

## やってはいけない対応例

- ・今回の自殺企図行動・自傷行為について何も触れずに、無関心を装う。
- ・自殺企図が理性的な判断に基づいて行われたと判断する。
- ・「自己責任でしょう」と突き放す。
- ・「何て馬鹿なこと（自殺企図）をするのですか」と叱責する。
- ・「そんなの（悩みごと）たいしたことではないじゃないですか」と自分の価値観を押しつける。
- ・身体面の状態・治療に関する説明だけをして、精神面には触れない。
- ・本人の訴えを聞かず、「今は体の治療に専念しましょう」などとはぐらかす。
- ・家族への気遣いは、とくに治療とは関係ないことだと考える。
- ・全身状態が回復したら、ただちに退院させる。

## 好ましい対応例

- ・まず、身体の痛みや状態を尋ねることを通してコミュニケーションを図る。
- ・自殺企図の背景には、必ず精神的な問題があると考え、対応する。
- ・先に、身体的な問題から生じる精神症状の可能性を考慮する。
- ・当該の行為が故意の自傷／自殺未遂だったのかどうかを患者に尋ねる。
- ・自傷／自殺未遂に至った経緯を尋ねる。
- ・現在の自殺念慮の有無や強さを確認する。
- ・精神的なケアの必要性、精神科受療の必要性を解説する。
- ・今日と明日の過ごし方、当面の方針を話し合う。
- ・今回の自殺企図について、内省、後悔の念があるかどうかを確認する。
- ・メンタルヘルス・サポートや、自殺予防に資する資料を手渡し、社会資源の利用を勧める。
- ・ソーシャルワーカーとの相談を勧める。

## ■症例の解説

精神科受診歴のないケースである。もともと内気で心を開くことができず、誰かに相談をすることも苦手な性格の患者である。職場で、これまでに経験したことのないストレスを経験したが、誰にも相談せず、負荷が本人の許容範囲を超えてしまい今回のような行為に及んでいる。本人は、精神科を受診すること自体、思い浮かばなかったかもしれない。

ストレス状態を終わらせる目的での衝動的な行為ではあるが、衝動的、一時的な行為だといって決して軽んじてはならない。今回の自殺企図手段は非常に致死性が高いものである。適応障害を疑うが、絶望感、自責感、不安・焦燥感を伴ううつ病の可能性もあり、精神科受療（入院・外来にかかわらず）につなげることが最重要である。

一酸化炭素（CO）中毒では、曝露時間とCO濃度によって意識障害の遷延時間や後遺症の重症度が異なる。時に、軽度の意識障害が続くことがあるが、臨床症状だけでは時に鑑別が困難である。このため、脳波等を使用した客観的評価は必須である。

## Q&A

### Q1 まずはどうな声かけをするべきですか？ 声かけをする際に注意する点は何でしょうか？

#### A1

まず、あいさつを交わしたり、一般的な声掛け、問いかけを通じて意識障害の有無を確認する必要がある。その際、ごく軽度の意識障害を見落とさないように注意が必要である（コラム8）。意識が清明であると判断されたら、その後少し踏み込んだ質問に移る。

自発的によく話をしてくれるケースでは、傾聴、共感する姿勢が大切で、まずはしっかりと患者の話を受容するよう心がける。患者のほとんどは、精神疾患や一時的にでもメンタルヘルス不調に陥っているので、ストレスや生活問題にうまく対処できていない状況である。このため、患者の語り問題が医療者からみて容易に解決可能であるように思っても、軽視しないように気をつける。その意味で、患者の語りの内容ばかりでなく、患者がどのような心境にあるのか、どのような面持ちで語っているのかということも大事にする。

一方、なかなか口が重く語りたがらないケースの場合は、無理して聞き出すということまではしなくてもよいが、信頼関係の醸成に努め、コミュニケーションがある程度できるようになってから、核心部分について話題にあげるようにする。初めはなかなか応えてくれなくても、繰り返し尋ねたり、角度を変えて聞き直すと応えてくれることもある。

いずれのケースも、当該の行為が自殺の意図を伴うものであったのかどうかということ、出来るだけ早期に確認するとよい。

医療者は決して本人の話に対して、自分自身の価値観を押し付けるような話し方にならないように注意する。TALKの原則というコミュニケーション法がよいとされている。TALKの原則とは、T (Tell)：誠実な態度で話しかける、A (Ask)：自殺かどうかについてはっきりと尋ねる、L (Listen)：傾聴、K (Keep safe)：安全を確保する、という語の頭文字からなるものである。

## Q2 精神的な側面に働きかけを行う前に、本人についてチェックしておくべきことはなんですか？

### A2

救急医療であるため身体的な評価がもっとも優先され、低酸素血症、CO中毒、薬物過量摂取などによる意識障害の有無をしっかりと鑑別することが大切である。また、本人にとってのキーパーソンを同定し、あらかじめ情報を詳しく聴いておくことや、精神科のかかりつけ医が存在すれば、できるだけ早く診療情報提供を求め、①精神科診断名、②治療経過、③最近の状態、④治療薬などについて正確な情報を得ておくことが重要である。

## Q3 本人が行った行為について、それが自殺を念頭においた行動（自殺企図）だったのかどうかを直接確認してもよいでしょうか？

### A3

医療者は自殺の意思についてはっきりと尋ねることが苦手かもしれないが、TALKの原則にもあるように、このことを口に出して確認しなくてはならない。なぜなら、自殺未遂であったのかどうか、その後の患者の対応を決めていくことになるからである。

自殺の意思について確認しても、先に述べたように口ごもってしまうこともあるが、意外と抵抗なく正直に述べてくれることも少なくない。患者とのコミュニケーションがある程度成立していれば、このことを尋ねても患者が怒り出すことはないし、当初は驚く患者もいるが、大抵はむしろ自分のつらい状況を誰かに聞いてほしかったということでも語ってくれる。

もしも質問しにくいと感じたら、たとえば「大事なことなので確認させて下さい」と前置きしたり、「今までも同じような方が沢山入院してきましたので、あなたにも質問しますが…」と、やや婉曲な表現を用いるなどの工夫もある。

## Q4 本人が「自殺をしようと思ってしたことです」と答えたらどのように対応しますか？

## A4

まずは、動揺しないようにできるだけ冷静に対応する。医療者のなかには、「自殺の意図」に過度に反応し、批判的に対応してしまう人もある。しかし、批判や叱責は控え、共感・受容に努める。自殺企図そのものの是非ではなく、企図に本人を追い込んだ状況がどのようなものであったのかを聞き出すように努力する。ほとんどの場合、自殺企図へ至る要素は複数存在するため、視点を変えて、具体的に質問を行うようにする。その際大切なことは、患者の回答が、自殺企図に相応するようなものかどうかという点である。もしも回答があまりに表面的で納得しにくいものである場合（たとえば、「親と喧嘩した」、「3万円の借金が返せない」など）、それは自殺企図の引き金にすぎず、根本的な原因は別にあるかもしれない。そのため、聴取者は具体的に疑問を口に出して「それだけではなくて、他にもあるような気がします」「もっと大きな原因がありませんか？」などと質問を試みる。必ずしも患者は順序立てて語るわけではなく、当初は語らなかった本当の原因を後々に語るケースもある。

## Q5 もし、本人が「自殺企図ではない」と答えたが、家族から「遺書があった」という情報を得たらどのように対応しますか？

## A5

しっかり確認することで、自殺の意図を回答する場合は圧倒的に多いが、時には隠し通そうとするケースが存在する。理由はいくつかあげられるが、主なものとして、「答えるのが面倒だから」ということがある。他にも「家族に知られたくない」「職場に知られたくない」などがあげられる。医療者に対する不信感から答えないこともある。そこで大切なことは、基本に帰って、本人が事実を話しやすい環境、関係づくりを行うことであり、意識的に患者の元へ頻回に足を運ぶとよい。今回の件と関連の薄い話から遠回りをしながら、核心に迫っていく方法もある。何度か話をしていくうちに、「実は・・・」と話し始めることは少なくない。他には、患者が話してくれた内容を医療者の中だけでとどめておくことと約束し、話してもらいやり方がある。

遺書については、やはり家族から話題にしてもらうことが望ましく、できれば患者にとって重い話題は、病院内といういわば保護された空間の中で扱い、解決への方向性を出していくということがよいであろう。

## Q6 自殺企図をした患者に精神科受診歴がない場合、どのように受診を勧めるのがよいやり方ですか？

## A6

前提として、自殺未遂患者の多くが企図時に精神疾患に罹患しているという事実を医療者が知識としてもち、理解しておく必要がある。救急のスタッフが正確な精神科診断を行う必要はない。

また精神科診断にこだわるのではなく、自殺が起こるメカニズム（複合的なストレスと、その複雑化、精神疾患の関与の可能性が大であること、自殺から患者を遠ざけるような保護的な要素の不足・欠如）について疾病教育のように教育を行い、具体的にどのような対処が望ましいのかという情報を伝えることが必要である。

このことを実践するには、一般的には、本人、家族、医療スタッフの面接を設定する。そして、もし救急病棟に入院中に精神科医の関与があり、精神症状に関する診立てがなされたのであればそのことを説明し、地域の精神科への受診を促す。

入院期間が短く精神科診断がつかない場合、入院中の精神科医の関与がまったくない場合（専門家による診断が不可能な場合）、あるいは本人、家族のなかで精神科診療に関する理解が乏しいという場合には、心理教育として自殺に関する客観的事実（「自殺企図の背景に精神疾患が存在する可能性が極めて高い」「医療者として、適切な医学的な判断とケアが必要と考える」「自殺企図の再発率が決して低くない」「自殺未遂は自殺の危険要因」など）をわかりやすく伝え、精神科受療の必要性を説く。理想的には、退院時、または退院後数日以内に精神科へ受療できるよう、家族などに予約をあらかじめ取得してもらうようはたらきかける。

## **Q7 本人が頑なに精神科受診を拒否する場合には、方法がありますか？**

### **A7**

上記の説明方法と同様であるが、家族をはじめとして、患者に対して発言力のある方（キーパーソン）から受療を促してもらうことが有効なこともある。

## **Q8 遠方から駆けつけた家族が困惑している場合、どのような対応が望ましいですか？**

### **A8**

迅速な対応とケアが必要である。患者が突然入院したこと、不慣れな場所に突然来たことだけでも家族には強いストレスがかかっている。家族が責任を感じて自責的になっていることもあるが、ほとんどの家族が、自殺企図と精神疾患の関連など、上記のような自殺企図行動の本質を理解していないのが実情である。

まずは病状について正確に伝え、ねぎらいの言葉をかけるとよい。患者同様に傾聴、共感の姿勢が必要である。家族とともに今後のことを考えていくことを伝え、そのように接することで家族の心の負荷は軽減される。身体の状況や、自殺再企図の可能性について事実を伝えることは大切であるが、過度に恐怖心を煽らないようにも注意する。

状況が落ちつきしだい、家族に対して心理教育（コラム9参照）を十分時間をかけて行うとよい。円滑に精神科受診につながるような具体的な支援も必要である。医師や看護師だけで助言や支援

を行うのではなく、ソーシャルワーカーの活用も重要である。

## Q9 自宅への退院が可能と判断しにくいのはどのようなケースですか？

### A9

自宅への退院可否の判断においては、とくに以下のような項目に留意する。

- ①強い希死念慮、具体的な自殺企図の計画を否定せず、依然として強く存在する。
- ②自らの行った自殺企図に対してまったく振り返りがなされていない。
- ③患者をサポートし得るキーパーソンがない(あるいは、いても具体的に機能しそうもない)。
- ④即座に経済的に困窮してしまうか、衣食住に差し迫った問題がある。
- ⑤精神症状が活発。
- ⑥入院中に不眠が顕著。
- ⑦退院後の精神科受診の目途がまったくついていない。
- ⑧本人、家族の両者が精神科での入院治療を望んでいるのに、入院先への受診も含めてまったく入院までの段取りについて目途がついていない。

### コラム8：意識障害について

過量服薬による意識障害から意識が回復し、一見、見当識も確認できて会話もそれなりに成立したのに、時間をあけて（たとえば翌日など）ベッドサイドを再訪し話をすると、前日に話した内容はおろか診察医の顔すら記憶していないケースが少なからずある。また、過量服薬後に入院した後に不穏状態でスタッフに悪態をついたり暴言を吐く患者がいて困ることがある。このような患者の言動の背景には、しばしば軽度の意識障害の遷延が存在しており、意識が真に清明になってから会うと、前の言動をまったく覚えていなかったり、別人のようであったりする。

精神医学では通過症候群という症候学が提唱されている。これは、軽度の意識障害からの回復過程では多様な精神症状がみられるということの意味することばである。精神症状や本人の心理状態を把握するためには、意識障害を除外しなくてはならないが、しばしば軽度の意識障害は見落とされがちで注意が必要である。以下に、その鑑別のポイントについてまとめた。

軽度の意識障害があると……

- ・長い会話をしていると、まとまりがないことがわかる（例：「今日は朝から今まで何をしていましたか？」と質問してみるとよい）
- ・些細な単語の言い間違いが多い（午前⇔午後、国名⇔都市名など）
- ・100から7を順次引き算してもらうと、途中でできなくなることが多い
- ・普段と性格が異なっているように見える（多弁、軽口で、精神的に上ずったような、いわゆる「脱抑制的」といわれる状態で、普段患者と接している家族に確認すればすぐにわかる）  
（原田憲一著：意識障害を診わける。診療新社，大阪，1997。より引用、改変）

## コラム9：心理教育

心理教育とは、近年、臨床医学のさまざまな領域で取り入れられるようになった心理社会的治療の手法の一つで、疾病に罹患した患者や家族に対して、①疾病に関する確かな知識を伝え、②疾病に伴うさまざまな障害（生活障害を含む）に関する対処法を伝えることによって、③患者や家族自身が自律的に疾病や障害に対処していくことを支援するものである。従来、臨床で用いられてきたいわゆる「ムンテラ」には、多分に医師主導的なニュアンスがあるが、これとは異なる点に注目してもらいたい。

自殺企図後に心理教育を行う際の重要ポイントは、①当該の患者の行動が、死を意図して行った自殺企図行動であったことの確認、②自殺の危険因子と、人が自殺にまで至るプロセスに関する一般説明（自殺は複雑事象であるが、多くの場合、なんらかの環境的な要因によりメンタルヘルス不調となり、精神疾患を発症し、環境的要因と精神疾患との交互作用により自殺へと傾いていく）、③当該の患者の経過に即した自殺のプロセスの確認、④精神科受療の勧奨と、その他の環境要因を解決するために話し合い、⑤医療施設や保健・福祉に関する社会資源、自殺予防に資する各種情報の提供（区市町村の自殺対策窓口の紹介、いのちの電話等の民間団体）である。

これらの心理教育は、患者だけでなく、家族のような重要他者に対して、あるいは患者・家族に同時に行うことが推奨される。もちろん、上記の心理教育内容をひとりの救急医療スタッフが行うことは不可能であり、精神科医、臨床心理士やソーシャルワーカーの参与が望ましい。

文献：

浦田重治郎他（心理社会的介入共同研究班）：心理教育を中心とした心理社会援助プログラムガイドライン（暫定版）. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費事業「統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究」成果報告書, 2004.

岩本洋子他：救命救急センターにおける自殺未遂者への対応. 臨床精神医学, 39: 1451-1458. 2010.

## あとがき

自殺対策基本法（平成18年6月成立）に基づく、自殺総合対策大綱（平成19年6月策定）では、自殺未遂者ケアが自殺対策の重点項目のひとつとして位置づけられている。平成21（2009）年3月に自殺未遂者ケアを推進するために「自殺未遂患者への対応：救急外来（ER）・救急科・救命救急センタースタッフのための手引き」（日本臨床救急医学会）が作成され、全国の救急医療従事者を対象に手引きを活用した自殺未遂者ケアの研修会（厚生労働省主催）が開始された。さらに、この手引きは厚生労働省の自殺予防対策のウェブサイト（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/>）からダウンロードができるようになっており、日本全国の従事者に対する自殺未遂者ケアに関する支援体制が構築されている。

平成21年度より自殺対策緊急強化基金（内閣府）が各都道府県・政令市へ交付され、全国各地でさまざまな自殺対策事業が行われており、各地の自殺未遂者ケア研修会の一環でこの手引きが活用されている。この「来院した自殺未遂患者へのケア Q&A—実践編2011—」では、救急医療従事者がさまざまな自殺未遂事例への対応を実践するうえでのポイントを提示している。救急医療従事者にとって自殺未遂者ケアは必須の課題であり、従事者はそれぞれの現場で搬送される患者たちのところの危機に直面して、懸命に対応にあたっている。救急医療従事者が適切なケアを提供し、わが国の自殺対策を推進の一助となっていくことを祈念する。 （耕）

この冊子に関するご意見がございましたら、日本臨床救急医学会  
自殺企図者のケアに関する検討委員会までお寄せください。

〒164-0001

東京都中野区中野2-2-3 (株)へるす出版事業部内

日本臨床救急医学会事務所

本書の文章および図の著作権は日本臨床救急医学会に帰属する。日本臨床救急医学会の承認を得た場合を除き、本書に記載されている文章および図版の転用や複製を禁ずる。

---

## 来院した自殺未遂患者へのケア Q&A

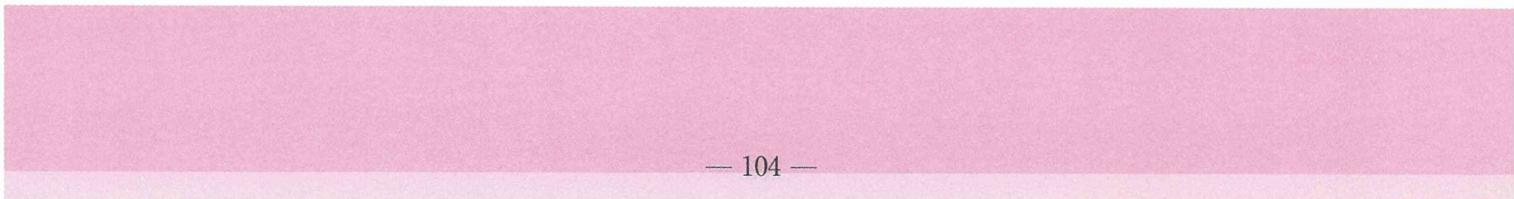
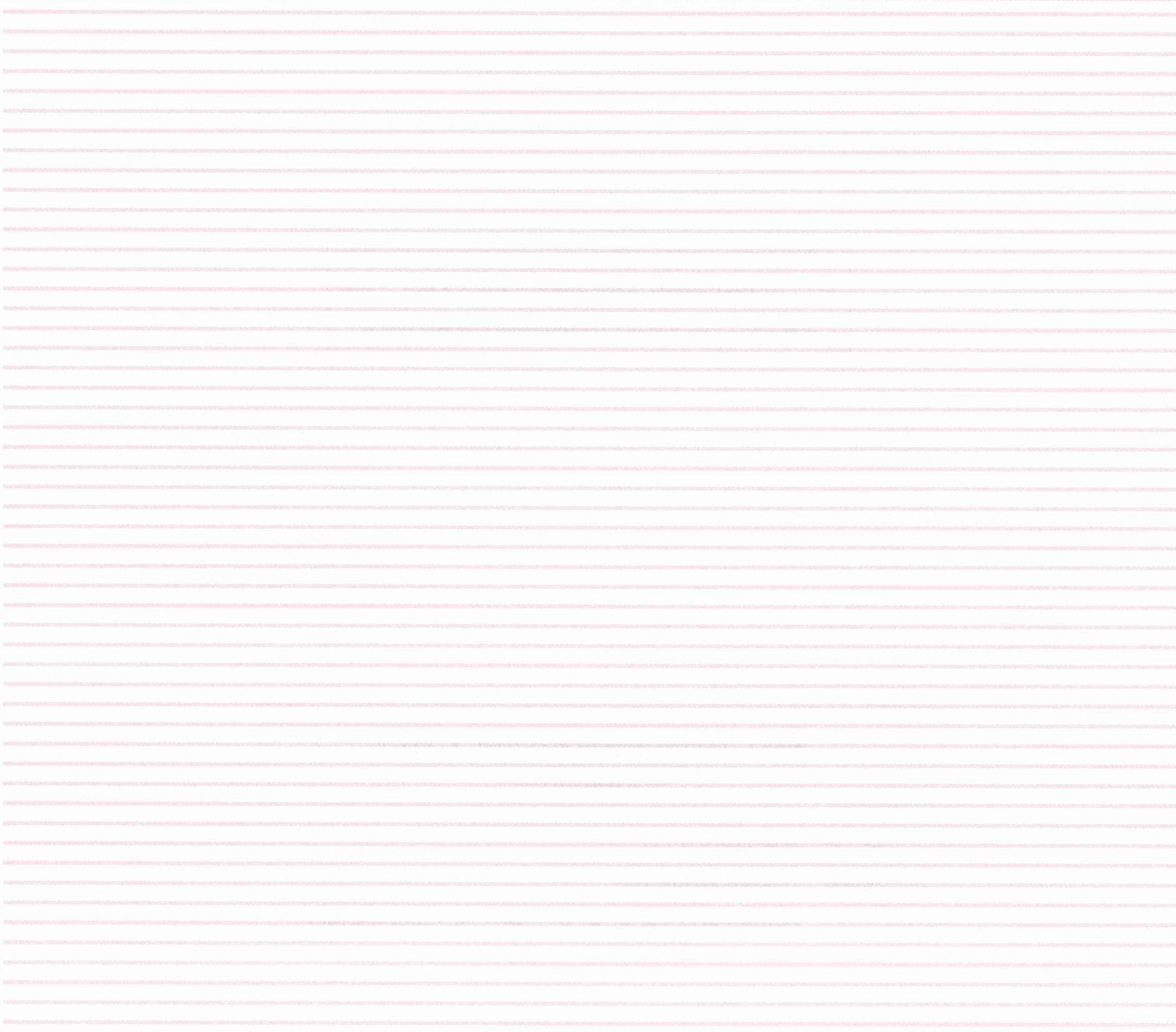
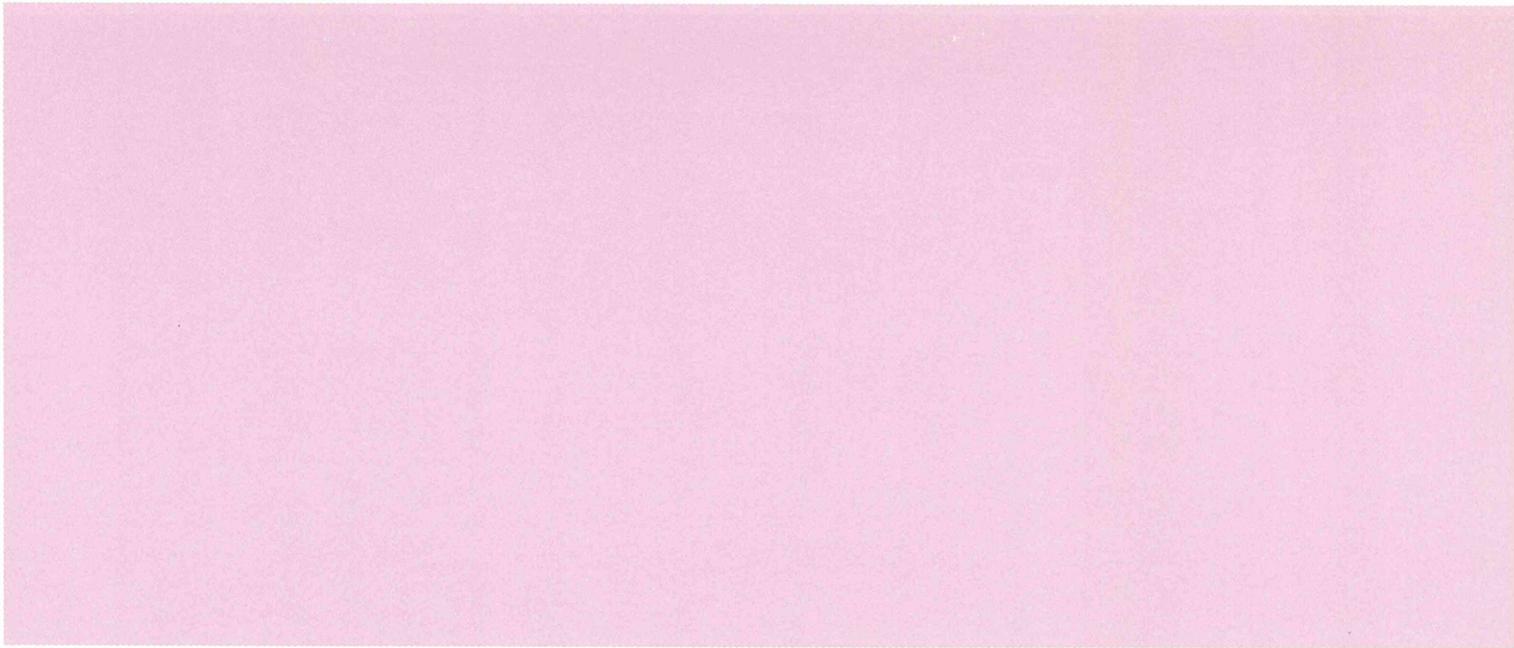
—実践編2011—

---

発行 平成23年8月1日

発行者 日本臨床救急医学会

東京都中野区中野 2-2-3 (株)へるす出版事業部内



## 統合失調症の自殺に関する研究

研究分担者 河西 千秋  
横浜市立大学医学部精神医学准教授

要旨：精神疾患罹患は自殺の危険因子であり、統合失調症はその中でも主要精神疾患のひとつである。

分担研究者らは、自殺予防を実践する当事者としての医学部学生、および精神科医を対象に2つの研究を行った。「研究Ⅰ：医学部学生における精神障害者に対する態度」では、医学部学生を含む245名の大学生を対象に、「精神障害者に対する態度測定尺度(Attitudes toward Mental Disorder 測定尺度)」による調査を実施した結果、医学科1年生と4年生との間に有意差が見られ、障害者との社会的距離を測る項目の半数で有意に距離が大きく、また、否定的イメージを測る項目の一部で、有意に否定的イメージが強いことが示された。学部・学科間の比較からも、精神障害者への社会的距離やイメージは、精神疾患、および障害に関する学習機会と関連することが示唆された。

「研究Ⅱ：精神科医の統合失調症の自殺に関する調査」においては、精神科医436人を対象に、診療を担当した統合失調症患者の自殺の経験と、統合失調症の自殺に関する認識を質問紙を用いて調査した。その結果、83%の精神科医が少なくとも一度の自殺事例を経験していたことが明らかとなった。精神科医の1割から3割ほどが、自殺危険因子として「病的体験」、「サポートの不足・欠如／孤立」、「抑うつ症状・気分障害の合併」などを挙げたが、自傷・自殺企図歴やアルコール・薬物依存の合併を挙げたものはごくわずかであった。また、海外の先行研究からは、統合失調症の自殺は、「初発から数年以内」、「入院中」、「退院直後」に多いとされるが、日本人の精神科医においては、そのような認識は優位ではなかった。

わが国においてまず必要なことは統合失調症の自殺の実態把握であり、それと精神科医の経験や認識を勘案することで、自殺予防教育などを含む有効な自殺予防方略の開発が可能となるものと考えられる。

### 研究協力者氏名・所属施設名及び職名

大山寧寧	横浜市立大学医学部精神医学 特任助手
岩本洋子	横浜市立大学大学院（精神医学）
神庭 功	横浜市立大学大学院（精神医学）
川端康尋	ルーテル学院大学大学院（総合人間学）

## A. 研究目的

統合失調症は、気分障害、物質依存症などと共に自殺者の罹患精神疾患として最も多く認められ (Bertolote JM & Fleischmann A, 2002)、また統合失調症者の 4-10%は自殺死に至る (Inskip et al., 1997; Brown et al., 1998; Palmer et al., 2005) が、わが国では、予防方略の開発が遅れている。統合失調症の自殺予防方略を開発するためには、まず我が国の統合失調症自殺者の実態を明らかにしなくてはならない。そのためには、国内の大規模な心理学的剖検研究を行わなければならないが、現時点では、困難を伴い (勝又ら, 2010)、わが国では統合失調症自殺者の実態すら明らかにされていない。

次善の方法としては、自殺既遂者とその特性を共有する重症自殺未遂者の実態を明らかにすることであるが、これについては、すでに分担研究者が横浜市立大学附属市民総合医療センター高度救命救急センターに搬送された統合失調症患者について研究を実施し、本研究班でその特徴を明らかにしている (Nakagawa, Kawanishi et al., 2011)。

今年度は、自殺予防方略を実践する当事者としての、医学部学生 (医学科・看護学科)、および精神科医の知識・意識・態度をそれぞれ明らかにする目的で研究を行った。研究は、「研究 I : 医学部学生における精神障害者に対する態度」、「研究 II : 精神科医の統合失調症の自殺に関する調査」から成る。以下、両研究の方法、対象、結果、考察を、それぞれ B-I、C-I、D-I、B-II、C-II、D-II に分けて記載する。

## B-I. 研究方法 (「医学部学生における精神障害者に対する態度」)

### 1. 対象者

分担研究者が所属する横浜市立大学は、医学部 (医学科・看護学科) と、国際総合科学部 (国際教養学系・経営科学系・理学系; 全 7 コース) から成る。本研究は、2010 年-2011 年にこれらの学部学生と、両学部が受講する共通教養講座を聴講した高校生 6 名を対象とした。

### 2. 調査方法

質問紙を用いて、精神障害者に対する態度を自分と精神障害者との距離、精神障害者に対するイメージや感情・評価という二つの概念から測定し、精神障害者への態度について検討した。

質問紙は、北岡 (2001) が作成した、「精神障害者に対する態度測定尺度 (Attitudes toward Mental Disorder 測定尺度: 以下、AMD)」を用いた。この質問紙は、「自分と精神障害者との社会的距離に対する態度」に関する因子 10 項目と「精神障害者に対するイメージと感情・評価」に関する因子 10 項目で構成される (表 1)。質問項目には、「そう思わない」=3 点「あまりそう思わない」=2 点「まあそう思う」=1 点「そう思う」=0 点の 4 段階評定で回答を求め、「イメージ」因子に属するところの「何をするかわからないのでこわい」、「善悪の判断がつけられない」、そして「暴れたり、興奮している人が多い」など否定的な内容の質問に対する回答には逆の得点を付与して得点化し、各質問項目の点数を加算したものを項目数で割った値を尺度得点とした。したがって、「社会的距離」因子得点が高いほど精神障害者に対する社会的距離が大きく、「イメージ」因子得点が高いほど否定

的なイメージや感情・評価を持っているとみなすことができる。

この質問紙を、国際総合科学部1年生、医学部1年生、および近隣高校の高校生に教養講座講義の際に配布した。また、医学部4年生には医学部専門講義の際に配布した。全対象者数は245名であった。

## C-I. 結果（「医学部学生における精神障害者に対する態度」）

### 1. 基礎統計量

質問紙は245部回収され、そのうちの欠損データ10名を除いた235名を分析対象とした（有効回答率95.9%）。対象者の属性は、医学科122名、看護学科99名、国際総合科学部および高校生14名（うち高校生6名）であった（図1）。高校生と大学1年生が全体の69.4%を占め、平均年齢は $19.7 \pm 2.8$ 歳であった。

AMDの全体平均は、 $1.37 \pm 0.76$ 点であった。全20項目ごとのAMD全体平均得点は図2に示した。社会的距離因子に関しては、見合い話や恋愛、結婚、精神病院（原文のまま）での勤務といった、日常的な接触が求められる項目（項目1,3,5,10）での得点が高かった。また、イメージ因子に関しては、「出来るだけ人里離れたところに精神病院（原文のまま）を立て、隔離収容されるべきである」という項目18の得点が高かった。

### 2. 医学科の1年生と4年生による比較

対象となった医学科では、4年生時に精神疾患に関する系統講義を受講する。そこで、精神医学の知識を持たない医学科1年生と医学科4年生の精神障害者への態度の差を検討すべく、学年を独立変数とし、AMD測定尺度得点を従属変数としたt検定を行った。その結果、AMDの全体得点お

よび社会的距離因子得点では、1年生は4年生よりも有意に得点が高く、イメージ因子では有意差が認められなかった（ $t(113)=2.21, p<.05, t(113)=2.16, p<.05, t(113)=1.42, n.s.$ ）。結果は表2に示した。加えて、20項目ごとにAMDの平均得点を比較した結果、計7項目で有意差が認められた（表3）。まず、社会的距離因子においては、項目4「従業員として雇ってもかまわない」、項目6「友達になってもかまわない」、項目7「一緒に働いてもかまわない」、項目8「普通に近所づきあいは続けたい」、項目9「精神障害者のための施設が、自分の住む地域につくられてもかまわない」の5項目において、1年生は4年生よりも得点が高かった（ $p<.05$ ）。なお、有意差が認められなかった5項目は、項目1「見合い話があった場合してみてもよい」、項目2「隣に住んでもかまわない」、項目3「恋愛することもあるかもしれない」、項目5「結婚することもあるかもしれない」、項目10「その仕事をするのができ、給与が妥当ならば、精神病院で働いてもかまわない」といった日常的な接触が求められる項目であり、両学年ともに得点が高いという結果であった。

さらに、イメージ因子においては、項目15「何をするかわからないので危険である」、項目18「出来るだけ人里離れたところに精神病院（原文のまま）を建て、隔離収容されるべきである」の2項目で1年生は4年生よりも、有意に得点が高かった。

### 3. 学科ごとの特徴比較

精神障害者への態度を学部・学科ごとに比較検討するため、学部・学科を独立変数、AMD中央値および20項目ごとの中央値を従属変数としたKruskal Wallisの検定を行った。なお、主な比較検討は「医学系 vs. 非医学系」という観点で行っ

たために、国際総合科学部学生と高校生は合わせて一群とした。

その結果、社会的距離因子に関しては、国際総合科学部・高校生群が  $1.45 \pm 0.67$  点と最も AMD 得点が高く、次いで医学科  $1.40 \pm 0.82$  点、看護学科  $1.37 \pm 0.82$  点であった（ただし有意差なし）。特に、国際総合科学部・高校生群が他学科に比して高得点であった項目は、項目 3「恋愛することもあるかもしれない」、項目 5「結婚することもあるかもしれない」、項目 6「友達になってもかまわない」、項目 7「一緒に働いてもかまわない」、項目 9「精神障害者のための施設が、自分の住む地域につくられてもかまわない」の 5 項目であった。

次に、イメージ因子に関しては、医学科が  $1.36 \pm 0.69$ 、国際総合科学部・高校生群が  $1.36 \pm 0.71$ 、看護学科が  $1.33 \pm 0.73$  と有意差は認められなかった。3 学科共通で特に低得点であった項目 18「出来るだけ人里離れたところに精神病院（原文のまま）を立て、隔離収容されるべきである」では、全体平均が  $0.51 \pm 0.6$  点となり、隔離収容に肯定的な回答は全体の 4.7% であった。学科ごとにみると、国際総合科学部・高校生群の得点が最も高得点であった。

学科ごとの AMD 平均得点と標準偏差は表 4 に示し、図 3 および図 4 にて項目の平均得点の差を図示した。

#### D-I. 考察（「医学部学生における精神障害者に対する態度」）

本研究における、医学科の学年ごとの比較、および学部・学科ごとの比較得られた結果からは、精神疾患に関する知識および学習機会がある方が、精神障害者との社会的距離がより小さいことが示唆され。先行研究においても、大学の精神障害に

関する講義や実習で精神障害に関する正しい知識の学習や普及を行ったところ、精神障害者に対する社会的態度およびイメージはより肯定的な態度となったとの報告が得られている（Vezzoli R, Archiati L, 2001 ; 小山内ら, 2009 ; Probst M & Peuskens J, 2010）。一方で、研究対象者と精神障害者との社会的距離を、「見合い話や恋愛」、「結婚」、「精神病院（原文のまま）での勤務」といった関係性についてみると、医学部の学年ごとの比較でも、学部・学科ごとの比較においても有意差は認められなかった。

次に、精神障害者に対するイメージや感情・評価に関しては、「出来るだけ人里離れたところに精神病院を立て、隔離収容されるべきである」という項目が特に低得点となり、全体の 95.3% が強制収容に対して否定的な意見を有していることが分かった。しかし、医学科における学年ごとの比較では、「精神障害者は何をするかわからないので危険である」、および「隔離収容されるべきだ」に関する得点が、4 年生よりも 1 年生で有意に高く、学部・学科間の比較においては、国際総合科学部で「隔離収容されるべきだ」に関する得点が高い傾向が認められたことから、精神疾患に対する知識および学習機会の少ない学生は、精神障害者の危険性や粗暴性の強調に関連して否定的イメージを抱きやすいことが示唆された。

#### B-II. 研究方法（「精神科医の統合失調症の自殺に関する調査」）

##### 1. 対象

分担研究者が講師を務めた精神保健に関する各種研究会・研修会に参加した精神科医 436 人を対象とした。

## 2. 調査方法

対象となった精神科医に、分担研究者が作成した無記名の質問紙を配布し、研究の趣旨を口頭・紙面で十分に説明し、同意の得られた対象者から記入済みの質問紙を回収した。

調査した項目は、1) 年齢、2) 性別、3) 精神科臨床歴、4) 現在の勤務先、といった回答者の属性に関する4項目と、5) 診療を担当した患者の自殺の有無とその回数、6) 健常者と比較した統合失調症患者の自殺危険性の高さ、7) 気分障害患者と比較した、統合失調症患者の自殺危険性の高さ、8) 統合失調症患者の自殺危険因子(自由回答)、9) 治療中の統合失調症患者において自殺危険性の高い経過時期、10) 入院治療を受け退院した統合失調症患者において自殺危険性の高い経過時期、11) 自殺企図歴のある統合失調症患者の再企図危険性の高い経過時期といった統合失調症患者の自殺に関連する7項目の、計11項目であった。

## C-II. 結果(「精神科医の統合失調症の自殺に関する調査」)

### 1. 基礎統計量

有効回答率は64.7%(282名から有効回答が得られた)で、性別で見ると男性237名、女性45名であった。年齢分布は28歳から80歳で、平均年齢が49.4歳であった。精神科臨床歴分布は、0.7年から53年で、平均精神科臨床歴は20.6年であった。アンケート調査時の勤務先は、頻度の多い順から、精神科病院、クリニック、一般病院、大学附属病院などであった(図6)。

## 2. 統合失調症患者の自殺に関する調査結果

### a) 診療を担当した患者の自殺の有無

担当患者の自殺について、無と回答した者が17%で、83%のものが少なくとも一度の自殺事例を経験していた。(図7)。

### b) 統合失調症患者における自殺危険性と危険因子

85%が、統合失調症患者が健常者と比較して自殺危険性が高いと回答し、気分障害患者との比較においては、同程度とするものが約半数を占めた(図8)。

88%のものが、統合失調症の自殺危険因子が存在すると回答し、因子として病的体験を挙げているものが32%、サポートの不足・欠如/孤立・孤独を挙げたものが13%、抑うつ症状・気分障害(あるいは感情障害)の合併を挙げたものが12%、そして自傷・自殺企図歴を挙げたものが7%であった。アルコール・薬物依存の合併を挙げたものは2%だった。

### d) 統合失調症患者における、自殺危険性の高い経過時期

全経過を通じて最も自殺が生じやすい治療時期は、「再燃急性期の外来通院中」、あるいは「特定不能」と回答したものが32%ともっとも多かった(図9)。退院後の自殺企図の危険性が高い時期については、特定不能と回答した者が59%ともっとも多く、退院後1年以内と回答した者が31%、退院後1年以上と回答した者は10%であった(図10)。自殺企図歴のある患者の再企図危険性が高い時期については「特定不能」としたものが59%ともっとも多く、前回の自殺企図後1年以内と回答した者が35%、前回の自殺企図後1年以上と回答した者は6%であった(図11)。

## D-II. 考察（「精神科医の統合失調症の自殺に関する調査」）

わが国においては、大規模な心理学的剖検研究や長期間の連続調査なども実施されておらず、わが国の統合失調症患者の自殺の実態は明らかではない。しかし、心理学的剖検に関する feasibility study（勝又ら，2010）や、自殺対策のための戦略研究 ACTION-J（Hirayasu, Kawanishi, et al., 2009）などが精力的に行われるなど、研究者や関係者らの努力が続けられている。

実態が明らかになるまでは対策が立てられないというものではなく、研究の進捗に合わせて、臨床現場での対策を模索していかなければならず、そのためには工業先進国で得られている知見の review や、当事者としての臨床家の経験、知識、あるいは態度の調査を行い、課題を抽出していくことも必要である。本調査は、そのような意図で実施されたものである。

本調査の結果からは、精神科医のほとんどが統合失調症患者の自殺を経験しており、その7割以上が複数回の自殺を経験していた。多くの回答者が、「統合失調症患者の自殺に関して危険因子がある」と回答したが、その因子に関する自由回答は回答者ごとに回答数はまさにばらつきが多く、自殺全般の危険因子として明らかにされている要因を列記したものの数は少なかった。

海外の先行研究では、統合失調症の自殺危険因子（普遍的なものも含む）として、1）抑うつ、2）過去の自損行為（自傷、自殺未遂）、3）物質乱用、4）薬物治療へのアドヒアランスが比較的共通して提示されているが（Heila et al., 1997; Rossau & Mortensen PB, 1997; Gupta et al., 1998; Bourgeois et al., 2004; Hawton et al., 2005; Kuo et al., 2005; Hunt et al., 2006; Limosin et al., 2007）、本調査

では、1）を挙げたものが12%、2）は7%、3）は2%、4）は4.4%であった。一方で、病的体験を挙げたものが32%と特に多かった。

フィンランドのコホート調査（Alaraisanen et al., 2009）では、統合失調症の自殺の71%が初発から3年以内と報告されており、治療開始の1年以内のリスクが高いことも知られているが（Mortensen & Juel, 1993; Limosin et al., 2007）、わが国の精神科医の場合、初発において危険性が最も高いとしたものは、計13%程度であり、再燃や慢性期において危険性が高いとしたものが計46%を占めた。また、入院治療が行われた統合失調症患者の自殺に関する海外の先行研究においては、患者の入院中、あるいは退院後1年以内の自殺がもっとも多いことが示唆されているが（Rossau & Mortensen PB, 1997; Powell et al., 2000; Kuo et al., 2005; Hunt et al., 2006）、わが国の精神科医の過半数は「特定不能」とし、退院後1年以内を危険とした精神科医は31%であった。

自殺企図歴のある統合失調症患者の自殺再企図の時期に関しては、「前回企図後1年以上」としたものがわずか6%であった。なお、本研究班において、分担研究者らは横浜市立大学附属市民総合医療センター・高度救命救急センターに自殺企図のため搬送された統合失調症患者の特徴を調査したが（Nakagawa, Kawanishi, et al., 2011）、そこでは、統合失調症患者においては自殺企図後1年以上経過してからの再企図の割合が、気分障害と比較して有意に多いことが示されている。

本調査の結果から示唆されたことは、1）わが国の精神科医の大多数が自殺の危険因子について十分把握をしているとは言えないこと、2）統合失調症患者に自殺が生じる病期や治療経過時期、あるいは自殺再企図が生じる時期などについては、

「特定不能」と考えているものが多く、また認識に精神科医間で多くのばらつきがあることであった。

あくまでも推測の域であるが、分担研究者は、工業先進国間で統合失調症患者の自殺の実態や危険因子に大きな隔たりはないものと考えている。もしかすると、わが国の精神科医の考える統合失調症の自殺に関するイメージと、その実態は大きくずれているのではないかということが懸念される。しかし、いずれにせよ、統合失調症患者の自殺の実態を明らかにすることは喫緊の課題である。そして、実態把握と、今回得られたような精神科医の経験と認識を勘案することで、精神科医を含む医療者の教育などを含めた有効な自殺対策が可能となるものと考えられる。

## E. 結論

「研究Ⅰ：医学部学生における精神障害者に対する態度」では、医学科1年生と4年生との間で、障害者との社会的距離や、障害者に対する否定的イメージに関して、あるいは両者を総合した評価尺度の得点に有意差が見られ、精神障害者への社会的距離やイメージは、精神疾患、および障害に関する学習機会と関連することが示唆された。

また、「研究Ⅱ：精神科医の統合失調症の自殺に関する調査」においては、精神科医の83%が少なくとも一度の自殺事例を経験していたことが明らかとなった。また、精神科医の多くが統合失調症の、ないしは普遍的な自殺の危険因子を把握していなかった。また、海外の先行研究からは、統合失調症の自殺は、「初発から数年以内」、「入院中」、「退院直後」に多いとされるが、日本人の精神科医においては、そのような認識は優位ではなかった。これらのデータは、精神科医に対する自殺予

防教育を実施するうえで考慮すべきことと考えられた。

## F. 健康危険情報

該当せず

## G. 文献

1. Bertolote JM, Fleischmann A: Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective, *World Psychiatry* 1, 181-185, 2002
2. Brown S: Excess mortality of schizophrenia: a metaanalysis. *Br J Psychiatry*, 171,502-508, 1997
3. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B: Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 172, 35-37, 1998
4. 勝又陽太郎, 竹島正: 心理学的剖検. *臨床精神医学*, 39, I 425-429, 2010
5. Nakagawa M, Kawanishi C, Yamada T, Sugiura K, Iwamoto Y, Sato R, Morita S, Odawara T, Hirayasu Y: Comparison of characteristics of suicide attempters with schizophrenia spectrum disorders and those with mood disorders in Japan. *Psychiatry Res*, 188, 78-82, 2011
6. 北岡(東口)和代 2001「精神障害者への態度に及ぼす接触体験の効果」『精神障害とリハビリテーション』, 5(2), pp. 142-147.
7. 小山内隆生, 山崎仁史, 他 2009 精神障害に関する知識が精神障害者のイメージに与える影響—医療職を目指す学生調査より—. *作業療法*, 28, pp. 376-383.
8. Probst M, Peuskens J: Attitudes of Flemish physiotherapy students towards mental health and psychiatry. *Physiotherapy*, 96, 44-51, 2010
9. Vezzoli R, Archiati L, Buizza C, Pasqualetti P, Pioli R: Attitude towards psychiatric patients : a pilot study in a northern Italian town. *Eur Psychiatry*, 16, 451-458, 2001
10. Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Ishizuka N, Okubo Y, Sakai A, Kishimoto T, Miyaoka H, Otsuka K, Kamijo Y, Matsuoka Y, Aruga T: A

randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Health*, 9, 364, 2009

1 1 . Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Martunen MJ, Lonnqvist J: Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 154, 154-159, 1997

1 2 . Rossau CD, Mortensen PB: Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case control study. *Br J Psychiatry*, 171, 355-359.

1 3 . Gupta S, Black DW, Arndt S, Hubbard WC, Andreasen N: Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatris Serv*, 49, 1353-1355, 1998

1 4 . Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano G, Lindenmayer J-P, Hsu C, Alphas L, Meltzer HY, The InterSePZT Group: Awareness of disorder and risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry*, 161, 8, 1494-1496

1 5 . Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ: Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*, 2005, 187, 9-20

1 6 . Kuo CJ, Tsai SY, Lo CH, Wang YP, Chen CC: Risk factors for completed suicide in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 66, 579-585, 2005

1 7 . Hunt IM, Kapur N, Windfuhr K, Robinson J, Bickley H, Flynn S, Parsons R, Burns J, Shaw J, Appleby L: Suicide in schizophrenia: findings from a national clinical survey. *J Psychiatr Pract*, 12, 139-147, 2006

1 8 . Limosin F, Loze JY, Philippe A, Casadebaig, Rouillon F: Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients. *Schizophr Res*, 94, 23-28, 2007

1 9 . Alaraisanen A, Miettunen J, Rasanen P, Fenton W, Koivumaa-Honkanen HT, Isohanni M: Suicide rate in schizophrenia in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 1107-1110, 2009

2 0 . Mortensen PB, Juel K: Mortality and the cause of death in first admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, 163, 183-189, 1993

## H. 研究発表

### 1. 論文発表

李菊姫, 河西千秋: 外国人留学生にみられるメンタルヘルス問題: 希死念慮, 自殺関連行動, 抑うつ, そしてアルコール依存傾向について. 自殺予防と危機介入, 31, 65-73, 2011

Nakagawa M, Kawanishi C, Yamada T, Sugiura K, Iwamoto Y, Sato R, Morita S, Odawara T, Hirayasu Y: Comparison of characteristics of suicide attempters with schizophrenia spectrum disorders and those with mood disorders in Japan. *Psychiatry Res*, 2011; 188, 78-82. 6

河西千秋, 佐藤直子, 岩本洋子, 土井原千穂, 平安良雄: 医学部・大学附属病院における職域メンタルヘルス支援活動. *最新精神医学*, 16, 149 - 153, 2011

須田顕, 杉山直也, 河西千秋: 双極性障害と自殺. *臨床精神医学*, 40, 915-920, 2011

河西千秋: 動き出した自殺未遂者対策: 救急医療の役割. *Emergency care*, 24, 12-16, 2011

河西千秋: 地域精神保健と自殺対策. *さいたま市与野医師会誌*, 50, 127-137, 2011

河西千秋: 自殺問題が深刻化してから以降のわが国の自殺未遂者対策の経緯. *総合病院精神医学*, 印刷中

河西千秋: 救急外来におけるうつ病対策 (監修: 大野裕), *うつ病治療ハンドブック*, 金剛出版, pp347-353, 2011

河西千秋: 病院内の自殺事故 (監修: 河西千秋, 橋本廸生他), *病院内の自殺対策のすすめ方 (患者安全推進ジャーナル別冊)*, 認定病院患者安全推進協議会, pp6-7, 2011

河西千秋: 1次予防: ホットスポット対策 (監修: 河西千秋, 橋本廸生他), *病院内の自殺対策のすすめ方 (患者安全推進ジャーナル別冊)*, 認定病院患者安全推進協議会, pp24-26, 2011

河西千秋: 3次予防各論: 事故後の対応 (監修: 河西千秋, 橋本廸生他), *病院内の自殺対策のすすめ方 (患者安全推進ジャーナル別冊)*, 認定病院患者安全推進協議会, pp48, 2011

河西千秋：自殺事故の実態とその影響（監修：河西千秋，橋本廸生他），病院内の自殺対策のすすめ方（患者安全推進ジャーナル別冊），認定病院患者安全推進協議会，pp60-61，2011

河西千秋：スタッフケアの実践：休養・休職（監修：河西千秋，橋本廸生他），病院内の自殺対策のすすめ方（患者安全推進ジャーナル別冊），認定病院患者安全推進協議会，pp83-85，2011

大塚耕太郎，河西千秋，岸康宏，坂本由美子，三宅康史，守村洋，柳澤八重子，山田朋樹：来院した自殺未遂感へのケア：実践編 2011. 日本臨床救急医学会，pp1-35，2011

山田朋樹，河西千秋：自殺未遂者の治療とフォローアップ（監修：張賢徳）. 自殺予防のための知識と技（専門医のための精神臨床リュミエール29），中山書店，pp48-56，2011

河西千秋：自殺事故に関連した医療スタッフのケア。（監修：有賀徹、三宅康史）. 救急医療における精神症状評価と初期診療ガイドブック：チーム医療の視点からの対応のために（仮題）. へるす出版，印刷中

河西千秋：わが国の自殺対策・自殺未遂者対策の経緯。（監修：有賀徹、三宅康史）. 救急医療における精神症状評価と初期診療ガイドブック：チ

ーム医療の視点からの対応のために（仮題）. へるす出版，印刷中

河西千秋（訳，監訳）：WHO 自殺予防の手引き：警察官，救急隊員，および第1介入者として自殺・自殺関連行動に対応する人のための手引き. 横浜市立大学精神医学教室刊行，全26頁，2011（WHO本部の許諾に基づく正式日本語版出版）

## 2. シンポジウム等

河西千秋，日野耕介，山田朋樹：自殺対策に果たす外来精神医療の役割：高度救命救急センターに搬送される自殺未遂者の実態  
第11回日本外来精神医療学会，東京，2011（シンポジウム）

河西千秋：自殺予防と精神保健：一般救急医療従事者と精神科救急医療従事者との連携，第107回日本精神神経学会，東京，2011（シンポジウム）

河西千秋，平安良雄，山田光彦，米本直裕，稲垣正俊，高橋清久：  
メディカル・モデル対策の現実：多施設共同無作為比較研究 ACTION-J の目指すところ，第35回日本自殺予防学会，宜野湾，2011（シンポジウム）

## I. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1. 精神障害者に対する態度(AMD)測定尺度 質問項目

下位因子	項目番号	項目内容
社会的距離因子	項目1	見合い話があった場合、してみてもよい
	項目2	隣に住んでもかまわない
	項目3	恋愛することもあるかもしれない
	項目4	従業員として雇ってもかまわない
	項目5	結婚することもあるかもしれない
	項目6	友達になってもよい
	項目7	一緒に働いてもかまわない
	項目8	普通に近所づきあいは続けたい
	項目9	精神障害者のための施設が、自分の住む地域につくられてもかまわない
	項目10	その仕事をするのができ、給与が妥当ならば、精神病院で働いてもかまわない
イメージ因子	項目11	何をするのかわからないのでこわい
	項目12	善悪の判断がつけられない
	項目13	暴れたり、興奮している人が多い
	項目14	犯罪を犯しやすい
	項目15	何をするのかわからないので危険である
	項目16	突然理由もなく、わめき散らすことがある
	項目17	行動が理解できないことが多い
	項目18	できるだけ人里離れたところに精神病院を建て、隔離収容されるべきである
	項目19	突然理由もなく、人に乱暴したり、傷つけたりすることがある
	項目20	だいたいぶそうに見えても、いつ何をするのかわからない

表 2. 医学科学年と AMD 測定尺度平均得点 下位尺度ごとの比較

		医学科1年生 (N=75)		医学科4年生 (N=40)		t 値	P
		平均	標準偏差	平均	標準偏差		
AMD尺度得点	全体得点	1.44	0.4	1.28	0.32	2.2	0.03*
	社会的距離因子得点	1.46	0.45	1.28	0.44	2.16	0.03*
	イメージ因子得点	1.4	0.51	1.28	0.42	1.42	0.16

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001