

# こころの散歩道

Vol. 39  
(通巻 231)

2016. 3. 1 発行

編集発行：栃木県精神保健福祉センター 〒329-1104 宇都宮市下岡本町2145-13 Tel 028 (673) 8785 Fax 028 (673) 6530

## 巻 頭 言

精神科救急医療体制や平成25年度から当センターに管理が移管された「精神科救急情報センター」の運用について、関係機関の理解を深めてもらうとともに、身体科と精神科の連携強化を図ることを目的に、平成26年度も平成27年2月21日（土）に「平成26年度栃木県精神科救急シンポジウム」を開催しました。今回の基調講演は「薬物乱用及び薬物依存症の理解と患者の対応について」として埼玉県立精神医療センター副院長の成瀬暢也先生にお願いし、パネルディスカッションでは「精神科救急における関係機関の連携について～薬物使用による意識障害のある患者への対応を中心に～」をテーマとしてパネリストの先生方からご発表いただき、成瀬先生より、ご意見、ご助言をいただきました。成瀬先生をはじめ、各パネリストの先生方、また、会場から貴重なご意見をいただいた先生方に感謝申し上げます。

次に、栃木県で取り組んできた「自殺予防対策」について簡略な振り返りを載せまし

た。幅広い領域で多くの関係機関の皆様方のご協力によって自殺予防対策事業が進められてきたことをあらためて感じました。

また、平成26年度精神科救急情報センター関東ブロック連絡協議会が、平成27年1月23日（金）に栃木県で開催され、関東1都6県5政令市の情報センター担当者による意見交換が行われました。本県からの提案議題「身体科と精神科の連携強化の取り組み」に対して各自自治体の状況を知ることができ、今後、県内の医療体制の活用と関係医療機関との連携を考えるうえで参考になりました。以上に加え、平成26年3月から当センターで開始した、頻回自傷者のためのショートケア「スキルアップデイケア」について報告しました。開始したばかりで、今後の展開を模索しながら運営しています。皆様方のご理解とご協力、加えて忌憚のないご意見を頂けたら幸いです。

栃木県精神保健福祉センター  
所長 増茂 尚志

## 目 次

巻 頭 報 告	巻頭言	1
	平成26年度栃木県精神科救急シンポジウムについて	2
	自殺対策を振り返って	7
	平成26年度精神科救急情報センター関東ブロック連絡協議会	8
	平成26年度スキルアップデイケアの報告	9
情報コーナー	精神保健福祉センター相談電話の紹介 ほか	10

## 平成26年度栃木県精神科救急シンポジウムについて

当センターでは、精神科救急をめぐる関係機関同士の連携のあり方を様々な立場の方達と考える機会として、平成25年度から精神科救急シンポジウムを開催しています。平成26年度は埼玉県立精神医療センターの成瀬暢也副病院長から基調講演をいただき、その後、成瀬先生を助言者として、3人のパネリストの先生方と共にパネルディスカッションを実施しました。そこで、今回は、基調講演及びパネルディスカッションでの御発言について抜粋し、報告させていただきます。

### 1 基調講演

『薬物乱用及び薬物依存症の理解と患者への対応について』

(講師) 埼玉県立精神医療センター

副病院長 成瀬 暢也 氏

我が国の薬物問題では、使用薬物は覚醒剤と有機溶剤が主で、病気ではなく犯罪と捉えられることが多く、精神科医療においても解毒対応及び精神病後遺障害の治療のみが行われてきた。本来は依存症の回復支援が最も重要であるが、国内の専門医療機関、専門医は極めて少ないのが現状である。本来、薬物依存症の治療や支援は、病院内で完結するものではなく、地域で継続的に行われるべきだが、薬物依存症者の特徴から支援者に受け入れてもらえない場合も少なくない。

薬物依存症で新規に外来を受診する患者の使用薬物は、平成24年度に危険ドラッグが初登場にしていきなり2位にランクインし(1位は覚醒剤)、社会問題として注目された。埼玉県立精神医療センターにおける平成25年度の薬物関連患者も、新規外来患者、救急病棟入院患者、依存症病棟入院患者の全ての項目で、危険ドラッグが覚醒剤を上回っている。また、危険ドラッグ乱用症例のプロフィールを分析すると、若年層の男性が多いという特徴はあるものの、学歴は中卒や高校中退から大卒まで幅広い層に広

がっていることが分かる。ただし、改正薬事法による販売の規制取り締まりの強化により、危険ドラッグ使用による新規受診患者が急速に減少している。

乱用につながりやすい薬物は、大きく興奮系(カチノン系)と抑制系(合成カンナビノイド)に分類される。興奮系の薬物は「幻覚妄想」「精神運動興奮・不穏・攻撃性」等の症状が起こりやすく、精神科救急の対象になることが多い。一方、抑制系の薬物は、「意識障害」「多彩な身体症状」が起こりやすく、身体科救急の対象になることが多い。そして、共通する「強い依存性」に対しては、「依存症」そのものへの対応、支援が必要になる。

薬物依存症患者の治療では、まず外来受診患者の受け入れ体制のあり方が重要である。埼玉県立精神医療センターでは専門外来を通称『ようこそ外来』と呼び、来院したことを肯定的に評価し、スタッフ全員で歓迎する。社会的に否定されてきた人にとっては、このようなスタッフの受容的態度こそが治療動機につながる。治療の導入は底尽きを待つのではなく、治療者からの働きかけにより積極的に動機付けを行うことが望まれる。併せて随伴性マネジメントで治療意欲を高める(通称ごほうび療法)。この時の『ごほうび』とは、高価なものではなく参加状況が分かるチェックシート(シールの貼付)やプログラムの修了証の授与といったものであるが、参加者の努力が可視化されることで、患者やスタッフの意欲向上につながる。

依存症患者には、A Cの傾向を持ち、対人関係に何らかの困難感を持っている人が多い。また、依存症になることで、手っ取り早く楽になることを繰り返し、結果的にストレス耐性が弱く未熟で自己中心的な人格にとどまっている場合もある。このような患者に対し、支援者は陰性感情を持ちやすいが、患者一人一人に敬意を払って支援を行うという基本的姿勢を忘れてはならない。薬物依存症の治療は、人との信頼関係の回復支援であり、

「どの治療方法を行うか」ではなく、「誰が治療をするか」で治療効果が異なるとも言われる。良い治療者の条件とは、「共感性が高いこと」「偏見や陰性感情から解放されていること」である。患者は人と信頼関係を築けるとアルコールや薬物に酔う必要性がなくなり、回復に向かっていく。

## 2 パネルディスカッション

『精神科救急における関係機関の連携について』  
～薬物使用による意識障害のある患者への対応を中心に～

(助言者) 成瀬 暢也 氏  
(パネリスト)

日光市消防本部今市消防署

消防士長 佐々木俊一 氏

自治医科大学救急医学教室

教授 鈴川 正之 氏

栃木県立岡本台病院

院長 黒田 仁一 氏

(座長)

精神保健福祉センター

所長 増茂 尚志



### (1) パネリストからの発言

○ 佐々木 俊一 先生から

精神科救急の代表的なものとして、自損の事例が挙げられる。そこで、救急件数に占める自損の割合を過去5年間のデータをもとに考察した。その結果、精神科救急は全体の件数から考えるとそれほど多くはないが、不搬送となる案件が多いことが分かった。さらに、搬送に至る

場合も病院収容までに時間がかかり、不搬送の場合も、通常の救急事案に比べ救急隊の対応時間が長くなっていた。

今回、日光市消防本部の消防職員74名を対象に救急隊員が精神科救急に対しどのようなイメージを持っているかのアンケートを実施した。その結果、精神科救急情報センター（以下情報センター）や平成25年から開始した精神科救急輪番体制とともに、十分に認知されておらず、情報センターの利用も少数にとどまっていることが分かった。対象となる症例が少ないため、これらの周知や利用率の向上は難しいことが考えられる。しかし、精神科救急の円滑な対応のためには、関係者へ精神科救急医療システムの十分な周知と理解を図る必要があると考える。

また、精神科救急における現場活動についてのアンケートでは、軽度の身体的合併症状を伴う患者の搬送先として、身体的合併症が軽症であれば精神科病院への搬送が考慮されていることが分かった。さらに、精神科救急で苦慮していることとして最も多かったのは、「搬送先に苦慮している」で、ほとんどの救急隊員が同様に感じていることが分かった。

当署で取り扱った事例として、「自宅でけいれん発作を起こし、二次医療機関への搬送を選択したものの、画像診断で脳出血が判明し、その後、市外脳疾患専門病院へ転院搬送となった事例」等があった。本事例では、救急隊が接触した段階では軽度の意識障害のみでバイタルは安定していた。また、精神的なストレスを強く感じていたとの情報もあり、救急隊は、精神的な疾患を考慮しながらの活動となってしまう、脳疾患専門病院への搬送を第一選択にできなかったという課題が残った。救急医療において、重大な身体的疾患を見逃さないためにも、背景因子にこだわりすぎず、患者の状態を冷静に観察し、搬送先を判断していくことが必要になると考える。

今後、スムーズな救急搬送対応のためには、広く精神科救急への理解を求めていく必要があるだろう。特に、依存症や自殺企図者の対応をしたことのある関係者は、患者に対し抵抗感を持ってし

まいがちではないかと感じている。しかし、依存症や精神疾患は慢性疾患であり、適切な治療が必要である。今後、救急搬送がきっかけとなり、早期の医療介入へとつながり、精神疾患を持つ人の自殺など、不幸な事象を未然に防げるような体制作りを検討していくことが求められるのではないかと。

#### ○ 鈴川正之 先生から

国の資料には、精神疾患と身体疾患が合併したときに、搬送困難になっていることが示されており、これらの課題はすでに明らかとなっている。中でも、精神疾患か、身体疾患かの判断が困難な場合は、身体科と精神科の連携が不可欠となるが、実際には十分な連携が取られていないのが現状である。国の指針には、身体科と精神科の連携体制について、並列モデル、縦列モデル等のいくつかの例が挙げられており、円滑な連携のあり方についても、すでに議論されているところである。そして、平成25年4月1日に精神保健福祉法が改正され、精神科救急医療体制事業の推進が努力義務となり、精神科救急情報センターやミクロ救急の推進を図ることになった。それに伴い、栃木県では平成25年4月から精神科救急の輪番体制が開始されたが、それ以前の精神科救急医療施設は1機関のみであり、精神科救急の医療資源は全国最下位の水準でスタートしている。

栃木県とは対照的に、最も多くの医療機関が精神科救急に参加しているのは福岡県である。その福岡県で医療機関を対象に行ったアンケート調査の結果を見ると、身体科と精神科における『精神科救急』のイメージが異なっていることが分かる。精神科では、措置入院が必要な患者を対象とした「ハード救急」を、身体科では、急性アルコール中毒や過量服薬等を含めた「ソフト救急」をイメージしていた。ファーストコンタクトを行う救急病院からの意見としては、「初期対応を救急病院で行い合併症を調べること」、「身体合併症患者を入院させること」、「精神科疾患の転院への協力」については、精

神科に対する協力的な意見があった。その反面、「ソフト救急に対する相応の負担をして欲しい」、「身体合併症がないと判断した後は、精神科で受け入れて欲しい」等、精神科への要望もあげられていた。つまり、一般科救急からは、精神科でもソフト救急の受け入れを検討して欲しいという要望があるものと考えられる。

また、同アンケートの「精神科の患者の救急での受け入れに負担に感じているか。」という問いには、救急病院のスタッフが94%、精神科病院では74%、救急隊員は70%が「負担を感じている」と回答しており、中でも救急病院では高い割合で負担を感じていることが分かる。一方、精神科では、「身体合併症が否定できないと受け入れられない」という意見が多かった。また、精神科での受け入れ困難の理由としては、「マンパワー不足」、「器機設備の不足」等があげられていた。しかし、重症患者への救急処置を目的とした救命救急センターにおいて、本来は精神科救急の対象となるような軽症の身体合併症患者を受け入れている実情を見ると、精神科救急の問題が救急医療全体に影響を与えていると言わざるを得ない。つまり、精神科救急の問題を解決することが、栃木県のような救急搬送困難多発県の救急医療の課題解決のためには、重要であると感じている。

ここで一つの事例を紹介したい。この事例は、酔酩で119番通報があり、救急隊が医療機関に問合せをするが搬送先が見つからず、警察からも病院に問合せをしたが、「手術中」という理由で受け入れを断られている。救急隊が確認した結果、鼻出血以外の所見はなく、駆けつけた家族からは搬送の要望があったものの、救急隊が説得して不搬送文書に署名をさせて帰宅をさせた。しかし、6時間後に急性くも膜下血腫で倒れ植物状態となった。結果的に訴訟に至り、地裁では消防署を所管する自治体に1億4千万円の賠償金という判決が出ている。やはり、不搬送が多いということは、患者にとっても自治体にとっても大きなリスクを抱えていると言える。不搬送者はメディカルコントロール協議会の検証にも事例として上がってこないが、不搬送事例こそ、なぜ不搬送となったのか、

その判断に間違いはなかったのかという検証を行うべきではないか。

#### ○ 黒田 仁一 先生から

岡本台病院のアルコール・薬物専用外来への受診ルートとしては、自ら希望して専門外来を受診する患者以外に、救急外来を経て受診する患者、医療観察法や覚醒剤事犯などで留置中に診察を依頼されてつながる患者などがいる。

アルコール依存症や薬物依存症の患者の場合、緊急・救急、措置入院あるいは医療保護入院で入院となり、継続的な治療につながることもある。入院に至るような場合は、離脱によるせん妄状態が見られ、まず、そのような急性症状の治療を行うことが多い。急性症状が落ち着いた後は、アルコール依存症の患者の場合、本人の同意が得られれば、入院形態を任意入院に切り替えてアルコール・リハビリテーション・プログラムを導入していく。薬物依存症の患者の場合は、とちぎダルクのスタッフによる面接を行い、患者の同意が得られれば、退院と同時にとちぎダルクに入所という流れになることが多い。

精神科単科による精神科救急の現場では、身体合併症の管理が一番の問題になっている。薬物依存症の患者でも、特に横紋筋融解症を合併しているような場合は、精神科での医療管理が困難となる。実際に、薬物使用による急性錯乱状態で当院に措置入院となった患者が、横紋筋融解症を合併していることが分かり、大学病院のICUに転送したような例がある。興奮状態が落ち着いた後、非常に重篤な身体疾患が見つかった場合は、身体科でなければ処置ができないという事例もあり、対応に大変苦慮している。

ただし、重篤な事例ばかりでなく、「過量服薬をして多少朦朧としていて落ち着かない」というケースや、「双極性障害にアルコール依存症が合併し、うつ状態で辛くなるとお酒を飲んでしまう。そしてお酒を飲むとリストカットしたくなってくる。」というようなケースもある。このような場合、リストカットの外傷が軽症なら当院でも対応可能だが、重症のケースは、身

体科救急での処置後に受入れとなることが多い。ただし、外傷のとらえ方についても、精神科単科病院の感覚と内科や外科の先生方の感覚とでは、ずれが生じているものと思われる。同様に、一般科の医師がリストカットを自殺未遂ととらえ、「なぜそういう人をすぐに入院させないのか」と言われることもあるが、自殺未遂との厳密な区別は難しいとはいえ、精神科ではリストカットをストレスへの対処行動として判断する場合もあり、それぞれに解釈の違いがあるものと考えている。

また、精神科での診察には、飲酒者・酩酊者の取り扱いに十分留意する必要がある。薬物性急性中毒による精神病状態であれば、当然精神科救急の対象となり、覚醒剤の影響がなくなるまで待つてもらう必要はない。しかし、飲酒者酩酊者の場合、その人が単なる酩酊なのか、精神疾患なのかという判断を正確に行うことは困難である。そのような理由により、岡本台病院では、従来、一貫して「飲酒している場合は醒めてから受診してください」という対応をしてきた。しかし、そのような一律の対応は望ましくないという反省も出てきており、今後は、その人の状況に応じた対応を検討していかなければならないと考えている。例えば、躁うつ病の躁状態で飲酒し、火に油を注ぐような状態で多彩な問題行動を起こしてくるような事例は、「酔いが醒めてから」ということにこだわらず、精神科救急での受入れが必要になる場合もあると考える。ただし、多様なケースを想定し一定のルールを策定することには限界があり、ケースバイケースの判断とならざるを得ないのが実情である。今後、このような事例を積み上げて、どのように対応すべきかを検討していきたい。

#### (2) 会場からの発言内容

##### ○ 二次救急医療機関の医師から

「リストカットは自殺未遂ではなくストレスへの対処方法と判断することもある」との話があったが、当院の救急外来には、リストカットを行った患者から一晩に何度も不安等を訴えられることがある。このような患者について、精神科から「問題なし」と言われてしまうと、身体科救急で

の対応が困難になってしまう。それぞれにストライクゾーンがあるのは当然だが、それだけの対応では必ず空白地帯が生じる。我々も身体科救急を行いながら精神科を学んでいきたいと考えているので、精神科でもリストカット患者等への対応策を一緒に考えてもらいたい。

## ○ 健康福祉センターの職員から

健康福祉センターでは、精神保健相談にも力を入れており、救急医療の事案にならない段階でケアを行っている。

また、精神保健福祉法23条への対応も行っているが、その中で、精神科の三次救急（措置入院、緊急措置入院、応急入院）の受入れ先が岡本台病院のみとなっている現システムにも課題を感じている。

## ○ 二次救急医療機関の医師から

当院では、薬物や飲酒の問題を伴う患者についても、救急受入れをほとんど断ることはない。しかし、問題となるのは、自殺企図として過量服薬し、覚醒しても自殺念慮が強い方への対応である。このような患者は、2回目のトライで命を落とすこともある。

また、アルコール依存症の患者の中には肝障害や糖尿病や高血圧等を抱える患者もいるが、精神科からは慢性疾患を理由に受入れを断られてしまうことがある。食べる物も食べずに酒だけ飲んでいる方に、どう対応していけばいいのかという悩みがある。

## ○ 他県精神科救急情報センターの職員から

本県では医療資源が充実している地域もあるが、救急医療機関が不足している地域では、対応に苦慮しているところである。

また、本話題に上がったような事例への対応の課題は、本県でも同様に聞かれている。飲酒者への対応については、本県でも「アルコールが醒めてから精神科へ」という対応が原則となっている。ただし、コンサルテーションの担当医師から「頭部殴打等の可能性等も考慮した

場合は、身体科受診も考えるべき」と助言をいただいている。

## （3）成瀬先生からのコメント

アルコール依存症や薬物依存症は、自傷行為や自殺企図も繰り返し、暴力行為などの多彩な問題行動も起こし得るため、精神科医療においても対応困難事例として扱われることが多い。その上、その身体合併症を伴っている患者となると、どこかの医療機関でも受入れが困難になることは明かである。このような人の救急受入れを推進するためには、医療機関の動機付けを高めるために、国の施策として医療点数の加算等の対策も必要ではないかと考えている。

そして、現場を担う関係者ができることは、まず身体科と精神科の信頼関係を築いていくことではないだろうか。精神科と身体科の溝を埋めていかなければ、薬物依存症やアルコール依存症患者、あるいは身体合併症患者が医療の迫間に落ちてしまい、適切な医療が受けられなくなってしまう。そのような事態を防ぐためにも、「精神科と身体科の信頼関係を築いていくこと」こそが、精神科救急医療システムにおける最も重要な課題ではないか。



## 【あとがき】

シンポジウム終了後には、参加された皆様からアンケートへの御協力をいただきました。その結果、精神科救急の課題への取り組み等について、厳しい意見も多く寄せられました。しかし「（本シンポジウムには）各分野から多くの方に出席し

てもらいたい。」「各地域でこのような話し合いの場を持てると良い。」「救急医療の認識が食い違っている中で話し合っても上手くいかないことが分かった。」等の建設的な意見も多くみられました。

精神科救急情報センターを所管する当センターにおいても、精神科と身体科の連携に関する

課題解決をテーマとして、今後も引き続き事業を展開していきたいと考えています。しかし、当センターだけで精神科救急における課題を解決していくことは困難です。成瀬先生からの総評にもあるように、関係機関と信頼関係を作り、連携を取りながら、精神科救急の課題に取り組んでいきたいと考えています。

## 自殺対策を振り返って

### 1. 日本における自殺対策について

日本国内の自殺者数は、バブル経済崩壊の影響を受けた平成10年から年間3万人を超える状況が続いていました。世界水準でも日本の自殺問題は非常に深刻な状況であることから、政府は平成18年に自殺対策基本法を制定し、国を挙げて総合的な自殺対策を推進することになりました。その後、平成19年には自殺総合対策大綱が策定され（平成24年に改定）、その結果平成24年にようやく3万人を下回り、現在も減少傾向が続いています。

当初はうつ病対策の一環として事業化されていた自殺対策ですが、自殺の背景には健康問題、経済・生活問題、家庭問題など様々な要因が重なっており、精神保健の観点のみならず、行政・医療・教育・福祉など関係諸機関の連携による社会的な取り組みの必要性が明らかになってきました。また、「誰も死に追い込まれることのない社会」を実現するために、早期対応の中心的役割を果たすゲートキーパー養成や、自殺未遂者ケアおよび自死遺族支援も重点項目となりました。

また平成28年度から、自殺対策が内閣府から厚生労働省に移管され、より地域に密着した対策が推進されることとなりました。

### 2. 栃木県の自殺対策について

栃木県では、平成18年度および19年度に地域保健総合推進事業（全国衛生部長会協力事業）として調査研究「自殺予防～地域住民への普及啓発活動の試み～」を行いました。さらに、平

成19年には「栃木県自殺対策推進本部」「自殺対策連絡協議会」等が設置され、県内各機関における精神保健福祉事業に基づく自殺対策が実施されました。

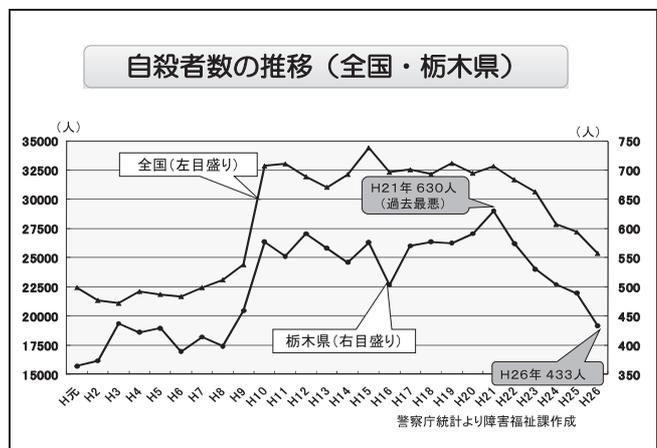
- ・各健康福祉センターおよび精神保健福祉センターにおける来所・電話相談事業や、弁護士等の専門家による法律相談と心の健康相談を併せて行う包括相談、こころのダイヤルにおける電話相談事業の実施

- ・自殺を考えている人に対し適切な対応・支援を行う人材（ゲートキーパー等）の養成、自殺対策担当者研修会や地域自殺コンサルテーションの実施

- ・講演会やシンポジウムの開催、メディアや資料による普及啓発活動の実施

- ・自死遺族のための分かち合いの会運営支援、地域ネットワークの強化等

これらの対策により、栃木県内の自殺者数も年々減少傾向にあります。高年齢者の自殺や若年層の自殺未遂などは依然大きな課題であり、さらに効果的な対策を推進するために検討を重ねています。



# 平成26年度精神科救急情報センター関東ブロック連絡協議会

## 1 はじめに

精神科救急情報センター関東ブロック連絡協議会（以下、「連絡協議会」）は、精神科救急情報センター（以下、「情報センター」）業務における課題や問題等について、関東1都6県・5政令市の情報センター担当職員が集まり、意見・情報交換を行うことで、今後の各都県市における精神科救急業務等の円滑な推進に資することを目的に、平成17年度から各都県（政令市は県と共催）持ち回りで開催しており、平成26年度は栃木県で開催した。

日時	平成27年1月23日13時～16時
場所	栃木県庁本館6階 大会議室2
議題	(1) 各精神科救急情報センターの運営状況等について (2) 精神科救急情報センターの事業運営に係る意見交換等について
出席者	43名（うち本県関係17名）

## 2 議題について

- (1) 各精神科救急情報センターの運営状況等について  
各自治体の精神科救急医療体制図等の資料を基に、前年度からの変更点等について、説明していただき、情報共有を図った。
- (2) 精神科救急情報センターの事業運営に係る意見交換等について  
措置入院不要となった場合の対応や転院の体制、退院支援の方法など措置入院業務を中心とした9議題について、意見交換を行った。

## 3 本県からの提案議題について

本県からは、身体科と精神科の連携強化の取り組みについて、議題を提案した。

趣旨や各自治体からの回答等は次のとおり。

### (1) 提案趣旨

本県の精神科救急医療機関は、単科の精神科病院がほとんどのため、身体合併症が疑われる場合、情報センターでは身体的な治療ができる一般科医療機関の診察を優先してもらっている。しかし、救急隊や一般科救急からは、搬送先が見つからない、なぜ精神症状がある患者を受けないのかなど様々な意見をいただいております。身体合併症患者の対応は長年の課題となっている。そこで、本県では救急隊や一般科医療機関に、もっと精神科救急医療について理解してもらおう必要があると考え、平成25年度から精神科救急シンポジウムを開催し、関係機関の連携強化を図っているところであるが、同様の問題に対し、

他の自治体ではどのような取り組みを行っているのか伺った。

### (2) 各自治体からの主な意見及び回答

#### ア 身体合併症対応の体制

各自治体では、①身体合併症対応医療機関が毎日体制として確保されている、②精神科救急医療の輪番体制に総合病院がある、③身体合併症を受け入れる体制が全くない、又はほとんどない、の3つに大別されることが分かった。また、①の自治体でも、平日日中限定、対象が措置入院患者のみ、身体症状が入院レベルの場合のみなど、体制のルールに従ってそれぞれ運用されているため、そこから外れた場合の対応に苦慮しているとのことであった。

#### イ 連携強化の取り組み

各自治体のいずれも必要性は感じており、主に次のような事業を実施しているとのことであった。

- ・精神科と一般救急医療機関との意見交換会
- ・消防、精神科、一般科の関係医療機関が参加しての事例検討
- ・一般科、消防や警察などの実務者レベルでの精神科の入院制度などの研修会
- ・一般科救急医療機関の看護師が単科精神病院の看護師の研修をするなどの現場レベルの研修会
- ・一般救急医療機関での身体治療後、精神科医療機関での相談や受入調整を行う連携事業
- ・精神科医療機関の職員が集まり、合併症患者受入の対応を検討する会議
- ・庁内連携のための部局横断的な意見交換会

また、自治体によっては、医療圏ごとの取り組みとして、複数の事業を組み合わせ実施しているところもあった。

#### ウ まとめ

身体合併症患者の対応は、体制によるものと、連携によるものが考えられる。体制に関しては、それぞれの自治体における社会資源に依拠しており、整備には時間がかかるが、一方で連携強化の取り組みは、それぞれの自治体の課題に応じた事業を展開しており、本県でも地域、対象、目的別に、複数の対応策を組み合わせ、現実可能なものから優先的に実施していく必要があると感じた。

## 4 最後に

連絡協議会に参加する自治体は、人口規模や地理的状況も異なるが、措置入院から救急まで多岐に渡る課題について、本音で意見交換を行う貴重な機会として、今後も積極的に活用され、発展することを期待したい。

## 平成26年度 スキルアップデイケアの報告

### 1 はじめに

スキルアップデイケアは、基本的に慢性的な希死念慮を有し、自傷行為等の経過を持っている者に対し、具体的なストレスへの対処技能を向上させるプログラムを実施することにより、不適応行為を低減させ、広い意味でのQOLの向上を図ることを目的に実施している。実施にあたり、長谷川病院（東京都）、佐々木病院（現・あしたの風クリニック）のプログラムを参考にした。参加対象者については、当面は精神科救急情報センターや当センターの相談者のほか、県立岡本台病院に紹介を依頼した。平成26年3月から、当センター長期継続ケース（自傷行為・現在はなし）1名により実施開始し、その後、女性タルク入所施設、医療機関からの紹介ケースなど合計9名が参加した。平成26年度における実施報告をしたい。

### 2 スキルアップデイケア・プログラムについて

デイケア・プログラムは表1の通りである。

表1 デイケア・プログラム（H27年3月現在）

	時間	項目
1	13:00～13:10	はじめのミーティング （オリエンテーションは初回参加者がいる時に実施）
2	13:10～13:17	気分チェック
3	13:17～13:20	パスについて
4	13:30～13:45	心理教育&ミーティング
5	13:50～14:20	ホームワークチェック
6	14:30～15:00	身体のマインドフルネス
7	15:15～15:30	スキルトレーニング
8	15:35～15:45	後片付け
9	15:45～16:00	帰りのミーティング

参考としたのは「弁証法的行動療法」だが、その枠組を完全に実施することは難しく、ショートケアとして実施すること、救急外来を受診したような患者も受け入れられるようにすること、デイケア対象者は継続参加が困難等の要因を考慮し、1クール4回、途中参加を可とする枠組で実施している。

対象者の評価には、質問紙法心理検査（POMS）を毎回実施した。パスは地域の相談機関の情報提供を行っている。

心理教育は、感情をテーマとした講話を4回実施後、ホームワーク（気分グラフ）を利用者から報告、医師からコメントすることを実施している。

スキルトレーニングは、当初1時間の枠で実施していたが、H26.9月より気分転換を兼ねて身体を使ったマインドフルネス体験を30分程度実施したため、現在は30分程度の枠で実施している。内容は中核スキルであるマインドフルネススキルを毎回実施し、自傷防止の観点から苦悩耐性スキルも実施している。

### 3 参加者について

参加者のプロフィールと状況は表2の通りである。

全て女性で、30歳代と比較的若く、継続的に精神科に通院している。中断者が多いのが特徴的である。

表2 参加者基本情報（H27年3月現在）

対象者	9名
男女比	0：9(全て女性)
平均年齢	32.3歳
紹介元	
病院	6名
クリニック	3名
修了者数	4名
中断者数 (中断者の平均参加回数)	5名 (1.8回)

### 4 まとめ

#### (1) プログラムについて

本デイケアは、様々なメニューを実施しており、必要な情報を伝える機会が多く、飽きさせずに集中を維持させること等の利点があるが、本来の自傷行為の低減等の目的への焦点が定まりにくい状況がみられた。

また、利用者は自傷行為以外にも対人関係の持ち方に困難を抱え、感情が不安定になりがちで、その対処に苦慮する等の問題がある人が多く、スキルとして対応の提示のみでは対処が難しかった。

## (2) 回数・時間について

スキルの習得には時間がかかり、デイケアの中でトレーニングや日常生活での実践、実践報告のフィードバックを繰り返し実施することが求められている。複数の利用者から、3時間の枠は長く負担が大きい等の感想が聞かれている。

## (3) スタッフ構成等について

スタッフはDr、PSW、心理、OT、Nsの5人の配置である。現在は、参加者数に比してスタッフ人数が多く、逆に利用者からは負担に感じる旨の意見もあり、スタッフの関わり方の工夫が必要である。

## (4) 利用者の中断

平成27年3月時点で合計9名が利用したが、修了に至ったのは、4名（内ダルク入寮者2名）に留まっている。利用者数の低迷、デイケア時間の長さ、プログラム内容、利用者の不安定性、動機づけの問題等様々な理由が絡み合っているものと推定される。早期にできる対応策としては、薬物依存者向けプログラムである「SMARPP」等で実施されている随

伴性マネジメントを取り入れて（例：修了者に修了証を手渡す、利用者が1回参加するごとに用意したシートにシールを貼っていく等）参加行動を強化していくことや個別担当者によるフォローを今以上に充実すること等が考えられる。

## (5) 募集方法について

利用者は、次年度も当センターでの相談面接者を中心に組み立てていくことになるが、利用者増を図るためには、広報対象を岡本台病院以外の精神科病院、更に加えて一般救急医療機関に拡大することも考えていきたい。ただし、それに伴うプログラムの実施に何らかの弊害が出る恐れも否めないため、募集については慎重に進めたい。

## 5 おわりに

本デイケアを実践し、様々な課題点が浮き彫りになったところであるが、検討を重ねていきたい。

将来的には、地域での自殺未遂者対策のシステム作りに寄与していきたい。

## 情報コーナー

電話により相談をご希望の方は・・・

### こころのダイヤル

☎ 028-673-8341

受付時間 平日9:00~17:00

夜間休日の精神科救急医療に関する相談は・・・

### 精神科救急医療相談電話

☎ 0570-666-990

受付時間 平日17:00~22:00

土日祝日10:00~22:00

## 家族だけで悩んでいませんか？

やしお会は、心に病をもつ人達をかかえる家族の会です。

病気と知った時、すんなりと受け入れるのは難しいでしょう。家族同士の話し合いや家族相談会を通して、八方塞がりの状態から一歩踏み出しませんか。

### ●栃木県精神保健福祉会（やしお会）●

やしお会本部（事務局）栃木県宇都宮市下岡本町2145-13（栃木県精神保健福祉センター内）

TEL:028-673-8404 FAX:028-673-8441 Eメール:yashio@lime.ocn.ne.jp

宇都宮 やしお会  
日光地区 やしお会  
小山地区 やしお会  
足利 やしお会  
佐野 やしお会  
鹿沼 やしお会  
クローバーハーツ癒しの夢工房  
ほっとスペースひだまり家族会  
ピアサポート やしお

TEL:028-626-1114  
TEL:0288-22-7438  
TEL:0280-57-2673  
TEL:0284-64-9770  
TEL:0283-24-9880  
TEL:080-6748-9199  
TEL:0287-45-2299  
TEL:028-666-8693  
TEL:028-673-8404

（宇都宮市保健所内）  
Eメール:fureai201@future.ocn.ne.jp  
Eメール:sp3x4m59@view.ocn.ne.jp  
Eメール:ashikagayashio@gmail.com  
Eメール:sanoyashio@yahoo.co.jp  
Eメール:hidamari@snow.ocn.ne.jp  
Eメール:yashio@lime.ocn.ne.jp