2．多施設が共通のプロトコールによって介入を統一し，しかも頻回にCMの研修や多数の委員会を設置することにより，介入の質を向上しかつ一定の質を保つことが可能であることが示されたと思われる。これは，今後の自殺企図者への介入者を育成する非常に有用なモデルになると思われた。

3．この研究に参加することによって，救急医師，看護師，MSW（院内常勤）など関係者の自殺予防への関心が高まり，自殺企図患者，ひいては自殺企図とは関係なく搬送された精神疾患患者に対する理解を深めようとする動きが救命救急センター全体に現れ，患者への対応スキルの向上，共感性の向上が見られた。自殺企図を繰り返すある境界性パーソナリティ障害患者が「今まで救急に運ばれて傷ついていやな思いしかしたことがなかったけれども，ここに運ばれ助かって本当によかったと思う」と語った。我々精神科スタッフが救命救急センターに頻回に訪れることは，救急スタッフにとって患者への対応法に自信をもつことやスタッフ自身の精神保健に改めて大きな意味を持つことを強く再確認した。

4．救命センターもしくは当院精神科をローテート中の初期研修医にも当研究は副次的な好影響を及ぼしたと思われる。実際の自殺企図患者と実際に面接することにより，うつ，再企図のリスクの評価などを実際に体験し，希死念慮を問うことの大切さを学べたのではないか。彼らが将来いずれの科を選択するにせよ，精神科への偏見を少しでもなくし，プライマリーにおけるうつや自殺のリスクの評価への教育になったと思われる。今後も初期研修医の教育プログラムとして発展させていきたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

〈論文発表〉

1. 廣常秀人：子どもの外傷後ストレス障害(PTSD)，「『こころ』『からだ』『行動』へのアプローチ　子どもを理解する」朝倉次男監修，199-210，へるす出版，東京，2008年12月
2. 廣常秀人，明石加代，藤井千太，大澤智子，吉田哲彦，関山隆史，加藤寛：PTSD 発症二次予防のための薬物療法と早期介入，臨床精神薬理，12(3)：425-433，2009年
3. 廣常秀人（研究分担者）：抗HIV療法に伴う心理的負担，および精神医学的介入の必要性に関する研究，厚生労働科学研究補助金エイズ対策研究事業「服薬アドヒアランスの向上・維持に関する研究班　平成20年度研究報告書，2009年3月

〈口演発表〉

1. 廣常秀人：地域連携，入院治療，その他。第49回日本児童青年精神医学会総会，広島，2008年11月
2. 廣常秀人：身体疾患とトラウマ。日本トラウマティック・ストレス学会第8回大会，東京，2009年3月
3. 廣常秀人，内海千種，加藤寛：痛みとPTSD。身体疾患とトラウマ，日本トラウマティック・ストレス学会第8回大会，東京，2009年3月
4. 井尻美由紀，西野悟，関山隆史，梅本愛子，廣常秀人：総合病院入院患者の自殺予防にむけて～がん患者を中心に～。第32回日本自殺予防学会，岩手，2008年4月
5. 安尾利彦，早林綾子，仲倉高広，大谷ありさ，下司有加，森田眞子，藤本恵里，白阪琢磨，廣常秀人：大阪医療センターにおけるHIV感染症患者の精神

状態および保健行動に関する分析　第1報。第23日本エイズ学会学術集会，大阪，2008年11月

6. 早林綾子，安尾利彦，仲倉高広，大谷ありさ，下司有加，森田眞子，藤本恵里，白阪琢磨，廣常秀人：大阪医療センターにおけるHIV感染症患者の精神状態および保健行動に関する分析　第2報。第23日本エイズ学会学術集会，大阪，2008年11月
7. 安尾利彦，仲倉高広，尾谷ゆか，廣常秀人，白阪琢磨：大阪医療センターにおけるHIV感染症患者の精神神経科受診状況。第22回近畿エイズ研究会学術集会，奈良，2008年6月
8. 廣常秀人：院内定期公演（メンタルヘルス編）「対応困難な患者・家族への対応-暴力・暴言・クレームへの対策-」，院内（大阪），2008年6月
9. 吉田哲彦：認知症のことを知っておくと私も，家族も，地域も安心！。平成20年度中央区認知症講演会，大阪，2008年10月
10. 廣常秀人：災害時の精神保健システム。災害発生時の危機管理対策とこころのケアコース研修，三宮，2008年10月
11. 廣常秀人：災害とストレス。HuMA主催平成20年度災害看護研修，東京，2008年11月
12. 廣常秀人：交通事故被害。平成20年度「こころの健康づくり対策」研修会PTSD対策専門研修会，東京，2008年11月
13. 廣常秀人：PTSDの症候論。PTSDの臨床診断コース研修，三宮，2008年3月
14. 廣常秀人（部会長）：第1回大阪府自殺対策連絡協議会「自殺未遂者支援部会」，大阪，2008年3月

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

大分大学医学部附属病院

研究分担者：　穐吉　條太郎　　大分大学医学部附属病院精神科

研究協力者：安東　友子，安部由起子，田中　悦弘，津留　壽船，児玉　健介，石井　啓義，森永　克彦，石飛　佳宣，兼久　雅之，日隈　晴香，花田　浩昭，川辺　隆司，福田　花織，河野　寿恵（大分大学医学部附属病院精神科）

【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，自殺未遂者の自殺企図再発の防止を目的として行われた研究であり，救命救急センター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大分大学医学部附属病院は，研究参加施設としてこの研究を実施した。大分大学医学部附属病院では，研究開始準備として大分県の精神科救急の現状の調査，救急部との連携の強化，各職種合同のワーキンググループの立ち上げ，院内研修を行った。そして，介入開始後に，40名の自殺未遂者から研究同意が得られた。対象者の全例に心理教育を行い，その後は割り振られた各群のプロトコールスケジュールに従い，面接による評価・介入等を継続した。

本研究の意義として日本の実行的な自殺予防法を開発することがある。自殺企図者の背景は単一なものではなく精神疾患への罹患，失業や経済苦などの社会的背景など多面的で複合的なものである。自殺企図者のなかには相談相手の不在や，問題解決のための情報の少なさがあることも仮定される。そのため個々の問題を担当者が長期的に調整を行っていく個別性の高いケースワークや情報提供などを行ってきた。一方で，自殺未遂者のケアの課題としては現在の研究内容では可能な介入に制限が出てくるためケース・マネージメントの内容をより充実（危機的状況への介入手段検討，地域や関係機関との連携の強化等）させること，救命救急センターと精神科での連携や迅速な対応の不足があったため救命救急センターへの自殺未遂者ケア専門家の必置すること，自殺企図へ至るまでの間に予防が図れるように地域，職場，学校等への啓発活動を積極的に行うことなどが挙げられる。また自死された場合には遺族ケアの強化なども視野にいれていく。

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，自殺

未遂者の自殺企図再発の防止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大分大学医学部附属病院は，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，心理教育，ケース・マネージメントを通して，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

我々は，大分大学医学部附属病院救急部と連携して本研究を行った。また平成20年5月からは，大分大学医学部附属病院の救急救命センターの設置により，さらに連携を強めている。また大分県が行っている大分県自殺対策協議会，大分県医師会とも協力しながら本研究に取り組んだ。

2．研究開始前準備

大分県の精神科救急の現状の調査，救急部との連携の強化，各職種合同のワーキンググループの立ち上げ，院内研修等を研究開始前準備として行った。

3．対象者の登録

2009年9月現在，当院で研究参加している対象者は40名である。40名の自殺未遂者から研究同意が得られ，対象者の全例に心理教育を行い，その後は割り振られた各群のプロトコールスケジュールに従い，面接による評価・介入等を継続した。

4．評価と介入

研究計画書に基づいて，対象者40名に対し介入と評価を行った。

5．倫理面への配慮

本研究の実施に際しては，2006年3月に大分大学医学部附属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1月より本研究の参加施設基準を念頭に研究開始の準備を開始し，2006年8月よりACTION-Jに参加している。現在の研究担当者は，精神科医師 11 名，精神科看護師 2 名，精神保健福祉士1名，臨床心理士2名（うち1名はACTION-J流動研究員）であり，このうちケース・マネージメントを実施するケース・マネージャーは3名である。ケース・マネージャーは，各施設でのケース・マネージメントが一定の質を保たれるように，定期的に研究本部の開催する研修会に参加した。また年数回開催される打ち合わせ委員会にも必ず出席して討論に参加した。

2．研究開始前準備

・大分県の精神科救急の現状の調査
・救急部との連携の強化
・各職種合同のワーキンググループの立ち上げ
・院内研修

2006年7月28日に施設訪問，ヒアリングを受けた。2006年8月24日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8月から2009年9月において当施設では（注：ただし2006年8月～11月のデータは救急搬送患者数，入院患者数のみ），全救急搬送患者数13,772名，うち自殺企図患者数134名，入院患者数2,967名（月平均362名，月最小253名－月最大442名），うち自殺企図患者数84名（月平均2.47名，月最小0

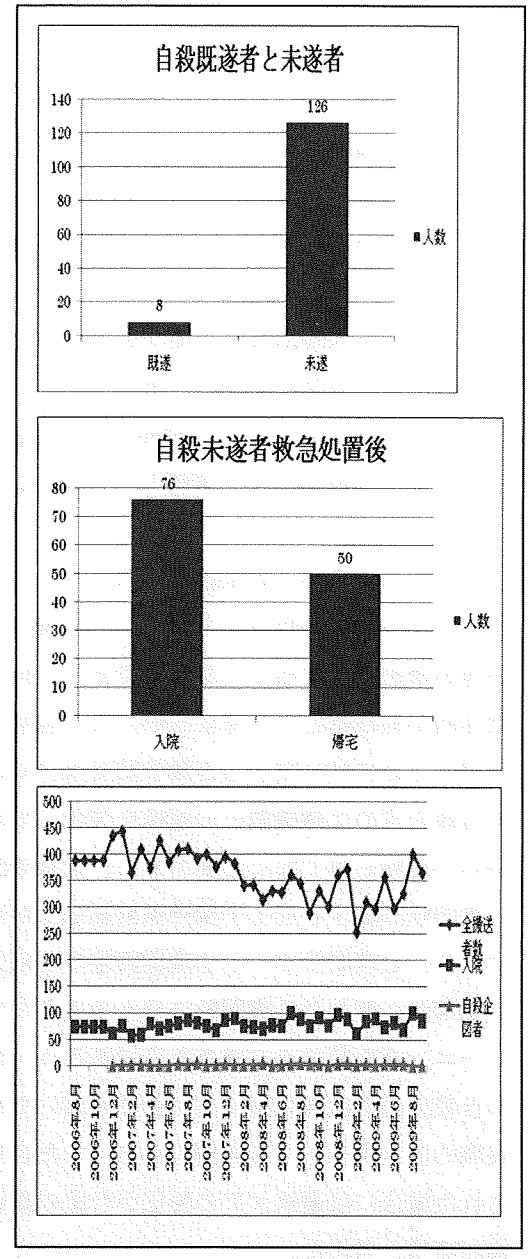
名-月最大０名)，搬送後既遂患者数８名(月平均 0.24 名，月最小０名－月最大１名)，未遂患者入院数 76 名(月平均 2.24 名，月最小 0 名－月最大5名)，登録基準適格患者数46名，非適格患者数 30 名，同意説明実施者数 42 名，同意説明に至らなかった 4 名，非同意者数 2 名であった。

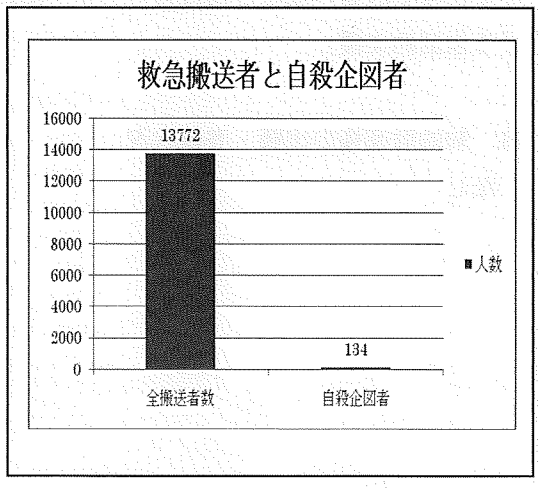
非適格の主な分類は，20 歳未満４名，Ｉ軸なし５名，自殺意図なし 11 名，研究理解困難０名，登録のための面接・心理教育困難０名，遠方２名，介入前退院３名，エントリー済症例４名，自殺意図の確認困難１名であった。同意説明に至らなかった主な理由としては，Ⅱ軸診断が主たる診断であったのが３名，主治医の判断が１名であった。

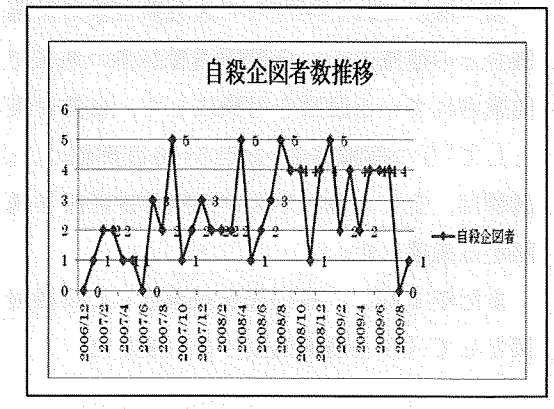
非同意理由の主な理由としては，不安が強いためが１名，気が乗らないためが１名であった。

４．評価と介入

研究計画書に基づいて，対象者 40 名に対して上記のような評価と介入を行った。







D．考察

研究プロトコールに従い研究の実施ができた。また実施に際して行った準備，連携の構築は実際の臨床活動にも意義あるものが得られた。

救急搬送者 13,772 名のうち自殺企図者は 134 名おり，そのうち 76 名は当院での入院治療となった。入院治療が必要な患者は多く当院満床により他院に紹介した患者もいた。また自殺企図者 134 名のうち精神疾患の確認がされた者が 109 名であり継続した治療が必要と判断された。

そのためより多くの未遂者へのサポートが行えるように救命救急センターへの自殺予防の専門職を必置することが急務であり，24 時間体制が取れるとより望ましい。また包括的支援のためには日頃から自殺予防対策に向けて行政を含めた諸機関との連携を強化，地域からの理解も得ておく必要がある。自殺予防の専門職は臨床心理士や精神保健福祉士があげられ，心理的サポートや環境調整など双方の要素が必要なため専門的に行えるようなトレーニングを受ける必要があるであろう。かつ自殺企図者は再企図する可能性が高いため長期的にサポートする必要がある。また自死された場合には遺族ケアの強化が今後の重要検討事項と考えた。

我々は，これと平行して大分県自殺対策協議会との連携の元，自殺既遂者が多い地域で開業されている医師を対象にして，自殺対策として「うつ病講演会」を年 5～6 回開催した。講師は，全て大分大学医学部精神神経医学講座から派遣した。

また年 1 回，一般市民を対象とした自殺対策として「うつ病講演会」を主催した。

E．結論

研究プロトコールに従い研究の実施ができた。また実施に際して行った準備，連携の構築は実際の臨床活動にも意義あるものが得られた。

従来の自殺企図後の対応は，精神科医・看護師が主に行っていた。今回は。これらのスタッフに加えて臨床心理士・精神保健福祉師の参加を試みかつ長期のフォローを行ったが，プロトコールに従い実施可能であった。本研究成果に伴い，長期的な対策が計画・実施されることが望ましい。またこれらの対策が多くの自殺企図者を受け入れている病院にも波及することが緊急の重要事項と考えた。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．　論文発表

なし

2．　学会発表

第 54 回九州保健学会「自殺を繰り返し企図する統合失調症患者に対する支援の試み」

第 55 回九州保健学会「救命救急センターにおける自殺企図者の現状と精神科スタッフにおける包括的支援」

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

関西医科大学附属滝井病院

研究分担者　杉本　達哉　関西医科大学附属滝井病院　助教

研究協力者：山田妃沙子　関西医科大学附属滝井病院　ソーシャルワーカー
織田　裕行　関西医科大学附属滝井病院　助教
板東　宏樹　関西医科大学附属滝井病院　助教
井上　雅晴　関西医科大学附属滝井病院　助教
加藤　正樹　関西医科大学附属滝井病院　講師
吉田　常孝　在ニューヨーク日本国総領事館　領事兼医務官
南　智久　医療法人爽神堂七山病院　医員
中谷　壽男　関西医科大学附属滝井病院　教授
木下　利彦　関西医科大学附属滝井病院　教授

【研究要旨】

本研究は，自殺企図の再発防止を目的として行われ，より実効的な自殺予防対策を目指した研究である。

研究分担者の所属する関西医科大学附属滝井病院は，研究参加施設としてこの研究を実施した。関西医科大学附属滝井病院では2001年より精神科医を高度救命救急センター(以下，救命センター)に常駐させ，精神神経科と救命センターの連携は構築してきた。その上で医師 7 名，精神科ソーシャルワーカー1 名の体制のもと，研究を開始した。そして，介入開始後に，260 名の自殺未遂者に対して適格基準の判定と同意の取得を行い，2009年8月までに39名の研究参加の同意を得て，研究計画書に基づいたケース・マネージメントを行った。

本研究の意義として，院内や院外近隣施設との問題は生じることがなく汎用性が高い介入モデルであることが示されたことが挙げられる。また自殺予防に特化したケースマネジャー養成のモデルや，どこの施設でも質の高いケース・マネージメントを可能にするケースマネジャーの組織的な活動のモデルが示されたことも研究の重要な成果であったと考える。一方で，自殺未遂者のケアの課題としては救命センター内の限られた時間ではケアの導入さえも困難である症例が多数あり，緊急援助カードの配布など救命センターの医師・看護師・事務員でも行えるような簡便な介入方法を併用する必要性が挙げられる。

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，過去の自殺企図がその後の自殺既遂の強力な危険因子であるという根拠に基づき，自殺再企図防止の方略を開発する目的として行われた研究である。

研究分担者の所属する関西医科大学附属滝井病院は，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，研究体制を通して，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

当院では 2001 年より精神科医を高度救命救急センターに常駐させ，自殺企図者へのメンタルケアを実践し，同時に救命センターと精神神経科の連携を構築してきた。

2005年9月より本研究の参加施設基準を念頭に精神科ソーシャルワーカーと参加医師の確保を行った。研究体制は担当医師9名(研究開始当初は7名)，ソーシャルワーカー1名とし，救命センターに常駐する精神科医は必ず研究担当医師として登録することとした。尚，担当医師9名中，研究分担者を含めた4名は研究当初から現在まで継続して研究に参加し，3名は異動のため参加継続を断念し，2名が研究途中から現在までの参加である。ソーシャルワーカーは研究当初から現在まで継続して研究に参加しているが，2008年4月より財団流動研究員として登録した。

2．研究開始前準備

2006年7月に戦略統括推進本部より施設訪問，ヒアリングを受けた。2007年4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

自殺企図患者が救命センターに搬入されると，勤務時間内であれば全例センター常駐の精神科医が初期治療時点から立ち会い，勤務時間外であっても緊急を要する場合はオンコール体制とした。それ以外の症例は平日の毎朝開催される救命センターのカンファレンスにて確認がおこなわれるため，自殺企図患者については全例把握できる体制である。センター常駐の精神科医が研究計画書に基づき，対象者となり得るか否かを判定し，その後はケースマネジャーと共同で，心理教育Ⅰ・研究の説明を行い，最後にセンター常駐の精神科医が同意を取得した。Web 割付はケースマネジャーが行い，すぐに対象者に今後の予定を伝えた。登録者ファイルの管理はケースマネジャーが担当した。

4．介入と評価

研究計画書に基づいて，介入と評価を行った。6ヶ月後，18ヶ月後，30ヶ月後，42ヶ月後の精神医学的評価は救命センター搬入時に関っておらず，かつ精神科主治医ではない精神科医が行った。

5．倫理面への配慮

本研究の実施に際しては，2007 年 3 月 15 日に当病院の医学倫理委員会から承認を得た。

C．研究結果

2007年4月から2009年8月において当施設では，全救急搬送患者数 1,530 名，入院患者数 1,530 名(月平均 52.8 名，月最小 34 名－月最大 71 名)，うち自殺企図患者数 260 名(月平均 9.0 名，月最小 2 名－月最大 22 名)，搬送後既遂患者数 34 人，未遂患者入院数 226 名(月平均7.8名，月最小2名－月最大19名)，入院未遂患者の内，適格基準を確認できなかった数 76 名，適格基準を確認できた数 150 名であった。適格基準を確認できた 150 名中，非適格患者数 65 名，登録基準適格患者数 85 名，同意説明に至らなかった数 24 人，同意説明実施者数 61 人，同意に至らなかった数 22 名，最終的に同意を得たのは 39 人(月平均 1.3 名，月最小0名－月最大4名)であった(図1)。

非適格の主な分類は，20歳未満7名，Ⅰ軸なし7名，自殺意図なし12名，研究理解困難20名，登録のための面接・心理教育困難11名，遠方8名であった。　同意説明に至らなかった主な理由としては，「Ⅱ軸の問題が大きすぎる」が5名，「予定外の退院」が5名，「精神科の介入を拒否」が4名，「すでにエントリーした患者の再企図」が4名であった。非同意の主な理由としては，「定期的な来院・連絡を拒否」が8名，「明確な理由なし」が6名，「患者自身が『もう大丈夫』と考えたため」が4名であった。

1530名　全救急搬入患者数（全例入院）
- 1270名　自殺企図以外
- 260名　自殺企図患者
  - 34名　搬入後既遂
  - 76名　適格基準を確認できなかった
  - 150名　適格基準を確認できた
    - 65名　非適格患者
    - 85名　登録基準適格患者
      - 24名　同意説明に至らず
      - 61名　同意説明を行った
        - 22名　同意に至らず
        - 39名　同意を得る

図1　症例登録数

D．考察

＜当院の高度救命救急センターについて＞

当院の高度救命救急センターは大阪市に隣接する北河内医療圏に位置する三次救急医療施設である。意識障害を呈する急性薬物中毒は受け入れ対象疾患であり，また近隣救急病院が自殺企図患者の受け入れを躊躇するケースも多いことから，中等症から軽症例も多く受け入れている。結果的に，三次救急に特化した施設ではあるが，自殺企図患者に関しては重症から軽症まで幅広く受け入れている。

＜救命センターでの自殺企図患者とのコンタクトについて＞

軽症例では，自殺企図患者が夜間に入院し翌日の午前中に退院したり，週末に入院し週明けまでに退院するような症例が多くみられる。今回の研究では入院した自殺未遂患者とコンタクトがとれなかったために，適格基準を確認できなかった症例が33.6%（226名中76名）存在した。

すべての患者とコンタクトをとるためにはケースマネージャーまたは精神科医が24時間365日対応可能な体制を構築する必要があるが，現実的には一部の施設でしか実現できないであろうことは想像に難くない。

夜間や週末などで対応不可能な時間帯があれば，緊急援助カードの配布などの対応にとどめる等の他の自殺予防対策を併用する工夫が必要かと考える。

＜非適格基準患者について＞

Ⅰ軸診断なしと判断した症例を中心に考察する。

本人の言及や家族からの情報で，明らかに気分の障害を有する症例や精神病性の症状を有する症例は，診断に苦慮することはない。また，M.I.N.I.（MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW）を併用し，精神科治療歴を聴取することで不安障害，物質関連障害，摂食障害は面接時間に限界があっても，診断を確定することは可能であった。しかし，入院後の精神症状が乏しく精神科に治療歴のない患者の診断に苦慮することが稀ならず経験した。もちろん，自殺企図という行動化による一種のカタルシス効果や自殺企図後の一過性の気分高揚感に惑わされないことが重要で，われわれもこれらの見かけの安定した状態に十分気をつけながら診断を行った。そのうえでⅠ軸診断に該当しない症例が7例存在した。自殺企図自体が葛藤の解決として不適切な行動であるので，このようなケースでは，精神症状が乏しくても「適

応障害」を念頭におくであろう。しかし上記7例はストレス因が同定できない，何らかのストレスになり得る要因が想定されても，患者自身は全く苦痛に感じていないケースであった。

これらのケースは，長時間フォローしていくなかでストレス因が明確になったり，衝動制御の問題，発達の偏りの問題が明確になっていくかもしれないが，救命センターでの一時的な関りの中で良好な医師‐患者関係を構築することに限界があり，正確な診断が下せなかった可能性もある。同様に自殺の意思を否定した症例の中にも否認を続けていた患者が含まれていた可能性もあるが，これらが救命センターでの関りの限界と考える。

＜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＞

Ⅱ軸の併存は除外基準ではないが「Ⅱ軸の問題が大きすぎる」5症例では，安定した対人関係の構築が困難で，長時間の説明が不可能であった。もちろん同意説明実施症例にもⅡ軸併存症例は多く，併存例すべてが同意説明に至らなかったわけではない。「予定外の退院」は，想定される入院期間から面接日を決めていたが，その前に種々の理由で退院となった症例である。

＜非同意の症例について＞

「明確な理由なし」については，研究開始当初に多いことからも，我々の不慣れな説明が患者を身構えさせたのではないかと考えている。「定期的な来院・連絡を拒否」については，患者の負担にならないような介入の併用が必要ではないかと考える。コンタクトのとれなかった患者と違い，緊急援助カードの配布などの簡便な介入であっても，関った時間が長いため，より実行力のある相談者(援助者)になり得ると考える。患者自身が『もう大丈夫』と考える症例は後の調査を行っていたわけではないが，他院に通院していた1例がその後既遂に至り，患者自身の「大丈夫」は決して大丈夫ではないことを再確認した(この症例については警察からの問い合わせで既遂が判明した)。

＜院内他部署・院外施設の研究実施に対する反応について＞

院内他部署には事前に説明していたこともあり，研究実施において院内で問題が生じることはなかった。今後多くの施設で自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネージメントを実施するに当たって，他部署に大きな負担をかけることはないと考える。

当院救命センターに搬入する患者は，他の精神科病院やクリニックにすでに通院しているものが多く，そのほとんどが救命センター退院後も元の施設での継続通院を行う。他施設に対して研究開始時に研究の概要を連絡し，同意症例については患者の退院時には研究に登録した旨を伝えた。他施設の医師の研究に対する理解は良好で，治療方針との相違が出たりすることなく，また患者の混乱もなかった。治療とケース・マネージメントが別施設であることに対する疑問の声があるかもしれないが，他施設通院中の患者のケース・マネージメントを行うことは，何ら問題がないと考える。

＜ケースマネジャーの研修について＞

今回の研究において，重要な役割を果たしたのがケースマネジャーであることは疑いがない。多くのケースマネジャーが当初戸惑いを感じていたであろうが，CM研修会活動，品質向上委員会活動，メーリングリストを通じて，ケースマネジャーの知識・技術向上が図られ，相互に密な連絡が行われた。今後同様の介入を他施設で行うことにおいて，このような技術向上と相互交流が達成できるような組織の存在が重要である。これらは今回の研究を円滑に進める目的で，施設間の介入の質を均一化させるために行われた活動である

が，これらの活動が機能したことは本研究の重要な成果の一つで，貴重なモデルが示されたと考える。

E．結論

今回の研究を進めるに当たって，院内や院外近隣施設との間で問題が生じることがなく汎用性が高い介入モデルであることが示された。また研究の主な目的でないが，自殺予防に特化したケースマネジャー養成のモデルや，どこの施設でも質の高いケース・マネージメントを可能にするケースマネジャーの組織的な活動のモデルが示されたことは本研究の重要な成果であったと考える。一方で，自殺未遂者のケアの課題としては救命センター内の限られた時間ではケアの導入さえも困難である症例が多数あり，緊急援助カードの配布など救命センターの医師・看護師・事務員でも行えるような簡便な介入方法を併用する必要性があると考える。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

1) Kato M, Wakeno M, Okugawa G, Fukuda T, Azuma J, Kinoshita T, Serretti A: No association of TPH1 218A/C polymorphism with treatment response and intolerance to SSRIs in Japanese patients with major depression. Neuropsychobiology 56(4): 167-71. 2007

2) Serretti A, Kato M, De Ronchi D, Kinoshita T: Meta-analysis of serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) association with selective serotonin reuptake inhibitor efficacy in depressed patients. Molecular Psychiatry 12: 247-257. 2007

3) 中谷壽男:【意識障害の初期治療】意識障害をきたす疾患への対応　薬物中毒の初期治療．臨牀と研究 84(2): 206-210, 2007/02

4) 木下利彦: 最近のうつ病の捉え方．外来精神医療 6(2): 7-9. 2007

5) 奥川学, 加藤正樹, 分野正貴, 嶽北佳輝, 高瀬勝教, 吉村匡史, 木下利彦: オーダーメイド医療の時代は来るか　臨床薬理遺伝からみた抗うつ薬の治療効果予測．臨床精神薬理 10(8): 1439-1446. 2007

6) 加藤正樹，奥川　学，分野正貴，嶽北佳輝，木下利彦: セロトニン受容体およびセロトニントランスポーター遺伝子多型が抗うつ薬の臨床効果に与える影響．臨床精神薬理 10(5): 831-842. 2007

7) 織田裕行，杉本達哉，吉田常孝: Q&Aで学ぶ救急現場の精神症状　せん妄の場合. EMERGENCYCARE 20(1): 73-77. 2007

8) 杉本達哉，織田裕行，吉田常孝: Q&Aで学ぶ救急現場の精神症状 自殺企図の場合①．EMERGENCYCARE 20(2): 88-91. 2007

9) 杉本達哉，織田裕行，吉田常孝: Q&Aで学ぶ救急現場の精神症状 自殺企図の場合②. EMERGENCYCARE 20(3): 12-15. 2007

10) 吉田常孝，織田裕行，杉本達哉: Q&Aで学ぶ救急現場の精神症状 不安症状(過喚気発作やパニック症状)の場合. EMERGENCYCARE 20(4): 71-75. 2007

11) 織田裕行，吉田常孝，杉本達哉: Q&Aで学ぶ精神症状　アルコール乱用(物質乱用)に関連した精神症状の場合. EMERGENCYCARE 20(5): 61-64. 2007

12) 吉田常孝，織田裕行，杉本達哉: Q&Aで学ぶ救急現場の精神症状　心的トラウマの場合(喪失体験・悲嘆反応など). EMERGENCYCARE 20(6): 78-82. 2007

13) 織田裕行，吉田常孝，杉本達哉: Q&Aで学ぶ救急現場の精神症状 "こんめい"の場合． EMERGENCYCARE 20(7): 73-76. 2007
14) 杉本達哉，織田裕行，吉田常孝: Q&Aで学ぶ救急現場の精神症状 不眠の場合. EMERGENCYCARE 20(8): 81-84. 2007
15) 吉田常孝, 織田裕行, 杉本達哉: Q &Aで学ぶ救急現場の精神症状 認知症の場合. ENERGENCYCARE 20(9): 79-84. 2007
16) 杉本達哉，織田裕行，吉田常孝: Q &Aで学ぶ救急現場の精神症状 抑うつの場合. EMERGENCYCARE 20(10): 70-73. 2007
17) 吉田常孝，織田裕行，杉本達哉: Q&Aで学ぶ救急現場の精神症状 「暴れる人」の場合． EMERGENCYCARE 20(11): 99-102. 2007
18) 織田裕行，吉田常孝，杉本達哉: Q&Aで学ぶ救急現場の精神症状 精神症状を伴う患者さんの転科・転院の場合． EMERGENCYCARE 20(12): 67-71. 2007
19) 杉本達哉，織田裕行，吉田常孝: 精神科救急疾患. 看護のための最新医学講座[第2版]第25巻救急; 中山書店: P.403-408. 2007
20) Kato M, Fukuda T, Serretti A, Wakeno M, Okugawa G, Ikenaga Y, Hosoi Y,Takekita Y, Mandelli L, Azuma J, Kinoshita T: ABCB1 (MDR1) gene polymorphisms are associated with the clinical response to paroxetine in patients with major depressive disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 32(2): 398-404. 2008
21) Kato M, Wakeno M, Okugawa G, Fukuda T, Takekita Y, Hosoi Y, Azuma J, Kinoshita T, Serretti A: Antidepressant response and intolerance to SSRI is not influenced by G-protein beta3 subunit gene C825T polymorphism in Japanese major depressive patients. Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry 32(4): 1041-4. 2008
22) Serretti A, Kato M: The serotonin transporter gene and effectiveness of SSRIs. Expert Rev Neurother 8(1): 111-120. 2008
23) Serretti A, Kato M, Kennedy JL: Pharmacogenetic studies in depression: a proposal for methodologic guidelines. Pharmacogenomics J 8(2): 90-100. 2008
24) 中谷壽男: 中毒性疾患. 今日の治療指針 2008; 医学書院: 13. 2008
25) 中谷壽男: 家庭用防虫剤中毒. 今日の治療指針 2008; 医学書院: 118-119. 2008
26) 山本保博, 中谷壽男: 急性中毒. 今日の治療指針 2008; 医学書院: 1233-1264. 2008
27) 中谷壽男: 中毒性疾患の治療の動向. 今日の治療指針 2008; 医学書院: 109. 2008
28) 奥川 学，加藤正樹，分野正貴，嶽北佳輝，木下利彦: オーダーメイド精神科薬物療法をめざして うつ病におけるオーダーメイド医療. 精神神経学雑誌 110(8): 623-627. 2008
29) 奥川 学，加藤正樹，分野正貴，嶽北佳輝，木下利彦: 将来，期待される抗うつ薬の研究と開発. 最新精神医学 13(5): 457-462. 2008
30) 杉本達哉，岩瀬正顕，宮崎秀行，藤原弘佳, 木下利彦, 中谷壽男: 2ヶ月間フォローアップした一酸化中毒集団発生事例の報告. 産業医ジャーナル 31(1): 18-22. 2008
31) 木下利彦: メランコリア. 最新精神医学 13(5): 411. 2008
32) 木下利彦: うつ病を持つ人の心の様相. 新現代のエスプリ No.487 外来精神医療シリーズII 現代のこころの病; 至文

堂: 47-56. 2008
33) 織田裕行, 石川由美子, 神先　真, 杉本達哉, 星　克仁, 関合征子, 南　良武: チーム医療の現場から「岩手県久慈地域に学ぶ自殺予防対策」. こころを支える 3(3): 3-7. 2008
34) 杉本達哉: こんな場合はどうする「自殺における救急医療現場と精神科医療現場の連携」. こころを支える 3(3): 18-20. 2008
35) 杉本達哉: 救命センターに常駐する精神科医が働くということ. 精神科病院マネジメント 9: 7. 2008
36) Kato M, Fukuda T, Wakeno M, Okugawa G, Takekita Y, Watanabe S, Yamahita M, Hosoi Y, Azuma J, Kinoshita T, Serretti A: Effect of 5-HT1A gene polymorphisms on antidepressant response in major depressive disorder. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 150B(1): 115-123. 2009
37) Kato M, Zanardi R, Rossini D, De Ronchi D, Okugawa G, Kinoshita T, Colombo C, Serritti A: 5-HT2A gene variants influence specific and different aspects of antidepressant response in Japanese and Italian mood disorder patients. Psychiatric Research 167 (1-2): 97-105. 2009
38) Kato M, Serretti A: Review and Meta-Analysis of Antidepressant Pharmacogenetic Findings in Major Depressive Disorder. Molecular psychiatry Nov 4. 2009 [Epub ahead of print]
39) 木下利彦: 新規抗うつ薬 mirtazapine のうつ病及びうつ状態の患者を対象としたプラセボ対照二重盲検比較試験. 臨床精神薬理 12(2): 289-306. 2009
40) 木下利彦: 新規うつ薬 mirtazapine のうつ病及びうつ状態の患者を対象とした長期投与試験. 臨床精神薬理 12(3): 503-520. 2009
41) 嶽北佳輝, 木下利彦：SSRI の適応の拡大と今後の展望. 臨床と研究 86(8): 949-953. 2009
42) 加藤正樹, 福田剛史, 分野正貴, 奥川　学, 嶽北佳輝, Alessandro Serretti, 東　純一, 木下利彦: 大うつ病性障害患者における抗うつ薬の治療反応に対する 5-HT1A 受容体遺伝子多型の影響. 日本神経精神薬理学雑誌 29: 23-31. 2009
43) 加藤正樹: 精神科領域の個別化医療の現状と今後. 医学のあゆみ 230(6・7): 458-462. 2009
44) 片上哲也, 織田裕行, 北元健, 入澤聡, 木下利彦：初老期にみられる抑うつ症状に対してリチウムが奏効した 2 症例. Bipolar disorder 7: 13-19. 2009
45) 加藤正樹: ファーマコゲノミクス-個別化医療と薬剤感受性 精神科領域の個別化医療の現状と今後. 医学のあゆみ 230(6・7): 458-462. 2009
46) 加藤正樹, 福田剛史, 分野正貴, 奥川学, 嶽北佳輝, Alessandro Serretti, 東純一, 木下利彦: 大うつ病性障害患者における抗うつ薬の治療反応に対する 5-HT1A 受容体遺伝子多型の影響. 日本神経精神薬理学雑誌 29(1): 23-31. 2009
47) 杉本達哉: 抗うつ薬中毒(三環系, 四環系), 炭酸リチウム中毒. 今日の治療指針 2009; 医学書院: 115-116. 2009

2．学会発表

1) Kato M: 5-HT2A gene variants inluence specific and different aspects of antidepressant response in Japanese and Italian mood disorder patients. 15th World Congress of Psychiatry Genetic (WCPG); New York: 2007.

2) Kato M: ABCB1 (MDR1) gene polymorphisms are associated with the clinical response to paroxetine in patients with major depressive disorder. 15th World Congress of Psychiatry Genetic (WCPG); New York: 2007.
3) Kato M: Review and Meta-Analysis of Antidepressant Pharmacogenetic Findings in Major Depressive Disorder. 6th Annual Pharmacogenetics in Psychiatry; New York: 2007.
4) Kato M: PHARMACOGENETIC STUDIES IN DEPRESSION: A PROPOSAL FOR METHODOLOGIC GUIDELINES. 6th Annual Pharmacogenetics in Psychiatry; New York: 2007.
5) 川嶋隆久, 陸城成浩, 吉田剛, 渡邊友紀子, 小野大輔, 李俊容, 安藤維洋, 遠山一成, 高橋晃, 中尾博之, 石井昇, 平川昭彦, 中谷壽男, 田淵実治郎: 一酸化炭素(CO)中毒遅発性脳症(DE)発症予測に早期頭部MRIは有用である. 第29回日本中毒学会; 東京: 2007.7.
6) 加藤正樹, Serrreti A, 木下利彦: Meta-analysis of serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) association with selective serotonin reuptake inhibitor efficacy in depressed patients. 第17回日本臨床精神神経薬理学会; 大阪: 2007.10.
7) 加藤正樹: シンポジウム 4 新規抗うつ薬の使い分け：パロキセチン. 第17回日本臨床精神神経薬理学会; 大阪: 2007.10.
8) 分野正貴, 奥川学, 福田剛史, 細井夕香, 加藤正樹, 嶽北佳輝, 南畝晋平, 山下恵実, 東純一, 木下利彦: アドレナリンα2A受容体遺伝子多型とSSRI/SNRIの抗うつ効果の関連について. 第17回日本臨床精神神経薬理学会; 大阪: 2007.10.
9) 杉本達哉, 宮崎秀行, 岩瀬正顕, 木下利彦, 中谷壽男: 一酸化炭素中毒集団発生事例の2ヶ月間フォローアップ結果の報告. 第29回日本中毒学会総会; 東京: 2007.7.
10) 平川昭彦, 下戸学, 武田俊彦, 杉本達哉, 岩瀬正顕, 村尾佳則, 中谷壽男: 本院高度救命救急センターにおける眼科および精神科救急の取り組み. 第35回日本救急医学会; 大阪: 2007.10.
11) Kato M: Symposium; Ethnic variations in pharmacogenetic findings Heteroneity in pharmacogenetic result in major depression: Caused by effenic difference or other reason?. XVth World Congress of Psychiztry Genetics(WCPG); Osaka: 2008.10.
12) Kato M and Serretti A: Meta-Analysis of Antidepressant Pharmacogenetic Findings in Major Depressive Disorder. XVth World Congress of Psychiztry Genetics(WCPG); Osaka: 2008.10.
13) Kato M and Serretti A: Meta-analysis of antidepressant pharmacogenetic findings in major depressive disorder. 21st ECNP congress; Barcelona, Spain: 2008.8.
14) Kato M, Wakeno M, Okugawa G, Takekita Y, Fukuda T, Mandelli L, Kinoshita T, Serretti A: ABCB1 (MDR1) gene polymorphisms are associated with the clinical response to paroxetine in patients with major depressive disorder. XXVIth CINP congress; Munich, Germany; 2008.7.
15) Kato M, Serretti A: Systematic review of pharmacogenetics of antidepressants. XXVI th CINP congress; Munich, Germany; 2008.7.

16) Kato M, Serretti A: Review and Meta-Analysis of Antidepressant Pharmacogenetic Findings in Major Depressive Disorder. VI th Pharmacogenetics in Psychiatry meeting; New York; 2008.
17) 木下利彦: 最近の抗うつ薬の動向. 第 23 回日本老年精神医学会; 神戸: 2008.6.
18) 木下利彦: うつ病の変遷と抗うつ薬の動向. 第 54 回九州精神保健学会; 宮崎: 2008.10.
19) 下戸学, 平川昭彦, 土屋洋之, 杉本達哉, 板東宏樹, 中谷壽男: 家庭用品中毒と精神疾患との関連について. 第 30 回日本中毒学会総会・学術集会; 和歌山: 2008.7.
20) 平川昭彦, 下戸学, 板東宏樹, 杉本達哉, 村尾佳則, 中谷壽男: 当センターにおける身体合併症のある精神疾患患者への対応. 第 30 回日本中毒学会; 和歌山: 2008.7.
21) 平川昭彦, 土屋洋之, 下戸学,板東宏樹, 杉本達哉, 宮崎秀行, 齊藤福樹, 津田雅庸, 岩瀬正顕, 中谷壽男: 本院高度救命救急センターにおける身体合併症のある精神疾患患者の検討. 第 36 回日本救急医学会; 札幌: 2008.10.
22) 井上雅晴, 上野千穂, 三井 浩, 鈴木朋子, 枷場美穂, 木下利彦: 不幸な体験を繰り返し, 気分変動, 解離症状を呈した一症例. 日本児童青年精神医学会総会; 広島: 2008.11.7.
23) 加藤正樹, 分野正貴, 奥川 学, 嶽北佳輝, 福田剛史, 山下恵美, 東 純一, 木下利彦: ABCB1 (MDR1)遺伝子多型が, うつ病患者におけるパロキセチンの抗うつ効果に与える影響. 第 18 回臨床精神神経薬理学会; 東京: 2008.10.
24) 杉本達哉, 南 良武, 織田裕行, 田近亜蘭, 板東宏樹, 中谷壽男, 木下利彦: 精神疾患患者における救急搬送の現状と総合病院精神科の役割. 第 21 回総合病院精神医学会総会; 埼玉: 2008.11.
25) 杉本達哉, 南 良武, 織田裕行, 吉田常孝, 板東宏樹, 木下利彦, 中谷壽男: 精神疾患患者における救急医療の現状. 第 11 回日本臨床救急医学会総会ワークショップ; 東京: 2008.6.
26) 分野正貴, 加藤正樹, 奥川 学, 嶽北佳輝, 南畝晋平, 鉄尾真司 , 福田剛史, 細井夕香, 東 純一, 木下利彦: ノルエピネフリントランスポーター遺伝子多型における SSRI と SNRI の抗うつ反応の比較. 第 18 回臨床精神神経薬理学会; 東京: 2008.10.
27) 平川昭彦, 土屋洋之, 下戸学, 板東宏樹, 杉本達哉, 宮崎秀行, 齊藤福樹, 津田雅庸, 岩瀬正顕, 中谷壽男: 本院高度救命救急センターにおける身体合併症のある精神疾患患者の検討. 第 36 回日本救急医学会; 札幌: 2008.10.
28) 山田妃沙子, 杉本達哉, 織田裕行, 吉田常孝, 中谷壽男, 木下利彦: 地域における自殺の現状と課題. 第 32 回日本自殺予防学会総会; 盛岡: 2008.4.
29) Kato M, Serretti A, Kinoshita T: Ethnic difference in pharmacogenetic result in major depression. The result of meta-analysis. 8th Pharmacogenetic in Psychiatry meeting; New York: 2009.4.
30) Kato M, Wakeno M, Okugawa G, Takekita Y, Serretti A, Kinoshita T: Effect of 5-HT1A gene polymorphisms on antidepressant response in major depressive disorder. 8th Pharmacogenetic in Psychiatry meeting; New York: 2009.4.
31) Nakatani T, Bando H, Tsuchiya H, Shimoto M, Saito F, Tsuda Y, Maeda Y, Hirakawa A, Iwase M, Murao Y: Difficulties to find a hospital which

accept drug overdose repeaters in metropolitan Japan. 5th Asian Conference on Emergency Medicine; Busan, South Korea: 2009.5.

32) 板東宏樹, 杉本達哉, 山田妃沙子, 織田裕行, 平川昭彦, 岩瀬正顕, 村尾佳則, 木下利彦, 中谷壽男: 自殺企画にて救急搬送となった躁うつ病の 3 症例. 第 33 回日本自殺予防学会; 大阪: 2009.4.

33) 板東宏樹, 村尾佳則, 山田妃沙子, 杉本達哉, 織田裕行, 平川昭彦, 岩瀬正顕, 中谷壽男: 当救命救急センターにおける急性薬物中毒患者の検討. 第 99 回近畿救急医学研究会; 尼崎: 2009.3.

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

北里大学病院

研究分担者　宮岡　等　北里大学医学部精神科学　教授

研究協力者：相馬　一亥　北里大学医学部救急医学　教授
上條　吉人　北里大学医学部救急医学　講師
神應　知道　北里大学医学部救急医学　助教
岩満　優美　北里大学大学院医療系研究科　准教授
○山本　賢司　北里大学医学部精神科学　診療准教授
宮地　伸吾　国際医療福祉大学熱海病院　講師
井出　文子　北里大学医学部精神科学　助教
坂井　喜朗　北里大学大学院
山本　宏明　北里大学大学院
星野　俊弥　北里大学大学院
湯川　真美　北里大学大学院
高井（神谷）美智子　北里大学　流動研究員
立松　聖一　北里大学　流動研究員

【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て行われた多施設共同研究である。

研究分担者の所属する北里大学病院は，研究参加施設としてこの研究を実施した。研究開始準備として，ケース・マネージャーや評価者などの人材確保，関係各所への研究の周知を行った。そして，自殺企図者701名の中の543名の自殺未遂者に対して調査を行った（2009年9月現在）。本研究の登録基準に合致した208名のうち，132名に同意取得の説明を行い，79例の同意を得て本研究へのエントリーを行った。

本研究の意義として，新しい自殺企図患者に対する介入方法の臨床的意義が明らかとなるだけでなく，診療面での地域連携の構築や周辺地域や社会での自殺に関する啓発活動，自殺企図患者のケアに関わる医療スタッフへの教育などにも貢献することが挙げられる。一方で，自殺未遂者のケアの課題としては，現状の3次救急医療施設では病床回転率の速さ，マンパワーの問題や精神医療専門職種の配置の問題などから自殺未遂者への精神的なケアが十分に行えないこと，自殺未遂者の精神的なケアに対する後方医療施設が不十分な

こと，自殺企図患者に対する各医療施設間での対応が一定でなく，中には十分なケアを受けられずに頻回の自殺企図を繰り返している症例が存在してい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て行われた研究である。

研究分担者の所属する北里大学病院は，研究参加施設としてこの研究を実施した。今回，研究開始準備，対象者のスクリーニングと登録，追跡，副次研究を通して，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

1) マンパワーの確保と研究チームの設立

本研究はケース・マネージメントを行うケース・マネージャーのみならず，評価者としての精神科医や救命救急医，心理士など精神医療の専門職を数多く必要とする。北里大学ではマンパワーの確保のために，精神科学，救命医学および北里大学大学院の中で自殺に関する興味のある精神科医や救命救急医，心理士を募り，その中からケース・マネージャーと評価者を選任した。ケース・マネージャーと評価者は研究事務局が開催する研修会に参加し，自殺に関する講演や，評価手法標準化のための講義を受講した。

2) 研究実務者のための研究会の開催

研究プロトコール読み合わせや研究実務者の連絡，症例検討のために，2006 年 4 月から月 1 回（月曜日 19 時 30 分から約 1.5 時間）の研究会を開催した。研究会のときに，現在の進捗状況の確認や研究の問題点についての議論，症例検討会などを行った。

2．研究開始前準備

1) 北里大学医学部・病院倫理委員会への申請

精神・神経科学振興財団の倫理委員会に，自殺対策のための戦略研究・救急介入課題戦略研究リーダー（平安良雄　横浜市立大学大学院医療研究科精神医学部門教授）より提出された本研究に対する研究計画書を元に，当該施設の役割分担などを明確にした資料を添えて，北里大学「医の倫理委員会」への申請を 2006 年 7 月に行った。

2) 研究に必要な設備と研究資料保存スペースの確保

救命救急センター内にケース・マネージャーの待機場所と，研究資料を保存するキャビネットなどを設置した。また，ケース・マネージャーが対象者と面接を行うために必要な診察室を救命救急センター内で確保し，必要に応じて使えるように調整をした。その際には，面接をするケース・マネージャーの安全や不測の事態に備えて，必ず 2 つの出入り口がある診察室を用いることや，面接に入る際の周囲への連絡，緊急時の対応（連絡先など）を救命センターと申し合わせた。

3) 関係各所への研究の周知

救命救急センター，救命医学，精神科学ではそれぞれのスタッフが集まるミーティングで研究に関する周知を行った。また，病院内の事務，公的援助機関，地域の医療機関などへも別紙の資料のような形で周知

<患者搬送からケース・マネジメント及び精神科的評価に至るフローチャートと役割分担>

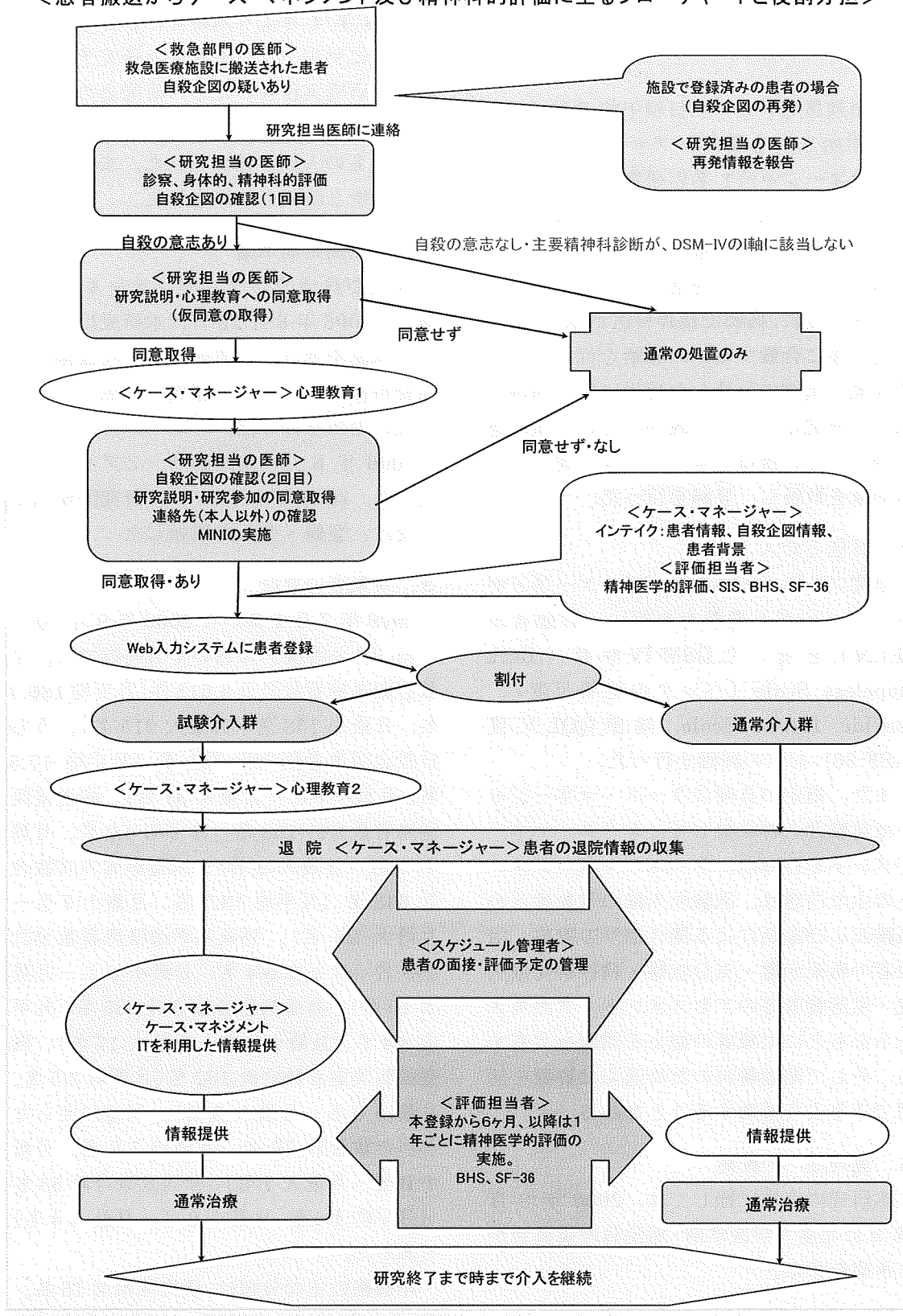


図1　関係各所への周知に用いたフローチャート

を行った（図1）。

3．対象者の登録

1）研究対象者である自殺企図患者のリクルート

救命救急センターで毎朝午前7時30分から開始される朝カンファレンスにケース・マネージャー1名と研究担当の精神科医1名以上が毎日参加し，前日に搬送された自殺企図患者の把握を行った。その中で，対象者となりそうな患者には，カンファレンス終了後に，病棟で精神科医が話を伺い，研究対象に合致するかの判断を行った。研究対象の基準に合致した症例には，精神科医より研究についての説明を行い，仮同意を得た。その後はプロトコールに従って，本同意を取得し，登録を行った。

4．評価と介入

研究プロトコールに従って，ケース・マネージャーが心理教育を行い，評価者がM.I.N.I.を用いたDSM-IV診断，Beck Hopeless Scale（ベックの絶望尺度），Suicide Intent Scale，健康QOL尺度（SF-36）などの評価を行った。

また，指定の日時にケース・マネージャーは試験介入群に対して，ケース・マネージメントを行った。ケース・マネージメントの主な内容は，試験介入群の対象者との面接および電話による聞き取りの実施，対象者の希死念慮・気分状態・精神科受療状況・生活背景等のアセスメント，アセスメントをもとに対象者の抱える問題を共有する，そして問題解決のため適切な資源を活用できるよう援助することである。

5．倫理面への配慮

本研究の実施に際しては，2006年8月25日に北里大学医学部・病院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マンパワーの確保と研究チームの設立，研究実務者のための研究会の準備を開始した。結果として，担当医師8名，心理士4名の人員が確保された。また，研究会の場所と時間も確保された。

2．研究開始前準備

審査委員会でのプレゼンテーションを経て，2006年8月25日に本研究は委員会より承認を受けた。研究に必要な設備と研究資料保存スペースの確保，関係各所への研究の周知を行った。

2006年8月に施設訪問，ヒアリングを受けた。2006年8月31日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1日から2009年9月30日（約38ヶ月間）において当施設では，全救急搬送患者数合計6,618件（月平均166.7名，月最小138名－月最大215名），うち自殺企図患者数合計701名（月平均17.5名，月最小9名－月最大31名），搬送後既遂患者数合計158名（月平均4.2名，月最小1名－月最大9名），未遂患者入院数合計543名（月平均13.7名，月最小7名－月最大22名），登録基準適格患者数合計208名（月平均5.4名，月最小0名－月最大10名），非適格患者数合計335名（月平均8.4名，月最小2名－月最大17名），同意説明実施者数合計132名（月平均3.5名，月最小0名－月最大8名），同意に至らなかった数合計76名（月平均1.9名，月最小0名－月最大7名），非同意数合計53名（月平均1.4名，月最小0名－月最大4名）であった。

非適格の主な分類は，研究開始前16名，20歳未満57名，I軸なし0名，自殺意図