

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

自殺企図の実態と予防介入に関する研究

平成 16 年度 総括研究報告書

主任研究者 保坂 隆

平成 17 年(2005)年 3 月

目 次

I. 総括研究報告	
自殺企図の実態と予防介入に関する研究-----	2
主任研究者 保坂 隆 (東海大学医学部教授)	
II. 分担研究報告	
1. 岩手県高度救急救命センターにおける自殺企図者の実態調査	
—性差に関する検討を中心に—-----	4 5
分担研究者 酒井明夫 (岩手医科大学医学部教授)	
2. 救命救急センターに入院した複数回自殺企図者の特徴と退院後受療行動から	
みた問題点—精神科救急対応の現状を踏まえた—考察 -----	5 1
分担研究者 伊藤敬雄 (日本医科大学医学部講師)	
3. 重症度別に見た自殺企図の実態と再企図に関する研究-----	8 2
分担研究者 人見佳枝 (近畿大学医学部講師)	
4. 救命救急センターにおける重症自殺未遂患者の予後調査-----	8 6
分担研究者 増子博文 (福島県立医科大学医学部講師)	
5. 三次救急医療施設における精神的問題に関するデータベース研究-----	9 4
研究協力者 松岡 豊 (国立精神・神経センター精神保健研究所・室長)	
川瀬英理 (国立精神・神経センター精神保健研究所)	
西 大輔 (国立病院機構災害医療センター救命救急科)	
6. 救急現場での自殺の現状-----	1 0 2
分担研究者 岸 泰宏 (東海大学医学部講師)	
7. 自殺未遂者の企図前後における精神科受診行動研究-----	1 1 0
研究協力者 狩野正之 (佐久総合病院精神神経科部長)	
8. 労働者における自殺予防に関する研究—労災請求患者調査より—-----	1 1 8
分担研究者 黒木宣夫 (東邦大学医学部助教授)	
9. 高齢化社会の中での在宅介護者の現状-----	1 3 3
分担研究者 町田いづみ (東京福祉大学助教授)	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	1 4 7
IV. 研究成果の刊行物・別刷-----	1 5 4

厚生労働科学研究研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
平成16年度 総括研究報告書

自殺企図の実態と予防介入に関する研究

主任研究者 保坂 隆（東海大学医学部教授）

【研究要旨】

第1の研究では、三次医療施設の救命救急センター3カ所で、共通したケースカードを用いて自殺企図者のケースを集積しその背景因子などを分析した。本年度は722例が集積され、そのうち80例の既遂例があったために、自殺による死亡の予防を考える目的で、未遂例に対する既遂例の特徴を明らかにした。それによれば、未遂例に対する既遂例の特徴は、①男性であること、②高齢であること、③精神科の既往・通院歴がないこと、④精神疾患の家族歴がないこと、⑤初回の自殺企図であること、⑥事前に周囲に相談していないこと、⑦短期間でのストレスは（未遂例と比べて）少ないこと、⑧企図時に飲酒していないこと、⑨うつ病であること、⑩手段が飛び降り・飛び込み・縊頸であること、⑪希死念慮が強いこと、などであった。

最も気になった点は、諸外国の報告に比べて、自殺企図者が企図前に周囲の人間、特に医療機関を受診することは非常に少ないということであった。研修医や実地医家への卒後研修の重要性は前提としながらも、うつ病や自殺についての啓蒙、すなわち一次予防的な介入がこれまで以上に必要であると思われた。

第2の研究では、各施設における自殺企図・再企図の予防策を提案した。岩手医大の研究によれば、企図手段に関しては、男性は致死性の高い手段（縊首、排ガス、焼身）を選ぶ傾向があるなど、自殺企図の実態は性別によって異なっているため、自殺予防に関しては、性別という要因も念頭に置いて介入活動を進めていく必要のあることが考察された。

日本医大付属多摩永山病院の研究によれば、適応障害圏と人格障害の症例では、他と比較して企図後の受療率は約7割と低く、再自殺率は約3割と高い傾向にあった。適応障害圏と人格障害は、他の精神科診断群と比較して精神科受療の動機付け・症状安定の維持・自殺予防の困難さが伺えた。

また、自殺企図例の半数、とくに人格障害例ではその9割が治療を肯定的に

捉えていなかった。よって、自殺企図後の治療では、単に身体的治療に終始することなく、自殺企図者の精神的問題を捉えた上で、適切な精神的支援を行なうとともに、自殺予防の観点からも、退院後の精神科受療の必要性を認識してもらう必要があることが示された。

さらに、近畿大学医学部附属病院の研究によれば、50歳から69歳までの自殺企図者において重症が多く、かつ初回企図者が多いという特徴が認められた。重症度と企図回数による分類では、重症の初回企図者と、軽症の頻回企図者とははっきりと区別された。再企図は中等症及び軽症の企図者に多く認められ、重症の企図者では少なかった。これらの結果により、重症度およびその他の特徴によって異なる介入方法を考慮することで、より効果的な自殺予防活動ができることが示された。

第3の研究では、職域や地域、特に在宅介護者にみられる自殺について検討した。まず、労働者の自殺を防止するために、過去5年間に某機関に労災請求された事例95例を、認定事例と非認定事例に分類して検討を加えた。それによれば認定・非認定事例を問わずに転勤、配置転換などの環境の変化に伴う業務内容の変化、責任の過重負荷等がうつ病発症の大きな要因であることが明らかになった。また、業務上の出来事から3ヶ月以内の死亡は全体の43%、特に認定事例の67%を占めていたが、認定事例は業務上の出来事から極めて早期に発症し、発病すると非認定事例に比べ早期に死亡することが明らかになった。

一方、近い将来予想される超高齢化社会は、高齢者が高齢者を介護するという厳しい時代を示唆するものである。さらに高齢化は認知症患者数の増加とも関係する。多くの認知症患者では、多彩な精神症状や問題行動が生じるため、介護者の精神的・身体的負担を増大させ、介護者の生活そのものをも圧迫することが文献上から明らかになった。しかし、同時に、これら報告のほとんどは欧米のものであり、日本における研究は極めて少ないことが分かった。そのため、本年度の最後に数万人規模の介護者を対象にして、うつ病の有病率や、希死念慮の存在についての研究が実施される予定である。

【分担研究者】

酒井明夫	岩手医科大学神経精神科学・教授
伊藤敬雄	日本医科大学精神神経科学・講師
人見佳枝	近畿大学医学部精神神経科学・精神医学・講師
黒木宣夫	東邦大学医学部附属佐倉病院精神神経医学研究室・助教授
岸 泰宏	東海大学医学部専門診療学系精神科・講師
増子博文	福島県立医大精神神経科・講師
町田いづみ	東京福祉大学社会福祉学部・助教授

【研究協力者】

松岡 豊	国立精神・神経センター精神保健研究所・室長
川瀬英理	国立精神・神経センター精神保健研究所
西 大輔	国立病院機構災害医療センター救命救急科
狩野正之	佐久総合病院精神神経科部長

I. 自殺企図の実態調査

A. 研究目的

【背景】

わが国では自殺による死亡者数は1988~1997年の間は年間22,000~23,000人くらい(平均22,410人)で推移してきたが、1988年に32,863人に急増して以来、ずっと3万人を超える年が続いている。1年間で2万人台から3万人台に1万人増えたことになるので、この増加は非常に極端であると言わざるを得ない。

しかも日本人の死因統計によれば自殺は第6位であるが、15-54歳のいわゆる生産的な年齢を15-19歳、20-24歳のように5歳間隔に区切ってみると、自殺はどの年齢区分でも第1位か第2位になっていることはあまり知られていない。

このような流れのなかで、2000~2010年における「21世紀における国民健康づくり運動」いわゆる「健康日本21」が策定され、この中

で自殺による死亡者数を22,000人以下にするという目標値が設定されたのである。(1)そして社会全体として自殺予防対策に取り組む契機とするために急遽設置された「自殺防止対策有識者懇談会」の最終報告(2002年12月)には、早急に取り組むべき自殺防止対策として、うつ病対策が盛りこまれた。その結果、2003年8月には厚生労働省に「地域におけるうつ対策検討会」が発足し、2004年1月には「うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー」がWeb上で公開されたのである。(2)また、これと並行して、同年3月には、日本医師会からも「自殺予防マニュアルー一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」が出された。

このように自殺予防は今やまさに国民的な大事業となっているが、予防策を講ずるのと並行して、自殺企図者についての背景因子を詳細に検討するという作業も必要になってくる。これまでも黒澤らにより国内の12施設

の救命救急センターに搬送された自殺企図者 1,560 例を対象とした検討が 1991 年に報告されている。(4)その中では、既遂・未遂、性別、年齢、精神科診断、転出先などが集計され、当時としては画期的な情報を与えてくれた。しかしその後、同じような規模の検討がなされていないため、自殺企図者の背景についてさらに詳細に検討する必要があると考え本研究が開始された。

【目的】

本研究では、複数の救命救急センターに搬送される自殺企図者について、その実態を明らかにし、背景因子を詳細に検討することを目的としている。なお本研究の特徴は以下の通りである。

- ①対象は 1,000 人規模を目標としていること、
- ②全例を精神科医が診察していること、
- ③共通したケースカードを使用すること、
- ④DSM-IV により Axis-I から Axis-V まで評価していること、などである。

B. 研究方法

【対象】

対象は、岩手医科大学付属病院、近畿大学医学部付属病院、日本医科大学付属多摩永山病院の 3 施設の救命救急センターに自殺企図のために搬送

された患者である。

自殺企図の定義は、日本救急医学会に設置された精神保健問題委員会の診断基準に基づいて行われた。(5)すなわち、①本人の陳述のある場合、②遺書または本人からの予告があった場合、③自殺行為の目撃者がいる場合、④司法関係者または剖検によって断定された場合、⑤それ以外でも希死念慮や既往歴その他によって自殺であると考えたほうが妥当性が高い場合、などである。

【方法】

まず、巻末に付録として示したケースカードを作成した。このマニュアルの使用法などについては先行研究(6)の中で検討し、施設間の誤差が生じないように配慮した。

自殺企図者が搬送された場合、特に夜間の場合に、その時点で精神科医が呼ばれるか翌朝診察するかは各施設によって異なるが、いずれにしても精神科医が出向いて全例を診察して統一されたケースカードに記入した。そして、そのケースカードを主任研究者が集積して統計処理をした。

本年度の症例の集積期間は平成 15 年 8 月 1 日より平成 16 年 12 月 31 日(1 年 5 ヶ月間)とした。

【統計解析】

まず自殺企図者の背景因子の記述的統計解析を行った。次に、自殺未遂例と既遂例の比較では、 χ^2 -検定または t-検定を行った。

統計ソフトは SPSS-Version.12 を使用した。

C. 研究結果

夜間救急時の診察や、翌日退院した症例などもあったために、項目によっては未記載のケースもあった。性別についての未記載例 8 例を含めると 3 施設で計 722 例のケースが集積された。そのため、本年度の報告書では、この 722 例についての背景因子を検討した。ただし報告書の中では匿名化の目的のために、3 施設を仮に A、B、C 施設（順不同）とした。

まず、性別のわかる 714 例について、3 施設それぞれの男女別の対象数を【表—1】【図—1】に示した。どの施設も、女性の方が男性に比べて約 2 倍近い症例数であることがわかる。（男性：女性≒1：2）

次に、それぞれの施設の対象に関して、同居者の有無についてを【図—2】に示した。それによれば、C 施設は他の 2 施設と比較して「同居者なし」すなわち一人暮らしの者が多い傾向があるが、3 施設とも圧倒的に「同居者がいる」場合のほうが多いことがわかる。さらに、【図—3】には結婚状況について示したが、それによれば C 施設では他の 2 施設と比較して独身者が多いことがわかる。その理由は、3 施設のうちで、C 施設のみが都心近郊に位置し、都心で働く独身者のベッドタウンになっているためと考えられ、

【図—2】【図—3】で示したように、独身で、一人暮らしが多いことの背景になっている。しかし、いずれにして

も、その差を除くと、3 施設とも同様の傾向であるため、以後の解析は 3 施設を一緒にして行った。

まず、【図—4】は男女別の年齢構成（13-90 歳）を示した。それによれば男女とも 20 代・30 代にピークがあり、男性では 40 代・50 代にも女性に比べて多いことがわかる。そのため、平均年齢は男性で 40.0 歳、女性で 35.1 歳となり、男性のほうが有意に ($P<0/05$) 高齢ということになる。

次に、未遂・既遂で分類すると、【表—2】【図—5】に示したように、既遂例が 80 例であった。その内訳は、男性 51 例、女性 29 例で、ほぼ 2/3 が男性ということになる。【図—6】本年度は、この既遂例についての詳細の検討をしたので後に詳しく述べる。

さて、【表—3】【図—7】には自殺企図者の同居者の有無についての結果を示した。それによれば、3/4 以上の企図者には家庭に同居者がいることがわかる。そして、結婚状況については、【表—4】【図—8】に示したように、半分近く (46%) が未婚者であったが、次いで、既婚者 (36%)、離婚者 (12%) と続いている。

さらに家族の既往歴についても調査したが、精神疾患の家族歴は 18%、自殺企図の家族歴は 11% にみられた。

（【表—5】【図—9】【表—6】【図—10】）

それに対して、自殺企図者本人の精神疾患に関しては、69% の企図者に（現在を含めて）既往歴が認められた。（【表—7】【図—11】）また、自殺

企図の回数については【表—8】【図—12】に示したが、初回の者が45%と最も多いが、複数回目の自殺企図である場合も少なくはない。さらに、既遂か未遂かで分けると、全体の11%に相当する80例の既遂例があった。

本年度の報告書では、既遂例と未遂例に分けて、それぞれの背景因子の差異について、主として χ^2 検定で検討した。まず、既遂例では男性のほうが圧倒的に多かった($P<0.01$)が、同居者の有無では有意差はなかった。(【表—10】【表—11】)

また、家族歴に関しては、精神疾患の家族歴では未遂例のほうが有意に($P<0.05$)多かったが、自殺企図の家族歴には差はなかった。(【表—12】【表—13】)

さらに、本人の精神疾患の現在を含めた既往歴に関しては、未遂例のほうが精神疾患で通院中または既往歴のある者が有意に($P<0.01$)多かった。

(【表—14】)さらに、自殺企図の回数に関しては、既遂例では初回である場合が44例で、不明分を除くと、既遂例のほとんどが初回の企図ということになる。逆に、未遂例では頻回自殺企図者が多いために、未遂・既遂で差を検定すると有意差($P<0.01$)が生じた。(【表—15】)

企図前に誰かに相談したかという点に関しては、未遂例のほうで、相談する者が有意に($P<0.05$)多く(【表—16】)、特に家族に($P<0.05$)、または友人に($P<0.01$)相談することが多いようである。(【表—17】【表—18】)

また、精神科医あるいは身体科医、その他に相談する者の割合は両群では有意差はみられなかった。(【表—19】【表—20】【表—21】)両群での数値を示すと、自殺企図前に誰かに相談した者は未遂例では $244/615=40\%$ 、既遂例では $18/60=30\%$ であった。さらに、未遂者では家族に相談した者が $133/641=21\%$ 、友人に相談した者が $86/641=13\%$ であるのに対して、受診中の精神科医に相談した者は $30/641=5\%$ に過ぎず、身体科医に相談した者はわずか1例に過ぎなかった。このような傾向は既遂例でさらに顕著であり、家族に相談した者は $9/80=11\%$ 、友人に相談した者は $3/80=4\%$ であり、精神科医に相談した者は $5/80=6\%$ に過ぎず、身体科医に相談した者は全くいなかった。

さて、自殺企図の契機については、【表—22】に示すように両群で有意差がみられた。すなわち、未遂例では24時間以内に自殺企図の契機があった者が $177/(639-44)=30\%$ 、1週間以内が $182/(639-44)=31\%$ であるのに対して、既遂例では24時間以内が $5/(79-27)=10\%$ 、1週間以内が $4/(79-27)=8\%$ に過ぎなかった。既遂例では、もっと長い時間単位のストレスや困苦の積み重ねがあったと推測される。

また、自殺未遂例では既遂例に比べて、【表—23】に示したように、自殺企図時に飲酒していることが有意に($P<0.05$)多かった。(109/616:3/48)

= 17.7% : 6.3%)

一方、自殺企図者の精神疾患に関しては、【表—24】に示したように、既遂例では気分障害（うつ病）と診断されるケースだけが、未遂例と比較して有意に($P < 0.01$)多かった。(33/80 : 144/641 = 41.3% : 22.5%) 逆に、不安障害あるいは適応障害または人格障害と診断されるケースが、未遂例で有意に($P < 0.01$)多かった。(【表—25】【表—26】【表—27】) 他の精神科診断については、いずれも両群間で有意差はなかった。

さらに、自殺企図の手段についても検討したが、まず未遂例では、処方された向精神薬や市販薬の大量服薬による自殺企図が有意に多かった($P < 0.01$)。(【表—28】【表—29】) それに対して、既遂例のほうが有意に($P < 0.01$)多かった手段は飛び込み、飛び降り、縊頸であった。(【表—30】【表—31】【表—32】)

また背景因子としては、【表—33】に示したように、既遂例のほうが未遂例と比べて、より高齢で($P < 0.01$)、希死念慮もより強い($P < 0.01$)ことがわかった。教育年数には差はなかった。

D. 考察

目標となる1,000例にはまだほど遠いが、今回3施設からの722例を検討した。性別でいうと男性：女性≒1：2であり、既遂者では男性が多く、未遂者では女性が多い、などこれまでの報告と矛盾はない。また自殺企図者に

は同居者がいることの方が多くことが示されたが、「一人暮らしのほうが多い」という従来の印象とは逆の状況であった。家庭内でのトラブルが原因となる場合が最も多い(データ未掲)ことを考え合わせると、整合性のある結果であると思われる。

平均年齢は男性で40.0歳、女性で35.1歳であったが、この差の由来は、男女とも20~30歳代にピークがあるが、男性ではこれに加えて40~50歳代も女性に比べて多いことによる。男性では中高年にもピークがあるとす

る以前の報告とも一致する。(7)

本年度は計80例の既遂例があったので、既遂例と未遂例の差を明らかにすることが中心であった。その理由は、自殺予防のプログラムを考える場合、既遂例の特徴をより鮮明にすることが必要だと思われるからである。それによれば、未遂例と比較した時の既遂例の特徴は①男性であること、②高齢であること、③精神科の既往・通院歴がないこと、④精神疾患の家族歴がないこと、⑤初回の自殺企図であること、⑥事前に周囲に相談していないこと、⑦短期間でのストレスは(未遂例と比べて)少ないこと、⑧企図時に飲酒していないこと、⑨うつ病であること、⑩手段が飛び降り・飛び込み・縊頸であること、⑪希死念慮が強いこと、などである。

最後に、自殺企図前に周囲の人間に相談しているかどうかという点について考察する。有名なLuoma JBの総説によれば、自殺企図者の19%は企図

前1ヶ月間にメンタルヘルスを受診しているし、45%はプライマリケアを受診しているようである。(8)しかし、本研究ではこれらとは全く異なった結果が得られた。自殺企図前に(期間は決めなかったが)誰かに相談した者は未遂例では40%、既遂例では30%、に過ぎなかった。しかも医療機関(精神科医および身体科医)になるともっと激減し、未遂例では受診中の精神科医に相談した者が5%に過ぎず、身体科医に相談した者はわずか1例に過ぎないことがわかった。さらに、このような傾向は既遂例でさらに顕著であり、精神科医に相談した者は6%に過ぎず、身体科医に相談した者はいなかった。

アメリカのプライマリケア医と日本の身体科医(開業医や病院の内科医などを想定)とは、前者が日常的な相談ができる、いわば家庭医的な要素が強いという点が顕著であるため、単純な比較はできないかもしれない。日本の一般医はうつ病の診断率が諸外国と比べて低い、という国際研究も一部関連して平成16年度から新医師臨床研修制度が始まり、すべての医師が精神科研修を受けることが義務づけられた。同様に、医師会なども実地医家をもっとうつ病を診断できるような生涯教育を行っている。これら自体、すなわち医師の卒後研修・生涯教育としての精神科研修は素晴らしいことであるが、自殺予防の方策を考える時に、医師の卒後研修以前の問題がそこにはあると思われる。つまり、自殺企

図者予防群や周囲の家族へのうつ病や自殺企図に関する啓蒙、すなわち一次予防的な働きかけがまずは必要ではないかと思われた。

E. 結論

三次医療施設の救命救急センター3カ所で、共通したケースカードを用いて自殺企図者を集積しその背景因子などを解析した。本年度は722例が集積され、そのうち80例の既遂例があったために、自殺による死亡の予防を考える目的で、まず未遂例に対する既遂例の特徴を明らかにした。それによれば、未遂例に対する既遂例の特徴は、①男性であること、②高齢であること、③精神科の既往・通院歴がないこと、④精神疾患の家族歴がないこと、⑤初回の自殺企図であること、⑥事前に周囲に相談していないこと、⑦短期間でのストレスは(未遂例と比べて)少ないこと、⑧企図時に飲酒していないこと、⑨うつ病であること、⑩手段が飛び降り・飛び込み・縊頸であること、⑪希死念慮が強いこと、などであった。

最も気になった点は、諸外国の報告に比べて、自殺企図者が企図前に周囲の人間、特に医療機関を受診することは非常に少ないということであった。研修医や実地医家への卒後研修の重要性は前提としながらも、うつ病や自殺についての啓蒙、すなわち一次予防的な介入がこれまで以上に必要であると思われた。

【文 献】

- 1) 保坂 隆：休養・こころの健康。多田羅浩三（編集）健康日本21—推進ガイドライン—。187-203, ぎょうせい, 東京, 2001
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-5f.html>
- 3) 日本医師会（編集）西島英利（監修）：自殺予防マニュアル—一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応。明石書店, 東京, 2004
- 4) 黒澤 尚, 岩崎康孝：救命救急センターに収容された自殺企図者の実態—12施設のまとめ。救急医学 15: 651-653, 1991
- 5) 保坂 隆：「自殺企図患者のケースカード」使用の手引き。救急医学 15: 622-624, 1991
- 6) 保坂 隆：厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）平成15年度総括報告書「自殺未遂患者と再企図者の背景についての研究。
- 7) 堤 邦彦：北里大学病院救命救急センターに収容された自殺企図者の実態。救急医学 15: 628-629, 1991
- 8) Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry 159:909-16, 2002

F. 健康危険情報

特にない

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 人見佳枝, 田村善史, 花田一志, 向井泰二郎, 人見一彦：「自殺企図に至る動機についての調査—経済的理由による企図を中心に—」総合病院精神医学 16(3)250-255 2004
- 2) 増子博文, 小林直人, 竹内賢, 上野卓弥, 三浦至, 宮下伯容, 丹羽真一：気分障害患者の血漿モノアミン代謝産物濃度の変化から見たm-ECTの奏功機序 (The effect of m-ECT on plasma monoamine metabolites level in patients with mood disorder) (投稿中)
- 3) 佐藤奈美, 大場真理子, 阿部正幸, 大里雅紀, 菅野智美, 和田明, 増子博文, 丹羽真一：福島県立医科大学附属病院高次救急センターにおける自殺企図者の神経精神的考察 (投稿中)
- 4) 松岡 豊, 中島聡美, 金吉晴：かかりつけ医におけるうつ病スクリーニング介入の有用性—系統的レビューによる検討。週間日本医事新報 4195 (2004年9月18日) : 62-68
- 5) 川瀬英理, 下津咲絵, 今里栄枝, 唐澤久美子, 伊藤佳菜, 齊藤アンネ優子, 松岡 豊, 堀川直史：がん患者の抑うつに対する簡易スクリーニング法の開発—1質問法と2質問法の有用性の検討。精神医学 47 (印刷中)
- 6) 川瀬英理, 松岡 豊, 中島聡美, 西大輔, 大友康裕, 友保洋三, 金吉晴：三次救急医療における精神医学的問題の検討。精神保健研究 50 (印刷中)

- 7) 狩野正之, 柴田信義, 横川新二, 間島竹彦: 自殺未遂患者のアフターケアにおける精神科通院継続性—求助行動段階および精神疾患診断との関連—, 総合病院精神医学, 15, 32-44, 2003
- 8) 大塚耕太郎, 星克仁, 智田文徳, 黒澤美枝, 中山秀紀, 遠藤知方, 高谷友希, 丸田真樹, 高橋紀子, 荒木三奈, 佐藤セイ子, 関合征子, 北畠顕浩, 千葉俊美, 鈴木順, 西信雄, 大野裕, 岡山明, 酒井明夫: 2004, 久慈地域における自殺予防の取り組みについて: 自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模研究, 北リアスの汐 8: 95-101
- 9) 大塚耕太郎, 酒井明夫: 2004, 自殺予防における介入の意義, 臨床精神薬理 7: 1111-1117
- 10) 黒澤美枝, 西信雄, 野原勝, 大塚耕太郎, 酒井明夫, 岡山明: 2004, 医療従事者のうつ病患者への対応に関連した知識・意識について: 自殺多発地域における地域介入研究より, 日本医師会雑誌 131(11):1791-1797
- 11) 智田文徳, 酒井明夫, 高谷友希, 青木康博: 2004, 地域と医療機関の連携による自殺予防活動, 最新精神医学 9(4):301-310
- 12) 智田文徳, 酒井明夫, 高谷友希, 青木康博: 2004, 自殺予防活動におけるプライマリ・ケアの役割, Pharma Medica 22(8):15-18
- 13) 酒井明夫: 2004, 「精神医学史探訪 VI: カリグラの逸脱」, 精神科 5(1):52-58
- 14) 大塚耕太郎, 酒井明夫: 2004, うつ対策と自殺予防, ストレス科学 19(1)70-77
- 15) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 大野裕, 黒澤美枝, 智田文徳, 中山秀紀, 星克仁, 関合征子, 松川久美子, 稲田昌博, 橋本功, 長岡重之, 深瀬享三: 2004, 中高年の自殺とその防止対策, 臨床精神医学 33(12):1565-1575
- 16) 黒澤美枝, 坂田清美, 板井一好, 小野田敏行, 小栗重統, 酒井明夫, 西信雄, 岡山明: 2004, 住民を対象としたうつ病教育の実際, 岩手公衆衛生学雑誌 16(2):34-45
- 17) 大塚耕太郎, 酒井明夫: 2005, 自殺多発地域における自殺予防の取り組み, みやこ医報:3-4
- 18) Nishi,N., Kurosawa,M., Nohara,M., Oguri, S., Chida,F., Otsuka,K., Sakai,A. and Okayama,A.: 2005, Knowledge of and Attitudes toward Suicide and Depression among Japanese in Municipalities with High Suicide Rates, *Journal of Epidemiology* 15(2)48-55.

2. 学会発表

- 1) Tomomichi Endo, Kotaro Otsuka, Akio Sakai, Hideki Nakayama, Fuminori Chida, Yuki Takaya, Masaki Maruta, Shigeatsu Endo: An Investigation of features of suicide patients in emergency psychiatric care. XVIII World Congress of World Association for Social Psychiatry, International Conference Center Kobe, Kobe, Japan, October 26th,

2004

2) 人見佳枝, 田村善史, 花田一志, 向井泰二郎, 人見一彦, 坂田育弘: 近畿大学医学部附属病院における自殺企図研究の対象と経過報告。日本総合病院精神医学会総会, 2004, 東京

3) 丸浩明, 宮本保久, 増子博文, 丹羽真一: 最近5年間に自殺企図により福島医大麻酔科を受診した患者の精神科的背景。心身医学 40 巻 6 号 Page493 会議録。第 48 回日本心身医学会東北地方会 (1999 年 3 月 6 日, 仙台市)

4) 丸浩明, 宮本保久, 柴田勲, 熊坂忠則, 菊地百合子, 西郷佳世, 伊藤雅文, 岩崎剛士, 増子博文, 丹羽真一: 最近5年間に自殺企図により福島医大麻酔科を受診した患者の精神科的背景。福島医学雑誌, 49 巻 4 号 Page257 (1999) 会議録。第 10 回福島県精神医学会 (1999 年 2 月 21 日, 福島市)

5) 松岡 豊, 中島聡美, 金吉晴: プライマリケアにおけるうつ病スクリーニング介入は果たして有用か。第 17 回日本総合病院精神医学会総会。2004/11/26-27 (東京)

6) 川瀬英理, 松岡 豊, 中島聡美, 西大輔, 金吉晴: 三次救急医療における精神医学的問題の予備的検討。第 17 回日本総合病院精神医学会総会。2004/11/26-27 (東京)

7) 川瀬英理, 西大輔, 中島聡美, 松岡 豊: 救命救急センターにおける心的外傷。シンポジウム「一般医療とトラウマ」。第 4 回日本トラウマティックストレス学会。2005/3/25-26 (東京)

8) 狩野正之: 自殺未遂患者のアフタ

ーケアにおける精神科通院継続性一
求助行動段階および精神疾患診断との
関連一, 第 17 回日本総合病院精神
医学会総会, 2004, 東京

9) 高橋紀子, 中山秀紀, 酒井明夫, 黒澤美枝, 西信雄, 岡山明: うつ病健康教育住民アンケート調査結果, 第 15 回岩手公衆衛生学会総会, 岩手医師会館, 盛岡市, 2004

10) 遠藤知方, 井上義博, 遠藤重厚, 中山秀紀, 智田文徳, 鈴木満, 酒井明夫: 岩手県高度救命救急センターにおける精神科救急の現状と課題: 平成 15 年受診例のデータベースを中心に, 第 550 回岩手医学会, 岩手医科大学図書館 1 階セミナー室, 盛岡市, 2004

11) 伊藤欣司, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 中山秀紀: 岩手医科大学における精神科救急と精神科臨床研修, 第 550 回岩手医学会, 岩手医科大学図書館 1 階セミナー室, 盛岡市, 2004

12) 遠藤知方, 大塚耕太郎, 智田文徳, 酒井明夫, 丸田真樹, 遠藤重厚, 中山秀紀: 岩手県高度救命救急センターにおける統合失調症の自殺企図および自殺既遂について, 第 12 回日本精神科救急学会, 岡山衛生会館, 岡山市, 2004

13) Takaya, Y., Chida, F., Otsuka, K., Nakayama, H., Endo, T., Maruta, M., Sakai, A. and Aoki, Y.: A Study of Suicide Prevention Based on Suicide Autopsy Documentation Iwate Prefectural Police Department, XVIII World Congress of World Association for Social Psychiatry, International Conference Center Kobe,

付 録

自殺企図者ケースカード

【調査機関など】 岩手 日医 近畿 福島 その他 記載者_____

【I 背景】

- a 基本情報: イニシャル: _____ ID: _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男 女
- b 教育年数: 1小学卒 2中学卒 3高校卒 4短大卒 5大学卒 6他合計 _____ 年 7不明
- c 職業: 1.フルタイム 2.パートタイム 3.主婦 4.定年退職 5.無職 6.学生 7.その他 8.不明
- d 同居者: 1.あり 2.なし 3.不明
- e 婚姻状況: 1.既婚・再婚・内縁 2.未婚 3.離婚 4.別居 5.死別 6.その他 7.不明
- f 家族(家族は両親・両祖父母・兄弟のみを含める、配偶者及びその家族などは含めない)について
- 精神科疾患の既往: 1.あり 2.なし 3.不明
- 自殺企図歴: 1.あり 2.なし 3.不明
- g 精神科既往 1.あり(口通院中 過去の通院歴のみ) 2.なし 3.不明
- h 自殺企図回数 1.初回 2.2回目 3.3回目 4.4回目 5.5回目以上 6.不明

【II 今回の自殺企図について】

- a 推定日時: 200__年__月__日__時頃 不明
- b 未遂・既遂: 1.自殺未遂(救急施設から転出時に生存しているもの) 2.自殺既遂
- c 身体的重症度: 1.重症(ICU入院) 2.中等症(ICU以外の入院) 3.軽症(入院なし)
- c' レスプレーター使用 1.あり 2.なし
- d 自殺企図手段: 1.医師処方薬(口向精神薬口その他) 2.市販薬物 3.毒物(口農薬口その他)
- 4.刃器(部位 手首 腹部口その他) 5.ガス(口排気ガス口その他) 6.飛び込み
- 7.飛び降り 8.焼身 9.絞首 10.入水 11.感電 12.銃器 13.その他
- e 自殺企図前の相談: 死にたい気持ちを誰かに話しましたか?それは誰ですか?
- 1.あり (口家族 友人 精神科関係者 身体科関係者 その他) 2.いいえ 3.不明
- f 自殺企図契機: 今回の行動の引き金になるような出来事が、なにか直前にありましたか?それはいつありましたか?
- 1.企図24時間以内 2.企図1週間以内 3.その他 4.不明
- g 希死念慮の強さ: 今回の行動について、0を死のうとは全く思わなかった、10を必ず死のうと思ったとすると、どの程度の決意で今回の行動をしましたか?: _____ (0~10の値を記載、二つの数字が挙がれば中間値)
- h 自殺企図時にアルコールを飲んでいましたか? 1.はい 2.いいえ 3.不明
- CAGE: 家庭でお酒をお飲みになりますか 1.はい (下記四問について聴取) 2.いいえ(iへ進む)
- これまでに酒量を減らすべきだと思ったことがありますか 1.はい 2.いいえ
- お酒を飲むことを注意されてもらったことがありますか 1.はい 2.いいえ
- お酒を飲むことに罪の意識を持ったことがありますか 1.はい 2.いいえ
- 気分を落ち着かせるためや二日酔いのために、朝、迎え酒をしたことがありますか 1.はい 2.いいえ
- i ER後の精神科治療: 1.精神科へ入院 2.非精神科へ入院 3.退院・精神科外来 4.なし 5.死亡 6.不明

【III 前回の自殺企図について(再自殺企図症例のみ)】a 企図日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 不明

- b 自殺企図手段: 1.医師処方薬(口向精神薬口その他) 2.市販薬物 3.毒物(口農薬口その他)
- 4.刃器(部位 手首 腹部口その他) 5.ガス(口排気ガス口その他) 6.飛び込み
- 7.飛び降り 8.焼身 9.絞首 10.入水 11.感電 12.銃器 13.その他
- c 前回の企図直後における精神科医の介入: 1.あった 2.なかった 3.不明

DSM-IV:各軸において複数選択が可能であるが、その場合には、主要なものを同定し、主要項目に○印をつけること。

【AX-I】(大項目(下表0~14))は必ずチェック。該当診断が表中にあればチェック、なければその他に記載

□0.なし[71.09] □15.診断保留[799.9]

□1.児童・小児・思春期に診断される疾患

□2.せん妄・痴呆・健忘および他の認知障害
□せん妄 □物質中毒による □物質離脱による □複数の原因による □特定不能
□痴呆 □アルツハイマー型 □脳血管性 □その他の理由による □特定不能

□3.一般身体疾患による精神疾患
□せん妄 □痴呆 □健忘性障害 □精神病性障害 □気分障害 □不安障害 □睡眠障害

□4.物質関連障害 □物質依存性障害 □物質誘発性障害 □物質名

□5.統合失調症及び他の精神病性障害
□統合失調症(□妄想型 □解体型 □緊張病型 □半別困難型 □残遺型)
□統合失調感情障害 □妄想性障害 □短期精神障害 □特定不能 □その他

□6.気分障害: 同定すること → □軽症 □中等症 □重症 精神病像あり(□気分一致/□気分不一致)
□部分寛解 □完全寛解 □同定困難
□うつ病性障害 (□単一エピソード □反復性 □気分変調症 □特定不能)
特徴: □緊張病性 □メランコリー □非定型 □産後の発症
□双極性障害 □Ⅰ型 □Ⅱ型 □気分循環性障害 □特定不能

□7.不安障害 パニック障害(□広場恐怖なし □あり) □広場恐怖 □恐怖症 □社会恐怖
□強迫性障害 □PTSD □急性ストレス障害 □全般性不安障害 □特定不能

□8.身体表現性障害 □身体化障害 □転換性障害 □疼痛性障害 □心気症 □身体醜形障害 □特定不能

□9.虚偽性障害

□10.解離性障害: □解離性健忘 □解離性遁走 □解離性同一性障害 □離人症性障害 □特定不能

□11.性障害及び性同一性障害

□12.摂食障害: □神経性無食欲症 □神経性大食症 □特定不能

□13.睡眠障害: □原発性不眠 □原発性過眠症 □ナルコレプシー □呼吸関連睡眠障害
□概日リズム睡眠障害 □特定不能 □睡眠時随伴症 □精神疾患に関連

□14: 他のどこにも分類されない傷動制御の障害

□15.適応障害: □不安 □抑うつ □不安と抑うつ の混合 □行為の障害 □情緒と行為の障害 □特定不能

その他の診断: 大項目(上表1~14)[] 診断名 _____ DSM-IVコード5桁[]
大項目(上表1~14)[] 診断名 _____ DSM-IVコード5桁[]

【AX-II】 □なし □診断保留

□人格障害[301.xx] □妄想型 □統合失調症質 □統合失調症型 □反社会性 □境界性
□演技性 □自己愛 □回避性 □依存性 □強迫性 □NOS Cluster □A □B □C

□精神発達遅滞 □その他 _____

【AX-III】 □なし □保留 身体疾患 1. _____ 2. _____ 3. _____

下記ICD分類のいずれかをチェックすること(複数ある場合、主要疾患に○印をつけることを忘れず)

□感染症・寄生虫 □新生物 □血液・造血器・免疫 □内分泌・栄養・代謝 □精神・行動

□神経系 □眼及び付属器 □耳・乳様突起 □循環器系 □呼吸器系

□消化器系 □皮膚・皮下組織 □筋骨格系・結合組織 □尿路性器系 □妊娠・分娩・産褥 □周産期

□先天奇形、変形及び染色体異常 □症状、徴候及び異常臨床/検査所見で他に分類されないもの

□損傷、中毒及びその他の外因の影響 □傷病及び死亡の外因 □健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービス

【AX-IV】 □なし

□一次支持グループの問題 □社会環境の問題 □教育上の問題 □職業上の問題

□住居の問題 □経済的な問題 □医療機関の利用上の問題

□司法・犯罪に関する問題 □その他の心理社会的・環境上の問題 □病苦

詳述: _____

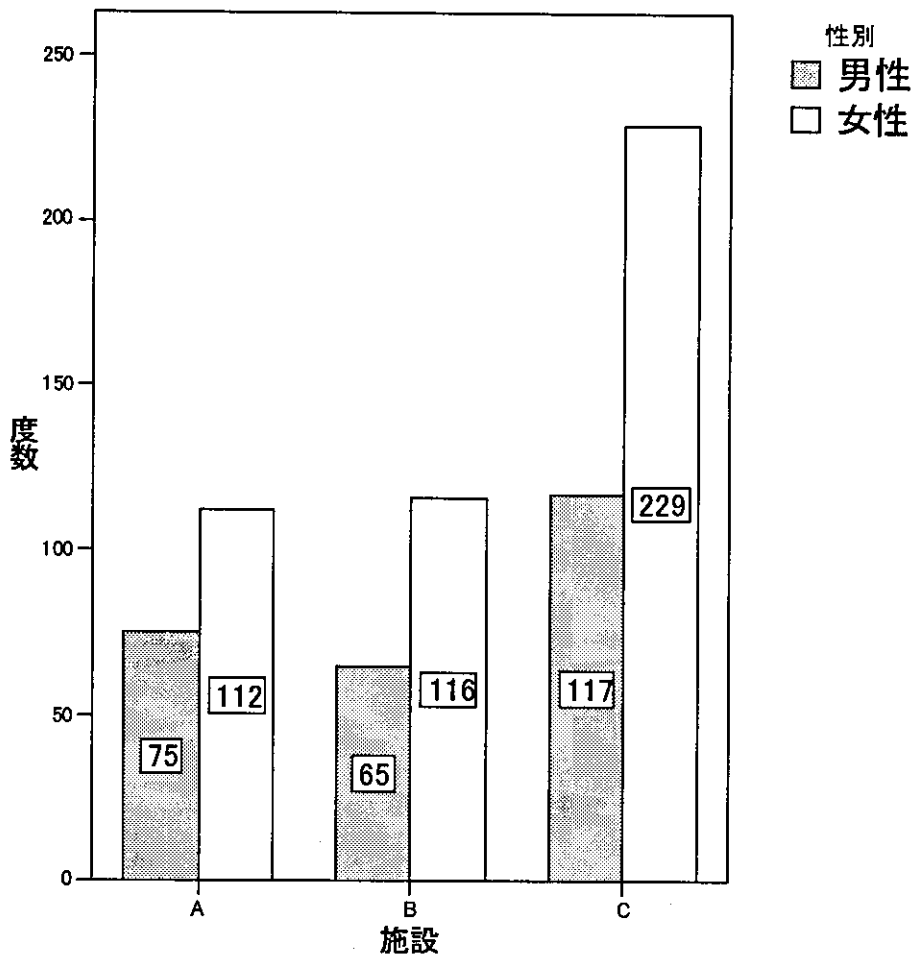
【AX-V】自殺企図直前の GAF _____ 退院時あるいは精神科併診終了時 GAF _____

【表一】

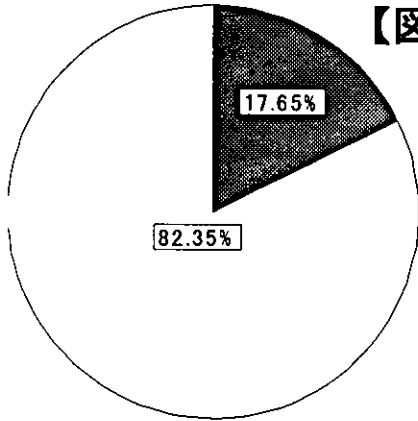
施設毎の性別による対象数

度数		性別		
		男性	女性	合計
施設	A	75	112	187
	B	65	116	181
	C	117	229	346
合計		257	457	714

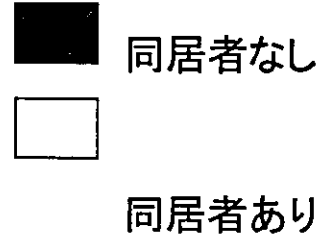
【図一】



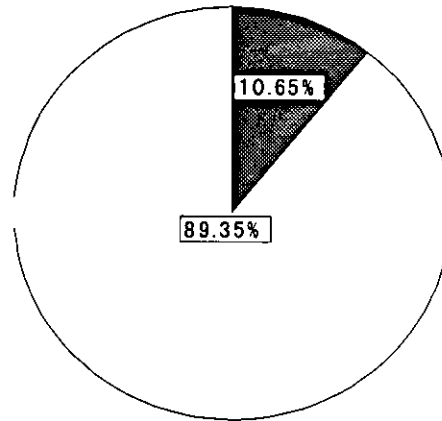
施設 A



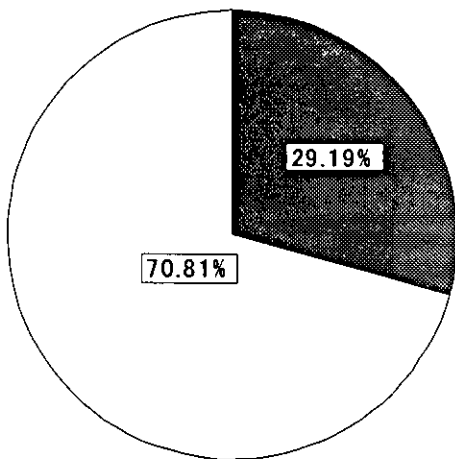
【図一2】施設ごとの同居者の有無



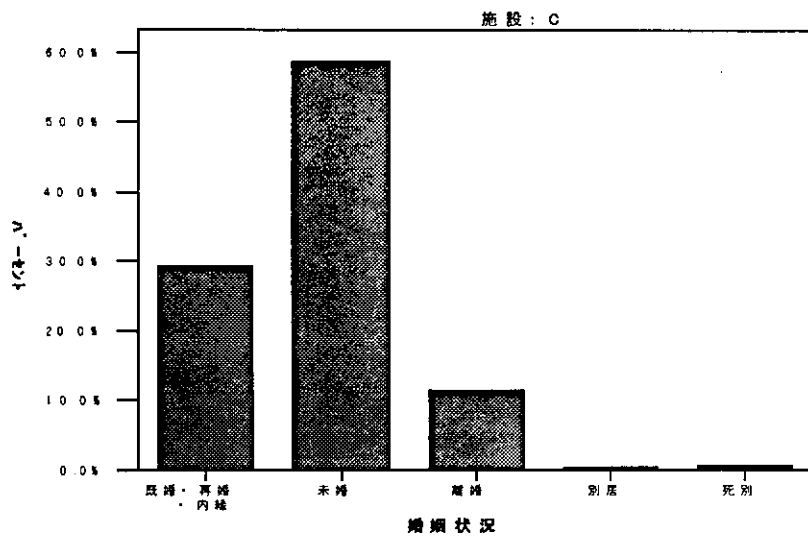
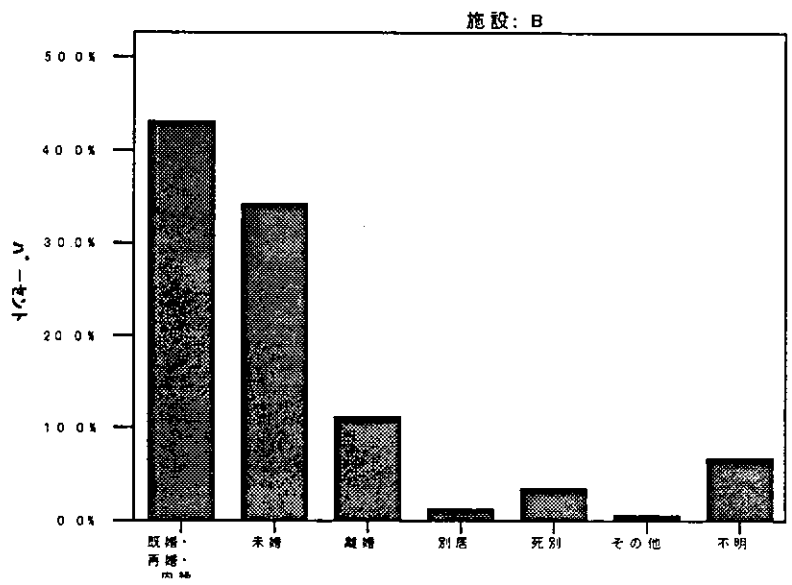
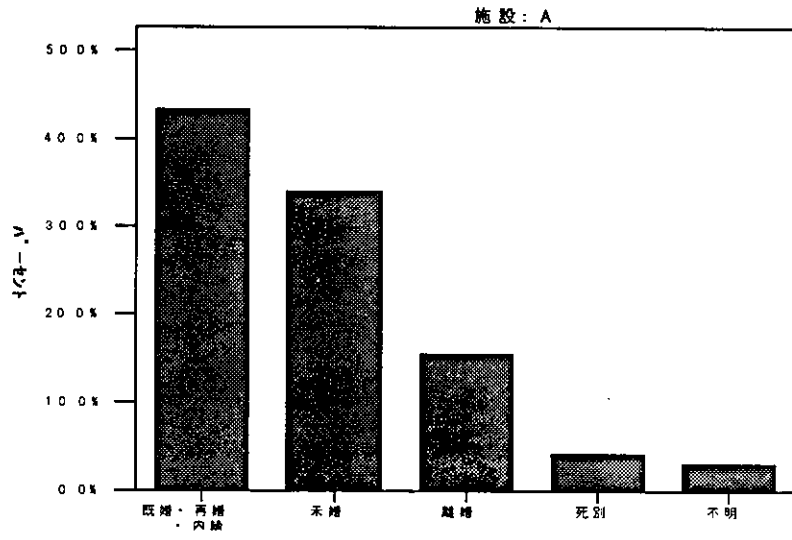
施設 B



施設 C



【図-3】
結婚状況



【図一4】三施設全体の年齢構成

