

square test and Fisher's exact test for dichotomous and nominal variables. At the second analysis, males and females were analyzed separately because of the consistently significant gender differences in previous studies of adolescent suicide attempts [29]. We used a significance level of $p < 0.05$ and two-sided probability. The SPSS version 16.0.2 statistical package (SPSS Inc., Chicago, IL., 2008) was used for the entire analysis.

Ethics

This study was approved by the ethics committee of Nippon Medical School Hospital, and conforms to the provisions of the Declaration of Helsinki.

Results

The demographic characteristics of all participants are presented in Table 1. The adolescents consisted of 15 males (25%) and 44 females (75%), aged 13 to 18, mean 16.39 years, and standard deviation (*SD*) 1.5 years. The number of adolescent suicide attempters increased with age. The adults consisted of 37 males (36%) and 65 females (64%), aged 19 to 79, mean 39.45 years, and standard deviation (*SD*) 13.2 years. As shown in Table 1, the number of female attempters was larger than that of the male attempters from adolescents to adults except for individuals 50–59 years old. There were no significant differences between the gender ratios of adolescents and adults.

First we examined the differences between adolescents and adults (Table 2). Concerning psychiatric disorders, Borderline Personality Disorder (BPD) was seen more often among adolescents ($\chi^2(1)=4.42$; $p < 0.05$). Regarding motives for suicide attempts, school problems were more frequent among adolescents ($\chi^2(1)=20.87$; $p < 0.001$) and financial problems were more frequent among adults ($\chi^2(1)=8.33$; $p < 0.01$). As for socio-demographic characteristics, adolescents had more parent loss experience ($\chi^2(1)=10.26$; $p < 0.05$).

Then we examined the differences between adolescents and adults by gender (Table 2). For males, schizophrenia among psychiatric disorders was more often observed in adolescents (Fisher's exact test; $p < 0.05$) and financial problems among motives were more often seen in adults (Fisher's exact test; $p < 0.05$). For females, BPD ($\chi^2(1)=6.36$; $p < 0.05$), indeterminate (Fisher's exact test; $p < 0.05$) among psychiatric disorders, school problems (Fisher's exact test; $p < 0.001$) among motives, and parent loss experience ($\chi^2(1)=8.84$; $p < 0.01$) among socio-demographic characteristics were more often found in adolescents. Also, among socio-demographic characteristics, previous psychiatric history was more frequently noted in adults ($\chi^2(1)=4.41$; $p < 0.05$).

Table 1 Demographic characteristics of all participants

	Adolescents		Adults	
	N=59 (%)		N=102 (%)	
Gender				
Male	15 (25)		37 (36)	
Female	44 (75)		65 (64)	
Age, mean	16.39		39.45	
Age	Males	Females	Males	Females
13	0 (0)	3 (100)	-	-
14	0 (0)	4 (100)	-	-
15	5 (42)	7 (58)	-	-
16	3 (43)	4 (57)	-	-
17	2 (14)	12 (86)	-	-
18	5 (26)	14 (74)	-	-
19	-	-	0 (0)	2 (100)
20-29	-	-	6 (22)	21 (78)
30-39	-	-	11 (41)	16 (59)
40-49	-	-	9 (39)	14 (61)
50-59	-	-	9 (60)	6 (40)
60≥	-	-	2 (25)	6 (75)

Discussion

This is the first study to examine the characteristics of serious suicide attempters among adolescents in Japan, focusing on psychiatric disorders, methods, motives and socio-demographic factors compared with adults.

We first examined the differences between 59 adolescent suicide attempters and 102 adults. The results revealed significant differences in BPD among psychiatric disorders, in financial problems and school problems among motives for suicide attempts, and in parent loss experience among socio-demographic characteristics.

As for the gender ratio among suicide attempters, the ratio of females was higher than that of males both in adolescents and adults. The subsequent gender-specific analysis revealed different characteristics between male adolescents and female adolescents, highlighting the fact that, if we compare adolescent suicide attempters with adult suicide attempters, we should also consider their characteristics according to gender.

Psychiatric disorders

A previous study reported that 95% of suicide attempters met the DSM-IV criteria for either axis I or axis II psychiatric diagnosis or both [30]. In the present study, psychiatric disorders were present in 98% of female adults, 93% of male adolescents, and 89% of both male adults and female adolescents. Therefore, among not only

Table 2 Differences between adolescents and adults

	Total			Male			Female		
	Adolescent	Adult	<i>p</i>	Adolescent	Adult	<i>p</i>	Adolescent	Adult	<i>p</i>
	<i>N</i> =59 (%)	<i>N</i> =102 (%)		<i>N</i> =15 (%)	<i>N</i> =37 (%)		<i>N</i> =44 (%)	<i>N</i> =65 (%)	
DSM-IV-TR ^a									
Substance-Related Disorders	1 (2)	5 (5)	<i>n.s.</i>	0 (0)	4 (11)	<i>n.s.</i>	1 (2)	1 (2)	<i>n.s.</i>
Schizophrenia	8 (14)	14 (14)	<i>n.s.</i>	6 (40)	3 (8)	<0.05	2 (5)	11 (17)	<i>n.s.</i>
Mood Disorders	21 (36)	47 (46)	<i>n.s.</i>	3 (20)	14 (38)	<i>n.s.</i>	18 (41)	33 (51)	<i>n.s.</i>
Adjustment Disorders	6 (10)	15 (15)	<i>n.s.</i>	1 (7)	8 (22)	<i>n.s.</i>	5 (11)	7 (11)	<i>n.s.</i>
Anxiety Disorders	3 (5)	2 (2)	<i>n.s.</i>	0 (0)	0 (0)	<i>n.s.</i>	3 (7)	2 (3)	<i>n.s.</i>
Borderline Personality Disorder ^b	16 (27)	14 (14)	<0.05	0 (0)	4 (11)	<i>n.s.</i>	16 (36)	10 (15)	<0.05
Dependent Personality Disorder	0 (0)	1 (1)	<i>n.s.</i>	0 (0)	0 (0)	<i>n.s.</i>	0 (0)	1 (2)	<i>n.s.</i>
Other	11 (19)	12 (12)	<i>n.s.</i>	5 (33)	5 (14)	<i>n.s.</i>	6 (14)	7 (11)	<i>n.s.</i>
Indeterminate	6 (10)	5 (5)	<i>n.s.</i>	1 (7)	4 (11)	<i>n.s.</i>	5 (11)	1 (2)	<0.05
Method of suicide attempt									
Poisoning	41 (69)	65 (64)	<i>n.s.</i>	7 (47)	19 (51)	<i>n.s.</i>	34 (77)	46 (71)	<i>n.s.</i>
Jumping from high place	16 (27)	18 (18)	<i>n.s.</i>	6 (40)	7 (19)	<i>n.s.</i>	10 (23)	11 (17)	<i>n.s.</i>
Cutting	1 (2)	11 (11)	<i>n.s.</i>	1 (7)	8 (22)	<i>n.s.</i>	0 (0)	3 (5)	<i>n.s.</i>
Drowning	1 (2)	1 (1)	<i>n.s.</i>	1 (7)	0 (0)	<i>n.s.</i>	0 (0)	1 (2)	<i>n.s.</i>
Carbon monoxide poisoning	0 (0)	2 (2)	<i>n.s.</i>	0 (0)	1 (3)	<i>n.s.</i>	0 (0)	1 (2)	<i>n.s.</i>
Self-burning	0 (0)	1 (1)	<i>n.s.</i>	0 (0)	0 (0)	<i>n.s.</i>	0 (0)	1 (2)	<i>n.s.</i>
Hanging	0 (0)	1 (1)	<i>n.s.</i>	0 (0)	0 (0)	<i>n.s.</i>	0 (0)	1 (2)	<i>n.s.</i>
Gas	0 (0)	3 (3)	<i>n.s.</i>	0 (0)	2 (5)	<i>n.s.</i>	0 (0)	1 (2)	<i>n.s.</i>
Motives for suicide attempt ^{a,c}									
Family problem	20 (34)	38 (37)	<i>n.s.</i>	2 (13)	8 (22)	<i>n.s.</i>	18 (41)	30 (46)	<i>n.s.</i>
Financial problem	2 (3)	20 (20)	<0.01	1 (7)	15 (41)	<0.05	1 (2)	5 (8)	<i>n.s.</i>
Work problem	2 (3)	12 (12)	<i>n.s.</i>	0 (0)	5 (14)	<i>n.s.</i>	2 (5)	7 (11)	<i>n.s.</i>
Love problem	11 (19)	15 (15)	<i>n.s.</i>	2 (13)	1 (3)	<i>n.s.</i>	9 (20)	14 (22)	<i>n.s.</i>
School problem	13 (22)	1 (1)	<0.001	1 (7)	1 (3)	<i>n.s.</i>	12 (27)	0 (0)	<0.001
Other problem	17 (29)	24 (24)	<i>n.s.</i>	7 (47)	15 (41)	<i>n.s.</i>	10 (23)	9 (14)	<i>n.s.</i>
Unclear	1 (2)	1 (1)	<i>n.s.</i>	1 (7)	1 (3)	<i>n.s.</i>	0 (0)	0 (0)	<i>n.s.</i>
Sociodemographic characteristics									
Previous deliberate self-harm	31 (53)	64 (63)	<i>n.s.</i>	5 (33)	16 (43)	<i>n.s.</i>	26 (59)	48 (74)	<i>n.s.</i>
Previous psychiatric history	36 (61)	75 (74)	<i>n.s.</i>	8 (53)	22 (59)	<i>n.s.</i>	28 (64)	53 (82)	<0.05
Parent loss experience	20 (34)	13 (13)	<0.05	4 (27)	5 (14)	<i>n.s.</i>	16 (36)	8 (12)	<0.01
Previous psychiatric history in family	22 (37)	36 (35)	<i>n.s.</i>	5 (33)	8 (22)	<i>n.s.</i>	17 (39)	28 (43)	<i>n.s.</i>

^a There were repetitions in DSM-IV-TR and motives for suicide attempt. Therefore, some percentage totals are more than 100.

^b Borderline Personality Disorders included borderline personality trait.

^c We excluded psychiatric symptoms as motives for suicide attempt. Therefore, some percentage totals are less than 100.

adults but also adolescents, psychiatric disorders have a close relation with attempted suicide, and there may be psychiatric symptoms or social dysfunction with psychiatric disorders behind suicide.

Depressive disorders are consistently the most prevalent disorders among adolescent suicide victims [29]. In the present study, mood disorders were also most common among adolescents. However, according to the analysis by gender, schizophrenia was the most prevalent

psychiatric disorder among male adolescents and was also seen more often in male adolescents than in male adults. The onset of schizophrenia is earlier in males than in females [31] and schizophrenia patients committing suicide are more often men and tend to be young [32]. According to a recent meta-analysis, 4.9% of patients with schizophrenia die of suicide, most of them soon after illness onset [33]. Additionally, those with schizophrenia tend to use highly lethal suicide methods

[32]. The reason for male adolescents to have a high rate of schizophrenia in our study might be related to the gender difference at onset age of the condition. Additionally, as all participants in our study were in a medically serious and potentially fatal state, there may have been a selection bias. It is important that we identify male patients with schizophrenia as possible adolescent suicide attempters, because schizophrenia among adolescents increased the risk of suicide [34]. We also need to provide comprehensive initial treatment that improves adherence to early treatment via a psycho-education for patients and their families, as 2-11% of patients with schizophrenia attempt suicide at least once a year after starting treatment [35].

In females, BPD was more common among adolescents than adults. We especially focused on the diagnosis of personality disorders in adolescent participants, as adolescence is the developmental stage of personality. We investigated psychiatric symptoms in medical records from psychiatrist-conducted interviews of all participants or their parents as well as from information about any prior psychiatric treatments. Previous studies have reported that the frequency of BPD in female adolescents who committed suicide was 26% [36] and that it was 33% in individuals 15–29 years old [37]. The result of the present study, that BPD was the second most common diagnosis for female adolescents, supported previous studies reporting that BPD was relatively frequently associated with suicide attempts and completed suicides among adolescents. Therefore, it is important to assess interpersonal relationships and emotional control of female adolescent suicide attempters with BPD. Likewise, it is necessary to examine possible developmental histories that might affect suicide attempts, focusing on the development of attachment, mother-child relationship problems, and traumatic episodes in childhood strongly associated with BPD. Indeterminate for psychiatric disorders also was more often seen among adolescents than adults. Some female adolescents may attempt suicide without any psychiatric symptoms and prior indications of emotional or behavioral problems. It has been pointed out that adolescents may be more impulsive than adults, and they may tend to focus on proximal consequences of behavior [38,39]. Therefore, we have to pay attention to impulses among female adolescents.

Motives for suicide attempts and socio-demographic characteristics

As for motives, family problems had the highest incidence in both male and female adolescents. The relation between family functioning and adolescent suicide attempts has been explored in many lines of research [18,23]. Our findings supported those previous studies. On the other hand, we found that adolescents, and

particularly females, had more parent loss experience and school problems. This finding may indicate that female adolescents are more vulnerable to stresses in the immediate environment and interpersonal relationships than male adolescents and adults. Therefore, in regard to female adolescents, it is important to adequately assess family functioning and interpersonal conflict, and furthermore, to reach out to the patients and their families.

Male adults had significantly more financial problems than male adolescents, while there was no difference between females. A previous study in Japan [40] reported that unemployment is an important suicidal risk factor in males. They may suffer more severe effects from failures on the job or struggles to survive from such as debts. For male adult suicide attempters with financial problems, they should be paid close attention, and adequate intervention with a view to solving their financial problems should be undertaken.

In terms of previous psychiatric history, female adults had significantly more than female adolescents, while there was no difference in males. This may indicate that the frequency of psychiatric care is greater in females than males and that the tendency becomes stronger with increasing age. Still, despite receiving psychiatric care in the past, more than half of all participants attempted suicide. If suicide attempters discontinue their psychiatric treatment, it is vital that their treatment be re-established. Even if they are undergoing psychiatric treatment, they may have poor medication adherence, severe psychiatric symptoms, and psychosocial impairments. Therefore, for the prevention of subsequent suicide attempts, we have to determine their psychosocial issues and remedy psychosocial dysfunctions in parallel with improving adherence and psychiatric symptoms as part of their psychiatric treatment.

Limitations

This study has several limitations. First, it used a relatively small sample size, meaning that our results can only be generalized with caution. However, this study sample does present meaningful data, in consideration of measures to combat suicide, because all participants were serious suicide attempters with characteristics similar to complete suicide attempters. Another limitation is that the study period was different between adolescents and adults, and we could not control the differences between the time periods. A third limitation is that the psychiatric diagnoses of all participants were reached without structured interviews and assessment tools. It is difficult for psychiatrists to conduct structured and systematic interviews for suicide attempters because of the shorter hospitalization and temporal constraints in

CCMC. We did our best to enhance the reliability of the psychiatric diagnoses, holding discussions in the case of disagreement with the psychiatric diagnoses. However, there may be an issue that the diagnoses in the present work are more studied, as they were based more on mental status records than diagnoses that are obtained by direct and structured questionnaires.

We did not divide adolescents or adults into subgroups according to age, such as younger adolescents or elderly adults, as our small sample size made it difficult to compare the different age generations in detail. Thus, in the present study, we just aimed to explore the robust differences between adolescents and adults. However, in a future study based on a larger study population we will have to investigate the differences among the various age groups from adolescents to adults. Moreover, it will be necessary to conduct a prospective longitudinal study by means of structured assessment tools and develop interventions tailored to adolescent characteristics.

Conclusion

Our present findings indicate that adolescent attempters were more frequently diagnosed with BPD and had more school problems and parent loss experience but had less financial problems. Additionally, by gender, we found the importance of identifying patients with schizophrenia especially among male adolescents, because they are more commonly diagnosed with this disorder. Furthermore, this study has revealed that female adolescents more often receive a diagnosis of BPD, and they have more parent loss experience and school problems, indicating the importance of adequately assessing family functioning and interpersonal conflicts for female adolescents.

Abbreviations

CCMC: Critical Care Medical Center; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; BPD: Borderline Personality Disorder.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

All authors contributed to study design. YK, TI, RN contributed to data collection. YK, RN, TS, YO wrote the analysis plan. YK conducted the statistical analysis and wrote the first draft of the manuscript. TI, RN, TS, YO discussed the ideas in the manuscript and contributed to its preparation. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

This study was supported by Health Labor Sciences Research Grants from the Ministry of Health Labor and Welfare. We would like to thank the staff of the Department of Critical Care Medicine of Nippon Medical School.

Received: 21 April 2012 Accepted: 2 October 2012

Published: 8 November 2012

References

1. National Police Agency: Statistics of suicide victims in Japan in 2004. National Police Agency Japan 2005, in Japanese.

2. World Health Organization: Country reports and charts available. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html.
3. National Police Agency: Statistics of suicide victims in Japan in 2010. National Police Agency Japan 2011, in Japanese.
4. Ministry of Health, Labour and Welfare: Vital statistics of Japan 2010. http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai10/dl/h22_gaikyou.pdf.
5. Desapriya EB, Iwase N: New trends in suicide in Japan. *Inj Prev* 2003, **9**(3):284.
6. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA: Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006, **47**(3-4):372-394.
7. Hidaka Y, Operario D, Takenaka M, et al: Attempt suicide and associated risk factors among youth in urban Japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008, **43**(9):752-757.
8. Katsumata Y, Matsumoto T, Kitani M, et al: Electronic media use and suicidal ideation in Japanese adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008, **62**(6):744-746.
9. Matsumoto T, Imamura F, Chiba Y, et al: Prevalences of lifetime histories of self-cutting and suicidal ideation in Japanese adolescents: differences by age. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008, **62**(3):362-364.
10. Haukka J, Suominen K, Partonen T: Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008, **167**(10):1155-1163.
11. Hirschfeld RM, Russell JM: Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997, **337**(13):910-915.
12. Tidemalm D, Langstrom N, Lichtenstein P: Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* 2008, **337**:a2205.
13. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, et al: Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001, **286**(24):3089-3096.
14. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB: Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002, **360**(9340):1126-1130.
15. Beautrais A: Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Aust N Z J Psychiatry* 2003, **37**(5):595-599.
16. Nordstrom P, Samuelson M, Asberg M: Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1995, **91**(5):336-340.
17. Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002, **181**:193-199.
18. Spirito A, Brown L, Overholser J, et al: Attempted suicide in adolescence: A review and critique of the literature. *Clin Psychol Rev* 1989, **9**(3):335-363.
19. Shaffer D, Piacentini J: Suicide and attempted suicide. In *Child psychiatry: Modern approaches*. 3rd edition. Edited by Rutter M, Taylor E. Oxford: Blackwell Scientific; 1994:407-424.
20. Beautrais A: Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry* 2003, **160**(6):1093-1099.
21. Lewis M: Dulcan MK. In *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd edition. Edited by Wiener JM. America: American Psychiatric Publishing; 2003:13-44.
22. Kerr D, Preuss L, King C: Suicidal adolescents' social support from family and peer: gender-specific associations with psychopathology. *J Abnorm Child Psychol* 2006, **34**(1):103-114.
23. Daniel S, Goldston D: Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. *Suicide Life Threat Behav* 2009, **39**(3):252-268.
24. Weisz J, Hawley K: Developmental factors in the treatment of adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2002, **70**(1):21-43.
25. Kurosawa H, Iwasaki Y, Watanabe N, et al: The practice of consultation-liaison psychiatry in Japan. *Gen Hosp Psychiatry* 1993, **15**(3):160-165.
26. Kishi Y, Iwasaki Y, Takezawa K, et al: Delirium in critical care unit patients admitted through an emergency room. *Gen Hosp Psychiatry* 1995, **17**(5):371-379.
27. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al: Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008, **30**:133-154.
28. Posner K, Oquendo MA, Gould M: Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2007, **164**(7):1035-1043.

29. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, *et al*: Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, **42**(4):386–405.
30. Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, *et al*: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry* 2007, **7**:64–70.
31. Takahashi S, Matsuura M, Tanabe E, *et al*: Age at onset of schizophrenia: gender differences and influence of temporal socioeconomic change. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000, **54**(2):153–156.
32. Breier A, Astrachan BM: Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *Am J Psychiatry* 1984, **141**(2):206–209.
33. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JK: The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005, **62**(3):247–253.
34. Joa I, Johannessen JO, Langeveld J, *et al*: Baseline profiles of adolescent vs. adult-onset first-episode psychosis in an early detection program. *Acta Psychiatr Scand* 2009, **119**(6):494–500.
35. Melle L, Johannessen JO, Friis S, *et al*: Course and predictors of suicidality over the first two years of treatment in first-episode schizophrenia spectrum psychosis. *Arch Suicide Res* 2010, **14**(2):158–170.
36. Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, *et al*: Suicide among female adolescents: characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34**(10):1297–1307.
37. Runeson B, Beskow J: Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *J Nerv Ment Dis* 1991, **179**(3):153–156.
38. Nurmi JE: How do adolescents see their future? A review of the development of future orientation and planning. *Dev Rev* 1991, **11**(1):1–59.
39. Reyna V, Farley F: Risk and rationality in adolescent decision making: implications for theory, practice, and public policy. *Psychological Science in the Public Interest* 2006, **7**(1):1–44.
40. Inoue K, Tanii H, Abe S, *et al*: The report in the correlation between the factor of unemployment and suicide in Japan. *Am J Forensic Med Pathol* 2008, **29**(2):202–203.

doi:10.1186/1471-244X-12-191

Cite this article as: Kawashima *et al*: The characteristics of serious suicide attempters in Japanese adolescents- comparison study between adolescents and adults. *BMC Psychiatry* 2012 **12**:191.

Submit your next manuscript to BioMed Central and take full advantage of:

- Convenient online submission
- Thorough peer review
- No space constraints or color figure charges
- Immediate publication on acceptance
- Inclusion in PubMed, CAS, Scopus and Google Scholar
- Research which is freely available for redistribution

Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit



特集

災害後の医療の課題—東日本大震災の経験を活かして—

Seminar

6. 災害時における高齢者の精神科医療の課題

栗田 主一

KEY WORD

- 災害精神医療
- 認知症疾患医療センター
- 認知症
- うつ病
- 自殺予防

SUMMARY

■東日本大震災後の高齢者の精神科医療、特に認知症の医療と介護の現状を要約するとともに、災害時における高齢者の精神科医療の課題を提示した。①認知症高齢者や虚弱高齢者は災害時に特別な対応が求められるハイリスク集団として、その対応策を防災計画に含めるべきである。②災害後の環境変化などによって生じる多彩な精神症状、認知症の顕在化と増悪、身体状態の悪化に総合的に対応できる医療環境を整備する必要がある。ここには、認知症疾患医療センターの整備と災害時業務の確立が含まれる。③“顔の見える”連携、認知症や精神疾患の普及啓発や研修会、うつ病と自殺の予防を視野に入れた新たなコミュニティの創出が中長期的課題となる。

はじめに

平成23年3月11日金曜日14時46分、牡鹿半島の東南東約130kmを震源とするマグニチュード9.0の大地震が起こった。それから数時間のうちに、東北地方太平洋沿岸のほとんどの地域が大津波に襲われ、死亡者/行方不明者20,000人、負傷者6,000人、建物全壊130,000戸、半壊230,000戸に及ぶ被害を生じた。筆者は、平成23年3月13日より仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センターで被災者の診療に当たった。

平成23年3月14日月曜日の朝、市役所健康福祉局より筆者の携帯電話に連絡が入った。「避難所で対応できない認知症の方の問い合わせが既に17件入っているが、どうすべきか」という問い合わせであった。どのような対応が適切であるかは誰も知らない。仙台市立病院が医

療機関としてこれに対応できる状況にないことは明らかであった。そこで、「それぞれの避難所で認知症の人を支える体制を何とか作り出してほしい」とお伝えするに留まった。その後、いくつかの避難所では認知症の人を支えるための環境づくりの工夫がなされ、さらに被災を免れた介護施設に福祉避難所が立ち上げられた。また、全国各地から派遣されたボランティアの支援を得て、認知症の方を現地で支える環境づくりが整備されていった。

震災後の2週間に、筆者の診療科では、①津波で家屋や家族が流され、自分自身も骨折、低体温症、脱水症、肺炎などを合併し、せん妄状態を来した高齢者、②震災直後のストレス下で抑うつ状態～昏迷状態に陥った高齢者、③徘徊、易怒性、興奮のために避難所生活に適應できなくなった認知症高齢者、④ライフラインが途絶え、食料が不足している状況の中で、現在の状

■あわた しゅいち(東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム、仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)

況が理解できず、自宅で大暴れし、緊急入所できる施設もないことから入院が求められた認知症高齢者、⑤視力障害や聴力障害を背景にして避難所で幻覚妄想状態になられた方、⑥食料が不足している状況であるにもかかわらず、介護施設においてインスリン注射のみが平常どおり行われていたために低血糖症によるせん妄を来した方、⑦介護の負担を軽減するために、家族介護者にリスパリドンの液剤を多めに服用させられ、飲水・摂食が困難になり、脱水症による意識障害を来した認知症の方、⑧震災後、過覚醒状態のために不眠や不安障害の増悪を来した方など、不眠、不安、抑うつ、昏迷、幻覚、妄想、せん妄、認知症の行動・心理症状(BPSD)など、あらゆる形態の高齢者の精神障害の診療に当たることになった。

こうした状態像の多くは、安全かつ安心できる暖かな環境の中で、身体的・心理的ケアと、適切な薬物療法を提供することによって、比較的短期間に軽快させることができた。しかし、自宅や施設の流出・損壊、家族の介護力の低下、介護スタッフの不足、既存施設の定員超過などによって退院先の確保が極めて困難な状況に陥り、そのために新入院にも対応できないという問題も生じた。

こうした状況は、高齢者の精神科医療に取り組む被災地のすべての医療機関が共通に経験してきたことであろう。また、介護機関や避難所・自宅などにおいても、認知症の問題を含め、高齢者のメンタルヘルスに関わる様々な問題に直面してきたであろうことは想像に難くない。しかし、ライフラインの寸断、特にガソリンの入手困難による移動手段の制限のために、震災直後に関係機関と情報を共有することは極めて困難な状況にあった。

■ 震災後の高齢者の精神科医療について ■

仙台市は平成20年に認知症対策推進会議を設置し、その下位組織として認知症の普及啓発と支援体制に関わる作業部会を設置し、関係職の“顔の見える”連携体制が築かれていた。震

災直後は先述の理由から関係機関との情報共有が困難な状況にあったが、震災から1カ月を経た段階で、認知症対策推進会議のメンバー主導で「震災後の認知症の医療とケアについて」の情報交換会を開催することができた。また、平成23年6月以降には、岩手県・宮城県・福島県の認知症医療・介護の関係職の方々から、「震災後の認知症の医療とケアの現状と課題」についての情報を自由記述によるレポートで得ることができた¹⁾。ここでは、筆者自身の経験とこれらの資料に基づいて、震災後の高齢者の精神科医療、特に認知症高齢者の医療・介護の現状を要約したい。

1. 逃げ遅れて犠牲になられた認知症高齢者や要介護高齢者は多い

緊急時、認知症の人にそのことを理解していただいて、迅速に避難させることが難しかったという報告は多い。岩手、宮城、福島3県の犠牲者で、震災1カ月後までに年齢が判明した人の65%が60歳以上で、死因のほとんどは溺死であった。沿岸部では、寝たきり、車椅子利用者、認知症患者など、多くの「災害弱者」が犠牲となった。

2. 医療機関には多彩な精神症状とともに、身体状態を悪化させた高齢者の受診が急増した

症例1：80歳、女性。避難所に向かう途中で津波に流され家族と離れ離れになる。本人は救助されて小学校の避難所に辿りつくが、錯乱状態に陥っており、同じ言葉を単調に繰り返すばかりで意思の疎通がとれない。巡回している医師が本人の前腕骨の骨折に気づき、救命救急センターに搬送されるが、身元がわからず、認知症疾患医療センターに入院。入院3日後になって、家族が病院に辿りつき身元が判明。以前から認知症状態にあり、被災後、せん妄を併発したことが明らかになった。

症例2：62歳、女性。沿岸部で1人暮らしをしていた。家は津波で浸水し、近隣の家の多くが津波で流された。近所の親戚の家に身を寄せたが、次第に食事をとらなくなり、何も話をし

なくなったため、息子のマンションに引き取られた。しかし、その後も食事、飲水を拒絶し、遂に昏迷状態に至り、ERに救急搬送された。脱水症の補正後、ジアゼパムを静注してインタビューしたところ、「周囲の人に申し訳ない」「自分は何の役にも立っていない」「もはや生きてはいられない」と語った。うつ病性昏迷状態と診断され、認知症疾患医療センターの精神科病棟に入院した。

3. 災害後の環境変化の中で認知症症状が顕化しないし悪化した

震災後、これまで平穏に暮らしていた高齢者が、避難所や自宅で混乱し、自分の居場所がわからなくなったり、夜中に徘徊したり、不安状態に陥ったり、立ち上がれなくなったり、失禁するようになった、という報告は多い。

症例3：90歳、女性、長女と2人暮らし、85歳時にアルツハイマー型認知症と診断され、近医に通院していた。震災後、ライフラインが途絶え、停電による暗闇の中で不安状態に陥り、暖房器具が使えないこと、食料や水を節約しなければならないことなど全く理解できず、家の中で興奮状態になり、花瓶を投げたり、物をひっくり返したりするようになった。緊急ショートステイを依頼するも、介護施設は定員オーバーで入所させてもらえず、認知症疾患医療センターへ入院依頼があった。

4. 認知症の人を介護する家族の精神的負担も高まった

避難所では、認知症の方の夜間徘徊、頻尿によるトイレ通い、せん妄などによって、周囲の人の睡眠が妨げられ、介護する家族らが注意を受けて精神的負担が高まった。避難場所を追われ、避難所を転々と移動、駐車場で車内生活を送らざるを得ない方もあった。

症例4：83歳、男性、妻と2人暮らし、76歳時にアルツハイマー型認知症と診断されたが通院はしていなかった。震災で家が浸水し、小学校に避難するが、勝手に他人の区域に入り込んでかたづけを始めたり、注意されれば怒鳴り声

を上げたりするために周囲の人から苦情があり、娘夫婦のアパートに避難。娘夫婦のアパートでは、わずかな食糧を勝手に食べたり、注意されると怒り出したり、暴力を振るうため、認知症疾患医療センターに入院が依頼された。

5. 介護負担から虐待リスクが高まるケースもあった

症例5：76歳、男性、妻と2人暮らし、72歳でアルツハイマー型認知症と診断。以前から夜間不眠、興奮がみられていたためリスペリドン液剤が処方されていた。最近落ち着いたが、発災5日目に発熱を伴う昏睡状態でERに搬送。リスペリドンの過量服薬による意識障害と脱水症と診断。妻によれば、震災後は手がからないようにリスペリドンを多量に飲ませたという。

6. 福祉避難所は重症者のケアに有効であった

被災直後から、在宅や避難所で過ごすことが難しい方を早急に安全な場所に移す必要があったことは、岩手県、宮城県、福島県のいずれの被災地においても実感されたことである。福祉避難所はこうしたニーズに応えるものであった。しかし、福祉避難所はすぐに定員超過となり、職員不足とも重なって負担が過剰となり、職員のメンタルヘルス問題やケアの劣化という問題に直面した。仙台市内の福祉避難所の管理者は、職員自身が被災していること、交通網が遮断されていることなどから職員が不足し、平成23年3月末には相当疲弊した状態にあったと述べている。介護ボランティアを投入する体制を整備することの重要性を強調している。

7. 地域包括支援センターおよび居宅サービス

事業所は、地域に暮らす高齢者の安否確認、在宅および避難所の高齢者の生活状況の把握、訪問による多様な支援提供に対応した

仙台市の地域包括支援センターは、震災直後より、①要援護者の安否確認や避難所への移動支援、②在宅高齢者への食糧配布、③医療機関への受診支援、④避難所における高齢者の状況

把握や健康相談などを行い、要援護者の安否確認や在宅高齢者への食糧配布に当たっては、日頃の地域関係者などとのネットワークが有効であったと報告している。

8. 平時から構築されている“顔の見える”連携が、災害時の情報共有に効果を発揮した

仙台市では、認知症対策推進会議が核となって震災時に情報交換会を開催することができた。気仙沼市においても、各事業所が混乱するなか、介護事業所だけでなく、医療機関や障害者支援機関、行政も参加した情報交換の場がケアマネジャー協会気仙沼支部主導で設けられ、災害時の情報共有と相互支援に効果を発揮した。

9. 認知症についての普及啓発が、災害時の認知症支援においても効果を発揮した

仙台市では、認知症サポーター養成講座を受講した中学校において、震災時には生徒が高齢者や障害者を支えるとともに、民生委員とともに高齢者宅を訪問する活動を継続した。気仙沼市では、認知症サポーター養成講座を受けた民生委員などが避難所で認知症の人を自然に見守り、近隣の人が集まった避難所では以前からあった本人・家族を支える輪がそのまま継続されることがあった。

10. 高齢者の孤立、うつ病、自殺のリスクが高まっている

仮設住宅に入居した高齢者や、新たな地域で暮らすことになった数多くの高齢者が、震災に伴う様々な喪失体験とともに、「気軽に相談で

きる人々がない」「以前受けていたサービスが受けられない」「必要な情報を得られない」などの孤立の危機に直面している。社会的つながり (Social Connection) の喪失が、高齢者のうつ病や自殺のリスクを高めている可能性がある。

災害精神医療における高齢者の精神科医療の課題

災害精神医療における高齢者の精神科医療の課題として以下の3点を挙げた。

1) 施設および在宅の認知症高齢者や虚弱高齢者は災害時に特別な対応が求められるハイリスク集団であり、その対応策を防災計画に含める必要がある。特に、災害時の避難計画、避難時の移送方法、移送先とする医療機関・施設、認知機能や感覚機能に障害がある人への緊急時通報と指示の方法を検討する必要がある。

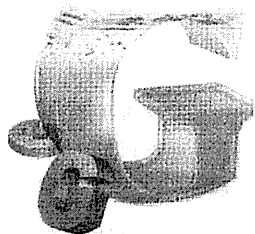
2) 災害後の環境変化などによって生じる多彩な精神症状、認知症の顕在化と増悪、身体状態の悪化に総合的に対応できる医療環境を整備する必要がある。ここには、認知症疾患医療センターの整備と災害時業務の確立が含まれる。

3) “顔の見える”連携、認知症や精神疾患についての地域住民への普及啓発、専門職や支援者を対象とする研修会、うつ病や自殺の予防を視野に入れた新たなコミュニティの創出が今後の中長期的な課題として残されている。

文 献

- 1) 平成23年度老人保健健康増進等事業「地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業」報告書(研究代表者栗田圭一)。

(執筆者連絡先) 栗田圭一 〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2 東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム



災害精神医療の現状

—— 老年精神医学領域の問題点と課題 ——

栗田主一

抄 録

災害精神医療における老年精神医学領域の課題として以下の3点を挙げた。①認知症高齢者や虚弱高齢者は災害時に特別な対応が求められるハイリスク集団として、その対応策を防災計画に含める。②多彩な精神症状、認知症の顕在化と増悪、身体状態の悪化に迅速に対応するための環境整備を進める。③“顔の見える”連携、普及啓発や研修会、社会資源整備、うつ病と自殺の予防を含む新たなコミュニティの創出が中長期的課題である。

Key words：東日本大震災、災害精神医療、認知症、うつ病、自殺、コミュニティ

老年精神医学雑誌 23：204-208, 2012

はじめに

平成23年3月11日金曜日14時46分、牡鹿半島の東南東約130kmを震源とするマグニチュード9.0の大地震が起こった。それから数時間のうちに、東北地方太平洋沿岸のほとんどの地域が大津波に襲われ、死亡者／行方不明者20,000人、負傷者6,000人、建物全壊130,000戸、半壊230,000戸に及ぶ被害を生じた。

この日は東京でもJRをはじめ、ほぼすべての交通機関が停止し、数多くの“帰宅難民”が出現した。筆者は、翌3月12日早朝、自家用車で東京を発ち、3月13日未明に仙台に到着、同日午前より仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センターでの診療を開始した。

3月14日月曜日の朝、市役所健康福祉局より筆者の携帯電話に連絡がはいった。「避難所対

応できない認知症の方の問い合わせがすでに17件はいつているが、どうすべきか」という問い合わせであった。どのような対応が適切であるかはだれも知らない。仙台市立病院が医療機関としてこれに対応できる状況にないことは明らかであった。そこで、「それぞれの避難所で認知症の人を支える体制を何とか創り出してほしい」とお伝えするにとどまった。その後、いくつかの避難所では認知症の人を支えるための環境づくりの工夫がなされ、さらに被災を免れた介護施設に福祉避難所が立ち上げられた。また、全国各地から派遣されたボランティアの支援を得て、認知症の方を現地で支える環境づくりが整備されていった。

震災後、仙台市立病院は重症の一般救急患者の受け入れを主要な役割としたため、精神科関連の緊急受診者が殺到するということにはなかった。それでも、16床の精神病床はすぐに満床となり、救命救急センターを経由して一般病床に入院した被災高齢者に対するコンサルテーション・リエゾン医療のニーズも急増した。震災直後の2週間に、①津波で家屋や家族が流され、自分自身も骨折、

Shuichi Awata：東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム、仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター

〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2（東京都健康長寿医療センター研究所）

□特集

低体温症、脱水症、肺炎などを合併し、せん妄状態をきたした高齢者、②震災直後のストレス下で抑うつ状態～昏迷状態に陥った高齢者、③徘徊、易怒性、興奮のために避難所生活に適応できなくなった認知症高齢者、④ライフラインが途絶え、食料が不足している状況のなかで、現在の状況が理解できず、自宅で大暴れし、緊急入所できる施設もないことから入院が求められた認知症高齢者、⑤視力障害や聴力障害を背景にして避難所で幻覚妄想状態になられた方、⑥食料が不足している状況であるにもかかわらず、介護施設においてインスリン注射のみが平常通り行われていたために低血糖症によるせん妄をきたした方、⑦介護の負担を軽減するために、家族介護者にリスパダール®の液剤を多めに服用させられ、飲水・摂食が困難になり、脱水症による意識障害をきたした認知症の方、⑧震災後、過覚醒状態のために不眠や不安障害の増悪をきたした方など、不眠、不安、抑うつ、昏迷、幻覚、妄想、せん妄、認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) など、あらゆる形態の高齢者の精神障害の診療に当たることになった。

こうした状態像の多くは、安全かつ安心できる環境のなかで、身体的・心理的ケアと、適切な薬物療法を提供することによって、比較的短期間に軽快させることができた。しかし、自宅や施設の流出・損壊、家族の介護力の低下、介護スタッフの不足、既存施設の定員超過などによって退院先の確保がきわめて困難な状況に陥り、そのために新入院にも対応できないという問題が生じた。

こうした状況は、高齢者の精神科医療に取り組む被災地のすべての医療機関が共通に経験してきたことである。また、介護機関や避難所・自宅などにおいても、認知症の問題を含め、高齢者のメンタルヘルスにかかわるさまざまな問題に直面してきたであろうことは想像に難くない。しかし、ライフラインの寸断、とくにガソリンの入手困難による移動手段の制限のために、震災直後に関係機関と情報を共有することはきわめて困難な状況

にあった。

1 震災後の高齢者の精神科医療と介護の現状について

仙台市は平成20年に認知症対策推進会議を設置し、その下位組織として認知症の普及啓発と支援体制に係る作業部会を設置し、関係職の“顔の見える”連携体制が築かれていた。震災直後は前述の理由から関係機関との情報共有が困難な状況にあったが、震災から1か月を経た段階で、認知症対策推進会議のメンバー主導で「震災後の認知症の医療とケアについて」の情報交換会を開催することができた。また、6月以降には、平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業のなかで、岩手・宮城・福島認知症医療・介護の関係職の方々から、「震災後の認知症の医療とケアの現状と課題」についての情報を自由記述レポートの形式で得ることができた¹⁾。ここでは、これらの資料に基づいて、震災後の高齢者の精神科医療と介護の現状を要約しておきたい。

1. 逃げ遅れて犠牲になられた認知症高齢者や要介護高齢者は多い

緊急時、認知症の人にそのことを理解していたいて、迅速に避難させることがむずかしかったという報告は多い。岩手医科大学の高橋智氏によれば、岩手、宮城、福島3県の犠牲者で、発災1か月後までに年齢が判明した人の65%が60歳以上の高齢者であり、死因のほとんどは溺死で、逃げ遅れ、津波にのまれて死亡したものと推測している。また、岩手県沿岸部の老人福祉施設では、寝たきり、車椅子利用者、認知症患者など、多くの「災害弱者」が犠牲となったことを指摘している。

2. ライフラインが途絶え、暖房もなく、食料も不足し、衛生状態も不良な避難先や施設・医療機関において、多くの高齢者が健康状態を悪化させ、死亡リスクを高めた

舞子浜病院の田子久夫氏は「避難のさなかに低体温や肺炎などの合併症を併発したり、食品の不

□特集

る」と述べている。岩手医科大学の高橋智氏、舞子浜病院の田子久夫氏も福祉避難所の重要性を指摘している。

8. 福祉避難所は定員超過となり、職員不足とも重なって負担が過剰となり、職員のメンタルヘルス問題やケアの劣化という問題に直面した

仙台市内の福祉避難所の管理者は、職員自身が被災していること、交通網が遮断されていることなどから職員が不足し、3月末には相当疲弊した状態にあったと述べている。そして、介護ボランティアを投入するにあたって、「被災施設でも受け入れやすい、派遣施設でも行きやすいシステム」を構築することの必要性を強調している。気仙沼市の保健師は、全国から医療・福祉・看護・介護のボランティアの支援を得たが、そのなかで理学療法士、作業療法士、認知症ケア専門士の支援は避難者のみならず支援従事者にも安心感をもたらした、と述べている。

9. 地域包括支援センターおよび居宅サービス事業所は、地域に暮らす高齢者の安否確認、在宅および避難所の高齢者の生活状況の把握、訪問による多様な支援提供に対応した

気仙沼市の地域包括支援センターは、各避難所より避難者の情報を収集し、一般避難所では生活困難とされた40人の状況把握を行った結果、そのうち12人に認知症症状がみられたと報告している。仙台市においても、「各地域包括支援センターは震災直後より、①要援護者の安否確認や避難所への移動支援、②在宅高齢者への食料配布、③医療機関への受診支援、④避難所における高齢者の状況把握や健康相談等を行った。とくに要援護者の安否確認や在宅高齢者への食糧配布にあたっては、日頃の地域関係者等とのネットワークを活かし、関係者と情報を突き合わせながら支援を行った」と報告されている。

10. 平時から構築されている“顔の見える”連携が、災害時の情報共有と認知症支援に効果を発揮した

仙台市では、認知症対策推進会議が核となって

震災時に情報交換会を開催することができた。気仙沼市においても「各事業所が混乱するなか、介護事業所だけでなく、医療機関や障害者支援機関、行政も参加した情報交換の場がケアマネジャー協会気仙沼支部主導で設けられた」「各事業所の被害状況や稼働状況、連絡先などがわかったことで、被災していない事業所のサービスにすぐに切り替えたり、代替サービスにつなげたりなど、事業所同士がカバーし合う体制を少しでもつくることができた」と報告されている。また、仙台市では、地域包括支援センターが築いてきたネットワークが災害時対応に活かされた例を報告している。

11. 認知症についての普及啓発が、災害時の認知症支援においても効果を発揮した

仙台市では、認知症サポーター養成講座を受講した中学校において、震災時には生徒が高齢者や障害者を支えるとともに、民生委員とともに高齢者宅を訪問する活動を継続したと報告している。また、気仙沼市の保健師は、「認知症サポーター養成講座を受けた民生委員などが避難所で認知症の人を自然に見守り、近隣の人が集まった避難所では以前からの本人と家族を支える輪がそのまま継続されることもあった」と報告している。

12. 高齢者の孤立、うつ病、自殺のリスクが高まっている

仮設住宅に入居した高齢者など、新たな地域で暮らす数多くの高齢者が、震災に伴うさまざまな喪失体験とともに、「気軽に相談できる人々がいない」「以前受けていたサービスが受けられない」「必要な情報を得られない」などの孤立の危機に直面している。高齢者のうつ病や自殺のリスクを高めている可能性がある。

2 災害精神医療における老年精神医学領域の課題

災害精神医療における老年精神医学領域の課題を以下に要約した。

(1) 認知症高齢者や虚弱高齢者は災害時に特別な対応が求められるハイリスク集団であり、その

足や摂取能力の低下で栄養障害を起こしたりして命を落とした方々も少なくない」と述べており、東北厚生年金病院の三浦伸義氏は、同院精神科における平成 23 年度 4～6 月の死亡者数増加は震災後の寒さが大きく関係していた可能性がある」と述べている。

3. 災害後の環境変化のなかで認知症症状が顕在化ないし悪化した

震災後、これまで平穏に暮らしていた高齢者が、避難所や自宅で混乱し、自分の居場所がわからなくなったり、夜中に徘徊したり、不安状態に陥ったり、立ち上がれなくなったり、失禁するようになった、という報告は多い。気仙沼市の認知症疾患医療センターのスタッフも「震災直後より、認知症の症状を呈する方の受診が顕著となった。それは、震災前は多少もの忘れがありながらも自宅では生活できていた方が、被災し住み慣れた家を失い、大切な肉親を亡くすなどの大きな環境変化のなかに巻き込まれ、不安と混乱のなかで認知機能の低下を余儀なくされるという経過を経たことによるものであった」と述べている。

4. 認知症の人を介護する家族の精神的負担も高まった

仙台市の地域包括支援センター職員は「避難所に一人でいた認知症の方は周囲の方が徘徊などに対応していたが、家族で来た人は他人に迷惑がからないようにと必死だった」と述べており、気仙沼市の認知症疾患医療センターのスタッフも「避難所生活が長期化することでの苛立ちや今後の生活再建への不安などのストレスが募り、しだいに認知症の人の行動を理解する気持ちは失われていった。認知症患者の夜間徘徊、頻尿によるトイレ通い、せん妄などの BPSD 出現頻度が高くなれば、睡眠を妨げる直接の原因となり、介護する家族が注意を受けて、精神的な負担を大きくさせてしまった」「認知症の人と介護家族の避難場所が失われ、避難所を転々と移動、駐車場で車内生活を送らざるを得ない方が多かった」と報告している。

5. 家族の介護負担から虐待のリスクが高まるケースもあった

顔にあざがあることに気づいたヘルパーが自治体の保健師に報告し、保健師が訪問して確認したところ、介護者が毎日飲酒していたという報告や、介護負担を軽減することを目的に認知症の高齢者にリスパダール®を過量服用させ、脱水症とそれによる意識障害を引き起こし救急搬送された事例などを経験した。

6. 医療機関では、多彩な精神症状とともに、身体状態を悪化させた高齢者の受診が急増した。しかし、退院先の確保がきわめて困難な状況にあった

高齢者の精神科医療を担う多くの医療機関が、多彩な精神症状とともに、身体状態を悪化させた高齢者の受診の急増に直面したが、地域と家族の介護力の低下によって、退院先の確保がきわめて困難な状況にあった。宮城県認知症疾患医療センターのスタッフは「今回の震災で認知症を有する方の支援を困難にさせた」と最も痛切に感じたことは、本人のみならず家族の生活そのものの変化、またもともと存在していた地域コミュニティの崩壊である」と述べている。前述の東北厚生年金病院の三浦氏は「東日本大震災は、まさに家族や地域の介護力を一瞬のうちに激変させた。被災地域の介護力を、根こそぎ奪ったといっても過言ではない」と述べている。

7. 福祉避難所は重症者のケアに有効であった

気仙沼市の保健師は「被災直後、入所施設の被災情報とともに在宅や避難所で過ごすことがむずかしい方を早急にどこか安全な場所に移す必要がある」という課題がかなり早い段階で挙がってきていた。その多くは認知症高齢者であり、家族自身も避難生活のため、落ち着くまでの間、安心できるところに本人を預けたいという相談が多く寄せられた」「今回の震災では地域の介護施設が十分なサービスを提供することが不可能な状況であった。他市・他地域と事前に震災時の要介護者の受け入れについて協議をしておくことも必要であ

対応策は防災計画に含める必要がある。とくに、災害時の避難計画や避難時の移送方法、移送の障害を最小限にする方策を検討しておく。また、移送先とする医療機関・施設について広域のネットワークを構築する。認知機能や感覚機能に障害がある人には、指示や緊急時通報が認識できるような方法を考案する。

(2) 災害後の環境変化等によって生じる多彩な精神症状、認知症の顕在化と増悪、身体状態の悪化に対応するための備えを、医療機関、介護機関、地域レベルで進めておく必要がある。災害時の迅速な救援活動とその後の継続的なケアを確保するためには、①各機関での災害時業務の確立、②福

祉避難所の指定、③多様な職域の災害時ボランティアの派遣・受入れ体制の整備が必要である。

(3) “顔の見える”連携、地域住民への普及啓発、専門職や支援者を対象とする研修会、地域の介護力強化を目指した社会資源整備、うつ病や自殺の予防を視野にいたれたメンタルヘルス対策などを含む、新たなコミュニティの創出が中長期的な課題として残されている。

文 献

- 1) 平成 23 年度老人保健健康増進等事業「地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業」報告書（研究代表者：栗田主一）。

IV. 研究班名簿

平成 24 年度

「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」

研究班名簿

研究代表者	加我 牧子	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
研究分担者	竹島 正	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	松本 俊彦	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	福永 龍繁	東京都監察医務院
	高橋 祥友	筑波大学 医学医療系 災害精神支援学
	齊藤 卓弥	日本医科大学精神医学教室
	栗田 主一	(地独)東京都健康長寿医療センター研究所
	稲垣 正俊	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
研究協力者	赤澤 正人	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	秋田 宏弥	医療法人健生会明生病院
	阿部 伸幸	東京都監察医務院
	飯島 優子	医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門
	五十嵐良雄	医療法人社団雄仁会メディカルケア虎ノ門
	池田 亜衣	社会福祉法人北区社会福祉協議会権利擁護センター あんしん北／NPO 法人 TENOHASI
	井藤 佳恵	(地独)東京都健康長寿医療センター研究所
	稲垣 真澄	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	井上 祐紀	島田療育センターはちおうじ 児童精神科
	宇賀神恵理	埼玉医科大学保健医療学部看護学科／NPO 法人 TENOHASI
	江口のぞみ	東京大学大学院精神保健学分野
	榎本 稔	医療法人社団榎会榎本クリニック
	大高 靖史	日本医科大学 精神医学教室
	大類 真嗣	山形県村山保健所
	岡村 毅	(地独)東京都健康長寿医療センター研究所
	奥田 浩二	市川市福祉部福祉事務所
	尾崎 茂	東京医療生活協同組合 中野総合病院
	勝又陽太郎	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	亀山 晶子	日本大学文理学部人文科学研究所
	川上 憲人	東京大学大学院精神保健学分野
	川島 義高	日本医科大学 精神医学教室
	川添 敏弘	学校法人ヤマザキ学園／NPO 法人 TENOHASI

川野 健治	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
菊池 良恵	ぼとむあっぷ研究会
小高 真美	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
佐久間裕章	NPO 法人自立支援センターふるさとの会
柴田 幹久	東京都監察医務院
白川 教人	横浜市こころの健康相談センター
須賀 万智	東京慈恵会医科大学 環境保健医学講座
鈴木 秀人	東京都監察医務院
瀧脇 憲	NPO 法人自立支援センターふるさとの会
立森 久照	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
谷藤 隆信	東京都監察医務院
千葉みずき	NPO 法人自立支援センターふるさとの会
富岡伸一郎	三楽病院精神科／NPO 法人 TENOHASI
富岡 悠	社会福祉法人東京援護協会緊急一時保護センター練馬寮 ／NPO 法人 TENOHASI
中村あずさ	NPO 法人メドゥサン・デュ・モンド ジャパン ／NPO 法人 TENOHASI
成重竜一郎	日本医科大学 精神医学教室
引地和歌子	東京都監察医務院
廣川 聖子	聖路加看護大学大学院
深間内文彦	医療法人社団榎会榎本クリニック
古木 大介	NPO 法人自立支援センターふるさとの会
的場 由木	NPO 法人自立支援センターふるさとの会
水田 恵	NPO 法人自立支援センターふるさとの会
三宅 弘志	社会福祉法人東京援護協会緊急一時保護センター練馬寮 ／NPO 法人 TENOHASI
森 隆夫	医療法人愛精会あいせい紀年病院
森 玲子	淑徳大学大学院総合福祉研究科心理臨床センター ／NPO 法人 TENOHASI
森川すいめい	医療法人社団一陽会陽和病院／NPO 法人 TENOHASI
森山 花鈴	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
安原 弘樹	ASUPPORT 川口
山内 貴史	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
山本 創	患者の生活・就労をつむぐ会
横山由香里	岩手医科大学

(50 音順)

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」

平成 24 年度 総括研究報告書

発 行 日 平成 25（2013）年 3 月

発 行 者 「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」
研究代表者 加我 牧子

発 行 所 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
TEL：042-341-2711 FAX：042-346-1944

