
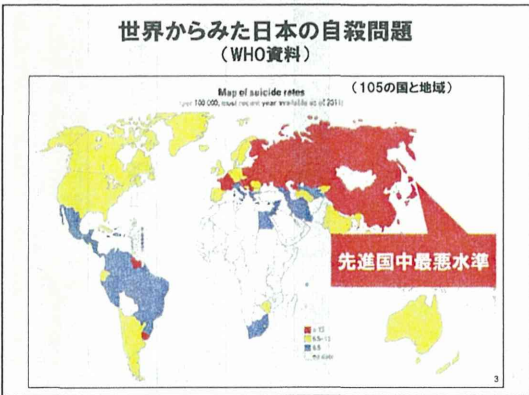
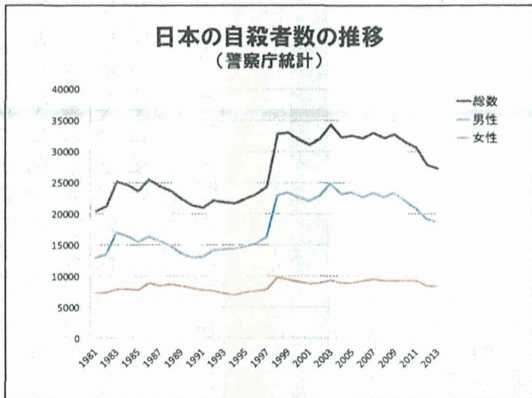


自殺予防と自殺未遂者ケア

日本自殺予防学会/国際自殺予防学会
日本うつ病学会
ACTION-J GROUP
横浜市立大学医学群健康増進科学

河西千秋

日本人の死因(平成24年, 人口動態統計)

世代	1位	2位	3位
10代	自殺	不慮の事故	がん
20代	自殺	不慮の事故	がん
30代	自殺	がん	不慮の事故
40代	がん	自殺	心疾患
50代	がん	心疾患	自殺

自殺は日本人の死因全体の第7位
腎不全や肝疾患による死亡よりも多い

自殺のリスク因子 (Otsuka & Kawanishi, 2013)

【表出】絶望感, 無力感, 自殺(希死)念慮

【出来事】離別・死別, 喪失, 経済的破綻, 災害・犯罪・虐待などによる外傷体験, 親族の自殺

【健康面】精神疾患, 慢性・進行性の疾患・疼痛病苦, アルコールなどの乱用, セルフ・ケアの欠如

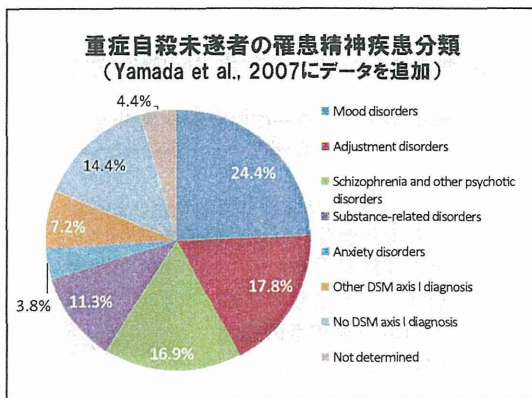
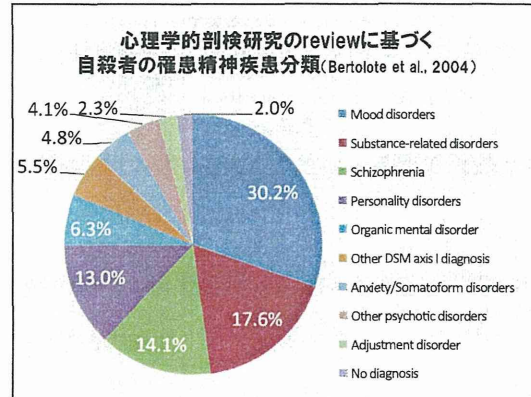
【既往】自殺未遂, 自傷行為

【環境】孤立・支援者の不在, 自殺手段を利用しやすい環境, 自殺を促す情報への曝露

未遂・自傷は最も明確な危険因子

- 自殺者の40%以上に自殺未遂歴あり、自殺未遂を繰り返した後に死亡した人の80%以上が、2回以上手段を変えて自殺に至った(Isometsäら)
- 自殺者の43%が死の1年以内に自損行為で救急医療を受診し、そのうちの28%は3回以上リピート(Da Cruzら)
- 自殺未遂者ないしは自傷患者の3-12%がその後に自殺(Owensら)

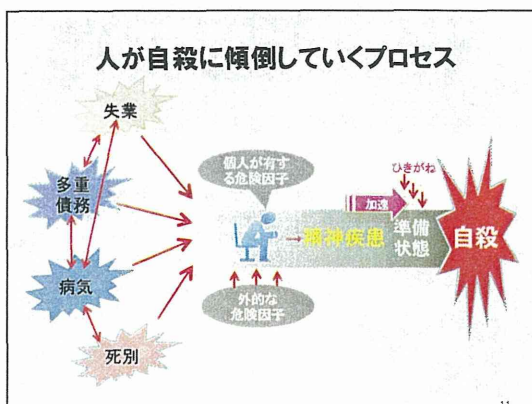
etc... 夥しい数の先行研究が異口同音の報告



自殺に傾いている人の心理状態

- 自己価値観が低下(“自分なんてどうせ…”) 絶望感、無力感、孤独感、孤立無援感
- 思考が硬直化 「自殺をすること(=終わらせること)」が唯一の解決法だと考えている(「死にたい」) (「こころの視野狭窄」)
- 「自殺したい」⇔「生きたい」の正反対の願望

10



年表:近年の自殺予防対策

- 1998年:自殺が激増
- 2006年:自殺対策基本法施行
:自殺対策のための戦略研ACTION-Jの開始
- 2007年:自殺総合対策大綱閣議決定
- 2008年:自殺関連行動に関する診療報酬項目の設定
:厚労省主催研修会の開始

自殺総合対策大綱：9つの重点施策(2012年8月改訂)

自殺の実態の解明 <ul style="list-style-type: none"> 実態解明のための調査 情報提供体制の充実 自殺未遂者・遺体の実態調査 実態・生業の自殺予防のための調査 精神疾患の再発・診断・治療後の経過 既存資料の活用促進 	国民の気づきと見守り <ul style="list-style-type: none"> 自殺予防週間、対策強化月間の設定 児童・生徒の自殺予防のための教育 うつ病に関する啓発 自殺・自殺関連事象に関する正しい知識の普及 	ゲートキーパーの養成 <ul style="list-style-type: none"> 自殺予防策のうつ病等の診断・治療向上 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及
こころの健診づくり <ul style="list-style-type: none"> 職場のメンタルヘルス対策推進 地域のメンタルヘルス推進体制の整備 学校におけるメンタルヘルス推進体制の整備 被災者の心のケア、生活再建の推進 	適切な精神科医療提供 <ul style="list-style-type: none"> 精神科医を主とする人材の養成と精神科医療体制の充実 うつ病の受診率向上 心のケアに関する啓発・啓蒙活動の向上 子どもの心の発達・健診の推進 うつ病以外の精神疾患対策の推進 自殺リスク低減の支援 	社会的な取り組み <ul style="list-style-type: none"> 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及 自殺予防策の普及
自殺未遂者の再発防止 <ul style="list-style-type: none"> 救急医療における精神科診療体制の充実 家族等の見守りへの支援 	遭われた人の苦痛緩和 <ul style="list-style-type: none"> 自殺グループ支援 学校・職場での事後対応の促進 遺族支援の情報提供の促進 遺児へのケアの充実 	民間団体との連携 <ul style="list-style-type: none"> 民間団体の人材育成支援 公民の連携体制の確立 民間の電話相談事業への支援 先発的・試行的取り組みに対する支援

自殺対策の基本概念(疾病予防の概念との比較)

	疾病の予防	自殺の予防
1次予防	未然に防ぐ ⇒	未然に防ぐ: prevention :住民への啓発 :社会各領域への啓発 :専門職への教育
2次予防	治療 ⇒	介入: intervention :ハイリスク者のスクリーニング :ハイリスク群への危機介入 (未遂者への介入)
3次予防	リハビリ 再発予防 ⇒	事後対応: postvention :心理学的剖検 :遭された人のケア :群発の予防

自殺未遂者は地下に潜っている

- 自傷・自殺企図者のほとんどは医療機関に現れない(Hawtonら)
- 単に「切る」ことだけでなく、切った後に適切な処置をせず、傷を感染の危険にさらすことを含めて「自傷」(Walsh)


どうすればよいのか？

- 地域自殺対策の推進(地域での気づき・対応)
- 救急医療を受療してくれたなら、チャンスを逃さず適切に介入

15

救命救急センターは自殺予防対策の要衝


- 救命救急センターにおける自殺未遂者との出会いは**一期一会**、またとない機会
(必ずしも未遂者は受診をしないが、3次救急側から見れば、搬送者の**10%**前後は自損行為)
- 未遂者への**初期対応**が、その後の未遂者の転帰・予後に影響する



どのような介入が有効なのか？
(検討されてきたもの)

入院中
and/or 退院後の

- 電話
- 手紙・はがき
- 精神療法
- 心理教育/フォロー・アップ/アウトリーチ

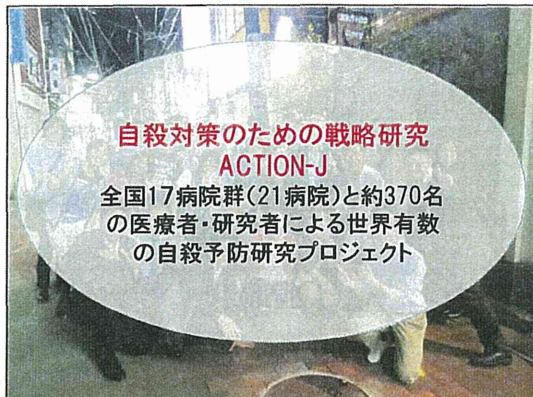


横浜市大における自殺未遂者全例介入
@高度救命救急センター 2003-現在

ケース・マネジメント介入

危機介入	精神医学的/心理社会的評価	心理教育 精神疾患 自殺企図	精神科治療 ソーシャル ワーク
------	---------------	----------------------	-----------------------





ACTION-Jが明らかにしようとしたこと

救命救急センターに搬送された、精神疾患を有する自殺未遂者を対象に、ケース・マネジメントの有効性(つまり、自殺再企図防止効果)を、検証する。

20

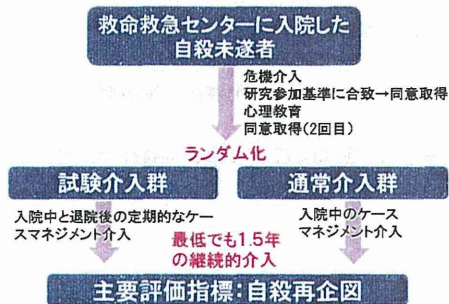
ACTION-J:未遂者に対するケース・マネジメント介入の有効性の検証

介入内容は:

- 1)危機介入
- 2)心理教育
- 3)家族に対する心理教育
- 4)退院後の定期面接と社会的支援の導入
- 5)精神科受診の勧奨
- 6)精神科と身体科との連携の促進
- 7)精神科受診中断者への受診勧奨
- 8)専用WEB(心理教育と情報提供)供覧

21

ACTION-Jのフローチャート

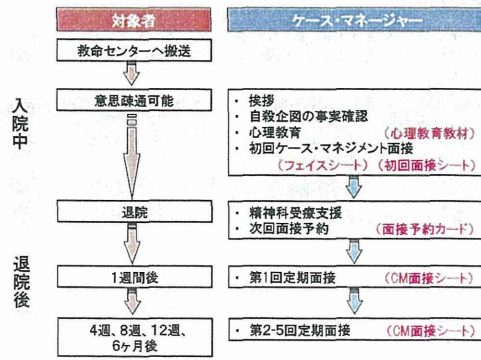


介入スケジュール

	during admission	at discharge	1 w after discharge	4 w	8 w	12 w	6 m	12 m	18 m	24 m	36 m	42 m	Interview/Final analysis
Psychiatric diagnosis	⊙												
Psychosocial I*	⊙												
Informed consent	⊙												
Enrollment/randomization	⊙												
Case management (Psychosocial, 2nd, others)	⊙		⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	
Psychiatric evaluation	⊙						⊙	⊙		⊙	⊙	⊙	

⊙: implemented in both groups, ⊙: implemented only in experimental intervention group
 * Psychosocial Program I to all participants in both groups
 ** Psychosocial Program II to their family members during hospitalization in the experimental group
 w: week, m: month

ケース・マネジメントの全体像



社会資源について

注)尚、本資料に提示している社会資源は平成26年6月現在のもので、法改正や条件変更等により、今後内容が変更される可能性があります。適用条件や金額等は適宜最新のものをご自身でご確認されることをお勧めします。

社会資源とは？

社会福祉を支える財政（資金）、施設・機関、設備、人材、法律等、社会福祉を成立させるために必要な物資および労働をまとめて社会資源と呼ぶ。一般的には、「利用者のニーズを充足させるために動員されるあらゆる物的・人的資源を総称したもの」とされる。社会福祉の援助は、社会資源と切り離して論ずることはできない。社会福祉の利用者は多様である。経済的困窮者といっても、経済的な保障だけで自立可能な人から住環境の配慮を必要とする人まで、その実態は様々である。その人々のニーズの変化によって必要な社会資源も多様化する。つまり、社会福祉援助は、現実社会の変化によって生ずるニーズの変化に応じて、新たな社会資源を創出することと不可分に発展していくのである。そのためには、既存の社会資源の整理と更新、また実際にある生活問題・困難解決のための社会資源の開発が求められる。

（『社会福祉辞典』大槻書店より）

- I. お金に関すること（年金、手当など）
- II. 医療に関すること（医療費、医療保険）
- III. 暮らしに関すること（雇用、福祉サービスなど）

I. お金に関すること

老齢年金

公的年金の加入者が高齢になったときに受け取る年金のこと。加入していた年金の種類や加入期間によって手続きの場所や金額が変わります。

	老齢基礎年金	老齢厚生年金	老齢共済年金
加入していた年金の種類 （主な期間）	国民年金 （自営業、主婦等）	厚生年金 （会社員）	共済年金 （公務員、教員）
利用できる人	65歳以上の人（老齢基礎年金の繰り上げ支給、老齢厚生年金の特別支給などは60歳から可能なものもある）	1ヶ月以上加入し、かつ老齢基礎年金を受け取る要件を満たしていること	
必要な加入年数	原則25年間以上 （最大で40年）		
受け取る金額	月額72,900円 年	加入年数と平均標準報酬月額によって変わる	

参考 医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)一部改変

障害年金

公的年金の加入者が病気やけがによって心身に障害を有し、日常生活や就労の面で困難が多くなった場合に受け取る年金のこと。

項目	障害基礎年金	障害厚生年金	障害共済年金
初診日	65歳未満であること （老齢基礎年金繰り上げ受給者は除外）	厚生年金の加入者であること	共済年金の加入者であること
障害状態	障害認定日に障害等級表に定める1～2級に該当すること	障害認定日に障害等級表1～3級に該当すること	
医療料	初診日に精算要件を満たしていること		
手続き窓口	市町村役場の国民年金課	年金事務所	共済組合

※初診日によって申請方法や受給要件が異なります。

参考 医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)

特別障害給付金

国民年金に任意加入していなかったことにより、障害基礎年金等を受給していない障害者の方について、国民年金制度の発展過程において生じた特別な事情に「かんがみ、福祉的措置として「特別障害給付金制度」が創設されました。
1級の方は月額49,700円、2級の方は月額39,760円受け取れる（2014年度）。ただし所得制限がある。

利用できる人

国民年金任意加入期間に初診日があり、障害年金1、2級と同じ状態の人で次のいずれかに当てはまる人

- 1991年3月までに国民年金任意加入対象の学生であったひと。
- 1986年3月までに国民年金任意加入対象であった「被用者年金被保険者に扶養される配偶者（現在なら国民年金第3号被保険者）」

相談先

- 市町村の窓口で申請

参考：日本年金機構HP、一部改変

傷病手当金（健康保険法）

勤労者で健康保険に加入している人が病気やけがをして働けないとき、療養中の生活の保障として休業一日につき、標準報酬日額の3分の2が支給される。支給期間は支給開始日から1年6カ月。

利用できる人

事業所に雇用されかつ健康保険に加入している人で以下の要件を満たしているとき
①仕事（通勤災害も含む）以外で生じた病気やけがで、会社を3日以上連続して休んでいる人
②会社を休んでいる間、給料が支払われないこと、給料が支払われていても傷病手当金の額より少ない人

相談先

- 事業所の社会保険担当者
- 事業所が加入している健康保険組合や共済組合
- 全国健康保険協会都道府県支部

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)

税金（所得税・相続税・住民税）

一般の障害者：精神障害者保健福祉手帳2～3級・身体障害者手帳3～6級・療育手帳（中度・軽度）
特別障害者：精神障害者保健福祉手帳1級・身体障害者手帳1～2級・療育手帳（最重度・重度）

区分	内訳	金額
所得税	0円	0円
	0円～19万5千円	0円
	19万5千円～33万	3万3千円
相続税	0円	0円
	0円～100万円	0円
	100万円～200万円	20万円
住民税	0円	0円
	0円～125万円	0円
	125万円～204.4万円	204.4万円

国税庁「暮らしの税情報」・医療福祉総合ガイドブックをもとに改変

税金（自動車税・軽自動車税・自動車取得税）

障害者または障害者の家族が所有、運転し障害者の通院、通学（所）、仕事のために使用する自動車または、構造上、障害者が利用しやすいように改造した自動車については、自動車税、自動車取得税、軽自動車税が減免される。対象は右図。

区分	金額	金額
自動車税	0円	0円
軽自動車税	0円	0円
自動車取得税	0円	0円
軽自動車取得税	0円	0円
自動車税	0円	0円
軽自動車税	0円	0円
自動車取得税	0円	0円
軽自動車取得税	0円	0円
自動車税	0円	0円
軽自動車税	0円	0円
自動車取得税	0円	0円
軽自動車取得税	0円	0円

医療福祉総合ガイドブックをもとに改変

雇用保険法（基本手当）

被保険者が定年、倒産、自己都合などにより離職した場合に失業中の生活を心配しないで新しい仕事を探し、再就職できるように支給される手当のこと。支給期間は離職した日の翌日から1年間。

利用できる人

離職し、働く意思と能力があり、求職活動を行っているにも関わらず、就職できない状態にある人で以下の要件を満たしている人

- 雇用保険の被保険者であったひと
- 離職前の2年間に被保険者期間が12カ月以上あった（倒産・解雇などの利用による離職者、労働契約が更新されなかったために離職した有期契約労働者については離職前の1年間に6カ月以上被保険者期間があった）もの。

相談先

- 住所を管轄するハローワーク

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)

生活保護 最後のセーフティーネット

利用できる人

- 対象者
- 国民であればだれでも利用可能（外国人の場合は有効な外国人登録証明書が必要。オーバーステイの場合は利用できない。）
 - 生活費に困り生活していくことが出来ない場合、または出来なくなりそうとき、その原因が何であっててもかまわない。
 - 入籍費用など、医療費の支払いに困るとき
 - その他、経済的に自立生活が困難なとき

相談先

- 住んでいる地域の福祉事務所申請する。
- 申請後に調査を行って14日以内に決定が却下の判定がなされる。
- 決定に不服がある場合は、都道府県知事に対して審査請求することが出来る。

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)

II. 医療に関すること

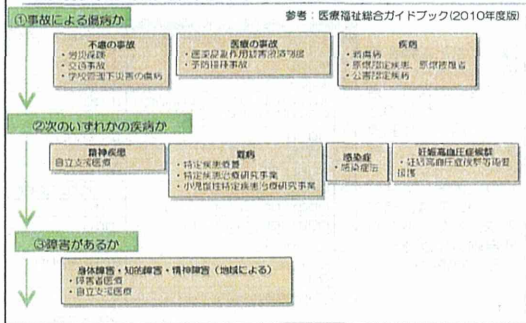
医療保険のしくみ

医療保険の種類	対象者	窓口
協会けんぽ 全国健康保険協会	健康社会に加入していない 従業員5人以上の事業所の従業員	全国健康保険協会の各 都道府県支部
健康組合保険： 組合管掌健康保険	健康保険の適用事業所で働く従業員	各健康保険組合
船員保険	船舶の船員	全国健康保険協会の各 都道府県支部
共済組合	国家公務員 地方公務員 私立学校教職員など	共済組合
国民健康保険	農業者 自営業者	市町村 組合事務所
後期高齢者医療	65歳未満適用者保険の適用者 75歳以上の人	市町村

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)一部改定

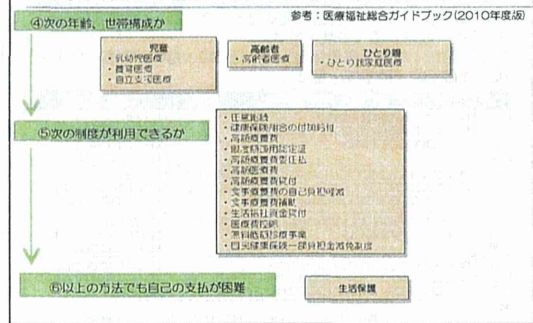
医療費自己負担を軽くするには？

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)



医療費自己負担を軽くするには？

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)



高額療養費制度 (70歳未満の人)

医療機関に払った医療費が1か月に一定額を超えた場合、申請するとその超えた金額が戻ってくる。ただし、保険外の医薬品、食事代や部屋代、診断書代などの費用は自己負担。

所得区分	1か月あたりの自己負担限度額
	過去12か月の高額該当3回まで 4回目以降
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上)	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% 83,400円
一般	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 44,400円
低所得者(住民税非課税)	35,400円 24,600円

利用できる人

医療保険に加入し、自己負担がある人

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)

限度額適用認定証 (70歳未満の人) 入院の場合

医療機関に保険証とともに認定書を提示することにより、1か月の窓口負担が自己負担限度額までとなる。

所得区分	1か月あたりの自己負担限度額
	過去12か月の高額該当3回 4回目以降 まで
上位所得者 (月額53万円以上)	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% 83,400円
一般	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 44,400円
低所得者(住民税非課税)	35,400円 24,600円

申請方法

保険証、被保険者の印鑑を持って、保険を担当する窓口へ。

参考：医療福祉総合ガイドブック(2010年度版)

自立支援医療（精神通院）

厚生労働省HPをもとに改変

精神科病院やクリニックに通院する際にかかる医療費を原則1割負担にできる制度。健康保険に加入している家族全体の所得によって自己負担の上限額が設定され、上限額以上の支払いは免除される。

◆負担割合について

所得区分	自己負担割合	自己負担額	自己負担額	自己負担額
100万円以上	1割	20,000円	20,000円	100万円以上235,000円以上
中2	2割	10,000円	10,000円	100万円以上33,000円以上235,000円以上
中1	3割	5,000円	5,000円	100万円以上33,000円以上
低2	5割	5,000円	5,000円	100万円以上800,000円以上
低1	7割	2,500円	2,500円	100万円以上800,000円以下
0	0	0円	0円	100万円以下

※「重症かつ軽病」の範囲
 ・ 疾病、症状等から対象となる者
 ①統合失調症、躁うつ病、うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、双極性障害（双極性うつ病）
 ②精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した者
 ・ 疾病等に関わらず、写真の利用負担が軽減することから対象となる者
 ・ 感傷保護の多数決通過の者

Ⅲ.暮らしに関すること

自立支援法によるサービス

厚生労働省HPをもとに改変

地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する。

介護給付	訓練等給付
<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護（ホームヘルプ） 行動支援 短期入所（ショートステイ） 生活介護 共同生活介護（ケアホーム） 障害者支援施設での夜間ケア等（施設入所支援） 	<ul style="list-style-type: none"> 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 就労移行支援 就労継続支援（雇用型・非雇用型） 共同生活援助（グループホーム）
など	<p>地域生活支援事業</p> <ul style="list-style-type: none"> 移動支援 地域活動支援センター 福祉ホーム

※青＝居宅支援サービス、赤＝日中活動サービス、緑＝居宅支援サービス

居宅支援サービス

厚生労働省HPをもとに改変

自宅に居住する人が受けることのできるサービスです。

- 居宅介護（ホームヘルプ）
調理、買い物、通院援助などのサービスを、単身者でも、家族と同居しながらでも利用できます。
- 短期入所（ショートステイ）
自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間もきめ、施設で入浴、排泄、食事の介護等を行います。
- 行動支援
精神障害のため、行動上著しい困難を有する障害で常時介護を要する人に対して、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。
- 移動支援
移動支援を用いることで、社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動など、社会参加のための外出の際の移動の支援を行います。

日中活動支援

厚生労働省HPをもとに改変

- 自立訓練
自立した生活ができるよう、一定期間、生活能力の向上のために必要な訓練（食事や家事などの日常生活能力）を行います。
- 就労移行支援
一般企業への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。
- 就労継続支援
一般企業への就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。
- 地域活動支援センター
創作的活動、生産活動の機会提供、社会との交流促進等を行う施設です。

居宅支援

厚生労働省HPをもとに改変

- 共同生活介護（ケアホーム）
自立支援法の障害程度区分2以上の人を対象に、入浴、排泄、食事の介護等を行う共同生活を送る住居です。
- 共同生活援助（グループホーム）
相談や日常生活の援助を受けながら共同生活を送る住居です。
- 福祉ホーム
家庭環境や住宅事情等の理由で居宅で生活することが困難な人を対象に低額な料金で、居室を提供するとともに日常生活に必要な支援を行い、地域生活を支援する住居です。

特集Ⅱ 自殺と精神医学

「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)」の展開*

太刀川 弘和**
河西 千秋***
山田 光彦****

Key Words : suicide prevention measures, suicide attempter, critical care center, randomized controlled trial (RCT), case management

はじめに

わが国では周知のとおり、1998年以降自殺者が3万人を超える事態が10年以上続き(警察庁統計)、2012年によようやく3万人を切って少しずつ減少に転じている。この減少の背景としては、経済状況の好転のみならず、2006年の自殺対策基本法の成立、ならびに翌年の自殺総合対策大綱¹⁾の発表以降、自殺予防対策が国や自治体の責務と定義され、ここ数年官民あげて自殺対策に取り組んだ成果であった可能性が推測される。

では、啓発普及や窓口拡大などさまざまな対策がきわめて広範に行われたことが、どのように自殺予防効果につながったのであろうか。内閣府では、地域自治体の自殺予防対策を推進するために、2009年から3年間各都道府県に配分した地域自殺対策緊急強化基金が、どのような効果をもたらしたかについて、外部委員会を作り検証を行っている²⁾。しかし、成果目標(アウトカム測定)と対策(介入方法)が明確に構

造化されていない限り、エビデンスのある対策がどのようなものであったのかを検証することが難しいであろうことは、容易に推測できる。一方で、今後も自殺者数の確実な減少を目指すためには、介入の無作為化比較試験など、構造化された研究事業を実施し、介入効果のエビデンスを得て、それを有効な施策に展開していくことが必須であろう。

さて、わが国でエビデンスのある自殺対策の創成を目指して実施された研究事業が、2006年から研究実務が開始された厚生労働科学特別研究事業「自殺対策のための戦略研究」である。この戦略研究とは、従来の厚生労働科学研究補助金事業と異なり、国民的ニーズが高く、確実に解決が求められる研究課題について、成果目標と研究方法を事前に定めて、多施設共同でこれを遂行する大規模研究である。自殺対策の戦略研究には、主に地域自治体を対象とした地域介入(コミュニティ・モデル)としての自殺対策研究である「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)」と、自殺企図患者を対象にした再企図予防のための医療的介入(ハイリスク・モデル)としての自殺対策研究である「自殺企図の再発防止に対する複

* A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J): its perspectives and future directions.

** Hirokazu TACHIKAWA, M.D., Ph.D.: 筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学(☎305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1); Division of Psychiatry, Division of Medicine, Faculty of Medicine, University of Tsukuba, Tsukuba, Ibaraki 305-8575, JAPAN

*** Chiaki KAWANISHI, M.D., Ph.D.: 横浜市立大学医学群健康増進科学(精神保健学)

**** Mitsuhiko YAMADA, M.D., Ph.D.: 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神薬理研究部