

第 103 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

自殺企図者に対するケース・マネージメント

太刀川 弘和 (茨城県立友部病院)

大塚 耕太郎 (岩手医科大学)

I はじめに

自殺企図は自殺の最大の危険因子であり、自殺企図者の再企図防止は、わが国における自殺の現状を改善させるために、きわめて重要な課題である。

ところで、日常臨床において私たちが接するのは、自殺という「社会現象」そのものではなく、自殺企図者「個人」である。また私たちが従来慣れ親しんでいた医学モデルにおいて、自殺企図は個々の精神障害の症状、あるいはそれがもたらす行動とみなされていた。そのことがややもすれば、公衆衛生における自殺の捉え方に対する違和感や、自殺そのものに対する対策よりもうつ対策に力を入れるべきではないか、という考え方を生んでも不思議ではないと思われる。筆者自身も最近まではそのように考えていた。

しかし自殺は、1) 周囲との孤立により促進される、2) 経済問題、疾病問題、などの個人が社会で生きるうえでの障害が契機となる、3) 周囲の多くの人間に心理的影響を与える、4) 連鎖自殺、群発自殺を生じる、といった特徴を持つ。これらの特徴は、明らかに自殺が個人の精神病理を超えて社会と個人との関係性を問題領域とする多面的要因で成立することを示している。WHOの「自殺は大きな、しかしその大半が予防可能な公衆衛生上の問題である」という宣言も、こうした背景を検討してなされたものといえる。

自殺事象が個人と社会との関係性によって規定されるとするならば、社会的施策が重要なことは

むろん、臨床においても自殺企図者個人を社会とどのように「つなげる」かが、再企図防止のために重要な課題である。では、以下の事例（いずれも架空の事例であることを断っておく）ではどのように「つなげる」ことが可能だったろうか？

事例1：救命センターに自殺企図で入院したA。救命措置のあと、特に企図の理由は話さず、「もうしないから」といって退院した。退院直後に再企図し、既遂した。

事例2：救命センターに自殺企図で入院したB。精神科受診を薦めたが、個人的な理由で企図したので、精神障害はないし、精神科的治療は必要ないといつて本人、家族に受診を拒否された。

事例3：精神科にうつ病で通院していたC。いつの間にか受診を中断した。ある時自殺既遂したと家族から報告があった。

事例4：頻回にリストカットして救命センターに来ていたD。パーソナリティ障害と考え、積極的な対応は行わなかったところ、既遂した。

事例5：自殺企図で入院したE。抗うつ薬による薬物療法で軽快退院したが、職場復帰の数日後に既遂した。

II 自殺企図者への介入方法

自殺企図は、病前性格、養育環境を準備段階として、喪失体験やライフイベントを契機に、うつ病をはじめとする精神障害に罹病し、周囲から孤立し、反応性に企図にいたるという一連の経過を

とる（図1）。

この段階の各々に対して再企図防止のための介入を考えた場合、精神障害、自殺企図に対しては緊急の身体医学的介入、ならびに精神医学的介入が必要であることは論を待たない。すなわち、救命救急センターに搬送し、救命処置を行った後、自殺の危険因子、精神障害、援助体制の評価を行い、必要があれば入院治療を含めた精神科的治療

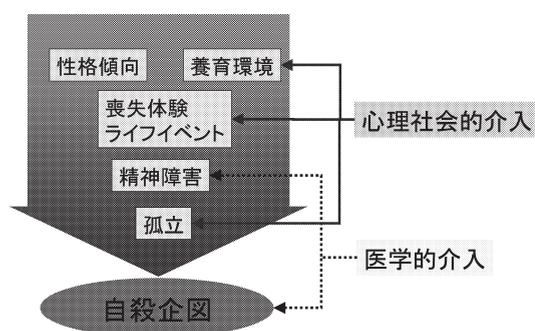


図1 自殺企図にいたるプロセスと介入の種類
下向き矢印が自殺企図にいたるプロセスと時期ごとの課題を示す。介入方法は、課題によって大きく心理的介入と医学的介入に類別される。

を行う。外来においても継続的に治療を行う。

一方、養育環境、喪失体験、ライフイベント、周囲からの孤立といった問題については、薬物療法などの狭義の精神医学的対応だけでは十分に対応できないことも多く、心理社会的介入が必要である。

従来、自殺企図者への心理社会的介入研究の報告は、系統的レビューも含めて海外で幾つかみられるものの、その重要性に比して報告数は少ない。表1に介入方法ごとの代表的な研究報告を示した。介入方法には、認知行動療法、問題解決療法、訪問指導など様々なものが用いられているが、観察期間の短さ、対象症例の定義の違い、評価方法の違いといった研究デザインの問題がある。このため、統計学的に有意に自殺再企図率の減少を認められたものは多いとはいえ、複数の研究で一致した効果が得られていない。介入効果のエビデンスを提示するには、多数症例を対象とした大規模研究の必要性が指摘されている^{3,4,7)}。つまり、今のところ、自殺予防効果が明らかな介入方法は確立していない。そもそも、自殺という多面的複合的要素をもつ事象に対して単独のアプローチには限界

表1 自殺企図者に対するさまざまな心理社会的介入の研究報告*

介入方法	報告者	対象	評価法	観察期間	例数	結果
精神分析的な精神療法	Bateman & Fonagy, 1999	BPD** の自殺企図者	RCT***	18ヶ月	38	再企図率差あり ($p < 0.001$)
弁証法的行動療法	Linnehan, et al., 1991	BPDの自傷行為者	RCT	12ヶ月	44	再自傷率差あり ($p < 0.01$)
認知療法	Brown, et al., 2005	自殺企図者	RCT	18ヶ月	120	再企図率差あり ($p < 0.05$)
問題解決療法	van der Sande, et al., 1997	自殺企図者	RCT	12ヶ月	274	再企図率差なし
家族心理教育	Harrington, et al., 1998	過量服薬者	RCT	6ヶ月	162	再企図率差なし
訪問指導	Guthrie, et al., 2001	過量服薬者	RCT	6ヶ月	119	再企図率差あり ($p < 0.01$)
緊急援助カード配布	Hawton, et al., 1999	自傷行為者	meta-analysis	12ヶ月	317	再企図率差あり ($OR = 0.45$)
継続的受診勧奨	van Heeringen, et al., 1998	自殺企図者	RCT	12ヶ月	516	再企図率差あり ($p < 0.1$)
電話による接触	Vaiva, et al., 2006	過量服薬者	RCT	13ヶ月	605	再企図率差あり ($p < 0.05$)

*Hepp, U., et al⁵⁾, Crawford, M.J., et al¹⁾ のレビューを元に改変

BPD: Borderline Personality Disorder; *RCT: randomised controlled trial

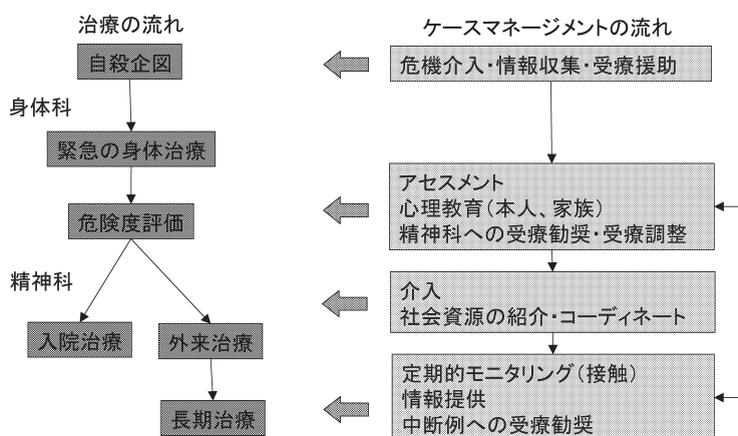


図2 ケース・マネージメントの時間的介入
 左側に自殺企図後の治療の流れを、右側にこれに対応するケース・マネージメントの時間的介入の流れを図示した。高橋⁶⁾の図を参考に改変。

があると思われる。それではどのような複合的アプローチでエビデンスを得ることが可能だろうか？

Ⅲ 自殺企図者に対するケース・マネージメント

企図者を社会に「つなげる」心理社会的介入として、現実的には、自殺に関する本人、家族への心理教育、本人が解決困難な課題としている経済問題や健康問題などの解決援助、自殺念慮が高まった際や社会的課題の相談窓口の情報提供、本人の状態の定期的なフォローアップなどがあげられよう。これらの活動は、直裁に言い直せば、個別ケース・ワーク、あるいはケース・マネージメントという言葉でまとめることができる。

全米ソーシャルワーカー協会の定義によれば、ケース・マネージメントとは「サービスを配分する側の要素を調整し、結びつけることにより、ある個人におけるケアのニーズに合わせた包括的なプログラムを保証するための手法」である²⁾。ケース・マネージメントは、1) アセスメント、2) プランニング、3) 介入（プランの実施）、4) モニタリング、5) 評価・再検討、というプロセスをとる。モニタリングの結果アセスメントをして次のプランニング、介入を繰り返すこともある。

つまり、ケース・マネージメントには、社会資源と個人を「つなぐ」という横断的空間的要素と、個人の状態に即して順に援助プロセスを進めるといった縦断的時間的要素がある。このようなケース・マネージメントの特徴は、自殺の複合的多面的プロセスや社会とつなげるという課題に相応しており、個別的ケアが可能で、時間軸に沿った多面的かつ総合的なケアが可能であるという点で、再企図予防に大きなメリットがあると思われる。

自殺予防におけるケース・マネージメントとしては、どのような実践的介入が考えられるだろうか？ 図2と図3に自殺のケース・マネージメントにおける空間的介入、時間的介入のシエマを示した。

先の事例にケース・マネージメントを適用すると次のようになる。救命センター退院後再企図した事例1では、本人の精神状態を把握せず、再企図を予見できなかったことに問題がある。したがって、精神科受療を勧奨したり、精神状態のアセスメントを図ることが必要であったと思われる。家族が精神科受診を拒否した事例2では、家族の自殺企図に対する無理解が問題となって、十分な評価を行わずに退院した。したがって家族心理教育を行うことで、企図の背景にある精神障害の評

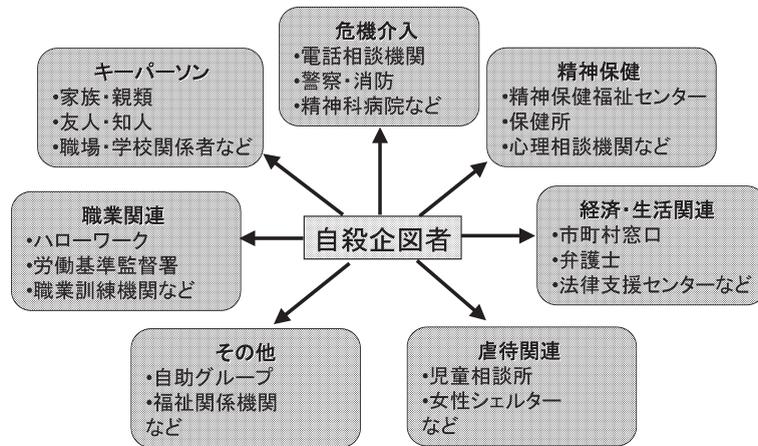


図3 ケース・マネジメントの空間的介入
自殺企図者が、その課題ごとにつながりうる社会資源を空間的に図示した。

価・治療が必要であることを理解させることができたかもしれない。精神科受診を中断した事例3では、定期的面接、受療勧奨を行うことで、精神障害の再燃・悪化から再企図にいたる過程を阻止しえたかもしれない。対応困難な頻回自傷者であった事例4では、仮に治療関係に齟齬をきたしやすい操作的言動が目立っていたとしても、彼らの再企図率は高く、既遂にいたるリスクも高まるわけで、救急時の相談窓口などの情報提供は必要であったと思われる。事例5のように、職場復帰に際して急激に症状が悪化することは周知のことであり、万一の場合の相談援助体制をひき、もしうまくいかない場合の社会資源をコーディネートしておけば、再企図は防げたかもしれない。

しかしこうした個別性の高い複合的なケース・マネジメントを、多忙な精神医療や救急医療の臨床現場で自殺企図直後に行うことは、容易なことではない。もしこのようなマネジメントを行うとすれば、精神科医と別にそうした専門職を育成し、関わらせる必要があるだろう。そこには、臨床経験と細やかな労力が要求される。

更に、どのようなマネジメントが再企図防止に実効性があるかという点について検証しなければならぬ。

IV ACTION-Jの取り組み

「自殺企図の再発防止に対するケース・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)」では、以上の課題を踏まえ、多施設共同で、複合的かつ包括的なケース・マネジメントが行われることとなった。

本研究の概要は、救急医療施設に搬送された自殺未遂者に対して、精神科的評価及び心理教育を行い、その後に試験介入として通常診療に加えてケース・マネージャーによる複合的ケース・マネジメントを行い、試験介入が通常介入と比較して自殺企図再発の防止に効果があるかどうかを検証するものである。

ケース・マネージャー (CM) は、全国20施設でCMを1名以上おく。CMは精神科医または流動研究員、看護師、臨床心理士、もしくは精神保健福祉の専門家であり、試験介入群に対してケース・マネジメントを実施する。その効果は、無作為化比較試験で検証する。

複合的ケース・マネジメントの内容は、1) 危機介入による救命後に心理教育を行う、2) 情報を収集する、3) 自殺予防に資する情報提供を行う、4) 個別性の高いケース・マネジメントを行う、というものである。

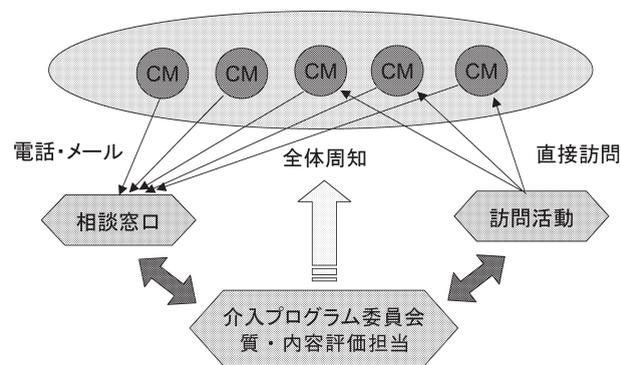


図4 CMの支援体制模式図

自殺企図者に対応するCMを支援するため、介入プログラム委員会の質・内容評価担当が、個々のケースの疑問に対応する相談窓口を設置し、各施設に訪問活動を行っている（CM：ケース・マネージャー）。

我々は、本研究に参画し、介入プログラム委員会を組織して、1) ケース・マネジメントの標準モデル、手順書の作成、2) 介入プログラム実施に際しての質評価活動を行っている。実際には、「会議・研修」「ケース・マネジメント質・内容評価」、「情報提供」の3班に分かれて、CMの教育、活動のバックアップを行っている。このうちCM研修会は現在までに6回開催されている。内容は、事例検討、講演会などで、出席回数に応じて成果物が蓄積されていて、着実にCMの方々の実力が向上されていることが感じられる。質・内容評価では、図4のようなバックアップ体制をひき、CMがケースの対応で困難を感じることはないよう、相談にのっている。

本研究は現在進行中である。研究終了時にはケース・マネジメントについてエビデンスを提示し、わが国の自殺対策に有用な視座と施策を提供できるよう、今後とも努力していきたい。

V ま と め

1. 自殺企図者に対する心理社会的介入手法を概観した。
2. 心理社会的介入としてケース・マネジメント手法について紹介した。

3. ACTION-Jのケース・マネジメントと介入プログラムについて紹介した。
4. 本研究がわが国の自殺予防に有用な視座と施策を提供できるよう今後とも努力したい。

謝 辞

本稿は次の方々と共同活動に基づくものである。この場をかりて感謝申し上げたい。

ACTION-J 介入プログラム委員会（順不同、敬称略）

大塚耕太郎（岩手医科大学）、川野健治（国立精神・神経センター）、坂本博子（日本医科大学）、則本和伸（奈良医科大学）、下田重朗（奈良医科大学）、川村祥代（岩手医科大学）、山本賢司（北里大学）、加藤大慈（横浜市立大学）、小川朝生（大阪医療センター）、神谷美智子（北里大学）、山田素朋子（横浜市立大学）、渡辺真弓（大阪大学）、人見佳枝（近畿医科大学）、佐藤玲子（横浜市立大学）、根本清貴（筑波大学）、名取みぎわ（横浜市立大学）

文 献

- 1) Crawford, M.J., Thomas, O., Khan, N., et al.: Psychosocial interventions following self harm. *Br J Psych*, 190; 11-17, 2007
- 2) Frankel, A.J., Gelman, S.R.: *Case Management: An Introduction to Concepts and Skills*, 2nd ed. (野中 猛監訳：ケースマネジメントの技術。金剛出版，東京，2006)

3) Gaynes, B.N., Suzzane, L.W., Carol, A.F., et al.: Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 140 ; 822-835, 2004

4) Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., et al.: Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ*, 317 ; 441-447, 1998

5) Hepp, U., Wittmann, L., Schnyder, U., et al.:

Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. *Crisis*, 25 ; 108-117, 2004

6) 高橋祥友：自殺の危険，金剛出版，東京，2006

7) Van Heeringen, C., Jannes, S., Buylaert, W., et al.: The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med*, 25 ; 963-970, 1995
