

集体制の確立は自ら地区の諸組織のネットワーク構築を促すことになり、対照地区を含めてそれが自殺予防などに対して良好な作用を発揮する可能性があること、などが考えられる。

B. 研究方法

本研究では、地域社会資源を複合的に用いることにより、医療モデルの枠を超えた自殺防止介入研究を行った。実施にあたっては、全国各地の先駆的な取り組みの経験を踏まえ、大規模共同研究で効果的な介入方法に関するエビデンスを構築し、今後の自殺防止対策に役立てることを目論んだ。

NOCOMIT-Jは、複数地域を対象とした非無作為化比較介入研究である。本研究により自殺防止対策について質の高い実証的根拠を提案することにより、国民の福祉の向上に直接的に寄与できる研究成果を生み出すことが期待できる。

本研究では、疫学研究に関する倫理指針および臨床研究に関する倫理指針を遵守した。また、研究計画は組織する研究倫理委員会での了承を得るとともに、各研究課題の研究参加地域・施設責任者の所属する組織においても必要に応じて了承を得ている。

本研究で実施する研究課題は次の通りである。

「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究(NOCOMIT-J)」研究プロトコルの概要
目的

(1) 本研究の主たる目的は自殺死亡率が長

年にわたって高率な地域において、1次から3次までのさまざまな自殺予防対策を組み合わせた新しい複合的自殺予防対策プログラム(以下自殺対策プログラムと略)を介入地区で実施し、通常のスル自殺予防対策を行う対照地区と比較して、自殺企図(自殺死亡及び自殺未遂)の発生に効果があるかどうかを検討することである。

(2) 近年急激な自殺の増加のみられている大都市圏において有効な自殺予防対策を確立するため、人口が密集している都市部地域において新しい自殺対策プログラムを実施し、自殺企図(自殺死亡及び自殺未遂)の発生に効果があるかどうかを並行して副次的に検討する。

主要評価項目

・自殺死亡者及び自損(重症ないし中等症)による救急搬送者の頻度

参加地域

(1) 複合介入グループ: 青森地域, 秋田地域, 岩手地域, 南九州地域

(2) 大都市対策グループ: 仙台地域, 千葉地域, 北九州地域

C. 研究結果

本研究は、厚生労働省担当課及び地域自治体との連携のもと、国立精神・神経医療研究センターによる専門的支援や、国立国際医療研究センターJCRAC/DMCによるデータマネジメント等、国主導による政策目標を達成するための研究体制を形成できた。具体的には、当初計画の通り、統括推進本部のもと

に運営委員会（上田茂委員長）及び研究倫理委員会（神庭重信委員長）を設置し、本指定研究の円滑な実施体制を確立した。また、本指定研究は、複数の生物統計家等との協働が実現できており、高いレベルの検証を実現した。NOCOMIT-J の成果として最終解析終了後に創出されるエビデンスと、本研究で開発された介入資材やノウハウ等を、国の自殺対策に利用することが可能であり、アウトカム研究の普及・啓発の促進に大きく寄与するものとする。

さらに、これらの過程を通して、当該領域における臨床研究推進のための問題点を整理し、実施体制確立のためのノウハウを蓄積することができた。加えて、我が国において必要な自殺対策に関わる政策立案に資する成果を得るために必要な研究者ネットワークを形成することができた。本研究により形成された研究者ネットワークを利用することで、NOCOMIT-J の成果として創出されるエビデンスと、本研究で開発された介入資材やノウハウ等を、国の自殺対策に利用することが可能であり、アウトカム研究の普及・啓発の促進に大きく寄与するものと考えられた。そのため、将来の事業化を目指した政策立案プロセスを進捗させるためには、NOCOMIT-J の成果を一般化し、全国に普及するための実施体制の検討をさらに行う必要がある。

NOCOMIT-J は、アウトカムとして死亡を扱う。このように、評価項目として「死亡」を扱う本研究は国民の生命と直結するものであるため、死亡関連データへのアクセスを

含め、研究を確実に推進するための各種統計データの利用の促進と行政当局の理解が不可欠であった。

NOCOMIT-J 研究では、当初計画の通り、ベースラインデータ、介入プロセスデータ、救急搬送データの収集を完了し、当初計画の通り、人口規模 212 万人の研究参加地域の人口動態統計データを、厚生労働省より二次利用を目的に入手した。さらに、市町村合併による影響を調整しつつデータ固定を行った。厚生労働省は、NOCOMIT-J で使用した介入プログラム等を各自治体が参照できるよう、自殺予防対策 WEB を用いて公開した。複合的介入プログラム及び実践例をもとに作成された、「地域における自殺対策プログラム」「先行的取り組み地域の事例」「視覚教材テキスト」等の資料は厚生労働省の自殺予防対策のホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/index.html>）よりダウンロード可能となっており、全国の自殺対策に役立てられている。

C. 健康危険情報

特記すべきことなし

D. 研究発表

1. 論文・著書等

○大野裕：自殺対策のための戦略研究からわかったこと，日本社会精神医学会雑誌 2011；20：37-44

○大野裕、田島美幸：自殺対策のための戦略研究 最新うつ病のすべて，別冊・医学のあゆみ 2010；226-230

○大野裕：地域介入による自殺対策 臨床精神医学 2010；39：443-1448

○Oyama H, Sakashita T, Hojo K, Ono Y, Watanabe N, Takizawa T, Sakamoto S, Takizawa S, Tasaki H, Tanaka E.: A community-based survey and screening for depression in the elderly: the short-term effect on suicide risk in Japan. Crisis. 2010; 31: 100-108

○岩佐博人. 地域における自殺対策活動～実践活動報告を中心に～. 心の健康 49 号, 14-17, 2010

○岩佐博人, 須藤留美子, 岩谷玲子, 今倫子, 富岡拓身, 武田 哲, 兼子 直. 地域における複合的次元からの自殺対策—青森県における実践活動報告と今後の課題—. 精神神経誌 in press, 2010

○岩戸清香, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 田鎖愛理, 八木淳子, 肥田篤彦, 富澤秀光, 小泉範高, 佐藤瑠美子, 佐賀雄大, 智田文徳：自殺対策と自死遺族支援. 精神科17(3), 275-280, 2010

○平谷国子, 大光テイ子, 野田智春, 神先真, 大塚耕太郎. 包括的な自死遺族支援をしていくために. 保健師ジャーナル66巻5号, 434-441, 2010

○大野 裕：戦略研究 NOCOMIT-Jの成果報告 第2章メンタルヘルス, 第1節自殺対策, 精神保健福祉白書2011年版, 中央法規, 2010

○大野 裕：特集3 地域における自殺対策プ

ログラム, 平成22年版自殺対策白書, 内閣府, 54-60, 2010

○大塚耕太郎, 酒井明夫：第IV部社会とうつ病 第2章地域とうつ地域におけるうつ病対策. 大野 裕編；うつ病治療ハンドブック 診療のコツ, 金剛出版, 336-346, 2010

○石田 康. プライマリケア医と精神科医との連携. 下田和孝編；脳とこころのプライマリケア 1 うつと不安, シナジー, 506-511, 2010

2. 学会発表

○Ono Y, et al. & NOCOMIT-J Group: NOCOMIT-J: A Community Intervention Trial of Multi-Modal Suicide Prevention Program in Japan., The 26th World Congress of the International Association of Suicide Prevention (IASP), Beijing, 2011. 9. 13-17.

○大野 裕：自殺対策のための戦略研究から学んだこと. 第16回日本精神神経科診療所協会総会・学術研究会, 横浜, 2010, 6. 19

○大野 裕：自殺対策のための戦略研究から学んだこと. 第11回感情・行動・認知 (ABC) 研究会, 大阪, 2010, 10, 17

E. 知的財産権の出願・登録状況

- (1) 特許取得：なし
- (2) 実用新案：なし
- (3) その他：なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

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試験

A randomized, controlled, multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan, ACTION-J

研究リーダー 平安良雄 横浜市立大学大学院医学研究科精神医学部門 教授

研究要旨：わが国では、平成 17 年度から自殺対策のための戦略研究が開始され、「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試験（ACTION-J）」が実施された。ACTION-J は、救命救急センターに搬送された自殺未遂者を対象とした無作為化比較介入試験である。本研究により自殺防止対策について質の高い実証的根拠を提案することにより、国民の福祉の向上に直接的に寄与できる研究成果を生み出すことが期待できる。ACTION-J の介入方法はケース・マネージメントであり、身体的治療と詳細な精神医学的・心理社会的評価が実施された後に、心理教育、精神科受療支援、そしてソーシャルワーク介入などを含む個別性の高いケース・ワークが為された。さらに、試験介入群には、継続して定期的なケース・マネージメント介入と IT を用いた情報提供が行われ、通常介入群との比較により自殺再企図防止効果が検証される。本分担研究課題では、戦略研究の終了を受けて、全国 14 の医療施設（期間中最大 21 施設）で ACTION-J 研究に参加登録された 914 名（目標数 842 名の 108.6%）の自殺未遂者を対象とした介入及び追跡を当初計画の通り平成 23 年 6 月末に終了した。ACTION-J は、多施設共同で実施され、介入、追跡が実施された。ACTION-J では、救急医学と精神医学との密接な連携の下に、精神疾患を有する自殺未遂者を対象に介入研究を実施し、当初計画の通り、ベースラインデータ収集を完了した。最終的に、自殺対策に関わるエビデンスを構築するためのデータセットを完成した。一斉調査によるイベント発生率は推定通りであり、追跡終了後に完成されたデータセットを用いることで、最終解析結果を確実に得られる。

研究分担者氏名 所属施設名及び職名

有賀 徹	昭和大学	教授
平安 良雄	横浜市立大学	病院長
河西 千秋	横浜市立大学	准教授
穂吉條太郎	大分大学	准教授
朝田 隆	筑波大学	教授
岩熊 昭洋	国立水戸医療センター	医長
岩田 仲生	藤田保健衛生大学	教授
衛藤 暢明	福岡大学	助教
大久保善朗	日本医科大学	教授
岸本 年史	奈良県立医科大	教授
河野 元嗣	筑波メディカルセンター	部長
酒井 明夫	岩手医科大学	教授
杉本 達哉	関西医科大学	助教
人見 佳枝	近畿大学	講師
廣常 秀人	国立大阪医療センター	科長
堀川 直史	埼玉医科大学	教授
宮岡 等	北里大学	教授

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

池下 克実	奈良県立医科大学	助手
石塚 直樹	国立国際医療センター	室長
大塚耕太郎	岩手医科大学	講師
上條 吉人	北里大学	講師
伊藤 敬雄	日本医科大学	講師
川島 義高	日本医科大学	研究員
平野みぎわ	横浜市立大学	研究員
福生 泰久	藤田保健衛生大学	医師
松岡 豊	国立精神・神経医療研究センター	部長
三村 将	慶應義塾大学	教授
山田 朋樹	横浜市立大学	准教授
山田素朋子	横浜市立大学	特任助手
山本 賢司	北里大学	講師
米本 直裕	国立精神・神経医療研究センター	室長

A. 研究の背景と目的

わが国では、昭和 62 年より減少に転じていた自殺者数が平成 7 年以降、明らかな上昇に転じ、1998 年には、前年の 30% 以上も増加するという激増をみた。

最近のわが国の高い自殺率は、完全失業率の推移と並行しており、このことにより、経済不況と自殺増加の関連性がマス・メディアなどによりしばしば強調されるようになってきた。しかし広く世界を見渡せば、スウェーデンのように、失業率の増減と関連無く自殺率が漸減を続けている国もあり、自殺問題を経済問題に直結させる考え方はあまりに単純に過ぎ、自殺対策がすなわち経済対策であるかの大きな誤解を生じさせる危険がある。

スウェーデンやフィンランドを含む北欧

はもとより、イギリスなどの西欧、オセアニア諸国では国家的な総合的自殺防止対策が実施されており、大きな成果を上げている。これらの国々では、経済対策ではなく、精神保健福祉対策が自殺対策の要諦であることが自明のこととされており、対策の基軸となっている。

本研究では、わが国の実効的な自殺予防法を開発することを目的に行われた「自殺対策のための戦略研究、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試験（ACTION-J）」で実施された研究期間が終了したのち、続けて研究対象者である自殺未遂者に対するケース・マネージメントと評価を行い、介入効果を最終的に検証するとともに、当該の研究で得られた膨大なデータをも

とに、自殺未遂者、および自殺企図行動に関する多面的かつ包括的な研究を行った。

ACTION-J では、救急医療施設を拠点に、自殺未遂者を対象とした介入試験が行なれた。研究実施施設として救急医療施設が選ばれた最も重要な理由は、そこに自殺企図者が集中するということである。自殺企図の中には既遂に至る事例も少なくないが、未遂で救命し得たとしても、自殺未遂の既往は、その後の自殺既遂の最大の危険予測因子である (Robins ら, 1959 ; Rosenberg ら, 1988 ; Mościcki, 1997 ; Owens ら, 2002)。一人の自殺者の背景にはその 10 ないし 18 倍の自殺未遂者が存在すると考えられており (Petronis ら, 1990; Mościcki, 1997; Spicer ら, 2000), 自殺未遂者への介入は、自殺予防の主要な課題であることが自殺予防学において知られている。救急医療施設における未遂者への介入は、多くの対象者に直接の介入を行うために効果的な場所であると考えられ、また逆に、救急医療施設で実施可能な介入法を開発することが重要であると考えられた。

一方、自殺と精神疾患との間に密接な関連性があり、精神疾患の発見と適切な治療的対応が、やはり自殺の予防に重要であることも示されている。これまでの心理学的剖検研究によれば、自殺既遂者の 90%以上が、自殺遂行時に精神疾患に罹患していたことが示されている (Mościcki, 1997 ; Cavanagh ら, 2003; Bertolote ら, 2004;). わが国において、DSM による多軸診断を、しかも高度救命救急センターに搬送された自殺未遂者について行った研究 (Yamada ら, 2007) でも、や

はり自殺未遂者の 80%以上に精神疾患が認められている。Rutz ら (1992) は、スウェーデン・ゴットランド島のすべての General practitioner を対象にうつ病の診断と治療に関する講習を行った結果、同島における自殺率の低下を観察している。自殺未遂者に適切な精神医学的評価を行い治療を提供することが、自殺予防のひとつの重要な鍵となるものと考えられ、WHO が策定した自殺予防行動計画 (SUPRE) の中でもそのことが明示されている。このような事柄を踏まえ、ACTION-J では、救急医学と精神医学との密接な連携の下に、精神疾患を有する自殺未遂者を対象に介入研究を実施した。

ACTION-J の介入方法はケース・マネジメントであり、身体的治療と詳細な精神医学的・心理社会的評価が実施された後に、心理教育、精神科受療支援、そしてソーシャルワーク介入などを含む個別性の高いケース・ワークが為される。さらに、試験介入群には、継続して定期的なケース・マネジメント介入と IT を用いた情報提供が行われ、通常介入群との比較により自殺再企図防止効果が検証される。

自殺未遂者への介入研究については、これまでに海外からさまざまな報告があり、系統的レビューも行われている (van der Sande ら, 1997; Hawton ら, 1998, 2000; Gaynes ら, 2004; Man JJ ら, 2005)。無作為化比較介入試験による自殺予防可能性の検討も行われており、自殺未遂者に対するケース・マネジメントや認知行動療法、対人関係療法などが行われている。しかしながら、救急医療施設 (身体救

急) 単独で行なわれた介入研究は研究報告自体が極めて少なく, Rotheram-Borus ら (2000) による外来精神療法 (構造化面接) による介入研究以外には有効性が示された介入方法はほとんどない。しかも, この Rotheram-Borus らの研究でさえ対象者は 140 名とサンプル数が非常に少なく, エビデンスとして弱い。研究実施拠点を考慮せず介入方法に着目すると, 従来の無作為化比較試験では有意な自殺再企図率の減少を認めたものはほとんどない。1995 年に報告された介入研究では, 受療促進の効果について検討がなされたが, 介入群での自殺企図率は 21/196 (10.7%), 通常治療が行われた対照群では 34/195 (17.4%) であり, オッズ比は 0.57 (95%信頼区間 0.32-1.02) であった (van Heeringen ら, 1995)。認知行動療法を検討した 5 つの研究での自殺防止効果を示す要約オッズ比は 0.70 (95%信頼区間 0.45-1.11), 積極的なアウトリーチと, 介入目的の短期入院治療と看護ケアをそれぞれ含む 6 研究の要約オッズ比は 0.83 (95%信頼区間 0.61-1.14) であった。いずれの要約オッズ比の信頼区間もレンジが広いが, これは系統的レビューの元となっている一次研究において対象症例数がそれぞれ少ないことに因る。認知行動療法を検討した 5 つの研究の対象者数は, 介入群と対照群を合わせても総計 600 例以下であり, またアウトリーチなどを検討した 6 研究では総症例数は 1,200 例以下であった (Gaynes ら, 2004)。また, それぞれの登録後観察期間は 6-12 ヶ月と短い。このように, 先行研究においては, 対象者数の少なさや研究期間の短

さから介入効果を検証するのに限界があり, エビデンスを提示するためには多施設共同による大規模研究の必要性があるということが Howton ら (1999) や Gaynes ら (2004) により指摘されている。

ACTION-J は, この問題を克服するために多施設共同で実施され, 全国 14 の医療施設 (期間中最大 21 施設) で介入, 追跡が実施された。これらの施設では, 後述の研究プロトコールの実施を可能とする一般救急医療部門と精神科部門との連携が確立されている。

B. 研究方法

本研究では, 地域社会資源を複合的に用いることにより, 医療モデルの枠を超えた自殺防止介入研究を行った。実施にあたっては, 全国各地の先駆的な取り組みの経験を踏まえ, 大規模共同研究で効果的な介入方法に関するエビデンスを構築し, 今後の自殺防止対策に役立てることを目論んだ。

ACTION-J は, 救命救急センターに搬送された自殺未遂者を対象とした無作為化比較介入試験である。本研究により自殺防止対策について質の高い実証的根拠を提案することにより, 国民の福祉の向上に直接的に寄与できる研究成果を生み出すことが期待できる。

本研究では, 疫学研究に関する倫理指針および臨床研究に関する倫理指針を遵守した。また, 研究計画は組織する研究倫理委員会での了承を得るとともに, 各研究課題の研究参加地域・施設責任者の所属する組織において

も必要に応じて了承を得ている。

本研究で実施する研究課題は次の通りである。

「自殺対策のための戦略研究，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試験（ACTION-J）」プロトコルの概要

1) 目的

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。

2) 対象

救急医療施設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もののうち，1) 20 歳以上，2) DSM-IV の I 軸に該当する精神科疾患を有する，3) 2 回以上の判定により自殺の意志が確認された，4) 本研究の内容を理解し，同意取得が可能，5) 入院中に，登録実施に必要な面接・心理教育[1]を受けることができる，6) 評価面接，ケース・マネージメントのための定期的な来院が可能で，実施施設から定期的に連絡を取ることができるを満たすものであり，除外基準としては，主要精神科診断が，DSM-IV の I 軸診断に該当しないものである。

3) 介入方法

対象者は，無作為に試験介入群と通常介入群に分かれたり，以下の介入を実施される。

(1) 試験介入群：1) 通常治療，2) 自殺予

防に関する資料（パンフレット）の配布，3) ケース・マネージメント（心理教育[2]を含む），4) IT を利用した情報提供（介入専用ウェブサイトの利用）

(2) 通常介入群：1) 通常治療，2) 自殺予防に関する資料（パンフレット）の配布

4) 主要評価項目

自殺企図（自殺既遂，及び未遂）の再発発生率

2. 本研究で実施する調査と研究

本研究は，「自殺対策のための戦略研究，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試験」で得られたデータセットをクリーニング，固定し，独立統計家により解析を実施する。そして，ケース・マネージメント介入による自殺企図の再発防止効果の有無を明らかにする予定である。

さらに，本研究班では，当該研究で得られた膨大な自殺未遂者データをもとに，さまざまな観点から自殺未遂者，自殺企図行動に関する調査・研究を実施する予定であり，そのために研究部会を設置した。

C. 結果と考察

本研究は，厚生労働省担当課及び地域自治体との連携のもと，国立精神・神経医療研究センターによる専門的支援や，国立国際医療研究センターJCRAC/DMC によるデータマネージメント等，国主導による政策目標を達成するための研究体制を形成できた。具体的には，当初計画の通り，統括推進本部のもとに運営委員会（上田茂委員長）及び研究倫理

委員会（神庭重信委員長）を設置し、本指定研究の円滑な実施体制を確立した。また、本指定研究は、複数の生物統計家等との協働が実現できており、高いレベルの検証を実現した。ACTION-Jの成果として最終解析終了後に創出されるエビデンスと、本研究で開発された介入資材やノウハウ等を、国の自殺対策に利用することが可能であり、アウトカム研究の普及・啓発の促進に大きく寄与するものとする。

さらに、これらの過程を通して、当該領域における臨床研究推進のための問題点を整理し、実施体制確立のためのノウハウを蓄積することができた。加えて、我が国において必要な自殺対策に関わる政策立案に資する成果を得るために必要な研究者ネットワークを形成することができた。本研究により形成された研究者ネットワークを利用することで、ACTION-Jの成果として創出されるエビデンスと、本研究で開発された介入資材やノウハウ等を、国の自殺対策に利用することが可能であり、アウトカム研究の普及・啓発の促進に大きく寄与するものと考えられた。そのため、将来の事業化を目指した政策立案プロセスを進捗させるためには、ACTION-Jの成果を一般化し、全国に普及するための実施体制の検討をさらに行う必要がある。

ACTION-Jは、アウトカムとして死亡を扱う。このように、評価項目として「死亡」を扱う本研究は国民の生命と直結するものであるため、死亡関連データへのアクセスを含め、研究を確実に推進するための各種統計データの利用の促進と行政当局の理解が不可

欠であった。

ACTION-J研究では、当初計画の通り、ベースラインデータ収集を完了した。最終的に、研究に参加登録された914名（目標数842名の108.6%）の自殺未遂者を対象とした介入及び追跡を当初計画の通り平成23年6月末に終了した。実際のイベント発生率は当初の推定値を上回る値であり、完成されたデータセットを用いることで、最終解析結果を確実に得られる。

D. 健康危険情報

特記すべきことなし

E. 研究発表

1. 論文発表等

○河西千秋：動き出した自殺未遂者対策：救急医療の役割. *Emergency care*, 2011; 24: 12-16

○河西千秋：自殺未遂者の自殺再企図予防のためのケース・マネジメントと精神科医の役割. *臨床精神病理*, 2010; 31: 119-126

○Nakagawa M, Kawanishi C, Yamada T, Sugiura K, Iwamoto Y, Sato R, Morita S, Odawara T, Hirayasu Y. Comparison of characteristics of suicide attempters with schizophrenia spectrum disorders and those with mood disorders in Japan. *Psychiatry Res*, 2010; 188, 78-82

○河西千秋：世界保健機関（WHO）自殺予防・メディア関係者のための手引き・改訂日本語版（編集：内閣府）、平成21年版自殺対策白書。内閣府、156-157、2010

○平安良雄：救急医療機関における自殺未遂

者支援. 厚生労働, 65, 18-19, 2010

○長谷川花, 河西千秋: 不安と自殺 (監修: 日野原重明, 宮岡 等), 脳とこころのプライマリアケア 1. シナジー, 257-263, 2010

○河西千秋: 自殺対策にかかわる各種ガイドラインの策定状況 (監修: 天野宗和, 猪俣好正他), 精神保健福祉白書 2011 年版. 中央法規出版, 30-31, 2010

○河西千秋, 伊藤弘人: 自殺未遂者ケアに関するガイドライン作成のための指針. 精神保健研究, 22, 9-14, 2010

○河西千秋, 加藤大慈, 橋本迪生: 病院内の自殺事故: その予防と事後対応. 病院, 2010; 69: 511-515

○河西千秋: 自殺未遂者の自殺再企図予防のためのケース・マネジメントと精神科医の役割. 臨床精神病理, 31, 119-126, 2010

○河西千秋: 自殺の三次予防. 臨床精神医学, 39, 417-422, 2010

○水野桂子, 桑原 寛, 河西千秋, 大重賢治, 水嶋春朔: 足柄上地区の心の健康に関する質問票調査. 神奈川県精神医学会誌, 59, 3-10, 2010, 3

2. 学会発表等

○Kawanishi C, et al. & ACTION-J Group: ACTION-J: A randomized, controlled, multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan., The 26th World Congress of the International Association of Suicide Prevention (IASP), Beijing, 2011. 9. 13-17.

○ Kawanishi C : Suicide prevention strategy for individuals at high risk case management for suicide attempters at an emergency department. 19th International Conference on Safe Communities, Suwon, 2010.3 (教育講演)

○Iwamoto Y, Kishida I, Fujibayashi M, Tanaka S, Kawanishi C, Ishii C, Ishii N, Hirayasu Y, Moritani T : Association between autonomic nervous system activity in schizophrenia and antipsychotic medication: the comparison of typical and atypical antipsychotic drugs. 16th IUPHAR World Congress of Basis and Clinical Pharmacology, Copenhagen, 2010.7

○ Kawanishi C: Suicide prevention and postvention in general hospitals in Japan. 13th European symposium of suicide and suicidal behavior, Roma, 2010,9.

○Tomoki Yamada, Chiaki Kawanishi, Yoko Iwamoto, Kousuke Hino, Munetaka Nomoto, Noriyuki Suzuki, Toshinari Odawara, Yoshio Hirayasu : Effectiveness of early crisis intervention for suicide attempters in an emergency care unit in Japan. 13th European symposium of suicide and suicidal behavior, Roma, 2010, 9

○平野みぎわ, 山田素朋子, 小田原俊成, 山田朋樹, 河西千秋, 平安良雄: 精神科入院患者から見た自殺予防に必要な支援の聞き取り調査. 第 29 回日本社会精神医学会, 松江, 2010.2

○山田素朋子, 平野みぎわ, 山田朋樹, 鈴木

範行, 飯島 節, 河西千秋, 平安良雄: 自殺企図直後の自殺未遂者の視点: 当事者からの聞き取り調査. 第 29 回日本社会精神医学会, 松江, 2010. 2

○山田素朋子, 園田慈海, 平木幸治, 平野みぎわ, 山田朋樹, 飯島 節, 高度救命救急センターにおける自殺未遂者支援に関する調査, 日本リハビリテーション連携科学学会, 宮崎, 2010. 3

○平野みぎわ, 山田素朋子, 小田原俊成, 山田朋樹, 河西千秋, 平安良雄: 精神科入院患者から見た自殺予防に必要な支援の聞き取り調査, 島根, 2010. 3

○山田朋樹: 致死性の高い自殺手段をとったうつ病患者の一例. 第13回日本臨床救急医学会, 幕張, 2010, 6 (ワークショップ)

○河西千秋: 危機にある家族への援助自殺のハイリスク者対策と家族支援. 第27 回日本家族心理学会, 東京, 2010, 8 (シンポジウム)

○神庭 功, 河西千秋, 須田 颯, 平安良雄: 自殺予防に関する意識調査からみた自殺予防教育の効果. 第 34 回日本自殺予防学会, 東京, 2010, 9

○李 菊姫, 河西千秋, 川野健治, 上林靖子: 外国人留学生のメンタルヘルス: 抑うつ, アルコール依存, および自殺関連行動について. 第 34 回日本自殺予防学会, 東京, 2010, 9

○福島喜代子, 小高真美, 岡田澄恵, 山田素朋子, 平野みぎわ, 島津屋賢子: 自殺危機初

期介入スキルワークショップ「講師養成研修会」の実施方法についての研究. 第 34 回日本自殺予防学会, 東京, 2010, 9

○長見英知, 木本幸子, 河西千秋: 大和・藤沢における精神・保健・福祉専門職のネットワーク. 第 34 回日本自殺予防学会, 東京, 2010, 9

○河西千秋: 首都圏の自殺対策. 神奈川県大和市における自殺対策へのチャレンジと課題. 第 34 回日本自殺予防学会, 東京, 2010, 9 (シンポジウム)

○河西千秋: 救命救急におけるチーム医療: 自殺問題が深刻化してから以降のわが国の自殺未遂者対策の流れ. 第23 回日本総合病院精神医学会, 東京, 2010, 11 (シンポジウム)

○河西千秋: 自殺問題の現状と対策: 自殺未遂者ケア・モデルの提示から普及・施策化へ. 第38 回日本救急医学会, 東京, 2010, 10 (パネルディスカッション)

○河西千秋: 自殺問題の現状と対策: 自殺予防活動の現場から. 第56 回神奈川県公衆衛生学会, 横浜, 2010 (特別講演)

E. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得: なし
2. 実用新案: なし
3. その他: なし

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

1. 原著論文

○Nakagawa M, Kawanishi C, Yamada T, Sugiura K, Iwamoto Y, Sato R, Morita S, Odawara T, Hirayasu Y. Comparison of characteristics of suicide attempters with schizophrenia spectrum disorders and those with mood disorders in Japan. *Psychiatry Res*, 2010; 188, 78-82

○Oyama H, Sakashita T, Hojo K, Ono Y, Watanabe N, Takizawa T, Sakamoto S, Takizawa S, Tasaki H, Tanaka E. : A community-based survey and screening for depression in the elderly: the short-term effect on suicide risk in Japan. *Crisis*. 2010; 31: 100-108

2. 総説

○大野裕：自殺対策のための戦略研究からわかったこと，日本社会精神医学会雑誌 2011；20：37-44

○河西千秋：動き出した自殺未遂者対策：救急医療の役割. *Emergency care*, 2011；24：12-16

○大野裕、田島美幸：自殺対策のための戦略研究 最新うつ病のすべて，別冊・医学のあゆみ 2010；226-230

○大野裕：地域介入による自殺対策 臨床精神医学 2010；39：443-1448

○河西千秋：自殺未遂者の自殺再企図予防のためのケース・マネジメントと精神科医の役割. 臨床精神病理, 2010；31：119-126

○山田光彦, 稲垣正俊：わが国における自殺予防に関する政策. 臨床精神医学 2010；39: 1387-1393

○岩佐博人. 地域における自殺対策活動～実践活動報告を中心に～. 心の健康 49号, 14-17, 2010.

○岩佐博人, 須藤留美子, 岩谷玲子, 今 倫子, 富岡拓身, 武田 哲, 兼子 直. 地域における複合的次元からの自殺対策—青森県における実践活動報告と今後の課題—. 精神神経誌 in press, 2010.

○岩戸清香, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 田鎖愛理, 八木淳子, 肥田篤彦, 富澤秀光, 小泉範高, 佐藤瑠美子, 佐賀雄大, 智田文徳：自殺対策と自死遺族支援. 精神科17(3), 275-280, 2010

- 平谷国子, 大光テイ子, 野田智春, 神先真, 大塚耕太郎. 包括的な自死遺族支援をしていくために. 保健師ジャーナル66巻5号, 434-441, 2010
- 平安良雄: 救急医療機関における自殺未遂者支援. 厚生労働, 65, 18-19, 2010
- 河西千秋, 伊藤弘人: 自殺未遂者ケアに関するガイドライン作成のための指針. 精神保健研究, 22, 9-14, 2010
- 河西千秋, 加藤大慈, 橋本迪生: 病院内の自殺事故: その予防と事後対応. 病院, 2010 ; 69 : 511-515
- 河西千秋: 自殺未遂者の自殺再企図予防のためのケース・マネジメントと精神科医の役割. 臨床精神病理, 31, 119-126, 2010
- 河西千秋: 自殺の三次予防. 臨床精神医学, 39, 417-422, 2010
- 水野桂子, 桑原 寛, 河西千秋, 大重賢治, 水嶋春朔: 足柄上地区の心の健康に関する質問票調査. 神奈川県精神医学会誌, 59, 3-10, 2010

3. 書籍

- 1) 大野 裕: 戦略研究 NOCOMIT-Jの成果報告 第2章メンタルヘルス, 第1節自殺対策, 精神保健福祉白書2011年版, 中央法規, 2010
- 2) 大野 裕: 特集3 地域における自殺対策プログラム, 平成22年版自殺対策白書, 内閣府, 54-60, 2010
- 3) 大塚耕太郎, 酒井明夫: 第IV部社会とうつ病 第2章地域とうつ地域におけるうつ病対策. 大野 裕編; うつ病治療ハンドブック 診療のコツ, 金剛出版, 336-346, 2010
- 4) 石田 康. プライマリケア医と精神科医との連携. 下田和孝編; 脳とこころのプライマリケア1 うつと不安, シナジー, 506-511, 2010
- 5) 河西千秋: 世界保健機関 (WHO) 自殺予防・メディア関係者のための手引き・改訂日本語版 (編集: 内閣府), 平成21年版自殺対策白書. 内閣府, 156-157, 2010
- 6) 長谷川花, 河西千秋: 不安と自殺 (監修: 日野原重明, 宮岡 等), 脳とこころのプライマリケア1. シナジー, 257-263, 2010
- 7) 河西千秋: 自殺対策にかかわる各種ガイドラインの策定状況 (監修: 天野宗和, 猪俣好正他), 精神保健福祉白書2011年版. 中央法規出版, 30-31, 2010

IV . 参 考 资 料

2012年2月7日

平成23年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)

自殺対策のための複合的介入法 の開発に関する研究

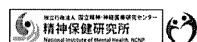
国立精神・神経医療研究センター 山田 光彦
精神・神経科学振興財団 高橋 清久
国立精神・神経医療研究センター 大野 裕
横浜市立大学医学部 平安 良雄



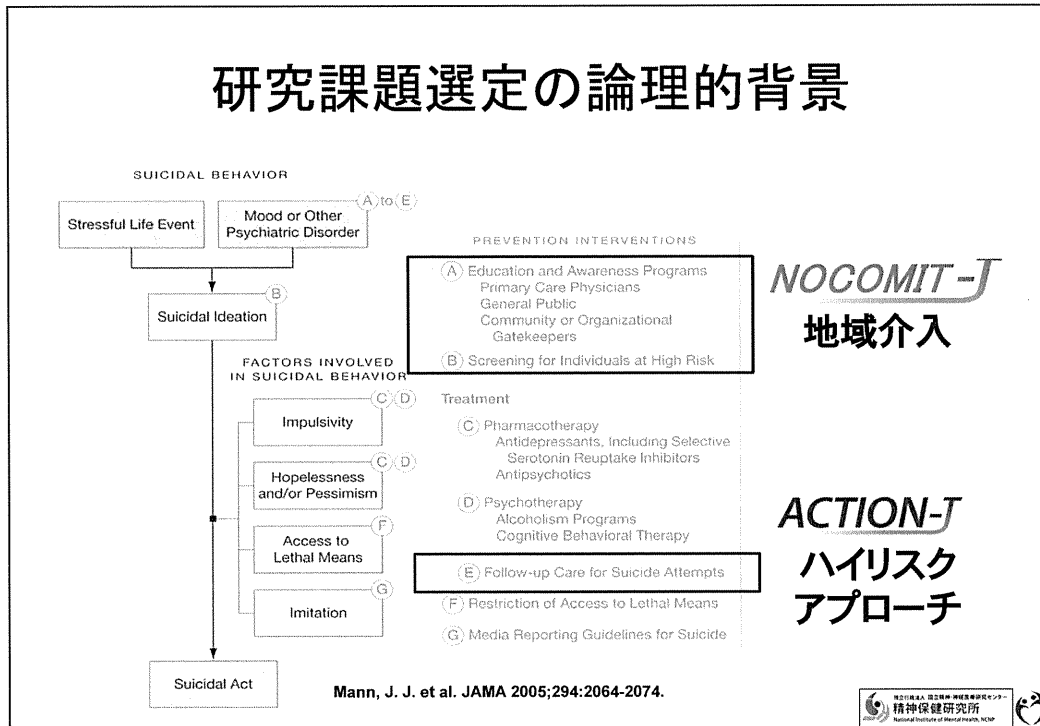
研究課題の目的

2つの大型の多施設共同研究、「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究:NOCOMIT-J」、「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」を通して、臨床研究を推進するための体制を整備し、さらに研究者ネットワークを形成することで、我が国において必要な自殺対策に関わる政策立案に資する成果を得る。

* NOCOMIT-J 及び ACTION-Jは、自殺対策基本法第2章第11条において国の責務として定められている自殺対策研究であり、日本で不足している行政サービスに直結する介入研究である。



研究課題選定の論理的背景



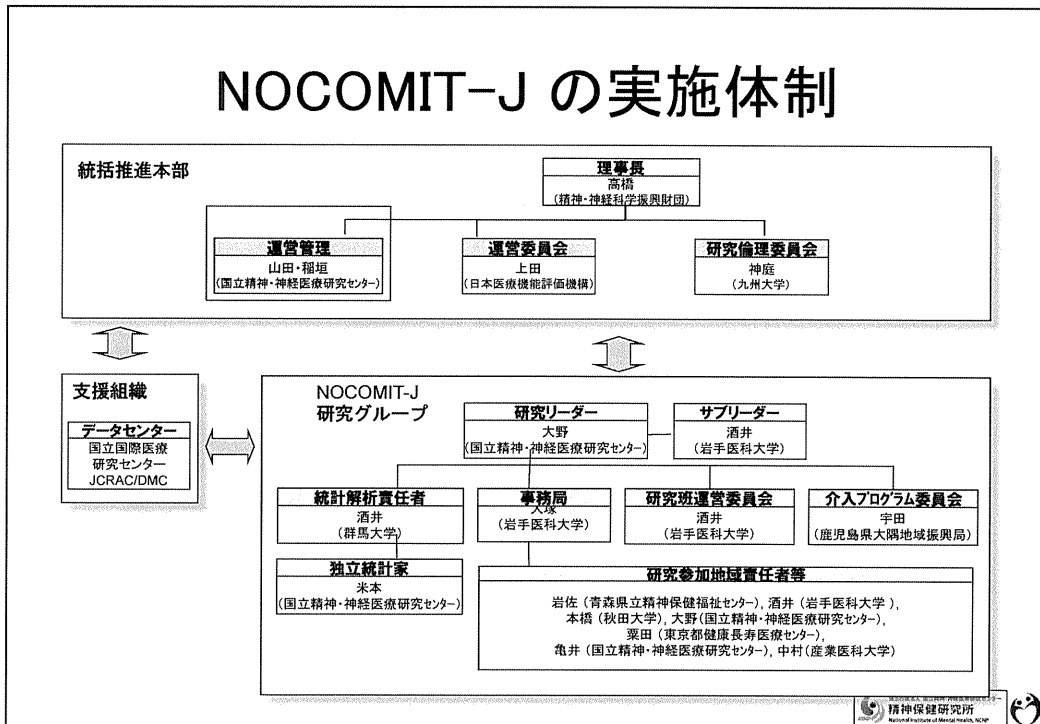
研究課題の実施体制

- 「統括推進本部」
 - 統括責任者: 財団法人 精神・神経科学振興財団 理事長 高橋 清久
 - 運営管理: 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 部長 山田 光彦 室長 稲垣 正俊
- 「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究(NOCOMIT-J)」
 - 研究リーダー: 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター センター長 大野 裕
 - サブリーダー: 岩手医科大学神経精神科学講座 教授 酒井 明夫
 - 事務局長: 岩手医科大学神経精神科学講座 講師 大塚耕太郎

NOCOMIT-J
- 「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比較研究(ACTION-J)」
 - 研究リーダー: 横浜市立大学大学院医学研究科精神医学部門 教授 平安 良雄
 - 研究顧問: 昭和大学医学部救急医学講座 教授 有賀 徹
 - 事務局長: 横浜市立大学医学部精神医学教室 准教授 河西 千秋

ACTION-J

NOCOMIT-J の実施体制



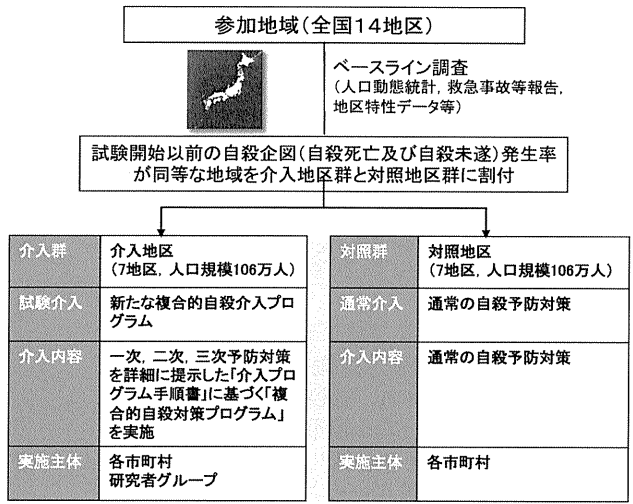
NOCOMIT-J の概要

【研究の背景】
 単一の施策では地域全体の自殺率減少に効果がないことが分かっている。

【研究の目的】
 根拠に基づいて策定された「複合的自殺対策プログラム」を自治体で実施し、自殺率減少効果を検証する。

【研究の方法】
 研究参加地域14地区(人口212万人)に介入地区と対照地区を設定し、介入地区では、地域予防対策を詳細に提示した「介入プログラム手順書」に基づく「複合的自殺対策プログラム」を実施する。地域介入終了後、主たる評価項目として自殺企図(自殺死亡及び自殺未遂)発生率を比較する。

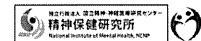
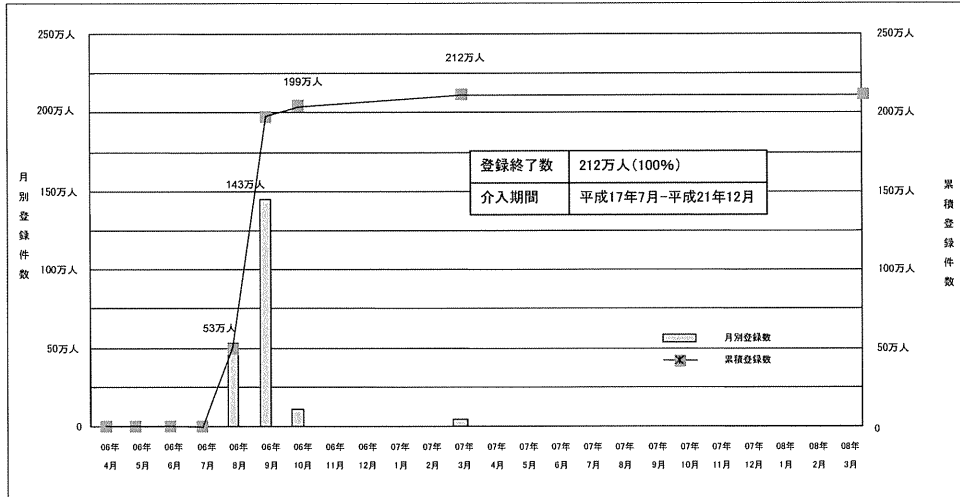
【研究の特徴】
 NOCOMIT-Jは、日本で数少ない行政サービス(事業化)に直結する地域介入研究であり、本領域における最先端の研究デザインとなっている。



(臨床試験登録)
 ClinicalTrials.gov: NCT00737165
 UMIN-ID: 00000460



NOCOMIT-J の症例集積



NOCOMIT-J の研究成果(1)

1. 米国および日本で臨床試験登録を実施し、研究プロトコルを BMC Public Health 誌に学術論文として公開した。地域を対象とするアウトカム研究の普及・啓発が促進された。現在、NOCOMIT-Jは、類例をみない大規模研究として国際学会などでも高い注目を浴びている。

2. 当初計画の通り、ベースライン、介入プロセス、救急搬送、人口動態統計データを全て入手し、クリーニングの上、固定し解析用データセットを完成した。現在、論文執筆中である。

3. 開発された介入プログラム等は、各自治体が参照できるよう、厚生労働省自殺予防対策WEBを用いて公開され、各自治体により事業計画立案やモニタリングに活用されている。今後、NOCOMIT-Jの成果を迅速に利用可能とするため、エビデンス/実践ギャップの改善へ向けた様々な施策を実現していく必要がある。



NOCOMIT-Jの研究成果(2)

4. NOCOMIT-Jは、複数の生物統計家等との協働により高いレベルの検証を目指しており、国主導による政策目標を達成するための研究体制のモデルとなった。

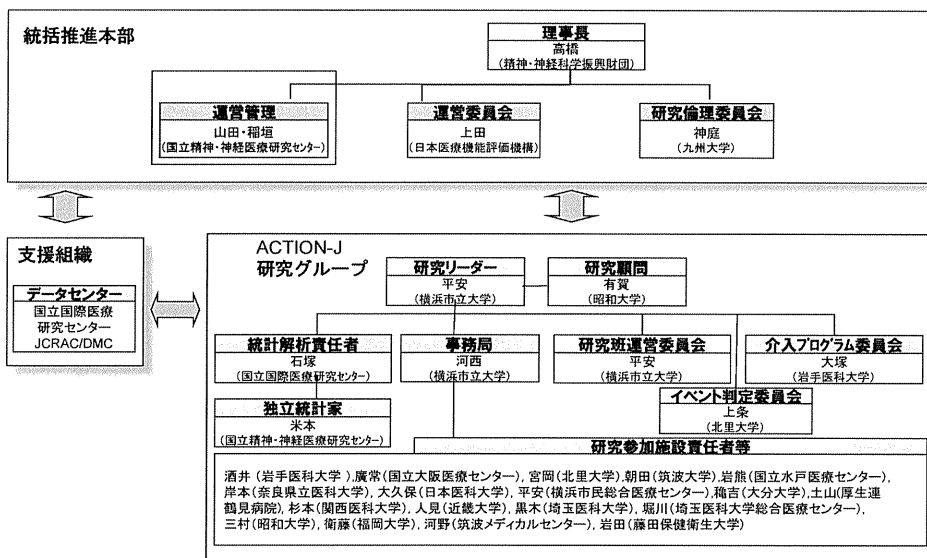
5. 精神・神経科学振興財団や国立精神・神経医療研究センターによる専門的支援や、国立国際医療研究センターJCRAC/DMCによるデータマネージメント、厳格な研究倫理審査体制の整備など、大型研究費の投入を可能にするアウトカム研究の基盤が整備された。

6. 長期にわたる多施設共同研究のため、研究期間中の人事異動等への対応に苦慮した。一方、平成21年度より実施された自殺対策緊急強化基金(内閣府)を背景に、エビデンスー実践ギャップの改善に不可欠な人材が育成され、貴重なキャリアパスを構築することができた。

7. NOCOMIT-Jではアウトカムとして死亡を扱う。第44回科学技術部会(2008年5月27日)における中間評価にて、研究完遂のために必須となる人口動態統計の二次利用を円滑に実施する必要性が示された。市町村合併データの調整などには苦慮したが、厚生労働省担当課の支援等により解決している。



ACTION-J の実施体制



ACTION-J の概要

【研究の背景】

自殺未遂の既往は、自殺の最も強力な危険因子として知られている。

【研究の目的】

救急施設に搬送された自殺未遂者に対するケース・マネージメント(心理教育や受療支援、背景にある問題解決のための社会資源利用支援など)の自殺企図再発防止効果を検証する。

【研究の方法】

救急部と精神科が連携している全国21の医療機関に救急搬送され、入院となった自殺未遂者を登録し、介入群と対照群の2群に無作為に割り付け、介入を実施する。追跡終了後、主たる評価項目として、自殺企図(自殺死亡及び自殺未遂)の再発発生率を Kaplan-Meier の生存曲線分析により比較する。

【研究の特徴】

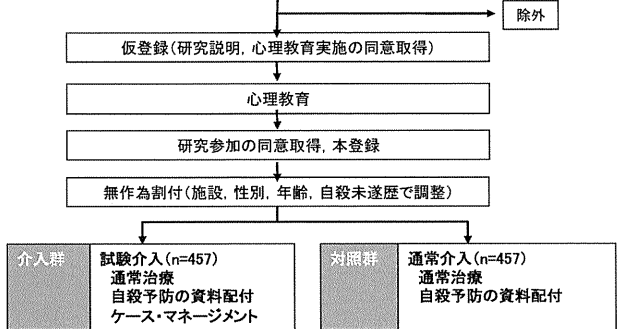
ACTION-Jは、本領域における最先端の研究デザインとなっており、世界に類をみない大規模研究として国際的に高い注目を浴びている。

救急医療施設に搬送され、入院した自殺未遂者(914名)

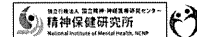
(1) 選択基準

- 1) 20歳以上
 - 2) DSM-IV のI 軸に該当する精神疾患を有する者
 - 3) 2 回以上の判定により自殺の意志が確認された者
 - 4) 本研究の内容を理解し、同意取得が可能なる者
 - 5) 入院中に、登録実施に必要な面接・心理教育を受けることができる者
 - 6) 詳細面接、ケース・マネージメントのための定期的な来院が可能で、実施施設から定期的に連絡を取ることができる者
- (2) 除外基準
1) 主要精神科診断が、DSM-IV のI 軸診断に該当しない者

ACTION-J



(臨床試験登録)
ClinicalTrials.gov: NCT00736918
UMIN-ID: 000000444



ACTION-J の計画

○主たる評価項目

- ・自殺企図(自殺死亡及び自殺未遂)の再発発生率

○副次評価項目

- ・全死因死亡率
- ・繰り返しを含む自殺企図再
- ・発回数と発生率
- ・自傷行為の回数
- ・相談者・機関の種類、数
- ・受療状況(通院・入院)
- ・身体機能
- ・ベック絶望感尺度
- ・健康QOL尺度(SF-36)

