

Yonemitsu K, Ogawa T, Shimahara Y, Wakai T, Maeno Y, Ohnishi M, Haku K, Nishino M, Kinoshita Y, Sadamitsu D, 2009. *Kyūmei kyūkyū sentā ni okeru jisatsu kitosha eno seishinka teki taiō no mondai ten –shudan betsu rinshō chōsa yori–*. Journal of Japanese Society for Emergency Medicine 12(4), 437-442. (in Japanese)

Yoshida M, Kaneko M, 1991. Present situation of suicide attempter transferred to the critical care medical department of the Sapporo Medical College. The Japanese Journal of Acute Medicine 15 (6):642-3. (in Japanese)

IV 自殺未遂者対策：これまでの成果と今後の展開

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 (ACTION-J)

A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J) : Background, principle, and perspectives

河西 千秋*

Chiaki Kawanishi

◆key words：自殺予防対策，自殺未遂者，救命救急センター，無作為化比較試験，ケース・マネジメント

自殺未遂と自殺予防

わが国で、1998（平成10）年に自殺者数が前年よりも30%以上激増（24391人から32863人）するという異常事態が発生して以来、自殺者数は年間3万人を超え続けている。2006（平成18）年には自殺対策基本法案が議員立法により国会で成立、施行され、2007（平成19）年には政府が自殺総合対策大綱¹⁾を発表、自殺予防対策が国そして地方公共団体の責務となり、取り組むべき課題リストが示された。

自殺総合対策大綱¹⁾には9つの優先課題が掲げられており（2008年改正）、救急医療関係者にとってとくにかかわりの多い、「自殺未遂者」への対策がこのなかに含まれている。これは、単に自殺未遂が自殺関連行動だからということではなく、自殺未遂がもっとも明確な自殺の予測危険因子だからであって^{2)~4)}、自殺のハイリスク者であり自殺の背後におびただしく存在し続ける未遂者に対して何らかの介入を行わなければ、自殺を持続的に低減させていくことは難しいからであろう。そして、その未遂者をしっかり受け止め、介入を行うことができる場所があるとすれば、それは救急医療部門にほかならない。

自殺未遂者の自殺予防のための
先行研究とその課題

自殺未遂がその後の自殺の危険因子であることが

明らかとなっている一方で、わが国において救急医療部門を拠点とした自殺未遂者の自殺再企図防止研究はほとんど行われてこなかった。海外に目を転じるといくつもの研究が実施されており^{5)~7)}、救急医療施設に搬送された患者を対象に実施された無作為化比較試験としては、退院後の患者にはがきでメッセージを伝えるもの、電話による介入、複数の介入を組み合わせたものなどがある。

はがきを用いたものは、アルコールや違法薬物を含む薬物中毒で病院に搬送された患者を対象に、退院後に12カ月にわたって見舞いと返信を促すはがきを郵送した。結果は、はがきを郵送した群は、郵送しなかった群との比較において薬物中毒による自殺再企図の再発率は同等だったものの、リピートの回数が有意に減じ、その効果はさらに1年間持続した⁸⁾。

電話での介入は、薬物で自殺を企図し救急医療施設に搬送された患者を3群に分け、①通常群、②1カ月後、③3カ月後に精神科医が電話をかける群とで自殺再企図率を比較したところ、1カ月後に電話介入をした群で、通常初めの6カ月は通常群と比較して自殺再企図が有意に少なかったが、13カ月目の最終アウトカムではその効果は消失した⁹⁾。

複合的介入については、世界保健機関（WHO）が関与し、低～中所得国の5カ国で実施された介入研究がある。この研究においては、自殺企図で病院に入院した患者に対して、退院直前の1時間で心理教育と情報提供を行い、さらに1、2、4、7週、4、6、12、18カ月後に医療系専門職、ないしは医療系・福祉系学生が電話か訪問により患者の心境、求める支援をたずね、適宜、相談支援機関につなぐ、あるいは受診勧奨をするという介入が行われ

* 横浜市立大学大学院医学群社会医科学系列健康増進科学

表1 ACTION-J：対象者登録基準

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
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・心理教育を受けることができる
6. 評価面接、ケース・マネ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

た。結果は、介入群と非介入群とでその自殺再企図の発生に有意差はみられなかったが、自殺による死亡は介入群で有意に少なかった¹⁰⁾。

そのほか、心理的危機に際して利用可能な情報を掲載したカード（グリーン・カードといわれる）を渡してその介入効果のみたものがあるが、対象者が必ずしも自殺未遂者に限定されていないと考えられるため割愛する。

このように、世界的にみても自殺再企図防止効果を明確に、かつ継続的に示すような介入方法は確立されていない。有意差を示すものであっても十分な対象者数によって検証されていなかったり、あるいは、そもそも対象者の均質性が疑問視されるものもある。このような状況のなか、自殺予防学領域では、①多施設共同・無作為化比較試験、②生物統計学的解析が可能な十分な対象者数と追跡期間、③均質な対象群の設定（しばしば問題となるのは、自殺の意図を伴う自殺企図者と自殺の意図のない自傷行為者が混在して扱われていること）、④対象者に対する十分な精神医学的・心理社会的評価、といった条件を併せもつクオリティの高い研究が求められてきた。

ACTION-Jとは

自殺対策基本法成立に先立つ2005(平成17)年に、わが国で「うつ病関連の自殺予防戦略研究課題」が提案され(厚生労働科学特別研究事業、主任研究者・樋口輝彦)、後にこれが「自殺対策のための戦略研究」として2006年から研究実務が開始されることとなった。「戦略研究」は、従来の厚生労働科研究費補助金による研究事業とは異なり、国民的ニーズが高く、確実に解決を図ることが求められる研究課題について、成果目標と研究方法をあらかじめ定め、公募により選定された研究施設がこれを遂行するというものであった。

表2 ACTION-J：試験介入群に実施されたケース・マネジメント

1. 定期的な対象者との面接（あるいは通話）
2. 対象者の生活背景・受療状況に関する情報収集
3. 精神科受療の促進
4. 精神科・身体科かかりつけ医に関する受療調整
5. 受療中断者への受療促進
6. 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
7. 家族に対する入院中の心理教育（心理教育[2]）と、情報提供
8. ITを利用した情報提供（介入専用ウェブサイトの提供）

自殺対策のための戦略研究には、「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)」と、「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(ACTION-J)」の2つの研究課題が設定された。研究プロトコルは、以前から岩手医科大学や横浜市立大学の救命救急センターで実施され、予備的に有効性が示唆された「自殺未遂者に対する自殺再企図防止のためのケース・マネジメント介入」をベースに¹¹⁾¹²⁾、入念な文献のレビューと生物統計学的な検討を加え作成された¹³⁾。対象者は、救命救急センターに搬送された自殺未遂者で、表1にある基準を満たすものとし、慎重に2回の研究参加同意を確認した後に、通常介入群と試験介入群とに無作為に割付けを行い、試験介入群には入院中、および退院後に表2のケース・マネジメント介入が実施された。通常介入群についても、入院中に自殺予防のための心理教育と地域ケアへの移行のための支援が実施された。主要アウトカム評価は、「自殺企図(既遂・未遂)」とし、副次的アウトカム評価は、①死因を問わないすべての死亡、②自殺再企図(繰り返しを含む)、③尺度を用いた抑うつ・自殺危険度・全般健康の水準と定め、試験介入群に実施されたケース・マネジメント介入の効果を明らかにすることとした。ケース・マネジメント介入は、原則として面接により行われ、入院中、退院直前、退院後1、4、8、12週と、その後6か月ごとに実施され、介入および両群に対する追跡評価は、対象者の登録時期に応じて1.5年以上、最長5年間実施された。

ACTION-Jには、公募により17医療施設(総合病院)が参加し(最終的に14施設が継続実施)、総勢250名以上の医療・福祉従事者、あるいは研究者



図1 自殺未遂者ケア研修会（厚生労働省）におけるキー・レクチャ

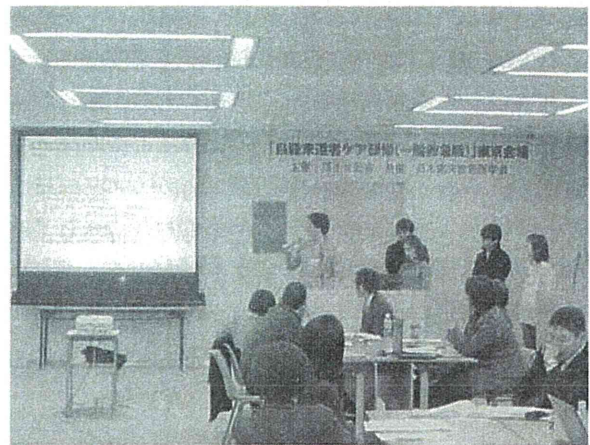


図2 自殺未遂者ケア研修会（厚生労働省）における、グループ・ワーク（事例検討会）の様子

がそれぞれの役割に応じて研究実務を行い、最終的に914名の自殺未遂者に介入が実施された。なお、研究の倫理性や合理性の確保や適切な運営のために、外部の識者を得て研究倫理委員会などの各種委員会も設置され、継続的に開催された。

ACTION-Jは、戦略研究期間を終了したのちも厚生労働科研究費補助金を得て継続され、2011（平成23）年6月に介入と追跡を終え、現在、全対象者に関する膨大なベールライン・データ、および追跡期間データを確定・固定化する作業が続けられている。データが固定化されたのちにデータ解析が実施され、ケース・マネジメント介入の有効性がいよいよ検証されることになるが、すでにACTION-Jには、自殺予防学をはじめとするさまざまな領域から多くの関心と期待が寄せられており、2011年に北京で開催された国際自殺予防学会では、アジアにおける科学的根拠に基づく自殺対策という趣旨のシンポジウムに取り上げられた。

ACTION-Jのノウハウの活用

2007年に公表された自殺総合対策大綱¹⁾により、各省庁がそれぞれ自殺対策に取り組むことになったが、岩手医科大学、横浜市立大学自殺未遂者ケアの取り組み活動だけでなく、その後のACTION-Jの進捗も考慮されたのか、厚生労働省は、2008（平成20）年に救急医療部門において精神保健指定医が未遂者等の診療を実施した場合の診療報酬加算（救命救急入院料）を新たに設定した。さらに厚生労働省は、2008年度より救急医療従事者に対する自殺未遂者対応研修を事業化した。

この研修事業において、2009（平成21）年度よ



図3 日本臨床救急医学会の「自殺未遂者への対応」と日本精神科救急医学会の「精神科救急医療ガイドライン」

り日本臨床救急医学会が、そして2010（平成22）年度より日本精神科救急学会が共催団体として運営に参加している（図1、2）。日本臨床救急医学会においては、自殺未遂者ケアに関する検討委員会が設置され2009年に未遂者ケアのための手引きが作成され、精神科救急学会においてもガイドラインが作成され、研修会テキストとして用いられている（図3）。これらのガイドラインは、自殺未遂者が救急医療部門に搬送されてから退院するまでの情報収集、対応、治療、地域ケアへのつなぎまでをていねいに解説し、未遂者の自殺危険性を低減させ、自殺を防ぐ保護因子を高めるための取り組みを具体的に表している。つまり、ケース・マネジメントを介入の軸としている。この両ガイドライン作成の委員会は多くの人材を共有していることから、フォーマットはもとより、内容に関しても吟味され、双方の内容に齟齬がないように工夫されている。また、研修

会には、ACTION-Jの研究実務に参加している多くの医師、臨床心理士、精神保健福祉士が講師やファシリテーターを務めてきた。これらの専門職は、研究実務の開始前に研修を受け、開始後も定期的な研修を受け、長く自殺未遂者に専門的にかかわってきたわけだが、厚生労働省主催研修会だけでなく、他学会や地域で開催されるさまざまな研修会や、地域自殺対策事業にも関与している。ACTION-Jは、自殺対策専門家を数多く輩出しているというところにもその意義があったと筆者は考えている。

展 望

ACTION-Jは、自殺未遂者の自殺再企図防止方略を、科学的根拠に基づいて確立しようとするものであるが、研究に登録された未遂者のベースライン・データは、そのまま自殺激増後のわが国の重症自殺未遂者の実態を大規模な水準で明らかにするものとなる。筆者らが考案したケース・マネジメント介入が果たして真に有効なのか否かは、研究結果の解析を待つよりほかにないが、とにかくこの研究で得られた臨床データは膨大なものであり、全体の主要アウトカム以外にも解析すべき事項は相当な数にのぼる。たとえば属性ごとのアウトカム評価、多様な疾患間のアウトカム評価、過去の自殺関連行動や当該の自殺企図行動の特徴によるアウトカム評価などである。

WHOが指摘しているように、自殺問題が公衆衛生上の最大課題の1つとなっている現代で、ACTION-Jで得られた未遂者特性や介入効果に関するデータは、救急医療部門における医療技術や医療制度の改善に寄与するばかりでなく、精神科治療学、地域精神保健、そして地域保健の技術論や制度、あり方、専門職教育の内容の再考を促すものになると考えられる。

【文 献】

1) 自殺総合対策大綱。

<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/>

taisaku/pdf/t.pdf#search (accessed 2012-06-01)

- 2) Ostamo A, Lonnqvist J : Excess mortality of suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36 : 29-35, 2001.
- 3) Crandall C, Fullerton-Gleason L, Agüero R, et al : Subsequent suicide mortality among emergency department patients seen for suicidal behavior. *Acad Emerg Med* 13 : 435-442, 2006.
- 4) Owens D, Horrocks J, House A : Fatal and non fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181 : 193-199, 2002.
- 5) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al : Suicide prevention strategies : A systematic review. *JAMA* 294 : 2064-2074, 2005.
- 6) Kapur N, Cooper J, Bennewith O, et al : Postcards, green cards and telephone calls : Therapeutic contact with individuals following self-harm. *Brit J Psychiatry* 197 : 5-7, 2010.
- 7) Daigle MS, Pouliot L, Chagnon F, et al : Suicide attempts : Prevention of repetition. *Can J Psychiatry* 56 : 621-629, 2011.
- 8) Carter GL, Clover K, Whyte IM, et al : Postcards from the edge : 24 month outcomes of a randomized controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry* 191 : 548-553, 2007.
- 9) Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, et al : Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department : Randomized controlled study. *BMJ* 332 : 1241-1245, 2006.
- 10) Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al : Repetition of suicide attempts : Data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS study. *Crisis* 31 : 194-202, 2010.
- 11) Nakagawa M, Yamada T, Yamada S, et al : A follow-up study of suicide attempters who were given crisis intervention during hospital stay. *Psychiatry Clin Neurosci* 63 : 122-123, 2009.
- 12) 岩本洋子, 山田朋樹, 河西千秋, 他 : 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* 52 : 87-90, 2010.
- 13) Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, et al : 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.

ACTION-Jパイロット研修会 スタッフ一覧

講師・ファシリテーター(五十音順):

安東 友子	大分大学医学部附属病院精神科
池下 克実	奈良県立医科大学附属病院精神医学講座
稲垣 正俊	岡山大学病院精神科神経科
衛藤 暢明	福岡大学医学部 精神医学教室
大高 靖史	日本医科大学付属病院精神神経科
大塚 耕太郎	岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座/神経精神医学講座
川島 義高	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
河西 千秋	横浜市立大学医学群健康増進科学/横浜市立大学保健管理センター
下田 重朗	奈良県立医科大学附属病院精神医療センター相談室
白石 洋子	横浜市立大学医学部精神医学教室
杉本 達哉	都立松沢病院精神科
太刀川 弘和	筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学
丹羽 篤	近畿大学医学部精神神経科学教室
平野 みぎわ	湘南東部総合病院 医療社会サービス部
古野 拓	独立行政法人国立病院機構横浜医療センター精神科
松尾 真裕子	福岡大学病院精神神経科
山田 妃沙子	関西医科大学附属滝井病院
山田 光彦	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
米本 直裕	国立精神・神経医療研究センタートランスレーショナル・メディカルセンター

第3回 Post ACTION-J CM 研修会 プログラム ver.141123

研修1日目 9:30 から 18:00 まで

評価: 全員

総合司会: 河西、進行補佐: 川島、機器管理: 下田(PC)・丹羽(照明)・松尾(補佐)、全体

時間	講義・ワーク名	講師等	内容	教材、資料 <small>青字: ファシリのみ使用 赤字: 作業後あるいは発表後に回収</small>	ファシリ マニユア ル
9:15-9:30 (15分)	受付とアンケート配布	全員	参加者名簿にチェックする。アンケートは各受講者の番号に対応したものを配布する。	参加者名簿 [T]pretest	P3-4
9:30-9:55 (25分)	アンケート回収と挨拶	全員	事前アンケートの同意説明、同意書記入後に回収する(7分)。挨拶と講師・ファシリテーター・受講者の自己紹介(18分)		P3-4
9:55-10:05 (10分)	1. ケース・マネージメントの概念と本コースのアジェンダ	河西	イントロと動機付けのセッションを行う。 2日間の研修の流れと概要の説明	PPT①「ケース・マネージメントの概念と本コースのアジェンダ」	P5-6
10:05-10:25 (20分)	2. [講義1] 自殺予防と自殺未遂者ケア総論	河西	自殺の疫学、自殺の危険因子、自殺企図者の心理についての講義を行う。	PPT②「自殺予防学」	P7-8
10:25-10:45 (20分)	3. [講義2] 精神疾患と自殺	衛藤	自殺企図者のケース・マネージメントに必要な各精神疾患の知識。主要精神疾患(気分障害、統合失調症、物質依存症、パーソナリティ障害)を解説する。	PPT③「精神疾患と自殺」	P9-10
10:45-10:55	休憩(10分)				
10:55-12:25 (計90分) (10分) (5分) (25分) (30分) (10分) (10分)	4. [GW1] ケース・スタディ オリエンテーションと自己紹介 グループワークの進め方と症例の黙読 1) グループワーク GW1-1: 危険因子の抽出 GW1-2: アセスメントのための情報収集 2) 発表 3) 実際のアセスメントとマネージメントについての解説と質疑応答	司会進行 安東 CMG ファシリ 山田 (妃) 川島 MDG ファシリ /解説 太刀川	分かりやすい症例について自殺の危険性のアセスメントやアセスメントに基づく対応について検討する。その後、アセスメントや望ましい対応について解説を加え、ケース・マネージメントの内容をイメージしてもらう(1グループ6名)。ファシリテーターが進行係。書記兼発表者を決める。黙読は、各自で「課題1と2」を読む。 GW1-1 ではファシリテーターが「この症例の危険因子を挙げてください」と教示して進める。まとめることよりも危険因子をたくさん挙げることを意識させる。出た意見は書記が付箋紙にどんどん書き出し模造紙に張り付ける。 GW1-2 では「もう少し正確に、深くアセスメントを行うためにはさらにどのような情報が必要ですか?」と教示して進める。模造紙を用いて発表者が発表する。 「課題1と2 解答」を配布し各自5分程で読み、実際のアセスメントやマネージメントの内容について、ファシリ/解説担当者が解説する(「症例A 全概要」に基づいて、社会資源の伝え方やそのタイミング等も含めて説明する)。	[GW1] 課題1と2 [GW1] 課題1と2 解答例 [GW1] 症例A その後の経過 PPT④ [GW1] ケース・スタディ (教示用 PPT) [GW1] 症例A 全概要 模造紙3枚 付箋(ピンクと黄色)	P11-17

12:25-12:40	参加者との意見交換(15分)	河西	AMの内容(分かりやすさ等)、進行(スピード、教示)等について率直にフィードバックしてもらう。	P17
12:40-13:25	お昼休み(45分)			
13:25-14:55 (90分)	5.自殺に傾くひととのコミュニケーション	大塚/丹羽	ロールプレイ(準備と実践) ①支援者としての心構えと、コミュニケーションの基礎 ②自殺念慮の聴き方 方法は大塚先生にお任せ(例:台詞を読んでもらう等)	PPT⑤「自殺に傾くひととのコミュニケーション」 P18-20
14:55-15:05	休憩(10分)			
15:05-15:30 (25分)	6.【講義3】ケース・マネジメントの実際 1) 未遂者に対するケース・マネジメントの目的、施設要件、資格要件 2) ケース・マネジメントを実施する対象者とケース・マネジメントの全体像 3) 救急医療部門におけるケース・マネジメント 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	下田	ケース・マネジメントについて具体的に何をどのような順序で実施していくのかということ、症例A(分かり易い症例)を用いて講義形式で解説する。 ケース・マネジメントの目的についてPPTを用いて説明する。全体の流れについての概略についてフローを用いて説明する。すべきことと、それを実践する上でのポイントを解説する。教材として各種シートをあらかじめ配布し、それを見てもらいながら講義をする。 「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。	PPT⑥「ケース・マネジメントの実際(救急部門)」 [RP1] 初回面接シート P21-22
15:30-17:45 (計135分)	7.【RP1】初回面接のロールプレイ	司会進行 安東	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。	[RP1] 救命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 P23-31
15:30-15:45 (15分)	フェイスシート、初回面接シートの説明	CMGファンリ 山田(妃) 川島	症例B(うつ病)について2人(患者役、CM役)1グループ(合計9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。	[RP1] プランニング記入例 [RP1] 台本 [RP1] 模擬患者ルール
15:45-15:55 (10分)	オリエンテーション、進め方の説明、症例の黙読	MDGファンリ /解説 太刀川	CM役は「救命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	[RP1,2,GW2] 症例B全概要 ⑦[RP1] フェイスシート・初回面接シート・アセスメント・プランニング
15:55-16:30				

RP1-1+RP1-2 (計 35 分)	1) ロールプレイ RP1-1:初回面接 RP1-2:初回面接シート作成		らようになっている。CM 役は、面接を聴きながらシートを埋める。	グシート説明 PPT ⑧[RP1] 初回面接のロールプレイ & グループワーク (教示用 PPT)	
16:30-16:40	休憩 (10 分)				
16:40-17:15 (35 分)	RP1-3:プランニング		プランニングは、シートの情報を基に、2 人 (患者役、CM 役) 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 35 分、RP1-3 で 35 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。		
17:15-17:45 (15 分) (15 分)	2) 発表 (5 分×3 グループ指名) 3) 解説と質疑応答				
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		P32

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	P33
9:05-10:20 (75 分)	10.心理教育	衛藤	心理教育と社会資源の講義 (15 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)	⑨心理教育説明 ⑩心理教育 ⑪心理教育 参加者用課題	P34-36
10:20-10:25	休憩 (5 分)				
10:25-10:40 (15 分)	11.[講義 4] 退院後のケース・マネージメント ①面接スケジュール ②アセスメントとマネージメント ③受療中断者への受療促進 ④終結例	池下	退院後のケース・マネージメントについて説明する。自身の経験談を入れて説明してもよい。入院が長期化している場合は、ケース・マネージメント面接を入院中に行うこともあることを補足する。	⑫「退院後のケース・マネージメント (退院後)」 [RP2] ケース・マネージメント面接シート	P37-38
10:40-12:50 (計 130 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	司会進行 松尾	シートの各項目を説明する。	[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	P39-45
10:40-10:50 (10 分)	CM 面接シートの説明	CMG ファシリ 山田 (妃) 川島	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に行く。CM 役は、「台本」「CM 面接シート」「記入用紙」を読み理解する。また、CM 役は、面接を聴きながらシートを埋める。	[RP2] プランニング記入例 [RP2] 台本	
10:50-10:55 (5 分)	オリエンテーション 進め方の説明と症例の黙読			[RP1,2,GW2] 症例 B 全概要	
10:55-11:35 RP2-1+RP2-2	1) ロールプレイ	MDG ファシリ /解説 大塚		⑬[RP2] CM 面接シート・アセスメント・プランニングシート説明 PPT ⑭[RP2] 退院後のケース・マネージメント (教示用 PPT)	

(計 40 分)	RP2-1:CM 面接 RP2-2:CM 面接シート作成				
11:35-11:45	休憩(10分)				
(35分)	RP2-3:今後のプランニング				
(15分)	2) 発表(5分×3グループ指名)				
(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。		P46
14:00-15:20 (計 80 分)	14.[GW2] 事例から学ぶインシ デント対応	司会進行 杉本	インタラクティブ講義を通して、インシデントの対応について学ぶ。 インシデント(“突発的な出来事で、迅速な対応が要求され、即座に対応しなければ被害が広がっていくもの”であり、ここでは“自殺既遂になり得る状況”と考える)に対する適切な対応を3つの事例を通して学ぶ。 進行は、インタラクティブ講義形態で行い、講師が適宜受講者に質問をする。	[GW2] 症例 B インシデント発生までの概要 [GW2] 症例 B インシデント概要 [GW2] 症例 B インシデント対応 [GW2] 症例 C 短縮版 [GW2] 症例 C インシデント対応 [GW2] 症例 D 短縮版 [GW2] 症例 D インシデント対応 ⑩[GW2] 事例から学ぶインシデント対応(教示用 PPT)	P47-55
14:00-14:05 (5分)	1) はじめに				
14:05-14:27 (22分)	2) 症例 B				
14:27-14:52 (25分)	3) 症例 C				
14:52-15:10 (18分)	4) 症例 D				
15:10-15:15 (5分)	5) その他のインシデント				
15:15-15:20 (5分)	6) まとめ				
15:20-15:30	休憩(10分)				
15:30-15:50 (20分)	15.[講義 5] 遺された人の心理 (ポストベンション)	池下	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。	⑩「遺された人の心理」	P56-58
15:50-16:05 (15分)	16.[講義 6] セルフケア	古野	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。	⑪「セルフケア」	P59
16:05-16:25 (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	P60
16:25-17:00 (35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	P61