

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におけるイベント判定委員会の活動内容について

イベント判定委員会委員長 上條 吉人 北里大学病院

研究協力者：

智田 文徳	岩手医科大学附属病院
吉田 哲彦	国立病院機構大阪医療センター
岩熊 昭洋	国立病院機構水戸医療センター
池下 克実	奈良県立医科大学付属病院
伊藤 敬雄	日本医科大学附属病院
山田 朋樹	横浜市立大学附属市民総合医療センター
松岡 豊	国立精神・神経センター精神保健研究所
川島 義高	日本医科大学附属病院

A. 役割

イベント判定委員会の最重要の役割は、定期的に本委員会を招集して本研究にとって主要評価項目である「自殺企図の再発」を的確に判定することである。そのためには「自殺企図の再発」と考えられるイベントのみならず「自殺企図の再発」との鑑別を要するイベントの収集も重要である。また、副次的評価項目に関わるイベントについても収集する。

イベント判定委員会のもうひとつの役割は、本研究を遂行していく過程で生じる様々なトラブルに対応することである。あらかじめ想定されるトラブルに対しての対応策を立てるのみならず、想定外に発生したトラブルに対しても本委員会を招集して対応策を検討する。

イベント発生の際には、研究参加者は研究担当医師に確認の上でイベント内容をWeb入力システム上の各施設共通の「イベント判定シート」に入力する。この際に不

明な点があれば、必要に応じて施設責任者及び研究班事務局に確認する。

「データセンター」は「イベント判定シート」を集約して、割付群を盲検化し、データ取扱い手順書に従って収集されたイベント判定に用いる情報とともに隔週で研究班事務局およびイベント判定委員長にメールで送付する。研究班事務局およびイベント判定委員長は月に1度イベント判定委員会を開催し、これらの資料に基づいてそれぞれのイベントを判定基準に従って判定する。

B. イベントの定義

イベントの定義は別紙（資料1）を参照のこと。

C. イベント判定の手順と手順書

イベント判定は、定義に基づき手順を定め、手順書を作成し、実施した。

判定結果は事前に定めたイベント用紙に記入し、データとした。

D. イベント判定委員会の実施記録

2007年10月6日(土)から2009年11月1日までの間に7回イベント判定委員会を実施し、毎回の議事録を作成し保管した。

E. 考察

イベント定義に基づき、判定のための手順書を作成し、実際に判定を行った。研究の質を保つために十分な手続きが実施できた。本研究の科学的実証性の担保に有用な活動である。

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 〕

イベント定義

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

「自殺対策のための戦略研究課題 J-MISP」

バージョン情報

Version 1.0

20060318 イベント判定委員会

イベント評価委員会で評価・判定するイベントは以下のとおりである。

<主要評価項目>—自殺企図の再発

1. 自殺企図の再発(未遂)

「自殺企図(未遂)」とは“自殺の意志をもって自傷行為を行ったが死に至らなかったもので、自傷の程度は問わない”。「自殺企図の再発(未遂)」については本研究のエントリー時とは異なり多くの情報を得ることは困難である。従って「イベント判定シート」には自殺企図の手段のみならず、エントリー時の自殺企図の定義とは矛盾しないように“死ぬ意志”が確認できるチェック項目(SISの12.“自殺未遂の深刻さ”の1.および2.)が挿入されている。

2. 自殺既遂

「自殺既遂」とは“自殺の意志をもって自傷行為を行い死に至ったもの”である。「イベント判定シート」には明らかに自殺企図によるものばかりでなく、自殺企図による可能性のあるものを、そう判断した根拠および手段を含めて報告してもらう。

<その他の評価項目>—「自殺企図の再発」との鑑別を要するイベントおよび副次的評価項目に関わるイベント

1. その他の死亡(any cause of death:死因を問わない死亡)

「自殺企図の再発」との鑑別の上で重要であるのが「その他の死亡」で、両者を含めて本研究の一次エンドポイントとなる。「イベント判定シート」には“自殺ではない”および“不明”のいずれかが選択できるチェック項目を設け、“自殺ではない”とする根拠および死因が選択できるチェック項目を備えてある。

「死亡」については本人からの聴取がもはや不可能なので、遺書などが残されていて「自殺企図の再発(既遂)」であることが明らかな事例もばかりでなく、自殺企図の可能性は考えられても自殺の意志が確認できなかつたり、そもそも死因が明らかでなく「自殺企図の再発(既遂)」と判定することが困難な事例が数多く予測される。死因を確認する手段として「死亡小票」の閲覧があげられるが、自治体によっては困難も予想される上に、「死亡小票」の信頼性も疑わしい。従って、最終的に本研究では一括して「全死亡」として扱う可能性もある。

2. 自傷行為

「自殺企図の再発」との鑑別の上で「全死亡」とならんで重要であるのが「自傷行為」である。「自傷行為」とは“何らかの意図をもって、個人により自己を物理的、身体的に傷つける行為”である。判定には“意図の存在”と「自殺企図」との鑑別の上で“死ぬ意志の否定”が重要である。従って、「イベント判定シート」には“自らの意図で行為におよんだ”および“死ぬ意志がなかった”ことが確認できるチェック項目(SISの12.“自殺未遂の深刻さ”の0.)が挿入されている。

3. 有害事象

有害事象とは“本研究へ参加した後に生じた全ての好ましくない(または意図しない)症状および徴候”である。イベント判定委員会ではこの中でも、「自殺企図の再発」や「自傷行為」との関連が疑われる有害事象として“交通事故”、“その他の事故”“入院(精神科以外)”“薬物乱用”“薬物の副作用”“被虐待”“被暴力行為”“過食・拒食”“遁走または失踪”などを収集して判定する。

登録の際に生じた「自殺企図」との関連が疑われる有害事象として“失職”“降格”“異動”“離婚”“身体後遺症”などを収集して判定する。

副次的評価項目に関わる有害事象として“虐待”“暴力行為”“殺人”やなどを収集して判定する。

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

岩手医科大学附属病院

研究分担者・施設責任者

酒井 明夫 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 教授

研究協力者：

大塚耕太郎 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 講師
 智田 文徳 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 非常勤講師
 川村 祥代 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 流動研究員
 中村 光 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 流動研究員

遠藤 重厚 岩手医科大学医学部救急医学講座 教授
 青木 康博 名古屋市立大学法医学分野 教授
 大野 裕 慶應義塾大学保健管理センター 教授
 黒澤 美枝 岩手県精神保健福祉センター 所長
 攝待 幸子 岩手県立大学社会福祉学部 講師
 藤澤 俊樹 岩手県消費者信用生活協同組合 生活推進相談室

鈴木 満 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 客員准教授
 伊藤 欣司 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 講師
 武内 克也 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 講師
 間藤 光一 県立南光病院 医師
 星 克仁 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 研究員
 氏家 憲一 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 助教
 遠藤 知方 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 研究員
 丸田 真樹 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 研究員
 及川 有希 宮古山口病院 医師
 山家 健仁 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 助教
 吉田 智之 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 助教
 磯野 寿育 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 研究員
 遠藤 仁 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 助教
 三條 克巳 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 助教
 岩戸 清香 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 助教
 工藤 薫 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 大学院生
 田鎖 愛理 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 大学院生
 青木 慎也 岩手医科大学附属病院 精神保健福祉士
 横澤 直文 曾我病院 臨床心理士
 藤原 恵真 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 臨床心理士
 佐々木千尋 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 臨床心理士
 鎌田かおり 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 研究補手
 大塚真由美 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 研究補手

【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、わが国の実効的な自殺予防法を開発することを目的として行われた研究であり、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、試験介入としてケース・マネジメントを行い、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を有するか否かを検証するものである。

研究分担者の所属する岩手医科大学病院は、研究参加施設としてこの研究を実施した。岩手医科大学病院では、研究担当医師2名、臨床心理士3名（うち財団流動研究員1名）、精神保健福祉士3名の体制のもと、2006年6月に施設訪問、ヒアリングを受けた。2006年7月に研究開始通知を受け、登録・研究を開始した。そして、介入開始後に、87名（試験介入群42名、通常介入群45名：2009年8月末現在）の自殺未遂者に対して心理教育や受療支援、そして社会資源利用のコーディネートなどを含む個別性の高いケース・ワーク、ITを用いた情報提供などの多面的かつ総合的なケース・マネジメントを試験介入群に行い、通常介入群と比較してその自殺再企図防止についての有効性の検証を行った。

本研究の意義として、自殺企図者に集中的なケアが提供されたこと、介入基盤が強化されたことにより、ケア間の分断が少なくなったことなどが挙げられた。一方で、課題としては電話によるケース・マネジメントなどの、非対面介入方法の質の向上が挙げられた。

A. 研究目的

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、わが国の実効的な自殺予防法を開発することを目的として行われた研究である。研究分担者の所属する岩手医科大学附属病院は、研究参加施設としてこの研究を実施したが、研究開始準備、対象者のスクリーニングと登録、追跡、ケース・マネジメントを通して、研究の意義と研究実施上の課題を検討した。

B. 研究方法

1. 研究実施体制の整備

2006年4月に臨床心理士（1名）を流動研究員として選任し、下記の研究開始前準備を行った。

2. 研究開始前準備

2006年4月より救急センタースタッフお

よび救急センター常駐精神科医と協議を行い、対象者の的確基準の確認や連絡の導線確認、病棟スタッフへの研究内容説明、岩手県精神保健福祉士協会総会での本研究内容説明、精神科病院協会及び精神科診療所協会において本研究内容説明を行った。

3. 対象者の登録

2006年7月より対象者の登録が開始された。2009年8月末現在における対象者数は87名（試験介入群42名、通常介入群45名）である。

4. 評価と介入

研究計画書に基づいて、心理教育や受療支援、そして社会資源利用のコーディネートなどを含む個別性の高いケース・ワーク、ITを用いた情報提供などの多面的かつ総合的なケース・マネジメントを試験介入群に行った。

5. 倫理面への配慮

本研究の実施に際しては、2006年7月お

よび 2007 年 7 月に当病院の研究倫理委員会から承認を得た。

C. 研究結果

1. 研究実施体制の整備

2006 年 4 月より本研究の参加施設基準を念頭に準備を開始した。

研究開始時時点の研究体制は、担当医師 2 名、救急センター常駐精神科医が 1 名、臨床心理士 3 名（内、財団流動研究員 1 名）、ソーシャルワーカー 3 名であった。なお 2009 年 8 月現在の研究体制は、担当医師 2 名、救急センター常駐精神科医が 2 名、臨床心理士 4 名（内、財団流動研究員 2 名）、ソーシャルワーカー 7 名である。

2. 研究開始前準備

2006 年 4 月より、本研究の実施をスムーズに行う目的で下記を行った。

本研究プロトコルに基づき救急センターおよび救急センター常駐精神科医と協議を行い、対象者の的確基準の確認や連絡の導線確認を行った。

また、病棟スタッフへの研究内容説明、岩手県精神保健福祉士協会総会での本研究内容説明、精神科病院協会及び精神科診療所協会において本研究内容説明を行った。

2006 年 6 月に施設訪問、ヒアリングを受けた。2006 年 7 月に研究開始通知を受け、登録・介入を開始した。

3. 対象者の登録

2006 年 7 月から 2009 年 8 月の当施設における全救急搬送患者数、入院患者数、うち自殺企図患者数、搬送後既遂患者数、未遂患者入院数、登録基準適格患者数、非適格患者数、同意説明実施者数、同意に至らなかった数（およびそれぞれの月平均名、月最小名・最大名）は下記の通りであった。

前救急搬送患者数は 10,680 名（月平均 296.7 名、月最小 264 名、月最大 319 名）、入院患者数は 5,905 名（平均 164.0 名、最小

121 名、最大 188 名）、うち自殺企図患者数は 757 名（平均 21.0 名、最小 10 名、最大 21 名）、搬送後既遂患者数は 36 名（平均 1.0 名、最小 0 名、最大 3 名）、未遂患者入院数は 709 名（平均 19.7 名、最小 8 名、最大 20 名）、登録基準適格患者数は 255 名（月平均 7.1 名、最小 1 名、最大 7 名）、非適格患者数は 454 名（月平均 12.6 名、最小 5 名、最大 13 名）、同意説明実施者数は 151 名（月平均 4.2 名、最小 0 名、最大 5 名）、同意に至らなかった患者数は 97 名（月平均 2.7 名、最小 1 名、最大 7 名）、登録者（対象者）数は 87 名（月平均 2.4 名、最小 0 名、最大 8 名）という結果であった。

非適格患者数は 454 名であったが、その内訳は、20 歳未満 87 名（87/454 : 19.2%）、I 軸なし 112 名（112/454 : 24.7%）、自殺意図なし 81 名（81/454 : 17.8%）、研究理解困難 80 名（80/454 : 17.6%）、面接・心理教育困難 35 名（35/454 : 7.7%）、遠方 59 名（59/454 : 13.0%）であった。

適格基準を満たしつつも同意に至らなかった患者数は 97 名であったが、その内訳は主治医交代のため 2 名（2/97 : 2.1%）、入院継続のすすめを振り切って退院したため 41 名（41/97 : 42.3%）、医師の導入段階で拒否が 21 名（21/97 : 21.6%）、経過観察中が 3 名（3/97 : 3.1%）、対象者の再発が 4 名（4/97 : 4.1%）、医師の指示が 3 名（3/97 : 3.1%）、即転院が 14 名（14/97 : 14.4%）であった。

非同意者は 65 名であったが、その内訳はどちらの群になるかわからないからが 1 名（1/65 : 1.5%）、プログラムがじっくりこないからが 2 名（2/65 : 3.1%）、遠方で通えないからが 15 名（15/65 : 23.1%）、家族の反対が 2 名（2/65 : 3.1%）、問題解決の目途がたったからが 8 名（8/65 : 12.3%）、今はまだ考えられないからが 7 名（7/65 : 10.8%）、仕事のためが 17 名（17/65 : 26.2%）、治療に専念したいからが 2 名（2/65 : 3.1%）、精

神科治療自体を受けたくないからが1名(1/65:1.5%)、相談するのは好きじゃないからが1名(1/65:1.5%)、内容が理解できないからが4名(4/65:6.2%)、繰り返さない自信があるからが1名(1.5%)、理由不明(非同意の理由を語らない)が4名(4/65:6.2%)であった。

なお、当施設の同意取得率は57.6%(87/151)であった。

4. 評価と介入

研究の実施にあたっては、研究分担者・施設責任者の酒井明夫の統括の下、当院の救急センター常駐精神科医である、磯野寿育(2006.4-07.3)、吉田智之(2007.4-09.3)、遠藤 仁(2007.4-09.3)、三條克巳(2009.4-現在)、工藤 薫(2009.4-現在)、CM(流動研究員)の横澤直文(2006.4-07.3)、川村祥代(2006.8-現在)、中村 光(2007.4-現在)によって行われた。研究班の実務には当院から大塚耕太郎ならびに智田文徳がそれぞれ介入プログラム委員会委員長、イベント判定委員会委員として参画した。

具体的な介入の内容としては、プロトコルに基づき、対象者との定期的な面談、対象者の生活背景・受療状況に関する情報収集、本人・家族に対する心理教育(自殺にいたる心理経過、自殺の危険因子、精神疾患と自殺の関連、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、本人への対応方法)や精神科受療の促進、精神科・身体科かかりつけ医に関する受療調整、公的社会資源・民間援助組織の紹介と利用する際のコーディネートなどを含む個別性の高いケース・ワーク、ITを用いた情報提供(介入専用ホームページを用い、Webを介して対象者へ心理教育、援助資源情報の提供を行った)、対象者からの相談電話対応、危機介入などの多面的かつ総合的なケース・マネジメントを、医療相談室との密接な連携下に行った。

評価についても、プロトコルに基づき、以

下の内容につき聞き取りを行った。対象者の安否確認(死亡の場合は死因の確認)、自殺企図再発の有無、有害事象発生の有無、ストレス因子の存在、相談者・相談機関利用の有無、受療状況、身体機能の評価、飲酒習慣、評価尺度(Beck Hopelessness Scale: BHSおよびSF-36)を用いたうつ状態およびQOLの評価である。

また、本研究の円滑な実施に資する目的で、本学救急医学講座、衛生学公衆衛生学講座、法医学講座、精神保健福祉センター、保健所、いのちの電話、信用生協、消費者生活相談センターなどの責任者・実務者との会議を行った。

なお当施設においては、自殺企図者に対し、従来から医師と相談室の密接な連携の下で介入が行われている。従って、通常介入群および本研究に参加していない自殺企図者に対してもインテンシブなケアが提供されている。

D. 考察

当施設における本研究の意義としては、以下が考えられた。当施設においては、以前から救急センターと医療相談室の連携が密接になされていたことから、自殺企図者に対しては集中的なケアが提供されていた。しかし、本研究の実施によって研究・介入体制基盤がより強化されたために、医師-看護師-病棟-相談室-心理士といった連携がより円滑になり、ケア間の分断がより少なくなった。医療施設間の連携も密になり、仮に対象者が転院したとしてもフォローアップ面接がスムーズに実施できるようになった。さらに、対象者のケアを病院の中だけで完結させることなく、地域の社会資源(断酒会、ギャングブラス・アノニマス、女性センター、地域支援センター、信用生協、消費生活相談センター、法テラスなど)と共同して支援を提供している。これは、企図者に対するケア体制

がより手厚いものになったことを示している。また、職員が本研究主催の研修会に参加したことにより、心理教育や危機介入の方法論、また医療者側のストレスやバーンアウトについて知見を深めることができ、ケアの質が担保され、介入の均一化、支援者同士の相互理解、および再企図防止に資する結果につながったといえる。なお、当施設は自殺遺族支援体制も備えており、救急センター常駐精神科医と密接な連絡を保ちつつ活動を行っていることも付記する。

適格基準を満たしながらも、同意説明を行わなかった対象者は 97 名であった。その中で、即転院のために同意説明が行えなかった対象者は 23 名 (23.7%) いた。医師及び病棟と緊密に連携を保ち、即転院となる企図者に対しても同意説明を行える体制作りが課題になると考えられた。

当施設における同意取得率は 57.6% であり、本研究への参加を拒否した企図者は 65 名であった。その内訳は、「仕事のため (26.2%)」がもっとも多かった。現在、勤労者の自殺がクローズアップされていることもあり、仕事を持つ企図者に、いかにして本研究に参加してもらうかが課題であるといえる。次に多い理由としては、「遠方のため通えない (23.1%)」というものであった。当施設としても、来院が困難という対象者に対しては電話によるケース・マネージメントを提案して了承を得るケースもあったが、非対面による介入は対面面接時に比較して得られる視覚的な情報が少なく、困難が伴った。今後はこのような非対面の介入方法の質向上が課題になると思われた。

最後に、当施設独自の課題を指摘する。当施設が存在する盛岡医療圏の面積は 6,314km² であり、香川県 (1,867 km²) の約 3.4 倍である。医療圏で発生した重症の自殺企図者についてはほとんど当施設で対応しているものの、その広大な医療圏ゆえに本研

究への参加拒否を生じさせている可能性がある。

E. 結論

当施設においては、2007 年 4 月から 2009 年 8 月末現在までに企図者 87 名の参加が得られた。同意取得率は 57.6% であった。

本研究の意義としては、自殺企図者に集中的なケアが提供されたこと、介入体制基盤が強化されケア間の分断がより少なくなったことなどがあげられた。一方で、適格基準を満たしながらも同意説明を行えなかった企図者もいた。その主な理由としては、即転院が最も多かった。

稿を終えるにあたり、本研究の実施にご協力下さいました、当院精神科病棟スタッフの皆様、盛岡市役所の皆様、県内各医療機関の皆様、関係者各位に心からお礼申し上げます。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 大塚耕太郎, 酒井明夫 : 2006, 精神症状, 救急医学 30, 748-750
- 2) 大塚耕太郎, 酒井明夫 : 2006, 岩手医科大学における精神科救急システム : 岩手県盛岡地区の精神科救急の課題と展望, 精神神経学雑誌 108(10)1058-1065
- 3) 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳 : 2006, 地域介入による自殺予防と自殺企図者へのケア, 第 27 回岩手医科大学公開講座講演集—健康講座—, pp.13-26
- 4) 武内克也, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 岩渕修, 山家健仁, 磯野寿育, 福本健太郎, 三條克巳, 遠藤仁, 岩戸清香, 工藤薫, 田鎖愛理, 中村光, 高橋千鶴子 : 2007, うつ病自傷自殺

- 例に対する薬物療法：身体重症度による治療内容の比較，臨床精神薬理 10,1877-1887
- 5) 武内克也,酒井明夫,大塚耕太郎, 岩渕修, 山家健仁,磯野寿育,福本健太郎,三條克巳, 遠藤仁,岩戸清香,工藤薫,田鎖愛理,中村光, 高橋千鶴子：2007, 自傷自殺未遂を伴う双極性障害に対する薬物療法：救急受診例を対象とした3年間の追跡調査, 臨床精神薬理 10,2229-2236
 - 6) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳：2007, (2) 医療機関における自殺未遂者に対する心のケアを実施する体制の整備. (本橋豊編) 自殺対策ハンドブック Q&A 基本法の解説と効果的な連携の手法, ぎょうせい, 東京, Pp218-220
 - 7) 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳：2007, 地域における自殺予防と自殺企図者へのケア. 第9回兵庫 SSRI 研究会. 分子精神医学 Vol.7 No3., 298-303
 - 8) 山家健仁, 大塚耕太郎, 星克仁, 磯野寿育, 遠藤仁, 中村光, 遠藤重厚：2008, 自殺企図者の年代分布を踏まえた性差による比較検討. 岩手医学誌 60 巻 2 号 Page89-103
 - 9) 磯野寿育, 大塚耕太郎, 星克仁, 山家健仁, 遠藤仁, 中村光, 遠藤重厚：2008, 自殺関連行動を呈した気分障害と神経症性障害群の比較検討. 岩手医学誌 60 巻 3 号 Page151-162
 - 10) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳, 星克仁, 岩戸清香, 遠藤仁, 神先真, 工藤薫, 川村祥代, 中村光, 高橋千鶴子, 赤坂博：2008, 高齢者のうつと自殺への介入ー予防介入, 危機介入, 事後介入ー, 老年精神医学 19(2)183-197
 - 11) 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・マネジメント. 精神神経学雑誌 110, 238-243, 2008.
 - 12) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳, 星克仁, 岩戸清香：2008, 岩手医科大学における自殺対策活動の 10 の領域, 心と社会, 39(1)42-47
 - 13) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳, 吉田智之, 遠藤仁, 工藤薫, 中村光, 川村祥代：2008, 自殺対策における精神科救急の役割, 精神科救急 11, 41-44 大塚耕太郎, 酒井明夫, 遠藤仁, 岩戸清香, 工藤薫, 三條克巳, 肥田篤彦, 八木淳子, 智田文徳：2009, 救急医療での自殺対策, 精神科 14(3), 240-245
 - 14) 大塚耕太郎, 酒井明夫：2009, 老年期うつ病と自殺, うつ病ハンドブック, 202-208
 - 15) Yoshio Hirayasu, Chiaki Kawanishi, Naohiro Yonemoto, Naoki Ishizuka, Yoshiro Okubo, Akio Sakai, Toshifumi Kishimoto, Hitoshi Miyaoka, Kotaro Otsuka, Yoshito Kamijo, Yutaka Matsuoka and Toru Aruga: 2009, A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J), BMC Public Health 9:364
 - 16) 大塚耕太郎(岩手医科大学 医学部神経精神科学), 工藤薫, 酒井明夫, 遠藤仁:2009, 【救急精神科 救急医に求められる最低限の知識】救急病棟編 自殺企図患者に合併している4つの代表的な精神障害 精神作用物質による精神障害 アルコール依存症, アンフェタミン精神病.救急医学 33 巻 11 号 Page1571-1575
 - 17) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳, 八木淳子, 肥田篤彦, 煙山信夫, 原田久子：2009, (自殺と向き合う) 自殺対策における精神科救急医療の役割. 精神医療 53 : 57-64
 - 18) 大塚耕太郎, 酒井明夫：2009, File45 自

- 殺未遂者のソーシャルワーク。(平田豊明, 八田耕太郎監修) 精神科救急ケースファイル—現場の技—(日本精神科救急学会編). 中外医学社, 東京, pp135-138
- 19) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳, 八木淳子, 肥田篤彦, 煙山信夫, 原田久子: 2009, 自殺対策における精神科救急医療の役割. メンタルヘルス・ライブラリー 24 自殺と向き合う. 批評社, 東京, 89-99
- 20) 大塚耕太郎, 酒井明夫: 2009, 10 予後. Mini Lecture15. 老年期うつ病と自殺. (三村將, 仲秋秀太郎, 古茶大樹編集) 老年期うつ病ハンドブック. 診断と治療社, 東京, pp202-208
- 21) 三條克巳, 武内克也, 中村光, 大塚耕太郎, 遠藤重厚: 2009, 向精神薬大量服薬が身体に与える影響について—薬剤血中濃度測定を用いた検討. 岩手医学雑誌 61(2): 69-81
- 22) 遠藤仁, 大塚耕太郎, 吉田智之, 中村光, 山家健仁, 磯野寿育, 智田文徳: 2009, 自殺企図者の生命的危険性と関連する諸要因について: 救命救急センターにおける身体的重症自殺企図群と軽症群の比較検討. 精神科救急第 12 巻: 60-73
- 23) 三宅康史, 有賀徹, 伊藤弘人, 大塚耕太郎, 河西千秋, 岸泰宏, 坂本由美子, 守村洋, 山田朋樹, 柳澤八恵子: 2009, 自殺予防と救急看護 自殺企図患者に対する救急外来(ER)・救急科・救命救急センターにおける手引き 日本臨床救急医学会「自殺未遂者のケアに関する委員会」の取り組み(解説). 日本救急看護学会雑誌 10 巻 3 号 Page 59-63
- 24) 大塚耕太郎, 酒井明夫: 2009, 自殺企図・自傷への対応. 精神科リュミエール, 中山書店, 東京, pp133-140
2. 学会発表
- 1) 山家健仁, 大塚耕太郎, 酒井明夫, 磯野寿育, 岩戸清香, 遠藤仁, 三條克巳, 丸田真樹, 遠藤知方, 中山秀樹, 智田文徳, 鈴木満, 遠藤重厚: 高度救命救急センターにおける自殺企図者の実態調査: 自殺企図と動機について, 第 60 回東北精神神経学会, 秋田県総合保健センター, 秋田市, 2006 年 9 月 17 日
- 2) 磯野寿育, 大塚耕太郎, 酒井明夫, 岩戸清香, 遠藤仁, 三條克巳, 山家健仁, 丸田真樹, 遠藤知方, 中山秀樹, 智田文徳, 鈴木満, 遠藤重厚: 高度救命救急センターにおける自殺企図者の実態調査: 気分障害と神経症性障害との比較検討, 第 60 回東北精神神経学会, 秋田県総合保健センター, 秋田市, 2006 年 9 月 17 日
- 3) Yamada M, Ono Y, Sakai A, Otsuka K, Higuchi T, Ueda S, Kanba S, Fujita T, Takahashi K.: A novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, nocomit-j, Portorož, Slovenia, September 9-12, 2006. in Psychiatria Danubina Supplement 1:118, 2006
- 4) 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. 遠藤知方, 大塚耕太郎, 智田文徳, 丸田真樹, 酒井明夫, 磯野寿育, 遠藤重厚, 中山秀紀: 岩手医科大学の精神科救急システムにおける受診患者調査: 一次二次救急と三次救急の比較検討, 第 14 回日本精神科救急学会総会, 広島国際会議場, 広島市, 2006 年 10 月 17, 18, 19 日
- 5) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 遠藤重厚, 智田文徳, 中山秀紀, 遠藤知方, 丸田真樹, 山家健仁, 磯野寿育, 横澤直史: 自殺企図者の企図前行動, 第 14 回日本精神科救急

- 学会総会,広島国際会議場,広島市, 2006年10月17, 18, 19日
- 6) 磯野寿育, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 中山秀紀, 遠藤知方, 丸田真樹, 山家健仁, 横澤直史, 智田文徳, 遠藤重厚: 高度救命救急センターにおける自殺企図者の ICD 分類: 気分障害 (F3) と神経症性障害 (F4) との比較検討, 第 14 回日本精神科救急学会総会, 広島国際会議場, 広島市, 2006年10月17, 18, 19日
 - 7) 智田文徳, 高橋千鶴子, 赤坂博, 丸田真樹, 高谷友希, 山家健仁, 磯野寿育, 武田正, 朽木正彦, 大塚耕太郎, 酒井明夫: 岩手県高度救命救急センターにおける自死 (自殺) 遺族への支援体制の構築 (いわて自死遺族支援モデル事業) (第二報), 第 14 回日本精神科救急学会総会, 広島国際会議場, 広島市, 2006年10月17, 18, 19日
 - 8) 丸田真樹, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳, 遠藤知方, 山家健仁, 磯野寿育, 横澤直史, 川村祥代, 遠藤重厚: 高度救命救急センターにおける自殺企図の年代別検討, 第 19 回日本総合病院医学会総会, 栃木県総合文化センター, 宇都宮市, 2006年12月1日~2日
 - 9) 山家健仁, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳, 遠藤知方, 丸田真樹, 磯野寿育, 横澤直史, 川村祥代, 遠藤重厚: 高度救命救急センターにおける自殺企図について: 性差に関する検討, 第 19 回日本総合病院医学会総会, 栃木県総合文化センター, 宇都宮市, 2006年12月1日~2日
 - 10) 丸田真樹, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳, 中山秀紀, 磯野寿育, 山家健仁, 遠藤知方, 遠藤 仁, 三條克巳, 川村祥代, 横澤直文, 鎌田 桂, 遠藤重厚: 自殺企図者の CO 中毒の臨床経過, 第 508 回岩手医学会例会, 岩手医科大学附属図書館 1 階セミナー室, 2007年3月13日
 - 11) Kawanishi, C., Hirayasu, Y., Aruga, T., Sakai, A., Okubo, Y., Miyaoka, H., Kishimoto, T., Hitomi, Y., Horikawa, N., Asada, T., Iwanami, A., Hirotsune, H., Mimura, M., Akiyoshi, J., Ikeshita, K., Yamada, M., Takahashi, K.: A randomized, controlled, multicenter trial of post-suicide attempt intervention for the prevention of further attempts (ACTION-J) in Japan, XXIV World Congress-IASP (International Association for Suicide Prevention), Killarney, Ireland, 28th August-1st September, 2007
 - 12) 遠藤 仁, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 吉田智之, 山家健仁, 磯野寿育, 三條克巳, 岩戸清香, 丸田真樹, 遠藤知方, 中山秀紀, 星 克仁, 智田文徳, 遠藤重厚: 自殺企図の重篤度と自殺企図者の実態との関連について—岩手県高度救命救急センターにおける自殺企図者に関する実態調査から—, 第 15 回日本精神科救急学会, 大宮ソニックシティ, さいたま市, 2007年9月26日~27日
 - 13) 武内克也, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳, 山家健仁, 吉田智之, 磯野寿育, 三條克巳, 遠藤 仁: 精神科救急大量服薬例の薬剤同定と血中濃度測定に関する検討, 第 15 回日本精神科救急学会, 大宮ソニックシティ, さいたま市, 2007年9月26日~27日
 - 14) 及川友希, 智田文徳, 丸田真樹, 山家健仁, 磯野寿育, 三條克巳, 岩戸清香, 高橋千鶴子, 赤坂 博, 大塚耕太郎, 酒井明夫: 救命救急センターにおける危機介入的自死遺族支援: 岩手県高度救命救急センターにおける試み, 第 15 回日本精神科救急学会, 大宮ソニックシティ, さいたま市, 2007年9月26日~27日
 - 15) 智田文徳, 酒井明夫, 鈴木 満, 遠藤 仁,

- 磯野寿育, 吉田智之, 山家健仁, 大塚耕太郎: 地方都市型精神科救急医療の現状と課題～盛岡における精神科救急医療システム再構築の取り組みを通して～, 第15回日本精神科救急学会, 大宮ソニックシティ, さいたま市, 2007年9月26日～27日
- 16) 武内克也, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 三條克巳: 大量服薬薬剤の血中濃度と重症度に関する検討, 第17回日本臨床精神神経薬理学会, 大阪国際交流センター, 大阪市, 2007年10月3日～5日
- 17) 山家健仁, 大塚耕太郎, 酒井明夫, 磯野寿育, 遠藤 仁, 岩戸清香, 三條克巳, 吉田智之, 星 克仁, 智田文徳, 遠藤重厚: 練炭自殺を図り間欠型CO中毒を発症した1症例, 第61回東北精神神経学会総会, 仙台市シルバーセンター, 仙台市, 2007年10月7日
- 18) 遠藤 仁, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 吉田智之, 山家健仁, 磯野寿育, 遠藤知方, 丸田真樹, 智田文徳, 遠藤重厚: 自殺企図者の身体的重症度とその治療・転帰について～高度救命救急センターにおける検討, 第61回東北精神神経学会総会, 仙台市シルバーセンター, 仙台市, 2007年10月7日
- 19) 武内克也, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳, 山家健仁, 吉田智之, 磯野寿育, 三條克巳, 遠藤 仁: 大量服薬例の薬物血中濃度と重症度判定, 第20回日本総合病院精神医学会総会, 札幌コンベンションセンター, 札幌市, 2007年11月30日～12月1日
- 20) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳, 遠藤 仁, 吉田智之, 山家健仁, 磯野寿育, 丸田真樹, 遠藤知方, 中山秀紀, 三條克巳, 岩戸清香, 中村 光, 川村祥代, 星 克仁, 柴田恵理, 及川友希: 自殺関連行動の特性について, 第20回日本総合病院精神医学会総会, 札幌コンベンションセンター, 札幌市, 2007年11月30日～12月1日
- 21) 赤坂 博, 智田文徳, 及川友希, 丸田真樹, 山家健仁, 磯野寿育, 三條克巳, 岩戸清香, 高橋千鶴子, 大塚耕太郎, 酒井明夫: 自死遺族支援における精神科救急の役割について～救急医療施設での危機介入とその後～, 第20回日本総合病院精神医学会総会, 札幌コンベンションセンター, 札幌市, 2007年11月30日～12月1日
- 22) 磯野寿育, 赤坂 博, 智田文徳, 高橋千鶴子, 及川友希, 山家健仁, 三條克巳, 岩戸清香, 大塚耕太郎, 酒井明夫: 検察体制が自死遺族支援に与える影響について～救急医検案群と警察医検案群の比較検討～, 第32回日本自殺予防学会, いわて県民情報交流センター(アイーナ), 盛岡市, 2008年4月18日～19日
- 23) 山家健仁, 大塚耕太郎, 星 克仁, 酒井明夫, 磯野寿育, 吉田智之, 遠藤 仁, 三條克巳, 智田文徳, 遠藤重厚: 自殺企図者の年代分布と性差に関する比較検討, 第32回日本自殺予防学会, いわて県民情報交流センター(アイーナ), 盛岡市, 2008年4月18日～19日
- 24) 遠藤知方, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳, 山家健仁, 磯野寿育, 丸田真樹, 中山秀紀, 遠藤重厚: 1次2次精神科救急と3次精神科救急の自殺企図者の比較検討, 第32回日本自殺予防学会, いわて県民情報交流センター(アイーナ), 盛岡市, 2008年4月18日～19日
- 25) 丸田真樹, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳, 山家健仁, 磯野寿育, 吉田智之, 遠藤 仁, 遠藤重厚: 岩手医科大学附属病院精神科1次2次外来を受診した自殺企図患者の年代による検討, 第32回日本自殺予防学会, いわて県民情報交流セ

- ンター（アイーナ），盛岡市，2008年4月18日～19日
- 26) 赤坂 博，智田文徳，高橋千鶴子，川村祥代，及川友希，工藤 薫，大塚耕太郎，酒井明夫，佐藤淳子，藤原匡宣：中学生を対象とした“こころ”と“いのち”に関する授業実践－「シルバー先生」第一報－，第32回日本自殺予防学会，いわて県民情報交流センター（アイーナ），盛岡市，2008年4月18日～19日
- 27) 井上義博，菊池 哲，小野寺誠，藤野靖久，遠藤 仁，吉田智之，遠藤重厚，酒井明夫：当施設における中毒の外来診療体制，第30回日本中毒学会，アパローム紀の国，和歌山市，2008年7月11日～12日
- 28) 丸田真樹，大塚耕太郎，酒井明夫，磯野寿育，遠藤 仁，中山秀紀，遠藤重厚：精神科救急における希死念慮・自傷・自殺企図：各症例群間の比較検討，第16回日本精神科救急学会総会，国立京都国際会館，京都市，2008年10月14日～16日
- 29) 工藤 薫，大塚耕太郎，遠藤 仁，吉田智之，磯野寿育，山家健仁，中村 光，川村祥代，肥田篤彦，八木淳子，煙山信夫，原田久子，智田文徳，遠藤重厚，酒井明夫：自殺未遂者における「精神科病棟入院群」，「センター入院群」，「非入院群」の比較検討，第16回日本精神科救急学会総会，国立京都国際会館，京都市，2008年10月14日～16日
- 30) 智田文徳，高橋千鶴子，赤坂 博，及川友希，丸田真樹，山家健仁，吉田智之，磯野寿育，遠藤 仁，三條克巳，岩戸清香，工藤 薫，大塚耕太郎，鈴木 満，酒井明夫：多施設連携による精神科救急での自殺遺族支援の取り組み（いわて自死遺族支援モデル事業），第16回日本精神科救急学会総会，国立京都国際会館，京都市，2008年10月14日～16日
- 31) 工藤 薫，大塚耕太郎，遠藤 仁，吉田智之，磯野寿育，山家健仁，中村 光，川村祥代，智田文徳，酒井明夫：自殺未遂者における入院群と非入院群の比較検討，第62回東北精神神経学会総会，大手門パルズ，山形市，2008年10月19日
- 32) 吉田智之，大塚耕太郎，遠藤 仁，酒井明夫，遠藤重厚：岩手県高度救命救急センターにおける自殺企図者の実態～精神医学的診断と自殺企図手段について～，第36回日本救急医学会総会・学術集会，ロイトン札幌/ウェルシティ札幌，札幌市，2008年10月13日～15日
- 33) 智田文徳，船山道夫，高橋千鶴子，赤坂博，平賀 恵，大塚耕太郎，伴 亨，酒井明夫：相談支援事業所と精神科医療施設の連携による精神科救急医療システム再構築の取り組み，第21回総合病院精神医学会総会，ホテルスプリングス幕張，千葉市，2008年11月28日～29日
- 34) 遠藤知方，大塚耕太郎，山家健仁，磯野寿育，丸田真樹，中山秀紀，酒井明夫，遠藤重厚：1次2次精神科救急と3次精神科救急の自殺企図者の比較検討，第21回総合病院精神医学会総会，ホテルスプリングス幕張，千葉市，2008年11月28日～29日
- 35) 大塚耕太郎，酒井明夫，遠藤 仁，工藤 薫，吉田智之，山家健仁，磯野寿育，智田文徳，三條克巳：自殺企図者の希死念慮に関する検討，第105回日本精神神経学会学術総会，神戸国際会議場他，神戸市，2009年8月21日～12日
- 36) 遠藤 仁，大塚耕太郎，山家健仁，工藤 薫，磯野寿育，酒井明夫：機能性精神病を疑われ精神科受診となった器質性精神障害3症例の検討，日本精神科救急学会第17回大会，山形テルサ，山形市，2009

年 9 月 11 日～12 日

- 37) 工藤 薫, 大塚耕太郎, 遠藤 仁, 吉田智之, 磯野寿育, 山家健仁, 中村 光, 川村祥代, 肥田篤彦, 八木淳子, 智田文徳, 遠藤重厚, 酒井明夫: 自殺企図における一酸化炭素中毒症例の検討, 日本精神科救急学会第 17 回大会, 山形テルサ, 山形市, 2009 年 9 月 11 日～12 日
- 38) 工藤 薫, 三條克巳, 武内克也, 中村 光, 大塚耕太郎, 遠藤重厚, 酒井明夫: 向精神薬大量服薬が循環器系に与える影響, 第 19 回日本臨床精神神経薬理学会, 国立京都国際会館, 京都市, 2009 年 11 月 13 日～15 日

H. 知的財産権の出願・登録状況

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

独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター

研究分担者：廣常 秀人 独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター 精神科科長

研究協力者：井尻美由紀 独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター 精神保健福祉士
吉田 哲彦 独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター 医員
小川 朝生 国立がんセンター東病院
西野 悟 医療法人松柏会 榎坂病院
関山 隆史 医療法人松柏会 榎坂病院
越智 直哉 医療法人松柏会 榎坂病院

【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）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、試験介入としてケース・マネージメントや 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を有するか否かを検証することを目的とし、多施設共同、非盲検、無作為化比較試験である。

研究分担者の所属する独立行政法人国立病院機構大阪医療センター（以下、大阪医療センター）は、研究参加施設としてこの研究を実施した。大阪医療センターでは、救命救急センター、精神科連携のもと 2006 年 11 月に研究を開始した。そして、介入開始後に、78 名の自殺未遂者に対して研究説明を行い、そのうち 30 名の研究参加の同意を得て、研究計画書に基づいた介入を行った。

本研究の意義として、ケースマネージャーの頻回の研修、各種委員会による介入の質の向上、一定化などを通じて得られた手法が、今後の再企図予防への介入法として汎用性の高いモデルになるのではないかとと思われることなどが挙げられる。一方で、自殺未遂者のケアの課題としては救命救急センターでの入院期間が益々短期間になっており、限られた時間でより有効な介入方法の開発の必要性、非同意例に再企図ハイリスク群が多数含まれている可能性が考えられ、これらの群へのアプローチ法の開発がさらに望まれることなどが挙げられる。

A. 研究目的

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）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、試験介入としてケース・マネージメントや 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

発の防止に効果を有するか否かを検証することを目的とし、多施設共同、非盲検、無作為比較試験である。

研究分担者の属する大阪医療センターは、研究参加施設としてこの研究を実施したが、研究開始準備、対象のスクリーニングと登録、追跡、介入を通して、研究の意義と研究実施上の課題を検討した。

B. 研究方法

1. 研究実施体制の整備

大阪医療センターでは、精神科病棟を有しておらず、また精神科常勤医が3名だったことから、救命救急センターでの初期治療後、身体的に安定した患者は早期に身体科・精神科病院に早々に転医となるケースが多い。そのため、本研究を実施するためには、救命救急センターの医師の研究の協力が不可欠であり、救命救急センターの医師・看護師への研究説明を頻回に行い、研究の協力を仰いだ。

2. 研究開始前準備

研究開始にあたり、2006年3月より大阪医療センター受託研究審査委員会による倫理審査での臨床研究承認申請を行ってきた。

2006年7月に施設訪問、ヒアリングを受けた。2006年9月に大阪医療センター倫理審査委員会の承認を得て研究開始となった。

3. 対象者の登録

大阪医療センター救命救急センターに搬送され入院となり、救急部門にて救急医または精神科医により自殺未遂と判断された者のうち、研究担当医師が研究基準に沿い、対象と判断した者78名に対し研究説明を行い、対象者本人から文書による同意を取得できた30名の登録を行った。

4. 評価と介入

研究計画書に基づいて、試験介入者には、定期的なケース・マネジメントやITを利

用した情報提供を行った。試験介入、通常介入ともに定期的な評価面接を担当精神科医以外の評価担当医師で行なった。

5. 倫理面への配慮

2006年9月に、当センターの受託研究審査委員会による倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 研究実施体制の整備

研究体制は、担当医師2006～2008年度は3名、2009年度は2名、ケースマネージャー（以後CMと略す）として精神保健福祉士1名（流動研究員1名）で臨んだ。

CMが当救命救急センターの朝の症例カンファレンスに参加し、自殺未遂患者を把握し、体制が浸透するとともに、救命センタースタッフから自殺未遂者全例を早い段階からコンサルトしてくるようになった。年数とともに、自殺未遂者と精神科医が顔を合わせることなく退院することはなくなっていった。

2. 研究者の登録

2006年11月から2009年8月において、当センターでは、全救急搬送患者数1,576名（月平均46.3名、月最小34名一月最大69名）、うち自殺企図患者数374名（月平均11.0名、月最小7名一月最大25名）、搬送後既遂患者数99名（月平均2.9名、月最小0名一月最大7名）、未遂患者数275名（月平均8.0名、月最小4名一月最大18名）、登録基準適格患者数78名（月平均2.2名、月最小0名一月最大7名）、非適格患者数148名（月平均4.3名、月最小0名一月最大11名）であった。研究同意を得られたのは30名（月平均0.8名、月最小0名一月最大3名）であった。

非適格の主な分類は、20歳未満12名、I軸なし61名、自殺意図なし10名、研究理解困難29名、登録のための面接・心理教育困

難 29 名，遠方 7 名であった。

同意説明に至らなかった主な理由としては，予定外の退院が 5 名，予定外の転医が 3 名，すでに研究に登録済みが 2 名，精神科介入の拒否 3 名であった。

非同意理由の主な理由としては，予定外の退院・転院が 17 名，参加が負担になるが 8 名，もう大丈夫が 8 名，家族と相談して決めた 5 名，明確な理由なし 5 名，医者以外と話をしたくないが 3 名，関わってほしくないが 2 名であった。

3. 評価と介入

研究計画書に基づいて，試験介入者には，定期的なケース・マネージメントや IT を利用した情報提供を行った。試験介入，通常介入ともに定期的な評価面接を担当した精神科医以外の評価担当医師で行なった。

D. 考察

1. 当センター救命救急センターについて

当救命救急センターは，大阪市のほぼ中央に位置し，大阪市の全体と大阪市の近隣の市を搬送対象としている。また，西日本災害医療センターという災害基幹病院の役割を担う。災害時 500 人収容可能な「国立大阪病院緊急災害医療棟」，災害用備蓄庫（備蓄品目：医薬品，食料品，医療器材，被災地用消耗品，災害時用備品），受水槽（容量 800 トン：災害時見込み使用量約 4 日分），自家発電機（容量 120kVA），自動塩素滅菌装置（受水槽用），災害派遣用ドクターカーが設備されている。また災害傷害の治療に対応できる医療スタッフとともに初期災害派遣医療班を編成し救急災害に備えている。旧国立大阪病院（現国立大阪医療センター）は，平成 9 年 1 月に近畿の防災拠点病院の指定を受け，次いで平成 11 年 3 月厚生省の再編計画の見直しにより，当地で国立療養所千石荘病院と統合し，西日本災害医療センターとして位置付けら

れた。平成 8 年 10 月に完成した災害時用備蓄庫（750 平方メートル）に続き，平成 11 年 5 月から緊急災害医療棟（延 5208 平方メートル）の建設に着手し，さらに，平成 11 年 12 月には原子力安全対策整備事業として施設整備が追加され，平成 13 年 3 月にこれらの防災機能を有した建物「国立大阪病院緊急災害医療棟」が完成した。平成 16 年 4 月に独立行政法人化された後も引き続き災害に対応する医療棟としての機能を継続して持っている。

年々自殺企図患者を受け入れきれない二次救急病院が増加しており，かつ当救命救急センター所長を始めとする救急医の精神疾患患者に対する理解があること，さらに精神科，MSW，PSW の連携が元々良く，受け入れの良さ，対応の良さが救急隊員の知られるところとなり，比較的軽症の急性薬物中毒も搬送されやすい傾向にある。これは後述するが，大阪府健康福祉部保健医療室医療対策課からの正確な情報である。

2. 救命救急センターからの自殺未遂者のコンサルテーションについて

当センターでは，精神科当直がないために，自殺企図搬送者の中でも軽症例（特に過量服薬例）は，休祭日に搬送された場合，事故（自己）退院も含めた即日もしくは一泊退院のために精神科が関わることができなかったが，本研究の浸透とともに，すなわち自殺に対する取組みの熱意が救命センタースタッフに伝わっていくとともに，休祭日明けまで未遂患者を留めておけるようになった。これは，研究参加可能対象者の増数につながり，何よりも再企図のリスク評価や救命センター退院後の処遇について有効な判断がしやすくなるという非常に有益な効果をもたらした。

我々が 24 時間体制で対応できなくても，普段から救命スタッフとのケースミーティングなどを重ねていく中で，精神運動興奮を

含めた問題行動への対応能力、精神疾患の病態への理解も増し、彼らが我々の診察までの対応を引き受けてくれるスキルが増したのは、非常に大きな収穫であった。また、自殺を大きな問題として捉えるようになり、ひいては救急スタッフが自殺のみならず、精神疾患の問題に身体治療のみならず、積極的に扱い、重視してくれるようになったのである。

3. 適格基準を満たしたが同意説明に至らなかった症例について

同意説明に至らなかった主な理由は前項で既にあげたが、最大の要因は、定員割れの続く医師数の少なさと研究分担者以外の医師の任期の短さ（1-2年）にあったと思われる。2008年から新規外来患者の受診を止め、院内コンサルト患者のみにしたが、緩和ケアチームにおける精神科の働きは当研究以前から大きなものになっており、さらに、当院がHIV患者のブロック拠点病院であることから、HIV関連患者のコンサルト数も多く、自殺企図患者への研究参加のオリエンテーションまでに至る時間の余裕がなかった。また、医師の任期期間が短いことも、救命スタッフと「仲間」になり研究の手続きに慣れたと思ったら間もなく転勤といったように、研究の継続には大きな負の要因になったと思われる。

4. 非同意の症例について

非同意の主な理由としては、前項にあげたように、①予定外の退院・転院が17名、②参加が負担になるが8名、③もう大丈夫が8名、④家族と相談して決めた5名、⑤明確な理由なし5名、⑥医者以外と話をしたくないが3名、⑦関わってほしくないが2名であった。

①については、当院に精神科病床がないこともあり、転医調整に早い時点から力を入れねばならない。複数の病院に同時に当たるこ

ともしばしばあり、ある日突然に転医になることもしばしばあった。研究が進むにつれ救命スタッフの理解も得られるようになり、その数は減っていった。

②については、仕事との兼ね合いなどをその理由とする症例が多かった。

③については、自殺企図およびその背景となる精神疾患を否認している者が多数を占め、精神科受診歴のない症例が多かった。救命センターでの短期間の介入で同意を得るのに困難かつ、予後が最も気になる群であり、当研究を通じて改めてハイリスク群になりうるものが浮かび上がった。再企図予防において今後の重要な課題となろう。

④については、③と似た群がみられ、「世間体」を気にしたり、「自殺企図」という重大なイベントを家族力動で否認する傾向が伺えた。家族への心理教育や調整をより濃厚にしていくことなど、やはり今後の重要な課題と思われた。

⑤については、明確な理由が述べられないまま同意が得られなかった群であるが、③や④と似た背景があるのではないかと思われた。⑦についても、様々な社会支援を得ようとしないグループが自殺のハイリスク群であることから、介入に工夫を要する群として今後汎用できる再企図予防法を作成していく上で開発していくべき課題と思われた。

⑥については、研究開始当初にみられたもので、医師とCMが慣れていくとともに見られなくなった。これは、研修と経験を重ねていくことで、克服できる問題ではないかと思われた。

E. 結論

1. 通常介入群と試験介入群の差については、全体の解析を待たねばならないが、当院での経験に限れば、少なくとも試験介入が対象者に不利をもたらすことはなく、むしろ多くの利点を有すると思われた。