別紙

アンケート調査へのお願い

現在，私たちは，厚生労働省科学研究の一端として，「介護者の健康実態」に関する調査をおこなっています。

さて，皆様もご存知のように，日本は近い将来，超高齢化社会を迎えることになります。そして現在それに備えて，社会福祉の充実をはかることが急務となっています。もちろんこれまでにも，多くの福祉政策が実施されてきました。しかしそれらのほとんどは，被介護者（介護を受ける方）を対象としたものでした。すでに現在でも，高齢者が高齢者の介護をするという状況があります。そうした状況の中で，今後の社会福祉の充実を考えるのであれば，介護を受ける方だけでなく，介護をする方の健康についても十分に考えていく必要があろうと思います。そして本調査は，そうした発想に基づいて始められました。

私たちはこの調査を通して，介護者ご自身の心身の健康状況とそれにかかわる要因を明らかにし，さらにその情報を，今後の社会福祉政策を考えていく際に提供していきたいと考えています。もし，私たちの研究趣旨にご賛同頂けましたなら，アンケートへのご協力を賜りますようお願いいたします。

もちろん，アンケートの内容が，この研究以外に使われたり，個人の情報が外部にもれたり，その他，個人の不利益につながるようなことはありません。

このような調査では，できるだけ多くの方々の状態が反映されることが望まれますので，ご協力を頂けますことを重ねてお願い申し上げます。

東京福祉大学　社会福祉学部
町田いづみ

◎ご協力を頂けます方は，下記に承諾のサイン（氏名）をお願いします。

私は上記の説明を受けて，このアンケート調査の意義や結果の使われ方に同意できたのでアンケート記入を承諾します。

お名前：（自署）

介護者の健康実態に関するアンケート

【注】このアンケートには，日常的に介護にたずさわっている方がお答えください。

問１　介護をされているあなたご自身についてうかがいます。

1. あなたの年齢は　　歳

2. あなたの性別は　1. 男　　2. 女

3. 現在，あなたは仕事を　1. している　　2. していない　　3. 一時休業中

4. あなたが同居しているご家族の構成はつぎのどれですか。

＊配偶者がいる方 ⇒ 1. 夫婦　2. 夫婦と親　3. 夫婦と子供　4. 夫婦と子供と親　5. その他

＊未婚の方 ⇒ 6. 単身　7. 親と同居　8. その他

＊離婚・死別経験のある方 ⇒ 9. 単身　10. 自分と子供　11. 自分と親　12. その他

5. 現在，あなたは，病気のために医師から治療を受けていますか。　1. はい　2. いいえ

＊「はい」と答えた方：その病名は何ですか。当てはまるもの全てに○をつけてください。

1. 高血圧	2. 脳卒中	3. 十二指腸潰瘍	4. 過呼吸症候群	5. 糖尿病
6. 肝臓の病気	7. かぜ	8. 不眠症	9. 心臓の病気	10. 胃潰瘍
11. 骨折	12. うつ病	13. その他		

6. 現在あなたは，ご自身の健康状態についてどのように感じていますか。

現在の体の健康状態	1. 健康	2. まあ健康	3. やや不調	4. 不調
現在の心の健康状態	1. 健康	2. まあ健康	3. やや不調	4. 不調

7. 現在のあなたの精神状態についてうかがいます。

すべてをめんどうに感じることがありますか	1. ない	2. あまりない	3. 少しある	4. ある
死んでしまいたいと感じることがありますか	1. ない	2. あまりない	3. 少しある	4. ある

8. 現在あなたは，次のようなことについての不安や心配はありますか。

収入や家計に関する不安・心配	1. ない	2. あまりない	3. 少しある	4. ある
介護を受けている方以外の家族の不安・心配	1. ない	2. あまりない	3. 少しある	4. ある
介護に関する不安・心配	1. ない	2. あまりない	3. 少しある	4. ある
自身の体力や健康についての不安・心配	1. ない	2. あまりない	3. 少しある	4. ある

問２　介助や介護を受けている方のことについてうかがいます。

1. 介助や介護を受けている方の年齢は　　歳

2. 介助や介護を受けている方の性別は　1. 男　2. 女

3. 介護状態は　1. 要介護⑤　2. 要介護④　3. 要介護③　4. 要介護②　5. 要介護①　6. 要支援

4. あなたと介助や介護を受けている方との関係についてうかがいます。

あなたは　1. 夫　2. 妻　3. 娘　4. 息子　5. 嫁　6. 婿　7. きょうだい　8. 孫　9. その他

5. １ヶ月に平均何回福祉サービスを利用していますか（ショートステイなどは１日を１回として計算してください。また，１日に複数のサービスを利用する場合にも１回と計算してください）。

1. 4 回以下　2. 5～8 回　3. 9～12 回　4. 13～16 回　5. 17～20 回　6. 21 回以上

6. 介助や介護を受けている方には，何か問題行動（だまって外へ出てしまう・暴力など）がありますか。

1. ある　2. 少しある　3. あまりない　4. ない

7. 介助や介護を受けている方に，不安・ゆううつ・涙もろさ・イライラなどの精神症状がありますか。

1. ある　2. 少しある　3. あまりない　4. ない

8. 介助や介護を受けている方は，現在，身体疾患や精神疾患のために治療を受けていま

すか。

1. 受けている　2. 受けていない　3. わからない

問３　介護のことについてうかがいます。

1. 介護期間はどれほどになりますか。

1．一年未満　2. 一年以上三年未満　3. 三年以上五年未満　4. 五年以上

2. あなたを含めて，日常的に介護に関わっている方の人数は何人ですか（福祉サービス者は除く）。

1. あなた一人　2. 二人　3. 三人　4. それ以上

3. ふだん，あなたには，介護について相談できる人はいますか（福祉サービス者は除く）。

1. いる　2. いない　3. わからない

4. ふだん，あなたには，趣味を楽しんだり，くつろいだりする時間がありますか。

1. ある　2. 少しある　3. あまりない　4. ない

6. あなたが介護のためについやす時間は平均して一日何時間ですか。

1. 1～3 時間　2. 4～6 時間　3. 7～9 時間　4. 10～12 時間　5. 12 時間

以上

7. 介護のためにあなた自身の生活が犠牲になっていると感じることがありますか。

1. 感じる　2. 少し感じる　3. あまり感じない　4. 感じない

8. あなたは何か困った問題が起こったとき，多くの場合どのように対処しますか。

1. 多くの場合，誰かに相談する　2. 多くの場合，自分で解決する　3. わか

らない

9. 介護のために，あなたの健康状態が悪くなっていると感じることがありますか。

1. 感じる　2. 少し感じる　3. あまり感じない　4. 感じない

10. これ以上介護を続けることは難しいと感じることはありますか。

1. 感じる　2. 少し感じる　3. あまり感じない　4. 感じない

11. あなたは，現在の介護を負担に感じますか。

1. 感じる　2. 少し感じる　3. あまり感じない　4. 感じない

12. あなたは，介護について相談できる仲間がほしいと感じることがありますか。

1. 感じる	2. 少し感じる	3. あまり感じない	4. 感じない

問４　最近２週間の状態についてうかがいます。

あなたの，最近２週間の状態についてうかがいます。以下の各質問に対して，あなたの最近２週間の状態に最も近い状と思われる番号ひとつに○をつけてください。

1.気分が沈んでゆううつだ	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
2.朝方一番気分がよい	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
3.泣いたり，泣きたくなったりする	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
4.夜がよく眠れない	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
5.食欲は普通にある。	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
6.異性に関心がある	①おおいに	②かなり	③少し	④ない
7.やせてきた	①いいえ	②少し	③かなり	④たいへん
8.便秘する	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
9.心臓がどきどきする	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
10.疲れやすい	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
11.考えはよくまとまる	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
12.何事もたやすくできる	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
13.落ち着かず，じっとしていられない	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
14.将来に希望がある	①おおいに	②かなり	③少し	④ない
15.気分はいつもに比べてイライラする	①いいえ	②少し	③かなり	④たいへん
16.気楽に決心できる	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
17.自分は役に立ち必要な人間だと思う	①おおいに	②かなり	③少し	④いいえ
18.自分の人生は充実している	①たいへん	②かなり	③少し	④いいえ

19.自分が死んだ方が他者にとって良いと思う	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
20.日常生活に満足している	①おおいに	②かなり	③少し	④いいえ

以上でアンケートは終了です。皆様から頂きました大切なご意見は，調査の中で充分に生かしていきたいと思っております。そこで，お手数ですが，再度，表紙ページのお名前の記入（承諾サイン）および，アンケート項目の記入もれがないかどうかのご確認をお願いいたします。
ご協力ありがとうございました。

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

【書籍】

○保坂　隆（編集）：シリーズ臨床研修医指導の手引き「精神科」。診断と治療社，東京，2004

○保坂　隆：Type A. 樋口輝彦（監修）久保木富房・中村純・山脇成人（編集）：ストレス疾患ナビゲーター。138-139，2004

○保坂　隆，佐藤　武：精神疾患に起因する身体症状・身体疾患。坂田三允（編集）精神看護エクスペール３「身体合併症の看護」：21-38, 2004。

○武内克也，酒井明夫，大塚耕太郎：2004，オランザピン・糖尿病，in 新規抗精神病薬のすべて，136-139，先端医学社，東京

○Matsuoka Y: Delirium. In Albrecht GL (Ed) Encyclopedia of Disability, SAGE, Thousand Oaks, in press

○Matsuoka Y, Nagamine M, Uchitomi Y: Intrusion in individuals with breast cancer. In: Kato N, Kawata M, Pitman RK (Eds) PTSD: Brain Mechanism and Clinical Implications, Springer-Verlag, Tokyo (in press)

○中島聡美，松岡豊，金吉晴：PTSD. チーム医療のための最新精神医学ハンドブック（大野裕編）弘文堂，東京(印刷中)

【雑誌】

○保坂　隆：在宅介護者の健康度と支援の必要性。精神医学 46: 562-563，2004

○保坂　隆：集団精神療法。CLINICAL NEUROSCIENCE 22: 216-217，2004

○保坂　隆：がん患者への集団精神療法。臨床精神医学 33: 627-633，2004

○保坂　隆：不眠症の予後決定因子。成人病と生活習慣病 34:901-903, 2004

○加藤雅志，保坂　隆：特殊な環境で見られる精神症状。日本医師会雑誌特別号「精神障害の臨床」。S179-S182，2004

○加藤雅志，保坂　隆：身体疾患と精神科受診。こころの科学 115:30-36，2004

○保坂　隆：コンサルテーション・リエゾン精神医学からの精神障害の見方と治療姿勢。精神科 4: 379-383，2004

○保坂　隆：一般身体疾患に対する精神的ケア。Pharma Medica 22: 47-49，2004

○加藤雅志，保坂　隆：「医療コミュニケーション」について。臨床透析 20: 13-17，2004

○保坂　隆，平井啓，福原裕一，高橋為生，堀　三郎：健診受診者のコーピングスタイルと血液生化学指標との関連。総合健診 31: 601-608，2004

○保坂　隆：妄想・幻覚の原因と診断のコツ。JIM 14: 848-851，2004

○保坂　隆：リエゾン精神医療における集団療法。精神科リエゾンガイドライン（精神科治療学 Vol.19 増刊号）172-174，2004

○Okuyama T, Wang XS, Akechi T, Mendoza TR, Hosaka T, Cleeland CS, Uchitomi Y.: Adequacy of cancer pain management in a Japanese cancer hospital. Jpn J Clin Oncol 34:37-42, 2004

○Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T: Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. Gen Hosp Psychiatry 26: 398-404, 2004

○Matsubayashi H, Iwasaki K, Hosaka T, Sugiyama Y, Suzuki T, Izumi S, Makino T.: Response: Spontaneous contraception after ten years of onfertility, giving up in-vitro-fertilization (IVF) treatments, adoption of a child and two ovarian pregnancies: a case report. Tokai J Exp Clin Med. 29: 201, 2004

○保坂　隆：ストレスとＡ型行動パターン。埼玉県臨床工学技士会会誌 13: 11-16, 2004

○Matsubayashi H, Shida M, Kondo A, Suzuki T, Sugi T, Izumi S, Hosaka T, Makino T.: Preconception peripheral natural killere cell activity as a predictor of pregnancy outcome in patients with unexplained infertility. Am J Reprod Immunol 53: 126-131, 2005

○Kamiyama K, Yamami N, Sato K, Aoyagi M, Kyoya M, Mizuno E, Uemura M, Kawamoto Y, Okuda M, Togawa S, Shibayama M, Hosaka T, Mano Y.: Effects of a structured stress management program on psychological and physiological indicators among marine hazard rescues. J Occup Health. 2004 Nov;46(6):497-9.

○Okuda M, Uemura M, Yamami N,Ogiwara R, Mano Y, Hosaka T, Mizuno E, Aoyagi M.: A study on fatigue and health disturbance in caregivers of the elderly at home. プライマリ・ケア 27: 9-17, 2004

○武内克也，酒井明夫：2004，「Risperidone 内用液を使いこなす第２回：急性期への対応（その 2)」，臨床精神薬理 7:127-135

○酒井明夫：2004，「精神医療：癒しの多様性」，教育と医学，No. 607: 78-86

○武内克也，酒井明夫：2004，「Risperidone 内用液を使いこなす第３回：コンプライアンスの向上を目指して」，臨床精神薬理 7:295-303

○酒井明夫：2004，「精神医学史探訪 III：笑うデモクリトス」，精神科 4(1):44-48

○武内克也，酒井明夫：2004，「Risperidone 内用液を使いこなす第４回：再発再燃防止の可能性と再発再燃時の対応について」，臨床精神薬理 7:447-456

○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

○武内克也，酒井明夫：2004，「Risperidone 内用液を使いこなす第５回：適応外疾患への応用（その１)」，臨床精神薬理 7: 723-731

○Otsuka, K. and Sakai, A.: 2004, Haizmann's Madness: the Concept of Bizarreness and the Diagnosis of Schizophrenia, History of Psychiatry 15(1):073-082

○酒井明夫：2004，「精神医学史探訪 IV：ヘラクレスの泡」，精神科 4(3):205-210

○藤原恵真，大塚耕太郎，道又利，黒澤美枝，星克仁，渡邊温知，奥山雄，野村豊子，智田文徳，酒井明夫：2004，老人保健施設に入所中の中等度アルツハイマー型痴呆患者に対する回想法の効果，精神科治療学，19(4) :513-518

○武内克也，酒井明夫：2004，「Risperidone 内用液を使いこなす第６回：適応外疾患への応用（その２)」，臨床精神薬理 7:917-926

○武内克也，酒井明夫，大塚耕太郎，遠藤知方，奥山雄，高谷友希，金沢ひづる，柴田恵理：2004，統合失調症の救急外来対応における risperidone 内用液の有用性：risperidone 内用液導入前後の比較と検討，臨床精神薬理 7:809-819

○及川暁，酒井明夫：2004，介護老人保健施設における痴呆の治療環境，Cognition and

Dementia 3(2):172-176
○伊藤欣司，酒井明夫，大塚耕太郎，中山秀紀：2004，臨床研修必修化に向けた精神科救急からの主張，精神科救急 7:23-27
○武内克也，酒井明夫，大塚耕太郎，遠藤知方，丸田真樹：2004，脊髄小脳変性症の興奮、衝動行為にrisperidone内用液が有効であった1例，神経内科 60(2):183-188
○酒井明夫：2004，「精神医学史探訪V：シャルル6世の煉獄」，精神科 4(5):332-338
○武内克也，酒井明夫，大塚耕太郎，遠藤知方，奥山　雄，高谷友希，柴田恵理，金沢ひづる，丸田真樹：2004，老年期発症の音楽幻聴，精神科治療学 19(6):763-769
○金沢ひづる，大塚耕太郎，酒井明夫，間藤光一，高谷友希，柴田恵理，丸田真樹，山田聡敦，中山秀紀，智田文徳，武内克也，川村　諭：2004，慢性甲状腺炎（橋本病）によって周期性錯乱状態を呈した一例：FT_3値と精神症状の関係，精神科治療学 19(6):757-762
○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
○酒井明夫：2004，書評「高齢者薬物療法ー精神疾患治療へのアプローチ」（村崎光邦，大谷義夫編著），老年精神医学雑誌 15(6)781
○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
○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
○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 Medica22(8):15-18
○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
○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
○Chida, F., Okayama, A., Nishi, N. and Sakai, A.: 2004, Factor Analysis of Zung Scores in a Japanese General Population, Psychiatry and Clinical Neuroscience 58: 420-426.
○酒井明夫：2004，精神医学史の機能。精神神経学雑誌 106(6):744.
○酒井明夫：2004，「精神医学史探訪 VII：酩酊するアレクサンドロス大王」，精神科 5(3):231-237
○川村諭，酒井明夫，智田文徳，山家健仁，吉田智之，武内克也，大塚耕太郎，間藤光一：2004，プロゲステロン製剤が有効であった周期性精神病の1例，精神科 5(3):254-258
○鈴木満，奥山雄，金沢ひづる，間藤光一，布澤文理，酒井明夫：大脳白質の細胞生物学的研究：White Matter Diseaseの病態理解を目指して，脳と精神の医学 15(3):301-310
○酒井明夫：2004，「精神医学史探訪VIII：カンビュセス２世の暴虐」，精神科 5(5):393ー397
○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
○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

○大塚耕太郎，酒井明夫，武内克也，間藤光一，柴田恵理，丸田真樹，山田聡敦，高谷友希，山家健仁，福本健太郎，磯野寿育，遠藤知方：2005，焦燥感、不眠、持ち越し効果にクアゼパムが奏功した大うつ病の中高年男性症例。 新薬と臨床 54(1):46-50

○酒井明夫：2005，「精神医学史探訪 IX：アンティオコス１世の脈拍」，精神科 6:52－56

○武内克也，酒井明夫：2005，抗精神病薬内服液の特徴とその使用法，脳 21，8(1):65-68

○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.

○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.

○伊藤敬雄，葉田道雄 木村美保 ほか：高次救命救急センターに入院した自殺未遂患者とその追跡調査 －精神科救急対応の現状を踏まえた１考察－。精神医学 46，pp 389-396，2004

○伊藤敬雄：介護ストレス以外の高齢者虐待の原因 -ADL が自立していた四症例報告からの検討-。臨床精神医学 33，pp 1617-1622，2004

○伊藤敬雄，大久保善朗：アルツハイマー型痴呆患者におけるメラトニン療法。老年医学 Vol.42，pp 2001-2006，2004

○伊藤敬雄，大久保善朗：日常診療に用いられる薬剤の上手な使い方と服薬指導１ 9.睡眠導入剤。成人病と生活習慣病 Vol.35，pp 95-99，2005

○Kishi, Y., Meller, W.H., Swigart, S.E., Kathol, R.G., Are the patients with post-transplant psychiatric consultation different from other medical-surgical consultation inpatients? Psychiatry Clin Neurosci, 2005;59(1):19-24

○ Kishi, Y, Meller, W.H., Kathol, R.G., Swigart, S.E.: Timing of psychiatric consultations: Clinical characteristics related to the timing of consultation Psychosomatics 2004;45(6):470-476

○Kishi Y, Konishi S, Koizumi S, Kudo Y, Kurosawa H, Kathol RG. Schizophrenia and narcolepsy: a review with a case report. Psychiatry Clin Neurosci 2004;58(2):117-24

○岸 泰宏：脊髄損傷，四肢切断。精神科リエゾンガイドライン （精神科治療学編集）委員会，星和書店，東京，2004， pp231-235

○岸 泰宏, Kathol RG： ＤＰＣと精神科。医学のあゆみ 212; 706-707: 2005

○岸 泰宏 米国の終末期医療システムの動向。日本サイコオンコロジー学会ニューズレター37; 12: 2004

○加藤雅志，岸 泰宏：DRS-R-98-せん妄への臨床的応用。最新精神医学 9(4); 311-315: 2004

○Mashiko H, Kurita M, Shirakawa H, Ohtomo K, Hashimoto M, Miyashita N, Niwa S: Case of bipolar disorder successfully stabilized with clonazepam, valproate and lithium after numerous relapses for 47 years. Psychiatry Clin Neurosci. 58: 340-341, 2004

○佐藤勝彦,菊地臣一，丹羽真一，増子博文：心理的評価からみた慢性腰痛に対する抗うつ薬の有効性と問題点。臨床整形外科 39:1421-1425， 2004

○栗田征武，佐藤忠宏，大友好司，白川久義，西野敏，増子博文，丹羽真一:アルツハイマー型痴呆の行動心理学的症候(BPSD)に対し fluvoxamine と quetiapine の併用療法が奏効した１例。精神科 治療学 19: 1479-1484, 2004

○竹内賢，小林直人，増子博文，丸浩明，村川雅洋，丹羽真一：電気けいれん療法時におけ

る発作持続時間の予測の試み。精神科治療学 199: 1115-1120, 2004
○佐藤勝彦, 菊地臣一, 大谷晃司, 増子博文, 丹羽真一:脊椎・脊髄疾患に対するリエゾン精神医学的アプローチ(第 3 報) 腰仙椎部退行性疾患に対する手術成績に関与する精神医学的問題の検討。臨床 整形外科 39:1145-1150, 2004
○岡野高明, 高梨靖子, 上野卓弥, 石川大道, 板垣俊太郎, 橋上慎平, 宮下伯容, 増子博文, 丹羽真一：成人発達障害に対する治療の実際。精神科治療学 19: 553-562, 2004
○石川大道, 岡野高明, 宮下伯容, 高梨靖子, 板垣俊太郎, 橋上慎平, 増子博文, 丹羽真一: 成人における ADD,ADHD の診断と検査画像との関連。精神科治療学 19:451-456,2004
○高梨靖子, 岡野高明, 宮下伯容, 石川大道, 板垣俊太郎, 橋上慎平, 増子博文, 丹羽真一:成人における ADD,ADHD の診断と検査 治療のための診断と検査。精神科治療学 19: 443-450,2004
○岡野高明, 高梨靖子, 宮下伯容, 國井泰人, 石川大道, 増子博文, 丹羽真一：成人における ADHD,高機能広汎性発達障害など発達障害のパーソナリティ形成への影響 成人パーソナリティ障害との関連。精神科治療学 19: 433-442, 2004
○増子博文：様々な環境でみられる精神症状の理解と対応—症状から治療まで一救急医療における精神科的諸問題—自殺企図。日本医師会雑誌 131: S185-S186, 2004
○大場眞理子, 増子博文, 丹羽真一：様々な環境でみられる精神症状の理解と対応—症状から治療まで一一般外来でみられる精神障害・症状と対策—慢性疼痛。日本医師会雑誌 131:S150-S151, 2004
○渡辺和之, 菊地臣一, 紺野愼一, 丹羽真一, 増子博文：整形外科患者に対する精神医学的評価のための簡易質問表(BS-POP) 妥当性の検討。日本脊椎脊髄病学会雑誌 15：158,2004
○岡野高明, 國井泰人, 和田明, 高梨靖子, 橋上慎平, 石川大道, 板垣俊太郎, 増子博文, 丹羽真一：遷延している気分変調性障害における内分泌機能の検討(第 1 報)。精神科診断学 15:61-62, 2004
○黒木宣夫, 岡野憲一郎, 加藤進昌：PTSD をめぐって一心因性精神障害にエビデンスを求めて一。 精神医学 46(5)：458-459, 2004
○黒木宣夫：PTSD をめぐって一日常・法的書類上の PTSD 診断と訴訟事例一。精神医学 46(5)：452-453, 2004
○黒木宣夫：医学的専門講座一精神疾患の発症機序・診断及び精神疾患に起因する自殺の公務災害認定上の留意点等について一。月刊・災害補償 449(6)：3-14, 2004. 6
○黒木宣夫：心の病気でみられる身体症状一交通事故後の身体的愁訴と PTSD 診断一。今月の治療・総合医学社 12(7)：71-74, 2004
○黒木宣夫：一PTSD の労災認定一産業精神保健と精神療法。精神療法 30(5)：518-524, 2004
○黒木宣夫：【特別企画 自殺予防】一自殺の労災補償と予防一。こころの科学 118(11)：40-44, 2004
○黒木宣夫：労災認定された自殺事案における長時間残業の調査産業精神保健 12(4)：291-295, 2004
○黒木宣夫：PTSDの臨床的エビデンス。中山書店5(5)：538-539, 2004
○町田いづみ：職場における心理臨床一病院職員のメンタルヘルス一 臨床心理学 Vol. 4 No. 1(58-62) 2004
○町田いづみ, 佐藤 武, 岸 泰宏：治療計画を立てるための患者評価尺度（INTERMED）看

護学雑誌 Vol.68 (342-353) 2004
○町田いづみ, 岸 泰宏, 佐藤 武, 保坂 隆：治療計画のための患者評価尺（INTERMED）の応用日本総合病院精神医学 Vol.16 No.2 (147-157) 2004
○町田いづみ：リエゾンと緩和　耳鼻科からのコンサルト－鼻の変形を訴える患者－精神科 Vol.4 No.1(41-43) 2004
○町田いづみ：リエゾンと緩和　ＩＣＵからのコンサルト－自殺再企図の可能性－精神科 Vol.4 No.3 (201-204) 2004
○町田いづみ：患者・家族のストレス　緩和医療学 Vol.6 No. 2 (76-80) 2004
○町田いづみ：リエゾンと緩和　内科からのコンサルト－一般科入院をくり返すアルコール依存症患者　精神科 Vol.4 No.5 (328-331) 2004
○町田いづみ：患者さんの「こころ」アセスメント－統合失調症－NURSE SENKA Vol.24 No.6 (58-61) 2004
○町田いづみ：患者さんの「こころ」アセスメント－自殺企図－ NURSE SENKA Vol.24 No.7 (60-63) 2004
○町田いづみ, 保坂 隆：危機モデルと悲哀の仕事　緩和医療学 Vol.6 No.3 (56-60) 2004
○町田いづみ：リエゾンと緩和 外科からのコンサルト－緩和ケアにおける心理的アプローチ－精神科 Vol.5 No.1 (48-51) 2004
○町田いづみ：せん妄スクリーニングツール医学のあゆみ Vol.211 No.9 (85-86) 2004
○町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション（１）薬事新報　第 2347 号 (13-15) 2004
○町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション（２）薬事新報　第 2349 号 (25-27) 2004
○町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション（３）薬事新報　第 2352 号 (14-16) 2005
○町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション（４）薬事新報　第 2354 号 (13-15) 2005
○町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション（５）薬事新報　第 2356 号 (31-33) 2005
○町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション（６）薬事新報　第 2358 号 (25-27) 2005
○町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション（７）薬事新報　第 2360 号 (25-27) 2005

○Ogawa-Yasui R, Tsuji Y, Hasegawa S, Yakushiji A, Matsuoka Y: Applicability of a group psychosocial support for breast cancer patients at a Japanese regional hospital setting. Jpn J Gen Hosp Psychiatry16:278-281, 2004
○Inagaki M, Matsuoka Y, Sugahara Y, Nakano T, Akechi T, Fujimori M, Imoto S, Murakami K, Uchitomi Y: Lack of association between hippocampal volume and a first major depressive episode after the cancer diagnosis in breast cancer survivors. Am J Psychiatry 161:2263-2270, 2004

○Sugawara Y, Akechi T, Okuyama T, Matsuoka Y, Nakano T, Inagaki M, Imoto S, Hosaka T, Uchitomi Y: Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. Supportive Care in Cancer 2005 Jan 25 (in press)

○Matsuoka Y, Inagaki M, Sugawara Y, Imoto S, Akechi T, Uchitomi Y: Biomedical and psychosocial determinants of intrusive recollections in breast cancer survivors. Psychosomatics (in press)

○Yoshikawa E, Matsuoka Y, Inagaki M, Nakano T, Akechi T, Kobayakawa M, Fujimori M, Nakaya N, Akizuki N, Imoto S, Murakami K, and Yosuke Uchitomi: No adverse effects of adjuvant chemotherapy on hippocampal volume in Japanese breast cancer survivors. Breast Cancer Res Treat (in press)

○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

○吉川栄省，小早川誠，松岡豊，明智龍男，内富庸介：リエゾン精神医学におけるうつ病—サイコオンコロジー．Clinical Neuroscience, 22:173-175, 2004

○松岡豊，松岡素子，永岑光恵，中島聡美，金吉晴：がん患者と PTSD．臨床精神医学 33（5）：699-706, 2004

○松岡豊，田代学，吉川栄省，内富庸介：神経画像を用いたサイコオンコロジーの展望．最新精神医学 9(5)：445-449, 2004

○川瀬英理，下津咲絵，今里栄枝，唐澤久美子，伊藤佳菜，斉藤アンネ優子，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）

○西大輔，川瀬英理，松岡豊：がん患者の PTSD 症状とその対応．緩和医療学 7（印刷中）

○松岡豊，永岑光恵：PTSD の薬物療法ー系統的レビューによる検討．外来臨床精神医学会機関誌 2(印刷中)

○松岡豊，中島聡美，川瀬英理，西大輔，金　吉晴，大友康裕：交通事故被害者へのパロキセチン投与の精神的ストレス軽減に対する有効性の検討：我が国の交通事故被害者における精神疾患有病率.精神薬療研究年報 37(印刷中)

○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）

○松岡豊，稲垣正俊，吉川栄省，中野智仁，菅原ゆり子，小早川誠，明智龍男，内富庸介：がん患者における精神的苦痛に関する脳画像研究．精神保健研究 50（印刷中）

IV. 研究成果の刊行物・別刷

伊藤敬雄, 葉田道雄 木村美保 ほか：高次救命救急センターに入院した自殺未遂患者とその追跡調査 -精神科救急対応の現状を踏まえた1考察-。精神医学 46, pp 389-396, 2004

研究と報告

高次救命救急センターに入院した自殺未遂患者とその追跡調査*

精神科救急対応の現状を踏まえた1考察

伊藤敬雄[1)]　葉田道雄　木村美保
黒川　顕[2)]　黒澤　尚[2,3)]　大久保善朗[3)]

抄録　　精神医学　46：389-396　2004

多摩永山病院高次救命救急センター(CCM)に1年間に入院した患者のうち，自殺未遂患者の割合は12％(103例/840例)であった。自殺未遂複数回症例を調査すると，30歳未満の女性，適応障害，人格障害に多かった。完遂の危険性が高い手段を選択した症例は，壮年期，気分障害圏，統合失調症圏に多かった。コンサルテーション・リエゾンサービス(CLS)によって自殺未遂患者の81％を精神医療につなげられた。また精神科治療歴のない自殺未遂患者は48％認めたが，その71％を精神医療につなげられた。CCM退院2年後の追跡調査の結果，77％が通院を継続していた。再自殺は27％に認められ，1年以内の再自殺は88％であった。再自殺を図った患者の81％が前回と同じ自殺手段をとった。適応障害，人格障害では治療中断例が多く，適応障害の48％，人格障害の59％に再自殺を認め，両疾患の退院後の精神科アフターケアについて課題が残された。

Key words

Suicidal attempt, Critical Care Medical Center, Consultation-liaison psychiatry

はじめに

1977年の加藤らの紹介[9,10)]によって普及してきたコンサルテーション・リエゾンサービス(consultation-liaison service；CLS)は総合病院精神科に求められる重要な役割となっている。救急医療体制の整備とともに高次救命救急センター(Critical Care Medical Center；CCM)における自殺未遂・完遂による入院患者が増加し[4,5)]，精神的ケアの目的でCLSによる精神科治療介入が図られる機会が多くなっている。しかし救命された自殺未遂患者の精神科的追跡調査がなされた報告[1,6,15)]は必ずしも多くはない。

今回我々は，大学病院高次救命救急センターに入院した自殺未遂患者の調査と彼らの退院後の追跡調査を行った。その結果を報告するとともに，

2003年6月13日受稿，2003年9月12日受理

* The Study of Suicidal Attempt Persons in a Critical Care Medical Center and theirs Prognosis

1) 日本医科大学付属多摩永山病院精神神経科(〒206-8512 東京都多摩市永山1-7-1)，ITO Takao, HADA Michio, KIMURA Miho：Department of Neuropsychiatry, Nippon Medical School Tama Nagayama Hospital, Tama, Japan
2) 日本医科大学救命救急医学教室，KUROKAWA Akira, KUROSAWA Hisashi：Department of Emergency and Critical Medicine, Nippon Medical School
3) 日本医科大学精神医学教室，OKUBO Yoshiro：Department of Neuropsychiatry, Nippon Medical School

0488-1281/04/¥500/論文/JCLS

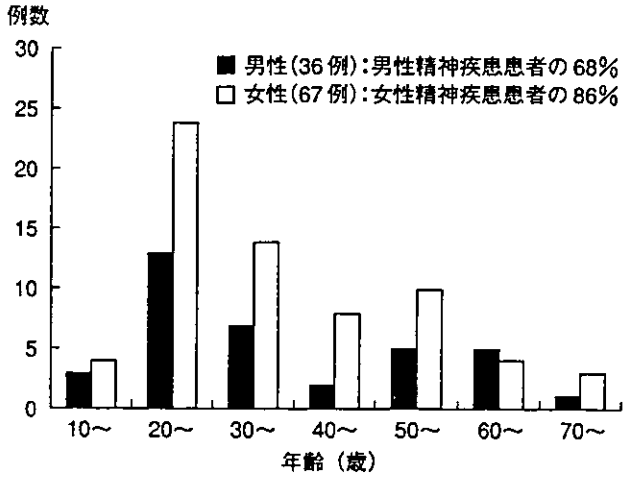


図1　年齢別・男女別の自殺未遂患者数

CCMにおけるCLSの有用性について若干の考察を加えた。

対象と方法

日本医大付属多摩永山病院(以下，当院)のCCMに1999年8月から2000年7月までの1年間に入院した自殺未遂患者103例の性別，年齢，身体疾患，DSM-IV診断[2]，精神科既往歴，自殺未遂手段と回数，精神科治療意識を調査した。さらにCCM退院後，当院精神神経科にて外来治療を継続した患者35例と他院精神科・身体科に紹介された25例の計60例の自殺未遂患者を対象として，2年後の精神科通院状況，再自殺について追跡調査した。

当院は，東京都南多摩地域と川崎市北部地域を診療圏とし，地域人口は70万人。診療科は15科，病床総数は401床，うちCCMは22床である。

結果

1．年齢別・男女別の自殺未遂患者数

1999年8月から1年間にCCMに入院した自殺未遂患者は103例であった。図1に示すようにその内訳は，男性は36例で男性精神疾患患者の68％(36例/53例)，女性は67例で女性精神疾患患者の86％(67例/78例)を占めた。自殺未遂患者数は男女とも20歳代と50歳代において二峰性を示し，その割合は男性に比して女性が有意に高かった(Fisherの直接法，$p<0.05$)。なお，この調査期間における自殺未遂患者数のCCM入院患者総数に占める割合は12％(103例/840例)，CLSを施行した精神疾患患者の79％(103例/131例)であった。

2．精神医学的診断群

表1は自殺未遂患者の精神医学的診断を男女別に示す。気分障害圏と適応障害が男女別ともに各々40％前後を占めていた。統合失調症圏の占める割合では男性が有意に高く，不安・パニック障害では5例全例が女性であった。また，第2軸に人格障害を診断できる症例は女性が高かった(Fisherの直接法，$p<0.01$)。

3．精神疾患通院歴とCCM退院後経過

表2に自殺未遂患者103例の精神疾患治療施設とCCM退院後の治療先を示す。精神疾患通院歴のない自殺未遂患者の割合は48％(49例/103例)であった。

CCM退院後，83例，81％が精神科・心療内科に転院・通院，8例，8％(7例が理学療法，1例が腎移植目的)が身体科に転院した。退院時に12例，12％が治療終結・中断し，全例が精神疾患治療歴のない症例であった。精神科・心療内科治療歴のある症例は89％(48例/54例)が精神科に，57％(31例/同)は前医に紹介となった。精神疾患治療施設別における前医への紹介率は精神科病院・精神科診療所において有意に高かった。精神疾患通院歴のない入院患者の71％(35例/49例)をCLSによって退院後も精神医療を継続できた。内訳は22％(11例/同)が精神科病院へ転院，49％(24例/同)が当院精神神経科へ通院した。

4．自殺未遂患者の精神科通院状況

表3にCCMを退院した自殺未遂患者のうち，当院精神神経科で外来治療を継続した35例と他院精神科・身体科に紹介された25例，計60例の2年後の追跡調査結果を示す。2年後の精神科通院状況は，統合失調症圏では7例全員，気分障害圏では77％(23例/30例)，適応障害では70％

表1　精神医学的診断(DSM-IV)

精神科疾患分類	自殺未遂患者総数(%)	自殺未遂男性数(%)	自殺未遂女性数(%)	男女別割合の比較
統合失調症圏	17(17)	10(28)	7(10)	*
気分障害圏	41(40)	13(36)	28(42)	
不安パニック障害	5(5)	0(0)	5(7)	
適応障害	40(39)	13(36)	27(40)	
総計	103(100)	36(100)	67(100)	
(うち2軸に人格障害)	28(27)	1(3)	27(40)	**

男女別に精神医学的診断群の割合を比較：Fisherの直接法　** $p<0.01$　* $p<0.05$

表2　精神疾患治療施設別のCCM退院後治療先

	総合病院精神科	精神科病院	精神科診療所	心療内科	通院歴なし	計
CCM退院時に終了	0	0	0	0	12	12(12)
前医へ紹介	4	13**	12**	2	0	31(30)
他院精神科へ紹介	3	0	2	1	11	17(17)
他院身体科へ紹介	2	1	1	2	2	8(8)
当科外来へ紹介	4	2	5	0	24	35(34)
計(例数)	13	16	20	5	49	103(100)

表内数値は症例数　カッコ内は%
精神疾患治療施設別に『前医へ紹介』となった症例の割合を他と比較：Fisherの直接法　** $p<0.01$

表3　調査された自殺未遂患者60例の2年後精神科通院状況

精神科通院状況と再自殺企図	統合失調症圏	気分障害圏	不安・パニック障害	適応障害	うち人格障害	計
当科外来へ紹介	3	19	0	13	10	35
1年後通院状況	3(100)	16(84)	0	9(69)	7(70)	28(80)
2年後通院状況	3(100)	14(74)	0	7(54)	7(70)	24(69)
再自殺企図	1(33)	2(11)	0	6(46)	5(50)	9(26)
他院精神科へ紹介	2	8	0	7	7	17
1年後通院状況	2(100)	8(100)	0	6(86)	6(86)	16(94)
2年後通院状況	2(100)	6(75)	0	6(86)	6(86)	14(82)
再自殺企図	0(0)	2(25)	0	5(71)	5(71)	7(41)
他院身体科へ紹介	2	3	0	3	0	8
1年後通院状況	2(100)	3(100)	0	3(100)	0	8(100)
2年後通院状況	2(100)	3(100)	0	3(100)	0	8(100)
再自殺企図	0(0)	0(0)	0	0(0)	0	0(0)
総計	7	30	0	23	17	60
1年後通院状況	7(100)	27(90)	0	18(78)	13(76)	52(87)
2年後通院状況	7(100)	23(77)	0	16(70)	12(71)	46(77)
再自殺企図	1(14)	4(13)	0	11(48)	10(59)	16(27)

表内数値は症例数　カッコ内は%

(16例/23例)，また人格障害を第2軸に持つ症例では71%(12例/17例)が通院を継続していた。

CCM退院後2年後調査時点での再自殺は27%(16例/60例)に認められた。統合失調症圏では14%(1例/7例)，気分障害圏では13%(4例/30例)，適応障害では48%(11例/23例)，また人格障害では59%(10例/17例)に再自殺を認めた。再自殺症例16例のうち88%(14例/16例)が1年以内にさらに再々自殺を図っていた。

表4　自殺未遂回数と年齢・性別

自殺未遂回数 (回)	10歳～		30歳～		40歳～		60歳～		総計		全体
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
1	11(0)	9(5)	5(0)	4(0)	4(0)	12(0)	6(0)	6(0)	26(0)	31(5)	57(5)
2～	5(0)	19(16)	2(0)	10(5)	3(1)	6(0)		1(0)	10(1)	36(22)	46(23)
内訳2	2(0)	5(3)	2(0)	5(2)	2(1)	3(0)		1(0)	6(1)	14(6)	20(7)*
3	3(0)	5(5)		3(3)		3(0)			3(0)	11(8)	14(8)*
4		2(2)			1(0)				1(0)	2(2)	3(2)
5～		7(6)		2(0)					0	9(6)	9(6)
総計(例)	16(0)	28(21)	7(0)	14(5)	7(1)	18(0)	6(0)	7(0)	36(1)	67(27)	103(28)

表のカッコ内は，人格障害の症例数
男女別に自殺未遂回数の割合を比較：Fisherの直接法　*$p<0.05$

表5　CCM退院後に調査された再自殺患者16例の総自殺回数

総自殺回数	統合失調症圏	気分障害圏	適応障害	うち人格障害	計
2(回)		2(1)	2(1)	1	4(2)
3	1	2	3	3	6
4			2	2	2
5～			4	4	4
計	1	4(1)	11(1)	10	16(2)

表内数値は症例数　カッコ内は完遂例

5．CCM入院調査時までの自殺未遂回数

表4はCCM入院調査時までの自殺未遂回数と年齢・性別別の症例数を示す。本稿における自殺未遂回数とは自殺企図にて医療機関を受診した回数に限った。自殺未遂患者の55％(57例/103例)が当院CCMへの入院が初回自殺であった。自殺未遂2回と3回に占める割合では女性が有意に高く(Fisherの直接法，$p<0.05$)，5回以上は全例女性であった。複数回自殺未遂症例では，女性が78％(36例/46例)，30歳未満が52％(24例/同)，人格障害の診断基準を満たす症例は50％(23例/同)，30歳未満女性では人格障害の割合が84％(16例/19例)であった。

なお図示はしていないが，自殺未遂複数回症例46例のうち，前回の自殺未遂からCCM入院調査時までの自殺未遂間隔が1年未満の症例は78％(36例/46例)であった。3か月未満では41％(19例/同)で，そのうちの76％(13例/19例)は人格障害であった。

6．CCM退院後2年後調査時の再自殺患者の総自殺回数

表5にCCM退院後2年後調査時に再自殺を図った16例の疾患群別総自殺回数を示す。統合失調症圏と気分障害圏は3回以下であった。総自殺回数4回以上の症例は，適応障害で55％(6例/11例)，特に人格障害では60％(6例/10例)に達し，CCM退院後2年間に5回の自殺未遂にて医療的処置をされていた症例も認めた。完遂例は計2例(気分障害圏と適応障害に各1例)認め，いずれも2回目の自殺であった。CCM退院後，気分障害圏症例では3か月後，適応障害症例では翌日の再自殺であった。

7．CCM入院調査時までの自殺未遂手段

表6にCCM入院調査時までの自殺未遂手段と精神医学的診断，年齢，そして入院期間との関係を示す。入院期間2日以内の症例は自殺未遂患者の50％(52例/103例)であった。その94％(49例/52例)が急性薬物中毒による胃洗浄・強制利尿の処置で済み，手首創部処置のみも3例おり，自殺未遂患者の半数は高次救命救急医療施設で身

表6　自殺未遂手段と精神医学的診断(DSM-IV)・年齢・入院期間

自殺未遂手段	統合失調症圏	気分障害圏	不安・パニック障害	適応障害	うち人格障害	10歳～	30歳～	40歳～	60歳～	計	入院期間2日以内
急性薬物中毒	8	27**	5	26**	24**	34**	12**	13*	7*	66	49(74%)
刺傷 切傷	4	0	0	8	3	4	4	4	0	12	3(25)
飛び降り，飛び込み，入水，ガス吸引	5	7	0	4	1	5	4	4	3	16	0(0)
熱傷	0	2	0	0	0	0	0	1	1	2	0(0)
縊首	0	5	0	2	0	1	1	3	2	7	0(0)
計	17	41	5	40	28	44	21	25	13	103	52(50)

表内数値は症例数　カッコ内は%
精神医学的診断群別と年齢別に急性薬物中毒の割合を他と比較：Fisherの直接法　** $p<0.01$　* $p<0.05$

表7　CCM退院後に調査された再自殺患者16例の自殺手段

	前回の自殺未遂手段				
	急性薬物中毒	刺傷 切傷	飛び降り	ガス吸引	縊首
再自殺手段					
急性薬物中毒	9				
刺傷 切傷	2	2			
飛び降り			1(1)		1
ガス吸引				1(1)	

表内数値は症例数　カッコ内は完遂例

体科治療を必ずしも必要としない症例と考えられた。

急性薬物中毒による自殺未遂患者の74%(49例/66例)は2日以内の入院期間で，不安・パニック障害の全例(5例)，気分障害圏の66%(27例/41例)，適応障害の65%(26例/40例)，人格障害の86%(24例/28例)を占めた。急性薬物中毒は自殺未遂手段として各年齢層で高い割合を示し，特に30歳未満では77%(34例/44例)であった(χ^2 test，$p<0.05$)。

熱傷では全例(2例)，縊首では71%(5例/7例)，飛び降り・飛び込み・入水・ガス吸引では41%(7例/17例)が気分障害圏であった。これらの手段を用いた症例は入院期間はすべて3日以上であり，40～60歳代壮年期患者の37%(14例/38例)，気分障害圏の34%(14例/41例)，統合失調症圏の29%(5例/17例)を占めた。

8. CCM退院後2年後調査時の再自殺患者の自殺手段

表7にCCM退院後2年後調査時に再自殺を図っていた16例の自殺手段を示す。前回と同じ自殺手段をとっていた症例は81%(13例/16例)であった。CCM入院時の自殺手段が大量服薬の場合82%(9例/11例)が同じ手段で再自殺を図った。また，飛び降り，ガス吸引では各1例ずつ同じ手段で完遂した。

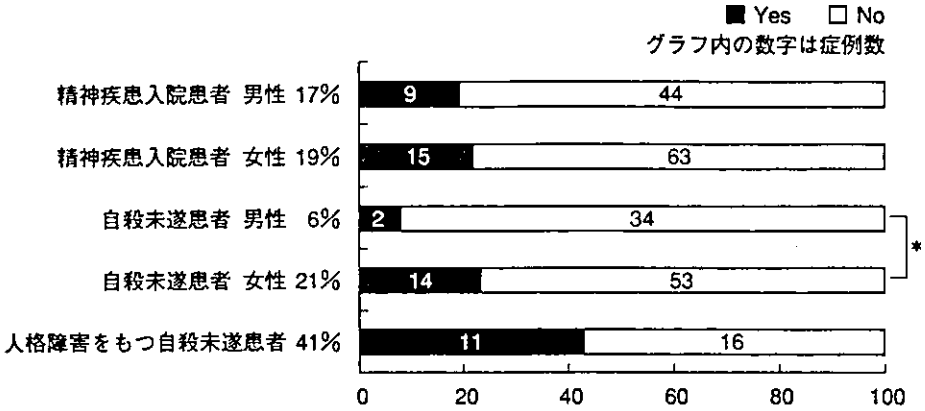
9. 救命救急センター入院に対する『不本意』意識

精神科救急という場面では，患者の受診意思の欠如による西山[12]のいう「堅い(ハードな)救急」のもとで治療介入を行わなくてはならない。そこで自殺未遂患者に対して，CCMの入院が『不本意であったか』という調査を行った。図2にその結果を示す。入院を『不本意』とした症例は16%(16例/103例)，男性では6%(2例/36例)，女性では21%(14例/67例)と女性が有意に高かった(χ^2 test，$p<0.01$)。人格障害ではその41%(11例/27例)が入院に『不本意』であった。

考察

1. 自殺未遂患者の割合

当院CCM入院患者総数に占める自殺未遂患者



縦軸の「%」は入院を『不本意』とした（YESと答えた）症例の割合
救命救急センター入院に対する『不本意』意識の割合を性別で比較：χ^2 test　*$p<0.05$

図2　救命救急センター入院に対する『不本意』意識

の割合(12%)は，岸ら[11]が報告した救命救急センター計9施設の自殺者の割合(1.2%から15.6%，平均2.7%)と比較して高かった。この理由として，①一次救命救急水準の消防搬送が多い，②病院診療所連携の発展による地域医療機関からの紹介が多い，③精神科医療機関が地域に多いこと(当院から3km圏内に5病院，精神科診療所が4医院，総合病院精神科外来が3病院)，が考えられる。自殺未遂患者の男女別割合は，各年齢層とも女性が高く，複数回自殺患者ほど女性の割合が高かった。何らかの精神的負担や葛藤状況を女性が抱えているからではないかと考えられる。

2．服薬自殺未遂

自殺未遂患者の64%は大量服薬による自殺未遂症例であった。この数字は岩崎ら[5]が報告した34%と比較しても極めて高かった。自殺未遂患者数が多い30歳未満ではこの手段が77%を占めた。岩崎ら[6]が報告してからすでに9年を経過しており，この間に，①薬物の氾濫と多様な入手経路，②薬剤の危険性に対する認識希薄化・安易な認識が進んだことが考えられる。また大量服薬による急性薬物中毒の場合，CCM退院後84%が同じ自殺手段をとった。服薬自殺未遂患者ではCLSにおいて努力をしても，①大量服薬行動に容易に至る背景にある精神症状・状況因の把握，②副作用など薬品情報提供と服薬指導，に対する現実の困難さがうかがえた。

3．完遂の可能性が高い自殺未遂

熱傷，縊首，飛び降り・飛び込み・入水・ガス吸引という完遂の可能性が高い自殺未遂手段を選んだ症例は，気分障害圏の34%，統合失調症圏の29%であった。壮年期では37%がこれらの手段を選んでいた。飛び降り，ガス吸引の各1症例は，CCM退院後，同じ手段にて次回の自殺で完遂していた。完遂の可能性の高い自殺手段を選択してCCMに入院した症例では，自殺回数にかかわりなく退院後の精神科経過観察に注意が必要である。自殺未遂後の気分障害圏・統合失調症圏の患者，壮年期の患者に対して，CLSによる適切な精神科的介入を行うために，①前医と詳細に患者情報を交換する，その上で，②退院後の治療方向性に関して前医の意見も考慮し，患者・家族と相談することが必要であると考えられる。

4．複数回自殺未遂

自殺未遂者の再自殺率は20～30%台[16]とされており，再自殺は1年以内が多いとされている[14]。本研究においても，前回の自殺未遂からCCM入院調査時までの自殺未遂間隔が1年未満の症例は78%，CCM退院後2年後調査の再自殺率は27%，再自殺患者の1年以内の再自殺は88%と最近の知見と一致した。自殺未遂患者では，未遂後1年間の精神状態観察が再自殺の予防から重要であると考えられる。再自殺症例の疾患別では，統合失調症圏と気分障害圏では再自殺は