いで精神科のある総合病院からと、警察からがそれぞれ18件、次いで精神科診療所が13件、保健所、一般科診療所、本人や家族からも相談があった。

相談は平日に集中し、土日祝日には新規の相談は139件中9件のみである。

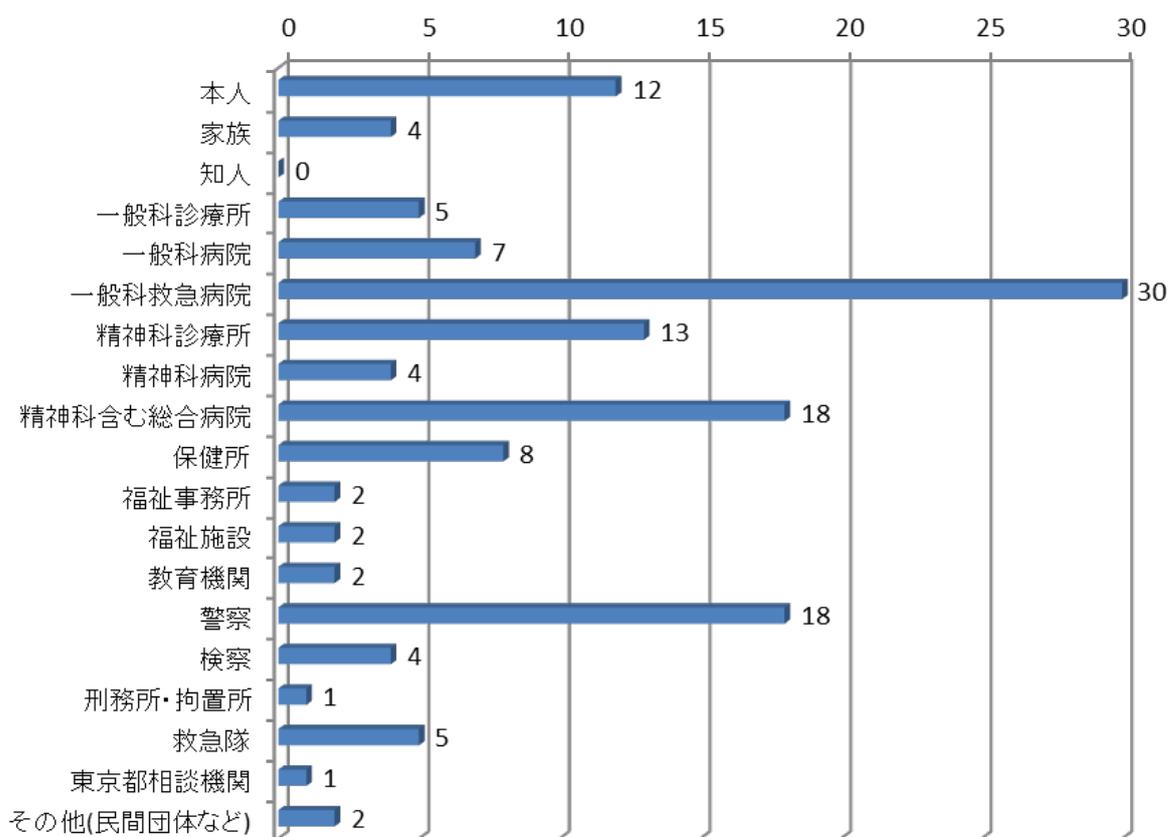


図1 相談者の所属 (N=139)

対象者は男性と女性がほぼ半数で（図2）、年代は30代が31人（22%）で最も多く、次いで40代が22人（16%）となっているが、10代から80代まで幅広く利用されている。事業に対する問合せ等が主な目的の場合は、対象者不明とした。

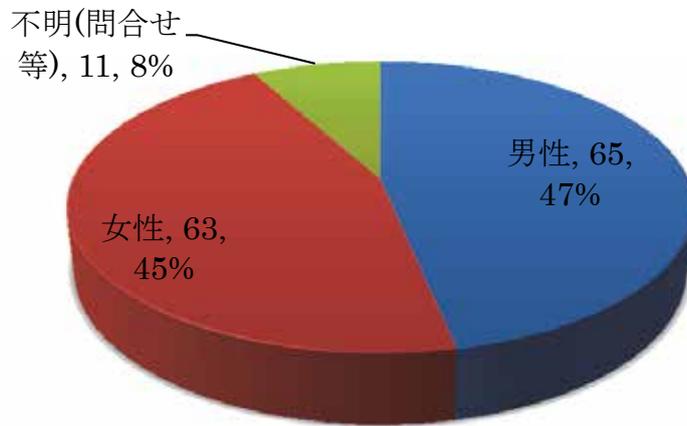


図2 相談対象者の性別（N=139）

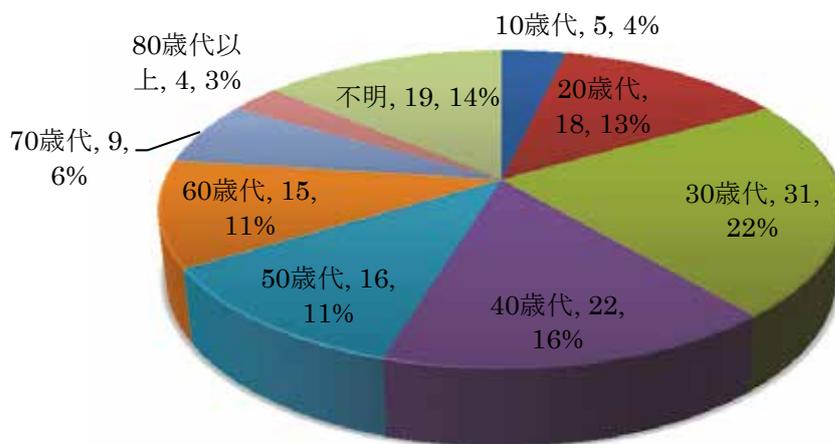


図3 相談対象者の年代（N=139）

相談者からの対象者の症状に関する主訴は、「希死念慮・自殺企図・自傷行為」合わせて58件（41.7%）を占め、次いで「自殺企図・自傷の可能性のある精神症状」が42件（30.2%）である。「自殺企図・自傷の可能性のある精神症状」とは、例えば、幻覚妄想による飛び出し等の危険行為、うつ症状等による身体疾患の治療拒否や飲食の拒否など、放置すれば身体や生命の安全が危ぶまれる状態である。

事業開始から間もないことから、問い合わせや目的外である悩み相談なども若干含まれ

ている。なお、症状が複数ある場合は、最も重い症状を主訴とした。

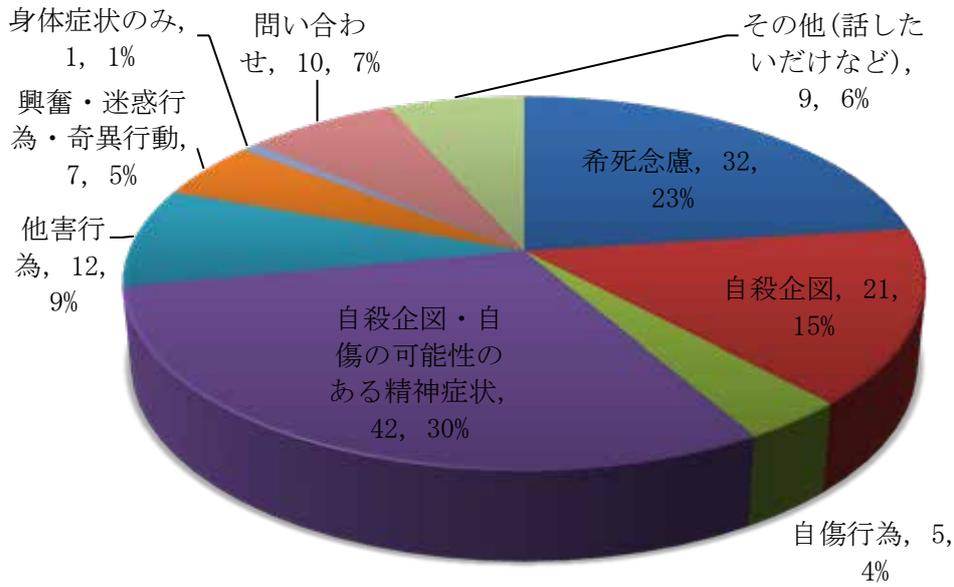


図4 相談対象者の症状に関する相談の主訴 (N=139)

対象者のこれまでに既往のある精神疾患病名(図5)は、「F2 統合失調症圏」が最も多く22名(15.8%)、次いで「F3 気分障害圏」20名(14.4%)で、既往なしや不明も多い。

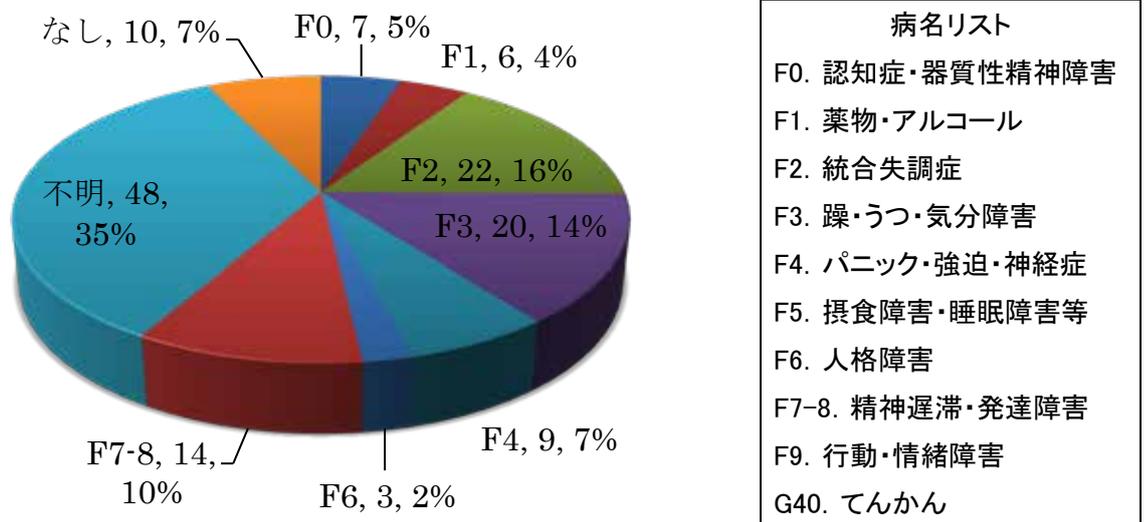


図5 相談対象者の既往精神疾患の病名 (N=139)

対象者の身体合併症については、「あり」は48名、「なし」は54名であった（図6）。身体の傷病があっても、処置が終わって一般科病院での治療が必要ない場合は「なし」となっている。合併症の内容は、「糖尿病」「慢性膵炎」「アルコール性肝炎」などの慢性疾患、「骨折」「下肢切断」「重度の切創」「眼球をくりぬいた」「皮膚潰瘍」などの外傷、「肺炎」「脳梗塞」「敗血症」「低カリウム血症」などの身体の治療が引き続き必要なケース、「妊娠中」「透析」「在宅酸素」などの恒常的な対応が必要なケースもあった。

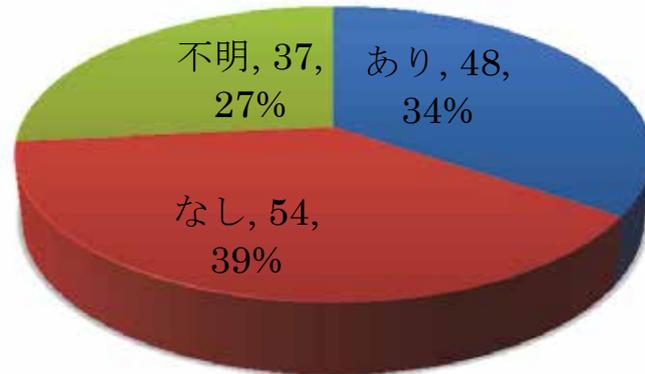


図6 相談対象者の身体合併症の有無 (N=139)

相談者の主要な依頼目的を図7に示した。91ケース（65.5%）は、精神科入院を求めている。精神科外来は18名（12.9%）で、最初から地域生活支援を求めているのは6名（4.3%）と少なかった。

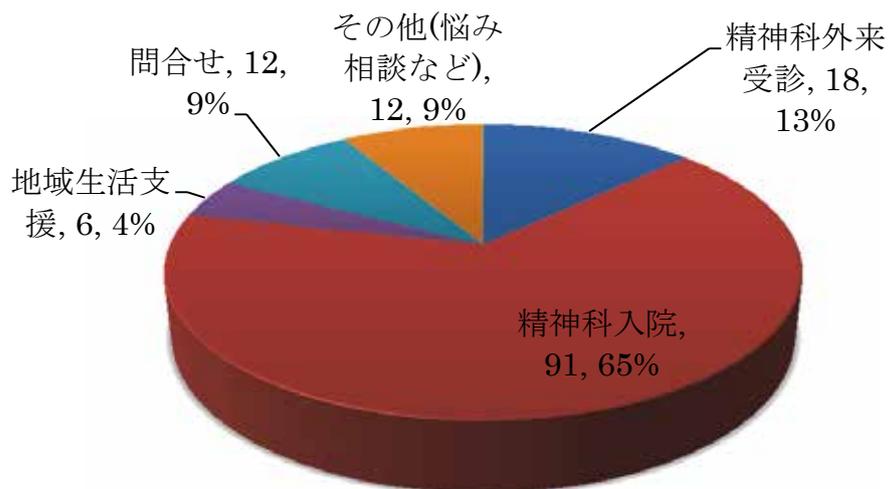


図7 相談者の主要な依頼目的 (N=139)

それに対して、サポートネットのスタッフが行った主な対応内容は図8のとおりである。59件（42.4%）が相談で終了し、仲介を行ったのは40件（28.8%）である。仲介までは至らなかったものの、仲介を目的とした連絡調整を行ったケースが22件（15.8%）、本人や家族に直接関わったり機関まで同行したケースが10件（7.2%）であった。

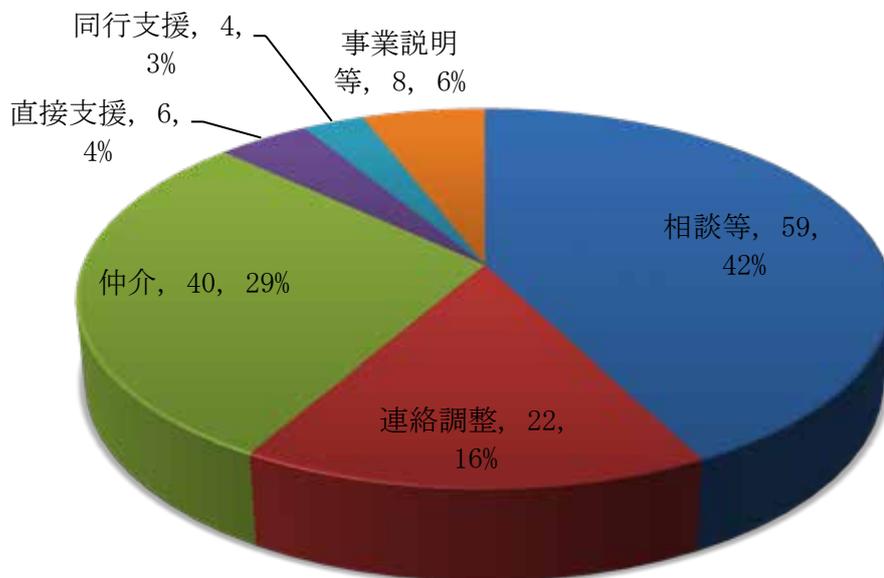


図8 サポートネットが行った主要な対応（N=139）

サポートネットが行った対応は、一つのケースでひとつの対応ではない。行ったすべての対応を図9に示した。139ケースで180の対応を行った。

最も多いのは精神科入院の調整（仲介を含む）で、60件、相談助言38件に続き、家族と電話21件、情報提供19件などである。家族との電話では、精神科入院の調整時に意向を確認したり精神科治療についての説明を行うことも多い。保健所や福祉事務所への仲介も合わせて11件あった。

相談者の入院先へ出向いて面接し、精神科入院の仲介を行い、家族と面接や電話での調整を行い、保健所への仲介を行う、など多くの対応を行っているケースもある。

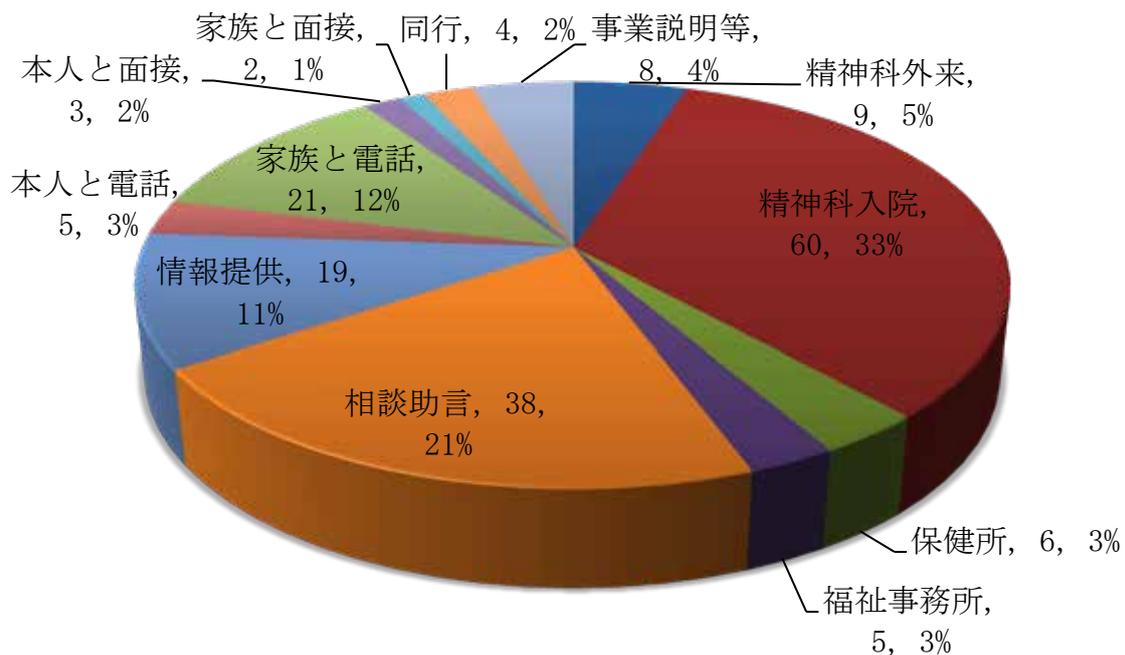


図9 サポートネットが行ったすべての対応（139 ケース、 N=180 対応）

図10では、行った対応の帰結をすべて選んで示した。最も多いのは助言だけで終了した39件であるが、サポートネットが仲介した医療機関へ受診となったケースが30件、夜間救急を通じて仲介し受診に至ったケースが9件あるが、相談者都合でキャンセルになったものが15件、仲介している最中に依頼者が探した医療機関へ行くことが決まった18件、措置入院になったのが3件など、医療へ繋げていることが多いことがわかる。

一方で、家族への直接支援19件、本人への直接支援5件や同行支援3件など、サポートネットの相談員が直接対象者やご家族を支援するケースも多い。保健所や相談機関への仲介は11ケースであった。

特記すべきは、その他助言の中に、サポートネットのスーパーバイザーである精神科医から、一般科医へ直接助言したケースが3件あることである。精神症状についての見立てや当面の対応方法などを助言することによって、一般科医が現在対象者のいる医療機関でそのまま治療を継続することができた。例を挙げると、「脳炎後のせん妄は2週間程度続くことがあるため、現在の症状は精神疾患から来るものではなく脳炎によるせん妄と考えられる。脳炎の治療が進めば治まるだろう。」などの助言である。

精神科医から直接の助言は行わなかったが、サポートネットの相談員が精神科医等のスーパーバイザーから助言を受けて支援を行ったケースは139件中46件あった。

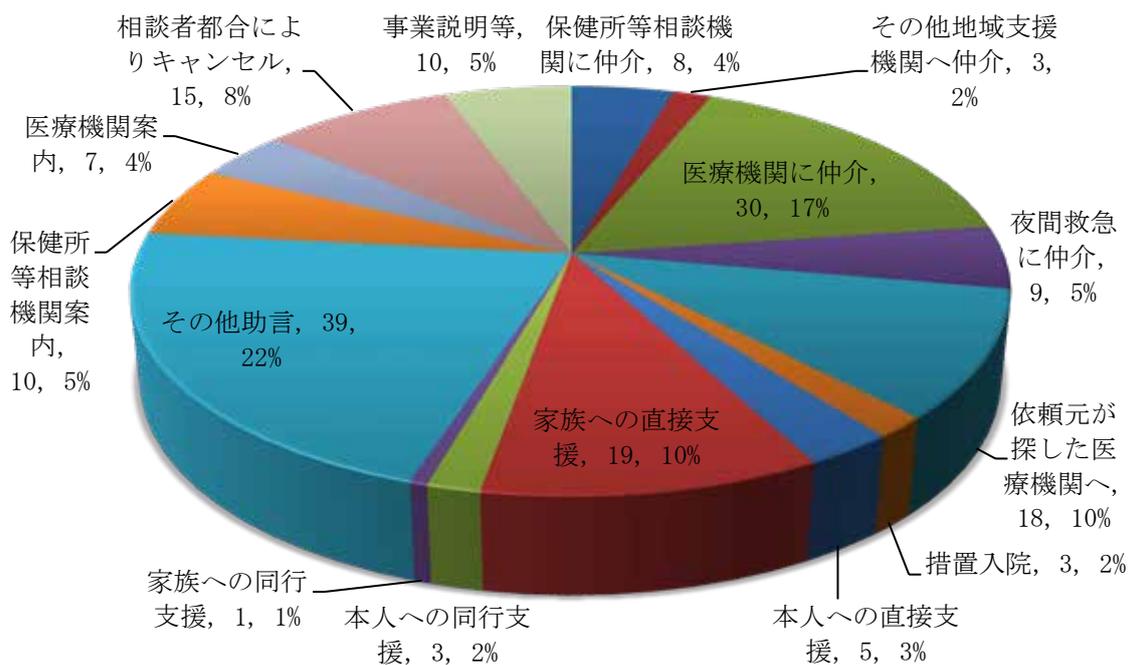


図10 ケースの帰結 (139 ケース N=180 帰結)

対象者がいる現在地の二次保健医療圏は図11のとおりで、不明を除く115件のうち90件(78.3%)は区部であった。人口比で考えても、圧倒的に区部からの相談が多いことがわかる。

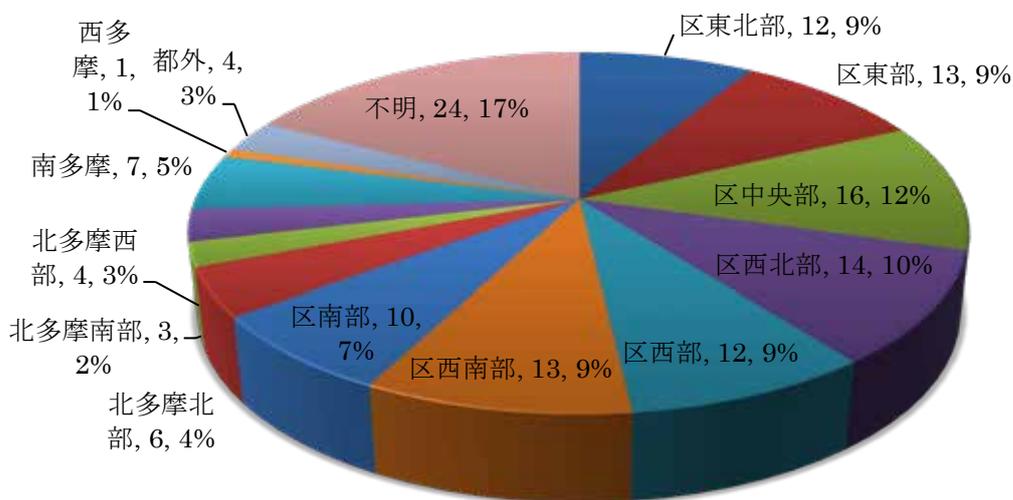


図11 相談対象者の現在地の二次保健医療圏

新規相談の電話が入った曜日と時間帯を図 12、13 に示した。平日がほとんどで、土日の相談は 139 件中 9 件 (6.47%) しかなかった。これは、相談者の多くが病院のソーシャルワーカーや公的機関の職員であることが関係していると思われる。

相談の時間帯は、受付時間内である 17 時までで見ると、遅い時間のほうが相談が多い傾向がみられる。

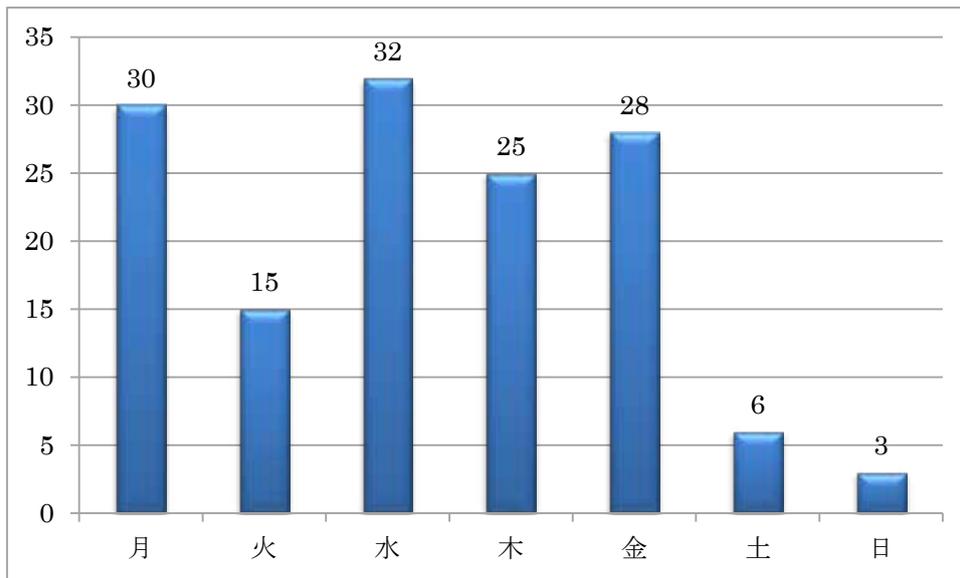


図 1 2 新規相談受付曜日 (N=139)

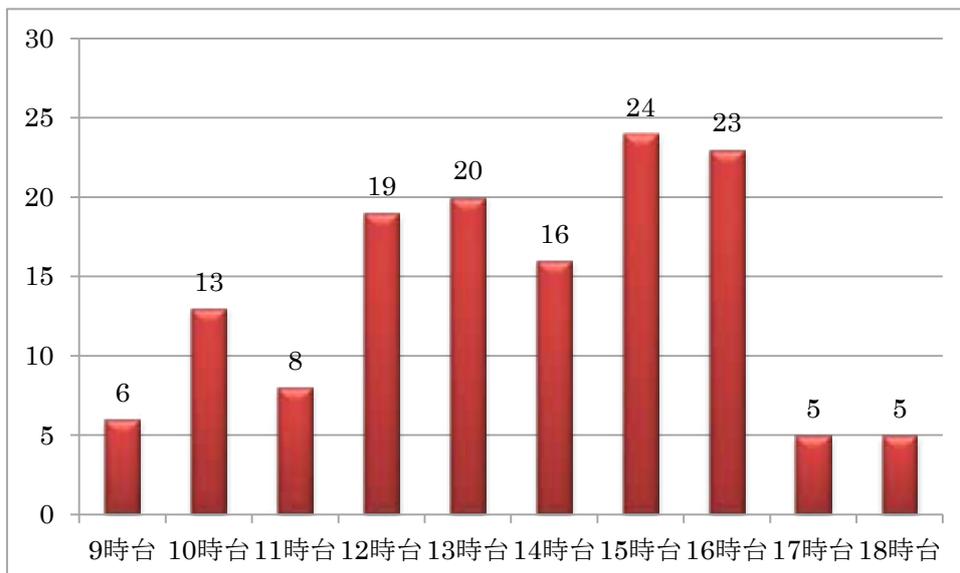


図 1 3 新規相談受付時間 (N=139)

表 1 相談事例と対応

初回相談時間	相談者区分	対象者性別	対象者年代	依頼内容	主訴区分	精神疾患名	身体疾患	対応内容	結果
9:40	一般科救急病院	男性	70	独居。食思不振、全身倦怠感を訴え自ら入院加療を受けけるも、入院中に自傷行為あり。「死にたい、殺してくれ」等の悲観的言動が見られ、気分障害が進行。	自傷行為	気分障害	ぜんそく 嚥下機能障害 副腎機能不全	身体疾患および低ADLの患者である情報を添えて、15病院に打診、翌日入院受け入れとなった。	医療機関に仲介(入院)
15:06	一般科診療所	男性	40	パニック障害の診断があるが、かかりつけ精神科中断。2週間前から服薬しておらず、倦怠感を訴え内科受診中。希死念慮強く、1か月前に自殺未遂あり。本日からかかりつけは休診だが、すぐ受診必要。	希死念慮	パニック障害	なし	当日中に精神科診療所へ受診仲介。	医療機関に仲介(外来)
15:30	一般科救急病院	女性	30	縊首自殺企図で救急搬送された。うつ病診断を受けているが、昨年恋人と別れたことをきっかけに自傷行為が増悪し、これまで何度も入院を繰り返している。以前入院中に自殺企図し、強制退院させられた経緯もある。身体的処置は終わったものの、依然として希死念慮が高く、このまま自宅には帰せない。	自殺企図	うつ病	OD、リストカット(処置済み)	当日に精神科病院に入院仲介。本人家族との調整後、退院後の生活のため、外来通院先の仲介、保健師との仲介も行った。	①医療機関に仲介(入院・外来) ②措置入院 ③保健所等相談機関に仲介 ④本人への直接支援 ⑤家族への直接支援
12:59	精神科含む総合病院	女性	30	過量服薬による自殺企図で救急搬送された。男女間の問題で希死念慮がつづいている。精神病的な所見はみられないが、退院後の精神科治療や支援につなげたい。	自殺企図	精神科の診断無	なし	精神科受診及び地域支援に懐疑的で仲介拒否。本人家族と直接連絡を取り見守りを行う。二度の措置入院を経て、退院後の治療と生活支援を支援。	①本人への直接支援 ②家族への直接支援 ③措置入院 ④保健所等相談機関に仲介 ⑤精神科受診へ同行支援
12:00	一般科救急病院	男性	80	自宅で倒れ入院中の患者。脊髄損傷あり、今回の入院は敗血症、多臓器不全、両下肢壊死で、現在処置としてカリウム補正の点滴と、酸素1L/分を使用している。対象者に療養型病床への転院を告げてから希死念慮高くなり、「死なせてくれ」と、3日間にわたり食事、服薬、点滴を拒否している。	希死念慮	適応障害	脊髄損傷 敗血症 両下肢壊死 酸素1L使用	サポートネットの精神科医と病院の主治医と連絡を取り、依頼元病院で生命優先の治療をして様子を見ることを助言。	相談助言
10:43	精神科含む総合病院	男性	50	肺炎球菌性髄膜炎で救急搬送されてきた患者だが、看護師を蹴るなどの暴力行為がある。意識鮮明だが、「殺される」などの発言がある。治療のため抑制が必要。精神科に転院依頼。	他害行為	不明	肺炎球菌性髄膜炎	家族から詳細情報を取り、髄膜炎によるせん妄と考えられるとサポートネット精神科医師より伝え、治療優先とした。	①相談助言 ②家族への直接支援

代表的な相談事例の概要と、サポートネットにおける対応を表1に示した。

1つ目は精神科入院医療機関に仲介したケースであるが、身体疾患やADLの低下がみられるケースは受け入れ先を見つけることが困難で、病院の特性を理解した上で可能性のある病院に多数打診する必要がある。

2つ目のケースは、精神科外来受診に仲介したケースであるが、確実に当日中に診てもらえる外来医療機関を通院可能な地域ですぐに探すことは非常に難しい。

3つ目と4つ目のケースは、1回の仲介では安定せず、長期にわたって本人や家族に関わりながら、複数の医療機関、地域の医療機関と調整を図った例である。前者は措置入院を含む精神科入院医療機関との連絡調整が2か所、元通院医療機関との連絡、本人と母親と連絡を取りながら、保健所への仲介を行い、最終的には複数の外来精神科医療機関を提示して選んでもらった診療所へ仲介となった。約2か月のかかりである。後者は、本人、夫や兄弟等との情報交換をしながら見守り、自殺企図の行動化を速やかに把握して警察に連絡し2度の措置入院となった。入院した2つの精神科医療機関へ出向いて本人や主治医・担当ケースワーカーとの調整を図り、退院時は通院先精神科医療機関へ同行受診、担当保健師への仲介、家族調整等を行い、支援期間は5か月に及んだ。

5つ目と6つ目は、サポートネットのスーパーバイザーの精神科医に直接対応してもらったケースである。精神医学的な見立てを依頼元病院の医師に伝えてもらい、今後の処遇についてコンサルテーションしてもらった。

D. 考察

【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、開設後のまだ広報が十分行きわたっていない中、7か月あまりで139件の相談が入った。自殺未遂者や希死念慮のある方などのため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る。

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。

相談時間は午前中よりも午後が多く、特に15時台以降になってから相談が入るケースが少なくない。精神科入院の通常相談は、夕方以降は難しいところが多く、対応に苦慮することがある。緊急を要するにも関わらず、すぐに入院先が見つからない場合には、精神科救急情報センターと連携を図り、夜間休日の救急システムに乗せざるを得ない。また、夕方以降は公的機関との連絡も取れないことから、夕方以降に相談のニーズはあっても、対応できることに限りがある。

【まず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ついて、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、最初を対象者の個人情報をおかさず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繋がるとともに、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」というのはとっかかりであり、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る。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。

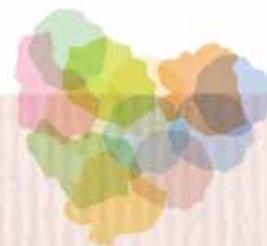
【本人や家族に直接関わり、多機関との連携を取り、長期に見守るケースもある】

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。

入院や通院に繋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的に連絡を取り、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。

E. 文献

- 1)平川博之他：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。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制構築の推進に関する研究(研究代表者：河原和夫)」平成25年度 総括・分担研究報告書。p.25-45. 2014
- 2)森川将行他：堺市「いのちの応援係」による警察署を介した2年間(平成21-22年度)に渡る自殺未遂者支援について第2報。堺市こころの健康センター研究紀要 第4号。p11-16. 2012
- 3)世田谷区：平成25年11月18日開催政策会議事案資料「3自殺ハイリスク者支援のモデル事業について」。2013
- 4)荒川区福祉部障害者福祉課：荒川区「自殺未遂者調査研究事業報告書」。2012.
- 5)独立行政法人国立精神・神経医療研究センターホームページ 平成26年9月8日プレスリリース詳細。 http://www.ncnp.go.jp/press/press_release140908.html
- 6)大阪府・関西医科大学附属滝井病院：大阪府自殺未遂者実態調査報告書。2012.
- 7)山田朋樹・日野耕介：救命救急センターにおける過量服薬と危機介入。第107回 日本精神神経学会学術総会 シンポジウム。2012



医療機関の皆様へ

貴機関とご家族だけでは、支援が難しいと思う時に
支援に必要な連携の輪を作るお手伝いをいたします

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

TEL 03-5333-6484

相談受付 9:00～17:00 年中無休

こんな時にご利用ください

貴機関に搬送または自ら受診した自殺未遂者・希死念慮のある方について

- 処置は済んだが、精神的に追いつめられていて、このまま家に帰すのは心配だ
- ご本人やご家族だけでは、これからの生活の道筋を立てていくことが簡単ではない
- 精神科の医療が必要だが、
今、利用している機関のネットワークでは、受診先がみつけれない

このような方がいらした時は、

「東京都こころといのちのサポートネット」に貴機関のスタッフの方からご連絡ください

こんな支援をいたします

再企図の防止のため

- 相談員が事情をお聞きして、どのような支援をすれば良いかを一緒に考えます
- 必要な支援を受けるための相談窓口をご案内します
ご希望があれば相談窓口まで仲介させていただきます
- 必要に応じて相談員がご本人やご家族、関係機関とお話しし、必要な支援につながるよう
ご相談をお受けします

ご利用時のお願い

- まずは、日頃利用されている地域のネットワークの中で対応できないかご検討ください
- ご相談の第一報は、今、ご本人がいらっしゃる機関、もしくは主に支援している機関のスタッフの方からお願いします
- 現在の状態や経緯について、スタッフの方から情報をいただけるようお願いします
- 身体の処置や検査が必要な場合は、そちらを優先していただくようお願いします
- 貴機関が「こころといのちのサポートネット」からの情報提供等を活用して、他機関への仲介や本人・家族へ支援をした場合には、その後の経過についてご報告をお願いしています
- ご不明なことや、ご利用するかどうかわれる場合には、ご相談ください
- 自傷他害の恐れがある場合には、本人家族の同意がなくても警察への通報が必要になります
(迷う場合はご相談ください)



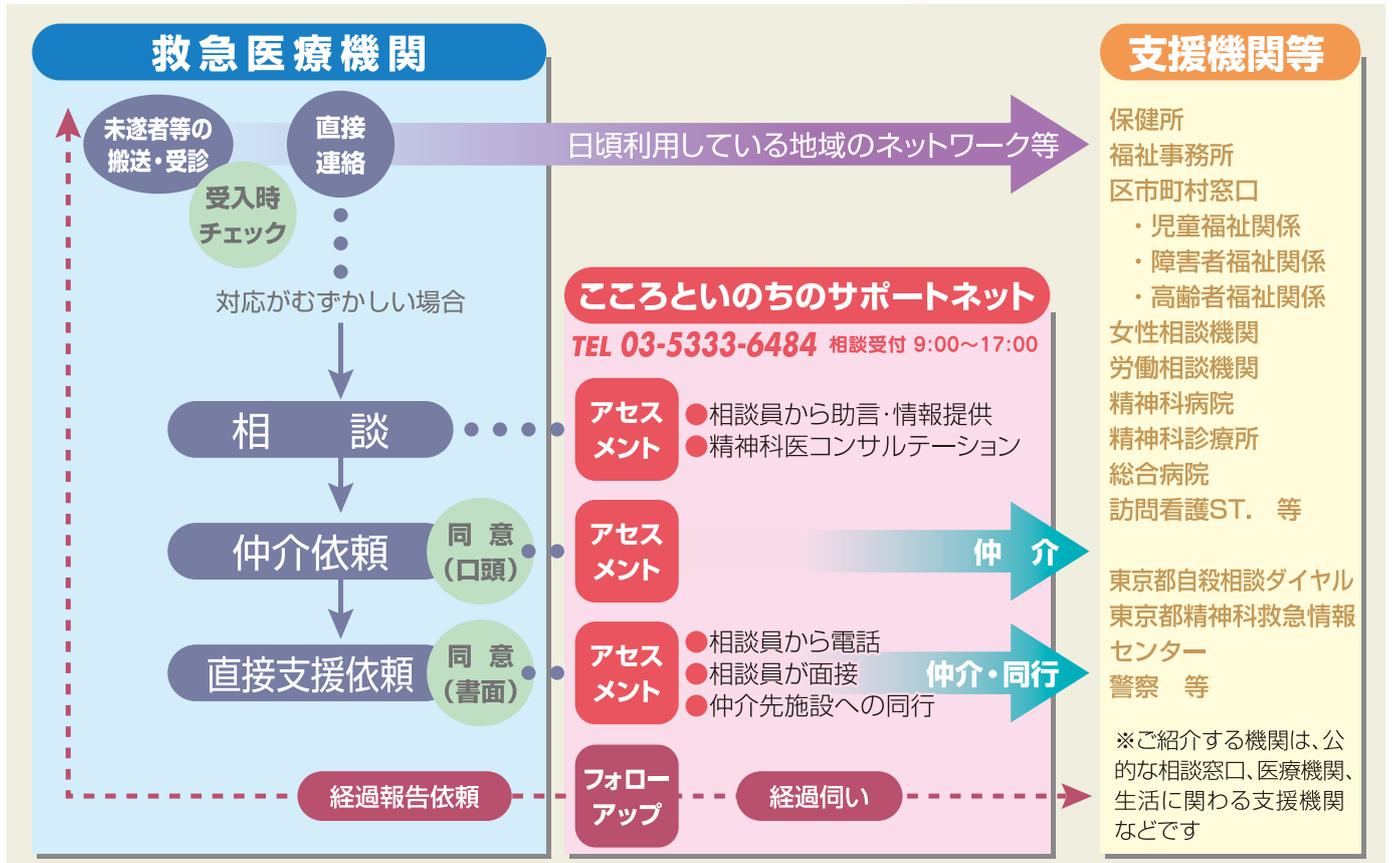
〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

東京都福祉保健局保健政策部保健政策課 TEL:03-5320-4310 FAX:03-5388-1427 HP <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/> 登録番号(26)85

ご相談は、東京都の委託によりNPO法人メンタルケア協議会がお受けいたします

東京都こころといのちのサポートネット

相談の流れ



相談のみの場合

- 相談のみの場合は、救急医療機関等のスタッフの方への助言を行います
- ご本人やご家族の同意は不要です
- ご本人の状況や経過など(主に「受け入れ時チェックシート」(*)の項目について)をお聞きします
- ご本人やご家族を特定できるような個人情報はお伝え頂く必要はありません
- ただし、下記の情報は伺わせてください

性別、年代、住所地(地域)、家族構成、同伴者、生活費・医療費支払い方法、精神科受診歴、身体疾患の有無

仲介時の口頭同意について

- 仲介時には、現在の状況に加え、ご本人やご家族の基本的な個人情報をお伝えする必要があります
- 原則として、ご本人(本人から取れない場合はご家族)の同意を下記の要領でとってください

1. 本人(家族)へ「このままお帰りいただくのはとても心配なので、東京都の相談窓口にあなたの情報をお伝えして、必要な支援機関を紹介していただくようにしたいのですが、よろしいですか?」と伝える
2. カルテや相談記録に、上記を説明した日時、説明したスタッフ名、本人(家族)が同意した時の返事をそのまま明記する

- 書面を使った方がよろしければ、相談依頼書(*)をご利用ください

直接支援時の書面同意について

- 直接支援時には、ご本人やご家族の基本的な個人情報を把握したうえで、ご本人や家族と電話や面接などでお話する必要があります
- ご本人(ご本人から取れない場合はご家族)に右記の内容を明記した書面「相談依頼書」を渡して、署名をもらってください
- ご署名いただいた「相談依頼書」はコピーを取ってご本人にお渡しいただき、原本は貴機関で保存してください

(*)「受け入れ時チェックシート」「相談依頼書」の様式は、「東京都こころといのちのサポートネット」でご用意しています

「東京都こころといのちのサポートネット」への相談依頼書

「東京都こころといのちのサポートネット」は、おつらい状況にある方に、精神的なサポートや生活の道筋を立てるためのお手伝いをする機関です。

相談員が事情をお聞きして、どのような支援があれば良いかを一緒に考えます。また、お役に立つ支援機関をご案内します。おひとりごとの機関へご相談するのが難しい場合は、仲介することもあります。たとえば以下のような相談窓口です。

保健所、福祉事務所、消費者センター、テラスなどの法律相談窓口、女性相談、子供家庭支援センター、精神科医療機関など

あなた様が支援を受けることを希望される場合、支援に必要な個人情報を「東京都こころといのちのサポートネット」と共有しますが、ご自身の支援のため以外に利用されたり、相談窓口とご利用になる支援機関のスタッフ以外に漏れることは絶対にありません。

上記のような支援を受けることをご希望される場合には、下記にご署名ください。ご署名いただいても、いつでも止めることができます。

現在治療や支援を受けている機関

宛

「東京都こころといのちのサポートネット」の支援を希望し、個人情報を共有することを承諾します。

年 月 日

住 所

連絡先電話番号

氏 名

代 諾 者

(続 柄)

※「東京都こころといのちのサポートネット」についてのご質問がある場合や、支援を中止したい場合は、相談窓口03-5333-6484へご連絡ください。

【報告Ⅳ】 第 1 回地区医師会精神保健担当理事・

担当医師連絡会報告

平成 25 年度の東京都保健医療計画において、精神疾患を加えた「5 疾病 5 事業の医療体制の推進が明記された。保健医療計画では、精神疾患の医療体制の構築にあたって、「住みなれた身近な地域で基本的な医療支援を受けられる体制を構築すること」等を目的として定め、「入院医療中心」から「地域生活中心」へと進む精神保健医療福祉改革ビジョンの理念を基本にしつつ、現状の精神科医療が抱える問題の解決を図ろうとしている。

このような背景を踏まえ、本会では、地区医師会精神保健担当理事連絡会等を開催し、地域がかかえる精神保健医療福祉分野における諸問題等について検討及び情報交換等を行い、一般科医と精神科医の連携の更なる促進を図る必要性から、地区医師会における精神保健担当理事・担当医師の設置について協力を求めることとし、本会理事会承認を経て、地区医師会へ協力依頼を行った。

その結果、大学医師会を除く全地区医師会に当該医師（1 名）を設置いただき、平成 26 年 10 月 2 日（木）に「地区医師会精神保健担当理事・担当医師連絡会」を開催し、東京都の精神保健医療関連施策をはじめ、精神疾患の医療計画をめぐる動向について理解を深めていただくとともに、東京都委託事業の実施について協力を求めた。連絡会には 76 名（事務職員含む）が出席した。おって、設置いただいた精神保健担当理事・担当医師の保健所、区市町村への情報提供も行った。

第 1 回地区医師会精神保健担当理事・担当医師連絡会次第、本会理事会提出文書は、次のとおりである。

地区医師会精神保健担当理事・担当医師連絡会次第

日時:平成26年10月2日(木) 14:00～16:00

会場:東京都医師会仮事務所

住友商事竹橋ビル10階貸会議室

司会:東京都医師会理事 内藤 誠二

1. 理事挨拶

地区医師会「精神保健担当理事または担当医師」への協力をお願い

東京都医師会理事 平川 博之

2. 東京都挨拶

東京都の主な精神保健医療関連施策について

東京都福祉保健局障害者施策推進部障害者医療担当部長 熊谷 直樹

3. 東京都からの説明

① 精神科医療地域連携事業について

② うつ等精神疾患早期発見・早期対応研修事業

(1) 精神疾患早期発見・早期対応推進研修について

東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長 齋藤 善照

(2) うつ診療充実強化研修について

東京都福祉保健局保健政策部自殺総合対策担当課長 東 謙一

③ 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

東京都福祉保健局保健政策部自殺総合対策担当課長 東 謙一

4. 東京都医師会から

-----質疑応答(14:35～)-----

5. 講演

「精神疾患の医療計画をめぐる動向」

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 社会精神保健研究部
室長 山之内 芳雄

6. 閉会挨拶

地区医師会における精神保健担当理事または精神保健担当医師（可能であれば精神科医師）の設置に関する件

平成 26 年度事業計画より抜粋（8）精神保健医療福祉に関する事項

地区医師会内に精神保健担当理事、または、精神保健担当医師（可能であれば精神科医師）を配置していただき、地区医師会精神保健担当理事連絡会で地域がかかえるこの分野の諸問題について検討、情報交換等を行います。

【目的】

地区医師会精神保健担当理事連絡会等を開催し、地域がかかえる精神保健医療福祉分野における諸問題等について検討及び情報交換等を行い、一般科医と精神科医の連携の更なる促進を図る。

本会に設置した精神保健医療福祉委員会での協議検討の結果等を踏まえ同担当理事連絡会等で共通認識を持ち、東京都の精神保健医療福祉の向上発展を期する。

【背景】

平成 25 年度の東京都保健医療計画において、精神疾患を加えた「5 疾病 5 事業の医療体制の推進が明記された。保健医療計画では、精神疾患の医療体制の構築にあたって、「住みなれた身近な地域で基本的な医療支援を受けられる体制を構築すること」等を目的として定め、「入院医療中心」から「地域生活中心」へと進む精神保健医療福祉改革ビジョンの理念を基本にしつつ、現状の精神科医療が抱える問題の解決を図ろうとしている。

【精神科医療が抱える問題】

- うつ病、認知症を中心に精神障害者数は著しく増加している。
- 自殺者数は僅かに減少したが依然として高止まりである。
- 精神疾患への早期介入、早期支援が求められているが疾患への偏見等もあり進んでいない。
- 精神疾患は身体症状から発症する者も多く、そのため一般科医療機関がファーストコンタクトとなる可能性も高い。しかし、地域の精神科医療サービスの情報は浸透しておらず、一般科と精神科の地域連携が不十分である。
- 一方受入側の精神科医療機関については、初診患者受入に数週間から数ヵ月を要する場合と、速やかに受入が可能な場合があり、新患受け入れの情報が共有化、公表化されていない。

○一般医療機関、精神科診療所において、入院が必要な患者が発生した時に速やかに入院可能な精神科病院に結びつかない場合がある。

【東京都医師会の取組】

- 平成 23 年度に「精神科医と一般かかりつけ医の連携強化を目的とする当該事業を東京都から受託し、30 地区医師会の協力を得て、「精神科医と一般かかりつけ医による連携会議及び意見交換会等」を 49 回実施した。
- また、本会内に「精神科医と一般かかりつけ医の地域における連携体制検討会議」を設置し、都内全診療所を対象に「一般診療科医と精神科医との連携に関する意識調査」を実施した。集計及び分析した結果は報告書として取りまとめ東京都に提出するとともに、地区医師会、関係団体等に配布した。
- 平成 24 年度には、本会内に「精神保健医療福祉委員会」を設置し、行政並びに地区医師会や関連団体と連携しながら、「うつ診療充実強化研修事業」「精神疾患早期発見・早期対応推進事業」等の事業を支援し、東京の地域特性を活かした「一般診療科」と「精神科」との連携構築に積極的に取り組むとともに、精神保健医療福祉の情報提供や啓発に努めている。

※東京都からの委託事業等

- うつ診療充実強化研修事業
- 精神疾患早期発見・早期対応推進事業

【今後の予定】

5月1日開催の精神保健医療福祉委員会で地区医師会に精神保健担当理事の設置を依頼するにあたり今後の担当理事連絡会等での検討内容を協議検討
理事会で地区医師会長通知の承認、5月の地区医師会長協議会で担当理事より精神保健担当理事設置依頼の趣旨説明

↓

6月以降平成26年度第1回地区医師会精神保健担当理事連絡会を開催
精神保健医療福祉委員会と協力、連携してすすめていく

「連携システム」なくして「連携」なし

精神保健医療福祉委員会委員長 羽藤 邦利 [精神科]
(渋谷区医師会 代々木の森診療所)

東京都医師会の中に精神保健医療福祉委員会が設けられ、3年間活動してきた。この報告書に掲載されているように、たくさんの成果が挙げられている。そうした素晴らしい成果とは別に、とても重要な気付きがあった。それは「連携システム」の必要性への気付きである。

委員会では、地区医師会毎に精神科と一般診療科との連携推進のための「うつ診療充実強化研修」、「精神疾患早期発見・早期対応推進研修」をコーディネートしてきた。その研修の前後でアンケート調査を実施しているが、そのアンケート中で「一般診療科医と精神科医の連携に必要なこと」を挙げてもらったところ、一般診療科医の57%が「連携システム」を挙げられた。次いで「精神科医のリスト」27%であった。連携は、(連携を唱えるだけでは駄目で)、そのためのシステムが必要である。このことを明らかにしたことが、振り返って見て、委員会の思いがけない大きな成果であったように思う。

アンケート調査の結果を踏まえて、各地区医師会に呼びかけ、「精神保健担当理事(またはそれに代わる医師)」を選んでいただき、平成26年10月に「第1回地区医師会精神保健担当理事・担当医師連絡会」を開催した。どんな会になるのか不安であったが、開催してみると、殆どの地区医師会から参加され、集まった大勢が、実に熱気に溢れていた。東京都全体を網羅する「新しい精神科と一般診療科との連携推進のためのシステム」が作られたのは間違いない。

それと前後するが、東京都は、平成26年7月11日から東京都の事業として「東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業；通称、東京都こころといのちのサポートネット」を始めた。主に救急医療機関を対象に、自殺未遂者で救急搬送された患者について、再企図を防止するために、精神科病院などに繋げるための相談窓口である。東京都医師会、東京都医師会救急委員会、東京精神科病院協会、東京精神神経科診療所協会が協力し、「精神保健医療福祉委員会」がバックアップし、運営実務はメンタルケア協議会が担っている。

救急医療機関からの依頼を受けると「サポートネット」は、直ちに10箇所、それで駄目なら20箇所、30箇所の精神科医療機関(主に精神科病院)に受け入れを打診する。精神症状が重くて精神科入院が必要、精神・身体合併症がある、精神科と整形リハビリを併せて行える施設に転院が必要といったケースである。迅速円滑に精神科医療機関など、必要な精神科医療機関や保健所などに繋げている。平成26年12月31日までに約120件の、殆どが重症な事例に対応している。その結果、自殺再企図防止に役立っているだけでなく、「個室を長く占拠されてしまう」、「多忙を極める中で看護師を貼り付けていなくてはいけない」といった救急病院の負担を大きく減らすことができている。連携のためのシステム(相談窓口)が開設されたことで実現できたことである。

「連携推進」は、連携を唱えるだけでは(精神論では)実現しない。連携のためのシステムを作って初めて実現できる。このことに気付いて、委員会は、一步一步、連携のためのシステム構築を模索している。この委員会が軸になって、次年度以降、どのような展開が起きるか、今から大いに期待したい。

一般診療科と精神科の医療連携—地区医師会の立場から

精神保健医療福祉委員会副委員長 石橋 幸滋 [一般科]
(東久留米市医師会 石橋クリニック)

内科小児科として開業して20年以上になるが、未だに精神疾患を抱える患者の対応に苦慮することは少なくない。また、最近では認知症のBPSDを抱える患者への対応も、かかりつけ医、在宅主治医としてどのように対応すべきか悩む例が後を絶たない。もちろん精神科疾患の診断に関してはそれなりに研鑽を積み、統合失調症と気分（感情）障害、神経症性障害の区別ぐらいはなんとかつくようにはなってきたが、いざその患者をどうするかという時に困ることは少なくない。

また、目の前で騒いでいる患者をどうするか、夜間在宅かかりつけ患者の家族から「患者が騒いでいるがどうしたらよいか？」と相談された時にどうするか、認知症患者の徘徊にどう対応すべきか、など一般診療科医が遭遇する精神科診療の対応困難例に遭遇することも時々ある。

このような問題に対応すべく、かかりつけ医の精神科対応能力向上のための様々な研修会（うつ診療充実強化研修、精神疾患早期発見・早期対応推進研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修、認知症サポート医養成研修など）が行われている。特にここ数年、東京都医師会主催または地区医師会主催の研修会が多数開催されており、勉強の機会には事欠かない。また、夜間休日に精神疾患患者の状態が悪化した場合には、東京都では精神科夜間休日救急診療事業があり、東京都保健医療情報センター（ひまわり）に連絡すれば患者さんを見てもらえるところを探してもらうことができる。

このように、徐々に一般診療科医が今まで困っていた問題に対して、解決のための方策がとられてきてはいるが、残念ながらまだまだ地区医師会員全てにまで情報が伝わっているとは言い難いし、全ての一般診療科医が精神科診療に通じているとも言えないのが現状である。そこで、今後地区医師会としては、一般診療科医と精神科医の連携をさらに進めていくために、両者が参加する研修会や交流会を開催して行きたいと考えている。

また、地域包括ケアシステムや自殺予防対策、精神科病床の削減などを推進していくために、精神科の在宅医療が進められているが、精神科医やMSWなどによる在宅訪問（アウトリーチ）チームによる在宅訪問が医療保険で認められるようになったし、認知症疾患医療センターに所属する認知症初期集中支援チームによる在宅訪問事業なども行われるようになってきており、精神科医が患者の自宅を訪問するシステムが広がってきた。しかし、精神科医は患者の自宅での生活を把握していないことも多いので、患者の身体をケアしている一般診療科医との連携が必要不可欠である。

今後地域でこそ一般診療科医と精神科医の連携を進めていかなければならないと感じている。地域で一般診療科医と精神科医の顔の見える関係を作ることで、多くの患者の助けになることは間違いないので、今後地区医師会が主体となり連携づくりをしていかなければならない。そのためにも、一般診療科医が認知症を含む精神疾患への理解を深め、精神疾患早期発見・早期対応推進研修などを活用して、連携を推進していただきたい。

平成 25 年度・26 年度精神保健医療福祉委員会報告書レポート

精神保健医療福祉委員会委員 土屋 謙 [一般科]
(荒川区医師会 土屋クリニック)

これまで当委員会に出席させて頂き、様々な御意見を拝聴致しました。一般診療科医として考えが及ばなかったことが、精神科医に求められていること、逆に一般診療科医の間では普通に行われていることが、精神科医の中では普通ではないことも知ることが出来ました。それが、この委員会の1つの成果だと言えましょう。

一般診療科医の立場からは、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」を始めとして法律は難解で、委員会で平易な解説を頂いてようやく理解出来るものでした。「うつ診療充実強化研修」「精神疾患早期発見・早期対応推進研修」も両者の敷居を低くする上では非常に重要で、これまで各地区医師会において多種多様の研修会が行われてきました。しかし、「かかりつけ医が精神症状のある患者をどの様に対応したら良いか」という視点からだけでは、うつ病の基礎、診断、治療というカリキュラム例にあるとおり、精神科医による視点からのアプローチに限定され、なかなか「連携」の姿は見えて来ません。この形で地区医師会の中で、ある程度周知されてきたら、「一人の精神疾患を内蔵している患者さんについて」一般診療科医と精神科医は、それぞれどう対応していくか、どのタイミングで紹介を希望するか、どの様な情報を期待するか、どのタイミングで逆紹介するか、紹介する上で困ることはないか等々シミュレーションをしながら、「お互い顔の見える連携」を進めていくことが必要ではないでしょうか？連携の絆は、1本よりも2本の方がより強く、さらに3本、4本と増えていけば、そこから新たな試みが始まることも考えられます。

平成 25 年度より 5 疾病 5 事業の 1 つとして追加された精神疾患と在宅医療、ここに今大きな期待が寄せられています。オレンジプランに組み込まれた認知症対策、2025 年問題に備えての地域包括ケアシステム構想の実現へ等のこれらはすべてかかりつけ医（主治医）と精神科医との連携が上手くいかなければ機能しません。そうしたことを理解し、連携の絆を上手く繋いでいけるいわばコーディネーターとしての手腕を発揮できる医師の育成が、今後重要課題となってくると思われます。

過量服薬と医療機関の連携

精神保健医療福祉委員会委員 中野 和広 [精神科]

(西多摩医師会 中野クリニック)

精神科医は過量服薬に接することは少なくないですが、過量服薬を行った患者さんの診療を外来で進めていくうえでの実用的なガイドラインはなく、各医師が綱渡りのように治療を続けているのが現状です。薬物療法だけに頼らずにきちんと精神療法を行わなければならないというのは当然のことですが、薬物療法は重要な治療手段であり、過量服薬をしたからと言って、その患者さんの薬物療法を中止して精神療法だけが続けると言うことが可能かという、そう考える精神科医は少ないです。医学では普通に使われる適応と禁忌という言葉ですが、過量服薬をした患者さんに対して薬物療法の適応はないとか、禁忌であるといった説明をしたとしても、まず分かってもらえません。他科の場合は重症な患者さんを適切な病院に紹介することは当然のことで、患者さんもだいたいはそれを受け入れてくれるでしょうが、精神科の場合は「私の手には負えないから他の先生を紹介しましょう」と言ったとしても、患者さんはすんなりと受け入れてはくれず、見捨てられるのかという反応をすることが予想されます。患者さんも転医で解決する問題ではないということを知ってはいるのです。結局、過量服薬した患者さんを抱え込んでしまう精神科医が多いのではないのでしょうか。そういう状況で、精神科医は薬を出し過ぎているとか、過量服薬は精神科医が引き起こしているとかいったマスコミ報道などがあると、分かってもらえないと思ったり、逆に負い目を感じたりしてしまいます。

この委員会に参加して、他科の医師と議論を深める中で、過量服薬の問題を少し客観的にみることができるようになったことは収穫でした。実際の地域医療を担っている医師同士の場合はお互いに現実に基づいた議論ができ、極端な主張というのはマスメディアで増幅されているのだということも実感できました。例えば、救急外来の患者さんの中では過量服薬が相当の割合を占めると思っていたのですが、三次救急と二次救急ではかなり違い、二次救急では少ないということが分かりました。そうすると精神科医の過量服薬に関する連携は、地域差はもちろんあるでしょうが、三次救急の医療機関を中心に考えればよいということになります。連携を進めるうえで現実のデータを得る重要性を改めて感じました。一方で今後の課題として、精神科医の側でも過量服薬にどういった対応をしているかということについて個々の経験を語るだけでなく、過量服薬の頻度やその後の対応などについて数量的なデータとして出していく必要があるのではないかという思いを抱きました。

一般診療科と精神科の医療連携—相互の合併症発生時の連携

精神保健医療福祉委員会委員 山田 雄飛 [精神科]

(西東京市医師会 山田病院)

国は急増する精神疾患に対処すべく、平成 25 年度の東京都保健医療計画において従来の 4 疾病 5 事業に精神疾患を加え 5 疾病 5 事業として、改定するところとなった。

これを受けて、東京都は東京都保健医療計画の改定に当たり、これまでの取り組みを一層推進するとともに、精神疾患患者に対する医療提供体制の充実、災害医療体制、超高齢社会の到来を見据えた在宅医療の充実などを盛り込んで平成 25 年 3 月に改定した。精神疾患医療の取り組みとして 1、「日常診療体制の構築の推進」として一般診療科との連携を強め、早期に発見し適切な医療の提供 2、「精神科救急医療提供体制の安定的な確保」として現行の救急体制の再整備、精神身体合併症救急医療を充実すべく、可能な限り地域で一般救急医療機関との連携を強化 3、「地域生活支援の取り組みを推進」では退院し地域生活を支援する体制整備を図るとしている。東京都はこの三つの取り組みに対し、「日常診療体制」においてはモデル事業を終え、都の事業として圏域を増やして実行している。「精神科救急体制、身体合併症」の対策については現在実質 3 圏域で「東京都地域精神科身体合併症救急連携モデル事業」を実施している。北多摩北部保健医療圏においては当院が平成 25 年 6 月から受託して施行中である。平成 21 年 8 月 31 日より運用された「救急医療の東京ルール」に該当する対応困難事例の 10%に精神疾患があり、一般科救急医療事業においても精神科医療機関の参加が求められていたこともあり、平成 22 年 2 月から当該 2 次医療圏において開催される「地域救急会議」に当院も参加し始めていた実情があり、都のモデル事業を受託する際には一般科救急病院との連携は既にある程度とれていたのが幸いした。改めて圏域内の精神科 10 病院が連携会議において一般科救急病院との連携について申し合わせ事項の確認をし、精神科医療に対する一般科の理解度を高めるように働きかけた。

平成 25 年 6 月から平成 26 年 5 月までの 1 年間の相互の連携状況は以下のとおりである。一般科から精神科依頼は 134 件、北多摩北部医療圏の病院が 48%であり、その他のケースは隣接 2 次医療圏からであった。傾向としては、精神疾患を持つ患者の身体合併症のみならず、高齢者の身体疾患で入院した患者が、認知症周辺症状を併発して精神科依頼になっているケースも多い。精神科から一般科に依頼したケースは 68 件（都ルート 9 件を含む）であった。圏域内が 72%で、隣接二次医療圏に依頼したのが 28%であった。平成 21 年の身体合併症発生時の依頼先は 51.6%が地域一般救急病院で、連携を密にし始めた翌 22 年から徐々に地域の救急病院に依頼する割合が増えており、平成 25 年には 84.0%が圏域内で受け入れている。入院患者の高齢化、精神科救急医療を推し進めることにより増加する身体合併症であるが、都ルートを利用したケースは、その実数でも平成 21 年が 15 件であったものが同 25 年には 8 件と半減している。

連携を密にすることにより相互の合併症対策が可能となり、本来の機能をもって地域で一般科救急事業、精神科救急事業が良好に遂行できるものであることが分かる。地域特性を考慮しての更なる連携が望まれる。

一般診療科と精神科の医療連携について

精神保健医療福祉委員会委員 平川 淳一 [精神科]

(八王子市医師会 平川病院)

1.はじめに

精神科疾患もしくは精神科通院歴のある患者や認知症患者は、救急場面で選定困難事例となる大きな因子としてあげられる。特に、自死未遂、自傷行為などの患者も精神疾患に罹患している場合が多く、三次救急にも多くの患者が運ばれている。また、対応困難事例にはアルコールという項目もあり、以前はこれも精神関連と扱われてきたが、最近では、ただの酔っ払いとアルコール依存症患者は違うという当方の主張を理解していただき、分けて統計資料がでるようにはしていただいているが、やはり一般診療科、救急の医療機関にとっては、このような人たちは厄介者であろう。厄介なところが、社会的に外れているか、それが病的であるかどうかを、我々精神科医は診ていくのであるから、一般診療科で厄介者扱いされることは、当然のことである。この人たちは、誰が接しても、同じ反応で、時間がかかる。精神科医は、これらの事態を症状としてとらえているので、感情的にはなりようがないが、そうでなければ、激しい怒りの対象となってしまう。この怒りが原因となり、さまざまなトラブルが起こっていると思われる。今回のレポートでは、私見ではあるが、どのようにしたらいい連携が生まれるのか考察してみようと思う。

2.なぜ、精神科は救急を円滑に受け入れることができないのか

1) 精神科病院が、救急対応が苦手な理由

医療法において病床は、一般病床、療養病床、結核病床、精神病床に区別されているが、精神科や結核病床は、どちらかといえば、長期隔離を目的に作られ、この枠は変更されていない。精神科の診療報酬では、救急入院料算定病棟を除くと、救急そのものに対する評価はなく、検査料、手術料に当たるものが精神療法だけになってしまうため、その報酬は一般診療科に比べれば極めて低い。すなわち、多くの精神科病床は長期療養をするための病床と位置づけられる。具体的に言えば、多くの場合、何百床の大病院でも、当直医は一人である。さらに、救急対応のための看護師は配置されていないため、対応するとすれば病棟の夜勤看護師である。人道的に救急に対応すれば、病棟の看護配置が基準に合わなくなってしまう、場合によっては診療報酬の返還を求められる可能性さえある。そして、放射線技師、検査技師、薬剤師等、当直体制がなく、検査も調剤ができないため、一般診療科では軽症の身体合併症と思われるケースでさえも対応できない精神科病院は標準である。さらに、もし引き受けても、身体合併症が悪化した場合に、逆に引き受けてくれる一般診療科の病院が見つからないことも多く、消極的になってしまう。一部の精神科病院では精神科救急入院料を算定しており、これは常時、精神科救急体制を整えることを要件に創設されたが、期待には添い切れていない実情もある。詳細は先の項目で述べる。

これに加えて、そもそも精神科医自体が、身体的な疾患への対応が苦手な医師が多い。最近の研修医の制度で、一般診療科を経験している精神科医が増えてはいるが、まだまだ一人前に対応できるレベルではなく、心細く不安である。不安が強いと保身的になってしまう、保身は、逆に攻撃的防御となり、一般診療科の先生と遣り合ってしまう結果となると推察できる。また、一般診療科の先生からは「こんな量の睡眠薬の処方是非常識だ」と思われてしまうようなことも、精

精神科にはある。精神科医も良いとは思っていないが、やむを得ず結果的にそのようになっている患者も少数いて、こういう患者が一般診療科の先生にお世話になることがあり、強烈な印象として記憶に刻まれる結果、それほど頻度ではない事例を「精神科医はどうしようもない」という全てを否定するかのような思想を導きだしているのではないだろうか。このような一般診療科の医師と前述した精神科医療の事情とがぶつかり合うところが、救急要請の現場となってしまっていると想像する。

2)精神科の入院形態

もう1つ、精神科病院への入院に障害となるのは精神保健福祉法に規定される入院形態である。すなわち、精神科病床は医療法に加えて、精神保健福祉法の遵守が求められ、厳密に入退院や行動制限を管理されている。毎年の報告義務や立ち入り検査もある。

強制的に患者を入院させる行為は、本来は日本国憲法 11 条の基本的人権の尊重に反する。そこで精神保健福祉法において、強制入院が必要な場合は、医療保護入院、措置入院、応急入院、緊急措置入院などの入院形態が設置され、人権擁護の観点から、法に定められた手続きを踏んで、はじめて入院が成立する。この中で、後見人もしくは扶養義務者の同意、精神保健指定医による診察などが必要となる。手続きを含めて違法行為があった場合は、精神保健指定医に対する罰則規定もある。これは、一般診療科では公然と行われる身体拘束や、隔離などの行動制限においても、同様に厳格な規定の中で精神科医療は行われているため、一般診療科と同じことを精神科病院内で行えば処罰される。

しかし、以前のように精神症状のある患者を、早く引き受けると怒鳴る一般救急医は減ってきている。これは、新臨床研修制度によって、研修医が精神科を回り、精神保健福祉法を理解していただいた賜物と感謝している。

3.精神疾患患者の搬送について

精神疾患患者を救急隊が搬送する場合、命の危険があるような状態では三次救急に搬送されるので精神症状の有無は問題にならない。また、精神症状が重篤で、自傷他害の恐れがあるような場合は措置入院となるため、これも救急隊は対象外である。そうなれば、救急隊が搬送先に悩むだろう患者は、身体疾患が軽度、もしくは、体に問題はないが精神症状で身体症状を訴える患者である。

前述したように、精神科病院では何の検査もできないため、身体疾患の可能性があれば、まずは救急科に搬送して診察と検査を行い、その後に精神科病院との連携をとる、ということが患者の命を救う上で当然な流れであろう。特に、統合失調症などの患者では、重大な身体疾患があるのに、自覚症状を相当遅れて訴えることもあり、早急な対応が必要であることもある。地域単位では、一般診療科と精神科はマイクロな連携をもっている。我々の関わる患者が、このような状態になった場合は、顔の見える関係があれば助けられるが、地域移行が進んでいる中、患者からの連絡がなければ状況がわからない中、隙間に落ちて不幸な結果になる患者も少なくないと思われ、しっかりとしたセーフティネットの創設を望む。

4. いわゆるスーパー救急について

診療報酬において常時、精神科救急に対応し、地域の精神科基幹病院となることを目的として作られたのが、前述の精神科救急入院料算定病院、いわゆる“スーパー救急”である。ここは、地域の4分の1以上の救急患者を受け入れなければならない規定があるが、その具体的な数字として、年間20件の措置入院や、時間外200件の外来診療が要件とされている。そのため、20件、200件の整数倍の患者に対応しているという理由で、何病棟もスーパー救急病棟をもつ大病院が現れた。しかし数だけ満たせば、地域の基幹病院の役割を果たさなくても、常時対応でなくても、問題ないことになってしまう。したがって、救急隊が精神疾患患者をスーパー救急に受け入れ要請しても、この数が足りていれば、強いて受け入れる経済的な理由はない。さらに、スーパー救急には、60%を自宅へ退院させなければならない算定要件もあるので、基本的には重症患者を受け入れるインセンティブはない。結果、軽症で、自宅のある患者が好まれる。そして、退院して3か月以内に、入院していた病院に再入院すると、在宅復帰率から外されるので、当然、このようなケースもお断りである。また、診療報酬も高く、個室率も高いため、入院すると多額の自己負担を求められ、患者側もスーパー救急には入院したくないと他の医療機関を求める場合もあり、間にはいる救急隊員の苦勞が目に見える。

一方、経営的な面からいえば、スーパー救急の診療報酬は包括払い制度で、1日3万5千円程度である。この金額の中で、検査も、投薬も含まれてしまう。これに24時間365日体制で看護師、薬剤師、レントゲン技師、事務員を配置しなければならないとなると、採算は合わないという現実がある。特に、対象患者の多い都内では、一般救急同様、やればやるだけ人的、経済的負担が増え、持ち出しばかりとなるため、運営継続ができなくなる。正当な診療報酬がつかなければ、精神科医療は改善しないというのは、医師として言いにくい話であるが事実である。

5. 認知症における一般医療と精神科

認知症においては、早期診断、早期治療、合併症、地域連携、人材育成、啓発などが、認知症疾患医療センターに求められ、都内でも12の医療圏に12の地域基幹型のセンターが指定され、今後は、すべての区市町村にも創設される予定である。ここでも、一般診療科と精神科の問題がある。突き詰めれば、認知症は誰が診るかという問題でもあるが、認知症を診ているのは、精神科ばかりではなく、神経内科、老年病科、脳神経外科などが担当している。国の議論でも、「認知症は精神科の病気ではない」と断言しても誰も反対しない、認知症になっても精神科になんかいかないという話もよく聞く。偏見である。しかし、精神症状を呈する疾患であるため、そのような状態では、当然、対応困難となり、精神科に相談がくることになる。国や都のレベルでも、このような偏見、差別の中で、さまざまな議論が進んでいくと思われるが、現場に支障が発生しないような制度に見直していく必要がある。是非、東京都医師会として検討をいただきたい。また、前述の早期発見、診断部分についても、各科、考え方が異なる。臨床症状を重んじる精神科に対して、他科の場合は、MRI、SPECT、心筋シンチグラムなどさまざまな高額機器がないと診断ができないとして、受診予約が2か月以上になってしまうという話を聞く。前例にこのような検査をしているようである。高齢の明らかに認知症である患者には全く不要と思う。認知症は診断も重要だが、その後のケアも重要であり、長期間に及ぶ。多職種チーム医療をしてきた精神科はこの部分は、他科に比べれば先進的であろう。このノウハウも今後はさまざまな場面で活かして

いきたいと考える。

6.おわりに

精神疾患は身体疾患と同様に誰しものが発症しうる身近な病気である。また、認知症も精神疾患であり、今後、認知症に身体疾患を合併したケースは増大する。また、救急はできるだけ狭い地域で解決すべきことであり、一般救急と精神科病院が信頼に基づいて地域連携をしていくことが必要である。これを誰が先導するかと考えれば、東京都医師会と地区医師会以外にはない。そして、今後、国策として進む、地域包括ケアシステム、統合ケアなど、東京都行政の要は、やはり東京都医師会である。そのような点で、東京都医師会内に精神保健医療福祉委員会が設置された意義は大きく、今後も継続していただきたいと考えている。

一般診療科と精神科の医療連携

精神保健医療福祉委員会委員 矢野 正雄 [一般科]
(町田市医師会 南町田病院)

精神科医と一般診療科医との医療連携は、精神科医と一般診療科医の相互理解がなされたときに、構築されると考えられる。しかし、いまだに十分な相互理解が得られていないのが現状であろう。にもかかわらず一般診療科医が精神科領域の患者に遭遇することは少なくない。抗鬱剤の処方一般内科医の方が精神科医を上回っていることはそのことを指し示している。一般診療においてうつ状態の患者の診療に苦慮されている一般診療科医はかなり多いと考えられるが、一般診療科医は精神科医との連携をほとんど持っておらず、精神科医と連携したいと思っている一般診療科医も少なくないと考えられる。また、一方で精神科医が身体疾患が合併した際に連携できる一般診療科医も少ない。地区医師会においても精神科医と一般診療科医が同席する場もほとんどないのが現状である。その中において北多摩北部医療圏を始めとする実質3医療圏で「東京都地域精神科身体合併症救急連携モデル事業」が行われており、成果はあがっている。これを全医療圏に拡大するのは、病院の分布状況等の問題により難しいと考えられるが、方向性は示されたと考えられる。

一般診療科医と精神科医が顔を合わせることが医師会においてもほとんどないままの連携は不可能である。また各地域において一般診療科と精神科の疎通を図る時期であると考えられ、東京都医師会からの働きかけが重要であると考えられる。

いろいろな視点から一般診療科と精神科との繋がりを持つには、うつ等精神疾患早期発見・早期対応研修事業の意味も大きい。さらに今後増加する認知症対策でも顔の見える連携に対して有効でありそうである。また精神科側で考えなくてはならないのが、会議の中で、初診を受け付けない精神科クリニックがあることがわかり、地域によってはその地域で初診の精神科患者を診ることができるシステム作りが必要なことが分かった。また精神科同士での病診連携自体も必要と考えられた。

もう一つの切り口として東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業を開始することができた。救急病院で自殺企図の患者は身体的に問題がなければ帰宅させていたが、この事業自体が始まったことが大きな成果である。課題はこのシステムがまだまだ周知徹底がされていないことと運営の維持にあると考える。

一般科救急における搬送困難事例の約10%に精神科疾患の併存があげられている。非常に少ない点数であるが診療報酬に上乘せされたことは朗報であった。補助金を含めた行政への働きかけも重要であると考えられる。

さまざまな角度からのアプローチをもって一般診療科と精神科との連携の推進が今後も必要であると考えられる。

精神疾患をめぐる地域連携と医師会への期待～2014 年度を振り返って～

精神保健医療福祉委員会委員 東京都福祉保健局 障害者施策推進部
 障害者医療担当部長 [精神科医] 熊谷 直樹
 精神保健・医療課長 齋藤 善照

1. はじめに

本年度も東京都医師会精神保健医療福祉委員会に参加させていただいたが、その検討経過を踏まえ、国や都の施策動向を概観するほか、今後への期待を述べたい。

2. 国の動向

2012年に国の医療計画の指針が改定され、精神疾患を5疾病の一つとして追加し医療連携体制の早急な構築が必要とされた。さらに翌年精神保健福祉法が改正され、医療保護入院者に退院後生活環境相談員を選任する等の病院管理者の義務が設けられたほか、精神障害者の医療提供確保のための厚生労働大臣指針が新たに定められ、地域における医療機関間や医療機関と関係機関の連携の推進、精神科と他の診療科の円滑な連携のための取組、多職種チームによる医療提供等が示された。

さらに、本年は、2025年を目途とした地域包括ケア体制づくりをめざし、医療介護総合確保推進法が定められた。精神科医療の役割は明確には示されていないが、推進にあたり、認知症を含め精神疾患のある患者への医療提供体制づくりは欠かせないであろう。

3. 都の精神疾患地域連携関連の諸施策

都の精神保健医療施策においては、近年、地域での関係機関の連携を重視した施策を下表のように進めている。他に発達障害者や高次脳機能障害者の支援についても地域での連携をはかる取組を行っている。

そのほか関連した取組として、自殺総合対策においては、主に一般診療科医師向け研修を行う「うつ診療充実強化研修事業」や、自殺未遂者が搬送された救急医療機関からの依頼を受け必要な支援につなぐ「自殺未遂者対応地域連携支援事業」が挙げられる。また、認知症地域連携の拠点となる認知症疾患医療センターは2013年より12圏域で運営されているが、昨年未発表の東京都長期ビジョンでは、さらに島しょを除く全区市町村に整備してゆくこととされた。

事業名	概要	実施状況
精神科医療地域連携事業	二次保健医療圏ごとに、精神科、一般診療科、薬局、保健所等相談機関の連携会議、合同の研修、普及啓発事業を実施。	拠点となる医療機関に委託し、モデル事業2圏域を経て、本年度6圏域に拡大。検証のため調査を実施。
精神疾患早期発見早期対応推進事業	地区医師会単位で、一般診療科含め精神疾患や関連制度の研修や症例検討を実施。	都医師会へ委託。2013年度までに延38地区で実施。本年度も開催。
地域精神科身体合併症救急連携モデル事業	二次保健医療圏で、救急受診した精神症状を伴う患者に関し、救急医療機関からの相談や患者受入を行うほか、連携体制構築。	多摩地域2圏域において各1か所の精神科病院に委託。区部でも関連した試行が開始。
a)精神保健福祉士配置促進事業および b)精神障害者早期退院支援事業	地域医療介護総合確保基金を活用し、a)精神科病院における精神保健福祉士確保や、b)医療保護入院者退院支援委員会への地域援助事業者の出席依頼等へ支援。	本年度設置の同基金に関する東京都計画に記載された。

4. 精神疾患地域連携の推進に向けて～医師会への期待も含め～

本年度の本委員会では、上記を背景に、法律家や他県の医師からの専門的な助言も含め、活発な検討がなされたほか、これまでの検討を踏まえ、各地区医師会に精神保健担当理事（担当医師）が設置され連絡会が開催された。これらは、都の施策を伝えたりご意見をいただいたりする重要な機会であった。

地域住民の精神保健の向上、精神疾患のある人に必要な医療をなるべく地域で提供する体制づくりに各医師会として取り組むことは次の点で一層重要と考える。まず、精神科、一般診療科の医師の相互理解と相互研鑽をはかることができる。多くの医師が地域の精神疾患患者の地域連携に参画し、質を高めるうえでの推進力が期待できる。次いで、自治体との連携の量的質的向上につながるであろう。第三に、現場の実情に応じ、科学的な裏付けのある取組の推進である。これらは、心の健康づくりが図られ精神疾患に罹患しても安心して暮らせるような福祉先進都市を実現してゆくうえで、大いに役立つことが期待される。

連携をテーマにした調査を担当して思うこと

精神保健医療福祉委員会委員 西村 由紀 [精神保健福祉士]
(メンタルケア協議会)

平成 24 年度に実施された「一般診療科医と精神科医との連携に関する意識調査」のとりまとめを特定非営利活動法人メンタルケア協議会が担当させていただいたことから、東京都医師会精神保健医療福祉委員会に参加させていただくことになりました。メンタルケア協議会は東京都の精神科救急医療情報センターや東京都自殺相談ダイヤルなどの事業を東京都より受託して運営させていただいています。それ以外に、精神保健医療福祉分野の調査研究をお引き受けしています。

東京都医師会の「連携をテーマにした調査」に携わらせていただき、たくさんの気づきをいただくことができました。

「一般診療科医と精神科医との連携に関する意識調査」では、東京都内のすべての診療所が対象でした。回答が面倒な調査票であったにも関わらず、60%を超える高い回答率で、テーマに対する関心の高さや医師会の組織力を感じました。さらにその回答を見て驚いたことは、精神科とそれ以外の科との間で漠然とした相互不信があることでした。一般診療科医は「最近の精神科医は、薬をたくさん出すだけで短時間診療」と思っていて、精神科医は「精神科の診断や治療への理解も乏しいのに、安易に向精神薬を処方して困る」と思っている。実態はともかく、相互への漠然とした不信感が蔓延していることがわかりました。

「うつ診療充実強化研修」と「精神疾患早期発見・早期対応推進研修」に参加された一般科医を対象としたアンケートの調査では、1回の研修の前後で精神科医療への見方が大きく変わった方が少なくありませんでした。研修だけでも大きな効果が上がることに、言い替えれば、日頃は一般科医に精神科医療の情報が入ってくる機会が少ないことに、大変驚きました。

都内の2次救急3次救急告示病院を対象とした「自傷・自殺企図で救急搬送された患者実態調査」も担当させていただきました。病院によって、自殺企図の患者の受け入れの抵抗感や、地域連携室の姿勢の違いが大きいことに気付かされました。

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、自傷・自殺企図で救急搬送された方の自殺再企図を防止するための支援窓口です。メンタルケア協議会がその窓口の運営を受託しており、おもに救急病院からのご相談を受けています。相談いただくケースは、精神疾患や精神的な問題が背景にある例が殆どですが、併せて、経済的なことや、家族の問題、身体障害などが絡み合っているケースもあります。いずれも困難ケースです。これまで、超多忙な救急病院だけで対応してこられたと思われませんが、分析をしてみて、改めてその大変さが浮き彫りになりました。

地域でなかなか解決のできない状況で苦しんでいる患者様や、医療機関等のために、多分野に渉る連携を取れる支援窓口を構築できたらと思っております。どうぞ宜しくお願い申し上げます。

おわりに

2年間にわたる委員会活動の総決算として、ここに東京都医師会「平成25年度・26年度 精神保健医療福祉委員会討結果報告書」を刊行することができました。これもひとえに精神保健医療福祉委員会委員の皆様の努力の賜物と心より御礼申し上げます。

通常の委員会報告書は、東京都医師会会長からの諮問を受けて、その答申として刊行されるのですが、精神保健医療福祉委員会は発足後間もない委員会であること、更にはこれまで東京都医師会内に本領域を専門に検討する場がなかったことから、あえて諮問にはこだわらずに東京都の精神保健医療福祉分野の現状について洗い出すことを委員会の当面の目的としました。

委員会が立ち上げられた24年度には、23年度に実施した「一般診療科医と精神科医との連携に関する意識調査」の結果分析を行い、一般診療科医と精神科医の連携する上での問題点を詳らかにすることができました。そこで、25、26年度はそういった連携上の問題点の改善策として都内の地区医師会で開催された「うつ診療充実強化研修」と「精神疾患早期発見・早期対応推進研修」の機会を活用して、一般診療科医と精神科医との情報交換、交流機会を設けることで双方の誤った認識の修正に効果があることを実証しました。更に、都内二次救急三次救急医療機関を対象とした「自傷・自殺企図で救急搬送された患者実態調査」を実施し、精神科救急に関わるいくつかの事象について、その実態を明らかにすることができました。そして、最後に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」の途中経過について分析し考察を加えました。このようにかなり欲張った調査研究報告となりましたが、地域精神保健福祉事業を進めていく上での貴重なデータになるものと期待しています。

最後に、この東京都医師会「平成25年度・26年度 精神保健医療福祉委員会討結果報告書」が皆様方のお力添えにより、様々な分野で活用されますことを祈念いたします。

東京都医師会精神保健医療福祉委員会
担当理事 平川 博之