

	3) 救急医療部門におけるケース・マネージメント ①初期介入 ②情報収集とアセスメント ③心理教育 ④精神科受療の支援とかかりつけ医との調整 ⑤生活問題解決のための情報提供と地域ケアの導入		「希死念慮が残存している場合は、精神科への転科転棟や精神科病院へ転院を進める」ことを口頭で追加説明する。		
15:35-15:45 (10分)	4) フェイスシート、初回面接シートの説明	平野	フェイスシートと初回面接シートの各項目を読み上げて、各項目に何を記入するかを伝える。		
15:45-15:50	休憩(5分)				
15:50-17:45 (計115分) 休憩は各々で合間に取る (10分)  RP1-1+RP1-2 (計40分) RP1-3 (35分)  (15分) (15分)	7.[RP1] 初回面接のロールプレイ  オリエンテーション、進め方の説明、症例の黙読  1) ロールプレイ RP1-1:初回面接 RP1-2:初回面接シート作成 RP1-3:プランニング  2) 発表(5分×3グループ) 3) 解説と質疑応答	司会 平野  ファミリ 安東 大高 丹羽  3Cmmttor 大塚 杉本 衛藤	症例 B(うつ病)について3人(患者役(ファミリ)、聞き取り CM 役、シート記入CM役)1グループ(合計3グループ)でRP1-1 から RP1-3 を行う。患者役と CM 役は配布された台本のセリフ通りに行う。  CM 役は「救急センターカルテ情報」「診療情報提供書」「台本」「初回面接シート」「記入用紙」を読み理解する。台本は、シートの空いている箇所(黄色マーク)の情報が面接を通して集められるようになっている。シート記入 CM 役は、面接を聴きながらシートを埋める。聞き取り役 CM も面接を進めながら埋める。プランニングは、シートの情報を基に、グループ内(CM2人)で検討し、記入用紙の各項目のポイントを読みながら意見を出し合い、書き出す。時間配分は臨床実践を意識する。目安は RP1-1 と 1-2 で 40分、RP1-3 で 20分。発表後に「記入例」を配布し、適切なアセスメントとプランニングについて解説する。	[RP1] 救急センターカルテ情報 [RP1] 診療情報提供書 [RP1] プランニング記入用紙 [RP1] 初回面接シート [RP1] プランニング記入例 [RP1] 台本 [RP1] 模擬患者ルール [RP1,2,GW2] 症例 B 全概要 [RP1] 初回面接のロールプレイ & グループワーク(教示用 PPT)	P19-24
17:45-18:00 (15分)	8.1 日目閉会挨拶 意見交換	河西・山田(光)	明日の予定 1日目についてフィードバックしてもらう		P25

研修 2 日目 9:00 から 17:00 まで

時間	講義名	講師	内容	教材	ファシリ マニュアル
9:00-9:05 (5分)	9.挨拶	河西	昨日は基礎的学習とプラン立案。今日は心理教育、定期面接の 実践、危機的事態への対応について学ぶことを説明する。	教材不要	P26
9:05-10:10 (65分)	10.心理教育	大塚	心理教育と社会資源の講義(20分)後、ロールプレイ。3人1組 で全員実践練習。(15分×3人で合計45分)	「心理教育」	P27-28
10:10-10:15	休憩(5分)				
10:15-10:50 (計35分) (25分)	11.[講義4] 退院後のケース・マネ ージメント 1) ①面接スケジュール ②アセスメントとマネジメント ③受療中断者への受療促進 ④終結例	衛藤	前日に提示した症例Aの流れを再度提示し、さらに各シートを見 せながら講義する。 ④終結例は症例Aの8週目定期面接を提示して、うまくいった例 を紹介する。	「退院後のケース・マネージメン ト」 [RP2] ケース・マネージメント面 接シート	P29-30
(10分)	2) CM 面接シートの説明	平野	シートの各項目を説明する。		
10:50-11:00	休憩(10分)				
11:00-12:50 (計110分) (5分)	12.[RP2] 退院後のケース・マネー ジメント面接のロールプレイ  オリエンテーション 進め方の説明と症例の黙読	司会進行 平野  ファシリ 安東 大高 丹羽	CM 役は RP1 と役割を変えて RP2-1 から RP2-3 を行う。RP1 と 同様に台本のセリフ通りを行う。CM 役は、「台本」「CM 面接シ ート」「記入用紙」を読み理解する。シート記入 CM 役は、面接を 聴きながらシートを埋める。聞き取り役 CM も面接を進めながら埋 める。プランニングは、シートの情報に基づきグループ内(CM2 人 で)で検討し、記入用紙の各項目ポイントを参考に意見を出し合 い書き出す。時間配分は臨床実践を意識する。(計60分)。発表 後に「記入例」を配布して解説する。	[RP2] プランニング記入用紙 [RP2] ケース・マネージメント面 接シート [RP2] プランニング記入例 [RP2] 台本 [RP1,2,GW2] 症例 B 全概要 [RP2] 退院後のケース・マネー ジメント(教示用 PPT)	P31-36
RP2-1+RP2-2 (40分)	1) ロールプレイ RP2-1:CM 面接				
RP2-3 (35分)	RP2-2:CM 面接シート作成 RP2-3:今後のプランニング	3Cmmtor			
(15分)	2) 発表(5分×3グループ)				
(15分)	3) 解説と質疑応答				

12:50-13:40	お昼休み(50分)			
13:40-14:00	13.午前のまとめ、意見交換	河西	午前のまとめ、午後の予定、AMの内容(分かりやすさ等)、進行(スピード、教示)等について参加者と検討する。	P37
14:00-15:15 (計75分)	14.[GW2] 事例から学ぶインシデント対応	総合司会 河西	症例Bが自己中断した後に、自殺念慮、うつ状態が再発していると家族から情報を得た時の対応について学ぶ。	P38-41
14:00-14:05 (5分)	1) 症例Bのインシデント GW2-1-1: 症例提示	司会進行 山田(妃)	「症例Bインシデント発生までの概要」を読み、症例Bの概要とインシデント内容を理解する。その後、「症例Bインシデント記入用紙」を読みながら具体的な対応をグループで検討する。	[GW2] 症例Bインシデント発生までの概要 [GW2] 症例Bインシデント記入用紙
14:05-14:55 (50分)	GW2-1-2: インシデント対応	発表 池下・松尾		[GW2] 症例Bインシデント対応 [GW2] 事例から学ぶインシデント対応(教示用PPT)
14:55-15:00 (5分)	発表			[RP1,2,GW2] 症例B全概要
15:00-15:15 (15分)	GW2-1-3: インシデント対応解説	3Cmnttor	解説の時間で「症例Bインシデント対応」を配布し、コメントーターが適切なインシデント対応について解説する。	
15:15-15:25	休憩(10分)			
15:25-15:45 (20分)	15.[講義5] 遺された人の心理(ポストベンション)	太刀川	正しい知識を獲得してもらうための講義を行う。参考図書を紹介する。	「遺された人の心理」 P42
15:45-16:00 (15分)	16.[講義6] セルフケア	池下	対人支援職としてのセルフケアとチーム医療の在り方について講義を行う。	「セルフケア」 P43
16:00-16:20 (20分)	17.アンケート記入	全員	事後アンケートを実施、回収する(20分)。	[T]posttest P44
16:20-17:00 (40分)	18. 受講証付与、終了の挨拶、意見交換	河西・山田(光)	研修受講証を付与後、終了の挨拶をする(10分)。 2日の研修についてフィードバックをしてもらう(30分)。	受講証 P45

2014年2月28日

平成25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)

# 自殺対策のための効果的な介入 手法の普及に関する研究

国立精神・神経医療研究センター 山田光彦

横浜市立大学

平安良雄

岩手県精神保健福祉センター

黒澤美枝

横浜市立大学

河西千秋

国立精神・神経医療研究センター

米本直裕

国立精神・神経医療研究センター

大野 裕

奈良県立医科大学

池下克実

岩手医科大学

酒井明夫

福岡大学

衛藤暢明

岩手医科大学

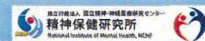
大塚耕太郎

筑波大学

太刀川弘和

岡山大学

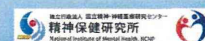
稲垣正俊



## 研究課題の目的

我が国の自殺死亡者数は平成9年まで2万5千人前後で推移していたが、平成10年に急騰した。平成24年には3万人を下回ったものの、現在も高い水準で推移しており、自殺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。

本課題では、厚生労働省が「自殺対策のための戦略研究」として実施した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研究(ACTION-J)」「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)」の結果の公開を進めるとともに、その成果を一般化し普及するための検討を平成24年度に引き続き行った。



## 戦略研究課題の実施体制

### ●「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:

岩手医科大学医学部神経精神科学講座 教授 酒井 明夫

**NOCOMIT-J**

事務局長:

岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座 教授 大塚耕太郎

### ●「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)」

研究リーダー:

横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長 平安 良雄

研究顧問:

昭和大学病院 病院長 有賀 徹

事務局長:

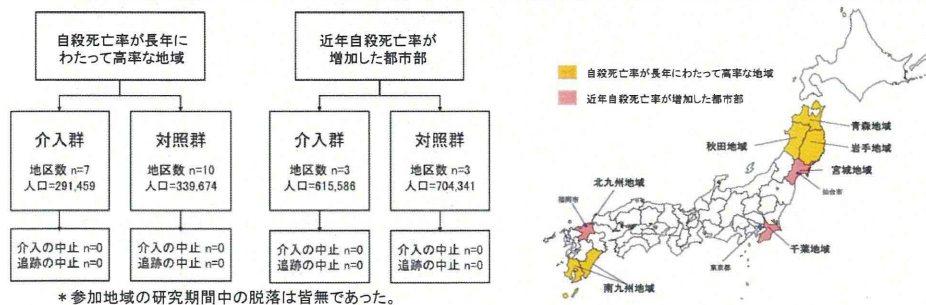
横浜市立大学医学群健康増進科学 教授 河西 千秋

**ACTION-J**



## NOCOMIT-J の成果にもとづく効果的な介入手法の普及に関する研究(1)

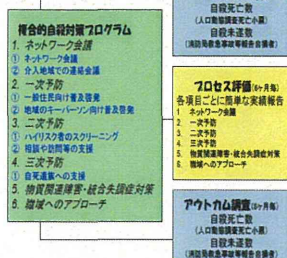
- 自殺死亡率が長年にわたって高率な地域(青森地域、秋田地域、岩手地域、南九州地域の4地域11地区:人口631,133)、及び、近年自殺死亡率が増加した都市部(仙台地域、千葉地域、北九州地域の3地域6地区:人口1,319,972)を、それぞれ設定した。ベースラインデータを解析した結果、介入群と対照群の比較可能性が保たれていることが確認された。
- 研究計画書に定められた通り、人口規模200万人を対象とする地域介入を完遂した。これまでに、ベースラインデータ、介入プロセスデータ、自殺死亡及び救急搬送に関わるアウトカムデータを収集し、解析を完了した。
- 複合的自殺予防対策プログラムの効果は、介入群と対照群における、性、年齢、地域、時期および交互作用を調整した率比を比較した。さらに、性、年齢の各群に層別化して比較した。



## NOCOMIT-J の成果にもとづく効果的な介入手法の普及に関する研究(2)

○介入地区においては、試験介入として、研究班が計画した複合的自殺予防対策プログラムの実施を各地域自治体に依頼した。各地域自治体は、研究班が開発した介入プログラム手順書に基づき、地域保健事業として自殺対策プログラムを実施した。対照地区においては、一般的に行われる通常の自殺予防対策を実施した。  
○介入プログラムは厚生労働省ホームページで公開(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/index.html>)。

### 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)



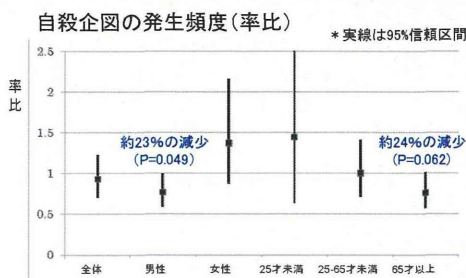
❖ 本研究参加地域において、地域自治体、民間団体、自殺対策研究者らにより築き上げられたネットワークは、自殺対策に留まらず地域の社会作りに貢献した。

5

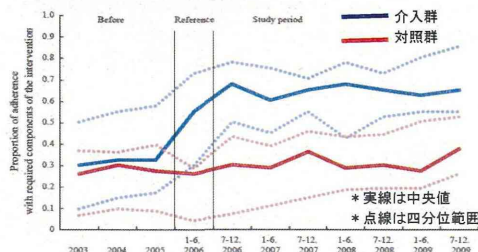
## NOCOMIT-J の成果にもとづく効果的な介入手法の普及に関する研究(3)

○自殺死亡率が長年にわたって高率な地域の介入群でのプログラム実施率は、対照群よりも高かった(右図  $p=0.0056$ )。そのため、こうした地域での複合的地域介入プログラムの実施可能性が確認された。  
○自殺死亡率が長年にわたって高率な地域では、対象者全体に対して自殺企図発生頻度の有意な減少は見られなかったが(左図  $p=0.598$ )、男性に限ると約23%の減少効果が明確となり( $p=0.0485$ )、強い予防効果が明らかとなった。

### 主要評価項目: 男性の自殺企図発生頻度が約 23% 減少



### 介入実施率の経時的変化

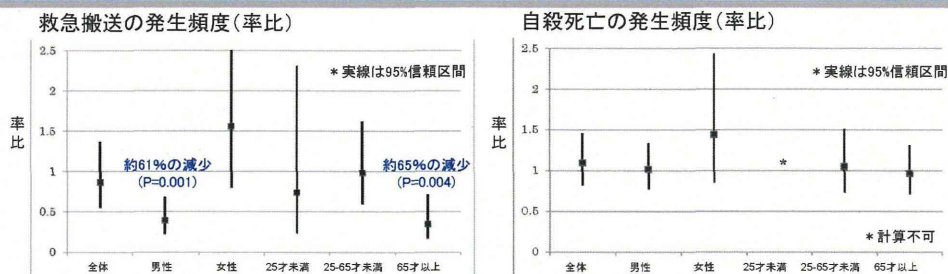


❖ 65才以上の高齢者においても、約24%の自殺企図発生頻度の減少効果が示唆された( $p=0.06$ )。  
❖ 築き上げられた地域ネットワークは、自殺対策に留まらず地域の社会作りに貢献している。

6

## NOCOMIT-J の成果にもとづく効果的な介入手法の普及に関する研究(4)

- 本研究の結果、自損行為(重症～中等症)による救急搬送の発生予防効果は、男性と65才以上の高齢者において60%を超える強力なもので、救急医療施設における医療経済的負担が大きく減少したことが明らかとなった。(左図)。
- 一方、自殺死亡発生率は、対照地域と有意な差はなく(右図  $p=0.550$ )、男性と65才以上の高齢者においても同様であった。この結果は、致死率の高い状況で自殺未遂を図るハイリスクグループの存在を示唆している。



### 副次評価項目: 男性と高齢者の自損による救急搬送が約 60% 減少

- ❖ 本研究の結果は、男性と65才以上の高齢者の心理・社会的問題を背景とした苦悩が大きく減少したことを示唆している。
- ❖ また、自殺死亡発生率を減少させるためには、ハイリスクアプローチによる対策を開発し実施する必要性が示唆された。
- ❖ 一方、地域差の大きな女性と、イベント発生数が少ない若年者では効果は不明確であり、更なる検討が望まれる。

7

## 東日本大震災大津波(M9.0)後の介入地域

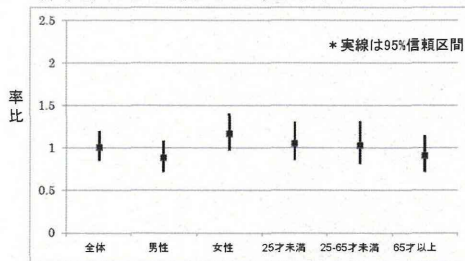


- ❖ 平成23年の震災の際には東北地方の研究参加地域において、直後の危機介入から、その後の復興に際しての地域住民の心の健康の維持のために、大きく役立った。
- ❖ NOCOMIT-Jでの取り組みは、地域作りを柱とした精神保健プロモーションとして、岩手県や宮城県などの被災地支援のモデルとしての役割を果たしている。

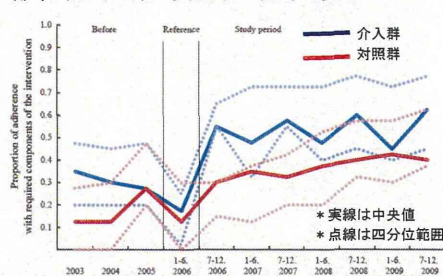
## NOCOMIT-J の成果にもとづく効果的な介入手法の普及に関する研究(5)

○一方、近年自殺死亡率が増加した都市部の自殺企図(主要評価項目)の発生率は、対照地域と比較して有意な差は見られなく(左図  $p=0.961$ )、いずれのサブグループにおいても同様であった。

都市部地域: 自殺企図の頻度(率比)



都市部地域: 介入実施率の経時的変化



- ❖ 都市部地域での介入プログラム実施率は対照地区を上回っていたものの有意な差はなかった(右図)。複合的な地域介入を都市部で実施する際の困難さには、人的資源や地域におけるネットワークの不足など地域特性が影響している可能性が考えられたが、精神障害者支援などの対象を絞ったハイリスクアプローチを積み重ねる必要があるかも知れない。
- ❖ 本研究により、自殺企図予防効果は、性別・世代、地域の特性によって異なることが明らかになり、科学的根拠に基づく自殺対策の政策立案の必要性が示された。

9

## 第27回国際自殺予防学会にて報告

タイトル: Best Practice Elements Of Multilevel Community Interventions For Suicide Prevention And Their Limitations.

座長: Prof. Ulrich Hegerl (University of Leipzig, Germany)  
Dr. Mitsuhiro Yamada (NCNP, Japan)

1. Prof. Marco Sarchiapone, University of Molise, Italy  
Best practice elements of multilevel community interventions for suicide prevention: An update.
2. Prof. Ulrich Hegerl, University of Leipzig, Germany  
Optimizing suicide prevention programmes and their implementation (OSPI) in Europe.
3. Prof. Kotaro Otsuka, Iwate Medical University, Japan  
A community intervention trial of multimodal suicide prevention program: a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt, NOCOMIT-J.
4. Dr. Mitsuhiro Yamada, NCNP, Japan  
National policy initiatives for suicide prevention: a comparative study between New Zealand and Japan.

The XXVII World Congress of  
THE INTERNATIONAL ASSOCIATION  
FOR SUICIDE PREVENTION

Preventing suicidal behaviour on five continents –  
Innovative treatments and interventions

SEPTEMBER 24.-26. 2013  
RADISSON BLU PLAZA HOTEL  
OSLO/NORWAY

IASP OSLO 2013

10



# 戦略研究課題の実施体制

## ●「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：  
 岩手医科大学医学部神経精神科学講座 教授 酒井 明夫  
 事務局長：  
 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座 教授 大塚耕太郎



## ●「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)」

研究リーダー：  
 横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長 平安 良雄  
 研究顧問：  
 昭和大学病院 病院長 有賀 徹  
 事務局長：  
 横浜市立大学医学群健康増進科学 教授 河西 千秋



# ACTION-J の成果にもとづく効果的な介入手法の普及に関する研究(1)

- 本研究では、救急施設に搬送された自殺企図者に対する複合的ケース・マネージメントの自殺企図再発防止効果を検証した。
- 登録期間中に搬送された全自殺企図者数は、6123名(約18%は搬送後死亡)であった。生存例の約44%が適格基準を満たしていたが、同意説明を実施できた1267名のうち、同意を得た914症例(目標数842名の108.6%)を登録した。
- 研究計画書に定められた通り、ベースラインデータ、介入プロセスデータ、アウトカムデータを全て収集し、解析を完了した。

### 【施設参加要件】

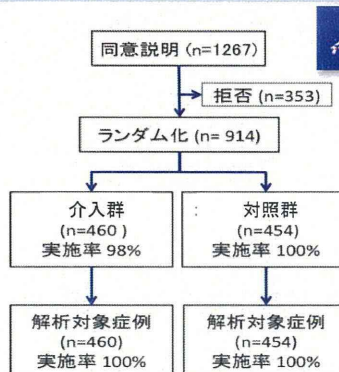
1. 救急部門と精神科との連携基盤がすでにあり、救急部門において精神医学的介入が可能であること。
2. 登録期間内に、選択基準に照らして適格な対象者を、研究参加の同意を得て登録し、研究終了時点まで追跡調査を継続することが可能であること。

### 【選択基準】

- 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) 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者

### 【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

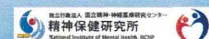


### 【研究参加施設】

- 横浜市立総合医療センター
- 日本医科大学
- 岩手医科大学
- 北里大学
- 国立大阪医療センター
- 国立水戸医療センター
- 奈良県立医科大学
- 大分大学
- 厚生連鶴見病院
- 関西医科大学
- 近畿大学
- 埼玉医科大学
- 埼玉医科大学総合医療センター
- 昭和大学
- 福岡大学
- 筑波メディカルセンター
- 藤田保健衛生大学

### 【データセンター】

- 国立国際医療研究センター
- JCRAC/DMC



## 第27回国際自殺予防学会にて報告

タイトル： Fighting Against Suicide With Evidence! : Effective Intervention For Suicide Attempters, A High Risk Approach.

座長： Prof. Merete Nordentoft (University of Copenhagen, Denmark)  
Dr. Mitsuhiro Yamada (NCNP, Japan)

1. Mr. Naohiro Yonemoto, NCNP, Japan  
Effective interventions for suicide attempters after discharge from emergency unit: a systematic review.
2. Dr. Britt Reuter Morthorst, University of Copenhagen, Denmark  
Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID-trial: a randomized controlled trial.
3. Prof. Chiaki Kawanishi, Yokohama City University, Japan  
ACTION-J: A randomized, controlled, multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts.
4. Prof. Nav Kapur, University of Manchester, UK  
The Impact Of Policy Initiatives On Self-harm.

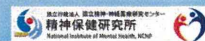
The XXVII World Congress of  
THE INTERNATIONAL ASSOCIATION  
FOR SUICIDE PREVENTION

Preventing suicidal behaviour on five continents –  
Innovative treatments and interventions

SEPTEMBER 24.-28. 2013  
RADISSON BLU PLAZA HOTEL  
OSLO/NORWAY

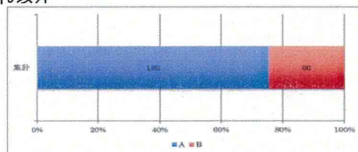
IASP OSLO 2013

13



## 救命救急センターの現状

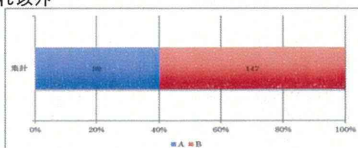
A 精神的疾患を伴う患者が搬送された時に、常時院内の精神科医が直接診察するか、救命救急センターの医師が昼夜を問わず精神科医に相談できる体制になっている  
B それ以外



- 院内に精神科病床があるか？
- 救急センターに精神科医が常駐しているか？
- 院外の精神科医による相談体制はどうか？



A 「院内外の連携を推進し、転院・転棟の調整を行う者」を救命救急センターに専従で配置している  
B それ以外



- ほとんどがMSWであり、PSWや社会福祉士、臨床心理士など、自殺未遂者対応の専門職ではない。
- 医師も含め、有資格者であっても、自殺未遂者に対応するためには、専門のトレーニングが必要。

\* 平成22年度評価から新たな方法で充実段階評価を実施(厚生労働省医政局指導課長通知医政指発第331001号)  
\* 平成24年救命救急センターの現状(厚生労働省)より

14

