

・救急医療部門等におけるコメディカルの活動が可能となったし、活動をし易かった

③未遂者介入の内容・救急医療部門の機能に関すること

・自殺企図の背景の心理・社会・生活問題にソーシャルワーク介入を行うことが可能となった

・未遂者への面接が可能となり、リスクアセスメント可能となった

・プロトコルに定められた介入を一通り実施することができた

・手順書などで手順が定められていたので、対応・介入が均質化されていた

・介入の必要性について患者さんへ説明することができたことが良かった

・対象者の追跡、さらにはその追跡を長期実施することが可能となった

・スクリーニングを行うことによって、自殺未遂者の同定がしっかりできた

・家族への介が可能となった

・死亡小票の確認が可能となり、患者さんの転 帰を知ることが可能となった

④連携

・救命救急センターとの部門横断・多職種連携が行われた

・精神科Drへの連携が仕組みとして機能した

・精神科医のモチベーションが高くなり、関与の度合いも増した

・かかりつけ医への連絡・連携が可能となった

・他病院の患者であっても追跡・介入が可能だった

・研究を契機として地域社会との連携が開始された

・研究を契機として自治体行政との連携が

開始された

・研究を契機として、弁護士会・司法書士会との連携が開始された

・地域ごとの施設間交流が進んだ

・スタッフが相談できる体制ができた

⑤その他

・モチベーションの向上につながった

・モチベーションを維持することができた

**2) ACTION-J 研究体制下でこそ実施困難だったこと**

：ワーキングにより、17種類の意見が挙げられた。これさらに、種別により下記のように分類された。

①体制整備

・救急医からの協力が得られにくいこともあった

・ケース・マネージャーと精神科医の連携が十分でないと感じられたこと（施設）もあった

②対象に関すること

・未成年者が対象外だった

・主たる DSM-IV 診断がⅡ軸の患者さんが対象外だった

・患者さんの同意がないと研究に規定された対応・介入を実施できなかった

・一度の同意の拒否により、研究に規定された介入が不可能となってしまった

③介入の内容に関すること

・アウトリーチが不可能だった

・所定の面接実施の枠組みの中で面接ができなかったこと（連絡がつかなかった）事も少なくなかった

・じっくりとした関わりができないと感じられる場合もあった

- ・手順が決まっていて、介入に柔軟性が欠けることもあった
- ・夜間帯の介入が困難だった
- ・家族療法がおろそかになる危険が考えられた
- ・施設と地域との関係性は実際には多様で介入プロセスも多様だった

#### ②介入期間に関すること

- ・対象者への対応・介入が研究期間に限定された
- ・介入等の継続性が担保できなかった

#### ③その他

- ・研修を受けていないと研究実務において対象者に対応・介入ができなかった
- ・ケース・マネージャーに対するケアが不足しがちだった

### 3) 実地臨床であれば実施可能なこと

：ワーキングにより、6種類の意見が挙げられた。

- ・施設独自の介入の枠組みを設定することができる
- ・未成年者に対する介入を行うことができる
- ・主たる DSM-IV 診断がⅡ軸の患者さんに対する介入を行うことができる
- ・受診同行などができる
- ・じっくりと介入を行うことができる。
- ・臨機応変の対応が可能となる

### 4) 実地臨床だから実施困難なこと

：ワーキングにより、17種類の意見が挙げられた。これはさらに、種別に下記のように分類された。

- ・ACTION-Jのように着実な追跡・面接をすることが困難となる

・身体のケアが終了したら患者さんが退院となってしまう介入を実施できない、あるいは不十分な介入となるだろう

・自施設の患者さんではない場合、関わるのが困難

・プロトコルがないとすれば、むしろ介入が難しいだろう

・周囲の関与・理解が乏しくなり、専門職の孤立化が予想される

・通常業務の中で未遂者ケアを実施することが困難

## 2. 一般救急医療においてケース・マネージメントを行う人材を配置するための資格要件

### 1) ケース・マネージャーに相応しい専門職性

- ・精神保健福祉士
- ・社会福祉士
- ・ソーシャルワーカー
- ・コミュニティーソーシャルワーカー
- ・看護師
- ・保健師
- ・臨床心理士
- ・作業療法士
- ・介護福祉士
- ・ケアマネージャー（1年以上の経験）
- ・精神科医
- ・精神保健福祉士と心理のペア

### 2) ケース・マネージャーに必要とされる知識・技術・経験

- ・精神医学・精神疾患の知識
- ・リスク評価等、アセスメントに関する知識・技術

- ・コミュニケーション法（受容・傾聴・共感）
- ・情報収集能力（自殺企図までの経緯・本人の現在の状態）
- ・心理教育
- ・危機介入の知識と技術
- ・法の知識
- ・社会制度・社会資源の知識
- ・地域社会資源の活用方法
- ・キーパーソンを同定する能力
- ・対外的なコミュニケーション能力
- ・他職種・他機関と連携する能力
- ・地域と連携する能力
- ・地域で研修会を主催できる能力
- ・既遂例への対応
- ・バイスティックの7原則
- ・研修指定病院のような施設での1年以上の臨床経験

### 3) ケース・マネージャー資格研修に必要なコンテンツ

- ・自殺対策について
- ・自殺者の実態について
- ・自殺者の心理
- ・コミュニケーション法
- ・傾聴・共感に関するロールプレイ
- ・精神症状への対応
- ・パーソナリティ障害への対応
- ・暴言・暴力への対応
- ・ケース・マネジメントについて
- ・法的制度について
- ・社会資源について
- ・アセスメント・リスク評価について
- ・希死念慮の評価法（ロールプレイ、評価法と教育法）
- ・事例検討（検討、および教育法、職種別

の事例提示を行う能力の開発)

- ・他／多職種の業務内容
- ・救急医療について
- ・支援拒絶者への対応について
- ・家族・遺族への対応について
- ・電話での対応法
- ・診断（心理診断・ソーシャルワーク診断など）や重症度診断
- ・他施設との連携・転院調整
- ・地域における啓発活動の方法論
- ・スタッフ自身のセルフケア・ストレスコーピング法
- ・グループ・ワーク

### 4) 資格研修に用いる教材

- ・テキスト
- ・現場で使えるポケット・マニュアル
- ・危機介入マニュアル
- ・危機介入時のフローチャート
- ・タブレット端末を利用した視覚教材（文書・マニュアルなど）
- ・社会資源一覧（全体／地域）
- ・共通した心理教育マニュアル
- ・ビデオなどの視覚教材（傾聴のロールなど）
- ・Q&A集
- ・ゲストスピーカーや当事者などのレクチャ

### 5) 研修受講者の評価

- ・前後で理解度のテストなど
- ・レポート
- ・受講者への希望（ニーズ）調査
- ・介入したケース数・内容の報告を義務付ける
- ・施設訪問により行う（研修フォローアッ

プを兼ねる)

- ・グループワークやロールプレイを交えつつ行う中で評価する

#### 6) プログラム評価

- ・受講者のスキルアップ度で評価する
- ・受講者の理解度により評価する
- ・受講者の満足度で評価する
- ・臨床実務上での実効性の調査により評価する
- ・受講者の所属施設での自殺再企図者等の調査

#### 7) 研修制度・資格のありかた

- ・認定資格
- ・更新制
- ・診療報酬制度との結合
- ・症例レポートの提出（資格付与・更新）
- ・複数のカテゴリを設ける（レベル毎）
- ・認定制度を作り診療報酬に反映させる
- ・定期研修の開催
- ・何らかのインセンティブの付与
- ・中央に相談対応部門を設置しフィードバックを行う
- ・メーリングリストの活用
- ・ポイント制
- ・動画を用いた E ラーニング
- ・研修地をブロック（地域）毎に分けて開催する
- ・医療評価機構に事業を委託する
- ・内閣府に事業を委託する
- ・厚生労働省に事業を委託する
- ・1クール6回（2ヶ月に1回）の研修制度
- ・基礎/アドバンス研修の履修
- ・指導者養成研修の制度化

・コースを1度講習を受けただけでも認定されるような（広い）ケース・マネージャー用、より専門性の高いケース・マネージャー用の2段階設定にする。（簡単に取れるようなコースも設定しておくことで活動の広まりを期待する）

・1-2日の研修とし、全国5か所ほどで実施

・1回の研修で資格を得られたとしても、研修指定施設での更新研修を義務づける

#### 8) 研修の運営体制

- ・各都道府県の精神保健福祉士協会と心理士会などとの協働
- ・他の職能団体の連携
- ・医療評価機構に事業を委託する
- ・内閣府に事業を委託する
- ・厚生労働省に事業を委託する
- ・NPO法人を設立し運営にすると柔軟に活動できる

#### D. 考察

「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、2011年中に臨床現場における介入実務を修了し、その後、全データの固定化と生物統計解析実施のためのデータ・セットの作成、および最終データ解析の課程にある。ACTION-Jのケース・マネジメントの効果に関する結論については解析結果を待つほかはないが、救急医療における自殺未遂者に対するケース・マネジメントについては、先行研究でその有効性を示唆する報告もあり（Nakagawaら、2009；岩本ら、2010）、これらの知見をもとに、平成20年

度から厚生労働省が主催する自殺未遂者ケア研修会も実施されている。平成 21 年度からは、日本臨床救急医学会がこれに共催として参加、さらに平成 24 年度からは同学会が学会主導の研修会企画を立ち上げるなどしており(河西, 2012; 有賀ら, 2012)、ケース・マネージメントの救急医療への導入はすでに開始されている。

ACTION-J は高いレベルでエビデンスを創出するものであり、ACTION-J のケース・マネージメントが自殺再企図を防止することが真に明らかになれば、速やかにそのケース・マネージメントが医療施策化されることが望ましいが、この介入手法が着実に自殺未遂患者に履行されるためには、ACTION-J で体系化された「救急医療部門と精神科の緊密な連携」、「ケース・マネージメントと評価に関わる専門職の教育」、「ケース・マネージャーの配置」、「入院中のケース・マネージメントと評価」、「退院後の定期的なケース・マネージメントによるフォローアップと評価」(Hirayasu ら, 2009) を実地臨床の中に体系化させなければならぬ。

本研究で実施したワーキングの内容を見ると、プロトコル遵守を含む研究倫理の観点、各種手引書の存在、研究に携わる専門職配置、そしてチーム医療体制とリスク・マネージメントを含む管理体制があったからこそ介入実務が可能であったことがわかる。介入のコアの部分を担当するケース・マネージャーの要件についても、非常に多くのものが必要とされることがわかるが、これらの要件に関する、資格付与制度、研修制度、そして資格更新制度等の制度はかなり緻密に構築される必要があるだろう。ワー

キング・グループからは、厚生労働省による事業化が望ましいというものから、NPO 法人により運営を想定したものまで幅広い意見が出されているが、いずれも公益的組織・団体の関与を想定したものとなっている。

ワーキングの中では繰り返し指摘されていたことであるが、自殺未遂者ケアは臨床上の喫緊の課題であることは言うまでもないが、しかし、未遂者が精神疾患と心理社会的問題を抱えた存在であり、かつ救急医療部門という最も多忙な現場における介入の実施ということを考慮すると、既存のマンパワー・医療資源に付加的に自殺未遂者ケアを課すことは現実的ではなく、ケース・マネージメントを担う専門職の専任配置と、それを担保する経済的措置(すなわち診療報酬項目の設定)が不可欠であろう。その項目において実務の枠組みを規定されるのであれば、現実的に未遂者ケアの標準的医療が全国的に始動され、また均霑化していくことになるであろう。

ACTION-J は、その研究班が巨大であったことから、図らずも自殺予防対策に携わる多くの人材を輩出していくこととなったが、ケース・マネージメントが通常の医療に導入されれば、より多くの人材が自殺予防対策に関わることとなる。ワーキングにおいても指摘されているように、ケース・マネージメント介入の導入により、医療機関と地域との連携がより密接となり、わが国におけるチーム医療と地域ケアはより深化していくことになるだろう。ケース・マネージメントの導入には、そのような多くの事柄が副産物として付随してくるものと期待される。

## E. 結論

自殺予防の一つの重要な要素である「自殺未遂者対策」に関して、わが国において、救急医療部門を拠点に自殺未遂者の自殺再企図防止を目的としたケース・マネジメント介入がいくつかの施設で実施され、またこのようなケース・マネジメントの有効性を明らかにするための「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）」が実施された。本研究では、これらのケース・マネジメントの手法が実地臨床の中で普及、ないしは施策化する際の課題などを具体的に明らかにした。

### 【引用文献】

有賀徹、三宅康史（監修）：救急医療における精神症状評価と初期診療：PEEC ガイドブック。へるす出版，202-206，2012

樋口輝彦：うつによる自殺未遂者の再発防止に関する研究。厚生労働科学特別研究事業「うつ関連の自殺予防戦略研究課題の提案と評価に関する研究」平成16年度総括・分担研究報告書，2005

Hirayasu, Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Ishizuka N, Okubo Y, Sakai A, Kishimoto T, Miyaoka H, Otsuka K, Kamijo Y, Matsuoka Y, Aruga T: 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, 2009

岩本洋子，山田朋樹，河西千秋，中川牧子，鈴木範行，小田原俊成，平安良雄：救命救急センターに入院した自殺未遂患者の在院期間の調査：精神科医のセンター常勤配置前後での比較，*精神医学*，52，87-90，2010

Management of Mental and Brain Disorders, Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization: Multisite intervention study on suicidal behaviours: SUPRE-MISS, protocol of SUPRE-MISS, 2002

Nakagawa M, Yamada T, Yamada S, Natori M, Hirayasu Y, Kawanishi C: A follow-up study of suicide attempters who were given crisis intervention during hospital stay. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63, 122-123, 2009

佐藤玲子，河西千秋，山田朋樹  
救命救急センターに搬送された自殺企図者のフォローアップ。総合病院精神医学，19：35-45，2007

Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, Furuno T, Kishida I, Odawara T, Sugiyama M, Hirayasu Y: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry*, 7, 64 (open access e-journal), 2007

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 著書

河西千秋：わが国の自殺対策・自殺未遂者対策の経緯。（監修：有賀徹、三宅康史）．救急医療における精神症状評価と初期診療：PEECガイドブック．へるす出版 202-206, 2012

河西千秋：自殺事故に関連した医療スタッフのケア。（監修：有賀徹、三宅康史）．救急医療における精神症状評価と初期診療：PEECガイドブック．へるす出版 212-215, 2012

河西千秋：自殺予防対策。（監修：精神科治療学編集委員会）．気分障害の治療ガイドライン．星和書店 332-337, 2012

2) 総説

河西千秋：自殺対策と精神保健．精神神経誌, 2012 ; 114 : 546-547

河西千秋：自殺対策における一般救急医療従事者と精神科救急医療従事者との連携．精神神経誌, 2012 ; 114 : 572-576

河西千秋, 加藤大慈：院内自殺事故の事後

対応．看護管理, 2012 ; 22 : 406-409

河西千秋：自殺予防関連学会参加のすすめ．心と社会, 2012 ; 148 : 90-96

河西千秋：自殺未遂者対策の意義と対策の現状．日本精神科病院雑誌, 2012 ; 31 : 34

河西千秋：わが国の自殺予防対策の経緯と対策の方法論．作業療法ジャーナル, 2012 ; 46 : 1494-1500

河西千秋：ACTION-Jの背景と意義・展望：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試験．救急医学, 2012 ; 36 : 847-850

3) 原著論文

Kaniwa I, Kawanishi C, Suda A, Hirayasu Y: Effects of educating local government officers and healthcare and welfare professionals in suicide prevention. *Int J Environ Res Public Health*, 9, 712-721, 2012.

Doihara C, Kawanishi C, Ohyama N, Yamada T, Nakagawa M, Iwamoto Y, Odawara T, Hirayasu Y: Trait impulsivity in suicide attempters: a preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 66, 529-532, 2012.

Hirata M, Kawanishi C, Oyama N, Miyake Y, Otsuka K, Yamada T, Kishi Y,

Ito H, Arakawa R: Training workshop on caring for suicide attempters implemented by the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 67, 64, 2013.

秋山恵子, 河西千秋, 大山寧寧, 鈴木志麻子, 一青良太, 須田颯, 中川牧子, 大倉よしの, 平安良雄, 白川教人: 初期研修医を対象としたうつ病診療・自殺念慮対応研修. *神奈川精神誌*, 2012 ; 61 : 79-84

## 2. 学会・シンポジウム発表

### 1) シンポジウム・講演

河西千秋 (指定発言者): 自殺急増以降の経年変化に関する再検討: 中高年男性に焦点をあてて. 第31回日本社会精神医学会, 東京, 2012

河西千秋 (シンポジスト): 産業保健と自殺予防: 自殺総合対策大綱の改定をめぐって. 「自殺問題の本質と職域メンタルヘルスの課題」. 第85回日本産業衛生学会, 名古屋, 2012

河西千秋 (オーガナイザー, 座長): 自殺予防のエビデンス. 第9回日本うつ病学会, 東京, 2012

河西千秋 (座長): 自殺予防の基本戦略: メンタルケアの必要性と実践について  
第36回日本自殺予防学会, 東京, 2012

河西千秋 (座長): 若者の「死にたい」を扱

う. 第36回日本自殺予防学会, 東京, 2012

河西千秋 (座長): 一般演題・自殺. 第20回日本精神科救急学会, 奈良, 2012

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（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））  
分担研究報告書

/□□□□□□□□□□□□□□

研究要旨

本邦において、若年の自殺者の増加とその対策が問題視されている。本研究では、精神科救急受診者における若年層の位置づけ、自殺関連行動で受診するものの実態を明らかにすることを目的とした。平成16年4月1日から7年間、岩手医科大学附属病院に併設の1次2次外来と救急センターを受診した若年群（4369件、総件数の35.4%）全体、および自殺関連行動を呈したもの（1188件）の主訴、診断、転帰を調査した。若年群に占める自傷・自殺企図が主訴となっているものは27.2%であり、自殺関連行動群は意識障害、不安状態、抑うつ状態が主要な状態像であり、ICD-10診断としてF4、F3、F2で全体の8割を占めていた。対応としては自殺関連行動を呈しての受診のため意識障害合併例も少なくないため、身体的処置を行う必要があるものが多いが、精神療法的アプローチも重要であることが明らかとなった。転帰として重症者は救急センターへ入院、精神症状が主要である場合には精神科病棟へ入院しており、半数が帰宅となった。入院となるものは、精神科救急受診全体よりも多く、若年群の中でも自殺関連行動を呈する症例は、重症な精神症状と身体合併症がその背景として存在しており、重点的な治療が必要であることを示している。特に、適切な心理的介入をテーマに救急領域において教育的アプローチを行うことが必要と考えられた。

□□□□□□

本邦において、若年の自殺者の増加とその対策が問題視されている。本研究では、精神科救急受診者における若年層の位置づけ、実態を明らかにし、自傷や自殺企図で受診する患者の基礎的資料を提供することを目的とした。

□□□□□□

平成16年4月1日から7年間、岩手医科大学附属病院に併設の1次2次外来と救急センターを受診した精神科救急患者12,342件を母集団とした。そのうち、10代（798件）および20代（3571件）を若年群（4369件、総件数の35.4%）と定義し、救急受診となった

主訴、診断、転帰を調査した。また、若年群の内、自傷、自殺企図等の自殺関連行動を認められた1188件（自殺関連行動群）についても、同様に主訴、診断、転帰を調査した。

診断に関しては国際疾病分類第10改訂版「精神および行動の障害」（以下ICD-10）に基づき、F0〔症状性を含む器質性精神障害〕、F1〔精神作用物質使用による精神および行動の障害〕、F2〔統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害〕、F3〔気分（感情）障害〕、F4〔神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害〕、F5〔生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群〕、F6〔成人の人格および行動の障害〕、及び「その他」に分類した。

(倫理面への配慮)

データは個人が特定可能な項目は除外し、データの管理や処理の過程でも個人情報の保護に配慮した。本研究は岩手医科大学倫理委員会の承認を得ている。

### 1. 精神科救急の総受診者

精神科救急受診者における年代内訳は若年群のうち1次・2次外来受診者 3472 件

(79.5%)、3次外来受診者 897 件 (20.5%) であった。男性は1次・2次外来受診者 748 件 (21.5%)、3次外来受診者 206 件 (23.0%) であった (表 1)。

主訴は身体的愁訴、自殺関連行動、不安の順で多かった (表 2)。受診時 ICD-10 診断 F2、F3、F4 で約 80% を占めていた (表 3)。そして、精神科救急対応における処置としては、精神科救急対応では特に向精神薬投与および精神療法的アプローチが約 40% であり、身体処置も 33.7% と決して低くない割合であった (表 4)。転帰としては帰宅が 75.9% と圧倒的に比率が高かった (表 5)。

表 1. 精神科救急受診者の年代内訳

	1次・2次	3次
10代	612	186
20代	2860	711
30代	2773	522
40代	1864	418
50代	796	424
60代	341	222
70代	283	145
80代	102	68
90代	6	2
合計	9637	2698

表 2. 受診時の主訴内訳、

	度数	%
アルコール	26	0.6
その他	70	1.6
希死念慮	96	2.2
自殺関連行動	1188	27.2
処方切れ	226	5.2
焦燥感	340	7.8
身体的愁訴	1216	27.8
精神運動興奮	126	2.9
精神病症状	169	3.9
不安	588	13.5
不眠	199	4.6
抑うつ状態	125	2.9
合計	4369	100

表 3. 受診時 ICD-10 診断の内訳、

	度数	%
F0	78	1.8
F1	77	1.8
F2	1159	26.5
F3	716	16.4
F4	1678	38.4
F5	34	0.8
F6	283	6.5
F7	173	4
その他	131	3
てんかん	27	0.6
不明	13	0.3
合計	4369	100

表 4. 精神科救急の対応内訳

	N=4369	%
向精神薬投与	1738	39.8
向精神薬処方	1101	25.2
精神療法	1659	38
身体処置	1473	33.7

表 5. 転帰の内訳

	度数	%
その他	10	0.2
外来待機	55	1.3
帰宅	3315	75.9
救急センター入院	212	4.9
死亡	12	0.3
精神科病棟入院	726	16.6
他科受診	7	0.2
他病棟入院	11	0.3
転院	21	0.5
合計	4369	100

2. 自殺関連行動群 (N=1188)

自殺関連行動群は平均年齢は 22.7 歳であり (図 1)、女性の割合が 82.5% と高かった (表 6)。状態像としては抑うつ状態 30.4%、意識障害 28.5%、不安状態 25.4% が多く、受診時 ICD-10 診断では F2、F3、F4 の割合が高かった (表 8)。精神科救急の対応内訳としては (表 9)、薬物療法対応は向精神薬投与 11.3%、向精神薬処方が 7.7% であり、精神療法 33.0% の方が実施されている割合が高かった。また自殺企図者であり、身体処置を要するものが 78.6% と多かった。転帰としては帰宅が 44.9% と高かった。

図 1. 年齢のヒストグラム

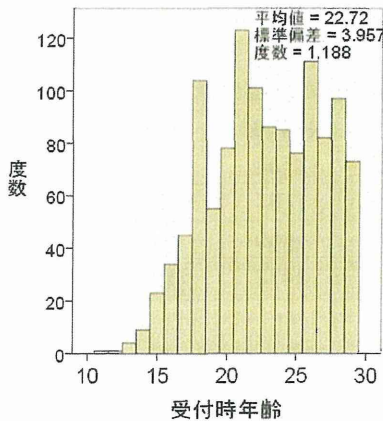


表 6. 性別内訳

	度数	パーセント
女	980	82.5
男	208	17.5
合計	1188	100

表 7. 状態像の内訳

	度数	パーセント
	8	0.7
CPA	6	0.5
アカシジア	1	0.1
もうろう状態	1	0.1
意識障害	341	28.7
易刺激性	3	0.3
解離	1	0.1
幻覚妄想状態	32	2.7
行為障害	1	0.1
困惑状態	1	0.1
昏迷状態	15	1.3
混乱	1	0.1
衝動行為	1	0.1
身体的愁訴	30	2.5
精神運動興奮状態	24	2
不安状態	302	25.4
腹いせ	1	0.1
未記入	1	0.1
薬物中毒	1	0.1
抑うつ状態	365	30.7
躁状態	1	0.1
酩酊状態	51	4.3
合計	1188	100

表 8. 受診時 ICD-10 診断内訳

	□□	□□□□ □
F0	17	1.4
F1	23	1.9
F2	153	12.9
F3	286	24.1
F4	516	43.4
F5	12	1
F6	94	7.9
F7	33	2.8
その他	48	4
てんかん	4	0.3
不明	2	0.2
合計	1188	100

表 9. 精神科救急の対応内訳

	N=1188	%
向精神薬投与	134	11.3
向精神薬処方	92	7.7
精神療法	392	33
身体処置	934	78.6

表 10. 転帰

	度数	パーセント
その他	1	0.1
外来待機	23	1.9
帰宅	533	44.9
救急センター入院	181	15.2
死亡	12	1
精神科病棟入院	425	35.8
他病棟入院	4	0.3
転院	9	0.8
合計	1188	100

□□□□

岩手県盛岡地区における精神科救急受診となったうち、10代および20代で構成される若年群は35.5%、全受診の3分の1を占めていた。若年群に占める自傷・自殺企図が主訴となっているものは27.2%であり、精神科救

急における対応の主たる事案となっていることが明らかとなった。若年群における自殺関連行動群は意識障害、不安状態、抑うつ状態が主要な状態像であり、ICD-10診断としてF4、F3、F2で全体の8割を占めていた。対応としては自殺関連行動を呈しての受診のため意識障害合併例も少なくないため、身体的処置を行う必要があるものが多いが、精神療法的アプローチも重要であることが明らかとなった。転帰としては既遂例も12例認めており、重症者は救急センターへ入院、精神症状が主要である場合には精神科病棟へ入院しており、半数が帰宅となった。入院となるものは、精神科救急受診全体よりも多く、若年群の中でも自殺関連行動を呈する症例は、重症な精神症状と身体合併症がその背景として存在しており、重点的な治療が必要であることを示している。

□□□□

若年の自殺企図者は高齢群と比較すると軽症である割合が高く、精神症状も軽症であることが指摘されている（丸田真樹、岩手医誌、2006）。しかし、精神科救急受診となる若年群の全体において、自殺関連行動が主訴となるものは転帰からみても重篤性のある状態を示している。また、自殺関連行動を呈している場合には、身体処置を呈する必要性があると同時に精神療法的アプローチも求められる。以上から精神科救急や一般救急の領域において、若年の自殺関連行動で受診するものに対する心理的アプローチが課題となっていると考えられた。今後、教育的アプローチとして、若年の自殺の危険性のあるものへの適切な心理的介入をテーマにしていくことが求められると考えられた。

□□□□□□□□

特記事項なし

1. 論文発表
1. Koeda A, Otsuka K, Nakamura H, et al : Characteristics of suicide attempts in patients diagnosed with schizophrenia in comparison with depression: a study of emergency room visit cases in Japan. . Schizophr Res. 2012 Dec;142(1-3):31-9. doi: 10.1016/j.schres.2012.08.029. Epub 2012 Nov 3.
  2. Tomisawa H, Otsuka K, Nakamura H, et al: A study on the relationship between chief complaints of patients presenting to psychiatric emergency services and their diagnoses and outcomes. j iwate med assoc (in press)
  3. Hirata M, Kawanishi C, Oyama N, Miyake Y, Otsuka K, Yamada T, Kishi Y, Ito H, Arakawa R. : Training workshop on caring for suicide attempters implemented by the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2013 Jan;67(1):64.
  4. 大塚耕太郎 : 1 自殺未遂者ケアの現状「ガイドラインに基づく対応」. 救急医学 36 : 751-755, 2012
  5. 岸泰宏、大塚耕太郎 : IV自殺未遂者対策 : これまでの成果と今後の展開「日本総合病院精神医学会」. 救急医学 36:841-843、2012
  6. 大塚耕太郎、酒井明夫、岩戸清香 :【救急に必要な精神科的知識と対応】救急病棟で遭遇する精神症状・精神障害 自殺企図で入院した中毒性精神障害患者への対応 (Q&A/特集) . 救急・集中治療 (1346-0935)24 巻 1-2 Page113-118(2012.02)
  7. 小泉 範高, 大塚 耕太郎, 智田 文徳 : 救急に必要な精神科的知識と対応】救急病棟で遭遇する精神症状・精神障害 興奮状態となった患者への対応(Q&A/特集). 救急・集中治療 (1346-0935)24 巻 1-2 Page75-82(2012.02)
2. 学会発表  
特記なし
- (※予定を含む)
1. 特許取得  
特記なし
  2. 実用新案登録  
特記なし
  3. その他  
特記なし

自殺対策のための人材育成に関する研修及び教育方法の検討

分担研究者：山田光彦、稲垣正俊、米本直裕

研究協力者：川島義高

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター

研究要旨：自殺対策のための人材を育成するための研修・教育を実施するためには、エビデンスに基づき効果が検証された介入法の中で、どの役割を誰が行うかについての検証がまず必要となる。そこで、本年度は、救急医療施設を受診した自損・自傷患者を対象とした介入についてこれまでに報告された無作為化比較試験研究をシステムティックにレビューするための計画を作成し、その実施可能性と意義について検討した。研究データベースを元に予め定めた検索式で検索を行うと同時に、ハンドサーチによる探索を行った結果、救急医療施設を受診した自損・自傷患者を対象とした介入に関する研究がいくつか検索された。これら報告では、様々な背景や根拠に基づき開発された介入法の効果の検証が実施されていた。そこで、システムティックレビューでは、介入法の分類、分類された介入法ごとの開発の根拠となった背景知見、対象者、介入のアドヒアランス、研究の質、アウトカムの種類についてエキスパートによる検討を行うこととした。また、介入ごとに効果に関してメタ解析を実施することとした。来年度は、本システムティックレビューの実施計画を研究登録データベースに登録し、システムティックレビューを実施する予定である。これにより、救急医療施設を受診した自損・自傷患者を対象とした介入について、どの職種がどのような介入を行うのが現時点でエビデンスが高いかについての知見が得られる。結果、自殺対策のための人材を育成するための研修・教育に必要な内容が得られる。

A. 研究目的

わが国では自殺死亡者が毎年3万人を超えた状況が長く続いた。平成24年は警察庁の発表によるとやや減少したものの、未だに高い自殺死亡率が継続している。そのため、自殺死亡率の減少に向けた取り組みが重要かつ緊急の課題となっている。そこで、本研究では、厚生労働省が平成17年度より「自殺対策のための戦略研究」とし

て開始した2つの大型多施設共同研究「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試験」、「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」の成果を一般化し、全国に普及するための研究を行うものである。

本分担研究では、先の2つの自殺対策の

ための戦略研究のうちの一つである「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試験」の介入をより効果的に勝つ安全に実施することを念頭に、これまでに報告された救急医療施設を受診した自損・自傷患者を対象とした無作為化比較試験をシステムティックにレビューすることとした。

今後、救急医療施設を受診した自損・自傷患者に対する効果的で安全な介入の内容や各職種の役割について検討することができ、ひいては、わが国の自殺対策を担う人材の育成のための研修・教育に資する情報となる。

## B. 研究方法

先の「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」に関わった研究者が1ヶ月に1度程度集まり、研究の方向性を定めた。また、本研究事業の主任研究者および他の分担研究者と毎週議論を重ね、具体的な計画の策定を行った。

### (倫理面への配慮)

本年度は、研究計画の作成のため、倫理審査委員会等での新佐藤は実施していない。また、個人情報保護や、臨床研究に関する指針、疫学研究に関する指針等、該当する指針等はない。

## C. 研究結果

以下に、これまでに検討されている研究計画の概要を示す。以下の概要は今後変更される可能性がある。研究計画データベースに登録するまでに最終的な計画を作成す

る。

研究の選択基準として、1) 1ヶ月内に自殺企図及び自傷を行った患者を組み入れた研究、2) 救急医療施設もしくは中毒センター受診の患者を組み入れた研究、3) 無作為化比較試験研究とする。研究の除外基準として、1) 身体的治療のみを目的とした介入を検討した研究、2) 結果の提示のない研究（研究プロトコル論文等）、3) 英語以外の言語で記述された論文、としている。

論文の検索に使用するデータベースは以下のデータベースを利用する。PubMed

(1949以降のデータが含まれるデータベース)、PsycINFO (1806以降のデータが含まれるデータベース)、CINAHL (1981以降のデータが含まれるデータベース)、EMBASE (1974以降のデータが含まれるデータベース)を用いる。

検索式は、各データベースの仕様により修正するが、「((suicid\*) OR (self-harm\*) OR (self harm\*) OR (self-poison\*) OR (overdose\*) OR (self-injurious\*)) AND ((randomiz\*) OR (randomis\*))」とする。

上記の方法によりシステムティックに収集された論文は、タイトル、抄録を基に研究者が除外基準に従い選択・除外を行う。タイトル、抄録を基に選択された論文を更に、論文全体を詳細に検討し、2名以上の研究者が上記の選択基準・除外基準に従い、選択・除外を行う。これら作業と同時に、数名の研究者が、選択された研究に引用された論文やその他のレビュー論文に引用された論文等からハンドサーチにより選択・除外基準を基に論文を探索する。

上記作業により選択された論文に関して、介入法の分類、分類された介入法ごとの開

発の根拠となった背景知見、対象者、介入のアドヒアランス、研究の質、アウトカムの種類について複数の研究者が検討を行う。また、また、介入法ごと、対象者ごとに効果に関してメタ解析を実施する。

予備的に検索式に基づきデータベースで検索し、上記の手順に従い論文を抽出した所 20 報以上の論文が抽出された。よって、計画通り、レビューが可能と判断している。

#### D. 考察

本研究の実施により、自損・自傷のために救急医療施設を受診した患者に対する介入にかんする、これまでに蓄積された知見を概観することが可能となる。これにより、わが国で実施された「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」と同時に、これまでの自殺催奇と防止に関する知見が得られ、わが国の自殺対策に関わる人材を育成する際に必要な介入モデルや各職種の担うべき役割等が明確になる。

#### E. 結論

来年度以降、システマティックレビューの研究計画を完成させ、実施し、結果を得ることが可能となる。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

#### G. 研究発表

1. Inagaki M, Ohtsuki T, Yonemoto N, Oikawa Y, Kurosawa M, Muramatsu K, Furukawa TA, Yamada M. Prevalence of depression among outpatients visiting a general internal medicine polyclinic in rural Japan. *General Hospital Psychiatry*. in press.
2. Ohtsuki T, Kodaka M, Sakai R, Ishikura F, Watanabe Y, Mann A, Haddad M, Yamada M, Inagaki M. Attitudes toward depression among Japanese non-psychiatric medical doctors: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2012 Aug 16;5:441.
3. Kodaka M, Inagaki M, Postuvan V, Yamada M. Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide. *Int J Soc Psychiatry*. 2012 Apr 9. [Epub ahead of print]

#### H. 知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。）

なし。

厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））

自殺対策のための効果的な介入手法の普及に関する研究

平成 24 年分担研究報告書

広域医療過疎地域における自殺未遂者への支援方法の検討

研究分担者 黒澤美枝 岩手県精神保健福祉センター所長

研究協力者 小井田潤一 岩手県立一戸病院 副院長  
稲垣正俊 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
精神薬理研究部 室長

#### 研究要旨

【目的】広域医療過疎地域において、病院と行政の連携による自殺未遂者への支援方法の検討を行う。【方法】岩手県内陸北部に位置する二戸医療圏の3つの救急基幹病院救急外来を受診した自殺未遂者を対象に、病院から相談勧奨のリーフレットを配布し、リーフレットを見て行政相談機関である岩手県精神保健福祉センターの専用電話に相談した患者にケアマネジメントを行い、その後電話によりサポートコール（安否確認とフォロー）を行う。24年度は、①救急基幹病院、精神保健福祉センター、4地域保健センター、保健所の連携による未遂者支援体制の検討、②24年1月から12月までの期間に精神保健福祉センターに自殺企図と希死念慮で相談電話をした者を対象に、25年1月に電話による安否確認とケアマネジメントを試行、行政相談機関による対応方法や電話による安否確認の方法について整理。③救急基幹病院の1つであり精神科を併設する一戸病院救急外来を24年1月から12月までの期間に受診した自殺未遂者36人に、病院職員から相談勧奨のリーフレットを郵送配布し、リーフレットを見て精神保健福祉センター内の専用電話にアクセスした患者に対してケアマネジメントを実施、さらに25年1月にサポートコールを実施し転帰を確認した。【結果】関係機関間で連携体制をつくり未遂者への支援を実施した。36人中20人に相談勧奨が行われ、16人は入院中等の理由から除外された。ケアマネジメントの利用につながりサポートコールした対象者12人の転帰は、死亡者は0人、再企図者0人、安否不明者は2人であった。岩手県精神保健福祉センター相談未遂者17人の安否確認では、死亡者は0人、再企図者は2人であった。【考察】次年度は、病院内の調整員配置や、同保健医療圏の他の常勤精神科医が不在の2救急基幹病院との連携など、より効率的な支援方法について引き続き検討する。【結論】広域医療過疎地域において、本研究による、救急基幹病院、精神保健福祉センター、行政との連携に基づいた自殺未遂者への支援方法は実行可能であることが確認された。実施にあたっての問題点や今後の方向性について指摘した。

## A. 研究目的

自殺未遂の既往は自殺既遂の最大の危険因子とされ、研究レベルでは ACTION-J などの成果が徐々に蓄積されているが、精神科医が不在の救急病院や、医療過疎や精神医療資源が十分でない地域単位の介入の場合、技術面のみならずマンパワーが問題となる。

自殺総合対策大綱でも地域による未遂者ケアを掲げており、行政のアクションが求められている状況にあるが、具体的にこうした研究成果を、現実的な地域保健や臨床の場でどのように援用するかは十分に検討されておらず、医療従事者以外はイメージを持つ事すら困難である。本研究は、広域医療過疎地域において病院と行政の連携による自殺未遂者への支援方法の検討を行うことである。

## B. 研究方法

### 1. 対象と地域背景

本研究の対象は、岩手県内陸北部に位置する二戸医療圏の3救急基幹病院救急外来を受診した自殺未遂者（H24年49人）である。対象の居住地域の背景（表1）には、広域、過疎化の進行、医療資源の不足等の特性があり、地域の精神保健課題は自殺である。自殺死亡率は過去20年間全国でもワースト上位であり、平成21年は47.5（10万対）である。自殺対策のプロジェクトは、このような医療資源不足を考慮して、住民活動や保健福祉活動によるものが中核となってきた。当方が所属する岩手県精神保健

福祉センターでは、NOCOMIT-Jを基盤とした、6つの骨子（一次予防、二次予防、三次予防、職域へのとりくみ、精神疾患へのとりくみ、ネットワークづくり）からなる郡部の自殺対策包括プログラム「久慈モデル」を、岩手県内33市町村のうち同地域を含めた28市町村に推進している。地域の自殺対策活動の進捗は、キャンペーンや啓発普及の実施→体制連携整備→相談事例の検討、といったフェーズを経ていくが、同地域には協議会が設置され、第3フェーズへの移行期にあり、実務者レベルのネットワークや具体的な事例検討の実施が課題となっていた。その後2011年3月11日に東日本大震災が発生し、その復興対応により保健活動は停止していたが、2012年4月には再開している。また、災害後の自殺者数については、県全体では減少傾向にあるが、二戸医療圏では減少は見られず、今後も災害による精神健康の影響に関しては留意が必要な状況である。

### 2. 方法

24年度は、以下を実施した。

1) まず、二戸医療圏の3救急基幹病院、地域4保健センター、二戸保健所と岩手県精神保健福祉センター間で、医療従事者、事務従事者を含めた打ち合わせを行い、各機関の連携による未遂者支援体制を検討した。関係者計203人に研修をおこない理解を深めた。自殺未遂者台帳を作成し、各病院職員による対象者の記録を可能にした（資料参照）。岩手県精神保健福祉センターは、精神科医、臨床心理士、保健師など

の職員が従事する行政相談機関であり、二戸医療圏から約 80km 離れた場所に位置する。同職員によって、未遂者からの相談対応とケアマネジメント（サポートダイヤル）及び安否確認とフォロー（サポートコール）を行うために、センター内に事業専用の電話を設置した。

2) 24 年 1 月から 12 月までの期間に、岩手県精神保健福祉センターに自殺企図と希死念慮で相談電話をした者を対象に、25 年 1 月に、同センター職員 3 名から電話による安否確認とケアマネジメントを試行した。

3) 続いて、救急基幹病院であり精神科が併設されている一戸病院救急外来を、24 年 1 月から 12 月までの期間に受診し自殺未遂者台帳に記録された自殺未遂者を対象に、病院職員から相談勧奨のリーフレット（資料 1）を郵送配布し、リーフレットを見て岩手県精神保健福祉センター内の専用電話（サポートダイヤル）にアクセスした患者に対してケアマネジメントを実施した。ケアマネジメントを実施した患者に対して 25 年 1 月に岩手県精神保健福祉センター職員から安否確認とフォローの電話（サポートコール）を行った。

（倫理面への配慮）

通常の臨床活動、保健活動を基盤として実施し、疫学研究に関する倫理指針を遵守した。

## C. 結果

1) 地域救急基幹病院、精神保健福祉センター、保健所、市町村と連携体制をつくり未遂者支援を実施した（図）。

2) 岩手県精神保健福祉センターの相談者

に対してサポートコールを試行し、サポートダイヤルの対応の結果を含めて、添付資料 2, 3 を作成し、行政相談機関による対応方法や電話による安否確認の方法について整理した。サポートダイヤルの利用者は、社会経済的な問題を抱えてる場合もあり、費用負担の面から当センターからのかけ直しを希望するケースもあった。

サポートコールをする際は、本来の活動の意味である「心配である」旨をきちんと伝え、本人の話したいタイミングを尊重し、信頼をつくる事で、よりスムーズな実施が可能となった。

3) 一戸病院内の自殺未遂者支援状況と転帰は表 2, 3 のとおりである。期間中、病院からのリーフレット配布による相談勧奨は、自殺未遂者台帳 36 人中 20 人であった。16 人は入院中等の判断で除外された。相談勧奨した 20 人中、地域でケアマネジメントが行われサポートコールの同意が得られた者、サポートダイヤルを利用してケアマネジメントを利用した者は合計 12 人であった。12 人全てに精神保健福祉センターからのサポートコールを行った。その結果、県外への転居のため家族や知人のみの確認となり安否不明な者は 2 人、死亡者と再企図者はともに 0 人であった。調査期間内に再企図のあったものは 36 人中 3 人で、うち 1 人は既遂にいたっている。

## D. 考察

救急基幹病院、精神保健福祉センター、行政との連携により、自殺未遂者への相談勧奨からケアマネジメントの実施が可能となった。実施にあたっては、体制作り以最

も労力が必要となった。病院内での技術的な面には問題はなかったが、事務サイドとの共有化は進捗に関わる要因としては最も大きかった。この他調整にあたる精神保健福祉センターの物理的移動の困難も、効率性や進捗に関わる要因の1つとなった。本研究の意義の1つには、病院医療従事者への負担を軽減し、行政と連携することで、広く対象者のケアマネジメントを行う点があげられる。具体的な病院職員の負担は、1か月に数件の自殺未遂者情報の台帳への記録と、その者へのリーフレットの郵送を予定していた。しかし実際の支援やケアマネジメントは、地域全体の情報や病院内の情報の共有化やすり合わせの上対応する事で効果があがるため、調整業務の依頼も必要となった。一方、本介入開始以降、一戸病院内で未遂者を対象としたクリティカルパスの導入が開始されるなどのプラスの波及効果が見られている。

この他地域では、既存の自殺対策事業や自殺対策協議会の場合を利用しての研修会や事例検討会の実施、保健師の訪問、福祉機関やボランティアとの連携等、組織的レベルの自立発展性を考える視点において良い状況が見られているといえる。地域相談機関の技術的レベルでは、例えば「相談対応＝保健センター」「自傷対応＝保健所」「困難事例対応＝精神保健福祉センター」等の強固な役割意識や、人事異動によるスキル蓄積の困難、ケアの優先順位を立てる事の不得手等が影響して、現実的な事例の調整・対応者が不在になり、モニタリングや長期的支援が困難になる点が懸念事項である。

ケアマネジメントが行われサポートコー

ルした対象者に再企図は見られなかったが、今回は「自殺未遂者」以上の患者選択はしておらず、サポートコールの時期にはばらつきがあり、結果は短期的試行に限定されている。本研究の意義は、現実的な臨床現場と地域保健現場に沿った形で自殺未遂者への介入ノウハウを実践していく点でもあるが、自殺率を含めて長期的な評価、地域レベルの評価は必要である。

次年度は、病院内の調整員配置や、同保健医療圏の他の精神科が併設されていない2救急基幹病院との連携など、より負担なく効率的な支援方法について引き続き検討する。

## E. 結論

広域医療過疎地域において、本研究による救急基幹病院、精神保健福祉センター、行政との連携に基づいた自殺未遂者への支援方法は実行可能であることが確認された。実施にあたっての問題点や今後の方向性について指摘した。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文

黒澤美枝：東日本大震災と精神保健福祉活動の継続。精神障害とリハビリテーション 32号（16巻2号）：114-118,2012.

伊藤弘人，黒澤美枝，加藤寛，他：分担研究者報告：災害メンタルヘルス体制について