

ヒント1・・・ナース対応マニュアル

(一人一人が携帯できるサイズです)

第一回救急医療における自殺対策支援検討会 山田朋樹

13

ヒント2・・・退院させてはいけない 患者の特性を知る

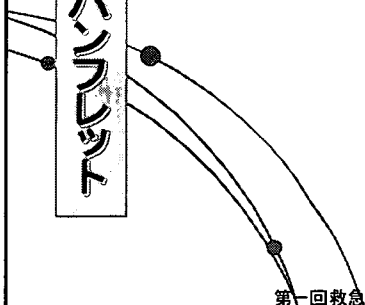
- 統合失調症や気分障害などで精神症状が活発である
- 疾患に関わらず、不安・焦燥感が非常に強く、不眠が遷延している
- 自殺企図に対する後悔が無く、内省が得られていない
- 希死念慮が依然として強い
- Key Personが不在か、居ても役割を果たすことが困難
- 金銭面、住居が無いなどの問題で、退院後の見通しが全く立たない
- 本人・家族が共に転院を望んでいる

第一回救急医療における自殺対策支援検討会 山田朋樹

14

ヒント3・・・後追い自殺を防ぐこと

遺族ケア
パブリック



15

第一回救急医療における自殺対策支援検討会 山田朋樹

問題点とこれから必要な情報 —現状分析のためのデータ—

- 大学病院をはじめとした三次救急がメインの救命救急センターでは精神科医との連携も図られていることが多く、比較的データは出ている
- 一方、患者の多数を占めると考えられる一次、二次救急が中心の施設でのデータが非常に不足している

知りたいこと

- ① 患者数、患者背景、自殺企図手段の分布、精神科診断は両方で全く異なるのか？
- ② 来院(または入院)した患者に対して、身体治療終了後どのような対応をしているのか？(全く何もしていない、など)
- ③ 関心が持てない理由、対応が困難な理由(精神科がない、知識・情報がない、病院の方針、など)

第一回救急医療における自殺対策支援検討会 山田朋樹

問題点とこれから必要な情報 — 技法確立と知識向上のために —

- 施設毎の精神科医在籍の有無による、自殺企図者対応の相違点が不明
- 実際に、企図者(または家族)との対応で困っていることや、現在はどのように対応しているのか?ということについての、情報共有がほとんど無い
- 自殺企図者に対する対応は、どこまでを身体科医や看護師が行い、どこから専門家(精神科医など)に依頼していくのか?の線引きが確立していない
- 退院後どのような所に繋いで行くべきか、つなぎ方、誰に繋いでもらうのか、などがわからない

第一回救急医療における自殺対策支援検討会 山田朋樹

提言

- 自殺企図者の対応は、救急に関わる医療スタッフにとって避けることが出来ない、むしろ身につけなければならないスキルという考え方を広く啓蒙する
- 自殺予防の砦として、個々人、各施設がボトムアップした結果が、全体としての大きな成果につながるという考え方(十分な人員や資源がそろった施設はほんの一握りだけ)
- 上記を踏まえた身につけるべき知識(患者・家族などへの対応法、資源の活用法など)の共有化(マニュアル化)とスキルアップ
- 救急医療に従事するスタッフを対象とした、自殺予防に対する初期研修(または中途)の在り方を検討
- 全国レベルで多施設間にわたる人材交流

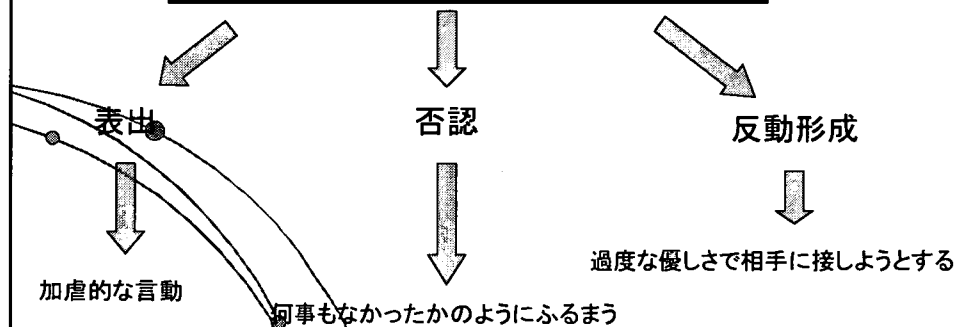
第一回救急医療における自殺対策支援検討会 山田朋樹

18

自殺企図患者を前にして 実際にやりがちな対応

普段、“死”を否認しようとする傾向のある我々に
自殺企図患者は死の恐怖と直面させ、強い不安を喚起する

無意識に行ってしまう不安の解消法は？



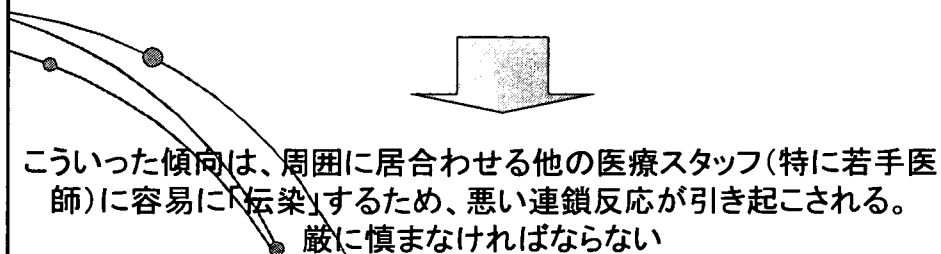
第一回救急医療における自殺対策支援検討会 山田朋樹

Goddamn Syndrome

(くそつたれ症候群)



特に、程度の軽い自殺企図で搬送されてきた患者に対し、救急スタッフが侮辱的に、「この程度の睡眠薬で死ねるはずがない」「お前のおかげで大迷惑だ！」「どうやったら確実に死ねるか教えてやろう」などという言葉をついてしまう『感染性の疾患』(Shneidman ES)



第一回救急医療における自殺対策支援検討会 山田朋樹

救急医療における自殺対策支援検討会（概要）

目的：救急看護師に役立つ自殺対策支援研修モデルを開発すること

日時：2008年2月8日(金) 15:30～17:30（18時まで延長可能性あり）

場所：TKP 御茶ノ水ビジネスセンター（旧 日立本社ビル）カンファレンスルーム8

JR 中央線御茶ノ水駅聖橋口から1分 (http://www.tkpochanomizu-bc.net/conference_08.shtml)

スケジュール（案：敬称略）：

15:00 開場・設営

15:30 本会の趣旨説明（伊藤弘人）

開会の挨拶（中村恵子）

来賓挨拶：厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課

15:40 プログラム開始

I. 導入（各3分）：救急看護師が感じていること、診療報酬の可能性

1. 救急看護師の立場から（大高明子）

2. 救急看護師が感じていることに関する調査から（西典子）

3. ガッデム症候群（山田朋樹）

4. 診療報酬の可能性（伊藤弘人）

5. 意見交換

II. 対応策案（各15分）

1. ガイドライン（西典子）

2. 家族への支援（竹内ひとみ）

3. まとめ（山田朋樹）

III. 意見交換（出席者の積極的な参加をお願いいたします）

17:30 閉会の挨拶（有賀徹）

救急看護師の立場から

千葉県救急医療センター
大高明子

1

第一回救急医療における自殺対策支援検討会 大高明子

救急病院における 自殺企図者の現状

- 自殺企図患者は年々増加し、救急病院に搬送される数も増えている
- 当院は第3次のみ救命救急センターであるため、生死にかかわるような状態で搬送される
- 救命処置が優先され行われるが、身体的治療が終了すれば転院するか退院し、精神的な治療は他院へ委ねられる
- 当院には精神科医が常駐していない

2

第一回救急医療における自殺対策支援検討会 大高明子

看護師の悩み

- 救命に必死であるがゆえに、自ら命をおとす行為をする自殺企図者を受け入れられない気持ちがある
- 入院期間が長くなった場合、日々の対応に苦渋している
- 薬物中毒で意識が消失していた患者であっても、覚醒すると即退院させてしまい、「また繰り返すだろうな」との思いが残りながらも手立てがない

3

第一回救急医療における自殺対策支援検討会 大高明子

要望

- 自殺企図者に対して、他の病気の人と同じように受け入れ接していく気持ちをもちたい
- 救急病院でも精神科医の正しい診断と治療のもと、日々のケアを行っていききたい
- 短期間の入院患者であっても、その後の精神的な治療がきちんと行われるような体制作りをしたい

4

第一回救急医療における自殺対策支援検討会 大高明子

身体疾患と自殺および精神疾患に関する予備的検討

分担研究者 伊藤 弘人 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部長

研究要旨：本研究では、自殺の動機の第一位である「健康問題」の内容を明らかにすることを目的に、身体疾患と自殺・精神疾患との関連について予備的に検討した。**研究方法：**先行研究の検索および有識者との意見交換により国内外の状況を把握した。**結果：**腎透析患者や頭頸部がん患者など、身体疾患患者の自殺リスクは高く、がん患者の自殺率は一般人口の約1.8倍との報告があった。気分障害患者の約半数に希死念慮があり、その約3分の1は希死念慮について主治医に相談していなかった。自殺に対する関心は学生の中で医学生が最も低かった。がん、循環器疾患および糖尿病と精神疾患はいずれも中程度から強い関連があった。**まとめ：**身体疾患患者の自殺および精神疾患との結びつきは強く、身体疾患患者の自殺および精神疾患との関係に着目するケアおよびその研究は優先順位の高い課題であると考えられた。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

明智龍男	名古屋市立大学大学院 精神・認知・行動医学准教授
伊藤敬雄	日本医科大学精神医学教室講師
河西千秋	横浜市立大学医学部精神医学教室准教授
小林未果	国立精神・神経センター研究生
佐伯俊成	広島大学大学院総合診療医学准教授
佐藤 洋	大阪大学大学院循環器内科講師
松島英介	東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学准教授 (五十音順)

A. 研究目的

健康問題は、自殺対策を進める上で優先順位の高い課題である。たとえば警察庁の統計（「自殺の概要資料」）における自殺の原因・動機[1]で、「健康問題」は一貫して第一位で、平成18年の自殺の48%を占めている（図1）。また、阿部らの調査[2]では、高齢自殺者の90%は、慢性疾患の治療のために医療機関を受療していた（図2）。

図1. 原因・動機別の自殺者数の推移

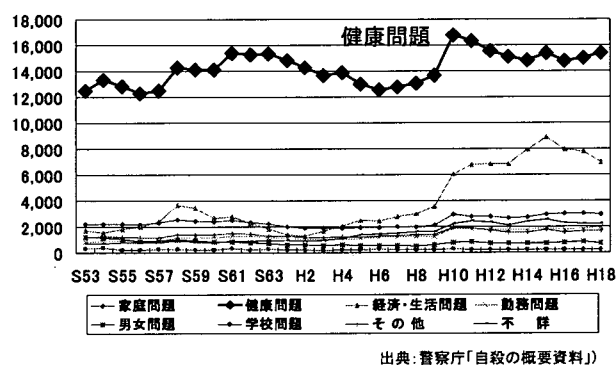
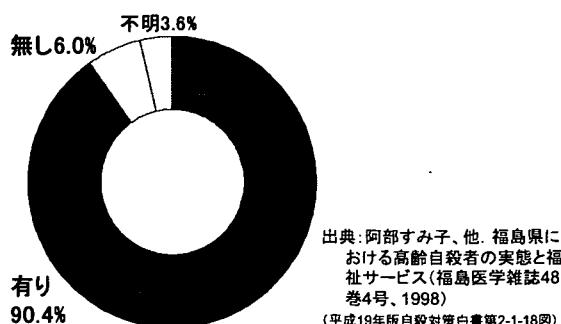


図2. 高齢自殺者の生前の慢性疾患による受療の有無



健康問題、中でも「重篤な慢性身体疾患に苦しむ」患者へのケアの重要性・必要性は、内閣府に設置された自殺総合対策の在り方検討会

(第6回：平成19年3月)においてすでに指摘されている[3]。自殺未遂者・自殺者親族へのケアを考える前提として、健康問題を有する方へのケアを考える必要がある。

しかし、一部の先進的な指摘を除いては、身体疾患患者へのケアについては、これまであまり注目されてこなかった。そこで本分担研究では、身体疾患を有する患者の自殺および精神疾患について、これまでの先行研究に基づいて、有識者との意見交換を行いながら、予備的に検討する。

B. 研究方法

本予備的検討の方法は、主に先行研究の検索および有識者との意見交換である。主な意見交換は以下のように実施した。

第1回 2008年2月5日

出席者(敬称略)：佐藤洋(大阪大学大学院循環器内科)、佐川竜一(名古屋市立大学大学院精神・認知・行動医学分野)、および事務局(小林未果、伊藤弘人)

テーマ：循環器疾患およびがん患者のメンタルヘルスについて

第2回 2008年2月15日

出席者(敬称略)：佐伯俊成(広島大学大学院総合診療医学)、伊藤敬雄(日本医科大学付属精神医学教室)、および事務局(小林未果、伊藤弘人)

テーマ：糖尿病患者とメンタルヘルス、および我が国におけるリエゾンコンサルテーションサービスの現状とその課題

意見交換をふまえ、(1)身体疾患と自殺について、および(2)身体疾患と精神疾患について、これまでの先行研究の蓄積を収集した。なお、循環器疾患・糖尿病と精神疾患との関連については、Lancet誌が2007年9月8日号でGlobal

Mental Health として特集において、Prince Mら[4]が執筆した総説“*No health without mental health*”を参考にした。

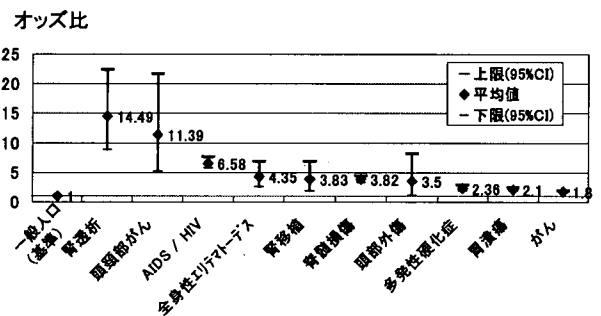
C. 研究結果(資料参照)

1) 身体疾患と自殺について

(1) 身体疾患の自殺リスク

身体疾患患者の自殺リスクは高く、Harris EC(1994)の海外での研究[5]を紹介した佐伯の報告[6]によると、最も高い腎透析患者の自殺率(一般人口の14.5倍)に続き、頭頸部がん患者(11.4倍)、HIV患者(6.6倍)、全身性エリテマトーデス患者(4.4倍)など、高値の自殺率の疾患が存在する(図3)。

図3. 身体疾患の自殺リスク



出典：Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* 73: 281-96, 1994(佐伯俊成、身体疾患と自殺。広島市内科医会誌)から

(2) がん患者の自殺(図4)

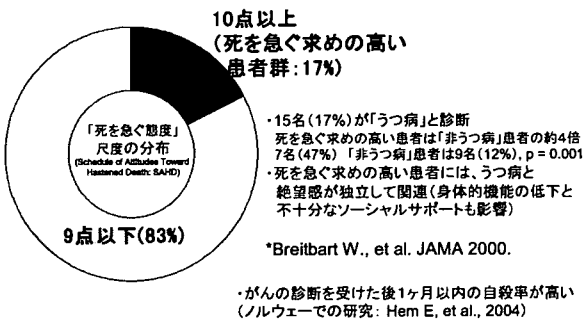
がん患者における自殺率は、一般人口の約1.8倍といわれており[5]、がん患者の0.2%程度が自殺で亡くなっていることになる。

がん患者の希死念慮の頻度に関する研究として、緩和ケア病棟に入院した終末期がん患者を対象にした調査がある[7]。終末期がん患者の17%が希死念慮(死を急ぐ強い求め)を抱いていた。希死念慮は、うつ病と絶望感が独立して関係し、加えて身体的機能の低下と不十分なソーシャルサポートが関連していた。国立がんセンターの患者で精神科への紹介患者の分析にお

いても、自殺願望を含む他科からの紹介の主な理由には身体的機能の低下とうつ病があった[8]。がん患者における自殺の危険性について調べた大規模コホート研究によると、がんの診断後の初期が自殺の危険因子であり、特に診断後の最初の1ヶ月間が最も高い危険率であることが示されていた[9]。

自殺したがん患者の精神状態を検討した報告は少ない。Henriksson MMら[10]は、自殺したがん患者60例を非がんの自殺症例60例と比較した。その結果、両群ともに自殺の主原因である精神疾患はうつ病であった(図4)。また終末期がん患者においては、いわゆる実存的問題も関連要因となってくることを報告している。

図4. 緩和ケア病棟入院患者の希死念慮と抑うつ*



(3) 一般病院での自殺事例調査

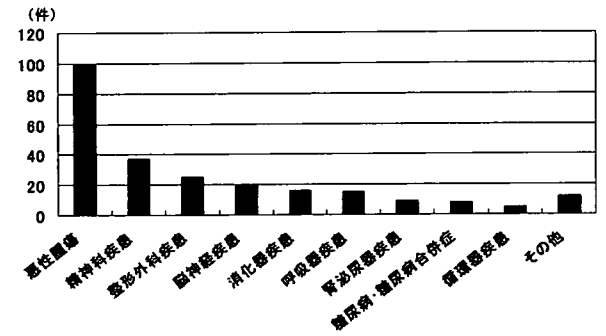
病院の評価団体である日本医療機能評価機構の認定病院患者安全推進協議会に設置された「精神科領域における医療安全管理検討会」では、会員病院内における自殺事故に関する実態把握のために、郵送法による調査を行った[11]。

対象となった1,006の一般病院のうちの575(回答率57.2%)から回答が得られ、29%の病院で「過去3年間に、入院患者の自殺事例(外出中・外泊中を含む)が存在していた。報告書による自殺事例の「診療科・疾患病名」を図5に示す。悪性腫瘍、精神科疾患、整形外科疾患の順で、

事例の報告が多かった。

なお、今回報告された事例は、病院として把握・記録された入院患者の自殺事例であり、比較的長期(もしくは最終転帰まで)に診療を行う科とそうでない科とは、事例化する割合が異なることなども考慮して理解する必要がある。

図5. 一般病院における入院患者の自殺



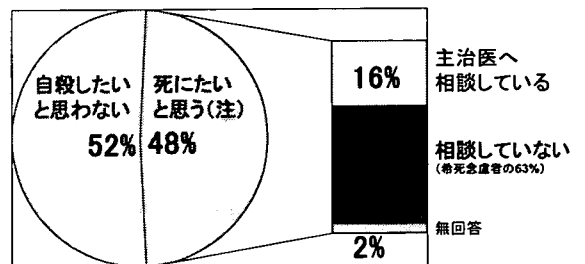
出典: 南良武, 岩下寛, 河西千秋. 日本医療機能評価機構患者安全推進ジャーナル 13, 2006

(4) 希死念慮と相談体制

希死念慮を持つ患者が、どの程度主治医へ希死念慮があることを伝えているかを明らかにするために実施した研究[12]の結果を図6に示す。

この研究は、3つの精神科医療機関の外来通院中であり、DSM-IVにより大うつ病性障害、気分変調性障害、特定不能のうつ病性障害に分類される患者に質問紙法による調査である。122名のうち、48%になんらかの希死念慮があるが、そのうちの68%は、希死念慮について主治医に相談していなかった。

図6. 希死念慮と主治医への相談
— 気分障害の外来患者 —



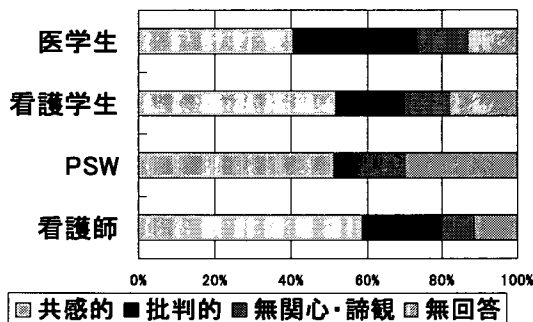
注: 「死にたいと思う」(48%)は、「死にたいと思うことはあるが、自殺を實行しようとは思わない」(45.1%)、「自殺したいと思う」(2.5%)および「チャンスがあれば、自殺するつもりである」(0.8%)の合算である。

出典: 小山達也, 他. 臨床精神医学, 2007

(5) 自殺問題への専門家の態度のばらつき

自殺問題に対して、専門家がどのような態度を有しているかは、希死念慮のある身体疾患患者が相談しやすい環境にあるかを評価する助けとなる。その第1段階として、学生に自殺問題に対する態度を測定した結果が図7である[13]。学生、特に医学生は、自殺問題についてむしろ批判的であるという結果であった。

図7. 自殺問題に対する態度



Kawanishi C, et al. Primary Care Mental Health (in press).

2) 身体疾患と精神疾患について

(1) がん

がん患者における抑うつは、QOL (Quality of Life) の低下のみならず、自殺、家族の精神的負担の増大、治療に対するコンプライアンスの低下、入院期間の長期化など多岐に影響を及ぼすため、抑うつへの対策は極めて重要である[14-17]。先行研究から、がんの臨床経過において抑うつ症状を呈しやすい危険因子として、診断・治療、病前要因、痛み、ボディイメージの変化、ソーシャルサポートの不足、飲酒・喫煙依存の既往、精神疾患の既往歴など複数の要因が示されている[14, 18]。加えて、わが国の患者では、進行病期、非婚姻、独居、絶望的なコーピングスタイルも重要な要因として強調されている[19, 20]。

(2) 循環器疾患 (参考資料1)

一般住民を対象とした研究結果によると、うつ病と不安は、冠動脈疾患 (狭心症と心筋梗塞) の間に中等度～強い関連性が存在していた[21]。脳卒中においても、うつ病は独立した危険因子であることが示されていた。これらは10年を超える追跡した住民調査に基づくものであり、高いレベルのエビデンスといえることができる。

ただし、循環器疾患と精神疾患と間に介在する要因 (喫煙や肥満) に関する研究はきわめて限られている。なお、高血圧との関連をみた7～16年間追跡した研究[22]では、影響する可能性のある要因 (年齢等患者特性や、喫煙や糖尿病または循環器疾患の既往など) を補正した結果、ベースライン時のうつ病スコア (1.8, 95%CI: 1.2-2.8) および不安スコア (1.8, 95%CI: 1.3-2.5) の高値が、高血圧発症の独立した予測因子であることが示されていた。

「心筋梗塞」の発症後には、うつ病の発現率が上昇する[23]。また、予後研究では、うつ病の併存が、心筋梗塞後の転帰不良 (冠動脈疾患の再発・死亡、全死亡を含む) の一貫した予測因子であることが示されている[21]。これはアドヒアランスの低下と関連していると一般に考えられている。なお、「不安」はうつ病ほど、予後因子としての有力なエビデンスは得られていない[24]。

「脳卒中」については、脳卒中後1年間で23.3%が大うつ病を発症していた[25]。また、脳卒中後にうつ病を発症すると、10年間の死亡率が3.4倍高いという結果の研究がある[26]。

次は介入効果に関する研究成果についてである。「心筋梗塞後」の心理的介入に関する介入研究では、総死亡や心死亡に対する介入の効果は認められなかったが、冠動脈疾患患者の不安と

抑うつが幾分軽減することが示されていた[27]。ただし感情障害に焦点を当てた介入は少ない。抗うつ薬（SSRI）は、心筋梗塞後のうつ病に対する治療として安全であり、ある程度の効果を発揮することが示されている[28]。うつ病に対する認知行動療法と SSRI による段階的治療の臨床研究では、介入に伴って気分および社会的支援の有意な改善が認められたが、無イベント生存率や全生存率についての改善は見られなかった[29]。

「脳卒中」の後の抗うつ薬の有効性を裏づけるエビデンスは弱い。抗うつ薬治療により脳卒中後の死亡率が持続的に低下するという研究成果[30]もあるが、脳卒中後のうつ病に対する投薬治療を扱った総説では、症状の軽減は認められたものの、診断可能なうつ病の寛解は見られなかった。また、投薬治療により脳卒中中の回復が促進することもなかった[31]。

（3）糖尿病（参考資料2）

うつ病が2型糖尿病の発症リスクが上昇させるかに関するエビデンスは定まっていないが、精神障害（うつ病を含む）と糖尿病の「併存」については、有力なエビデンスが存在する。地域住民の糖尿病有病率は2~3%であるが、「統合失調症」患者の糖尿病有病率は15%を上回る[32]。「うつ病」と糖尿病の関連性は、メタ分析のよると2.0（95% CI: 1.8-2.2）であった[33]。「不安」と糖尿病の併存に関するデータは少ないが、全般性不安障害の平均有病率が13.5%であるとの報告[34]がある（通常地域住民における有病率は3~4%）。

糖尿病治療には、日常生活における血糖コントロールが必要であり、「アドヒアランス」は重要な側面である。「統合失調症」患者における経

口血糖降下薬の服薬遵守状況は不良である[35]。「うつ病」を有する糖尿病患者も、食事療法や運動、経口血糖降下薬に関する指示をあまり遵守しない[36]。精神的に問題があると、患者の自発的行動を維持することが困難になることが考えられる。

重篤な精神疾患も含め、精神障害を有する患者とそうでない患者の糖尿病治療の質は、ほとんどの指標において差はなく、もし差があるとすれば、それは物質使用障害を有する場合であると国際的には考えられている[37]。

「うつ病」や「不安」と「血糖コントロール」の不良との間に関連性のあることが示唆されている。糖尿病患者に見られるうつ病は、糖尿病性網膜症や糖尿病性腎症、大血管合併症、性機能不全など、糖尿病合併症と関連のあることが一貫して示されている[38]。大うつ病と2型糖尿病における死亡との間には、有意な関連性が存在する（ハザード比2.3）[39]。

精神科医療による介入がこうした転帰に及ぼす有益な効果については、一貫したエビデンスは得られていない。米国のプライマリケア診療所で実施された大規模試験では、糖尿病とうつ病を有する患者に対し、エビデンスに基づく共同うつ病治療（薬物療法、問題解決療法、または両者の併用）を行った結果、うつ病の転帰には有意な効果が認められたものの、血糖コントロールについて通常のプライマリケア以上の効果は認められなかった[40]。

以上の循環器疾患と糖尿病と精神疾患との関連についての Prince M ら[4]のまとめを簡略したものを図8に示す。

図8. 身体疾患と精神疾患に関するエビデンス

	両者の関係			身体疾患治療がアラスへ影響	身体疾患の予後・アウトカムへ影響	精神疾患治療の効果	
	精神疾患は身体疾患のリスクか?	精神疾患は身体疾患の結果	併存症(関連不明)			身体疾患患者のメンタルヘルス改善への効果	身体疾患への効果
冠動脈疾患と精神疾患	4	3	3	2	3	1	-1
脳卒中とうつ病	3	3	3	0	3	-1	-1
糖尿病と精神疾患	1	2	3	3	3	1	1
糖尿病と統合失調症	1	1	3	2	0	0	0

4=strong evidence (meta analysis or systematic review) 3=consistent evidence (several studies)
2=evidence from one study only 1=inconsistent evidence 0=no evidence identified
-1=negative reports
Lancet 2007;370:859-77

D. 考察

今回の予備的検討により、国際的に身体疾患を有する患者の自殺リスクは高いとされていること、また自殺と関連する希死念慮や精神疾患の存在も明らかになった。

両者の関係は、我が国においても同様の傾向があることと考えられるが、根拠となる調査は限られており、調査研究が一層活発になることが求められる。

がん患者の抑うつは、臨床場面においてしばしば医療者に見過ごされていることが指摘されている[41]。その背景には、抑うつはがんに対する正常反応、治療の困難性、心理的問題を扱うことにより抑うつを増強するのではないかという懸念などの医療者側の問題が指摘されており[16]、臨床腫瘍医・身体科医、看護師らに対しては、簡便な抑うつスクリーニング法を用いて早期発見を行うことも推奨されている[42]。

循環器疾患や糖尿病についても、精神疾患との関連に関するとの先行研究があるにもかかわらず、テーマとして取り上げられることは多くはない。医学生の自殺に対する意識が高くないという調査結果から推察するに、がん患者と同じく、循環器疾患や糖尿病の患者の抑うつや精神疾患の併存に対する医療者側の意識が高くない

いことを示しているのかもしれない。

希死念慮や精神疾患を有する身体疾患の患者への個別化した柔軟介入方法[たとえば 43]の開発が求められている。その第一段階として、まず患者および家族に対するオープンで非審判的なコミュニケーションを促進することから始める必要があると考えられる。

E. 結論

腎透析患者や頭頸部がん患者など、身体疾患患者の自殺リスクは高く、がん患者の自殺率は一般人口の約 1.8 倍との報告があった。を有する気分障害患者の約半数に希死念慮があり、その約 3 分の 1 は希死念慮について主治医に相談していなかった。がん、循環器疾患および糖尿病と精神疾患はいずれも中程度から強い関連があり、身体疾患患者の自殺および精神疾患との関係に着目するケアおよびその研究は優先順位の高い課題であると考えられた。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

小山達也、田島美幸、五十嵐良雄、他. 気分障害の患者における希死念慮と医師への相談. 臨床精神医学 36:1311-1314, 2007.

2. 学会発表 現在のところなし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

参考文献

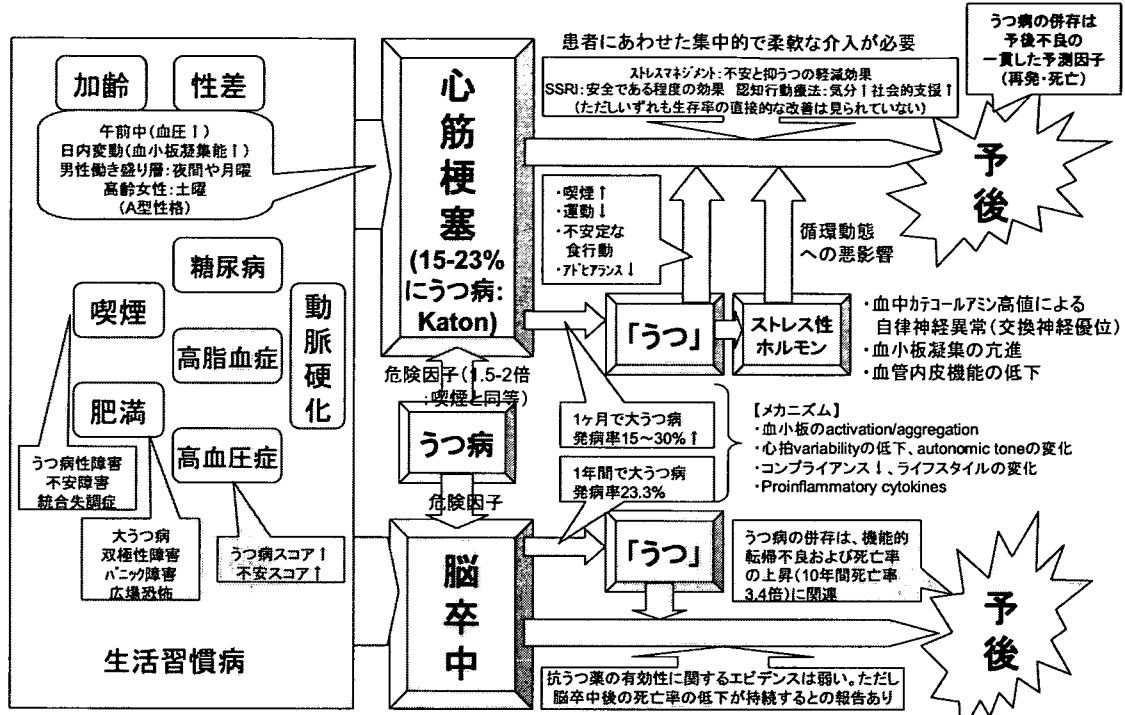
- 警察庁. 自殺の概要. 2007 (<http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki8/20070607.pdf>).
- 阿部すみ子、加藤清司、國井敏、他. 福島県における高齢自殺者の実態と福祉サービス. 福島医学雑誌 48 (4), 1998 (http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2007/html/zenbun/part2/b2_1_3_03.html).

3. 内閣府. 第6回自殺総合対策の在り方検討会(平成19年3月9日)議事録 (http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/taisaku/kentokai_6/gijiroku.html)
4. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. *Lancet* 370:859-877, 2007.
5. Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* 73:281-296, 1994.
6. 佐伯俊成. 身体疾患と自殺. 広島市内科医学会誌.
7. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 284:2907-2911, 2000.
8. Akechi T, Nakano T, Akizuki N, et al. Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 32:506-511, 2002.
9. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, et al. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 22:4209-4216, 2004.
10. Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al. Mental disorders in cancer suicide. *J Affect Disord* 36:11-20, 1995.
11. 南良武, 岩下覚, 河西千秋. 日本医療機能評価機構患者安全推進ジャーナル 13, 2006.
12. 小山達也, 田島美幸, 五十嵐良雄, 他. 気分障害の患者における希死念慮と医師への相談. *臨床精神医学* 36:1311-1314, 2007.
13. Kawanishi C, et al. Primary Care Mental Health (in press).
14. 小林未果, 松島英介. 頭頸部がん患者のQOLにおける心理社会的側面の重要性. *精神科* 7:240-243, 2005.
15. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, et al. Depression in patients with cancer: Diagnosis, biology, treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:89-99.
16. Wilson KG, Chochinov HM, Faye BJ, et al. Diagnosis and management of depression in palliative care. In: Chochinov HM, Breitbart W, editors. *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. New York: Oxford University Press; 2000. 25-49.
17. Chochinov HM. Depression in cancer patients. *Lancet Oncol* 2: 499-505, 2001.
18. Framptom M. Psychological distress in patients with head and neck cancer: review. *Br J Oral Maxillofac Surg* 39:67-70, 2001.
19. Kugaya A, Akechi T, Okamura H, et al. Correlated of depressed mood in ambulatory head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology* 8: 494-499, 1999.
20. Kugaya, Akechi T, Okuyama T, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 88: 2817-2823, 2000.
21. Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *BMJ* 318::1460-1467, 1999.
22. Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I: Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Fam Med* 6: 43-49, 1997.
23. Strik JJ, Lousberg R, Cheriex EC, Honig A. One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. *J Psychosom Res* 56:59-66, 2004.
24. Frasurre-Smith N, Lesperance F. Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry* 60:627-636, 2003.
25. Aben I, Lodder J, Honig A, et al. Focal or generalized vascular brain damage and vulnerability to depression after stroke: a 1-year prospective follow-up study. *Int Psychogeriatr* 18:19-35, 2006.
26. Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, et al. Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry* 150: 124-129, 1993.
27. Rees K, Bennett P, West R, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 2: CD002902.
28. Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA* 288: 701-709, 2002.
29. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *JAMA* 289:3106-2016, 2003.
30. Jorge RE, Robinson RG, Arndt S, Starkstein S. Mortality and poststroke depression: a placebo-controlled trial of antidepressants. *Am J Psychiatry* 160: 1823-1829, 2003.
31. Hackett ML, Anderson CS, House AO. Management of depression after stroke: a systematic review of pharmacological therapies. *Stroke* 36: 1098-1103, 2005.
32. Holt RI, Bushe C, Citrome L. Diabetes and schizophrenia 2005: are we any closer to understanding the link? *J Psychopharmacol* 19: 56-65, 2005.

33. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, et al. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 24: 1069-1078, 2001.
34. Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, et al. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res* 53: 1053-1060, 2002.
35. Dolder CR, Lacro JP, Jeste DV. Adherence to antipsychotic and nonpsychiatric medications in middle-aged and older patients with psychotic disorders. *Psychosom Med* 65: 156-162, 2003.
36. Lin EH, Katon W, Von KM, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 27: 2154-2160, 2004.
37. Desai MM, Rosenheck RA, Druss BG, et al. Mental disorders and quality of diabetes care in the veterans health administration. *Am J Psychiatry* 159: 1584-90, 2002.
38. de Groot M, Anderson R, Freedland KE, et al. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 63: 619-630, 2001.
39. Katon WJ, Rutter C, Simon G, et al. The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 28: 2668-2672, 2005.
40. Katon WJ, Von KM, Lin EH, et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry* 61: 1042-1049, 2004.
41. Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clinical Oncol* 16:1594-600, 1998.
42. Akizuki N, Yamawaki S, Akechi T, et al. Development of an impact thermometer for use in combination with the distress thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 29:91-99, 2005.
43. Frasure-Smith N, Lesperance F. Depression—a cardiac risk factor in search of a treatment. *JAMA* 289: 3171-3173, 2003.

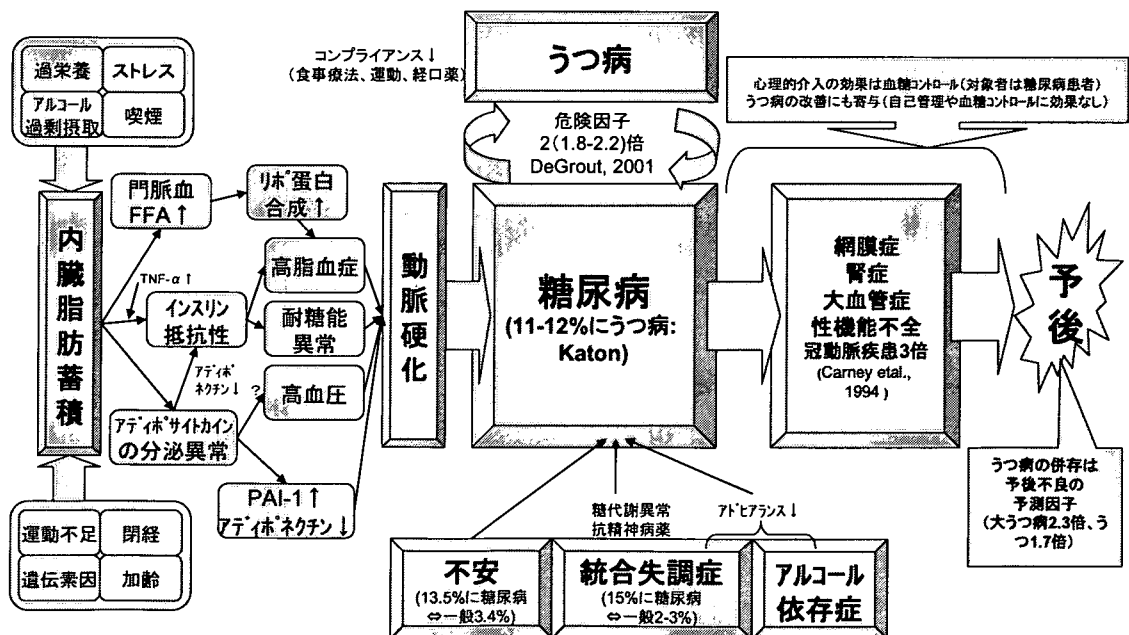
参考資料1: 循環器疾患と精神疾患

死亡率3-4倍
Frasure-Smith
et al., JAMA 1993.



出典: Prince M, et al., Lancet 370: 859, 2007, 他

参考資料2: 糖尿病と精神疾患



出典: Prince M, et al., Lancet 370: 859, 2007, 他

別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト (参考)

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Doihara C, Kawanishi C, Yamada T, Sato R, Hasegawa H, Furuno T, Nakagawa M, Hirayasu Y	Trait aggression in suicide attempters: a pilot study.	Psychiatry and Clinical Neurosciences			in press
Kawanishi C, Iwashita S, Sugiyama N, Kawai M, Minami Y, Ohmichi H	Proposals for suicide prevention in general hospitals	Psychiatry and Clinical Neurosciences	61	704	2007
Kawanishi C, Sato R, Yamada T, Ikeda H, Suda A, Hirayasu Y	Knowledge and attitudes of nurses, nursing students and psychiatric social workers concerning current suicide- related issues in Japan.	Primary Care Mental Health			in press
Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, Furuno T, Kishida I, Odawara T, Sugiyama M, Hirayasu Y	Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area.	BMC Psychiatry			in press

一戸真子, 岩下覚, 釜英介, 河西千秋, 木ノ元直樹, 黒須真弓, 杉山直也, 堤谷政秀, 中間浩一, 西元晃, 南良武	病院内における自殺予防提言.	患者安全推進ジャーナル	17	6-10	2007
河西千秋	海外の自殺予防関連学会について: 学会参加のすすめ.	日本自殺予防学会News Letter	16	6-7	2007
河西千秋, 河合桃代, 西典子	入院患者の自殺を防ぐために: 必要な知識と対応.	看護管理	17	858-865	2007
河西千秋, 山田朋樹, 中川牧子	救命救急センターを拠点とした自殺予防への取り組み.	Depression Frontier	5	42-47	2007
小山達也, 田島美幸, 他	気分障害の患者における希死念慮と医師への相談.	臨床精神医学	36	1311-1314	2007
中川牧子, 河西千秋, 平安良雄	自殺を防ぐために: いまできること, これから取り組むべきこと.	精神科看護	34	12-18	2007
佐藤玲子, 河西千秋, 山田朋樹	救命救急センターに搬送された自殺企図者のフォローアップ.	総合病院精神医学	19	35-45	2007
杉山直也, 河西千秋	精神科領域におけるリスクマネジメント: 財団法人日本医療機能評価機構・認定病院患者安全推進事業での取り組みから.	こころを支える	2	8-11	2007
山田朋樹, 河西千秋, 平安良雄	高度救命救急センターにおけるコンサルテーション・リエゾン精神医療.	臨床精神医学	36	743-747 2	007
古野拓, 河西千秋	自殺とマスメディア: 自殺報道における問題.	精神科	10	485-491	2007