

2018年6月17日

「自殺予防ゲートキーパー養成の 取り組み」

認知行動療法を活用して

清水 栄司

千葉大学

大学院医学研究院 認知行動生理学 教授
子どものこころの発達教育研究センター長
医学部附属病院 認知行動療法センター長

NPO法人 認知行動療法推進協会 理事長



CHIBA
UNIVERSITY

20分

20歳代、30歳代の死因の第一位は自殺

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(%) |
| 総数 | 悪性新生物 | 344 105 | 273.5 | 30.1 | 心疾患 | 180 745 | 143.7 | 15.8 | 脳血管疾患 | 122 350 | 97.2 | 10.7 |
| 0歳 | 先天奇形, 変形 及び染色体異常 | 897 | 83.8 | 35.1 | 周産期に特異的な 呼吸障害等 | 361 | 33.7 | 14.1 | 乳幼児突然死 症候群 | 145 | 13.6 | 5.7 |
| 1~4 | 先天奇形, 変形 及び染色体異常 | 160 | 3.8 | 17.7 | 不慮の事故 | 148 | 3.5 | 16.4 | 悪性新生物 | 87 | 2.0 | 9.6 |
| 5~9 | 不慮の事故 | 138 | 2.4 | 25.8 | 悪性新生物 | 111 | 2.0 | 20.8 | 心疾患 | 39 | 0.7 | 7.3 |
| 10~14 | 悪性新生物 | 95 | 1.6 | 19.5 | 不慮の事故 | 92 | 1.6 | 18.9 | 自殺 | 55 | 0.9 | 11.3 |
| 15~19 | 〔不慮の事故〕 〔自殺〕 | 457 | 7.6 | 31.2 | | | | | 悪性新生物 | 143 | 2.4 | 9.7 |
| 20~24 | 自殺 | 1 474 | 22.1 | 49.8 | 不慮の事故 | 568 | 8.5 | 19.2 | 悪性新生物 | 222 | 3.3 | 7.5 |
| 25~29 | 自殺 | 1 739 | 23.9 | 48.8 | 不慮の事故 | 507 | 7.0 | 14.2 | 悪性新生物 | 339 | 4.7 | 9.5 |
| 30~34 | 自殺 | 2 003 | 23.9 | 40.6 | 悪性新生物 | 802 | 9.6 | 16.3 | 不慮の事故 | 546 | 6.5 | 11.1 |
| 35~39 | 自殺 | 2 474 | 25.9 | 31.8 | 悪性新生物 | 1 694 | 17.8 | 21.8 | 心疾患 | 774 | 8.1 | 9.9 |
| 40~44 | 悪性新生物 | 2 792 | 33.1 | 26.9 | 自殺 | 2 418 | 28.7 | 23.3 | 心疾患 | 1 240 | 14.7 | 12.0 |
| 45~49 | 悪性新生物 | 4 762 | 61.8 | 32.7 | 自殺 | 2 470 | 32.1 | 16.9 | 心疾患 | 1 850 | 24.0 | 12.7 |
| 50~54 | 悪性新生物 | 9 084 | 118.7 | 40.0 | 心疾患 | 2 791 | 36.5 | 12.3 | 自殺 | 2 763 | 36.1 | 12.2 |
| 55~59 | 悪性新生物 | 19 036 | 210.1 | 45.4 | 心疾患 | 5 050 | 55.7 | 12.0 | 脳血管疾患 | 3 501 | 38.6 | 8.3 |
| 60~64 | 悪性新生物 | 29 858 | 319.1 | 48.5 | 心疾患 | 7 450 | 79.6 | 12.1 | 脳血管疾患 | 5 074 | 54.2 | 8.2 |
| 65~69 | 悪性新生物 | 39 360 | 471.8 | 48.0 | 心疾患 | 10 089 | 120.9 | 12.3 | 脳血管疾患 | 6 763 | 81.1 | 8.2 |
| 70~74 | 悪性新生物 | 47 866 | 695.8 | 43.7 | 心疾患 | 14 226 | 206.8 | 13.0 | 脳血管疾患 | 10 128 | 147.2 | 9.2 |
| 75~79 | 悪性新生物 | 59 945 | 1 035.1 | 37.6 | 心疾患 | 22 611 | 390.5 | 14.2 | 脳血管疾患 | 16 887 | 291.6 | 10.6 |

周囲の人は何ができるか？

自殺未遂したYさんは、
前日に周囲の人に訴えていた

- Yさんは「どうやって子育てをしているのか、わからないことだらけで、もう生きているのが嫌になってしまいうくらいなんです」と訴えてきたが、
- (周囲の人)「子どもは放っておいても大きくなるんだから、そんなこと言わずに、前向きにがんばりなさい」と言って、話を終わらせた。

(良くないパターン)

ゲートキーパーとは

- 自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応（悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守ることができる人のことで、言わば「命の門番」とも位置付けられる人のことです。
- 特別な資格ではありません。

自殺対策基本法

内閣府 「自殺総合対策大綱」(平成24年)

自殺に傾いた人を支えるために—相談者のための指針

相談担当者は、死にたい気持ちを打ち明けられて、動揺したり不安に感じることもあるかもしれない。また、自らの人生経験や価値観から、無意識のうちに自殺に傾く人に批判的な思いを抱く事があるかもしれない。そのような自分の気持ちや考え方をまず自覚したうえで、これを制御し、相談者への理解や共感に務める事が大切である。

平成20年度厚生労働科学研究

自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究

自殺に傾いた人を支えるためにー相談者のための指針

| 高度 | 重度 |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 持続的な自殺念慮がある• 自殺念慮の有無にかかわらず複数の危険因子が存在する• 支援を拒絶する• 具体的な計画がある | <ul style="list-style-type: none">• 自殺の危険が差し迫っている• 自殺が切迫している |
| <ul style="list-style-type: none">• 傾聴• 問題の確認、危険因子の確認• 支援体制を整える• 危機時の対応を想定し、準備をしておく など | <ul style="list-style-type: none">• 安全の確保• 自殺手段の除去• 通報あるいは入院 |

メンタルヘルス・ファーストエイド 「りはあさる」

- メンタルヘルスの問題をもつ人に対して、適切な初期支援を行うための5つのステップからなる行動計画
- オーストラリアのメルボルン大学オリゲン研究センターの研究者であるベティ・キッチナー氏とアンソニー・ジョーム氏により開発された

「り」 リスク評価

「は」 はんだん・批評せずに聴く

「あ」 あんしん・情報を与える

「さ」 サポートを得るよう勧める

「る」 セルフヘルプ

政府広報オンライン:「あなたもゲートキーパーに」より

「り」 リスク評価

- 自殺の方法について計画を練っているか、実行する手段を有しているか、過去に自殺未遂をしたことがあるか、を評価しましょう。
- 「消えてしまいたいと思っっていますか？」「死にたいと思っっていますか？」とはっきりと尋ねてみる大切です。

「は」はんだん・批評せずに聴く

- どんな気持ちなのか、話してもらおうようにしましょう。
- 責めたり、弱い人だと決めつけたりせずに聴きましょう。
- この問題は、弱さや怠惰からくるのではないことを理解しましょう。

「あ」 あんしん・情報を与える

- 現在の問題は、弱さや性格の問題ではなく、医療(心の健康の問題)の必要な状態であること、決して珍しい病気ではないことを伝えましょう。
- 適切な治療で良くなる可能性があることも伝えましょう。

「さ」 サポートを得るように勧める

- 家族などの身近な人に相談をすることを勧めてみましょう。
- 同僚、上司、カウンセラーに相談をすることを勧めてみましょう。
- 心療内科や精神科を受診するように勧めてみましょう。
- 「心の問題が体に関係することもあるので、専門家に心のことも相談してみましょう」といった言い方が、受診への抵抗感を減ずるかもしれません。

「る」セルフヘルプ

- 携帯やスマホなどを使うのをやめて、リラクゼーション法（ゆっくりと呼吸する、力を抜くなど）や軽い体操などを行うことによって、メンタルヘルスの問題による症状が緩和されることがあります。
- セルフヘルプ認知行動療法、中でも「問題解決法」などが有用です。
- 「また、話しましょうね」

何かにつけ 落ち込む Yさん

- 最近、何かにつけ落ち込んでしまうのです。例えば、赤ちゃんが私ではなく、夫に抱っこされていると、よく笑うのに、私が抱っこをすると、いつまでも泣き止まないのです。自分は、子どもをかわいと思えない、ダメな母親なんだ、と考えてしまいます。
- 先日、検診で一緒になったお母さんの中に、自分と同じくらいの年齢の人がいて、いとおしそうに赤ちゃんに話しかけていました。その姿を見て、何て立派なんだろう、それなのに自分は子どもにやさしくしてあげられない、と自己嫌悪に陥りました。
- どうやったら、良い母親になれるんだろうと、ネットでいろいろと検索しているのですが、皆、素敵なお母さんばかりで、ため息ばかり。自分がこの先、子育てをできるのか、本当に不安です。
(※実例ではありません)

「リ」リスク評価のロールプレイ ー相談役とYさん役

困って相談に来たYさん役

- 「どうやって子育てをされているのか、わからないことだらけで、もう生きているのが嫌になってしまくらいなんです」

相談役

- 「ともかく話してくれて、ありがとう。」
- 「ゆっくりと落ち着いて、時間をかけて一つ一つ話していきましょう。」

自殺リスクの聞き方(項目c)

1か月で

1. 死んだほうがよい(1点)
2. 自分を傷つきたい(2点)
3. 自殺について考え(6点)
4. 自殺の計画(10点)
5. 自殺を試みた(10点)

低度 1から5点
中等度 6から9点
高度 10点

今までで

6. 自殺を試みた(4点)

M.I.N.I.—精神疾患簡易構造化面接法

[David V.Sheehan](#) (著), [Yves Lecrubier](#) (著),

[大坪 天平](#) (翻訳), [宮岡 等](#) (翻訳), [上島 国利](#) (翻訳) 星和書店

自殺リスク

1、既往歴、現病歴

自殺企図の既往（自傷）、精神科受診歴
病気がち、慢性疾患を抱えている（病苦）

2、ライフイベント

配偶者や家族との不和、育児の悩み
孤独、離婚・死別（重大な関係の終わり）
経済的困難

3、アルコール依存、スマホ依存など

4、不眠、過労、理性的な考え方が失われている

5、社会的サポートが少ない、助けを求めない、厭世観

り・は・あ・さ・る

「は」 はんだん・批評せずに聴く

- 認知行動療法の個別モデル(ケースフォーミュレーション)をいっしょに書いてみる

「あ」 あんしん・情報を与える

- 認知行動療法というカウンセリングがあることを伝える

「さ」 サポートを得るように勧める

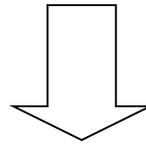
- 認知行動療法を受けるとように勧める

「る」 セルフヘルプ

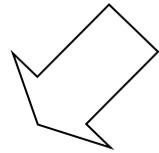
- 認知行動療法のセルフモニタリングや問題解決法をやってみることを勧める

認知行動療法モデル

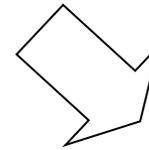
ストレスとなる出来事



認知(考え)



感情

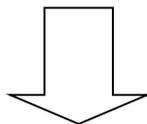


行動

Yさんの認知行動療法の個別モデル その1

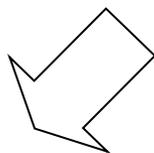
ストレスとなる出来事:

赤ちゃんが泣き止まない



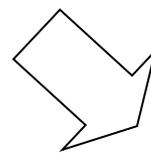
考え(認知):

自分はダメな母親だ



感情:

悲しい、憂うつ



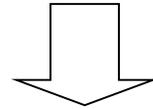
行動:

ネットで育児情報を
読み続ける

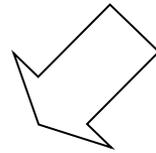
Yさんの認知行動療法の個別モデル その2

ストレスとなる出来事:

先日、検診で一緒になった他のお母さんがいとおしそうに赤ちゃんに話しかけていた。

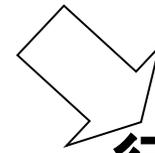


考え(認知): 何て立派な人、それに比べ、自分は子どもにやさしくしてあげられない(ダメな母親)



感情

自己嫌悪



行動:

他のお母さんとの会話も楽しめず、うつむいて一人考え事にふける

認知行動療法のホームワークの例：セルフモニタリング

| 日付 | 出来事 | 考え | 感情 | 行動 |
|----|-----|----|----|----|
| | | | | |

リスク・マネジメント

- スーパーバイザー(上司)に連絡
- 家族(保護者)に連絡
- 個人情報保護を乗り越える緊急条項を適応し、
警察に連絡
- 面接回数を密にして経過を観察する
- メンタルヘルスの専門家へつなげる
- 医療機関(精神科、心療内科)の受診をすすめる
(入院加療を含めて)

うつ病の段階的ケア・モデル(英国NICE guideline 2009年10月を翻訳、引用)

→ 心理学的介入は、「認知行動療法」を意味している

ステップ4

重篤、複雑(治療不応性、精神病性、合併障害重複など)なうつ病、生命の危険、重度の自己ネグレクト

薬物療法、**高強度認知行動療法**、電気けいれん療法、危機サービス、併用治療、多職種専門家による入院治療

ステップ3

初期介入に不十分な反応であった持続閾下うつ症状、軽症から中等症のうつ病、中等症から重症のうつ病

薬物療法、**高強度認知行動療法**、併用療法、さらなるアセスメントや介入への紹介(機能障害を伴う慢性身体疾患を合併する例では、協同的ケア)

ステップ2

持続閾下うつ症状、軽症から中等症のうつ病

低強度心理社会的介入、低強度認知行動療法、薬物療法、さらなるアセスメントや介入への紹介

ステップ1

うつ病を疑われる状態

アセスメント(評価)、サポート(支援)、心理教育、アクティブ・モニタリング、さらなるアセスメントや介入への紹介

「認知行動療法の科学と実践」

1. 認知と行動の修正に焦点を置く、
現在と未来を視野においた、
能動的、指示的、時間限定的、構造的な精神療法
2. 精神疾患の問題行動が維持される
認知的、行動的因子の詳細な病因モデルを基盤
として、治療法が工夫される
3. 対照比較試験によって治療法の有効性を証明し、
そのモデルの妥当性を科学的に検証する

Clark,DM.;Fairburn,CG.編

個人認知行動療法の実際の流れ

- アセスメント(評定)1～3時間
半構造化面接での診断
症状評価尺度での重症度評価
- セッション 毎週1回50分で連続16回程度
毎回のホームワーク
- 再アセスメント(再評定)

うつ病や不安障害のような一般的な精神疾患に、
認知行動療法 (CBT) 単独でどのくらい有効か
(ランダム化試験での回復率)

およそ2人に1人回復 Recovery rate² in RCTs

| | |
|------------------|-----|
| うつ病: | 50% |
| パニック症 | 75% |
| 外傷後ストレス障害 (PTSD) | 75% |
| 社交不安症 (対人恐怖症) | 76% |
| 全般不安症 | 69% |
| 強迫症 | 49% |

¹ Effective is defined as meeting the criteria specified on the previous slide.

² Most patients show some improvement with CBT. Recovery rate is the approximate proportion of individuals who no longer have the disorder at the end of a course of CBT.

認知行動カウンセリングのご案内

- 千葉大学の有料の認知行動カウンセリング(1回50分、10,000円税別)は、マンツーマンの個人セラピーです。
- 希望される方は、WEBで「千葉認知行動療法」と検索して、<https://www.cocoro.chiba-u.jp/chibacbt/>から、申し込めます。
- 千葉大学 柏の葉診療所 認知行動療法室で、月曜日に、その他の平日は、千葉市中央区の千葉大学医学部で受けることができます。

お知らせ

千葉大学の認知行動療法士 トレーニングコースのご案内 科目等履修生の募集

千葉大学大学院医学研究院では、「科目等履修生」として認知行動療法を学びたい方を募集します（指導教授：清水栄司）。

医師、公認心理師、保健師、助産師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、教員（養護教諭を含む9）など、多職種の方で、参加希望の方は、

<http://www.m.chiba-u.ac.jp/class/phys1/>

をご覧ください。