

令和6年度 宮崎県医師会 自殺対策うつ病研修会

日 時 令和6年12月16日(月) 19:00～21:00
会 場 宮崎県医師会館2階研修室及びZoomウェビナー

次 第

司会：宮崎県医師会常任理事 吉田 建世

1 開 会

2 挨拶

3 講演(各60分)

座長：宮崎大学医学部精神医学教室 教授 平野 羊嗣 先生

講演Ⅰ 「インターネット・ゲーム依存と子どものメンタルヘルス」

講 師 国立病院機構久里浜医療センター

精神科診療部長 松崎 尊信 先生

講演Ⅱ 「自殺予防対策 ―主に公衆衛生の観点から―」

講 師 東京大学大学院医学系研究科

教授 西 大輔 先生

4 閉 会

※日医生涯教育2単位(CC:69・70)

主催 宮崎県医師会・宮崎県

ネット・ゲーム依存と 子どものメンタルヘルス

国立病院機構久里浜医療センター
松崎尊信

COI開示

講演発表に関連し、発表者の開示すべき
COI関係にある企業はありません

演者の自己紹介

略歴

2000年 九州大学医学部卒業 同精神科教室に入局
同附属病院で臨床研修

2010年 九州大学大学院で博士号（医学）

2013年 厚生労働省精神・障害保健課依存症対策専門官

2016年 久里浜医療センター

2017～2022年 厚生労働省健康課参与（併任）

資格 精神保健指定医、日本精神神経学会認定専門医、日本医師会認定産業医

二児（高2男子、中2男子）の父

久里浜医療センターの歴史について



1941年 横須賀海軍野比分院

1963年 アルコール専門病棟設置 国内初

2011年 インターネット依存専門診療 国内初

2013年 ギャンブル依存専門診療



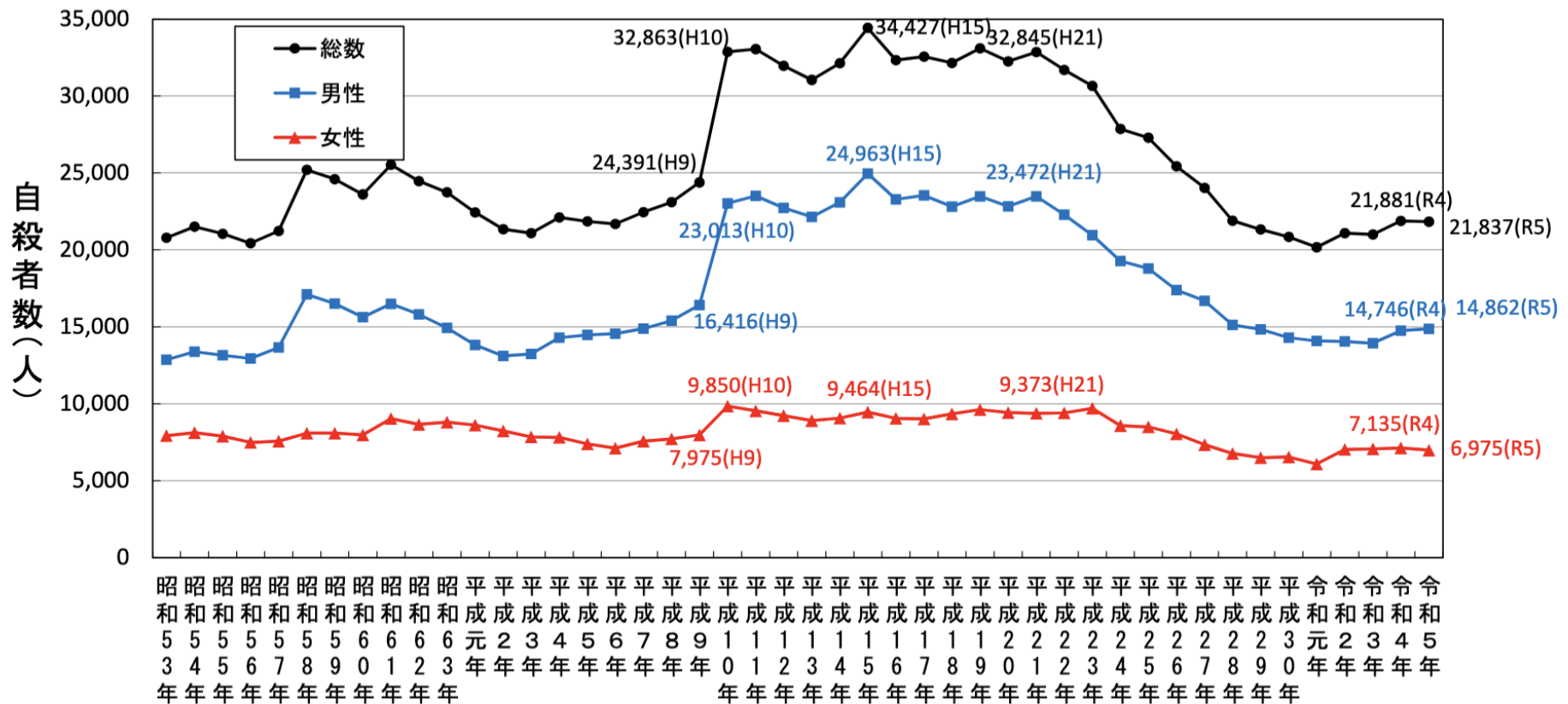
コンテンツ



1. 日本の自殺統計
2. インターネット・ゲーム・スマホの現状
3. インターネット・ゲーム依存症とは
4. 治療アプローチと予防のヒント

1. 日本^の自殺統計

自殺者数の年次推移

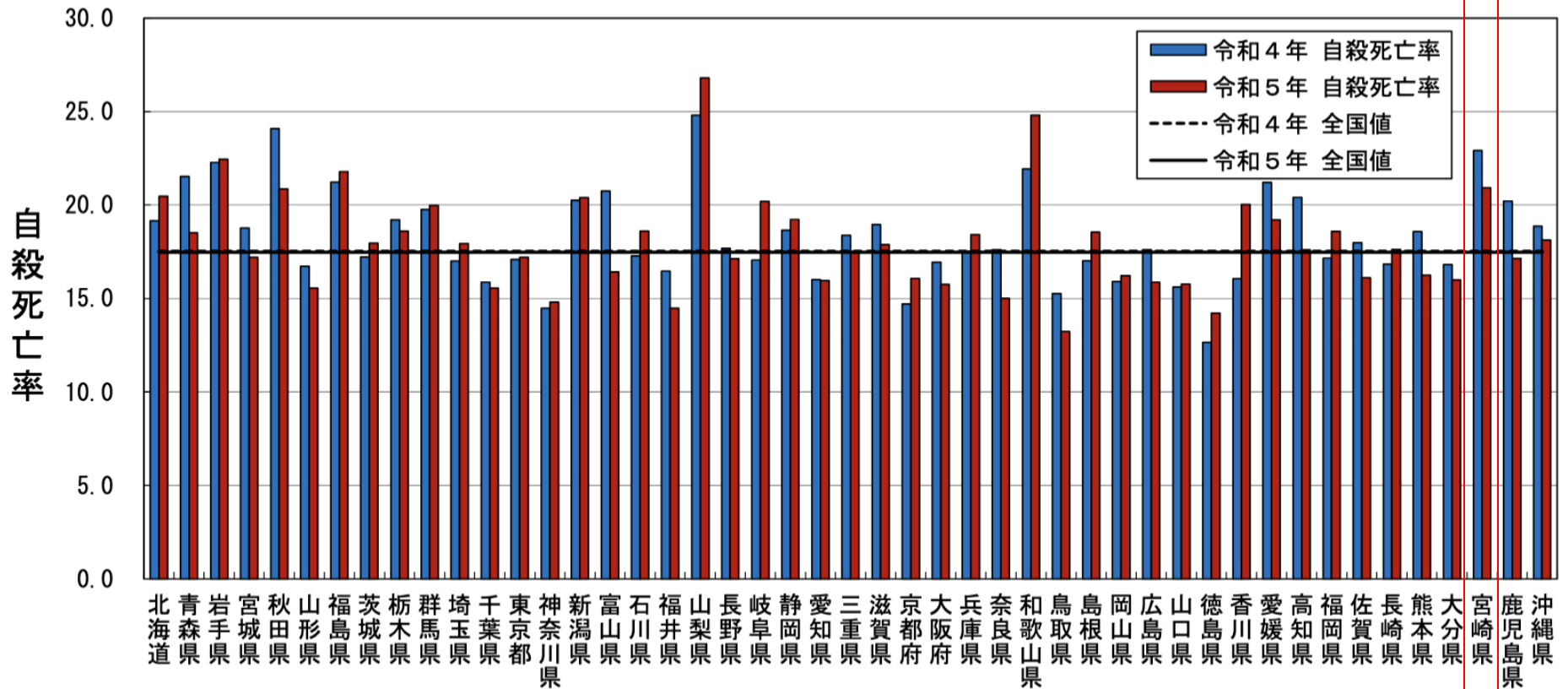


資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

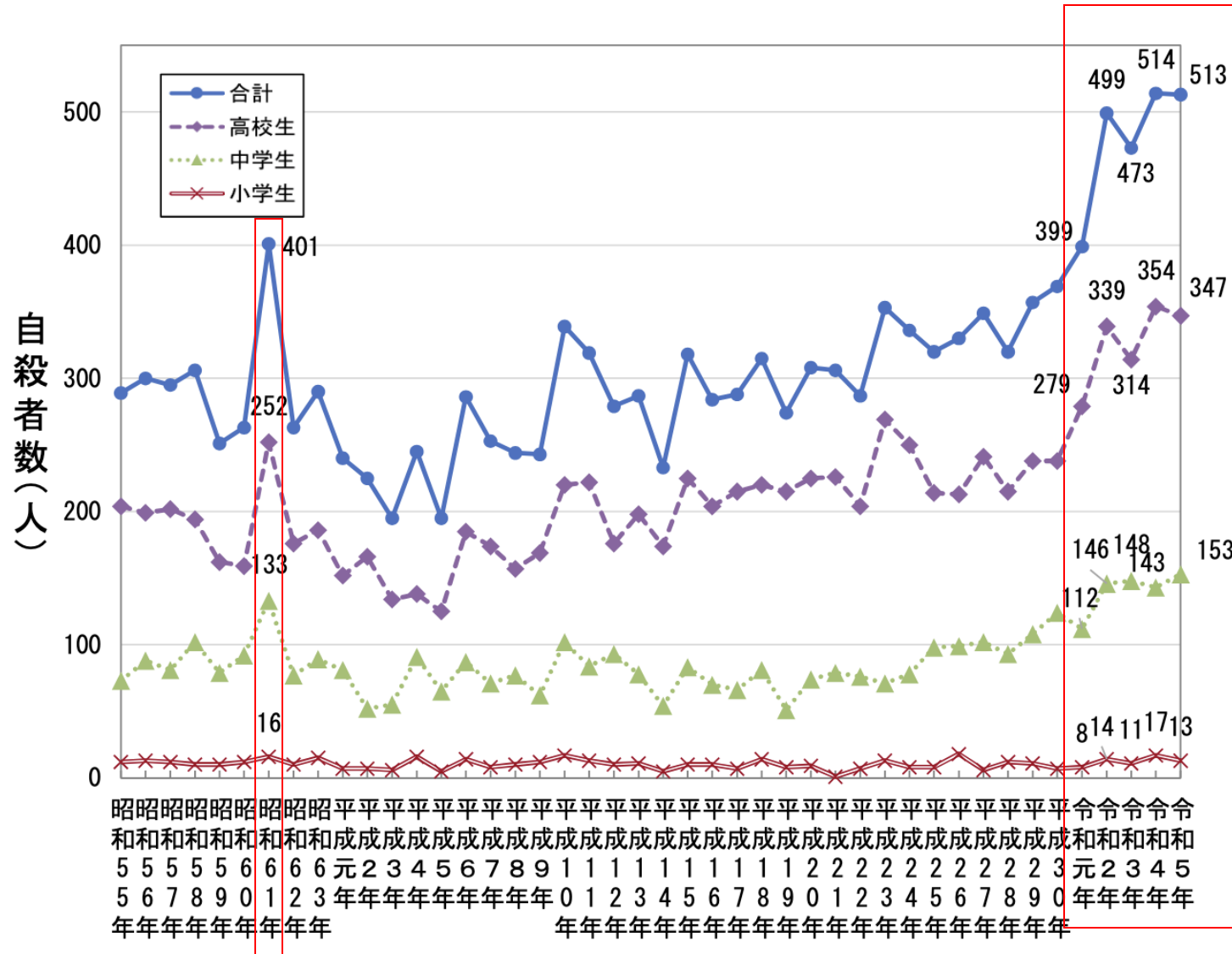
令和5年中における自殺の状況（令和6年3月29日）厚生労働省自殺対策推進室、警察庁生活安全局生活安全企画課

<https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/R06/R5jisatsunojoukyou.pdf>

都道府県別自殺死亡率



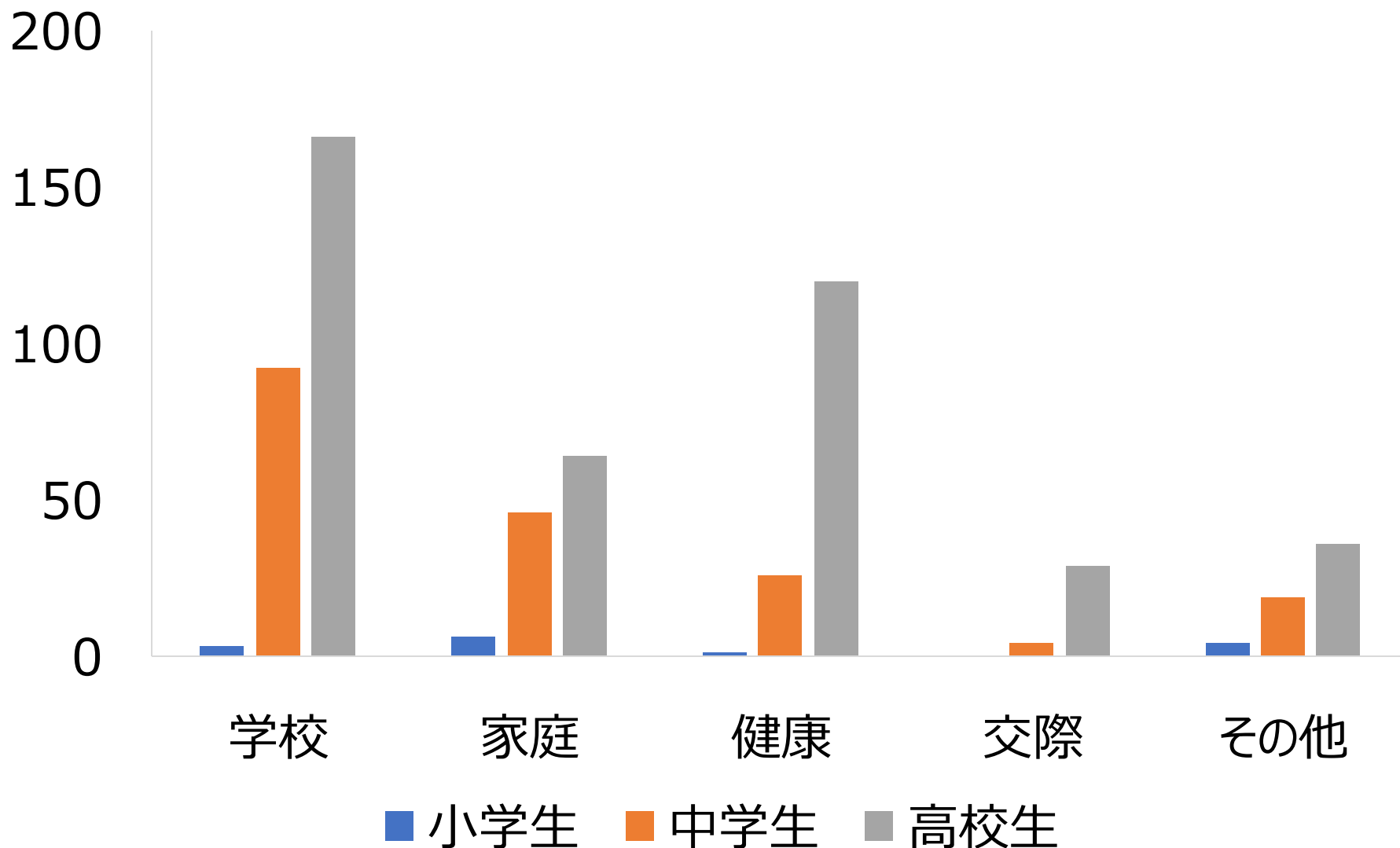
コロナ禍で小中高校生の自殺者数が上昇



資料：警察庁自殺統計原票データ、総務省「人口推計」及び「国勢調査」より厚生労働省作成

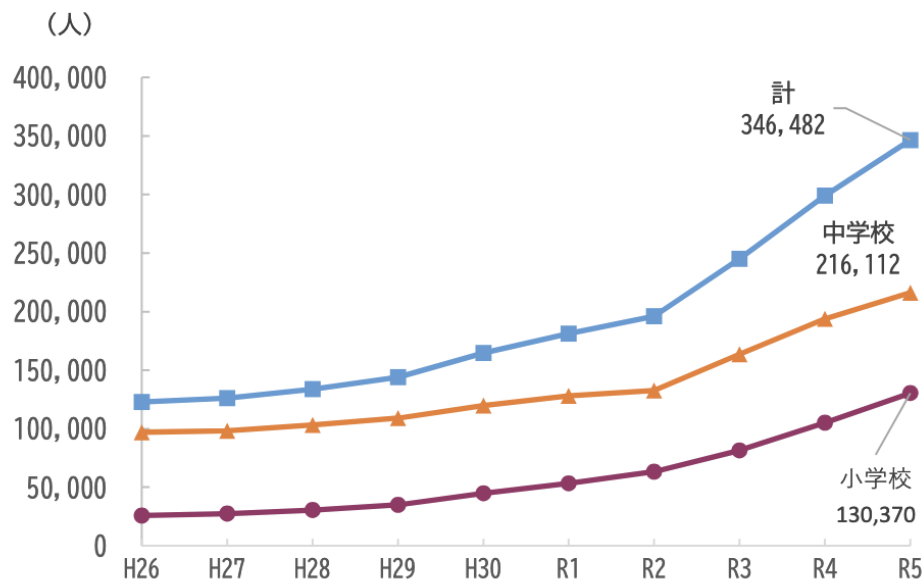
令和5年中における自殺の状況（令和6年3月29日）厚生労働省自殺対策推進室、警察庁生活安全局生活安全企画課

学生・生徒の自殺の原因・動機とは

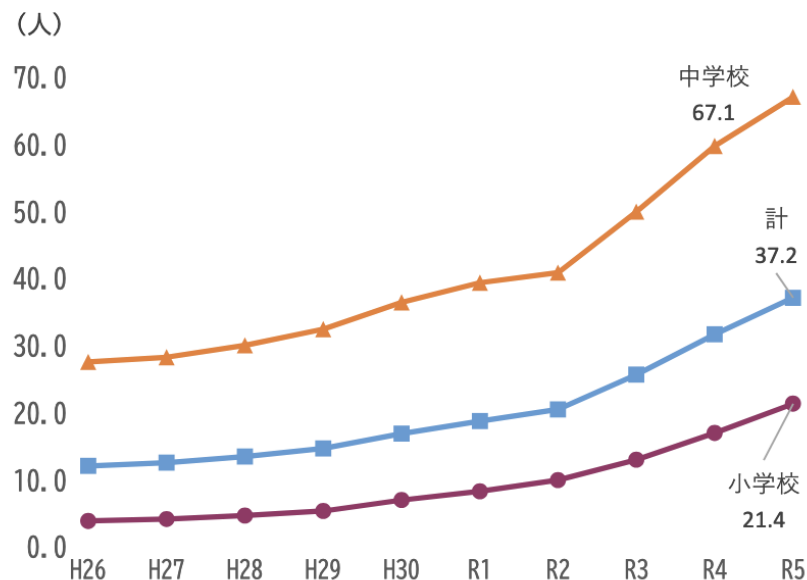


不登校児童は増えている

不登校児童生徒数の推移



不登校児童生徒数の推移 (1,000人当たり不登校児童生徒数)



若者のメンタルヘルス

- 世界中で10～19歳までの少なくとも13%が精神疾患と診断。
- 不安・うつは、10～19歳の若者の精神疾患の40%以上を占める。
- 10代（15～19歳）の若者の死因のうち、自殺は交通事故、結核、暴力に次ぐ第4位。東ヨーロッパ/中央アジアでは、自殺は若者の死因の第1位。西ヨーロッパ/北米では第2位。

The State of the World's Children 2021, UNICEF

- 米国の青少年（12～17歳）のうつ病の割合は、2005→17年で8.5%→13.2%に増加。

Twenge JM, Cooper AB, Joiner TE, Duffy ME, Binau SG. Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005-2017. J Abnorm Psychol. 2019 Apr;128(3):185-199. doi: 10.1037/abn0000410. Epub 2019 Mar 14. PMID: 30869927.

- 若者の不安やうつ病を予防し治療するための「特効薬」は存在しない。
- 予防・治療においては、個人のニーズや状況を考慮した介入が必要。

Young people's mental health is finally getting the attention it needs. Nature. 2021 Oct;598(7880):235-236. doi: 10.1038/d41586-021-02690-5. PMID: 34621038.

インターネットの特性

アテンションエコノミー

情報の質よりも人々の関心や注目を集めた方が経済的利益が大きいことを指摘した経済学の概念（日経）

SNS

魅惑的なコンテンツで利用者を引きつけ、そこで獲得した当該利用者の消費時間ないしアテンションを広告主等に販売するビジネス・モデル

エコーチェンバー現象

極端な思想が「対抗言論」を受けずに増幅。

フィルターバブル

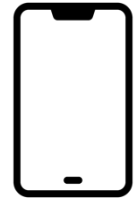
AI等を使って利用者の趣味嗜好や政治的傾向等を予測した上で、それらに適合しない情報をフィルタリングし、アテンションを引く情報-思わずクリックしたくなる情報-ばかりを集めた「泡」を利用者の周囲に作る。

内閣府第414回消費者委員会本会議

資料4 <アテンションエコノミー×AI>と消費者の自律的な意思決定——潜在的認知システムの保護——

慶應義塾大学大学院法務研究科教授山本龍彦

SNSと若者の自殺



- ソーシャルメディアの使用が自殺リスクをもたらす懸念。
- ソーシャルメディアと自殺行動との関連性に関するレビューでは、ソーシャルメディアとスマートフォンの使用頻度が自殺行動と関連する傾向や、スマートフォン依存と自殺行動との間に強い関連性がみられることが指摘されている。

Macrynika N, Auad E, Menjivar J, Miranda R: Does social media use confer suicide risk? A systematic review of the evidence. *Computers in Human Behavior Reports* 2021, 3:100094.

オーストラリアが16歳未満の 子どものソーシャルメディアを禁止

Bloomberg

Subscribe

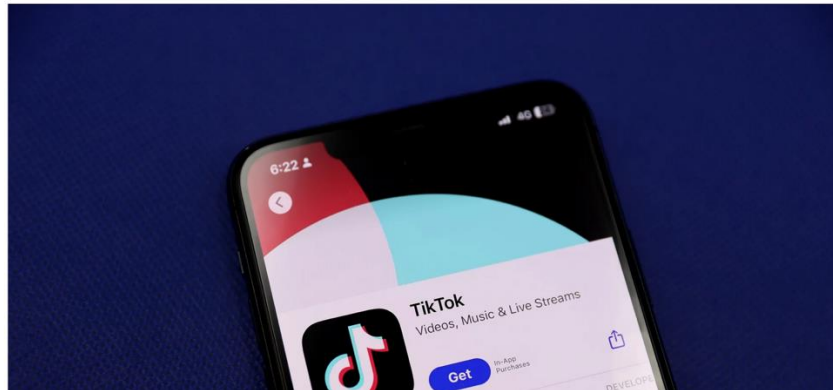
● Live TV Markets ▼ Economics Industries Tech Politics Businessweek Opinion More ▼

Social Media Safety: Roblox | Sextortion Scams | Unsafe Online | A Parent's Guide | TikTok Tourists | Can Lawsuits Help?

Technology

Australia's Social Media Ban for Under 16s to Become Law

- Australia's social media laws to be among strictest in world
- Children under age of 16 will be banned from opening accounts



SNSの禁止で子どもたちを守れるか？

- ソーシャルメディアは青少年の健康に有害である可能性があるが、集団レベルで悪影響をもたらす証拠は不十分。
- 子どもたちはすでに既存の年齢制限を回避する方法を見つけている。
- 全面禁止や年齢制限ではなく、ソーシャルメディア企業に対し、透明性を高める新しい基準、オンライン上のいじめに対処するより優れた報告システムを導入すること等を推奨。
- オーストラリアの厳しい規制は、子どもたちを孤立させる恐れ。
- 政府は子供たちにSNSの落とし穴やオンラインの世界をもっと批判的に利用する方法などを幼少時から教育することに重点を置くべき。

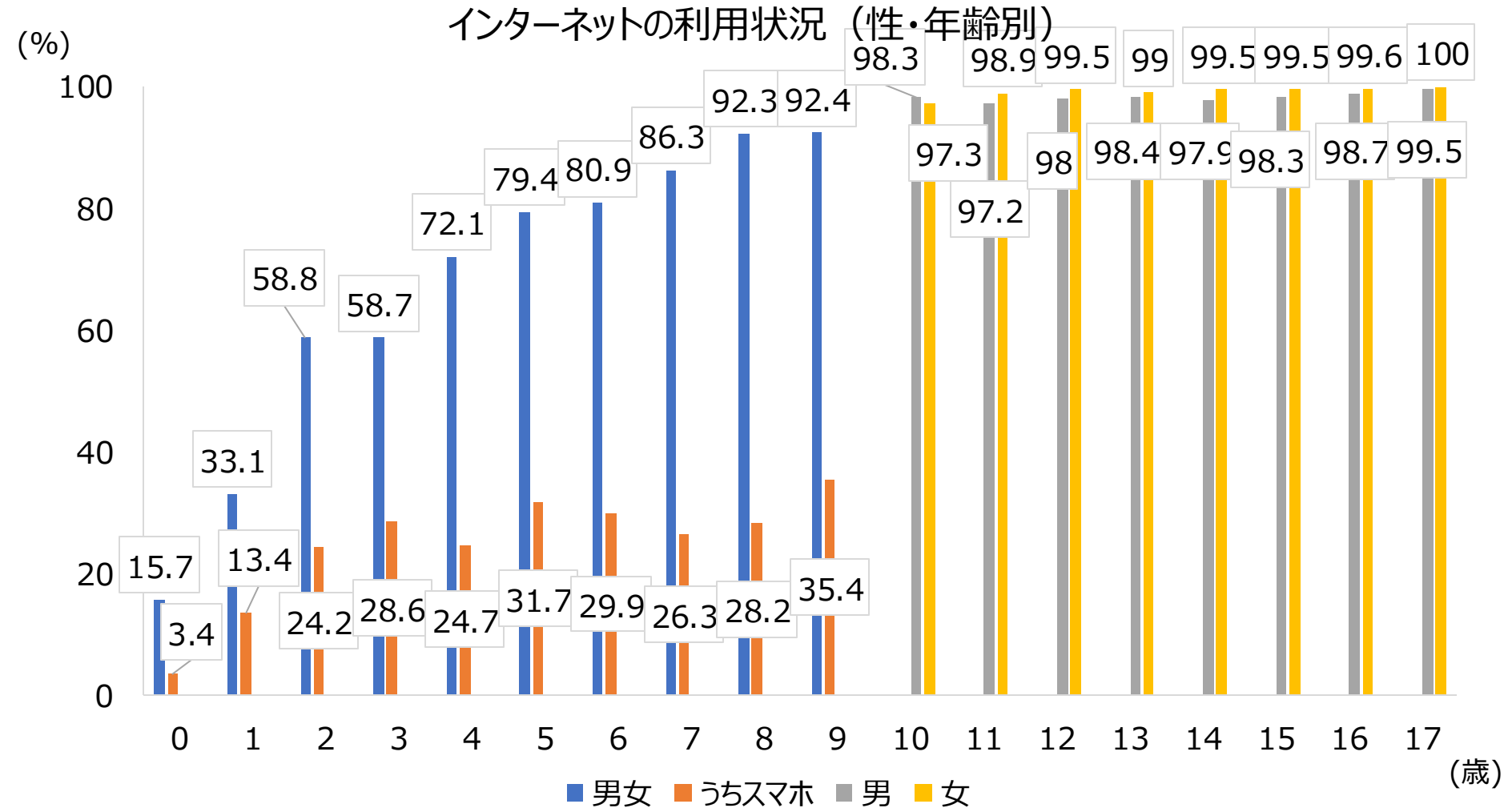
Nature News, 10 December 2024



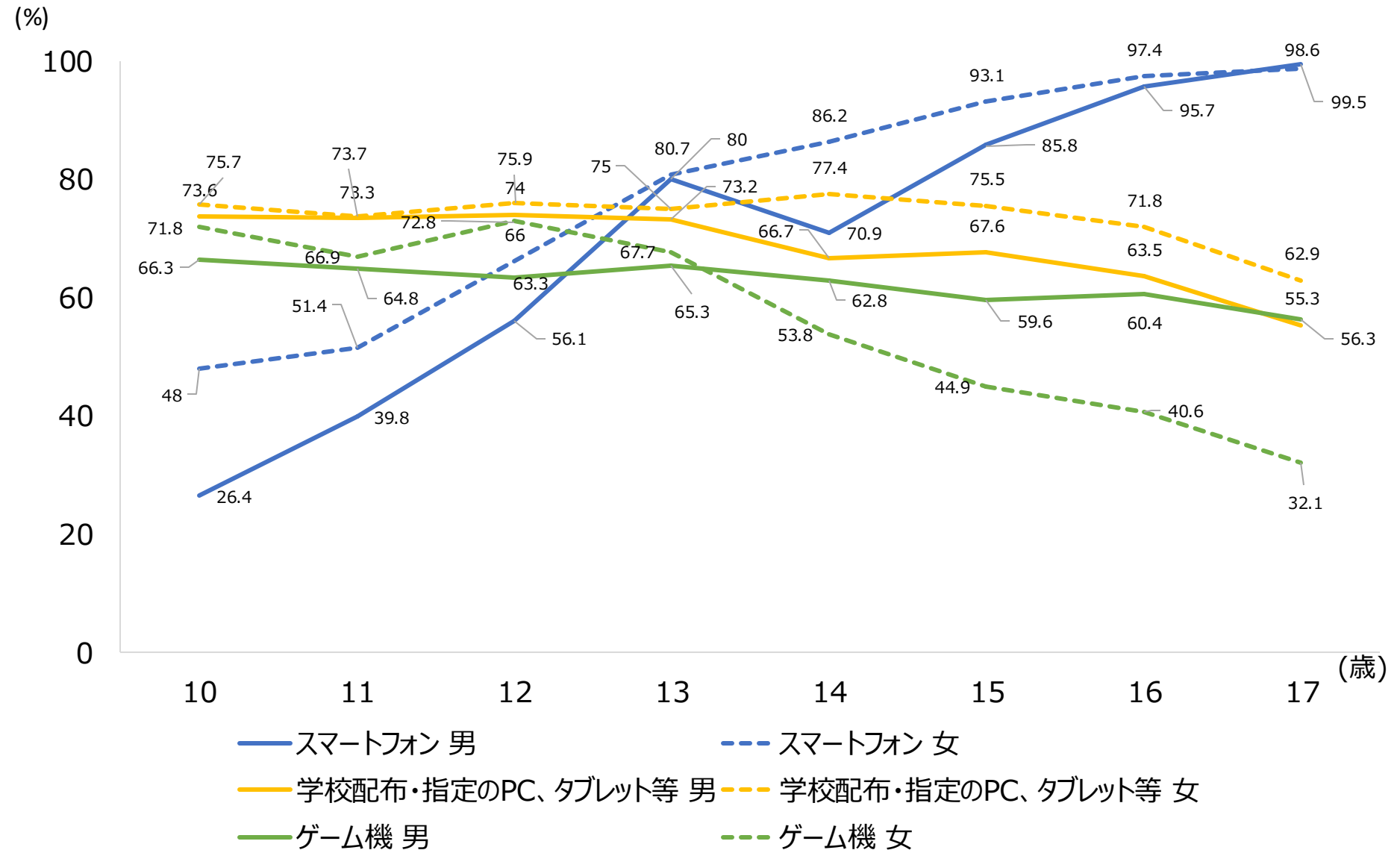
2. インターネット・ゲーム・ スマホの現状



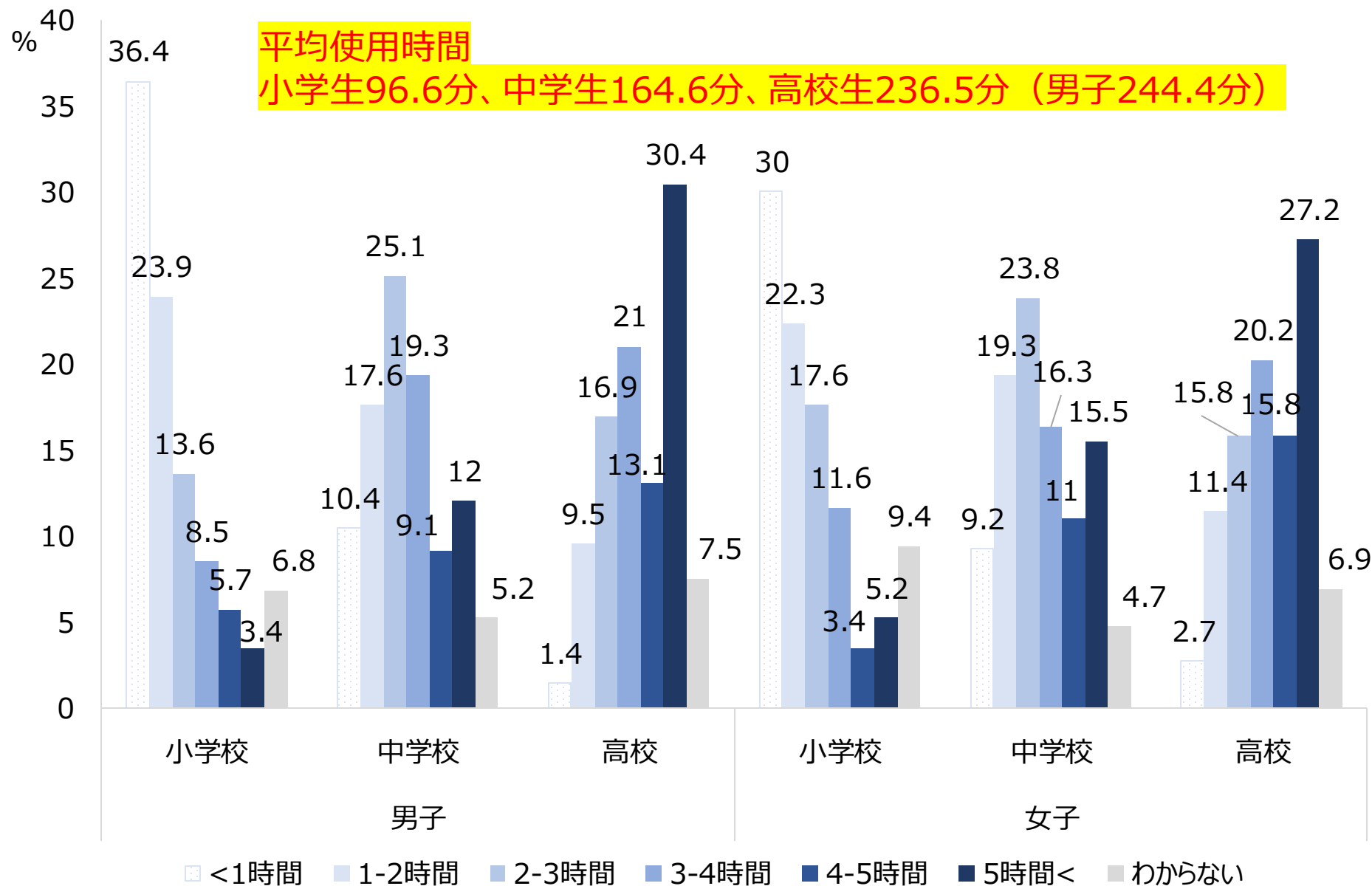
青少年のインターネット利用率はほぼ100%



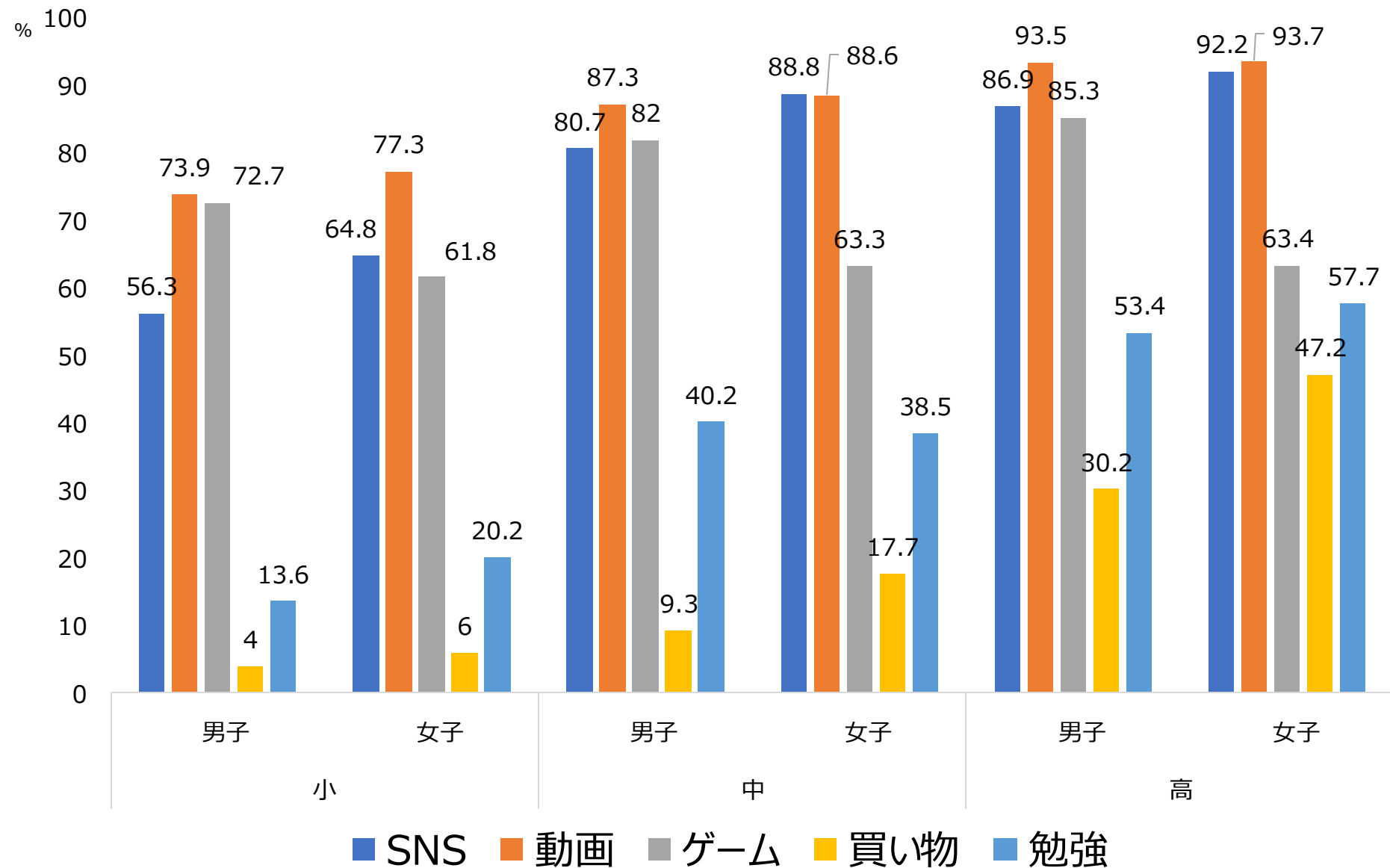
インターネット利用率（機種別）



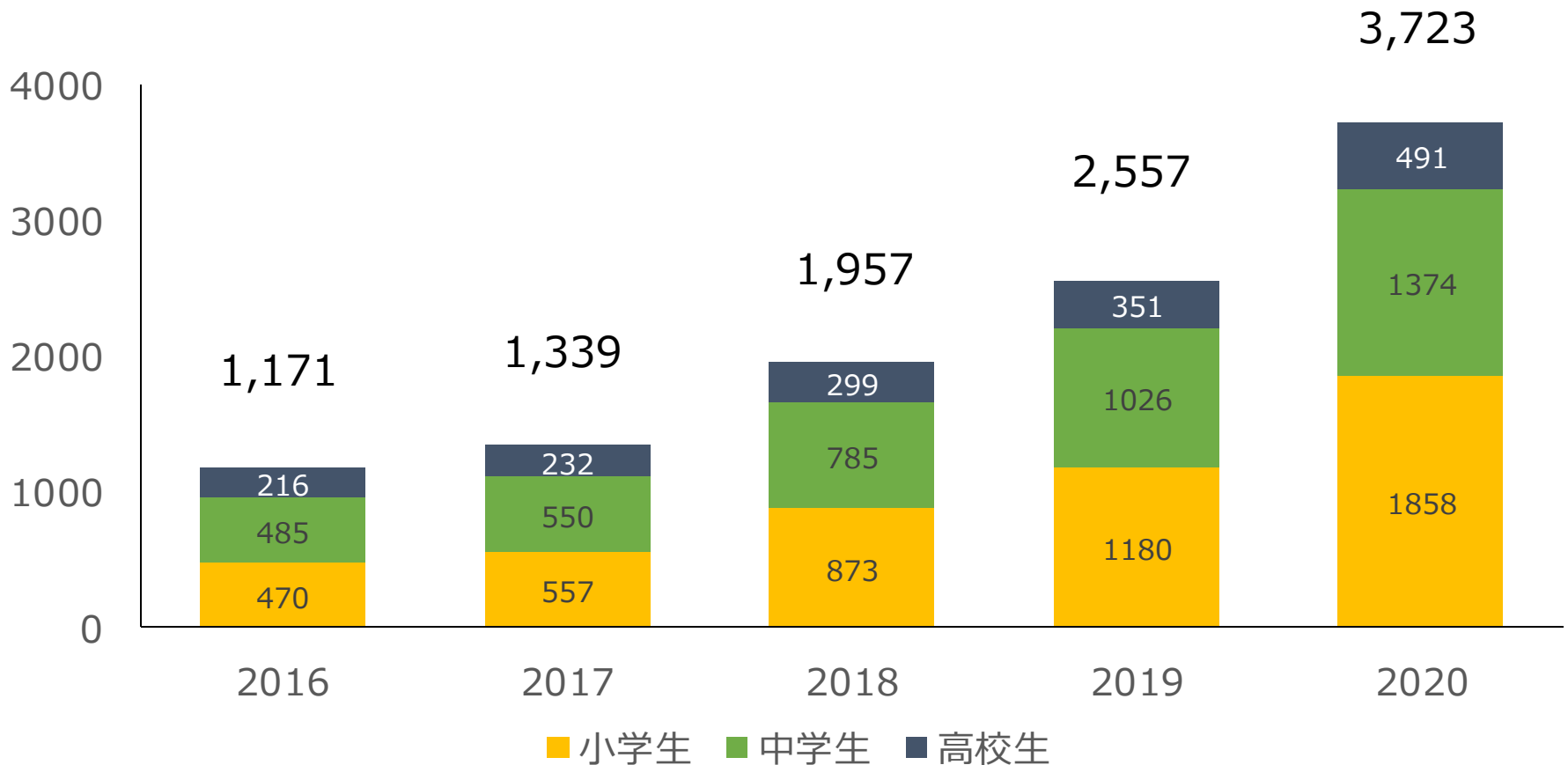
スマホによるインターネット利用時間（性・学校種別）



青少年が利用するスマホコンテンツ



オンラインゲームに関する 相談は増えている



独立行政法人国民生活センター

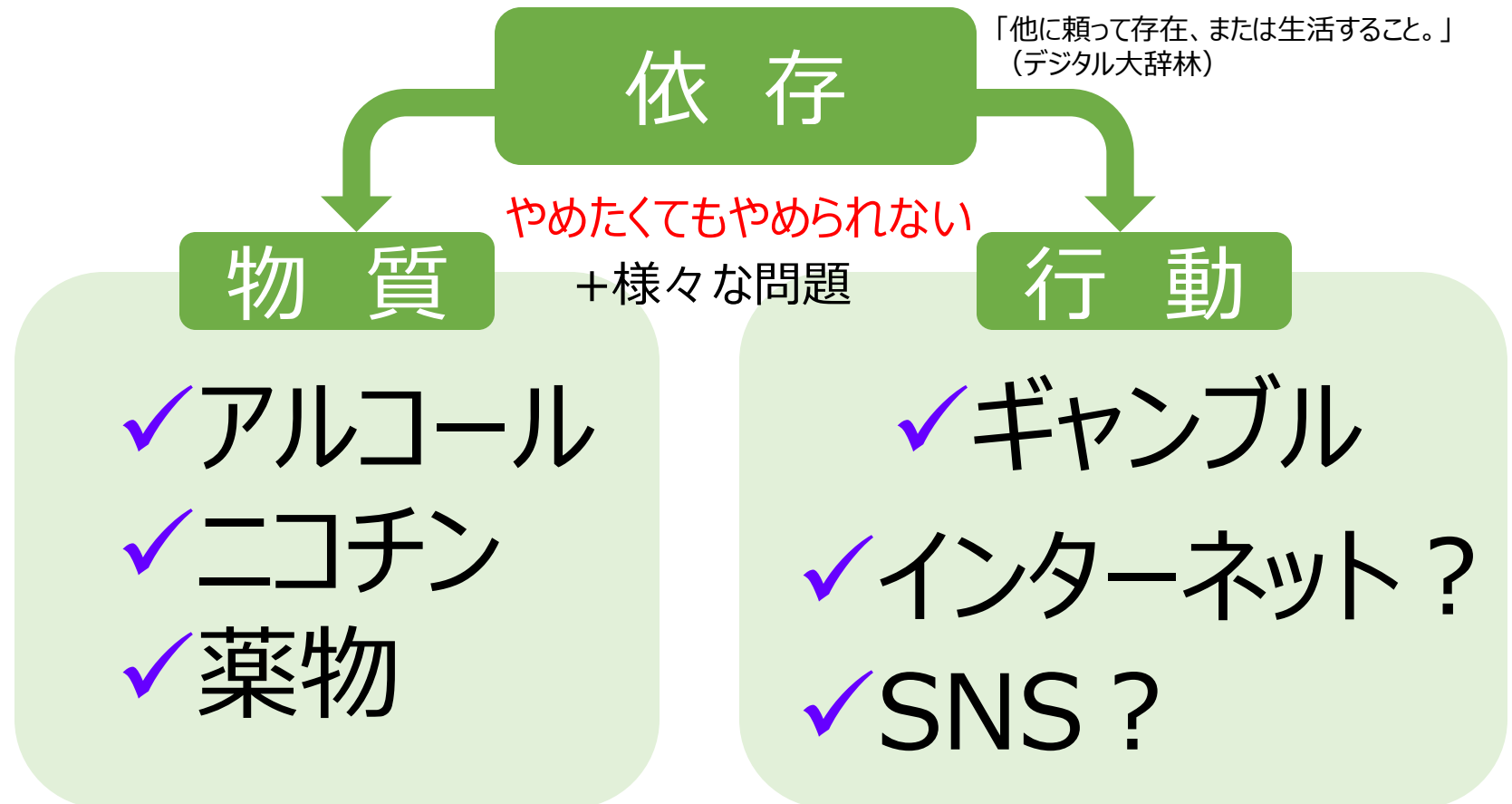
http://www.kokusen.go.jp/news/data/n-20210812_2.html



3. ネット・ゲーム依存症とは (定義・医学的な問題)



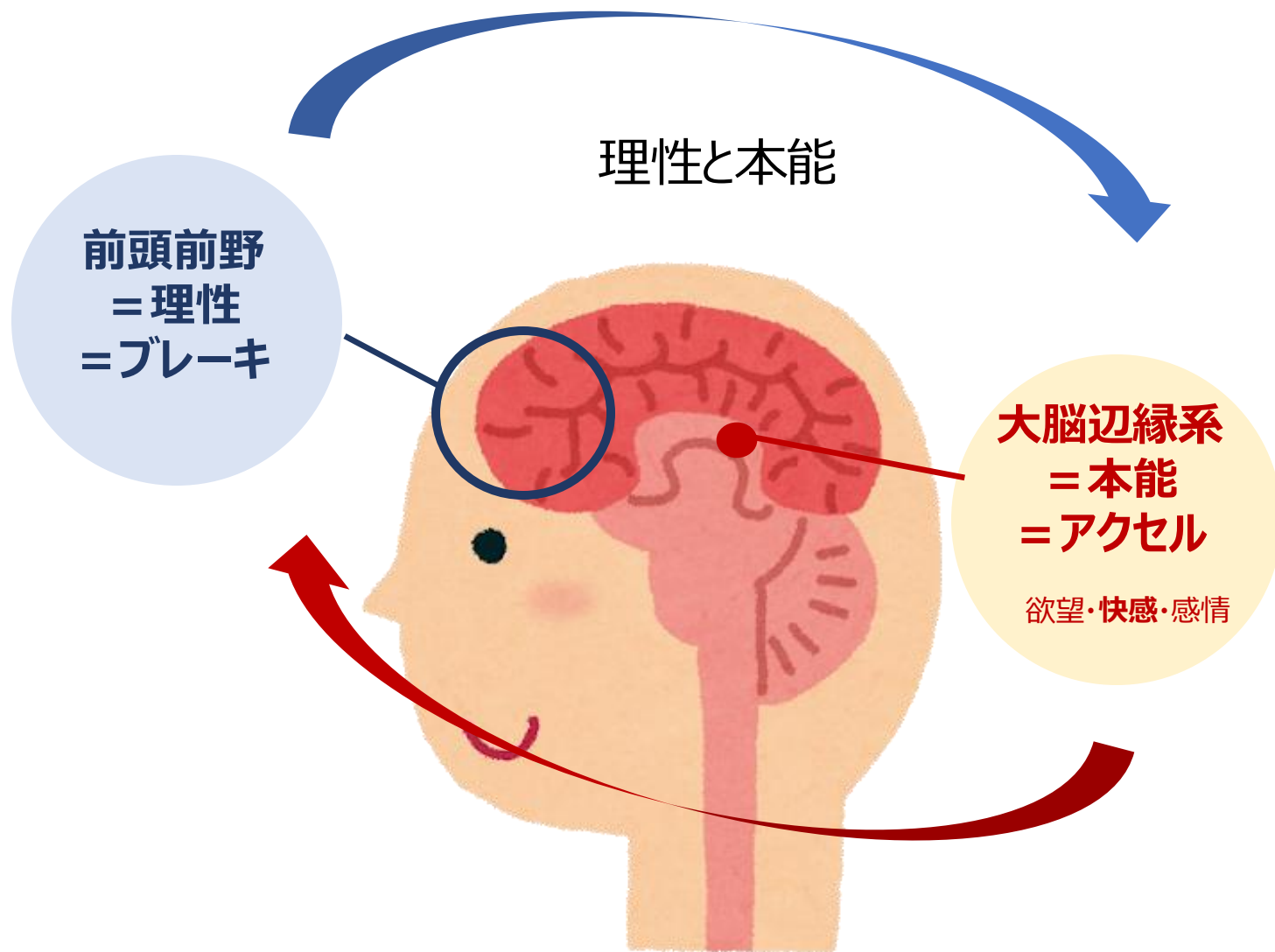
医学的に依存とは？



American Psychiatric. (2013). *The fifth edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 795–798.

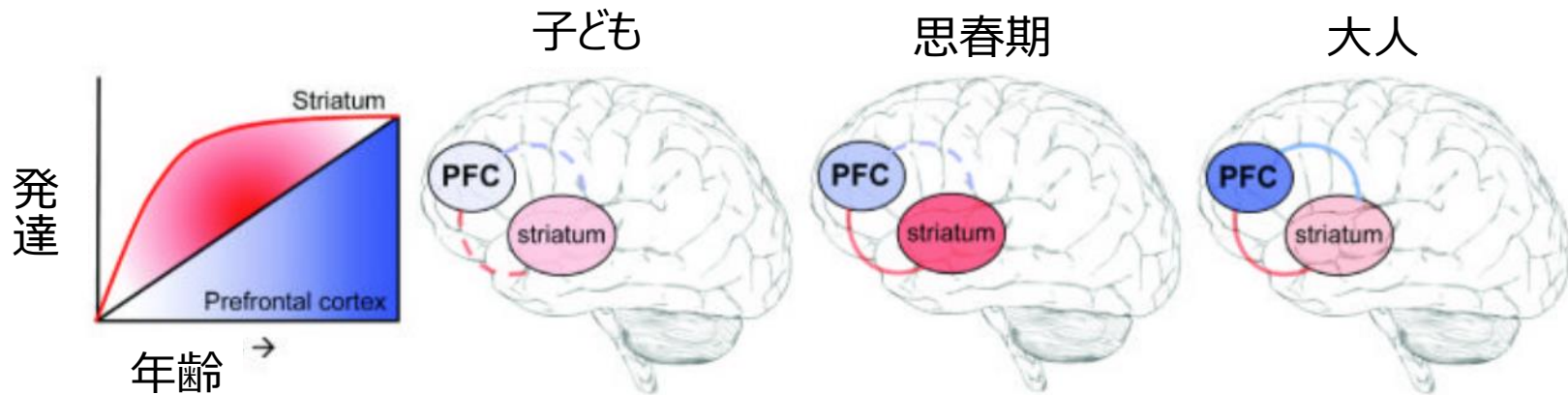
Young, K. S. (1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Paper presented at the 104th annual meeting of the American Psychological Association, August 11, 1996. Toronto, Canada.

人間の脳にある**アクセル**と**ブレーキ**

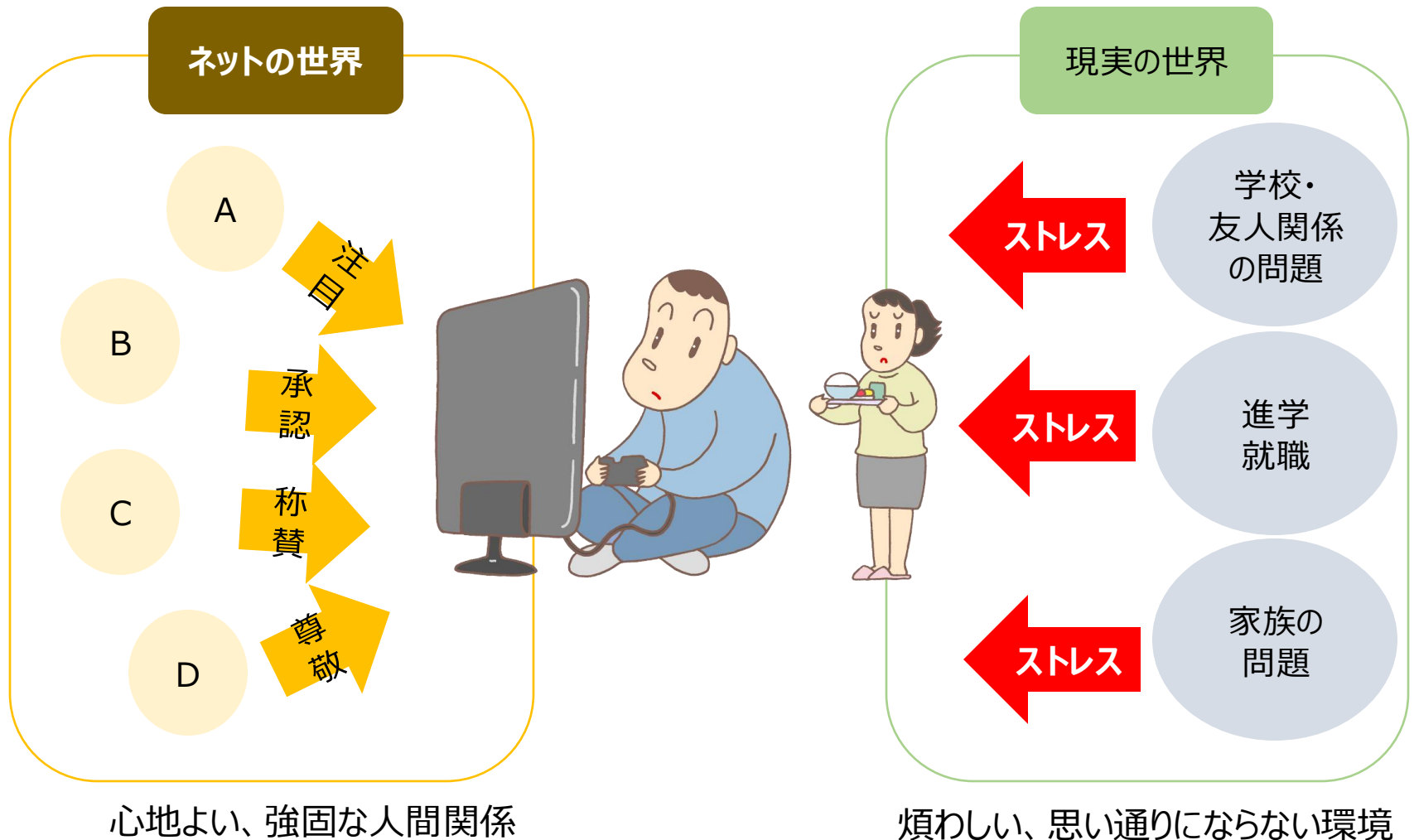


脳内のアクセルとブレーキ

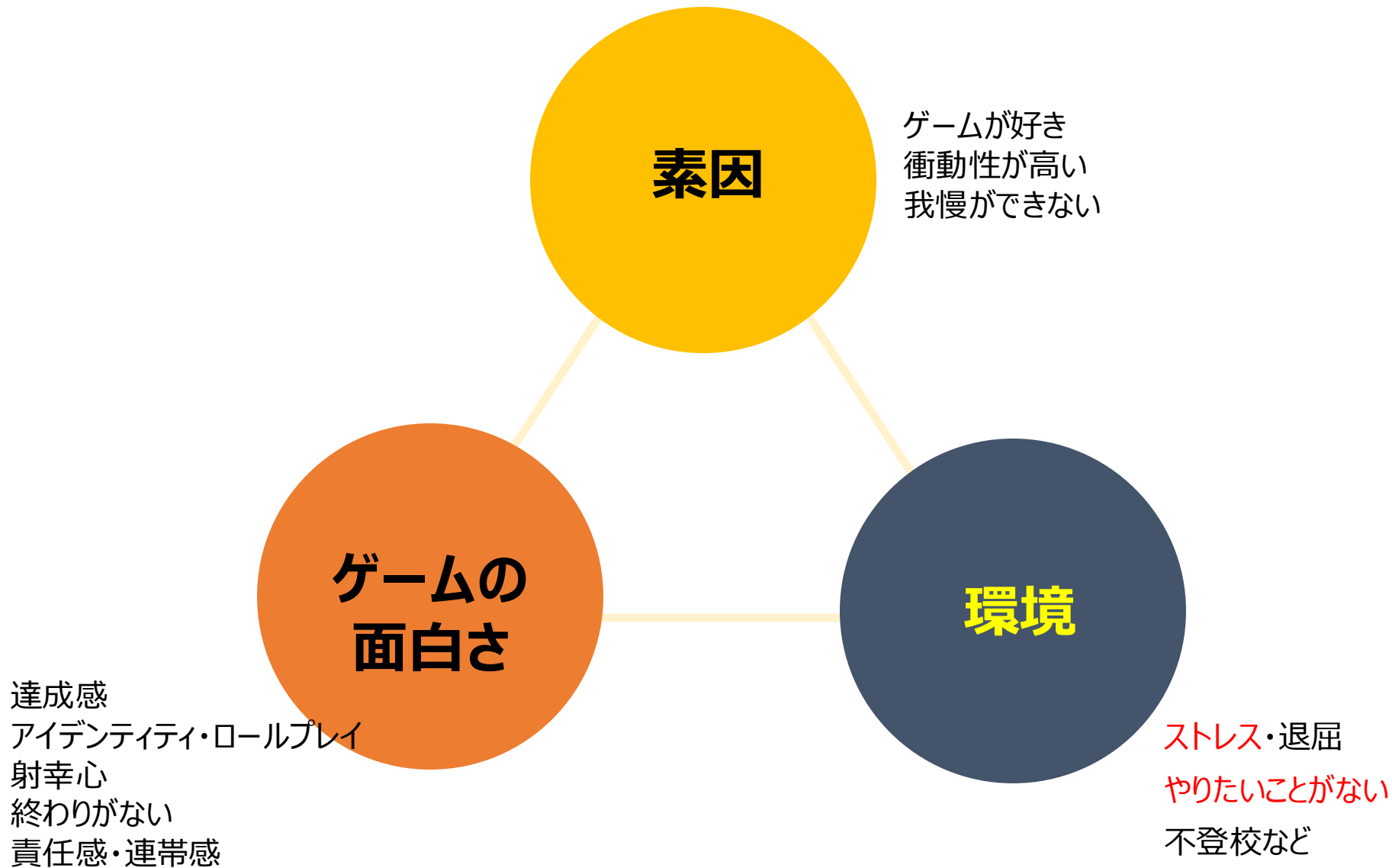
腹側線条体と前頭前野の相互作用



現実の世界ともうひとつの世界



なぜネット・ゲームにはまるのか？



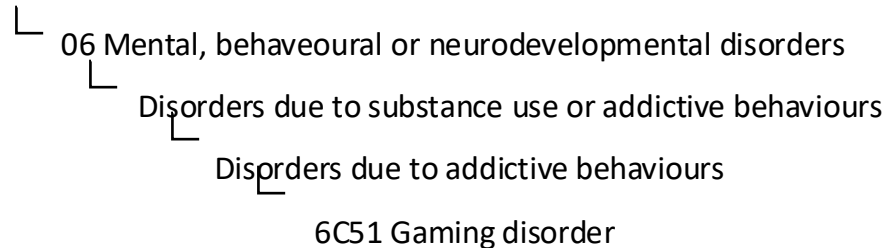
WHOの新たな診断基準

ICD-11

Gaming disorder

ゲーム障害 = ゲーム依存

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS)



Description

Gaming disorder is characterised by a pattern of persistent or recurrent gaming behaviour ('digital gaming' or 'video-gaming'), which may be online (i.e., over the internet) or offline, manifested by:

1. impaired control over gaming (e.g., onset, frequency, intensity, duration, termination, context); 2. increasing priority given to gaming to the extent that gaming takes precedence over other life interests and daily activities; and 3. continuation or escalation of gaming despite the occurrence of negative consequences. The pattern of gaming behaviour may be continuous or episodic and recurrent. The pattern of gaming behaviour results in marked distress or significant impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning. The gaming behaviour and other features are normally evident over a period of at least 12 months in order for a diagnosis to be assigned, although the required duration may be shortened if all diagnostic requirements are met and symptoms are severe.

Exclusions

Hazardous gaming (QE22)
Bipolar type I disorder (6A60)
Bipolar type II disorder (6A61)

ゲーム障害患者の臨床像

ゲーム
(241例)

新患の
89.6%

ゲーム以外
(28例)

男性85.7%
平均年齢22.6歳
学生64.3%
平均オンラインゲーム
開始年齢16.3歳 *

ゲーム障害
(189例) ゲームの
78.4%

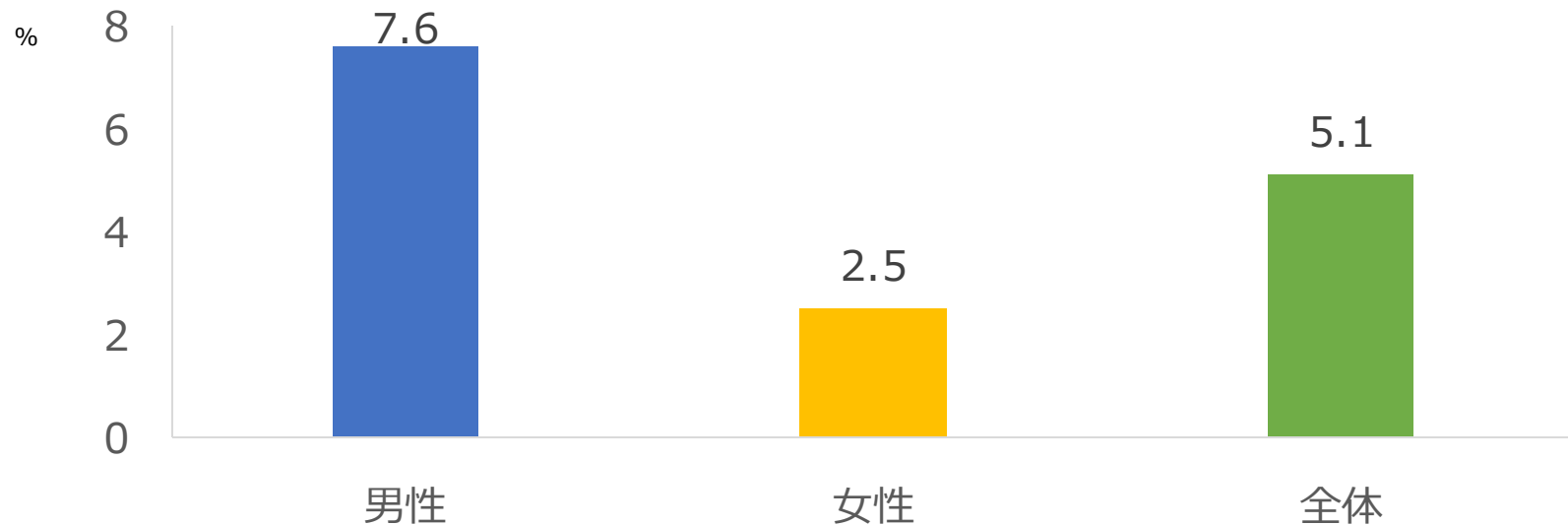
男性90.5%
平均年齢18.2歳
学生76.2%
平均オンラインゲーム
開始年齢13.4歳

ゲーム障害
ではない
(52例)

男性84.6%
平均年齢19.3歳
学生65.4%
平均オンラインゲーム
開始年齢14.1歳

対象：2016年11月～2018年8月までに当院ネット依存外来を受診した新患269例

日本の若年層におけるゲーム障害有病率の推計



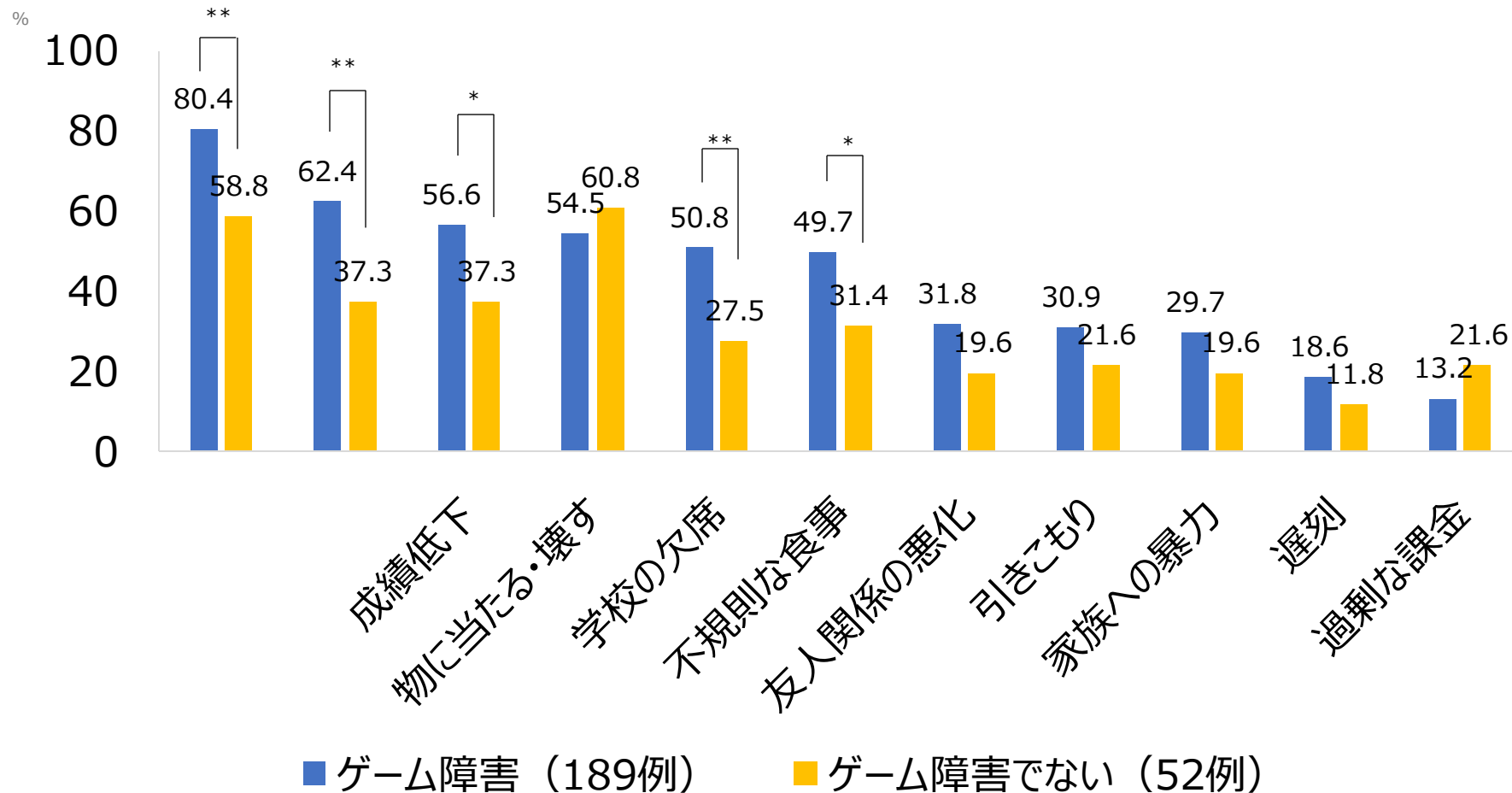
対象

- 全国無作為抽出した10～29歳の一般住民9,000例
うち回答が得られた5,096例（回答率56.6%）

方法

- 同意が得られた281例と当院患者44例を対象に質問紙調査・面接調査を実施し、ゲーム障害の新たなスクリーニングテストを開発

ゲーム依存で起こる問題



ゲーム障害をスクリーニングする方法

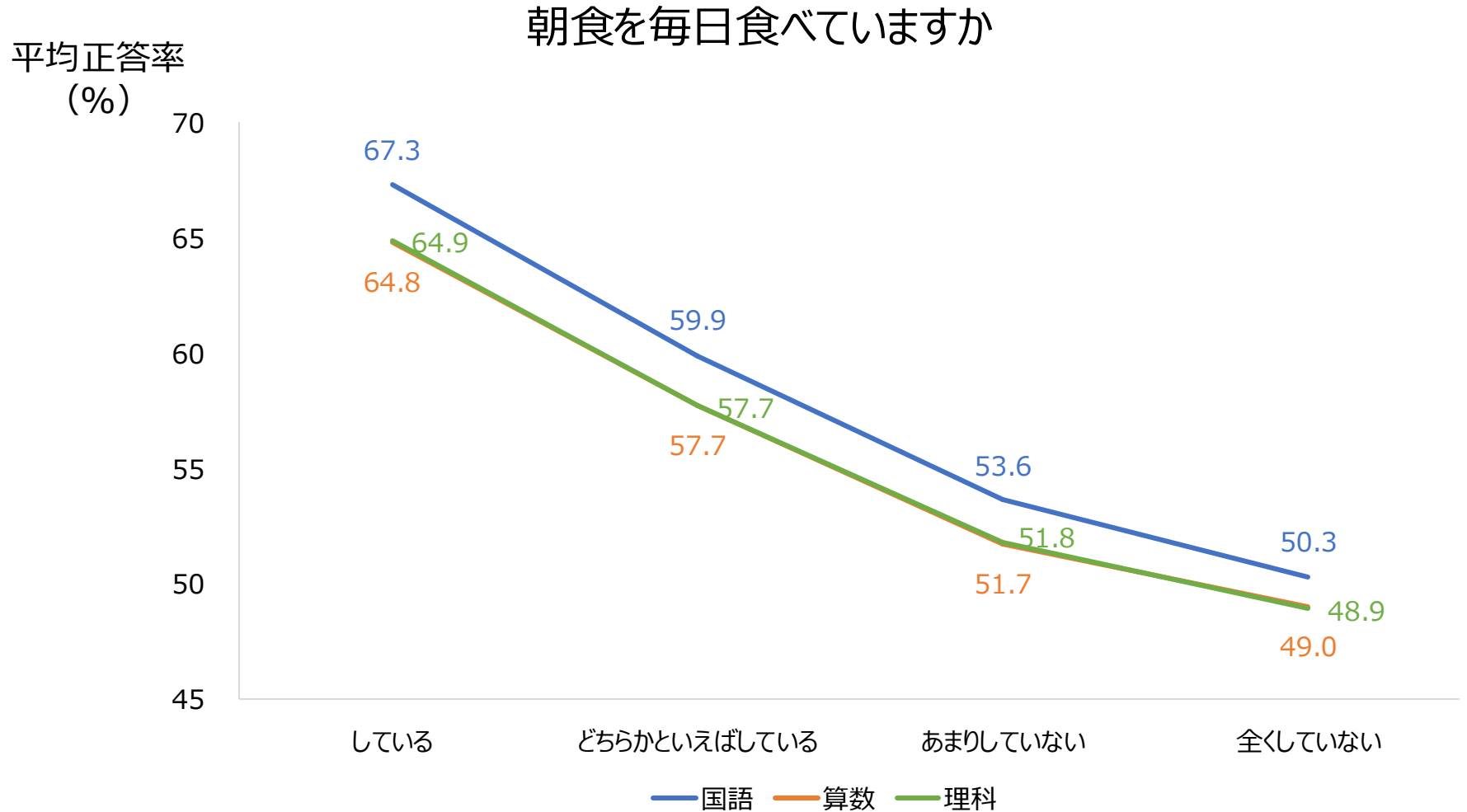
ゲームズテスト (GAMing Engagement Screener Test, GAMES Test)

- 過去12か月について、以下の質問のそれぞれに、「はい」「いいえ」のうち当てはまる方に○をつけてください。
- ここでいうゲームとは、スマホ、ゲーム機、パソコンなどで行うゲームのことです。

質問項目	回答	
	はい	いいえ
1 ゲームを止めなければいけない時に、しばしば ゲームを止められません でしたか	1	0
2 ゲームをする前に意図していたより、しばしば ゲーム時間が延びましたか	1	0
3 ゲームのために、スポーツ、趣味、友達や親せきと会うなどといった大切な活動に対する 興味が著しく下がった と思いますか	1	0
4 日々の生活で 一番大切なのはゲーム ですか	1	0
5 ゲームのために、 学業成績や仕事のパフォーマンスが低下 しましたか	1	0
6 ゲームのために、 昼夜逆転 またはその傾向がありましたか（過去12か月で30日以上）	1	0
7 ゲームのために、 学業に悪影響がでたり、仕事を危うくしたり失ったりしても 、ゲームを続けましたか	1	0
8 ゲームにより、 睡眠障害（朝起きれない、眠れないなど）や憂うつ、不安などといった心の問題 が起きていても、ゲームを続けましたか	1	0
9 平日、ゲームを1日にだいたい何時間していますか。	0 2時間未満 1 2時間以上 6時間未満 2 6時間以上	

評価方法：各質問項目に対する回答の数字を合計する。5点以上の場合、ゲーム障害が疑われる。

学力と生活習慣の関係

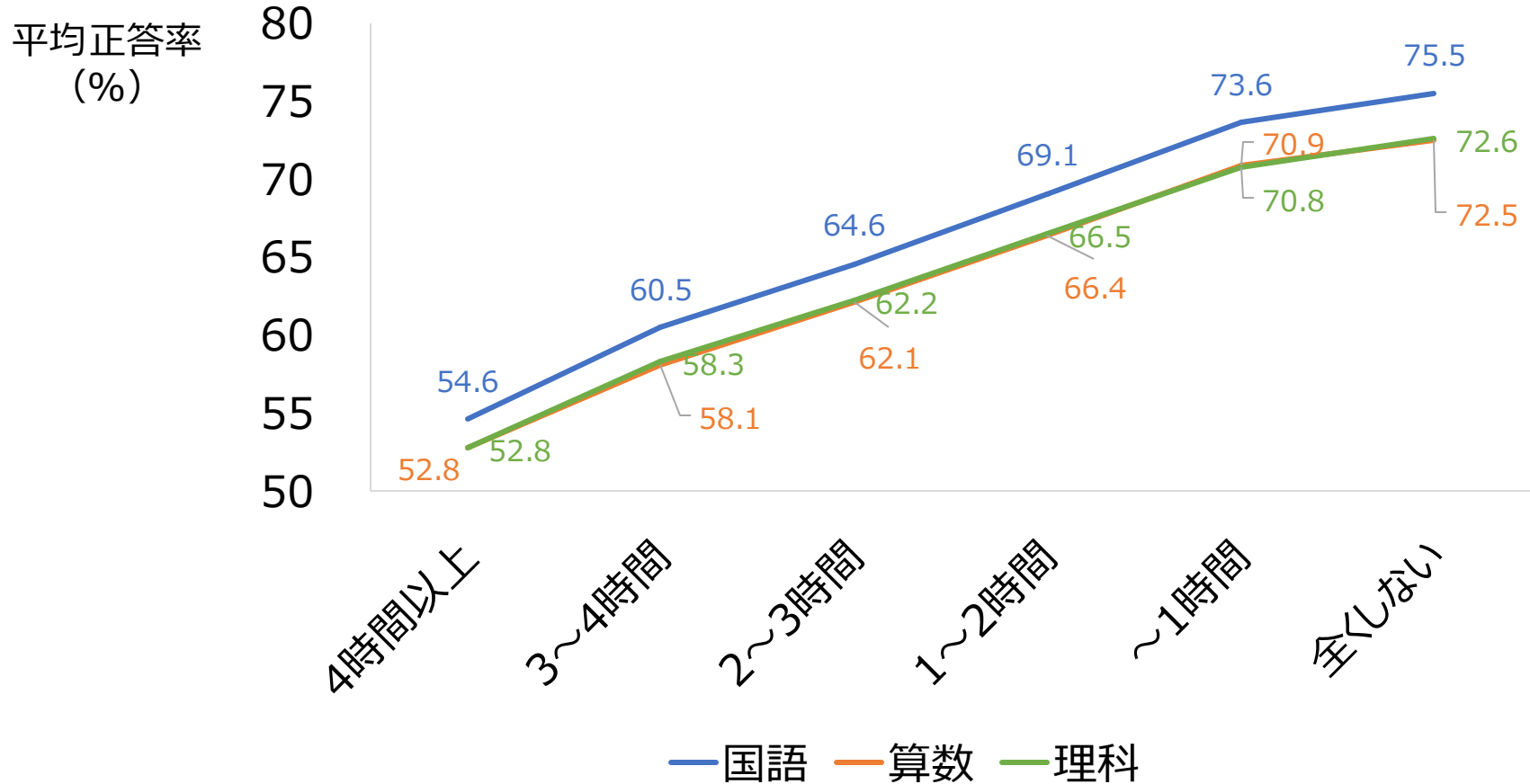


国・公・私立学校の小学校第6学年978,111人

令和4年度全国学力・学習状況調査
国立教育政策研究所

学力とゲーム時間の関係

普段（月曜日から金曜日）、1日当たりどれくらいの時間、テレビゲーム*をしますか



国・公・私立学校の小学校第6学年978,111人

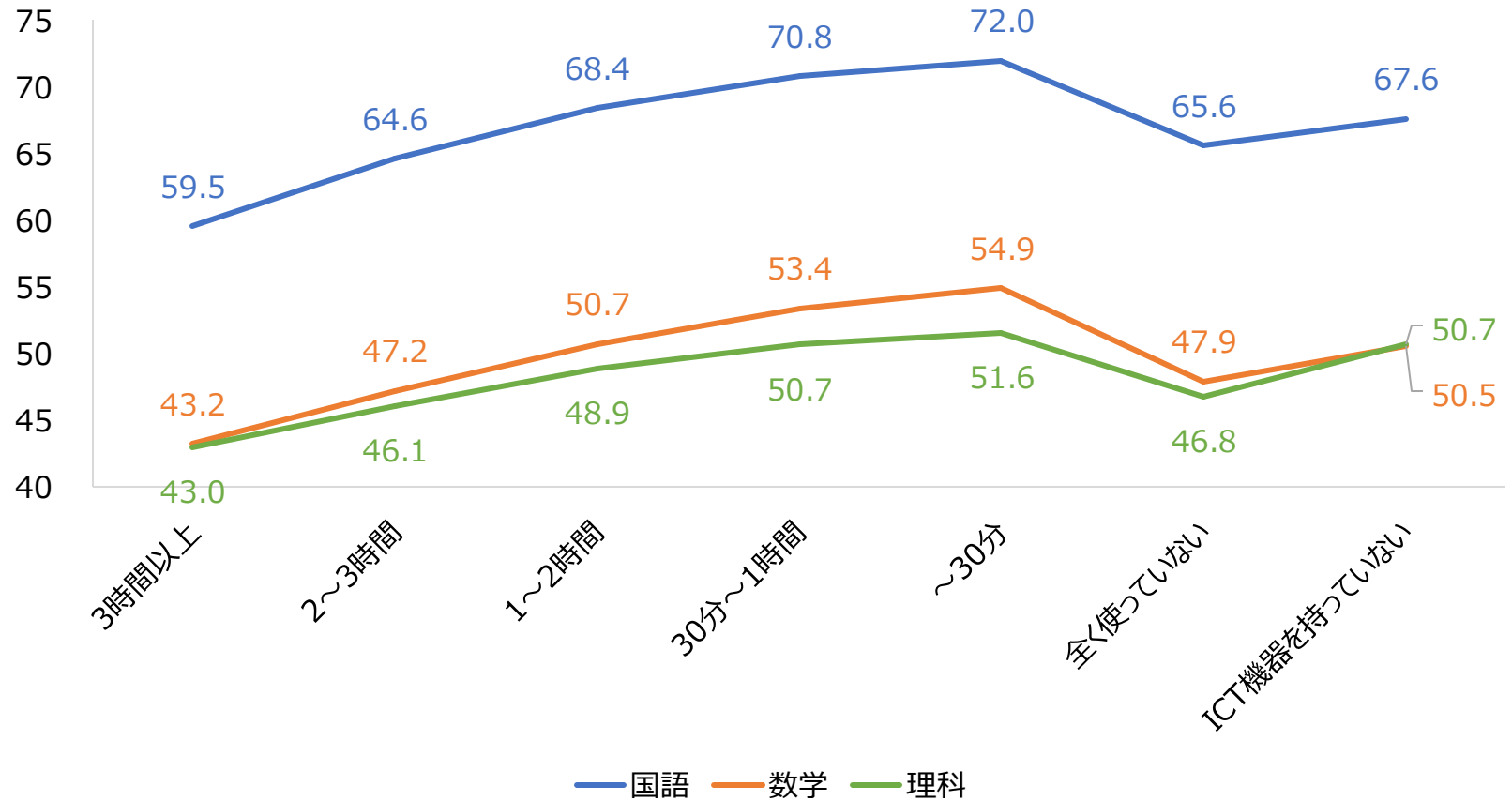
令和4年度全国学力・学習状況調査

国立教育政策研究所 *コンピュータゲーム、携帯式のゲーム、携帯電話やスマートフォンを使ったゲームも含む

学力とICT機器の関係

普段（月曜日から金曜日）、1日当たりどれくらいの時間、スマートフォンやコンピュータなどのICT機器を、勉強のために使っていますか

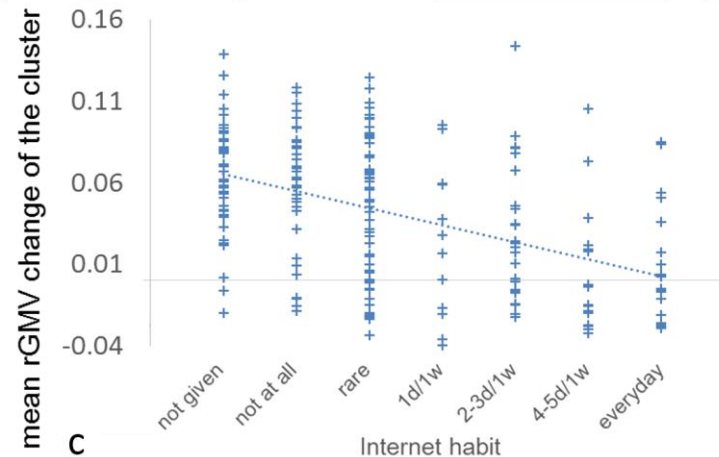
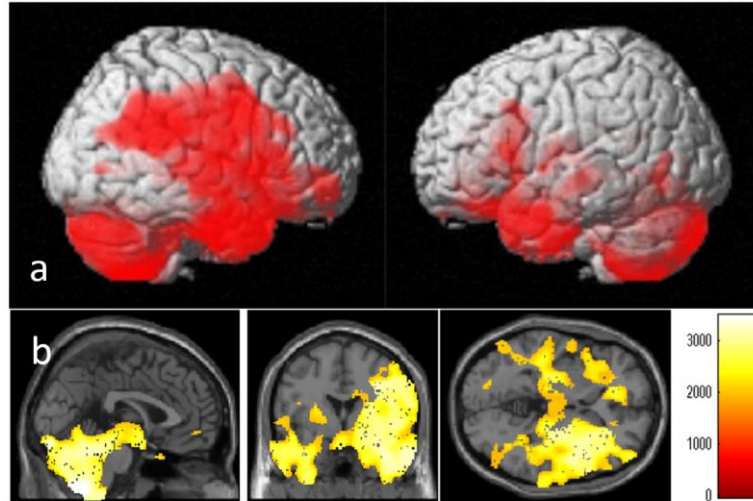
平均正答率（％）



国・公・私立学校の中学校第3学年928,509人

インターネット利用時間と脳発達の関係

仙台市在住5～18歳224名の3年間の脳発達をMRIを用いて計測



hbmrevFig3_internetrGMV.tif

ネット依存と精神疾患との関連

- ADHD（注意欠如多動性障害）

- うつ症状
- 敵意／攻撃性
- 強迫症状
- 不安

不注意

物をなくす
不注意
話しかけられても聞いていない
外部からの刺激によって容易
に注意がそらされる

多動性

そわそわしている
席を離れる
しゃべりすぎる
静かに遊べない

衝動性

順番が待てない
他人を妨害する
質問が終わる前に
だしぬけに答える

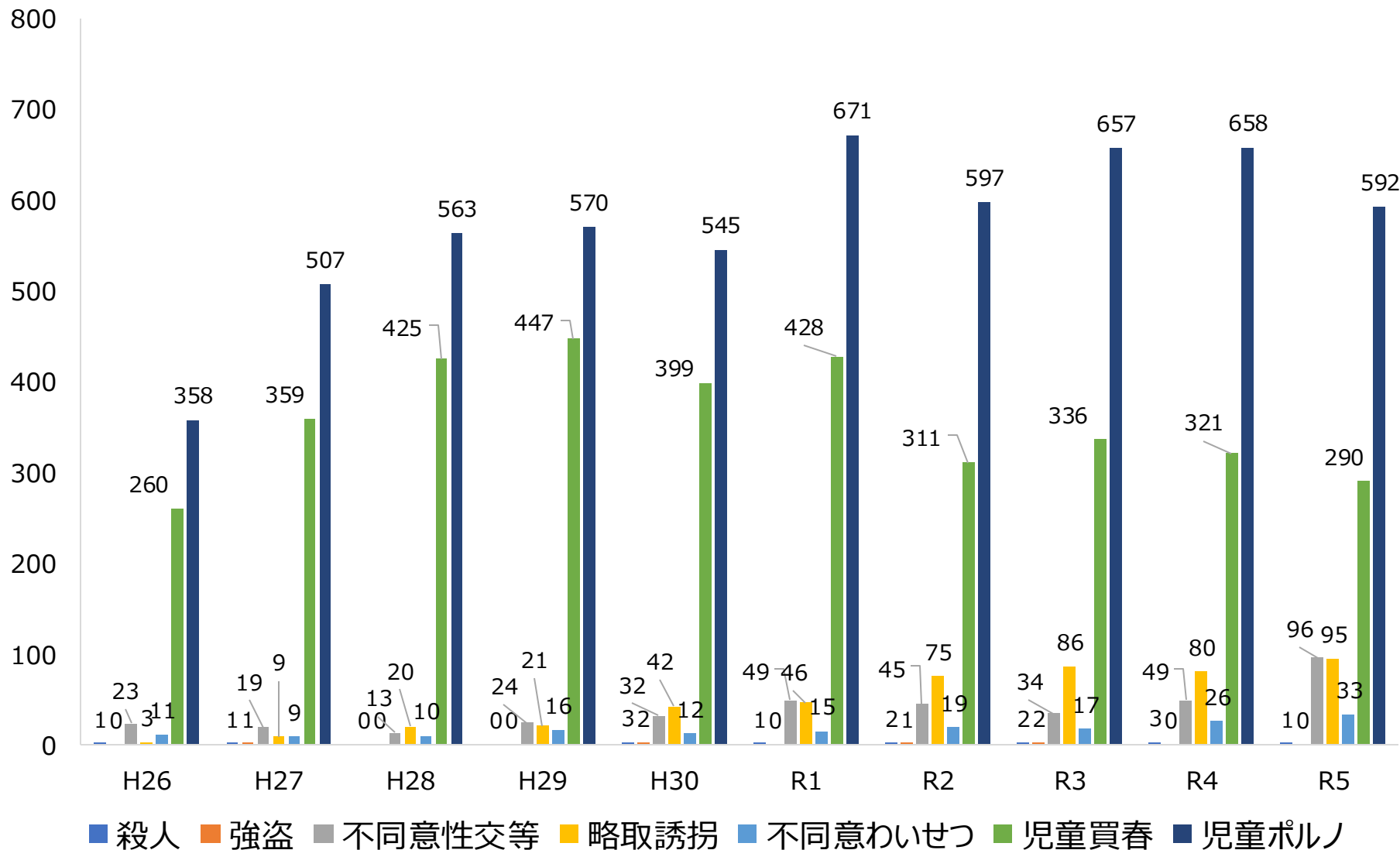
DSM-5

スマホ依存(Smartphone addiction)とは

- スマホのコントロール障害
- 社会生活や日常生活においてなんらかの支障をきたしているにもかかわらず、スマホの長時間使用をやめることができない。
- 他の活動よりもスマホを優先
- 結果として、スマホの長時間使用が継続し、身体症状、精神症状、生活への影響が生じる。

- ✓ ただし依存症と正式に認められているわけではない。
- ✓ スマートフォン自体の依存症？スマホの機能への依存症？

SNSに起因する事犯

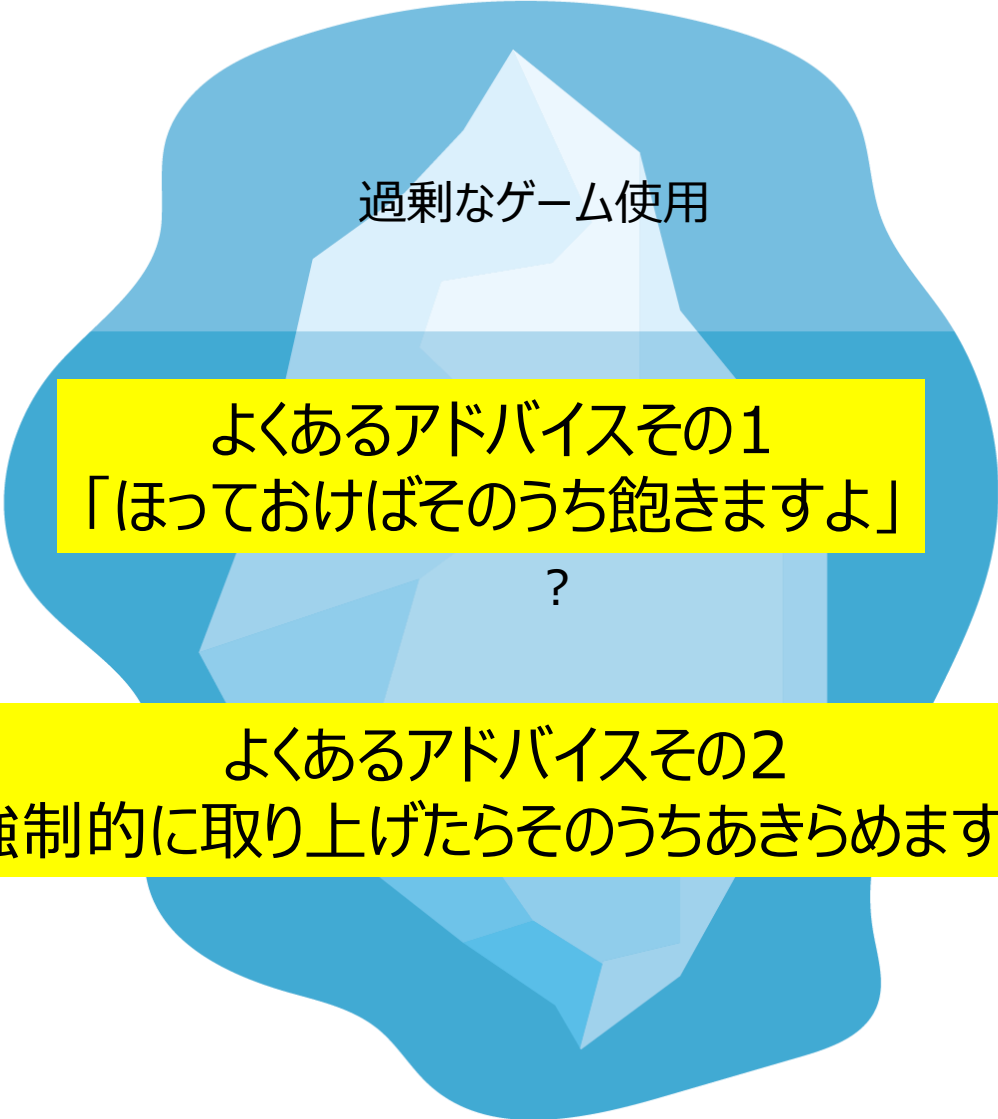




4. 治療アプローチと 予防のヒント



ネット・ゲーム依存の陰に隠れた問題とは



過剰なゲーム使用

The diagram is an iceberg floating in a light blue sea. The visible tip of the iceberg is labeled '過剰なゲーム使用' (Excessive game use). The much larger, submerged part of the iceberg is labeled with two pieces of advice in yellow boxes. A question mark is placed between the two boxes, indicating a question about the effectiveness of these common pieces of advice.

よくあるアドバイスその1
「ほっておけばそのうち飽きますよ」

?

よくあるアドバイスその2
「強制的に取り上げたらそのうちあきらめますよ」

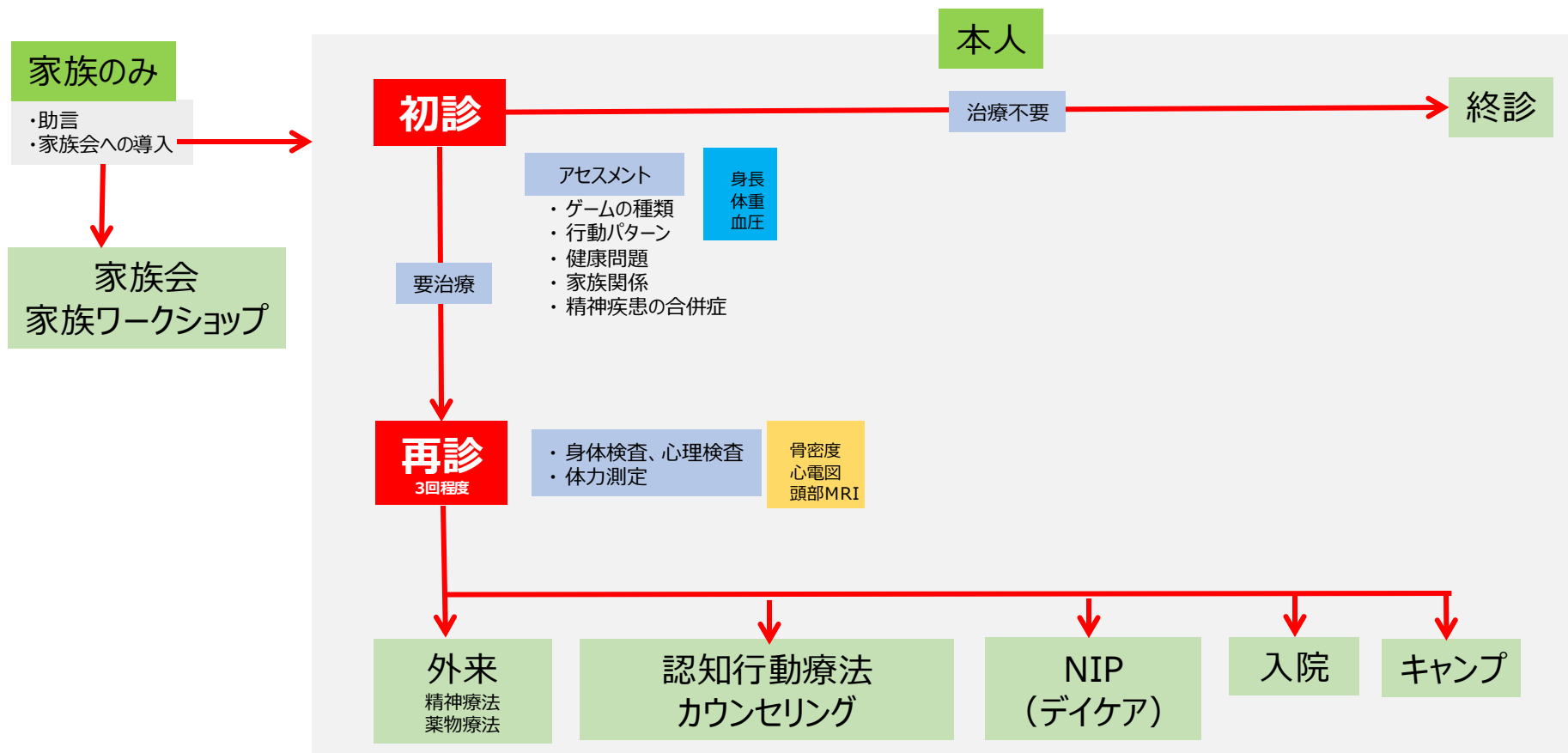
依存の治療には『動機づけ』が重要



- 現代社会ではインターネットは必要不可欠
- 自分では問題に気づきにくい
- 周囲からコントロールしようとしても難しい
- 自分の意思で行動を変えていくように援助
- インターネットやゲームの問題点について一緒に考えてみる



久里浜医療センターのネット依存専門診療



リアルな体験を提供する ネット依存治療キャンプとは？

Self-Discovery Camp



H26年～R4年開催、文科省主催の
治療とキャンプを組み合わせたプログラム

対象：ネット過剰使用により日常生活に支障のある中高生男子（一部大学生、予備校生）

日程：8月の8泊9日

場所：国立青少年交流の家（中央、赤城、信州高遠）

スタッフ：青少年交流の家、国立青少年教育振興機構

久里浜医療センター、大学生ボランティア（メンター）

薬物療法

- ADHD治療薬による薬物療法がインターネット依存に有効

(Han DH, et al, Compr Psychiatry 2009.; Park JH, et al., Hum Psychopharmacol 2016.)

- 怠薬で薬物療法がうまくいかないこともある
- 心理療法等も併用

ADHD治療薬

メチルフェニデート
アトモセチン
guanfacine
リスデキサンフェタミンメシル酸塩



家族の存在は大きい

最重要キーパーソン

- もっとも近い存在
- 必要な情報を提供
- 適切な対応
→小さな変化

- 矢面に立ち傷つく
- 周りの無理解、適切に
評価を得られていない
- 家庭内不和・葛藤

家族会

- 気持ち・問題の整理
 - 適切な評価
- 現実的な助言や見通し
- モチベーションの維持・向上

回復には継続的な働きかけと時間

回復のヒント（家族との関わり）

理解し、受け入れ、応援する

少しでも良くなったところを褒める

使いたい3つのP (**P**raise, **P**araphrase, **P**oint out)
減らしたい3つのK (コ**K**マンド、ク**K**エスチョン、ク**K**リティシズム)

居場所づくり

リアルな対人関係
(友人、先輩、先生など)

ルール・環境設定

子どもが考える機会を作る。
本人と話し合って決める。

オンライン→オフライン
使用場所を設定
自室にスマホ・PCを持ち込まない
ペアレンタルコントロール
家族皆でノースマホタイム
ルール決めに第三者も交える など

ゲーム・ネットを2番に

リアルでなにをするか
(勉強、アルバイト、部活、恋人)

メディアと子どもの心

- 言語や認知や社会性の発達、健康に与える悪影響から、2歳未満ではメディアによるプラス面のエビデンスがなく、過剰なメディア使用のマイナス面を指摘。
- 2～5歳については良質のコンテンツの教育的効果も認められるものの、マイナス面の影響から1日1時間以内に限ることを推奨。

アメリカ小児科学会

PEDIATRICS Volume 138, number 5, November 2016:

小児科医への推奨事項

- 保護者との対話（家族のメディア使用、子どもの使用状況、使用場所など）
- 脳の発達についての教育
- 18ヶ月未満の幼児にはメディア暴露を控えること
- 良質なコンテンツの推奨
- 食事中と睡眠1時間前ではメディアを使用しない
- メディアの時間制限、代替活動など

アメリカ小児科学会

PEDIATRICS Volume 138, number 5, November 2016:

ルール作りのために

日本小児科医会の取り組み



子どもとスマホ・メディア

sumaho

公益社団法人 日本小児科医会 > 一般の皆様へ > 子どもとスマホ・メディア

子どもと スマホ・メディア

メディアとの付き合い方、
取り入れ方について考えてみましょう。



<https://www.jpa-web.org/information/sumaho.html>



https://www.jpa-web.org/dcms_media/other/media2006_poster01.pdf

見直しましょう メディア漬けの子育て



- 1 2歳までのテレビ・ビデオ視聴は控えましょう。
- 2 授乳中、食事時のテレビ・ビデオの視聴はやめましょう。
- 3 すべてのメディアへ接触する総時間を制限することが重要です。
1日2時間までを目安と考えます。テレビゲームは1日30分までを目安と考えます。
- 4 子ども部屋にはテレビ、ビデオ、パーソナルコンピュータを置かないようにしましょう。
- 5 保護者と子どもでメディアを上手に利用するルールをつくりましょう。



まとめ

- インターネットやスマートフォンが急激に普及、生活に欠かせないものに。
- 多くのインターネットコンテンツのうち、ゲームへの依存のみが精神疾患のひとつとして認定。
- ゲームへの依存により、生活上の様々な問題が出現。
- ネット・ゲーム依存からの回復には時間がかかる。
- 行動を変えるには、本人のモチベーションと、予防・周囲のサポートが重要。

自殺予防対策 —主に公衆衛生の観点から—

東京大学大学院医学系研究科
精神保健学分野
西 大輔

自殺って、それほど悪いことなのでしょうか。(中略)

娘はおとなしく、引っ込み思案だったが、つねに自分のことよりも相手の気持ちをおもんばかり心優しい子だった。人づきあいが得意でない分、家の中で過ごすことが好きで、母親の仕事をよく手伝った。周囲に迷惑をかけたり誰かを傷つけたりすることなど、ついぞなかった。ところがある事をきっかけに彼女は悩み苦しむようになり、その困難を到底乗り越えられないと思いこんだ拳句に死を選んだ。(中略)

娘が亡くなったその夜、彼女の家に集まった親戚たちは、娘の亡骸を前に両親を責めたてた。なんという事をしてくれた。我々にどれだけの迷惑がおよぶか、わかっているのか。親がそばにいながら、どうして止められなかった。周囲の人々の態度も似たようなものだった。(中略)

これほどまでに責められるようなことを、あの子はしたのでしょうか。もしもあの子が病気や事故で死んでいたら、こんなことは決して言われなかったでしょう。

かわいそうになって、言ってもらえたでしょうに。
あの子は、それほど悪いことをしたのでしょうか。



Table 1 Survivors (n = 2148) thought to require psychiatric health services in the emergency room

Classification	n	%	95% CI
PREDVs	310	14.3	13.0 to 16.0
Suicide attempters	247	11.5	10.2 to 12.9
Those with mental disorders	63	2.9	2.3 to 3.7
Survivors of psychologically traumatic events	503	23.4	21.7 to 25.3
Traffic accidents	211	9.8	8.6 to 11.2
Burn injuries	27	1.3	0.9 to 1.8
Interpersonal violence	13	0.6	0.4 to 1.0
Other unintentional accidents	98	4.6	3.8 to 5.5
AMI	154	7.2	6.1 to 8.4

国立病院機構 災害医療センター

ほとんどの自殺は直前には精神疾患の状態

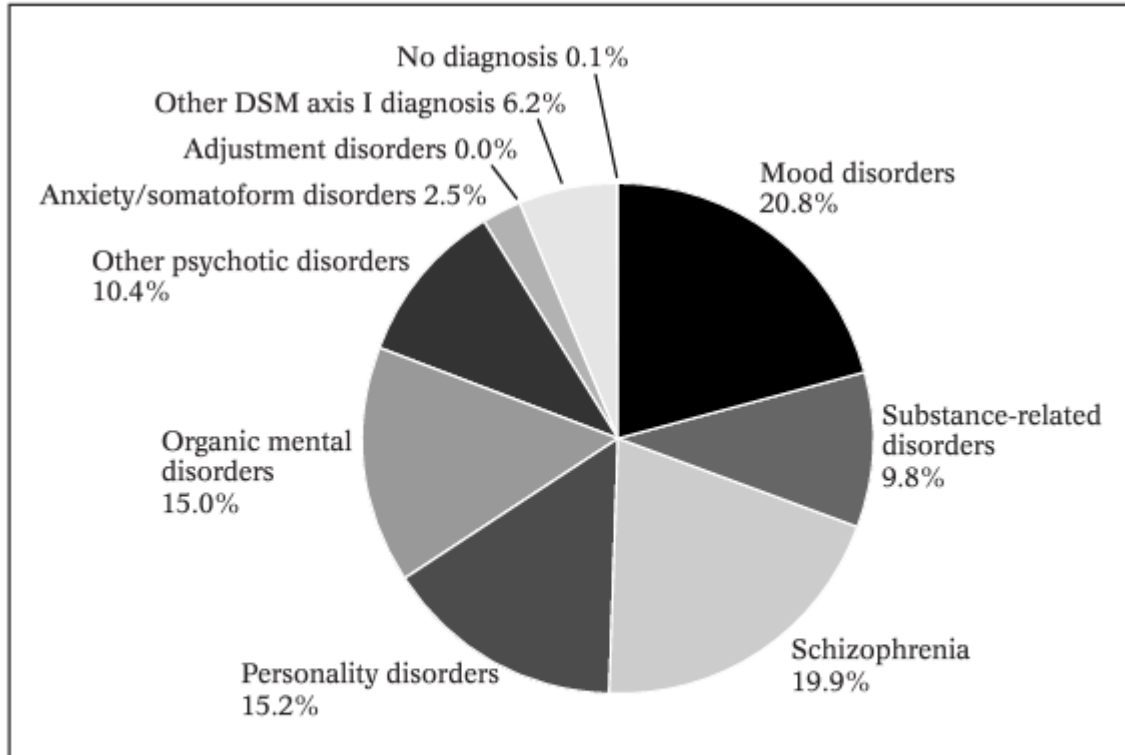


Figure 4 Suicide and mental disorders: distribution of diagnoses in studies with psychiatric inpatients

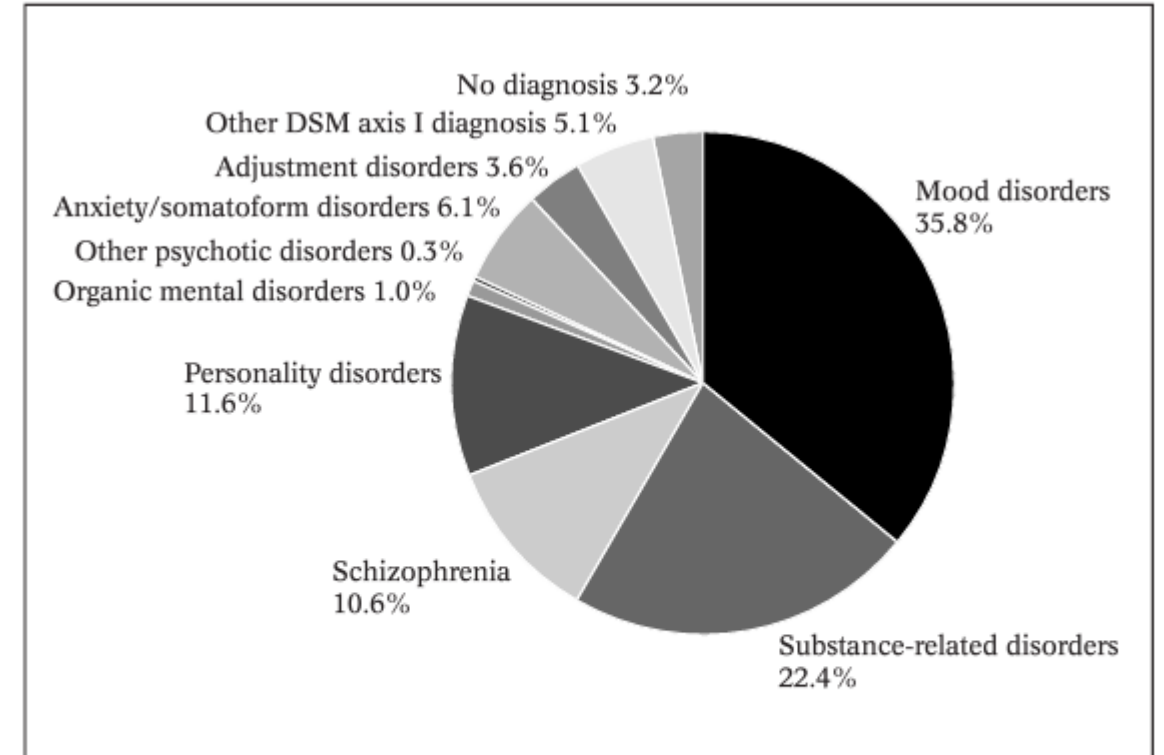
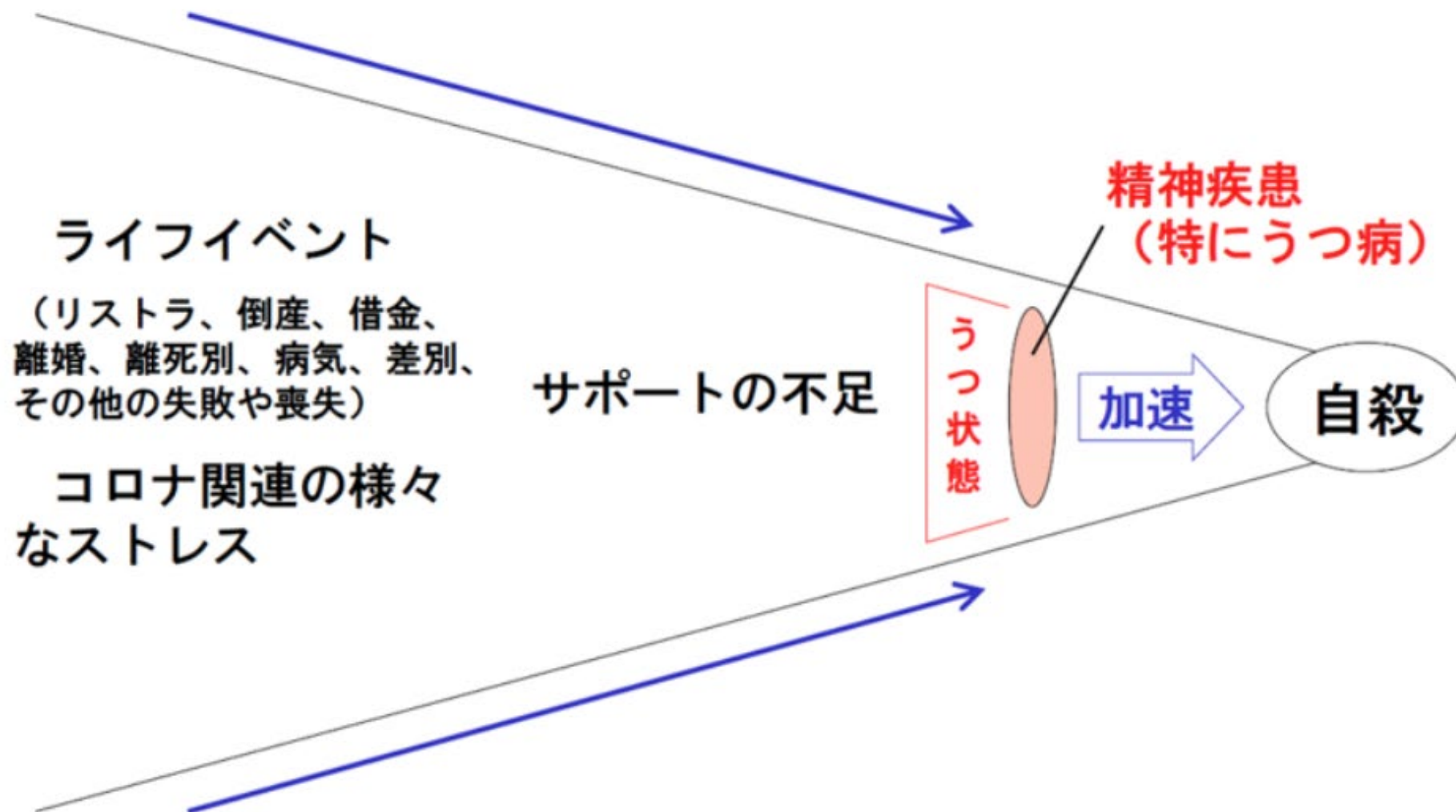


Figure 5 Suicide and mental disorders: distribution of diagnoses in studies with general population

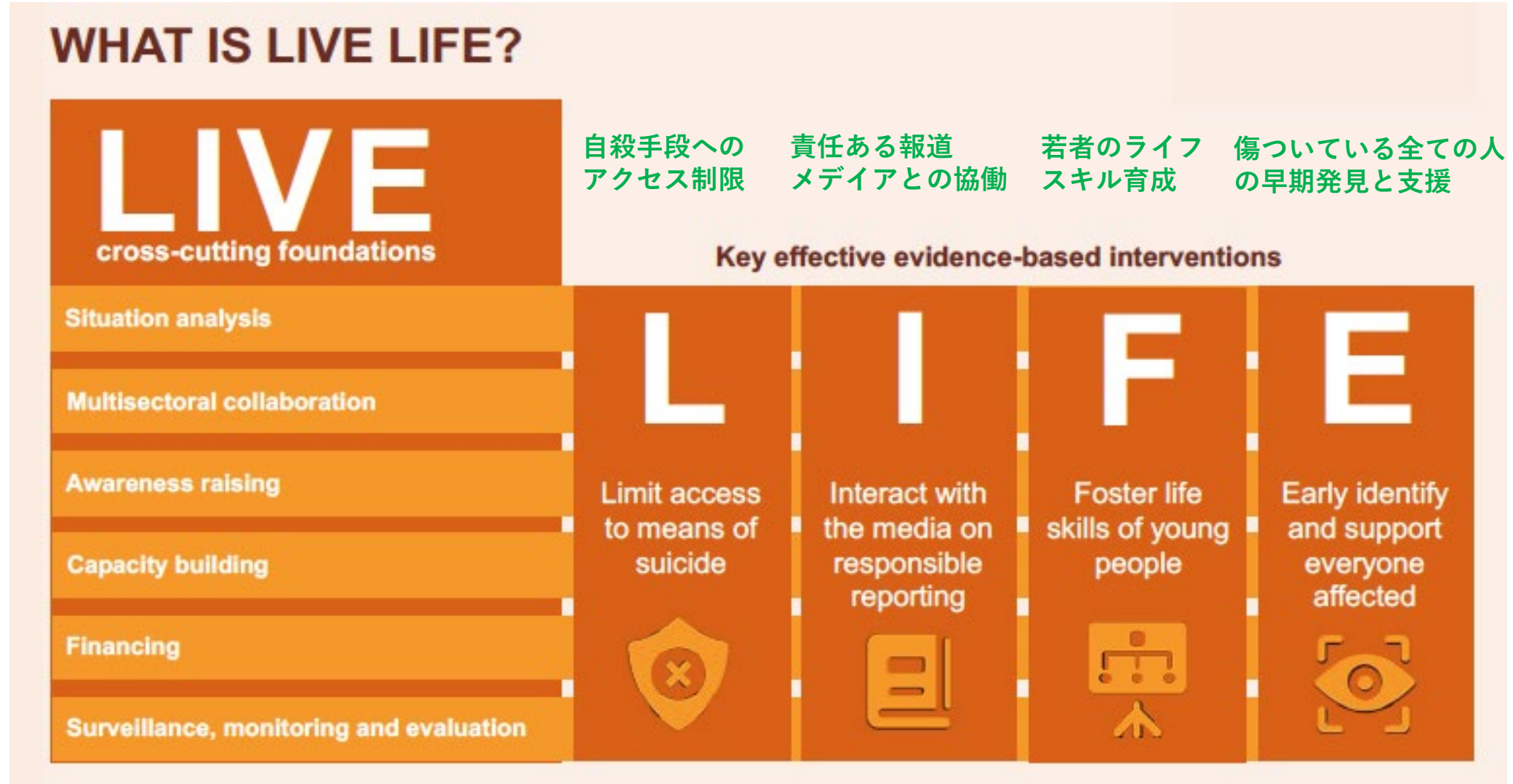
自殺のプロセス



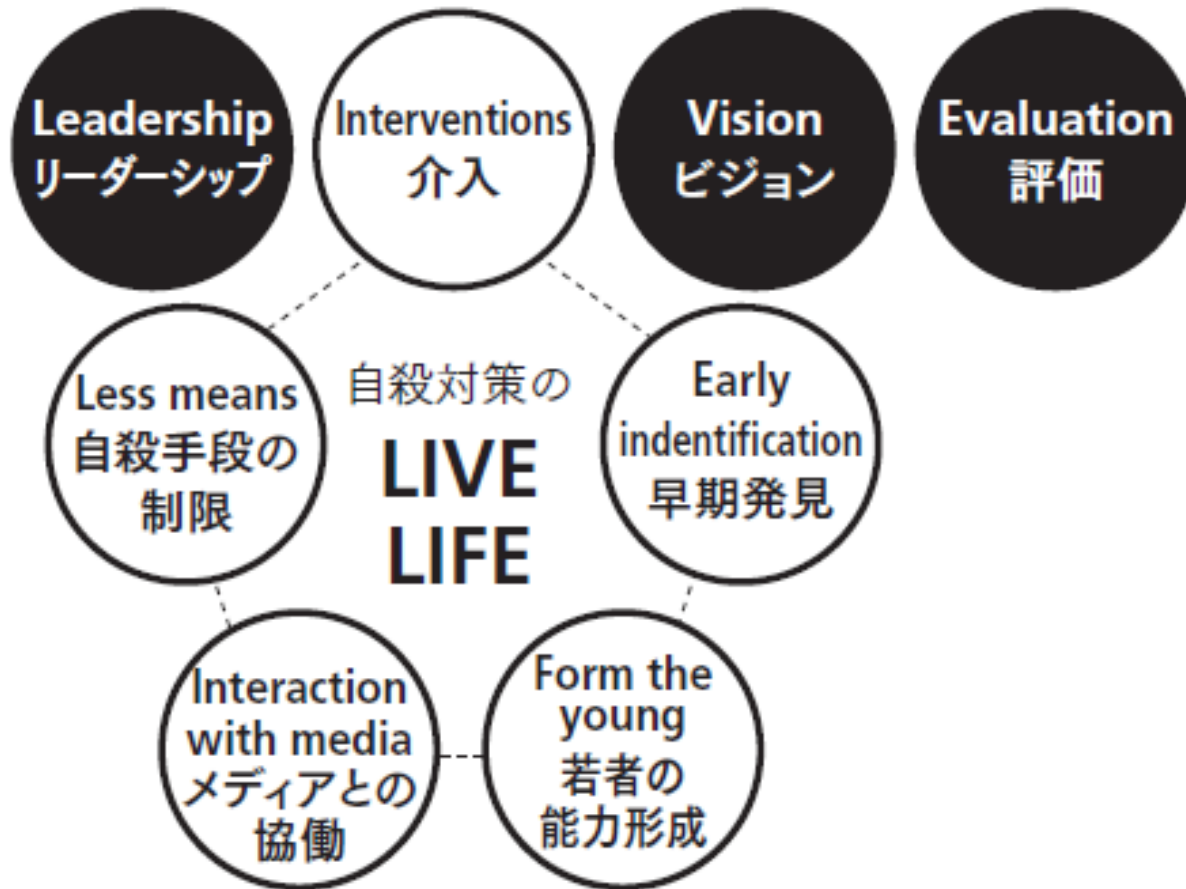
今日のお話

1. WHOの自殺予防対策
2. 日本の自殺予防対策
3. 自殺希少地域から学ぶこと
4. 「死にたい」と言われたとき

LIVE LIFE initiative for suicide prevention



自殺対策の **L I V E** **L I F E**



Leadership in policy and multisectoral collaboration
(政策と多部門連携におけるリーダーシップ)

Interventions for implementation
(戦略実行のための介入)

Vision for innovation, financing, and delivery platforms
(新機軸の導入, 資金調達, 成果のプラットフォーム
に対するビジョン)

Evaluation, monitoring, surveillance and research
(評価, モニタリング, サーベイランス, 研究)

Less means by restricting access
(自殺手段へのアクセス制限)

Interaction with media for responsible reporting
(責任ある報道のためメディアとの協働)

Form the young in their life skills
(若者のライフスキル育成)

Early identification, management and follow-up
(早期発見, 管理, フォローアップ)

自殺手段へのアクセス制限

- 都市ガスの毒性を下げることで自殺率が減少（Kreitman et al 1984）
- アセトアミノフェンの箱の大きさを小さくすることで、アセトアミノフェン大量服薬による自殺死を21%減少（Hawton et al 2001）
- 英国ブリストルの吊り橋の最も長い部分に障壁を設置することにより、この吊り橋からの自殺率が50%減少し、ブリストルの他の場所からの飛び降りに有意な増加は認められなかった。（Bennewith et al 2007）



責任ある報道のための メディアとの協働

Preventing suicide: a resource for media professionals Update 2023

自殺予防を推進するために メディア関係者に 知ってもらいたい 基礎知識 2023年版

厚生労働大臣指定法人・一般社団法人
いのち支える自殺対策推進センター 訳



厚生労働大臣指定法人・一般社団法人
いのち支える自殺対策推進センター
Japan Suicide Countermeasures Promotion Center (JSCP)



WHO Collaborating Centre
for Research and Training in Suicide Prevention

メディアによる自殺報道

Dos/すべきこと

- 自殺を考えたり自殺の危機が高まったりしたときに、どこに、どのようにして助けを求めればよいか、正しい情報を提供する
- 自殺や自殺予防に関して、正確な情報に基づいた事実を周知する
- 生活の中でストレスを抱えたり、自殺を考えたりしたときの対処法や助けを求めることの大切さについて報道する
- 有名人の自殺を報じる際には、特に注意を払う
- 家族や友人などを自殺で亡くした方、自殺を考えたことがある方や自殺未遂をしたことがある方に取材をする際には、慎重に行う
- 自殺について報道するときに、メディア関係者自身がその影響を受けてしまう可能性があることを認識する

Don't s/してはいけないこと

- 自殺に関する内容をトップニュースとして扱ったり、報道を漫然と繰り返したりしない
- 自殺の手段を描写しない
- 場所に関する名称や詳細な情報を伝えない
- 自殺をセンセーショナルに扱ったり、美化したり、よくある普通のことと扱ったり、あるいは問題を解決する有効な方法のように紹介したりする言葉やコンテンツは使用しない
- 自殺の原因を単純化したり、一つの要因に決めつけたりしない
- 見出しにセンセーショナルな言葉を使わない
- 自殺関連の写真、ビデオ映像、録音した音声、デジタルメディアやソーシャルメディアへのリンクを使用しない
- 遺書の詳細を報じない

責任ある報道のためのメディアとの協働

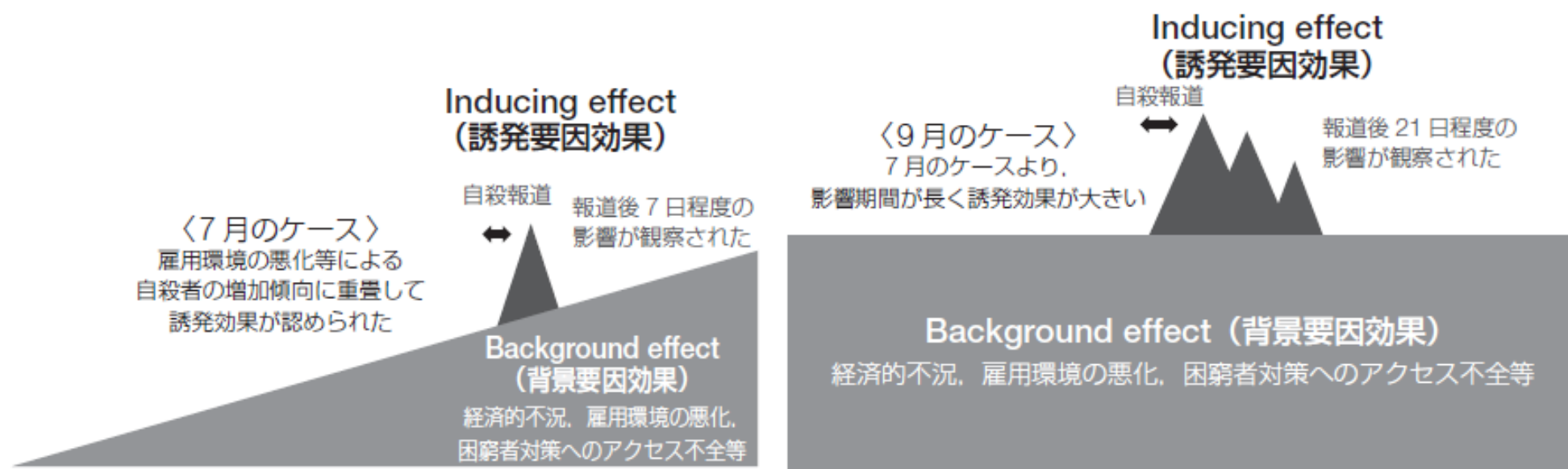


図 4 有名人の自殺報道によるウエルテル効果の評価

2020 年 7 月のケースと同年 9 月のケースをポンチ絵で示した。7 月のケースでは自殺報道後約 1 週間ウエルテル効果の影響が観察されたのに対して、9 月のケースでは約 3 週間ウエルテル効果の影響が観察された。



[教育委員会について](#)

[児童・生徒・保護者](#)

[教育関係者](#)

[事業者・地域の方](#)

[採用情報](#)

[相談・手続・窓口](#)

[トップページ](#) > [学校教育](#) > [教育内容](#) > [いじめの防止等の対策](#) > 「SOSの出し方に関する教育」を推進するための指導資料について

このページの目次

[1 SOSの出し方に関する教育の推進について](#)

[2 DVD教材「自分を大切にしよう」](#)

[3 SOSの出し方に関する教育推進委員会](#)

[4 児童・生徒向け動画「心のSOSに気づこう」](#)

[5 教職員向け動画「SOSの出し方に関する教育」研修編](#)

教育委員会について

学校教育

[都内公立学校数](#)

[都内公立小・中学校等](#)

[都立高等学校](#)

「SOSの出し方に関する教育」を推進するための指導資料について

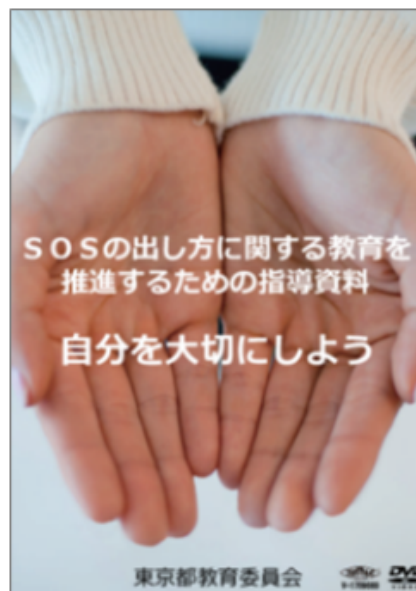
[シェアする](#)

[ツイートする](#)

[LINEで送る](#)

公開日：平成30年（2018）8月24日

最終更新日：令和6年（2024）4月2日



SOSの出し方に関する教育を推進するための指導資料 自分を大切にしよう

東京都教育委員会は、平成28年4月に一部改正された自殺対策基本法や平成29年7月に閣議決定された自殺総合対策大綱を踏まえ、児童・生徒の自殺予防対策を更に強化することを目的として、平成29年度に自殺予防教育推進委員会を設置し、学校における指導の在り方等について検討してきました。

このたび、学校における自殺予防教育を推進させるため、「SOSの出し方に関する教育」を推進するための指導資料として、平成30年2月に、授業で活用できるDVD教材を作成し、都内全公立学校に配布しました。

若者の
ライフスキル
養成

欧州における学校ベースでの 自殺予防対策の効果検証研究の紹介

SEYLE (the Saving and Empowering
Young Lives in Europe)研究

- 10か国、168校、10000人以上の15歳生徒を対象
- 3つの異なるプログラムの効果を検証
- プログラム終了後、12か月までをfollow
- ①深刻な自殺念慮、②自殺企図の有無を評価

SEYLE研究で比較したプログラム

コントロール (対照)

- 普及啓発



プログラム1

- 教職員に対するゲートキーパー研修
- ハイリスク生徒の拾い上げとサポート

プログラム2

- 全生徒を対象としたワークショップ
- 自尊心の向上と援助希求行動の促進

プログラム3

- ハイリスク生徒をアンケート調査により、スクリーニング
- 専門家によるアセスメント、治療

プログラム2のみが効果あり

	3 month follow-up				12 month follow-up			
	n	Cases (%)	OR (95% CI)	p value	n	Cases (%)	OR (95% CI)	p value
Question, persuade, and refer	2209	15 (0.68%)	0.62 (0.32-1.18)	0.147	1978	22 (1.11%)	0.70 (0.39-1.25)	0.229
Youth aware of mental health programme	2166	19 (0.88%)	0.78 (0.42-1.44)	0.422	1987	14 (0.70%)	0.45* (0.24-0.85)	0.014*
Screening by professionals	2203	27 (1.23%)	1.10 (0.61-1.97)	0.752	1961	20 (1.02%)	0.65 (0.36-1.18)	0.158
Controls	2366	27 (1.14%)	Reference	-	2256	34 (1.51%)	Reference	-

ORs and 95% CIs were generated from generalised linear mixed models with a logistic link, adjusted for age, sex, Strengths and Difficulties Questionnaire total score, not being born in the country of residence, parental job loss in the previous year, not living with both biological parents, and country of residence. Missing covariates were included through use of multiple imputation. OR=odds ratio. *Significant at $p<0.05$.

Table 2: Incident suicide attempts at 3 and 12 month follow-up

	3 month follow-up				12 month follow-up			
	n	Cases (%)	OR (95% CI)	p value	n	Cases (%)	OR (95% CI)	p value
Question, persuade, and refer	2210	25 (1.13%)	0.69 (0.40-1.19)	0.182	1977	29 (1.47%)	0.95 (0.55-1.63)	0.856
Youth aware of mental health programme	2172	32 (1.47%)	0.88 (0.52-1.48)	0.629	1991	15 (0.75%)	0.50* (0.27-0.92)	0.025*
Screening by professionals	2203	27 (1.23%)	0.72 (0.42-1.23)	0.229	1962	22 (1.12%)	0.71 (0.40-1.25)	0.234
Controls	2365	35 (1.48%)	Reference	-	2261	31 (1.37%)	Reference	-

ORs and 95% CI were generated from generalised linear mixed models with a logistic link, adjusted for age, sex, baseline Strengths and Difficulties Questionnaire total score, not being born in the country of residence, parental job loss in the previous year, not living with both biological parents, and country of residence. Missing covariates were included through use of multiple imputation. OR=odds ratio. *Significant at $p<0.05$.

Table 3: Incident severe suicidal ideation at 3 and 12 month follow-up

プログラム1：教職員に対するゲートキーパー研修

- 子どもは大人にサインを発しないことがしばしば
- サインを頼りに、ハイリスク生徒を見つけ出すことに限界

プログラム2：全生徒を対象としたワークショップ

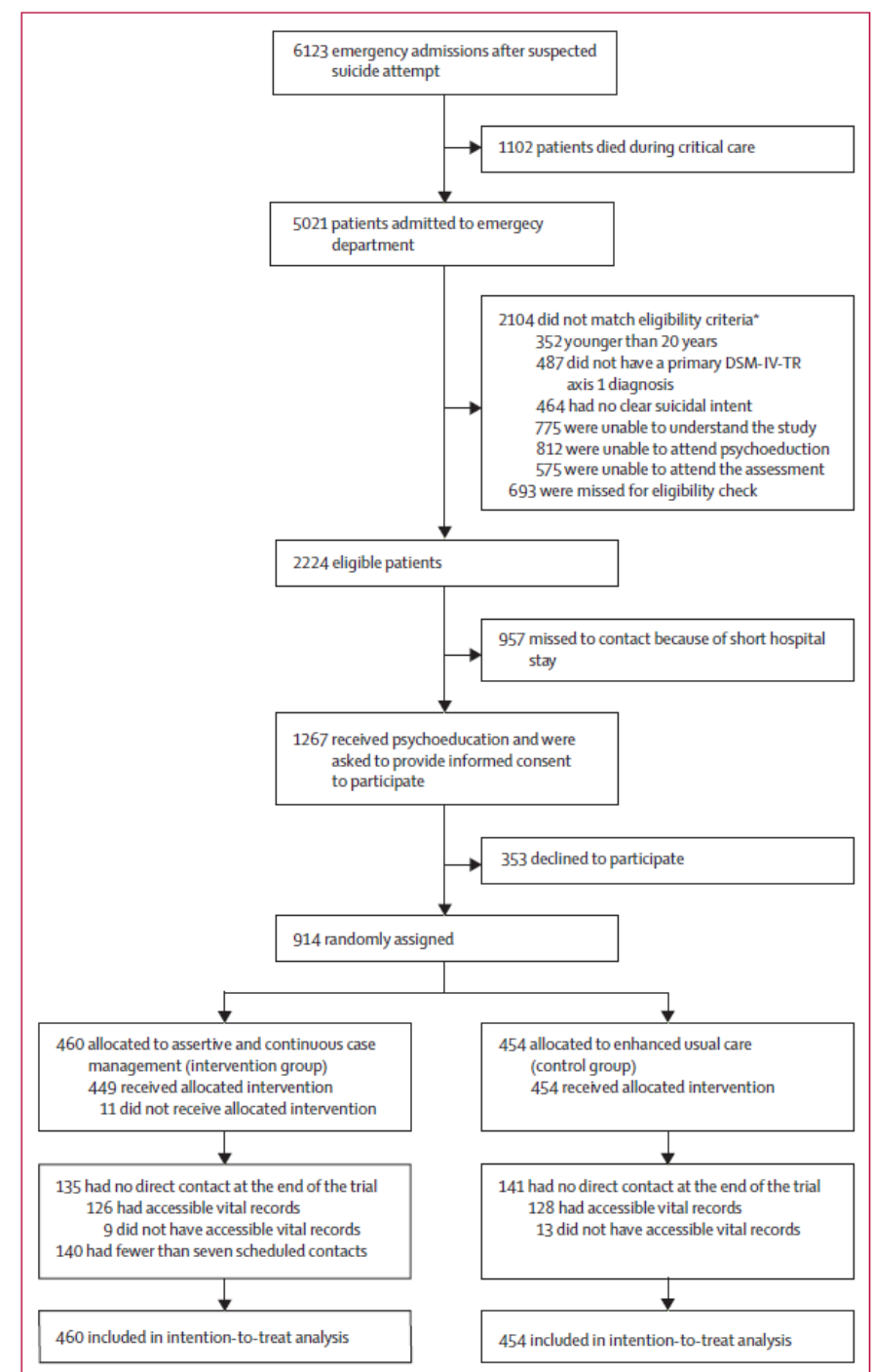
- 自尊心の向上と援助希求行動の促進

プログラム3：スクリーニングと専門家によるアセスメント

- アンケートでは、ハイリスク生徒をすべて拾い上げられるわけではない
- スクリーニングでハイリスクの可能性のある生徒が、相談に応じない場合もある。

早期発見、管理、フォローアップ

- 自殺未遂者は、再び自殺を企図し、死に至るリスクが高い。
- 救急医療部門と精神科が連携した17施設が参加して行われたランダム化比較試験 ACTION-J



	1 month	3 months	6 months	12 months	18 months
Intervention vs control	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%)
Unadjusted risk ratio	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)
Risk ratio (imputed)*	0.19 (0.05–0.63)	0.22 (0.10–0.48)	0.48 (0.31–0.77)	0.71 (0.49–1.02)	0.77 (0.55–1.06)
Risk ratio (adjusted)†	0.19 (0.05–0.60)	0.22 (0.10–0.49)	0.49 (0.31–0.77)	0.72 (0.50–1.04)	0.78 (0.57–1.07)
Risk ratio (imputed plus adjusted)‡	0.18 (0.05–0.60)	0.21 (0.09–0.47)	0.47 (0.30–0.75)	0.70 (0.48–1.00)	0.75 (0.54–1.03)

Data are number of events/population for the intervention (assertive case management) group or control (enhanced usual care) group, or risk ratio (95% CI). *Risk ratios with data imputed for individuals who missed the assessment. †Risk ratios adjusted by use of regression models for the randomisation factors of sex, age, and history of previous suicide attempts before the current episode. ‡Risk ratios with data imputed for individuals who missed the assessment and adjusted by use of regression models for the randomisation factors of sex, age, and history of previous suicide attempts before the current episode.

Table 2: First recurrent suicidal behaviour (attempted suicide or completed suicide), by timepoint (ad-hoc analysis)

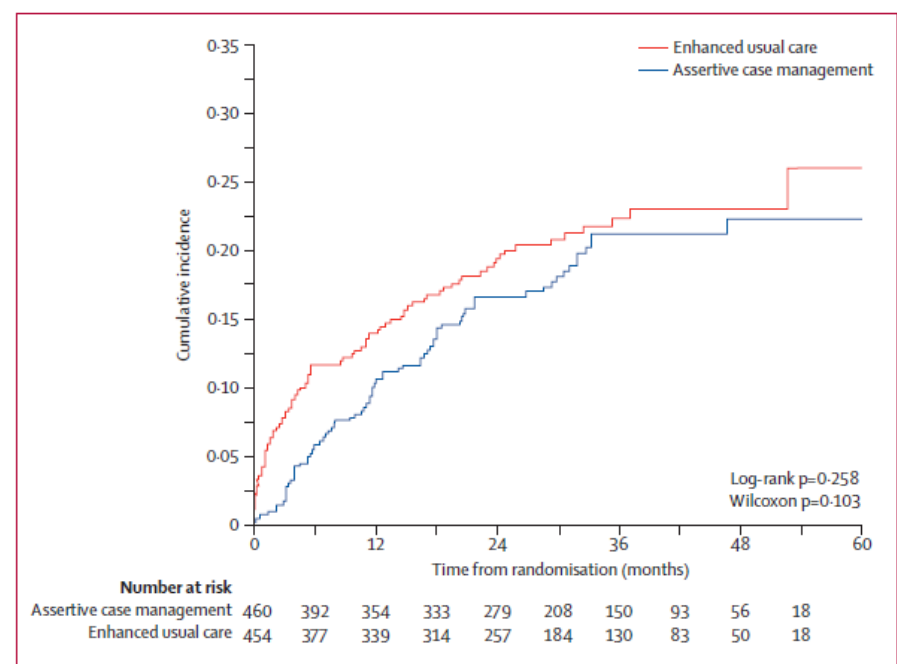


Figure 2: Kaplan-Meier curve for incidence of first episode of recurrent suicidal behaviour (attempted suicide or completed suicide)

救急医療施設に搬送される自殺未遂者に
ケース・マネージメントを実施することで、
自殺の再企図することを6か月にわたって
抑止できることが示された。

今日のお話

1. WHOの自殺予防対策
2. 日本の自殺予防対策
3. 自殺希少地域から学ぶこと
4. 「死にたい」と言われたとき

NOCOMIT-J –地域ベースの複合的介入研究–

自殺死亡率、自殺未遂率が
同等な地区を介入群とコントロール群に選定

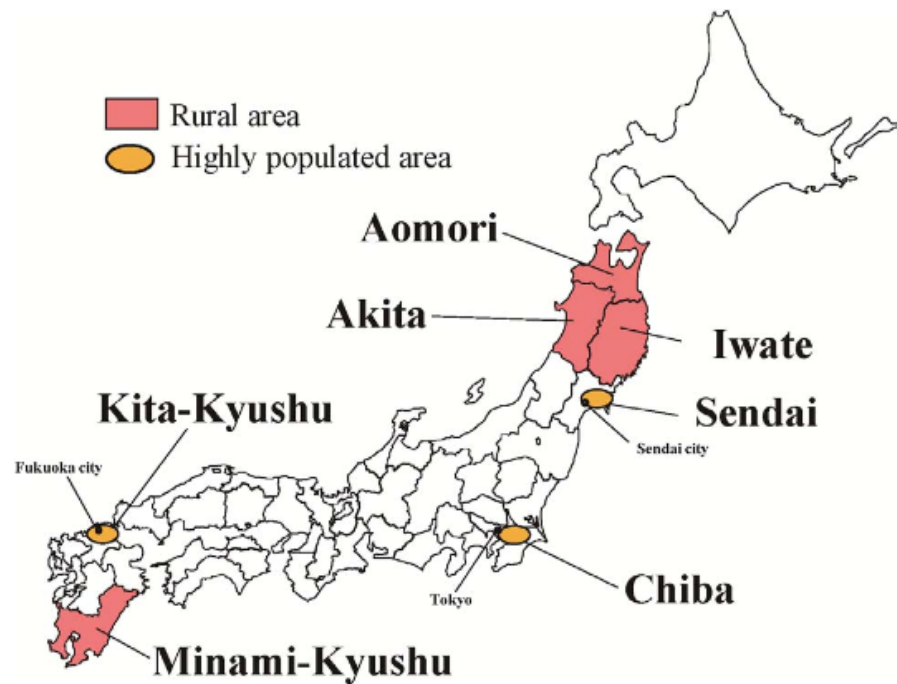
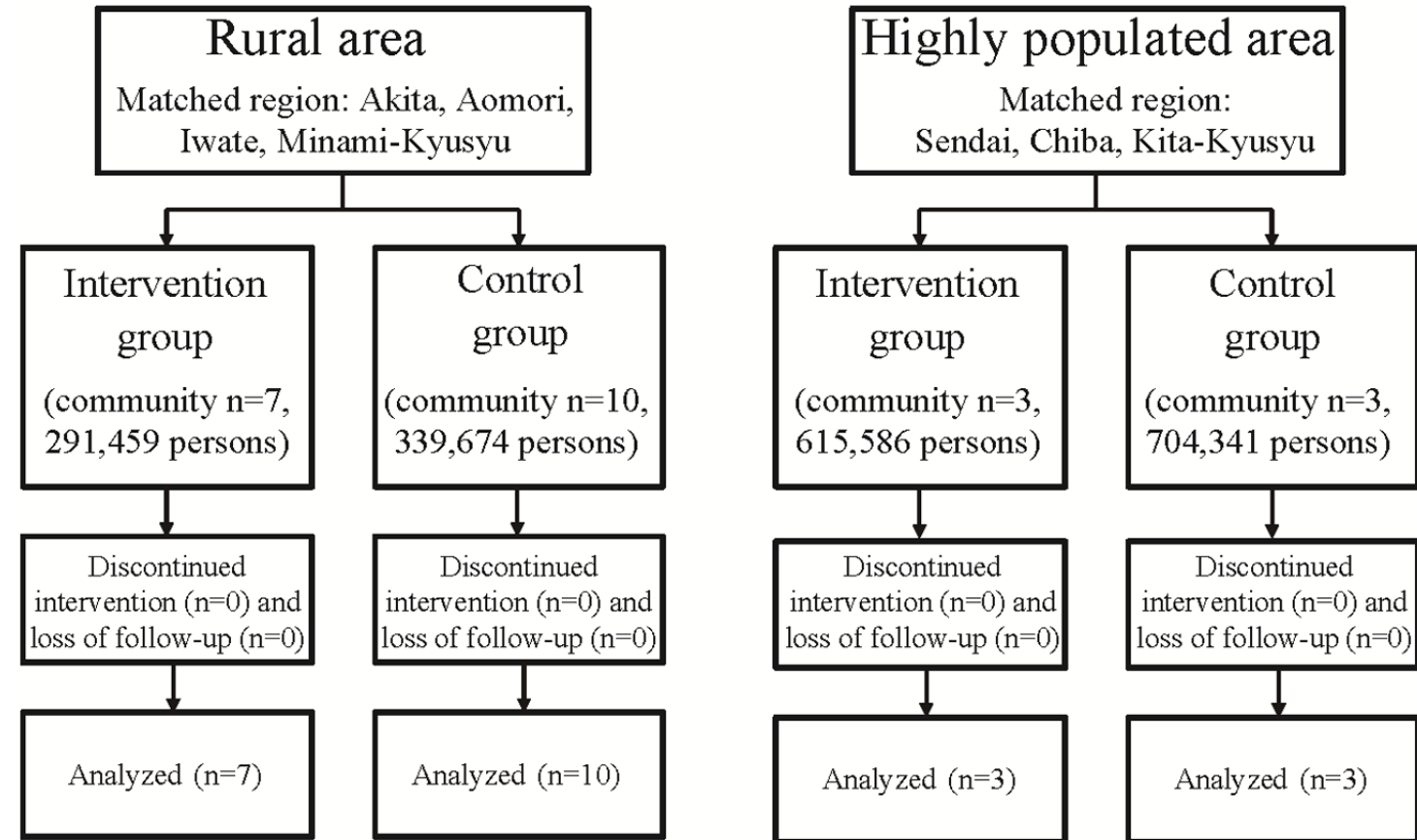


Figure 1. Location map of the study areas. Pink-coloured areas indicate rural study areas. Orange-coloured areas indicate highly populated study areas.

doi:10.1371/journal.pone.0074902.g001

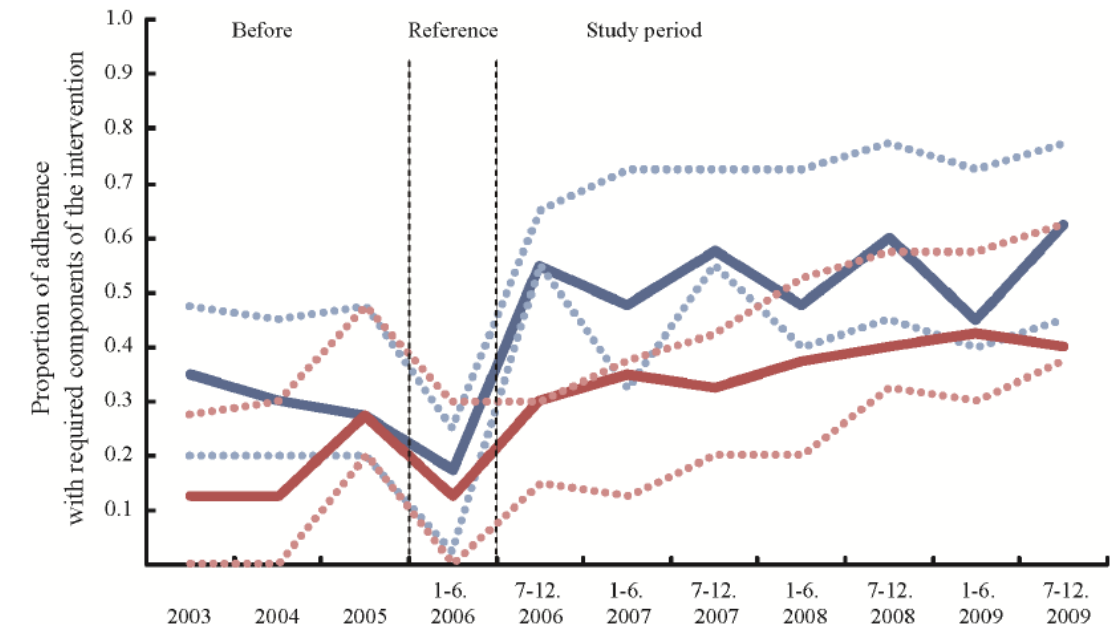
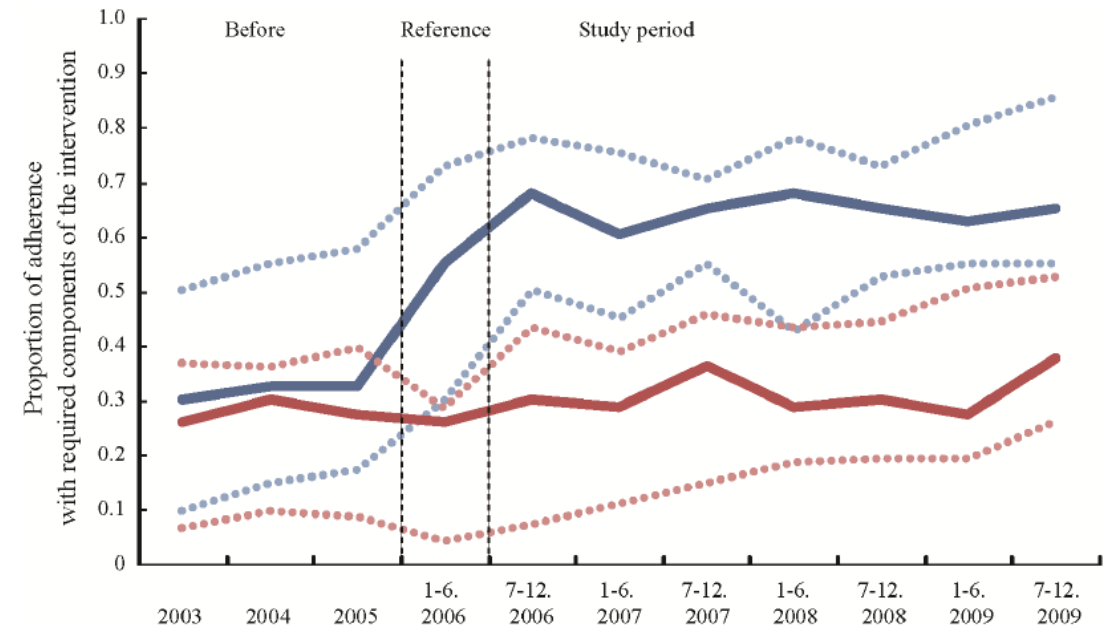


NOCOMIT-Jで行われた介入

介入レベル	ターゲット	目的と実施要項
リーダーの参画	地元政府	リーダーが主導となり、長期的な介入や、地域のコミュニティの強化を目指す a)市長から、市民に向けて自殺予防の重要性について表明する b)自殺予防のための地域委員会を設立し、組織全体での精神保健と自殺予防の意識を高める c)自治体の異なる部門の連携を促進していく d)各サービス部門の役割を明確化し、公共及び健康関連のリソース内で社会的な支援ネットワークを構築するための経路を促進し、地域社会における人間関係の繋がりを強化する
教育プログラム	市民	自殺予防推進のための教育プログラムを作成し、精神疾患や自殺に対するスティグマの軽減を目指す a)市民教育のためのキャンペーンを展開（公開イベント、ポスター、ウェブサイト、看板、パンフレット等の活用） b)自殺行動、精神疾患への理解を深めるために講演やセミナーを実施
ゲートキーパー育成	地域ゲートキーパー	地域ゲートキーパー（民生委員、電話ホットライン、教師、警察、医師、看護師、介護士、聖職者等）を対象とした教育訓練プログラムを実施し、ハイリスク者の早期発見を目指す a)教育訓練プログラムを実施し、対象集団内でリスクのある個人を特定し、適切な社会的及び精神保健サービスに繋げる機会を提供
ハイリスク者支援	ハイリスク者	家庭訪問の実施や、地域集会の開催により、地域住民の関係性の強化を目指す。ハイリスク者をスクリーニングし、早期治療に繋げる。 a)看護師、精神科医による家庭訪問 b)地域集会の開催 c)うつ病や薬物乱用者等をスクリーニングし治療に繋げる。また治療者の支援をする。 d)自助活動を支援し、自殺未遂者の高リスクグループが専門的支援にアクセスしやすくする

- 農村部では介入群で自殺死亡率・自殺未遂率の低下が認められ、対照群では変化がなかった
- 都市部では介入群、対照群とも大きな変化は認められなかった。

		Intervention					
		Combined		Completed suicide		Suicide attempt	
		N	Rate	N	Rate	N	Rate
Before	2003.1-6	128	86.1	68	45.7	60	40.4
	2003. 7-12	91	61.4	68	45.9	23	15.5
	2004.1-6	126	85.2	105	71.0	21	14.2
	2004. 7-12	70	47.5	49	33.3	21	14.3
	2005.1-6	77	52.5	57	38.8	20	13.6
	2005. 7-12	102	69.8	51	34.9	51	34.9
Reference	2006. 1-6	91	62.4	62	42.5	29	19.9
Study period	2006. 7-12	98	67.6	72	49.6	26	17.9
	2007. 1-6	89	61.6	56	38.8	33	22.8
	2007. 6-12	66	45.9	41	28.5	25	17.4
	2008. 1-6	73	51.1	49	34.3	24	16.8
	2008. 7-12	71	49.9	44	30.9	27	19.0
	2009. 1-6	93	65.7	61	43.1	32	22.6
	2009. 6-12	72	51.1	54	38.3	18	12.8



「自殺総合対策大綱」

＜第4 自殺総合対策における当面の重点施策の概要＞

1. 地域レベルの実践的な 取組への支援を強化する

- 地域自殺実態プロフィール、地域自殺対策の政策パッケージの作成
- 地域自殺対策計画の策定・見直し等の支援
- **地域自殺対策推進センターへの支援**
 - ・地域自殺対策推進センター長の設置の支援
 - ・全国の地域自殺対策推進センター長による会議の開催に向けた支援
- 自殺対策の専任職員の配置・専任部署の設置の促進

2. 国民一人ひとりの気づきと 見守りを促す

- 自殺予防週間と自殺対策強化月間の実施
- **児童生徒の自殺対策に資する教育の実施**
 - ・命の大切さ・尊さ、SOSの出し方、精神疾患への正しい理解や適切な対応を含めた心の健康の保持に係る教育等の推進
- **自殺や自殺関連事象等に関する正しい知識の普及、うつ病等についての普及啓発**
 - ・「自殺は、その多くが追い込まれた末の死である」「自殺対策とは、生きることの包括的支援である」という認識の普及
 - ・メンタルヘルスの正しい知識の普及促進

3. 自殺総合対策の推進に資する 調査研究等を推進する

- **自殺の実態や自殺対策の実施状況等に関する調査研究・検証・成果活用**
 - ・相談機関等に集約される情報の活用を検討
- **子ども・若者及び女性等の自殺調査、死因究明制度との連動**
 - ・自殺等の事案について詳細な調査・分析
 - ・予防のための子どもの死亡検証(CDR; Child Death Review)の推進
 - ・若者、女性及び性的マイノリティの生きづらさ等に関する支援一体型の実態把握
- **コロナ禍における自殺等の調査**
- うつ病等の精神疾患の病態解明等につながる学際的研究

4. 自殺対策に関わる人材の確保、 養成及び資質の向上を図る

- 大学や専修学校等と連携した自殺対策教育の推進
- 連携調整を担う人材の養成
- かかりつけ医、地域保健スタッフ、公的機関職員等の資質向上
- 教職員に対する普及啓発
- 介護支援専門員等への研修
- **ゲートキーパーの養成**
 - ・若者を含めたゲートキーパー養成
- **自殺対策従事者への心のケア**
 - ・スーパーバイザーの役割を果たす専門職の配置等を支援
- **家族・知人、ゲートキーパー等を含めた支援者への支援**

5. 心の健康を支援する環境の整備と 心の健康づくりを推進する

- **職場におけるメンタルヘルス対策の推進**
 - ・パワーハラスメント対策の推進、SNS相談の実施
- 地域における心の健康づくり推進体制の整備
- 学校における心の健康づくり推進体制の整備
- 大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進

6. 適切な精神保健医療福祉 サービスを受けられるようにする

- 精神科医療、保健、福祉等の連動性の向上、専門職の配置
- **精神保健医療福祉サービスを担う人材の養成等**
 - ・自殺の危険性の高い人を早期に発見し確実に精神科医療につなげるよう体制の充実
- **子どもに対する精神保健医療福祉サービスの提供体制の整備**
 - ・子どもの心の診療体制の整備
- うつ病、依存症等うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策

7. 社会全体の自殺リスクを低下させる

- **相談体制の充実と相談窓口情報等の分かりやすい発信、アウトリーチ強化**
- **ICT（インターネット・SNS等）活用**
 - ・SNS等を活用した相談事業支援の拡充、ICTを活用した情報発信を推進。
- **インターネット上の誹謗中傷及び自殺関連情報対策の強化**
 - ・自殺の誘引・勧誘等情報についての必要な自殺防止措置・サイバーパトロールによる取組を推進
 - ・特定個人を誹謗中傷する書き込みの速やかな削除の支援や人権相談等を実施
- ひきこもり、児童虐待、性犯罪・性暴力の被害者、生活困窮者、ひとり親家庭に対する支援
- **性的マイノリティの方等に対する支援の充実**
- 関係機関等の連携に必要な情報共有
- **自殺対策に資する居場所づくりの推進**
 - ・オンラインでの取組も含めて孤立を防ぐための居場所づくり等を推進
- **報道機関に対するWHOガイドライン等の周知**
- **自殺対策に関する国際協力の推進**

「自殺総合対策大綱」

<第4 自殺総合対策における当面の重点施策の概要>

8.自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ

- 地域の自殺未遂者支援の拠点機能を担う医療機関の整備
- 救急医療機関における精神科医による診療体制等の充実
- **医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化**
 - ・自殺未遂者を退院後に円滑に精神科医療につなげるための医療連携体制の整備
 - ・自殺未遂者から得られた実態を分析し、匿名でのデータベース化を推進
- 居場所づくりとの連動による支援
- **家族等の身近な支援者に対する支援**
 - ・傾聴スキルを学べる動画等の作成・啓発
- 学校、職場等での事後対応の促進

9.遺された人への支援を充実する

- 遺族の自助グループ等の運営支援
- **学校、職場等での事後対応の促進**
 - ・学校、職場、公的機関における遺族等に寄り添った事後対応等の促進
- **遺族等の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進等**
 - ・遺族等が直面する行政上の諸手続や法的問題等への支援の推進
- 遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上
- **遺児等への支援**
 - ・ヤングケアラーとなっている遺児の支援強化

10.民間団体との連携を強化する

- 民間団体の人材育成に対する支援
- 地域における連携体制の確立
- **民間団体の相談事業に対する支援**
 - ・多様な相談ニーズに対応するため、SNS等を活用した相談事業支援を拡充
- 民間団体の先駆的・試行的取組や自殺多発地域における取組に対する支援

11.子ども・若者の自殺対策を更に推進する

- いじめを苦にした子どもの自殺の予防
- **学生・生徒への支援充実**
 - ・長期休業の前後の時期における自殺予防を推進
 - ・タブレット端末の活用等による自殺リスクの把握やプッシュ型の支援情報の発信を推進
 - ・学校、地域の支援者等が連携して子どもの自殺対策にあたることのできる仕組みや緊急対応時の教職員等が迅速に相談を行える体制の構築
 - ・不登校の子どもへの支援について、学校内外における居場所等の確保
- **SOSの出し方に関する教育の推進**
 - ・命の大切さ・尊さ、SOSの出し方、精神疾患への正しい理解や適切な対応を含めた心の健康の保持に係る教育等の推進
 - ・子どもがSOSを出しやすい環境を整えるとともに、大人が子どものSOSを受け止められる体制を構築
- **子ども・若者への支援や若者の特性に応じた支援の充実**
 - ・SNS等を活用した相談事業支援の拡充、ICTを活用した情報発信を推進
- **知人等への支援**
 - ・ゲートキーパー等を含めた自殺対策従事者の心の健康を維持する仕組みづくり
- **子ども・若者の自殺対策を推進するための体制整備**
 - ・こども家庭庁と連携し、体制整備を検討

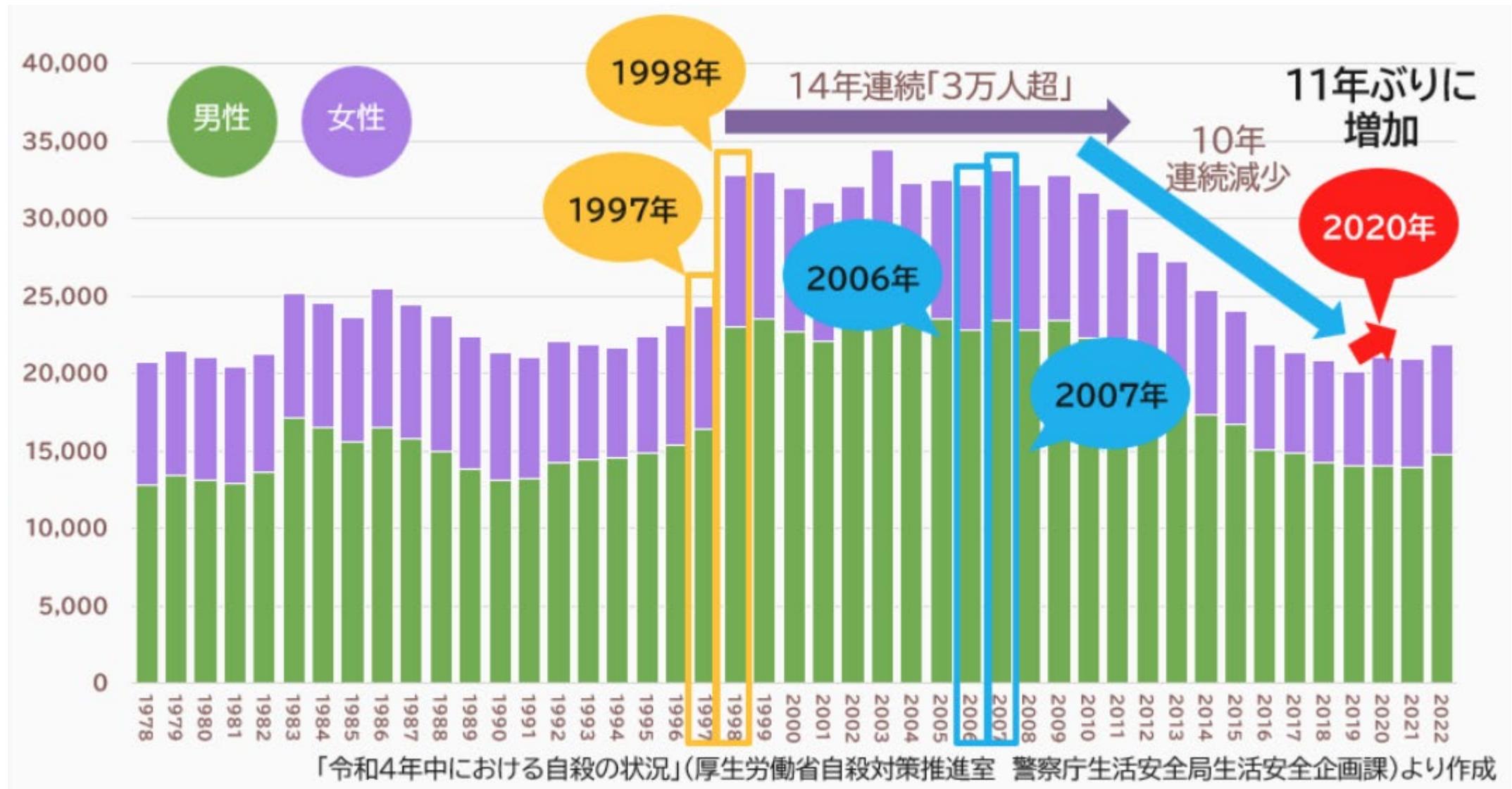
12.勤務問題による自殺対策を更に推進する

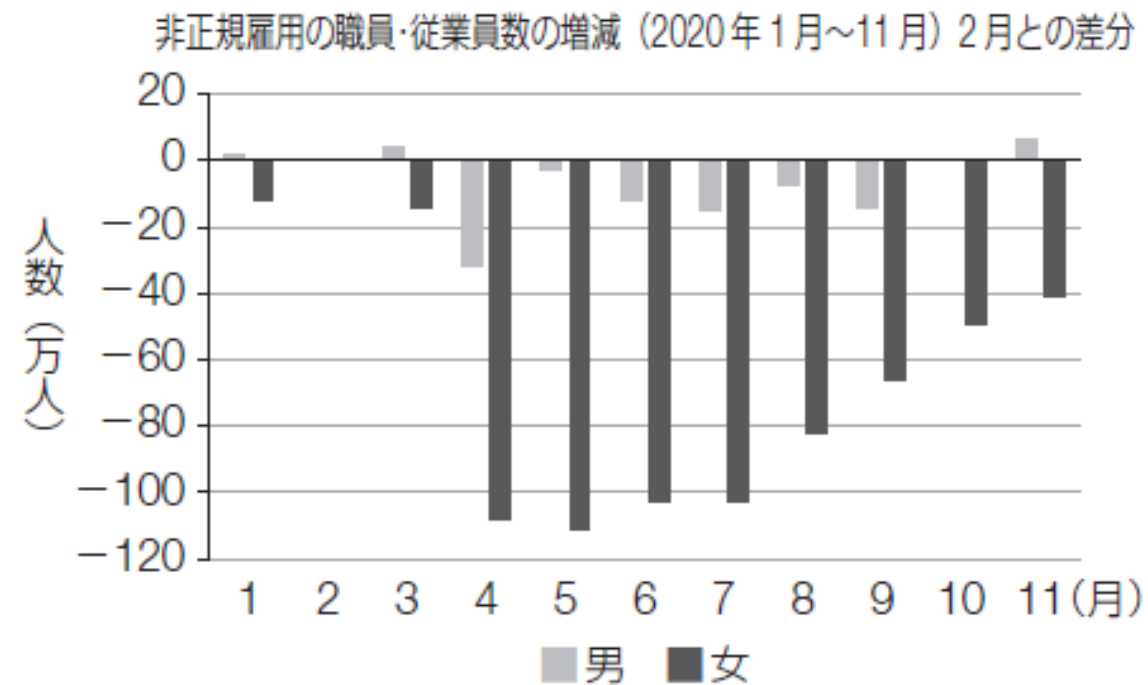
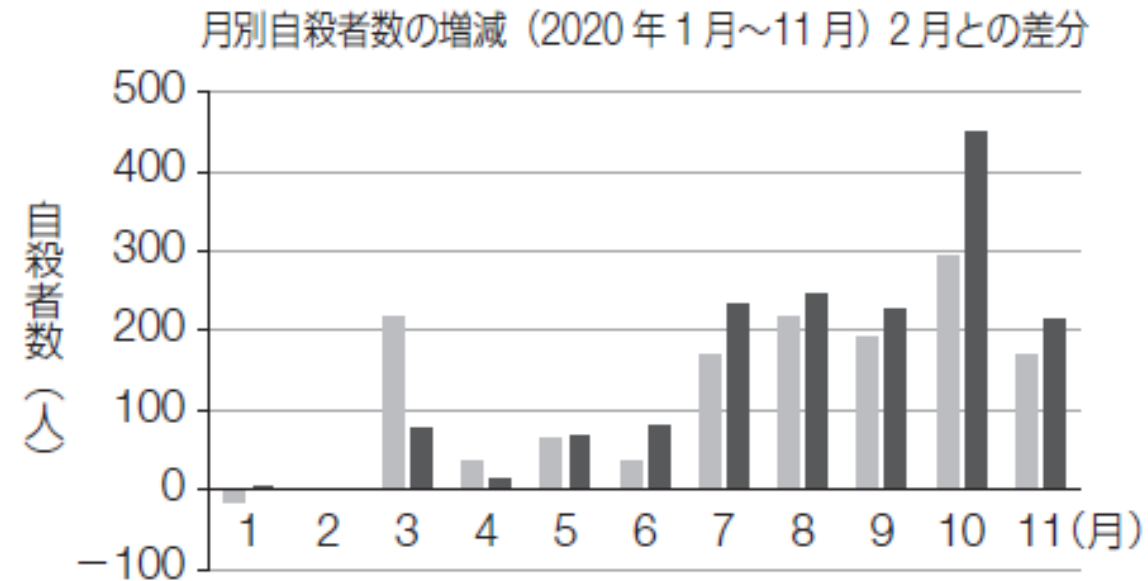
- **長時間労働の是正**
 - ・勤務時間管理の徹底及び長時間労働の是正の推進
 - ・勤務間インターバル制度の導入促進
 - ・コロナ禍で進んだテレワークを含め、職場のメンタルヘルス対策の推進
 - ・「過労死等の防止のための対策に関する大綱」に基づき、過労死等の防止対策を推進
 - ・副業・兼業への対応
- **職場におけるメンタルヘルス対策の推進**
- **ハラスメント防止対策**
 - ・パワーハラスメント、セクシュアルハラスメント、妊娠・出産等に関するハラスメントの防止

13.女性の自殺対策を更に推進する

- **妊産婦への支援の充実** (新設)
 - ・予期せぬ妊娠等により身体的・精神的な悩みや不安を抱えた若年妊婦等について性と健康の相談センター事業等による支援を推進
- **コロナ禍で顕在化した課題を踏まえた女性支援**
 - ・子育て中の女性等を対象にきめ細かな就職支援。
 - ・配偶者等からの暴力の相談体制の整備を進める等、被害者支援の更なる充実
 - ・様々な困難・課題を抱える女性に寄り添ったきめ細かい相談支援等の地方公共団体による取組を支援
- **困難な問題を抱える女性への支援**

日本の自殺者数の推移





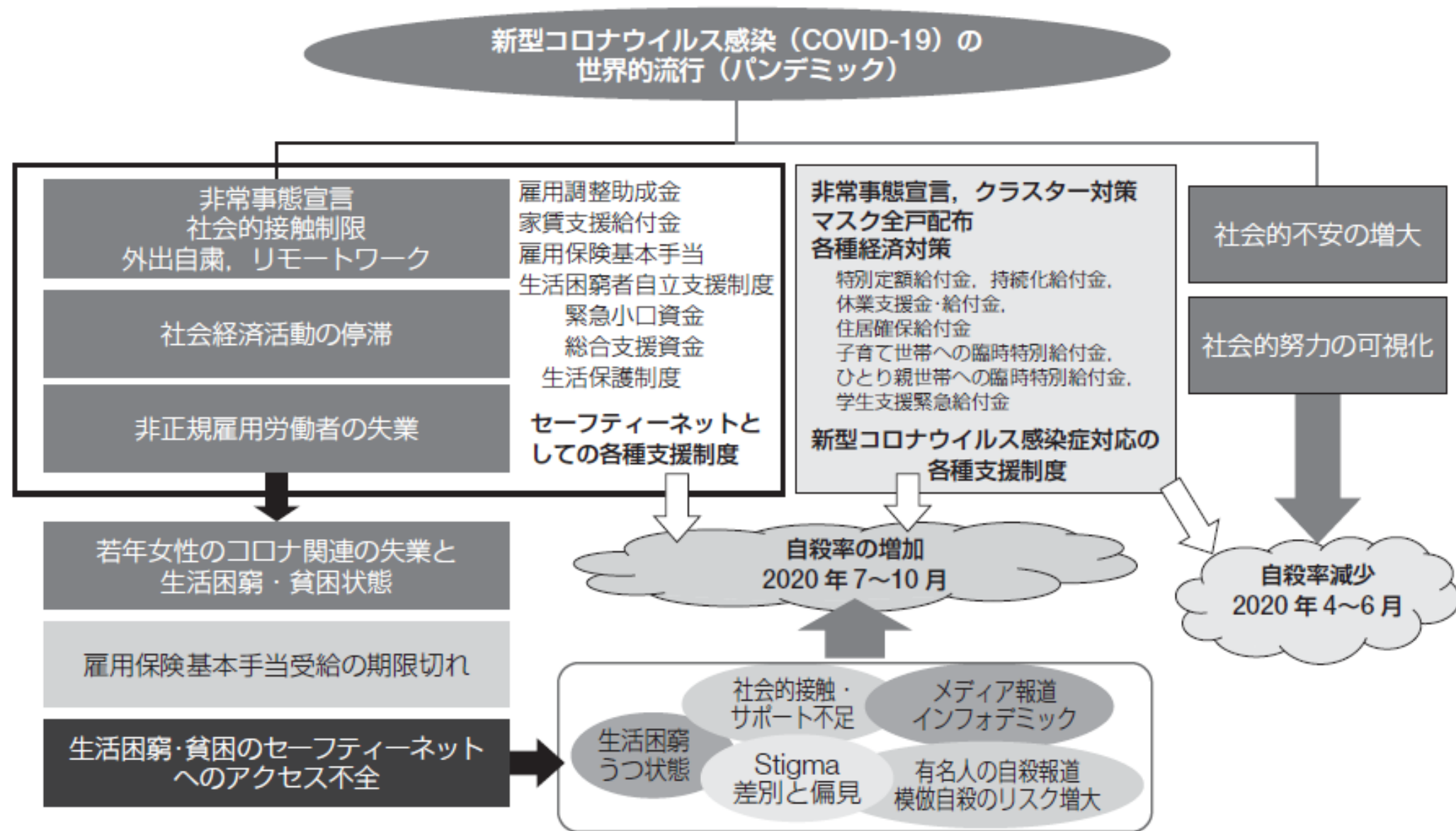


図5 新型コロナウイルス感染症パンデミックによる自殺率への影響に関する作業仮説

今日のお話

1. WHOの自殺予防対策
2. 日本の自殺予防対策
3. 自殺希少地域から学ぶこと
4. 「死にたい」と言われたとき

自殺希少地域の自殺予防因子

1. いろんな人がいたほうがよい
2. 人物本位主義をつらぬく
3. どうせ自分なんて、と考えない
4. 「病」は市に出せ
5. ゆるやかにつながる



自殺率に影響を与える地理的特性は 「可住地傾斜度」「可住地人口密度」「最深積雪量」 「日照時間」「海岸部属性」

Table 2. Multi-regression analysis with suicide-SMR as dependent variable

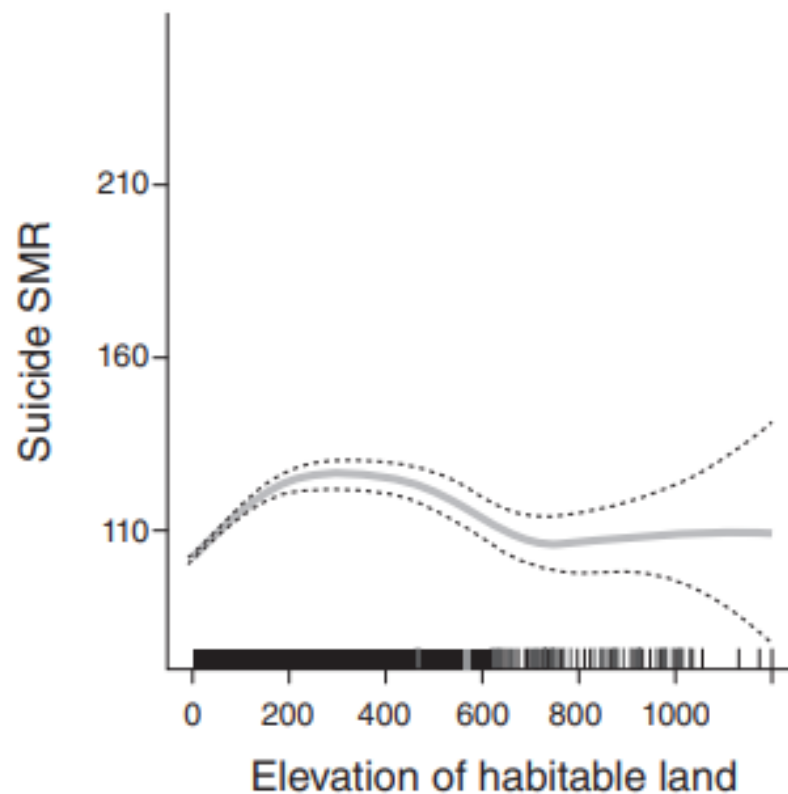
	Non-standardized coefficient		Standardized coefficient	t-value	Significance probability	Diagnosis of collinearity
	β	Standard error	β			VIF
(Constant)	197.808	10.627		18.613	0.000	
Slope	2.844	0.201	0.240	14.121	0.000	1.288
Population density of habitable land	-16.658	1.440	-0.201	-11.572	0.000	1.349
Deepest snow	0.194	0.023	0.173	8.526	0.000	1.837
Daylight hours	-0.028	0.005	-0.105	-5.265	0.000	1.770
Coastal area attributes	-7.675	1.835	-0.072	-4.182	0.000	1.322
Island attributes	-5.393	3.163	-0.029	-1.705	0.088	1.262

Dependent variable: suicide-SMR. Weighted least square method with standard error of suicide-SMR.

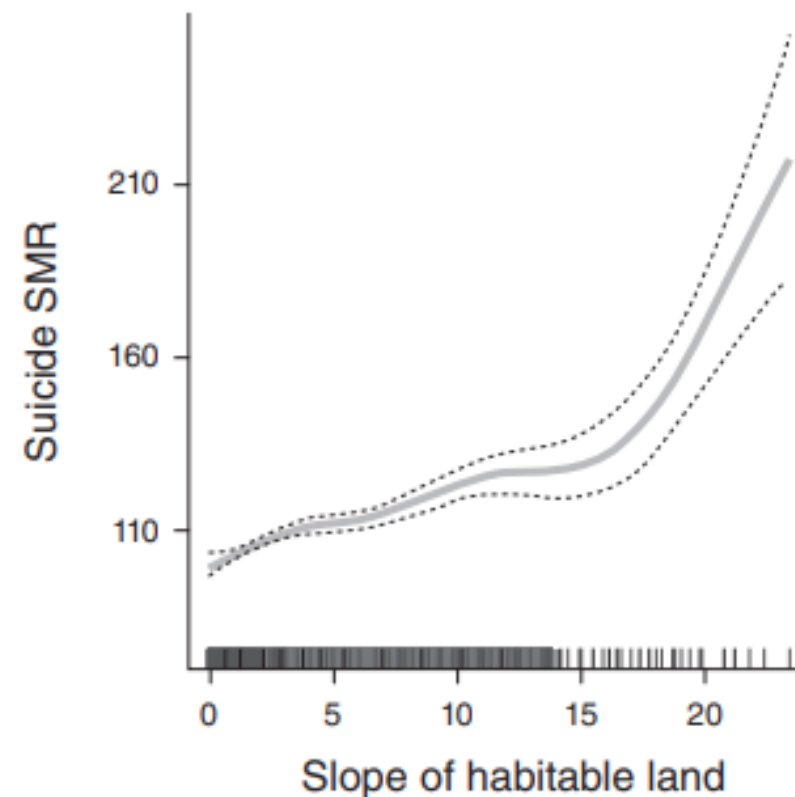
Conditioned R² = 0.256 *n* = 3318.

SMR, standardized mortality ratio; VIF, variance inflation factor.

標高ではなく傾斜度が自殺率に影響を与える



可住地の標高



可住地の傾斜度

和歌山県における居住地の傾斜度と自殺率との関連

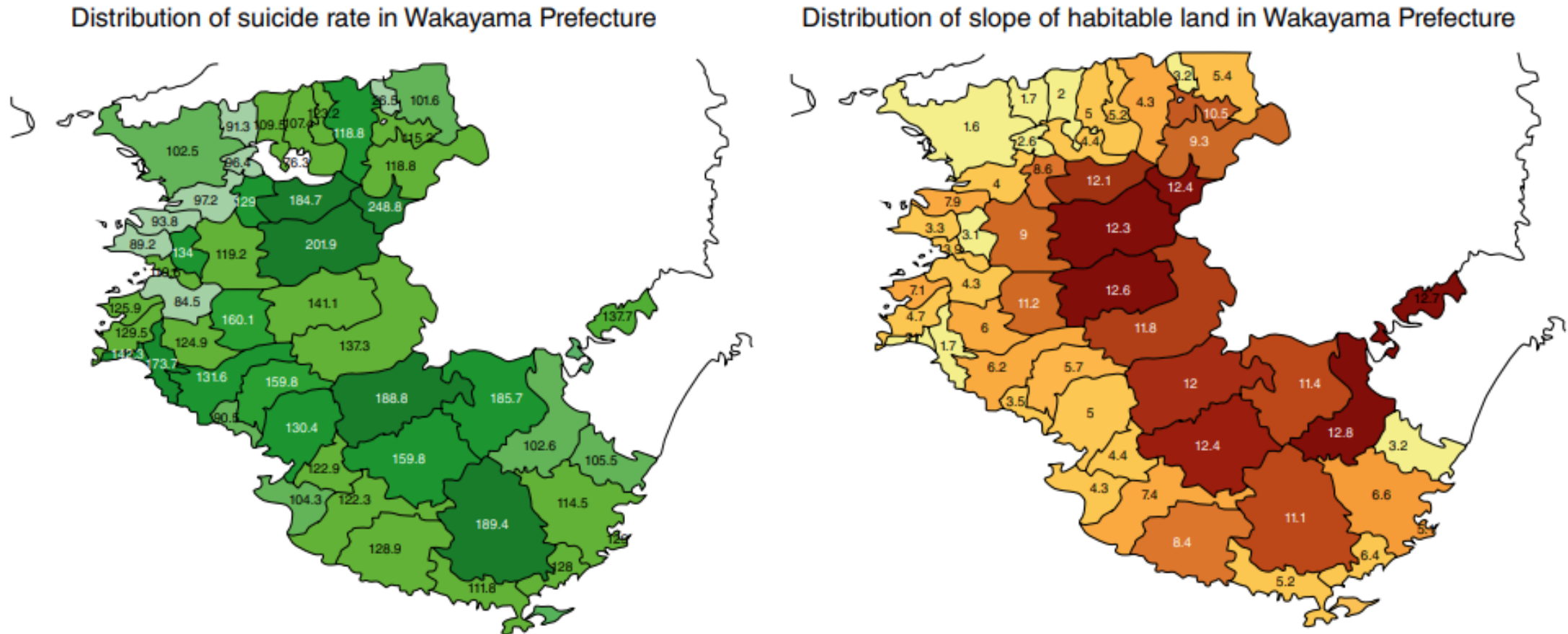


Figure 2. Visualization of relation between slope of habitable land and suicide rate on the map of Wakayama Prefecture.

傾斜の強い山間部や、可住地人口密度の低い過疎地などでは、医療機関をはじめとして日常生活に必要な社会資源への距離や到達時間が長い。（中略）

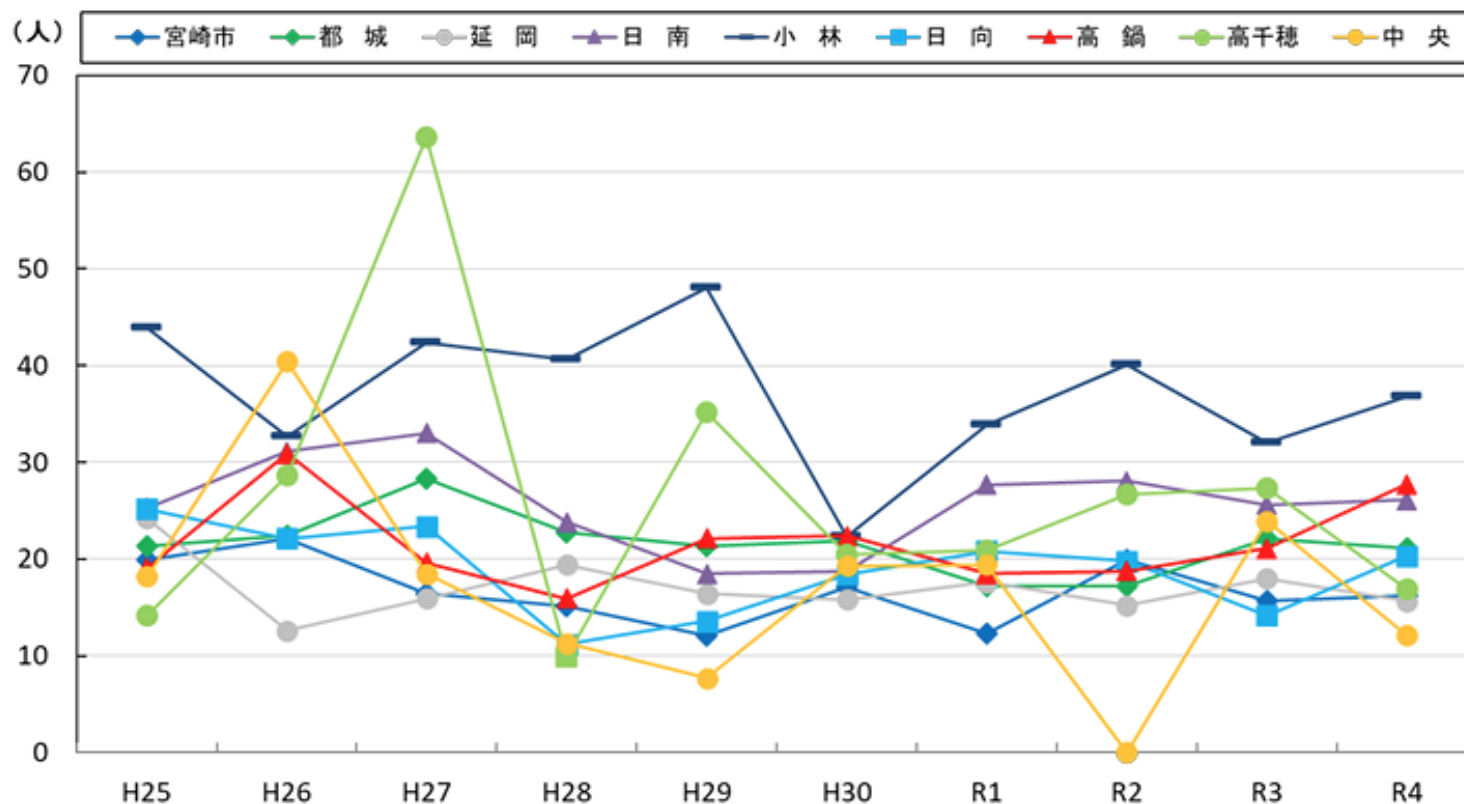
日常生活に欠かせない社会資源が遠くにあるとうこと、また、民家と民家の間が遠く離れて点在しているということは、隣人との接触頻度が低くなることを意味する。（中略）隣人を支援したいという意思があったとしても、現実にはさまざまな地理的バリアに阻まれて、十分に行き届かないという事態となりうる。（中略）

（自殺多発地域である）A町の高齢者は個人的な悩みで周囲に負担をかけることを慎み、安易に人に頼ることをせず、できる限り自分の力で解決しようとする傾向がうかがえたが、この気質は、厳しい自然環境が住民の忍耐力を強めるという、田村の指摘とも符合している。（中略）

元気のない人がいたとする。大丈夫？と声をかけると大丈夫だという返事が返ってくるが、その言葉とは裏腹に深い悩みを抱えていて、しかしなかなか弱音を吐けないのかもしれない。この地域の人々はそのように自分を律する傾向があるからと、心に留めて注意を払うのと、そうでないのとでは、いざというときの危機対応が大いに違ってくる。

宮崎県の各保健所圏域別の自殺率の推移

■各保健所圏域別の自殺死亡率の推移(平成25年～令和4年)



【厚生労働省「人口動態統計(確定数)」より県作成】

今日のお話

1. WHOの自殺予防対策
2. 日本の自殺予防対策
3. 自殺希少地域から学ぶこと
4. 「死にたい」と言われたとき

自殺の対人関係理論

- 身についた自殺の潜在能力
- 所属感の減弱
- 負担感の知覚

こども期の養育体験の影響

Table 1. PAFs and Number of Cases of Lifetime Mental Disorders Attributable to Child Maltreatment in Australia

Outcome	Population prevalence, %	No. of cases in population	PAF for child maltreatment (95% CI)	No. of cases attributable to child maltreatment (95% CI)
Any mental disorders ^a	42.9	8 514 700	0.22 (0.16-0.28)	1 854 809 (1 385 314-2 384 790)
Any anxiety disorder	28.8	5 709 100	0.24 (0.13-0.34)	1 346 572 (714 530-1 939 580)
Depressive disorder	11.7	2 317 300	0.21 (0.13-0.28)	483 744 (311 895-649 027)
Alcohol use disorder	17.8	3 535 000	0.27 (0.16-0.37)	959 180 (575 133-1 316 954)
Drug use disorder	5.8	1 147 200	0.32 (0.14-0.48)	370 514 (165 194-549 985)
Self-harm	8.7	1 700 000	0.39 (0.21-0.48)	660 597 (354 881-931 135)
Suicide attempt	4.9	968 100	0.41 (0.27-0.54)	399 025 (262 682-523 938)

こども期逆境体験（ACE）の累積数と自殺企図

ACE Score	人数	オッズ比(95%信頼区間)	
		2変量	多変量
0(n=6315)	70	1.0	1.0
1(n=4536)	101	1.9 (1.4-2.6)	1.7 (1.2-2.3)
2(n=2740)	109	3.3 (2.4-4.5)	2.5 (1.8-3.4)
3(n=1654)	92	4.3 (3.1-5.9)	3.0 (2.2-4.2)
4(n=1047)	88	6.2 (4.5-8.6)	3.9 (2.8-5.4)
5(n=602)	83	10.6 (7.6-14.9)	6.3 (4.4-8.9)
6(n=284)	62	16.5 (11.3-24.1)	9.7 (6.5-14.3)
≥7(n=159)	56	31.1 (20.6-47.1)	17.0 (11.0-26.3)

※すべてのオッズ比は性別、人種、教育歴、年齢で調整済み

※自殺企図：Lifetime History of Attempted Suicide

トラウマと希死念慮

- 唐突な「死にたい」
過去に受けた身体的暴力や性暴力被害の場面がフラッシュバックし、非該当時の恐怖感、あるいは自己の身体に対する強烈な嫌悪感に圧倒されていることがある
- 口癖のような「死にたい」
幼少期から虐待やネグレクトといった不適切な養育環境であったり、深刻ないじめやドメスティックバイオレンスなどの被害を受けていたりすることが多い
『すでにコップいっぱいに入っていて、たとえ目薬一滴が加わっただけでも水がこぼれてしまう』状態



自傷に関する最高の教科書。現在の精神科医療に不足している視点を教えてくれる。

本書は複雑性PTSDを生きた女性が、その短き人生を綴った自叙伝である。過酷な家庭環境に育ち、複雑性PTSDを持つ著者が、「死にたい」気持ちゆえにこれまで歩んできた、ふり幅の大きな人生を描く。なぜ自分を傷つけるのか、という疑問に回答をくれる最高の教科書。傷ついた人に必要なのは、権力や物理的力で抑え込むことではなく、ケアであるべきではないかという気づきとヒントを医療者に与えてくれる。

*「ケアをひらく」は株式会社医学書院の登録商標です。

Trauma-informed Care (TIC)

“トラウマを念頭に置いたケア”

- トラウマの広範な影響を理解し（realizes）、クライアント・家族・職員やシステムに関係する人たちに生じるトラウマの兆候や症状を認識し（recognizes）、トラウマに関する知識を方針・手続き・実践に十分統合して対応し（responds）、積極的に再トラウマ化を予防する（resist re-traumatization）。

目の前の人の不適応的な行動パターン・症状の背景に過去のトラウマ・こころのケガがあるかもしれないと思ってケア・対応を行うという考え方

米国ではTICの法律が制定されている

CONGRESS.GOV Advanced Searches Browse

Legislation Examples: hr5, sres9, "health care"

MORE OPTIONS ▾

Home > Legislation > 115th Congress > S.774

S.774 - Trauma-Informed Care for Children and Families Act of 2017
115th Congress (2017-2018)

TICに関する省庁間タスクフォースを作る、トラウマに配慮した技術支援の提供などを明記
また、CDCがACEに関するデータを収集し報告するよう各州に奨励しなければならないことや、
教育現場における子どものトラウマ支援サービスおよびメンタルヘルスケアの向上のための補助金を交付することができる、とも定められている

CONGRESS.GOV Advanced Searches Browse

Legislation Examples: hr5, sres9, "health care"

MORE OPTIONS ▾

Home > Legislation > 115th Congress > H.Res.443

H.Res.443 - Recognizing the importance and effectiveness of trauma-informed care.
115th Congress (2017-2018)

Print Subscribe Share

連邦政府、その機関、および米国議会において
①TICの重要性・有効性・必要性を認識し、
②TICの実践を推奨している

毎年5月を
“National Trauma Awareness Month”

<https://www.congress.gov/bill/115th-congress/senate-bill/774>

<https://www.congress.gov/bill/115th-congress/house-resolution/443>

Roadmap for Trauma-Informed Medical Education: Introducing an Essential Competency Set

Sarah Berman, MD, Taylor Brown, MD, Cecelia Mizelle, Thang Diep, Megan R. Gerber, MD,

Validated Trauma-Informed Competencies for Undergraduate Medical Education 1

Knowledge of practice

- Define concepts such as trauma, resilience, and universal trauma precautions.
- Describe the epidemiology, vulnerabilities, impact, and manifestations of trauma and how structural and social context, including oppression, stigma, and discrimination, can be traumatic.
- Describe evidence-based strategies for prevention and therapeutics.

Patient care

- Demonstrate the ability to apply trauma-informed principles in history gathering, physical exam, decision making, counseling, treatment, and referral.
- Develop care plans with patients that enable patient autonomy, mutual respect, safety, and ongoing engagement.

Validated Trauma-Informed Competencies for Undergraduate Medical Education 2

Practice-based learning and improvement

- Describe trauma and resilience literature and potential impact on patient care.

Interpersonal and communication skills

- Apply principles of trauma-informed care in communication with patients and documentation.
- Respond to patient disclosure of trauma with empathy, acceptance, validation of patient experience, and compassion.

Professionalism

- Describe interpersonal and systemic bias and how they might traumatize patients, colleagues, and staff.
- Describe strategies to mitigate bias.

Validated Trauma-Informed Competencies for Undergraduate Medical Education 3

Systems-based practice

- Identify aspects of the health care system that may not be trauma-informed and identify potential areas of improvement.

Interprofessional collaboration

- Demonstrate words and actions that incorporate trauma-informed principles during team-based care.

Personal and professional development

- Describe strategies to prevent and mitigate compassion fatigue, moral injury, vicarious and secondary trauma, and burnout.
- Describe how to access trauma-informed supervision, mentoring, and/or coaching.

TICは患者の恐怖と治療者の燃えつきを軽減しうる

News & Analysis

Medical News & Perspectives

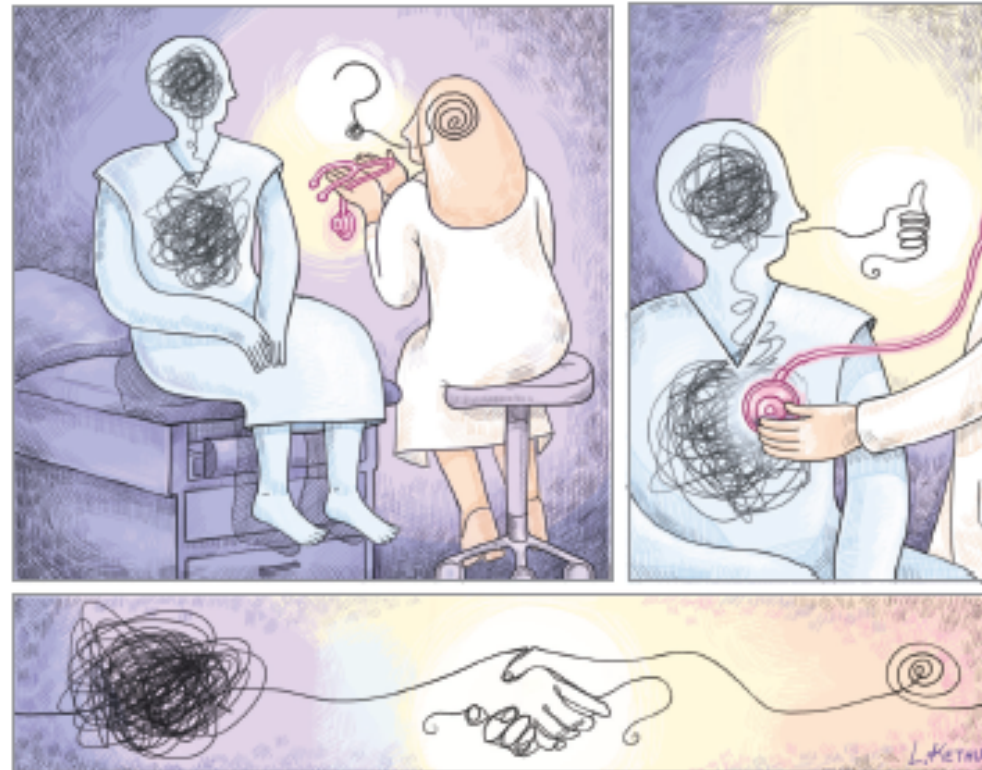
Trauma-Informed Care May Ease Patient Fear, Clinician Burnout

Bridget M. Kuehn, MSJ

For many sexual assault survivors whom Anita Ravi, MD, MPH, sees as a New York City–based family physician, the prospect of even basic medical care can be frightening. Some have put off Papanicolaou tests and mammograms for years or even decades.

To help them, Ravi has adopted a [trauma-informed approach](#) that works to restore patients' trust and give them a greater sense of control over their visit. This may include asking permission before touching and suggesting alternatives to certain procedures that make them uncomfortable. For example, she may offer patients who require a throat or vaginal swab the option of doing it themselves.

"It's essential to give people the opportunity to know all the steps that are going to happen and say, 'If that doesn't work for you, we can try this other way,'" said Ravi, an assistant professor at Mount Sinai Beth Israel



Kuehn. JAMA. 2020

Trauma Lens



ご清聴ありがとうございました！