

(Black, 1979:1103)。

＜安全対策＞

病院では病棟は「自殺不可能」な態勢になっていなければならない、家庭では自殺リスクのある間は生命を脅かす武器が入手できぬよう、武器に接近できぬようにしておかねばならない。入院患者の病棟もまた明確な「自殺監視」の方針と手順が徹底しておらねばならず、病棟での自害行動を防止するために妥当なスタッフ配置がなされていなければならない。

＜生命保険＞

自殺は生命保険契約にとって特殊な問題である。保険会社は自らを守るために通常は除外条項を設けており、保険が有効になった日付から2年以内の自殺による死亡の場合には遺族に保険金を支払わない。生命保険金の支払いを拒否した場合、保険会社は被保険者の死亡が自殺であることを証明する必要がある。検死官あるいは監察医が死亡の状況が自殺によるものであると判断しても、それは被保険者の死亡が自殺であるという法律上の証明にはならない。しかしながら、監察医の判定は通常は保険会社によって、死者の死因に関する多くの証言の中でも、ある専門家の意見として紹介される。仮に監察医あるいは検死官によって事故による死亡であると判断された場合でも、その監察医又は検死官が誤っていると保険会社が信ずるに足る理由がある場合はセカンドオピニオンが求められる場合がある。保険会社が保険金を支払わない場合、裁判に持ち込まれる可能性がある。最終的な判断は当然ながら裁判所あるいは陪審員が下す。先に医療過誤訴訟で見たように、このような対立場面では最終判断は弁護士の間とその質問に答える専門家の答えの信頼性に左右される。

10. 治療、予防

ここでは、臨床的介入と自殺予防の原則を統合するという目的をもち、自殺患者と進んでいくことの複雑さを概説したい。治療と予防の違いは本質的にはそのタイミングにある。「予防」では、問題が生じる前に介入が行われ、「治療」では一旦問題が進展してから、しばしば適当な時期が過ぎて介入が行われる。

自殺患者と治療の協調関係を築くことはしばしば困難である。ハイリスクの患者は接触の困難さ等が、若者では理想主義など年代に特徴的な性質が、薬物治療においては副作用が、コンプライアンスを悪くする。患者の経験や気持ちを理解し、治療情報の提供や治療のメリットを説明するなどコンプライアンス形成に努力することが大切である。

＜逆転移＞

Berman(1986)によると、自殺既遂者の半分は何らかの介入を受けている。これは治療の失敗、医原性の影響を示唆しているともいえる。医原性因子で最も重要な因子は、負の逆転移—臨床家の有害な反応—である。これは治療者の幼年期の経験に基づく無意識のものであるが、しばしば意識的であり、治療を難しくする。Maltzbergerら(1974)は、逆転移の表出は治療者の無意識で残忍な衝動の結果であるとした。それは患者の自殺を誘起しうる。Bloom(1967)、Juddら(1999)の報告はこれを支持している。

＜評価から処置へ＞

治療を適正に開始するために、リスク評価が重要である。安全な環境と適正な管理を提供される入院の決定には、患者の病理や自己調整能力などが考慮される。入院には、外来時の治療関係を損なう等の負の面もある。治療者側の個性や病院の受け入れ態勢などが入院決定に影響することもある。

入院は必ずしも自殺を防ぐものではない。病院での自殺は起こりうる。退院直後にも起こる。治療決定に際し、このこと考慮しなければならない。

＜入院患者の治療＞

入院患者の当面の治療目的は自殺の観念、意図をなくすことである。急性期では、患者はすぐに精神科入院施設での治療環境におかれる。患者は自殺手段から隔絶され、施設は自殺を予防するようにつくられている。患者に応じた監視のプロトコールがつけられる。しかし、すべての自殺を予防できる施設はない。

入院後は治療計画が多項目にわたり作成される。ケアは一般的にスクリーニング評価、チームによる治療計画、計画に基づいた治療、退院計画とその実行を含む。「自殺しないという約束」を結ぶこともあるが、自殺の衝動にも抗えるものではなく、患者の表面的な同意の場合もある。さらに、約束しているということで、自殺のサインに見逃す危険性もある。

退院後まもなく自殺をするケースも多い。安定した入院生活から離れる時のリスク評価、治療継続の必要性の説明などが問題となる。

＜外来患者の治療＞

入院が不必要でも、自殺の危険がある間、監視は必要である。監視役が必要な場合もあるし、家の環境を安全に整備する必要もある。頻回の接触も重要である。診断を考慮して薬物療法を行う。

＜治療計画＞

治療計画には、自殺行動のリスクおよび自殺の素因を減らすという目的がある。特に自殺患者の脆弱性と病理の理解のもとに、治療の最終目標や現状の評価をきちんと

行うほど、治療計画は容易になる。治療計画では治療場所の決定に加えて、治療の方法や順序についても言及する。また、順次、進行中のリスク評価とコンサルテーションの必要性も考慮する。

Jobes ら(1998)は外来患者の治療計画のためのモデルを紹介した。自殺願望のキーとなる構成要素を同定することによって、治療の最終目標と介入が導かれるものである。

＜治療のアプローチ＞

自殺への危機介入と管理についてのアプローチは、患者の安全と生命を保証するようデザインされる。危機介入のステップには、自殺手段への接触禁止、孤立の軽減、心配や動揺・不眠の軽減、受け入れと接触頻度の増加、問題解決に焦点をあてた治療の確立と患者の問題解決能力の育成、有害な環境からの隔離、システムによる介入から直接的な支援を受けられる例えば家族のもとに返すこと、安全策の協議と不測の事態を明らかにすること、が含まれる。

Niemeyer ら(1994)は治療者の不適切な反応をまとめ、繰り返し起こっている問題として、状況のより楽観的な面を強調する、強い感情の回避、専門性をふりかざす、自殺願望の評価の誤り、自殺を促進する出来事の同定失敗、受身な態度、指導力不足、安易なアドバイス、ステレオタイプの受け答え、防御的な姿勢があると指摘した。

また、実際の治療方法としては、ブリーフセラピー、認知行動療法、弁証的行動療法、精神分析的アプローチ、精神薬物療法、電気けいれん療法、家族療法、グループセラピーなどが挙げられる。

＜治療効果＞

治療効果についての研究は難しい。Linehan(1998)は、これらの研究の質を批判している。ハイリスク群を含むものがほとんどない研究では、電話・家庭訪問の効果や、認知行動療法の短期間の効用など自殺企図の再発予防に一定の効果が報告されている。ブリーフセラピーの効果も報告されている。しかし、20の研究のメタアナリシスでは、治療効果に統計的な有意差は検出されていない。Rudd ら(1998)は、教育的なアプローチの知見を追加したが、「患者の何が特異的な治療と結びつくのか分からない。」と結論している。

＜予防パラダイム＞

自殺予防では、リスク発現や脆弱性の減少、防衛的免疫的な因子の強化を図る。近年自殺予防はメンタルヘルスと公衆衛生の考えを融合させたものとなってきている。素因と状況が負の結果を導く過程を理解し、脆弱性を減らす予防的介入がデザインされるのである。

公衆衛生的なアプローチは障害発生前の環境や因子に目を向けさせようとする。さらに Gordon(1983)はこのような介入のための対象グループを、万人共通(人口全体)、

より選択的な（自殺のリスクが高い）、そして、指示されたもの（リスクが顕在化しているもの）、と段階的に定めた。また、事故予防を自殺予防へ応用することも始められている。Silvermanら(1995)はHaddonらのモデルを発展させることで、予防的介入の概略を示した。

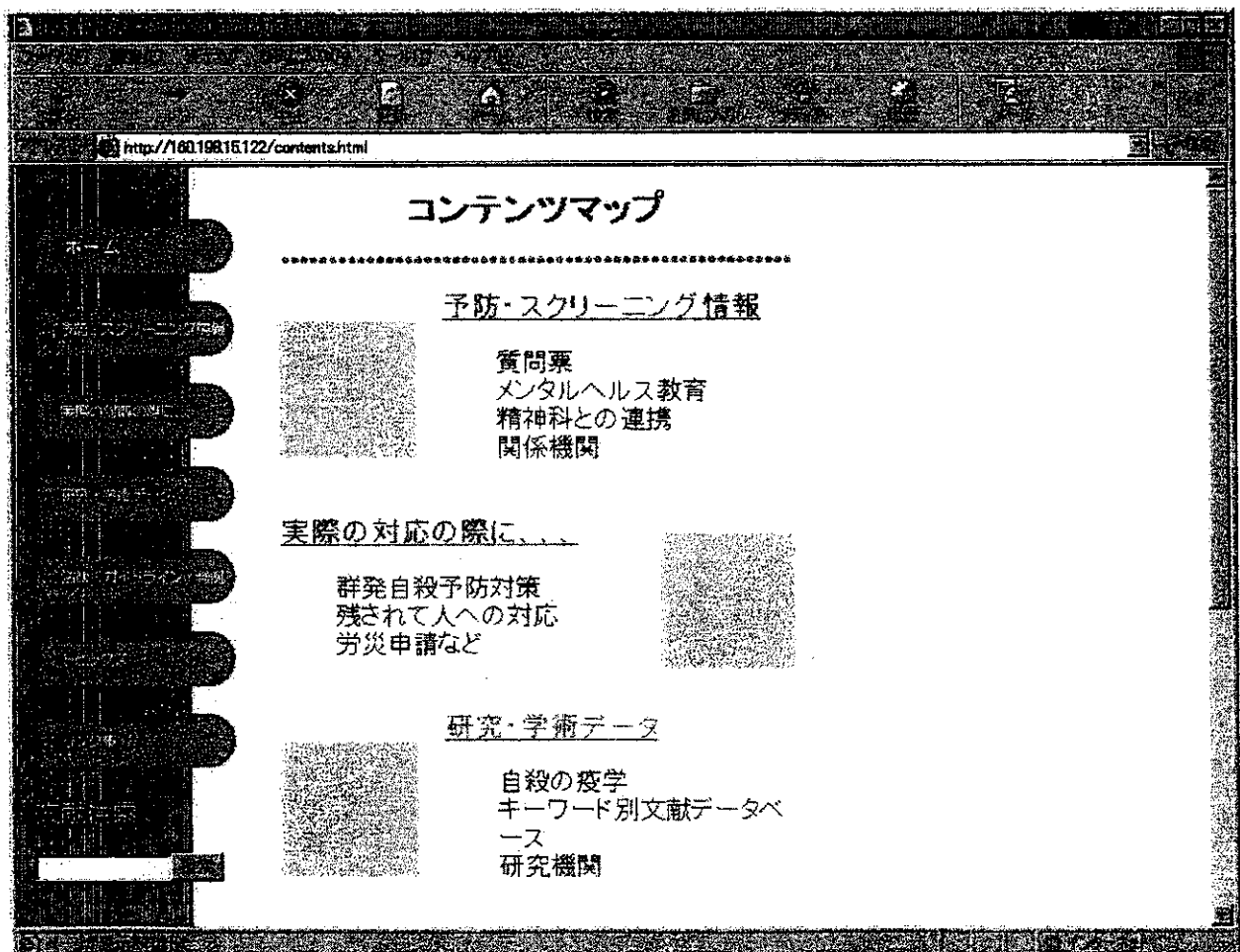
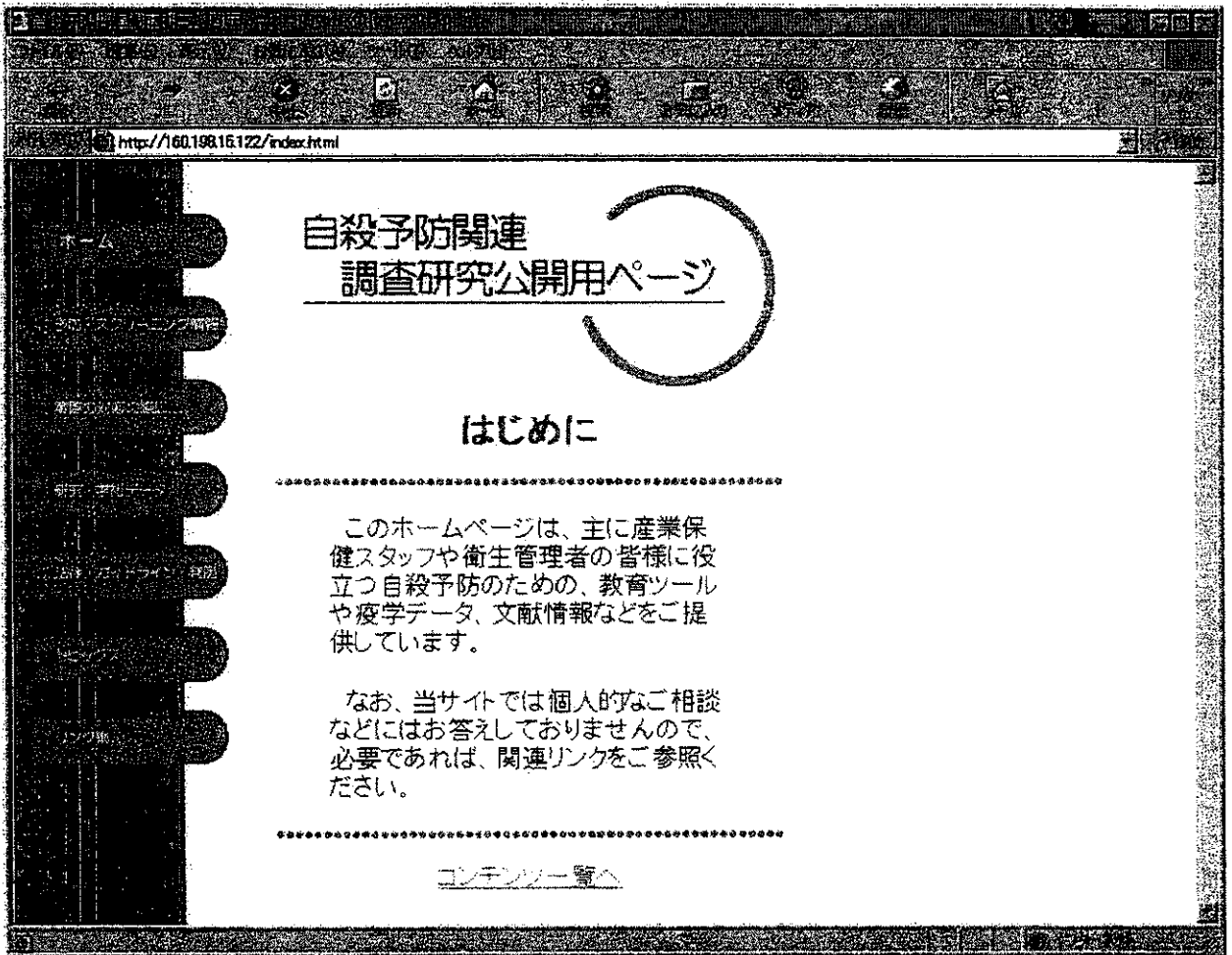
リスクを持つ個人の保護のために外部環境を変えるという予防へのアプローチは、教育や法律に頼っているような伝統的な公衆衛生のアプローチとは対照的である。

さらに自殺予防の努力は、効果的なアプローチについてのコンセンサスの欠如など様々な障壁も抱えている。今後は、見込みのある「一番のやり方」を定義しながら、評価研究していく大規模な試験的なプログラムが必要であろう。

1998年に開かれた専門家会議では、自殺予防のための提案がまとめられた。その後、これは米国で Surgeon General's Call to Action として発表された。これは、評価、介入、方法論の項目の下に 15 の提案が組み入れられている。調査研究に基づく証拠は十分でないが、この戦略は自殺予防についての考えを最もよく表現している。

<結語>

ここでは、個々の治療的アプローチと全体を対象にした予防介入の両方を組み入れた自殺に対する予防的介入の全体像を強調した。これらの介入効果の証拠が不十分であることも事実である。しかし、より科学的な基盤ができたとしても、全ての自殺を防げるものではない。



http://160.198.15.122/cgi-bin/bunruip/

キーワード別文献データベース

戻る

職域以外のキーワードに関する
文献データベースは
こちら→●国立保健医療科学院のHPへ

ご覧になりたいキーワードをクリック
すると、
レビューと関連文献、さらに関連文
献の要約をご覧いただけます。

職域のキーワード

- 年齢
- 性別
- 人種、民族、文化的側面
- 職業、経済
- 家族
- 社会的側面

http://160.198.15.122/cgi-bin/bunruip/?BUNRUJF=08

職業、経済

戻る

●関連文献レビュー

この項目に相当する文献は31文献あり、医療関係者に関するものは19文献であった。軍隊に関する文献は5文献、警察に関するものも2文献あった。
→ [レビュー](#)

●関連文献リスト

1. [1973年から1992年のデンマークにおける医師の死亡率と死亡原因 \(Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992\) Knud Juell, Johannes Mosdechiz, Eva Stottrup, Hansen](#)

文献名をクリックすると、各文献の要約

http://160.108.15.122/cgi-bin/bunruip?BUNKEN-S446

文献内容詳細

[戻る](#)

分類	職業、経済
タイトル(日本語)	1973年から1992年のデンマークにおける医師の死亡率と死亡原因
タイトル(英語)	Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992
研究者	Knud Juell, Johannes Mosdack ² , Eva Stottrup Hansen ³
所属機関	¹ The Danish Institute for Clinical Epidemiology, Copenhagen, Denmark, ² The Danish National Board of Health, Copenhagen, Denmark, ³ University of Copenhagen, Panum Institute, department of occupational and Environmental Health, Denmark
言語	英語
	Int J Epidemiol 1999; 28

http://160.108.15.122/review0000.html

[戻る](#)

8章 職業、経済

信頼にたる厳格な職業に関する研究は、医師・歯科医師・芸術家などの幾つかの職業のみに限定されている。どのような職業で自殺率が高いのか？また、その原因や関連因子との因果関係を論じるためには、未だ多くの研究が必要とされている状況である。

職業に関わる経済と自殺との関係における研究は、結論が一定していないものも多く、解釈が難しい。加えて、解析対象も小さく、国家レベルでの研究がなく、今後の研究が待たれるところである。

<職業と自殺に関する研究>

7カ国の国家規模データでは、自殺率が高い職業として歯科医・医師・肉体労働者・芸術家が挙げられ、一方、自殺率が低い職業として、学校教員・店員・郵便員が示されている。

以下に、職業と自殺に関する主な研究成果の概要を記載する。

- ・歯科医：職業と自殺に関する様々な調査で、常に最も自殺率の高い職種である。その原因としては、1) 機会要因：自殺に使用する薬物の易入手性、2) 職業ストレス；精神の医者患者関係（劣

労働者の自殺予防に関する調査研究

自殺の原因調査班Ⅰ（精神科医を対象とした調査）

2次調査「精神科患者における自殺調査」

班長

中村 純（産業医科大学 精神医学教室）

新開 隆弘（産業医科大学 精神医学教室）

副田 秀二（産業医科大学 精神医学教室）

高橋 法人（産業医科大学 医学概論教室）

金澤 耕介（九州労災病院 精神科・ストレス科）

西村 良二（福岡大学 精神医学教室）

I. はじめに

現在、本邦における自殺者は平成 10 年以降 4 年連続で 3 万人を超えるという未曾有の事態が続いている。警察庁による平成 13 年における自殺統計によると「原因・動機別（遺書のあるもの）」では、「健康問題」が依然 1 位であるが、2 位の「経済・生活問題」が 31.5%とその急増ぶりが目立ち、更に 40-50 歳代に限ってみると、この「経済・生活問題」は「原因・動機別」の実に 63.7%を占める。経済・生活的な問題がいかに切実かがうかがわれる。また、このことは自殺者数と完全失業率がリンクしてきたことによっても裏付けられる。よって今日の長引く不況の克服が自殺予防の重要課題であることは異論のないところであろう。

このように経済的な問題が重要である一方で、精神障害もまた自殺問題を考える上で重要な課題である。精神障害者に自殺者が有意に多いことが知られており¹⁾、自殺者の約 90%が何らかの精神障害に罹患しているとする報告もある²⁾。飛鳥井³⁾は、三次救急施設に收容された自殺企図者 265 名の検討結果とその後の心理学的剖検による報告から、自殺予防について精神障害の治療が最重要課題であると強調している。そこで今回我々は精神科患者における自殺に注目し、精神科受診中に自殺した症例を対象にした調査を行い、自殺の危険因子などについて検討を行った。

II. 対象と方法

1) 調査対象

全国の大学病院精神科、労災病院精神科、福岡県内の精神病院、精神科診療所、総合病院精神科に受診中、1998 年 1 月 1 日から 2001 年 12 月 31 日までの期間に自殺既遂した症例についてアンケート調査を実施した。本調査は、実際には昨年度実施した 1 次調査で既にピックアップしている自殺症例について追加調査するという形（すなわち 2 次調査）で行った。1 次調査と同様、各施設に勤務する精神科医をアンケートの回答者とした。アンケート用紙を 2002 年 11 月 20 日に発送し、当初 2002 年 12 月 20 日とした回答締め切りを、回収状況を考慮し 2003 年 1 月 20 日頃までに一旦延長、実際には 2003 年 2 月末までに回収したものを調査対象とした。

2) 調査項目

アンケート用紙は、個々の自殺症例についての年齢、性別、診断などの基本的な情報についての設問およびこれまでの研究から自殺の危険因子となり得る項目についての設問などから構成されている（資料 1 参照）。

III. 結果

1. 回収率と自殺症例数

回収率は、全体で104施設中63施設から回答があり60.6%であった。このうち、大学病院精神科は33施設中20施設(回収率60.6%)、単科精神病院は47施設中28施設(回収率59.6%)、精神科診療所は12施設中9施設(回収率75.0%)、労災病院神経科・精神科は8施設中4施設(回収率50.0%)、総合病院精神科は4施設中2施設(回収率50.0%)であった(表1)。

また、回収できた自殺症例数は全体で306例であり、施設別では精神病院127例(41.5%)、大学病院125例(40.8%)、労災病院22例(7.2%)、精神科診療所18例(5.9%)、総合病院14例(4.6%)、総合病院14例(4.6%)であった(表1)。

2. 性別

性別は、男性147例(48.0%)、女性157例(51.3%)、不明2例(0.7%)であった。

3. 診断

診断は、統合失調症(精神分裂病)・統合失調症型障害・妄想性障害(F2)120例(39.2%)、気分障害(F3)109例(35.6%)、神経症性障害・ストレス関連障害・身体表現性障害(F4)25例(8.2%)などであった(表2)。

4. 自殺既遂時年齢

自殺既遂時年齢は、平均で47.2±15.0歳であり、50歳代72例(23.5%)、40歳代が66例(21.6%)、30歳代が53例(17.3%)、60歳代が47例(15.4%)、20歳代が53例(17.3%)などであった(表3)。

5. 自殺手段

縊死118例(38.6%)、投身53例(17.3%)、入水22例(7.2%)などであった(表4)。

6. 自殺既遂時の治療形態

自殺既遂時の治療形態は、外来が233例(76.1%)、入院が66例(21.6%)、不明7例(2.3%)であった。

7. 精神科入院歴

過去に精神科入院歴がある症例は 211 例 (69.0%)、ない症例は 91 例 (29.7%)、不明 3 例 (2.3%) であった。また、精神科入院歴のある症例に限って自殺既遂が退院後何日目 (退院翌日から起算) に行われたかを追加質問したところ、自殺既遂が退院後 7 日以内に起こった症例が 12 例 (5.7%)、同 8 日目以降に起こった症例が 165 例 (78.2%)、不明 34 例 (16.1%) であった。

8. 自殺既遂時の職業の有無

自殺既遂時に有職の症例が 83 例 (27.1%)、無職の症例が 213 例 (69.6%)、不明 10 例 (3.3%) であった。

9. 自殺企図歴

自殺企図歴のある症例が 133 例 (43.5%)、ない症例が 164 例 (53.6%)、不明 9 例 (2.9%) であった。

10. アルコール依存症

アルコール依存症のある症例が 28 例 (9.2%)、ない症例が 269 例 (87.9%)、不明 9 例 (2.9%) であった。

11. 薬物依存の有無

薬物依存のある症例が 17 例 (5.6%)、ない症例が 284 例 (92.8%)、不明 5 例 (1.6%) であった。

12. 配偶者の有無 (自殺既遂時)

自殺既遂時に配偶者のある症例が 146 例 (47.7%)、ない症例が 157 例 (51.3%)、不明 3 例 (1.0%) であった。

13. 同居者の有無 (自殺既遂時)

自殺既遂時に同居者のある症例が 252 例 (82.4%)、ない症例が 41 例 (13.4%)、不明 13 例 (4.2%) であった。

14. 自殺の家族歴の有無

自殺の家族歴のある症例が 24 例 (7.8%)、ない症例が 256 例 (83.7%)、不明 26 例 (8.5%) であった。

15. 精神障害の家族歴の有無

精神障害の家族歴のある症例が 70 例 (22.9%)、ない症例が 209 例 (68.3%)、

不明 27 例 (8.8%) であった。

16. B 群人格障害 (反社会性人格障害、境界性人格障害、演技性人格障害、自己愛性人格障害) の有無

B 群人格障害のある症例が 42 例 (13.7%)、ない症例が 254 例 (83.0%)、不明 10 例 (3.3%) であった。

17. 喪失体験 (経済的損失、地位の失墜、病気や外傷、近親者の死亡等) の有無

喪失体験のある症例が 112 例 (36.6%)、ない症例が 189 例 (61.8%)、不明 5 例 (1.6%) であった。

18. 絶望感 (未来の指向性の内容が否定的になった状態) の既往

絶望感の既往のある症例が 162 例 (52.9%)、ない症例が 116 例 (37.9%)、不明 28 例 (9.2%) であった。

19. 総コレステロール値

総コレステロール値を測定していた症例は 189 例 (61.8%) ありその平均値は 192.9 ± 39.3 mg/dl であった。そのうち基準値 (150 mg/dl) を下回った症例は 24 例 (7.8%) であった。

尚、本調査の自殺症例における 7. 精神科入院歴から 19. 総コレステロール値までの各危険因子の出現頻度を表 5 に示す。

20. 「どうすれば自殺を防ぐことが出来たと思うか」

「どうすれば自殺を防ぐことが出来たと思うか」という質問に対する回答の集約を表 6 に示す。この表に示した回答の他に、「突発的で予測は困難であった」などとする回答もあった。

IV. 考察

本調査は昨年度の 1 次調査で既にピックアップした、全国の大学病院精神科、労災病院精神科、福岡県内の精神病院、精神科診療所、総合病院精神科に受診中の自殺症例について、更に一步踏み込んで追加調査を行ったものである。自殺の成因には生物-心理-社会的要因が複雑に関与しているものと考えられている⁴⁾。本調査では、生物-心理-社会的それぞれの側面から国内外で報告されている自殺の危険因子についてその出現頻度を調査した。

自殺既遂時の治療形態は外来が76.1%を占め、外来治療中の自殺が入院中の自殺より多いことが示された。Lawrenceら⁵⁾は退院後の最初の1週間が自殺の危険が高いことを報告している。これに関して、本調査でも自殺が退院後7日以内に行われた症例が12例(5.7%)認められた。

自殺企図歴は主要な自殺の危険因子の一つと考えられている。本調査でも過去に自殺企図歴のある症例が133例(43.5%)に上った。

アルコール依存症者における自殺の生涯危険率は11-15%とされ、一般人口より高い。アルコール依存症者の18%が自殺によりその生涯を終えるとの試算もある⁶⁾。本調査ではアルコール依存症のある症例が28例(9.2%)認められた。

薬物依存に代表される物質依存もまた自殺の危険因子とさせている。うつ病と物質依存併発は自殺の危険を高める。海外では自殺者の70~80%にうつ病と物質依存の併発を認めたとする報告もある。本調査では、薬物依存のある症例が17例(5.6%)認められた。

社会的支援の欠如は自殺の危険因子と考えられており、非婚者は結婚者の2.5倍自殺の危険率が高いとする報告がある⁷⁾。本調査では自殺既遂時に配偶者および同居者のない症例が157例(51.3%)、41例(13.4%)であった。

自殺の家族歴、精神疾患の家族歴ともに自殺の危険因子となりうる。自殺者の11%に第一度親族の自殺の家族歴があるとする報告⁸⁾がある。双生児研究でも一卵性双生児の自殺の一致率が二卵性双生児の自殺の一致率より高いことが報告されている⁹⁾。本調査では自殺の家族歴のある症例が24例(7.8%)、精神障害の家族歴のある症例が70例(22.9%)認められた。

反社会性人格障害、境界性人格障害、演技性人格障害、自己愛性人格障害などのB群人格障害は自殺の危険因子となりうる。うつ病にB群人格障害を合併すると自殺の危険が高まる¹⁰⁾。本調査ではB群人格障害のある症例が42例(13.7%)認められた。

経済的損失、地位の失墜、病気や外傷、近親者の死亡などの喪失体験は心理社会的な自殺の危険因子となり得る。本調査では喪失体験のある症例が112例(36.6%)に認められた。

絶望感は「未来の指向性的内容が否定的になった状態」であり、抑うつより絶望感の方が希死念慮により相関するとの報告がある¹¹⁾。本調査では絶望感の既往のある症例が162例(52.9%)に認められた。

コレステロール値が低い精神科男性患者はコレステロール値が高い精神科男性患者に比べ自殺企図の危険が2倍高いとする報告¹²⁾や、コレステロール値が低い人は高い人に比べ抑うつの傾向が強いとする報告¹³⁾があり、低コレステロールは自殺の危険因子かも知れない。本調査では、総コレステロール値を測定していた症例は189例(61.8%)ありその平均値は192.9±39.3であった。

そのうち基準値（150mg/dl）を下回った症例は24例（12.7%）であった。

「どうすれば自殺を防ぐことが出来たと思うか」という質問に対する回答（表6）からは、自殺が生物-心理-社会的なものであり、その予防には多角的な対応が必要であることを読み取ることができる。

今後は、各危険因子について対照群との比較検討を行う予定である。

文献

1. Cheng ATA: Mental illness and suicide: A case-control study in west Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 52: 594-603, 1995.
2. 張 賢徳: 自殺研究における多数例研究の意義. *精神医学* 38: 477-484, 1996.
3. 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討. *精神経誌* 96: 415-443, 1994.
4. Maris RW. Suicide. *Lancet* 360: 319-326, 2002.
5. Lawrence D, Holman CD, Jablensky AV, Fuller SA, Stoney AJ. Increasing rates of suicide in Western Australian psychiatric patients: a record linkage study. *Acta Psychiatr Scand.* 104:443-51, 2001.
6. Roy A, Linnoila M. Alcoholism and suicide. In: Maris RW. *Biology of suicide*. New York: Guilford, pp244-273, 1986.
7. Bucca M, Ceppi M, Peloso P, Arcellaschi M, Mussi D, Fele P. Social variables and suicide in the population of Genoa, Italy. *Compr Psychiatry* 35: 64-69, 1994.
8. Maris RW. *Pathways to suicide*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1981.
9. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry* 48: 29-32, 1991.
10. Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ. Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord* 39: 61-72, 1996.
11. Wetzel RD. Hopelessness, depression, and suicide intent. *Arch Gen Psychiatry* 33: 1069-1073, 1976.
12. Golier JA, Marzuk PM, Leon AC, Weiner C, Tardiff K. Low serum cholesterol level and attempted suicide. *Am J Psychiatry* 152: 419-423, 1995.
13. Terao T, Iwata N, Kanazawa K, Takano T, Takahashi N, Hayashi T, Sugawara Y. Low serum cholesterol levels and depressive state in human dock visitors. *Acta Psychiatr Scand* 101: 231-234, 2000.

表 1. 回収率と自殺症例数

	回答数/送付数	回収率%	自殺症例数 (%)
大学病院精神科	20/33	60.6	125 (40.8)
単科精神病院	28/47	59.6	127 (41.5)
精神科診療所	9/12	75.0	18 (5.9)
労災病院精神科	4/8	50.0	22 (7.2)
総合病院精神科	2/4	50.0	14 (4.6)
合計	63/104	60.6	306 (100)

表 2. 診断

ICD-10 精神および行動の障害	症例数 (%)
F2 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害	120 (39.2)
F3 気分 (感情) 障害	109 (35.6)
F4 神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害	25 (8.2)
F6 成人の人格および行動の障害	21 (6.9)
F1 精神作用物質使用による精神、行動の障害	12 (3.9)
F0 症状性を含む器質性精神障害	10 (3.3)
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	2 (1.6)
F7 精神遅滞	1 (0.3)
不明	6 (2.0)
合計	306 (100)

表 3. 年 齡

年 齡	症例数 (%)
10歳代	5 (1.6)
20歳代	43 (14.1)
30歳代	53 (17.3)
40歳代	66 (21.6)
50歳代	72 (23.5)
60歳代	47 (15.4)
70歳代	16 (5.2)
80歳代	4 (1.3)
不明	6 (2.0)
合 計	306 (100%)

表 4. 自殺手段

手段	症例数 (%)
縊首	117 (38.2)
飛び降り	53 (17.3)
入水	22 (7.2)
焼身	16 (5.2)
服毒	16 (5.2)
大量服薬	12 (3.9)
列車への飛び込み	7 (2.3)
車の排気ガス吸引	4 (1.3)
その他	32 (10.1)
不明	27 (8.8)
合計	306 (100)

表 5. 自殺症例における危険因子の出現頻度

危険因子	症例数	(%)
無職	213	(69.6)
精神科入院歴	211	(69.0)
絶望感	162	(52.9)
配偶者なし	157	(51.3)
自殺企図歴	133	(43.5)
喪失体験	112	(36.6)
精神障害の家族歴	70	(22.9)
B群人格障害	42	(13.7)
同居者なし	41	(13.4)
アルコール依存症	28	(9.2)
低コレステロール血症	24	(7.8)
自殺の家族歴	24	(7.8)
薬物依存	17	(5.6)