

くまもと 自殺予防

医療サポートネットワーク制度
マニュアル（改訂版）

❖❖ 目 次 ❖❖

制度の趣旨および留意点	1
医療における自殺対策	2
救急医療および精神科医療対応のフローチャート	3
自殺の危険因子	4
自殺企図患者精神科コンサルテーションのためのチェックリスト	5
うつ状態のチェックリスト	6
希死念慮について	7
診療情報提供書	8
くまもと自殺予防医療サポートネットワーク制度 受付件数報告書	9
受付実績 平成20～23年度集計分	10
診療報酬への反映	15
うつ病に対する医療連携のための研修会	16
研修会アンケート	17
アンケート集計結果	19
相談機関一覧	

制度の趣旨

当サポートネットワークは、「救急医療で救命された自殺未遂者を適切な精神科医療に繋げる」という認識に立って、救急医療現場もしくは救命治療後に、精神科の専門治療が適切に行えるような体制の整備を図るための制度である。

厚労省は、超高齢社会における認知症対策、今やcommon diseaseとなりつつあるうつ病対策などの問題を背景に、平成23年7月、従来のがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に精神疾患を加えて「5大疾病」とする医療計画を発表した。ご承知のように、わが国の自殺者数は1998（平成10）年以降14年間連続して3万人を越える高止まりの状況が続いており、熊本県でも毎年500人前後の人が自殺で亡くなっている。さらに自殺未遂者は既遂者の10倍は存在すると推定され、その多くがうつ病などの精神疾患を有するのではないかとされている。そうした見地から、自殺を図りながら幸いにも救急告示医療機関で救命されたのに、精神的ケアがなされなかったために再び自殺を図り不幸にも既遂者となってしまったといったケースをくい止めるには、即時にインフォームド・コンセントを適切に行い、精神科医につなぎ、適切な治療に結びつけることが大変重要となる。

以上の趣旨に基づき、熊本県精神保健福祉協会が自殺予防対策事業の医療部門の取り組みとして起案し、熊本県医師会と熊本県精神科病院協会の協力を得て、平成17年にこのネットワーク制度を発足させたものである。今回、発足から7年が経過し、これまでの取り組みを含めて若干の加筆を行った。

制度の留意点

1. 救急告示医療機関は、自殺未遂者および自殺リスクのある患者を診察した場合、このネットワーク制度に基づき、精神科医療機関を紹介する。
2. 救急告示医療機関は、対象患者並びに家族に、精神科の診察を受ける必要性などについてインフォームド・コンセントを十分行い、そのうえで連携精神科医療機関に連絡する。
3. 精神科医療機関では救急告示医療機関からの連絡（診療情報提供書）に基づき、精神科診療（治療）を行う。また、必要に応じて連携救急告示医療機関を訪問（いわばアウトリーチ的手法）し、自殺企図の再発防止に努め、精神疾患の治療に当たる。
4. 救急告示医療機関で対象患者並びに家族に十分なインフォームド・コンセントがなされ、精神科医療機関で自ら診察を受ける、との申し出がある場合は、その意思を優先する。この場合でも、救急告示医療機関から紹介と連絡（診療情報提供書）を連携精神科医療機関に行う。
5. 本制度に参加の精神科医療機関においては受付結果の当月分を翌月10日までに熊本県精神科病院協会に報告すること。

医療における自殺対策

自殺というと精神科特有の問題と考えられがちだが、実際には医療全体に関わる問題である。3年ごとに行われている厚生労働省の患者調査によると、2008年には気分障害（うつ病・躁うつ病）の患者総数は全国で100万人を超えているが、その一方で精神科の敷居はまだ高く、うつ病患者の4分の3は医療機関を受診していないとする調査結果もある。

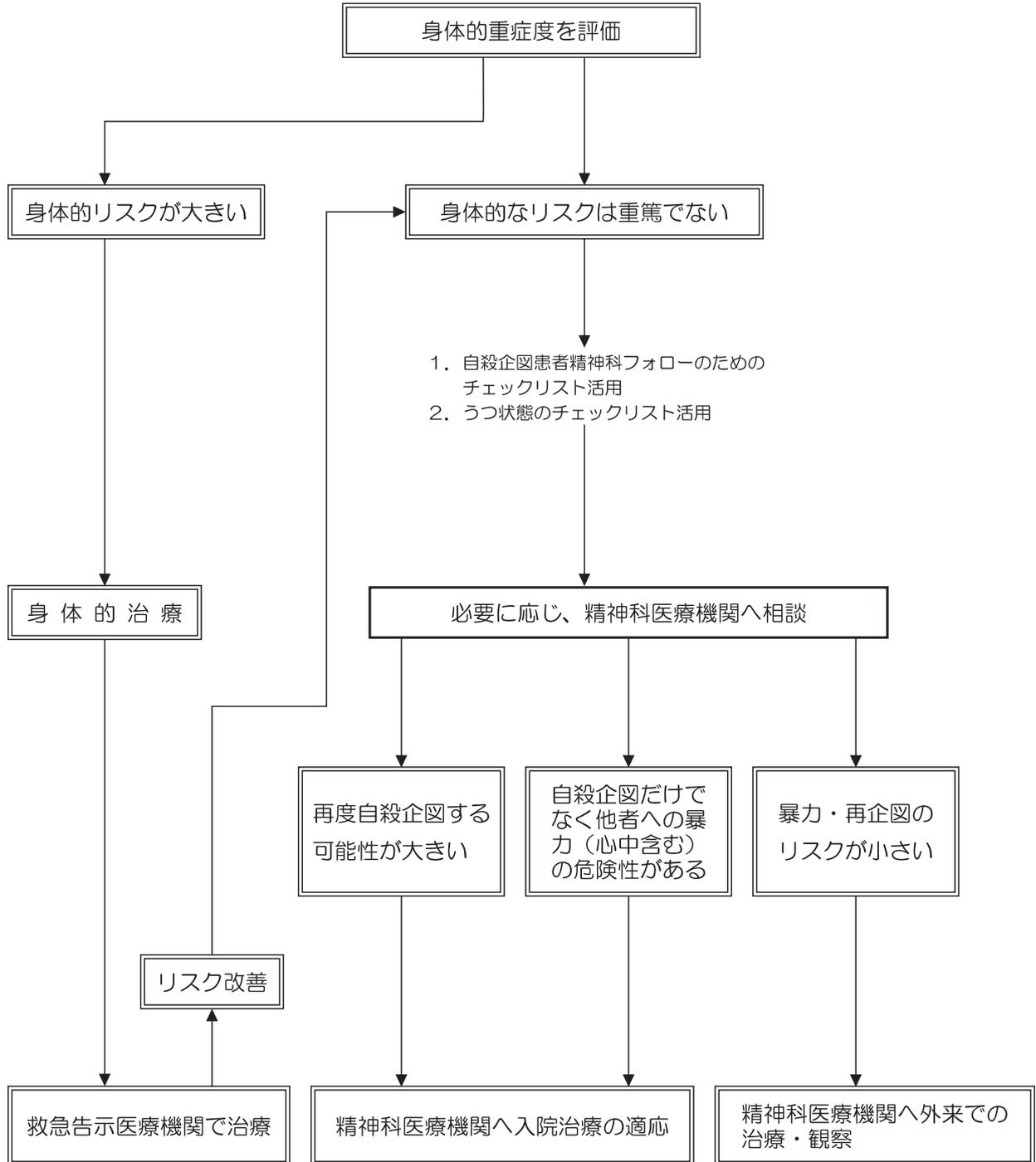
うつ病患者が最初にどの診療科を受診しているかを調べたわが国の調査では、最初から精神科や心療内科などの専門科を受診している人は1割に過ぎず、9割の人は身体症状を訴えて精神科以外の診療科を受診している（内科が6割超）。また、自殺で亡くなった人の半数以上は、自殺を実行する1ヶ月以内に何らかの身体症状を訴えて、精神科以外の医療機関を受診しているとする報告もある。このように自殺対策において、精神科だけでなく一般科の果たす役割は極めて大きいと言える。実際に、従来から自殺が多いと言われている北欧の国スウェーデンでは、プライマリケア医に対して、うつ病の診断・治療やうつ病と自殺の関連などについて系統的な講義を行う取り組みを3年間実施したところ、自殺率が著明に低減した。だが同時に、それらの啓発教育活動を終了したところ、自殺率はもとの数字に戻ってしまったことも報告されている。

わが国では、平成18年に自殺対策基本法が制定され、当面の重点施策が挙げられている。

そのわずか2年後には、自殺対策加速化プランとして、統合失調症、アルコール・薬物依存症、PTSDなどうつ病以外の精神障害や、さらには自傷を繰り返す思春期・青年期例への対策強化が明記された。それに先立つ平成16年に日本医師会は、精神科以外の医師に向けて「自殺予防マニュアル」を作成・配布し、平成20年には改訂版も刊行している。自殺予防総合対策センターの竹島は、わが国の自殺対策において、「世直し（生きやすい社会を作る）」と「生きる支援（生きることに困難を抱えている人に寄り添いながら支援する）」の2つの文脈を指摘しており、医療・保健にはまさに後者の役割が求められている。医療では、救える命を救命救急センターで救い、あるいは希死念慮を訴える患者さんを精神科診察室で少しでも長く思い止まってもらい、といった日常的な取り組みが、いわば水際対策にあたると考えられる。この2つの医療行為をできるだけ有効にスムーズに連携させる取り組みが本制度の目的である。

- ▶ 竹島 正：精神保健医療福祉と自殺対策。日本精神科病院協会雑誌 29(3)：16-22, 2010

救急医療および精神科医療対応のフローチャート



1. 自殺手段となりえるものの除去
2. 必要に応じた隔離
3. 薬物による沈静あるいは身体的拘束

自殺の危険因子

自殺未遂歴	自殺未遂は最も重要な危険因子 自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応などを検討
精神疾患の既往	気分障害（うつ病）、統合失調症、 パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用
サポートの不足	未婚、離婚、配偶者との死別、職場での孤立
性別	自殺既遂者：男＞女 自殺未遂者：女＞男
年齢	年齢が高くなるとともに自殺率も上昇
喪失体験	経済的損失、地位の失墜、病気や怪我、業績不振、予想外の失敗
他者の死の影響	精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
事故傾性	事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない。 慢性疾患にたいする予防や医学的な助言を無視する。

（高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント 第2版、医学書院 2006）

立森は人口動態統計の分析から、「男性」「45～54歳」「無職（離職）」「離婚」「死別」などの要因により自殺のリスクが高まることを報告し、赤澤らは、自殺におけるアルコールの危険性を指摘している。うつ病とアルコール依存症は合併し易く、アルコールによる衝動性の高まりが自殺行為を促すと考えられる。

- ▶ 立森 久照：人口動態統計に基づいた自殺の特徴。第34回日本自殺予防学会総会シンポジウムⅠ（東京）2010
- ▶ 赤澤正人、松本俊彦、勝又陽太郎、他：死亡1年前にアルコール関連問題を呈した自殺既遂者の心理社会的特徴。精神医学 52(6)：561-571, 2010

自殺企図患者精神科コンサルテーションのためのチェックリスト

自殺企図患者の救命処置が終了し、全身状態が落ち着いた時点で、所見と情報収集から、以下のチェックリストにチェックを入れてください。

① 自殺そのものに関する本人のスタンス

- 自殺したい考えを口にする
- 再度自殺をしないことを約束できない
- 自殺に関する話題を意識的に避けようとする、または拒否する
- 自殺の動機に関して話が混乱するか、自殺そのものを否定する
- 致命的な手段を選択している

② 現在の状態像

- 抑うつ状態（付録参考）が明らかに見られる
- 幻覚や妄想がみられる
- 興奮緊張や不安焦燥が強く落ち着かない
- 混乱し話がまとまらない
- 反応に乏しくなかなかコンタクトがとれない

③ 自殺に関連する既往歴

- 現在、精神科もしくは精神疾患で治療中である
- 過去において、精神科もしくは精神疾患での治療歴がある
- アルコール・薬物等への依存傾向がある
- 重篤もしくは慢性的な身体疾患に罹患している
- 自殺の家族歴がある

④ 自殺に関連する生活状況

- 最近、近親者を亡くしている
- 生活に困窮していたり、経済的な問題がある
- 仕事や家庭で何らかのトラブルをかかえている
- 社会的に孤立している
- 高齢者である

下のA、Bのいずれかに該当する場合、患者本人またはその家族に説明し、その了解を得た上で担当の精神科医療機関に相談してください。

A：①②の項目のうち1つ以上にチェックがつく場合

B：①②の項目にチェックがなくても③④の項目に複数チェックがつく場合

なお、あくまでこのチェックリストは目安ですので、チェックがつかなくても必要性があると判断された場合は、相談をお願いします。

希死念慮について

希死念慮について患者さんに直接尋ねることに、「寝た子を起こすようで、」と抵抗を感じる医療従事者は少なくないかも知れない。それまでの苦い経験から、「できれば避けたい」という気持ちも理解できる。自殺の意図が不明瞭な行為の場合はなおさらである。しかしながら、むしろ希死念慮について尋ねることが自殺企図の抑止になると考えられており、「消えてなくなりたいと考えることがありますか」「死について何度も考えることがありますか」など、率直に希死念慮について尋ね、治療中は自殺しないことを約束してもらうことが大切である。例えば口約束でも一定の抑止効果があると考えられている。一方で、浅いリストカットや過量服薬などの自傷行為を繰り返す患者も、その行為自体が自殺に直結するわけではないが、長期経過をみると重要な自殺のリスク要因であることが報告されている。自殺未遂や自傷行為によって、それまで張りつめていた緊張感が一時的に解消されるカタルシスが得られることがしばしばあり、これを精神症状の改善と見誤らずに、適切に精神科へ繋ぐことが必要である。

次に、実際に希死念慮を打ち明けられた場合にどのように対処するかも重要である。一生懸命なあまり、自らの価値観で相手を説得したり、叱咤激励したり、世間一般の常識を押し付けたりせずに、出来るだけ聞くことに徹し、「辛かったですね」「よく耐えてきましたね」などの共感を示すことが望ましい。一般的には、「Tell：心配であることを率直に伝える」「Ask：自殺について率直に尋ねる」「Listen：傾聴する」「Keep safe：安全を確保する。一人にせず、確実に精神科へ繋げる」の頭文字をとり、「TALKの原則」と言われている。しかしながら、実際には精神科受診をためらったり抵抗を示したりする場合も多く、一般科と精神科の医療連携を進める上で大きな問題である。そういった場合は、専門医に診てもらおうと考えていることを率直に伝える、受診したくない意見を尊重したうえでその理由を把握する、精神科に対しての誤解があれば訂正する、などの働きかけを行ってみることも必要である。

診療情報提供書

先生御侍史 ㊦

㊦

下記の患者様につきましてご連絡します。宜しくお願い致します。

患者氏名	殿	性別	男・女
生年月日	生 (歳)	電話番号	
住 所		職 業	

傷病名 # 1) # 2)
紹介目的 <input type="checkbox"/> 精神状態の評価 <input type="checkbox"/> 往診による加療 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 外来通院での加療 <input type="checkbox"/> その他 ()
I 今回の受診形態 <input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 往診 (対診)
II 身体の状態 <input type="checkbox"/> 入院継続が必要 <input type="checkbox"/> 外来通院 <input type="checkbox"/> 治療の必要なし
III 他の合併症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
IV 同伴者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (家族・その他)
V 本人の受診意思 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 拒否的
VI 精神科受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 過去にあり (医療機関名:)
VII 酩酊状態であるか <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ※ <input type="checkbox"/> には、該当する項目に「✓」を記入してください。
症状経過・検査結果・治療経過等
備考

受付件数報告書（ 月分）

熊本県精神科病院協会事務局 宛

精神科医療機関名

下記のとおり受付件数のご報告を致します。

紹介受付件数	件
うち受診件数	件

※ 受診件数がある場合は下の項目にお答えください。

男性（ ）人 その方の内訳を下記の欄にご記入ください。

年代	10代以下	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	
	人	人	人	人	人	人	人	
自殺手段	縊首	ガス	薬物	溺死	飛び降り	飛び込み	手首等の自傷行為	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人

女性（ ）人 その方の内訳を下記の欄にご記入ください。

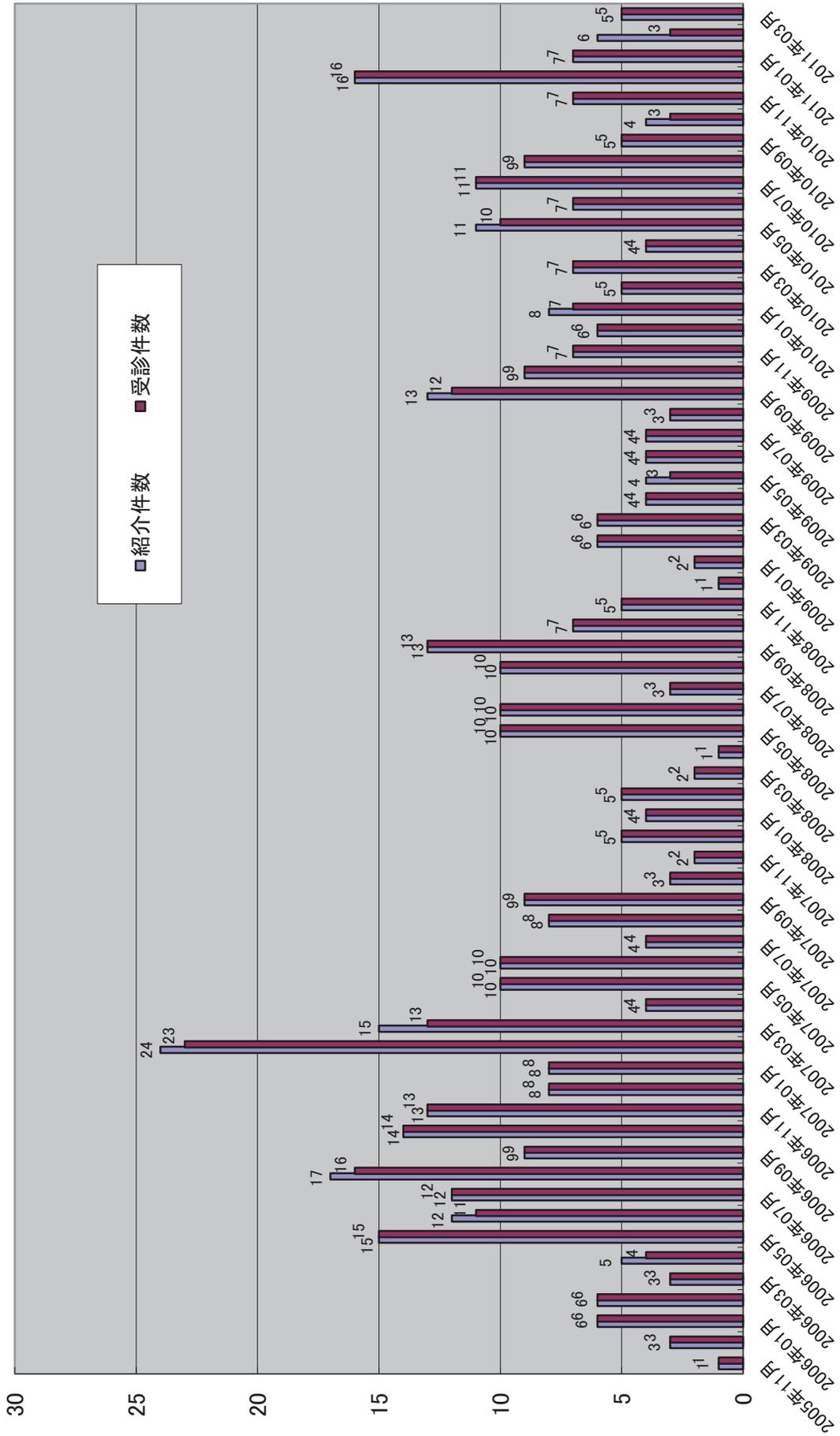
年代	10代以下	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	
	人	人	人	人	人	人	人	
自殺手段	縊首	ガス	薬物	溺死	飛び降り	飛び込み	手首等の自傷行為	その他
	人	人	人	人	人	人	人	人

熊精協事務局宛FAXにて報告してください。 FAX：096-385-7868

※紹介受付件数が0件の時もお答えください。

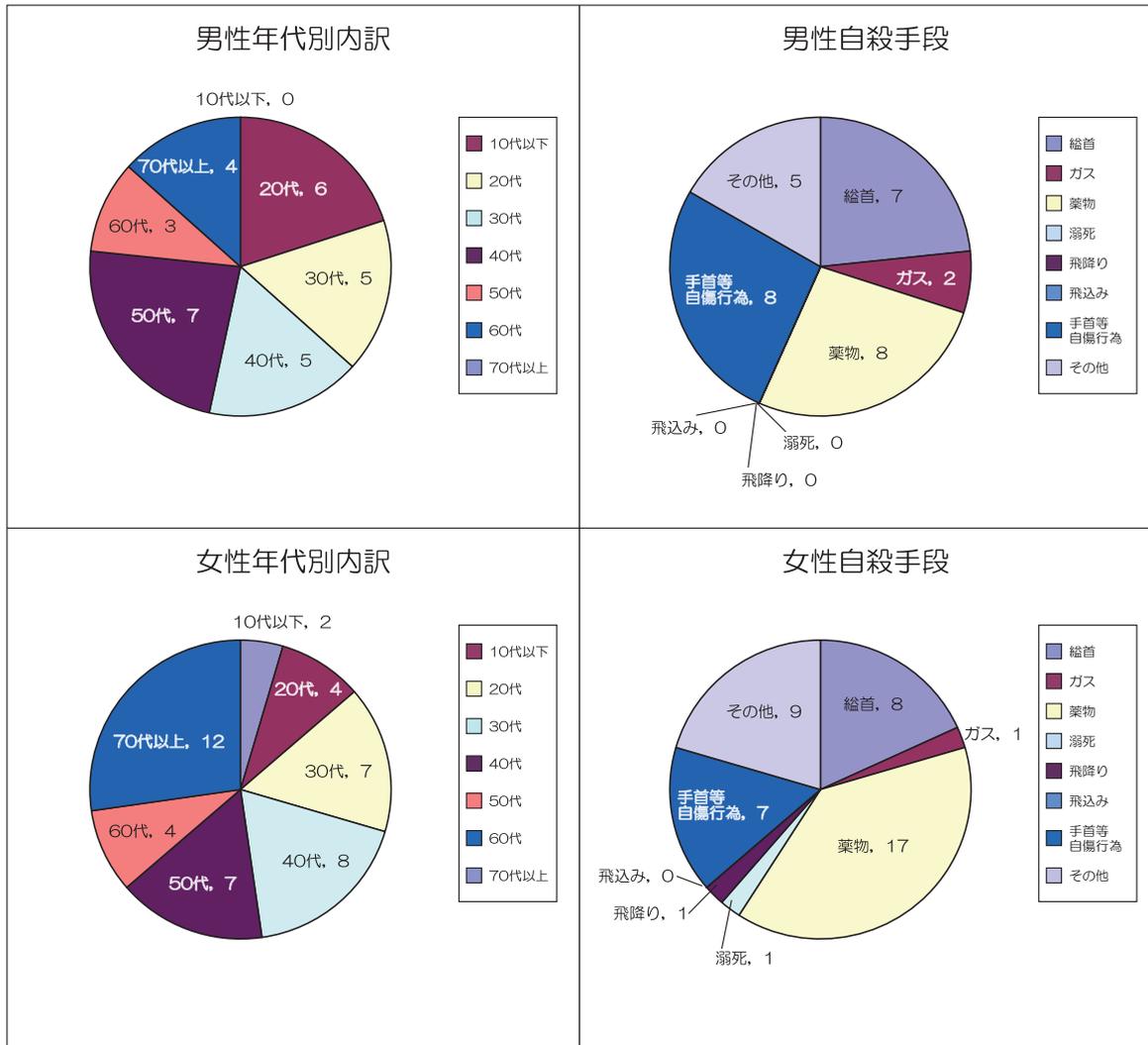
※毎月10日までに前月分をお答えください。

くまもと自殺予防医療サポートネットワーク受付件数報告



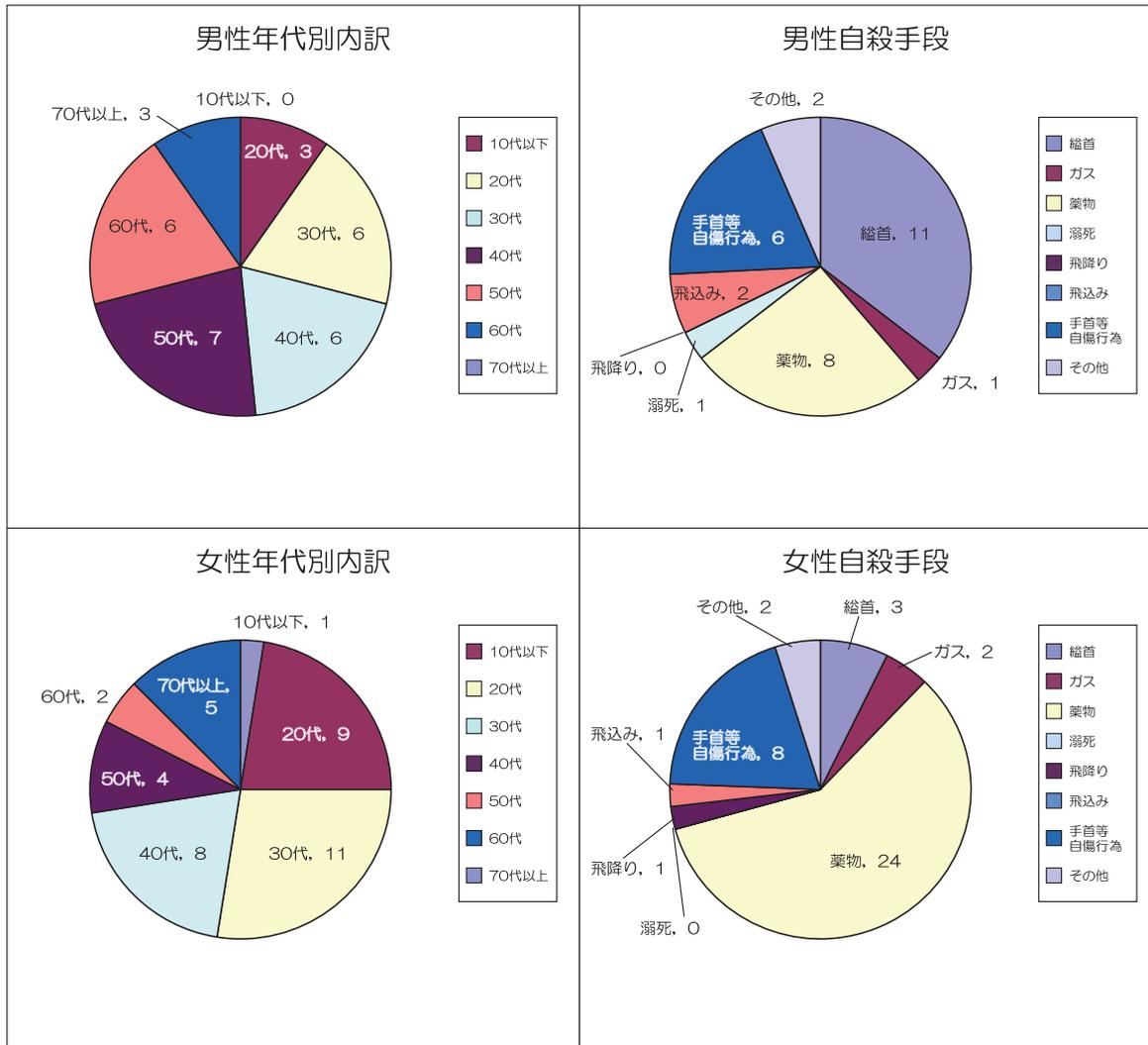
平成20年度 くまもと自殺予防医療サポートネットワークについて

平成20年度 集計 (20/4~21/3)							
発生医療機関			51	医療機関			
合計紹介受付件数			74	件			
うち合計受診件数			74	件			
	男性	30	人		女性	44	人
年代内訳	10代以下	0	人	年代内訳	10代以下	2	人
	20代	6	人		20代	4	人
	30代	5	人		30代	7	人
	40代	5	人		40代	8	人
	50代	7	人		50代	7	人
	60代	3	人		60代	4	人
	70代以上	4	人		70代以上	12	人
自殺手段	縊首	7	人	自殺手段	縊首	8	人
	ガス	2	人		ガス	1	人
	薬物	8	人		薬物	17	人
	溺死	0	人		溺死	1	人
	飛降り	0	人		飛降り	1	人
	飛込み	0	人		飛込み	0	人
	手首等自傷行為	8	人		手首等自傷行為	7	人
	その他	5	人		その他	9	人



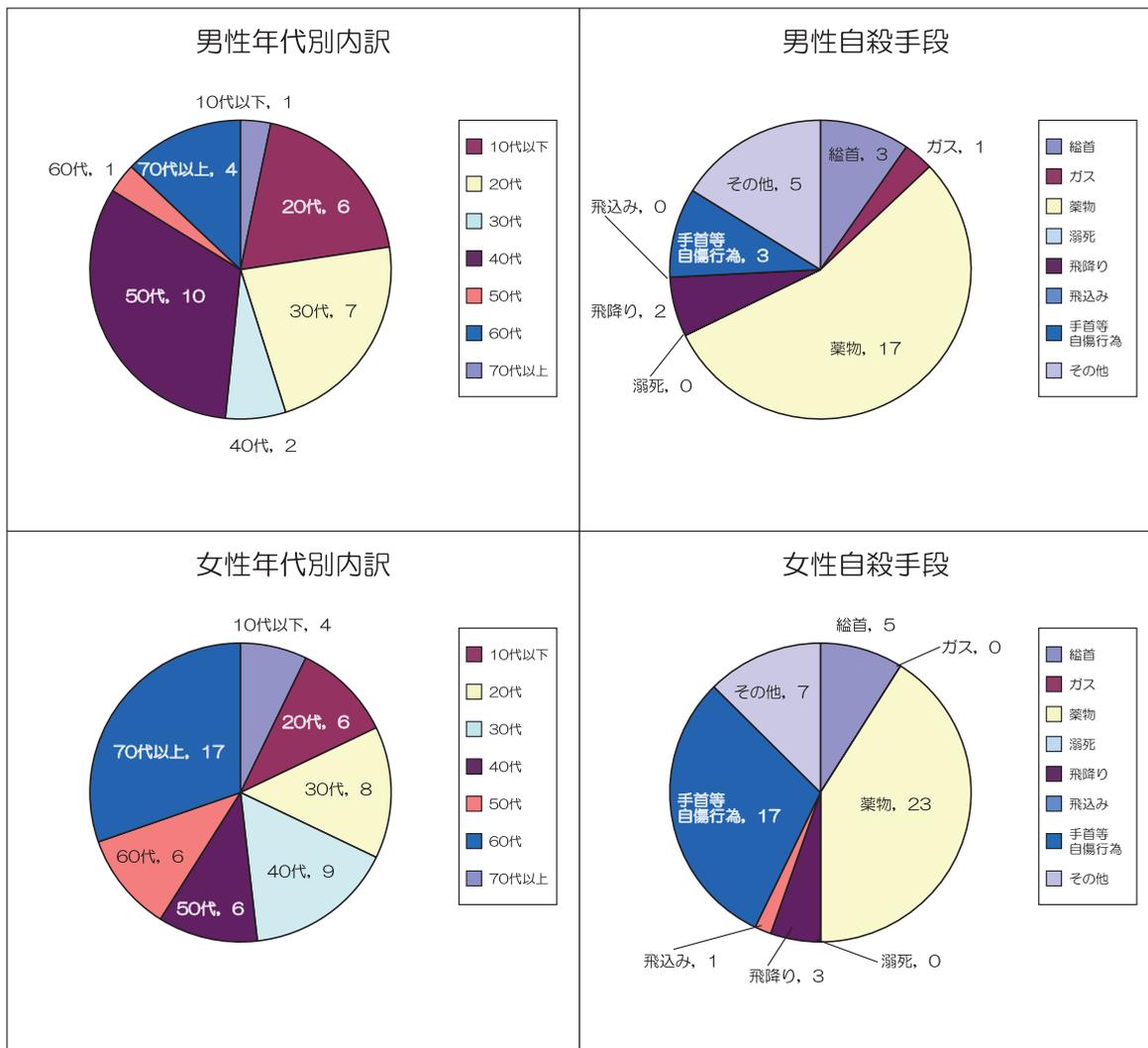
平成21年度 くまもと自殺予防医療サポートネットワークについて

平成21年度 集計 (21/4~22/3)							
発生医療機関				45	医療機関		
合計紹介受付件数				74	件		
うち合計受診件数				71	件		
	男性	31	人		女性	40	人
年代内訳	10代以下	0	人	年代内訳	10代以下	1	人
	20代	3	人		20代	9	人
	30代	6	人		30代	11	人
	40代	6	人		40代	8	人
	50代	7	人		50代	4	人
	60代	6	人		60代	2	人
	70代以上	3	人		70代以上	5	人
自殺手段	縊首	11	人	自殺手段	縊首	3	人
	ガス	1	人		ガス	2	人
	薬物	8	人		薬物	24	人
	溺死	1	人		溺死	0	人
	飛降り	0	人		飛降り	1	人
	飛込み	2	人		飛込み	1	人
	手首等自傷行為	6	人		手首等自傷行為	8	人
	その他	2	人		その他	2	人



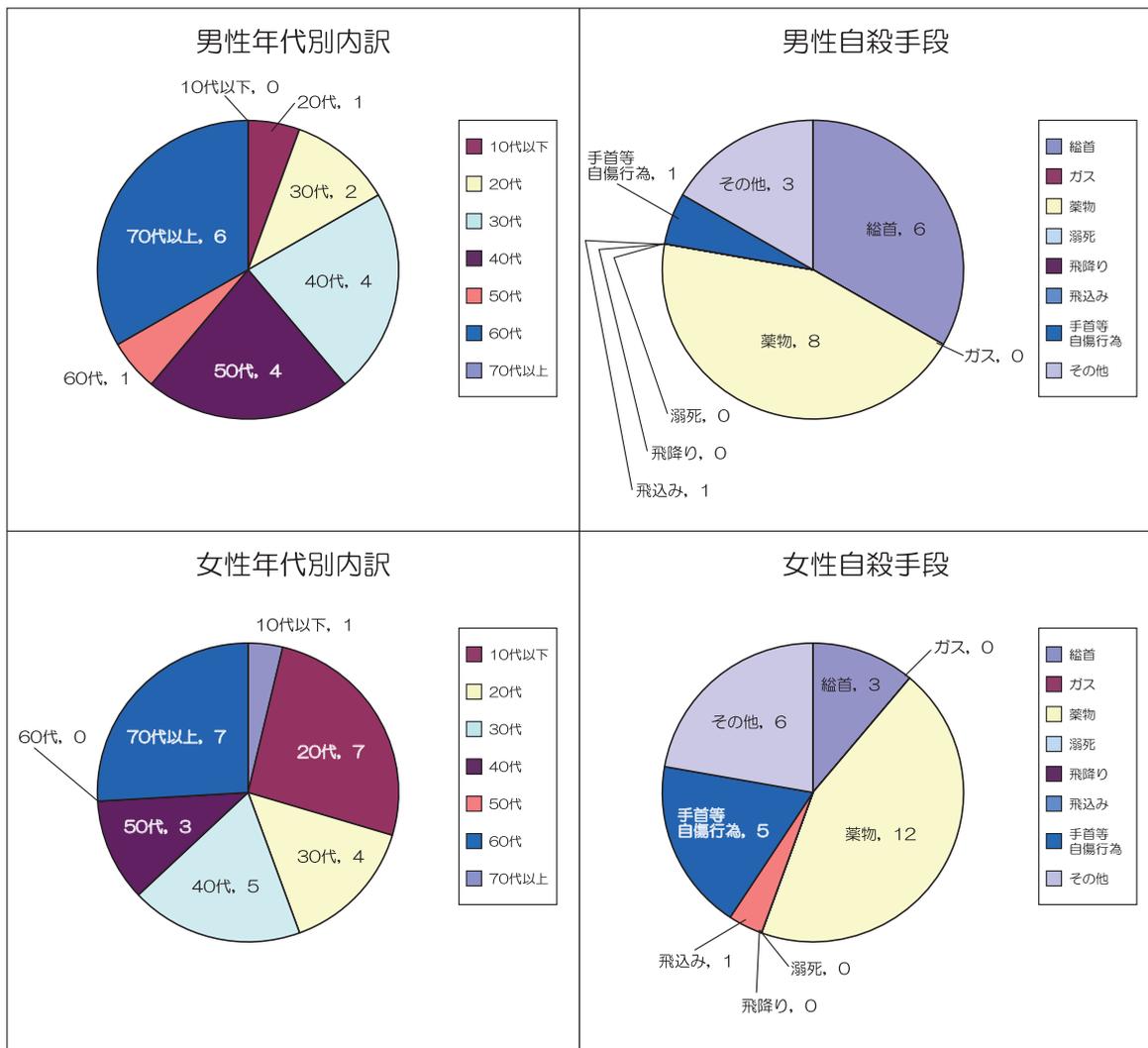
平成22年度 くまもと自殺予防医療サポートネットワークについて

平成22年度 集計 (22/4~23/3)							
発生医療機関			54	医療機関			
合計紹介受付件数			92	件			
うち合計受診件数			87	件			
		男性	31	人			
		女性	56	人			
年 代 内 訳	10代以下	1	人	年 代 内 訳	10代以下	4	人
	20代	6	人		20代	6	人
	30代	7	人		30代	8	人
	40代	2	人		40代	9	人
	50代	10	人		50代	6	人
	60代	1	人		60代	6	人
	70代以上	4	人		70代以上	17	人
自 殺 手 段	縊首	3	人	自 殺 手 段	縊首	5	人
	ガス	1	人		ガス	0	人
	薬物	17	人		薬物	23	人
	溺死	0	人		溺死	0	人
	飛降り	2	人		飛降り	3	人
	飛込み	0	人		飛込み	1	人
	手首等自傷行為	3	人		手首等自傷行為	17	人
	その他	5	人		その他	7	人



平成23年度 くまもと自殺予防医療サポートネットワークについて

平成23年度 集計 (23/4~23/11)						
発生医療機関		28	医療機関			
合計紹介受付件数		48	件			
うち合計受診件数		45	件			
	男性	18	人	女性	27	人
年代 内 訳	10代以下	0	人	10代以下	1	人
	20代	1	人	20代	7	人
	30代	2	人	30代	4	人
	40代	4	人	40代	5	人
	50代	4	人	50代	3	人
	60代	1	人	60代	0	人
	70代以上	6	人	70代以上	7	人
自殺 手 段	縊首	6	人	縊首	3	人
	ガス	0	人	ガス	0	人
	薬物	8	人	薬物	12	人
	溺死	0	人	溺死	0	人
	飛降り	0	人	飛降り	0	人
	飛込み	0	人	飛込み	1	人
	手首等自傷行為	1	人	手首等自傷行為	5	人
	その他	3	人	その他	6	人



診療報酬への反映

1)

救命救急入院料算定病床において自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有する者に対し、精神保健指定医以外の精神科医師や都道府県等が実施する精神科救急医療体制の確保の取り組みに協力している精神保健指定医等、当該保険医療機関に所属しない精神保健指定医が診断治療を行った場合にも、当該保険医療機関の精神保健指定医が診断治療を行った場合と同様に、評価を行う。

現行改定案

【救命救急入院料】注2 3,000点

[算定要件]

自殺企図等による重篤な患者であって、精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合、最初の診療時に算定する。

2)

診療情報提供料（I）

1 1 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害のうたがいによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、所定点数に200点を加算する。

（平成24年改訂診療報酬参考資料より）

平成23年度うつ病に対する医療連携のための研修会

1 目 的

自殺の背景には、うつ病、統合失調症、アルコールや薬物依存、不安障害などの多くの精神疾患が存在しているといわれています。中でもうつ病の占める割合が高く、自殺予防のためには、早期発見と早期治療が重要です。また、うつ病を抱える患者は身体症状を訴えて内科等のかかりつけ医を初めに受診することが多いことから、うつ病に対する医療等の支援体制の強化を図るために、一般かかりつけ医と精神科医との連携体制を強化する必要があります。

さらに、自殺未遂者の再企図をくい止めるためには、インフォームド・コンセントを適切に行い、精神科医につなぎ適切な治療に結びつけることが重要です。

このため、医師及び医療機関に勤務する医療スタッフ等を対象に、うつ病の専門知識や精神科医との連携方法等に関する研修を実施することにより、うつ病に対する医療連携体制の強化を図ることを目的とします。

2 開催日時

平成23年11月21日（月）

12月19日（月）

3 開催場所

水俣市立総合医療センター

ホテル ヴェルデ

4 研修内容

座 長

みずほ病院院長 佐藤 洋美先生

荒尾こころの郷病院院長 王丸 道夫先生

(1) 行政説明 「熊本県の自殺の現状」

(2) 講 演 「うつ病に対する医療連携について」

講師：熊本大学医学部附属病院 神経精神科 講師 藤瀬 昇先生

自殺未遂事例発表

国保水俣市立総合医療センター

荒尾市民病院

看護師長

救急部長 松園幸雄先生

ディスカッション

5 参加者

58名

72名

（うち医師 14名）

（うち医師28名）

「うつ病に対する医療連携のための研修会」アンケート

本日は、研修会にご参加いただきありがとうございました。以下のアンケートへのご協力をお願いいたします。

【性別】 男性 女性

【ご年齢】 20代 30代 40代 50代 60代 70代 80代

【ご専門分野】（最も力を入れていらっしゃる領域を1つだけお選びください）

内科一般 外科一般 精神科 神経内科 脳外科 小児科 麻酔科 消化器 循環器 呼吸器
腎臓 代謝・内分泌 肝臓 血液 膠原病 悪性腫瘍 感染症 産婦人科 皮膚科 泌尿器科
耳鼻科 眼科 放射線科 看護師 心理士 薬剤師 検査技師 ケースワーカー 事務職

実際に普段、うつ病の患者さんを1カ月で何人ほど診ておられますか？ _____人

研修会に参加されて変わったとお感じになられたか、以下の質問にお答えください。

1) うつ病についての知識

全くない あまり知らない どちらともいえない 少しある かなりある



全くない あまり知らない どちらともいえない 少しある かなりある

2) 性格的に弱い人がうつ病になる

そう思う 少しはそう思う どちらともいえない あまり思わない 全くそう思わない



そう思う 少しはそう思う どちらともいえない あまり思わない 全くそう思わない

3) 自分がうつ病になったら恥ずかしい

そう思う 少しはそう思う どちらともいえない あまり思わない 全くそう思わない



そう思う 少しはそう思う どちらともいえない あまり思わない 全くそう思わない

4) うつ病は気の持ちようで克服できる

そう思う 少しはそう思う どちらともいえない あまり思わない 全くそう思わない



そう思う 少しはそう思う どちらともいえない あまり思わない 全くそう思わない

5) うつ病の初期治療（プライマリ・ケア）を引き受けることは

抵抗がある 少し抵抗がある あまり抵抗はない 抵抗はない



抵抗がある 少し抵抗がある あまり抵抗はない 抵抗はない

6) 自殺念慮について問診を行いますか？

全く行わない ごくまれにしか行わない ときどき行うことがある うつであれば常に行う



全く行わない ごくまれにしか行わない ときどき行うことがある うつであれば常に行う

7) 抗うつ薬（SSRIやSNRI、NaSSA）はよく投与されますか？

全く投与しない ごくまれにしか投与しない ときどき投与している 頻繁に投与している



全く投与しない ごくまれにしか投与しない ときどき投与している 頻繁に投与している

8) ベンゾジアゼピン系の睡眠薬や抗不安薬（デパスなど）はよく投与されますか？

全く投与しない ごくまれにしか投与しない ときどき投与している 頻繁に投与している



全く投与しない ごくまれにしか投与しない ときどき投与している 頻繁に投与している

9) 自覚的にうつ病がよくなったら、なるべく早く抗うつ薬を止めてあげるべきですか？

そう思う 少しそう思う あまり思わない まったくそう思わない



そう思う 少しそう思う あまり思わない まったくそう思わない

10) 患者さんについて、精神科のクリニックや病院と連携は行われていますか？

全くない ごくまれにしかない ときどき行うことがある 頻繁に行っている



全くない ごくまれにしかない ときどき行うことがある 頻繁に行っている

今回の研修会について、何かご意見・ご感想などありましたらご記入ください。

お疲れ様でした。アンケートへのご協力ありがとうございました。

熊本大学医学部附属病院神経精神科

アンケート集計（医師）

性別	男性	女性	患者数		16名記載		平均20人	
	23	7						
年齢	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	
	0	5	5	7	11	2	1	
専門分野	内科一般	外科一般	精神科	神経内科	小児科	循環器科	代謝・内分泌	眼科
	5	20	6	1	1	1	2	1

1) うつ病についての知識

	全くない	あまり知らない	どちらとも いえない	少しある	かなりある
研修前	0	3	3	18	7
研修後	0	0	5	13	5

2) 性格的に弱い人がうつ病になる

	そう思う	少しはそう思う	どちらとも いえない	あまり思わない	全く そう思わない
研修前	1	4	9	11	6
研修後	0	2	5	10	6

3) 自分がうつ病になったら恥ずかしい

	そう思う	少しはそう思う	どちらとも いえない	あまり思わない	全く そう思わない
研修前	0	8	7	10	6
研修後	0	3	6	9	5

4) うつ病は気の持ちようで克服できる

	そう思う	少しはそう思う	どちらとも いえない	あまり思わない	全く そう思わない
研修前	1	6	6	9	9
研修後	1	2	4	8	8

5) うつ病の初期治療（プライマリ・ケア）を引き受けることは

	抵抗がある	少し抵抗がある	あまり抵抗はない	抵抗はない
研修前	2	6	12	10
研修後	1	5	6	11

6) 自殺念慮について問診を行いますか？

	全く行わない	ごくまれにしか 行わない	ときどき 行うことがある	うつであれば 常に行う
研修前	4	4	5	9
研修後	2	5	1	10

7) 抗うつ薬（SSRIやSNRI、NaSSA）はよく投与されますか？

	全く投与しない	ごくまれにしか投与しない	ときどき投与している	頻繁に投与している
研修前	3	3	6	9
研修後	2	3	5	8

8) ベンゾジアゼピン系の睡眠薬や抗不安薬（デパスなど）はよく投与されますか？

	全く投与しない	ごくまれにしか投与しない	ときどき投与している	頻繁に投与している
研修前	1	3	6	10
研修後	0	3	6	7

9) 自覚的にうつ病がよくなったら、なるべく早く抗うつ薬を止めてあげるべきですか？

	そう思う	少しそう思う	あまり思わない	まったくそう思わない
研修前	0	4	9	8
研修後	1	1	8	8

10) 患者さんについて、精神科のクリニックや病院と連携は行われていますか？

	全くない	ごくまれにしかない	ときどき行うことがある	頻繁に行っている
研修前	1	2	11	6
研修後	1	1	5	6

- ・うつ状態とうつ病との違いをどう判断しますが、スコアでの判定をどのくらいの確立なのでしょう。バックブランドが各々で違うので難しいと思います。うつ状態になった事のない人（一生のうちでは）0だと思いますが。（内科医）
- ・うつ病について詳細にかつ明快に御教示いただきありがとうございます。
- ・わかりやすくなりました。
- ・総合病院精神科が増えてくれると助かります。
- ・専門が、眼科ですので、日常「うつ」の患者さんと思われるケースに接する事は殆どありませんが、今日の講演は判り易く勉強になりました。
- ・あさぎり町のフィールドワークなど、先生が熊本県の住民を対象に行われたものについて話を伺いたいと思った。

アンケート集計（コメディカル）

性別	男性	女性
	13	35

年齢	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代
	7	9	7	18	5	1	0

専門分野	看護師	薬剤師	ケースワーカー	作業療法士	ケアマネージャー
	9	1	10	1	1

1) うつ病についての知識

	全くない	あまり知らない	どちらとも いえない	少しある	かなりある
研修前	1	6	10	29	1
研修後	0	1	2	27	2

2) 性格的に弱い人がうつ病になる

	そう思う	少しはそう思う	どちらとも いえない	あまり思わない	全く そう思わない
研修前	2	8	16	16	5
研修後	0	1	17	13	3

3) 自分がうつ病になったら恥ずかしい

	そう思う	少しはそう思う	どちらとも いえない	あまり思わない	全く そう思わない
研修前	2	12	13	17	4
研修後	0	8	6	18	4

4) うつ病は気の持ちようで克服できる

	そう思う	少しはそう思う	どちらとも いえない	あまり思わない	全く そう思わない
研修前	2	8	12	16	9
研修後	2	1	8	16	7

5) うつ病の初期治療（プライマリ・ケア）を引き受けることは

	抵抗がある	少し抵抗がある	あまり抵抗はない	抵抗はない
研修前	2	8	5	4
研修後	1	5	6	2

6) 自殺念慮について問診を行いますか？

	全く行わない	ごくまれにしか 行わない	ときどき 行うことがある	うつであれば 常に行う
研修前	3	3	1	0
研修後	0	2	1	0

7) 抗うつ薬（SSRIやSNRI、NaSSA）はよく投与されますか？

	全く投与しない	ごくまれにしか投与しない	ときどき投与している	頻繁に投与している
研修前				
研修後				

8) ベンゾジアゼピン系の睡眠薬や抗不安薬（デパスなど）はよく投与されますか？

	全く投与しない	ごくまれにしか投与しない	ときどき投与している	頻繁に投与している
研修前				
研修後				

9) 自覚的にうつ病がよくなったら、なるべく早く抗うつ薬を止めてあげるべきですか？

	そう思う	少しそう思う	あまり思わない	まったくそう思わない
研修前	2	1	2	2
研修後	1	0	2	3

10) 患者さんについて、精神科のクリニックや病院と連携は行われていますか？

	全くない	ごくまれにしかない	ときどき行うことがある	頻繁に行っている
研修前	1	0	6	4
研修後	1	0	5	5

- ・ケースワーカーとして仕事をしていて、自分の担当が自殺したこともあったため、うつ病の人に対する接し方について学べてよかったと思う。
- ・地域住民の方がよく利用される一般のクリニック・病院・精神科医療機関の連携の重要性を痛感しました。
- ・自殺の現状（全国・県）について初めて知り、意外と多いと思いました。Drの方々からの貴重な発表を聞かせて頂き、自分の専門分野だけでなく、疾病についてや連携について大変勉強になりました。
- ・他病院との連携も、必要だと痛感しました。
- ・うつに関しての知識が増え、参加して勉強になりました。
- ・うつ病についての現状またネットワークの重要性を学びました。
- ・私は、主に高齢者相談を受ける相談員です。
- ・今まで、あまり今回の様な研修がなく、知識として薄いのですが、老人性うつ病の増加傾向も言われていますので、自分自身でも積極的に学び、一人でも多くの方を救えるようにしたいです。
- ・3年前、主人の祖父が自殺しました。家族として「もっと本人に寄り添ってあげられなかったが・・・」と一生悩むと思います。そんな思いをする家族を増やしたくないです。
- ・急性期での対応の悩み等理解できた。
- ・全国のデータではなく、熊本県 特に水俣圏域の自殺率についての説明があり具体的で良かった。
- ・山間地域での自殺率が高い事、ソーシャルサポートとの関連など、自殺とは切り離せないキーワードが出てきており、興味深かった。
- ・おそらく地域性もあるようにも改めて感じた。
- ・また、経済的な面も大きく自殺には関連しているようなので、そのようなデータの介入方法などが、施策として展開できたら良いのではないかと感じた。

相 談 機 関 一 覧

～ひとりで悩まないで相談しましょう。～

こころの悩み相談

熊本県精神保健福祉センター …… 096-386-1166
熊本市こころの健康センター …… 096-366-1171
(公社)熊本県精神保健福祉協会「熊本こころの電話」 096-285-6688
社会福祉法人 熊本いのちの電話 …… 096-353-4343
毎月10日はフリーダイヤル 0120-738-556

心の健康診断

熊本県有明保健所 0968-72-2184 荒尾市・玉名市・玉名郡
熊本県山鹿保健所 0968-44-4121 山鹿市
熊本県菊池保健所 0968-25-4138 菊池市・合志市・菊池郡
熊本県阿蘇保健所 0967-32-0535 阿蘇市・阿蘇郡
熊本県御船保健所 096-282-0016 上益城郡
熊本県宇城保健所 0964-32-1207 宇土市・宇城市・下益城郡
熊本県八代保健所 0965-32-6121 八代市・八代郡
熊本県水俣保健所 0966-63-4104 水俣市・葦北郡
熊本県人吉保健所 0966-22-3107 人吉市・球磨郡
熊本県天草保健所 0969-23-0172 天草市・上天草市・天草郡
熊本市精神保健福祉室 …… 096-328-2293
熊本市中央区役所保健子ども課 …… 096-328-2419
熊本市東区役所保健子ども課 …… 096-367-9134
熊本市西区役所保健子ども課 …… 096-329-1147
熊本市南区役所保健子ども課 …… 096-357-4138
熊本市北区役所保健子ども課 …… 096-272-1128

福祉に関する総合相談

熊本県福祉総合相談所 …… 096-381-4411
熊本市中央区役所福祉課福祉相談係 …… 096-328-2301
熊本市東区役所福祉課福祉相談係 …… 096-367-9127
熊本市西区役所福祉課福祉相談係 …… 096-329-5403
熊本市南区役所福祉課福祉相談係 …… 096-357-4129
熊本市北区役所福祉課福祉相談係 …… 096-272-1118

女性の悩み相談

熊本県女性相談センター …… 096-381-4454
熊本県女性総合相談室 …… 096-355-2223
熊本市男女共同参画センター はあもにい 096-343-8306
熊本県警DV等相談窓口 …… 096-383-9110
配偶者暴力相談支援センター …… 096-381-7110
【レディース110番】性犯罪相談電話 0120-8343-81

児童に関する相談

子ども110番 …… 096-382-1110
熊本県福祉総合相談所 …… 096-381-4411
熊本県八代児童相談所 …… 0965-32-4426
熊本県子ども総合療育センター …… 0964-32-1143
熊本市子ども総合相談室 …… 096-361-2525
熊本市子ども発達支援センター …… 096-366-8240

生活安全に関する相談

県警本部 (悪質商法110番) …… 096-385-1110
県警本部 (警察安全相談室) …… 096-383-9110

青少年の悩みごと相談

肥後っ子テレホン… 0120-02-4976、096-384-4976
ヤングテレホンくまもと …… 096-371-4949

犯罪被害に関する相談

(社) 熊本犯罪被害者支援センター …… 096-386-1033

消費者トラブルに関する相談

熊本県消費生活センター …… 096-383-0999
熊本市消費者センター …… 096-353-2500

法的トラブルに関する相談

熊本地方裁判所 …… 096-325-2121
熊本県弁護士会 …… 096-325-0009
熊本県司法書士会 (総合相談センター) 096-364-2890
熊本県青年司法書士会 (クレジット・サラ金・
ヤミ金110番) …… 096-364-0800
日本司法支援センター (法テラス) コールセンター
…… 0570-078374
日本司法支援センター熊本地方事務所 (法テラス熊本)
…… 050-3383-5522
法テラス高森法律事務所 …… 050-3383-0469

人権に関する相談

熊本地方法務局人権相談 …… 096-364-2145
子どもの人権110番 …… 0120-007-110
女性の人権ホットライン …… 0570-070-810

障害者に関する相談

障害者110番 …… 096-354-4110

職場における心の悩み

熊本県産業保健推進センター …… 096-353-5480

高齢者に関する相談

熊本県高齢者総合相談センター【シルバー110番】
…… 096-325-8080
熊本県認知症コールセンター …… 096-355-1755