

5.修了証授与式

- ・参加人数：19名

〈第6回〉

- ・日時：平成19年12月15日（土）
14時～18時
- ・場所：関西医科大学附属滝井病院 C棟1階会議室1
- ・プログラム：
 - 1.挨拶・オリエンテーション
 - 2.事例検討会
 - 3.講演会
テーマ：「ケース・マネジメントの効果」
講師：杉本達哉先生（関西医科大学）
 - 4.連絡事項
- ・参加人数：17名

〈第7回〉

- ・日時：平成20年2月9日（土）
14時～18時
- ・場所：横浜市立大学附属市民総合医療センター本館4階会議室
- ・プログラム：
 - 1.『自殺予防の援助者向けのマニュアル本』に関するディスカッション
 - 2.研修会
テーマ：「危機介入について」
講師：大塚耕太郎先生（岩手医科大学）
- ・参加人数：17名

〈第8回〉

- ・日時：平成20年4月18日（金）
17時～21時
- ・場所：いわて県民情報交流センター8階・810研修室
- ・プログラム
 - 1.挨拶（横浜市立大学・平安良雄先生）
 - 2.オリエンテーション（品質向上班）
 - 3.研修会
テーマ：「三次予防の基本的なスキルについて」
担当：大塚耕太郎先生・中村 光 CM・

川村祥代 CM（岩手医科大学）

- ・参加人数：25名

〈第9回〉

- ・日時：平成20年6月28日（土）
14時～18時
- ・場所：関西医科大学附属滝井病院1号館1階会議室
- ・プログラム：
 - 1.挨拶・オリエンテーション
 - 2.事例検討会
 - 3.講演会
テーマ：「『田舎の病理』と『都会の病理』に関する一考察～そして、そこにある男と女」
講師：織田裕行先生（関西医科大学）
- ・参加人数：28名

〈第10回〉

- ・日時：平成20年8月23日（土）
14時～18時
- ・場所：横浜市立大学附属市民総合医療センター本館6階会議室
- ・プログラム
 - 1.挨拶（横浜市立大学・平安良雄先生）
 - 2.研修会
テーマ：「再企図のリスクと対応」
講師：大塚耕太郎先生（岩手医科大学）
- ・参加人数：26名

〈第11回〉

- ・日時：平成20年10月11日（土）
14時～18時
- ・場所：ハロー会議室 水道橋1
- ・プログラム
 - 1.挨拶
 - 2.事例検討会
- ・参加人数：16名

〈第12回〉

- ・日時：平成20年10月11日（土）
14時～18時
- ・場所：ハロー会議室 水道橋1
- ・プログラム

1.挨拶

2.研修会

テーマ：「ポストベンションーディブリーフィングを中心にー」

講師：大塚耕太郎先生（岩手医科大学）

コメンテーター：藤岡孝志先生（日本社会事業大学）

3.講演会

テーマ：「援助者支援と共感疲労」

講師：藤岡孝志先生（日本社会事業大学）

・参加人数：18名

〈第13回〉

・日時：

平成21年2月14日（土）

14時～18時

・場所：ハロー会議室 水道橋1

・プログラム

1.挨拶

2.研修会

テーマ：「困った事例への対応」

講師：大塚耕太郎先生（岩手医科大学）

・参加人数：17名

〈第14回〉

・日時：平成21年5月9日（土）

14時～18時

・場所：ハロー会議室 水道橋1

・プログラム

1.挨拶

2.研修会

テーマ：「緊急度の高い事例について」

担当：大塚耕太郎先生（岩手医科大学）

3.品質向上班アンケート

4.認定CM修了証授与式

5.連絡事項

・参加人数：20名

〈第15回〉

・日時：平成21年8月8日（土）

14時～18時

・場所：ハロー会議室 水道橋1

・プログラム

1.挨拶

2.研修会

テーマ：「ケースへの対応を振り返る」

担当：大塚耕太郎先生（岩手医科大学）

3.連絡事項

・参加人数：17名

〈第16回〉

・日時：平成21年12月12日（土）

14時～18時

・場所：ハロー会議室 水道橋1

・プログラム

1.挨拶

2.修了証授与式

3.講演会

テーマ：「ACTION-J と日本の自殺対策 & 精神保健」

講師：河西千秋先生（横浜市立大学）

4.フォーラム

テーマ：「自殺未遂者ケアモデルを世の中に広げていくためには」

話題提供：神谷美智子 CM（北里大学）

川島義高 CM（日本医科大学） 佐藤 篤

CM（近畿大学） 下田重朗 CM（奈良県立

医科大学） 山田素朋子 CM（横浜市立大学）

5.連絡事項

・参加人数：21名

3. 認定証発行等の受講システム

CM 会議・研修会への参加意欲や CM 同士の連帯感を高めるために、研修手帳やピンバッジを作成し、研修会への参加回数によって修了証の発行を行った。

具体的なシステムとしては、CM 会議・研修会への初参加の際に銅バッジを進呈し、参加回数が3回になると、介入プログラム委員長名で発行した「認定ケース・マネージャー修了証」と銀バッジを授与し、10回参加すると本研究リーダー名で発行した「公認ケー

ス・マネージャー修了証」と金バッジを授与することとした。

4. CM 通信の発行

毎回の CM 会議・研修会終了後には内容をまとめた CM 通信を作成、発行した。また通信には CM の自己紹介コーナーや施設紹介コーナーも設け、CM 間の連帯感を高められようとした。更に第 8 号からは CM 通信の名称を公募で「ココロの応援団」と決定し、通信自体にも親しみを感じてもらえるよう工夫した。

5. 研究参加スタッフ用ピンバッジの作成

各施設で本研究に参加しているスタッフ間の連携を構築し、チーム医療の意識を高めることを目的として研究参加スタッフ用ピンバッジを作成し、各施設に配布した。

6. CM 用メーリングリストの活用

本研究には CM 用のメーリングリストが設置されているが、メーリングリストを通じた円滑な情報交換が行われるよう CM 会議・研修会の参加申込や CM 通信の発行は CM 用メーリングリストを率先して活用した。

7. 倫理面への配慮

本研究に関連する指針に基づいて進めた。個人情報に関しても関連指針に基づいた手続きを遵守した。

C. 研究結果

1. CM 会議・研修会

CM 会議・研修会では、毎回受講前後にアンケート調査を実施し、参加者の知識やスキルの定着度や会議・研修会への満足度、ニーズを把握するようとした。調査結果からは、受講前と受講後を比較すると、CM としての知識、スキルの習熟度及び CM としての仕事へのモチベーションの向上が認められた。ま

た、CM 会議・研修会全体への満足度も 80% を上回っており、概ね参加者にとって有意義であったと言える。

2. 認定証発行等の受講システム

平成 21 年 12 月現在、19 名が認定 CM、16 名が公認 CM となっている。

3. CM 通信の発行

平成 21 年 12 月現在で 15 号発行した。施設紹介コーナーについては、WEB 班と連携して行っている。

4. 事例集の作成

各回で参加者から出てきたケース・マネジメント手法や考え方については CM 全員で共有できるようにした。特に、第 13 回 CM 会議・研修会でのグループワークを基に「困った事例」への対応集、第 14 回 CM 会議・研修会でのグループワークを基に「緊急度の高い事例」への対応集を作成、配布した。

D. 考察

研修会の活動意義としては、以下が考えられた。定期的な CM 会議・研修会の開催によって、CM の知識やスキルの向上及びモチベーションを維持することができた。

本研究に携わっている CM は、各施設の特性によって、精神保健福祉士、ソーシャルワーカー、看護師、臨床心理士といった多職種から構成されている。そのため、CM 会議・研修会開催当初はケース・マネジメント手法に関する理解にも職種間でバラツキが認められた。

しかし、グループワークを中心とした事例検討や研修会を通して、本研究で必要とされるケース・マネジメントに関して共通理解が得られるようになり、ケアの質を担保する一助となった。同時に、各 CM が各職種の特性を理解することで、チーム医療に不可欠な

相互理解を深めることができた。また、グループワークという手法をとったことで、CM間の交流が活発になり、連帯感が強まった。このようなことから、CM会議・研修会の場がCMのバーンアウト予防にも繋がっていたと思われる。

今後の課題としてはこれまでのCM会議・研修会を通じて、自殺未遂者のケアに必要なスキルや知識が把握できてきたが、それらの課題を活かして系統立てられたカリキュラムを作成し、研修していくことだと思われる。

E. 結論

研修班の活動意義として、CMの知識やスキルの向上及びモチベーションを維持することができたこと、多職種のCM間で自殺未遂者ケアに必要な支援プロセスを共有できたこと、多職種間の相互理解を深めることができたことなどが挙げられる。今後の課題としては、より系統立てられた研修プログラムの作成と実施が挙げられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 太刀川弘和, 大塚耕太郎: 自殺問題と予防対策: 厚生労働省戦略研究 自殺企図者に対するケース・マネージメント(解説). 精神神経学雑誌 110(3): 238-243, 2008.

2. 学会発表

- 1) 太刀川弘和, 大塚耕太郎: 自殺問題と予防対策: 厚生労働省戦略研究 自殺企図者に対するケース・マネージメント. 精神神経学雑誌 2007,S189,2007.

H. 知的所有権の取得状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担研究報告書

自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネージメントの効果：
多施設共同による無作為化比較研究

介入プログラム委員会
心理教育プログラム作成と標準化に関する報告

介入プログラム委員会委員長 大塚 耕太郎 岩手医科大学 講師

介入プログラム委員会副委員長 太刀川 弘和 筑波大学 臨床医学系精神医学 講師

研究協力者：

山本 賢司	北里大学 診療准教授
川野 健治	国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター室長（社会精神保健部室長併任）
坂本 博子	日本医科大学精神医学教室 客員准教授
則本 和伸	淀川キリスト教病院救急診療科 医師
加藤 大慈	横浜市立大学 助教
杉本 達哉	関西医科大学 助教
吉田 智之	岩手医科大学神経精神科学講座 助教
佐藤 玲子	横浜市立大学 精神科 医師
根本 清貴	筑波大学 臨床医学系精神医学 講師
人見 佳枝	近畿大学 講師
平林 慶史	有限会社ノトコード 代表取締役
神谷美智子	北里大学 流動研究員
川村 祥代	岩手医科大学 流動研究員
下田 重朗	奈良県立医科大学 流動研究員
中村 光	岩手医科大学 流動研究員
平野みぎわ	横浜市立大学 流動研究員
山田素朋子	横浜市立大学 流動研究員
山田妃沙子	関西医科大学 流動研究員
土井原千穂	横浜市立大学医学部精神医学 研究員
河西 千秋	横浜市立大学医学部精神医学 准教授

【研究要旨】

自殺未遂者に対する心理教育は精神医療受療の導入および継続、ケース・マネージメントの導入に対して重要な役割を担っている。「自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネージメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究（ACTION-J）」では、仮同意取得全例に対して心理教育[1]を、同意取得後に試験介入群の家族に対して心理教育[2]を実施している。介入プログラム委員会では、WHOのSUPREで実施されているSUPRE-MISSの“Brief Intervention for suicide prevention”の骨子に準拠した心理教育プログラムを作成した。心理教育プログラムの内容は、心理教育として自殺にいたる心理経過、自殺の危険因子、精神疾患との関連について説明を行うとともに、ストレス対処法、心理・社会的サポートの有用性や本人の状況に合わせた社会資源の紹介、で構成される。心理教育担当者は、心理教育を実施するものは、「精神科医または流動研究員、看護師、臨床心理士、もしくは精神保健福祉の専門家であり、心理教育のための研修会を実施しており、その後担当者となる。心理教育の実施に際して、全参加施設共通の教材を製作した。そして、事前に心理教育担当者を対象に講習会を実施し教育の質の管理を図った。また、心理教育の効果を明らかにするために、実施前後で自記式質問を作成した。心理教育は救急医療における限定された時間の中で、自殺未遂者への最低限の情報提供を保証するものである。また、本プログラムを実施した上で、本研究への参加の本同意の取得にあたって、当事者の適切な選択を保証していると考えられる。

A. 研究目的

本研究では仮同意取得全例に心理教育[1]を実施している。そして、同意取得後に試験介入群の家族に対して心理教育[2]を実施している。自殺未遂者に対する心理教育は精神医療受療の導入および継続、ケース・マネージメントの導入に対して重要な役割を担っている。本研究では、研究対象者への心理教育の実施を目的として、プログラム開発と実践、および評価法の開発を行った。

B. 研究方法

プログラムの開発

本研究デザインの大枠は、WHOのSUPREで実施されているSUPRE-MISSに準拠している。SUPRE-MISSにおいては、自殺未遂者が医療機関から帰宅する前に、“Brief Intervention for suicide prevention”として位置づけられている情報提供を主とした個別の1時間程度のセッションを行う。セッションは、“suicidal behaviour as a sign of psychological /social distress”, “risk factors”, “basic epidemiol-

ogy/ repetition”, “alternatives”, “contacts/ referrals.”で構成されている。本研究でも、この内容に準拠する形式を検討し、自殺にいたる心理経過、自殺の危険因子、精神疾患との関連について説明を行うとともに、ストレス対処法、心理・社会的サポートの有用性や社会資源の紹介を骨子としたプログラムを開発した。自殺企図や治療・ケース・マネージメントに関する知識、意識の向上を目的とした。情報提供内容については、通常一般的に地域介入の普及啓発等で提供される水準を意識して、構成した。また、相談先等については本人の生活や受療状況に沿った内容を情報提供することとした。

1) 心理教育[1]

仮同意取得者全例に対して実施する。心理教育として自殺にいたる心理経過、自殺の危険因子、精神疾患との関連について説明を行うとともに、ストレス対処法、心理・社会的サポートの有用性や本人の状況に合わせた社会資源の紹介を行う。

2) 心理教育[2]

同意取得後に試験介入群の家族に対して実施する。プログラムの内容は対象者と同様である。

3) 心理教育担当者

心理教育を実施するものは、「精神科医または流動研究員、看護師、臨床心理士、もしくは精神保健福祉の専門家であり、規定の心理教育[1]または[2]を実施する者(研究計画書より抜粋)」である。心理教育のための研修会を実施しており、その後担当者となる。なお、評価担当者と心理教育担当者を兼務することはない。

4) 実施時期

「初めに研究に関する説明を行った後、まずは心理教育[1]の実施に関して同意を得る(仮登録; 口頭同意。必ず、同意を取得した旨を診療録に記載すること)。心理教育[1]実施後に、改めて研究内容や割付に関する対象者の理解を確認し、研究参加への同意を得る(本登録; 文書による同意取得)(研究計画書より抜粋)」。その後、心理教育[2]を実施する。

5) 心理教育の標準化

「心理教育には全参加施設共通の教材が用いられる。また、事前に心理教育担当者を対象に講習会を実施し教育の質の管理を図る(研究計画書より抜粋)」

6) 評価法

心理教育の効果を明らかにするために、実施前後で自記式質問を実施する。

実施前

Q1. 「これまで、心の悩みをどのくらい相談できていましたか (意識)」

—0-100%

Q2. 適切な治療や周囲の支援を受けることで、自殺企図を防ぐことができる (意識)

—思う、思わない、分からない

Q3. 精神科の治療の3本の柱はおくすり、相談、休養、環境調整である (知識)

—はい、いいえ、分からない

実施後

Q1. 適切な治療や周囲の支援を受けることで、自殺企図を防ぐことができる (意識)

—思う、思わない、分からない

Q2. 精神科の治療の3本の柱はおくすり、相談、休養、環境調整である (知識)

—はい、いいえ、分からない

Q3. 今回のお話はどのくらい理解できましたか (理解度)

—0-100%

Q4. 今日のお話は今後どのくらい役立つと思いますか (有益性)

—0-100%

Q5. これから、こころの悩みをどのくらい相談できそうですか (意識)

—0-100%

コメント自由記載

7) 倫理面への配慮

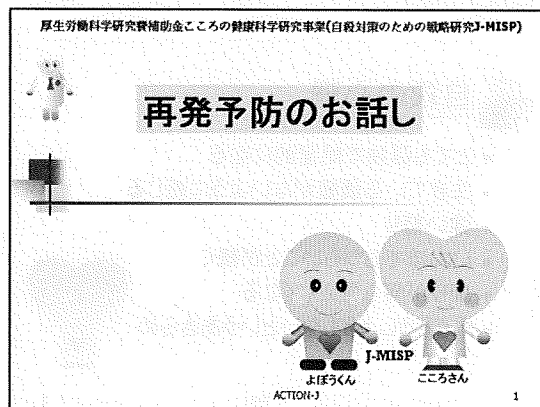
本研究に関連する指針に基づいて進めた。個人情報に関しても関連指針に基づいた手続きを遵守した。

C. 研究結果

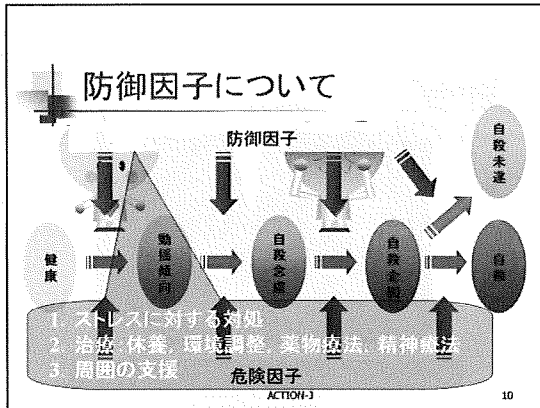
1) 心理教育[1]

心理教育として自殺にいたる心理経過、自殺の危険因子、精神疾患との関連、ストレス対処法、心理・社会的サポートの有用性や本人の状況に合わせた社会資源の紹介、で構成されたプログラムを作成した。

「タイトルスライド」



「防御因子について」



「どんな治療がありますか」

どんな治療がありますか？

おくすり
おくすりは心身の調子を
整えることに
役立ちます

相談
こころ・生活・体調
などの問題を
相談しましょう

休養・環境調整
こころからだを
ゆっくり
休めましょう

これらのバランスをとることが大切です

「社会的支援」

社会的な支援

どこからが普通の疲れで、どこから治療が必要なのか
自分では、判断が難しいことがあります

自分の心の状態が気になる
体の病気が心配
金銭のことで悩みがある
命すぐ助けがほしい

相談
サポート
社会資源
支援者

「相談機関にはどのようなものがありますか？」

相談機関にはどのようなものがありますか？

- 医療機関
 - かかりつけ医が優先です
 - 心療内科・精神科のある病院
 - 精神科救急医療施設
- いのちの電話 早い時期の対応、相談は
- 自殺防止センター よい経過をもたらします
- 行政機関
 - 市町村保健所、保健センター、精神保健福祉センター、生活支援センターなど
- それぞれの問題に対する窓口(借金、職場、人権、法律など)

2) 心理教育[2]

同意取得後に試験介入群の家族に対して実施するプログラムとして、心理教育[1]の内容を行う。加えて、下記の周囲の対応の仕方や、気づきのサイン、サインに気づいた場合の相談や受診を促す項目を追加した。

「周りの方々へ」

「周囲の対応」

周囲の対応

- 無理強い・強い励ましはやめる
 - 断れないので頑張ってしまう
 - 悩む人のペースを大事にする
- 大事な決断は先延ばし
- 休養させる
- 普通に接する
 - 必要以上に気を遣いすぎない
- 話をゆっくり聴く
 - 落ち着いた雰囲気
 - 結論は急がない
 - 聞いてあげるだけでもよい
- 不調(いつもと様子が違う)に早めに気づく

「変化に気づいたら相談・受診を」

変化に気づいたら相談・受診を

- いつもと様子が違う
 - ふさぎこんでいる。
 - 仕事のミス
 - 対人関係の問題
 - 体調不良
 - 付き合いが悪くなった。
 - 喪失体験(家族の死、退職、転居)
 - 自殺や死を口にする
 - 眠れない
 - お酒を飲む
- いつもと様子が違うと気がついたら。声をかけ相談に乗るようように。場合によっては受診や相談機関へ。(眠れないようだから)などと具体的な症状をあげ、医師に相談しようを持ちかける。)

3) 心理教育担当者

心理教育に関する研修会を受講したものが心理教育を実施する体制を構築した。

4) 実施時期

心理教育に関する実施時期等に関して、心理教育に関する研修会やケースマネージャー研修会にて、手順を確認し、適切な実施時期を設定する体制を構築した。

5) 心理教育の標準化

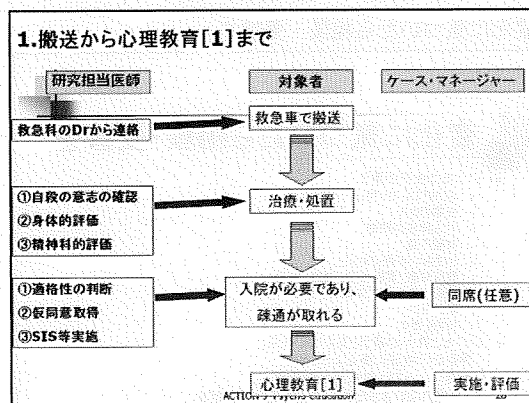
心理教育に関してスライド資料や情報提供用紙に関して、全参加施設共通の教材キットを製作した。また、事前に心理教育担当者を対象に講習会を実施し教育の質の管理を図った。

「タイトルスライド」

精神科救急における自殺企図者
心理教育講習会

ACTION-J介入プログラム委員会（大塚耕太郎） ACTION-J Psycho-education 1

「1. 搬送から心理教育[1]まで：フロー」



「1. 搬送から心理教育[1]まで(1)」

1. 入院から心理教育[1]まで

研究担当医師
①適格性の判断

対象者
入院が必要であり、疎通が取れる

ケースマネージャー
同席(任意)

ACTION-J Psycho-education 29

「1. 搬送から心理教育[1]まで(2)」

1. 入院から心理教育[1]まで

研究担当医師
②仮同意取得
③SIS等実施

仮登録

対象者
入院が必要であり、疎通が取れる

ACTION-J Psycho-education 30

「1. 搬送から心理教育[1]まで(3)」

1. 入院から心理教育[1]まで

対象者

心理教育担当者
心理教育[1]

ACTION-J Psycho-education 31

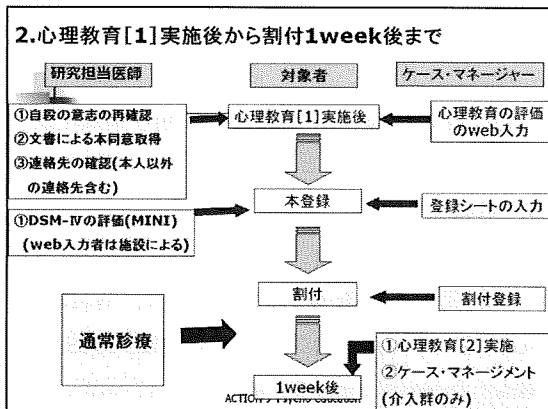
「1. 搬送から心理教育[1]まで(4)」

1. 入院から心理教育[1]まで

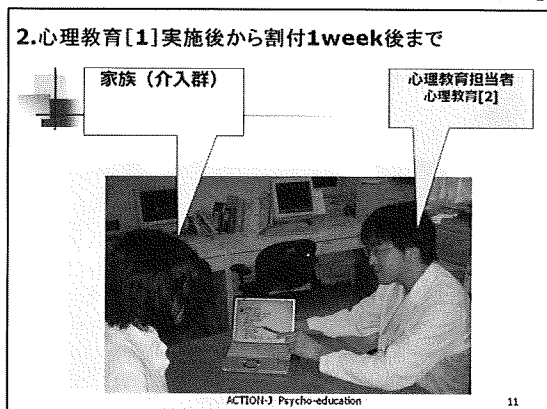
ケースマネージャー
心理教育のWeb入力

ACTION-J Psycho-education 32

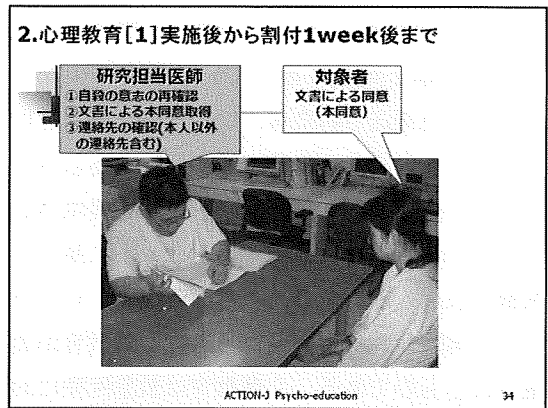
「2. 心理教育[1]実施後から割付 1week 後まで: フロー」



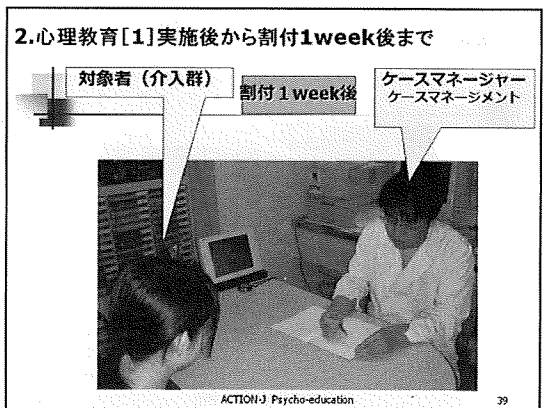
「2. 心理教育[1]実施後から割付 1week 後まで (4)」



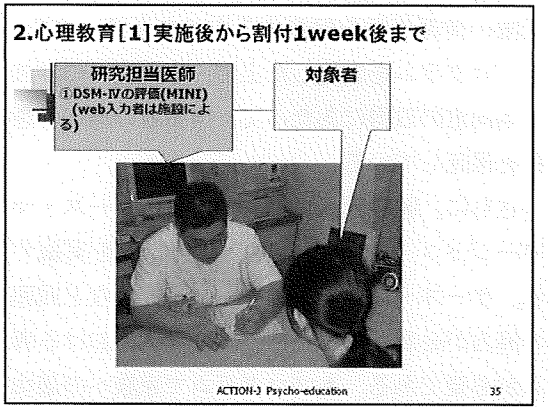
「2. 心理教育[1]実施後から割付 1week 後まで (1)」



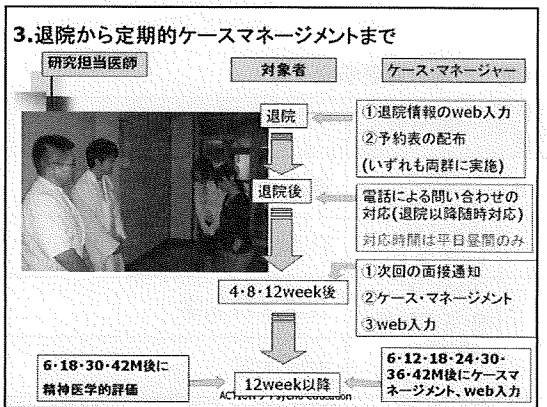
「2. 心理教育[1]実施後から割付 1week 後まで (5)」



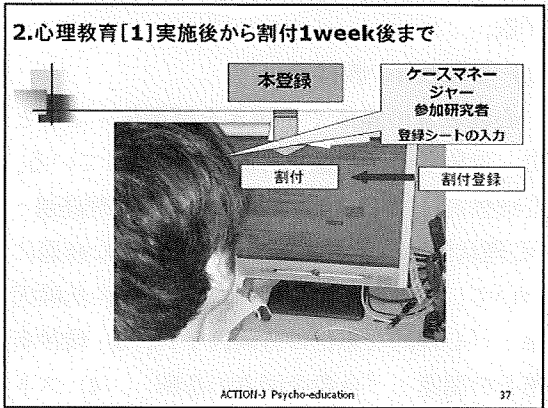
「2. 心理教育[1]実施後から割付 1week 後まで (2)」



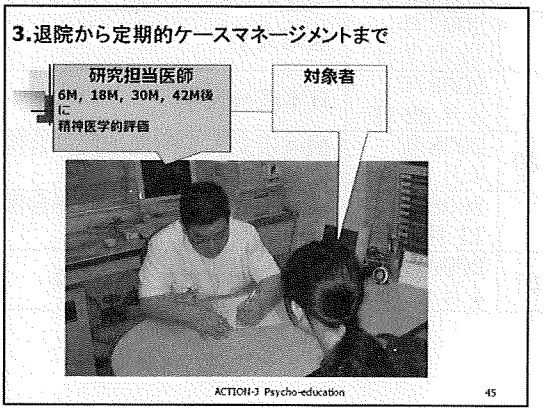
「3. 退院から定期的ケース・マネジメントまで: フロー」



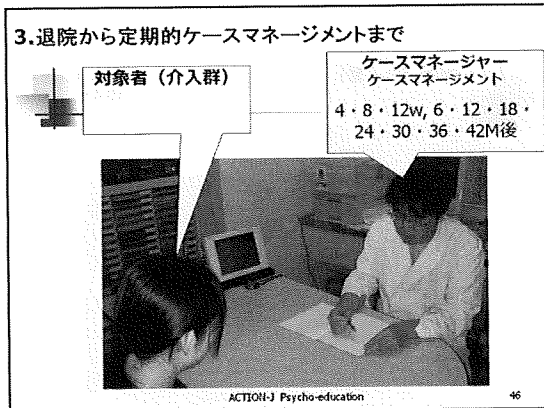
「2. 心理教育[1]実施後から割付 1week 後まで (3)」



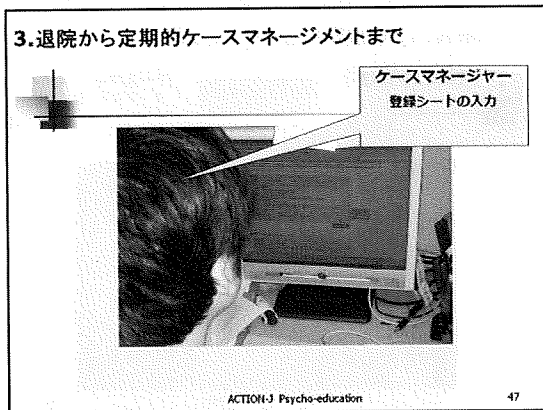
「3. 退院から定期的ケース・マネジメントまで(1)」



「3. 退院から定期的ケース・マネジメントまで(2)」



「3. 退院から定期的ケース・マネジメントまで(3)」



参考：心理教育研修会一覧

年度	開催日	開催場所
18	2006年 3月19日	筑波大学東京キャンパス
	2006年 6月3日	日本医科大学
	2006年 9月30日	日本医科大学
	2007年 1月19日	大阪大学
19	2007年 5月26日	横浜市立大学附属市民総合医療センター
	2007年 12月7日	福岡大学
	2008年 3月22日	日本医科大学
20	2008年 4月26日	横浜市立大学附属市民総合医療センター
	2008年 11月6日	横浜市立大学附属市民総合医療センター
21	2009年 4月25日	ミーティングプラザ新橋

6) 評価法

標準化のための心理教育の研修会の参加やマニュアル準備により、心理教育の実施前後で自記式質問を適切に実施する体制を構築した。

D. 考察

1) 心理教育の意義

本研究の心理教育プログラムは、WHO の SUPRE で実施されている SUPRE-MISS の “Brief Intervention for suicide prevention” の骨子に準拠して作成された。自殺未遂者では精神医学的問題や生活上の問題など複合的な次元での問題を同時に抱えている場合が少なくない。救急搬送された後、いかなる支援を受ける場合においても、自殺未遂の発生する状況やその後の支援に関して、適切な情報を提供されることはインフォームド・コンセントに基づく医療や支援の前提となる。本心理教育プログラムは、試験介入群、対照群ともに心理教育が実施されるものである。心理教育は救急医療における限定された時間の中で、自殺未遂者への最低限の情報提供を保証するものである。また、本プログラムを実施した上で、本研究への参加の本同意の取得にあたって、当事者の適切な選択を保証している。

さらに、試験介入群においては、ケース・マネジメントによる心理社会的介入を実施する。ケース・マネジメントでは家族など周囲の協力が必要となるため、試験介入における導入が必要である。本プログラムで家族への適切な情報提供や気づきのサインや対応法を教育する。

2) 心理教育の教材

心理教育の媒体や手続きを標準化することで、対象者の不利益を可能な限り減じている。心理教育[1]では、1) 自殺にいたる心理経過：「心理状態、症状タイトル、「心理的な経過について」、「自殺の心理」、2) 自殺の危険因子：「心理的な悪化の危険因子」、3) 精神疾患との関連：「自殺企図者の診断」、4) スト

レス対処法：「ストレスについて」，「ストレス」，5) 心理・社会的サポートの有用性や本人の状況に合わせた社会資源の紹介：「防御因子について」，「どんな治療がありますか」，「社会的支援」，「相談機関にはどのようなものがありますか？」という内容で構成した。また，心理教育[2]では，1) 下記の周囲の対応の仕方と気づきのサイン：「周囲の対応」，1) サインに気づいた場合の相談や受診：「変化に気づいたら相談・受診を」という内容で構成した。

また，心理教育実施直後に，教育をもとにしたリーフレット（参考資料）を心理教育実施直後に配布する。社会資源の情報提供にあたって，各参加施設の地域圏内の精神保健福祉センター，いのちの電話，日本弁護士連合会の情報を提供するように，各参加施設で対応した。

3) 心理教育のための研修会

心理教育実施担当者のための研修会を毎年度実施したことで，心理教育担当者の理解が促されたと考えられる。また，心理教育のための研修会の受講を心理教育担当者の条件としたため，心理教育の実施者の質が担保できたと考えられる。

また，本研究参加施設は，救急医療施設における精神科医体制も精神科医常駐型とコンサルテーション型に分かれており，人員配置も施設特性がある。しかし，研究導入にあたっての心理教育について，手続きとプログラムを標準化することで，各参加施設の研究実施内容を均質化することにつながったと考えられる。

4) 評価

心理教育では対象者の知識，意識，理解度が適切に得られるようにすることを目的としている。そのため，心理教育プログラムの効果も，対象者の知識，意識，理解度で測定する。本研究への参加や，ケース・マネジメントの導入に対して，心理教育時の状態が影響する可能性も否定できない。今後，本研究における心理教育の有用性についても検証していく必要性が

あると考えられた。

E. 結論

1) 心理教育プログラムは，WHO の SUPRE で実施されている SUPRE-MISS の“Brief Intervention for suicide prevention”の骨子に準拠して作成された。

2) 心理教育プログラムの内容は，心理教育として自殺にいたる心理経過，自殺の危険因子，精神疾患との関連について説明を行うとともに，ストレス対処法，心理・社会的サポートの有用性や本人の状況に合わせた社会資源の紹介，で構成される。

3) 心理教育[1]は仮同意取得者全例，心理教育[2]は同意取得後に試験介入群の家族に対して実施する。

4) 心理教育担当者は，心理教育を実施するのは，「精神科医または流動研究員，看護師，臨床心理士，もしくは精神保健福祉の専門家であり，心理教育のための研修会を実施しており，その後担当者となる。

5) 心理教育の実施に際して，全参加施設共通の教材を製作した。そして，事前に心理教育担当者を対象に講習会を実施し教育の質の管理を図った。

6) 心理教育の効果を明らかにするために，実施前後で自記式質問を実施する。

7) 心理教育は救急医療における限定された時間の中で，自殺未遂者への最低限の情報提供を保証するものである。また，本プログラムを実施した上で，本研究への参加の本同意の取得にあたって，当事者の適切な選択を保証していると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

太刀川弘和，大塚耕太郎：自殺問題と予防対策：厚生労働省戦略研究 自殺企図者に対するケー

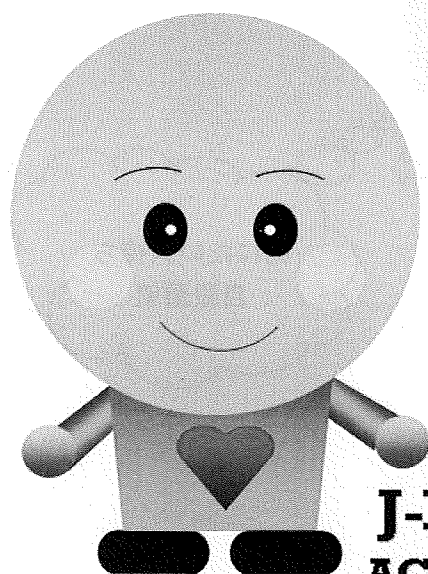
ス・マネージメント(解説). 精神神経学雑誌
110(3): 238-243, 2008.

H. 知的所有権の取得状況

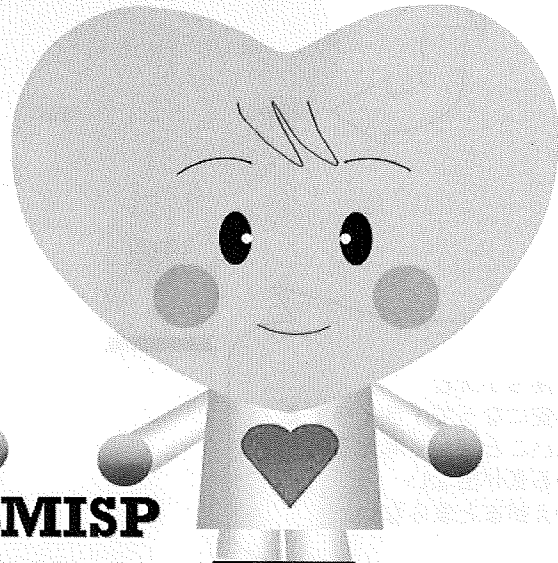
- 1.特許取得 なし
- 2.実用新案登録 なし
- 3.その他 なし

見つめよう いのちとこころ

自殺のない社会のために



よぼうくん



こころさん

**J-MISP
ACTION-J**

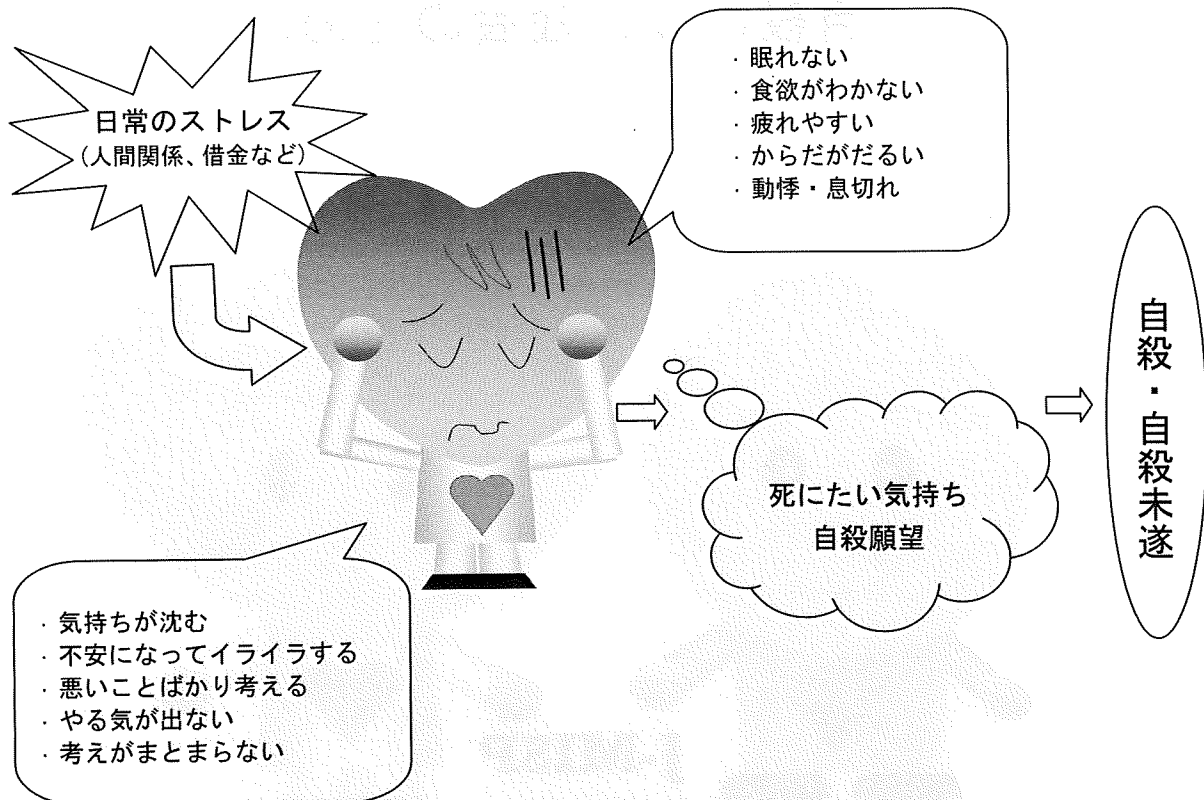
● はじめに ●

ここ数年、自殺による死亡が増加しており、大きな社会問題となっています。

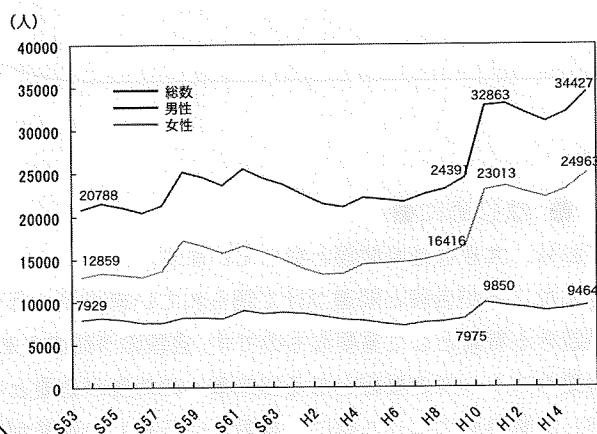
不況、リストラ、いじめなど、さまざまなことが自殺と関連づけて語られていますが、うつ病などをはじめとするこころの不調も自殺が起きる背景として重要なものです。自殺の予防のためには、こころの不調への治療、ストレスへの対処やストレスの要因となる出来事への対処が必要となってきます。ストレスが大きくなった時、苦しい気持ちになった時に、自殺という悲しい事態が起こらないよう、こころの健康づくりへの理解を深めていただきたいと考え、このリーフレットを作りました。

自殺を考える時の人の心境は？

- 多くの方は、落ち込みなどの混乱した精神状態にあります。
- 悲観的な考えしか浮かばず、「こころの視野狭窄」のような状況になっていることがあります。
- 欧米の報告によると、約9割の方が精神的な問題を抱えていたとされています。
- 自殺の行動にいたる、直接的な出来事があるように見えても、それはきっかけにすぎず、うつ病など精神的な不調がもとになっていることが多いです。



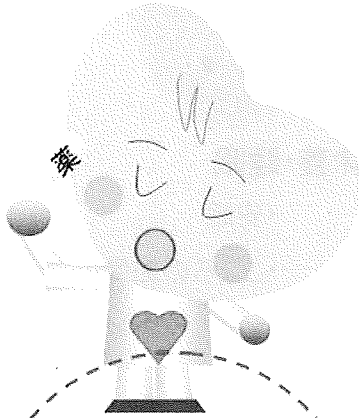
● 日本の自殺者数の推移



● 自殺は社会全体の問題になってきています

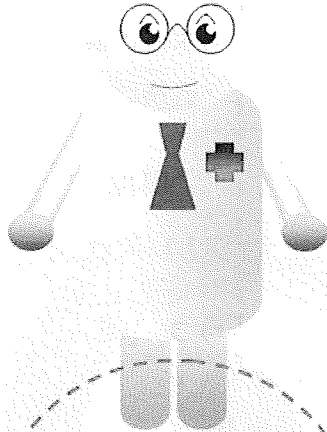
- ・ 自殺での死亡者数は、交通事故死の約4倍
交通事故死者数 7,358人
自殺死者数 30,227人
(平成16年警察庁、厚生労働省統計)
 - ・ 1人が自殺で亡くなると、周囲の人の少なくとも5人は影響を受けるといわれています。
 - ・ 自死遺児は1年に9,808人もいます。
 - ・ 自殺未遂者は自殺で亡くなった人の10倍以上はいるといわれています。
- 自殺は百数十万人の問題です。**

どのような治療があるのでしょうか？



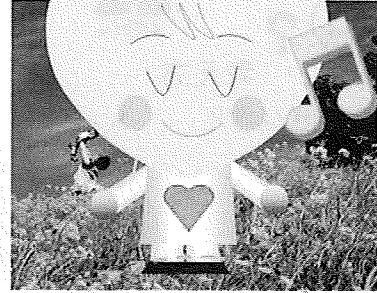
薬物療法

- ・ 医師と状態を相談しながら、薬の種類や量を決めましょう。
- ・ 薬をやめる時期は医師と十分に相談してからにしましょう。



精神療法 カウンセリング

- ・ 医師に病状、悩みなどを相談することも重要です。
- ・ ストレスの対処なども一緒に考え、助言を加えます。



環境調整

- ・ 通院治療・入院の判断。
- ・ 家族関係・職場関係等の調整。
- ・ ストレスの原因が明らかな時は解決できるような工夫と一緒に考えます。

・ 継続的な治療が重要です

自分では良くなったと思っても、薬を続けた方が良い場合があります。治療の期間や薬のことなど、わからないことは医師に相談をしてみましょう。

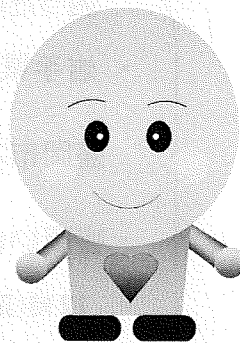
・ 悩みはひとりで抱えず、周囲の人や相談機関へ相談をしましょう

自分では解決不能に思える問題でも、実は対処が可能なものもたくさんあります。周囲の人や医療機関のほか、次項に近くの相談先を掲載していますので、ご参照ください。

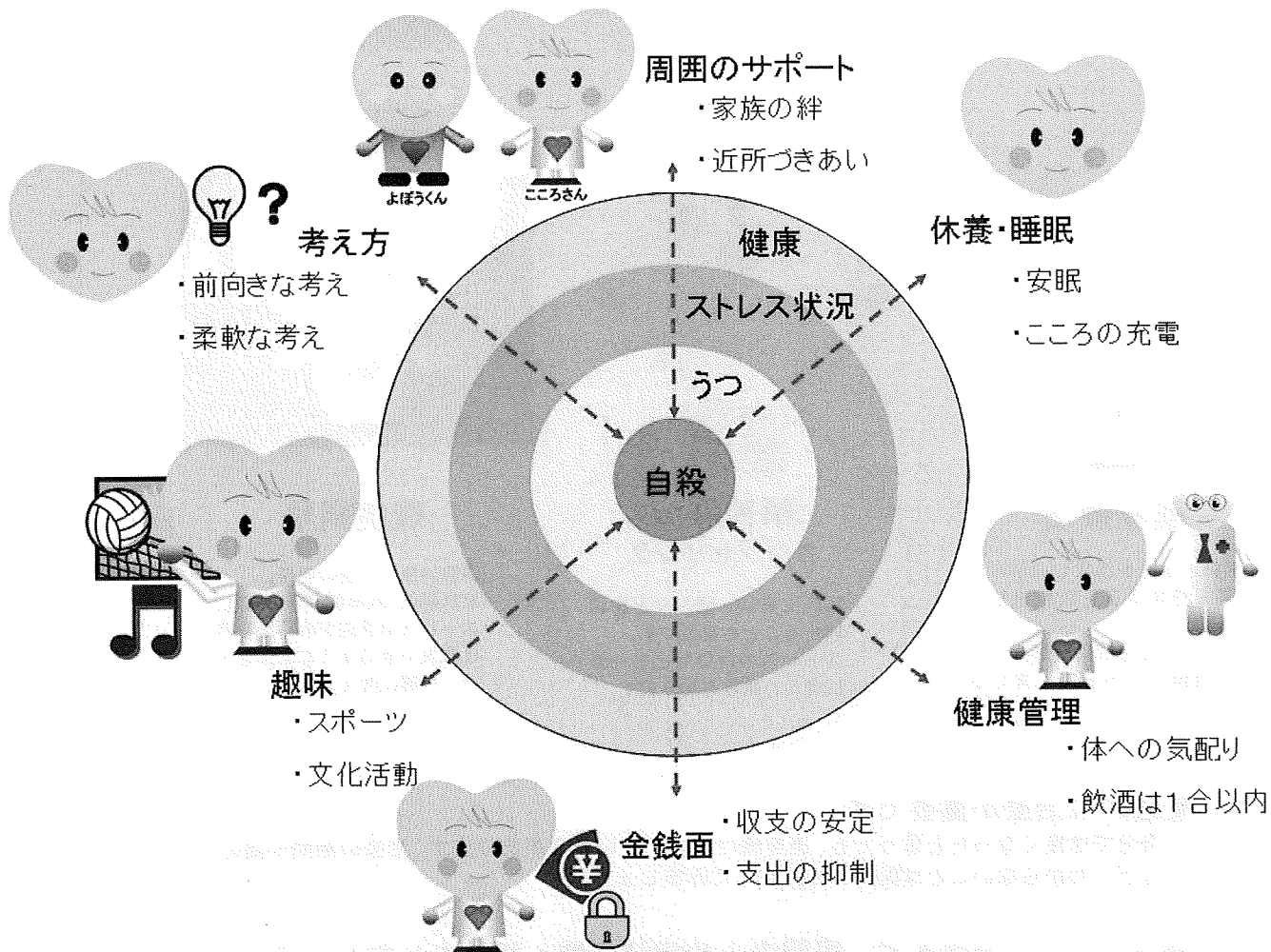
・ 家族や周囲の人ができることは？

家族は、日常生活の中で心の健康状態の異常を早期に発見しうる最も身近な存在です。また、職場の中でも周囲の人達が早期に本人の悩みや異常に気付いて声をかけたり、気軽に相談できる環境を整えておくことが重要です。

- ・ 無理強い・強い励ましは逆効果
- ・ 悩む人のペースを大事にする
- ・ 大事な決断は急がず、先延ばしに
- ・ ゆっくり休める環境をつくりましょう
- ・ 必要以上に気を遣いすぎない
- ・ 落ち着いた雰囲気、話をゆっくり聴く
聞いてあげるだけでもよい。結論は急がない。
- ・ 不調に早めに気づく
いつもと様子が違う時は、担当医に早めに相談を。

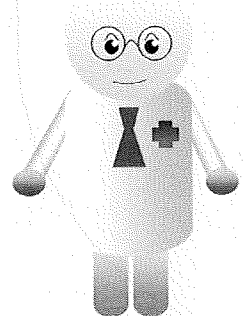


・こころの健康づくりをすすめましょう



こころの健康づくりの輪をひろげていきましょう
 6つの因子のひとつでもかけたり、満たされない状態のときは、こころの負担(ストレス)が増してきます。その気持ちが強まると「うつ」になり、さらに強まると死にたい気持ちが生じます。これらの因子が満たされるようになるとストレスは軽くなり、輪が外側に広まっていき、「うつ」や「自殺」を考えることもなくなります。

「北のくに健康づくり推進会議」の岩手県保健福祉部障害保健福祉課作成のリーフレット「こころの健康だいじょうぶ？」を参考にしました



困った時の相談機関

- ・ 岩手県精神保健福祉センター
 盛岡市本町通 3-19-1 TEL 019-629-9617
- ・ 盛岡いのちの電話 TEL 019-654-7575
 12時(正午)~21時(午後9時)日曜日は18時(午後6時)まで
- ・ 日本弁護士連合会 TEL 03-3580-9841

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研究(ACTION-J)

ACTION-J で採用された診断ツールと評価尺度

研究分担者： 松岡 豊 国立精神・神経センター精神保健研究所 室長
研究協力者： 西 大輔 国立病院機構災害医療センター精神科 医師

【研究要旨】

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研究(ACTION-J)は、救急医療施設に搬送され入院となった自殺未遂者に対して、ケース・マネジメントやITを利用した情報提供を行い、試験介入が通常介入と比較して自殺企図再発の防止に効果があるか否かを検討する目的として行われた研究である。

我われは、ACTION-Jのプロトコール作成段階から、精神医学的診断ツールと評価尺度の選定にかかわった。精神医学的診断には、Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)、絶望感の評価にはベックの絶望感尺度 Hopelessness Scale (HS)、健康関連 QOL 評価には The 36-item short form of the MOS Questionnaire (SF-36)、そして自殺企図時の希死念慮評価には、ベックの Suicide Intent Scale (SIS) を採用した。なお、SIS には日本語版が存在しなかったため、開発者の許可を得て back-translation を行い、SIS 日本語版を完成させた。

研究実施に際しては、全国各地の研究参加施設におけるアウトカム評価担当者のトレーニング、測定方法の標準化を目的とした「新規研究参加者研修会」において診断ツールと評価尺度の意義と適切な使用方法に関する講義を 8 回担当し、アウトカムの定度と真度を高めることに貢献した。

A. 診断ツールと評価尺度の選定

多施設共同による無作為化比較研究(ACTION-J)は、救急医療施設に搬送され入院となった自殺未遂者に対して、ケース・マネジメントやITを利用した情報提供を行い、試験介入が通常介入と比較して自殺企図再発の防止に効果があるか否かを検討する目的として行われた研究である。

我われは、ACTION-Jのプロトコール作成段階から、精神医学的診断ツールと評価尺度の選定にかかわった。選定の際には、有用な評価尺度であることが国際的に認め

られており、日本語版が標準化されていて、短時間の評価が可能であることを重視した。

まず精神医学的診断には、Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)を選んだ。MINIは、Sheehanらにより作成された精神疾患を診断するための簡易構造化面接法である。米国の大規模疫学調査において12ヶ月有病率が0.5%を超えた16の精神疾患と1つの人格障害の診断が可能であり、日本語版の信頼性と妥当性が検証されていること⁽¹⁾、約15分で施行可能であり、多忙な現場においても

比較的实践しやすいことから、ACTION-Jの評価尺度として適切と考えた。

自己記入式質問紙については、まず絶望感を定量的に評価する Beck Hopelessness Scale (HS) を選んだ(資料 1)。HS は、1974 年に Beck らによって開発された、青年期以降を対象とした将来の否定的な期待「negative expectancies about the future」と定義される絶望感を測定する 20 項目からなる 2 件法の質問紙である。精神科患者の将来の自殺既遂や⁽²⁻⁴⁾、自傷行為^(5, 6)に関連があることが先行研究で示されていること、簡便であること、日本語版の信頼性と妥当性が検証されていること⁽⁷⁾が選定の理由である。

次に、QOL を定量的に評価する MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) を選んだ。SF-36 は、米国で行われた主要慢性疾患患者を対象とした医療評価研究である Medical Outcome Study に伴い、健康関連 QOL を測定するために開発され、世界で汎用されている自己記入式の質問紙である。36 項目 8 下位尺度(身体機能、心の健康、日常役割機能(身体)、日常役割機能(精神)、体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能)から構成され、一般住民集団と特異的な集団の両方の健康状態を測定し解釈するのに有用であるほか、異なる疾患群間の比較、個人レベルでのうつのスクリーニング、将来の生命予後や医療資源の利用度の予測指標などさまざまな目的に使用されてきた。そのため、身体外傷を負っていることが少なくない自殺未遂者の健康関連 QOL の評価に適切と考えられたこと、日本語版の信頼性と妥当性も確立されていること⁽⁸⁾が選定の理由である。

さらに、自殺企図直前あるいはその最中の言語的および非言語的行動を定量化できる尺度として、Suicide Intent Scale (SIS) を選んだ。SIS は、1974 年に Beck らによ

って開発された、希死念慮に関する 15 項目の質問紙である⁽⁹⁾。自殺未遂時の客観的な状況に関する 8 項目と、主観的な希死念慮の強さを確認する 7 項目から構成され(資料 2, 資料 3)、内的一貫性、評定者間信頼性、うつ状態の重症度や絶望感との併存妥当性が確立されている。その後の自殺完遂の予測因子としては有用ではないとする総説もあるが⁽¹⁰⁾、予測因子としての有用性を示した先行研究もある^(11, 12)。また、同じ Beck が作成した HS との理論的背景の整合性をもとにした連携が可能であることから、ACTION-J の評価尺度として適切と考えた。

ただし、ACTION-J 開始時点では SIS の日本語版は存在しなかった。そこで我われは、SIS 日本語版を作成するとともに、それを標準化するための予備的研究を行った。

B. SIS 日本語版作成および標準化のための予備的研究

B-1. 方法

Beck 博士の許可を得て、SIS 原版を日本語に翻訳し、日本語を再び英語に翻訳し直したものを開発者に提出して評価を受け、指摘された点を修正して再評価を受けるという手続きを 3 回繰り返す、SIS 日本語版を完成させた(バックトランスレーション、資料 2)。

その上で、自殺未遂で国立病院機構災害医療センター(以下、当センター)の救命救急科に入院し、精神科コンサルテーションを受けた患者を対象に、人口統計学的背景を聴取した上で、SIS 日本語版および精神科医による臨床診断面接を実施した。適格条件は、1) 18 歳以上 70 歳未満、2) 文書による参加同意が得られる。除外条件は、1) 脳画像検査(CT/MRI)で脳実質の障害が認められる、2) 調査に耐えられないほど精神身体状態が不良である、3) 母国語が日本