

A. 研究目的

自殺による死亡者数は例年 3 万人を超え、各方面の努力にもかかわらず減少の兆しが見えない。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」では、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業の援助を得て平成 20 年度までの成果として、自殺企図患者が最初に運ばれる可能性の高い救急外来や救命救急センターで、精神科常勤医のいない状況下でスタッフが不安を感じずに自殺企図者の初期診療にあたるように、『自殺未遂患者への対応 - 救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き - 』を作成し、2009 年 3 月に刊行した。

その『手引き』は、関連学会の会員に無料配布され、また厚生労働省の HP から無料ダウンロードが可能となっている。それを手に取って内容を確認しつつ、実際の診療にあたるだけでは、その成果が十分とは言えない。

手引きを用いて標準的な診療をおこない、自殺再企図のリスクを下げる効果をだすために、前年度に引き続き開催される自殺未遂者ケア研修 (厚生労働省主催、日本臨床救急医学会共催) においてもそのワークショップの中で実際に『手引き』を活用しつつ、研修の内容の充実を図ることを目的とする。それによって『手引き』の有効利用を広めることも可能となる。

そして、『手引き』に引き続いて、救急現場での自殺企図の“困った”事例に具体的に対応すべく、『よくある質問集』(FAQ 集)を作成し、配布することで救急外来における自殺企図者へのケアを充実させることを目的とした。

また、年間約 150 名に対して提供される自殺未遂者ケア研修単独では、全国で毎日救急医療に従事するスタッフにとって、この研修を受け

ることも困難であるだけでなく、参加するための十分な動機づけにならない可能性がある。実際に救急外来では自殺企図だけでなく、日常的にその対応に苦慮している精神科救急関連の患者 (薬物やアルコール依存、せん妄、意識障害、パニック障害など) への初期対応もニーズが高い。これらを同時に学べる研修コースを企画し、その中に自殺未遂者へのケアを組み込むことで、参加者にとってもメリットの大きく、それによって多くの参加者を呼び込むことが可能となり、受講料を徴収し、NPO による運営をすることで、持続可能な研修コースの開発を 3 つ目の目的とした。

B. 研究方法

①救命救急センターおよび救急外来担当スタッフへの自殺企図患者を取り扱うにあたっての現場で役立つ FAQ 集の作成

②自殺企図の病態と対応策について、経験の深い精神科スタッフから直接学べる実践的なワークショップおよび研修会の開催

③自殺企図を含む精神科救急患者への初期対応を学ぶ研修教育コースの開発の企画・開発

(倫理面への配慮)

特に必要としない。

C. 研究結果

これまでの成果として、『自殺未遂患者への対応・救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引.』(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』編、2009 年 3 月)が刊行され、厚労省 HP から無料でダウンロード可能である。

今回3年間の成果は、以下ようになる。

①FAQ集「来院した自殺未遂者患者へのケア Q&A-実践編 2011-」の発行

理事会による公正と最終的な承認を得て、新代表理事、担当理事の緒言を追加ののち平成23年8月に、日本臨床救急医学会の全会員に発送された。同時に厚労省HP、日本臨床救急医学会HPに公開された。

②自殺未遂者ケア研修(救急医療版)の開催:平成21年度2回(東京、大阪)、22年度3回(東京、大阪、仙台)、平成23年度(東京、大阪、博多)各40~50人程度の救急医療スタッフ(医師、看護師、保健師、医学生、臨床心理士、他)と、ファシリテータ10名以上が参加した。最終年である平成23年度の開催要項を資料1に、それまでの研修の詳細については自殺未遂者ケア研修(救急医療版)開催報告書(厚労省HP)参照のこと。

③救急医療において精神症状を呈する患者への初期診療を安全確実にを行うための教育コースの開発とガイドブック作成、そのコース開催のための準備

開発コース名はPEEC™コースと称され、すでに登録商標を取得している。②のワークショップを基本に、自殺企図のみではなく、広く救急外来へ訪れる可能性のある精神科救急患者に対する標準的な初期診療を身に付けることを目標としている。ガイドブックの題名は『救急医療における精神症状評価と初期診療

(PEEC™: Psychiatric Evaluation in Emergency Care) ガイドブック- チーム医療の視点からの対応のために-』として、現在最終的な校正に入っている。

D. 考察

FAQ集に関する意見、希望などを聞いた上で、改訂版に向けての準備を行っていく必要がある。

自殺未遂者ケア研修に関しては、今後も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』により、内容の充実、会員である救急医療スタッフへの参加呼び掛け、広報、結果の救急医学関連学会での発表、開催回数の増加などを実現していく必要がある。また、現在開発途上にある精神科救急患者に対する初療の教育コース(PEEC™)については、テキストの完成に加え、PEEC™コース開発委員会の設置と実施内容の検討(2011年中)。ファシリテータ用の資料作成とその養成、資金的な補助を受けずに全国開催するための参加費の設定、テキスト販売印税、参加ファシリテータの旅費と講師料などの確保と管理、開催広報や参加者(および主催者側のファシリテーター)募集のためのHP作成と事務局機能の設置(コース開催までに)などが今後の予定となっている。平成23年度自殺未遂者ケア研修(救急医療版)開催報告書が3月に厚労省HPで公開される予定である。

E. 結論

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

三宅康史:自殺未遂者ケア-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』の取り組み-。総合病院精神医学23、2012。

三宅康史:最新の話題Q&A集とPEEC™ 三宅康史編、特集自殺企図患者へのアプローチ。エマージェンシーケア24、1094-1097、2011。

2. 学会発表

三宅康史：『自殺未遂者のケアに関する検討委員会』の取り組み.第13回日本臨床救急医学会総会・学術集会 委員会企画「自殺未遂者への対応—救急医療スタッフのためのリソース— (2010年6月幕張).

三宅康史：日本臨床救急医学会の自殺未遂者ケアの取り組み. シンポジウムⅡ首都圏の自殺対策. 第34回日本自殺予防学会総会 (2010年9月東京).

三宅康史：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の取り組み. シンポジウム6 自殺防止:救命救急におけるチーム医療. 第23回日本総合病院精神医学会総会 (2010年11月東京).

三宅康史、有賀徹、大塚耕太郎、他：救急医療における精神科的評価 PEEC コースについて. 第14回日本臨床救急医学会総会・学術集会ワークショップ3: 救急関連 training course の現状と展望 (2011年6月札幌).

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

『来院した自殺未遂者患者へのケア Q&A-実践編 2011-』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。

精神科救急医療に関する教育コース名は PEECTM コースと約され、PEEC (ピーク) の呼名は、登録商標を取得し

平成23年度 自殺未遂者ケア研修

一般救急版

厚生労働省主催
一般社団法人日本臨床救急医学会共催

自殺未遂者ケア研修 一般救急版 東京会場

開催日時：平成 24 年 1 月 15 日（日）10：20～16：50

会 場：TFT（東京ファッションタウンビル）

自殺未遂者ケア研修 一般救急版 大阪会場

開催日時：平成 24 年 1 月 28 日（土）10：20～16：50

会 場：大阪国際会議場（グランキューブ大阪）

自殺未遂者ケア研修 一般救急版 博多会場

開催日時：平成 24 年 2 月 26 日（日）10：20～16：50

会 場：JR 博多シティ会議室

プログラム

司会：三宅康史

- **開場** 9:50
- **開会挨拶** 10:20-10:30
三宅康史
厚生労働省
- **講演 1** 10:30-10:50
「自殺未遂者対策がなぜ必要か」
山田朋樹(東京会場)／杉本達哉(大阪会場)／衛藤暢明(博多会場)
- **講演 2** 10:50-11:10
「自殺未遂者対応ガイドラインについて」
大塚耕太郎
- **講演 3** 11:10-11:30
「地域の自殺対策の取組み」
河西千秋(東京会場)／山田朋樹(大阪会場)／河西千秋(博多会場)
- **ワークショップ説明** 11:30-11:50
河西千秋(東京会場)／大塚耕太郎(大阪会場)／河西千秋(博多会場)

- **休憩** 11:50-12:50

- **ワークショップ** 12:50-14:30
大塚耕太郎

- **休憩** 14:30-14:40

- **成果物発表** 14:40-16:20
- **講演 4** 16:20-16:40
「自死遺族への対応と支援」
大塚耕太郎(東京会場)／山家健仁(大阪会場)／山家健仁(博多会場)
- **閉会挨拶** 16:40-16:50

ファシリテーター

【東京会場】

西 大輔(国立病院機構災害医療センター)／岩本 洋子(横浜市立大学)／山本 賢司(北里大学)／川島 義高(日本医科大学)／杉本 達哉(関西医科大学附属枚方病院)／衛藤 暢明(福岡大学)／松尾 真裕子(不知火クリニック)／大山 寧寧(横浜市立大学)／高井 美智子(北里大学)

【大阪会場】

池下 克実(奈良県立医科大学)／佐藤 篤(近畿大学)／織田 裕行(関西医科大学附属滝井病院)／山田 妃沙子(関西医科大学附属滝井病院)／安東 友子(大分大学)／井尻 美由紀(国立病院機構大阪医療センター)／日野 耕介(横浜市立大学)／高井 美智子(北里大学)

【博多会場】

山本 賢司(北里大学)／川島 義高(日本医科大学)／佐藤 篤(近畿大学)／杉本 達哉(関西医科大学附属枚方病院)／織田 裕行(関西医科大学附属滝井病院)／山田 妃沙子(関西医科大学附属滝井病院)／安東 友子(大分大学)／松尾 真裕子(不知火クリニック)／橋本 聡(国立病院機構熊本医療センター)

三宅康史 先生

昭和大学医学部救急医学・昭和大学病院救命救急センター 准教授

1985年東京医科歯科大学医学部卒業、医学博士、救急指導医、脳神経外科専門医、集中治療専門医、外傷専門医

日本臨床救急医学会「自殺未遂者のケアに関する委員会」委員長、日本救急医学会「熱中症に関する委員会」委員長

河西千秋 先生

横浜市立大学医学部精神医学・准教授、保健管理センター長

専門領域は精神科薬物療法、地域精神保健(特に自殺予防学)、行動科学。地域、病院、専門教育、職域の各領域において、また厚労省、神奈川県、横浜市、全国自治体や各種団体からの委嘱により様々な自殺対策活動・研究に従事している。日本精神神経学会指導医・専門医、日本自殺予防学会理事、日本うつ病学会自殺対策委員会委員長、日本精神科救急学会評議員など。近著に「自殺予防学」(新潮社)、「プライマリ・ケア医による自殺予防と危機介入」(南山堂)など。

山田朋樹 先生

横浜市立大学附属市民総合医療センター 精神医療センター 准教授

平成5年横浜市立大学卒。平成7年～財団法人復康会鷹岡病院、平成11年～横浜市立大学附属病院、平成12年より横浜市立大学附属市民総合医療センター勤務。平成15年より4年間同センター内の高度救命救急センターに救急医として勤務し現在に至る。

大塚耕太郎 先生

岩手医科大学医学部 神経精神科学講座

2001年岩手医科大学神経精神科助手、2005年同科講師、自殺に関連した研究業績が多数あり、臨床、研究のいずれにおいてもまさに第一人者といえる。

第25回日本社会精神医学会優秀発表賞(2006)など受賞歴も多数。

山家健仁 先生

岩手医科大学医学部 神経精神科学講座

H14年岩手医科大学卒、同大学神経精神科学講座入局。H17年岩手県高度救命救急センター常勤精神科医師として1年間勤務。H19年岩手医科大学大学院卒、同大学神経精神科学講座助教。

衛藤暢明 先生

福岡大学病院 精神科 助教

平成15年熊本大学医学部卒。同年、福岡大学病院 精神科入局。平成18年より福岡大学病院救命救急センターおよび精神科での自殺企図者に関する臨床・研究に従事。平成21年福岡大学大学院卒、同大学精神科助教。専門は、リエゾン精神医学、自殺予防、精神分析的な精神療法。

杉本達哉 先生

関西医科大学附属枚方病院 精神神経科 助教

医学博士、精神保健指定医、日本精神神経学会専門医、日本総合病院精神医学会専門医

平成11年関西医科大学卒業。平成17年4月から3年間、関西医科大学高度救命救急センターで常勤精神科医師として勤務し、自殺未遂者ケアに従事。平成19年4月から厚生労働省「自殺対策のための戦略研究」において研究分担施設の代表者、平成21年12月から大阪府自殺未遂者実態調査検討会の委員を務めるなど、自殺予防領域でのキャリアをつむ。

「自殺未遂者ケア研修(一般救急版)」博多会場

自殺未遂者への対応に困ったことはありませんか？

この研修は、初期対応から継続的な支援への連携まで、臨床現場で役立つ自殺未遂者ケアのエッセンスを、日本臨床救急医学会が厚生労働省と共に作成したガイドラインに沿って、1日で学べます。

モデル症例を用いたワークショップも行い、すぐに臨床現場で応用できる内容です。

皆様のご参加をお待ちしております。

- **主催**：厚生労働省（共催：一般社団法人 日本臨床救急医学会）
- **日時**：平成24年2月26日（日） 10:20~16:50
- **対象者**：救急医療に従事する医師、看護師、その他コメディカルスタッフ等
- **会場**：JR博多シティ会議室 [10階] ABCD
〒812-0012 福岡県福岡市博多区博多駅中央街1番1号（博多駅直結）
- **参加費**：無料（定員50名）

● プログラム

司会 三宅康史

9:50	開場	
10:20-10:30	開会挨拶	三宅康史(昭和大学医学部救急医学)、厚生労働省
10:30-10:50	講演1	「自殺未遂者対策がなぜ必要か」 衛藤暢明(福岡大学医学部精神医学教室)
10:50-11:10	講演2	「自殺未遂者対応ガイドラインについて」 大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
11:10-11:30	講演3	「地域の自殺対策の取組み」 河西千秋(横浜市立大学医学部精神医学)
11:30-11:50	ワークショップ説明	河西千秋(横浜市立大学医学部精神医学)
11:50-12:50	休憩	
12:50-14:30	ワークショップ	大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
14:30-14:40	休憩	
14:40-16:20	成果物発表	
16:20-16:40	講演4	「自死遺族への対応と支援」 山家健仁(岩手医科大学神経精神科学講座)
16:40-16:50	閉会挨拶	

※ワークショップはモデル症例について救急医療施設における自殺未遂者への対応をグループで討議します。
都合により一部変更になる場合がありますので、予めご了承ください。

● 申込方法 【申込期間：12月5日（月）～2月16日（木）】

郵便での
お申込み

〒104-0061 東京都中央区銀座6丁目14番5号 ギンザTS・サンケイビル7F
自殺未遂者ケア研修参加受付係（機プロセスユニーク内）

FAXでの
お申込み

別紙の申込書に必要事項をご記入の上、お申し込みください。
FAX：03-3545-3610 自殺未遂者ケア研修参加受付係

メールでの
お申込み

下記アドレスに裏面の申込書記載事項とともに、お申し込みください。
メールアドレス：caresympo@p-unique.co.jp

● 問合せ先

自殺未遂者ケア
研修参加受付係

電話番号：03-3248-6373 FAX：03-3545-3610

対応時間：午前9時～午後6時（年末年始・土日・祝日を除く 3月31日迄）

「自殺未遂者ケア研修(一般救急版)」大阪会場

自殺未遂者への対応に困ったことはありませんか？

この研修は、初期対応から継続的な支援への連携まで、臨床現場で役立つ自殺未遂者ケアのエッセンスを、日本臨床救急医学会が厚生労働省と共に作成したガイドラインに沿って、1日で学べます。

モデル症例を用いたワークショップも行い、すぐに臨床現場で応用できる内容です。

皆様のご参加をお待ちしております。

- **主 催**：厚生労働省（共催：一般社団法人 日本臨床救急医学会）
- **日 時**：平成 24 年 1 月 28 日（土） 10：20～16：50
- **対象者**：救急医療に従事する医師、看護師、その他コメディカルスタッフ等
- **会 場**：大阪国際会議場（グランキューブ大阪） 10 階 1008
〒530-0005 大阪府大阪市北区中之島5丁目3-51
- **参加費**：無料（定員 50 名）

● プログラム

司会 三宅康史

9:50	開場	
10:20-10:30	開会挨拶	三宅康史(昭和大学医学部救急医学)、厚生労働省
10:30-10:50	講演1	「自殺未遂者対策がなぜ必要か」 杉本達哉(関西医科大学附属枚方病院 精神神経科)
10:50-11:10	講演2	「自殺未遂者対応ガイドラインについて」 大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
11:10-11:30	講演3	「地域の自殺対策の取組み」 山田朋樹(横浜市立大学附属市民総合医療センター 精神医療センター)
11:30-11:50	ワークショップ説明	大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
11:50-12:50	休憩	
12:50-14:30	ワークショップ	大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
14:30-14:40	休憩	
14:40-16:20	成果物発表	
16:20-16:40	講演4	「自死遺族への対応と支援」 山家健仁(岩手医科大学神経精神科学講座)
16:40-16:50	閉会挨拶	

*ワークショップはモデル症例について救急医療施設における自殺未遂者への対応をグループで討議します。
都合により一部変更になる場合がありますので、予めご了承ください。

● 申込方法 【申込期間：12月5日（月）～1月18日（水）】

郵便での
お申込み

〒104-0061 東京都中央区銀座6丁目14番5号 ギンザTS・サンケイビル7F
自殺未遂者ケア研修参加受付係（※プロセスユニーク内）

FAXでの
お申込み

別紙の申込書に必要事項をご記入の上、お申し込みください。
FAX：03-3545-3610 自殺未遂者ケア研修参加受付係

メールでの
お申込み

下記アドレスに裏面の申込書記載事項とともに、お申し込みください。
メールアドレス：caresympo@p-unique.co.jp

● 問合せ先

自殺未遂者ケア
研修参加受付係

電話番号：03-3248-6373 FAX：03-3545-3610

対応時間：午前9時～午後6時（年末年始・土日・祝日を除く 3月31日迄）

「自殺未遂者ケア研修(一般救急版)」東京会場

自殺未遂者への対応に困ったことはありませんか？

この研修は、初期対応から継続的な支援への連携まで、臨床現場で役立つ自殺未遂者ケアのエッセンスを、日本臨床救急医学会が厚生労働省と共に作成したガイドラインに沿って、1日で学べます。

モデル症例を用いたワークショップも行い、すぐに臨床現場で応用できる内容です。

皆様のご参加をお待ちしております。

- **主催**：厚生労働省（共催：一般社団法人 日本臨床救急医学会）
- **日時**：平成24年1月15日（日） 10:20～16:50
- **対象者**：救急医療に従事する医師、看護師、その他コメディカルスタッフ等
- **会場**：TFT(東京ファッションタウンビル) 東館 9F〔会議室9-A〕
〒135-8071 東京都江東区有明3-6-11
- **参加費**：無料（定員50名）
- **プログラム**

司会 三宅康史

9:50	開場	
10:20-10:30	開会挨拶	三宅康史(昭和大学医学部救急医学)、厚生労働省
10:30-10:50	講演1	「自殺未遂者対策がなぜ必要か」 山田朋樹(横浜市立大学附属市民総合医療センター 精神医療センター)
10:50-11:10	講演2	「自殺未遂者対応ガイドラインについて」 大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
11:10-11:30	講演3	「地域の自殺対策の取組み」 河西千秋(横浜市立大学医学部精神医学)
11:30-11:50	ワークショップ説明	河西千秋(横浜市立大学医学部精神医学)
11:50-12:50	休憩	
12:50-14:30	ワークショップ	大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
14:30-14:40	休憩	
14:40-16:20	成果物発表	
16:20-16:40	講演4	「自死遺族への対応と支援」 大塚耕太郎(岩手医科大学神経精神科学講座)
16:40-16:50	閉会挨拶	

*ワークショップはモデル症例について救急医療施設における自殺未遂者への対応をグループで討議します。
都合により一部変更になる場合がありますので、予めご了承ください。

- **申込方法** 【申込期間：12月5日（月）～1月10日（火）】

郵便での
お申込み

〒104-0061 東京都中央区銀座6丁目14番5号 ギンザTS・サンケイビル7F
自殺未遂者ケア研修参加受付係 (機プロセスユニーク内)

FAXでの
お申込み

別紙の申込書に必要事項をご記入の上、お申し込みください。
FAX：03-3545-3610 自殺未遂者ケア研修参加受付係

メールでの
お申込み

下記アドレスに裏面の申込書記載事項とともに、お申し込みください。
メールアドレス：caresympo@p-unique.co.jp

- **問合せ先**

自殺未遂者ケア
研修参加受付係

電話番号：03-3248-6373 FAX：03-3545-3610

対応時間：午前9時～午後6時（年末年始・土日・祝日を除く 3月31日迄）

統合失調症患者の自殺企図：救命救急センターにおける基礎調査

研究分担者 河西 千秋

要旨：精神疾患罹患は自殺の危険因子であり、心理学的剖検研究によれば、統合失調症は自殺者が罹患していた主要精神疾患のひとつである。そして自殺総合対策大綱において、自殺予防のために取り組むべきハイリスク要因として掲げられている。しかし、1998年以降、わが国で自殺問題が深刻化する中で統合失調症の自殺関連行動に関する調査・研究はほとんど実施されていなかった。

分担研究者らは、研究1として、統合失調症の自殺企図行動の実態を明らかにする目的で、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を自殺企図による受傷で受療した統合失調症患者100人について、気分障害の自殺企図患者とその属性、自殺企図行動の詳細、過去の自殺関連行動の詳細などを比較し、その特徴を調査した。その結果、統合失調症患者では、過去の自傷行為の頻度が気分障害患者と比較して低く、また自殺再企図を繰り返した事例では、前回の企図行動から1年以上経過しての再企図が気分障害と比較して有意に多くオッズ比で2.8倍であった。企図手段では飛び降りによるものオッズ比で3.9倍、入院後全身麻酔下での手術は2.6倍、自殺企図による身体後遺症は約3.2倍であった。企図動機については「精神的な問題」が気分障害患者と比較し有意に多く、精神科病院への入院が45.0%と半数近くを占めた（それぞれオッズ比で4.3倍、4.1倍）。統合失調症患者の自殺予防のためには、慢性疾患にともなう患者のさまざまな負担に介入すること、また、自殺再企図のリスクが長期的に継続することを念頭に置いて適切な介入を行うことが重要と考えられた。

次いで、研究2として、これらの調査結果にさらに詳細な自殺企図／救命救急センター入院の関連データを加え、ロジスティック解析を実施した。そして、さらに個々の統合失調症に関して、自殺企図前の統合失調症の臨床経過を明らかにするために診療録を後方視的に調査した。その結果、統合失調症群の自殺企図行動は、気分障害のそれと比較し、1) 故意の自傷行為の割合が有意に少ない、2) 過去に自殺未遂歴を有する下位群において、前回から1年以上経過してからの自殺企図の割合が有意に多い、3) 自殺企図手段として高所からの飛び降りが有意に多い、4) 自殺企図直前の物質使用の頻度が低い、5) 精神症状や心理的問題を動機にする者が多い、6) 自殺企図後に全身麻酔下での手術を要した者が有意に多い、7) 自殺未遂後の身体合併症が有意に多い、そして、8) 救命センター退院後に入院による精神科治療を要したものが有意に多いという結果が得られた。また、統合失調症群の臨床経過を見ると、自殺企図に至るまでの罹病期間は、1年未満のものから21年以上のものまでほぼ万遍なく分布し、入院歴については、6割近く入院歴があり、2度以上の入院を経験したものの割合が約6割を数えた。自殺企図直前に66%が精神科外来に通院中しており、治療を受けていなかったものは18%であった。本研究で得られたデータは、平成10年の自殺激増後のものとして、あるいは統合失調症の自殺企図行動の詳細を表わすものとして重要であり、その知見は、今後、統合失調症の自殺予防方略を考案する際に極めて有用なものと考えられる。

さらに、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3：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4：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2%だった。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。

統合失調症の自殺予防方略を開発するうえでは、自殺の実態把握とともに、精神科医の経験や認識を勘案し、自殺予防教育や制度の構築を行うことが必要であると考えられる。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

山田朋樹	横浜市立大学附属市民総合医療センター精神医療センター
中川牧子	神奈川県立精神医療センター
岩本洋子	横浜市立大学大学院（精神医学）
大山寧寧	横浜市立大学医学部精神医学 特任助手
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

【研究1】分担研究者らは、統合失調症患者の自殺行動の実態とその特徴を明らかにすることを目的に、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(以下、センター)に搬送された重症自殺未遂者から統合失調症患者と気分障害患者を抽出し、両群の比較を行った。

【研究2】研究1の追加研究としてさらに自殺行動関連データを付加し、ロジスティック解析を行った。また、自殺企図を行った統合失調症患者の臨床経過の詳細を明らかにする目的で診療録調査を行った。

【研究3】分担研究者らは、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)の知識・意識・態度を明らかにする目的で、「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)」を用いた研究を行った。

【研究4】分担研究者らは、自殺予防方略を実践する当事者としての精神科医の統合失調症の自殺事例の経験と認識を明らかにする目的で、自記式調査紙を用いた研究を行った。

B. 研究方法

【研究1】2003年4月1日より、以降2003年4月1日-2008年9月31日の期間に自殺企図で搬送された全症例(645名)について、統合失調症(100名)、あるいは気分障害(155名)と診断された計255名を抽出し、心理社会的背景、今回の自殺企図行動と過去の自殺関連行動の詳細について調査を行った。

入院に至った自殺企図行動について調査した項目は、1)前回の自殺行動からの時間、2)自殺企図

手段、3)自殺企図直前のアルコールや他の薬物摂取の有無、4)自殺企図動機、5)自殺企図後の全身麻酔下での手術の有無、6)自殺企図後の身体合併症の有無、7)当センター退院後の精神科治療の有無、の7項目で、さらに、自殺企図動機について、1)精神的な問題(主観的な精神症状の他、精神面での負荷のすべてを含む広い概念)、2)家族関係、3)人間関係(職場や学校における)、4)身体的な問題、5)経済問題、6)その他の理由、の6項目に分類し、患者から聴取した。

得られた結果については、SPSS(Ver.16.0)を用いたロジスティック解析を行い、 $P<0.05$ を統計学的に有意とした。

【研究2】研究1の対象者のうち、統合失調群に関して、その臨床経過の特徴を明らかにする目的で、個々の患者の診療録を後方視的に詳しく調査した。調査した項目は、1)初発年齢、2)過去の精神科医療機関への入院回数、3)当センターに入院した時点での統合失調症の罹病期間、4)直近に医療機関を退院してからの自殺企図までの期間、5)自殺企図時の受療状況の5項目であった。

なお、得られた結果については、SPSS(Ver.16.0)を用いたロジスティック解析を行い、 $p<0.05$ を有意水準とした。

【研究3】本研究は、2010年-2011年に横浜市立大学医学部(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)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名を対象として行われ、対象者に、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)」を配布し、同意の得られたものから回収して解析を行った。

【研究4】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人を対象に、分担研究者が作成した無記名の質問紙を配布し、同意の得られた対象者から回収した。

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. 結果

【研究1】気分障害患者の平均年齢は44.8±18.1歳で、統合失調症患者の36.8±13.6歳と比較し有意に高かった(P<0.05)。その他に、性別、教育レベル、同居状況については有意差を認めなかった。

統合失調症患者では、27.0%に過去の自傷行為歴を認めた(気分障害患者：31.6%)一方、過去の自殺企図歴に関しては、統合失調症患者が34.8%、気分障害患者が42.0%であった。

今回入院に至った自殺行動については、統合失調症患者では、前回の自殺行動から1年以上経過

しての自殺再企図が25.0%(気分障害では13.5%;オッズ比で2.8倍)、自殺企図手段では飛び降りによるものが27.0%(気分障害では7.7%;オッズ比で3.9倍)、企図動機については「精神的な問題」が45.0%(気分障害では19.4%;4.3倍)といずれも気分障害患者と比較し有意に高かった。さらに、入院後全身麻酔下での手術は35.0%(気分障害では18.7%;オッズ比で2.6倍)、自殺企図による身体後遺症は47.0%(気分障害では28.4%;オッズ比で3.2倍)であり、転帰は精神科病院への入院が45.0%(気分障害では22.6%;オッズ比で4.1倍)と半数近くを占めた。

【研究2】統合失調症群と気分障害分の学歴と生活状況については両群間に有意差は見られなかったが、ロジスティック解析により、統合失調症群では、1)過去の自殺未遂がある群に関して、前回から1年以上経過してからの自殺企図の割合が有意に高い、2)自殺企図手段として高所からの飛び降りが有意に多い、3)自殺企図直前の物質使用の頻度が低い、4)精神症状や心理的問題を動機にする者が多い、のような致死性の高い手段、重症者が有意に多い、5)自殺企図後に全身麻酔下での手術を要した者が有意に多い、6)自殺未遂後の身体合併症が有意に多い、そして、7)救命センター退院後に入院による精神科治療を要した者が有意に多いという結果が得られた。

統合失調症群の臨床経過の特徴としては、罹病期間は、10-20年の者が多かったが、1年未満から21年以上までほぼ万遍なく分布していて特徴を見出しにくかった。精神科入院歴については、少なくとも56%に入院歴がありそのうちの約6割が2度以上の入院を経験していた。自殺企図直前の精神科治療に関しては、少なくとも66%が精神

科外来に通院中であり、9%は他院・精神科病棟に入院中の自殺企図であった。治療を受けていないものは18%であったが、この中には、初発例が8例、外来治療中断例が7例、慢性未治療例3例が含まれていた。

【研究3】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。

AMDの全体平均は、 1.37 ± 0.76 点であり、社会的距離因子に関しては、日常的な接触が求められる項目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の得点が他の項目に比べて得点が低かった。

精神医学の知識を持たない医学科1年生と、精神疾患に関する系統講義を受講した医学科4年生との比較では、1年生は4年生よりもAMDの全体得点および社会的距離因子得点が有意に高かった（ $t(113)=2.21, p<.05, t(113)=2.16, p<.05$ ）。

精神障害者への態度の学部・学科ごとの比較では、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 ± 0.67 点と最もAMD得点が高く、次いで医学科 1.40 ± 0.82 点、看護学科 1.37 ± 0.82 点であった（有意差なし）。次に、イメージ因子に関しては、医学科が 1.36 ± 0.69 、国際総合科学部・高校生群が 1.36 ± 0.71 、看護学科が 1.33 ± 0.73 であった（有意差なし）。

【研究4】対象者は436名で、有効回答率は64.7%（282名から有効回答が得られた）であった。

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。

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。

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。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。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。

D. 考察

【研究1】本研究の対象となった統合失調症患者の自殺企図は、企図手段の致死性の高さ、身体的な重篤性が特徴的であり、これに伴い、全身麻酔下での手術や身体後遺症の頻度が有意に高かったが、先行研究においても同様に企図手段の致死性の高さが指摘されている。また、企図手段とし

て飛び降りが多く選択されていたが、これは先行研究でも指摘されている(Hu et al. 1991; Kreyenbuhl et al. 2002; Hunt et al. 2006b)。飛び降りによる自殺は、Cantorらが幻聴による影響と飛び降りとの関連について考察しているが、(Cantor, Hill et al. 1989)本研究では、方法の限界により幻聴と飛び降りによる自殺企図手段との関連を明らかにすることはできなかった。

自殺企図動機としては、統合失調症患者の45%が精神的な問題を挙げており、一方気分障害患者では、個々の自殺企図動機は多岐にわたっていた(家族関係：21.9%、精神的な問題：19.4%、家族関係：13.5%)。Baca-Garciaらも、統合失調症と気分障害との比較において、気分障害患者のほうがより生活上のストレスに関連したものが多いと述べている(Baca-Garcia et al. 2005)。

一般的には、自殺再企図の指標として自殺企図後一年以内のリスクの高さと自傷行為が危険因子として提示されることがあるが(Johnsson Fridell, Oje et al. 1996; Suominen et al. 2004; Tidemalm et al. 2008)、本研究においては、統合失調症患者で一年以上経過しての自殺再企図率が高いこと、また自殺再企図の予測因子ともいえる自傷行為の頻度も低いことなどから、これらが、再企図の予測困難さにつながっている可能性が示唆された。

【研究2】統合失調症自殺企図者の自傷行為歴は、全体に気分障害企図者よりも有意に少なく、統合失調症企図者の自殺未遂歴については気分障害と比較して有意差はないものの、過去の自殺未遂から今回の自殺未遂まで1年以上を経過する者の割合が有意に多いことがわかった。これが、気分障害と比較して統合失調症の自殺予測を困難にしている要因の一つかもしれない。

心理的・病理的な問題としては、ロジスティック解析により、精神症状や心理的問題を動機にする者が有意に多く、自殺企図直前の物質使用の割合が有意に少ないことが明らかとなり、動機に焦点を当てた自殺企図の予防可能性が示唆された。一方で、物質使用による覚醒レベルの低下を伴う自殺企図行動の割合が低いという事は、自殺念慮の強さを反映しているものと思われた。

同時に、救命センター退院後に入院による精神科治療を要した者が有意に多いという結果が得られたが、これは、身体合併症の多さと、精神症状の重篤度のいずれか、あるいは双方による影響と考えられた。

さらに診療録から自殺企図に至った臨床経過を詳しく調査したところ、患者の罹病期間は広範に一樣に分布しており、意外にも一定の傾向は見いだされなかった。一方、入院歴を有する患者は6割近くあり、そのさらに6割が複数回の入院を経験していた。また、企図時に精神科等の外来に通院中だった者が66%を数えていたことは、統合失調症の自殺抑止の困難性の一端を示唆するものであった。

【研究3】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た。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、「精神障害者は何をや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、国際総合学科で「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。

【研究4】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）などでは、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自殺企図を繰り返すものは、前回企図後から1年以上経過してからの再企図者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