

自殺対策のための戦略研究

○ 背景と経緯

わが国の自殺死亡率は世界的に見ても高頻度であり。年間自殺者数は 3 万人を超える。全国各地の先駆的な取組の経験を踏まえ、大規模共同研究により効果的な介入方法に関するエビデンスを構築し、今後の自殺予防対策に役立てる必要がある。そこで、「自殺対策のための戦略研究」において、研究課題のアウトカムと研究計画の概要を策定し、平成 17 年度から 5 年間の予定で実施した。

○ 「自殺対策のための戦略研究」の研究目的・概要

研究課題	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）
研究目的	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を介入地区で実施し、通常の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証する。	救急施設に搬送された自殺未遂者に対するケース・マネジメント（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。
アウトカム	地域における自殺率の減少	自殺未遂者の自殺企図再発率の30%減少
研究リーダー	大野 裕 （慶應義塾大学 保健管理センター 教授）	平安 良雄 （横浜市立大学医学部精神医学教室 教授）
研究実施団体	独立行政法人国立精神・神経医療センター	

-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)

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（横浜市立大学附属市民総合医療センター）
研究顧問： 有賀 徹（昭和大学医学部救急医学講座）
事務局長： 河西千秋（横浜市立大学医学群健康増進科学）

「自殺対策のための戦略研究」の背景

死亡原因から見た自殺の状況

厚生労働省「人口動態統計」によれば、平成23年における死亡順位では、20～39才の日本人の死因の第一位が自殺であり、40～49才で第二位、50～54才で第三位となっている。初年度の戦略研究課題として選定された背景として重要である。

平成23年における死因順位別にみた年齢階級別死亡数・死亡率・構成割合

総数

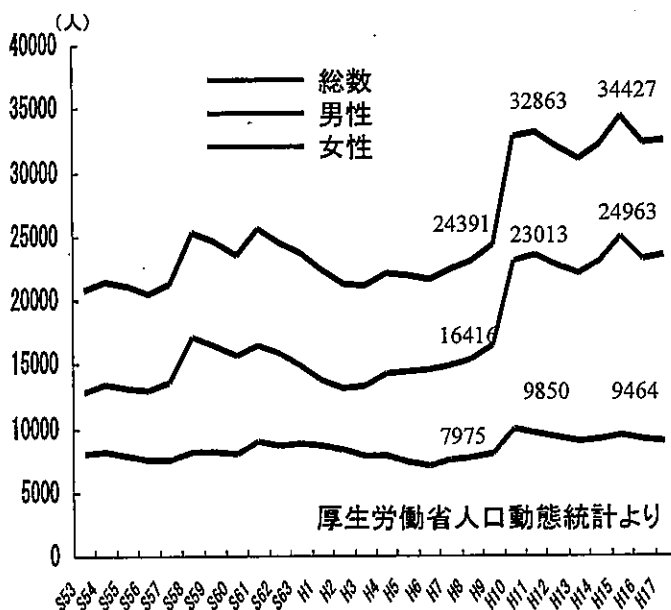
年齢階級	第1位				第2位				第3位			
	死因	死亡数	死亡率	割合(%)	死因	死亡数	死亡率	割合(%)	死因	死亡数	死亡率	割合(%)
10～14	不慮の事故	284	4.8	39.0	悪性新生物	112	1.9	15.4	自殺	74	1.3	10.2
15～19	不慮の事故	659	11.0	37.9	自殺	509	8.5	29.3	悪性新生物	159	2.6	9.1
20～24	自殺	1,411	22.9	47.6	不慮の事故	754	12.2	25.4	悪性新生物	220	3.6	7.4
25～29	自殺	1,685	24.1	45.8	不慮の事故	787	11.2	21.4	悪性新生物	326	4.7	8.9
30～34	自殺	1,831	23.2	37.2	不慮の事故	893	11.3	18.2	悪性新生物	732	9.3	14.9
35～39	自殺	2,370	24.8	29.8	悪性新生物	1,643	17.2	20.6	不慮の事故	1,166	12.2	14.6
40～44	悪性新生物	2,836	31.0	25.3	自殺	2,407	26.3	21.5	不慮の事故	1,432	15.6	12.8
45～49	悪性新生物	4,630	59.1	30.9	自殺	2,348	30.0	15.7	心疾患	1,756	22.4	11.7
50～54	悪性新生物	8,350	110.7	37.2	心疾患	2,738	36.3	12.2	自殺	2,447	32.4	10.9
55～59	悪性新生物	16,423	199.1	43.8	心疾患	4,298	52.1	11.5	脳血管疾患	2,787	33.8	7.4
60～64	悪性新生物	34,164	323.1	47.4	心疾患	8,595	81.3	11.9	脳血管疾患	5,331	50.4	7.4

注意：構成割合は、それぞれの年齢階級別死亡数を100とした場合の割合である。

資料：厚生労働省「人口動態統計」

我が国の自殺者数の推移

昭和53年～平成17年(ACTION-J 開始年)



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いる。

約15分に1人が自殺で死亡している計算であり、交通事故死亡の約6倍の頻度である。

自殺死亡率はG7でワースト第1位を継続している。

自殺率の減少に向けた取組は安心・安全な社会を構築するために重要な緊急の課題である。

自殺対策のための戦略研究

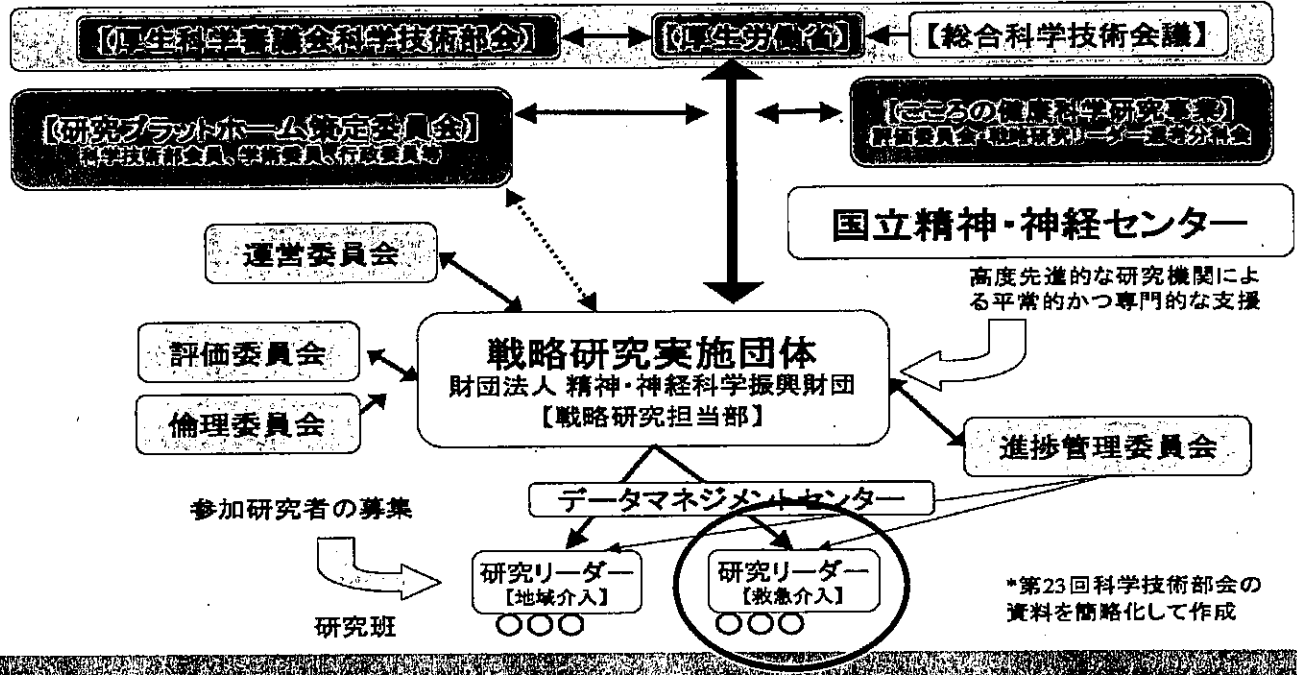
1. 自殺死亡者数増加の背景には、健康問題、経済・生活問題、家庭問題の他、人生観・価値観や地域・職場のあり方の変化等様々な社会的要因が複雑に関係しており、予防対策の実施に当たっては多角的な検討と包括的な対策が必要になる。しかし、効果的な複合的自殺予防対策のあり方に注目した研究及び施策は甚だ不十分な現状である。
2. そのため、全国各地の先駆的な取り組みを踏まえ、効果的な支援方法に関するエビデンスを大規模多施設共同研究により構築し、今後の政策立案に役立てることが必要である。
3. そこで、厚生労働科学研究における戦略研究の成果目標と研究内容が平成16年度に策定され、平成17年度より、精神・神経科学振興財団により実施されることとなった。

(財団ホームページより改編)

ACTION-J の実施体制

戦略研究の実施体制(開始時)

戦略研究の組織



研究課題の実施体制

●「統括推進本部」

統括責任者:

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

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)」

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:

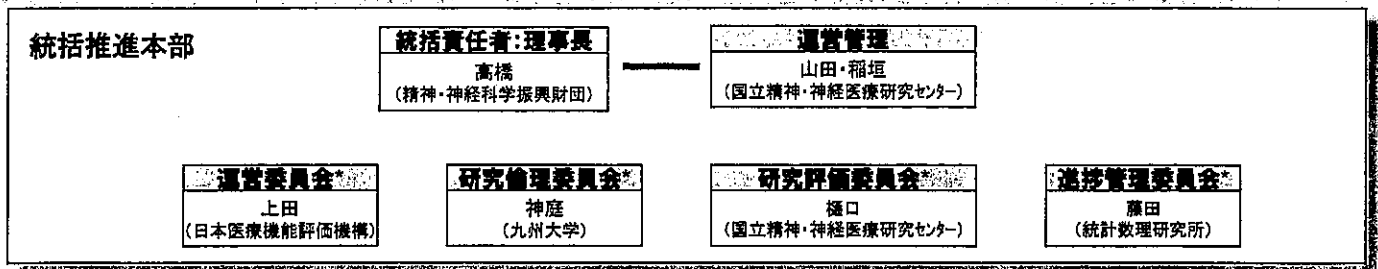
昭和大学病院 病院長 有賀 徹

事務局長:

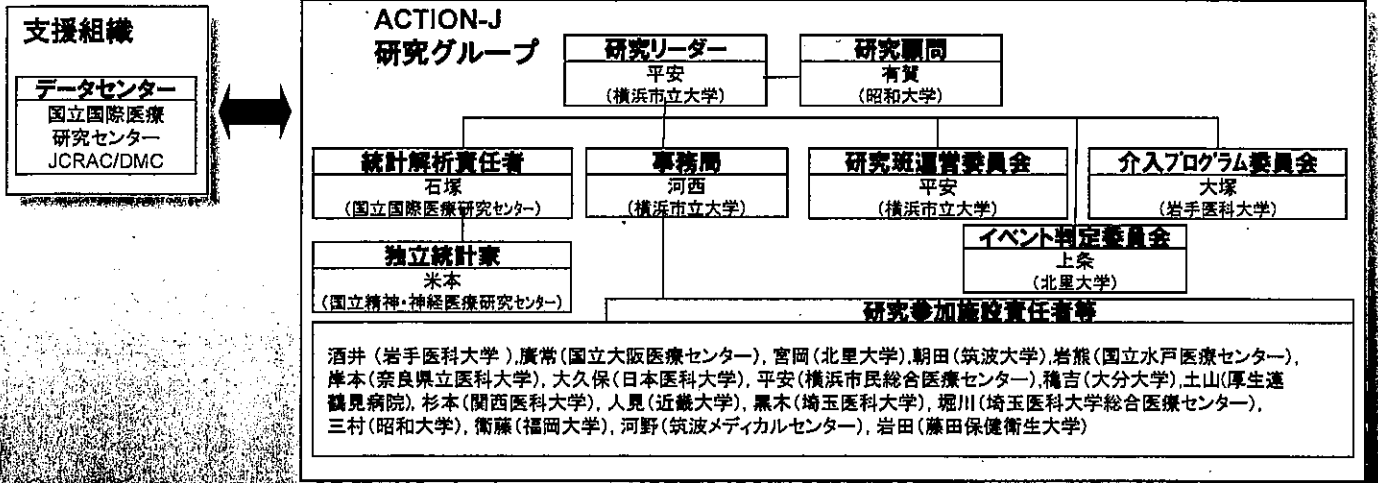
横浜市立大学医学部健康増進科学 教授 河西 千秋

ACTION-J

ACTION-J の研究組織

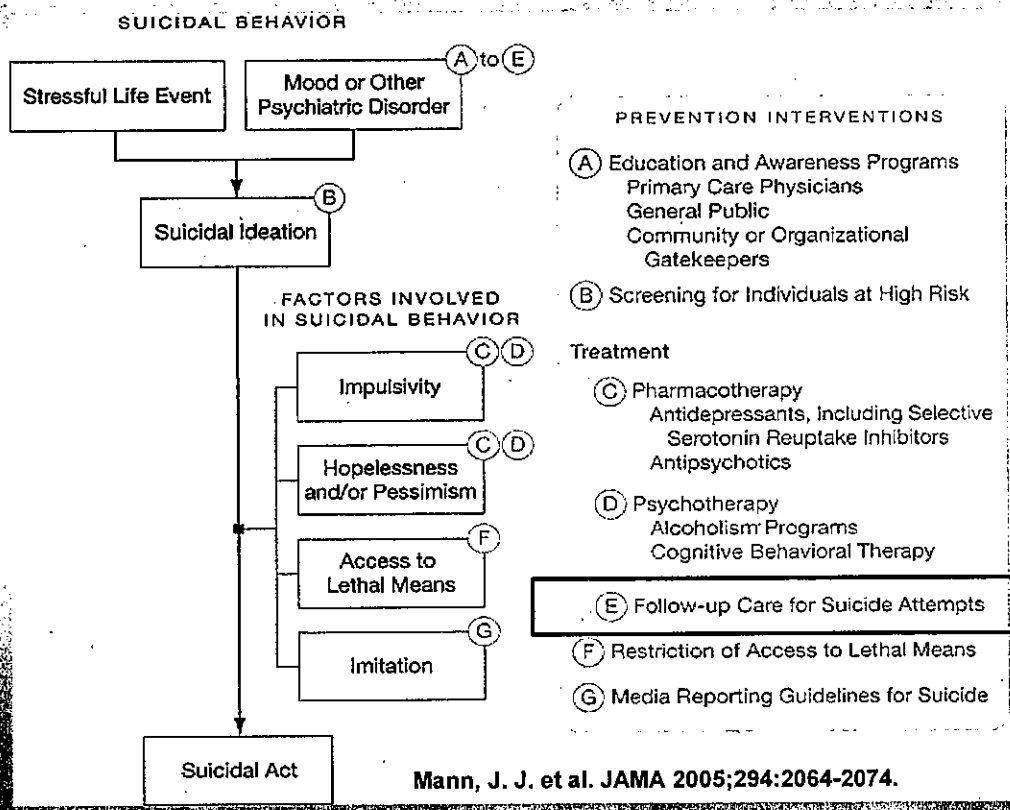


*現在は活動を終了



ACTION-J の背景

自殺のプロセスと介入のポイント

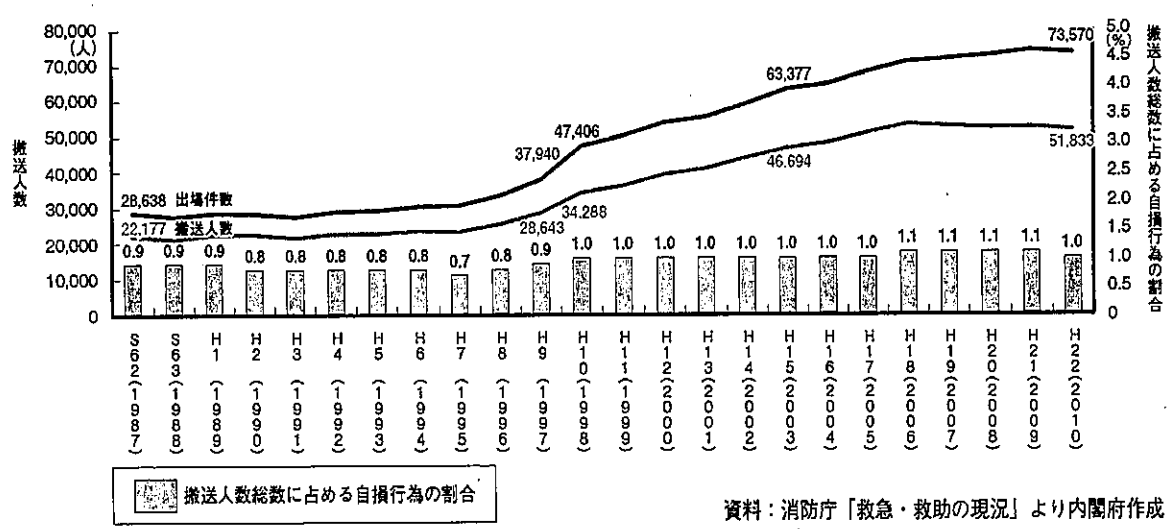


NOCOMIT-J
地域介入

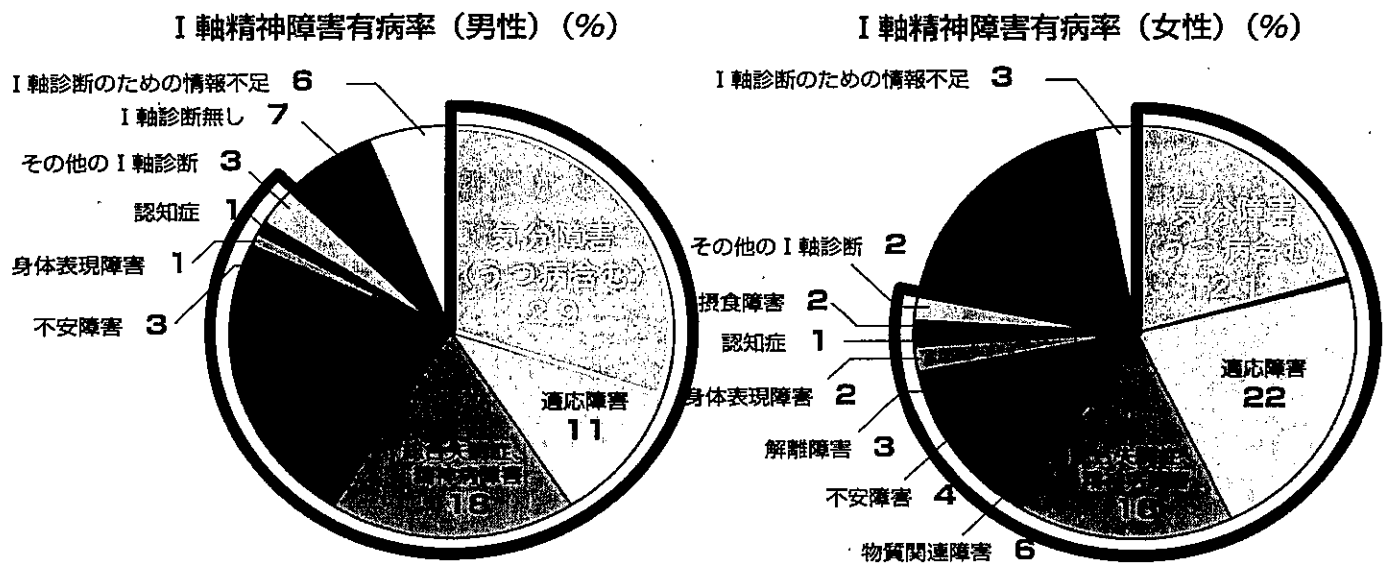
ACTION-J
ハイリスク
アプローチ

我が国における救急搬送の状況

消防庁の救急・救助の現況によれば、自損行為による救急自動車の出場件数及び搬送人数はともに増加傾向にある。平成22年における自損行為の状況については、救急自動車の出場件数は73,570件であった。救急搬送における中等症以上の自損は、自傷行為ではなく、自死の意図を伴った自殺企図である可能性が高い。



救命された自殺企図者への調査に基づく 自殺企図前の精神障害有病率



2003-2005年に横浜市立大学附属市民総合医療センター救命救急センターに自殺のために搬送された320名の結果（男性126名、女性194名）。（本調査におけるⅡ軸診断：男性24%、女性41%）

Yamada et al, BMC Psychiatry 2007

ACTION-J の背景

1. 自殺企図の既往は、自殺の最大の危険予測因子とされている。
2. 多くの自殺企図者が、救急医療施設に搬送されている。
3. 救命された自殺企図者の8割以上が、なんらかの精神科疾患を合併しているが、患者の多くは精神医学的評価を受けずに退院し、適切なケアにつながない。
4. そのため、救急医療施設退院後に、患者の精神医学的評価と心理社会的ニーズに基づいたケース・マネジメントを実施すると再企図が防止できるのではないかと強く期待された。

救急介入についての重要先行研究

1. 自殺企図者を対象とした介入研究では、研究倫理についての議論もあり、また、極めて頻度の低いアウトカムについての評価が要求される。さらに、事例毎の個別性・多様性の高さもあり、諸外国においてもハードルが高いものと認識されている。
2. Systematic Review でも、参考とすべき救急医療施設を拠点とした無作為化比較試験は僅かであった。先行研究からは、救急受診した自殺企図者に推奨されるべき効果的な介入法については結論が得られていないが、自殺企図者の精神医学的診断と心理社会的ニーズに基づいた複合的かつ継続的なケース・マネージメントの効果が強く期待された。

【これまでに報告された救急医療施設を拠点とした無作為化比較試験】

- 薬物療法や精神療法等の治療的介入
- 手紙や電話によるコンタクト
- 集中的ケアとアウトリーチ
デンマークの単一医療機関で実施された積極的ケース・マネージメントのこ
うかを検討した無作為化比較試験(Morthorst, 2012)。パワー不足のため、
再企図予防効果は不明であった。

ACTION-J の概要

ACTION-J の目的

○本研究では、救急施設に搬送された自殺企図者に対するケース・マネジメントの自殺企図再発防止効果を検証する。

【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。

【研究参加施設】

横浜市民総合医療センター
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

【研究参加施設(つづき)】

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

【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

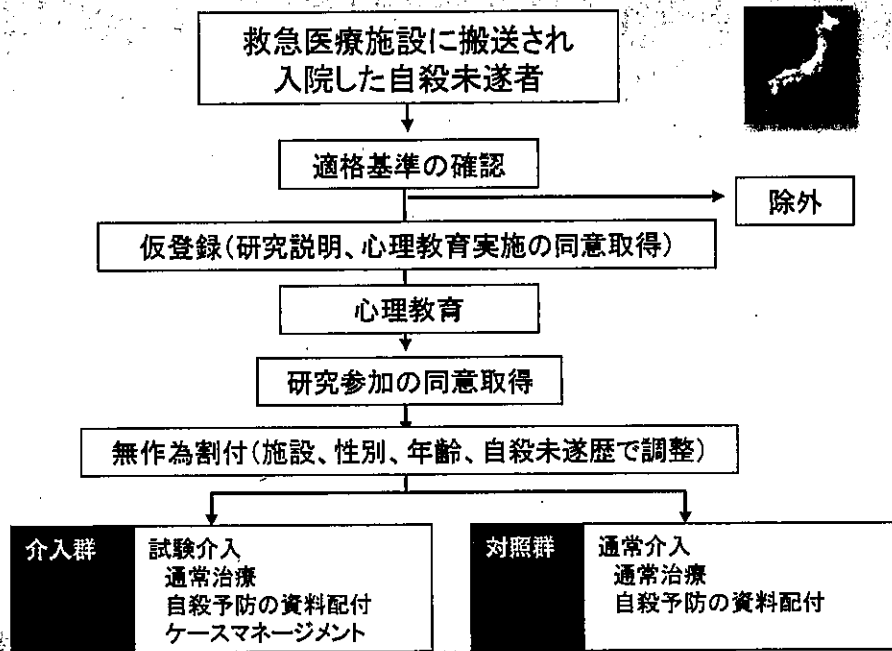
【除外基準】

- 1) 主要精神科診断が、DSM-IV のI軸診断に該当しない者

ACTION-J の研究方法

1. 救急部と精神科が連携している全国の17の研究参加施設に救急搬送され、入院となった914名の自殺企図者を登録し、介入群と対照群の2群に無作為に割り付けた。
2. 介入群に割り付けられた自殺企図者には、ケース・マネジメント手順書に基づき、複合的ケース・マネジメントを実施した。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)の再発発生率を比較した。
3. 自殺関連アウトカムは出現頻度が極めて低くバラツキが大きいため、ACTION-Jでは十分な症例数を確保し、性別、年齢、過去の自殺企図既往の有無で調整した後に、対照群と比較した。
4. 自殺を対象とした無作為化比較試験は、研究倫理の面から諸外国においてもハードルが高いとされている。ACTION-Jでは、多段階の倫理審査を経るプロセスによりそれを実現した。

ACTION-J の研究概要



BMC Public Health



Study protocol

Open Access

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

Yoshio Hirayasu¹, Chiaki Kawanishi¹, Naohiro Yonemoto², Naoki Ishizuka³, Yoshiro Okubo⁴, Akio Sakai⁵, Toshifumi Kishimoto⁶, Hiroshi Miyaoka⁷, Kotaro Otsuka⁸, Yoshito Kamijo⁹, Yutaka Matsuo⁹ and Toru Aruga¹⁰

Address: ¹Department of Psychiatry, Yokohama City University School of Medicine, 2-2 Fukuori, Kanazawa-ku, Yokohama 236-0204, Japan; ²Department of Biometrics, School of Public Health, Expo University, Fushimi-ku, Kyoto 600-8501, Japan; ³Division of Preventive Medicine, Department of Community Health and Medicine, Kansai Medical University International Medical Center Japan, 1-3-1 Higashi, Shinshiro-ku, Tokyo 182-8515, Japan; ⁴Department of Neuropsychiatry, Niigata Medical School Tokyo, 1-1-2 Sendagaya, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8602, Japan; ⁵Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University, 19-1 Hikarigauchi, Morioka 980-8501, Japan; ⁶Department of Psychiatry, Shinshu University, 1-1-1 Shimo-oka, Utsunomiya, Gunma 370-8501, Japan; ⁷Department of Psychiatry, Chiba University School of Medicine, 1-1-1 Inohana, Chiba, Chiba 260-8602, Japan; ⁸Department of Psychiatry, National Institute of Mental Health, 1-1-1 Kojima, Sagami-ku, Kanagawa 228-8503, Japan; ⁹Department of Emergency and Critical Care Medicine, Kitano University School of Health Science, 1-1-1 Kitano, Sagami-ku, Kanagawa 228-8513, Japan; ¹⁰Department of Health Science, National Institute of Health Science, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogino, Inzai-shi, Chiba 270-8501, Japan and ¹¹Department of Emergency Medicine, Showa University School of Medicine, 1-5-8 Hatanodai, Shinjuku-ku, Tokyo 162-8503, Japan

Correspondence: ¹hirayasu@yokohama-cu.ac.jp; ²chiaki@yokohama-cu.ac.jp; ³naoki@yokohama-cu.ac.jp; ⁴naohiro@yokohama-cu.ac.jp; ⁵naoki@yokohama-cu.ac.jp; ⁶naoki@yokohama-cu.ac.jp; ⁷hiroshi@yokohama-cu.ac.jp; ⁸hiroshi@yokohama-cu.ac.jp; ⁹yutaka@yokohama-cu.ac.jp; ¹⁰toru@yokohama-cu.ac.jp

Published: 24 September 2009

Received: 11 August 2009

BMC Public Health 2009, 9:364

Accepted: 24 September 2009

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1745-2875/9/364>

© 2009 Hirayasu et al; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

- 米国および日本で臨床試験登録を実施した (ClinicalTrials.gov: NCT00736918、UMIN-ID: 000000444)。
- 研究プロトコルを学術論文として公開した (BMC Public Health. 2009; 9: 364)。
- ACTION-J は、自殺対策研究の領域では類例をみない大規模研究として高い注目を浴びている。

ACTION-J ケース・マネージメント

○介入群に割り付けられた自殺企図者には、ケース・マネージメント手順書に基づき、患者の精神医学的評価と心理社会的ニーズに基づいたケース・マネージメントを実施した。

【介入の概要(入院時)】

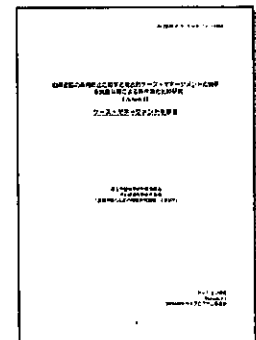
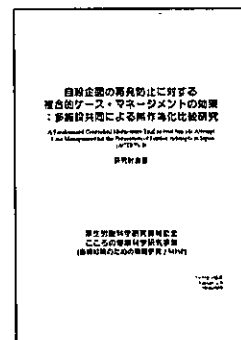
- ① 初期介入
- ② 情報収集とアセスメント
- ③ 心理教育
- ④ 精神科受療支援とかかりつけ医との調整
- ⑤ 生活問題解決のための情報提供と地域ケアの導入

【介入の概要(退院後)】

- ① 情報収集とアセスメント
- ② 精神科受療支援とかかりつけ医との調整
- ③ 生活問題解決のための情報提供と地域ケアの導入とモニタリング



(救急センターにおける初療のイメージ)



ACTION-J の評価項目

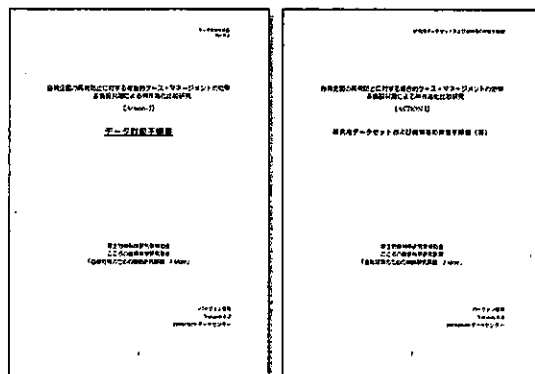
観察項目・評価調査票、研究用データセット及び資料等の保管手順書、イベント判定のための手順書、データ取扱手順書等の各手順書に基づきアウトカムデータを収集し、下記の評価項目を、対照群と比較した。

○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

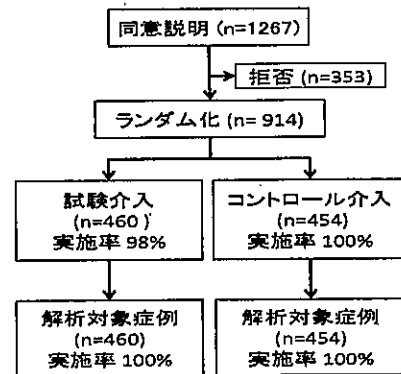
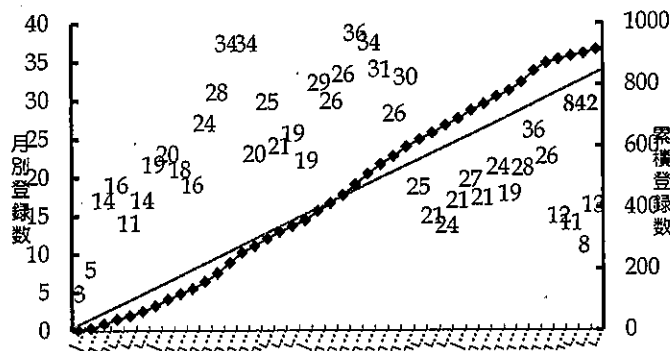
- ・自殺未遂の再発発生率
- ・自殺死亡の再発発生率
- ・全死因死亡率の再発発生率



* 第44回科学技術部会(2008年)にて、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が、厚生労働省担当課の支援等により解決することができた。

ACTION-J の成果

ACTION-J の達成状況



- 登録期間中に参加施設に搬送された全自殺企図者数は、6123名であった。そのうち、約18%は搬送後死亡となった。
- 生存例の約90%が精神科診断を有し、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患者は1267名であった。研究計画書に従い、同意を得た914名の症例登録を完了した。目標数842名の108.6%であった。
- これまでに、ベースラインデータ、介入プロセスデータ、救急搬送に関わるアウトカムデータを全て収集し、解析を完了した。

ACTION-J 研究参加者の属性

割り付け調整因子	試験介入群 (n=460)	対照群 (n=454)	就労状況	人数	%
性別: 男性	n=197, 43%	n=203, 45%	被雇用者	400	43.8%
年齢: 平均 (SD)	43 (14.6)	42 (15.2)	非被雇用者	514	56.2%
自殺企図歴: 有	n=231, 50%	n=219, 48%	配偶者	人数	%
			有	375	41.0%
			無し	539	59.0%

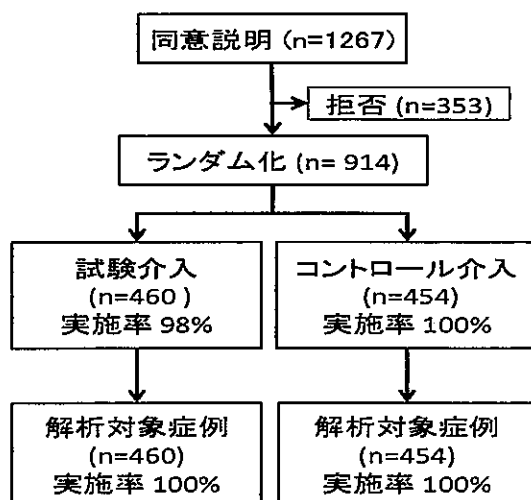
- 研究参加者は、男性400名、女性514名、平均年齢約42才、自殺企図の既往があった者450名であった。
- 介入群と対照群の属性に有意な差はなく、両群間で比較可能性が保たれていることが確認された。
- 研究参加者の約4割が既婚者であり、約4割が被雇用者であった等、自殺未遂の背景にある複合的な心理・社会的問題の実態と、その後のケアに必要な背景が明らかとなった。

ACTION-J 研究参加者の属性

精神科診断	人数	%	自殺企図の手段	人数	%
気分障害/適応障害	617	67.5%	過量服薬	648	70.9%
統合失調症関連障害	188	20.6%	刃器	147	16.1%
物質/アルコール関連障害	45	4.9%	飛び降り/交通事故等	115	14.5%
その他	73	8.0%	縊首	53	5.8%
			その他	42	11.1%

1. 研究参加者の精神科診断は、気分障害/適応障害が67.5%、次いで統合失調症関連障害の20.6%であった。
2. 自殺企図の手段は、過量服薬が70.9%と最も多かった。縊首の割合は5.8%と、既遂者と異なり極めて低かったが、これは縊首の致死率の高さが影響していると考えられた。

介入の実施率と遵守率

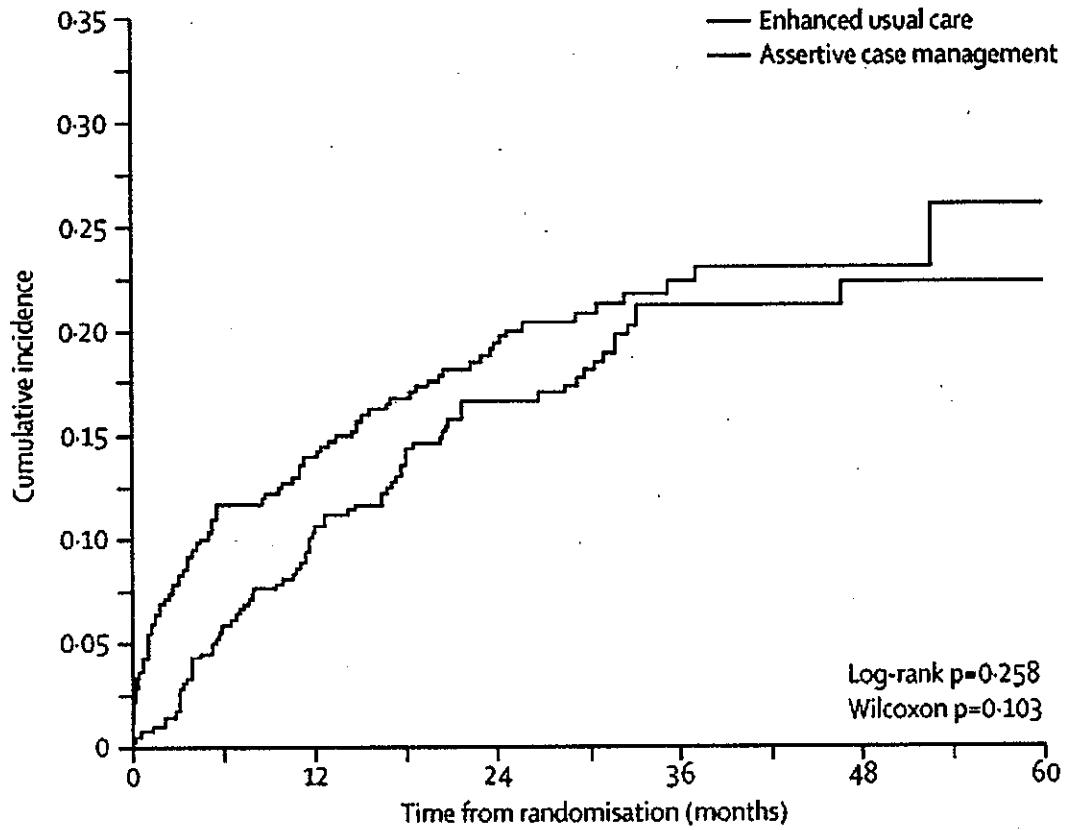


	試験介入群	対照群
介入実施率	98%*	100%
介入遵守率(6ヶ月)**	87%	NA
追跡率	71%	69%
追跡率(自殺死亡)	98%	97%

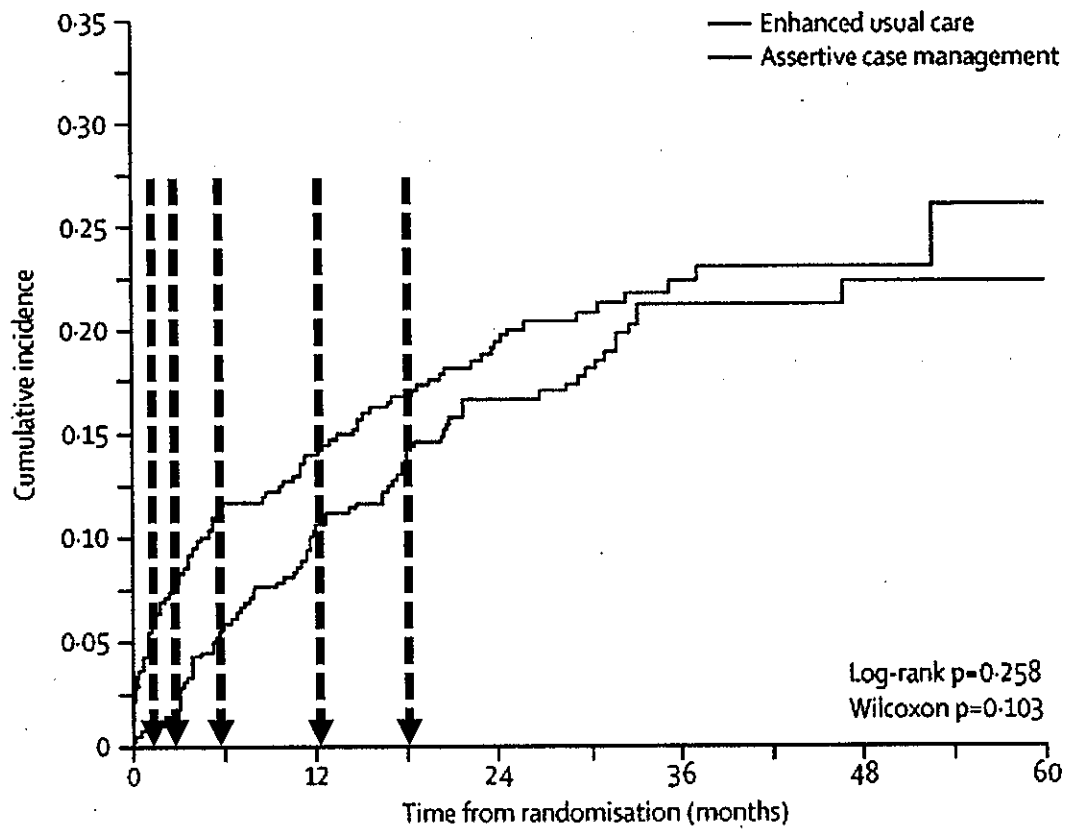
* 介入群のうち11名が割り付け後にケース・マネージメント介入を中止した。

** ランダム化6ヶ月後までに計画されていた7回のケース・マネージメント面接を実施できた者の割合。

1. ランダム化6ヶ月後の介入遵守率は87%と高く、ACTION-J ケース・マネージメントの臨床での高い実施可能性が確認された。
2. 介入群、対照群ともに、ランダム化6ヶ月後の追跡率は約87%であり、解析結果の高い一般化可能性が確認された。
3. 住民基本台帳及び死亡小票を利用した追跡率(自殺死亡)は98%であった。



	0	12	24	36	48	60
Assertive case management	460	392	354	333	279	208
Enhanced usual care	454	377	339	314	257	184



	0	12	24	36	48	60
Assertive case management	460	392	354	333	279	208
Enhanced usual care	454	377	339	314	257	184

	1か月	3か月	6か月	12か月	18か月
試験介入群 vs. 通常介入群	3/444 (1%) vs. 16/445 (4%)	7/430 (2%) vs. 32/440 (7%)	25/417 (6%) vs. 51/428 (12%)	43/397 (11%) vs. 60/399 (15%)	55/380 (14%) vs. 71/385 (18%)
リスク比	0.19 (0.06-0.64)	0.22 (0.10-0.50)	0.50 (0.32-0.80)	0.72 (0.50-1.04)	0.79 (0.57-1.08)

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）

研究目的の達成状況および成果(3)

【研究の成果】

-
- 本研究の結果、救急病院退院後にケース・マネジメントを受けた自殺未遂者においては、対照群と比較して、自殺企図の再発発生率が、ランダム化6ヶ月後に約50%減少しており、強い予防効果が得られることが明らかとなった。
- 男性と比較して女性の方が、また、高齢者と比較して若年者の方が、支援の効果が得られやすいことを示す結果であった。

	試験介入群	対照群
症例数	n=417	n=428
自殺企図の発生数	n=25	n=51
自殺企図の発生率(%)	6%	12%

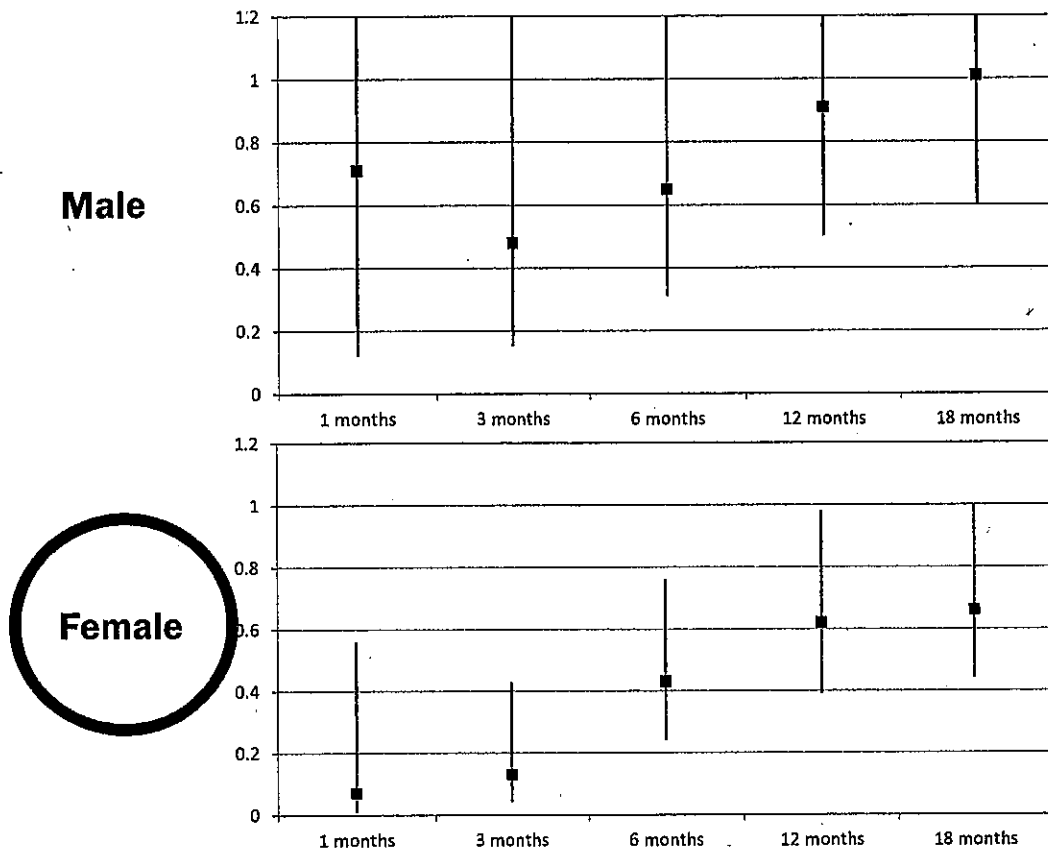
主要評価項目

当初目標の 30% を超える 50% の減 (P<0.01)

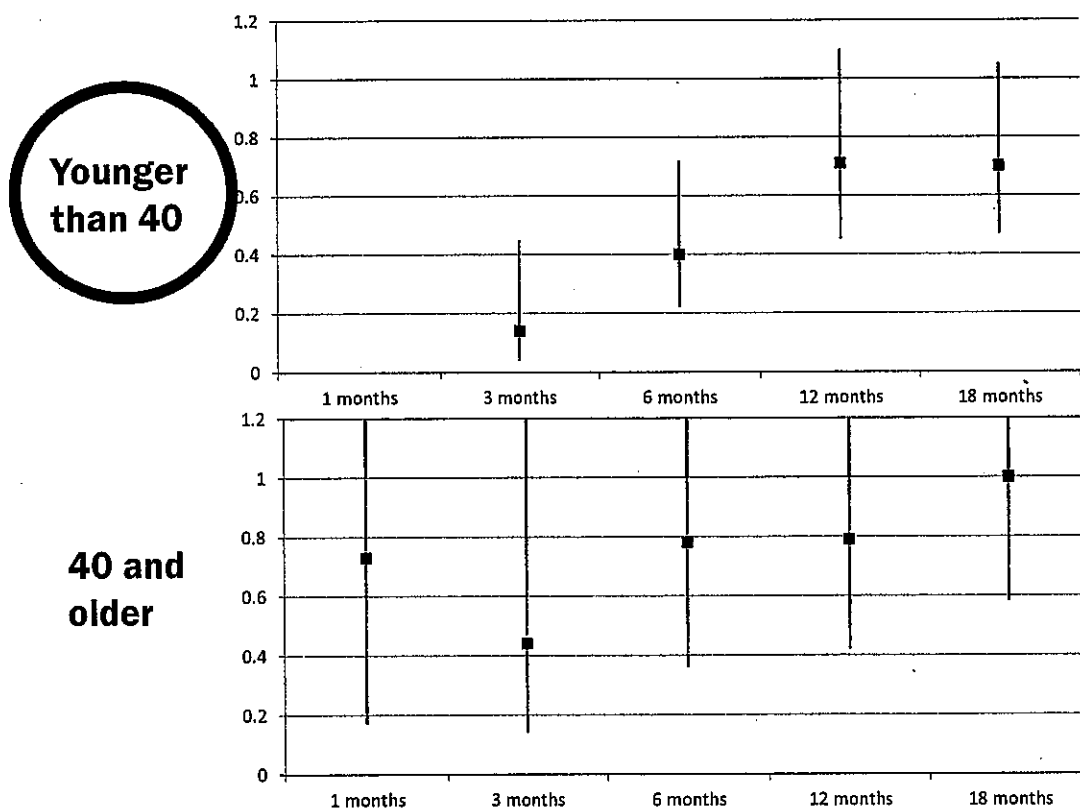
解析結果は、①割り付け因子による調整、②追跡不能症例データの多重補完、による感度分析においても変わらなかった。

- ※本研究の結果、ケース・マネジメントにより自殺企図再発の強い予防効果が得られることが明らかとなった。また、予防効果は、性別・世代によって異なることが明らかになり、さらなる科学的根拠に基づく自殺未遂者対策の必要性が示された。
- ※本研究の結果は、LANCET Psychiatry 誌に掲載された (Lancet Psychiatry, 1(3): 193-201, 2014)。

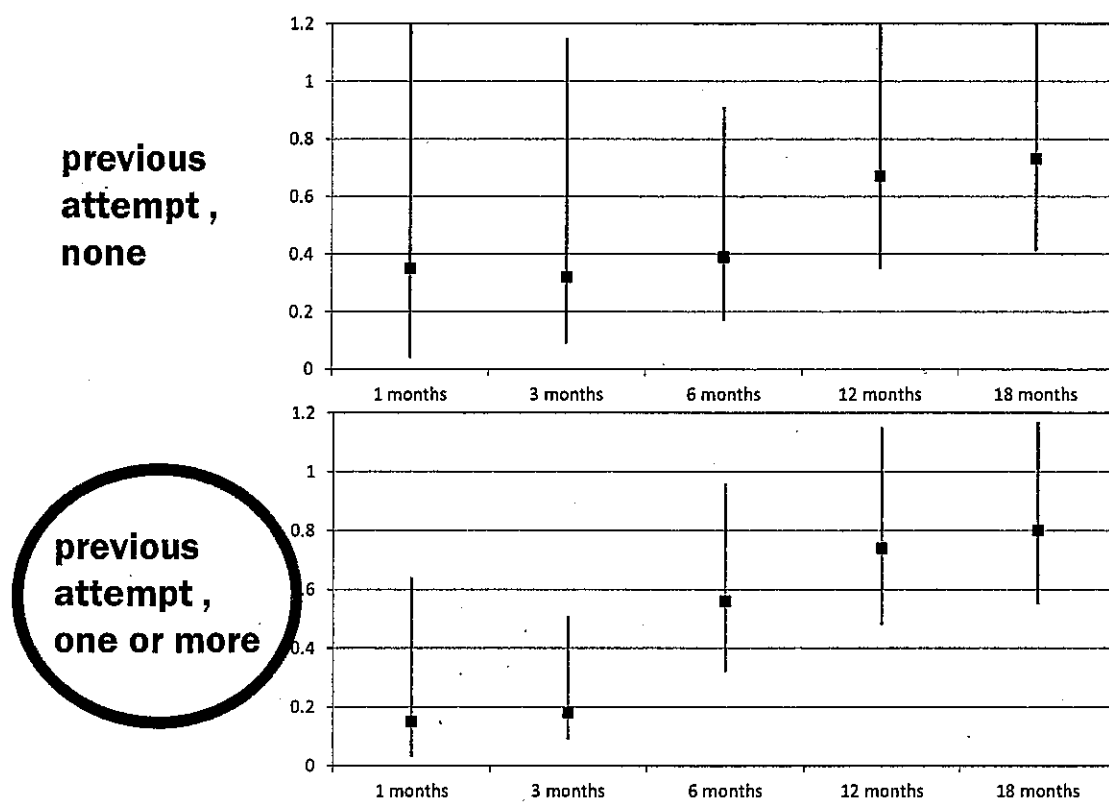
Incidence proportions and risk ratios of primary outcome by periods from randomization (Subgroup analysis by sex)



Incidence proportions and risk ratios of primary outcome by periods from randomization (Subgroup analysis by the age groups)



Incidence proportions and risk ratios of primary outcome by periods from randomization (Subgroup analysis by the past experience of suicide attempted group)



ACTION-J の拓く未来

臨床現場での波及効果

- ACTION-J は、自殺対策基本法において国の責務と定められた研究であり、行政サービスに直結する介入研究である。
- 平成24年8月28日に閣議決定された新たな「自殺総合対策大綱」において、ACTION-J の成果を、速やかに施策へ反映させることが明確に求められている。今後は、自殺総合対策大綱を強固な足場とし、創出されたエビデンスを我が国の自殺対策に利用することが可能となる。

自殺総合対策大綱(見直し後の全体像)
～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～

(第1) はじめに
「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す」
国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が緊密な連携を図りつつ、国を挙げて自殺対策に取り組み、一人ひとりが助け合いの心を持って互を支援し、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指して取り組む。

自殺総合対策の現状と課題：地域レベルの実験的な取組を中心とする自殺対策への転換
地域の実情に応じて、対策の有効性や地味性、優先順位などを検討し、国民一人ひとりに身近な地域において、それぞれの実情に応じた多様な対策を講ずることが必要。

自殺総合対策における基本認識：
 <自殺は、その多くが思い込まれた結果>
 <自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題>
 <自殺を考えている人は何らかのサインを出していることが多い>

(第2) 自殺総合対策の基本的考え方
 1. 社会的要因も踏まえ総合的に取り組む
 2. 国民一人ひとりが自殺予防の主体となるよう取り組む
 3. 段階ごと、対象ごとの対策を効果的に組み合わせる
 4. 関係者の連携による包括的な生き生き支援を強化する
 5. 自殺の実態に即した施策を推進する
 6. 施策の実証・評価を行いながら、中長期的視点に立って、体系的に進める
 7. 政策対象となる無関係者の実態を踏まえた対策を推進する
 8. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

(第3) 施策の重点施策
 1. 自殺の実態を明らかにする
 2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを実現する
 3. 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する
 4. 心の健康づくりを進める
 5. 適切な精神科医療を受けとれようにする
 6. 社会的な取組で自殺を防ぐ
 7. 自殺未遂者の再発の自殺企図を防ぐ
 8. 自殺した人への支援を充実させる
 9. 民間団体との連携を強化する

(第4) 自殺対策の取組目標
 ○平成28年度では、自殺死亡率が27年と比べて20%以上減少させることを目指す。

7. 自殺未遂者の再発の自殺企図を防ぐ

「自殺対策のための戦略研究」等の成果を踏まえて、自殺未遂者の再発の自殺企図を防ぐための対策を強化する。

- (1) 救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実
 精神科救急医療体制の充実を図るとともに、救命救急センター等に精神保健医療従事者等を配置するなどして、治療を受けた自殺未遂者の精神科医療ケアの必要性を評価し、必要に応じて精神科医による診療や精神保健医療従事者によるケアが受けられる救急医療体制の整備を図る。
 また、自殺未遂者に対する的確な支援を行うため、自殺未遂者の治療とケアに関するガイドラインについて、救急医療関係者等への研修等を通じて普及を図る。
- (2) 家族等の身近な人の見守りに対する支援
 自殺の原因となる社会的要因に関する各種相談機関とのネットワークを構築することにより精神保健福祉センターや保健所の保健師等による自殺未遂者に対する相談体制を充実するとともに、地域において精神科医療機関を含めた医療保健福祉のネットワークを構築するなど継続的なケアができる体制の整備を一層進めることなどにより、退院後の家族等の身近な人による見守りの支援を充実する。

精神医学的評価を促進する施策

- 実際、厚生労働省は、救急医療機関入院中に精神医学的評価を促進するための施策を実施している。
 - 平成20年の診療報酬改定で自殺未遂者に対する救急・精神科医療の評価(3000点)を盛り込む等の施策を新設した。
 - ACTION-J関係者の関与のもと、日本臨床救急医学会及び日本精神科救急学会で、それぞれ、自殺未遂者ケアに関する手引き、ガイドライン等が作成され、臨床現場に普及しつつある。
 - また、これら手引き、ガイドラインをテキストとして、厚生労働省主催の「自殺未遂者ケア研修」(救急医療関係者向け)、「自殺未遂者ケア研修」(精神科救急医療関係者向け)が平成20年度より開催され、すでに600名以上の救急医療関係者が教育を受けた。
 - なお、この研修会の講師、ファシリテーターもACTION-J関係者が務めている。

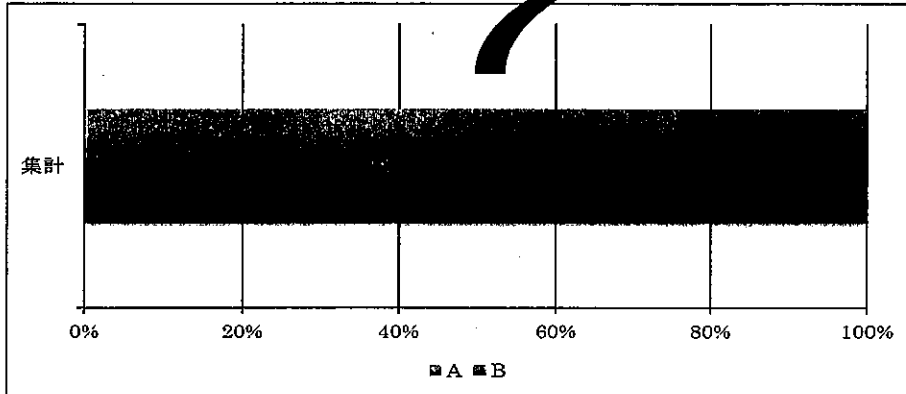
精神科医による診療体制の現状

○評価分野: 重篤患者の診療機能

○評価の担当: 病院の管理者が担当する評価項目

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

R: それ以外



「院内の精神科医」

- * 救急センターに常駐してるか?
- * 院内に精神科病床があるか?

「院外の精神科医に相談」

- * 電話だけか?
- * タイムリーに往診可能か?
- * クリニックか?
- * 精神科病床があるか?
- * PSW等がいるのか?

- * 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況(厚生労働省)」より

退院後の地域連携を促進する施策

- また、厚生労働省は、救急医療機関退院後の地域連携を促進するための施策を実施している。
- 平成24年には、救急搬送患者地域連携紹介加算、受入加算の引き上げを行うとともに、下記を実施した。
 - ① 対象とする患者の要件を入院5日以内から7日以内に拡大
 - ② 療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料で受入加算を算定可能とする
 - ③ 紹介加算、受入加算いずれか1つのみ届出可能であったものを、同一医療機関で紹介加算、受入加算の双方を届出可能とする(改) 救急搬送患者地域連携紹介加算 500点→1000点
(改) 救急搬送患者地域連携受入加算 1000点→2000点
- 平成24年には、精神科リエゾンチーム(一般病棟に入院した自殺未遂者等の患者に精神症状の評価や退院後の診療調整を行う)に対する評価を新設した。

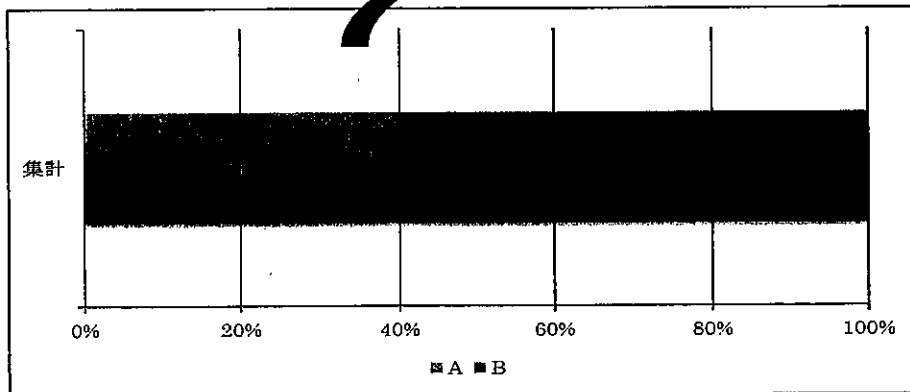
退院時ソーシャルワークの現状

○評価分野: 重篤患者の診療機能

○評価の担当: 救命救急センター長が担当する評価項目

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



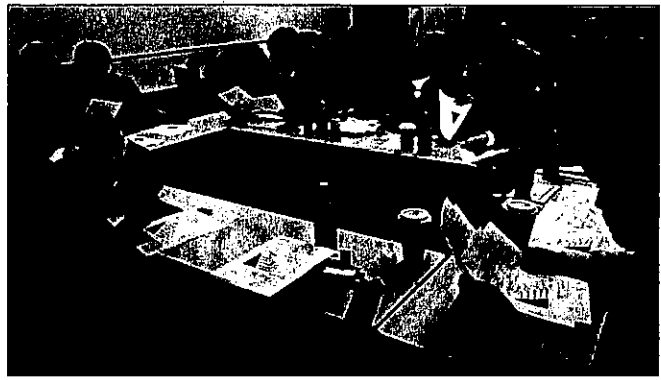
- 患者の転棟や転院等に係る調整を行うことを専らの業務とする者をいう。
- ほとんどがMSWであり、PSWや社会福祉士、臨床心理士など、自殺未遂者対応の専門職に限らないので注意が必要。
- 専門職であっても、自殺未遂者に対応するためには、専門のトレーニングが必要

* 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況(厚生労働省)より

退院後にもケアを提供するには？

- 本研究により、ケース・マネージメントの実施可能性が明らかとなった。今後は、全国の救命救急センターで速やかに条件を整えるための施策を実施する必要がある。
- 実際、救急部門と精神科との連携基盤がすでにある救急医療機関が増えてきている。事業化に際しては、ACTION-J 参加施設に加えて、このような救急医療機関を対象にモデル事業を開始する必要がある。
- また、ケース・マネージメントを適切に提供できる人材を、すぐに、十分な人数、確保することは困難である。そのため、人材を育成するための研修プログラムを準備する必要がある。

ACTION-J 施策化実現タスクフォース



付表1. パイロット研修会のプログラム

研修1日目 9:30から18:00まで

時間	講義・ワーク名
9:15-9:30 (15分)	受付とアンケート配布
9:30-9:55 (25分)	アンケート記入と挨拶
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
10:05-10:35 (20分)	2.【講義1】自殺予防と自殺未遂者ケア総論
10:35-10:45 (20分)	3.【講義2】精神疾患と自殺
10:45-10:55 (10分)	休憩
10:55-12:25 (計90分)	4.【GW1】ケース・スタディ (5分) オリエンテーションと自己紹介 (5分) グループワークの進め方と症例の熟読 (20分) 1) グループワーク (20分) GW1-1:危険因子の抽出 (20分) GW1-2:アセスメントのための情報収集 (20分) GW1-3:GW1-1と2を基にしたマネージメント (10分) 2) 発表 (10分) 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
12:25-12:40 (15分)	参加者との意見交換
12:40-12:55 (45分)	お昼休憩(昼食)
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
14:55-15:05 (10分)	休憩
15:05-15:45 (40分)	6.【講義3】ケース・マネージメントの実践 (1) 未遂者に対するケース・マネージメントの目的、施設要件、資格要件 (2) ケース・マネージメントを実施する対象者とケース・マネージメントの全体像 (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連携 ⑤生活問題解決のための情報提供と地域ケアの導入
15:35-15:45 (10分)	4) フェイスシート、初回面接シートの説明
15:45-15:50 (5分)	休憩
15:50-17:15 (計115分)	7.【RP1】初回面接のロールプレイ (10分) オリエンテーション、進め方の説明、症例の熟読 (計40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 (35分) RP1-3:プランニング (15分) 2) 発表(5分×3グループ) (15分) 3) 解説と質疑応答
17:45-18:00 (15分)	8.1 日閉会挨拶 意見交換

研修2日目 9:00から17:00まで

時間	講義名
9:00-9:05 (5分)	9.挨拶
9:05-10:10 (65分)	10.心理教育
10:10-10:15 (5分)	休憩
10:15-10:50 (計35分)	11.【講義4】退院後のケース・マネージメント (25分) 1) 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料結例 (10分) 2) CM 面接シートの説明
10:50-11:00 (10分)	休憩
11:00-12:50 (計110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 (5分) オリエンテーション 進め方の説明と症例の熟読 (40分) 1) ロールプレイ RP2-1+RP2-2 RP2-1:CM 面接 RP2-2:CM 面接シート作成 (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) (15分) 3) 解説と質疑応答
12:50-13:40 (10分)	休憩
13:40-14:00 (20分)	13.午前のまとめ、意見交換
14:00-15:15 (計75分)	14.【GW2】事例から学ぶインシデント対応 (5分) 1) 症例Bのインシデント (5分) GW2-1-1:症例提示 (5分) GW2-1-2:インシデント対応 (5分) 発表 (15分) GW2-1-3:インシデント対応解説
15:15-15:25 (10分)	休憩
15:25-15:45 (20分)	15.【講義5】置かれた人の心理(ポストベンション)
15:45-16:00 (15分)	16.【講義6】セルフケア
16:00-16:20 (20分)	17.アンケート記入
16:20-17:00 (40分)	18.受講証付与 (10分) 付与式、終了の挨拶 (30分) 意見交換

ACTION-J を終了して

ACTION-J を終了して

本研究の結果、自殺未遂者に、精神医学的評価と心理社会的ニーズに基づいたケース・マネージメントを提供することにより自殺企図再発の強い予防効果が得られることが明らかとなりました。今後、研究成果に基づく自殺未遂者対策が施策化されていくことを期待しています。

最後に、研究に参加いただいた患者さまやご家族のみなさま、参加医療機関のみなさま、地域の関係諸機関、民間団体等のみなさまのご理解とご支援、そして情熱に支えられてACTION-Jを完遂することができました。この場をお借りして、みなさまに感謝いたします。どうもありがとうございました。